



## OPENBARE VERSIE

Universitair Medisch Centrum Utrecht  
Meander Medisch Centrum  
St. Antonius Ziekenhuis

Den Haag,

**Ons kenmerk:** ACM/TFZ/2016/204268\_OV

**Contactpersoon:** mr. M. El Khababi | Myriam.El.Khababi@acm.nl

**Onderwerp:** 15.1214.15 Informele zienswijze samenwerking complexe oncologie UMCU, St. Antonius Ziekenhuis en Meander Medisch Centrum

Geachte mevrouw Gommers,

Met uw brief van 26 oktober 2015 heeft u de Autoriteit Consument en Markt (hierna: ACM) namens uw cliënten, het Universitair Medisch Centrum Utrecht, het St. Antonius Ziekenhuis en het Meander Medisch Centrum, verzocht om een informele zienswijze aangaande hun voornemen tot samenwerking op het gebied van de hoogcomplexiteit laagvolume oncologische zorg. De samenwerking betreft specialisatie op het gebied van de chirurgie van lever-, slokdarm-, maag- en alveolairkanker, het opzetten van een gemeenschappelijk zorgproces per tumorsoort, het delen van expertise en het gezamenlijk vaststellen van behandelplannen voor individuele patiënten in multidisciplinair overleg.

Uw cliënten hebben verzocht om in de informele zienswijze in te gaan op de vraag of hun voorgenoemde samenwerking een specialisatieafspraken betreft en of, zoals partijen stellen op basis van hun self-assessment, aannemelijk is dat deze verenigbaar is met de uitzonderingscriteria in het derde lid van artikel 6 van de Mededingingswet (hierna: art. 6 Mw).

ACM ziet dat ziekenhuizen steeds meer samenwerken op het gebied van hoogcomplexiteit zorg bij lage volumes. Uw samenwerking is hier een voorbeeld van. ACM ziet uw verzoek om een informele zienswijze als een illustratie van vragen die breder in het veld leven over de invulling van het self-assessment op basis van de Mededingingswet bij dergelijke samenwerkingen. ACM heeft zich nog niet eerder uitgelaten over concrete samenwerkingsvormen ten aanzien van hoogcomplexiteit zorg bij lage volumes. Daarom heeft ACM besloten om uw verzoek om een informele zienswijze te honoreren. Hierbij gaat zij uitgebreid in op uw vraag of het aannemelijk is dat de samenwerkingsafspraken voldoet aan de voorwaarden voor de vrijstelling van het kartelverbod, zoals neergelegd in art. 6 lid 3 Mw.

Deze informele zienswijze is grotendeels gebaseerd op de door u verstrekte informatie. In het kader van de informele zienswijze ga ik ervan uit dat deze informatie juist en volledig is. ACM heeft ter zake slechts beperkt eigen onderzoek verricht. Dit betekent dat de conclusies van ACM in deze zienswijze



worden getrokken onder voorbehoud van de juistheid en volledigheid van de aangeleverde informatie.

In haar zienswijze laat ACM in het midden of sprake is van een specialisatieafspraken, mede omdat gezien het vermoedelijke marktaandeel van partijen de Groepsvrijstelling voor specialisatieovereenkomsten niet van toepassing is. Onder een aantal aannames op basis van informatie van partijen concludeert ACM dat aannemelijk is dat sprake is van een mededingingsbeperking en onderschrijft ACM dat aannemelijk is dat het verbod van art. 6 lid 1 Mw evenwel niet van toepassing is omdat wordt voldaan aan de voorwaarden van art. 6 lid 3 Mw. Hierbij is van belang dat sprake is van netto kwaliteitswinst waarvan aannemelijk is dat deze ondanks mogelijke nadelen voor de concurrentie ten goede zal komen aan de consument, vanwege het bestaan van voldoende restconcurrentie.

In de zienswijze licht ACM haar conclusies uitvoerig toe; dit mede ten behoeve van de bruikbaarheid ervan voor ook andere marktpartijen die willen samenwerken in de complexe oncologie. Hoewel iedere samenwerking op zichzelf staat, meent ACM dat haar beoordeling in deze zienswijze en een aantal van haar constatering en aanknopingspunten kunnen bieden voor andere samenwerkingsverbanden. Het gaat vooral om (i) het in kaart brengen van de voor- én de nadelen van de samenwerking, (ii) de zorginhoudelijke weging van voor en nadelen ten aanzien van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid, (iii) het in kaart brengen van de effecten van de mededingingsbeperking, en (iv) het onderbouwen van de opvattingen van zorgaanbieders, verzekeraars en patiëntenvertegenwoordigers en vooral het elkaar daarop onderling kritisch bevragen door deze partijen.

Daartoe geeft ACM voorafgaand aan de zienswijze enkele algemene aanbevelingen voor self assessment van samenwerkingen in de complexe oncologie, tegen de achtergrond van haar in 2013 gepubliceerde Leidraad "*Beoordeling fusies en samenwerkingen ziekenhuiszorg*".



## Aandachtspunten voor self assessment bij samenwerking in de zorg Naar aanleiding van zienswijze ACM over complexe oncologie van 15 juli 2016

### Samenwerking binnen de Leidraad

In haar Agenda 2016 – 2017 heeft ACM aangegeven dat zij ruimte biedt voor samenwerking in de zorg in het belang van de consument: zowel in zijn rol als patiënt als verzekerde. Voorop staat dat ACM samenwerking die gericht is op verbetering van zorg toeuicht. In 2013 heeft ACM als handvat bij een *self assessment* de leidraad *Beoordeling fusies en samenwerkingen ziekenhuiszorg* (de Leidraad) gepubliceerd waarin zij toelicht hoe zij samenwerkingen en fusies tussen ziekenhuizen beoordeelt.<sup>1</sup>

ACM zal niet ingrijpen als een samenwerking in het belang van patiënten en verzekerden is. Patiënten en verzekerden (vertegenwoordigd door patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars) zijn daarom voor ACM een belangrijke informatiebron voor de gevolgen van een samenwerking. Zolang alle betrokkenen na een zorgvuldige gemotiveerde afweging op goede gronden, inbegrepen het mededingingsperspectief, tot een eensluidend en goed onderbouwd eindoordeel komen over een samenwerking, is er voor ACM geen aanleiding om uit eigen beweging tot een onderzoek over te gaan.

In het geval van een klacht over een samenwerking zal ACM goed naar de afnemers (patiënten en zorgverzekeraars) luisteren en vervolgens beoordelen of de afweging van voor- en nadelen op goede gronden is gemaakt. Voor de inhoudelijke beoordeling van voor- en nadelen op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid vormt een eensluidende (zorgvuldige) afweging van alle betrokkenen voor ACM het uitgangspunt. Bij verschil van inzicht kan een oordeel van een deskundig onafhankelijk (overheids)orgaan gewenst zijn.<sup>2</sup> De focus van ACM is vooral gericht op mogelijke nadelen vanuit mededingingsperspectief, zoals verminderde keuzemogelijkheden, wegvallen van onderscheid, hogere prijzen of een verminderde prikkel tot innovatie en oog voor doelmatigheid.

### Aandachtspunten voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenvertegenwoordigingen

Naar aanleiding van haar zienswijze van 15 juli 2016 over de samenwerking tussen drie ziekenhuizen op complexe oncologie en de daartoe door partijen beschikbaar gestelde informatie komt ACM tot vier aandachtspunten voor het uitvoeren en onderbouwen van *self assessments* onder de Leidraad.

1. Breng niet alleen voordelen van een samenwerking in kaart, maar ook de (mogelijke) nadelen.
2. Betrek in de afweging van de voor- en nadelen de gevolgen van de samenwerking voor kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.
3. Breng daarbij ook de gevolgen van de beperking van de mededinging in kaart.
4. Onderbouw inschattingen van de voor- en nadelen zo veel mogelijk met feitelijke informatie en bevraag elkaar als zorgaanbieder, zorgverzekeraar en patiëntenvertegenwoordiging kritisch.

#### Ad 1 – Breng voor- én nadelen in kaart

In hun *self assessment* in de casus bieden partijen vooral informatie aan over de voordelen van de samenwerking, in dit geval de noodzaak om aan minimum volumennormen te voldoen en om voor te

<sup>1</sup> <https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/12037/Beoordeling-fusies-en-samenwerkingen-ziekenhuiszorg/>.

<sup>2</sup> Zie ook *Het Signaal 2016* van ACM aangaande de ruimte voor samenwerking in de zorg die in het belang is van de consument in de rol van patiënt en verzekerde. <https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/15569/ACM-Signaal-2016/>



sorteren op strengere volumenormenten in de toekomst. Mogelijke nadelen komen minder expliciet aan de orde. Uiteindelijk vergt een *self assessment* ten aanzien van art. 6 lid 3 Mw een beoordeling of de voordelen de nadelen overstijgen. Om die afweging te kunnen maken is ook volwaardig inzicht nodig in de nadelen.

Het is van belang om alle mogelijke effecten (voor- én nadelen) van de samenwerking te delen met stakeholders in de zorgdriehoek aanbieder, zorgverzekeraar en patiënten(vertegenwoordiging). Alleen dan kunnen stakeholders tot een gemotiveerde afweging van het netto voordeel komen en op goede gronden achter de samenwerking staan.

#### **Ad 2 – Toets op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid**

Partijen geven in de casus veel aandacht aan (verbetering van) de zorgkwaliteit door het voldoen aan volumenormenten. Andere invalshoeken van kwaliteit komen minder prominent aan bod en datzelfde geldt voor toegankelijkheid en betaalbaarheid.

De stappen om te voldoen aan een volumenorment kunnen ook nadelige gevolgen of risico's hebben voor andere kwaliteitsaspecten: denk aan toenemende noodzaak van coördinatie en afstemming tussen behandelteams en/of -locaties. Ook kan een kwaliteitsverbeterende samenwerking effecten hebben op de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. Extra coördinatie kan tot hogere kosten leiden en patiënten (en familie) moeten mogelijk verder reizen.

#### **Ad 3 – Breng ook de mededingingseffecten in kaart**

Bij hun afweging onder punt 2 dienen alle partijen ook aandacht te besteden aan de mededingingseffecten van hun samenwerking. Op deze wijze geven zij invulling aan het *self assessment* ten aanzien van alle voor- en nadelen, inclusief de mededinging. Denk hierbij aan concretisering van (mogelijke) mededingingsproblemen zoals afname van keuzemogelijkheden, het wegvallen van mogelijkheden voor marktpartijen om zich te onderscheiden, aan prijsverhogingen of een afname van de prikkels tot innovatie en doelmatigheid.

Ten aanzien van de mededingingseffecten is vooral van belang of er voldoende restconcurrentie overblijft in de markt nadat de samenwerking tot stand is gebracht. Hierbij kan een afbakening van de geografische (en product-)markt een belangrijk hulpmiddel vormen. In deze casus werken partijen een dergelijke analyse ten dele uit. ACM vindt het van belang dat partijen en afnemers concreet in kaart brengen in welke mate omliggende ziekenhuizen reële alternatieven vormen voor de samenwerkende ziekenhuizen voor patiënten en zorgverzekeraars. Daarnaast kan compenserende inkoopmacht van zorgverzekeraars een rol spelen, evenals de vraag hoe de markt zich waarschijnlijk ontwikkelt zonder de beoogde samenwerking. Deze informatie helpt om een zorgvuldige afweging te maken van de inhoudelijke (netto) voordelen en de mededingingsrisico's.

#### **Ad 4 – Wees kritisch en bevrage elkaar op de feiten**

Om op goede gronden een samenwerking te kunnen steunen, dient iedere stakeholder voldoende te zijn toegerust om de gevolgen ervan te beoordelen. Van belang is dat stakeholders elkaar daartoe kritisch bevragen. In de casus hebben zorgverzekeraars niet alleen oog voor het doel om beter aan volume-eisen te kunnen voldoen, maar ook voor andere kwaliteitsaspecten en voor effecten op toegankelijkheid en betaalbaarheid. Zij bevragen partijen hier ook op. Dit juicht ACM toe.



Soms lijken vraag en antwoord aan de oppervlakte te blijven. Zo stellen alle zorgverzekeraars kritische vragen over de splitsing tussen maag- en slokdarmbehandelingen, maar is niet duidelijk waarom zij op dit punt de argumenten van partijen overnemen. Een overtuigende onderbouwing ontbreekt ook bij de suggestie van partijen en van een zorgverzekeraar dat zonder de samenwerking de betreffende zorgvormen mogelijk geheel uit de regio zouden verdwijnen.

