

Openbare zienswijze

**Concentratie**

**Stichting Adhesie -**

**Stichting Mediant -**

**Stichting RIAGGZ over**

**de IJssel –**

**Stichting Zwolse Poort**

*Openbare zienswijze zaak 5775 Stichting Adhesie – Stichting RIAGGZ over de IJssel -  
Stichting Mediant – Stichting Zwolse Poort*

## Inhoud

<b>1. Inleiding</b>	<b>4</b>
<b>2. Conclusie</b>	<b>5</b>
<b>3. Algemene ontwikkelingen in de AWBZ markt</b>	<b>6</b>
3.1 Invoering zorgzwaartepakketten	6
3.2 Overhevelingen uit de AWBZ	6
3.2.1 Overheveling OGGz	6
3.2.2 Overheveling collectieve GGZ-preventie	7
3.2.3 Overheveling forensische psychiatrie	7
3.2.4 Overheveling geneeskundige GGZ	7
<b>4. Gevolgen voor de marktstructuur</b>	<b>8</b>
4.1 Afbakening van de relevante markt	8
4.1.1 Relevante productmarkt	8
4.1.1.1 Niet klinische zorg	8
4.1.1.2 Klinische zorg	8
4.1.2 Relevante geografische markt	9
4.1.2.1 Klinische en niet-klinische zorg	9
4.2 Gevolgen van de voorgenomen concentratie	9
4.2.1 Niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen	9
4.2.1.1 Zwolle	10
4.2.1.2 Midden IJssel	11
4.2.2 Niet-klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen	13
4.2.2.1 Midden IJssel	13
4.2.3 Klinische GGZ voor volwassenen en ouderen en jeugdigen en kinderen	14
<b>5. Publieke belangen</b>	<b>15</b>
5.1 Betaalbaarheid	15
5.2 Toegankelijkheid	16
5.2.1 Niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen in zorgkantorregio Zwolle	17
5.2.2 Niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen in zorgkantorregio Midden IJssel	18
5.2.3 Niet-klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen in zorgkantorregio Midden IJssel	19
5.2.4 Klinische GGZ in de zorgkantorregio Twente en Midden IJssel	19
5.3 Kwaliteit	19

## 1. Inleiding

Op 19 december 2006 heeft de Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (hierna: NMa) een melding ontvangen van een voorgenomen concentratie in de zin van artikel 34 van de Mededingingswet. Hierin is medegedeeld dat Stichting Adhesie (hierna: Adhesie) te Deventer, Stichting Mediant (hierna: Mediant) te Enschede, Stichting RIAGGZ over de IJssel (hierna: RIAGGZ) te Zwolle en Stichting Zwolse Poort (hierna Zwolse Poort) te Zwolle voornemens zijn te fuseren, in de zin van artikel 27, onder a, van de Mededingingswet. De directie Concentratiecontrole van de NMa heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: de NZa) hierover op 19 januari 2007 geïnformeerd. De NZa geeft op grond van artikel 9 van het Samenwerkingsprotocol tussen de Nederlandse Mededingingsautoriteit en de Nederlandse Zorgautoriteit een zienswijze over deze melding.

In deze zienswijze worden eerst de relevante ontwikkelingen beschreven in het kader van de Algemene Wet bijzondere Ziektekosten (hierna AWBZ)<sup>1</sup> en specifiek in het kader van de sector geestelijke gezondheidszorg (hierna: GGZ). Vervolgens gaat de zienswijze in op de gevolgen voor de marktstructuur van de voorgenomen concentratie. Ten slotte worden in deze zienswijze de gevolgen van de voorgenomen concentratie voor de publieke belangen betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit geanalyseerd.

---

<sup>1</sup> Toegesplitst op de klinische en niet-klinische GGZ

## 2. Conclusie

Op het gebied van (niet-) klinische Geestelijke Gezondheidszorg overlappen de activiteiten van partijen op de relevante productmarkten niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen, niet-klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen en klinische GGZ met betrekking tot volwassenen en ouderen.

Op de productmarkt niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen kan de NZa, op basis van de beschikbare gegevens, niet uitsluiten dat de concentratie negatieve gevolgen heeft voor toegankelijkheid in de zorgkantorregio's Zwolle en Midden IJssel. Hierbij moet wel worden vermeld dat er in de zorgkantorregio Zwolle een grote partij overblijft. Op de productmarkt voor niet-klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen kan de NZa, op basis van de beschikbare gegevens, evenmin uitsluiten dat de concentratie negatieve gevolgen heeft voor toegankelijkheid in de zorgkantorregio Midden IJssel.

Ondanks dat partijen nu geen overlap hebben (op basis van productieafspraken) op het gebied van klinische zorg kan de NZa niet uitsluiten, vanwege het feit dat partijen locaties hebben in de zorgkantorregio's Twente en Midden IJssel, dat de concentratie negatieve gevolgen heeft voor de toegankelijkheid in de zorgkantorregio's Twente en Midden IJssel op het gebied van klinische GGZ voor volwassenen en ouderen.

Met betrekking tot de betaalbaarheid kan de NZa niet uitsluiten dat de voorgenomen concentratie negatieve gevolgen heeft voor de zorgkantorregio Midden IJssel.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) ziet geen belemmeringen in de uitvoering van- en de kwaliteit van de zorg door deze fusie. Er zijn kansen voor de verbetering van de keten van zorg. Wel bestaat er volgens de IGZ in zijn algemeenheid het risico van het vergroten van de overhead.

## 3. Algemene ontwikkelingen in de AWBZ markt

De activiteiten van partijen overlappen elkaar op het gebied van Geestelijke Gezondheidszorg (hierna: GGZ). Hieronder zal kort worden ingegaan op de ontwikkelingen in de AWBZ-zorg die voor belang zijn voor de sector GGZ.

