



Besluit

Vergunningseis voor de concentratie tussen het Academisch Medisch Centrum en Stichting VUmc

Zaaknummer: 16.0685.22
Datum besluit 14 december 2016

Besluit

Titel	Vergunningseis voor de concentratie tussen het Academisch Medisch Centrum en Stichting VUmc
Kenmerk:	ACM/TFZ/2016/408500
Zaaknummer:	16.0685.22
Datum besluit	14 december 2016
Aantal pagina's	59

Inhoudsopgave

1	Samenvatting en leeswijzer	4
2	Melding	4
3	Partijen	5
4	De gemelde operatie	5
5	Toepasselijkheid van het concentratietoezicht	5
5.1	Het ondernemingsbegrip	6
5.1.1	Opleiding geneeskunde (bachelor en master)	7
5.1.2	Medisch specialistische vervolgoopleidingen	8
5.1.3	Instellingscollegegeld opleidingen	9
5.1.4	Docentprofessionalisering	10
5.1.5	Medisch wetenschappelijk onderzoek	10
6	Beoordeling (para)medisch onderwijs en opleidingen	12
6.1	Relevante markten	12
6.1.1	Relevante productmarkten	12
6.1.2	Relevante geografische markten	12
6.2	Gevolgen van de concentratie	13
7	Beoordeling medisch wetenschappelijk onderzoek	15
7.1	Relevante markten	15
7.1.1	Relevante productmarkt	15
7.1.2	Relevante geografische markt	15
7.2	Gevolgen van de concentratie	15
7.2.1	Standpunt partijen	15
7.2.2	Beoordeling door de ACM	15
7.2.3	Conclusie	16
8	Beoordeling patiëntenzorg	16
8.1	Rol van UMC's	16
8.2	Relevante markten	18
8.2.1	Relevante productmarkten	18
8.2.2	Relevante geografische markten	22
8.3	Gevolgen van de concentratie	26
8.3.1	Concurrentie op topzorg	27
8.3.2	De omvang van het niet-concurrentiële aanbod van een UMC	28
8.3.3	Positie en nabijheid partijen	29
8.3.4	Concurrentie tussen partijen op basiszorg en topzorg	30
9	Zorgspecifieke aspecten	42
10	Conclusie	42
	Bijlage 1 – Kwantitatieve analyse van de concentratie tussen het Academisch Medisch Centrum en Stichting VUmc	44

1 Samenvatting en leeswijzer

1. Het Academisch Medisch Centrum en Stichting VUmc, beide gevestigd in Amsterdam, willen fuseren. De Autoriteit Consument en Markt (hierna: de ACM) heeft dit voornemen onderzocht. Beide ziekenhuizen bieden medisch wetenschappelijk onderzoek, (para)medisch onderwijs en opleidingen en patiëntenzorg aan. Op het gebied van medisch wetenschappelijk onderzoek en (para)medisch onderwijs en opleidingen oordeelt de ACM dat de voorgenomen fusie de concurrentie niet significant zal beperken. Haar conclusie luidt anders ten aanzien van de patiëntenzorg, en in het bijzonder met betrekking tot topzorg. Uit het kwantitatieve en kwalitatieve marktonderzoek komt naar voren dat partijen een grote positie verkrijgen en nabije concurrenten op topzorg zijn. De zorgverzekeraars hebben zich ook kritisch uitgelaten over de voorgenomen fusie. Voor delen van de topzorg ziet de ACM in het marktonderzoek aanwijzingen dat als gevolg van de fusie een reële en belangrijke keuzemogelijkheid wegvalt. De ACM concludeert op basis hiervan dat de voorgenomen concentratie de mededinging significant zou kunnen beperken en dat er nader onderzoek nodig is naar de gevolgen van de voorgenomen fusie.
2. Hoofdstuk 2 van dit besluit bevat de melding en procedure. Hoofdstuk 3 specificeert de partijen, hoofdstuk 4 de gemelde operatie en hoofdstuk 5 de toepasselijkheid van het concentratietoezicht, waarbij onder meer wordt ingegaan op de vraag of bepaalde activiteiten op het gebied van onderwijs en onderzoek economische activiteiten zijn. De beoordeling van de concentratie vindt vervolgens plaats in de hoofdstukken 6 ((paramedisch) onderwijs en opleidingen), 7 (medisch wetenschappelijk onderzoek) en 8 (patiëntenzorg). In hoofdstuk 9 noemt de ACM de zorgspecifieke aspecten die de ACM in de beoordeling bekijkt. Hoofdstuk 10 sluit af met de conclusie.
3. Bijlage 1 bij dit besluit bevat een beschrijving en de resultaten van de analyses die de ACM heeft uitgevoerd. Deze bijlage maakt onderdeel uit van dit besluit.

2 Melding

4. Op 20 juli 2016 heeft de ACM een melding ontvangen van een voorgenomen concentratie in de zin van artikel 34 van de Mededingingswet. Hierin is medegedeeld dat Academisch Medisch Centrum en Stichting VUmc voornemens zijn te fuseren, in de zin van artikel 27, eerste lid, onder a, van de Mededingingswet.
5. Van de melding is mededeling gedaan in Staatscourant 39730 van 25 juli 2016. Naar aanleiding van de mededeling in de Staatscourant zijn geen zienswijzen van derden naar voren gebracht. De Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) heeft aangegeven ten aanzien van dit besluit geen zienswijze af te geven. Ambtshalve zijn vragen gesteld aan verschillende marktpartijen.
6. Conform de Beleidsregel concentraties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars¹ zijn de cliëntenraden van beide ziekenhuizen uitgenodigd tot het geven van een zienswijze. Naar aanleiding hiervan hebben beide cliëntenraden een zienswijze afgegeven. Daarnaast heeft de ACM in het kader van het onderzoek naar de gevolgen van deze voorgenomen concentratie onderzoek gedaan naar

¹ Beleidsregel van de Minister van Economische Zaken van 5 juli 2013, nr. WJZ/13118300, houdende bijzondere regels betreffende concentraties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars (hierna: de Beleidsregel), Staatscourant nr. 19 570 van 15 juli 2013.

verschillende zorgspecifieke aspecten conform de Beleidsregel (zie hoofdstuk 9).

3 Partijen

7. Academisch Medisch Centrum (hierna: AMC) is een publiekrechtelijke rechtspersoon naar Nederlands recht. AMC is een universitair medisch centrum (hierna: UMC) en heeft als kerntaak het leveren van patiëntenzorg, het verrichten van medisch wetenschappelijk onderzoek en het aanbieden van (para)medisch onderwijs en opleidingen. Het AMC omvat het academisch ziekenhuis en de Faculteit der Geneeskunde van de Universiteit van Amsterdam.
8. Stichting VUmc (hierna: VUmc) is een stichting naar Nederlands recht. VUmc is een UMC en heeft als kerntaak het leveren van patiëntenzorg, het verrichten van medisch wetenschappelijk onderzoek en het aanbieden van (para)medisch onderwijs en opleidingen. Het VUmc omvat het academisch ziekenhuis en de Faculteit Geneeskunde van de Vrije Universiteit te Amsterdam.

4 De gemelde operatie

9. Blijkens de melding zijn partijen voornemens de volgende transactie aan te gaan: het duurzaam onderbrengen van AMC en VUmc onder één gemeenschappelijk bestuur. De voorgenomen transactie blijkt uit een concept statutenwijziging van VUmc d.d. 30 november 2015, concept bestuursreglementen van AMC d.d. 20 maart 2015, concept reglementen inzake de benoeming van de RVT's AMC en VUmc d.d. 7 juli 2016, een concept Samenwerkingsovereenkomst d.d. 5 juli 2016 en een Bestuursreglement VUmc en ACM Hoofdstuk II d.d. 5 juli 2016. Hiermee is uitvoering gegeven aan de voornemens waarop de informele zienswijze van de ACM van 13 mei 2015 is gebaseerd en tevens invulling gegeven aan de in die zienswijze genoemde randvoorwaarden.²

5 Toepasselijkheid van het concentratietoezicht

10. De gemelde operatie is een concentratie in de zin van artikel 27, eerste lid, onder a, van de Mededingingswet. De hierboven, onder punt 9, omschreven transactie leidt er toe dat twee van elkaar onafhankelijke ondernemingen fuseren.
11. Betrokken ondernemingen zijn AMC en VUmc (hierna gezamenlijk te noemen: partijen).
12. Uit de bij de melding ter beschikking gestelde omzetgegevens blijkt dat de gemelde concentratie binnen de werkingssfeer van het in hoofdstuk 5 van de Mededingingswet geregelde concentratietoezicht valt.
13. De ACM zal in dit besluit niet alle activiteiten van partijen mededingingsrechtelijk beoordelen. De Mededingingswet is immers alleen van toepassing op ondernemingen voor zover zij economische activiteiten uitoefenen. Hieronder wordt daarom eerst stilgestaan bij het begrip 'onderneming' in de

² Zie informele zienswijze van de ACM van 13 mei 2015 inzake AMC-VUmc, punten 34-65.

zin van de Mededingingswet. Vervolgens zal worden ingegaan op de vraag in hoeverre de activiteiten van partijen op het gebied van onderwijs en onderzoek zijn aan te merken als economische activiteiten.

5.1 Het ondernemingsbegrip

14. Voor de invulling van het ondernemingsbegrip sluit de ACM aan bij het ondernemingsbegrip in het Europese mededingingsrecht. Artikel 1 onder f van de Mededingingswet schrijft voor dat voor de toepassing van de wet onder een onderneming moet worden verstaan een onderneming in de zin van artikel 101, eerste lid, Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (hierna: VwEU).
15. In de jurisprudentie van het Hof van Justitie van de Europese Unie (hierna: Hof) is het begrip onderneming in de zin van artikel 101, eerste lid, VwEU gedefinieerd als elke eenheid die een economische activiteit uitoefent, ongeacht haar rechtsvorm en de wijze waarop zij wordt gefinancierd.³
16. Het Hof hanteert een functioneel ondernemingsbegrip: het is mogelijk dat ondernemingen voor een deel van hun activiteiten niet als onderneming moeten worden beschouwd en voor een ander deel wel. Economische activiteiten zijn volgens het Hof activiteiten die bestaan uit het aanbieden van goederen en diensten op een bepaalde markt.⁴
17. Het Hof heeft geoordeeld dat een nationaal onderwijsstelsel in beginsel niet als doel heeft om tegen vergoeding werkzaamheden te verrichten. In verschillende zaken heeft het Hof, in het kader van zaken over het vrije verkeer van diensten, de volgende definitie gegeven van 'openbaar onderwijs': openbaar onderwijs is 'onderwijs waarmee de staat zijn sociale, culturele en opvoedkundige taak beoogt te vervullen en dat volledig of hoofdzakelijk uit de staatskas wordt gefinancierd'.⁵ De omstandigheid dat leerlingen in voorkomend geval bijdragen aan de financiering van het openbaar onderwijs door de betaling van bijvoorbeeld schoolgeld volstaat niet om van dit onderwijs een tegen vergoeding verrichte dienst te maken.⁶
18. De Europese Commissie heeft deze jurisprudentie overgenomen in het staatssteunrecht en heeft bepaald dat door publieke middelen gefinancierde onderwijsactiviteiten, ook voor hoger onderwijs⁷ en nevenactiviteiten als docent aan een universiteit⁸, geen economische activiteiten zijn.⁹ Daarbij geeft de Europese Commissie tevens aan dat deze publieke onderwijsdiensten dienen te worden onderscheiden van diensten die overwegend door ouders of leerlingen of uit commerciële inkomsten worden bekostigd. Zo valt bijvoorbeeld hoger onderwijs dat volledig door studenten wordt bekostigd,

³ HvJ EG 23 april 1991, C-41/90, ECLI:EU:C:1991:161 (*Höfner*).

⁴ HvJ EG 12 september 2000, C-180/98, C-181/98, C-182/98, C-183/98 en C-184/98, ECLI:EU:C:2000:428 (*Pavlov*).

⁵ Zie o.a. HvJ EG 11 september 2007, C-318/05, ECLI:EU:C:2007:495 (*Commissie t. Duitsland*), punt 69; HvJ EG 27 september 1988, 263/86, ECLI:EU:C:1988:451 (*Humbel*), punt 18; HvJ EG 18 december 2007, C-281/06, ECLI:EU:C:2007:816 (*Jundt*), punt 30; HvJ EG 7 december 1993, C-109/92, ECLI:EU:C:1993:916 (*Wirth*), punten 15 en 16.

⁶ Zie bijvoorbeeld HvJ EG 27 september 1988, 263/86, ECLI:EU:C:1988:451 (*Humbel*), punt 19.

⁷ HvJ EG 18 december 2007, C-281/06, ECLI:EU:C:2007:816, (*Hans-Dieter Jundt en Hedwig Jundt/Finanzamt Offenburg*), punten 28-39.

⁸ HvJ EG 7 december 1993, C-109/92, ECLI:EU:C:1993:916, (*Wirth*), punten 14-22.

⁹ Mededeling van de Commissie betreffende het begrip staatssteun in de zin van artikel 107, lid 1, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie Pb 2016, C262/01 (hierna: de Mededeling betreffende het begrip staatssteun), randnummer 29.

volgens de Europese Commissie, duidelijk in deze laatste categorie.

19. Uit het voorgaande volgt dat het verlenen van, door de overheid gefinancierde, onderwijsactiviteiten in beginsel als niet-economische activiteiten worden beschouwd. Gezien het functionele karakter van het ondernemingsbegrip moet echter wel rekening worden gehouden met eventuele economische activiteiten die een onderwijsinstelling wel zou kunnen verrichten. Deze activiteiten vallen niet onder de algemeen uitgezonderde onderwijstaken.
20. Ook heeft de Europese Commissie aangegeven dat bepaalde activiteiten van universiteiten en onderzoeksorganisaties buiten het toepassingsbereik van de staatssteunregels vallen. De Europese Commissie geeft aan dat het moet gaan om de kerntaken van die organisaties, te weten: (i) opleiding met het oog op meer en beter gekwalificeerd menselijk kapitaal; (ii) het verrichten van onafhankelijk onderzoek en ontwikkeling met het oog op meer kennis en een beter inzicht, daaronder begrepen samenwerking bij onderzoek en ontwikkeling; en (iii) de verspreiding van onderzoeksresultaten.¹⁰
21. Op basis van dit juridisch kader zal de ACM toetsen of (i) de opleiding geneeskunde (bachelor en master), (ii) de medische specialistische vervolgoopleidingen, (iii) instellingscollegegeld opleidingen, (iv) docentprofessionalisering en (v) medisch wetenschappelijk onderzoek te kwalificeren zijn als economische activiteiten in de zin van de Mededingingswet.

5.1.1 Opleiding geneeskunde (bachelor en master)

5.1.1.1 Standpunten partijen

22. Partijen stellen op basis van onderstaande argumenten dat zij niet met elkaar concurreren:
 - Partijen hebben geen wezenlijke invloed op de prijs die zij in rekening brengen voor hun opleiding geneeskunde. De hoogte van het wettelijke collegegeld wordt bij algemene maatregel van bestuur vastgesteld.
 - Het maximum aantal studenten voor de bacheloropleiding wordt vastgesteld door de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap.
 - Voor de masteropleiding geldt dat de eigen bachelorstudenten recht hebben op het volgen van een masteropleiding bij dezelfde universiteit. Door de lange wachttijden worden er daardoor geen 'externe' bachelorstudenten geworven.
 - Opleiding geneeskunde wordt grotendeels bekostigd uit de Rijkskas.

5.1.1.2 Beoordeling door de ACM

23. Universiteiten hebben de wettelijke taak om onder andere wetenschappelijk onderwijs te verzorgen. Zij dienen hiertoe zogenaamde initiële opleidingen in het wetenschappelijk onderwijs te verzorgen, te voorzien in de opleiding tot wetenschappelijk onderzoeker en kennis over te dragen ten behoeve van de maatschappij.¹¹ De academische ziekenhuizen waaraan de universiteit is verbonden staan mede ten dienste van het wetenschappelijk geneeskundig onderwijs.¹²
24. De academische ziekenhuizen hebben ten behoeve van het vervullen van deze in de wet opgedragen werkzaamheden ten dienste van het wetenschappelijk geneeskundig onderwijs aanspraak op een Rijksbijdrage. Deze Rijksbijdrage is vastgesteld voor de universiteit waaraan het

¹⁰ Zie de Mededeling betreffende het begrip staatssteun, randnummer 31.

¹¹ Zie artikel 1.3 Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek (hierna: WHW).

¹² Zie artikel 1.4 WHW.

academisch ziekenhuis is verbonden.¹³

25. De Rijksbijdrage van het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (hierna: OCW) bestaat uit twee bijdragen, te weten de werkplaatsfunctie en de facultaire bijdrage. De facultaire bijdrage is het product van het studentgebonden bedrag en het aantal bekostigde inschrijvingen en graden voor de opleiding geneeskunde.¹⁴ Daarnaast bestaat er nog de mogelijkheid dat de Minister van OCW een universiteit een onderwijsopslag kan geven.¹⁵ De bijdrage voor de werkplaatsfunctie bestaat uit een specifieke som met een rentevergoeding en een afschrijvingsbedrag.¹⁶
26. Tevens verkrijgen de universiteiten een vergoeding in de vorm van een door de student wettelijk verplicht te betalen collegegeld.¹⁷ De hoogte van het wettelijk verplicht collegegeld wordt bij algemene maatregel van bestuur vastgesteld.¹⁸

5.1.1.3 Tussenconclusie

27. Gelet op het feit dat de opleiding geneeskunde (bachelor en master) hoofdzakelijk door het Rijk wordt gefinancierd en tevens niet de bedoeling heeft werkzaamheden tegen vergoeding te verrichten, concludeert de ACM dat onder de huidige wet- en regelgeving de activiteiten van partijen op het gebied van de opleidingen geneeskunde (bachelor en master) in het kader van de WHW niet kunnen worden aangemerkt als economische activiteiten in de zin van de Mededingingswet.

5.1.2 Medisch specialistische vervolgoedingen

5.1.2.1 Standpunten partijen

28. Partijen betogen dat zij, vanwege de sterke regulering binnen de vervolgoedingen, ook bij deze opleidingen niet of nauwelijks concurreren. Partijen geven hierbij aan dat:
- Het aantal plaatsen is gereguleerd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
 - De vervolgoedingen worden bekostigd door een beschikbaarheidsbijdrage (vanuit de NZa).

5.1.2.2 Beoordeling door de ACM

29. De medisch specialistische vervolgoedingen worden gefinancierd vanuit het zogenoemde Opleidingsfonds dat per 1 januari 2013 door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) aan de NZa is overgedragen.
30. De NZa kent partijen ter financiering van medisch specialistische vervolgoedingen een beschikbaarheidsbijdrage toe op grond van art. 56a Wet marktordening gezondheidszorg (hierna: Wmg) en stelt de hoogte van de bevoorschotting vast. Daarnaast is de NZa verantwoordelijk voor de verantwoording over de beschikbaarheidsbijdrage. De Minister van VWS geeft de NZa via een aanwijzing de opdracht voor de bekostiging van (medische) vervolgoedingen.¹⁹ Ook stelt de

¹³ Zie artikel 1.14 WHW.

¹⁴ Zie Uitvoeringsbesluit WHW 2008, artikel 4.7.

¹⁵ Zie Uitvoeringsbesluit WHW 2008, artikel 4.11.

¹⁶ Zie Uitvoeringsbesluit WHW 2008, artikel 4.27.

¹⁷ Zie artikel 7.43 en artikel 7.45a WHW.

¹⁸ Zie artikel 7.45 WHW.

¹⁹ Zie hiervoor Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 17 oktober 2013, kenmerk 132010-106827-MC, op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg, inzake

Minister van VWS de hoogte van de vergoeding per opleidingsplaats jaarlijks vast. Zo is voor elk van de vervolgopleidingen²⁰ van de academische ziekenhuizen voor het jaar 2017-2018 het vergoedingsbedrag EUR 129.500 per fte.

5.1.2.3 Tussenconclusie

31. Uit het voorgaande blijkt dat de Rijksoverheid de financiering voor medisch specialistische vervolgopleidingen vaststelt door middel van de beschikbaarheidsbijdrage. Deze bijdrage is voor elk academisch ziekenhuis gelijk. Naast de beschikbaarheidsbijdrage is er geen aanvullende financiering vanuit de specialisten in opleiding. Aansluitend bij de jurisprudentie van het Hof en de lijn van de Europese Commissie in het staatssteunrecht, concludeert de ACM dat het aanbieden van medisch specialistische vervolgopleidingen geen economische activiteit is in de zin van de Mededingingswet.

5.1.3 Instellingscollegegeld opleidingen

32. Een student is voor elk studiejaar dat hij door het instellingsbestuur voor een opleiding is ingeschreven, aan de desbetreffende instelling wettelijk collegegeld²¹ of instellingscollegegeld²² verschuldigd. Studenten die een bachelor of masteropleiding geneeskunde volgen terwijl zij reeds een bachelor of mastergraad hebben behaald op het gebied van onderwijs of gezondheidszorg of studenten afkomstig van buiten de Europese Economische Ruimte (hierna: EER) zijn, op grond van artikel 7.46 WHW, het instellingscollegegeld verschuldigd. De hoogte van het instellingscollegegeld wordt door het instellingsbestuur vastgesteld en kan voor iedere opleiding of groep studenten verschillen.²³
33. Het instellingscollegegeld dat partijen in rekening brengen rust volledig op de studenten (tweede bachelor- of masteropleiding of niet-EER studenten). In tegenstelling tot studenten die het wettelijk collegegeld betalen, komt de financiering van de opleiding dus niet in belangrijke mate voor rekening van de Rijksoverheid.
34. Over deze onderwijsdiensten heeft de Europese Commissie aangegeven dat publieke onderwijsdiensten²⁴ dienen te worden onderscheiden van diensten die overwegend door ouders of leerlingen of uit commerciële inkomsten worden bekostigd. Zo valt bijvoorbeeld hoger onderwijs dat volledig door studenten wordt bekostigd in deze laatste categorie.²⁵

beschikbaarheidsbijdrage medische vervolgopleidingen 2014-2016, Staatscourant nr. 30705 van 5 november 2013 en aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 6 juli 2016, kenmerk 984591-152516-MC, op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg, inzake beschikbaarheidsbijdrage (medische) vervolgopleidingen 2017-2018, Staatscourant nr. 36918 van 15 juli 2016.

²⁰ Voor de vervolgopleidingen anesthesiologie, cardiologie, cardiothoracale chirurgie, dermatologie en venerologie, heilkunde, interne geneeskunde, kaakchirurgie, keel-neus-oorheelkunde, kindergeneeskunde, klinische chemie, klinische fysica, klinische genetica, klinische geriatrie in ziekenhuiszorg, longziekten en tuberculose, maag-darm-leverziekten, medische microbiologie, neurochirurgie, neurologie, nucleaire geneeskunde, obstetrie en gynaecologie, oogheelkunde, orthodontie, orthopedie, pathologie, plastische chirurgie, psychiatrie in ziekenhuiszorg, radiologie, radiotherapie, reumatologie, revalidatiegeneeskunde, spoedeisende geneeskunde, urologie en ziekenhuisfarmacie.

²¹ Als bedoeld in de artikelen 7.45 en 7.45a WHW.

²² Als bedoeld in artikel 7.46 WHW.

²³ Zie artikel 7.46 WHW.

²⁴ In dit geval de opleiding geneeskunde waar het wettelijk collegegeld voor is verschuldigd.

²⁵ Zie de Mededeling betreffende het begrip staatssteun, randnummer 30.

5.1.3.1 Tussenconclusie

35. Gelet op het voorgaande concludeert de ACM dat het aanbieden van de bachelor- en masteropleiding geneeskunde waarvoor studenten instellingscollegegeld verschuldigd zijn, als een economische activiteit dient te worden aangemerkt. Partijen zijn, voor zover zij dergelijke opleidingsplekken aanbieden, hierdoor ondernemingen in de zin van de Mededingingswet.

5.1.4 Docentprofessionalisering

36. Partijen verzorgen onderwijs en opleidingen aan docenten en opleiders in het geneeskunde onderwijs en medische vervolgoopleidingen. Zij brengen hiertoe per opleiding een bedrag in rekening aan het ziekenhuis waar de persoon, die de opleiding volgt, voor werkt. Dit bedrag varieert per opleiding en per aanbieder.