De zienswijzen van cliëntenraden in deze casus zijn positief ten aanzien van de wenselijkheid van de samenwerking als geheel. Zij lijken echter geen concreet overzicht te hebben gemaakt van de voor- en nadelen ten aanzien van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg, bijvoorbeeld door het wegvallen van keuzemogelijkheden of door langere reistijd. ACM moedigt ook cliëntenraden aan dit wel te doen en zo nodig de zorgaanbieders nader te bevragen.



## Informele zienswijze

### I. Partijen

1. Het Universitair Medisch Centrum Utrecht (hierna: UMCU) is een publiekrechtelijke rechtspersoon in de zin van de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek. Het UMCU bestaat uit drie onderdelen: het Academisch Ziekenhuis Utrecht, het Wilhelmina Kinderziekenhuis en de faculteit Geneeskunde. UMCU biedt klinische en niet-klinische ziekenhuiszorg aan. Zij richt zich met name op patiënten die topreferente en topklinische zorg nodig hebben. Een deel van de zorg betreft daarnaast basiszorg die ten dienste staat van het onderwijs en onderzoek aan de medische faculteit.
2. Het St. Antonius Ziekenhuis (hierna: Antonius) is een stichting naar Nederlands recht. Zij biedt klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg en topklinische zorg aan. Antonius heeft ziekenhuizen in Utrecht, Nieuwegein en Woerden en poliklinieken in Houten.
3. Het Meander Medisch Centrum (hierna: MMC) is een stichting naar Nederlands recht. Zij biedt klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg en topklinische zorg aan. Het MMC heeft locaties in Amersfoort, Baarn, Barneveld, Nijkerk, Leusden en Soest.

### II. Feiten

#### Huidige ontwikkelingen complexe oncologie

4. Nederlandse ziekenhuizen richten zich meer en meer op het oprichten van oncologische samenwerkingsverbanden, ook wel “*comprehensive cancer networks*” (CCN’s) genoemd. In CCN’s wordt gekozen voor regionale netwerkvorming met als doel kwaliteitsverbetering van de oncologische zorg.<sup>3</sup> Daarbij richten ziekenhuizen zich op het concentreren van de complexe oncologie in gespecialiseerde centra. Ziekenhuizen bieden niet meer alle behandelingen aan, maar specialiseren zich enerzijds en maken anderzijds gebruik van elkaars expertise. In het Koersboek Oncologisch Netwerkvorming<sup>4</sup> blijkt dat oncologische specialisatie in veel verschillende vormen en gradaties plaatsvindt.
5. De zogenoemde SONCOS-normen spelen een belangrijke rol in bovengenoemde ontwikkelingen. De Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS)<sup>5</sup> brengt landelijk geldende kwaliteitsnormen uit waar ziekenhuizen aan moeten voldoen, in de zin dat zorgverzekeraars deze normen als minimumnormen hanteren bij de contractering. SONCOS stelt per tumorsoort onder meer het aantal chirurgische behandelingen per jaar en per locatie vast. Dit zijn de zogenoemde SONCOS-volumenormen. Voor de maag-, slokdarm-, alvleesklier- en leverkanker is de volumenorm vastgesteld op minimaal 20 operaties per

<sup>3</sup> Koersboek Oncologische Netwerkvorming 2015-2020. Zie: <http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/oncologische-zorg/koersboek-oncologische-netwerkvorming/>.

<sup>4</sup> Koersboek Oncologische netwerkvorming 2015-2020: <http://koersboek-oncologische-netwerkvorming.nl/>.

<sup>5</sup> SONCOS is een platform voor overleg en samenwerking tussen de beroepsverenigingen Nederlandse Vereniging voor Chirurgische Oncologie, de Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie en de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie.



ziekenhuislocatie per jaar gemiddeld gemeten over een periode van 3 jaar.

6. Hieronder volgt een samenvatting van de door partijen verstrekte informatie.<sup>6</sup>

#### **Het samenwerkingsvoornemen**

7. Het UMCU, het Antonius en het MMC willen samenwerken op het gebied van de complexe oncologie. De samenwerking betreft (1) het gezamenlijk vaststellen van behandelplannen voor individuele patiënten in een multidisciplinair overleg (MDO), (2) het opzetten van een gemeenschappelijk zorgproces per tumorsoort en het delen van expertise, en (3) specialisatie op het gebied van de chirurgie van lever-, slokdarm-, maag- en alvleesklierkanker.
8. Partijen willen hun samenwerking vormgeven door drie gespecialiseerde chirurgische centra op te richten. Ieder ziekenhuis legt zich, met betrekking tot de hierboven genoemde tumorsoorten, toe op één of twee tumorsoorten. De chirurgen van de drie ziekenhuizen werken samen in twee gespecialiseerde teams. Voor de maag- en slokdarmtumoren wordt een Upper GI team met chirurgische specialisten opgezet. Dit team bestaat uit chirurgen, radiologen, MDL artsen, oncologen, pathologen, radiotherapeuten en verpleegkundig specialisten van het UMCU en MMC. Voor de lever- en alvleeskliertumoren wordt een HPB team opgezet. Dit team bestaat uit chirurgen, radiologen, MDL artsen, oncologen, pathologen, radiotherapeuten en verpleegkundig specialisten van het UMCU, Antonius en MMC.
9. Deze gezamenlijke teams zullen, afhankelijk van de tumorsoort, in één van de gespecialiseerde ziekenhuizen opereren. Bij het Antonius zal een gespecialiseerd centrum voor alvleeskliertumoren komen, bij het MMC voor maagtumoren en bij het UMCU voor slokdarmtumoren. Voor de levertumoren geldt dat het UMCU de locatie wordt voor de major resecties en dat ook het MMC en Antonius de minor resecties blijven uitvoeren.
10. In de MDO's zullen betrokken medisch specialisten van verschillende disciplines van de drie ziekenhuizen het behandelbeleid per patiënt vaststellen. Daarnaast zullen alle patiënten in principe op de post MDO poli gezien worden door de betrokken medisch specialisten. De betrokken medisch specialisten nemen deel aan de MDO's. Er zullen twee MDO's worden opgericht: het MDO Upper GI voor de slokdarm- en maagtumoren en het MDO HPB voor de lever- en alvleeskliertumoren. Binnen een MDO zal ook wetenschappelijk onderzoek worden opgezet waarbij de ziekenhuizen kunnen participeren in klinische trials.
11. Daarnaast willen partijen in nauw overleg met aanpalende specialisten per tumorsoort een gezamenlijk zorgproces opstellen. Dit zal worden vormgegeven in de gespecialiseerde teams. Volgens partijen wordt het zorgproces zo ingericht dat de patiënt zo min mogelijk last

<sup>6</sup> De informatie is afkomstig uit het verzoek om een informele zienswijze van partijen, inclusief bijlagen en de antwoorden van partijen op vragen van ACM.

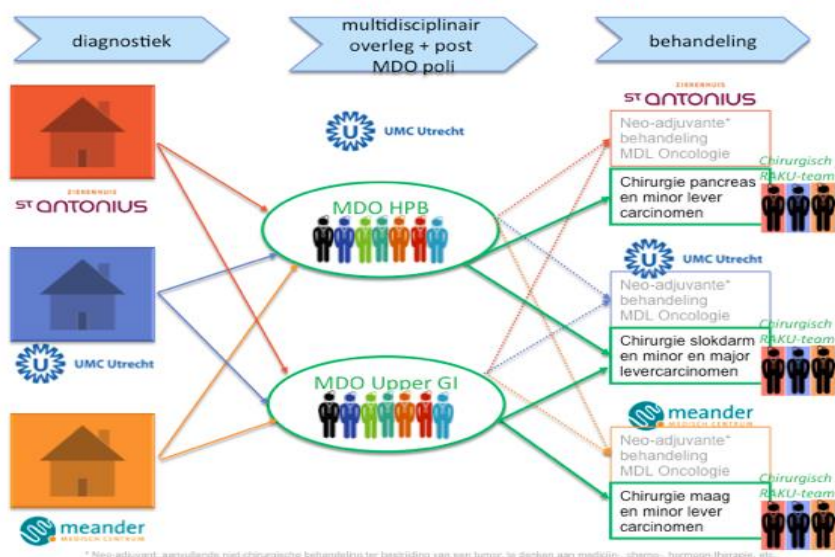


heeft van verplaatsingen bij een eventuele chirurgische ingreep en deze zonder problemen van het ene naar het andere ziekenhuis kan gaan.<sup>7</sup>

12. Partijen zijn voornemens een stichting 'Regionaal Academisch Kankercentrum Utrecht' (RAKU) op te richten om de samenwerking tussen de medisch specialisten van de drie ziekenhuizen te 'managen'. Dit houdt in dat de stichting onder andere de onderlinge samenwerking van de betrokken specialisten zal stimuleren en bewaken. De stichting zal zelf geen zorg gaan leveren.
13. De specialisatie ziet alleen toe op de chirurgie van de in randnummer 7 genoemde tumoren en ziet niet toe op het voor- en nazorgtraject. De ziekenhuizen blijven met betrekking tot de complexe oncologie ieder de overige behandelingen ter bestrijding van tumoren aanbieden. Zij blijven als gevolg ook hun eigen voor- en nazorgtraject aanbieden richting patiënten en zorgverzekeraars. Ook de onderhandelingen met zorgverzekeraars over de betreffende DBC-prijzen blijven individueel door de ziekenhuizen en met zorgverzekeraars plaatsvinden.
14. De samenwerking van partijen omvat dus:
  - a) Het gezamenlijk vaststellen van behandelplannen met betrekking tot individuele patiënten op het gebied van lever-, slokdarm-, maag- en alvleesklierkanker in een gezamenlijk MDO;
  - b) Het opzetten van een gemeenschappelijk zorgproces per tumorsoort en het bundelen en uitwisselen van expertise; en
  - c) Specialisatie van de chirurgische behandeling van de voornoemde tumorsoorten in één gespecialiseerd centrum, door één gezamenlijk oncologisch chirurgisch expertteam.

15. Partijen illustreren de samenwerking als volgt:

Medisch inhoudelijke samenwerking Regionaal Academische Kankercentrum Utrecht



\* Neo-adjuvant: aanvullende niet-chirurgische behandeling ter bestrijding van een tumor, te denken aan medicijn-, stralings-, hormoontherapie, etc.

<sup>7</sup> Hoofdlijnen voor alliantie overeenkomst voor samenwerking hoogcomplex-laagvolume oncologie, bijlage 4 bij het verzoek om een informele zienswijze van partijen.





### III. Self assessment door partijen

16. Partijen betogen dat het voor de betrokken ziekenhuizen in Midden-Nederland steeds complexer wordt om de SONCOS-volumenormen te halen en dat zelfs strengere volumenormen wenselijk zijn, omdat volumes in grote mate de kwaliteit van patiëntenzorg bepalen. Partijen geven aan dat als zij niet gaan samenwerken op de complexe oncologie, het risico bestaat dat zij onder de SONCOS-volumenormen zullen zakken en patiënten straks niet meer terecht kunnen in de regio Midden-Nederland voor deze zorg.<sup>8</sup>
17. Partijen beargumenteren dat de voorgenomen samenwerking voldoet aan de uitzonderingscriteria van art. 6 lid 3 Mw en nemen hierbij aan dat art. 6 lid 1 Mw op de samenwerking van toepassing is. Partijen vragen ACM om in een informele zienswijze in te gaan op de uitzonderingscriteria van art. 6 lid 3 Mw.<sup>9</sup>
1. Verbetering van de kwaliteit
18. Partijen geven aan dat de specialisatieafpraak nodig is om de kwaliteit van zorg – ook op de langere termijn – te garanderen. Partijen behalen thans de daarvoor geldende SONCOS-volumenormen namelijk niet of nog maar net.<sup>10</sup> Bovendien verwachten zij dat deze normen nog aangescherpt zullen worden en betogen zij dat zorgverzekeraars nu al aandringen op hogere volumes. Partijen zien op termijn het verdwijnen van de complexe chirurgische oncologie in de regio Midden-Nederland daarom als een reëel scenario. Zij ondersteunen het kwaliteitsargument met (nationale en internationale) wetenschappelijke studies waaruit zou blijken dat specialisatie van chirurgische behandelingen in de oncologie leidt tot kwaliteitsverbetering voor patiënten.<sup>11</sup> Het concentreren van expertise van tumorspecifieke chirurgie in drie gespecialiseerde centra, het standaardiseren van het zorgproces per tumorsoort en het opzetten van een ziekenhuisoverstijgend MDO zorgen volgens partijen voor verbetering van de kwaliteit van de zorg.

