

Nederlandse Mededingingsautoriteit

BESLUIT

Besluit van de Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit als bedoeld in artikel 37, eerste lid, van de Mededingingswet.

Nummer 5632/60

Betreft zaak: 5632/GGZ Noord-Holland-Noord - GGZ Dijk en Duin

I. MELDING

1. Op 2 mei 2006 heeft de Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit een melding ontvangen van een voorgenomen concentratie in de zin van artikel 34 van de Mededingingswet. Hierin is medegedeeld dat Stichting Geestelijke Gezondheidszorg Noord-Holland-Noord en Stichting GGZ Dijk en Duin voornemens zijn te fuseren, in de zin van artikel 27, onder a, van de Mededingingswet. Van de melding is mededeling gedaan in Staatscourant 91 van 10 mei 2006. Ambtshalve zijn vragen gesteld aan verschillende marktpartijen. Tevens is een zienswijze van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) ontvangen.

II. PARTIJEN

2. Stichting Geestelijke Gezondheidszorg Noord-Holland-Noord (hierna: GGZ NHN) is een stichting naar Nederlands recht. GGZ NHN biedt geestelijke gezondheidszorg (hierna: GGZ) aan. GGZ NHN biedt klinische GGZ, waaronder crisisopvang, diagnostiek, behandeling, verpleging en resocialisatie. Daarnaast biedt zij deeltijdbehandeling en ambulante GGZ. GGZ NHN heeft tevens een forensisch psychiatrische afdeling, waarvoor GGZ NHN een aparte toelating heeft. Tenslotte is GGZ NHN actief op het gebied van huisvesting voor cliënten die door hun psychiatrische handicap begeleiding nodig hebben.

3. Stichting GGZ Dijk en Duin (hierna: GGZ DD) is een stichting naar Nederlands recht. GGZ DD biedt GGZ aan. GGZ DD biedt klinische GGZ aan, waaronder crisisopvang, diagnostiek, behandeling, verpleging en resocialisatie. Daarnaast biedt zij deeltijdbehandeling en (gespecialiseerde) ambulante GGZ aan.

4. Stichting GGZ Centrum West Friesland (hierna: CWF) is een stichting naar Nederlands recht. CWF is ontstaan uit een fusie tussen RIAGG West-Friesland, de psychiatrische afdeling van het Westfries Gasthuis en het algemeen psychiatrisch ziekenhuis Duin en Bosch. Het algemeen psychiatrisch ziekenhuis Duin en Bosch was een onderdeel van GGZ DD. CWF is actief op het gebied van niet-klinische GGZ en biedt daarnaast ook kortdurende klinische zorg aan. Na de totstandkoming van de fusie waaruit CWF is ontstaan, heeft GGZ DD (en het Westfries Gasthuis)

het recht gekregen een bindende voordracht te doen voor één bestuurslid in de Raad van Bestuur van CWF. Het bestuur van CWF bestaat in totaal uit 5 leden. Op grond van de statuten heeft GGZ DD een vetorecht bij alle besluiten strekkende tot vaststelling van de begroting, tot overschrijding van de begroting en bij de wijziging van de statuten. Daarnaast is de CTG-toelating voor de AWBZ-functie van verblijf nog steeds in handen van GGZ DD. Hierdoor kan GGZ DD officieel over de bedden beschikken en komt het budget op naam van GGZ DD. In de praktijk voert CWF zelf de onderhandelingen over het budget met het zorgkantoor.

5. Uit de mededeling van de Commissie betreffende het begrip concentratie¹ volgt dat een van de belangrijkste vetorechten normalerwijze betreft de beslissingen over de begroting. Beslissingen over de begroting stellen de rechthebbende in staat een beslissende invloed uit te oefenen op het commerciële beleid van de onderneming, omdat de begroting het precieze kader voor de activiteiten van de onderneming bepaalt, met name voor de investeringen die zij doet.²

6. Gezien het vetorecht van GGZ DD over besluiten tot vaststelling en overschrijding van de begroting en mede in aanmerking genomen de bindende voordracht van een lid van de Raad van Bestuur van CWF, het feit dat GGZ DD officieel over de bedden van CWF kan beschikken en het budget op naam komt van GGZ DD, is de Raad van mening dat GGZ DD zeggenschap heeft in CWF. In de beoordeling van de gevolgen van de voorgenomen concentratie zullen de activiteiten van CWF derhalve worden toegerekend aan GGZ DD.

III. DE GEMELDE OPERATIE

7. De gemelde operatie is neergelegd in een *"Intentieverklaring"* d.d. 1 mei 2006 die door partijen bij de melding is overgelegd. De in de intentieverklaring gemelde transactie voorziet in een juridische fusie tussen GGZ DD en GGZ NHN. Partijen streven er naar per 1 januari 2007 de fusie van deze twee stichtingen tot stand te brengen.

IV. TOEPASSELIJKHEID VAN HET CONCENTRATIETOEZICHT

8. De gemelde concentratie is een concentratie in de zin van artikel 27, onder a, van de Mededingingswet. De hierboven, onder punt 7, omschreven transactie leidt er toe dat twee voorheen van elkaar onafhankelijke ondernemingen fuseren.

9. Betrokken ondernemingen zijn GGZ NHN en GGZ DD.

¹ Zie de Mededeling van de Commissie betreffende het begrip concentratie in Verordening (EEG) nr. 4064/89 van de Raad betreffende de controle op concentraties van ondernemingen 2 maart 1998 (hierna: de Mededeling van de Commissie betreffende het begrip concentratie), Pb. 1998, nr. C 66, pagina 5.

² Zie de Mededeling van de Commissie betreffende het begrip concentratie, punt 25.

10. Uit de in de melding ter beschikking gestelde omzetgegevens blijkt dat de gemelde concentratie binnen de werkingssfeer van het in hoofdstuk 5 van de Mededingingswet geregelde concentratietoezicht valt.

V. BEOORDELING

A. KORTE BESCHRIJVING GGZ

11. Aanbieders van GGZ zijn: algemeen psychiatrische ziekenhuizen (APZ), algemene en academische ziekenhuizen (Psychiatrische Afdelingen van Algemene of Academische Ziekenhuizen – PAAZ/PAAC), Regionale Instellingen voor Ambulante GGZ (RIAGG's), Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW's), gespecialiseerde instellingen/categorale instellingen (bijvoorbeeld voor forensische zorg, verslavingszorg en kind- en jeugdpsychiatrie) en vrijgevestigde beroepsbeoefenaren.³

12. GGZ kan op grond van wettelijke en financieringskaders worden onderverdeeld in niet-klinische GGZ, ook wel ambulante of extramurale GGZ genoemd, en klinische (intramurale) GGZ. De wetgever maakt voorts een onderscheid naar op genezing gerichte GGZ (*cure*) en niet op genezing gerichte GGZ (ondersteunende zorg of *care*). Daarnaast heeft de wetgever een onderscheid gemaakt naar vrijwillige en niet-vrijwillige behandeling.

13. De niet-vrijwillige GGZ bestaat uit (i) forensisch psychiatrische zorg, dat wil zeggen behandeling van personen die lijden aan een psychische stoornis en die als gevolg daarvan een strafbaar feit hebben gepleegd waarvoor zij door de rechter zijn veroordeeld; (ii) zorg in het kader van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (hierna: BOPZ), dat wil zeggen opname door middel van een rechterlijke machtiging of, in urgente gevallen, een lastgeving van de burgemeester tot inbewaringstelling van personen met een geestelijke stoornis die een gevaar vormen voor zichzelf en/of hun omgeving en waarvoor er geen andere mogelijkheid is het gevaar af te wenden dan door opname in een psychiatrische instelling, terwijl betrokkene geen blijk geeft zich vrijwillig op te laten nemen; en (iii) zorg in het kader van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (hierna: OGGZ), dat wil zeggen hulp aan kwetsbare personen die wel zorg nodig hebben, maar die als gevolg van de aard van hun problematiek of als gevolg van eerdere ervaringen met het zorgcircuit niet zelfstandig of vrijwillig van hulpverleningsinstanties gebruik maken; onder laatstgenoemde vorm van zorg kunnen bijvoorbeeld mensen vallen die behalve psychisch gestoord ook verslaafd, dakloos of verwaarloosd zijn.

³ Zie het rapport 'GGZ op een keerpunt – Sectorstudie Geestelijke Gezondheidszorg', ING Medinet, januari 2005, p. 9.

14. Alle bovengenoemde vormen van zorg kunnen worden verleend aan zowel jeugdigen als volwassenen. De GGZ aan jeugdigen is evenwel grotendeels ondergebracht bij op deze doelgroep gespecialiseerde instellingen.

B. RUIMTE VOOR CONCURRENTIE

Opvattingen van partijen

15. Partijen stellen zich op het standpunt dat op het gebied van langdurige, klinische GGZ geen concurrentie mogelijk is. Partijen voeren ter onderbouwing van dit standpunt, samengevat, aan dat zij geen enkele mogelijkheid hebben om met enige vorm van marktgedrag, zoals beslissingen aangaande prijs, kwaliteit, aanbod en capaciteit, de vraag te beïnvloeden.

Forensische psychiatrie, OGGZ en BOPZ

16. In een eerder besluit⁴ is geconcludeerd dat activiteiten in het kader van BOPZ niet kunnen worden aangemerkt als ondernemingsactiviteiten. Daarom zal op de activiteiten van partijen in het kader van BOPZ niet verder worden ingegaan.

17. Aangezien de activiteiten van partijen geen overlap vertonen op het gebied van forensisch psychiatrische zorg, behoeft de vraag of binnen de forensisch psychiatrische zorg ruimte bestaat voor concurrentie in dit besluit niet te worden behandeld.

18. Evenals in een eerder besluit⁵, zal er in het onderhavige besluit van worden uitgegaan dat op het gebied van OGGZ geen ruimte bestaat voor concurrentie, gezien (i) het feit dat aan de taken, voortvloeiend uit deze specifieke vormen van GGZ, geen specifieke hulpvraag van de cliënt ten grondslag ligt, en (ii) de afwezigheid van keuzemogelijkheden voor de autoriteiten die verantwoordelijk zijn voor OGGZ.