5.1.4.1 Tussenconclusie

37. Aangezien partijen met onderwijs en opleidingen aan docenten en opleiders in het geneeskunde onderwijs en medische vervolgoopleidingen een dienst aanbieden op een markt, kunnen zij hiervoor als ondernemingen in de zin van de Mededingingswet worden aangemerkt. Gelet hierop concludeert de ACM dat het aanbieden van opleidingen in het kader van docentprofessionalisering, als een economische activiteit dient te worden aangemerkt.

5.1.5 Medisch wetenschappelijk onderzoek

5.1.5.1 Beschrijving diverse geldstromen

38. Medisch wetenschappelijk onderzoek kan worden gefinancierd vanuit vier verschillende geldstromen. De eerste geldstroom betreft een lumpsumbijdrage vanuit de Rijksoverheid aan universiteiten.²⁶ De universiteiten kunnen hiermee onderwijs- en onderzoeksactiviteiten financieren.²⁷ De lumpsumbijdrage bestaat dus uit een onderwijs- en onderzoeksdeel, waarbij de universiteiten enige mate van bestedingsvrijheid hebben. De eerste geldstroom wordt tussen universiteiten verdeeld op basis van een bekostigingsmodel dat verschillende parameters bevat, waaronder het aantal bekostigde graden, aantal promoties en certificaten, voorziening onderzoek en instellingsspecifieke opslagen.²⁸
39. De tweede geldstroom wordt voorwaardelijk door de Rijksoverheid bekostigd en heeft als doel excellent en vernieuwend onderzoek te ondersteunen. De middelen worden beschikbaar gesteld via subsidies van onder andere de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek, Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (hierna: ZonMW) en de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen.
40. De derde en vierde geldstroom betreft de overige baten van universiteiten en onderzoeksinstellingen. Een deel van de derde geldstroom is afkomstig van Nederlandse overheden en semi-overheidsinstellingen. Overheden treden in dit geval op als opdrachtgever van onderzoek. De

²⁶ De bijdrage vanuit de Rijksoverheid bestaat uit de beschikbaarheidsbijdrage van het ministerie van VWS en de rijksbijdragen van het ministerie van OCW.

²⁷ Met deze geldstroom kunnen universiteiten bijvoorbeeld de loonkosten van vaste contracten financieren of investeren in (basis)infrastructuur van de universiteit zoals laboratoria en bibliotheken.

²⁸ Zie hiervoor Uitvoeringsbesluit WHW 2008, artikelen 4.20-4.23 en 4.27.

overheid kan bijvoorbeeld opdracht geven om een beleidsvraagstuk te onderzoeken. Op die manier kunnen Nederlandse overheden dus ook met de derde geldstroom sturend optreden. Gezondheidsfondsen en private organisaties treden eveneens vaak op als financier en opdrachtgever. Ook bedrijven dragen rechtstreeks of via consortia bij aan fundamenteel onderzoek.

5.1.5.2 Standpunt partijen

41. Ten aanzien van medisch wetenschappelijk onderzoek dat wordt gefinancierd uit de eerste geldstroom stellen partijen dat de vergoedingscomponenten niet afhankelijk zijn van de aard of omvang van de onderzoeksactiviteiten, maar historisch bepaald zijn met aanpassingen op basis van prijsontwikkelingen of afhankelijk te zijn van de mate waarin de instelling onderwijs verleent en studenten en promovendi succesvol begeleidt. Doordat geen sprake is van een verband tussen de onderzoeksactiviteiten en de vergoedingen, is er volgens partijen geen sprake van concurrentie tussen AMC, VUmc en eventuele andere onderzoeksinstituten ten aanzien van deze onderzoeksactiviteiten.

5.1.5.3 Beoordeling eerste geldstroom

42. Zoals in punt 38 beschreven, wordt de eerste geldstroom door de Rijksoverheid gefinancierd. De Rijksoverheid zet binnen deze geldstroom geen contractonderzoek uit. Gelet op het voorgaande acht de ACM het aannemelijk dat de eerste geldstroom binnen het medisch wetenschappelijk onderzoek geen economische activiteit behelst.

5.1.5.4 Beoordeling tweede, derde en vierde geldstroom

43. Voor de tweede, derde en vierde geldstroom geldt een meer diffuus beeld ten aanzien van de vraag of deze zijn aan te merken als een economische activiteit. De ACM merkt wel op dat de tweede geldstroom meer het karakter heeft van een niet-economische activiteit dan de derde en vierde geldstroom. Binnen de verschillende geldstromen vindt enerzijds contractonderzoek plaats door de Rijksoverheid en private ondernemingen en anderzijds lijkt er soms geen verband te zijn tussen de onderzoeksactiviteiten en de vergoedingen. In deze zaak zal in het midden worden gelaten of, respectievelijk in hoeverre, de tweede, derde en vierde geldstroom een economische activiteit behelst, aangezien de materiële beoordeling hierdoor niet wordt beïnvloed (zie punten 68 en 69).

5.1.5.5 Eindconclusie

44. Voor de activiteiten van partijen op het gebied van (i) de opleiding geneeskunde (bachelor en master), (ii) de medisch specialistische vervolgoopleidingen en (iii) de eerste geldstroom binnen het medisch wetenschappelijk onderzoek is er geen sprake van een economische activiteit in de zin van de Mededingingswet. Het concentratietoezicht is op deze activiteiten hierdoor niet van toepassing. Voor de overige activiteiten van partijen op het gebied van onderwijs en opleidingen en medisch wetenschappelijk onderzoek zal de ACM in het volgende hoofdstuk de gevolgen voor de mededinging beoordelen.

6 Beoordeling (para)medisch onderwijs en opleidingen

6.1 Relevante markten

45. In het navolgende zal voor (i) de opleiding geneeskunde waarvoor instellingscollegegeld verschuldigd is en (ii) het aanbieden van opleidingen in het kader van docentprofessionalisering worden ingegaan op de relevante markten en de beoordeling van de gevolgen voor de mededinging hierop.

6.1.1 Relevante productmarkten

De mogelijke markt die tenminste het aanbieden van de opleiding geneeskunde waarvoor instellingscollegegeld is verschuldigd omvat

46. Partijen brengen beiden voor de bacheloropleiding en de masteropleiding geneeskunde instellingscollegegeld in rekening. Het instellingscollegegeld wordt enkel in rekening gebracht bij studenten die eerder al een bachelor- of mastergraad hebben behaald op het gebied van onderwijs of de gezondheidszorg of die van buiten de EER afkomstig zijn. In het navolgende zal de ACM uitgaan van een mogelijke markt die tenminste het aanbieden van de opleiding geneeskunde waarvoor instellingscollegegeld verschuldigd is omvat.

De mogelijke markt die tenminste het aanbieden van opleidingen in het kader van docentprofessionalisering omvat

47. Partijen verzorgen onderwijs en opleidingen aan docenten en opleiders in het geneeskunde onderwijs en medische vervolgoopleidingen. In het navolgende zal de ACM uitgaan van een mogelijke markt die tenminste het aanbieden van opleidingen in het kader van docentprofessionalisering omvat.

6.1.2 Relevante geografische markten

De mogelijke markt die tenminste het aanbieden van de opleiding geneeskunde waarvoor instellingscollegegeld is verschuldigd omvat

6.1.2.1 Standpunt partijen

48. Partijen geven aan dat zij voor de bachelor- en masteropleiding geneeskunde ten aanzien van de studenten die al eerder een bachelor- of mastergraad hebben gehaald op het gebied van onderwijs of de gezondheidszorg, ten minste concurreren met alle andere UMC's in Nederland.
49. Ten aanzien van de studenten die afkomstig zijn van buiten de EER concurreren AMC en VUmc, volgens partijen, niet alleen met UMC's in Nederland, maar ook met UMC's en geneeskunde faculteiten van universiteiten wereldwijd. Een student uit India of China die de bachelor- of masteropleiding geneeskunde bij AMC of VUmc volgt, kan voor deze opleiding ook terecht in bijvoorbeeld Duitsland of Engeland, of ergens buiten de EER.

6.1.2.2 Beoordeling door de ACM

50. Alle andere UMC's in Nederland bieden een bachelor- en masteropleiding geneeskunde aan voor studenten die reeds een bachelor- of mastergraad hebben gehaald op het gebied van onderwijs of gezondheidszorg. Het is aannemelijk dat studenten voor een dergelijke studie alle medische faculteiten in Nederland als keuzemogelijkheid zien. Daarnaast is het zeer aannemelijk dat voor studenten afkomstig van buiten de EER de mogelijke markt niet een nationale omvang heeft maar ruimer is.
51. Gelet hierop acht de ACM het aannemelijk dat de mogelijke markt die tenminste het aanbieden van de opleiding geneeskunde waarvoor instellingscollegegeld verschuldigd is omvat, tenminste een nationale omvang kent.

De mogelijke markt die tenminste het aanbieden van opleidingen in het kader van docentprofessionalisering omvat

52. Er zijn acht landelijke Onderwijs- en OpleidingsRegio's (hierna: OOR's), die gekoppeld zijn aan de acht UMC. Een OOR bestaat uit een regionaal opleidingsnetwerk waarin het UMC samenwerkt met algemene ziekenhuizen en andere onderwijsinstellingen om een optimale invulling van de medische opleidingen te bewerkstelligen. De samenwerking heeft als doel de kwaliteit van onderwijs en opleidingen te verhogen, maar ook de continuïteit en doelmatigheid van opleidingen te waarborgen en voldoende zorgprofessionals op te leiden.
53. In beginsel worden de onderwijsactiviteiten in het kader van docentprofessionalisering door partijen aangeboden aan docenten en opleiders die afkomstig zijn uit de eigen OOR. In zeer beperkte mate komt het echter voor partijen voor dat een docent of opleider uit een andere OOR deelneemt aan de opleidingen van partijen.
54. In deze zaak kan in het midden worden gelaten of de geografische omvang van de mogelijke markt die tenminste het aanbieden van opleidingen in het kader van docentprofessionalisering omvat, de eigen OOR betreft of een ruimer gebied. De materiële beoordeling zal hierdoor niet worden beïnvloed (zie punten 59 tot en met 61).

6.2 Gevolgen van de concentratie

De mogelijke markt die tenminste het aanbieden van de opleiding geneeskunde waarvoor instellingscollegegeld is verschuldigd omvat

55. In 2015 had VUmc [...] bachelor- en masterstudenten geneeskunde die al een bachelor of mastergraad hebben behaald op het gebied van onderwijs of de gezondheidszorg. Ongeveer de helft van deze studenten nam deel aan de bacheloropleiding geneeskunde en de helft aan de masteropleiding geneeskunde. Van deze studenten was een zeer kleine minderheid afkomstig van buiten de EER. Het instellingscollegegeld dat VUmc in rekening bracht voor deze studenten betreft EUR 13.527. In totaal heeft VUmc ongeveer EUR [...] aan omzet behaald.

* 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.

56. In 2015 had AMC naar schatting ook [...] bachelor- en masterstudenten geneeskunde die al een bachelor of mastergraad hebben behaald op het gebied van onderwijs of de gezondheidszorg. Ongeveer de helft van deze studenten nam deel aan de bachelor- en de helft aan de masteropleiding geneeskunde. Ook voor AMC geldt dat een zeer kleine minderheid van deze studenten afkomstig was van buiten de EER. AMC hanteert een tarief van EUR 18.500 voor bachelorstudenten geneeskunde en EUR 20.600 voor masterstudenten geneeskunde. Hiermee heeft AMC in 2015 ongeveer EUR [...] omzet aan instellingsgeld behaald.
57. Alle andere UMC's in Nederland bieden tevens een bachelor- en masteropleiding geneeskunde voor studenten aan die al een bachelor of mastergraad hebben behaald op het gebied van onderwijs of de gezondheidszorg. Partijen schatten in dat deze studenten gelijk verdeeld zijn over de acht UMC's in Nederland en dat zij daarmee na de voorgenomen concentratie beschikken over een gezamenlijk marktaandeel van ongeveer [20-30]% (gemeten in aantal studenten) op een mogelijke nationale markt. Wanneer uitgegaan wordt van een ruimer dan nationale markt, wordt het marktaandeel lager.
58. Gelet op het gezamenlijke marktaandeel van partijen na de voorgenomen concentratie is er geen reden om aan te nemen dat op de mogelijke markt die tenminste het aanbieden van de opleiding geneeskunde waarvoor instellingscollegegeld is verschuldigd omvat als gevolg van deze concentratie de daadwerkelijke mededinging op significante wijze zou kunnen worden belemmerd.

De mogelijke markt die tenminste het aanbieden van opleidingen in het kader van docentprofessionalisering omvat

59. Zoals eerder aangegeven bieden zowel AMC als VUmc opleidingen aan docenten en opleiders in het geneeskunde onderwijs en de medische vervolgoopleidingen aan. AMC en VUmc bieden deze docentprofessionalisering in beginsel aan voor hun eigen OOR. In zeer beperkte mate komt het voor dat een docent of opleider uit een andere OOR deelneemt aan de opleidingen die AMC en VUmc in dit kader aanbieden. Voor VUmc geldt dat ongeveer [0-10]% van het aantal deelnemers aan de opleidingen in het kader van docentprofessionalisering afkomstig is van buiten de OOR. Voor AMC betreft het maximaal [0-10]%.
60. VUmc heeft in 2015 ongeveer EUR [...] omzet behaald met het aanbieden van opleidingen in het kader van docentprofessionalisering voor de geneeskundeopleiding en de medische vervolgoopleidingen, waarvan slechts EUR [...] is behaald met de docentprofessionalisering aan docenten en opleiders buiten de OOR. AMC heeft een vergelijkbaar bedrag aan omzet behaald met het aanbieden van docentprofessionalisering, waarbij ongeveer EUR [...] is behaald met de docentprofessionalisering aan docenten en opleiders buiten de OOR.
61. Voor zover partijen de docentprofessionalisering enkel in hun eigen OOR aanbieden zal deze concentratie daarin geen verandering brengen. Voor zover er omzet wordt behaald met het aanbieden van docentprofessionalisering buiten de OOR-regio geldt dat dit voor slechts een zeer beperkt deel is en een beperkte omzet betreft. Hierdoor acht de ACM het niet aannemelijk dat op de mogelijke markt die tenminste het aanbieden van opleidingen in het kader van docentprofessionalisering omvat als gevolg van de onderhavige concentratie de daadwerkelijke mededinging op significante wijze zou kunnen worden belemmerd.

7 Beoordeling medisch wetenschappelijk onderzoek

7.1 Relevante markten

7.1.1 Relevante productmarkt

62. In het onderhavige geval kan het in het midden blijven of de relevante productmarkt de markt voor medisch wetenschappelijk onderzoek betreft of dat een onderscheid dient te worden gemaakt naar verschillende geldstromen, aangezien de materiële beoordeling van de gevolgen van de onderhavige concentratie hierdoor niet wordt beïnvloed (zie punten 68 tot en met 69).

7.1.2 Relevante geografische markt

7.1.2.1 Standpunt partijen

63. Partijen stellen dat de mogelijke markt voor medisch wetenschappelijk onderzoek ten minste nationaal en meest waarschijnlijk wereldwijd in omvang is. Partijen geven daarbij aan dat zij niet alleen concurreren met Nederlandse instellingen, maar ook met buitenlandse onderzoeksinstituten die medisch wetenschappelijk onderzoek verrichten.

7.1.2.2 Beoordeling door de ACM

64. Om een beeld te krijgen van de werking van de verschillende geldstromen heeft de ACM marktonderzoek gedaan. Daarbij heeft zij gesprekken gevoerd met ZonMW en de Samenwerkende Gezondheidsfondsen (hierna: SGF).
65. Het marktonderzoek van de ACM bevestigt dat de mogelijke markt voor medisch wetenschappelijk onderzoek tenminste nationaal is. De opdrachten voor medisch wetenschappelijk onderzoek wordt in de verschillende geldstromen uitgezet en verricht door alle UMC's in Nederland en tevens door andere Nederlandse onderzoeksinstituten.
66. In het navolgende zal uitgegaan worden van een mogelijke markt voor medisch wetenschappelijk onderzoek die tenminste nationaal is.

7.2 Gevolgen van de concentratie

7.2.1 Standpunt partijen

67. Partijen stellen dat zij een gezamenlijk marktaandeel verkrijgen van maximaal [30-40]% (AMC [10-20]% en VUmc [10-20]%) uitgaande van een nationale markt die de tweede, derde en vierde geldstroom omvat en op basis van omzet die gegenereerd wordt door enkel de UMC's. De marktaandelen van partijen op deze mogelijke markt zullen echter, volgens partijen, beduidend lagere percentages betreffen. Medisch wetenschappelijk onderzoek wordt volgens partijen namelijk ook aangeboden door onderzoeksinstituten en het is volgens partijen aannemelijk dat partijen ook met buitenlandse instituten concurreren.

7.2.2 Beoordeling door de ACM

68. Uit het marktonderzoek van de ACM blijkt dat de door partijen omschreven marktposities op een

mogelijk nationale markt voor de tweede, derde en vierde geldstroom een realistisch beeld weergeven. Cijfers van ZonMw laten vergelijkbare marktaandelen van partijen zien. Zowel ZonMw als SGF hebben tevens aangegeven dat, naast de andere UMC's, ook andere onderzoeksinstituten in binnen- en buitenland mee kunnen dingen naar de verschillende geldstromen. Zo geeft ZonMw aan dat de TU in Delft, TU Eindhoven en TU Enschede concurrenten van partijen zijn en dat instellingen als het NIVEL, Trimbos instituut en het Kankerinstituut ook mee kunnen dingen. SGF heeft in het marktonderzoek aangegeven dat ook buitenlandse partijen kunnen meedingen.

7.2.3 Conclusie

69. Gelet op het gezamenlijke marktaandeel van partijen is er geen reden om aan te nemen dat op de mogelijke nationale markt voor medisch wetenschappelijk onderzoek als gevolg van de onderhavige concentratie de daadwerkelijke mededinging op significante wijze zou kunnen worden belemmerd.

8 Beoordeling patiëntenzorg

70. UMC's onderscheiden zich van algemene ziekenhuizen door hun publieke functie. Die functie brengt extra kosten met zich mee, waarvoor een aparte financiering geldt. In het navolgende zal eerst kort stilgestaan worden bij deze publieke functie van UMC's en de wijze van financiering hiervan. Daarna worden de relevante product- en geografische markten besproken en volgt de beoordeling van de gevolgen van de concentratie.

8.1 Rol van UMC's

71. Naast de kerntaken medisch wetenschappelijk onderzoek en (para)medisch onderwijs en opleidingen hebben de acht UMC's in Nederland ook patiëntenzorg als kerntaak. Deze drie kerntaken zijn sterk met elkaar verbonden. Juist die verbondenheid tussen de drie kerntaken bepaalt de context waarin de activiteiten van UMC's worden aangeboden. Volgens VWS "(...) stelt de sterke verwevenheid van patiëntenzorg, wetenschap en onderwijs binnen de UMC's hen goed in staat om (...) de hele weg te bewandelen van fundamentele verkenning, via translationeel onderzoek naar patiëntgebonden onderzoek en klinische toepassing. UMC's vormen daarmee een belangrijke bron van zorgvernieuwing (...)"²⁹
72. Het overgrote deel van de patiëntenzorg binnen een UMC wordt gefinancierd door middel van reguliere financiering op grond van de Zorgverzekeringswet. In 2014 hebben de acht UMC's in het kader van de Zorgverzekeringswet gezamenlijk een omzet gerealiseerd van bijna 4 miljard euro.³⁰ Vanwege de hiervoor genoemde verwevenheid, geldt met betrekking tot de patiëntenzorg dat UMC's een topreferente functie hebben en patiënten behandelen die zeer specialistische zorg nodig hebben waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is ('last resort').

²⁹ Zie de Positioneringsnota UMC's van het Ministerie van VWS met kenmerk 383301-122132-CZ (hierna: de positioneringsnota UMC's) van 11 juli 2014.

³⁰ NZa, 'Marktscan van de Medisch Specialistische Zorg 2015'. Omzet uit andere activiteiten zoals de Wet langdurige zorg, beschikbaarheidsbijdragen, subsidies, eenmalige baten en overige omzet zoals parkeergelden is hierin niet meegenomen (NZa; Bronnen & Methoden bij Marktscan medisch-specialistische zorg 2015).

73. Ten aanzien van topreferente patiëntenzorg hebben UMC's een aparte financiering.³¹ Volgens VWS is het publieke belang van voldoende aanbod en kwaliteit van de publieke functies van de UMC's namelijk niet voldoende gewaarborgd als ze aan de markt worden overgelaten. In een notitie uit 2006 bij de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet licht VWS dit als volgt toe: *"(...) Als we de bijzondere functies van de UMC's aan de markt zouden overlaten, is dit publieke belang van voldoende aanbod en kwaliteit van deze functies niet voldoende gewaarborgd. Bepaalde dure en heel gespecialiseerde zorg en innovatie en ontwikkeling van zorg zouden in een marktsituatie in de knel komen, vanwege de hoge investeringen die hiermee gepaard gaan en daardoor niet direct rendabel zijn. Dit vraagt vanwege het publieke belang om maatregelen van de zijde van de overheid op het terrein van de zorg (...)."*³²
74. UMC's zijn op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg belast met een dienst van algemeen economisch belang (hierna: DAEB) en ontvangen op grond van deze wet een beschikbaarheidsbijdrage voor academische zorg.³³ De beschikbaarheidsbijdrage academische zorg bedroeg in 2015 in totaal ruim 600 miljoen euro.³⁴ Dit bedrag is onafhankelijk van de 'productieontwikkeling' per UMC en groeit alleen met prijs- en loonontwikkeling en demografische groei. Het dient ter bekostiging van de meerkosten van de academische patiënt en is een aanvulling op de reguliere financiering op grond van de Zorgverzekeringswet.
75. De NZa definieert *academische zorg* voor de beschikbaarheidsbijdrage als *"(...) het uitvoeren van topreferente zorg en innovatieve zorg, en de ontwikkeling van nieuwe vormen van diagnostiek en behandeling. Topreferente zorg is zeer specialistische patiëntenzorg die gepaard gaat met bijzondere diagnostiek en behandeling waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is. Topreferente zorg vereist een infrastructuur waarbinnen vele disciplines op het hoogste deskundigheidsniveau samenwerken ten behoeve van de patiëntenzorg en die gekoppeld is aan fundamenteel patiëntgericht onderzoek. Innovatie en ontwikkeling hebben betrekking op het bedenken, uitproberen, systematisch uittesten en verspreiden van nieuwe behandelingen en vormen van diagnostiek. Het betreft uitsluitend die vormen van innovatie en ontwikkeling die steunen op fundamenteel wetenschappelijk onderzoek. Ten behoeve van het uitvoeren van topreferente en innovatieve zorg en de ontwikkeling van nieuwe vormen van diagnostiek en behandeling kan een compensatie nodig zijn voor kapitaallasten die samenhangen met de academische functie. Het gaat hierbij om kapitaallasten die niet uit reguliere tarieven kunnen worden gedekt (...)."*³⁵

³¹ Zie de positioneringsnota UMC's.

³² Ministerie van VWS; Bijlage bij Kamerstuk 26274 nr. 4; '*Publieke functies van de UMC's in een marktomgeving*', december 2006.

³³ Het ministerie van VWS en de NZa spreken in het kader van *topreferente zorg* over een beschikbaarheidsbijdrage voor *academische zorg*.

³⁴ Zie Bijlage 1 van de Beleidsregel BR/CU-5130 van de NZa.

³⁵ Besluit van 24 augustus 2012, houdende aanwijzing van de vormen van zorg die in aanmerking kunnen komen voor een beschikbaarheidsbijdrage op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele wijzigingen in het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG, onderdeel B, onder 2, van de Bijlage.