Tabel 1: Behaalde volumes partijen 2011-2014

Jaar	MMC				Antonius				UMCU			
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
Slokdarm						22	25	35		51	57	48
Maag		12	21	20		20	17	19		10	21	23
Alveesklier					18	19	24	23	42	51	51	45
Lever <sup>12</sup>			38	30/40			47	43			45	46

(SONCOS-norm voor slokdarm-, maag- en lever- en alveesklierchirurgie is 20)

<sup>8</sup> Verzoek om een informele zienswijze van partijen, p. 1.

<sup>9</sup> Verzoek om een informele zienswijze van partijen, p. 13.

<sup>10</sup> Partijen geven hierbij aan dat het UMCU wel ruim boven de SONCOS-norm van 20 operaties per jaar zit ten aanzien van de slokdarm- en alveesklierkankerchirurgie. Partijen geven aan dat de reden hiervoor is dat het MMC haar patiënten nu al doorverwijst naar het UMCU.

<sup>11</sup> Verzoek om een informele zienswijze van partijen, p. 8.

<sup>12</sup> ACM maakt uit de informatie van partijen op dat de aantallen leveroperaties in deze tabel zowel minor als major leverresecties betreffen en dat het aandeel minor leverresecties ongeveer 30 per jaar per ziekenhuis is. Zie ook randnummer 20.



19. Door te specialiseren kunnen ziekenhuizen meer operaties uitvoeren en meer ervaring binnen behandelteams opbouwen. Op basis van internationale studies<sup>13</sup> en op basis van Nederlands data-onderzoek van het Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA)<sup>14</sup> concluderen partijen dat specialisatie leidt tot een betere *outcome* van de zorg. De overlevingskansen van patiënten worden door concentratie en specialisatie van complexe oncologische chirurgie hoger en de kwaliteit van leven van patiënten wordt verbeterd door het terugdringen van post-operatieve complicaties. De specialisatietrend op het gebied van complexe oncologische chirurgie doet zich niet alleen nationaal,<sup>15</sup> maar ook internationaal voor. Zo bestaan er in het Verenigd Koninkrijk en in Duitsland reeds gespecialiseerde centra voor o.a. alvleesklier-, slokdarm- en maagkanker. Partijen hebben de criteria die de Britse National Health Service (NHS) hanteert voor de concentratie van complexe oncologie vertaald naar de volumennormen die in Nederland worden gehanteerd. Zij komen dan uit op een aantal van 125 te behandelen patiënten per jaar bij slokdarmkanker, 200 patiënten per jaar bij de behandeling van maagkanker en 250 patiënten per jaar bij de behandeling van alvleesklierkanker.<sup>16</sup>
20. De gekozen verdeling van gespecialiseerde centra over de betrokken ziekenhuizen is volgens partijen gebaseerd op de reeds bestaande expertise die er bij de verschillende ziekenhuizen aanwezig is.<sup>17</sup> Met betrekking tot levertumoren geldt volgens partijen dat enkel verdergaande specialisatie nodig is voor de hooggecompliceerde chirurgische ingrepen (de zogenaamde major resecties). Deze zullen in het UMCU geconcentreerd worden omdat daar in de regio Midden-Nederland de meeste expertise op dit gebied aanwezig is.<sup>18</sup> Volgens partijen zullen het MMC en het Antonius na concentratie van de major resecties ieder nog minimaal 30 leverresecties blijven verrichten om de colonchirurgie te borgen.<sup>19</sup> ACM maakt hier uit op dat dit aantal dan de minor resecties betreft.
21. Volgens partijen betekent het concentreren van zorg dat dit gevolgen kan hebben voor het eigen aanbod van zorg van de ziekenhuizen en voor de daarmee samenhangende bereikbaarheid van zorg voor de patiënten. Partijen zullen zich inspannen om de noodzakelijke kwalitatieve voordelen (het behalen van de volumennormen) voor de patiënten te behalen op een wijze die het minst nadelig is voor de patiënten.<sup>20</sup>

<sup>13</sup> Guidance on Commissioning Cancer Services, Improving Outcomes in Upper Gastro-intestinal Cancers, The Manual, NHS executive, January 2001. Bachmann M, Alderson D, Peters T, et al. Survival, clinical practice and costs in patients with pancreatic, oesophageal and gastric cancers: influences of doctor and hospital volumes. Report to NHS National Cancer Research and Development Programme, 1999. Northern and Yorkshire Cancer Registry and Information Service, Cancer treatment policies and their effects on survival. Leeds: NYCRIS/University of Leeds, 1999.

<sup>14</sup> DICA Jaarrapportage op [www.clinicalaudit.nl](http://www.clinicalaudit.nl).

<sup>15</sup> Koersboek Oncologische netwerkvorming 2015-2020: <http://koersboek-oncologische-netwerkvorming.nl/>.

<sup>16</sup> Beantwoording vragen van ACM door partijen d.d. 12 februari 2016.

<sup>17</sup> Verzoek om een informele zienswijze van partijen, p. 4.

<sup>18</sup> Hoofdpijnen voor alliantie overeenkomst voor samenwerking hoogcomplex-e-laagvolume oncologie, bijlage 4 bij het verzoek om een informele zienswijze van partijen.

<sup>19</sup> Hoofdpijnen voor alliantie overeenkomst voor samenwerking hoogcomplex-e-laagvolume oncologie, bijlage 4 bij het verzoek om een informele zienswijze van partijen.

<sup>20</sup> Samenwerkingsafspraken UMC Utrecht, St. Antonius Ziekenhuis, Meander Medisch Centrum over radiotherapie en oncologie d.d. 25 juni 2015, bijlage 3 bij het verzoek om een informele zienswijze van partijen.



2. De kwaliteitsvoordelen komen ten goede aan de patiënt
22. Uit bovenstaande volgt volgens partijen dat de voorgenomen samenwerking tot grote kwalitatieve voordelen voor patiënten leidt. Specialisatie verbetert de *outcome* van de zorg voor patiënten aantoonbaar.<sup>21</sup> De voordelen komen volgens partijen ook op langere termijn bij de patiënten en verzekerden terecht, omdat de zorgverzekeraar bij verslechtering van de gespecialiseerde zorg<sup>22</sup> bij de ene partij, kan besluiten om de betreffende partij niet langer te contracteren en de gespecialiseerde zorg te beleggen bij één van de twee andere partijen.
23. Naast deze (potentiële) concurrentiedruk binnen de regio Midden-Nederland is er volgens partijen sprake van ruim voldoende concurrentiedruk van sterke samenwerkingsverbanden uit Amsterdam en Nijmegen om te borgen dat de voordelen ook op langere termijn bij patiënten en verzekerden terechtkomen. Partijen zien dat patiënten nu al voor alternatieven rondom Amsterdam kiezen. Door de toegenomen transparantie merken partijen dat de patiënten kiezen voor sterker gespecialiseerde aanbieders, ook als zij daarvoor verder moeten reizen.<sup>23</sup>
3. De specialisatie is noodzakelijk en gaat niet verder dan noodzakelijk
24. Partijen betogen dat met het oog op het behoud van de complexe oncologische chirurgie in de regio Midden-Nederland samenwerking en specialisatie van de chirurgie voor maag-, slokdarm-, alvleesklier- en leverkanker noodzakelijk is. Zonder samenwerking verwachten partijen dat zij onder de volumenormen die voor deze aandoeningen gelden, zullen zakken en dat twee partijen zich van de markt zullen moeten terugtrekken.<sup>24</sup> Partijen geven daarbij aan dat het Zilveren Kruis, de preferente zorgverzekeraar in de regio, vreest dat als er niet wordt samengewerkt op de ingewikkelde en zeldzame vormen van kanker, het aanbod ervan – door toenemende volumenormen – uit de regio Midden-Nederland zal verdwijnen.<sup>25</sup>
25. De samenwerking van partijen beperkt zich tot de complexe oncologische chirurgie. Daarmee beperkt de samenwerking zich volgens partijen tot daar waar het knelpunt zit.<sup>26</sup> De ziekenhuizen behouden daarbij elk het voor- en nazorgtraject en blijven richting patiënten alle vormen van de complexe oncologie aanbieden en voor alle vormen ook individueel met zorgverzekeraars contracteren.<sup>27</sup>
26. De noodzakelijkheid van specialisatie van de chirurgie van een tumorsoort in één centrum volgt volgens partijen uit de lage aantallen patiënten. Het verdelen van deze volumes over bijvoorbeeld twee teams per tumorsoort is volgens hen suboptimaal. Daarnaast vergt de chirurgische behandeling naast gespecialiseerde artsen ook complexe voorzieningen. Bij spreiding van volume over meerdere ziekenhuizen is er een risico dat de complexe

<sup>21</sup> Verzoek om een informele zienswijze van partijen, p. 9.

<sup>22</sup> De complexe oncologische chirurgie.

<sup>23</sup> Verzoek om een informele zienswijze van partijen, p. 9 - 11.

<sup>24</sup> Verzoek om een informele zienswijze van partijen, p. 10.

<sup>25</sup> Verzoek om een informele zienswijze van partijen, p. 10.

<sup>26</sup> Verzoek om een informele zienswijze van partijen, p. 9.

<sup>27</sup> Hoofdpijnen voor alliantie overeenkomst voor samenwerking hoogcomplexe-laagvolume oncologie, bijlage 4 bij het verzoek om een informele zienswijze van partijen.



27. voorzieningen niet worden aangeschaft omdat dat niet rendabel is, of niet rendabel worden ingezet. De eerste mogelijkheid heeft volgens partijen onmiddellijke impact op de geleverde kwaliteit van zorg aan de patiënt (die blijft suboptimaal), terwijl de tweede mogelijkheid niet bijdraagt aan de betaalbaarheid van de geleverde zorg.<sup>28</sup>
4. Er blijft voldoende concurrentie over
28. Partijen stellen dat zij wat betreft de complexe oncologische chirurgie potentiële concurrentiedruk op elkaar blijven uitoefenen in de regio Midden-Nederland. Reden hiervoor is dat een zorgverzekeraar ervoor kan kiezen om een ziekenhuis voor één van de complexe tumoren niet langer te contracteren als er verslechtering optreedt en deze te beleggen bij één van de twee andere ziekenhuizen. Partijen stellen dat de verwachting gerechtvaardigd is dat zij, omdat zij nog steeds vormen van gespecialiseerde zorg aanbieden, binnen een beperkte tijd in staat zullen zijn om ook andere vormen van gespecialiseerde oncologische chirurgie aan te kunnen bieden.<sup>29</sup>
29. Daarnaast stellen partijen, zoals in randnummer 23 is omschreven, dat de markt voor complexe oncologische chirurgie bovenregionaal of zelfs landelijk is. Partijen voeren aan dat er na de specialisatie van de complexe oncologische chirurgie in ieder geval concurrentiedruk zal zijn vanuit de oncologische samenwerkingsverbanden in de regio Amsterdam<sup>30</sup> en de regio Nijmegen.<sup>31</sup> Tevens wijzen partijen op het bestaan van nog andere oncologische samenwerkingsverbanden in Nederland.<sup>32</sup> Partijen stellen dat hun samenwerking pro-competitief kan uitwerken ten opzichte van de andere oncologische samenwerkingsverbanden in Nederland.

#### IV. Overwegingen zorgverzekeraars

30. ACM heeft onderstaande overwegingen van zorgverzekeraars voornamelijk gebaseerd op gespreksverslagen die door partijen aan ACM zijn overhandigd. Zilveren Kruis is, als grootste verzekeraar in de regio Midden-Nederland, in grotere mate betrokken bij de samenwerking dan de andere zorgverzekeraars. Om die reden is de informatie van partijen over Zilveren Kruis uitgebreider en heeft ACM in aanvulling op de informatie van partijen ook een gesprek met Zilveren Kruis gevoerd. Hieronder worden eerst de informatie en afwegingen per zorgverzekeraar weergegeven. Vervolgens wordt ingegaan op de relevante gemeenschappelijkheden en eventuele tegenstellingen.

##### Zilveren Kruis

31. Volgens Zilveren Kruis dreigen de drie ziekenhuizen delen van de zorg te verliezen en/of op termijn niet meer de juiste kwaliteit voor patiënten te kunnen bieden als gevolg van het niet

<sup>28</sup> Antwoorden van partijen op vragen ACM d.d. 12 februari 2016.

<sup>29</sup> Verzoek om een informele zienswijze van partijen, p. 9.

<sup>30</sup> Zoals het Gastro-Intestinaal Oncologisch Centrum Amsterdam (GIOCA) in Amsterdam.

