

Openbare zienswijze

**Concentratie
Stichting Forum –
Stichting De Gelderse
Roos**

Inhoud

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

1. Inleiding

Op 14 december 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 Forum GGZ (hierna: Forum) te Nijmegen en Stichting De Gelderse Roos (hierna: DGR) te Wolfheze 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 18 december 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)¹ 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.

¹ 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 voor volwassenen en ouderen.

Op geen van deze productmarkten voorziet de NZa nadelige gevolgen voor de publieke belangen ten gevolge van de concentratie.

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 2009 voor de intramurale AWBZ-zorg zorgzwaartepakketten (hierna: zzp's) ingevoerd. In de GGZ-sector zal deze intramurale zorg² worden onderverdeeld in dertien zzp's³. 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 indicatie-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 zzp per cliënt, in plaats van per bed, per verpleegdag etc.

De invoering van deze zorgzwaartebekostiging gaat geleidelijk verlopen. 2007 en 2008 zijn voorbereidingsjaren, 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 2007/2008 benut om voor elk zorgzwaartepakket passende tarieven/maximumprijzen te ontwikkelen. Vanaf 2009 maken zorgkantoren en zorgaanbieders productieafspraken in zzp's. De herverdeling van de beschikbare financiële middelen naar de zorgzwaarte van de cliënt zal geleidelijk plaatsvinden door middel van een herallocatietraject.

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

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

³ 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 Justitie⁴. 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 is het Ministerie van Justitie met een eigen inkooporganisatie gestart.

3.2.4 Overheveling geneeskundige GGZ

Per 2008 is de geneeskundige GGZ⁵ overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Dit betekent dat er een DBC-declaratiesysteem, vergelijkbaar met het systeem dat in de ziekenhuizen wordt gebruikt, is ingevoerd. Dit kan gevolgen hebben voor de afbakening van de markten. De gedachte hierachter is het volgende. Tot en met 2007 werd de GGZ-zorg ingekocht door zorgkantoren die gebonden zijn aan een hen toegewezen zorgkantorregio. Aanbieders die in een andere regio gecontracteerd waren, konden - ondanks hun fysieke nabijheid - daardoor niet als alternatief worden gezien⁶. Deze situatie is veranderd nu de geneeskundige zorg is 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 nu wel als alternatief worden gezien.

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

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

⁴ NZa beleidsregel CA-172: "contracteerruimte 2007".

⁵ 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.

⁶ 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.⁷

Partijen overlappen elkaar op het gebied van algemene GGZ. Daarbinnen zijn de volgende circuits te identificeren⁸:

- GGZ voor volwassenen;
- GGZ voor ouderen;
- GGZ voor kinderen en jeugdigen;
- Forensische psychiatrie;
- Verslavingszorg;
- Preventie⁹.

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.

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. Ten slotte bieden beide partijen forensische psychiatrie in strafrechtelijk kader aan. Vanwege het feit dat deze laatstgenoemde zorg is overgeheveld naar het Ministerie van Justitie, zal de NZa er in deze zienswijze niet verder op ingaan.

⁷ 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.

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

⁹ Dit omvat altijd niet-klinische activiteiten.

4.1.1.2 Klinische zorg

Onder de bovengenoemde circuits heeft de NMa één 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 de klinische zorg voor volwassenen en ouderen.

4.1.2 Relevante geografische markt

4.1.2.1 Klinische en niet-klinische zorg

In eerdere besluiten¹⁰ 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. DGR heeft productieafspraken gemaakt met de zorgkantorregio Arnhem, Forum met zorgkantorregio Nijmegen. Dit hoeft echter niet te betekenen dat deze gemaakte afspraken ook overeenkomen met het daadwerkelijke werkgebied. Dit kan ook een gedeelte van de betreffende zorgkantorregio omvatten, 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: (markt)partijen leveren productie in zorgkantorregio Utrecht, 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 zal het ook van belang zijn om stil te staan bij de veranderingen in de GGZ, zoals besproken in hoofdstuk drie. In paragraaf 2.1 zullen ook deze veranderingen worden meegenomen en wordt een mogelijk scenario geschetst voor de gevolgen van de voorgenomen concentratie in een stelsel waarbij geneeskundige GGZ zorg uit de AWBZ gaat. Hierdoor kunnen namelijk aanbiederes uit aangrenzende zorgkantorregio's wellicht als alternatief gezien worden. Naast een relevante markt die het werkgebied van partijen omvat en maximaal de zorgkantorregio omvat, wordt daarom gekeken naar een situatie waarbij de mogelijke geografische markt ruimer is en aanbieders uit aangrenzende zorgkantorregio's als alternatief kunnen worden gezien. De nadruk ligt hier op een mogelijk scenario. Per 2008 is dan weliswaar de geneeskundige GGZ overgeheveld naar de ZVW, het is voor de NZa onvoldoende duidelijk in welke mate toetreding hiermee eenvoudiger wordt, en in hoeverre alternatieven in aangrenzende regio's als alternatief worden beschouwd door cliënten.