8.2 Relevante markten

8.2.1 Relevante productmarkten

8.2.1.1 Opvatting van partijen

76. Partijen verdelen in de melding de patiëntenzorg onder in i) het vrije segment, ii) het gereguleerde segment en iii) het vaste segment. Deze indeling sluit aan bij de segmenten die de NZa onderscheidt. Partijen maken dit onderscheid omdat volgens hen de juridische en economische context per segment verschilt en omdat op basis van deze segmentering betrouwbare marktanalyses kunnen worden gemaakt.
77. Het vrije segment ziet vooral op electieve zorg, die volgens partijen vooral in algemene ziekenhuizen geleverd wordt. In het vrije segment is sprake van vrije volumes en vrije prijsvorming. Voor het gereguleerde segment geldt dat er ook sprake is van vrije volumes, maar de tarieven zijn hier gemaximeerd (met het oog op de publieke belangen). Het gereguleerde segment omvat onder meer zorg die wordt gereguleerd op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (hierna: WBMV). Het vaste segment omvat specifieke functies of kenmerken van zorgverlening die veel geld kosten en (mede) een publiek belang dienen. Betrokken aanbieders ontvangen hiervoor een vaste vergoeding.
78. Verder geven partijen aan dat UMC's naast 'reguliere' zorg ook 'academische' zorg leveren. Academische zorg omvat volgens partijen topreferente en innovatieve zorg en ontwikkeling van nieuwe vormen van diagnostiek en behandeling. Topreferente zorg omvat de behandeling van patiënten die zeer specialistische zorg nodig hebben, die niet meer kunnen worden doorverwezen vanwege bijvoorbeeld de complexiteit van de aandoening of behandeling. Partijen sluiten hiermee aan bij de definitie van de NZa ter omschrijving van de zorg waarvoor UMC's een beschikbaarheidsbijdrage ontvangen en belast zijn met een DAEB.
79. Partijen geven daarbij aan dat academische zorg sterk verband kan houden met de zorg in (één of meer van) de drie NZa-segmenten, waarbij academische zorg en reguliere zorg geïntegreerd worden geleverd en de financiering voor de academische zorg de reguliere financiering aanvult. Academische behandelingen kunnen volgens partijen behandelingen in zowel het vaste, gereguleerde als het vrije segment betreffen.
80. Partijen hebben in de melding analyses aangeleverd die betrekking hebben op de drie NZa-segmenten. Zij geven aan steeds te kijken naar de meest nauw afgebakende mogelijke productmarkt in het licht van eerdere beschikkingspraktijk van de ACM om een zo behoudend mogelijke analyse te maken. Hierbij maken zij een onderscheid tussen klinisch en niet-klinisch en een onderscheid naar specialisme en/of naar WBMV-vergunning.

8.2.1.2 Marktonderzoek door de ACM

Inleiding

81. Partijen zijn allebei actief op het gebied van algemene ziekenhuiszorg. Voor algemene ziekenhuiszorg is in eerdere besluiten van de ACM uitgegaan van aparte relevante productmarkten voor klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg.³⁶ In dit besluit wordt voor klinische en niet-

³⁶ Zie onder meer het besluit van 15 juli 2004 in zaak 3897/*Ziekenhuis Hilversum – Ziekenhuis Gooi-Noord*, punt 14 en 15, het besluit van 25 maart 2009 in zaak 6424/*Ziekenhuis Walcheren – Oosterscheldeziekenhuizen*, punten 12 tot en

klinische algemene ziekenhuiszorg ook de verzamelnaam basiszorg gebruikt.

82. In eerdere besluiten van de ACM is op grond van overwegingen met betrekking tot vraag- en aanbodsubstitutie en verschillen in toetredingsdrempels ook uitgegaan van aparte productmarkten voor topzorg (waaronder topklinische en topreferente zorg), te onderscheiden van algemene ziekenhuiszorg.³⁷ In deze eerdere zaken was geen sprake van overlap op het gebied van topzorg en is niet nader ingegaan op deze (mogelijke) productmarkt.
83. In deze zaak is er wel sprake van overlap van de activiteiten van partijen op het gebied van topzorg. Daarom is in deze zaak nader onderzoek gedaan naar het aanbod van UMC's en een definiëring van een productmarkt of productmarkten. Een definiëring van productmarkten is van belang om de onderlinge concurrentiedruk tussen partijen en tussen partijen en andere aanbieders in kaart te brengen.
84. Tijdens het marktonderzoek heeft de ACM de volgende mogelijke indeling van productmarkten aan verschillende marktpartijen voorgelegd: basiszorg, complexe zorg, academische zorg en unieke zorg. De veronderstelling van de ACM is dat vanwege de verschillen in complexiteit en benodigde infrastructuur binnen deze categorieën van zorg ook verschillende type aanbieders een alternatief voor patiënten en zorgverzekeraars kunnen bieden en daarmee mogelijk verschillende markten kunnen beslaan. Met basiszorg wordt bedoeld de zorg die in alle ziekenhuizen geleverd kan worden (in eerdere besluiten aangeduid als klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg). Complexe zorg is de zorg die vanwege complexiteit niet in alle ziekenhuizen geleverd kan worden. Complexe zorg wordt over het algemeen in Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (hierna STZ-ziekenhuizen) en academische ziekenhuizen geleverd. Academische zorg is zorg die in een academisch ziekenhuis geleverd moet worden. Unieke zorg is zorg die zo hoog complex is en een dermate laag volume heeft, dat deze slechts in één of enkele (academische) ziekenhuizen geleverd wordt.

Visie zorgverzekeraars en ziekenhuizen

85. Uit het marktonderzoek blijkt dat zorgverzekeraars en ziekenhuizen, los van de specifieke benaming, de verschillende categorieën van de ACM op hoofdlijnen herkennen en dat zij dit een logische indeling vinden. Hierbij wordt wel aangegeven dat de grenzen tussen de verschillende typen zorg in de praktijk niet makkelijk zijn aan te geven. Hieronder schetst de ACM hoe marktpartijen naar de verschillende mogelijke productmarkten kijken.
86. Uit het marktonderzoek volgt ten eerste dat voor een deel van de zorg die UMC's leveren geldt dat deze zo complex is, dat je hiervoor maar bij één of enkele (academische) ziekenhuizen terecht kunt. Hoe groot dat deel is volgt niet eenduidig uit het marktonderzoek.
87. O.W.M. Zorgverzekering Zorg en Zekerheid UA (hierna: Zorg en Zekerheid) geeft aan dat er hele zeldzame en complexe zorg is die geconcentreerd is op een aantal plekken, met de verwachting dat

met 17, het besluit van 3 december 2013 in zaak 13.0780.22/*Zuwe Hofpoort ziekenhuis – Sint Antonius ziekenhuis*, punt 13 en het besluit van 6 december 2016 in zaak 16.0680.22/*Slingeland Ziekenhuis – Streekziekenhuis Koningin Beatrix* punt 15.

³⁷Zie onder andere het besluit van 28 januari 2004 in zaak 3524/*Juliana Kinderziekenhuis/Rode Kruis Ziekenhuis – Leyenburg Ziekenhuis*, punt 36 en 52, het besluit van 13 september 2007 in zaak 5886/*MCA – Gemini*, punt 8 en het besluit van 5 september 2011 in zaak 7236/*Orbis – Atrium*, punt 17 en 18.

- op deze plekken de beste zorg wordt geleverd. Menzis Zorgverzekeraar N.V. (hierna: Menzis) geeft aan dat er unieke zorg bestaat, die door één UMC wordt geleverd. Ook Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (hierna: Zilveren Kruis) geeft aan dat er zorg bestaat met een hoge mate van specialisatie die op een aantal plekken in Europa wordt aangeboden. Coöperatie VGZ U.A. (hierna: cVGZ) geeft daarentegen aan dat zij zelf eigenlijk geen zorg kennen die alleen door één UMC wordt aangeboden. De typering 'unieke zorg' past volgens cVGZ derhalve niet bij de praktijk. cVGZ geeft daarbij aan dat als er een nieuw soort zorg 'op-popt', er altijd wel enkele UMC's zijn die deze zorg gaan aanbieden. Het komt volgens cVGZ dan ook in de praktijk niet voor dat er slechts één aanbieder is. ONVZ Ziektenkostenverzekeraar N.V. (hierna: ONVZ) geeft juist weer aan dat er wel unieke zorg bestaat waar geen alternatieven zijn. Zij geeft aan dat academische zorg op het grensvlak ligt van unieke zorg.
88. Het Universitair Medisch Centrum Utrecht (hierna: UMCU) geeft aan dat zij voor een deel unieke zorg biedt, die samenhangt met een unieke infrastructuur, in combinatie met wetenschappelijk onderzoek en een last resort functie binnen het zorgstelsel. Dat deze zorg slechts door één UMC wordt aangeboden komt weinig voor, de meeste zorg wordt volgens UMCU door meerdere UMC's in het land aangeboden. Het Leids Universitair Medisch Centrum (hierna: LUMC) geeft aan dat unieke zorg bijna niet bestaat en dat de meeste academische zorg in alle UMC's geleverd wordt. Ook het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis geeft aan dat er weinig voorbeelden zijn van unieke zorg die maar in één UMC geboden wordt. Het gaat dan om de last-resort functie die een UMC heeft op een bepaalde behandeling. Het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis geeft verder aan dat het verschil tussen unieke zorg en academische zorg niet groot is. Het Erasmus Medisch Centrum (hierna: Erasmus MC) geeft aan dat unieke zorg in één of twee academische ziekenhuizen in het land wordt aangeboden. Te denken valt aan de expertisecentra. Het Radboud Universitair Medisch Centrum (hierna: Radboudumc) geeft aan dat er meerdere expertisecentra kunnen zijn op één gebied.
89. Stichting Isala Klinieken (hierna: Isala) geeft aan dat unieke zorg de zorg betreft die in enkele ziekenhuizen wordt geleverd. Dit hoeft volgens Isala geen UMC te zijn. Het Onze Lieve Vrouw Gasthuis (hierna: OLVG) geeft aan dat er unieke zorg bestaat die in één ziekenhuis geleverd wordt en dat zij dit zelf in beperkte mate ook aanbiedt. Het St. Antonius Ziekenhuis geeft aan dat er zorg is die niet in elk ziekenhuis kan worden aangeboden, omdat er een combinatie van unieke faciliteiten nodig is om die zorg te kunnen leveren en er maar een bepaald aantal ziekenhuizen is dat hierover beschikt. Het St. Antonius geeft aan dat dit in veel gevallen een academisch centrum zal zijn, maar niet altijd. Ook het Amstelland ziekenhuis geeft aan dat er unieke zorg is die slechts op een aantal plekken kan worden gerealiseerd, vanwege het kleine aantal patiënten.
90. Uit het marktonderzoek volgt verder dat er een categorie zorg is die in meerdere UMC's wordt aangeboden en in die zin dus niet uniek is, en waarvoor sommige STZ- ziekenhuizen ook een alternatief kunnen bieden. Welke ziekenhuizen een alternatief vormen voor welk deel van de zorg die UMC's leveren, volgt niet eenduidig uit het marktonderzoek.
91. Menzis heeft in het marktonderzoek van de ACM aangegeven dat voor basiszorg en complexe zorg topklinische ziekenhuizen een alternatief vormen voor UMC's. Ook is er volgens Menzis een deel van de zorg die vooral UMC's leveren. Zorg en Zekerheid geeft aan dat er landelijk interpretatieverschil is over wat nu precies academische zorg is. Academische ziekenhuizen onderscheiden zich volgens Zorg en Zekerheid vooral door het leveren van heel unieke zorg. De algemene en STZ-ziekenhuizen zijn volgens Zorg en Zekerheid alternatieven voor minder complexe zorg. Zorg en Zekerheid geeft daarbij aan dat oncologische zorg en cardiologische zorg steeds meer bij STZ-ziekenhuizen terecht komt.

92. Zilveren Kruis geeft aan een andere indeling te hanteren dan de ACM in het marktonderzoek heeft voorgelegd. Zij maakt een onderscheid naar zorg met een hoge mate van specialisatie, waar geldt dat de behandeling op een aantal plekken in Europa plaatsvindt (dit noemen zij topreferente zorg), zorg die een hoog technologische omgeving vereist en in meerdere ziekenhuizen (UMC's of STZ-ziekenhuizen) kan plaatsvinden, zorg die minder complex is, maar voor complexere patiënten met multi-morbiditeit, die in veel ziekenhuizen kan plaatsvinden en tot slot laag complexe zorg die in vrijwel alle ziekenhuizen kan plaatsvinden.
93. Het UMCU maakt een onderscheid tussen basiszorg, topklinische zorg, academische zorg en topreferente zorg, waarbij de zorg steeds complexer wordt. Topklinische zorg wordt volgens het UMCU aangeboden in zowel UMC's als STZ-ziekenhuizen en is veelal vergunningsplichtig vanwege minimumnormen (kwaliteit) en hoge infrastructurele kosten. Academische zorg is volgens het UMCU zorg die qua complexiteit en zorgzwaarte (b.v. patiënten met veel co-morbiditeit) eigenlijk uitsluitend in UMC's wordt aangeboden. Topreferente zorg betreft daarentegen zeldzame ziekten en zorg die complexe behandelingen vereist; ook wel de last-resort functie genoemd. Het Erasmus MC geeft juist aan dat STZ-ziekenhuizen meer complexe zorg aanbieden, waarbij het Erasmus MC zich als UMC voornamelijk focust op unieke zorg en academische zorg.
94. Het Spaarne Gasthuis geeft aan dat complexe zorg niet in algemene ziekenhuizen wordt aangeboden. Voor complexe zorg moet een ziekenhuis onder andere een goede infrastructuur hebben. Zorg is volgens het Spaarne Gasthuis complexe zorg wanneer er twee specialisaties nodig zijn en meer dan één dag opname. Complexe zorg wordt, volgens Spaarne Gasthuis, om deze redenen aangeboden in een STZ-ziekenhuis of in een UMC. Isala geeft aan dat 90% van de zorg die in UMC's geleverd wordt, ook in STZ-ziekenhuizen geleverd kan worden. De overige zorg is volgens Isala zorg met nieuwe technieken en specialisaties. Het Amstelland ziekenhuis geeft aan dat hoog complexe zorg in het algemeen niet door een basisziekenhuis wordt verleend, omdat daar niet de juiste infrastructuur voor aanwezig is en niet aan de volumennormen wordt voldaan. Het Antonius ziekenhuis geeft aan dat naarmate de zorg zeldzamer wordt, het aantal ziekenhuizen dat dit biedt ook kleiner wordt. Dit hoeft volgens het Antonius ziekenhuis niet altijd een academisch ziekenhuis te zijn, maar kan ook een ziekenhuis met een bepaald specialisme zijn.

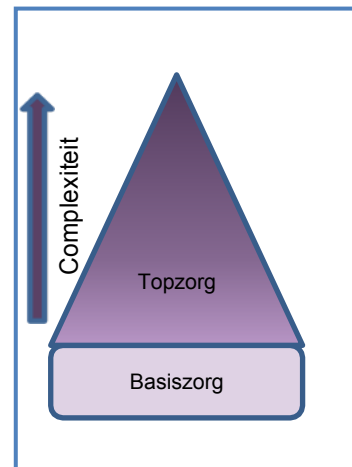
Beoordeling door de ACM

95. De ACM is van mening dat de indeling die partijen hanteren naar vrij segment, vast segment en gereguleerd segment mogelijk goed te analyseren is, maar dat het weinig zegt over mogelijke alternatieven die patiënten en zorgverzekeraars in hun keuze voor een aanbieder kunnen meenemen. Het feit dat een DBC³⁸ in bijvoorbeeld het vrije segment valt, zegt weinig over de complexiteit van de behandeling. Academische ziekenhuizen en algemene ziekenhuizen kunnen allemaal behandelingen doen waarvan de DBC's in het vrije, gereguleerde of vaste segment vallen. De ACM is daarom van mening dat een dergelijke indeling niet geschikt is voor de beoordeling van de concurrentiedruk tussen academische ziekenhuizen onderling en tussen academische ziekenhuizen en andere ziekenhuizen.
96. De ACM ziet bevestiging in het marktonderzoek dat de productmarkten meer gezocht moeten worden binnen een continuüm van basiszorg, complexe zorg, academische zorg en unieke zorg. Marktpartijen herkennen over het algemeen wel de verschillende categorieën zorg die de ACM heeft gedefinieerd, maar voegen daaraan toe dat de categorieën in de praktijk in elkaar over lopen. Zo is een heldere en eenduidige definitie van het aanbod van partijen die het concurrentieproces goed

³⁸ DBC staat voor: diagnose-behandelcombinatie.

beschrijft dan ook niet te geven. Wel is duidelijk dat op verschillende onderdelen van het aanbod van partijen andere mogelijke concurrenten in beeld komen. Zo leveren algemene ziekenhuizen, STZ-ziekenhuizen en UMC's een alternatief op verschillende onderdelen van het aanbod van partijen.

97. Uit het marktonderzoek onder UMC's komt duidelijk naar voren dat een deel van de zorg die UMC's leveren basiszorg is en dat die zorg ook in de meeste andere ziekenhuizen geleverd kan worden. Het onderscheid tussen complexe zorg, academische zorg en unieke zorg en welke ziekenhuizen die zorg kunnen leveren komt minder duidelijk naar voren uit het marktonderzoek.
98. De ACM acht het op basis van het marktonderzoek aannemelijk dat er naast basiszorg een deel van de zorg is waar UMC's en mogelijk (een aantal) STZ-ziekenhuizen een min of meer vergelijkbaar aanbod kunnen doen richting patiënt en verzekeraar. Deze zorg is dusdanig complex dat patiënten hiervoor niet naar een algemeen ziekenhuis kunnen. Voor deze zorg worden in het marktonderzoek verschillende termen gebruikt, zoals complexe zorg, topklinische zorg en zelfs academische zorg. Deze zorg duidt de ACM in het vervolg van dit besluit aan als topzorg. Voor een deel van de topzorg zullen STZ-ziekenhuizen een alternatief zijn. Voor het meer complexe deel van de topzorg zal dit minder het geval zijn en zijn patiënten met name aangewezen op een UMC. Ook is er een categorie van zeer specialistische zorg waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is ('last resort'). Zie figuur 1 voor een schematische weergave van de productmarkten.



Figuur 1 schematische afbeelding productmarkten

Conclusie

99. De ACM concludeert op basis van het marktonderzoek dat binnen de diverse onderdelen van zorgaanbod van UMC's verschillende soorten aanbieders actief zijn. Volgens de ACM is het echter niet mogelijk om scherpe lijnen te trekken tussen de diverse vormen van topzorg. Op basis van het marktonderzoek komt de ACM vooralsnog tot een indeling in (i) basiszorg en (ii) topzorg.

8.2.2 Relevante geografische markten

8.2.2.1 Inleiding

100. Hierna beschrijft de ACM eerst de ligging van de ziekenhuizen. Daarna zal voor de hierboven benoemde productmarkten worden uiteengezet wat het standpunt van partijen is ten aanzien van de reikwijdte van de relevante geografische markt, gevolgd door de beoordeling hiervan door de ACM.

8.2.2.2 Ligging ziekenhuizen

101. De ziekenhuizen van beide partijen zijn gelegen in Amsterdam.
102. In de bijlage is een kaart opgenomen met de locaties van de ziekenhuizen van partijen en van de omliggende aanbieders. In de bijlage is tevens een kaart opgenomen met de ligging van alle UMC's in Nederland.

8.2.2.3 Opvattingen partijen

103. Partijen gaan voor elke mogelijke relevante productmarkt uit van vijf geografische gebieden. Die

gebieden betreffen: (i) Amsterdam, (ii) Amsterdam, Amstelveen, Diemen en Ouder-Amstel, (iii) gemeenten binnen een reistijd van 15 minuten van partijen, (iv) gemeenten binnen een reistijd van 30 minuten van partijen en (v) de provincie Noord-Holland. Zij geven aan dat dit behoudend gekozen gebieden zijn en dat in veel gevallen de geografische markt beduidend groter zal zijn, maar dat uit de analyse van deze gebieden al zou blijken dat significante mededingingsproblemen niet aannemelijk zijn.

8.2.2.4 Beoordeling door de ACM

104. De bepaling van de relevante geografische markt dient inzicht te geven in het relevante speelveld van partijen. De ACM maakt de inschatting van de omvang van de geografische markt op grond van meerdere bronnen, die zij in samenhang beziet. De eerste bron betreft de herkomst- en bestemmingsgegevens van de patiënten van de ziekenhuizen van partijen. Daarnaast baseert de ACM zich op kwalitatief onderzoek waarin wordt ingegaan op de informatie van marktpartijen over de omvang van de geografische markt. Met name de opvatting van zorgverzekeraars is hierbij belangrijk. De effecten van een concentratie (prijs, maar ook kwaliteit) komen immers voor een belangrijk deel tot uitdrukking in de onderhandelingsresultaten die zorgverzekeraars met het fusieziekenhuis weten te bereiken. Het is daarbij van belang welke andere zorgaanbieders relevante alternatieven zijn voor zorgverzekeraars.

Datasets voor basiszorg en topzorg

105. Voor de analyse van patiëntenstromen kijkt de ACM naar herkomst- en bestemmingsgegevens uit het jaar 2013, zoals die zijn opgenomen in een databestand dat wordt beheerd door Vektis.³⁹
106. In het huidige DBC-systeem is het niet mogelijk om basiszorg en topzorg precies te onderscheiden. Een DBC kan zowel basiszorg als meer complexe zorg vertegenwoordigen. Het is aan de DBC zelf niet altijd af te lezen of er bij verlening van de zorg meer sprake is geweest van basiszorg of complexe zorg. Afhankelijk van de zorgvraag van de patiënt kan een DBC in een specifieke situatie als basiszorg dan wel complexe zorg worden gezien.
107. Om zoveel mogelijk basiszorg en topzorg van elkaar te onderscheiden, heeft de ACM gekeken naar gerealiseerde volumes op DBC's per soort zorgaanbieder. De datasets die op deze wijze ontstaan zullen nooit alleen basiszorg of alleen topzorg omvatten, maar de analyses geven een indicatie van de alternatieven op basiszorg en topzorg. Gelet op de verschillen tussen de geografische markt en de alternatieven in de analyses bij basiszorg en topzorg acht ACM het aannemelijk dat de markt voor basiszorg en topzorg op deze wijze redelijk van elkaar gescheiden zijn.

Basiszorg

108. Voor de analyses op het gebied van basiszorg heeft de ACM alle DBC's geselecteerd die in 2013 door de basiszorgziekenhuizen in de regio van partijen zijn uitgevoerd. Door van het aanbod van deze algemene ziekenhuizen uit te gaan, wordt het deel van de zorg dat alleen of met name door academische ziekenhuizen en STZ-ziekenhuizen wordt aangeboden niet meegenomen in de analyse.⁴⁰ De ACM heeft de data verder geschoond voor zorg die onder de Wet bijzondere medische

³⁹ Dit bestand bevat alle declaratiegegevens van ziekenhuizen, categorale aanbieders en ZBC's bij zorgverzekeraars.

