

**Openbare* Zienswijze
vergunningaanvraag**

Stichting Zorggroep Noorderbreedte – Stichting Ziekenhuis De Tjongerschans

september 2011

* In deze openbare versie van de zienswijze zijn delen van de tekst vervangen of weggelaten om redenen 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.

Inhoud

1. Inleiding	5
1.1 Melding concentratie	5
1.2 Vergunningaanvraag concentratie	5
1.3 Leeswijzer	5
2. Achtergronden	7
2.1 Overzicht ziekenhuizen	7
2.2 Informatie over de partijen	7
2.2.1 Zorggroep Noorderbreedte en het MCL	7
2.2.2 De Tjongerschans	7
2.3 Samenwerkingsverbanden	7
3. De publieke belangen	9
3.1 Betaalbaarheid	9
3.1.1 De Option Demand-methode	9
3.1.2 De Logit Competition Index-methode	10
3.1.3 Efficiëntievoordelen en toetreding van concurrenten	10
3.1.4 De afnemersmacht van de zorgverzekeraars	11
3.1.5 De regierol van de zorgverzekeraars	12
3.2 Toegankelijkheid	13
3.2.1 De bereikbaarheid en beschikbaarheid	13
3.2.2 De zorgplicht	14
3.3 Kwaliteit	15
3.3.1 Inspectie voor de Gezondheidszorg	16
3.3.2 Zorgverzekeraar De Friesland	16
3.3.3 De NZa	17
4. Aanmerkelijke marktmacht	19
Bijlagen	21

1. Inleiding

1.1 Melding concentratie

Op 28 april 2010 heeft de Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) een melding ontvangen waarin is medegedeeld dat Stichting Zorggroep Noorderbreedte (hierna: Zorggroep Noorderbreedte) en Stichting Ziekenhuis De Tjongerschans (hierna: De Tjongerschans) voornemens zijn te fuseren, in de zin van artikel 27, eerste lid onder b, van de Mededingingswet. Zorggroep Noorderbreedte houdt alle aandelen in het kapitaal van het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL) dat een vestiging in Leeuwarden en in Harlingen heeft. De NMa heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hierover op 3 mei 2010 geïnformeerd.

De NZa heeft op grond van het samenwerkingsprotocol tussen de NMa en de NZa ten aanzien van de gemelde concentratie op 1 september 2010 een zienswijze afgegeven. De conclusie van die zienswijze is dat de NZa niet kan uitsluiten dat de voorgenomen concentratie nadelige gevolgen heeft voor de publieke belangen op (delen van) de markten voor klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg in de provincie Friesland. In dat verband heeft de NZa in haar eerstefasezienswijze aan de NMa geadviseerd om de mogelijke gevolgen van de concentratie nader te onderzoeken in een vergunningsfase. De NMa heeft op 6 september 2010 besloten dat voor het tot stand brengen van de concentratie een vergunning is vereist.

1.2 Vergunningaanvraag concentratie

Op 17 maart 2011 heeft de NMa een vergunningaanvraag in de zin van artikel 42 van de Mededingingswet ontvangen ten aanzien van de voorgenomen concentratie van Zorggroep Noorderbreedte en De Tjongerschans. De NMa heeft hierover op 21 maart 2011 de NZa geïnformeerd. De NZa geeft hierbij op grond van artikel 17 van het Samenwerkingsprotocol tussen de NMa en de NZa een zienswijze over deze vergunningaanvraag voor de concentratie van Zorggroep Noorderbreedte en De Tjongerschans (hierna: de fusie).

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 van deze zienswijze wordt ingegaan op de positie van de betrokken ziekenhuizen. In hoofdstuk 3 van deze zienswijze staan de mogelijke effecten van de fusie voor de publieke belangen; betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit centraal. Hoofdstuk 4 van deze zienswijze bevat een toelichting op de bevoegdheid van de NZa ten aanzien van aanmerkelijke marktmacht.

2. Achtergronden

2.1 Overzicht ziekenhuizen

In 2011 zijn er in de provincie Friesland vijf ziekenhuizen. Naast het MCL met vestigingen in Leeuwarden en Harlingen¹ en De Tjongerschans met vestigingen in Heerenveen en Lemmer² zijn dit Ziekenhuis Nij Smellinghe in Drachten³, het Antonius Ziekenhuis in Sneek⁴ en Ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum⁵.

Het gaat daarbij niet om vijf vergelijkbare ziekenhuizen. De verschillen tussen de ziekenhuizen komen op diverse manieren tot uitdrukking. Zo zijn er uitgedrukt in het aantal beschikbare bedden of geleverde productie capaciteitsverschillen tussen de ziekenhuizen. Daarbij geldt dat het MCL veruit de grootste en De Tjongerschans een middelgrote aanbieder is. Ook wanneer wordt gekeken naar de aard en omvang van het zorgaanbod zijn de ziekenhuizen in de provincie Friesland niet allemaal vergelijkbaar. Zo levert het MCL zowel topklinische als algemene ziekenhuiszorg, terwijl Ziekenhuis De Sionsberg slechts een relatief beperkt aanbod van algemene ziekenhuiszorg aanbiedt. Daarnaast geldt dat anders dan de andere ziekenhuizen zowel het MCL als De Tjongerschans op dit moment over meerdere vestigingen in de provincie Friesland beschikken.

