

Openbare zienswijze

JellinekMentrum en AMC de Meren

Inhoud

1. Inleiding	4
2. Conclusie	5
3. Algemene ontwikkelingen in de AWBZ markt	6
3.1 Overhevelingen uit de AWBZ	6
3.1.1 <i>Overheveling geneeskundige GGZ</i>	6
3.1.2 <i>Overheveling OGGz</i>	6
3.1.3 <i>Overheveling collectieve GGZ-preventie</i>	7
3.1.4 <i>Overheveling forensische psychiatrie</i>	7
3.2 Invoering zorgzwaartepakketen	7
4. Gevolgen voor de marktstructuur	8
4.1 Afbakening van de relevante markt	8
4.1.1 <i>Relevante productmarkt</i>	8
4.1.1.1 Niet klinische zorg	8
4.1.1.2 Klinische zorg	9
4.1.2 <i>Relevante geografische markt</i>	9
4.1.2.1 Klinische en niet-klinische zorg	9
4.2 Gevolgen van de voorgenomen concentratie	10
4.2.1 <i>Niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen</i>	10
4.2.1.1 Amsterdam	10
4.2.2 <i>Niet-klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen</i>	10
4.2.2.1 Amsterdam	10
4.2.3 <i>Klinische GGZ voor volwassenen en ouderen</i>	11
4.2.3.1 Amsterdam	11
5. Publieke belangen	12
5.1 Betaalbaarheid	12
5.2 Toegankelijkheid	12
5.2.1 <i>Niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen</i>	13
5.2.2 <i>Niet-klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen</i>	14
5.2.3 <i>Klinische GGZ voor volwassenen en ouderen</i>	14
5.3 Kwaliteit	14

1. Inleiding

Op 17 april 2007 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 JellinekMentrum (hierna: JellinekMentrum) te Amsterdam en Stichting AMC de Meren (hierna: AMC de Meren) te Amsterdam 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 1 mei 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) 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.

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 voor volwassenen en ouderen.

Op de productmarkten klinische en 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 en betaalbaarheid in de zorgkantorregio Amsterdam.

Op de productmarkt voor niet-klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen voorziet de NZa, op basis van de beschikbare gegevens, geen negatieve gevolgen voor toegankelijkheid en betaalbaarheid in de zorgkantorregio Amsterdam.

Op het gebied van kwaliteit meldt de IGZ dat er thans geen structurele problemen met betrekking tot de kwaliteit van zorg bekend zijn. Zij vermeldt dat de voorgenomen concentratie de afstemming en samenwerking tussen verslavingszorg en algemeen psychiatrische zorg versterkt, maar er wordt tevens aangegeven dat zij nog geen oordeel kunnen geven over het kwalitatief functioneren van de fusieorganisatie.

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 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.

3.1.1 Overheveling geneeskundige GGZ

In 2008 wordt de geneeskundige GGZ¹ 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 zorgkantoorregio. Aanbieders die in een andere regio gecontracteerd zijn kunnen - ondanks hun fysieke nabijheid - daardoor niet als alternatief worden gezien. Deze situatie verandert echter als de geneeskundige GGZ-zorg wordt overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet en daarmee niet meer ingekocht wordt door een zorgkantoor maar door een verzekeraar. Zij hoeven daarbij geen rekening te houden met de zorgkantoorregio's. Hierdoor kunnen aanbieders die buiten de zorgkantoorregio 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.

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

¹ 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.

3.1.3 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.

3.1.4 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 Justitie². 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 Invoering zorgzwaartepakketen

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 zorg³ worden onderverdeeld in zeven zzp's⁴. 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 een 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.

Uit een onlangs gepubliceerd interdepartementaal beleidsonderzoek⁵ naar de toekomst van de AWBZ-zorg, komt verder naar voren dat een

² NZa-beleidsregel CA-172: "contracteerruimte 2007"

³ Voor de GGZ betekent dit alle klinische GGZ-zorg langer dan één jaar. Dit wordt ook wel niet-geneeskundige GGZ-zorg genoemd.

⁴ www.zorgzwaartebekostiging.nl

⁵ Interdepartementaal beleidsonderzoek 2004-2005, nr. 4 "Toekomst AWBZ: Eindrapportage van de werkgroep Organisatie romp AWBZ"

herziening van het sturingsmodel van de niet-geneeskundige GGZ wenselijk is.

Mogelijke sturingsmodellen voor de GGZ zijn:

- uitvoering door concurrerende verzekeraars;
- uitvoering door gemeenten en
- uitvoering door de centrale overheid.

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.⁶

Partijen overlappen elkaar op het gebied van algemene GGZ. Daarbinnen zijn de volgende circuits te identificeren⁷:

- GGZ voor volwassenen;
- GGZ voor ouderen;
- GGZ voor kinderen en jeugdigen;
- Forensische psychiatrie;
- Verslavingszorg en
- Preventie⁸.

4.1.1.1 Niet klinische zorg

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. In eerdere besluiten is uitgegaan van twee aparte markten; een markt voor niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen en een markt voor niet klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen

⁶ 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.