⁴⁰ Zie ook het besluit van 22 november 2016 in zaak 16.0469.22/*Waterlandziekenhuis – Westfriesgasthuis*, bijlage 1, punten 13 en 14 en het besluit in zaak 16.0680.22/*Slingeland Ziekenhuis – Streekziekenhuis Koningin Beatrix*, reeds aangehaald, bijlage 1, punt 119.

verrichtingen valt.⁴¹

109. Ondanks deze filtering van de data is de ACM zich er van bewust dat er in deze gegevens set altijd een bepaalde mate van topzorg aanwezig zal zijn. Dit heeft vooral te maken met de hiervoor al benoemde heterogeniteit van de DBC's waarbij het kan voorkomen dat eenzelfde DBC-code zowel basiszorg als topzorg kan omvatten.
110. De ACM heeft vervolgens onderscheid gemaakt tussen klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg door per zorgproduct een label voor het onderscheid klinische of niet-klinische zorg toe te passen. De analyses van de patiëntenstromen van partijen op het gebied van klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg laten geen significante verschillen zien. Om deze reden wordt in het navolgende alleen ingegaan op de analyse van de patiëntenstromen voor basiszorg en wordt in de gepresenteerde analyses geen nader onderscheid gemaakt naar klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg.
111. De ACM heeft op basis van patiëntenstromen onderzocht uit welke gemeenten de patiënten van partijen afkomstig zijn. Het gebied waar 90% van de patiënten van partijen voor basiszorg vandaan komt is zeer ruim. Hierbij is een groot deel van de herkomst van de patiënten verdeeld over veel verschillende gemeenten. Ook heel ver weg gelegen gemeenten (zoals Tilburg en Apeldoorn) worden dan meegenomen terwijl er maar relatief weinig patiënten uit deze gemeenten naar de ziekenhuizen van partijen gaan.
112. Het grote geografische gebied en de hoge mate van versnippering bij deze benadering, heeft waarschijnlijk te maken met de imperfecte filtering van basiszorg uit de dataset. Het is aannemelijk dat de groep patiënten die uit veel verschillende en ver weg gelegen gemeenten komen naar de ziekenhuizen van partijen, patiënten zijn die complexere zorg afnemen. Zoals eerder benadrukt is het niet mogelijk deze complexere zorg volledig uit de dataset te filteren.
113. Ook uit het kwalitatieve marktonderzoek van de ACM komt in enkele gesprekken naar voren dat de geografische markt voor basiszorg beperkt is. Zo geeft CZ Groep Zorgverzekeraar (hierna: CZ) bijvoorbeeld aan dat AMC als verzorgingsgebied 'groot-Amsterdam' heeft en VUmc haar verzorgingsgebied meer richting Amstelveen. Daarnaast geeft cVGZ aan dat zij een lage reisbereidheid ziet bij hun verzekerden in deze regio. Ook enkele andere UMC's geven aan dat hun patiënten voor basiszorg uit de regio komen. Zo geeft LUMC aan dat complexe zorg en basiszorg regionaal gebonden zijn, waarbij de regio steeds kleiner wordt voor basiszorg. Het Erasmus MC geeft aan dat hun patiënten voor eenvoudige zorg uit de directe regio komen.
114. Gelet op het voorgaande acht de ACM het niet aannemelijk dat een dergelijke ruime afbakening van de geografische markt een realistische weergave is van de reisbereidheid van patiënten voor basiszorg. De ACM heeft vervolgens bekeken waar 70% van de patiënten van partijen voor basiszorg vandaan komen. Uit deze analyse volgt een regio die om Amsterdam heen ligt, namelijk de gemeenten: Aalsmeer, Almere, Amstelveen, Amsterdam, De Ronde Venen, Diemen, Haarlem, Haarlemmermeer, Hoorn, Lelystad, Ouder-Amstel, Purmerend, Uithoorn en Zaanstad.⁴²
115. In deze zaak kan echter in het midden worden gelaten wat de uiteindelijke geografische markt voor

⁴¹ Hieronder vallen medische ingrepen die zodanig bijzonder zijn dat alleen aangewezen ziekenhuizen met een vergunning ze mogen uitvoeren.

⁴² De ACM merkt hierbij op dat dit geen aaneengesloten gebied betreft.

basiszorg is, aangezien de materiële beoordeling, zelfs bij de meest nauwe markt (te weten de gemeente Amsterdam) hierdoor niet zal worden beïnvloed (zie punten 138 tot en met 142).

Conclusie geografische markt basiszorg

116. In deze zaak kan in het midden worden gelaten of de geografische markt voor basiszorg de gemeente Amsterdam of ruimer is aangezien de materiële beoordeling hierdoor niet zal worden beïnvloed.

Topzorg

117. Voor de analyse op het gebied van topzorg gaat de ACM er van uit dat een DBC topzorg weergeeft wanneer deze vaker wordt uitgevoerd door UMC's en STZ-ziekenhuizen dan door basisziekenhuizen. De ACM heeft twee benaderingen gehanteerd: (i) selectie van DBC's die representatief zijn voor topzorg zoals die door alle STZ-ziekenhuizen en UMC's kunnen worden aangeboden en (ii) een selectie van DBC's die representatief zijn voor topzorg die enkel door de top⁴³ STZ-ziekenhuizen en UMC's worden aangeboden. Het verschil tussen deze twee benaderingen is dat de tweede benadering nog meer complexiteit weerspiegelt dan de eerste benadering.
118. Wanneer bij de twee benaderingen voor topzorg gekeken wordt naar het geografische gebied waaruit 90% van hun patiënten afkomstig is, dan blijkt dat partijen uit heel veel gemeenten in Nederland patiënten aantrekken. Deze analyse levert een lange lijst van gemeenten op, waarbij het aandeel dat deze gemeenten in het totaal aantal patiënten van partijen leveren, snel afneemt tot heel kleine percentages. Zo halen partijen voor topzorg beiden uit de gemeente Amsterdam ongeveer [20-30]% van hun patiënten. Hierna volgen de gemeenten Almere en Zaanstad met ongeveer [1-10]%. De gemeenten waar partijen meer dan 1% van hun patiënten vandaan halen, liggen vrijwel allemaal in de provincie Noord-Holland. De enige uitzonderingen hierop zijn het al genoemde Almere, Lelystad en De Ronde Venen. De herkomst van de patiënten van partijen is vervolgens erg versnipperd met veel gemeenten waar partijen minder dan 1% van hun patiënten vandaan halen.
119. De ACM heeft ook in het kwalitatieve marktonderzoek onder zorgverzekeraars stilgestaan bij de herkomst en reisbereidheid van patiënten voor de topzorg. In het navolgende zullen de opvattingen van de zorgverzekeraars worden weergegeven.
120. Diverse zorgverzekeraars geven in het marktonderzoek aan dat zij menen dat de reisbereidheid voor topzorg in de regio waarin partijen actief zijn relatief beperkt is. Zo geeft vGZ bijvoorbeeld aan dat er onvoldoende reisbereidheid is vanuit Amsterdam naar bijvoorbeeld Utrecht of Leiden en noemt Zorg en Zekerheid dat een naburig UMC zoals het LUMC nauwelijks een optie is voor verzekerden. Tegelijkertijd zegt Zorg en Zekerheid ook dat patiënten wel bereid zijn om te reizen als het om unieke en academische zorg gaat. ONVZ geeft aan dat patiënten die rondom Amsterdam wonen wel naar Utrecht of Leiden kunnen gaan, maar dat dit veel minder geldt voor patiënten uit Noord-Holland. De reisbereidheid zal voorts afhankelijk zijn van de specifieke zorgvraag, het aanbod in de regio en ook de specifieke kenmerken van een patiënt. Menzis geeft bijvoorbeeld aan dat oudere patiënten niet tot nauwelijks bereid zijn tot extra reistijd maar dat voor verzekerden met een leeftijd tussen de 20 en 50 jaar en een hoger inkomensniveau dan gemiddeld UMCU, LUMC en Erasmus MC wel een volwaardig alternatief zijn.

⁴³ Dertien STZ-ziekenhuizen in Nederland zijn door de ACM aangemerkt als top-STZ-ziekenhuis omdat zij wanneer zij worden vergeleken met andere STZ-ziekenhuizen op DBC niveau een complexer zorgprofiel hebben dan de andere STZ-ziekenhuizen. In deze regio betreft dit het OLVG en NoordWest Ziekenhuisgroep.

121. Uit het onderzoek onder zorgverzekeraars komen aanwijzingen naar voren dat bij topzorg – in ieder geval in de regio waarin partijen actief zijn – de reisbereidheid weliswaar ruimer is dan bij basiszorg maar dat deze over het algemeen relatief beperkt is. Met name partijen en het OLVG worden als alternatieven voor elkaar genoemd, en in mindere mate (en met name voor bepaalde doelgroepen) ook het wat verder weg gelegen UMCU en LUMC.
122. De ACM acht het vooralsnog aannemelijk dat het 90%-gebied tot een te ruime weergave van de geografische markt leidt. In dit gebied worden namelijk veel gemeenten meegenomen waar voor partijen nauwelijks patiënten uit afkomstig zijn en waar andere STZ-ziekenhuizen en UMC's beduidend meer patiënten uit aantrekken. De ACM verwacht dat dit voor een deel te maken heeft met de selectie van de dataset, waar in dit specifieke geval ook topreferente/unieke (UMC) zorg is geïncorporeerd waarvoor patiënten zelfs door heel Nederland reizen. Daarnaast speelt het inwoneraantal van de gemeenten een bepalende rol. Grote gemeenten leveren absoluut gezien meer patiënten dan kleinere gemeenten en leveren dus eerder een hoger aandeel bij partijen dan kleine gemeenten.
123. De ACM gaat op basis van zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek voor de analyses op het gebied van topzorg uit van de provincie Noord-Holland als geografische gebied waarbij drie gemeenten uit Flevoland en Utrecht, de gemeenten Lelystad, Almere en De Ronde Venen, nog meegeteld zijn omdat zij een relatief groot aandeel⁴⁴ in de aantallen patiënten van partijen hebben. Dit geografische gebied betreft gemeenten die een duidelijke focus hebben op Amsterdam. Uit al deze gemeenten gaan substantiële stromen naar zowel AMC als VUmc⁴⁵. Op deze manier resulteert voor topzorg een gebied waaruit ongeveer 83% van de patiënten van partijen komen.

Conclusie geografische markt topzorg

124. Gelet op het voorgaande gaat de ACM voor de beoordeling van de gevolgen van de concentratie op het gebied van topzorg vooralsnog uit van een geografische markt die de provincie Noord-Holland en de gemeenten Lelystad, Almere en De Ronde Venen omvat. Daar waar relevant wordt in de beoordeling van de gevolgen van de concentratie ingegaan op de concurrentiedruk die van omliggende ziekenhuizen buiten de geografische markt.

8.3 Gevolgen van de concentratie

125. Voor de beoordeling van de gevolgen van de voorgenomen concentratie staat de vraag centraal of partijen als gevolg van de concentratie in staat zouden kunnen zijn in significante mate de prijs te verhogen, de kwaliteit te verslechteren of een combinatie van beide. Dit hangt met name af van de mate waarin partijen voorafgaand aan de concentratie concurrentiedruk op elkaar uitoefenen, van de concurrentiedruk die andere ziekenhuizen op partijen uitoefenen en van de rol van de afnemer en inkoper van de zorg, te weten de patiënt en de zorgverzekeraar.
126. Partijen betogen dat zij op het gebied van basiszorg gezamenlijk bescheiden behandelaandelen hebben en dat er voldoende alternatieven overblijven. Tevens betogen partijen dat er voor zorgverzekeraars geen mogelijkheid is tot substitutie van basiszorg tussen UMC's. Voor de

⁴⁴ De ACM heeft gekozen voor een afkappunt van 1% in het totaal van partijen. De drie niet Noord-Hollandse gemeenten die in de analyse meegenomen zijn, leveren allen een groter aandeel dan 1% aan de patiëntenaantallen van partijen.

⁴⁵ Zie tabel 12 in de bijlage.

complexere zorg geldt volgens partijen dat ook daar de gezamenlijke behandelaandelen beperkt zijn, dat partijen vooral complementair aan elkaar zijn en dat voor deze zorg geen mededingingsrechtelijk relevante concurrentie bestaat. Voor de volledigheid betogen partijen nog dat voor complexe zorg sprake is van bovenregionale of nationale markten en dat reistijd geen primaire keuzefactor is. De extra reistijd voor een alternatief na de concentratie blijft daarbij beperkt.

127. De ACM zal hieronder nader ingaan op de opvattingen van partijen, de opvattingen van marktpartijen, de onderlinge concurrentiedruk tussen partijen en concurrentiedruk vanuit andere ziekenhuizen, de opvattingen van zorgverzekeraars en de zienswijzen van de patiëntenorganisaties.
128. Voordat de ACM ingaat op de gevolgen op de verschillende (mogelijke) productmarkten, gaat zij eerst in op de argumentatie van partijen dat vanwege de haar toebedeelde publieke functie in beginsel geen concurrentie wenselijk en mogelijk is op een deel van de topzorg, de academische zorg. Deze argumentatie staat deels los van de beschikbaarheid van alternatieven, keuzegedrag van patiënten of inkoopmogelijkheden van zorgverzekeraars. Het wel of niet bestaan van concurrentiedruk tussen partijen die daarmee samenhangt, bespreken we in hoofdstuk 8.3.4.

8.3.1 Concurrentie op topzorg

129. Zoals beschreven in punten 71 tot en met 75 voeren UMC's met betrekking tot de academische zorg een publieke taak uit. Volgens VWS moeten UMC's daarbij samenwerken. Zij moeten bijvoorbeeld keuzes maken om topreferente functies af te stoten omdat dit beter door een ander UMC kan worden geleverd. Dit vraagt volgens VWS om goed overleg en netwerkvorming.⁴⁶ In dit kader vraagt VWS ook om gezamenlijk tot een goede verdeling van expertisecentra voor zeer zeldzame aandoeningen te komen waarbij VWS de expertisecentra uiteindelijk aan specifieke UMC's toewijst.⁴⁷ Zij ontvangen daartoe een aanvullende financiering ter dekking van de meerkosten en zijn daarbij aangewezen met een DAEB.
130. De ACM concludeert uit het beleid van VWS dat UMC's met betrekking tot hun publieke taak om academische zorg te leveren voor een deel van die taak een gezamenlijke opdracht hebben om de beschikbaarheid en continuïteit te borgen.
131. Een aantal zorgverzekeraars geeft in het marktonderzoek ook aan dat zij voor dit deel van de zorg volgend zijn in de invulling van het aanbod. Dit wordt ook door andere ziekenhuizen en UMC's bevestigd. Niet de zorgverzekeraars zijn sturend in welk UMC welk aanbod doet, maar wetenschappelijke zwaartepunten van een UMC bepalen de verdeling van het academische zorgaanbod. Met betrekking tot zeldzame ziekten heeft de NFU hier op verzoek van de Minister van VWS ook de regie en coördinatie op zich genomen.⁴⁸ Deze context wijst er volgens de ACM op dat UMC's voor een deel van de topzorg niet of nauwelijks in concurrentie met elkaar staan. Dit betreft, volgens de ACM, in ieder geval de zeer gespecialiseerde zorg die verband houdt met min of meer unieke expertise en wetenschappelijke speerpunten rondom zeldzame ziekten en waarbij de overheid vraagt om centrale coördinatie.
132. De vervolgvraag is waar het niet-concurrentiële deel van het aanbod overgaat in het concurrentiële deel of dat er zelfs mogelijk helemaal geen concurrentie tussen UMC's bestaat. Partijen betogen,

⁴⁶ Zie de positioneringsnota UMC's.

⁴⁷ Zie <http://www.nfu.nl/patiëntenzorg/complexezorg/procedure-expertisecentra/>.

⁴⁸ Zie de positioneringsnota UMC's.

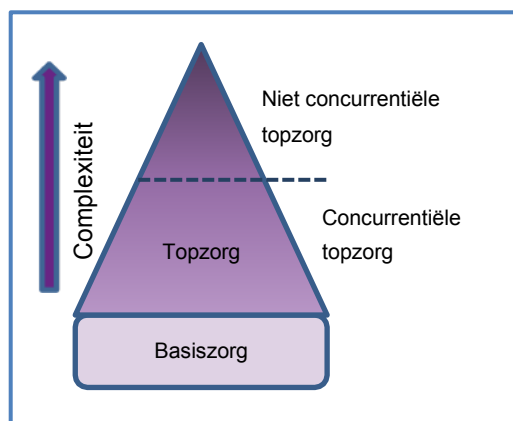
zoals gezegd, dat zij niet of nauwelijks concurrentiedruk op elkaar uitoefenen. Uit het marktonderzoek komen echter aanwijzingen naar voren dat UMC's ook op delen van de topreferente zorg met elkaar concurreren. Zo geeft Menzis aan dat er op topreferente zorg, afhankelijk van de geografische spreiding, ook concurrentie mogelijk is. Dit geldt volgens Menzis in ieder geval voor de oncologie. Dit wordt door Amstelland en UMCU bevestigd en door de laatste aangevuld met neurologie. Volgens het Radboudumc is zelfs concurrentie mogelijk op bijna alle vormen van zorg. Het gaat de ACM dan ook vooralsnog te ver om de hele topzorg, laat staan het gehele aanbod, als non-concurrentieel te verklaren. De grens is echter moeilijk te bepalen.

8.3.2 De omvang van het niet-concurrentiële aanbod van een UMC

133. Partijen menen dat de omvang van het niet-concurrentiële deel bepaald kan worden aan de hand van de ROBIJN-systematiek. ROBIJN⁴⁹ is een landelijk project om de 'academische patiënt' te identificeren en daarmee tot een betere verantwoording van de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg te komen.⁵⁰ Het ROBIJN-project is nog niet afgerond en nog niet formeel gevalideerd. Partijen gebruiken ROBIJN in de melding ook om patiëntstromen te schonen voor zorgaanbod dat volgens partijen niet in concurrentie wordt aangeboden.

134. Als de labels van ROBIJN academische zorg weerspiegelen, dan behandelen UMC's 38% academische patiënten en algemene ziekenhuizen 2% academische patiënten. Voor UMC's betreft dit ongeveer 75% van de omzet.⁵¹

135. Partijen doen de aanname dat zorg die door ROBIJN wordt omschreven ook als niet-concurrentieel moet worden beschouwd. Hiervoor is de ROBIJN-systematiek volgens de ACM echter niet bedoeld. Zoals hierboven geschetst zijn er ook aanwijzingen dat voor delen van de zorg die onder de definitie van ROBIJN valt wel concurrentie mogelijk is. Een andere aanwijzing hiervoor is dat ook algemene ziekenhuizen patiënten behandelen die aan de ROBIJN-labels voldoen zonder dat ze daarvoor een beschikbaarheidsbijdrage ontvangen. Gemiddeld genomen is dit aandeel beperkt, maar de ACM acht het op basis van het marktonderzoek vooralsnog mogelijk dat dit zeker voor (een deel van de) STZ-ziekenhuizen een substantieel deel van de patiënten (en omzet) betreft en dus beduidend meer is dan de genoemde 2%. Zo leidt de ACM op basis van informatie van CZ over de omvang van de door hen ingekochte basis- en topklinische zorg af dat dit ruim twee derde deel is van de totale zorgkosten van CZ bij partijen.



Figuur 2 Schematische weergave concurrentiële en niet-concurrentiële topzorg

136. Op grond van bovenstaande concludeert de ACM dat het aannemelijk is dat STZ-ziekenhuizen op onderdelen van de ROBIJN-labels als alternatief beschouwd kunnen worden voor UMC's en dat op

⁴⁹ ROBIJN staat voor 'rijksoverheidsbijdrage ijverig nageplozen'.

⁵⁰ Gupta Strategists; Bouwstenen voor verantwoording academische component; *Ontwikkeling patiëntlabels en analyseframework voor meerkosten*, 28 januari 2014.

⁵¹ Gupta strategists; Bouwstenen voor verantwoording academische component, *Ontwikkeling patiëntlabels en analyseframework*; EINDDOCUMENT B – rapportage in figuren Utrecht, 28 januari 2014.

dat deel in beginsel concurrentie mogelijk is.

137. Of partijen ook concurrentiedruk ondervinden omdat zij vanuit de patiënt en/of de zorgverzekeraar als alternatief voor elkaar worden gezien en in welke mate daar disciplinerend vanuit gaat, wordt in paragraaf 8.3.4 aan de orde gesteld. Hieronder gaat de ACM eerst in op de positie en nabijheid van partijen op de markten voor respectievelijk basiszorg en topzorg.

8.3.3 Positie en nabijheid partijen

8.3.3.1 Basiszorg

138. Uitgaande van de dataset zoals beschreven in punt 108 en uitgaande van een geografische markt die de gemeente Amsterdam omvat, bedraagt het gezamenlijke marktaandeel van partijen op het gebied van basiszorg circa [20-30]% (AMC circa [10-20]% en VUmc circa [10-20]%). Het OLVG is veruit de grootste speler in Amsterdam. Andere alternatieven zijn met name het Slotervaartziekenhuis en het BovenIJ Ziekenhuis. Uitgaande van een geografische markt die het gebied omvat zoals beschreven in punt 114, bedraagt het gezamenlijke marktaandeel van partijen voor basiszorg circa [10-20]% (zowel AMC als VUmc circa [0-10]%). Het OLVG is wederom de grootste speler in dit gebied. Naast partijen en OLVG zijn nog veel andere ziekenhuizen in dit gebied actief, waaronder het Spaarne Gasthuis, Flevoziekenhuis, Zaans Medisch Centrum en het Slotervaartziekenhuis.
139. Deze analyses onderschrijven het betoog van partijen dat de gezamenlijke marktaandelen van partijen met betrekking tot basiszorg beperkt zijn en dat er na de fusie voldoende nabijgelegen reële alternatieven voor partijen overblijven. Ook volgt uit de data dat partijen niet elkaars meest belangrijke alternatief zijn.
140. De ACM heeft ook een reistijdenanalyse uitgevoerd. Tabel 13 in de bijlage laat de gewogen gemiddelde reistijd zien voor basiszorg. Ook uit deze analyse volgt dat er na de voorgenomen fusie diverse dichtbij gelegen alternatieven overblijven.
141. Ook het marktonderzoek leidt op dit punt niet tot een andere conclusie. Zo geven alle zorgverzekeraars aan dat er op het gebied van basiszorg meerdere alternatieven zijn in de regio Amsterdam. Ook andere aanbieders geven aan dat er in de regio Amsterdam alternatieven zijn voor basiszorg. OLVG en Amstelland hebben bijvoorbeeld aangegeven partijen als concurrenten te zien op dit gebied.
142. Daarnaast blijkt ook uit het marktonderzoek dat partijen op de basiszorg niet de belangrijkste concurrenten van elkaar zijn. Zorgverzekeraars voeren allemaal het beleid om basiszorg voor zover mogelijk naar algemene ziekenhuizen te verplaatsten. Dit wordt ook door het ministerie van VWS gestimuleerd. Verplaatsing van basiszorg tussen partijen ligt dan ook op het eerste gezicht niet voor de hand.

8.3.3.2 Topzorg

143. Uit de kwantitatieve analyse van de ACM⁵² komt het beeld naar voren dat partijen elkaars meest nabije concurrent zijn op het gebied van topzorg. Zowel uit analyse i) als analyse ii) voor topzorg blijkt dat partijen in het in punt 124 genoemde gebied de belangrijkste aanbieders zijn. Volgens

⁵² Zie tabellen 7,8, 10 en 11 in de bijlage bij dit besluit.

analyse i) behalen partijen een gezamenlijk marktaandeel van circa [50-60]% (AMC circa [30-40]% en VUmc circa [10-20]%) en volgens analyse ii) behalen partijen een gezamenlijk marktaandeel van circa [60-70]% (AMC circa [30-40]% en VUmc circa [20-30]%).

144. De ACM heeft voor beide analyses voor topzorg ook geanalyseerd naar welke ziekenhuizen patiënten nu reeds gaan en in welke mate patiënten (vóór de fusie) de verschillende ziekenhuizen als alternatief zien. Deze uitwijkpercentages geven een indruk van de mate waarin patiënten zouden kunnen uitwijken naar andere ziekenhuizen. Hoe groter het uitwijkpercentage naar een bepaald ziekenhuis is, hoe meer concurrentiedruk dat ziekenhuis uitoefent. De hoogte van de percentages wordt bepaald door de mate waarin de verschillende ziekenhuizen patiënten uit dezelfde gebieden trekken en het belang van de betreffende gebieden voor het betreffende ziekenhuis.
145. Deze uitwijkpercentages laten zien dat partijen het eerste alternatief zijn voor elkaar (met uitwijkpercentages die variëren van [20-30]% tot [40-50]%). Na partijen gaan patiënten ook naar het OLVG en de Noordwest Ziekenhuisgroep. In mindere mate gaan patiënten ook naar het UMCU en LUMC voor topzorg.
146. Net als bij basiszorg heeft de ACM ook voor topzorg een reistijdenanalyse uitgevoerd. Tabel 14 in de bijlage laat de gewogen gemiddelde reistijd zien voor topzorg. Uit deze reistijdenanalyse blijkt dat partijen en het OLVG elkaars meest nabije alternatief zijn op basis van reistijd. Wanneer binnen het relevante geografische gebied gekeken wordt, dan blijkt dat in andere delen van het gebied ook andere topzorgziekenhuizen (NoordWest Ziekenhuisgroep en het Spaarne Gasthuis) in de nabijheid liggen. Wanneer we alleen kijken naar UMC's kan worden geconcludeerd dat partijen elkaars meest nabije alternatief zijn op basis van reistijd. Een ander UMC (LUMC of UMCU) kan met 10-20 minuten meer reistijd bereikt worden.
147. Zowel uit het kwantitatieve onderzoek als uit het marktonderzoek maakt ACM op dat de reisbereidheid van patiënten beperkt lijkt. Zoals bij de geografische markt is beschreven zullen patiënten niet snel naar alternatieven buiten Amsterdam gaan (zie punt 120 en 121).