2.2 Informatie over de partijen

2.2.1 Zorggroep Noorderbreedte en het MCL

Zorggroep Noorderbreedte biedt een breed scala aan zorg aan. Het gaat daarbij om klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg en topklinische ziekenhuiszorg die door het MCL met een vestiging in Leeuwarden en in Harlingen wordt aangeboden. Daarnaast worden via B.V. Bariatrisch Centrum Leeuwarden ook bariatrische chirurgische ingrepen verzorgd en worden laboratoriumdiensten via Stichting Klinisch Laboratorium Leeuwarden verricht. Ook ontplooit Zorggroep Noorderbreedte activiteiten op het gebied van de intra- en extramurale AWBZ- en Wmo-gefinancierde zorg in het midden van de provincie Friesland.

2.2.2 De Tjongerschans

De Tjongerschans biedt met een vestiging in Heerenveen en in Lemmer klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg aan. Net als in de eerstefasezienswijze staan in deze zienswijze de mogelijke effecten van de fusie op het gebied van algemene ziekenhuiszorg centraal.

2.3 Samenwerkingsverbanden

Tussen diverse ziekenhuizen in de provincie Friesland bestaan op dit moment bepaalde (intensieve) samenwerkingsverbanden.⁶ Zo is er het

¹ 700 beschikbare bedden.

² 221 beschikbare bedden.

³ 339 beschikbare bedden.

⁴ 304 beschikbare bedden.

⁵ 138 beschikbare bedden.

⁶ Zie bijvoorbeeld: www.oogartsenfriesland.nl.

samenwerkingsverband van de drie ziekenhuizen die nabij de autosnelweg A7 liggen. Dit betreft het Antonius Ziekenhuis in Sneek, de vestiging van De Tjongerschans in Heerenveen en Ziekenhuis Nij Smellinghe in Drachten (hierna: de A7 ziekenhuizen).⁷ Het doel van deze samenwerking is volgens de A7 ziekenhuizen de kwaliteit van de behandeling van onder andere borstkanker, spataderen en laboratoriumonderzoek te vergroten.⁸ Naast samenwerkende ziekenhuizen zijn er samenwerkingsverbanden van bepaalde (maatschappen van) medisch specialisten. Zo zijn er bijvoorbeeld de Friese maatschap van longartsen⁹, de Friese maatschap van reumatologen¹⁰ en is er de samenwerking van plastische chirurgen uit de ziekenhuizen in Leeuwarden, Drachten, Dokkum en een privékliniek in Heerenveen. Daarnaast is eerder dit jaar de ziekenhuisoverstijgende maatschap Urologie Zuid-Friesland opgericht.¹¹

⁷ Voor meer informatie zie: www.nijsmellinghe.nl/ns/view/610 en <http://www.nijsmellinghe.nl/196/spatadercentrum-polikliniek>.

⁸ Voor meer informatie zie: www.nijsmellinghe.nl/ns/view/610; www.antonius-fri.nl/showpage.asp?steID=1&item=2916&searching=afspraken.

⁹ www.frieselongartsen.nl/home/Historie.html.

¹⁰ www.reumafriesland.nl.

¹¹ <http://www.grootsneek.nl/13009/antonius-ziekenhuis-sneek-opent-niersteencentrum/>.

3. De publieke belangen

In dit hoofdstuk staan de publieke belangen: betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit centraal. Daarbij geeft de NZa achtereenvolgens aan wat de mogelijke effecten van de fusie van het MCL en De Tjongerschans op het gebied van de betaalbaarheid (3.1), de toegankelijkheid (3.2) en kwaliteit (3.3) zijn.

3.1 Betaalbaarheid

De NZa heeft in de eerstefasezienswijze ten aanzien van de fusie van het MCL en De Tjongerschans aangegeven in een eventuele vergunningsfase een aantal econometrische methoden in te zetten om nader te bepalen wat de effecten van de fusie van het MCL en De Tjongerschans kunnen zijn. In dat kader beschikt de NZa over, in samenwerking met de NMa ontwikkelde, econometrische methoden. Het gaat daarbij om de Option Demand-methode en de Logit Competition Index-methode. Hierna wordt in de paragrafen 3.1.1 tot en 3.1.3 toegelicht wat deze methoden behelzen en wat de uitkomst is van toepassing van de modellen bij de beoordeling van de fusie van het MCL en De Tjongerschans. Bij de betaalbaarheid speelt de afnemersmacht van en de regierol van de zorgverzekeraars een rol. De observaties van de NZa ten aanzien van deze punten bij de fusie van het MCL en De Tjongerschans worden hierna in paragraaf 3.1.3 respectievelijk 3.1.4 weergegeven.