¹⁰ 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 wordt in hoofdstuk 5.2 behandeld, wanneer gekeken wordt naar de gevolgen van de concentratie voor de publieke belangen; betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit.

Partijen overlappen elkaar op de productmarkten niet-klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen, niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen en klinische GGZ voor volwassenen en ouderen. Hoewel partijen thans niet in dezelfde zorgkantorregio productieafspraken maken op het gebied van niet-klinische zorg voor kinderen en jeugdigen, blijkt uit het jaarverslag van DGR dat zij zowel in Nijmegen als in Arnhem zorg leveren. Tevens staat op de site van GGZ Nijmegen¹¹ (onderdeel Forum GGZ) dat zij actief is in zowel Arnhem als Nijmegen. Uit cliënt herkomstgegevens die door partijen zijn aangeleverd aan de NMa blijkt echter dat partijen niet tot nauwelijks overlappen in elkaars werkgebieden¹². [...] %* tot [...] % van de cliënten van DGR is afkomstig uit het werkgebied van DGR. [...] % tot [...] % van de cliënten van Forum is afkomstig uit het werkgebied van Forum.

Op basis van een relevante markt die het werkgebied omvat van partijen en maximaal een zorgkantorregio betreft, is er dus niet of nauwelijks overlap.

Zoals vermeld is het echter van belang dat de sector in transitie is en dient er tevens gekeken te worden naar de eventuele gevolgen voor de geografische markt van de overheveling van de geneeskundige GGZ zorg naar de Zvw. Dit kan aan de ene kant leiden tot een situatie waarbij het meest aannemelijke en eerste toekomstige alternatief voor cliënten wegvalt als gevolg van de concentratie. Aan de andere kant kunnen andere marktpartijen wellicht als alternatief worden gezien, die in de oude structuur van zorgkantoren niet als alternatief konden worden gezien.

4.2.1 Niet-klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen

Als aangrenzende zorgkantorregio's worden meegenomen in de analyse voor de productmarkt niet-klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen, kunnen naast aanbieders uit Arnhem, aanbieders uit de zorgkantorregio's Apeldoorn/Zutphen, Utrecht en Nijmegen wellicht als alternatief worden gezien voor DGR. Tabel 1 laat zien welke aanbieders er zijn in de zorgkantorregio's Apeldoorn/Zutphen, Utrecht en Nijmegen en wat de productieafspraken met deze zorgkantoren zijn.

¹¹ www.ggznijmegen.nl

¹² Het werkgebied van DGR omvat Arnhem en het westelijk deel van Gelderland. Het werkgebied van Forum is het gebied in en rond Nijmegen.

* 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.

Tabel 1: Gerealiseerde omzet, marktaandelen en totale gerealiseerde omzet (in euro, 2006) voor de zorgkantorregio's Apeldoorn/Zutphen, Utrecht, Nijmegen en Arnhem op de productmarkt niet-klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen.

Instelling	Omzet in €	Aandeel
Groot Batelaar	[...]	[0-10]%
PAAZ Eemland	[...]	[0-10]%
Mesos	[...]	[0-10]%
Tactus	[...]	[0-10]%
Centrum Maliebaan	[...]	[0-10]%
Bosman GGZ	[...]	[0-10]%
RIAGG Amersfoort	[...]	[0-10]%
De Gelderse Roos	[...]	[0-10]%
Forum GGZ	[...]	[0-10]%
Zonnehuis Kind en Jeugd	[...]	[0-10]%
Eleos	[...]	[0-10]%
GGNet	[...]	[0-10]%
Altrecht	[...]	[10-20]%
Leo Kannerhuis	[...]	[10-20]%
Symfora	[...]	[10-20]%
Kinder en jeugdpsychiatrie Karakter	[...]	[20-30]%
Totale omzet zorgkantorregio's	[...]	
Fusie Forum GGZ - De Gelderse Roos	[...]	[10-20]%
Positie Forum GGZ voor fusie	8	
Positie De DGR voor fusie	9	
Positie partijen na fusie	5	

De tabel laat zien dat het marktaandeel van partijen ongeveer [10-20]% is. Verder zijn er nog drie aanbieders die een vergelijkbaar marktaandeel hebben en één aanbieder met een marktaandeel van [20-30]%. Ten slotte is er nog een heel aantal kleinere alternatieven aanwezig.