8.3.3.3 Tussenconclusie positie en nabijheid partijen op basiszorg en topzorg

148. Op basis van het marktonderzoek komt de ACM tot de conclusie dat partijen op de basiszorg een beperkt gezamenlijk marktaandeel hebben en niet elkaars meest belangrijke alternatief zijn en dat er na de fusie diverse nabijgelegen alternatieven voor partijen overblijven.
149. Met betrekking tot de topzorg behalen partijen hoge gezamenlijke marktaandelen en zijn zij elkaars meest nabije concurrent. In het navolgende zal op basis van het kwalitatieve marktonderzoek worden nagegaan in welke mate er onderlinge concurrentiedruk tussen partijen wegvalt en of de concurrentiedruk van de andere ziekenhuizen voldoende zou kunnen zijn om het wegvallen van die concurrentie te compenseren. Dit is mede afhankelijk van hetgeen patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars hierover aangeven.

8.3.4 Concurrentie tussen partijen op basiszorg en topzorg

8.3.4.1 Opvattingen partijen

150. Hiervoor is al besproken dat partijen betogen dat zij in ieder geval voor wat betreft de academische zorg vanwege hun publieke functie niet in concurrentie tot elkaar staan. Partijen betogen dit echter ook voor een breder deel of misschien wel het gehele aanbod van partijen. Vanwege onder meer de

financiering, de wijze van zorginkoop en hoe patiënten en verwijzers kiezen voor zorgaanbieders, concurreren individuele UMC's, aldus partijen, niet echt met elkaar. Dit geldt in ieder geval voor de complexe en topreferente zorg, maar volgens partijen in mindere mate ook voor de basiszorg.

151. Partijen betogen dat zij niet in concurrentie tot elkaar staan omdat er (i) geen concurrentiedruk tussen partijen bestaat vanwege patiënten en/of hun verwijzers en (ii) er ook geen concurrentiedruk tussen partijen is vanwege zorgverzekeraars.

Concurrentie vanwege de patiënt en zijn verwijzer

152. Volgens partijen volgen patiënten doorgaans de keuze van de verwijzer. Hierbij spelen in de eerste lijn met name nabijheid en mogelijk persoonlijke voorkeuren een rol. Het is partijen niet bekend of huisartsen in hun verwijzing wisselen tussen AMC en VUmc. Bij verwijzing uit de tweede lijn gelden volgens partijen vaak vaste verwijsrelaties vanuit opleidingsverbanden.

Concurrentie vanwege selectief inkopen door zorgverzekeraars

153. Naast het ontbreken van concurrentiedruk als gevolg van het winstgevend kunnen aantrekken van meer patiënten, ontbreekt het volgens partijen ook aan concurrentiedruk vanwege het selectief inkopen door zorgverzekeraars. Het onderhandelingsresultaat van zorgverzekeraars bij UMC's en bij partijen in het bijzonder, houdt volgens partijen namelijk geen verband met de mogelijkheid van substitutie van zorg tussen UMC's. Dit is volgens partijen het gevolg van de verbondenheid tussen het unieke aanbod van een UMC en het overige aanbod. Een zorgverzekeraar zal met ieder UMC altijd een contract moeten sluiten.
154. Hiermee betogen partijen overigens niet dat zorgverzekeraars onvoorwaardelijk alle zorg bij UMC's afnemen. Partijen spreken met zorgverzekeraars over volume, speerpunten, kwaliteit en doelmatigheid. Volgens partijen hebben zorgverzekeraars hierbij ook een zekere onderhandelingsmacht en is sprake van wederzijdse afhankelijkheid. De zorgverzekeraar is van belang voor de inkomsten van een ziekenhuis en er is een prikkel om snel tot een overeenkomst te komen zodat gedeclareerd kan worden. Deze onderhandelingsmacht reflecteert volgens partijen echter geen concurrentie omdat ze losstaat van interactie tussen UMC's.
155. Door de aard van de zorg van een UMC verplaatsen zorgverzekeraars volgens partijen geen zorg naar andere UMC's en dus ook niet tussen partijen, maar ten hoogste basiszorg naar (goedkopere) algemene ziekenhuizen of zelfstandig behandelcentra (hierna: ZBC's). Partijen richten zich ook voornamelijk op de complexere medisch specialistische zorg en steeds minder op basiszorg. Deze selectieve inkoop door zorgverzekeraars reflecteert volgens partijen dan ook geen concurrentie tussen UMC's onderling, maar uitsluitend de concurrentie van algemene ziekenhuizen en ZBC's op UMC's.
156. Hierbij beschikken zorgverzekeraars over beperkte informatie om de inhoud en waarde van zorg te waarderen. Ook gesprekken tussen zorgverzekeraar en UMC's over kwaliteit en speerpunten reflecteren volgens partijen geen concurrentie. Aangezien zorgverzekeraars normen van beroepsgroepen volgen, speelt aanbod van andere UMC's volgens partijen geen rol bij het wel of niet inkopen van bepaalde zorg en kunnen zorgverzekeraars slechts beperkt op speerpunten sturen.
157. Daarnaast gaat het gesprek tussen UMC's en zorgverzekeraars volgens partijen over de hoogte van het totale budget waarbij UMC's in een landelijke benchmark worden vergeleken en worden aangesproken op hun maatschappelijke verantwoordelijkheid.

8.3.4.2 Uitkomsten marktonderzoek van de ACM

Concurrentie vanwege patiënten en hun verwijzers

158. De ACM heeft een aantal patiëntenorganisaties gevraagd naar de wijze waarop patiënten tussen zorgaanbieders kiezen. De Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties voor zeldzame en genetische aandoeningen (hierna: VSOP) geeft aan dat patiënten met een zeldzame aandoening vooral hechten aan het in nauwe relatie met onderzoek concentreren van kennis door het aanwijzen van expertisecentra. De VSOP geeft ook aan dat primair de aanwezigheid van een expertise- of behandelcentrum bij de keuze van een patiënt voor een aanbieder van belang is. Afstand en kwaliteit kunnen een rol gaan spelen wanneer de zorg ook elders beschikbaar is. Bovendien zal volgens de VSOP in veel gevallen de verwijzende/adviserende rol van patiëntenorganisaties eveneens de keuze van patiënten beïnvloeden.
159. De cliëntenraad van het VUmc geeft aan dat drijfveren in het keuzeproces voor een specifiek UMC dikwijls gevoelsmatig van karakter zijn. Ze zijn vaak gerelateerd aan eigen ervaringen of aan die van derden uit de directe omgeving. Daarbij speelt de 'reputatie' van een UMC, de bereikbaarheid voor het thuisfront, de wachttijd voor opname en het zorgaanbod een rol. De huisarts vormt echter een zwaarwegende zo niet doorslaggevende factor bij de besluitvorming van de patiënt, aldus de cliëntenraad van het VUmc. De cliëntenraad van het AMC heeft zich niet uitgelaten over de concurrentiedruk vanwege patiënten en hun verwijzers.⁵³
160. Volgens de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (hierna: NPCF) kiezen patiënten niet echt voor een aanbieder. Vooral afstand en de aanbeveling van een arts zijn belangrijk. Voor zover patiënten kiezen, doen zij dat in samenspraak met hun verwijzer (vaak een huisarts) of een specifieke patiëntenorganisatie. Voor complexe zorg en basiszorg zijn partijen volgens de NPCF alternatieven voor elkaar. De NPCF heeft geen duidelijk beeld of voor patiënten door de fusie een belangrijk alternatief wegvalt. Zij lijkt zich met name af te vragen of nabije alternatieven voor complexe specifieke expertise, academische zorg, wenselijk is. Het is volgens de NPCF voor dergelijke zorg niet logisch om als partijen in elkaars vaarwater te zitten. Zij vraagt zich dan ook af hoe wenselijk het is om twee UMC's in één stad te hebben.
161. Het Cliëntenbelang Amsterdam (hierna: CA) hecht in dit kader meer waarde aan keuzemogelijkheden voor patiënten en ziet ook dat vooral jongere patiënten steeds bewuster kiezen. De keuze kan gemaakt worden in samenspraak met de huisarts of medisch specialist. Ook op basis van advies van een patiëntenvereniging (ervaringen van andere patiënten) kan een keuze worden gemaakt. Tegenwoordig wordt ook steeds vaker een keuze voor een bepaald UMC gemaakt op basis van onderzoek dat patiënten zelf doen op internet. Volgens CA wordt door de fusie tussen partijen de keuze voor patiënten beperkter.
162. Alle patiëntenorganisaties geven aan dat de verwijzer een belangrijke rol speelt in de keuze van een patiënt voor een UMC. De precieze rol wordt niet nader toegelicht.
163. Het Antoni van Leeuwenhoek geeft aan dat bij verwijzing vanuit de tweede lijn vooral het netwerk tussen opleider of opleidend ziekenhuis en de behandelend arts in het perifere ziekenhuis een belangrijke rol spelen. Patiënten worden, aldus het Antoni van Leeuwenhoek, voor sommige complexere oncologische behandelingen vanuit een perifeer opleidingsziekenhuis dat gelieerd is aan

⁵³ De cliëntenraad van het AMC laat wel weten positief tegenover de fusie te staan en heeft voldoende vertrouwen vanuit cliëntperspectief betrokken te worden bij de vervolgstappen.

(één van) partijen niet naar het Antoni van Leeuwenhoek verwezen. Ook volgens UMCU vindt doorverwijzing vaak plaats via netwerken en samenwerkingsverbanden. Het LUMC laat weten dat de verwijzer een belangrijke rol speelt bij doorverwijzingen voor unieke of academische zorg. Ten aanzien van basiszorg kunnen patiënten goed via internet inschatten waar goede kwaliteit wordt geleverd, maar voor doorverwijzingen voor hoog gespecialiseerde zorg zijn zij afhankelijk van de verwijzer vanwege complexiteit van zorg, aldus het LUMC. Het Erasmus MC voegt daaraan toe dat een patiënt met een bijzondere aandoening naar een zorgaanbieder met de meeste expertise gaat. Zo gaan kinderen met een leverprobleem naar Groningen. Volgens het Radboudumc is er juist in de Randstad concurrentie tussen UMC's, omdat er simpelweg alternatieven zijn voor de patiënt.

Concurrentie vanwege de zorgverzekeraars

164. De grootste inkoop van zorg bij partijen is Zilveren Kruis met een inkooptaandeel van ongeveer [40-50]% bij beide ziekenhuizen. Daarna volgt cVGZ met een inkooptaandeel van [10-20]% bij VUmc en [10-20]% bij AMC. De inkoop aandelen van CZ en Multizorg (waar onder meer Zorg en Zekerheid en ONVZ deel van uitmaken) liggen dicht bij elkaar en liggen bij partijen tussen de [10-20]% en [10-20]%. Menzis heeft in beide ziekenhuizen een inkooptaandeel van circa [0-10]% en DSW [0-10]%.⁵⁴
165. De ACM heeft in het marktonderzoek aandacht besteed aan de vraag in hoeverre zorgverzekeraars de positie en nabijheid van partijen kunnen benutten voor hun onderhandelingspositie jegens partijen. Dit marktonderzoek levert vooralsnog geen eenduidige conclusie op. Hieronder schetst de ACM de zienswijze van de benaderde zorgverzekeraars.
166. CZ zegt VUmc en AMC niet direct (ook niet als dreiging) te gebruiken tijdens onderhandelingen met één van de ziekenhuizen. Beide UMC's zijn nu al over het kantelpunt heen van wat gezond is voor marktmacht en zijn niet te mijden. CZ vreest dat na de fusie de zeer grote combinatie AMC-VUmc mogelijk nog machtiger zal zijn. Doordat de marktmacht als gevolg van de concentratie wordt vergroot is het theoretisch mogelijk dat de prijzen zullen stijgen en zijn de mogelijkheden van CZ om daar iets tegen te doen in theorie kleiner. CZ zou daarom graag willen dat ACM een prijsplafond oplegt. Volgens CZ contracteert zij nu nog met AMC en VUmc in een evenwichtige situatie. Dat evenwicht valt straks weg.
167. In theorie beschikt CZ wel over een aantal disciplineringsmogelijkheden. Hierbij kan gedacht worden aan selectieve inkoop, benchmarken, bevoorschotting, escalatie bij het bestuur en het wijzen op wederzijds maatschappelijk belang. Deze instrumenten werken volgens CZ in de praktijk echter niet goed. Het is bijvoorbeeld lastig om verzekerden te sturen. In 2016 heeft CZ wel mondjesmaat wat bewegingen kunnen bewerkstelligen. CZ geeft over het benchmarken aan dat dit een middel is dat een aantal keer effectief is ingezet. CZ zet daarbij partijen op prijs tegen elkaar af en ze vergelijkt partijen met verder weg gelegen UMC's omdat ze wil laten zien hoe ze zich verhouden tot een landelijk gemiddelde. Ze wil ziekenhuizen met argumenten aanspreken op hun verantwoordelijkheid. De effectiviteit is volgens CZ beperkt, maar volgens CZ zouden de prijzen anders nog hoger zijn.
168. CZ zet vooral AMC en VUmc tegen elkaar af. Andere STZ-ziekenhuizen in de regio kunnen ook wel helpen, maar dat is toch beperkter dan de concurrentie tussen partijen. Andere ziekenhuizen concurreren slechts op een deel van de zorg. Zoals beschreven vergelijkt CZ prijzen en volumes tussen AMC en VUmc. Het is niet zo dat dit steeds expliciet in de onderhandelingen wordt gemeld. CZ heeft ook geen concrete voorbeelden, maar volgens CZ hangt dit wel impliciet boven de

⁵⁴ Deze inkoop aandelen volgen uit gegevens van partijen; voor AMC gegevens uit 2015 en voor VUmc gegevens uit 2014.

onderhandelingstafel.

169. Zorg en Zekerheid betoogt dat UMC's een stevigere onderhandelingspositie hebben dan andere ziekenhuizen omdat een zorgverzekeraar is aangewezen op academische ziekenhuizen vanwege de unieke zorg en last resortfunctie. Volgens Zorg en Zekerheid hangt haar beperkte onderhandelingspositie ook samen met het gegeven dat ze geen marktleider is bij partijen. Zorg en Zekerheid illustreert haar beperkte positie aan de hand van een voorbeeld over uitplaatsing van orthopedie bij het VUmc. Zorg en Zekerheid had de orthopedie liever naar een ander ziekenhuis willen uitplaatsen dan waarvoor het VUmc koos. Daarbij lukt het Zorg en Zekerheid ook niet om het totaalbudget naar aanleiding van die uitplaatsing naar beneden bij te stellen. Ook het AMC is alleen bereid cardiologie naar een ZBC te verplaatsen als het budget behouden blijft.
170. Het lukt Zorg en Zekerheid minder goed om reële p x q afspraken te maken en zo een plafond op te kunnen bouwen bij AMC en VUmc. Het budget denken is volgens Zorg en Zekerheid nog sterk aanwezig bij deze ziekenhuizen. Volgens Zorg en Zekerheid is de dreiging om geen contract te sluiten niet reëel. De voordelen daarvan wegen niet op tegen verzekerdensverlies en imagoschade. Zorg en Zekerheid heeft geen voorbeelden van verplaatsing van zorg tussen partijen. Zorg en Zekerheid gelooft in het algemeen niet erg in selectief inkopen. Zij vindt het belangrijk dat patiënten keuzemogelijkheden hebben.
171. Zorg en Zekerheid geeft aan dat partijen in de huidige situatie wel alternatieven voor elkaar zijn. Verzekerden kunnen naar één van de twee ziekenhuizen worden verwezen. Na de fusie kan Zorg en Zekerheid nog maar bij één UMC inkopen. Een naburig UMC zoals het LUMC is niet of nauwelijks een optie voor verzekerden. Volgens Zorg en Zekerheid zijn partijen zich heel goed bewust van deze situatie. Het is volgens Zorg en Zekerheid een voordeel als er twee UMC's in de regio aanwezig zijn voor die delen van de academische zorg waar AMC en VUmc overlap hebben en elkaars concurrenten zijn. Het is volgens Zorg en Zekerheid iets makkelijker. Verzekerden hebben dan een alternatief.
172. Ook ONVZ betoogt dat met name kleine zorgverzekeraars een slechte inkooppositie hebben bij UMC's. Volgens ONVZ zijn er nu in Amsterdam twee academische ziekenhuizen die met elkaar concurreren. ONVZ kan verzekerden actief naar het andere academische ziekenhuis in de buurt bemiddelen. Patiënten die rondom Amsterdam wonen kunnen naar Utrecht of Leiden. Patiënten uit Noord-Holland gaan minder makkelijk naar Utrecht of Leiden.
173. ONVZ maakt geen betere afspraken met Radboudumc of het Universitair Medisch Centrum Groningen (hierna: UMCG) dan met AMC of VUmc. Het maakt volgens ONVZ duidelijk niet uit dat dat er nu al twee concurrerende UMC's in Amsterdam zijn. Toch is de angst van ONVZ dat de prijzen na de fusie worden verhoogd. Logisch redenerend vormt de fusie een risico, aldus ONVZ.
174. Met betrekking tot de basiszorg zijn er volgens ONVZ verschillende alternatieven. Omdat ONVZ geen marktleider is kan ze echter weinig afdwingen. Verplaatsen van basiszorg leidt alleen tot een budgetverhoging omdat andere ziekenhuizen die zorg gaan verlenen en partijen het niet uit hun budget halen.
175. Ook Menzis geeft aan dat zij bij partijen weinig invloed kan uitoefenen omdat zij een kleine speler is. Door het kleine marktaandeel dat Menzis heeft is het volgens Menzis lastig om te dreigen om zorgaanbod over te hevelen. Door de fusie wordt de onderhandelingspositie van partijen alleen maar groter, omdat er dan maar één academisch ziekenhuis in Amsterdam is, aldus Menzis.

176. Volgens Menzis is het echter ook nu al lastig om partijen tegen elkaar uit te spelen. Ze hebben een ander academisch profiel. Partijen overlappen wel op hematologie en oncologie en daar kunnen beide huizen wel tegen elkaar worden gebruikt tijdens de onderhandelingen. De onderhandelingen worden lastiger op het moment dat deze twee huizen samen gaan.
177. Menzis noemt andere UMC's niet bij naam tijdens onderhandelingen, maar er wordt wel aangegeven dat er bij andere huizen voordeliger ingekocht kan worden. Menzis geeft aan dat ze het prijsniveau graag gecorrigeerd ziet. Over het algemeen gaan beide huizen hiermee voor een deel akkoord. AMC en VUmc beseffen dat ze op bepaalde delen van zorg concurreren met elkaar. In theorie is de onderhandelingspositie van zorgverzekeraars in de Amsterdamse regio nu beter dan bij andere UMC's. Menzis ziet dit alleen nog niet terug in de benchmarks. Een prijs hangt echter volgens Menzis van veel verschillende factoren af.
178. Op het moment dat partijen na de fusie besluiten de prijsstelling niet aan te passen, heeft Menzis weinig uitwijkmogelijkheden. Het is lastig om patiënten voor academische zorg naar Leiden, Utrecht of Rotterdam te bemiddelen. Als partijen samengaan dan ontstaat een situatie als bij UMCU of Radboudumc. In die regio's is de concurrentie minder. Na de fusie zal Menzis minder mogelijkheden hebben dan nu om tegenwicht te bieden als het fusieziekenhuis zich hard opstelt.
179. Een verder weg gelegen UMC is volgens Menzis niet in alle gevallen een alternatief. Patiënten zullen naar een ander UMC moeten gaan. Het is lastig voor een zorgverzekeraar om naar patiënten te communiceren dat bepaalde zorg niet bij een UMC wordt ingekocht. Daarbij kan een patiënt op basis van restitutie toch naar een niet gecontracteerd UMC gaan. De kosten van het verlies van verzekerden wegen niet op tegen een hogere prijsstelling van een UMC.
180. Zilveren Kruis spreekt mede als gevolg van haar grote marktaandelen bij partijen van een wederzijdse afhankelijkheid. De balans in die afhankelijkheid zal volgens Zilveren Kruis door de fusie ten gunste van het gefuseerde UMC verschuiven. Het fusieziekenhuis zal dan ook meer in staat zijn om een prijsstijging te bewerkstelligen. Theoretisch gezien zou de fusiecombinatie de prijs kunnen verhogen. AMC en VUmc worden na de fusie groter en krijgen daardoor meer macht. Daardoor wordt het voor Zilveren Kruis moeilijker om het een en ander af te kunnen dwingen.
181. Zilveren Kruis betoogt echter ook dat partijen op het gebied van topklinische en topreferente zorg nu al geen concurrenten zijn omdat hun aanbod complementair is. Voor een alternatief zal Zilveren Kruis nu al moeten uitwijken naar andere UMC's. Partijen concurreren wel op de beschikbare groeiruimte, de beschikbaarheid van middelen. Daar wordt volgens Zilveren Kruis over onderhandeld, ook op topreferente en topklinische zorg. Onderhandelingen hierover zijn echter lastig. Mogelijkheden om ter disciplinerend selectief in te kopen zijn volgens Zilveren Kruis nu al nauwelijks aanwezig en dreigen om selectief in te kopen heeft tussen partijen dus nu al weinig zin. Hoewel Zilveren Kruis dus ook aangeeft als gevolg van het verschuiven van de machtsbalans risico's te zien voor prijsstijging, concludeert zij uiteindelijk dat door de fusie niet veel verandert en dat de wederzijdse afhankelijkheid na de fusie aanwezig blijft.
182. Ook cVGZ geeft aan dat het uitplaatsen van zorg moeilijk is. Hierbij geldt: hoe complexer de zorg, hoe moeilijker. Echter, cVGZ geeft ook aan dat juist partijen wel reële uitwijkmogelijkheden voor elkaar zijn. Omdat cVGZ nu over uitwijkmogelijkheden beschikt - en de optie heeft om die in te zetten - ondervinden partijen meer dan andere UMC's concurrentiedruk. De onderhandelingspositie van cVGZ zal door de fusie, aldus cVGZ, aanzienlijk verslechteren omdat zij er dan met het

fusieziekenhuis uit zal moeten komen. cVGZ geeft aan dat zij in de onderhandelingen merkt dat beide UMC's die druk meer voelen door elkaars aanwezigheid dan bij de andere UMC's in Nederland. Die concurrentiedruk ziet zij bij andere UMC's minder. Die UMC's zijn de enige in hun gebied. De concurrentie tussen UMC's wordt volgens cVGZ dan ook met name door de geografische component beperkt.

183. cVGZ ziet niet alleen de optie om partijen als elkaars uitwijkmogelijkheid te zien, zij geeft ook aan dat zij partijen nu concreet al inzet als alternatieven in de onderhandeling. Zo koopt zij vanwege kwalitatieve redenen geen staaroperaties meer in bij VUmc omdat er een beter alternatief was, namelijk het AMC. Hierbij merkt cVGZ op dat staaroperaties in een UMC vaak lastiger zijn dan in algemene ziekenhuizen waardoor deze zorg een academisch karakter heeft.
184. UMC's hanteren volgens cVGZ het beleid dat cVGZ alles of niets kan inkopen en zij vullen de ruimte die ontstaat door uitplaatsing van basiszorg weer op met meer complexe zorg terwijl dat niet altijd wenselijk is. Dit effect is volgens cVGZ alleen tegen te gaan op het moment dat er voldoende concurrentie beschikbaar is. Door die concurrentie is cVGZ in staat om te disciplineren, niet alleen via de prijs maar ook via het volume. Indien het AMC en het VUmc fuseren verdwijnt deze contracteringsstrategie aldus cVGZ.
185. Er is volgens cVGZ zeker sprake van een positief effect in de onderhandelingen door de aanwezigheid van twee centra in Amsterdam. Helaas spelen er ook andere factoren mee die bepalend zijn voor prijsstelling, waardoor dit op basis van analyse niet hard aantoonbaar is.
186. Samenvattend stellen bovenstaande zorgverzekeraars dat partijen nu al een sterke onderhandelingspositie hebben. De meeste zorgverzekeraars geven aan nu al weinig af te kunnen dwingen. Deze zorgverzekeraars betwijfelen of selectieve inkoop effectief is, omdat patiënten keuzemogelijkheden willen hebben en het lastig is om verzekerden te sturen. De dreiging om geen contract te sluiten is volgens hen niet reëel en levert grote imagoschade op.
187. Vijf van de zes zorgverzekeraars geven echter ook aan de aanwezigheid van partijen in de onderhandeling wel van belang te vinden. Nu vormen partijen nog elkaars alternatief. Ook al is het sturen van verzekerden lastig, nu kunnen ze nog naar één van de twee ziekenhuizen worden verwezen. Dit hoeft volgens deze zorgverzekeraars niet expliciet in onderhandelingen benoemd te worden. Dit hangt impliciet boven de onderhandelingstafel en volgens zorgverzekeraars beseffen partijen dit. Volgens deze zorgverzekeraars zal het fusieziekenhuis daarom meer macht hebben dan partijen afzonderlijk. Omliggende UMC's vormen volgens zorgverzekeraars veel minder een alternatief.