<sup>31</sup> Zoals het Pancreascentrum Oost-Nederland en het HPB Centrum Twente.

<sup>32</sup> Verzoek om een informele zienswijze van partijen, p. 10 - 11.



meer kunnen voldoen aan minimum volumenormen.<sup>33</sup> Het behalen van de SONCOS-volumenormen is een harde eis van de zorgverzekeraar. Ziekenhuizen die de norm niet halen, worden niet gecontracteerd.<sup>34</sup> Zilveren Kruis wil de absolute ondergrens van 20 ingrepen per jaar waarborgen, maar streeft daarnaast met partijen naar hogere volumes om de zorg op een hoger plan te brengen voor haar verzekerden en om de zorg blijvend op een kwalitatief hoogwaardige manier in de regio te houden.<sup>35</sup> Volgens Zilveren Kruis is de samenwerking tussen partijen noodzakelijk, omdat anders gevreesd moet worden dat geen van hen actief kan blijven op het gebied van de complexe oncologie in de regio Midden-Nederland.<sup>36</sup>

32. Zilveren Kruis heeft aangegeven dat als partijen naar aanleiding van signalen van Zilveren Kruis niet zelf de samenwerking hadden gezocht, zij daar nog meer op had gestuurd.<sup>37</sup> Uit een door partijen overhandigde *Letter of intent* tussen Zilveren Kruis, UMCU en Antonius blijkt dat Zilveren Kruis stevig aandringt op het maken van gezamenlijke afspraken zodat geen verdunning op de hoog complexe laag volume oncologie ontstaat.<sup>38</sup> Het eigen initiatief van partijen verdient volgens Zilveren Kruis echter de voorkeur boven actief sturen via selectieve zorginkoop. Zilveren Kruis vindt het van belang dat een ziekenhuis zelf achter de specialisatie kan staan.<sup>39</sup> In het afdwingen van samenwerking zit een groot risico. [VERTROUWELIJK].<sup>40</sup>
33. Gelet op de kleine aantallen patiënten die het bij deze behandelingen betreft en het gegeven dat de onderschrijding ten opzichte van de geldende volumenorm maar enkele patiënten betreft, ontbreekt het volgens Zilveren Kruis haar ook aan overtuigende argumenten om een ziekenhuis behandelingen te ontnemen. Partijen hebben zelf een beter inzicht in wie welk deel van de zorg het best kan leveren.<sup>41</sup>
34. Op het gebied van doelmatigheid verwacht Zilveren Kruis niet dat een concentratie zal leiden tot een verhoging van de kosten. Een adequate bekostiging zal volgens Zilveren Kruis eerder tot een verlaging en/of stabilisatie van kosten en daarmee tot een budget neutrale inkoop leiden.<sup>42</sup> Zilveren Kruis ziet wel een risico dat partijen hun prijzen voor de complexe oncologie kunnen verhogen als gevolg van het ontstaan van een sterkere

<sup>33</sup> Verzoek om een informele zienswijze van partijen, r. 4.5.2 p. 12.

<sup>34</sup> Gespreksverslag ACM – Zilveren Kruis d.d. 13 januari 2016.

<sup>35</sup> Brief Zilveren Kruis, bijlage 7 bij het verzoek om een informele zienswijze UMCU, MMC en Antonius.

<sup>36</sup> Brief Zilveren Kruis, bijlage 7 bij het verzoek om een informele zienswijze UMCU, MMC en Antonius.

<sup>37</sup> Gespreksverslag ACM – Zilveren Kruis d.d. 13 januari 2016.

<sup>38</sup> Letter of intent; Radiotherapie en oncologische samenwerking UMCU en St Antonius, bijlage 2 bij het verzoek om een informele zienswijze UMCU, MMC en Antonius.

<sup>39</sup> Antwoorden op aanvullende vragen ACM door Zilveren Kruis d.d. 9 februari 2016.

<sup>40</sup> Gespreksverslag ACM – Zilveren Kruis d.d. 13 januari 2016.

<sup>41</sup> Gespreksverslag ACM – Zilveren Kruis d.d. 13 januari 2016.

<sup>42</sup> Verzoek om een informele zienswijze van partijen, r. 4.5.2 p. 12.



onderhandelingspositie.<sup>43</sup> Zilveren Kruis stelt echter dat zij in staat is om partijen te disciplineren.<sup>44</sup> [VERTROUWELIJK]<sup>45</sup>

35. Tot slot blijven er volgens Zilveren Kruis voor ingrijpende behandelingen voldoende uitwijkmogelijkheden over aangezien patiënten bereid zijn hiervoor verder te reizen. Het Academisch Medisch Centrum (hierna: AMC) en het Antoni van Leeuwenhoek (hierna: AVL) hebben een sterke naam en zijn volgens Zilveren Kruis reële uitwijkmogelijkheden met voldoende capaciteit.<sup>46</sup> Specialisatie van partijen heeft volgens Zilveren Kruis evenwel de voorkeur, om te voorkomen dat patiënten voor kwaliteit verder moeten reizen.<sup>47</sup>

#### VGZ

36. VGZ geeft aan in haar beoordeling van deze samenwerking drie pijlers te hanteren: kwaliteit, doelmatigheid en patiënttevredenheid.<sup>48</sup> Zij be vraagt partijen hier ook op.
37. VGZ geeft aan het goed te vinden dat partijen de samenwerking opzoeken<sup>49</sup> en vindt de samenwerking passen binnen de landelijke en internationale ontwikkelingen.<sup>50</sup> Volgens VGZ is er voor complexe oncologie een consistente relatie tussen volume en kwaliteit. De relatie tussen volume en kwaliteit wordt onder meer beïnvloed door chirurgische vaardigheden en ondersteuning van het behandelteam. Bij hogere volumes kunnen gespecialiseerde teams ontstaan, die verantwoordelijk zijn voor alle aspecten van patiëntenzorg. Dit heeft een belangrijke impact op kwaliteit.<sup>51</sup> Om die reden hanteerde VGZ zelfs hogere normen dan de SONCOS-volumenormen. VGZ verlangde minimaal 30 maag- of slokdarmresecties<sup>52</sup> of minimaal 50 maag- en slokdarmresecties in combinatie met minimaal 30 alvleesklierresecties.<sup>53</sup> Recentelijk heeft VGZ echter aangegeven geen eigen normen meer te stellen en zich aan te sluiten bij de normen zoals die door de beroepsgroep worden gehanteerd. Achtergrond hiervan is niet dat VGZ haar eigen normen te streng vond, maar dat zij kiest voor de principiële positie dat normstelling niet aan de zorgverzekeraar is.<sup>54</sup>
38. VGZ toont zich richting partijen kritisch ten aanzien van de scheiding tussen de maag- en slokdarmchirurgie.<sup>55</sup> VGZ heeft aangegeven de verdeling van deze tumoren tussen het UMCU en MMC niet te zien als het ultimatum, maar als een vertreksituatie.<sup>56</sup>

<sup>43</sup> Gespreksverslag ACM – Zilveren Kruis d.d. 13 januari 2016.

<sup>44</sup> Gespreksverslag ACM – Zilveren Kruis d.d. 13 januari 2016.

<sup>45</sup> Gespreksverslag ACM – Zilveren Kruis d.d. 13 januari 2016.

<sup>46</sup> Gespreksverslag ACM – Zilveren Kruis d.d. 13 januari 2016.

<sup>47</sup> Gespreksverslag ACM – Zilveren Kruis d.d. 13 januari 2016.

<sup>48</sup> Gespreksverslag VGZ en partijen, bijlage 8 bij het verzoek om een informele zienswijze van partijen.

<sup>49</sup> Gespreksverslag ACM – VGZ d.d. 11 april 2016.

<sup>50</sup> Verzoek om een informele zienswijze van partijen, r. 4.5.3 p. 12.

<sup>51</sup> VGZ Handboek met indicatoren en normen voor 11 oncologische aandoeningen, april 2015.

<sup>52</sup> Resectie is een ander woord voor een operatieve verwijdering.

<sup>53</sup> VGZ Handboek met indicatoren en normen voor 11 oncologische aandoeningen, april 2015.

<sup>54</sup> Gespreksverslag ACM – VGZ d.d. 11 april 2016.

<sup>55</sup> Gespreksverslag VGZ en partijen, bijlage 8 bij het verzoek om een informele zienswijze van partijen.

<sup>56</sup> Gespreksverslag ACM – VGZ d.d. 11 april 2016.



39. Ten aanzien van de betaalbaarheid stelt VGZ dat zij in een aantal regio's een toename van het aantal DOT's per patiënt, een potentiële kostenstijging, ziet door soortgelijke samenwerkingen.<sup>57</sup> Daarom heeft VGZ aan partijen de vraag voorgelegd hoe zij de kwaliteit, doelmatigheid en patiënttevredenheid bezien. VGZ heeft als voorwaarde gesteld dat samenwerking niet mag leiden tot meer declaraties door partijen.<sup>58</sup>

#### CZ

40. CZ staat positief tegenover het uitgangspunt om tot verregaande concentratie te komen van deze aandoeningen en vindt het niet wenselijk dat ziekenhuizen op deze aandoeningen maar net kunnen voldoen aan de landelijke minimale volumennormen. Daarbij sterkt de specialisatie de regio en het kwaliteitsniveau op deze aandoeningen.<sup>59</sup>
41. CZ geeft daarbij aan te begrijpen dat de huidige situatie niet langer wenselijk is. Gelet op het feit dat partijen aangeven dat om de volumes van de drie ziekenhuizen te kunnen combineren enkel deze verdeling een mogelijkheid is, gaat CZ akkoord met de geschetste plannen. Daarbij merkt CZ op dat het meest wenselijke scenario de situatie blijft waarbinnen de maag- en slokdarmchirurgie op één en dezelfde locatie worden behandeld en gaat CZ er ook vanuit dat dit scenario binnen de regio een uitwerking zal gaan krijgen.<sup>60</sup>

#### Menzis

42. Menzis staat positief tegenover de samenwerking en ondersteunt deze vorm van samenwerken ten zeerste. Zeker voor de complexe chirurgie vindt zij een dergelijke samenwerking noodzakelijk. Het is volgens Menzis met betrekking tot deze zorg helder dat de drie ziekenhuizen moeten concentreren. De zorg moet zo worden ingericht om het volume te verhogen.<sup>61</sup>
43. Menzis ziet als gevolg van de specialisatie geen nadelen ten aanzien van reisafstand. Het is volgens Menzis al bekend dat patiënten bereid zijn om te reizen voor dergelijk complexe aandoeningen.<sup>62</sup>
44. Net als VGZ en CZ stelt Menzis de keuze van partijen aan de orde om de maag- en slokdarmchirurgie niet op één locatie aan te bieden. Menzis geeft hierbij ook aan het met name van belang te vinden dat er één team wordt gecreëerd.
45. Menzis stelt de vraag of partijen onderling gaan verrekenen, omdat het bij het vormen van één zorgpad belangrijk is om te voorkomen dat er zorgactiviteiten dubbel worden uitgevoerd. Omdat er volgens partijen separate DOT's blijven gelden voor de verschillende fases van de behandeling, concludeert Menzis dat er ten aanzien van de kosten niets verandert. Tegelijk

<sup>57</sup> Gespreksverslag ACM – VGZ d.d. 11 april 2016.

<sup>58</sup> Gespreksverslag ACM – VGZ d.d. 11 april 2016.

<sup>59</sup> Gespreksverslag CZ - partijen d.d. 24 maart 2016.

<sup>60</sup> Gespreksverslag CZ - partijen d.d. 24 maart 2016.

<sup>61</sup> Gespreksverslag Menzis - partijen d.d. 24 maart 2016.

<sup>62</sup> Gespreksverslag Menzis - partijen d.d. 24 maart 2016.



wordt de zorg volgens Menzis wel kwalitatief beter en worden de zorgpaden in lijn met de hoogste standaard gebracht.<sup>63</sup>

#### Samenvatting overwegingen zorgverzekeraars

46. ACM constateert dat er een grote onderlinge overeenkomst is in de uiteindelijke afwegingen van zorgverzekeraars over de voordelen en mogelijke risico's van de voorliggende samenwerking. Zorgverzekeraars hanteren de SONCOS-volumenormen als ondergrens bij de inkoop van ziekenhuiszorg en uiten daarbij ook de wens om boven deze minimumnorm grotere volumes te realiseren. Zij vragen ziekenhuizen dan ook om ten aanzien van de laag volume oncologie tot verdere concentratie te komen, omdat zij niet aan de gewenste of maar net aan geldende minimumnormen kunnen voldoen. Zorgverzekeraars ondersteunen niet alleen de doelstellingen van de voorliggende samenwerking, ze geven ook aan de reikwijdte van de samenwerking en de verdeling van zorg over de samenwerkende ziekenhuizen op hoofdlijnen te ondersteunen. Zorgverzekeraars zijn met betrekking tot de kwaliteit van zorg met name kritisch over de keuze van partijen om de maag- en slokdarmoperaties niet in één centrum te concentreren, maar de concentratie tot het team van chirurgen te beperken. Daarnaast laten zorgverzekeraars zien waakzaam te zijn ten aanzien van mogelijk dubbele bekostiging. De uiteindelijke totale afweging van voor- en nadelen valt bij alle zorgverzekeraars positief uit.