Tabel 2 laat zien welke aanbieders er zijn in de zorgkantorregio's Nijmegen, Utrecht, Arnhem en Noord-Oost Brabant, de productieafspraken met deze zorgkantoren, en geeft een overzicht welke aanbieders wellicht als alternatief kunnen worden gezien voor Forum.

Tabel 2: Gerealiseerde omzet, marktaandelen en totale gerealiseerde omzet (in euro, 2006) voor de zorgkantorregio's Nijmegen, Utrecht, Noord-Oost Brabant en Arnhem op de productmarkt niet-klinische GGZ voor kinderen en jongeren.

Instelling	Omzet in €	Aandeel
Groot Batelaar	[...]	[0-10]%
PAAZ Eemland	[...]	[0-10]%
Mesos	[...]	[0-10]%
Tactus	[...]	[0-10]%
Centrum Maliebaan	[...]	[0-10]%
Bosman GGZ	[...]	[0-10]%
RIAGG Amersfoort	[...]	[0-10]%
De Gelderse Roos	[...]	[0-10]%
Forum GGZ	[...]	[0-10]%
Zonnehuis Kind en Jeugd	[...]	[0-10]%
Eleos	[...]	[0-10]%
GGZ O-Brabant	[...]	[0-10]%
Altrecht	[...]	[0-10]%
Leo Kannerhuis	[...]	[0-10]%
Symfora	[...]	[10-20]%
R van arkel Groep	[...]	[10-20]%
Kinder en jeugdpsychiatrie Karakter	[...]	[20-30]%
Totale omzet zorgkantorregio's	[...]	
Fusie Forum GGZ - De Gelderse Roos	[...]	[0-10]%
Positie Forum GGZ voor fusie	8	
Positie De DGR voor fusie	9	
Positie partijen na fusie	5	

De tabel laat zien dat het marktaandeel van partijen ongeveer [0-10]% is. Verder zijn er nog twee aanbieders die een vergelijkbaar marktaandeel hebben, nog twee aanbieders met een marktaandeel van ongeveer [10-20]% en één aanbieder met een marktaandeel van [20-30]%. Ten slotte is er nog een heel aantal kleinere alternatieven aanwezig.

4.2.2 Niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen.

Als aangrenzende zorgkantorregio's worden meegenomen in de analyse voor de productmarkt niet-klinische GGZ voor volwassenen, kunnen naast aanbieders uit Arnhem, ook hier aanbieders uit de zorgkantorregio's Apeldoorn/Zutphen, Utrecht en Nijmegen wellicht als alternatief worden gezien voor DGR. Tabel 3 laat zien welke aanbieders er zijn in de zorgkantorregio's Apeldoorn/Zutphen, Utrecht en Nijmegen en wat de productieafspraken met deze zorgkantoren zijn.

Tabel 3: Gerealiseerde omzet, marktaandelen en totale gerealiseerde omzet (in euro, 2006) voor de zorgkantorregio's Apeldoorn/Zutphen, Utrecht, Nijmegen en Arnhem op de productmarkt niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen.