⁴ Zie het besluit van 11 juli 2006 in zaak 5660/*GGZ Groep Europort – Bavo RNO Groep*, punt 22.

⁵ Zie het besluit van 1 september 2004 in zaak 3865/*Rijngeest – Robert Fleury*, punten 17 tot en met 20.

Beoordeling ruimte voor concurrentie

19. In het besluit in zaak 3865/*Rijngest – Robert Fleury*⁶ is geen definitieve uitspraak gedaan omtrent de ruimte voor concurrentie voor aanbieders van GGZ-zorg. Bij de beoordeling van de vraag of er binnen de GGZ ruimte is voor concurrentie wordt in de onderhavige zaak aangesloten bij hetgeen hierover is geconcludeerd in het visiedocument AWBZ-zorgmarkten⁷ alsmede eerdere besluiten die betrekking hebben op de AWBZ-zorg.⁸

20. Per 1 januari 2008 wordt alle op genezing gerichte, niet-klinische, alsmede alle klinische GGZ korter dan een jaar overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Dat betekent dat vanaf die datum zorgaanbieders zullen moeten onderhandelen met zorgverzekeraars over de hoeveelheid, de prijs en de kwaliteit van de door hen te leveren zorg. Daarmee kan, evenals in eerdere besluiten⁹, worden aangenomen dat er voldoende ruimte voor concurrentie is op het gebied van niet-klinische GGZ alsmede op het gebied van klinische GGZ korter dan een jaar. Dit wordt ook door partijen niet betwist. Partijen wijzen op het gebied van niet-klinische GGZ bijvoorbeeld zelf op de concurrentie die zij (verwachten te gaan) ondervinden van CWF, De Geestgronden/Buitenamstel, GGZ Mentrum, categorale instellingen, HSK Groep, Mentaal Beheer, Parnassia en vrijgevestigde psychiaters, psychotherapeuten en psychologen. Ook geven zij aan dat zij op het gebied van kortdurende, klinische zorg concurrentie ondervinden van de PAAZ-en.

21. De langdurige, klinische GGZ, dat wil zeggen verblijf in een GGZ-instelling langer dan één jaar, zal ook na 1 januari 2008 gefinancierd worden vanuit de AWBZ.

22. In eerdere besluiten van de NMa¹⁰ is geconcludeerd dat zowel binnen de extramurale als intramurale AWBZ-zorg concurrentie mogelijk is. Deze besluiten hadden evenwel betrekking op andere in de AWBZ opgenomen zorg dan GGZ. Zoals aangegeven in punt 19 van het onderhavige besluit, is in het besluit in zaak 3865/*Rijngest – Robert Fleury*¹¹ in het midden gelaten of het voor aanbieders van GGZ ook mogelijk is om te concurreren.

⁶ Zie het besluit in zaak 3865/*Rijngest – Robert Fleury*, reeds aangehaald, punt 16.

⁷ Zie Visiedocument AWBZ-zorgmarkten, 3130/66, januari 2004.

⁸ Zie bijvoorbeeld het besluit van 7 maart 2005 in zaak 4245/*Vizier – De Wendel* en het besluit van 11 augustus 2005 in zaak 4198/*Proteion – TML – LvGG*.

⁹ Zie het besluit in zaak 4245/*Vizier – De Wendel*, reeds aangehaald en het besluit in zaak 4198/*Proteion – TML – LvGG*, reeds aangehaald.

¹⁰ Zie bijvoorbeeld het besluit in zaak 4245/*Vizier – De Wendel*, reeds aangehaald, punten 8 tot en met 16 en het besluit in zaak 4198/*Proteion – TML – LvGG*, reeds aangehaald, punten 9 tot en met 15.

¹¹ Zie het besluit in zaak 3865/*Rijngest – Robert Fleury*, reeds aangehaald, punt 16.

23. In de besluiten van de NMa in zaak 4245/*Vizier-De Wendel* en zaak 4198/*Proteion-TML-LvGG* is aangegeven dat intramurale zorgaanbieders mogelijkheden hebben om zich tijdens (toekomstige) onderhandelingen met de zorgkantoren van elkaar te onderscheiden en zo te trachten een zo groot mogelijk aandeel van het totaal aan beschikbare middelen te claimen. Zorgaanbieders kunnen, door zich te onderscheiden van concurrenten¹², meer cliënten trekken en daarvoor ook meer budget ontvangen¹³. Deze argumenten gelden, mutatis mutandis, ook voor de langdurige, klinische GGZ.

24. Voorts is in genoemde besluiten aangegeven dat er binnen een afzienbare termijn twee wets- en beleidswijzigingen zouden plaatsvinden, die de prikkels voor zorgaanbieders om zich van elkaar te onderscheiden geleidelijk zouden doen toenemen.

25. De ene wets- en beleidswijziging betrof de Wet toelating zorginstellingen (hierna: WTZi) die per 1 januari 2006 in werking is getreden. De WTZi heeft tot doel instellingen te prikkelen meer vraaggericht te gaan bouwen. De WTZi is tevens van toepassing op de GGZ.

26. De andere wets- en beleidswijziging betrof de – op het moment van uitbrengen van het besluit in zaak 4198/*Proteion-TML-LvGG* – voor 1 januari 2007 geplande invoering van functiegerichte bekostiging in de intramurale AWBZ-zorg. De plannen voor invoering van functiegerichte bekostiging in de intramurale AWBZ-zorg zijn vervangen door financiering door middel van zorgzwaartepakketten.

27. Per 1 januari 2007 zal door zorgaanbieders van intramurale AWBZ-gefinancierde zorg en zorgkantoren worden gewerkt met deze zorgzwaartepakketten.¹⁴ De zorgzwaartepakketten beschrijven een volledig pakket aan AWBZ-zorg. In elk zorgzwaartepakket is de omvang van de componenten woonzorg, dagbesteding en behandeling zichtbaar gemaakt. Voor de langdurige GGZ zijn zeven van deze zorgzwaartepakketten opgesteld. In elk pakket wordt een cliëntgroep beschreven met daarbij een aanduiding van de omvang van de zorg in een gemiddeld aantal uren per week. Voor elk zorgzwaartepakket wordt door de NZa een maximumprijs vastgesteld. Zorgkantoor en zorgaanbieder maken vervolgens afspraken over de daadwerkelijke hoogte van de prijs per pakket.¹⁵ De GGZ-aanbieder kan er derhalve voor kiezen om een lagere prijs te hanteren

¹² Bijvoorbeeld op klanttevredenheid (bejegening, snelheid van behandelen) of specialisatie.

¹³ Binnen het totale budget dat beschikbaar is.

¹⁴ Zie onder meer de brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer van 2 juni 2006, TK 26 631, nr. 177.

¹⁵ Zie de brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer van 16 oktober 2006, TK 26 631, nr. 193. Overigens worden in 2007 de budgetten van de zorginstellingen nog gebaseerd op de huidige bekostigingsregels. In de – eind 2006 te maken – productieafspraken voor het jaar 2007 zullen de instellingen evenwel ook

dan andere aanbieders van hetzelfde type zorg en aldus concurreren op prijs. Daar komt bij dat het zorgzwaartepakket en het daaraan verbonden budget persoonsvolgend zijn, dat wil zeggen dat zij direct verbonden zijn aan een cliënt en niet zozeer aan een instelling.¹⁶ Daarmee ontstaat voor de cliënt een grotere keuzemogelijkheid om van zorgaanbieder te veranderen indien hij dit wenst.

Conclusie

28. Gelet op het voorgaande acht de Raad het aannemelijk dat er ruimte is voor concurrentie binnen de niet-klinische GGZ en de kortdurende klinische GGZ. Er zijn vooralsnog voldoende aanwijzingen dat er ruimte is voor concurrentie op het gebied van de langdurige klinische GGZ. In een eventuele vergunningsfase zal nader onderzoek worden verricht naar de ruimte van concurrentie binnen de langdurige klinische GGZ.

C. RELEVANTE MARKTEN

Relevante productmarkten

29. Partijen zijn beide geïntegreerde GGZ-instellingen. Van overheidswege werd bevorderd dat de algemeen psychiatrische ziekenhuizen en de Riagg's¹⁷ als afzonderlijke voorzieningen werden beëindigd en op zouden gaan in regionale GGZ-instellingen. Tevens werd van overheidswege aangegeven wat het zorgaanbod van de regionale GGZ-instellingen zou moeten zijn: crisisinterventie, openbare GGZ, advisering en consultatie, onderzoek, diagnostiek, ambulante en deeltijdbehandeling, klinische behandeling en verpleging, psychiatrische thuiszorg, resocialisatie, bescherming en preventie.¹⁸

Nader onderscheid niet-klinische en klinische GGZ

30. Afhankelijk van de aandoening kan het zijn dat een cliënt via een ambulante of deeltijdbehandeling (niet-klinische behandeling) kan worden geholpen of dat een cliënt voor langere tijd moet worden opgenomen (klinische behandeling). Bij het afbakenen van de relevante productmarkt(en) is het onderscheid tussen niet-klinische en klinische GGZ van belang, aangezien zowel vraag- als aanbodsubstitutie tussen klinische en niet-klinische GGZ niet altijd

opgave doen van de zorgwaarde van de cliënten die dan bij hen in behandeling zijn. Vaststelling van de maximumprijzen van de zorgzwaartepakketten en eventuele reallocatie van de budgetten door de NZa is voorzien per november 2007.

¹⁶ Zie de brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer van 16 oktober 2006, reeds aangehaald.

¹⁷ Een Riagg bood alle ambulante zorg aan. Het betrof preventie, advisering, sociaal-psychiatrische begeleiding, diagnostiek, behandeling, psychiatrische thuiszorg, ondersteunende en activerende begeleiding.

¹⁸ Zie Beleidsvisie GGZ 2006, TK 2005 – 2006, 29248, nr. 26.

mogelijk is. Vanuit de cliënt bezien is het niet (altijd) mogelijk een behandeling waarvoor klinische opname is vereist, te vervangen door een behandeling zonder klinische opname.