3.1.1 De Option Demand-methode

De Option Demand-methode houdt rekening met het verzekeringsaspect van ziekenhuiszorg. Een zorgverzekering biedt behalve een vergoeding van de verwachte zorgkosten ook de mogelijkheid tot keuze uit verschillende zorgaanbieders, het betreft daarmee als het ware een optie op zorg. Hoe groter het gecontracteerde zorgaanbod van een zorgverzekeraar is, hoe aantrekkelijker zijn polissen voor de consumenten zijn. De Option Demand-methode vertaalt patiëntenvoorkeuren naar de bereidheid tot betalen voor het opnemen van een ziekenhuis in het gecontracteerde zorgaanbod van zorgverzekeraars. Deze bereidheid tot betalen wordt uitgedrukt in de zogenaamde Willingness-to-Pay (hierna: WTP). De WTP wordt gezien als een maatstaf van de onderhandelingsmacht ten aanzien van de prijzen die een ziekenhuis aan zorgverzekeraars kan vragen. Een nadere toelichting op de werking van de Option Demand-methode en de WTP is opgenomen in bijlage 1 bij deze zienswijze. In bijlage 2 bij deze zienswijze wordt toegelicht hoe de NZa de Option Demand-methode en de WTP inzet om te bepalen welke mogelijke effecten de fusie van het MCL en De Tjongerschans voor de betaalbaarheid van de algemene ziekenhuiszorg heeft. Hierna worden de uitkomsten daarvan samengevat weergegeven. Daarbij wordt een onderverdeling gemaakt tussen klinische en de niet-klinische algemene ziekenhuiszorg.

Op de markt voor algemene klinische ziekenhuiszorg geldt dat toepassing van de Option Demand-methode indiceert dat de gefuseerde entiteit (het MCL en De Tjongerschans samen) een prijsstijging van 3,0% door zou kunnen voeren. Wanneer wordt gekeken naar de gevolgen van de fusie voor ieder van de twee ziekenhuizen afzonderlijk, indiceert toepassing van de Option Demand-methode het volgende beeld. De fusie kan volgens het model op de markt voor algemene klinische

ziekenhuiszorg een prijsstijging van 2,4% voor het MCL en een prijsstijging van 4,7% voor De Tjongerschans teweeg brengen.

Op de markt voor algemene niet-klinische ziekenhuiszorg geldt dat toepassing van de Option Demand-methode indiceert dat de gefuseerde entiteit (het MCL en De Tjongerschans samen) een prijsstijging van 2,7% door zou kunnen voeren. Wanneer wordt gekeken naar de gevolgen van de fusie voor ieder van de twee ziekenhuizen afzonderlijk, indiceert toepassing van de Option Demand-methode het volgende beeld. De fusie kan volgens het model op de markt voor algemene niet-klinische ziekenhuiszorg een prijsstijging van 2,1% voor het MCL en een prijsstijging van 4,2% voor De Tjongerschans teweeg brengen. Een nadere toelichting op de effectanalyse zoals die aan de hand van de Option Demand-methode is verricht, is opgenomen in bijlage 2 bij deze zienswijze.

3.1.2 De Logit Competition Index-methode

De Logit Competition Index-methode (LOCI) is een methode die ziekenhuiszorg modelleert waarbij de concurrentie tussen de zorgaanbieders wordt bepaald door de overlap van het productaanbod van de verschillende zorgaanbieders in de diverse segmenten. De concurrentiepositie van elk ziekenhuis wordt daarbij gekarakteriseerd door een index, de LOCI, die tussen de 0 (bij een monopolie) en 1 (bij perfecte concurrentie) ligt. Een nadere toelichting op de werking van de LOCI-methode is opgenomen in bijlage 1 bij deze zienswijze. In bijlage 2 bij deze zienswijze wordt toegelicht hoe de NZa de LOCI-methode inzet om te bepalen welke mogelijke effecten de fusie van het MCL en De Tjongerschans voor de betaalbaarheid van de algemene ziekenhuiszorg heeft. Hierna worden de uitkomsten daarvan samengevat weergegeven. Daarbij wordt een onderverdeling gemaakt tussen klinische en de niet-klinische algemene ziekenhuiszorg.

Op de markt voor algemene klinische ziekenhuiszorg geldt dat toepassing van de LOCI-methode indiceert dat de gefuseerde entiteit (het MCL en De Tjongerschans samen) een prijsstijging van 3,3% door zou kunnen voeren. Wanneer wordt gekeken naar de gevolgen van de fusie voor ieder van de twee ziekenhuizen afzonderlijk, indiceert toepassing van de LOCI-methode het volgende beeld. De fusie kan volgens het model op de markt voor algemene klinische ziekenhuiszorg een prijsstijging van 2,1% voor het MCL en een prijsstijging van 7,0% voor De Tjongerschans teweeg brengen.

Op de markt voor algemene niet-klinische ziekenhuiszorg geldt dat toepassing van de LOCI-methode indiceert dat de gefuseerde entiteit (het MCL en De Tjongerschans samen) een prijsstijging van 3,8% door zou kunnen voeren. Wanneer wordt gekeken naar de gevolgen van de fusie voor ieder van de twee ziekenhuizen afzonderlijk, indiceert toepassing van de LOCI-methode het volgende beeld. De fusie kan volgens het model op de markt voor algemene niet-klinische ziekenhuiszorg een prijsstijging van 2,7% voor het MCL en een prijsstijging van 7,0% voor De Tjongerschans teweeg brengen. Een nadere toelichting op de effectanalyse zoals die aan de hand van de LOCI-methode is verricht, is opgenomen in bijlage 2 bij deze zienswijze.