Instelling	Omzet in €	Aandeel
RIBW Nijmegen en Rivierenland	[...]	[0-10]%
Groot Batelaar	[...]	[0-10]%
Oldenkotte	[...]	[0-10]%
Mesos	[...]	[0-10]%
PAAZ militairhospitaal	[...]	[0-10]%
PAAZ De Gelderse Vallei	[...]	[0-10]%
Overwaal	[...]	[0-10]%
Bosman GGZ	[...]	[0-10]%
PAAZ Hofpoort	[...]	[0-10]%
Paaz ziekenhuis Rivierenland	[...]	[0-10]%
PAAZ Geke ZH	[...]	[0-10]%
PAAZ Eemland	[...]	[0-10]%
PAAZ Ziekenhuis Rijnstate	[...]	[0-10]%
Zonnehuis Kind en Jeugd	[...]	[0-10]%
PAAZ Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis	[...]	[0-10]%
Leo Kannerhuis	[...]	[0-10]%
Arta Lievegoedgroep	[...]	[0-10]%
Kinder en jeugdpsychiatrie Karakter	[...]	[0-10]%
RIAGG Amersfoort	[...]	[0-10]%
Eleos	[...]	[0-10]%
Forum GGZ	[...]	[0-10]%
De Gelderse Roos	[...]	[10-20]%
Symfora	[...]	[10-20]%
GGNET	[...]	[10-20]%
Altrecht	[...]	[20-30]%
Totale omzet zorgkantorregio's	[...]	
Fusie Forum GGZ - De Gelderse Roos	[...]	[20-30]%
Positie Forum GGZ voor fusie	5	
Positie De DGR voor fusie	4	
Positie partijen na fusie	2	

Tabel 3 laat zien dat het marktaandeel van partijen ongeveer [20-30]% is. Verder zijn er nog twee aanbieders die een marktaandeel hebben van rond de [10-20]%, en nog een aanbieder met een vergelijkbaar marktaandeel 20-30]%. Ten slotte is er nog een heel aantal kleinere alternatieven aanwezig.

Tabel 4 laat zien welke aanbieders er zijn in de zorgkantorregio's Nijmegen, Utrecht, Arnhem en Noord-Oost Brabant, de productieafspraken met deze zorgkantoren, en geeft een overzicht welke aanbieders wellicht als alternatief kunnen worden gezien voor Forum.

Tabel 4: Gerealiseerde omzet, marktaandelen en totale gerealiseerde omzet (in euro, 2006) voor de zorgkantorregio's Nijmegen, Utrecht, Noord-Oost Brabant en Arnhem op de productmarkt niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen.

Instelling	Omzet in €	Aandeel
RIBW Nijmegen en Rivierenland	[...]	[0-10]%
Groot Batelaar	[...]	[0-10]%
Oldenkotte	[...]	[0-10]%
PAAZ Maas ZH Pantein	[...]	[0-10]%
Mesos	[...]	[0-10]%
PAAZ militairhospitaal	[...]	[0-10]%
PAAZ De Gelderse Vallei	[...]	[0-10]%
Overwaal	[...]	[0-10]%
Bosman GGZ	[...]	[0-10]%
PAAZ Hofpoort	[...]	[0-10]%
Paaz ziekenhuis Rivierenland	[...]	[0-10]%
PAAZ Eemland	[...]	[0-10]%
PAAZ Ziekenhuis Rijnstate	[...]	[0-10]%
Zonnehuis Kind en Jeugd	[...]	[0-10]%
PAAZ Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis	[...]	[0-10]%
Leo Kannerhuis	[...]	[0-10]%
Arta Lievegoedgroep	[...]	[0-10]%
Kinder en jeugdpsychiatrie Karakter	[...]	[0-10]%
RIAGG Amersfoort	[...]	[0-10]%
Eleos	[...]	[0-10]%
Forum GGZ	[...]	[0-10]%
R van arkel Groep	[...]	[10-20]%
GGZ O-Brabant	[...]	[10-20]%
De Gelderse Roos	[...]	[10-20]%
Symfora	[...]	[10-20]%
Altrecht	[...]	[20-30]%
Totale omzet zorgkantorregio's	[...]	
Fusie Forum GGZ - De Gelderse Roos	[...]	[20-30]%
Positie Forum GGZ voor fusie	6	
Positie De DGR voor fusie	3	
Positie partijen na fusie	2	

Uit tabel 4 blijkt dat het marktaandeel van partijen ongeveer [20-30]% is. Verder zijn er nog een aanbieder met een van rond de [20-30]%, en nog drie aanbieders met een marktaandeel tussen de [10-20]%. Ten slotte is er nog een heel aantal kleinere alternatieven aanwezig.

4.2.3 Klinische GGZ voor volwassenen en ouderen

Als aangrenzende zorgkantorregio's worden meegenomen in de analyse voor de productmarkt klinische GGZ voor volwassenen, kunnen naast aanbieders uit Arnhem, ook hier aanbieders uit de zorgkantorregio's Apeldoorn/Zutphen, Utrecht en Nijmegen wellicht als alternatief worden gezien voor DGR¹³. Tabel 5 laat zien welke aanbieders er zijn in de zorgkantorregio's Apeldoorn/Zutphen, Utrecht en Nijmegen en wat de productieafspraken met deze zorgkantoren zijn.