### 3.1 Invoering zorgzwaartepakketten

In het kader van de modernisering van de AWBZ worden in 2008 voor de intramurale AWBZ-zorg zorgzwaartepakketten (hierna: zzp's) ingevoerd. In de GGZ-sector zal deze intramurale zorg<sup>2</sup> worden onderverdeeld in zeven zzp's<sup>3</sup>. In elk pakket wordt een cliëntgroep beschreven met daarbij een aanduiding van de omvang van de zorg in een gemiddeld aantal uren per week. Deze zzp's beschrijven de meest voorkomende groepen cliënten die een volledig pakket AWBZ-verblijfszorg ontvangen. De belangrijkste verandering ten opzichte van de huidige systematiek, is dat niet meer per geïndiceerde functie de omvang in klassen/uren wordt weergegeven, maar voor het gehele zorgzwaartepakket één urenomvang wordt bepaald. Deze systematiek betekent tevens dat instellingen bekostigd worden per geleverde prestatie per cliënt, in plaats van per bed, per verpleegdag etc.

De invoering van deze zorgzwaartebekostiging gaat geleidelijk verlopen. 2007 is een voorbereidingsjaar, waarin de productieafspraken zowel in oude bekostigingstermen als in zorgzwaartepakketten worden gemaakt. De nadruk ligt dan op het in kaart brengen van de zorgzwaarte bij cliënten. Daarnaast wordt het jaar 2007 benut om voor elk zorgzwaartepakket passende tarieven/maximumprijzen te ontwikkelen. Vanaf 2008 zal vervolgens in een beperkt aantal fasen de zorgzwaartebekostiging worden gemaakt.

### 3.2 Overhevelingen uit de AWBZ

In de GGZ-sector heeft een aantal veranderingen plaatsgevonden (of gaat plaatsvinden in de nabije toekomst) die betrekking heeft op overheveling van budget uit de AWBZ. Hieronder worden deze mutaties één voor één besproken.

#### 3.2.1 Overheveling OGGz

Per 1 januari 2007 is er budget met betrekking tot de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (hierna: OGGz) overgeheveld naar de gemeenten in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (hierna: WMO). De OGGz omvat alle activiteiten op het gebied van de geestelijke volksgezondheid, waarbij niet zelfstandig of niet vrijwillig van hulpverleningsinstanties gebruik gemaakt wordt door cliënten. Dienstverlening in het kader van OGGz maakt per 1 januari 2007 geen onderdeel meer uit van de AWBZ-aanspraken. Van het totale budget

---

<sup>2</sup> Voor de GGZ betekent dit alle klinische GGZ-zorg langer dan één jaar. Dit wordt ook wel niet-geneeskundige GGZ-zorg genoemd.

<sup>3</sup> [www.zorgzwaartebekostiging.nl](http://www.zorgzwaartebekostiging.nl)

voor dienstverlening in 2006 is 36% overgeheveld naar de WMO en daarmee is landelijk een bedrag van € 54,1 miljoen gemoeid.

### 3.2.2 Overheveling collectieve GGZ-preventie

Naast de overheveling van de OGGZ naar de WMO valt ook de collectieve GGZ-preventie onder de WMO per 1 januari 2007. Collectieve GGZ-preventie richt zich enerzijds op het bevorderen van het begrip en herkenning van psychische klachten en anderzijds op het bewust maken van de bevolking over wat zij zelf aan deze klachten kan doen. Tevens behoren activiteiten met betrekking tot het verwijzen naar instanties die zondig hierbij hulp kunnen bieden, tot collectieve GGZ-preventie. Per 1 januari 2007 maakt collectieve preventie geen onderdeel meer uit van de AWBZ-aanspraken. Van het totale budget voor preventie in 2006 is 25% (ofwel € 9,5 miljoen) overgeheveld naar de WMO.

### 3.2.3 Overheveling forensische psychiatrie

Tot en met 2006 werd forensische psychiatrie nog volledig gefinancierd uit het budget van de AWBZ. Per 1 januari 2007 valt de bekostiging van de forensische zorg voor volwassenen in een strafrechtelijk kader onder de begroting van het Ministerie van Justitie<sup>4</sup>. Het jaar 2007 is een voorbereidingsjaar, waarbij het Ministerie van Justitie nog gebruik zal maken van de zorgkantoren die de zorg inkopen. De NZa verzamelt de productieafspraken en geeft deze door aan het Ministerie van Justitie. Vanaf 2008 start het Ministerie van Justitie met een eigen inkooporganisatie.

### 3.2.4 Overheveling geneeskundige GGZ

In 2008 wordt de geneeskundige GGZ<sup>5</sup> overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Dit betekent dat er een DBC-declaratiesysteem, vergelijkbaar met het systeem dat in de ziekenhuizen wordt gebruikt, zal worden ingevoerd. Dit kan gevolgen hebben voor de afbakening van de markten. De gedachte hierachter is het volgende. Op dit moment wordt de GGZ-zorg ingekocht door zorgkantoren die gebonden zijn aan een hen toegewezen zorgkantorregio. Aanbieders die in een andere regio gecontracteerd zijn, kunnen - ondanks hun fysieke nabijheid - daardoor niet als alternatief worden gezien<sup>6</sup>. Deze situatie verandert echter als de geneeskundige zorg wordt overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet en daarmee niet meer wordt ingekocht door een zorgkantoor, maar door een verzekeraar. Zij hoeven daarbij geen rekening te houden met de zorgkantorregio's. Hierdoor kunnen aanbieders die buiten de zorgkantorregio vallen in 2008 wel als alternatief worden gezien.

Voor de overgehevelde GGZ naar de zorgverzekeringswet gaat de DBC-systematiek gelden. De belangrijkste doelen van deze systematiek zijn:

- omslag naar vraagsturing;
- meer transparantie van de zorg;
- meer transparantie van de kosten en
- introductie van marktwerking.

---

<sup>4</sup> NZa beleidsregel CA-172: "contracteerruimte 2007"

<sup>5</sup> Onder de geneeskundige GGZ valt alle niet-klinische GGZ en alle klinische GGZ tot één jaar. In totaal gaat het hierbij om ongeveer 70% van de totale GGZ.

<sup>6</sup> Er dient hier wel een kanttekening geplaatst te worden. Het is mogelijk dat partijen afspraken maken met een zorgkantoor en dat de zorg niet alleen geleverd wordt in die betreffende zorgkantorregio, maar bijvoorbeeld ook in een aangrenzende zorgkantorregio

## 4. Gevolgen voor de marktstructuur

Dit hoofdstuk beschrijft de gevolgen voor de marktstructuur van de voorgenomen concentratie. Allereerst worden de relevante markten waarin beide partijen zich bevinden kort beschreven. Vervolgens wordt ingegaan op de gevolgen van de concentratie op de relevante markt.