#### **V. Overwegingen cliëntenraden**

47. Partijen hebben schriftelijke reacties van de cliëntenraden van de drie ziekenhuizen overgelegd.<sup>64</sup> Hieruit blijkt, zonder uitzondering, dat de cliëntenraden de beoogde samenwerking als een positieve stap zien. Zo onderschrijft de cliëntenraad van het MMC het doel van partijen om de patiëntenzorg in de regio voor complexe oncologie kwalitatief naar een hoger niveau te brengen en de beschikbaarheid van behandelingen te verbeteren.<sup>65</sup> Ook de cliëntenraad van het Antonius geeft aan dat de samenwerking goed past binnen de gewenste ontwikkelingen in de regio en de wensen van de zorgverzekeraars.<sup>66</sup> Tot slot onderschrijft de cliëntenraad van het UMCU de urgentie om voor complexe oncologie tot intensieve samenwerking te komen om zo deze zorg in de regio te behouden.<sup>67</sup>

#### **VI. Overwegingen ACM**

48. Art. 6 lid 1 Mw verbiedt overeenkomsten tussen ondernemingen, besluiten van ondernemersverenigingen en onderling afgestemde feitelijke gedragingen van ondernemingen, die ertoe strekken of ten gevolge hebben dat de mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan wordt verhinderd, beperkt of vervalst.

<sup>63</sup> Gespreksverslag Menzis - partijen d.d. 24 maart 2016.

<sup>64</sup> Cliëntenraad Medisch Centrum Meander, het Cliëntenberaad St. Antonius Ziekenhuis en Cliëntenraad UMCU.

<sup>65</sup> Bijlage 9 bij het verzoek om een informele zienswijze van partijen.

<sup>66</sup> Bijlage 10 bij het verzoek om een informele zienswijze van partijen.

<sup>67</sup> Bijlage 11 bij het verzoek om een informele zienswijze van partijen.





49. In de zorgsector kan daarbij o.a. gedacht worden aan afspraken betreffende het verdelen van patiënten, het gezamenlijk belemmeren van de toetreding door nieuwe zorgaanbieders, het maken van prijsafspraken en het collectief beperken of verdelen van het aanbod richting patiënten. Dergelijke afstemming door zorgaanbieders ontnemt patiënten en zorgverzekeraars de kans om te kiezen voor het best passende aanbod en het beperkt de prikkel voor aanbieders om steeds in te blijven spelen op de behoeften van patiënten en zorgverzekeraars.
50. Op grond van art. 6 lid 3 Mw geldt een uitzondering op het bovengenoemde verbod voor overeenkomsten, besluiten en onderling afgestemde feitelijke gedragingen die voldoen aan de volgende cumulatieve voorwaarden:
- 1) Er moet sprake zijn van een verbetering van de productie en/of distributie van goederen;
  - 2) Een billijk aandeel van deze voordelen moet ten goede komen aan de gebruikers;
  - 3) Er worden geen beperkingen opgelegd die niet onmisbaar zijn (noodzakelijkheid);
  - 4) De mededinging wordt niet voor een wezenlijk deel van de betrokken goederen of diensten uitgeschakeld (vereiste van restconcurrentie).
51. Gezien de aard en de status van een *informele zienswijze* beschikt ACM in die gevallen uitsluitend of hoofdzakelijk over de informatie zoals die door verzoekende partijen is aangeleverd. Zeker waar toetsing aan art. 6 lid 3 Mw aan de orde is, zal de informatie ter verificatie van een zorgvuldige afweging door partijen en afnemers van toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit in veel gevallen te beperkt zijn om met voldoende zekerheid strijdigheid met art. 6 Mw uit te sluiten. Ook in deze informele zienswijze zal ACM voor een deel van de beoordeling (moeten) terugvallen op de aannames van juistheid van bepaalde geclaimde feiten. Het is aan partijen om gedurende de uitwerking van de samenwerking te bewaken of die aannames daadwerkelijk (nog) juist zijn. Verder geldt, juist gezien deze onzekerheid, dat ACM goed luistert naar de afweging van voor- en nadelen zoals die door afnemers wordt gemaakt. Hierbij vult ACM die afweging met name aan met de door haar geconstateerde mededingingsrisico's.

#### **Beoordeling ACM van mededingingsbeperking**

52. Bij de beoordeling van de toelaatbaarheid van een samenwerking dient allereerst beoordeeld te worden of de samenwerking leidt tot een mededingingsbeperking in de zin van art. 6 lid 1 Mw. Hierbij zijn van belang of partijen gezien hun aanbod en werkgebied met elkaar concurreren en hoeveel andere vergelijkbare aanbieders op dezelfde markt actief zijn of anderszins concurrentiedruk uitoefenen.
53. Partijen nemen in hun verzoek om een informele zienswijze aan dat er sprake is van een mededingingsbeperking in de zin van art. 6 lid 1 Mw en vragen ACM hun verzoek aan de hand van art. 6 lid 3 Mw te beoordelen. Echter, ook voor een beoordeling langs deze lijn zal de mededingingsbeperking beoordeeld moeten worden. Een beoordeling langs art. 6 lid 3 Mw vergt immers een afweging van een (economische) verbetering van een aanbod met het vastgestelde mededingingsprobleem. Daarnaast geldt dat, om vast te kunnen stellen in



welke mate restconcurrentie aanwezig blijft, inzicht nodig is in de productmarkt en geografische markt en de beschikbaarheid van alternatieve aanbieders. Hieronder wordt allereerst ingegaan op de mogelijke markt en vervolgens op de mogelijke mededingingsbeperkende elementen in de voorgenomen samenwerking. Ten slotte wordt de ernst van de mededingingsbeperking beschreven.

#### Productmarkt

54. Partijen hebben zelf geen beoordeling van de productmarkt gegeven. In eerdere besluitvorming is ACM uitgegaan van een markt voor oncologische zorg.<sup>68</sup> Voor deze casus zou een uitsplitsing binnen de markt voor oncologische zorg mogelijk relevant zijn. De samenwerking ziet immers enkel op de hoogcomplexiteit laagvolume oncologie. Ziekenhuizen die geen complexe oncologie (meer) aanbieden zijn dan mogelijk op deze markt niet als concurrent te beschouwen. Gezien de beperkte informatie neemt ACM voor het doel van deze zienswijze voorzichtigheidshalve aan dat sprake is van een nauwere productmarkt voor hoogcomplexiteit laagvolume oncologie met als gevolg dat alleen ziekenhuizen die hoogcomplexiteit laagvolume oncologie aanbieden als concurrenten van partijen beschouwd worden.

#### Geografische markt

55. Ook ten aanzien van de geografische markt is de informatie die partijen hebben verstrekt<sup>69</sup> onvoldoende om met zekerheid uitspraken te kunnen doen in hoeverre partijen op dezelfde markt actief zijn en welke andere partijen daarbij reële alternatieven vormen. Partijen stellen dat het aannemelijk is dat de geografische markt bovenregionaal dan wel landelijk is.<sup>70</sup> Ook zorgverzekeraars schatten in dat de reisbereidheid voor dit type behandeling groter zal zijn. Voor het doel van deze zienswijze gaat ACM voorzichtigheidshalve uit van een geografische markt die tenminste Midden-Nederland omvat. Partijen spreken in het kader van de voorgenomen samenwerking zowel over de regio Midden-Nederland als over de regio Utrecht. ACM neemt op basis hiervan en gezien de locaties van de ziekenhuizen aan dat Midden-Nederland ongeveer overeenkomt met de provincie Utrecht. Bij de bespreking van de restconcurrentie gaat ACM in op de concurrentiedruk die uitgaat van ziekenhuizen buiten deze regio.

#### Mogelijk mededingingsbeperkende elementen in de samenwerking

56. Partijen zijn voornemens om samen te werken op de volgende drie onderdelen: het gezamenlijk vaststellen van het behandelbeleid per patiënt in een Multidisciplinair Overleg (MDO), het opzetten van een gemeenschappelijk zorgproces en het uitwisselen van expertise voor de verschillende tumorsoorten, en het specialiseren op de complexe oncologische chirurgie. Op deze drie onderdelen wordt de mededinging dan ook mogelijk beperkt.

<sup>68</sup> Zie het ACM concentratiebesluit 13.1463.22/Stichting het Nederlands Kanker Instituut-Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis – Universitair Medisch Centrum Utrecht.

<sup>69</sup> Partijen lijken een mededingingsprobleem te veronderstellen en verzoeken ACM om de samenwerking aan art. 6 lid 3 Mw te toetsen. Zij leveren daarbij zeer beperkt informatie over de concurrentiedruk tussen betrokken ziekenhuizen en met omliggende ziekenhuizen.

<sup>70</sup> Rapport The Boston Consultancy Group, *Kiezen voor kwaliteit*, mei 2010.



*Gezamenlijk vaststellen behandelbeleid per patiënt*

57. Volgens ACM levert het gezamenlijk vaststellen van het behandelbeleid per patiënt in MDO's en in dat kader het uitwisselen van patiëntinformatie geen beperking van de mededinging op. De informatie-uitwisseling is gericht op het bij elkaar brengen van de relevante zorginhoudelijke afwegingen gericht op een specifieke patiënt, zuiver met het doel de kwaliteit van zorg voor die patiënt te vergroten. Dergelijke patiëntspecifieke informatie is niet concurrentieel en uitwisseling ervan levert geen beperking van de mededinging op. ACM zal in de verdere beoordeling dit onderdeel daarom buiten beschouwing laten.

*Standaardiseren zorgproces en expertise-deling*

58. Het opstellen van een gemeenschappelijk zorgproces en het uitwisselen van expertise kan op zichzelf wel tot een beperking van de mededinging leiden, aangezien daarbij mogelijk onderscheid in aanbod wordt weggenomen. Het gemeenschappelijke zorgproces staat in deze samenwerking volgens ACM echter in dienst van de bredere afspraak tot het specialiseren van de complexe oncologische chirurgie, het derde deel van de samenwerking. Om tot specialisatie over te kunnen gaan moet namelijk overeenstemming bestaan over de inrichting van het zorgproces in de verschillende ziekenhuizen zodat de verschillende stappen op elkaar afgestemd kunnen worden. De beoordeling van het gemeenschappelijk zorgproces en het bundelen van expertise zal daarom impliciet bij de beoordeling van de specialisatieafspraken worden meegenomen.

*Specialiseren complexe oncologische chirurgie*

59. De afspraak om de complexe oncologische chirurgie per tumorsoort in één ziekenhuis te concentreren leidt tot een verdeling van zorgaanbod. Twee ziekenhuizen zullen zich in onderlinge afstemming ieder gaan toelagen op de chirurgie van één bepaalde tumorsoort en één ziekenhuis op de chirurgie van twee tumorsoorten. Hierdoor ontstaan er drie gespecialiseerde chirurgische centra in de regio Midden-Nederland. Bij het Antonius zal een gespecialiseerd centrum voor alveesklierkanker komen, bij het MMC voor maagkanker en bij het UMCU voor slokdarm- en leverkanker (major resecties).
60. Deze verdeling van de complexe oncologische chirurgie levert een beperking van de mededinging op. Partijen zullen een deel van het 'productieproces' (de chirurgische behandeling) namelijk met elkaar delen en, daar aan verbonden, het zorgproces standaardiseren. Hoewel patiënten in ieder ziekenhuis het voor- en nazorgtraject kunnen blijven ontvangen en ziekenhuizen zich op service, klantbejegening en prijs kunnen blijven onderscheiden, ontvangen patiënten in de drie ziekenhuizen grotendeels dezelfde zorg. Dit kan leiden tot een reële beperking van het onderscheidend vermogen op de medisch inhoudelijke kwaliteit van de behandeling en daarmee de onderlinge concurrentiedruk. De samenwerking kan daarmee monopoliegedrag mogelijk maken op de markt voor hoogcomplexiteit laagvolume oncologie. Dit kan nadelige gevolgen hebben voor de betaalbaarheid (prijs), toegankelijkheid en kwaliteit.