¹³ Een gedeelte van de klinische GGZ voor volwassenen en ouderen blijft weliswaar in de AWBZ, maar dit is slechts een beperkt deel, ongeveer 70% van de GGZ is geneeskundig.

Tabel 5: Gerealiseerde omzet, marktaandelen en totale gerealiseerde omzet (in euro, 2006) voor de zorgkantorregio's Apeldoorn/Zutphen, Utrecht, Nijmegen en Arnhem op de productmarkt klinische GGZ voor volwassenen en ouderen.

Instelling	Omzet in €	Aandeel
Kinder en jeugdpsychiatrie Karakter	[...]	[0-10]%
PAAZ militairhospitaal	[...]	[0-10]%
De Wending	[...]	[0-10]%
De Griff	[...]	[0-10]%
Arcuris regio zuid	[...]	[0-10]%
Leger des Heils	[...]	[0-10]%
Tactus	[...]	[0-10]%
RIBW Leger des Heils GGZ Arnhem	[...]	[0-10]%
Paaz ziekenhuis Rivierenland	[...]	[0-10]%
PAAZ Eemland	[...]	[0-10]%
PAAZ Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis	[...]	[0-10]%
PAAZ Hofpoort	[...]	[0-10]%
Overwaal	[...]	[0-10]%
PAAZ De Gelderse Vallei	[...]	[0-10]%
Leo Kannerhuis	[...]	[0-10]%
Arta Lievegoedgroep	[...]	[0-10]%
PAAZ Ziekenhuis Rijnstate	[...]	[0-10]%
Mesos	[...]	[0-10]%
Woonzorgnet	[...]	[0-10]%
PAAZ Geke ZH	[...]	[0-10]%
RIBW Nijmegen en Rivierenland	[...]	[0-10]%
RIBW Oost Veluwe	[...]	[0-10]%
Eleos	[...]	[0-10]%
RIBW Arnhem & Veluwe Vallei	[...]	[0-10]%
SWBU	[...]	[0-10]%
Forum GGZ	[...]	[0-10]%
Kwintes	[...]	[0-10]%
De Gelderse Roos	[...]	[10-20]%
Symfora	[...]	[10-20]%
GGNET	[...]	[10-20]%
Altrecht	[...]	[10-20]%
Totale omzet zorgkantorregio's	[...]	
Fusie Forum GGZ - De Gelderse Roos	[...]	[10-20]%
Positie Forum GGZ voor fusie	6	
Positie De DGR voor fusie	4	
Positie partijen na fusie	1	

Tabel 5 laat zien dat het marktaandeel van partijen ongeveer [10-20]% is. Verder zijn er nog twee aanbieders met een vergelijkbaar marktaandeel van ongeveer [10-20]%. Tevens is er nog een aanbieder die een marktaandeel rond de [10-20]%, Ten slotte is er nog een heel aantal kleinere alternatieven aanwezig.

Tabel 6 laat zien welke aanbieders er zijn in de zorgkantorregio's Nijmegen, Utrecht, Arnhem en Noord-Oost Brabant, de productieafspraken met deze zorgkantoren, en geeft een overzicht welke aanbieders wellicht als alternatief kunnen worden gezien voor Forum.

Tabel 6: Gerealiseerde omzet, marktaandelen en totale gerealiseerde omzet (in euro, 2006) voor de zorgkantorregio's Nijmegen, Utrecht, Noord-Oost Brabant en Arnhem op de productmarkt klinische GGZ voor volwassenen en ouderen.