### 4.1 Afbakening van de relevante markt

Voor de beoordeling van de effecten van de voorgenomen fusie is de afbakening van de relevant product- en geografische markt van belang. Conform eerdere NMa-besluiten en zienswijzen van de NZa zal ook in deze zienswijze van de volgende relevante markten worden uitgegaan.

#### 4.1.1 Relevante productmarkt

In eerdere besluiten is uitgegaan van een onderscheid tussen klinische GGZ en niet-klinische GGZ. Binnen zowel de klinische als de niet klinische zorg kan tevens mogelijk onderscheid gemaakt worden tussen algemene en specialistische GGZ.<sup>7</sup>

Partijen overlappen elkaar op het gebied van algemene GGZ. Daarbinnen zijn de volgende circuits te identificeren<sup>8</sup>:

- GGZ voor volwassenen;
- GGZ voor ouderen;
- GGZ voor kinderen en jeugdigen;
- Forensische psychiatrie;
- Verslavingszorg;
- Preventie<sup>9</sup>.

##### 4.1.1.1 Niet klinische zorg

Onder de bovengenoemde circuits heeft de NMa één aparte productmarkt onderscheiden voor GGZ voor volwassenen en ouderen. Verder zijn de circuits GGZ voor kinderen en jeugdigen en verslavingszorg aparte productmarkten. Activiteiten met betrekking tot preventie worden gezien als een afgeleide van activiteiten op de productmarkten GGZ voor volwassenen en ouderen, GGZ voor kinderen en jeugdigen en verslavingszorg en vormen daarmee geen aparte productmarkt. Activiteiten met betrekking tot forensische psychiatrie worden evenmin gezien als aparte productmarkt. De activiteiten van partijen op het gebied van niet-klinische zorg overlappen elkaar op de niet-klinische GGZ voor ouderen en volwassenen en niet-klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen.

##### 4.1.1.2 Klinische zorg

Onder de bovengenoemde circuits heeft de NMa één aparte productmarkt onderscheiden voor GGZ voor volwassenen en ouderen.

---

<sup>7</sup> Zie bijvoorbeeld de besluiten van de Nederlandse Mededingingsautoriteit in zaak 5632/GGZ Noord-Holland Noord – GGZ Dijk en Duin en zaak 3865/Rijngeest – Robert Fleury.

<sup>8</sup> Gebaseerd op basis van het Brancherapport GGZ-NMZ (TK 2004-2005, 29 763, nr. 72) van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

<sup>9</sup> Dit omvat altijd niet-klinische activiteiten.

Verder wordt er een markt voor klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen onderscheiden. De activiteiten van partijen op het gebied van klinische zorg overlappen elkaar niet op basis van gemaakte productieafspraken in een bepaalde zorgkantorregio.

#### 4.1.2 Relevante geografische markt

##### 4.1.2.1 Klinische en niet-klinische zorg

In eerdere besluiten<sup>10</sup> is uitgegaan van een relevante geografische markt die ten minste het werkgebied van de aanbieder omvat en niet ruimer is dan een zorgkantorregio.

De NZa beschikt over cijfers met betrekking tot productieafspraken die gemaakt zijn tussen zorgkantoren en instellingen. Partijen hebben productieafspraken gemaakt met de zorgkantorregio's Midden IJssel en Zwolle. Dit hoeft echter niet te betekenen dat deze gemaakte afspraken ook daadwerkelijk in de gehele desbetreffende zorgkantorregio gerealiseerd worden. Dit kan ook in een gedeelte van de betreffende zorgkantorregio gerealiseerd zijn, of buiten de desbetreffende zorgkantorregio waarmee afspraken gemaakt zijn. Het zou dus zo kunnen zijn dat partijen overlap hebben in bepaalde gebieden die niet tot uitdrukking komen in de productieafspraken die gemaakt zijn met het zorgkantoor.

Bijvoorbeeld: partijen leveren productie in zorgkantorregio Arnhem/Zutphen, waarmee partijen geen afspraken maken. Vanwege de afwezigheid van data op een lager aggregatieniveau is dit niet zichtbaar voor de NZa, maar dit kan wel van invloed zijn op de afbakening van de geografische markt waarop de partijen actief zijn. In deze zienswijze wordt bij afwezigheid van data op een lager aggregatieniveau gekeken naar een relevante markt die de gehele zorgkantorregio bevat.

Bij het afbakenen van markten in de toekomst zal het ook van belang zijn om stil te staan bij de (op handen zijnde) veranderingen in de GGZ, zoals besproken in hoofdstuk drie. In paragraaf 2 zullen ook deze veranderingen worden meegenomen en wordt een mogelijk scenario geschetst voor de gevolgen van de voorgenomen concentratie in een toekomstig stelsel waarbij niet-klinische zorg uit de AWBZ gaat.

## 4.2 Gevolgen van de voorgenomen concentratie

De gevolgen van de voorgenomen concentratie hangen af van zowel de aanbodstructuur als de compenserende afnemersmacht. De gevolgen voor de aanbodstructuur worden hieronder geanalyseerd. De gevolgen ten aanzien van afnemersmacht wordt in hoofdstuk 5.2 behandeld, wanneer gekeken wordt naar de gevolgen van de concentratie voor de publieke belangen; betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit.

### 4.2.1 Niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen

Partijen overlappen elkaar op de productmarkt niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen in de zorgkantorregio's Zwolle en Midden IJssel.

---

<sup>10</sup> Zie bijvoorbeeld de besluiten van de Nederlandse Mededingingsautoriteit in zaak 5632/GGZ Noord-Holland Noord – GGZ Dijk en Duin en zaak 3865/Rijngeest – Robert Fleury.