31. Daarnaast is met name van belang dat de hoogte van toetredingsdrempels verschilt tussen klinische en niet-klinische GGZ. Toetreding tot de klinische GGZ is relatief veel moeilijker vanwege wettelijke toetredingsdrempels die volgen uit de WTZi. Aanbieders dienen een uitgebreide vergunningsprocedure te doorlopen wanneer zij klinische faciliteiten willen starten.

32. Op grond van het voorgaande wordt evenals in een eerdere zaak¹⁹ uitgegaan van een onderverdeling in twee aparte relevante productmarkten voor klinische en niet-klinische GGZ.

Algemene GGZ versus specialistische GGZ

33. In een eerder besluit²⁰ is aangegeven dat de omschakeling van de behandeling van een bepaalde doelgroep naar behandeling van een andere doelgroep, volgens in het kader van deze eerdere zaak bevroegde marktpartijen, voor de meeste behandelingen relatief eenvoudig, binnen een niet al te lang tijdsbestek en zonder grote extra investeringen kan plaatsvinden.²¹

34. In deze eerdere zaak is eveneens aangegeven dat het mogelijk is dat er een aantal specialismen bestaat waarvoor geldt dat vanuit de aanbodzijde bezien substitutie moeilijker is, bijvoorbeeld als gevolg van specifieke investeringen.²²

35. Partijen geven aan dat zij actief zijn op het gebied van de algemene GGZ. Daarbinnen identificeren zij de volgende circuits²³: (i) GGZ voor volwassenen; (ii) GGZ voor ouderen; (iii) GGZ voor kinderen en jeugdigen; (iv) forensische psychiatrie; (v) verslavingszorg; en (vi) preventie. De activiteiten van partijen overlappen op het gebied van (i) GGZ voor volwassenen en (ii) GGZ voor ouderen.

36. Partijen bieden zowel klinische als niet-klinische GGZ voor volwassenen aan. Hieronder wordt zorg verstaan voor mensen met psychische of psychiatrische aandoeningen in de leeftijd van 18 tot 65 jaar, die door psychisch lijden ernstig beperkt worden in hun maatschappelijke functioneren.

¹⁹ Zie het besluit in zaak 3865/*Rijngest* – *Robert Fleury*, reeds aangehaald, punt 26.

²⁰ Zie het besluit in zaak 3865/*Rijngest* – *Robert Fleury*, reeds aangehaald, punt 30.

²¹ Zie het besluit in zaak 3865/*Rijngest* – *Robert Fleury*, reeds aangehaald, punt 29.

²² Zie het besluit in zaak 3865/*Rijngest* – *Robert Fleury*, reeds aangehaald, punt 30.

²³ Gebaseerd op basis van het *Brancherapport GGZ-MZ* (TK 2004-2005, 29 763, nr. 72) van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

37. Partijen bieden beide tevens zowel klinische als niet-klinische GGZ voor ouderen. Het betreft hier personen van 65 jaar en ouder. Naast psychische hulp behoeven deze oudere cliënten tevens psychogeriatrische hulp.

38. Marktpartijen geven aan het onderscheid naar circuits deels te herkennen. Veelal wordt echter de GGZ voor volwassenen en de GGZ voor ouderen tezamen genomen. De in het kader van het onderzoek in de onderhavige zaak bevroegde GGZ-aanbieders hebben alle aangegeven dat zij ofwel reeds GGZ aan zowel volwassenen als ouderen aanbieden, dan wel dat het relatief gemakkelijk is om om te schakelen van GGZ voor volwassenen naar GGZ voor ouderen en vice versa.

39. Op grond van het voorgaande wordt er in onderhavige zaak van uitgegaan dat GGZ voor volwassenen en GGZ voor ouderen onderdeel uitmaken van dezelfde markt.

40. Er zijn in onderhavige zaak voornamelijk onvoldoende aanwijzingen naar voren gekomen dat GGZ voor kinderen en jeugdigen onderdeel uitmaakt van dezelfde markt als GGZ voor volwassenen en ouderen. Aangezien er mogelijk enige potentiële concurrentiedruk van GGZ voor kinderen en jeugdigen uitgaat op GGZ voor volwassenen en ouderen zal hier in de beoordeling van de gevolgen van de concentratie, waar relevant, rekening mee worden gehouden.

Conclusie

41. Gelet op het voorgaande zal in het navolgende worden uitgegaan van een markt voor klinische GGZ voor volwassenen en ouderen en een markt voor niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen.

Relevante geografische markten

Niet-klinische en klinische GGZ voor volwassenen en ouderen

42. Partijen zijn uitsluitend actief in de provincie Noord-Holland en dan met name in het gebied boven het Noordzeekanaal en boven Amsterdam. GGZ NHN is actief in de zorgkantorregio Noord-Holland Noord.²⁴ GGZ DD is actief in de zorgkantorregio Noord-

²⁴ Het verzorgingsgebied van GGZ NHN omvat een gedeelte van de zorgkantorregio Noord-Holland Noord (GGZ NHN is niet actief in de regio West-Friesland). Het verzorgingsgebied omvat de gemeenten Alkmaar, Anna Paulowna, Bergen (NH.), Den Helder, Graft-De Rijp, Harenkarspel, Heerhugowaard, Heiloo, Langedijk, Niedorp, Schagen, Schermer, Texel, Wieringen, Wieringermeer en Zijpe.

Holland Noord, de zorgkantorregio Zaanstreek/Waterland en de zorgkantorregio Kennemerland.²⁵

Opvatting partijen

43. Partijen stellen dat hun activiteiten geografisch niet overlappen. Partijen geven aan dat ten gevolge van de in de AWBZ voorgeschreven financieringswijze zij moeilijk productieafspraken kunnen maken voor zorg aan cliënten buiten de regio, wat een drempel vormt om tot een andere zorgkantorregio dan de eigen regio toe te treden. In de tweede plaats hebben cliënten in de GGZ volgens partijen de natuurlijke neiging de zorg dichtbij huis te halen.

Beoordeling

Kenmerken van de regio

44. Noord-Holland is op natuurlijke wijze opgedeeld door water. Het IJsselmeer en de Noordzee vormen de noordelijke, oostelijke en westelijke barrière, terwijl het Noordzeekanaal de zuidelijke grens vormt. Het Noordzeekanaal wordt in de praktijk als natuurlijke en sociaal/culturele barrière gezien. Uit het onderzoek onder marktpartijen in onderhavige zaak is naar voren gekomen dat het Noordzeekanaal een harde grens vormt. In het hierna volgende zal dit gebied worden aangeduid als het gebied boven het Noordzeekanaal. Amsterdam-Noord wordt in onderhavige zaak niet tot het gebied boven het Noordzeekanaal gerekend. Amsterdam-Noord wordt in sociaal en cultureel opzicht tot de stad Amsterdam gerekend.²⁶

Patiëntenstromen

45. Partijen hebben Prismant een onderzoek laten uitvoeren naar de herkomst van patiënten van partijen in 2002. In onderstaande tabel 1 zijn deze gegevens opgenomen.

²⁵ GGZ DD is zelfstandig en middels CWF actief in een deel van de zorgkantorregio Noord-Holland Noord, namelijk West-Friesland. GGZ DD is actief in de gehele zorgkantorregio Zaanstreek – Waterland en een deel van de zorgkantorregio Kennemerland, namelijk Kennemerland-Midden en beneden het Noordzeekanaal in Velsen. De regio's waarin GGZ DD actief is omvatten de gemeenten Andijk, Beemster, Beverwijk, Castricum, Drechterland, Edam-Volendam, Enkhuizen, Heemskerk, Hoorn, Landsmeer, Medemblik, Noorder-Koggenland, Obdam, Oostzaan, Opmeer, Purmerend, Stede Broec, Uitgeest, Velsen, Venhuizen, Waterland, Wervershoof, Wester-Koggenland, Wognum, Wormerland, Zaanstad en Zeevang.

²⁶ Een aantal marktpartijen geeft aan dat er een groot verschil in mentaliteit en leeftempo is tussen Amsterdam en het overige gebied boven het Noordzeekanaal. Daarnaast speelt er in Amsterdam de grootstedelijke problematiek, waardoor Amsterdam-Noord niet dient te worden toegerekend tot de regio waarin partijen actief zijn.

Tabel 1: Herkomst patiënten/productie van partijen in 2002

		GGZ DD		GGZ NHN	
		DD	NHN	DD	NHN
Klinisch	Patiënten	97,5%	2,5%	2,8%	97,2%
	Productie ^a	99,3%	0,7%	5,9%	94,1%
Niet - Klinisch	Patiënten	87,6%	2,0%	1,0%	98,9%
	Productie ^b	91,3%	3,7%	0,7%	99,3%
Totaal	Patiënten	88,7%	2,1%	1,2%	98,7%
	Productie	95,6%	2,1%	3,1%	96,9%

^a Gemeten in aantallen verpleegdagen

^b Gemeten in aantallen contacten

46. Uit de gegevens in tabel 1 volgt dat het overgrote merendeel van de patiënten van respectievelijk GGZ NHN en GGZ DD afkomstig is uit het verzorgingsgebied van respectievelijk GGZ NHN en GGZ DD. De gegevens in de tabel zijn gebaseerd op cijfers uit 2002. Opgevraagde cijfers van partijen over 2005 bevestigen evenwel het beeld dat uit de tabel naar voren komt. Er is geen reden om aan te nemen dat dit beeld sterk wijzigt indien wordt gekeken op het niveau van een zorgkantoorregio.

47. Uit gegevens uit een onderzoek van het Ministerie van VWS in 2002²⁷ aangaande wachtlijsten in de GGZ blijkt dat het grootste deel van de inwoners van de verschillende zorgkantoorregio's (de zorgkantoorregio's Noord-Holland Noord, Kennemerland en Zaanstreek – Waterland) op een wachtlijst staat bij een instelling in de eigen zorgkantoorregio.