Instelling	Omzet in €	Aandeel
Kinder en jeugdpsychiatrie Karakter	[...]	[0-10]%
PAAZ militairhospitaal	[...]	[0-10]%
De Grift	[...]	[0-10]%
Arcuris regio zuid	[...]	[0-10]%
Verdihuis	[...]	[0-10]%
Tactus	[...]	[0-10]%
RIBW Leger des Heils GGZ Arnhem	[...]	[0-10]%
PAAZ Maas ZH Pantein	[...]	[0-10]%
Paaz ziekenhuis Rivierenland	[...]	[0-10]%
PAAZ Eemland	[...]	[0-10]%
PAAZ Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis	[...]	[0-10]%
PAAZ Hofpoort	[...]	[0-10]%
Overwaal	[...]	[0-10]%
PAAZ De Gelderse Vallei	[...]	[0-10]%
Leo Kannerhuis	[...]	[0-10]%
Arta Lievegoedgroep	[...]	[0-10]%
PAAZ Ziekenhuis Rijnstate	[...]	[0-10]%
Mesos	[...]	[0-10]%
Woonzorgnet	[...]	[0-10]%
RIBW Nijmegen en Rivierenland	[...]	[0-10]%
Eleos	[...]	[0-10]%
RIBW Arnhem & Veluwe Vallei	[...]	[0-10]%
SWBU	[...]	[0-10]%
Forum GGZ	[...]	[0-10]%
Kwintes	[...]	[0-10]%
R van arkel Groep	[...]	[10-20]%
De Gelderse Roos	[...]	[10-20]%
Symfora	[...]	[10-20]%
GGZ O-Brabant	[...]	[10-20]%
Altrecht	[...]	[10-20]%
Totale omzet zorgkantorregio's	[...]	
Fusie Forum GGZ - De Gelderse Roos	[...]	[10-20]%
Positie Forum GGZ voor fusie	6	
Positie De DGR voor fusie	4	
Positie partijen na fusie	1	

Tabel 6 laat zien dat het marktaandeel van partijen ongeveer [10-20]% is. Verder zijn er nog twee aanbieders met een vergelijkbaar marktaandeel van ongeveer [10-20]% tot [10-20]%, hebben drie aanbieders een marktaandeel tussen de [10-20]% en [10-20]% en is er een groot aantal kleinere aanbieders actief.

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. 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 onbepaald 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 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.

Zoals eerder vermeld, maken partijen productieafspraken met verschillende zorgkantoren (Deze zijn tevens gemandateerd door verschillende concessiehouders). Gezien het feit dat partijen niet met dezelfde zorgkantoren afspraken maken en er dus wat dit betreft niets verandert door de fusie, voorziet de NZa geen negatieve gevolgen 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 inkoop 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 zorgkantoorregio zorg kan en mag leveren. In onderstaande subparagrafen wordt per productmarkt ingegaan op de gevolgen voor de toegankelijkheid van zorg in de zorgkantoorregio en de gevolgen voor het mogelijke toekomstige scenario, waarbij zorgaanbieders in aangrenzende zorgkantoren als alternatief worden gezien.¹⁴

¹⁴ 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.

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.

Ten eerste moet een instelling een toelating hebben om GGZ-zorg te mogen leveren. Dit zal overigens in het toekomstscenario zoals geschetst in paragraaf 4.2.1.2 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 zorginstellingen¹⁵.

Ten tweede geldt dat de geneeskundige GGZ per 2008 is 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, is 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 kinderen en jeugdigen en (niet)klinische GGZ voor volwassenen en ouderen

Zoals uit hoofdstuk 4 naar voren is gekomen, blijkt er nauwelijks overlap te zijn tussen partijen op de verschillende productmarkten, als gekeken wordt naar een relevante markt die het werkgebied van partijen omvat en maximaal de zorgkantorregio omvat.

Als er gekeken wordt naar een toekomstig scenario waarbij wellicht alternatieven mogelijk zijn buiten de zorgkantorregiogrens, dan blijft er na fusie een heel aantal alternatieven over, waarvan meerdere aanbieders een aanzienlijk marktaandeel hebben.

Gezien het bovenstaande ziet de NZa geen negatieve gevolgen voor de toegankelijkheid als gevolg van de voorgenomen concentratie

¹⁵ www.wtzi.nl

5.3 Kwaliteit

Forum bestaat uit vroegere instellingen Pompestichting en GGZ Nijmegen. Sinds 2005 heeft het onderdeel Pompestichting een kwaliteitscertificaat HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector). GGZ Nijmegen en ook DGR hebben dit certificaat behaald in 2007. Het HKZ-Keurmerk bewijst én waarborgt de kwaliteit van de geleverde zorg¹⁶. De IGZ ziet toe op de minimumkwaliteit van onder andere de niet-klinische AWBZ-zorg en zorgt zo nodig dat er ingegrepen wordt.

¹⁶ www.hkz.nl