#### 4.2.1.1 Zwolle

Voor de productmarkt niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen is voor de zorgkantorregio Zwolle in tabel 1<sup>11</sup> achtereenvolgens weergegeven: de omzet en relatieve marktposities van de betrokken partijen. Deze gegevens zijn gebaseerd op productieafspraken in 2006 zoals die bij de NZa bekend zijn.

**Tabel 1\*:** Omzet, marktaandelen en totale omzet (in euro, 2006) voor de zorgkantorregio Zwolle op de productmarkt niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen.

Instelling	Omzet in €	Aandeel
PAAZ Streekzkh Coevorden-Hardenberg	[...]	[0-10]%
PAAZ Isala Klinieken	[...]	[0-10]%
<b>Zwolse Poort</b>	[...]	<b>[10-20]%</b>
<b>RIAGGZ</b>	[...]	<b>[30-40]%</b>
Meerkanten	[...]	[40-50]%
Totale omzet zorgkantorregio Zwolle	[...]	100%
Fusie Adhesie/Mediant/RIAGGZ/Zwolse Poort	[...]	[50-60]%
Positie Zwolse Poort voor fusie		3
Positie RIAGGZ voor fusie		2
Positie partijen na fusie		1

Fuserende partijen krijgen gezamenlijk een marktaandeel van [50-60]% in de zorgkantorregio Zwolle. Op de productmarkt niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen is er, naast de fuserende partijen, één aanbieder met een marktaandeel van [40-50]%, één aanbieder met een marktaandeel van [0-10]% en één aanbieder met een marktaandeel van [0-10]%.

Zoals eerder in hoofdstuk 3 is aangegeven, wordt de geneeskundige GGZ overgeheveld naar de Zvw in 2008. Dit brengt met zich mee dat de zorg niet langer zal worden ingekocht door een zorgkantoor maar door een zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars zijn, in tegenstelling tot zorgkantoren, niet gebonden aan zorgkantorregio's en kunnen deze zorg dan ook inkopen bij aanbieders die zijn gevestigd in de aangrenzende regio. Of zorgaanbieders in deze aangrenzende zorgkantorregio's in de toekomst ook daadwerkelijk als alternatieven worden gezien, is afhankelijk van de reisbereidheid van consumenten en zorgaanbieders. Hier is een reistijdenanalyse van belang, waarin gekeken kan worden naar in hoeverre het (toekomstig) meest aannemelijke alternatief van patiënten wegvalt. Als dit het geval is dan kan door de fusie de concurrentiedruk (in de nabije toekomst) die partijen op elkaar zouden hebben, wegvallen. Het kan zijn dat consumenten in de toekomst bereid zijn verder te reizen, wat tot gevolg heeft dat de geografische markt dan groter is. Hierover heeft de NZa thans geen informatie.

Op basis van het bovenstaande is een scenario denkbaar waarbij per 2008 aanbieders uit de zorgkantorregio's Twente, Apeldoorn/Zutphen,

<sup>11</sup> De omzetten geven de productieafspraken weer die gemaakt zijn tussen de zorgaanbieders en zorgkantoren. Dit is niet één op één te vertalen naar daadwerkelijk gerealiseerde omzetten, maar geeft wel een goed beeld ervan.

\* 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.

Midden IJssel, Flevoland en Drenthe mogelijk als alternatieven gelden voor cliënten uit de zorgkantorregio Zwolle. Vanwege het feit dat de NZa niet over gegevens beschikt met betrekking tot reisbereidheid van consumenten, zal in het vervolg van de zienswijze dit scenario worden besproken. Tabel 2 geeft een overzicht van de posities en marktaandelen van partijen in deze verruimde geografische markt (inclusief zorgkantorregio Zwolle).

**Tabel 2:** Omzet, marktaandelen en totale omzet (in euro, 2006) voor de zorgkantorregio's Twente, Zwolle, Midden IJssel, Flevoland, Apeldoorn/Zutphen en Drenthe op de productmarkt niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen.

Instelling	Omzet in €	Aandeel
PAAZ Streekzkh Coevorden-Hardenberg	[...]	[0-10]%
PAAZ Diaconessenhuis Meppel	[...]	[0-10]%
PAAZ Streekziekenhuis Midden-Twente	[...]	[0-10]%
PAAZ Gelre Ziekenhuizen	[...]	[0-10]%
PAAZ Medisch Spectrum Twente	[...]	[0-10]%
PAAZ Isala Klinieken	[...]	[0-10]%
PAAZ IJsselmeer Ziekenhuizen	[...]	[0-10]%
Twenteborg Ziekenhuis	[...]	[0-10]%
<b>Zwolse Poort</b>	[...]	<b>[0-10]%</b>
Spatie	[...]	[0-10]%
<b>Adhesie</b>	[...]	<b>[10-20]%</b>
Meerkanten	[...]	[10-20]%
<b>RIAGGZ</b>	[...]	<b>[10-20]%</b>
<b>Mediant</b>	[...]	<b>[10-20]%</b>
APZ-Drenthe	[...]	[20-30]%
Totale omzet zorgkantorregio's	[...]	100%
Fusie Adhesie/Mediant/RIAGGZ/Zwolse Poort	[...]	[40-50]%
Positie Adhesie voor fusie	5	
Positie RIAGGZ voor fusie	3	
Positie Mediant voor fusie	2	
Positie Zwolse Poort voor fusie	7	
Positie partijen na fusie	1	

Uit bovenstaande tabel is op te maken dat partijen ongeveer eenzelfde marktaandeel verkrijgen als de geografische markt wordt verruimd tot aangrenzende zorgkantorregio's (namelijk [40-50]% ten opzichte van [50-60]%). Dit komt door het feit dat nu ook Adhesie en Mediant als marktpartijen worden meegenomen in dit scenario, aangezien zij afspraken maken met zorgkantoren Twente en Midden IJssel. Verder is er in dit scenario één aanbieder met een marktaandeel van [20-30]%, twee aanbieders met een marktaandeel van respectievelijk [10-20]% en [0-10]%. Dan resten er nog acht aanbieders met een marktaandeel tussen [0-10]%

#### 4.2.1.2 Midden IJssel

Voor de productmarkt niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen is voor de zorgkantorregio Midden IJssel in tabel 3 achtereenvolgens weergegeven: de omzet en relatieve marktposities van de betrokken partijen. Deze gegevens zijn gebaseerd op productieafspraken in 2006 zoals die bij de NZa bekend zijn.