Marktonderzoek onder UMC's

188. Ook de UMC's geven een diffuus beeld over de mate waarin zorgverzekeraars een rol hebben in het verdelen van middelen tussen UMC's in meer algemene zin en hoe ze daarmee concurrentie tussen UMC's en partijen in het bijzonder kunnen aanwakkeren.
189. Het LUMC geeft aan dat zorgverzekeraars nauwelijks een rol spelen in de verdeling van speerpunten. Zorgverzekeraars beschikken over beperkte kennis om de regie op dit punt te kunnen voeren. Zorgverzekeraars sturen vooral op volume en prijs. Het LUMC geeft echter ook aan dat zorgverzekeraars de beschikbare middelen binnen de kaders van het hoofdlijnenakkoord tussen UMC's verdelen en dat zij afspraken maken over de verdeling van zorg tussen UMC's en omliggende ziekenhuizen.

190. Volgens het LUMC is Amsterdam een mooi voorbeeld voor het toepassen van de regierol van zorgverzekeraars om unieke zorg en academische zorg te herverdelen vanwege de geografische ligging van beide huizen. Voor zorgverzekeraars maakt het, aldus het LUMC, niet veel uit naar welk UMC een patiënt in Amsterdam gaat. De situatie wordt volgens het LUMC anders als patiënten van Amsterdam naar Rotterdam moeten reizen.
191. Het Erasmus MC geeft ook aan dat zorgverzekeraars geen rol hebben bij het verdelen van speerpunten. De patiënt gaat voor een bijzondere aandoening naar de zorgaanbieder met de meeste expertise. De zorgverzekeraar zal de patiënt daar in volgen. Een UMC zal moeten laten zien waar het goed in is door een strakke profilering.
192. Volgens het UMCU concurreren UMC's vooral op topzorg om patiënten. Bij concurrentie tussen UMC's spelen het academische karakter, reputatie en het gekozen profiel een rol. In de Utrechtse regio werd de voorgenomen fusie tussen partijen als gevaarlijk ervaren. Een concentratie tussen partijen maakt van deze twee partijen een machtsblok. Zilveren Kruis en patiënten kunnen, aldus UMCU, nu nog kiezen tussen twee academische ziekenhuizen in Amsterdam.
193. Het Radboudumc geeft aan dat de positie van de fuserende partijen wel steviger zal worden richting de zorgverzekeraars. Zoals eerder aangegeven ziet het Radboudumc juist in de Randstad concurrentie tussen UMC's omdat er alternatieven zijn voor patiënten. Tegelijk ziet het Radboudumc ook geen grote gevaren voor zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars zijn zelf ook heel groot en onderhandelen nu ook met andere grote UMC's.

8.3.4.3 Beoordeling door de ACM

194. In dit hoofdstuk gaat de ACM in op haar beoordeling van de vraag of en in hoeverre de positie en nabijheid van partijen op de markten voor basiszorg en topzorg vanwege de mogelijkheden van patiënten en zorgverzekeraars kan worden benut ter disciplineren van partijen.
195. Zoals in punt 131 beschreven, is de ACM met partijen van mening dat zij op een deel van de zorgactiviteiten niet of nauwelijks in concurrentie met elkaar staan. De ACM acht het aannemelijk dat dit voor een deel - maar niet geheel - samenvalt met de academische zorg zoals door de NZa gedefinieerd en in de ROBIJN-systematiek vervat. Zoals hieronder nader zal worden uiteengezet, acht de ACM het vooralsnog ook aannemelijk dat de basiszorg en een groot deel van de topzorg wel in concurrentie wordt aangeboden en dat partijen op de basiszorg en de topzorg met elkaar concurreren.

Concurrentie vanwege patiënten en verwijzers

196. Uit het marktonderzoek onder patiëntenorganisaties blijkt dat patiënten voor zeer zeldzame en complexe aandoeningen keuzemogelijkheden van ondergeschikt belang vinden aan specialisatie van expertise. Concurrentie op die zorg is ondergeschikt aan het verdelen van expertisecentra. Volgens de ACM heeft dit standpunt vooral betrekking op de academische zorg die ook door de ACM niet als concurrentieel wordt gezien.
197. Vanuit een algemeen patiënten perspectief ziet het CA wel een risico in het fuseren van partijen. Zij hecht waarde aan keuzemogelijkheden voor patiënten en geeft aan dat patiënten steeds vaker bewustere keuzes op basis van bijvoorbeeld internet maken. In dit keuzeprocess spelen verwijzers en patiëntenorganisaties een belangrijke rol. Zij kunnen patiënten informeren over de relevante zorginhoudelijke verschillen tussen mogelijke alternatieven. Zeker bij een verwijzing vanuit de eerste

lijn acht de ACM het vooralsnog aannemelijk dat hierbij in veel gevallen meerdere zorgaanbieders in de afweging kunnen worden meegenomen.

198. Ook partijen houden de optie open dat patiënten en hun verwijzers in de eerste lijn partijen op basis van persoonlijke voorkeuren tegen elkaar afzetten. Partijen geven ook aan dat eerstelijnsverwijzers primair op nabijheid kiezen. Dit zou volgens de ACM dan mogelijk betekenen dat als voor de topzorg UMC's en STZ-ziekenhuizen met elkaar worden vergeleken met name partijen belangrijke alternatieven vormen. Op grond van bovenstaande acht de ACM het waarschijnlijk dat voor patiënten een reële keuzemogelijkheid wegvalt. Dit wordt ook door andere UMC's in het marktonderzoek bevestigd.

Prikkel om patiënten aan te trekken

199. Dat patiënten tussen partijen kiezen houdt niet automatisch in dat daarmee ook concurrentiedruk op partijen ontstaat. Partijen moeten een prikkel hebben om patiënten aan te trekken of in ieder geval geen patiënten te willen verliezen. Partijen betogen ten aanzien van de academische zorg dat het hen aan een economische prikkel ontbreekt om patiënten aan te trekken. De meerkosten voor academische patiënten worden gecompenseerd middels een beschikbaarheidsbijdrage academische zorg. Deze bijdrage groeit echter niet met het aantrekken van extra patiënten waardoor iedere extra patiënt, aldus partijen, gemiddeld genomen verlieslatend is.
200. Voor dit standpunt van partijen is enige nuancering aangewezen.⁵⁵ Echter, zoals eerder aangegeven is de ACM op andere gronden met partijen van mening dat op een deel van de topzorg geen concurrentie bestaat. Ten aanzien van de basiszorg en een ander deel van de topzorg is bovenstaande redenering van partijen niet aannemelijk. De kosten voor deze zorg worden bij de zorgverzekeraars in rekening gebracht en in de reguliere financieringsstructuur betaald. Hiervoor ontvangen partijen, andere UMC's en algemene ziekenhuizen geen beschikbaarheidsbijdrage ter compensatie van mogelijke meerkosten. Voor dit deel ondervinden partijen een economische prikkel om patiënten aan te trekken en concurreren zij in beginsel met andere ziekenhuizen om patiënten.
201. Als patiënten of hun verwijzers op dit moment op een substantieel deel van de topzorg partijen als reële alternatieven beschouwen zoals hierboven beschreven, dan kan dat concurrentiedruk op partijen opleveren. Verschuivingen in patiëntstromen kunnen door zorgverzekeraars gevolgd worden in productieafspraken. Daarnaast heeft het keuzegedrag van patiënten en verwijzers mogelijk ook invloed op de geloofwaardigheid waarmee zorgverzekeraars partijen kunnen disciplineren. Hierop gaan we hieronder nader in.

Concurrentie vanwege de zorgverzekeraar

202. In punt 154 is beschreven dat partijen betogen dat zorgverzekeraars wel over een zekere onderhandelingsmacht beschikken, maar dat die niet samenhangt met de beschikbaarheid van alternatieve aanbieders. Volgens de ACM kan de onderhandelingsmacht van de zorgverzekeraars in algemene zin echter niet los gezien worden van de mogelijkheid van een zorgverzekeraar om verzekerden een alternatief te kunnen bieden of te kunnen faciliteren dat een alternatief op afzienbare termijn tot de markt kan toetreden. Zonder een reëel (potentieel) alternatief zal een zorgverzekeraar sneller tot overeenstemming met partijen moeten komen en meer van de wensen

⁵⁵ De NZa, die verantwoordelijk is voor het vaststellen van de academische component, heeft in het marktonderzoek van de ACM aangegeven dat het niet vanzelfsprekend is dat UMC's gemiddeld genomen verlies leiden op de academische patiënt. Ook met academische patiënten worden vaste kosten terugverdiend. De UMC's zijn er volgens de NZa met ROBIJN nog niet in geslaagd de meerkosten van academische patiënten in kaart te brengen.

van partijen moeten accepteren dan met een reëel alternatief. Partijen zullen in principe dan ook afhankelijk van de beschikbaarheid van alternatieven voor de zorgverzekeraar, meer of minder bereid zijn in te spelen op de wensen van de zorgverzekeraar. Als partijen aangeven dat de zorgverzekeraar over onderhandelingsmacht beschikt, dan zegt dat ook juist iets over de (geloofwaardigheid) van de uitwijkmogelijkheden van de zorgverzekeraar. De vraag moet dus ook vooral zijn in hoeverre een zorgverzekeraar over reële alternatieven kan beschikken.

Selectief inkopen als ultieme optie

203. Op de vraag of zorgverzekeraars als gevolg van substitutiemogelijkheden een geloofwaardige dreiging voor partijen kunnen opleveren, geeft het marktonderzoek geen helder beeld. Zorgverzekeraars hebben in het marktonderzoek geen voorbeelden laten zien waarin zij expliciet partijen tegen elkaar afzetten om de onderhandelingen kracht bij te zetten. De meeste zorgverzekeraars twijfelen ook aan de effectiviteit van selectieve inkoop. Zoals beschreven geeft de grootste zorgverzekeraar (Zilveren Kruis) aan dat selectieve inkoop in de praktijk ook zonder de fusie al nauwelijks effect heeft en dat de fusie dan ook maar een beperkt effect op de onderhandelingspositie zal hebben. Ook de vijf andere zorgverzekeraars stellen dat partijen nu al een zeer sterke onderhandelingspositie hebben en dat selectief inkopen in de praktijk moeizaam is.
204. Uit bovenstaande ontstaat een beeld dat partijen nu al geen of slechts beperkt onderlinge concurrentiedruk ondervinden als gevolg van de onderhandelingen met de zorgverzekeraar. Echter, uit het betoog van vijf van de zes zorgverzekeraars maakt de ACM ook op dat zorgverzekeraars de ultieme optie om selectief in te kunnen kopen wel van belang achten voor hun onderhandelingspositie. Verzekerden hebben op dit moment een alternatief. Dit begrenst de onderhandelingspositie van partijen. Hoewel Zilveren Kruis stelt dat de fusie nauwelijks effect zal hebben, geeft ook zij aan dat de ultieme optie van het selectief inkopen door de fusie verloren gaat en dat het na de fusie moeilijker wordt om een en ander af te kunnen dwingen.
205. De ACM ziet dat het marktonderzoek zoals in punten 166 tot en met 193 beschreven en hierboven samengevat een inconsistent beeld oplevert. Tegelijk constateert de ACM ook dat alle zorgverzekeraars een mogelijk negatief effect zien als gevolg van het wegvallen van een belangrijk alternatief. Door het wegvallen van dit alternatief lijkt na de fusie ook de dreiging van selectief inkopen als ultieme consequentie van een onderhandeling geen disciplinerende meer op te kunnen leveren. In hoeverre de dreiging van substitutie tussen partijen op basis- en (een deel van de) topzorg daadwerkelijk een rol speelt in de onderhandelingspositie vergt nader onderzoek. De ACM acht dit echter vooralsnog een realistisch scenario.
206. Ook als zorgverzekeraars geen regisserende rol hebben of pakken in de verdeling van zorg, zoals partijen betogen, kunnen zij mogelijk – meer reactief – het keuzegedrag van verzekerden wel faciliteren. Patiënten kiezen op basis van voorkeuren – en eventueel onder begeleiding van verwijzers of goed geïnformeerde patiëntenorganisaties – voor bepaalde zorgaanbieders. Die keuzes kunnen zorgverzekeraars volgen in hun afspraken met zorgaanbieders. Dit kan ook leiden tot het verplaatsen van omzet. De ACM acht het vooralsnog goed mogelijk dat dit scenario ook door partijen als disciplinerend wordt ervaren en dat dit scenario hen stimuleert om de belangen van patiënten en verzekerden voor ogen te houden.
207. Dat partijen met betrekking tot de prijs of de ontwikkeling van de omzet niet zozeer regionaal worden vergeleken maar landelijk worden gebenchmarkt zoals partijen betogen en dat ze vooral worden aangesproken op hun maatschappelijke verantwoordelijkheid om een redelijk prijsniveau te hanteren, wordt ook in het marktonderzoek terug gehoord. Volgens de ACM neemt dit echter niet

weg dat reële alternatieven van belang lijken te zijn om partijen op het gewenste prijs- of omzetniveau te houden of te krijgen waarbij de landelijke benchmark voor de zorgverzekeraar richtinggevend kan zijn.

Noodzaak om partijen te contracteren en samenhang in aanbod

208. Partijen stellen dat de onmogelijkheid voor zorgverzekeraars om in relevante mate tussen partijen te substitueren, samenhangt met het gegeven dat partijen voor een deel een uniek aanbod doen. Zorgverzekeraars zullen partijen voor dat unieke aanbod altijd moeten contracteren.
209. Dit betoog lijkt door meerdere zorgverzekeraars gevolgd te worden. Volgens zorgverzekeraars is het geen optie om geen contract met partijen te sluiten. Dit neemt volgens de ACM op zichzelf echter niet weg dat over omvang en inhoud van het contract wel onderhandeld kan worden en dat delen van het aanbod op basis- en topzorg selectief ingekocht kunnen worden of dat lagere productieafspraken gemaakt kunnen worden als meer patiënten voor een andere aanbieder kiezen.
210. Partijen betogen echter ook dat zelfs als zorgverzekeraars in theorie in staat zijn om basiszorg of topzorg te verplaatsen, ze dat niet makkelijk kunnen doen omdat die basiszorg en topzorg voor een deel zorginhoudelijk of in het kader van onderwijs en onderzoek samenhangen met het unieke aanbod van partijen. De ACM maakt uit het marktonderzoek ook op dat de beperkte onderhandelingspositie die zorgverzekeraars bij partijen ondervinden deels door die samenhang verklaard wordt. Volgens een deel van de marktpartijen ontbreekt het zorgverzekeraars ook aan kennis om hierover de discussie met UMC's aan te gaan.
211. Uit het marktonderzoek blijkt ook dat er onderdelen van het aanbod zijn die meer op zichzelf staan. Zo geeft cVGZ aan staaroperaties niet bij VUmc te hebben ingekocht, maar bij een beter alternatief, het AMC. Ook op het gebied van orthopedie geven meerdere zorgverzekeraars aan verschuivingen hebben plaatsgevonden. Dit geldt volgens Zorg en Zekerheid ook voor cardiologie. Menzis geeft in dit kader aan dat partijen in ieder geval op hematologie en oncologie overlappen en tegen elkaar kunnen worden gebruikt tijdens de onderhandelingen. Hierin ziet de ACM aanwijzingen dat er een deel van de zorg min of meer onafhankelijk van hele specifieke expertise kan worden aangeboden. Partijen zouden op die onderdelen dan kunnen concurreren en zorgverzekeraars zouden op die onderdelen selectief kunnen inkopen. Hoe substantieel dat deel is en of selectieve inkoop op die onderdelen ook substantiële resultaten voor zorgverzekeraars oplevert, is onbekend. De ACM stelt vast dat op dit punt nader onderzoek nodig is.
212. Uit gesprekken met zowel zorgverzekeraars als concurrenten blijkt dat zorgverzekeraars ondanks de aanwezigheid van verschillende alternatieven zeer beperkt in staat zijn om actief basiszorg van een UMC naar een algemeen ziekenhuis te verplaatsen. Er zijn zelfs aanwijzingen dat waar zorgverzekeraars overcapaciteit aan basiszorg in de regio Amsterdam willen verminderen, ze dat eerder bij de algemene ziekenhuizen doen dan bij partijen. Dit lijkt voort te komen uit de stevige onderhandelingspositie die partijen ontlenen aan het overige aanbod. Als gevolg van een mogelijk beperkte onderhandelingspositie op de topzorg en de samenhang daarbinnen met het academische aanbod dat bij partijen ingekocht moet worden, ervaren zorgverzekeraars ook een beperkte onderhandelingsmacht op de basiszorg.
213. Waar UMC's zelf het initiatief nemen om basiszorg af te stoten, gebeurt dit volgens verschillende zorgverzekeraars alleen onder de voorwaarden dat de vrijgekomen omzet kan worden benut om meer topzorg of academische zorg te kunnen leveren. Volgens een enkele zorgverzekeraar is dit niet in alle gevallen wenselijk.

214. Bovenstaande wijst er op dat onderhandelingen niet of maar heel beperkt separaat voor basiszorg en voor topzorg gevoerd kunnen worden en dat daardoor ook de aanwezigheid van alternatieven op de markt voor basiszorg slechts benut kunnen worden voor zover zorgverzekeraars over onderhandelingsmacht kunnen beschikken op de markt voor topzorg. Hoe ver deze samenhang reikt is nog onvoldoende inzichtelijk en vergt nader onderzoek.

8.3.4.4 Conclusie

215. Uit de analyse van patiëntstromen en reistijdenanalyse blijkt dat partijen op de basiszorg niet elkaars belangrijkste alternatief zijn en dat er ook na de voorgenomen concentratie voldoende alternatieven voor partijen beschikbaar zijn. Om deze redenen concludeert de ACM dat het ten aanzien van de markt voor de basiszorg niet aannemelijk is dat de voorgenomen concentratie de daadwerkelijke mededinging op significante wijze zou kunnen worden belemmerd.

216. Ten aanzien van de markt voor de topzorg hebben partijen op basis van de patiëntstroomanalyse een hoog gezamenlijk marktaandeel en zijn zij elkaars belangrijkste alternatief, met het OLVG als belangrijk tweede alternatief en de Noordwest Ziekenhuisgroep als derde alternatief.

217. Voor delen van de topzorg ziet de ACM in het marktonderzoek aanwijzingen dat als gevolg van de voorgenomen fusie voor patiënten een reële en belangrijke keuzemogelijkheid wegvalt. Een belangrijke constatering uit het marktonderzoek is voorts dat zorgverzekeraars risico's zien voor hun onderhandelingspositie als gevolg van de voorgenomen fusie. Mede vanwege de door hen ingeschatte beperkte reisbereidheid van patiënten zien de meeste zorgverzekeraars en andere marktpartijen partijen als belangrijkste concurrent op de topzorg. Dit ondersteunt de analyse op basis van patiëntstromen.

218. De ACM constateert ook dat die zorgverzekeraars nu al een beperkte onderhandelingspositie bij partijen ervaren. Ook hebben zorgverzekeraars nog maar beperkt onderbouwd hoe zij nu partijen ten opzichte van elkaar zouden kunnen gebruiken in de onderhandelingen. Er bestaat dan ook vooralsnog een ambivalent beeld ten aanzien van de vraag of en in hoeverre de dreiging van substitutie tussen partijen op topzorg daadwerkelijk een rol speelt in de onderhandelingspositie. De ACM acht dit echter vooralsnog een realistisch scenario. Door het wegvallen van een belangrijk alternatief lijkt na de voorgenomen fusie ook de dreiging van selectief inkopen als ultieme consequentie van een onderhandeling geen disciplinerende van partijen meer op te kunnen leveren. In hoeverre dit daadwerkelijk het geval is vergt nader onderzoek.

219. Op grond van het voorgaande komt de ACM tot de conclusie dat het aannemelijk is dat de voorgenomen concentratie de daadwerkelijke mededinging op de markt voor topzorg op significante wijze zou kunnen belemmeren.

220. De sterke positie van het fusieziekenhuis op de markt voor topzorg kan als gevolg van de samenhang met basiszorg ook tot gevolg hebben dat zorgverzekeraars alternatieven op de markt voor basiszorg niet goed kunnen benutten. Dit betekent dat een beperking van de mededinging op de markt voor topzorg mogelijk ook schadelijke effecten kan hebben op de basiszorg.

221. In een eventuele vergunningsfase is met name nader onderzoek nodig naar de gevolgen van de voorgenomen concentratie op de onderhandelingspositie van partijen richting verzekeraars. Hierbij gaat het onder meer om de vraag in hoeverre zorgverzekeraars op onderdelen selectief kunnen

inkopen, hoe substantieel dat deel is en of selectieve inkoop op die onderdelen ook substantiële resultaten voor zorgverzekeraars oplevert. Daarnaast kan nader onderzoek worden gedaan naar de invloed van patiënten en hun verwijzers en de vraag hoe patiënten en/of hun verwijzers op dit moment partijen en mogelijke andere alternatieven voor het concurrentiële deel van de topzorg tegen elkaar afzetten.

9 Zorgspecifieke aspecten

222. Overeenkomstig de Beleidsregel heeft de ACM de zorgspecifieke aspecten bij de beoordeling van de concentratie op de volgende wijze betrokken:
- 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. Zie ook paragraaf 8.3.4.2.
 - ii. het reisgedrag of de reisbereidheid van cliënten: zie met name paragraaf 8.2.2, 8.3.3 en de bijlage bij dit besluit.
 - iii. de mogelijkheden voor toetreding van nieuwe zorgaanbieders: het onderzoek in de meldingsfase heeft geen aanwijzingen opgeleverd dat toetreding van belang is voor de beoordeling van de gevolgen van de concentratie.
 - iv. de mate waarin zorginkopers invloed hebben op het keuzegedrag van cliënten is meegenomen bij de opvattingen van zorgverzekeraars: zie met name paragraaf 8.3.4.

10 Conclusie

223. Na onderzoek van deze melding is de ACM tot de conclusie gekomen dat de gemelde operatie binnen de werkingssfeer valt van het in hoofdstuk 5 van de Mededingingswet geregelde concentratietoezicht. Zij heeft reden om aan te nemen dat die concentratie 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.
224. Gelet op het bovenstaande deelt de ACM mede dat voor het tot stand brengen van de concentratie waarop de melding betrekking heeft een vergunning is vereist.
225. Voor zover dit besluit meebrengt dat een oordeel wordt gegeven over feiten of omstandigheden die van belang zijn voor de beslissing op een aanvraag om een vergunning als bedoeld in artikel 41 van de Mededingingswet, heeft dit oordeel naar zijn aard een voorlopig karakter en bindt dit de ACM niet bij haar beslissing op die aanvraag.

Datum: 14 december 2016

Autoriteit Consument en Markt,

namens deze:

w.g.