48. In diverse besluiten op het gebied van AWBZ is ervan uitgegaan dat de omvang van de geografische markt ten minste het werkgebied van een aanbieder omvat en niet ruimer is dan een zorgkantoorregio.²⁸ In een eerdere zaak op het gebied van klinische en niet-klinische GGZ is uitgegaan van een omvang van de geografische markt die het verzorgingsgebied omvat.²⁹

²⁷ Bron: *Landelijke rapportage inventarisatie wachtlijstgegevens; peildatum 1 januari 2002*, Hoeksma, Homans & Menting en Compliance Consult in opdracht van het Ministerie van VWS, mei 2002.

²⁸ Zie bijvoorbeeld het besluit van 27 juli 2006 in zaak 5206/*Pantein – STBNO*, punt 45, het besluit van 16 november 2005 in zaak 5186/*Carint – Reggeland*, punt 46, het besluit van 18 augustus 2005 in zaak 4988/*Oosterlengte – Thuiszorg Groningen – Sensire*, punt 28 en het besluit van 31 december 2004 in zaak 4295/*Stichting Icare – Sensire – Thuiszorg Groningen*, punt 30.

²⁹ Zie het besluit in zaak 3865/*Rijngeest – Robert Fleury*, reeds aangehaald, punt 51.

Conclusie

49. Gelet op het voorgaande wordt in onderhavige zaak uitgegaan van een omvang van de geografische markt die het werkgebied van een aanbieder in een zorgkantorregio omvat.

50. Dit leidt in onderhavige zaak tot de volgende geografische markten: (i) het verzorgingsgebied van GGZ NHN in de zorgkantorregio Noord-Holland Noord (hierna: de zorgkantorregio Noord-Holland Noord exclusief West-Friesland), (ii) het verzorgingsgebied van GGZ DD in de zorgkantorregio Noord-Holland Noord (hierna: West-Friesland), (iii) de zorgkantorregio Zaanstreek/Waterland en (iv) het verzorgingsgebied van GGZ DD in de zorgkantorregio Kennemerland (hierna: Kennemerland-Midden) (zie de kaart aangehecht aan het besluit).

51. In een eventuele vergunningsfase zal nader onderzoek worden verricht naar de omvang van de geografische markt waarbij ook zal worden gekeken naar de reisbereidheid van patiënten.

D. GEVOLGEN VAN DE CONCENTRATIE

52. Uit het voorgaande volgt dat de activiteiten van GGZ NHN en GGZ DD op de markten voor niet-klinische en klinische GGZ voor volwassenen en ouderen elkaar in geografisch opzicht niet overlappen.

53. Bij de (prospectieve) beoordeling van de gevolgen van de onderhavige concentratie dient echter rekening te worden gehouden met het feit dat het een voorgenomen concentratie betreft in een sector die in transitie is. Het beleid van de minister van VWS is gericht op meer marktwerking en transparantie. Hierdoor kunnen patiënten in de toekomst meer worden geprikkeld om te gaan reizen.³⁰ De beoordeling van de gevolgen van de voorgenomen concentratie op de markten voor klinische en niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen zal zich daarom in het navolgende richten op de vraag in hoeverre het (toekomstig) meest aannemelijke en eerste alternatief van patiënten wegvalt. In dat geval zou de actuele concurrentiedruk of de in de nabije toekomst actuele concurrentiedruk die van partijen op elkaar uitgaat als gevolg van het reizen van patiënten of de dreiging daarvan, kunnen wegvallen in die mate dat ten gevolge van de voorgenomen concentratie een economische machtspositie kan ontstaan of worden versterkt.

54. Bij de gevolgen van de voorgenomen concentratie op de markt voor niet-klinische GGZ zal tevens worden bekeken in hoeverre een potentiële concurrent wegvalt. Dit zal niet worden gedaan bij de klinische GGZ voor volwassenen en ouderen aangezien toetreding van de ene geografische markt tot de andere (aangrenzende) markt vooralsnog wordt belemmerd door vestigingseisen.

³⁰ Dit zou uiteindelijk kunnen resulteren in grotere relevante geografische markten.

55. Zoals uit het navolgende zal blijken heeft de NMa mogelijke mededingingsproblemen geconstateerd op de markten voor klinische en niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen. Partijen hebben op 13 oktober 2006 twee voorstellen ingediend om tegemoet te komen aan deze mogelijke mededingingsproblemen.

56. In het navolgende zal achtereenvolgens worden ingegaan op het wegvallen van het meest aannemelijk alternatief bij (i) klinische GGZ voor volwassenen en ouderen en (ii) niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen, (iii) potentiële concurrentie bij niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen. Vervolgens wordt ingegaan op (iv) de voorstellen van partijen om tegemoet te komen aan de door de NMa geconstateerde mogelijke mededingingsproblemen en wordt (v) de zienswijze van de NZa weergegeven.

1. Klinische GGZ voor volwassenen en ouderen: wegvallen meest aannemelijke alternatief

1.a.1. Posities van partijen

57. GGZ NHN en GGZ DD zijn op het gebied van klinische GGZ voor volwassenen en ouderen actief op aan elkaar grenzende geografische markten. GGZ NHN is actief op een geografische markt (de zorgkantorregio Noord-Holland Noord exclusief West-Friesland) die grenst aan drie andere geografische markten. GGZ DD is actief op deze drie geografische markten, te weten West-Friesland, de zorgkantorregio Zaanstreek – Waterland en Kennemerland-Midden (zie de kaart aangehecht aan het besluit).

58. GGZ NHN is op de markt voor klinische GGZ voor volwassenen en ouderen in de zorgkantorregio Noord-Holland Noord exclusief West-Friesland de enige aanbieder.³¹

59. GGZ DD is (zelfstandig³² alsmede middels CWF) de enige aanbieder van klinische GGZ voor volwassenen en ouderen in West-Friesland.

60. In de zorgkantorregio Zaanstreek – Waterland zijn er naast GGZ DD twee PAAZ-en actief, namelijk PAAZ De Heel Zaans Medisch Centrum en PAAZ Waterlandziekenhuis die in bepaalde mate klinische GGZ voor volwassenen en ouderen aanbieden. GGZ DD, PAAZ De Heel Zaans Medisch Centrum en PAAZ Waterlandziekenhuis hebben in de zorgkantorregio Zaanstreek – Waterland een capaciteit van respectievelijk 74, 24 en 24 plekken. Op basis van deze aantallen behaalt GGZ DD een marktaandeel van circa 61% in de zorgkantorregio Zaanstreek - Waterland.

³¹ Bron: productieafspraken met het zorgkantoor Noord-Holland Noord over 2006.

³² Momenteel verzorgt GGZ DD 15 langdurige plekken in Verzorgingshuis Avondlicht te Hoorn.

61. In Kennemerland-Midden is er naast GGZ DD het PAAZ Rode Kruis Ziekenhuis die in bepaalde mate klinische GGZ voor volwassenen en ouderen aanbiedt. GGZ DD en het PAAZ Rode Kruis Ziekenhuis hebben in Kennemerland-Midden een capaciteit van respectievelijk 309 en 22 plekken. Op basis van capaciteit behaalt GGZ DD een marktaandeel van circa 93% in Kennemerland-Midden.

1.a.2. Concurrentiedruk van PAAZ

62. GGZ DD ondervindt (een bepaalde mate van) concurrentiedruk van de twee PAAZ-en in de zorgkantoorregio Zaanstreek – Waterland en Kennemerland-Midden en van de PAAZ in Kennemerland-Midden.

63. Een PAAZ biedt alleen kortdurende klinische GGZ aan en is met name bedoeld voor de koppeling met somatische zorg. Tegenwoordig kunnen (niet-)klinische patiënten zonder somatische aandoeningen evenwel ook terecht in de PAAZ voor niet-langdurige opnamen (maximaal 3 weken).

64. Verschillende marktpartijen hebben aangegeven dat uitbreiding naar algemene GGZ niet past binnen het beleid van ziekenhuizen, aangezien ze zich daarop niet willen richten. Volgens een marktpartij heeft een PAAZ een zwakkere positie ten opzichte van partijen aangezien in tegenstelling tot een GGZ-instelling een PAAZ geen goede vastgoedpositie heeft (GGZ-instellingen hebben een grote verblijffunctie), een kleiner geografisch bereik heeft en kleiner van omvang is.

65. Uit het voorgaande volgt derhalve dat een PAAZ niet een volledig aanbod op de markt voor klinische GGZ voor volwassenen en ouderen aanbiedt. Daarmee is een PAAZ niet een volwaardig alternatief voor alle typen patiënten. Gelet hierop gaat de Raad er vooralsnog vanuit dat de concurrentiedruk van deze PAAZ-en op de posities van partijen beperkt van omvang is. De vraag naar de mate waarin partijen na de fusie concurrentiedruk ondervinden van de PAAZ-en leent zich voor een diepgaander onderzoek in een eventuele vergunningsfase.

1.a.3. Mogelijke potentiële concurrentiedruk van GGZ voor kinderen en jeugdigen

66. Triversum is op het gebied van klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen actief in de zorgkantoorregio Noord-Holland Noord exclusief West-Friesland.³³ Indien er al potentiële concurrentiedruk van Triversum op GGZ NHN uitgaat, is de Raad vooralsnog van mening dat deze beperkt van omvang is.

³³ Triversum heeft in Alkmaar 88 klinische plaatsen voor kinderen en jeugdigen.

67. In een eventuele vergunningsfase zal nader onderzoek worden verricht naar de mogelijke potentiële concurrentiedruk van Triversum op GGZ NHN.

1.a.4. Tussenconclusie

68. Uit het voorgaande volgt dat partijen zeer sterke posities hebben op de vier in onderhavige zaak relevante geografische markten voor klinische GGZ voor volwassenen en ouderen. Op het gebied van klinische GGZ voor volwassenen en ouderen zijn GGZ NHN en GGZ DD in de zorgkantorregio Noord-Holland Noord exclusief West-Friesland en in West-Friesland zelfs monopolist.

1.b.1. Meest aannemelijke en eerste alternatief

69. In het navolgende zal worden ingegaan op de vraag of ten gevolge van de voorgenomen concentratie het (toekomstig) meest aannemelijke en eerste alternatief wegvalt voor patiënten afkomstig uit (i) de zorgkantorregio Noord-Holland Noord exclusief West-Friesland, (ii) West-Friesland, (iii) de zorgkantorregio Zaanstreek – Waterland en (iv) Kennemerland-Midden.