**Tabel 3:** Omzet, marktaandeelen en totale omzet (in euro, 2006) voor de zorgkantoorregio Midden IJssel op de productmarkt niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen.

Instelling	Omzet in €	Aandeel
<b>RIAGGZ</b>	[...]	<b>[30-40]%</b>
<b>Adhesie</b>	[...]	<b>[60-70]%</b>
Totale omzet zorgkantoorregio Midden IJssel	[...]	100%
Fusie Adhesie/Mediant/RIAGGZ/Zwolse Poort	[...]	100%
Positie Adhesie voor fusie	1	
Positie RIAGGZ voor fusie	2	
Positie partijen na fusie	1	

Op de productmarkt niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen zijn er, naast de fuserende partijen, geen partijen die actief zijn op het gebied van niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen in de zorgkantoorregio Midden IJssel.

Wederom kan hier gekeken worden naar een scenario waarbij aanbieders in aangrenzende zorgkantoorregio's in de toekomst als alternatieven zouden kunnen worden gezien. Dit zou betekenen dat aanbieders uit de zorgkantoorregio's Apeldoorn/Zutphen, Twente en Zwolle als alternatief kunnen worden beschouwd. Tabel 4 geeft een overzicht van de posities en marktaandeelen van partijen in deze verruimde geografische markt (inclusief zorgkantoorregio Midden IJssel).

**Tabel 4:** Omzet, marktaandeelen en totale omzet (in euro, 2006) voor de zorgkantoorregio Midden IJssel, Zwolle, Twente en Apeldoorn/Zutphen op de productmarkt niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen.

Instelling	Omzet in €	Aandeel
PAAZ Streekzkh Coevorden-Hardenberg	[...]	[0-10]%
PAAZ Streekziekenhuis Midden-Twente	[...]	[0-10]%
PAAZ Gelre Ziekenhuizen	[...]	[0-10]%
PAAZ Medisch Spectrum Twente	[...]	[0-10]%
PAAZ Isala Klinieken	[...]	[0-10]%
PAAZ IJsselmeer Ziekenhuizen	[...]	[0-10]%
Twenteborg Ziekenhuis	[...]	[0-10]%
<b>Zwolse Poort</b>	[...]	<b>[0-10]%</b>
Spatie	[...]	[0-10]%
<b>Adhesie</b>	[...]	<b>[10-20]%</b>
Meerkanten	[...]	[10-20]%
<b>RIAGGZ</b>	[...]	<b>[10-20]%</b>
<b>Mediant</b>	[...]	<b>[20-30]%</b>
Totale omzet zorgkantoorregio's	[...]	100%
Fusie Adhesie/Mediant/RIAGGZ/Zwolse Poort	[...]	[60-70]%
Positie Adhesie voor fusie	4	
Positie RIAGGZ voor fusie	2	
Positie Mediant voor fusie	1	
Positie Zwolse Poort voor fusie	6	
Positie partijen na fusie	1	

De tabel laat zien dat het marktaandeel van partijen daalt naar [60-70]%. Verder is er nog één aanbieder met een marktaandeel van [10-20]% en één aanbieder met een marktaandeel van [0-10]%. Ten slotte blijven er zeven aanbieders over met een marktaandeel tussen [0-10]%

#### 4.2.2 Niet-klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen

Partijen overlappen elkaar op de productmarkt niet-klinische GGZ-zorg voor kinderen en jeugdigen in de zorgkantoorregio Midden IJssel.

##### 4.2.2.1 Midden IJssel

Voor de productmarkt niet-klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen is voor de zorgkantoorregio Midden IJssel in tabel 5 achtereenvolgens weergegeven: de omzet en relatieve marktposities van de betrokken partijen. Deze gegevens zijn gebaseerd op productieafspraken in 2006 zoals die bij de NZa bekend zijn.

**Tabel 5:** Omzet, marktaandeel en totale omzet (in euro, 2006) voor de zorgkantoorregio Midden IJssel op de productmarkt niet-klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen.

Instelling	Omzet in €	Aandeel
<b>RIAGGZ</b>	[...]	[40-50]%
<b>Adhesie</b>	[...]	[50-60]%
Totale omzet zorgkantoorregio Midden IJssel	[...]	100%
Fusie Adhesie/Mediant/RIAGGZ/Zwolse Poort	[...]	100%
Positie Adhesie voor fusie	1	
Positie RIAGGZ voor fusie	2	
Positie partijen na fusie	1	

Op de productmarkt niet-klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen zijn er, naast de fuserende partijen, geen partijen die actief zijn op het gebied van niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen in de zorgkantoorregio Midden IJssel.

Als wederom gekeken wordt naar de eventuele gevolgen van de overheveling van de niet-klinische zorg naar de Zvw in 2008 voor de geografische markt, kunnen aanbieders uit de zorgkantoorregio's Apeldoorn/Zutphen, Twente en Zwolle wellicht als alternatief worden gezien. Tabel 6 laat zien welke aanbieders er zijn in de zorgkantoorregio's Apeldoorn/Zutphen, Twente en Zwolle en wat de productieafspraken met het zorgkantoor Midden IJssel zijn.

**Tabel 6:** Omzet, marktaandeel en totale omzet (in euro, 2006) voor de zorgkantoorregio Midden IJssel, Zwolle, Twente, Apeldoorn/Zutphen op de productmarkt niet-klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen.

Instelling	Omzet in €	Aandeel
PAAZ Medisch Spectrum Twente	[...]	[0-10]%
Spatie	[...]	[10-20]%
<b>Adhesie</b>	[...]	[10-20]%
<b>Mediant</b>	[...]	[10-20]%
<b>RIAGGZ</b>	[...]	[10-20]%
Meerkanten	[...]	[20-30]%
Totale omzet zorgkantoorregio's	[...]	100%
Fusie Adhesie/Mediant/RIAGGZ/Zwolse Poort	[...]	[50-60]%
Positie Adhesie voor fusie	1	
Positie RIAGGZ voor fusie	2	
Positie partijen na fusie	1	

De tabel laat zien dat het marktaandeel van partijen daalt naar [50-60]%. Verder is er nog één aanbieder met een marktaandeel van [20-30]%, één aanbieder met een marktaandeel van [10-20]% en één aanbieder met een marktaandeel van minder dan [0-10]%.