Tussenconclusie mededingingsbeperking

61. ACM constateert dat de beschikbare informatie te beperkt is om met zekerheid een mededingingsbeperking vast te stellen. Dit geldt met name met betrekking tot de omvang



van de markt. Op basis van bovenstaande neemt ACM voor het doel van deze zienswijze aan dat partijen allen actief zijn op dezelfde markt en dat de concurrentiedruk die zij van elkaar ondervinden ten opzichte van de huidige situatie wordt beperkt. Dit als gevolg van het concentreren van de complexe oncologische chirurgie en de daarmee samenhangende standaardisatie van zorg. De mogelijke effecten van het hierboven beschreven risico op monopoliegedrag worden bij de bespreking van de voor- en nadelen van de samenwerking nader uitgewerkt.

**Art. 6 lid 3 Mw**

62. Uiteraard kan de standaardisatie van het zorgproces voor hoogcomplexere laagvolume oncologie ook grote voordelen opleveren voor de patiënt en zorgverzekeraars die tegen de beperking van de mededinging opwegen waardoor de samenwerking in aanmerking kan komen voor een uitzondering op het kartelverbod.
63. Hierbij is naar aanleiding van het verzoek van partijen de vraag aan de orde of de afspraak, die partijen kwalificeren als specialisatieafpraak, in aanmerking komt voor de groepsvrijstelling voor specialisatieovereenkomsten op grond van de EC-verordening.<sup>71</sup> Voor de beantwoording van deze vraag kan in het midden worden gelaten of juridisch gezien sprake is van een (wederkerige) specialisatieovereenkomst of een andere vorm van een productieovereenkomst. Een voorwaarde om in aanmerking te komen voor deze vrijstelling is dat partijen niet boven een gezamenlijk marktaandeel van 20% uitkomen. Zoals ACM in randnummer 54 heeft aangegeven, heeft er geen marktafbakening plaatsgevonden en hebben partijen ACM geen informatie verstrekt over hun marktaandelen. ACM kan dan ook niet nagaan of het marktaandeel van partijen onder de 20% blijft. Zekerheidshalve en uitgaande van de markt Midden-Nederland, gaat ACM er daarom bij de beoordeling ten behoeve van deze zienswijze vanuit dat partijen boven de 20% uitkomen en dat daarmee de groepsvrijstelling niet van toepassing is. Derhalve wordt de samenwerking hier verder aan de hand van de (in randnummer 50 genoemde) voorwaarden van art. 6 lid 3 Mw behandeld.

1) Is er sprake van een verbetering van de productie en/of distributie van goederen of diensten en/of verbetering van de technische of economische vooruitgang?

64. Hier is aan de orde of de afweging van voor- en nadelen van de samenwerking, ten aanzien van effecten op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid inclusief de effecten van de mogelijke mededingingsrisico's op deze aspecten tot een netto efficiëntievoordeel leidt. Ten aanzien van de voordelen van de samenwerking gaat het om (i) de aard van de efficiëntieverbeteringen, (ii) het verband tussen de samenwerking en de efficiëntieverbetering, (iii) de waarschijnlijkheid en de omvang van de beweerde efficiëntieverbetering en (iv) hoe en wanneer de efficiëntieverbeteringen zullen worden verwezenlijkt.

20/31

<sup>71</sup> Verordening (EU) Nr. 1218/2010 van de Europese Commissie van 14 december 2010 betreffende de toepassing van art. 101, lid 3, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie op bepaalde groepen specialisatieovereenkomsten.



*Kwaliteit*

65. Partijen betogen dat de voordelen van de samenwerking gelegen zijn in het -ook op de langere termijn- garanderen van de kwaliteit van zorg door een zorgstandaard te hanteren die uitgaat van hogere volumennormen voor complexe oncologische chirurgie.

Tabel 2: Behaalde volumes partijen, afgezet tegen SONCOS-volumennormen en vertaling NHS-volumennormen naar Nederland door partijen.

Jaar	MMC				Antonius				UMCU				SONCOS norm	Vertaling NHS criteria
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014		
Slokdarm						22	25	35		51	57	48	20	125
Maag		12	21	20		20	17	19		10	21	23	20	200
Alveesklier					18	19	24	23	42	51	51	45	20	250
Lever			38	30/40			47	43			45	46	20 <sup>72</sup>	

66. Uit bovenstaande tabel concludeert ACM dat de huidige volumes van het Antonius op het gebied van de slokdarm-, maag- en alveesklierkanker over de jaren 2011-2014 gemiddeld genomen gering zijn wanneer zij tegen de huidige SONCOS-volumennormen worden afgezet. Het Antonius haalt de geldende SONCOS-norm niet of maar net. Hetzelfde geldt voor het UMCU en MMC ten aanzien van maagkanker. Het UMCU haalt de SONCOS-normen voor slokdarm en alveesklierkanker vooralsnog ruim.
67. ACM merkt op dat er ten aanzien van de behaalde volumes voor leverkanker uit bovenstaande tabel bij geen van partijen kwetsbaarheid blijkt ten aanzien van de SONCOS-norm. Zoals in randnummer 20 beschreven, zullen echter enkel de hoog gecompliceerde 'major resecties' geconcentreerd worden in het UMCU. Het MMC en het Antonius blijven ieder nog minimaal 30 (minor) leverresecties verrichten. Hieruit concludeert ACM dat de major resectie slechts zeer beperkte aantallen (tussen de 10 en de 20) per jaar betreft.
68. Volgens partijen vormen de huidige SONCOS-normen al aanleiding tot specialisatie, maar verwachten zij op grond van ontwikkelingen in het buitenland, wetenschappelijke inzichten en wensen van zorgverzekeraars, dat zij in de toekomst aan nog strengere normen zullen moeten voldoen.
69. ACM acht het, mede op basis van de aangereikte wetenschappelijke literatuur, in algemene zin aannemelijk dat (een zekere) specialisatie van de complexe oncologie tot een kwaliteitsverbetering voor patiënten leidt. Zeker in het geval er vóór de specialisatie sprake is van relatief kleine volumeaantallen. In aanvulling hierop is voor ACM van belang dat alle zorgverzekeraars het nagestreefde kwaliteitsniveau van partijen onderschrijven en dat hun wens voor strengere volumennormen dan de huidige SONCOS-normen zelfs aanleiding

<sup>72</sup> Partijen geven aan dat het wenselijk is om de major resecties te concentreren in het UMCU. Ieder ziekenhuis blijft 30 minor leverresecties uitvoeren. Aantallen in deze tabel betreffen de optelling van minor en major resecties.



vormde voor partijen om over verdergaande specialisatie na te denken. Op basis van de informatie van partijen en van de betrokken zorgverzekeraars, constateert ACM dat de SONCOS-volumenormen op dit moment als minimumnorm worden gezien door de beroepsgroep en de zorgverzekeraars. Het behalen van een ruimere marge tussen gerealiseerde aantallen en de geldende minimumnorm dan nu door partijen individueel gerealiseerd, kan worden gezien als een (aanzienlijke) kwaliteitsverbetering.

70. Het verband tussen de samenwerking en de geclaimde kwaliteitsverbetering is eenduidig omdat dit is gebaseerd op de meetbare toename van het aantal behandelingen na herverdeling teneinde het minimum in de SONOS-normen te bereiken (en te overstijgen). Gezien de volumes van de betreffende zorgvraag binnen de regio, is het waarschijnlijk dat de kwaliteitsverbetering gerealiseerd zal worden. De kwaliteitsverbetering zal bovendien meteen worden verwezenlijkt zodra de samenwerking wordt uitgevoerd.
71. ACM constateert dat partijen vooral de 'bruto' voordelen van de samenwerking hebben weergegeven: de kwaliteit voldoet na de gekozen samenwerking (ruimer) aan de medisch inhoudelijke minimumnorm. Partijen geven weliswaar aan, zoals in randnummer 21 beschreven, dat zij ook mogelijke nadelen voor de patiënt meewegen bij het vormgeven van de samenwerking, maar werken dit niet nader uit.
72. ACM ziet, gelet op de kritische vragen vanuit de zorgverzekeraars, een mogelijk kwalitatief (zorginhoudelijk) nadeel ten aanzien van de keuze van partijen om slokdarmoperaties in het UMCU plaats te laten vinden en maagoperaties in het MMC. Als wetenschappelijke aanbeveling geldt dat maagchirurgie bij voorkeur plaatsvindt in centra waar ook oesophaguschirurgie (slokdarmchirurgie) wordt verricht.<sup>73</sup> Bovendien hebben zorgverzekeraars partijen bevestigd over de keuze om de maag- en slokdarmchirurgie te splitsen en niet op één locatie te verrichten. Deze zorginhoudelijk mogelijk suboptimale keuze van partijen is voor de zorgverzekeraars evenwel geen reden om de afweging van voor- en nadelen van de samenwerking negatief uit te laten vallen. Zij zien deze keuze als vertrekpunt en als noodzakelijk om de samenwerking als geheel van de grond te krijgen. Partijen zelf zien deze splitsing niet als een groot risico omdat er wordt gewerkt met een Upper GI-team van UMCU- en MMC-chirurgen dat op beide locaties opereert zodat het UMCU als academisch centrum bij beide tumoren is betrokken. Dit wordt beschouwd als een kwaliteitsgarantie.
73. Gezien de eensluidend positieve afweging van afnemers van de samenwerking als geheel, ziet ACM geen aanleiding om in de afweging ten aanzien van het splitsen van slokdarm- en maagoperaties een ander standpunt in te nemen. Hierbij is ook van belang dat SONCOS op dit punt 'slechts' een aanbeveling doet en geen bindende norm stelt.
74. ACM ziet, zoals in punt 60 en 61 naar voren gebracht, met name vanuit mededingingsoogpunt een risico op kwaliteitsverlies wanneer partijen als gevolg van de samenwerking monopoliegedrag zouden gaan vertonen. Zij zouden als gevolg van een

<sup>73</sup> Het SONCOS normeringsrapport 2016.



gebrek aan concurrentiedruk minder prikkels kunnen ervaren om te blijven investeren in kwaliteit boven het vereiste minimumniveau of op het gebied van service en bejegening.

#### *Toegankelijkheid*

75. Het begrip toegankelijkheid omvat zowel de fysieke toegankelijkheid voor de patiënt als ook de toegankelijkheid in termen van keuzemogelijkheden binnen de verzekeringspolis waarvoor een verzekerde kan kiezen.
76. Partijen voeren aan dat volgens Zilveren Kruis het risico bestaat dat zonder de samenwerking in de toekomst de complexe oncologische chirurgie helemaal uit de regio Midden-Nederland zou verdwijnen. Zilveren Kruis geeft in dat kader ook aan geen ziekenhuizen te contracteren die niet aan de SONCOS norm voldoen. De toegankelijkheid van zorg in de regio Midden-Nederland zou daarom gediend zijn met de voorgenomen samenwerking. Door die samenwerking blijven er volgens partijen op de complexe oncologie drie ziekenhuizen actief die zich kunnen onderscheiden op grond van de voor- en nazorg.
77. ACM acht de inschatting van partijen en zorgverzekeraars dat zonder deze samenwerking de complexe oncologische chirurgie op termijn onvermijdelijk geheel uit deze regio zal verdwijnen, niet reëel. Gelet op de huidige volumina van de betreffende behandelingen binnen de regio en de volumenormen is er voldoende volume om ten minste één ziekenhuis (ruim) boven de norm te laten functioneren. ACM acht het wel mogelijk dat in de toekomst niet elk van de drie ziekenhuizen deze zorg zal kunnen blijven aanbieden.
78. In het midden latend of de toegankelijkheid door de samenwerking ten opzichte van een mogelijk toekomstscenario verbetert, acht ACM het voor de toegankelijkheid gunstig dat alle ziekenhuizen voor alle vormen van kanker die hier aan de orde zijn actief blijven op de markt. Zij blijven allen zowel richting zorgverzekeraars als richting patiënten een zorgaanbod doen, waarbij op onderdelen ruimte blijft voor onderscheid.
79. Afgezet tegen de huidige situatie neemt de fysieke toegankelijkheid van de complexe oncologische zorg in de regio als gevolg van de specialisatie echter af: ongeveer twee derde van de patiënten per behandelingsvorm zal namelijk mogelijk langer en vaker moeten reizen voor een deel van het behandeltraject. Daarnaast neemt de toegankelijkheid af doordat, als gevolg van concentratie van de chirurgische behandeling in één ziekenhuis en standaardisatie van de behandeling, keuzemogelijkheden bij de behandeling van maag-, slokdarm-, alvleesklier- en leverkanker verminderen. Hiermee is sprake van een mededingingsnadeel in termen van de marktstructuur.