1.b.2. Zorgkantorregio Noord-Holland Noord exclusief West-Friesland

70. Indien patiënten woonachtig in de zorgkantorregio Noord-Holland Noord exclusief West-Friesland naar een andere aanbieder dan GGZ NHN zouden willen gaan, dan zouden zij op basis van afstand als eerste alternatief terecht komen bij GGZ DD. Zoals aangegeven in punt 44 vormt het Noordzeekanaal een dermate hoge barrière dat het vooralsnog niet aannemelijk is dat patiënten afkomstig uit het gebied van GGZ NHN verder zullen reizen dan het gebied van GGZ DD. Zoals eerder aangegeven in punt 65 gaat de Raad er vanuit dat de concurrentiedruk van de PAAZ-en in de zorgkantorregio Zaanstreek – Waterland en Kennemerland-Midden op de posities van partijen beperkt van omvang is.

71. Gelet op het voorgaande is het derhalve vooralsnog aannemelijk dat indien patiënten gaan reizen GGZ DD het (toekomstig) meest aannemelijke en eerste alternatief voor patiënten is afkomstig uit de zorgkantorregio Noord-Holland Noord exclusief West-Friesland.

1.b.3. West-Friesland

72. Zoals blijkt uit de kaart aangehecht aan het besluit wordt West-Friesland ingesloten door twee geografische markten. Op de ene markt, de zorgkantorregio Noord-Holland Noord exclusief West-Friesland, is GGZ NHN actief en op de andere markt, de zorgkantorregio Zaanstreek – Waterland, is GGZ DD actief. In West-Friesland is GGZ DD zelfstandig en middels CWF actief (zie punt 6).

73. Indien patiënten woonachtig in West-Friesland naar een andere aanbieder dan GGZ DD zouden willen gaan, dan zouden zij op basis van afstand als eerste alternatief terecht komen bij GGZ NHN. Zoals eerder aangegeven vormt het Noordzeekanaal een dermate hoge barrière dat het vooralsnog niet aannemelijk is dat patiënten afkomstig uit West-Friesland, naast GGZ NHN andere alternatieven hebben dan GGZ NHN. Zoals eerder aangegeven in punt 65 gaat de Raad er vanuit dat de concurrentiedruk van de PAAZ-en in de zorgkantorregio Zaanstreek – Waterland en Kennemerland-Midden op de posities van partijen beperkt van omvang is.

74. Gelet op het voorgaande is het derhalve vooralsnog aannemelijk dat indien patiënten gaan reizen GGZ NHN het (toekomstig) meest aannemelijke en eerste alternatief voor patiënten is afkomstig uit West-Friesland.

1.b.4. Zorgkantorregio Zaanstreek - Waterland

75. Indien patiënten afkomstig uit de zorgkantorregio Zaanstreek – Waterland naar een andere aanbieder dan GGZ DD zouden willen gaan, dan zouden zij op basis van afstand als eerste alternatief terecht komen bij GGZ NHN. De geografische markten waar het hier om gaat, grenzen weliswaar ten zuiden aan werkgebieden van andere aanbieders maar het is vooralsnog aannemelijk dat het Noordzeekanaal een dermate hoge barrière vormt dat patiënten eerder naar GGZ NHN zouden reizen dan naar aanbieders ten zuiden van de gebieden waar GGZ DD klinische GGZ aanbiedt. Zoals eerder aangegeven in punt 65 gaat de Raad er vanuit dat de concurrentiedruk van de PAAZ-en in de zorgkantorregio Zaanstreek – Waterland en Kennemerland-Midden op de posities van partijen beperkt van omvang is.

76. Gelet op het voorgaande is het derhalve vooralsnog aannemelijk dat indien patiënten gaan reizen GGZ NHN het (toekomstig) meest aannemelijke en eerste alternatief voor patiënten is afkomstig uit de zorgkantorregio Zaanstreek – Waterland.

1.b.5. Kennemerland-Midden

77. Indien patiënten afkomstig uit Kennemerland-Midden naar een andere aanbieder dan GGZ DD zouden willen gaan, dan zouden zij op basis van afstand als eerste alternatief terecht komen bij GGZ NHN. De geografische markten waar het hier om gaat, grenzen weliswaar ten zuiden aan het werkgebied van De Geestgronden/Buitenamstel, maar het is vooralsnog aannemelijk dat het Noordzeekanaal een dermate hoge barrière vormt dat patiënten eerder naar GGZ NHN zouden reizen dan naar het werkgebied van De Geestgronden/Buitenamstel ten zuiden van Kennemerland-Midden. Zoals eerder aangegeven in punt 65 gaat de Raad er vanuit dat de concurrentiedruk van de PAAZ-en in de zorgkantorregio Zaanstreek – Waterland en Kennemerland-Midden op de posities van partijen beperkt van omvang is.

78. Gelet op het voorgaande is het derhalve vooralsnog aannemelijk dat indien patiënten gaan reizen GGZ NHN het (toekomstig) meest aannemelijke en eerste alternatief voor patiënten is afkomstig uit Kennemerland-Midden.

1.b.6. Tussenconclusie

79. Gezien het voorgaande is het aannemelijk dat ten gevolge van de voorgenomen concentratie het (toekomstig) meest aannemelijk en eerste alternatief voor patiënten wegvalt op de markt voor klinische GGZ voor volwassenen en ouderen in de zorgkantorregio Noord-Holland Noord exclusief West-Friesland, West-Friesland, de zorgkantorregio Zaanstreek – Waterland en Kennemerland-Midden.

1.c.1. Concurrentiedruk van overige aanbieders

80. Partijen geven aan na de voorgenomen concentratie voldoende concurrentiedruk te ondervinden op het gebied van klinische GGZ van diverse andere spelers. Zo noemen partijen CWF, De Geestgronden, GGZ Mentrum, RIBW en verzorgings- en verpleeghuizen. In het navolgende wordt hier verder op ingegaan.

1.c.2. CWF

81. Zoals aangegeven in punt 6 wordt er van uitgegaan dat GGZ DD geen onafhankelijke aanbieder is en dat GGZ DD zeggenschap heeft in CWF. Er gaat derhalve geen concurrentiedruk uit van CWF op GGZ DD.

1.c.3. De Geestgronden/Buitenamstel

82. De Geestgronden/Buitenamstel is actief op het gebied van klinische GGZ voor volwassenen en ouderen in een geografische gebied³⁴ onder het Noordzeekanaal dat grenst aan de gebieden waar GGZ DD actief is. Zoals eerder aangegeven is het vooralsnog aannemelijk dat het Noordzeekanaal een dermate hoge barrière vormt dat patiënten uit de gebieden van GGZ NHN en GGZ DD niet naar gebieden zullen reizen die gelegen zijn onder het Noordzeekanaal.

83. Volgens De Geestgronden/Buitenamstel sluit het gebied geografisch niet aan bij dat van partijen omdat "het kanaal het gebied nogal heftig scheidt". Uitbreiding boven het Noordzeekanaal (in het gebied van GGZ DD) is niet waarschijnlijk, omdat De Geestgronden/Buitenamstel daar geen klinische locatie heeft en een doorverwijzing naar Haarlem door patiënten niet zal worden geaccepteerd.

³⁴ Namelijk Amstelland en De Meerlanden, Zuid-Kennemerland, Amsterdam-Zuid en Amsterdam Nieuw-West.

84. Gelet op het voorgaande acht de Raad het aannemelijk dat er geen dan wel heel beperkte concurrentiedruk uitgaat van De Geestgronden/Buitenamstel op partijen.

1.c.4. Aanbieders in Amsterdam

85. Aanbieders van klinische GGZ in Amsterdam zijn AMC De Meren, De Geestgronden/Buitenamstel en GGZ Mentrum. De Geestgronden/Buitenamstel heeft aangegeven nauwelijks tot geen alternatief te zijn voor de cliënten afkomstig uit het gebied waarin GGZ NHN en GGZ DD actief zijn. De Meren heeft aangegeven te verwachten dat een zeer beperkt aantal cliënten dat afkomstig is uit het gebied waarin GGZ NHN en GGZ DD actief zijn, gebruik zal maken van het zorgaanbod van AMC De Meren.

86. Deze GGZ instellingen achten het niet waarschijnlijk dat zij actief zullen worden in het gebied boven het Noordzeekanaal. GGZ Mentrum is weliswaar net boven het Noordzeekanaal in Noord-Amsterdam gevestigd, maar zoals eerder aangegeven in punt 44 wordt Amsterdam-Noord in onderhavige zaak niet tot het gebied boven het Noordzeekanaal gerekend.

87. Gelet op het voorgaande acht de Raad het aannemelijk dat er geen dan wel heel beperkte concurrentiedruk uitgaat van de aanbieders van klinische GGZ voor volwassenen en ouderen in Amsterdam op partijen.

1.c.5. RIBW

88. Partijen zeggen concurrentiedruk te ondervinden van twee aanbieders van beschermd wonen, namelijk RIBW Zaanstreek/Waterland en West-Friesland en RIBW Kennemerland/Amstelland en de Meerlanden. Een RIBW biedt kleinschalige woonvoorzieningen aan. Sommige RIBW's bieden tevens in beperkte mate dagactiviteiten aan. Verschillende marktpartijen hebben aangegeven dat een RIBW als ondersteunend aan GGZ-instellingen moet worden gezien aangezien een RIBW geen behandeling aanbiedt. Eén marktpartij heeft aangegeven dat omschakeling naar het aanbieden van de behandelingsfunctie voor bijvoorbeeld klinische GGZ circa 2 jaar zal duren.

89. Gelet op het voorgaande acht de Raad het aannemelijk dat er geen dan wel heel beperkte concurrentiedruk uitgaat van RIBW's op partijen.