3.1.3 Efficiëntievoordelen en toetreding van concurrenten

In veel gevallen geven de fuserende partijen als reden voor hun fusie dat als gevolg van hun fusie binnen een bepaalde termijn efficiency- en synergievoordelen zullen worden behaald. Het MCL en De Tjongerschans

hebben niet inzichtelijk gemaakt welke efficiëntie- en synergievoordelen zij precies met de fusie gaan behalen. Daarom heeft de NZa dit niet als zodanig meegewogen bij de toepassing van de LOCI-methode en WTP-methode, zoals beschreven in paragraaf 3.1.1 en 3.1.2 van deze zienswijze. Daarnaast wordt geen rekening gehouden met mogelijk toekomstige toe- en/of uitreding van concurrenten. Ten aanzien van toetreding van concurrenten op het gebied van algemene niet-klinische ziekenhuiszorg, wordt aangetekend dat het Antonius Ziekenhuis van plan zou zijn een polikliniek te openen in Lemmer.¹² Het is voor de NZa nog niet duidelijk welke algemene niet-klinische ziekenhuiszorg het Antonius Ziekenhuis in het kader van dit plan aan zal bieden in de polikliniek in Lemmer. Ook is de NZa op dit moment nog niet duidelijk op welke termijn het plan zal worden geïmplementeerd. Gegeven deze omstandigheden is bij de inzet van de LOCI-methode en WTP-methode ten aanzien van de niet-klinische algemene ziekenhuiszorg geen rekening gehouden met de mogelijke implementatie van dit plan van het Antonius Ziekenhuis.

3.1.4 De afnemersmacht van de zorgverzekeraars

Als toegelicht in hoofdstuk 2 van deze zienswijze leidt de fusie niet alleen tot de afname van het aantal ziekenhuizen, maar zullen het MCL en De Tjongerschans een concern vormen dat aanzienlijk groter is dan de overige ziekenhuizen in de provincie Friesland. Als gevolg van de voorgenomen fusie zal de positie van de zorgverzekeraars ten opzichte van het MCL en De Tjongerschans dan ook wijzigen.

In de eerstefasezienswijze heeft de NZa aangegeven niet te kunnen uitsluiten dat de voorgenomen fusie van het MCL en De Tjongerschans nadelige effecten heeft voor de betaalbaarheid van de klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg. Als toegelicht in de voorgaande paragrafen geeft de toepassing van econometrische modellen aan dat voor klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg een prijsstijging niet kan worden uitgesloten.

Tegen een sterke positie van een zorgaanbieder kan afnemersmacht van zorgverzekeraars onder bepaalde omstandigheden tegenwicht bieden.¹³ De grootste zorgverzekeraars in de provincie Friesland zijn Zorgverzekeraar De Friesland en Zorgverzekeraar Achmea (hierna: De Friesland en Achmea).¹⁴ Op 1 juni 2011 hebben deze zorgverzekeraars van de NMa goedkeuring voor hun fusie gekregen. De Friesland geeft aan ook na deze fusie voor zeker vijf jaar als aparte divisie binnen Achmea een grote mate van autonomie te behouden.¹⁵ Daarnaast geldt dat De Friesland onlangs heeft bevestigd dat dit betekent dat De Friesland apart blijft onderhandelen met ziekenhuizen waar het gaat om de inkoop van zorg in het B-segment.¹⁶ Het B-segment bedraagt op dit moment circa 33% van alle ziekenhuiszorg en zal per 1 januari 2012 worden uitgebreid naar circa 70%.

Het gezamenlijke inkoopandeel van De Friesland en Achmea in de Friese ziekenhuizen is gemiddeld 70-80%.¹⁷ Het gegeven dat De

¹² Medisch Contact, 'Sneker ziekenhuis start polikliniek in Lemmer', 23 augustus 2011.

¹³ Besluit van de NMa, 15 juli 2004, zaak 3897 (Ziekenhuis Hilversum-Ziekenhuis Gooi-Noord).

¹⁴ Op de zorgverzekeringsmarkt geldt dat De Friesland wanneer wordt gekeken naar de provincie Friesland een marktaandeel van ongeveer [60-70]%, Zorgverzekeraar Achmea heeft een marktaandeel van ongeveer [10-20]%.
¹⁵ Zie <http://www.defriesland.nl/over-de-friesland/actueel/nieuwsoverzicht/nadere-informatie-fusie.aspx>.

¹⁶ NMa gespreksverslag 25 augustus 2011.

¹⁷ Besluit van de Raad van Bestuur NMa 1 juni 2011 in zaak 7051 (Eureko – De Friesland), randnummer 39.

Friesland (samen met Achmea) in de provincie Friesland als de grootste zorgverzekeraar over een fors marktaandeel beschikt, brengt niet direct met zich dat De Friesland (samen met Achmea) ook afnemersmacht kan uitoefenen. Op dit punt merkt de NZa het volgende op. Allereerst geven De Friesland en Achmea aan dat de vertrouwensrelatie tussen de verzekerde en het ziekenhuis (nog altijd) sterker is dan de relatie tussen de verzekerde en de zorgverzekeraar. Dit vormt, aldus partijen, een belangrijke beperking in de onderhandelingsmacht van de zorgverzekeraars ten opzichte van de ziekenhuizen.¹⁸ Ten tweede geldt dat De Friesland en Achmea ten aanzien van hun onderhandelingsmacht aangeven veel negatieve aandacht te krijgen indien zorgverzekeraars keuzevrijheid van verzekerden inperken.¹⁹ Ten derde geldt volgens De Friesland en Achmea dat een zorgverzekeraar afhankelijk is van ziekenhuizen om aan zijn verplichtingen uit de verzekeringsovereenkomst te kunnen voldoen dan wel, aan de op hem rustende zorgplicht.²⁰