#### *Betaalbaarheid*

80. Partijen claimen voor hun samenwerking geen voordelen in de zin van de betaalbaarheid. Ook schetsen zij geen nadelen in termen van betaalbaarheid. Volgens ACM is het op grond van de informatie van partijen echter aannemelijk dat tenminste de vervoerskosten voor patiënten zullen toenemen omdat zij voor een deel van de behandeling niet meer in alle gevallen in het voor hen dichtstbijzijnde ziekenhuis terecht kunnen. Hoe dergelijke



vervoerskosten neerdalen bij individuele patiënten of zorgverzekeraars (verzekerden) is niet duidelijk. Uit de informatie van cliëntenraden blijkt niet dat zij dergelijke vervoerskosten in hun afweging meenemen. Zij achten de samenwerking als geheel echter wenselijk.

81. Daarnaast ziet ACM mogelijke extra managementkosten en coördinatiekosten die logischerwijs uit het complexere proces voortvloeien. Ook kan het zorgproces als gevolg van harmonisatie gemiddeld duurder uitkomen dan zonder samenwerking het geval is.
82. De zorgverzekeraars achten het met betrekking tot de betaalbaarheid van belang dat zich als gevolg van de samenwerking geen dubbelingen in het zorgproces voordoen. Dubbelingen zouden er toe kunnen leiden dat de kosten van de betreffende behandelingen stijgen en voor rekening van de zorgverzekeraar komen. Volgens partijen worden de behandelingen echter niet anders bekostigd dan nu. Het ziekenhuis waar de patiënt in eerste instantie binnenkomt, brengt de DOT in rekening. Zorgverzekeraars voorzien dan ook geen stijging van de kosten.
83. Zorgverzekeraars voorzien ook geen daling van de kosten. Ze verwachten tegen gelijkblijvende kosten vooral een kwaliteitswinst. ACM ziet hier wel eventuele risico's. In de eerste plaats kunnen als gevolg van de verminderde onderlinge concurrentiedruk partijen minder efficiënt worden en kunnen de kosten stijgen. Daarnaast zijn zelfs gelijkblijvende kosten nog geen garantie dat de prijzen die partijen hanteren constant zullen blijven.
84. De door ACM aangenomen mededingingsbeperking tussen partijen leidt tot een risico op prijsstijging in de toekomst. Partijen zullen als gevolg van toegenomen marktmacht mogelijk in staat zijn hogere prijzen af te dwingen. Eén van de zorgverzekeraars benoemt dit prijsrisico. Zij verwacht echter ook het ziekenhuis te kunnen disciplineren.  
[VERTROUWELIJK].

#### **Tussenconclusie**

85. Gelet op de SONCOS-volumenormen en de wetenschappelijke literatuur in relatie tot de beperkte volumina die door partijen afzonderlijk worden behaald in de complexe oncologische chirurgie, is een (gedeeltelijke) specialisatie en de daarmee samenhangende uitwisseling van expertise en standaardisatie van het zorgproces op de verschillende typen tumoren een logische oplossing. De oplossing wordt, behalve door partijen, gedragen door de eensluidende visie van de zorgverzekeraars en de cliëntenraden. De kwaliteitswinst ten gevolge van de samenwerking weegt op tegen de inhoudelijke nadelen die door de afnemers beperkt worden geacht. ACM acht de afnemers voldoende betrokken en heeft geen aanleiding om aan hun afweging van inhoudelijke voor- en nadelen te twijfelen. Daarbij gaat ACM er vanuit dat de verzekeraars en de cliëntenraden konden beschikken over dezelfde informatie als ACM en dat zij die informatie hebben meegewogen in hun positieve oordeel.
86. ACM ziet als gevolg van een verslechtering van de marktstructuur zowel ten aanzien van de kwaliteit, de toegankelijkheid als de betaalbaarheid wel een mogelijk mededingingsrisico.





ACM acht echter de effecten van de samenwerking inclusief de mededingingsnadelen per saldo niet negatief. Hoewel een exacte kwantificering van voor- en nadelen hier niet mogelijk is, acht ACM het op grond van de beschikbare informatie, de ratio achter de samenwerking, het brede draagvlak en gezien de resterende concurrentiedruk aannemelijk dat de voorgenomen samenwerking ten behoeve van specialisatie in deze concrete casus leidt tot een netto efficiëntiewinst in lijn met de eerste voorwaarde van art. 6 lid 3 Mw. ACM neemt hierbij mede het bestaan van restconcurrentie in overweging die later in deze zienswijze wordt uitgewerkt.

2) Komt een "billijk aandeel" van deze voordelen ten goede aan de gebruikers?

87. Onder gebruikers worden verstaan alle rechtstreekse of indirecte afnemers. Dat zijn in het geval van ziekenhuizen zowel patiënten als verzekeraars (en daarmee indirect de verzekerden). Een billijk aandeel betekent in dit verband dat gebruikers tenminste worden gecompenseerd voor de nadelen die zij mogelijk ten gevolge van de overeenkomst ondervinden.
88. ACM acht het aannemelijk dat indien specialisatie van de complexe oncologische chirurgie tot hogere kwaliteit van de behandeling leidt, dit kwaliteitsvoordeel logischerwijs rechtstreeks bij de patiënt terecht komt. Verbeterde vaardigheden van chirurgen en ondersteunende teams en het uitwisselen van medische expertise zijn immers direct van invloed op de behandeling van de patiënt. Voorts geldt dat het behoud van grote delen van de behandeling van complexe oncologie in meerdere ziekenhuizen in de regio en daarmee de kundigheid en het palet aan zorg dat zij kunnen bieden ten gevolge van de samenwerking, een breder voordeel is dat aan de gebruikers ten goede komt.
89. Zoals in de punten 85 en 86 beschreven, acht ACM het aannemelijk dat de kwaliteitsvoordelen van de samenwerking als geheel opwegen tegen de nadelen voor de gebruikers in termen van kwaliteit, toegankelijkheid, kosten inclusief de effecten van de mededingingsrisico's op deze aspecten. Of een billijk aandeel in de efficiëntiewinst bij de gebruiker neerslaat hangt af van de vraag of er voldoende concurrentie blijft bestaan die ervoor zorgt dat partijen niet bijvoorbeeld door prijsverhogingen en daling van (andere vormen van) kwaliteit dit consumentenvoordeel teniet doen.

**Tussenconclusie**

90. ACM acht het aannemelijk dat de voordelen die worden geschetst door partijen – verbetering van de kwaliteit van de complexe oncologische chirurgie en behoud van een breed palet aan zorg bij meerdere ziekenhuizen in de regio – in een batig saldo ten goede komen van de patiënten en zorgverzekeraars die de zorg in het belang van hun verzekerde inkopen. Hierbij neemt ACM mede het bestaan van restconcurrentie in overweging zoals die later in deze zienswijze wordt uitgewerkt.



3) Is de afspraak tussen het UMCU, het Antonius en het MMC noodzakelijk?

91. Om te voldoen aan de voorwaarden van de vrijstelling onder art. 6 lid 3 Mw moeten zowel de samenwerking in zijn geheel alsmede de individuele mededingingsbeperkende elementen van de samenwerking redelijkerwijs onmisbaar zijn om de hierboven aangegeven voordelen te behalen.
92. Ten aanzien van de overeenkomst als geheel is de vraag of het de minst beperkende wijze is om de voordelen te behalen. Hierbij gaat ACM er vanuit dat de betreffende voordelen in essentie voortvloeien uit het kunnen voldoen aan geldende, maar ook aan in de toekomst te verwachten, volumenormenten voor de complexe oncologische chirurgie. De beoordeling aangaande de minst beperkende effectieve maatregel valt uiteen in twee onderdelen. (i) Kunnen partijen zelfstandig aan de volumenormenten voldoen? En (ii) kunnen verzekeraars door inkoopafspraken effectief sturen op herverdeling van volumes? Beide mogelijkheden leveren minder mededingingsbeperkingen op dan de samenwerking. Indien het antwoord op één van deze twee vragen overwegend positief is dan kan de samenwerking niet de minst beperkende maatregel zijn.

*Kunnen partijen zelfstandig aan de volumenormenten voldoen?*

93. ACM acht het op basis van de door partijen verstrekte informatie onwaarschijnlijk dat het Antonius en het MMC de voordelen zelfstandig kunnen behalen. In theorie zou ieder ziekenhuis zelfstandig kunnen beslissen om een bepaalde behandeling niet meer aan te bieden. Ziekenhuizen hebben in het algemeen echter baat bij het aanbieden van een breed pakket aan zorg, en specialisaties die eenmaal afgestoten zijn moeilijk weer terug te halen. [VERTROUWELIJK].
94. Het UMCU zou mogelijk wel in staat zijn om zelfstandig aan alle relevante SONCOS-volumenormenten te voldoen indien Antonius en het MMC, bijvoorbeeld op verzoek van de zorgverzekeraar, ieder zouden besluiten geen complexe oncologische zorg meer aan te bieden en het UMCU als enige aanbieder zou overblijven. Dit zou echter ook een nog verder verminderde toegankelijkheid, in de zin van een afname van de keuzemogelijkheden en een toename van de reisafstand, en een sterke verschraving van het zorgaanbod in de regio kunnen betekenen. ACM ziet een dergelijke ontwikkeling vanuit een oogpunt van concurrentie en efficiency als een groter risico dan de samenwerking en specialisatie tussen partijen.

*Zouden verzekeraars kunnen sturen op herverdeling van volumes?*

95. In haar leidraad over de beoordeling van fusies en samenwerkingen in de ziekenhuiszorg uit 2013 heeft ACM aangegeven dat indien ziekenhuizen zich moeten specialiseren om aan kwaliteitsnormen (waaronder volumenormenten) te voldoen, ACM vooral een rol voor de zorgverzekeraar ziet weggelegd om middels selectieve inkoop te bepalen welk ziekenhuis welke zorg gaat leveren.<sup>74</sup>

<sup>74</sup> Beoordeling fusies en samenwerkingen ziekenhuiszorg, 27 september 2013. Zie: <https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/12037/Beoordeling-fusies-en-samenwerkingen-ziekenhuiszorg/>.



96. Selectieve inkoop wil zeggen dat zorgverzekeraars bepaalde vormen van zorg niet meer bij alle aanbieders in een regio inkopen maar hun vraag bij een of enkele aanbieders concentreren. De vraag ten aanzien van de beoogde samenwerking is of de verbetering in kwaliteit op die wijze gerealiseerd kan worden.
97. In dit geval heeft de grootste zorgverzekeraar bij partijen aangedrongen op samenwerking op het gebied van de complexe oncologie. Vanwege de complexiteit van de betreffende zorg en [VERTROUWELIJK], achten zorgverzekeraars het in dit geval effectiever om de uitwerking van de samenwerking in eerste instantie aan partijen over te laten.
98. [VERTROUWELIJK]. Volgens het Zilveren Kruis was deze rolverdeling in dit geval noodzakelijk: partijen hebben zelf een selectie gemaakt die door de zorgverzekeraar wordt beoordeeld. Voor ACM is het daarbij van belang dat de zorgverzekeraars de selectie van partijen weloverwogen kunnen onderschrijven. Zilveren Kruis, VGZ, Menzis en CZ hebben aangegeven zich te kunnen vinden in de verdeling van de vier specialisaties.
99. Nu op grond van de door partijen en zorgverzekeraars verstrekte informatie zelfstandige specialisatie en sturende selectieve inkoop door zorgverzekeraars in dit geval niet als haalbare alternatieven moeten worden beschouwd, is aannemelijk dat de feitelijk gekozen vorm van specialisatie middels de door partijen voorgestelde samenwerkingsovereenkomst, inderdaad het minst beperkende effectieve middel is om de beoogde netto voordelen te behalen. Hierbij acht ACM het van belang dat partijen de zorgverzekeraars bij hun keuzes hebben betrokken en dat zorgverzekeraars de vrijheid houden om binnen de feitelijke grenzen van het aanbod in de regio inkoopbeslissingen te nemen: zij hebben geen afnameplicht op zich genomen ten opzichte van een bepaalde zorgaanbieder.
- Zijn de mededingingsbeperkende elementen van de samenwerking onmisbaar?*
100. Ten aanzien van de vraag of de beperkende elementen van de samenwerking onmisbaar zijn, is van belang dat de afspraak tot specialisatie tussen partijen alleen ziet op de complexe oncologische chirurgie. De specifieke beperkende elementen zoals deze uit de informatie van partijen volgt zijn (i) de specialisatie op zich; (ii) het terugbrengen van drie locaties waar geopereerd wordt naar één locatie; en (iii) het opstellen van een gemeenschappelijk zorgproces en daartoe delen van expertise.
101. De afspraak tot specialisatie op zich vormt de kern van de onderhavige samenwerking. Zonder de specialisatie is het, gezien het vorige onderdeel, niet mogelijk om de beoogde kwaliteitsvoordelen te behalen.
102. Voorts roept de beoogde afspraak tot specialisatie de vraag op of het noodzakelijk is om de chirurgie van een bepaalde tumorsoort bij één centrum te beleggen of anders geformuleerd: of alle partijen aan de samenwerking moeten deelnemen. In het licht van marktwerking binnen de regio Midden-Nederland, zouden partijen er ook voor kunnen kiezen om een samenwerkingsverband te laten ontstaan tussen alleen het MMC en Antonius dat een mogelijk onderscheidend aanbod zou kunnen doen ten opzichte van het UMCU.