1.c.6. Verzorgings- en verpleeghuizen

90. Partijen geven tevens aan dat verzorgings- en verpleeghuizen worden gezien als concurrenten op het gebied van minder complexe GGZ, doordat zij klinische capaciteit hebben en verpleeghuizen daarnaast ook een erkenning voor verpleging hebben waarmee zij veel van de GGZ aan kunnen bieden. Een marktpartij die hierbij door partijen wordt genoemd, is de Stichting

Evean Groep (hierna: Evean) welke voornemens is te fuseren per 1 januari 2007 met Stichting GGZ Drenthe en Stichting Zorggroep Meander³⁵, waardoor zij de psychiatrische expertise die zij voorheen misten nu mogelijk gemakkelijker kunnen verkrijgen. Evean biedt sinds kort niet-klinische psychiatrische zorg aan via het internet door middel van de vennootschap Interapy B.V.

91. Verschillende marktpartijen hebben aangegeven dat op de korte termijn de verzorgings- en verpleeghuizen weinig concurrentiedruk zullen uitoefenen op bestaande GGZ-aanbieders aangezien verzorgings- en verpleeghuizen vaak gebruik maken van de faciliteiten van deze bestaande GGZ-aanbieders. Praktisch werkt bijvoorbeeld Interapy B.V. samen met partijen³⁶, welke de behandelingen uitvoeren.

92. Gelet op het voorgaande acht de Raad het aannemelijk dat er geen dan wel heel beperkte concurrentiedruk uitgaat van verzorgings- en verpleeghuizen op partijen.

1.c.7. Tussenconclusie

93. Kort samengevat acht de Raad het aannemelijk dat de door partijen genoemde aanbieders geen dan wel een beperkte concurrentiedruk uitoefenen op partijen.

1.d. Compenserende afnemersmacht

94. Evenals in eerdere besluiten³⁷ in de AWBZ-sector is het vooralsnog onvoldoende aannemelijk dat het zorgkantoor voldoende compenserende afnemersmacht heeft om te voorkomen dat ten gevolge van de voorgenomen concentratie een economische machtspositie kan ontstaan of worden versterkt.

95. De vraag naar de mate waarin partijen na de fusie worden gedisciplineerd door de compenserende afnemersmacht van het zorgkantoor leent zich voor een diepgaander onderzoek in een eventuele vergunningsfase.

1.e. Eindconclusie

96. Gelet op het voorgaande is er reden om aan te nemen dat als gevolg van de voorgenomen concentratie een economische machtspositie kan ontstaan of worden versterkt op de markten voor klinische GGZ voor volwassenen en ouderen in de zorgkantorregio Noord-

³⁵ Zie de besluiten van 6 september 2006 in de zaken 5716/*Evean Groep – GGZ Drenthe* en 5735/*Evean Groep – GGZ Drenthe – Zorggroep Meander*.

³⁶ Bron: http://www.interapy.nl/template_home.php?id=1.

³⁷ Zie het besluit van 18 augustus 2005 in zaak 4988/*Oosterlengte – Thuiszorg Groningen – Sensire*, punt 84 en het besluit van 24 mei 2006 in zaak 5603/*Zorggroep Noord-Limburg – Thuiszorg Middel-Limburg – Land van Gelre en Gulick*, punt 62.

Holland Noord exclusief West-Friesland, West-Friesland, de zorgkantorregio Zaanstreek – Waterland en Kennemerland-Midden die tot gevolg heeft dat een daadwerkelijke mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan op significante wijze wordt belemmerd.

2. Niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen: wegvallen meest aannemelijke alternatief

2.a.1. Posities van partijen

97. GGZ NHN en GGZ DD zijn op het gebied van niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen actief op aan elkaar grenzende geografische markten. GGZ NHN is actief op een geografische markt (de zorgkantorregio Noord-Holland Noord exclusief West-Friesland) die grenst aan drie andere geografische markten. GGZ DD is actief op deze drie geografische markten, te weten West-Friesland, de zorgkantorregio Zaanstreek – Waterland en Kennemerland-Midden (zie de kaart aangehecht aan het besluit).

98. GGZ NHN is op de markt voor niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen in de zorgkantorregio Noord-Holland Noord exclusief West-Friesland de enige aanbieder.³⁸

99. GGZ DD is op de markt voor niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen in West-Friesland de enige aanbieder.

100. GGZ DD behaalt op het totaal van de drie geografische markten waarop zij actief is boven het Noordzeekanaal een marktaandeel van circa 81%.³⁹ Het gemiddelde marktaandeel van circa 81% is, ook gegeven het marktaandeel van 100% van GGZ DD in West-Friesland, een belangrijke aanwijzing voor hoge marktaandelen van GGZ DD op de geografische markten zorgkantorregio Zaanstreek – Waterland en Kennemerland-Midden.

101. In de zorgkantorregio Zaanstreek – Waterland zijn er naast GGZ DD vier aanbieders actief, namelijk PAAZ De Heel Zaans Medisch Centrum, Stichting Psygro, 5nP en PAAZ Waterlandziekenhuis.

³⁸ Triversum is zoals eerder aangegeven in punt 66 een instelling die actief is op het gebied van kinder- en jeugdpsychiatrie in de zorgkantorregio Noord-Holland Noord exclusief West-Friesland. Triversum biedt tevens zorg aan jong-volwassenen aan die in een situatie zitten van thuis wonen en onderwijs. Dit betreft een ander type zorg dan partijen aanbieden. In onderhavige besluit wordt er dan ook van uitgegaan dat deze specifieke activiteit niet behoort tot de markt voor niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen.

³⁹ Bron: productieafspraken met de betreffende zorgkantoren over 2006.

102. In Kennemerland-Midden zijn er naast GGZ DD drie andere aanbieders actief, namelijk het PAAZ Rode Kruis Ziekenhuis, 6nP en Mentaal Beter⁴⁰.

2.a.2. Mogelijke potentiële concurrentiedruk van GGZ voor kinderen en jeugdigen

103. Triversum is actief op het gebied van niet-klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen in de zorgkantorregio Noord-Holland Noord exclusief West-Friesland en in de zorgkantorregio Zaanstreek – Waterland. Mentaal Beter is actief op het gebied van niet-klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen actief in de zorgkantorregio Zaanstreek – Waterland en Kennemerland-Midden. De Praktijk is actief op het gebied van niet-klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen actief in de zorgkantorregio Noord-Holland Noord exclusief West-Friesland en West-Friesland. Dienstencentrum Queeste is actief op het gebied van niet-klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen actief in de zorgkantorregio Noord-Holland Noord exclusief West-Friesland. KRAM is actief op het gebied van niet-klinische GGZ voor kinderen en jeugdigen actief in de zorgkantorregio Zaanstreek – Waterland.

104. Indien er al potentiële concurrentiedruk van Triversum, Mentaal Beter, De Praktijk, Dienstencentrum Queeste en KRAM op respectievelijk GGZ NHN en GGZ DD uitgaat, is de Raad voorsnog van mening dat deze beperkt van omvang is.

105. In een eventuele vergunningsfase zal nader onderzoek worden verricht naar de mogelijke potentiële concurrentiedruk van Triversum, Mentaal Beter, De Praktijk, Dienstencentrum Queeste en KRAM op respectievelijk GGZ NHN en GGZ DD.

2.a.3. Tussenconclusie

106. Uit het voorgaande volgt dat partijen zeer sterke posities hebben op de vier in onderhavige zaak relevante geografische markten voor niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen. Op het gebied van niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen zijn GGZ NHN en GGZ DD in de zorgkantorregio Noord-Holland Noord exclusief West-Friesland en in West-Friesland zelfs monopolist.

⁴⁰ Mentaal Beter is een netwerkorganisatie waarbinnen vrijgevestigde psychologen, psychotherapeuten en psychiaters cliënten behandelen onder de naam van Mentaal Beter. Veelal betreft het echter ook samenwerkingsverbanden gericht op het delen van kennis.

2.b.1. Meest aannemelijke en eerste alternatief

107. In het navolgende zal worden ingegaan op de vraag of ten gevolge van de voorgenomen concentratie het (toekomstig) meest aannemelijke en eerste alternatief wegvalt voor patiënten afkomstig uit (i) de zorgkantorregio Noord-Holland Noord exclusief West-Friesland, (ii) West-Friesland, (iii) de zorgkantorregio Zaanstreek – Waterland en (iv) Kennemerland-Midden.

2.b.2. Zorgkantorregio Noord-Holland Noord exclusief West-Friesland

108. Indien patiënten woonachtig in de zorgkantorregio Noord-Holland Noord exclusief West-Friesland naar een andere aanbieder dan GGZ NHN zouden willen gaan, dan zouden zij op basis van afstand als eerste alternatief terecht komen bij GGZ DD. Zoals aangegeven in punt 44 vormt het Noordzeekanaal een dermate hoge barrière dat het vooralsnog niet aannemelijk is dat patiënten afkomstig uit het gebied van NHN verder zullen reizen dan het gebied van GGZ DD.

109. Er zijn weliswaar in Kennemerland-Midden en in de zorgkantorregio Zaanstreek – Waterland naast GGZ DD diverse marktpartijen actief maar deze zijn aanzienlijk kleiner dan GGZ DD. In West-Friesland en de zorgkantorregio Noord-Holland Noord exclusief West-Friesland zijn er zoals volgt uit de punten 98 en 99 geen andere aanbieders.

110. Gelet op het voorgaande is het derhalve vooralsnog aannemelijk dat indien patiënten gaan reizen GGZ DD het (toekomstig) meest aannemelijke en eerste alternatief voor patiënten is afkomstig uit de zorgkantorregio Noord-Holland Noord exclusief West-Friesland.

2.b.3. West-Friesland

111. Zoals blijkt uit de kaart aangehecht aan het besluit wordt West-Friesland ingesloten door twee geografische markten. Op de ene markt, de zorgkantorregio Noord-Holland Noord exclusief West-Friesland, is GGZ NHN actief en op de andere markt, de zorgkantorregio Zaanstreek – Waterland, is GGZ DD actief. In West-Friesland is zoals eerder aangegeven GGZ DD actief.

112. Indien patiënten woonachtig in West-Friesland naar een andere aanbieder dan GGZ DD zouden willen gaan, dan zouden zij op basis van afstand als eerste alternatief terecht komen bij GGZ NHN. Zoals eerder aangegeven vormt het Noordzeekanaal een dermate hoge barrière dat het vooralsnog niet aannemelijk is dat patiënten afkomstig uit West-Friesland, naast GGZ NHN vanuit het gebied onder het Noordzeekanaal (inclusief Noord-Amsterdam) andere alternatieven hebben.