⁷ Gebaseerd op basis van het Brancherapport GGZ-NMZ(TK 2004-2005, 29 763, nr. 72) van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

⁸ Dit omvat altijd niet-klinische activiteiten.

4.1.1.2 Klinische zorg

Onder de bovengenoemde circuits heeft de NMa een aparte productmarkt onderscheiden voor GGZ voor volwassenen en ouderen. 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 op het gebied van klinische GGZ voor volwassenen en ouderen.

4.1.2 Relevante geografische markt

4.1.2.1 Klinische en niet-klinische zorg

In eerdere besluiten⁹ 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 Amsterdam. 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 Kennemerland, 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. 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 in de toekomst groter is. Hierover heeft de NZa thans geen informatie.

⁹ 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 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 worden in hoofdstuk 5.1 behandeld, waarin 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 Amsterdam.

4.2.1.1 Amsterdam

Voor de productmarkt niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen is voor de zorgkantorregio Amsterdam in tabel 1¹⁰ 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 Amsterdam op de productmarkt niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen.

Instelling	Omzet	Aandeel
PAAZ Sint Lucas Andreas Ziekenhuis	[...]	[0-10]%
Bascule	[...]	[0-10]%
RIAGG NPI	[...]	[0-10]%
AMC De Meren	[...]	[10-20]%
GGZ Buitenamstel	[...]	[30-40]%
JellinekMentrum	[...]	[40-50]%
Totaal zorgkantoor Amsterdam	[...]	100,0%
Fusie JellinekMentrum/AMC de Meren	[...]	[50-60]%
Positie JellinekMentrum voor fusie	1	
Positie AMC de Meren voor fusie	3	
Positie partijen na fusie	1	

Fuserende partijen krijgen gezamenlijk een marktaandeel van [50-60]% in de zorgkantorregio Amsterdam. Op de productmarkt niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen is er, naast de fuserende partijen, één aanbieder met een marktaandeel van [30-40]%, en drie kleine aanbieders.

4.2.2 Niet-klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen

Partijen overlappen elkaar op de productmarkt niet-klinische GGZ-zorg voor kinderen en jeugdigen eveneens in de zorgkantorregio Amsterdam.

¹⁰ De omzetten geven de productieafspraken weer die gemaakt zijn tussen de zorgaanbieders en zorgkantoren. Dit is niet één op één te vertaling 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.

4.2.2.1 Amsterdam

Voor de productmarkt niet-klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen is voor de zorgkantorregio Amsterdam in tabel 2 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 2: Omzet, marktaandelen en totale omzet (in euro, 2006) voor de zorgkantorregio Amsterdam op de productmarkt niet-klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen.

Instelling	Omzet	Aandeel
RIAGG NPI	[...]	[0-10]%
AMC De Meren	[...]	[0-10]%
GGZ Buitenamstel	[...]	[0-10]%
JellinekMentrum	[...]	[10-20]%
Bascule	[...]	[70-80]%
Totaal zorgkantoor Amsterdam	[...]	100,0%
Fusie JellinekMentrum/AMC de Meren	[...]	[10-20]%
Positie JellinekMentrum voor fusie	2	
Positie AMC de Meren voor fusie	4	
Positie partijen na fusie	2	

Op de productmarkt niet-klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen is er, naast de fuserende partijen, één grote partij die actief op het gebied van niet-klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen in de zorgkantorregio Amsterdam. Deze heeft een marktaandeel van [70-80]%. Fuserende partijen krijgen na fusie een marktaandeel van [10-20]%. Verder zijn er nog twee partijen met een marktaandeel van respectievelijk [0-10]% en [0-10]%

4.2.3 Klinische GGZ voor volwassenen en ouderen

Partijen overlappen elkaar op de productmarkt klinische GGZ-zorg voor volwassenen en ouderen in de zorgkantorregio Amsterdam.

4.2.3.1 Amsterdam

Voor de productmarkt klinische GGZ voor volwassenen en ouderen is voor de zorgkantorregio Amsterdam 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. De cijfers over klinische GGZ zorg is exclusief de gemaakte afspraken met betrekking tot beschermd wonen. Na navraag bij marktpartijen is de NMa tot de conclusie gekomen dat het hier om ketenzorg gaat en niet om concurrentie.

Tabel 3: Omzet, marktaandelen en totale omzet (in euro, 2006) voor de zorgkantorregio Amsterdam op de productmarkt klinische GGZ voor volwassenen en ouderen.

Instelling	Omzet	Aandeel
PAAZ Sint Lucas Andreas Ziekenhuis	[...]	[0-10]%
AMC De Meren	[...]	[20-30]%
GGZ Buitenamstel	[...]	[20-30]%
JellinekMentrum	[...]	[40-50]%
Totaal zorgkantoorregio Amsterdam	[...]	100,0%
Fusie JellinekMentrum/AMC de Meren	[...]	60-70)%
Positie JellinekMentrum voor fusie	1	
Positie AMC de Meren voor fusie	3	
Positie partijen na fusie	1	

Op de productmarkt klinische GGZ voor volwassenen en ouderen is er, naast de fuserende partijen, één partij die actief op het gebied van klinische GGZ voor volwassenen en ouderen in de zorgkantoorregio Amsterdam met een marktaandeel van [20-30]%. Fuserende partijen krijgen na fusie een marktaandeel van [60-70]%. Verder is er nog één partij met een marktaandeel van [0-10]% en een kleine partij.