In de huidige (Friese) zorgmarkt waar, aldus De Friesland en Achmea, geen sprake is van overcapaciteit bij aanbieders, impliceert een hoog marktaandeel en een bijbehorend hoog inkoopvolume namelijk ook afhankelijkheid.²¹ Des te meer verzekerden, des te groter de afhankelijkheid. De Friesland en Achmea geven aan dat zij het zich niet kunnen permitteren geen contract af te sluiten met ziekenhuizen waarvan vele verzekerden zorg afnemen. Op het moment dat er geen (volwaardige) alternatieven voorhanden zijn, kan een zorgverzekeraar, aldus De Friesland en Achmea, geen inkoopmacht uitoefenen.²²

Een belangrijke voorwaarde voor het uitoefenen van inkoopmacht is, dat de zorgverzekeraars voldoende mogelijkheden hebben patiëntenstromen te geleiden naar reële alternatieven. Over deze mogelijkheid voor De Friesland en andere zorgverzekeraars heeft de NZa, in het kader van de fusie van De Friesland en Achmea op 31 mei 2011, een zienswijze aan de NMa gegeven.²³ De NZa heeft geen reden om aan te nemen dat de mogelijkheden voor De Friesland en andere zorgverzekeraars om in geval van een mogelijke prijsverhoging bij de betrokken ziekenhuizen de patiëntenstromen te kunnen sturen naar andere ziekenhuizen in wezenlijke mate is gewijzigd.

3.1.5 De regierol van de zorgverzekeraars

De Friesland heeft aangekondigd dat onder haar regie een behoorlijke wijziging in het zorgaanbod in de provincie Friesland tot stand zal komen.²⁴ De Friesland wijst daarbij op de ontwikkeling dat door vergrijzing en ontgroening in de provincie Friesland de zorgvraag sterker zal stijgen dan gemiddeld en de zorgvraag ook zal veranderen van karakter. Door de huidige inrichting van de zorg in de provincie Friesland is het volgens De Friesland moeilijk om goed op deze veranderingen in te spelen. [Vertrouwelijk]. De Friesland heeft in dit kader het plan

¹⁸ Besluit van de Raad van Bestuur NMa 1 juni 2011 in zaak 7051 (Eureko – De Friesland) randnummer 51.

¹⁹ Besluit van de Raad van Bestuur NMa 1 juni 2011 in zaak 7051 (Eureko – De Friesland) randnummer 51.

²⁰ Besluit van de Raad van Bestuur NMa 1 juni 2011 in zaak 7051 (Eureko – De Friesland) randnummer 51.

²¹ Besluit van de Raad van Bestuur NMa 1 juni 2011 in zaak 7051 (Eureko – De Friesland) randnummer 51.

²² Besluit van de Raad van Bestuur NMa 1 juni 2011 in zaak 7051 (Eureko – De Friesland) randnummer 51 e.v..

²³ NZa zienswijze vergunningaanvraag ten aanzien van de concentratie van Eureko B.V. en De Friesland Coöperatie U.A., 31 mei 2011.

²⁴ NRC Handelsblad, 4 juni 2011 en NMa gespreksverslag 25 augustus 2011.

“Friesland Voorop” opgesteld. Dit betreft een plan van De Friesland dat is opgesteld voor de fusie tussen De Friesland en Achmea. Ten aanzien van de fusie tussen De Friesland en Achmea is aangegeven dat De Friesland voor zeker vijf jaar een grote mate van autonomie behoudt en dat de fusie geen invloed heeft op het beleid en alle trajecten die zijn gestart.²⁵

Door middel van het plan ‘Friesland Voorop’ beoogt De Friesland de volgende doelstellingen te bereiken: [Vertrouwelijk]. Om het plan ‘Friesland Voorop’ te laten slagen, is volgens de Friesland nodig dat de betrokkenen een ‘commitment’ uitspreken.²⁶ Over de relatie tussen de fusie van het MCL en De Tjongerschans en de implementatie van (stappen uit) het plan ‘Friesland Voorop’ geeft De Friesland aan dat de fusie behulpzaam is. Dit omdat volgens De Friesland door de fusie er een partij minder zal zijn die apart aan (de stappen van) het plan ‘Friesland Voorop’ dient deel te nemen. Het MCL en De Tjongerschans hebben niet aangegeven dat (de stappen van) het plan ‘Friesland Voorop’ slechts door middel van een fusie is te implementeren. Het is de NZa, mede gelet op deze punten, niet gebleken dat de fusie van het MCL en De Tjongerschans noodzakelijk is om (stappen uit) het plan ‘Friesland Voorop’ te kunnen gaan realiseren.

3.2 Toegankelijkheid

Onder de toegankelijkheid van de zorg verstaat de NZa de bereikbaarheid, de beschikbaarheid (continuïteit) en de financiële toegankelijkheid van de zorg. De financiële toegankelijkheid van de klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg is bij het onderdeel betaalbaarheid in deze zienswijze aan de orde gekomen. Hierna wordt ingegaan op de gevolgen voor de bereikbaarheid en de beschikbaarheid van de algemene ziekenhuiszorg (paragraaf 3.2.1). Vervolgens wordt ingegaan op de zorgplicht die op grond van de Zorgverzekeringswet op de zorgverzekeraars rust (paragraaf 3.2.2).