M. Denkers, BA. MSc. MBA
Directeur Mededinging

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

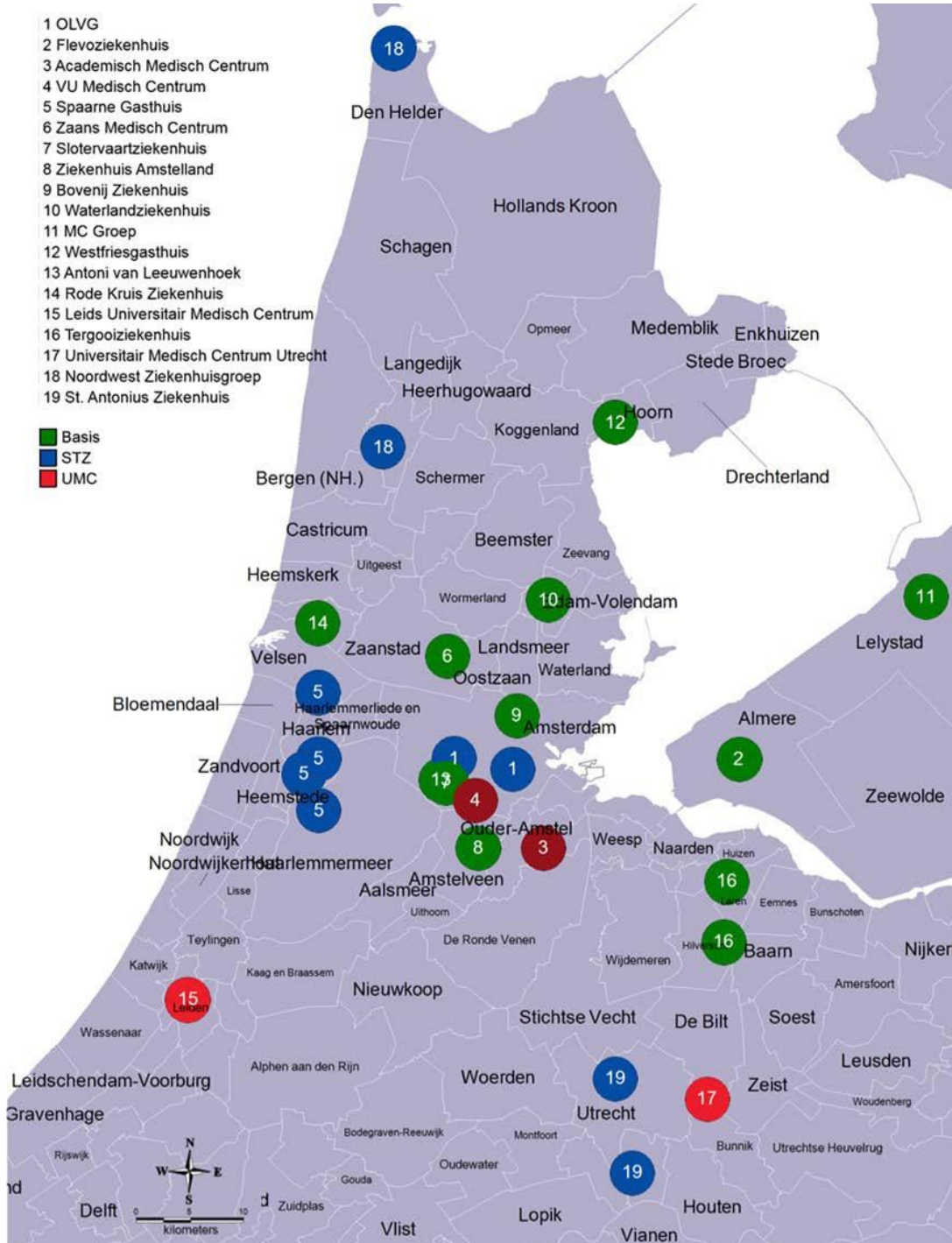
Bijlage 1 – Kwantitatieve analyse van de concentratie tussen het Academisch Medisch Centrum en Stichting VUmc

1. Deze bijlage bevat een gedetailleerde beschrijving van de kwantitatieve analyses die de ACM heeft uitgevoerd in het kader van de voorgenomen concentratie tussen AMC en VUmc. In dat kader heeft de ACM de navolgende analyses uitgevoerd:
 - (i) Een overzicht van de ligging van de ziekenhuizen en andere ziekenhuizen in de regio;
 - (ii) Een analyse van patiëntenstromen; en
 - (iii) Een reistijdenanalyse.
2. Deze analyses worden in de hiernavolgende hoofdstukken toegelicht.
3. Deze bijlage is onderdeel van het besluit inzake de melding van de voorgenomen concentratie tussen AMC en VUmc.

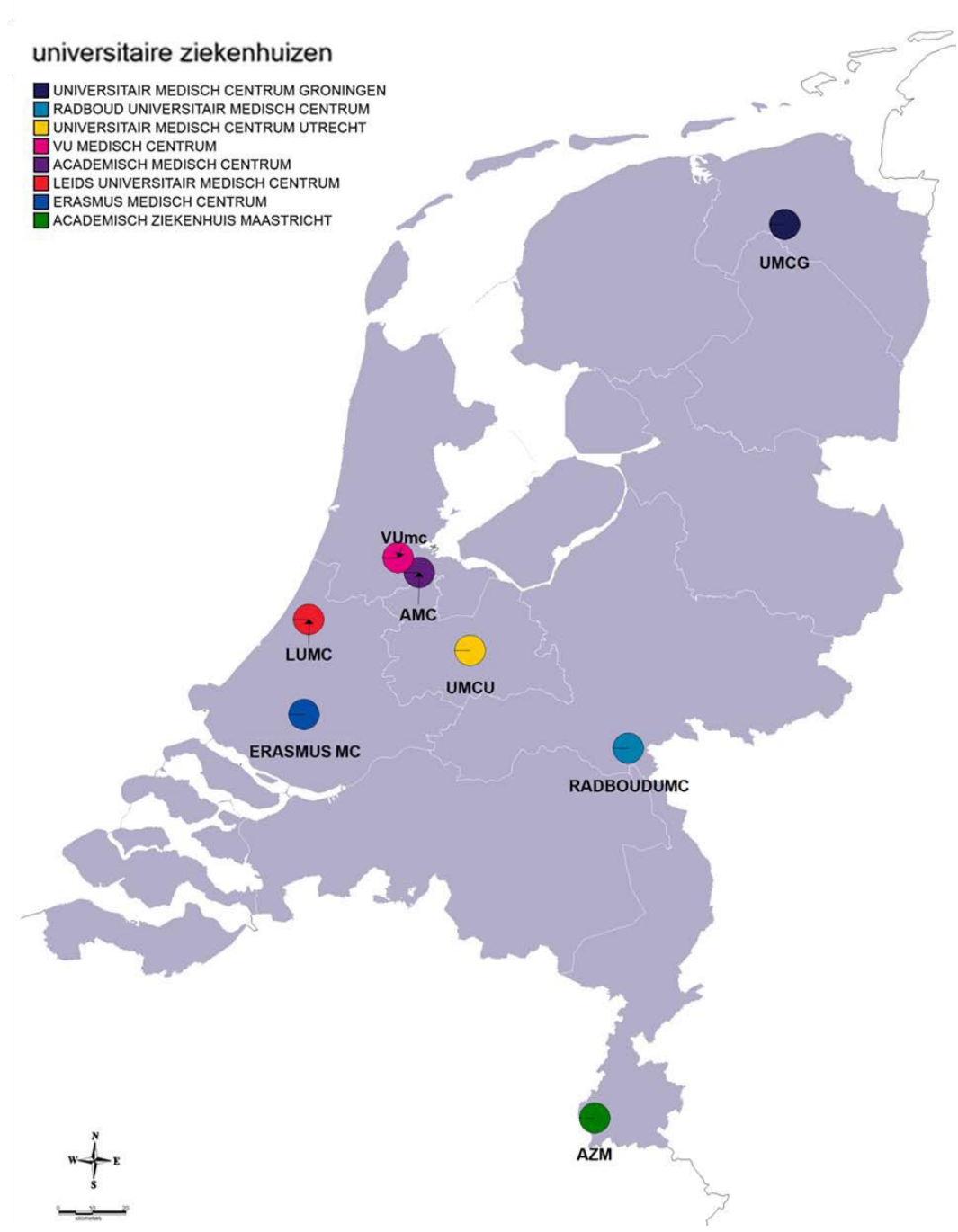
B1.1 Ligging van de ziekenhuizen

4. Het AMC heeft één locatie die zich in Amsterdam bevindt. Het VUmc bestaat uit een afzonderlijke polikliniek en ziekenhuis. Deze bevinden zich tegenover elkaar op dezelfde locatie, eveneens in Amsterdam.
5. Naast partijen is er in de provincie Noord-Holland, Utrecht en Flevoland nog een aantal ziekenhuizen gevestigd. In afbeelding 1 is de ligging van de diverse ziekenhuizen weergegeven. Zie afbeelding 2 voor de ligging van de acht UMC's in Nederland.
6. In tabel 1 is een overzicht van de diverse ziekenhuizen in de regio van partijen met hun ligging en typering opgenomen.

Afbeelding 1 Overzichtskaart van de ziekenhuizen in de omgeving van partijen



Afbeelding 2 Ligging van de UMC's



Tabel 1 Gegevens ziekenhuizen in de regio van partijen

Ziekenhuis	Locaties	Type
AMC	Amsterdam	UMC
Erasmus MC	Rotterdam	UMC
LUMC	Leiden	UMC
UMCG	Groningen	UMC
UMCU	Utrecht	UMC
VUmc	Amsterdam	UMC
Noordwest Ziekenhuisgroep	Alkmaar, Den Helder	STZ
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG Oost en West)	Amsterdam	STZ
Spaarne Gasthuis	Hoofddorp, Haarlem, Heemstede	STZ
St. Antonius Ziekenhuis	Utrecht, Nieuwegein	STZ
Amstelland Ziekenhuis	Amsterdam	Basis
Bovenij Ziekenhuis	Amsterdam	Basis
Flevoziekenhuis	Almere	Basis
MC Zuiderzee	Lelystad	Basis
NKI-AVL	Amsterdam	Basis
Rode Kruis Ziekenhuis	Beverwijk	Basis
Slotervaartziekenhuis	Amsterdam	Basis
Tergooiziekenhuis	Hilversum	Basis
Waterlandziekenhuis	Purmerend	Basis
Westfries Gasthuis	Hoorn	Basis
Zaans Medisch Centrum	Zaandam	Basis

B1.2 Analyse van patiëntenstromen

7. De ACM licht in dit hoofdstuk toe hoe zij de patiëntenstromen naar de verschillende ziekenhuizen en andere zorgaanbieders heeft geanalyseerd. Eerst beschrijft de ACM hoe zij de relevante gegevens heeft geselecteerd (paragraaf B1.2.1). Daarna volgt een beschrijving van de uitgevoerde analyses (paragraaf B1.2.2).

B1.2.1 Gegevensselectie

8. Voor de analyse van patiëntenstromen kijkt de ACM naar historische herkomst- en bestemmingsgegevens van patiënten van de diverse zorgaanbieders in het jaar 2013, zoals die zijn opgenomen in een databestand dat wordt beheerd door Vektis⁵⁶.

⁵⁶ Dit bestand bevat alle declaratiegegevens bij zorgverzekeraars van UMC's, algemene ziekenhuizen, categorale aanbieders en ZBC's. Hierbij dient wel aangetekend te worden dat alle behandelingen die in het databestand van Vektis opgenomen zijn, geregistreerd worden op de hoofdvestiging van het ziekenhuis. Dit houdt in dat er geen onderscheid gemaakt kan worden naar behandelingen die in andere vestigingen van het ziekenhuis of in poliklinieken worden uitgevoerd. Hierdoor kan het lijken dat patiënten kiezen voor een ziekenhuis dat op basis van reistijd verder weg ligt wanneer er in feite is gekozen voor een behandeling in een polikliniek die dichterbij huis gelegen is. Hierdoor ontstaat er een zekere mate van vertekening in de resultaten.

9. Het jaar 2013 is het meest recente jaar waarvan de ACM heeft kunnen valideren dat de data volledig zijn⁵⁷. Deze data zijn geschoond⁵⁸ voor ongeldige regels, regels die geen betrekking hebben op DBC's, regels met onbekende of ontbrekende specialismen en regels met onbekende postcodes.
10. Het afbakenen van basiszorg en topzorg in het huidige DBC systeem is ingewikkeld. Een DBC kan zowel basiszorg als topzorg vertegenwoordigen. Het is aan de DBC zelf niet altijd af te lezen of er bij verlening van de zorg meer sprake is geweest van basiszorg of complexe zorg omdat dit afhankelijk is van de binnen de DBC gebruikte zorgactiviteiten en de heterogeniteit daarvan, alsmede de complexiteit van de zorgvraag van de patiënt die de uiteindelijke DBC bepalen. Voor sommige DBC's is wel aan de omschrijving te bepalen of er sprake is van basiszorg of complexere zorg. Hieronder licht de ACM toe hoe zij tot de verschillende datasets is gekomen.

B1.2.1.1 Basiszorg

11. Voor de analyse op het gebied van basiszorg heeft de ACM het totale zorgpalet aan DBC's zoals dat door de basiszorgziekenhuizen in de directe regio⁵⁹ van partijen (Noord-Holland en Flevoland) in 2013 is uitgevoerd, geselecteerd en gelabeld als basiszorg. Uit deze dataset zijn die DBC's waarin de WBMV-verrichtingen⁶⁰ besloten liggen, geschoond.
12. Op deze dataset voor de basiszorg is vervolgens per zorgproduct een label voor het onderscheid klinische of niet-klinische zorg toegepast.⁶¹

B1.2.1.2 Topzorg

13. Voor de analyse op het gebied van topzorg gaat de ACM er van uit dat een DBC topzorg weergeeft wanneer deze vaker wordt uitgevoerd door UMC's en STZ-ziekenhuizen dan door basisziekenhuizen. De ACM heeft twee benaderingen gehanteerd. Het verschil tussen deze twee benaderingen is dat de tweede benadering nog meer complexiteit weerspiegelt vergeleken met de eerste benadering.
14. Voor de eerste dataset zijn die DBC's geselecteerd die voor minimaal 80% van het totale volume

⁵⁷ Door allerlei wijzigingen in de productstructuur is het jaar 2012 te onvolledig om te gebruiken in de analyses. Voor eerdere jaren geldt dat er een andere productsystematiek gold. Doordat de data uit 2012 hierdoor niet goed vergelijkbaar is met andere jaren, is dit jaar voor analyses niet goed bruikbaar. Gegevens over het jaar 2014 waren ten tijde van de analyses nog niet beschikbaar en konden om die reden niet gebruikt worden.

⁵⁸ In deze dataset is niet de zorg meegenomen die wordt aangeboden in revalidatiecentra, audiologische centra en ZBC's in de regio van partijen. Deze zorg is geen medisch specialistische zorg waarop partijen concurreren en moet om die reden niet worden meegenomen in de analyse van de gevolgen van onderhavige fusie.

⁵⁹ Dit zijn de volgende ziekenhuizen: Kennemer Gasthuis (Locatie Elisabeth Gasthuis), Rode Kruis Ziekenhuis, WestFries Gasthuis, NKI-AVL, Waterlandziekenhuis, Amstelland ziekenhuis, Flevoziekenhuis, Tergooiziekenhuis, Slotervaartziekenhuis, BovenIJ ziekenhuis, Zaaans Medisch Centrum.

⁶⁰ WBMV zorg is vergunningsplichtige zorg waarvoor naast de aanwezigheid van een vergunning de expertise en benodigde infrastructuur doorgaans niet in een basisziekenhuis aanwezig is.

⁶¹ Met de introductie van DOT's (DOT staat voor: DBC's op weg naar Transparantie) in 2012 valt minder makkelijk af te leiden welke producten tot de klinische dan wel de niet-klinische ziekenhuiszorg behoren. Om tot deze indeling te komen heeft de ACM op basis van de consumentomschrijving van de zorgproducten, de zorgproductenviewer en een medisch inhoudelijke check de producten toegedeeld. Op de website van de ACM is een volledig overzicht opgenomen van deze indeling. Zie <https://www.acm.nl/nl/onderwerpen/zorg/fusies-in-de-zorg/fusie-in-de-zorg-melden/> voor een overzicht met de volledige indeling van DBC's in 2013.

door UMC's en STZ- ziekenhuizen⁶² zijn uitgevoerd. Uit deze dataset is vervolgens de unieke zorg gefilterd, omdat deze een verkeerd beeld kunnen geven van de patiëntenstromen⁶³. Deze set bevat die WBMV DBC's die door de STZ-ziekenhuizen uit de regio van partijen daadwerkelijk in 2013 zijn uitgevoerd. Deze benadering noemen we hierna Topzorgbenadering (i).

15. Voor de tweede dataset heeft de ACM een DBC gelabeld als topzorg, wanneer het totale volume voor een bepaalde DBC voor 80% of meer door het UMC van partijen en de top-STZ-ziekenhuizen uit de regio is uitgevoerd. Deze set bevat WBMV DBC's voor zover deze door de zorgaanbieders worden uitgevoerd en noemen we hierna Topzorgbenadering (ii).
16. Er is overlap mogelijk tussen de diverse subsets die de ACM gehanteerd heeft in de analyses.

B1.2.2 Uitgevoerde analyses

B1.2.2.1 Herkomstanalyse

Basiszorg

17. Voor de basiszorg is een geografisch gebied bepaald op basis van 70% van de aantallen van partijen. De gemeentes die uit deze herkomstanalyse voor basiszorg geïnccludeerd worden, zijn in tabel 2 weergegeven.

⁶² De STZ-ziekenhuizen die geïnccludeerd zijn bij topzorgbenadering (i) en (ii) zijn Noordwest Ziekenhuisgroep loc. Alkmaar en OLVG (Oost en West) te Amsterdam. Het Spaarne Gasthuis te Hoofddorp is alleen bij benadering (i) gebruikt. Daarnaast zijn de twee UMC's van partijen geïnccludeerd bij benadering (i) en (ii).

⁶³ Voor unieke zorg kunnen patiënten maar in één of enkele ziekenhuizen terecht. Hiervoor zullen patiënten dan ook verder reizen. Dit zegt echter niets over de reisbereidheid op het moment dat zij wel kunnen kiezen voor een bepaald ziekenhuis. Er is een dataset gemaakt die alleen unieke UMC DBC's bevat. Deze set reflecteert mogelijk de unieke zorg van alle UMC's tezamen. Deze set is uitsluitend gebruikt om unieke UMC zorg te schonen uit topzorg benadering (i) en niet voor verdere analyses

Tabel 2 Herkomstgebied Basiszorg

Gemeente	Aandeel
Amsterdam	[40-50]%
Amstelveen	[1-10]%
Almere	[1-10]%
Zaanstad	[1-10]%
De Ronde Venen	[1-10]%
Haarlemmermeer	[1-10]%
Purmerend	[1-10]%
Diemen	[1-10]%
Haarlem	[1-10]%
Uithoorn	[1-10]%
Lelystad	[1-10]%
Aalsmeer	[1-10]%
Ouder-Amstel	[1-10]%
Hoorn	[1-10]%

18. De uitstroom naar ziekenhuizen buiten deze basiszorgregio is circa [1-10]% zoals af te lezen is uit onderstaande tabel 3.

Tabel 3 Uitstroom voor basiszorg

Basiszorg	%
Naar ziekenhuis binnen de regio	[90-100]%
Uitstroom	[1-10]%
Totaal	100,0%

Topzorg

19. Voor topzorg is als geografische gebied uitgegaan van de regio Noord-Holland waarbij drie gemeenten uit Flevoland en Utrecht nog meegeteld zijn omdat zij een relatief groot aandeel in de aantallen patiënten van partijen hebben. Dit gebied betreft gemeenten die een duidelijke focus hebben op Amsterdam. Een overzicht van de gemeentes uit de herkomstanalyse voor topzorg is te vinden in tabel 4.

Tabel 4 Herkomstgebied Topzorg (i en ii)

Gemeente	Aandeel
Amsterdam	[20-30]%
Alm ere	[1-10]%
Zaanstad	[1-10]%
Amstelveen	[1-10]%
Haarlem	[1-10]%
Haarlemmermeer	[1-10]%
Purmerend	[1-10]%
Hoorn NH	[1-10]%
Hilversum	[1-10]%
Lelystad	[1-10]%
Velsen	[1-10]%
Alkmaar	[1-10]%
De Ronde Venen	[1-10]%
Den Helder	[1-10]%
Hollands Kroon	[1-10]%
Huizen	[1-10]%
Heerhugowaard	[1-10]%
Uithoorn	[1-10]%
Diemen	[1-10]%
Aalsmeer	[1-10]%
Medemblik	[1-10]%
Edam-Volendam	[1-10]%
Beverwijk	[1-10]%
Heemskerk	[1-10]%
Wijdereen	[1-10]%
Bussum	[1-10]%
Stede Broec	[1-10]%
Ouder-Amstel	[1-10]%
Schagen	[1-10]%
Weesp	[1-10]%
Castricum	[1-10]%
Drechterland	[1-10]%
Wormerland	[1-10]%
Waterland	[1-10]%
Bergen (NH.)	[1-10]%
Heemstede	[1-10]%
Enkhuizen	[1-10]%
Naarden	[0-1]%
Koggenland	[0-1]%
Heiloo	[0-1]%
Langedijk	[0-1]%
Oostzaan	[0-1]%
Bloemendaal	[0-1]%
Beemster	[0-1]%
Zandvoort	[0-1]%
Wervershoof	[0-1]%
Opmeer	[0-1]%
Landsmeer	[0-1]%
Uitgeest	[0-1]%
Texel	[0-1]%
Blaricum	[0-1]%
Andijk	[0-1]%
Muiden	[0-1]%
Graft-De Rijp	[0-1]%
Laren	[0-1]%
Zeevang	[0-1]%
Haarlemmerliede en Spaarnwoude	[0-1]%
Schermer	[0-1]%

Gemeente	Aandeel
Amsterdam	[20-30]%
Alm ere	[1-10]%
Zaanstad	[1-10]%
Haarlem	[1-10]%
Amstelveen	[1-10]%
Haarlemmermeer	[1-10]%
Purmerend	[1-10]%
Hoorn NH	[1-10]%
Alkmaar	[1-10]%
Hilversum	[1-10]%
Lelystad	[1-10]%
Velsen	[1-10]%
Heerhugowaard	[1-10]%
Hollands Kroon	[1-10]%
De Ronde Venen	[1-10]%
Edam-Volendam	[1-10]%
Den Helder	[1-10]%
Huizen	[1-10]%
Heemskerk	[1-10]%
Uithoorn	[1-10]%
Medemblik	[1-10]%
Diemen	[1-10]%
Beverwijk	[1-10]%
Schagen	[1-10]%
Aalsmeer	[1-10]%
Bussum	[1-10]%
Castricum	[1-10]%
Wijdereen	[1-10]%
Stede Broec	[1-10]%
Ouder-Amstel	[1-10]%
Weesp	[1-10]%
Drechterland	[1-10]%
Wormerland	[1-10]%
Waterland	[1-10]%
Bergen (NH.)	[1-10]%
Langedijk	[1-10]%
Enkhuizen	[0-1]%
Heiloo	[0-1]%
Koggenland	[0-1]%
Heemstede	[0-1]%
Naarden	[0-1]%
Bloemendaal	[0-1]%
Oostzaan	[0-1]%
Zandvoort	[0-1]%
Beemster	[0-1]%
Uitgeest	[0-1]%
Landsmeer	[0-1]%
Wervershoof	[0-1]%
Opmeer	[0-1]%
Texel	[0-1]%
Blaricum	[0-1]%
Muiden	[0-1]%
Andijk	[0-1]%
Laren	[0-1]%
Zeevang	[0-1]%
Graft-De Rijp	[0-1]%
Haarlemmerliede en Spaarnwoude	[0-1]%
Schermer	[0-1]%

20. Op deze manier resulteert voor topzorg een gebied waaruit ongeveer [80-90]% van de patiënten van partijen komen. De uitstroom naar ziekenhuizen die buiten de regio liggen is circa [1-10]-[10-20]%. Onderstaande tabel 5 geeft deze uitstroom weer.

Tabel 5 Uitstroom voor topzorg uit de regio van partijen

Topzorg i	%
Naar ziekenhuis binnen de regio	[90-100]%
Uitstroom	[1-10]%
Totaal	100,0%

Topzorg ii	%
Naar ziekenhuis binnen de regio	[80-90]%
Uitstroom	[10-20]%
Totaal	100,0%

B1.2.2.2 Bestemmingsanalyse

21. De ACM heeft per dataset (basiszorg en de twee topzorgbenaderingen) en per geografisch gebied bepaald waar patiënten uit de geselecteerde gemeentes hoofdzakelijk voor ziekenhuiszorg naar toe gaan. Deze analyses bieden inzicht in de alternatieve ziekenhuizen vanuit het perspectief van de patiënt. De ACM verwijst hiervoor naar de tabellen 6a en 6b,7 en 8.