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 zorgkantoorregio, jaarlijks opgehoogd met een door het Ministerie van VWS bepaalde groeiruumte. De systematiek van contracteerruimten waarborgt de macrobetaalbaarheid van AWBZ-zorg.

Zorgkantoren kunnen doelmatiger zorg inkopen door kortingen te bedingen op de maximum beleidsregelwaarden 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. Uit tabellen 1 en 3 komt naar voren dat het zorgkantoor Amsterdam voor [50-60]% en [60-70]% afhankelijk wordt van één partij bij de inkoop van respectievelijk niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen en klinische GGZ voor volwassenen en ouderen. Hierdoor kan de NZa niet uitsluiten dat de voorgenomen concentratie nadelige gevolgen heeft voor het publieke belang betaalbaarheid.

Uit tabel 2 is af te lezen dat het zorgkantoor bij de inkoop van niet-klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen beperkt afhankelijker wordt van één aanbieder (voor [10-20]%). Voor deze productmarkt voorziet de

NZa daarom geen nadelige gevolgen voor de betaalbaarheid van niet-klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen.

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.

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. 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 zorginstellingen¹¹.

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).

5.2.1 Niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen

In tabel 1 is te zien dat voor de productmarkt niet-klinische GGZ-zorg voor volwassenen en ouderen na fusie vijf aanbieders zullen overblijven die op deze productmarkt actief zijn in de zorgkantorregio Amsterdam. Partijen vormen samen de grootste aanbieder met een marktaandeel van

¹¹ www.wtzi.nl

[50-60]%. Voor fusie heeft de consument keuze uit zes aanbieders, waarvan de grootste (JellinekMentrum) een marktaandeel heeft van [40-50]%

Gezien het gezamenlijke marktaandeel van partijen, het aantal overgebleven keuzemogelijkheden voor consumenten na fusie en de beperkte concurrentiedruk die drie van de zes aanbieders door hun geringe marktaandeel kunnen uitoefenen, kan de NZa niet uitsluiten dat de fusie nadelige gevolgen heeft voor toegankelijkheid van niet klinische GGZ voor volwassenen en ouderen in de zorgkantorregio Amsterdam.

5.2.2 Niet-klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen

In tabel 2 is te zien dat voor de productmarkt niet-klinische GGZ-zorg voor kinderen en jeugdigen na fusie vier aanbieder overblijven die op deze productmarkt actief is in de zorgkantorregio Amsterdam. Gezien het geringe gezamenlijke marktaandeel van partijen en het feit dat er een grote partij overblijft in de zorgkantorregio Amsterdam, voorziet de NZa geen nadelige gevolgen voor toegankelijkheid van niet-klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen in de zorgkantorregio Amsterdam. Wellicht kunnen partijen een sterkere concurrentiepositie innemen ten opzichte van deze grote aanbieder.

5.2.3 Klinische GGZ voor volwassenen en ouderen

Tabel 3 geeft aan dat er na fusie drie aanbieders van klinische GGZ voor volwassenen en ouderen overblijven in de zorgkantorregio Amsterdam. Partijen vormen samen de grootste aanbieder met een marktaandeel van [60-70]%. Voor fusie heeft de consument keuze uit vier aanbieders, waarvan de grootste (JellinekMentrum) een marktaandeel heeft van [40-50]%

Gezien het gezamenlijke marktaandeel van partijen, het beperkte aantal alternatieven dat overblijft en het beperkte marktaandeel van één van de twee aanbieders na fusie, kan de NZa niet uitsluiten dat de fusie nadelige gevolgen heeft voor toegankelijkheid van klinische GGZ voor volwassenen en ouderen in de zorgkantorregio Amsterdam.

5.3 Kwaliteit

Sinds 2004 heeft het onderdeel Jellinek van JellinekMentrum een kwaliteitscertificaat HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector). En vanaf 2007 is het onderdeel Mentrum tevens in het bezit van een HKZ certificaat. Het HKZ-keurmerk bewijst én waarborgt de kwaliteit van de geleverde zorg¹². De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) ziet toe op de minimumkwaliteit van onder andere de niet-klinische AWBZ-zorg en zorgt zo nodig dat er ingegrepen wordt. AMC de Meren is niet in het bezit van een HKZ-certificaat.

De IGZ meldt dat er thans geen structurele problemen met betrekking tot de kwaliteit van zorg bekend zijn. Zij vermeldt dat de voorgenomen concentratie de afstemming en samenwerking tussen verslavingszorg en algemeen psychiatrische zorg versterkt, maar er wordt tevens aangegeven dat zij nog geen oordeel kan geven over het kwalitatief functioneren van de fusieorganisatie.

¹² www.hkz.nl