3.2.1 De bereikbaarheid en beschikbaarheid

In de eerstefasezienswijze heeft de NZa ten aanzien van toegankelijkheid toegelicht dat door de fusie de partijen samen het grootste ziekenhuisconcern van de provincie Friesland zullen vormen. Ondanks het streven van partijen om na de fusie volwaardige, zelfstandige en grotendeels autonoom opererende ziekenhuizen in stand te houden, tekent de NZa aan dat dit onverlet laat dat:

- de partijen na de fusie de mogelijkheid hebben (alsnog) te besluiten (een deel van) het zorgaanbod op een bepaalde locatie binnen het concern te concentreren, één of meerdere vestigingen van het concern te sluiten of bepaalde zorg in het geheel niet meer aan te bieden. Deze mogelijkheden kunnen mogelijk negatieve gevolgen hebben voor de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg;
- de keuzevrijheid van patiënten mogelijk door de fusie nadelig kunnen worden beïnvloed. Patiënten die willen kiezen voor een met het concern van het MCL en De Tjongerschans concurrerend ziekenhuis zouden kunnen worden geconfronteerd met een langere reistijd dan waarmee zij voor de fusie te maken hebben.

In de vergunningfase heeft De Friesland aangegeven de bereikbaarheid van kwalitatief goede zorg te zullen borgen.²⁷ Indien de zorgverzekeraar

²⁵ Persbericht De Friesland te raadplegen via: <http://www.defriesland.nl/over-de-friesland/actueel/nieuwsoverzicht/nadere-informatie-fusie.aspx>.

²⁶ NMa gespreksverslag 25 augustus 2011.

²⁷ NMa gespreksverslag 25 augustus 2011.

ziet dat door de keuze voor kwalitatief goede zorg deze zorg niet goed bereikbaar zou worden, dan zal er voor betere kwaliteit bij een bereikbare speler worden gezorgd, aldus De Friesland.²⁸ De Friesland geeft daarbij aan dat zij dus ofwel de kwaliteit zal laten verbeteren ofwel de zorg zal laten concentreren daar waar de kwaliteit wel goed is.

3.2.2 De zorgplicht

Op de zorgverzekeraar rust op grond van artikel 11 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) een zorgplicht. Dit brengt met zich mee dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden verplicht is om het in de Zorgverzekeringswet te verzekeren risico (de zorg) te leveren dan wel te vergoeden.²⁹ Meer in het bijzonder wordt onder de zorgplicht verstaan de verplichting er voor te zorgen dat een verzekerde de zorg, of vergoeding van de kosten van zorg alsmede desgevraagd zorgbemiddeling krijgt waar hij of zij behoefte aan en wettelijk aanspraak op heeft. Het gaat hierbij niet alleen om de inhoud en omvang van de (vergoeding van) zorg, maar ook om tijdigheid, bereikbaarheid en de kwaliteit van de verzekerde zorg.³⁰ Het inkopen van zorg is een belangrijk instrument voor zorgverzekeraars om te waarborgen dat er voldoende zorg beschikbaar is voor verzekerden. Daarnaast biedt zorginkoop de mogelijkheid om invloed uit te oefenen op de prijs en kwaliteit van de geboden zorg. Een zorgverzekeraar vormt de kern van het zorgstelsel en speelt een belangrijke rol bij kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg. De zorgplicht zorgt ervoor dat zorgverzekeraars zich bij het zorginkoopproces niet geheel onafhankelijk kunnen opstellen.³¹ De NZa ziet erop toe dat zorgverzekeraars hun zorgplicht naleven.

Om toe te kunnen zien op de naleving van de zorgplicht heeft de NZa het noodzakelijk gevonden de zorgplicht te concretiseren waarbij zij de publieke belangen centraal stelt. Deze concretisering heeft geleidelijk plaatsgevonden sinds de inwerkingtreding van de Zvw.³² Op 16 juni 2011 heeft de NZa de 'Beleidsregel Toezichtskader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw)' gepubliceerd. Met het toezichtskader zorgplicht maakt de NZa duidelijk waar zij zorgverzekeraars op toetst in haar toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw. De NZa stelt in de beleidsregel geen nieuwe verplichtingen voor de zorgverzekeraars ten aanzien van de zorgplicht vast. Wel geeft de NZa een overzicht van de normen en verplichtingen die door veldpartijen zelf, en instanties als het ministerie van VWS en de Inspectie voor de Gezondheidszorg zijn opgesteld.

Met het kader geeft de NZa ook aan waar consumenten recht op hebben. Het is van belang dat verzekerden inzicht hebben in wat zij van hun zorgverzekeraar mogen verwachten als het gaat om goede, betaalbare en tijdige zorg. Consumenten kunnen hun zorgverzekeraar dan gericht aanspreken op zijn zorgplicht.³³ Zo moeten zorgverzekeraars zorg van goede kwaliteit inkopen. De zorg moet goed bereikbaar zijn voor de verzekerden, spoedeisende hulp moet snel beschikbaar zijn. Voor specialistische behandelingen mag de zorgverzekeraar consumenten

²⁸ NMa gespreksverslag 25 augustus 2011.

²⁹ De zorgplicht van een zorgverzekeraar beperkt zicht derhalve tot de basisverzekering en betreft niet de aanvullend verzekerde zorg.