#### 4.2.3 Klinische GGZ voor volwassenen en ouderen en jeugdigen en kinderen

Hoewel partijen thans niet in dezelfde zorgkantorregio productieafspraken maken op het gebied van klinische zorg, is het van belang dat de sector in transitie is. In een markt na transitie kan het meest aannemelijke en eerste alternatief van cliënten wegvallen als gevolg van de concentratie. Hierover heeft de NZa thans geen gegevens. Wat echter wel vermeld kan worden is dat Adhesie en Mediant beiden locaties hebben in de zorgkantorregio Twente. Mediant heeft locaties voor GGZ-zorg voor volwassenen en ouderen in Enschede en Hengelo<sup>12</sup> en Adhesie heeft daarvoor locaties in Almelo en Deventer<sup>13</sup>. Hierdoor valt niet uit te sluiten dat Adhesie, ondanks dat er geen productieafspraken gemaakt zijn met zorgkantoor Twente, wel Twente als verzorgingsgebied heeft en er dus overlap is op het gebied van klinische zorg in de zorgkantorregio Twente. Dit geldt tevens voor de zorgkantorregio Midden IJssel waar Zwolse Poort<sup>14</sup> en Adhesie, die daar beiden locaties hebben in respectievelijk Raalte en Raalte-Heino waar GGZ zorg met betrekking tot volwassenen en ouderen geleverd wordt.

## 5. Publieke belangen

Dit hoofdstuk beoordeelt de voorgenomen fusie in het licht van de publieke belangen betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit, en te verwachten ontwikkelingen op deze publieke belangen voor wat betreft de niet-klinische GGZ-zorg. Het consumentenbelang bestaat uit de drie publieke belangen betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit en de NZa streeft ernaar om over deze punten te adviseren.

### 5.1 Betaalbaarheid

Tot 2004 konden zorgkantoren met zorgaanbieders onbeperkt volume productieafspraken maken en werd alle geleverde zorg vergoed op basis van nacalculatie. De groei van de AWBZ zorgde echter voor problemen betreffende de macrobetaalbaarheid. Op 1 april 2004 ging er daarom een aanwijzing uit van het Ministerie van VWS, die voorschreef dat de nacalculatie de tot dan gemaakte productieafspraken niet te boven mocht gaan. In 2005 zijn de regionale contracteerruimten ingevoerd. Deze zijn gelijk aan de regiobudgetten per zorgkantorregio, jaarlijks opgehoogd met een door het Ministerie van VWS bepaalde groeiruumte. De systematiek van contracteerruimten waarborgt de macrobetaalbaarheid van AWBZ-zorg.

---

<sup>12</sup> [www.mediant.nl](http://www.mediant.nl)

<sup>13</sup> [www.adhesie.nl](http://www.adhesie.nl)

<sup>14</sup> [www.zwolsepoort.nl](http://www.zwolsepoort.nl)

Zorgkantoren kunnen doelmatiger zorg inkopen door kortingen te bedingen op de maximumbeleidsregelwaarden bij het maken van productieafspraken. Een fusie zou hierop effect kunnen hebben. Dit zou er namelijk toe kunnen leiden dat partijen zodanig groot worden, dat het zorgkantoor afhankelijk wordt van partijen met betrekking tot de inkoop van AWBZ-zorg en geen kortingen meer kunnen bedingen. Gegeven het regiobudget gaat dit ten koste van het te contracteren volume. Om te bepalen of hiervan sprake kan zijn wordt hieronder het conglomerate effect van de voorgenomen concentratie bepaald.

In tabellen 7 en 8 zijn achtereenvolgens weergegeven: de contracteerruimte voor de betrokken partijen en de betrokken zorgkantoren (Zwolle, Midden IJssel) alsmede het aandeel van de partijen voor de verschillende AWBZ-sectoren (alle sectoren totaal en GGZ) in de zorgkantoorregio's Zwolle en Midden IJssel. Alle bedragen zijn in miljoenen euro (prijsniveau 2006) en zijn gebaseerd op de bij de NZa bekende gegevens. Het betreft de contracteerruimte voor zowel intramurale als extramurale AWBZ-zorg.

**Tabel 7:** Contracteerruimte (in miljoenen euro, 2006) en aandelen voor de zorgkantoorregio Zwolle in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

Zorgkantoorregio Zwolle	Totaal	GGZ
Zwolse Poort	28,3	28,3
RIAGGZ	12,3	12,3
Totaal partijen	40,6	40,6
Totaal zorgkantoor	493	115
Aandeel partijen in %	8	35

Uit tabel 7 blijkt dat partijen een aandeel krijgen van 35% in de contracteerruimte GGZ. Voor concentratie had Adhesie een aandeel van 25% en RIAGGZ een aandeel van 11% in de contracteerruimte voor GGZ. Voor de voorgenomen concentratie had de grootste partij, Adhesie, een aandeel van 6% in de totale contracteerruimte. RIAGGZ en Adhesie krijgen na concentratie samen een aandeel van 8% in de totale contracteerruimte. Gezien deze marktaandelen voorziet de NZa geen negatieve gevolgen voor het publieke belang betaalbaarheid in de zorgkantoorregio Midden IJssel.

**Tabel 8:** Contracteerruimte (in miljoenen euro, 2006) en aandelen voor de zorgkantoorregio Midden IJssel in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

Zorgkantoorregio Midden IJssel	Totaal	GGZ
Adhesie	38,7	38,7
RIAGGZ	8,8	8,8
Totaal partijen	47,5	47,5
Totaal zorgkantoor	198	47,5
Aandeel partijen in %	24	100

Uit tabel 8 blijkt dat partijen een aandeel krijgen van 100% in de contracteerruimte GGZ. Voor concentratie had Adhesie een aandeel van 81% en RIAGGZ een aandeel van 19% in de contracteerruimte voor GGZ. Dit betekent dat het zorgkantoor geheel afhankelijk zal worden van één aanbieder voor de inkoop van GGZ-zorg. Omdat partijen de enige zijn die productieafspraken maken in de zorgkantoorregio, kan dit tot gevolg hebben dat de desbetreffende aanbieder geen kortingen wil afspreken met het zorgkantoor. Hierdoor kan de NZa niet uitsluiten dat

de voorgenomen concentratie nadelige gevolgen heeft voor het publieke belang betaalbaarheid.