Tabel 6a Marktaandelen basiszorg voor gemeente Amsterdam

Naam ziekenhuis	Aandeel
AMC	[10-20]%
Vumc	[10-20]%
OLVG (Oost + West)	[40-50]%
Slotervaartziekenhuis	[10-20]%
Bovenij Ziekenhuis	[0-10]%
NKI-AVL	[0-10]%
Ziekenhuis Amstelland	[0-10]%
Spaarne Gasthuis	[0-10]%
Zaans Medisch Centrum	[0-10]%
Tergooiziekenhuis	[0-10]%

Tabel 6b Marktaandelen basiszorg 70%

Naam ziekenhuis	Aandeel
AMC	[0-10]%
VUmc	[0-10]%
OLVG (Oost + West)	[10-20]%
Spaarne Gasthuis	[10-20]%
Flevoziekenhuis	[0-10]%
Zaans Medisch Centrum	[0-10]%
Slotervaartziekenhuis	[0-10]%
Ziekenhuis Amstelland	[0-10]%
Bovenij Ziekenhuis	[0-10]%
Waterlandziekenhuis	[0-10]%
MC groep (Lelystad)	[0-10]%
WestFries Gasthuis	[0-10]%
NKI-AVL	[0-10]%

Tabel 7 Marktaandelen topzorg (i)

Naam ziekenhuis	Aandeel
AMC	[30-40]%
VUmc	[10-20]%
OLVG (Oost + West)	[10-20]%
NoordWest Ziekenhuisgroep	[10-20]%
LUMC	[0-10]%
Spaarne Gasthuis	[0-10]%
UMCU	[0-10]%
St. Antoniusziekenhuis	[0-10]%
Tergooiziekenhuis	[0-10]%
Slotervaartziekenhuis	[0-10]%

Tabel 8 Marktaandelen topzorg (ii)

Naam ziekenhuis	Aandeel
AMC	[30-40]%
VUmc	[20-30]%
OLVG (Oost + West)	[10-20]%
NoordWest Ziekenhuisgroep	[0-10]%
LUMC	[0-10]%
UMCU	[0-10]%
St. Antoniusziekenhuis	[0-10]%
Spaarne Gasthuis	[0-10]%
Erasmus MC	[0-10]%
Slotervaartziekenhuis	[0-10]%

B1.2.2.3 Uitwijkpercentages

22. Uitwijkpercentages geven een indruk van de mate waarin patiënten zouden kunnen uitwijken naar andere ziekenhuizen, mocht een ziekenhuis van partijen zijn prijzen verhogen of zijn kwaliteit verlagen⁶⁴. Hoe groter het uitstroompercentage naar een bepaald ander ziekenhuis is, hoe meer concurrentiedruk dat ziekenhuis uitoefent op het ziekenhuis van partijen⁶⁵. De hoogte van de percentages wordt bepaald door de mate waarin de verschillende ziekenhuizen patiënten uit dezelfde gebieden trekken en het belang van de betreffende gebieden voor het betreffende

⁶⁴ Het uitstroompercentage van het AMC naar OLVG voor basiszorg geeft bijvoorbeeld aan dat tussen de 30 en 40% van de patiënten uit de omgeving van AMC die geen zorg afnemen bij AMC voor OLVG kiezen.

⁶⁵ De aanname hierbij is dat het huidig reisgedrag van patiënten naar omliggende ziekenhuizen een goede indicator is van het toekomstige reisgedrag van patiënten in het geval van bijvoorbeeld een kwaliteitsverslechtering. De ACM gaat er daarbij vanuit dat patiënten in een zelfde verhouding zullen uitwijken naar omliggende ziekenhuizen als patiënten dat op dit moment doen.

ziekenhuis. Onderstaande tabellen 9, 10 en 11 geven een overzicht van de berekende uitstroombpercentages.

Tabel 9 Uitwijkpercentages Basiszorg van AMC en VUmc naar andere zorgaanbieders

AMC	Ziekenhuis	Eindtotaal
1	VUmc	[0-10]%
2	OLVG (Oost + West)	[30-40]%
3	Slotervaartziekenhuis	[0-10]%
4	Flevoziekenhuis	[0-10]%
5	Bovenij Ziekenhuis	[0-10]%
6	Ziekenhuis Amstelland	[0-10]%
7	Spaarne Gasthuis	[0-10]%
8	Zaans Medisch Centrum	[0-10]%
9	Zuwe Hofpoort Ziekenhuis	[0-10]%
10	Waterlandziekenhuis	[0-10]%
11	NKI-AVL	[0-10]%
12	MC groep (Lelystad)	[0-10]%
13	Westfries Gasthuis	[0-10]%

VUmc	Ziekenhuis	Eindtotaal
1	AMC	[0-10]%
2	OLVG (Oost + West)	[20-30]%
3	Ziekenhuis Amstelland	[10-20]%
4	Spaarne Gasthuis	[0-10]%
5	Slotervaartziekenhuis	[0-10]%
6	Bovenij Ziekenhuis	[0-10]%
7	Zaans Medisch Centrum	[0-10]%
8	Waterlandziekenhuis	[0-10]%
9	NKI-AVL	[0-10]%
10	Flevoziekenhuis	[0-10]%
11	READE	[0-10]%
12	Westfries Gasthuis	[0-10]%
13	MC groep (Lelystad)	[0-10]%

Tabel 10 Uitwijkpercentages Topzorg (i) van AMC en VUmc naar andere zorgaanbieders

AMC	Ziekenhuis	Eindtotaal
1	VUmc	[20-30]%
2	OLVG (Oost + West)	[20-30]%
3	NoordWest Ziekenhuisgroep	[0-10]%
4	UMCU	[0-10]%
5	Tergooiziekenhuis	[0-10]%
6	Flevoziekenhuis	[0-10]%
7	St. Antoniusziekenhuis	[0-10]%
8	LUMC	[0-10]%
9	Westfries Gasthuis	[0-10]%
10	Spaarne Gasthuis	[0-10]%
11	Slotervaartziekenhuis	[0-10]%

VUmc	Ziekenhuis	Eindtotaal
1	AMC	[40-50]%
2	OLVG (Oost + West)	[20-30]%
3	NoordWest Ziekenhuisgroep	[10-20]%
4	LUMC	[0-10]%
5	Spaarne Gasthuis	[0-10]%
6	Zaans Medisch Centrum	[0-10]%
7	St. Antoniusziekenhuis	[0-10]%
8	Slotervaartziekenhuis	[0-10]%
9	UMCU	[0-10]%
10	Ziekenhuis Amstelland	[0-10]%
11	Erasmus MC	[0-10]%

Tabel 11 Uitwijkpercentages Topzorg (ii) van AMC en VUmc naar andere zorgaanbieders

AMC	Ziekenhuis	Eindtotaal
1	VUmc	[30-40]%
2	OLVG (Oost + West)	[20-30]%
3	NoordWest Ziekenhuisgroep	[0-10]%
4	UMCU	[0-10]%
5	LUMC	[0-10]%
6	St. Antoniusziekenhuis	[0-10]%
7	Tergooiziekenhuis	[0-10]%
8	Flevoziekenhuis	[0-10]%

VUmc	Ziekenhuis	Eindtotaal
1	AMC	[40-50]%
2	OLVG (Oost + West)	[10-20]%
3	NoordWest Ziekenhuisgroep	[10-20]%
4	LUMC	[0-10]%
5	UMCU	[0-10]%
6	Spaarne Gasthuis	[0-10]%
7	St. Antoniusziekenhuis	[0-10]%
8	Erasmus MC	[0-10]%

23. In tabel 12 is te zien in hoeverre patiënten uit de verschillende gemeenten in de geografische markt voor topzorg naar de ziekenhuizen van partijen gaan

Tabel 12 Patiëntenstroom uit elke gemeente naar partijen of overige ziekenhuizen

Topzorg i				Topzorg ii			
Gemeente	AMC	Vumc	Overigen	Gemeente	AMC	Vumc	Overigen
Aalsmeer	[20-30]%	[30-40]%	[30-40]%	Aalsmeer	[30-40]%	[40-50]%	[20-30]%
Alkmaar	[10-20]%	[10-20]%	[70-80]%	Alkmaar	[10-20]%	[20-30]%	[50-60]%
Almere	[60-70]%	[0-10]%	[30-40]%	Almere	[60-70]%	[10-20]%	[20-30]%
Amstelveen	[30-40]%	[40-50]%	[20-30]%	Amstelveen	[30-40]%	[40-50]%	[10-20]%
Amsterdam	[30-40]%	[20-30]%	[40-50]%	Amsterdam	[40-50]%	[20-30]%	[30-40]%
Beemster	[30-40]%	[20-30]%	[40-50]%	Beemster	[30-40]%	[20-30]%	[30-40]%
Bergen (NH.)	[0-10]%	[10-20]%	[70-80]%	Bergen (NH.)	[10-20]%	[20-30]%	[60-70]%
Beverwijk	[30-40]%	[10-20]%	[50-60]%	Beverwijk	[30-40]%	[20-30]%	[40-50]%
Blaricum	[40-50]%	[0-10]%	[50-60]%	Blaricum	[40-50]%	[10-20]%	[40-50]%
Bloemendaal	[10-20]%	[10-20]%	[60-70]%	Bloemendaal	[20-30]%	[20-30]%	[40-50]%
Bussum	[40-50]%	[10-20]%	[30-40]%	Bussum	[50-60]%	[10-20]%	[30-40]%
Castricum	[10-20]%	[10-20]%	[60-70]%	Castricum	[20-30]%	[20-30]%	[50-60]%
De Ronde Venen	[40-50]%	[0-10]%	[40-50]%	De Ronde Venen	[40-50]%	[10-20]%	[40-50]%
Den Helder	[20-30]%	[10-20]%	[60-70]%	Den Helder	[20-30]%	[10-20]%	[50-60]%
Diemen	[50-60]%	[10-20]%	[30-40]%	Diemen	[60-70]%	[10-20]%	[20-30]%
Drechterland	[50-60]%	[0-10]%	[30-40]%	Drechterland	[50-60]%	[20-30]%	[20-30]%
Edam-Volendam	[30-40]%	[20-30]%	[40-50]%	Edam-Volendam	[40-50]%	[20-30]%	[30-40]%
Enkhuizen	[40-50]%	[10-20]%	[30-40]%	Enkhuizen	[40-50]%	[20-30]%	[30-40]%
Graft-De Rijk	[10-20]%	[20-30]%	[60-70]%	Graft-De Rijk	[10-20]%	[20-30]%	[50-60]%
Haarlem	[10-20]%	[30-40]%	[50-60]%	Haarlem	[20-30]%	[30-40]%	[40-50]%
Haarlemmerliede en Spaarnwoude	[20-30]%	[40-50]%	[30-40]%	Haarlemmerliede en Spaarnwoude	[20-30]%	[50-60]%	[20-30]%
Haarlemmermeer	[10-20]%	[10-20]%	[60-70]%	Haarlemmermeer	[20-30]%	[20-30]%	[50-60]%
Heemskerk	[30-40]%	[10-20]%	[50-60]%	Heemskerk	[30-40]%	[10-20]%	[40-50]%
Heemstede	[10-20]%	[10-20]%	[60-70]%	Heemstede	[10-20]%	[20-30]%	[50-60]%
Heerhugowaard	[10-20]%	[10-20]%	[60-70]%	Heerhugowaard	[10-20]%	[30-40]%	[40-50]%
Heiloo	[10-20]%	[20-30]%	[60-70]%	Heiloo	[10-20]%	[30-40]%	[50-60]%
Hilversum	[40-50]%	[0-10]%	[40-50]%	Hilversum	[40-50]%	[10-20]%	[30-40]%
Hollands Kroon	[30-40]%	[10-20]%	[50-60]%	Hollands Kroon	[30-40]%	[20-30]%	[40-50]%
Hoorn	[50-60]%	[10-20]%	[30-40]%	Hoorn	[50-60]%	[20-30]%	[20-30]%
Huizen	[50-60]%	[0-10]%	[30-40]%	Huizen	[50-60]%	[10-20]%	[30-40]%
Koggenland	[30-40]%	[10-20]%	[50-60]%	Koggenland	[40-50]%	[20-30]%	[30-40]%
Landsmeer	[30-40]%	[10-20]%	[40-50]%	Landsmeer	[40-50]%	[20-30]%	[30-40]%
Langedijk	[10-20]%	[10-20]%	[70-80]%	Langedijk	[10-20]%	[20-30]%	[50-60]%
Laren	[30-40]%	[0-10]%	[60-70]%	Laren	[30-40]%	[10-20]%	[40-50]%
Lelystad	[20-30]%	[10-20]%	[50-60]%	Lelystad	[20-30]%	[20-30]%	[40-50]%
Medemblik	[40-50]%	[10-20]%	[30-40]%	Medemblik	[40-50]%	[20-30]%	[20-30]%
Muiden	[60-70]%	[0-10]%	[20-30]%	Muiden	[60-70]%	[10-20]%	[10-20]%
Naarden	[40-50]%	[10-20]%	[40-50]%	Naarden	[50-60]%	[10-20]%	[30-40]%
Oostzaan	[30-40]%	[40-50]%	[20-30]%	Oostzaan	[30-40]%	[40-50]%	[10-20]%
Opmeer	[40-50]%	[0-10]%	[40-50]%	Opmeer	[50-60]%	[10-20]%	[30-40]%
Ouder-Amstel	[60-70]%	[10-20]%	[20-30]%	Ouder-Amstel	[60-70]%	[10-20]%	[10-20]%
Purmerend	[20-30]%	[20-30]%	[40-50]%	Purmerend	[30-40]%	[20-30]%	[40-50]%
Schagen	[10-20]%	[10-20]%	[70-80]%	Schagen	[10-20]%	[20-30]%	[50-60]%
Schermer	[10-20]%	[20-30]%	[60-70]%	Schermer	[10-20]%	[30-40]%	[50-60]%
Stede Broec	[50-60]%	[10-20]%	[30-40]%	Stede Broec	[50-60]%	[10-20]%	[20-30]%
Texel	[20-30]%	[10-20]%	[60-70]%	Texel	[30-40]%	[10-20]%	[50-60]%
Uitgeest	[20-30]%	[10-20]%	[50-60]%	Uitgeest	[30-40]%	[10-20]%	[40-50]%
Uithoorn	[30-40]%	[40-50]%	[20-30]%	Uithoorn	[30-40]%	[40-50]%	[10-20]%
Velsen	[20-30]%	[20-30]%	[50-60]%	Velsen	[20-30]%	[20-30]%	[40-50]%
Waterland	[30-40]%	[20-30]%	[40-50]%	Waterland	[40-50]%	[20-30]%	[30-40]%
Weesp	[60-70]%	[10-20]%	[20-30]%	Weesp	[60-70]%	[10-20]%	[10-20]%
Wijdmeren	[60-70]%	[0-10]%	[30-40]%	Wijdmeren	[50-60]%	[0-10]%	[30-40]%
Wormerland	[30-40]%	[40-50]%	[20-30]%	Wormerland	[30-40]%	[40-50]%	[10-20]%
Zaanstad	[20-30]%	[40-50]%	[20-30]%	Zaanstad	[30-40]%	[40-50]%	[10-20]%
Zandvoort	[0-10]%	[20-30]%	[60-70]%	Zandvoort	[10-20]%	[30-40]%	[50-60]%
Zeevang	[20-30]%	[20-30]%	[50-60]%	Zeevang	[30-40]%	[20-30]%	[30-40]%

B1.2.2.4. Reistijdenanalyse

24. In eerdere besluiten⁶⁶ heeft de ACM overwogen dat reistijd een belangrijke parameter is voor patiënten bij de keuze van een ziekenhuis. De ACM heeft ook in deze zaak een reistijdenanalyse uitgevoerd⁶⁷.
25. Tabel 13 op de volgende pagina laat de gewogen gemiddelde reistijd zien voor de basiszorg. Tabel 14 laat vervolgens de gewogen gemiddelde reistijden zien voor topzorg.

⁶⁶ Zie onder andere het besluit in zaak 3524/*Juliana Kinderziekenhuis/Rode Kruis Ziekenhuis – Leyenburg Ziekenhuis*, reeds aangehaald, de besluiten van de NMa (in de meldings- en vergunningfase) in zaak 3897/*Ziekenhuis Hilversum – Ziekenhuis Gooi-Noord*, reeds aangehaald, het besluit van 18 november 2005 in zaak 5196/*Ziekenhuis Walcheren – Oosterscheldeziekenhuizen*, het besluit in zaak 5886/*MCA – Gemini*, reeds aangehaald, het besluit van 19 februari 2007 in zaak 5935/*Laurentius Ziekenhuis – St. Jans Gasthuis*.

⁶⁷ De analyse is uitgevoerd met behulp van de Geodan Drive Time Matrix versie 2013. Per viercijferige postcode is uitgerekend wat de reistijd is naar de ziekenhuizen van partijen en de omliggende ziekenhuizen. Op basis van inwoneraantallen per postcodegebied in de gemeenten die tot het werkgebied van partijen behoren, zijn de gewogen gemiddelde reistijden bepaald.

Tabel 13 Reistijdentabel Basiszorg ⁶⁸

Gemeente	AMC	VUmc	OLVG (Oosten en West)	Amstelland Ziekenhuis	Slotervaart-ziekenhuis	NKI-AVL	BovenIJ Ziekenhuis	Spaarne Gasthuis	Zaans Medisch Centrum	Waterland-ziekenhuis	Westfries Gasthuis	Flevoziekenhuis	IJsselmeer ziekenhuis
Aalsmeer	20	17	19	12	15	15	26	17	28	35	43	40	50
Almere	22	27	25	29	28	28	26	37	33	36	48	9	21
Amstelveen	11	8	15	5	11	11	22	18	25	31	40	31	41
Amsterdam	14	12	11	17	12	12	13	20	18	23	33	29	39
De Ronde Venen	15	20	22	16	21	21	27	28	32	36	47	34	44
Diemen	10	12	9	16	12	12	12	21	18	21	33	23	33
Haarlem	24	20	20	21	17	17	24	8	26	33	41	42	52
Haarlemmermeer	24	19	20	21	16	16	26	8	28	35	43	41	51
Hoorn	40	35	30	42	34	34	29	39	25	22	6	51	43
Lelystad	36	41	39	43	42	42	40	51	47	50	44	27	5
Ouder-Amstel	8	11	11	12	12	12	16	20	22	25	37	26	36
Purmerend	27	26	21	32	25	25	17	30	15	5	19	39	49
Uithoorn	20	18	22	12	19	19	30	22	32	39	47	40	50
Zaanstad	25	20	15	27	19	19	14	23	8	18	26	36	46

⁶⁸ De kleurschaal van groen via geel naar rood geeft grafisch de toenemende reistijd weer.

Tabel 14 Reistijdentabel Topzorg (i en ii) ⁶⁹

Gemeente	20	17	19	36	42	25	34	35	40	47	15	43	17	28	120
Aalsmeer	20	17	19	36	42	25	34	35	40	47	15	43	17	28	120
Alkm aar	39	35	34	7	62	47	54	55	55	69	32	29	25	29	111
Alm ere	22	27	25	51	32	49	39	18	9	69	28	48	37	33	91
Amstelveen	11	8	15	34	34	30	26	29	31	52	11	40	18	25	111
Amsterdam	14	12	11	34	38	33	30	28	29	54	12	33	20	18	109
Beemster	31	27	21	24	53	46	48	42	42	67	26	17	30	16	106
Bergen (NH.)	44	40	39	12	67	52	59	60	60	73	37	37	29	34	117
Beverwijk	28	24	24	20	51	36	43	45	46	58	21	39	12	23	124
Blaricum	23	28	26	51	21	49	28	0	21	58	29	48	37	33	95
Bloemendaal	30	26	26	31	53	32	45	47	48	56	23	47	11	32	128
Bussum	19	24	21	47	23	45	30	11	20	61	24	44	33	29	100
Castricum	34	30	29	16	57	42	49	49	50	64	27	38	20	23	122
De Ronde Venen	15	20	22	44	31	36	23	24	34	51	21	47	28	32	115
Den Helder	70	66	62	6	92	78	86	82	83	100	64	43	56	56	100
Diemen	10	12	9	36	33	33	27	22	23	55	12	33	21	18	103
Drechterland	47	42	37	38	69	61	63	57	56	83	41	14	46	32	103
Edam-Volendam	29	30	26	34	51	50	46	40	41	72	30	22	35	22	110
Enkhuizen	54	50	44	45	69	69	71	54	51	90	49	22	53	39	101
Graft-De Rijp	33	29	23	19	55	48	50	44	45	69	28	21	27	18	110
Haarlem	24	20	20	27	47	32	39	41	42	53	17	41	8	26	122
Haarlemmerliede en Spaarnw oude	23	18	15	26	46	31	38	40	40	53	16	37	9	22	121
Haarlemmermeer	24	19	20	33	47	24	39	41	41	46	16	43	8	28	122
Heemskerk	30	26	26	17	53	38	45	46	47	60	23	36	15	20	122
Heemstede	27	23	24	32	50	31	42	44	45	54	20	44	5	29	125
Heerhugow aard	41	38	36	15	65	50	57	57	58	71	35	23	27	31	105
Helloo	38	34	32	9	61	46	53	53	54	68	31	32	24	27	117
Hilversum	23	29	27	53	18	50	26	6	27	56	30	51	37	36	103
Hollands Kroon	54	49	44	26	76	66	70	65	65	88	48	25	48	39	90
Hoorn	40	35	30	31	62	54	57	51	51	76	34	6	39	25	98
Huizen	25	30	28	53	23	51	31	6	23	61	31	50	39	35	97
Koggenland	41	36	31	23	62	54	57	51	52	76	35	14	35	25	103
Landsmeer	19	17	11	29	41	36	35	30	30	57	16	26	20	11	110
Langedijk	44	40	40	14	67	52	59	60	61	74	38	27	30	34	103
Laren	22	27	24	50	19	48	27	8	23	57	27	47	36	32	98
Lelystad	36	41	39	65	43	63	50	28	27	81	42	44	51	47	80
Medemblik	46	42	36	37	68	61	63	56	57	82	41	16	45	31	96
Muiden	13	18	15	41	28	39	31	17	16	61	18	38	27	23	97
Naarden	16	21	19	45	25	43	33	14	18	63	22	42	31	27	98
Oostzaan	20	15	10	27	42	34	36	31	32	56	14	24	19	9	112
Opmeer	45	40	35	27	66	59	61	55	56	81	39	16	40	29	98
Ouder-Amstel	8	11	11	36	33	32	25	26	26	54	12	37	20	22	107
Purmerend	27	26	21	31	49	45	44	38	39	67	25	19	30	15	107
Schagen	54	50	48	22	77	62	69	69	69	84	47	31	39	43	103
Schermer	39	35	31	14	62	50	55	52	52	71	33	21	27	26	109
Stede Broec	51	47	41	42	70	66	68	56	52	87	46	17	50	36	103
Texel	105	101	96	36	127	113	121	116	117	135	99	77	91	90	134
Uitgeest	28	25	23	13	52	37	44	43	44	58	22	34	14	18	118
Uithoorn	20	18	22	41	37	30	29	30	40	52	19	47	22	32	120
Velsen	27	24	24	23	51	36	43	45	46	57	21	42	9	26	126
Waterland	24	24	20	38	45	44	40	34	35	66	24	27	29	20	115
Weesp	13	19	17	43	31	41	31	20	21	62	20	40	29	25	101
Wijdemeren	21	28	27	52	25	48	26	12	32	61	28	52	36	37	109
Wormerland	29	25	19	24	51	44	46	40	41	65	24	26	24	14	115
Zaanstad	25	20	15	24	47	39	41	36	36	60	19	26	23	8	114
Zandvoort	34	30	31	36	57	36	49	51	52	63	27	51	14	36	132
Zeevang	36	33	27	27	57	51	52	46	47	73	31	15	36	22	104

⁶⁹ De kleurschaal van groen via geel naar rood geeft grafisch de toenemende reistijd weer.