³⁰ Zie het NZa rapport, 'Naleving zorgplicht bij en door zorginkoop', februari 2010 en de NZa, 'Beleidsregel Toezichtskader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw)'.

³¹ Zie ook de NZa zienswijze vergunningaanvraag ten aanzien van de concentratie van Eureka B.V. en De Friesland Coöperatie U.A., 31 mei 2011, paragraaf 4.2.

³² NZa, 'Beleidsregel Toezichtskader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw)', p. 6.

³³ <http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/NZa-verduidelijkt-zorgplicht-verzekeraars/>.

naar een aanbieder verder weg verwijzen. Ook hebben verzekerden recht op tijdige hulp, er zijn normen vastgesteld voor wachttijden. Bij lange wachttijden kunnen consumenten zorgverzekeraars daarop aanspreken.³⁴

Als een verzekerde behoefte heeft aan bepaalde zorg, moet de zorgverzekeraar bemiddelen om te regelen dat hij deze krijgt. Dat geldt niet alleen voor verzekerden met een naturapolis (waarbij de zorgverzekeraar aanbieders contracteert) maar ook bij een restitutiepolis (waarbij een verzekerde zelf kiest naar welke aanbieder hij wil).³⁵

Als toegelicht in de zienswijze van de NZa ten aanzien van de fusie van Achmea en De Friesland, geldt de zorgplicht voor De Friesland en Achmea ook na hun fusie onverminderd. Zorgverzekeraars kunnen het zich niet permitteren de zorgplicht niet na te leven, of onvoldoende in te vullen.³⁶ Dit omdat, ten eerste, de zorgplicht hun wettelijke plicht is, en ten tweede, omdat verzekerden kunnen overstappen naar een andere zorgverzekeraar als zij ontevreden zijn over bijvoorbeeld de wijze waarop hun zorgverzekeraar de zorgplicht vervult en dat in de praktijk ook in toenemende mate doen.³⁷

De meeste verzekerden bij De Friesland hebben een naturapolis. Bij een naturapolis kan men terecht bij de zorgverleners waar de zorgverzekeraar afspraken mee heeft gemaakt. Wanneer er geen afspraak is tussen zorgverzekeraar en zorgverlener kan het zijn dat de verzekerden een deel van de kosten zelf moeten betalen. Bij prestaties die in natura worden aangeboden gaat de zorgplicht van de zorgverzekeraars een stap verder. De zorgverzekeraar heeft een resultaatsverplichting tot het (laten) leveren van zorg en moet waarborgen dat er voldoende zorg beschikbaar is voor zijn verzekerden zodat zij de zorg krijgen waar zij behoefte aan hebben.³⁸ Bij deze polis wordt een proactieve houding van de zorgverzekeraar ten aanzien van de zorgplicht verwacht. Als er schaarste aan zorg dreigt, doordat bijvoorbeeld een aanbieder failliet dreigt te gaan, moet de zorgverzekeraar bij een naturapolis proactief alternatieven voor zijn verzekerden achter de hand houden. De zorgverzekeraar moet daartoe proactief beleid hebben ontwikkeld zodat de tijdigheid en bereikbaarheid van de zorgverlening aan zijn verzekerden blijft gewaarborgd. Eerst wanneer de zorgverzekeraar proactief op zoek is gegaan naar vervangende aanbieders, maar er aantoonbaar op geen enkele wijze een andere zorgaanbieder is te vinden die de verzekerde zorg kan overnemen, kan van een zorgverzekeraar niet worden verlangd dat hij toch regelt dat zijn verzekerden die zorg ontvangen.³⁹

3.3 Kwaliteit

In deze paragraaf wordt nader ingegaan op de effecten van de fusie van het MCL en De Tjongerschans op het gebied van de kwaliteit van de algemene ziekenhuiszorg. Daarbij wordt ingegaan op de visie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (paragraaf 3.3.1), zorgverzekeraar De Friesland (paragraaf 3.3.2) en de observaties van de NZa (paragraaf 3.3.3).

³⁴ <http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/NZa-verduidelijkt-zorgplicht-verzekeraars/>.

³⁵ <http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/NZa-verduidelijkt-zorgplicht-verzekeraars/>.

³⁶ NZa rapport 'Naleving zorgplicht bij en door zorginkoop', februari 2010.

³⁷ NZa zienswijze vergunningaanvraag ten aanzien van de concentratie van Eureko B.V. en De Friesland Coöperatie U.A., 31 mei 2011.

³⁸ Memorie van Toelichting Zvw, p. 28.

³⁹ NZa 'Beleidsregel Toezichtskader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw)', p. 26 en p. 27.

3.3.1 Inspectie voor de Gezondheidszorg

Conform de afspraken tussen de NMa, de NZa en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft de NZa de IGZ gevraagd of de IGZ een zienswijze wenst te geven over de gevolgen van deze fusie voor de kwaliteit van de zorg. De IGZ heeft aangegeven in de vergunningfase een zienswijze af te willen geven. Op 17 augustus 2011 heeft de IGZ haar zienswijze aan de NZa gegeven.

In die zienswijze geeft de IGZ aan, in het belang van de burger en op basis van een onafhankelijk oordeel, te waken over de kwaliteit van zorg. Zij ziet er zodoende op toe dat zorgaanbieders zorg verlenen die aan minimumkwaliteitseisen voldoet en doet dit op basis van risicogestuurd toezicht.

