

Openbare zienswijze

**Concentratie
Stichting Meerkanten
GGZ Flevo-Veluwe –
Stichting Symfora**

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 Overheveling OGGz	5
3.2.2 Overheveling collectieve GGZ-preventie	6
3.2.3 Overheveling forensische psychiatrie	6
3.2.4 Overheveling geneeskundige GGZ	6
4. Gevolgen voor de marktstructuur	7
4.1 Afbakening van de relevante markt	7
4.1.1 Relevante productmarkt	7
4.1.1.1 Niet klinische zorg	7
4.1.1.2 Klinische zorg	8
4.1.2 Relevante geografische markt	8
4.1.2.1 Klinische en niet-klinische zorg	8
4.2 Gevolgen van de voorgenomen concentratie	8
4.2.1 Niet-klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen	9
4.2.2 Niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen.	9
4.2.3 Klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen	10
4.2.4 Klinische GGZ voor volwassenen en ouderen	10
5. Publieke belangen	10
5.1 Betaalbaarheid	10
5.2 Toegankelijkheid	11
5.2.1 (Niet-) klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen en (niet-) klinische GGZ voor volwassenen en ouderen	12
5.3 Kwaliteit	12

1. Inleiding

Op 17 april 2008 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 Meerkanten GGZ Flevo-Veluwe (hierna: Meerkanten) te Ermelo en Stichting Symfora (hierna: Symfora) te Amersfoort 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 21 april 2008 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 Toegespitst op de klinische en niet-klinische GGZ.

2. Conclusie

De activiteiten van partijen overlappen elkaar op de relevante productmarkten (niet-) klinische GGZ voor volwassenen en ouderen en (niet-) klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen.

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's.³ 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. Ook in 2009 worden productieafspraken in zowel de oude bekostigingstermen als in zorgzwaartepakketten gemaakt. Er vindt dan wel al een geleidelijke herverdeling van de financiële middelen naar zorgzwaarte van de cliënt plaats door middel van een herallocatietraject. Vanaf 2010 maken zorgkantoren en zorgaanbieders productieafspraken in zorgzwaartepakketten en wordt het herallocatietraject voortgezet.

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.

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

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.

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 ZVW. 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. Hierbij moet wel worden vermeld dat 2008 nog als een overgangsjaar wordt gebruikt, waarbij aanbieders die buiten de oude zorgkantorregio geneeskundige zorg willen leveren over het algemeen nog steeds afspraken moeten maken met de verzekeraar waar de aanbieder gevestigd is.

⁴ NZa beleidsregel CA-172: "contracterruimte 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.

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. 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 besluiten⁷ is uitgegaan van een onderscheid tussen klinische GGZ en niet-klinische GGZ. Tevens kan mogelijk onderscheid gemaakt worden tussen algemene en specialistische GGZ.

Voor specialistische GGZ is in het verleden door de NMa een aparte productmarkt onderscheiden voor verslavingszorg, forensische psychiatrie, intensieve GGZ en topreferente GGZ. Partijen overlappen elkaar niet op deze productmarkten.

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

- GGZ voor volwassenen;
- GGZ voor ouderen;
- GGZ voor kinderen en jeugdigen.

4.1.1.1 Niet klinische zorg

Onder de bovengenoemde circuits heeft de NMa aparte productmarkten onderscheiden voor niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen en voor niet-klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen. Activiteiten met betrekking tot preventie vormen geen aparte productmarkt, maar worden gezien als een afgeleide van activiteiten op de productmarkten GGZ voor volwassenen en ouderen, GGZ voor kinderen en jeugdigen en verslavingszorg.

De activiteiten van partijen op het gebied van niet-klinische zorg overlappen elkaar op de productmarkten niet-klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen en niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen.

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.

4.1.1.2 Klinische zorg

Onder de bovengenoemde circuits heeft de NMa tevens aparte productmarkten onderscheiden voor klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen en voor klinische GGZ voor volwassenen en ouderen. De activiteiten van partijen overlappen elkaar op beide productmarkten.

4.1.2 Relevante geografische markt

4.1.2.1 Klinische en niet-klinische zorg

In eerdere besluiten⁸ is uitgegaan van een relevante geografische markt die ten minste het werkgebied van de aanbieder omvat en niet ruimer is dan een zorgkantorregio. Het werkgebied van Meerkanten omvat voornamelijk de regio Zwolle en Flevoland, het werkgebied van Symfora omvat voornamelijk de regio Utrecht en 't Gooi.

Bij het afbakenen van markten zal het van belang zijn om stil te staan bij de veranderingen in de GGZ, zoals besproken in hoofdstuk drie. In paragraaf 4.2 zullen 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 worden gezien. 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 zal worden, en in hoeverre alternatieven in aangrenzende regio's in de toekomst als alternatief kunnen worden beschouwd door cliënten.

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 5.1 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, klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen en klinische GGZ voor volwassenen en ouderen. Partijen maken niet in dezelfde zorgkantorregio productieafspraken en ze zijn niet of nauwelijks actief in elkaars werkgebieden.⁹ Meerkanten en Symfora leveren voor meer dan [...]%, respectievelijk [...]% binnen de eigen werkgebieden.¹⁰

⁸ 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.

⁹ Bron: cliënt herkomstgegevens die door partijen zijn aangeleverd aan de NMa.

* 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.