## 5.2 Toegankelijkheid

De toegankelijkheid voor AWBZ-zorg wordt gewaarborgd doordat men van rechtswege verzekerd is. Zorgkantoren zijn belast met de inkopen van zorg-in-natura, zodat cliënten de zorg krijgen waarop zij recht hebben. Deze toegankelijkheid voor cliënten kan beïnvloed worden door het aantal zorgaanbieders dat in een bepaalde zorgkantorregio zorg kan en mag leveren. In onderstaande subparagrafen wordt per productmarkt ingegaan op de gevolgen voor de toegankelijkheid van zorg in de zorgkantorregio en de gevolgen voor het mogelijke toekomstige scenario, waarbij zorgaanbieders in aangrenzende zorgkantoren als alternatief worden gezien.<sup>15</sup>

Voor de beoordeling van de concentratie met betrekking tot toegankelijkheid is het echter niet alleen van belang hoeveel aanbieders er op relevante markten overblijven, maar ook welke drempels effectieve toetreding tot de markt door nieuwe aanbieders kunnen belemmeren.

Hieronder volgen toetredingsdrempels die gelden voor niet-klinische GGZ-zorg.

Ten eerste moet een instelling een toelating hebben om GGZ-zorg te mogen leveren. (Dit zal overigens in het toekomstscenario niet veranderen.) De toelatingseisen zijn benoemd in de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). Deze wet is de opvolger van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV). De reikwijdte van de WTZi is echter groter dan die van de WZV en omvat in beginsel alle zorginstellingen. Bij de aanvraag van een instelling voor de toelating wordt getoetst of de instelling aan bepaalde eisen voldoet. Nieuw ten opzichte van de WZV zijn eisen die gesteld worden aan het bestuur en de bedrijfsvoering van zorginstellingen<sup>16</sup>.

Voor de geneeskundige GGZ geldt dat deze per 2008 wordt overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (zie hoofdstuk 3.2.4.). Dit betekent dat er een DBC-declaratiesysteem, vergelijkbaar met het systeem dat in de ziekenhuizen wordt gebruikt, zal worden ingevoerd. Zorgaanbieders worden dan op basis van declaraties achteraf gefinancierd. Dit kan een drempel vormen voor met name toetreders. Men zou dan dus eerst geld moeten investeren en dat pas later, als een DBC is afgerond, kunnen terugvorderen. De Beleidsregel voorschotten en rentevergoeding onderhanden DBC's GGZ stimuleert dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken maken over het afgeven van voorschotbetalingen gedurende de doorlooptijd van DBC's. In geval een zorgverzekeraar niet bereid is voorschotten te betalen, kan de zorginstelling op grond van de beleidsregel bij de zorgverzekeraars rentekosten in rekening brengen. Hierdoor verdwijnt deze toetredingsdrempel.

Voor verdere mogelijke toetredingsdrempels wordt aangesloten bij de zienswijze van de NZa inzake GGZ Noord-Holland Noord en GGZ Dijk en Duin (zaak 5632).

---

<sup>15</sup> Of deze zorgaanbieders in de toekomst ook daadwerkelijk als alternatieven worden gezien, is echter afhankelijk van de reisbereidheid van consumenten en zorgaanbieders. Hierover heeft de NZa thans geen gegevens.

<sup>16</sup> [www.wtzi.nl](http://www.wtzi.nl)

### 5.2.1 Niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen in zorgkantorregio Zwolle

In tabel 1 is te zien dat voor de productmarkt niet-klinische GGZ-zorg voor volwassenen en ouderen na fusie vier aanbieders zullen overblijven die op deze productmarkt actief zijn in de zorgkantorregio Zwolle. Hierbij moet vermeld worden dat de twee PAAZ-klinieken<sup>17</sup> een heel beperkt marktaandeel hebben. Partijen vormen samen de grootste aanbieder met een marktaandeel van [50-60]%. Voor fusie heeft de consument keuze uit vijf aanbieders, waarvan de grootste (Meerkanten) een marktaandeel heeft van [40-50]%. Als rekening wordt gehouden met de overheveling van de geneeskundige GGZ naar de Zvw, zou een scenario denkbaar zijn waarbij zorgaanbieders uit aangrenzende zorgkantorregio's<sup>18</sup> als alternatief worden gezien. In tabel 2 is voor dit scenario te zien dat er twaalf aanbieders overblijven, waarvan partijen het grootste marktaandeel krijgen van [40-50]%.<sup>19</sup> Het grootste alternatief (APZ-Drenthe) heeft een marktaandeel van [20-30]%. Hierbij moet tevens vermeld worden dat de zeven PAAZ-klinieken een heel beperkt marktaandeel hebben.

Gezien het gezamenlijke marktaandeel van partijen en het aantal overgebleven keuzemogelijkheden voor consumenten na fusie, kan de NZa niet uitsluiten dat de fusie nadelige gevolgen heeft voor toegankelijkheid van GGZ voor volwassenen en ouderen in de zorgkantorregio Zwolle. Hierbij moet wel worden vermeld dat er een grote partij overblijft met een marktaandeel van [40-50]%. Als de toekomstige situatie bekeken wordt waarbij geneeskundige zorg overgeheveld wordt naar de Zvw, kan de NZa evenmin uitsluiten dat de fusie nadelige gevolgen heeft voor toegankelijkheid van GGZ voor volwassenen en ouderen in de zorgkantorregio Zwolle. Hierbij moet wel worden vermeld dat de NZa niet beschikt over gegevens met betrekking tot de reisbereidheid van consumenten en zorgaanbieders. Een dergelijke analyse zou uitsluitsel kunnen geven in hoeverre het (toekomstig) meest aannemelijke alternatief van patiënten wegvalt. Als dit het geval is, kan de (in de nabije toekomst) actuele concurrentiedruk die partijen op elkaar hebben wegvallen. Het is echter ook denkbaar dat inzicht in de reisbereidheid leidt tot een grotere geografische markt, waarbij de (in de nabije toekomst) actuele concurrentiedruk die partijen op elkaar hebben niet dermate wegvalt.