113. Er zijn weliswaar in Kennemerland-Midden en in de zorgkantooregio Zaanstreek – Waterland naast GGZ DD diverse marktpartijen actief maar deze zijn aanzienlijk kleiner dan GGZ DD. In West-Friesland en de zorgkantooregio Noord-Holland Noord exclusief West-Friesland zijn er zoals volgt uit de punten 98 en 99 geen andere aanbieders.

114. Gelet op het voorgaande is het derhalve vooralsnog aannemelijk dat indien patiënten gaan reizen GGZ NHN het (toekomstig) meest aannemelijke en eerste alternatief voor patiënten is afkomstig uit West-Friesland.

2.b.4. Zorgkantooregio Zaanstreek - Waterland

115. Indien patiënten woonachtig in de zorgkantooregio Zaanstreek – Waterland naar een andere aanbieder dan GGZ DD zouden willen gaan, dan zouden zij op basis van afstand als eerste alternatief terecht komen bij GGZ NHN. De geografische markten waar het hier om gaat, grenzen weliswaar ten zuiden aan werkgebieden van andere aanbieders maar het is vooralsnog aannemelijk dat het Noorzeekanaal een dermate hoge barrière vormt dat patiënten eerder naar GGZ NHN zouden reizen dan naar aanbieders ten zuiden van de zorgkantooregio Zaanstreek - Waterland.

116. Er zijn weliswaar in Kennemerland-Midden en in de zorgkantooregio Zaanstreek – Waterland naast GGZ DD diverse marktpartijen actief maar deze zijn aanzienlijk kleiner dan GGZ DD. In West-Friesland en de zorgkantooregio Noord-Holland Noord exclusief West-Friesland zijn er zoals volgt uit de punten 98 en 99 geen andere aanbieders.

117. Gelet op het voorgaande is het derhalve vooralsnog aannemelijk dat indien patiënten gaan reizen GGZ NHN het (toekomstig) meest aannemelijke en eerste alternatief voor patiënten is afkomstig uit de zorgkantooregio Zaanstreek - Waterland.

2.b.5. Kennemerland-Midden

118. Indien patiënten woonachtig in Kennemerland-Midden naar een andere aanbieder dan GGZ DD zouden willen gaan, dan zouden zij op basis van afstand als eerste alternatief terecht komen bij GGZ NHN. De geografische markten waar het hier om gaat, grenzen weliswaar ten zuiden aan het werkgebied van De Geestgronden/Buitenamstel, maar het is vooralsnog aannemelijk dat het Noordzeekanaal een dermate hoge barrière vormt dat patiënten eerder naar GGZ NHN zouden reizen dan naar het werkgebied van de Geestgronden ten zuiden van Kennemerland-Midden.

119. Er zijn weliswaar in Kennemerland-Midden en in de zorgkantooregio Zaanstreek – Waterland naast GGZ DD diverse marktpartijen actief maar deze zijn aanzienlijk kleiner dan GGZ DD. In West-Friesland en de zorgkantooregio Noord-Holland Noord exclusief West-Friesland zijn er zoals volgt uit de punten 98 en 99 geen andere aanbieders.

120. Het is derhalve vooralsnog aannemelijk dat indien patiënten gaan reizen GGZ NHN het (toekomstig) meest aannemelijke en eerste alternatief voor patiënten is afkomstig uit Kennemerland-Midden.

2.b.6. Tussenconclusie

121. Gezien het voorgaande is het aannemelijk dat ten gevolge van de voorgenomen concentratie het (toekomstig) meest aannemelijke en eerste alternatief voor patiënten wegvalt op de markt voor niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen in de zorgkantooregio Noord-Holland Noord exclusief West-Friesland, West-Friesland, de zorgkantooregio Zaanstreek – Waterland en Kennemerland-Midden.

2.c.1. Concurrentiedruk van overige aanbieders

122. Partijen geven aan na de voorgenomen concentratie voldoende concurrentiedruk te ondervinden op het gebied van niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen van diverse andere spelers. Zo noemen partijen CWF, De Geestgronden/Buitenamstel, GGZ Mentrum, categorale instellingen, HSK Groep, Mentaal Beheer, Parnassia en vrijgevestigde psychiaters, psychotherapeuten en psychologen.

2.c.2. CWF, De Geestgronden/Buitenamstel en GGZ Mentrum

123. De door partijen aangegeven concurrentiedruk van CWF, De Geestgronden/Buitenamstel en GGZ Mentrum kan op eenzelfde wijze worden beoordeeld als in de punten 81 tot en met 85 bij klinische GGZ voor volwassenen en ouderen. In het navolgende wordt verder ingegaan op de overige in vorige punt genoemde aanbieders.

2.c.3. Categorale instellingen

124. Op het gebied van arbeids- en dagbesteding wordt Stichting Roads als concurrent genoemd en met betrekking tot arbeidshulpverlening ondervinden partijen concurrentiedruk van GGZ Mentrum.

125. Aangezien de hierboven genoemde categorale instellingen niet-klinische GGZ voor andere doelgroepen aanbieden, gaat de Raad er vooralsnog vanuit dat er geen dan wel heel beperkte concurrentiedruk uitgaat van deze instellingen op partijen.

126. De mate van concurrentiedruk die uitgaat van categorale instellingen op partijen zal in een eventuele vergunningsfase nader worden onderzocht.

2.c.4. HSK Groep

127. Daarnaast geven partijen aan dat landelijk opererende partijen zoals HSK Groep tevens actief zijn op de niet-klinische GGZ. In toenemende mate verenigen vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten zich tot organisaties zoals bijvoorbeeld HSK Groep. HSK Groep is op het niet-klinische vlak actief in de regio van GGZ NHN en zal op korte termijn tevens actief worden in de regio van GGZ DD, aldus partijen. HSK Groep is echter met name gespecialiseerd in arbeidsgerelateerde problematiek.

128. Aangezien HSK Groep met name gespecialiseerd is in arbeidsgerelateerde problematiek acht de Raad het aannemelijk dat er geen dan wel een beperkte mate van concurrentiedruk uitgaat van HSK Groep op partijen.

2.c.5. Vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten

129. In het onderzoek onder marktpartijen is naar voren gebracht dat vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten zich met name richten op relatief lichte en enkelvoudige problematiek. Gezien het minder brede zorgaanbod van vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten in vergelijking met de niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen die partijen aanbieden, is het vooralsnog niet aannemelijk dat zij een volledig alternatief kunnen vormen voor de niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen die partijen aanbieden.

2.c.6. Parnassia

130. Partijen wijzen tevens op de nieuwe toetreders Parnassia. Parnassia heeft recent in het gebied van GGZ NHN Brijder Verslavingszorg overgenomen. Brijder Verslavingszorg is actief op het gebied van klinische en niet-klinische behandeling van verslaafden middels vestigingen in Alkmaar, Den Helder, Hoorn, Beverwijk, Zaanstad en Purmerend. Partijen verwachten dat Parnassia deze overname aan zal grijpen om toe te treden tot de niet-klinische GGZ, waarbij Parnassia de diverse locaties van Brijder Verslavingszorg in zal richten voor het verdelen van extramurale zorg volgens de PsyQ-formule. De producten die Parnassia reeds in de regio Den Haag aanbiedt middels de PsyQ-formule kunnen eenvoudig ook in de regio's van partijen worden aangeboden, aldus partijen, aangezien dit slechts huisvesting voor spreekuren en personeel vergt.

131. In haar persbericht over de overname van Brijder Verslavingszorg geeft Parnassia aan dat het hierbij specifiek gaat om de integratie tussen Brijder Verslavingszorg en de divisie Verslavingszorg van de Parnassia Groep. Parnassia heeft aangegeven momenteel niet van plan te zijn om middels de locaties van Brijder Verslavingszorg, naast verslavingszorg, ook reguliere GGZ te gaan aanbieden.

132. Middels de divisie PsyQ heeft Parnassia het voornemen om binnen drie jaar psychomedische programma's⁴¹ in geheel Nederland aan te bieden. Momenteel is echter nog onduidelijk hoe PsyQ zal worden vormgegeven indien het landelijk wordt uitgerold en wat de inhoud van het zorgprogramma zal zijn. Daarnaast heeft Parnassia aangegeven dat PsyQ zich met name op de grote steden zal gaan richten. Mogelijk zal PsyQ middels een franchiseformule gaan werken, waarvoor ook partijen als franchisenemer in aanmerking komen.

133. Er zal wellicht in de toekomst een bepaalde mate van concurrentiedruk van Parnassia, middels PsyQ, uitgaan, maar op dit moment is het nog onduidelijk in welke mate Parnassia alle disciplines zal aanbieden. De Raad gaat er vooralsnog vanuit dat deze concurrentiedruk beperkt is.

2.d. Compenserende afnemersmacht

134. Evenals in eerdere besluiten⁴² in de AWBZ sector is het vooralsnog onvoldoende aannemelijk dat het zorgkantoor voldoende compenserende afnemersmacht heeft om te voorkomen dat ten gevolge van de voorgenomen concentratie een economische machtspositie kan ontstaan of worden versterkt.

135. De vraag naar de mate waarin partijen na de fusie worden gedisciplineerd door de compenserende afnemersmacht van het Zorgkantoor leent zich voor een diepgaander onderzoek in een eventuele vergunningsfase.

136. De zorgverzekeraars zullen in 2008 een aandeel hebben in de onderhandelingen met partijen betreffende het deel van de GGZ dat zal worden overgeheveld naar de ZVW. Wat de effecten zijn van deze voorgenomen overheveling en of en in welke mate zorgverzekeraars compenserende afnemersmacht zullen hebben is dermate onzeker dat daar in onderhavige zaak geen uitspraak over kan worden gedaan.

⁴¹ ADHD bij volwassenen, angststoornissen, depressie, eetstoornissen, obesitas, persoonlijkheidsproblematiek, psychotrauma, seksuologie, somatiek en psyche.