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 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. Wanneer de zorgkantorgrenzen niet meer een bepalende factor zijn, zal de geografische markt afhangen van de reisbereidheid van cliënten. De transitie kan daarom mogelijk leiden tot ruimere relevante geografische markten waarop partijen in de toekomst mogelijk wel met elkaar in concurrentie treden. 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, is er wel overlap. Naast partijen en aanbieders uit Utrecht kunnen ten minste aanbieders uit onder andere de zorgkantorregio's 't Gooi, Arnhem, Zwolle en Nijmegen dan als alternatief worden gezien voor Symfora. In Utrecht zijn Altrecht, Zonnehuizen Kind en Jeugd en Eleos spelers met een aanzienlijk marktaandeel. In Arnhem en omstreken is Karakter aanwezig. Deze aanbieder heeft een marktaandeel dat ongeveer gelijk is aan dat van partijen tezamen. De Gelderse Roos/Forum GGZ is actief in de zorgkantorregio's Utrecht, Arnhem en Nijmegen. Ten slotte is er een aantal kleinere alternatieven aanwezig. Deze aanbieders zorgen ervoor dat het marktaandeel van partijen niet meer zal bedragen dan [20-30]%.

Naast bovengenoemde alternatieven kan GGNet als een alternatief gezien worden voor Meerkanten. GGNet is actief in onder andere Apeldoorn, Ede en omstreken, dat grenst aan zorgkantorregio Arnhem, waar Meerkanten actief is. Door de aanwezigheid van bovengenoemde aanbieders zullen partijen maximaal een aandeel krijgen van [20-30]%.

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 en ouderen, kunnen naast partijen ten minste grote aanbieders als Altrecht en De Gelderse Roos/Forum GGZ als alternatief worden gezien voor Symfora. Verder zijn nog RIAGG Zwolle, Zwolsepoort en Eleos aanwezig. Ten slotte is er een aantal kleinere alternatieven aanwezig. Partijen krijgen hierdoor maximaal een marktaandeel van [20-30]%.

Naast bovengenoemde alternatieven kan GGNet wederom als een alternatief gezien worden voor Meerkanten. Hierdoor zullen partijen maximaal een aandeel krijgen van [20-30]%.

¹⁰ Uitzondering is klinische GGZ zorg voor kinderen en jeugdigen, waar Meerkanten [...] % binnen het eigen werkgebied levert. Echter, Meerkanten levert nauwelijks deze zorg (zie paragraaf 4.2.3) en de [...] % die buiten het werkgebied wordt geleverd, is tevens niet in het werkgebied van Symfora.

4.2.3 Klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen

Als aangrenzende zorgkantorregio's worden meegenomen in de analyse voor de productmarkt klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen krijgen partijen tevens een beperkt aandeel en zal het toegevoegde aandeel van Meerkanten minder dan [0-10]% bedragen. Als alternatief voor Symfora zijn onder andere Zonnehuizen Kind en Jeugd en Altrecht actief met marktaandelen van respectievelijk [50-60]% en [20-30]%. Ten slotte is er een aantal kleinere alternatieven aanwezig. Partijen krijgen een marktaandeel van maximaal [20-30]%. Naast bovengenoemde alternatieven kan GGNet als een alternatief worden gezien voor Meerkanten. Hierdoor zullen partijen maximaal een marktaandeel krijgen van [20-30]%

4.2.4 Klinische GGZ voor volwassenen en ouderen

Als aangrenzende zorgkantorregio's worden meegenomen in de analyse voor de productmarkt klinische GGZ voor volwassenen en ouderen, kunnen ten minste grote aanbieders als Altrecht, De Geldere Roos/Forum GGZ en Kwintus als alternatief worden gezien voor Symfora. Daarnaast is er een aantal kleinere alternatieven aanwezig. Partijen krijgen hierdoor maximaal een marktaandeel van [30-40]%. Naast bovengenoemde alternatieven kan GGNet als een alternatief worden gezien voor Meerkanten. Hierdoor zullen partijen maximaal een marktaandeel krijgen van [20-30]%

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 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.

Zorgkantoren kunnen doelmatiger zorg inkopen door kortingen te bedingen op de maximumbeleidsregelwaarden bij het maken van productieafspraken voor niet-geneeskundige GGZ. 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. Dit geldt tevens voor de inkoop van geneeskundige GGZ.

Partijen maken productieafspraken met verschillende zorgkantoren en verzekeraars (De zorgkantoren zijn tevens gemandateerd door verschillende concessiehouders). Gezien het feit dat partijen niet met dezelfde zorgkantoren of verzekeraars 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 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 de volgende paragraaf wordt 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 mogelijke alternatieven zijn.

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 zorginstellingen.¹¹

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

¹¹ www.wtzi.nl

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 in zaak 5632/GGZ Noord-Holland Noord en GGZ Dijk en Duin.

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 de geografische markt wellicht ruimer afgebakend dient te worden, dan krijgen partijen maximaal een marktaandeel van [30-40]%. Na fusie blijven er voldoende alternatieve aanbieders 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.

5.3 Kwaliteit

Sinds 2008 hebben Symfora en Meerkanten een kwaliteitscertificaat HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector) voor Geestelijke Gezondheidszorg. Het HKZ-Keurmerk bewijst en waarborgt de kwaliteit van de geleverde zorg.¹² De IGZ ziet toe op de minimumkwaliteit en zorgt zo nodig dat er ingegrepen wordt. Partijen staan niet onder verscherpt toezicht bij de IGZ.

¹² www.hkz.nl