### 5.2.2 Niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen in zorgkantorregio Midden IJssel

In tabel 3 is te zien dat voor de productmarkt niet-klinische GGZ-zorg voor volwassenen en ouderen na fusie één aanbieder overblijft die op deze productmarkt actief is in de zorgkantorregio Midden IJssel. Voor fusie heeft de consument keuze uit twee aanbieders, waarvan de grootste (Adhesie) een marktaandeel heeft van [60-70]%. Als rekening wordt gehouden met de overheveling van de niet-geneeskundige GGZ naar de Zvw, zou een scenario denkbaar zijn waarbij zorgaanbieders uit aangrenzende zorgkantorregio's<sup>20</sup> als alternatief worden gezien. In tabel 4 is voor dit scenario te zien dat er tien aanbieders overblijven na fusie. Het marktaandeel van partijen zou dan circa [60-70]% bedragen. De grootste alternatieve aanbieder (Meerkanten) heeft een marktaandeel

<sup>17</sup> Psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis

<sup>18</sup> Twente, Midden IJssel, Apeldoorn/Zutphen en Drenthe

<sup>19</sup> Dit heeft te maken met het feit dat nu ook de marktaandelen van Adhesie en Mediant worden meegenomen.

<sup>20</sup> Twente, Zwolle en Apeldoorn/Zutphen.

van [10-20]%. Hierbij moet tevens vermeld worden dat het marktaandeel van de zes PAAZ-klinieken beperkt is.

Gezien het gezamenlijke marktaandeel van partijen en het feit dat er slechts één partij overblijft in de zorgkantorregio Midden IJssel voor consumenten na fusie, kan de NZa niet uitsluiten dat de fusie nadelige gevolgen heeft voor toegankelijkheid van GGZ voor volwassenen en ouderen in de zorgkantorregio Midden IJssel.

Als rekening gehouden wordt met het toekomstscenario waarbij geneeskundige zorg overgeheveld wordt naar de Zvw, is het wederom niet uit te sluiten dat de voorgenomen concentratie negatieve gevolgen heeft voor toegankelijkheid van GGZ voor volwassenen en ouderen in de zorgkantorregio Midden IJssel. Hierbij moet wel de kanttekening geplaatst worden dat de NZa niet beschikt over gegevens met betrekking tot de reisbereidheid van consumenten en zorgaanbieders.

### *5.2.3 Niet-klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen in zorgkantorregio Midden IJssel*

In tabel 5 is te zien dat voor de productmarkt niet-klinische GGZ-zorg voor kinderen en jeugdigen na fusie één aanbieder overblijft die op deze productmarkt actief is in de zorgkantorregio Midden IJssel. Voor fusie heeft de consument keuze uit twee aanbieders van enigszins vergelijkbare grootte. Als rekening gehouden wordt met de overheveling van de niet-geneeskundige GGZ naar de Zvw, zou een scenario denkbaar zijn waarbij zorgaanbieders uit aangrenzende zorgkantorregio's<sup>21</sup> als alternatief worden gezien. In tabel 6 is voor dit scenario te zien dat er vier aanbieders overblijven na fusie. Het marktaandeel van partijen zou dan circa [50-60]% bedragen. Het alternatief met het grootste marktaandeel is Meerkanten met [20-30]%. Hierbij moet tevens vermeld worden dat het marktaandeel van de PAAZ-kliniek beperkt is.

Gezien het gezamenlijke marktaandeel van partijen en het feit dat er in de zorgkantorregio slechts één aanbieder verblijft voor consumenten na fusie, kan de NZa niet uitsluiten dat de fusie nadelige gevolgen heeft voor toegankelijkheid van GGZ voor kinderen en jeugdigen in de zorgkantorregio Midden IJssel. Ook met betrekking tot de toekomstige situatie waarbij niet-geneeskundige zorg overgeheveld wordt naar de Zvw, kan de NZa niet uitsluiten dat de fusie nadelige gevolgen heeft voor de toegankelijkheid van zorg. Wederom moet wel de kanttekening geplaatst worden dat de NZa niet beschikt over gegevens met betrekking tot de reisbereidheid van consumenten en zorgaanbieders.

### *5.2.4 Klinische GGZ in de zorgkantorregio Twente en Midden IJssel*

De NZa kan niet uitsluiten dat, ondanks dat partijen niet beiden afspraken maken in de zorgkantorregio's Twente en Midden IJssel, de concentratie negatieve gevolgen heeft voor toegankelijkheid van zorg in de zorgkantorregio's Twente en Midden IJssel. Mediant en Adhesie, respectievelijk Adhesie en Zwolse Poort hebben namelijk aanzienlijke afspraken gemaakt met betrekking tot klinische zorg in respectievelijk de zorgkantorregio's Twente en Midden IJssel en hebben beiden locaties in de zorgkantorregio's Twente en Midden IJssel.

---

<sup>21</sup> Twente, Zwolle en Apeldoorn/Zutphen.

### 5.3 Kwaliteit

Sinds 2006 heeft Adhesie een kwaliteitscertificaat HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector). Het HKZ-Keurmerk bewijst én waarborgt de kwaliteit van de geleverde zorg<sup>22</sup>. De IGZ ziet toe op de minimumkwaliteit van onder andere de niet-klinische AWBZ-zorg en zorgt zo nodig dat er ingegrepen wordt.

De overige partijen zijn niet in het bezit van een HKZ-certificaat. De IGZ ziet echter verder geen belemmeringen in de uitvoering van- en de kwaliteit van de zorg door deze fusie. Er zijn kansen voor de verbetering van de keten van zorg. Wel bestaat er volgens de IGZ in zijn algemeenheid het risico van het vergroten van de overhead.

---

<sup>22</sup> [www.hkz.nl](http://www.hkz.nl)