De IGZ geeft aan dat haar bevindingen een retrospectief karakter hebben en gebaseerd zijn op kwaliteitsinformatie of toezichtsbezoeken uit het verleden (2010 tot juli 2011). De IGZ geeft daarbij aan dat een prospectieve uitspraak over de kwaliteit van zorg voor de IGZ niet mogelijk is.

Op basis van diverse informatiebronnen beoordeelt de IGZ of de veiligheid van de patiënt of cliënt in het geding is. De signalen met betrekking tot (mogelijke) risico's voor verantwoorde zorg zijn afkomstig van de drie werkwijzen van de IGZ; gefaseerd toezicht (toezicht op basis van zorginhoudelijke indicatoren), thematisch toezicht (toezicht rond een specifiek thema) en incidententoezicht (toezicht naar aanleiding van een melding door een zorgaanbieder of burger). Indien de IGZ bij een van de vormen constateert dat de minimumnormen voor verantwoorde zorg onvoldoende geborgd zijn, treft de IGZ maatregelen.

Samengevat komen de bevindingen van de IGZ ten aanzien van de fusie tussen het MCL en De Tjongerschans neer op de volgende. De verzamelde informatie uit het gefaseerd toezicht, het thematisch toezicht en het incidententoezicht is voor de IGZ geen reden om te veronderstellen dat de veiligheid van patiëntenzorg in het geding is. Ook in het verleden is er geen sprake geweest van verscherpt toezicht bij het MCL dan wel De Tjongerschans, evenmin van bestuursrechtelijke maatregelen. De IGZ signaleert wel enkele aandachtspunten die van belang zijn om verantwoorde zorg in de twee ziekenhuizen te blijven borgen. Deze aandachtspunten zijn reeds grotendeels met de betreffende bestuurders besproken en zullen tevens aan de orde komen in de jaargesprekken van de IGZ aankomend najaar, aldus de IGZ.

3.3.2 Zorgverzekeraar De Friesland

Ten aanzien van de kwaliteit geeft zorgverzekeraar De Friesland aan dat zij verwacht dat de kwaliteit in De Tjongerschans toe zal nemen door de samenwerking met een topklinisch ziekenhuis als het MCL. Ook omdat de zorgverzekeraar meer aan de hand van kwaliteitsindicatoren wil gaan inkopen worden ziekenhuizen volgens De Friesland geprikkeld om hoge kwaliteit te leveren om een hoger volume te kunnen bedingen bij de onderhandelingen. Zodoende acht De Friesland de kans op kwaliteitsverlaging na de voorgenomen fusie niet groot. Daarbij geeft de zorgverzekeraar aan dat het wel van belang is dat er voldoende alternatieven zijn en dat die alternatieven beschikken over voldoende capaciteit.⁴⁰

⁴⁰ NMa gespreksverslag 25 augustus 2011.

Daarnaast geeft De Friesland aan dat haar zicht op kwaliteit beter wordt. Indien de zorgverzekeraar ziet dat door de keuze voor kwalitatief goede zorg, deze zorg niet goed bereikbaar zou worden zal er voor worden gezorgd dat betere kwaliteit bij een bereikbare aanbieder wordt geleverd, aldus De Friesland.⁴¹ De Friesland geeft daarbij aan dat zij dus ofwel de kwaliteit zal laten verbeteren, ofwel door middel van zorginkoop de zorg zal laten concentreren daar waar de kwaliteit wel goed is.

3.3.3 De NZa

In de eerstefasezienswijze heeft de NZa aangegeven dat het op basis van de beschikbare informatie niet duidelijk is of en in hoeverre de beoogde kwaliteitsverbeteringen, waarvoor volgens het MCL en De Tjongerschans de voorgenomen fusie noodzakelijk is, niet evenzeer met minder vergaande samenwerkingsvormen tussen partijen kunnen worden behaald. Dat is in de vergunningsfase van deze fusie niet veranderd. Ook uit de informatie die niet van de fuserende partijen afkomstig is, is voor de NZa niet op te maken dat de fusie van het MCL en De Tjongerschans (direct) positieve effecten voor de kwaliteit van de klinische en niet-klinische algemene ziekenhuiszorg teweeg zal brengen die niet op een andere manier bereikt zouden kunnen worden.

⁴¹ NMa gespreksverslag 25 augustus 2011.

4. Aanmerkelijke marktmacht

De NZa geeft in de zienswijze geen oordeel ten aanzien van het feit of het MCL en De Tjongerschans dan wel in het geval de vergunning door de NMa wordt verleend het fusie ziekenhuis al dan niet beschikt over Aanmerkelijke marktmacht (AMM). Indien deze fusie doorgang vindt, kan de NZa overgaan tot een onderzoek op grond van artikel 48 en/of 49 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) om AMM vast te stellen. Indien de NZa na een dergelijk onderzoek vaststelt dat er sprake is van AMM, kan zij verplichtingen zoals genoemd in artikel 48 Wmg opleggen.⁴²

⁴² Voor meer informatie; <http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/AMM/>.

Bijlagen

- **Bijlage 1:** Fusiesimulatiemodellen Toelichting bij LOCI- en WTP-methoden
- **Bijlage 2:** Openbare versie effectanalyse Stichting Zorggroep Noorderbreedte – Stichting Ziekenhuis De Tjongerschans