103. Volgens zowel partijen als het Zilveren Kruis zou een drie-naar-twee-scenario maar van tijdelijke aard kunnen zijn, omdat het om relatief lage aantallen operaties gaat. Het leidt daarom ook tot het risico dat de ziekenhuizen op termijn alsnog onder de SONCOS-volumenormen zakken en de zorg niet rendabel kunnen leveren. Op basis van de aangeleverde informatie kan ACM niet beoordelen of dit al dan niet een waarschijnlijke ontwikkeling is. Daar staat tegenover dat er onder partijen en afnemers consensus bestaat dat ruim boven de minimumnormen terecht komen een aanzienlijke meerwaarde heeft in termen van kwaliteit en dat concentratie in twee centra met ieder de helft van de behandelingen niet evenveel voordelen biedt als concentratie bij één centrum. In die zin beoordeelt ACM deze specialisatie in één centrum dan ook als noodzakelijk voor de beoogde voordelen.
104. Ten aanzien van het gemeenschappelijk zorgproces en de gerelateerde expertisedeling is van belang dat hoewel partijen aangeven dat de specialisatie zich beperkt tot de chirurgische verrichting, zij ook streven naar standaardisatie van het zorgproces in het voor- en natraject. De ruimte voor onderscheid zal derhalve ook daar beperkt worden. ACM acht dit echter een belangrijke voorwaarde om in onderlinge samenwerking tussen de deelnemende ziekenhuizen tot de beoogde zeer gerichte specialisatie van zorg te komen. Standaardisatie is dan van belang om de zorg naadloos en ononderbroken aan te kunnen blijven bieden en gebruik te kunnen maken van elkaars expertise.

#### **Tussenconclusie**

105. ACM concludeert, op basis van de door partijen en verzekeraars verstrekte informatie, dat de onderbouwing van partijen en de informatie van zorgverzekeraars en cliëntenraden aannemelijk maakt dat de beoogde afspraak tot specialisatie redelijkerwijs gezien kan worden als de minst beperkende manier om de beoogde efficiencyvoordelen van de samenwerking te behalen. Daarnaast zijn de drie mededingingsbeperkende elementen van de samenwerking, ieder op zichzelf beschouwd, redelijkerwijs gezien onmisbaar voor het behalen van de beoogde voordelen. Dit strookt met de derde voorwaarde van art. 6 lid 3 Mw.
- 4) *Blijft er voldoende restconcurrentie over?*
106. Voor de beoordeling van de restconcurrentie zijn drie vormen van concurrentiedruk relevant: (i) onderlinge concurrentiedruk tussen de deelnemende ziekenhuizen voor de zorgvormen die onderwerp zijn van de overeenkomst tot specialisatie; (ii) onderlinge concurrentiedruk voor medisch specialistische zorg in het algemeen; (iii) concurrentiedruk van andere ziekenhuizen op de deelnemende ziekenhuizen. Ten slotte is hier de mogelijkheid van disciplinerende afnemersmacht relevant.

#### *Onderlinge concurrentiedruk voor de zorgvormen binnen de overeenkomst*

107. Ten aanzien van de onderlinge restconcurrentie is de vraag of de drie gespecialiseerde ziekenhuizen onderling voldoende blijven concurreren (i) op het niveau van de complexe oncologische behandelingen en (ii) in hun geheel als ziekenhuis.



108. Partijen geven aan dat ieder ziekenhuis de voor- en nazorg van lever<sup>75</sup>-, slokdarm-, maag- en alvleesklierkanker blijft aanbieden. De patiënt kan na de operatie weer terugkeren naar het behandelende ziekenhuis van eigen keuze. En hoewel ook de zorg in het voor- en natraject tussen partijen gestandaardiseerd wordt, kunnen partijen zich hierop blijven onderscheiden bijvoorbeeld ten aanzien van de gehanteerde servicelevels. Daarnaast blijven de ziekenhuizen zelfstandig actief op de inkoopmarkt voor zorgverzekeraars en stelt ieder zijn eigen prijzen vast.
109. Er blijft volgens ACM dan ook ruimte bestaan voor de ziekenhuizen om voor de zorgvormen binnen de overeenkomst richting de patiënt en zorgverzekeraar een onderscheidend aanbod te doen, bijvoorbeeld in termen van service, bejegening, 'extra kwaliteit' en prijs.
110. Partijen betogen dat de zorgverzekeraars bij verslechtering van de gespecialiseerde zorg bij de ene partij kunnen besluiten om de betreffende partij niet langer te contracteren en de gespecialiseerde zorg te beleggen bij één van de twee andere partijen.
111. ACM kan dit betoog van partijen niet volgen. Wanneer partijen de chirurgische ingreep per aandoening op één locatie geconcentreerd hebben, betekent het bij een verminderde kwaliteit of te hoge prijs beleggen van de zorg op een andere locatie, dat de samenwerking op dit punt op losse schroeven komt te staan. Dan zouden partijen individueel opnieuw niet aan de norm kunnen voldoen. Bovendien zullen partijen zonder het bijhouden van de benodigde ervaring en investeringen steeds minder in staat zijn weer zelfstandig actief te worden op de expertisegebieden waaruit zij zich binnen de samenwerking hebben teruggetrokken. Er is voor deze gespecialiseerde zorgvormen dus geen sprake meer van restconcurrentie tussen partijen die door de zorgverzekeraars aangewakkerd zou kunnen worden.

*Onderlinge concurrentiedruk voor medisch specialistische zorg in het algemeen*

112. De samenwerking tussen partijen is beperkt tot de complexe oncologische chirurgie en strekt zich niet uit naar de andere onderdelen van de medisch specialistische zorg. Daarom blijven partijen concurrentiedruk op elkaar uitoefenen op andere delen van hun zorgaanbod en de tarieven die aan de zorgverzekeraar worden berekend. Het feit dat de complexe oncologische behandelingen (deels) voor meerdere partijen behouden blijven voorkomt dat eventueel steeds meer onderling samenhangende zorgvormen het betreffende ziekenhuis verlaten. De effecten voor de mededinging op de medisch specialistische zorg in de regio in het algemeen blijven hierdoor beperkt.

*Concurrentiedruk van andere ziekenhuizen*

113. Gelet op het karakter van de informele zienswijze heeft ACM zelf geen onderzoek gedaan naar de omvang van de geografische markt en in welke mate andere zorgaanbieders concurrentiedruk op partijen uitoefenen. ACM stelt - op basis van de door partijen en verzekeraars aangeleverde informatie en eerdere besluitvorming van ACM<sup>76</sup> - vast dat er in

<sup>75</sup> Dit geldt voor de major resecties. Alle ziekenhuizen blijven de minder complexe leveroperaties zelf uitvoeren.

<sup>76</sup> Zie het ACM concentratiebesluit 13.1463.22/Stichting het Nederlands Kanker Instituut- Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis – Universitair Medisch Centrum Utrecht.



omliggende regio's andere ziekenhuizen overblijven die complexe oncologische chirurgie aanbieden. Zo vormen volgens partijen en verzekeraars het AVL en het AMC in Noord-Holland alternatieve ziekenhuizen. ACM acht het, mede gezien de relatief beperkte (extra) reistijd, aannemelijk dat deze ziekenhuizen buiten de regio Midden-Nederland potentiële alternatieven vormen indien de ziekenhuizen binnen de samenwerking minder goed zouden presteren. Dit geldt mede omdat er aanwijzingen zijn dat de reisbereidheid van patiënten voor dergelijke complexe behandelingen groter is dan voor meer reguliere ziekenhuiszorg.<sup>77</sup>

*Disciplinerende afnemersmacht door zorgverzekeraars*

114. Zilveren Kruis geeft aan in staat te zijn partijen te disciplineren. [VERTROUWELIJK]. Hoewel ACM dit niet heeft kunnen verifiëren, acht ze het niet onaannemelijk dat het Zilveren Kruis in staat is om partijen te disciplineren.
115. De disciplineringsmogelijkheden van zorgverzekeraars worden ook bepaald door de vraag of patiënten zich laten sturen naar eerder genoemde zorgaanbieders buiten de regio. Gezien de ernstige en ingrijpende aard van de betreffende behandelingen en omdat inderdaad een aantal alternatieve aanbieders beschikbaar is binnen een relatief beperkte (extra) reistijd (AVL, AMC en VUmc) bestaat bij patiënten mogelijk voldoende reisbereidheid. Dit geldt vooral als patiënten hiertoe gemotiveerd kunnen worden op basis van kwaliteit. Daarmee acht ACM het bestaan van concurrentiedruk van buiten de regio op de behandelingen binnen de samenwerking aannemelijk.

**Tussenconclusie**

116. ACM neemt aan dat de concurrentie in de regio Midden-Nederland op het gebied van complexe oncologische chirurgie wordt beperkt als gevolg van de afspraak tot specialisatie. Daar staat tegenover dat ook aannemelijk is dat er, mogelijk mede door de samenwerking tussen partijen, restconcurrentie overblijft op andere delen van het zorgaanbod. Daarnaast neemt ACM aan dat op het gebied van de complexe oncologische chirurgie zelf concurrentiedruk blijft bestaan van zorgaanbieders die aan de regio Midden-Nederland grenzen. Dit draagt ertoe bij dat ook het voortbestaan van disciplinerende afnemersmacht waarschijnlijk is.
117. Alles overwegende acht ACM het aannemelijk dat partijen ook na de afspraak tot specialisatie voldoende concurrentiedruk en disciplinerende afnemersmacht blijven ondervinden om de prijs/kwaliteitverhouding niet te laten verslechteren. Zoals hierboven al gesteld maakt dit het mede aannemelijk dat de beoogde kwaliteitswinst zich voordoet en dat een billijk aandeel van het voordeel terecht komt bij de gebruikers.

<sup>77</sup> Rapport The Boston Consultancy Group, mei 2010, *Kiezen voor kwaliteit*.



## **Conclusie**

118. Op grond van bovenstaande komt ACM tot de zienswijze dat het aannemelijk is dat de afspraak tot specialisatie van partijen op het gebied van de chirurgie van lever-, slokdarm-, maag- en alvleesklierkanker een mededingingsbeperking in de zin van art. 6 lid 1 Mw met zich meebrengt waarvan aannemelijk is dat deze is vrijgesteld onder art. 6 lid 3 Mw.
119. Ik wijs u erop dat de hier geschetste zienswijze een informeel karakter heeft. ACM heeft gelet op het informele karakter van deze zienswijze beperkt onderzoek gedaan en baseert haar conclusie op de door partijen en verzekeraars aangedragen informatie. De zienswijze bindt ACM niet en het staat haar te allen tijde vrij anders te oordelen, in het bijzonder wanneer nieuwe en/of andersluidende informatie dan die waarop deze zienswijze is gebaseerd beschikbaar wordt.
120. Daarnaast laat deze zienswijze onverlet dat andere nationale dan wel Europese wetgeving op de onderhavige situatie van toepassing kan zijn, en dat derhalve mogelijk één of meer andere instanties (eveneens) bevoegd kunnen zijn. Deze andere instanties zijn evenmin aan deze zienswijze gebonden en kunnen anders oordelen.

Datum: 15 juli 2016

Hoogachtend,

Autoriteit Consument en Markt  
namens deze,

w.g.

dr. B. Broers MBA  
Programmadirecteur Taskforce Zorg