⁴² Zie het besluit van 18 augustus 2005 in zaak 4988/*Oosterlengte – Thuiszorg Groningen – Sensire*, punt 84 en het besluit van 24 mei 2006 in zaak 5603/*Zorggroep Noord-Limburg – Thuiszorg Middel-Limburg – Land van Gelre en Gulick*, punt 62.

2.e. Eindconclusie

137. Gelet op het voorgaande is er reden om aan te nemen dat als gevolg van de voorgenomen concentratie een economische machtspositie kan ontstaan of worden versterkt op de markten voor niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen in de zorgkantorregio Noord-Holland Noord exclusief West-Friesland, West-Friesland, de zorgkantorregio Zaanstreek – Waterland en Kennemerland-Midden die tot gevolg heeft dat een daadwerkelijke mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan op significante wijze wordt belemmerd.

3. Niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen: potentiële concurrentie

3.a. Beoordelingskader

138. In de richtsnoeren van de Commissie voor de beoordeling van horizontale fusies⁴³ geeft de Commissie aan dat, wil een fusie met een potentiële concurrent belangrijke concurrentiebeperkende effecten hebben, voldaan moet zijn aan twee basisvoorwaarden. Ten eerste moet de potentiële concurrent reeds een sterke beperkende invloed uitoefenen of moet het erg waarschijnlijk zijn dat hij zou uitgroeien tot een daadwerkelijke concurrentiekracht. Ten tweede mag er geen voldoende aantal andere potentiële concurrenten zijn dat voldoende concurrentiedruk kan handhaven.

139. In het navolgende zal voor (i) de zorgkantorregio Noord-Holland Noord exclusief West-Friesland, (ii) West-Friesland, (iii) de zorgkantorregio Zaanstreek – Waterland en (iv) Kennemerland-Midden worden nagegaan of de meest aannemelijke potentiële concurrent van GGZ NHN danwel GGZ DD, wegvalt en of er niet een voldoende aantal andere potentiële concurrenten is dat voldoende concurrentiedruk kan handhaven.

3.b. Zorgkantorregio Noord-Holland Noord exclusief West-Friesland

140. Zoals eerder aangegeven in punt 98 is GGZ NHN de enige aanbieder van niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen in de zorgkantorregio Noord-Holland Noord exclusief West-Friesland. In situaties waarin er op een markt geen actuele concurrentiedruk van andere aanbieders is, kan het wegvallen van potentiële concurrentiedruk ten gevolge van een concentratie tot mededingingsproblemen leiden.

⁴³ Zie de Richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale fusies op grond van de Verordening van de Raad inzake de controle op concentraties van ondernemingen, Pb. C 31 van 05/02/2004 bladzijde 5 tot en met 18, punt 60.

141. De Raad gaat er, evenals in eerdere besluiten op het gebied van AWBZ-zorg⁴⁴, voornamelijk vanuit dat toetreding op het gebied van niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen door aanbieders gevestigd in aan de zorgkantorregio Noord-Holland Noord exclusief West-Friesland grenzende geografische markten gemakkelijker kan plaatsvinden dan vanuit verder weg gelegen gebieden.

142. Op de aan de zorgkantorregio Noord-Holland Noord exclusief West-Friesland grenzende geografische markten is GGZ DD ofwel de enige aanbieder (West-Friesland) ofwel aanzienlijk groter dan de andere aanbieders van niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen (Kennemerland-Midden en de zorgkantorregio Zaanstreek – Waterland).

143. Gelet op het voorgaande acht de Raad het aannemelijk dat ten gevolge van de voorgenomen concentratie de meest aannemelijke potentiële concurrent van GGZ NHN, namelijk GGZ DD, wegvalt en dat er niet een voldoende aantal andere potentiële concurrenten is dat voldoende concurrentiedruk kan handhaven.

3.c. West-Friesland

144. Zoals eerder aangegeven in punt 99 is GGZ DD de enige aanbieder van niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen in West-Friesland. Zoals eerder aangegeven in punt 140 kan in situaties waarin er op een markt geen actuele concurrentiedruk van andere aanbieders is, het wegvallen van potentiële concurrentiedruk ten gevolge van een concentratie tot mededingingsproblemen leiden.

145. De Raad gaat er voornamelijk vanuit dat toetreding op het gebied van niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen door aanbieders gevestigd in aan West-Friesland grenzende geografische markten gemakkelijker kan plaatsvinden dan vanuit verder weg gelegen gebieden.

146. Op de aan West-Friesland grenzende geografische markt die de zorgkantorregio Noord-Holland Noord omvat, is GGZ NHN de enige aanbieder. Op de enige andere aan West-Friesland grenzende markt die de zorgkantorregio Zaanstreek – Waterland omvat, zijn er, een aantal aanbieders actief namelijk PAAZ De Heel Zaanstad Medisch Centrum, Stichting Psygro en 5nP, die aanzienlijk kleiner van omvang zijn dan GGZ NHN.

147. Gelet op het voorgaande acht de Raad het aannemelijk dat ten gevolge van de voorgenomen concentratie de meest aannemelijke potentiële concurrent van GGZ DD, namelijk GGZ NHN, wegvalt en dat er niet een voldoende aantal andere potentiële concurrenten is dat voldoende concurrentiedruk kan handhaven.

⁴⁴ Zie bijvoorbeeld het besluit in zaak 4295/*Stichting Icare – Sensire – Thuiszorg Groningen*, reeds aangehaald.

3.d. Kennemerland-Midden en de zorgkantorregio Zaanstreek – Waterland

148. Aangezien Kennemerland-Midden en de zorgkantorregio Zaanstreek – Waterland ten zuiden grenzen aan geografische markten waarop andere grote aanbieders actief zijn, zijn er onvoldoende aanwijzingen dat ten gevolge van de voorgenomen concentratie een economische machtspositie kan ontstaan of worden versterkt ten gevolge van het wegvallen van de potentiële concurrentiedruk van GGZ NHN.

3.e. Compenserende afnemersmacht

149. Met betrekking tot eventuele compenserende afnemersmacht kan worden verwezen naar de beoordeling in de punten 134 tot en met 136.

3.f. Eindconclusie

150. Gelet op het voorgaande is er voor de markten voor niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen in de zorgkantorregio Noord-Holland Noord exclusief West-Friesland en in West-Friesland, niet alleen vanwege het wegvallen van het meest aannemelijke en eerste alternatief, zoals geconcludeerd in punt 92, reden om aan te nemen dat als gevolg van de voorgenomen concentratie een economische machtspositie kan ontstaan of worden versterkt, maar ook vanwege het wegvallen van de meest aannemelijke potentiële concurrent.

151. In een eventuele vergunningsfase zal nader onderzoek worden verricht naar de mogelijkheden voor toetreding vanuit met name aangrenzende geografische markten.

4. Voorstellen van partijen

152. In het navolgende wordt ingegaan op de twee door partijen ingediende voorstellen.

4.a.1. Schriftelijke toezegging klinische achtervang

153. Het eerste voorstel houdt in dat partijen schriftelijk aan de relevante zorgverzekeraars zullen verklaren dat zij in hun geografische werkgebieden, de klinische voorzieningen die zij exploiteren op non-discriminatoire wijze tegen marktconforme tarieven ter beschikking te stellen aan alle personen woonachtig in het werkgebied, die conform de reguliere procedures worden aangemeld. Dit aanbod geldt voor alle huidige en toekomstige vestigingen van partijen in het werkgebied, waar klinische GGZ wordt aangeboden, en is erop gericht de zorg voor wat betreft potentiële aanbieders, welke zouden worden belemmerd in hun toetreding voor zover zij niet beschikken over klinische opvang aangezien partijen in een aantal gebieden als enige klinische capaciteit hebben, weg te nemen.

4.a.2. Beoordeling

154. Een aantal concurrenten heeft in het kader van het onderzoek in de onderhavige zaak aangegeven dat voor het aanbieden van niet-klinische GGZ noodzakelijk is om te beschikken over klinische faciliteiten. Hoewel veel patiënten niet-klinisch kunnen worden behandeld is het van belang dat, wanneer de geestelijke situatie van patiënten gedurende de niet-klinische behandeling verslechtert, zij voor een kortere of langere periode klinisch behandeld kunnen worden.

155. Het belang van het hebben van een achtervang, welke goed geregeld is, neemt echter toe gezien de trend op het gebied van de ambulantisering van patiënten. Deze trend van ambulantisering wordt door alle bevroegde (markt)partijen herkend. Een marktpartij geeft in dit kader tevens aan dat juist de toenemende ambulantisering een betere achtervang noodzaakt.

156. Gezien het belang van het hebben van klinische achtervang, kan er vanuit de aanbieders van klinische en niet-klinische GGZ meer druk uitgaan richting aanbieders van niet-klinische GGZ, aangezien niet-klinische aanbieders op dit gebied afhankelijk zijn van de welwillendheid van klinische aanbieders om afspraken te maken met betrekking tot bijvoorbeeld het aantal bedden. Een aantal marktpartijen wijst hierbij op de mogelijkheid dat partijen deze afspraken kunnen frustreren indien een aanbieder van niet-klinische GGZ zou willen toetreden of in hun ogen te sterk zou worden. Ook zouden partijen, indien er reeds afspraken zijn, alsnog de gang van zaken kunnen traineren. Partijen zouden kunnen weigeren bepaalde cliënten op te nemen, bijvoorbeeld op basis van naar hun mening lange wachtlijsten. Aangezien er momenteel nog geen transparantie is wat betreft de lengte van wachtlijsten van individuele instellingen is dit een mogelijkheid die ongestraft zou kunnen plaatsvinden.

157. De schriftelijke toezegging van partijen met betrekking tot de klinische achtervang is een zogenaamde gedragsremedie. Een dergelijke remedie dient voortdurend te worden gecontroleerd en bij overtreding dient een proportionele handhaving plaats te kunnen vinden. Proportioneel toezicht op en proportionele handhaving van het voorstel van partijen tot een schriftelijke toezegging in geval van een besluit op grond van art. 37 lid 1 Mw is niet in voldoende mate mogelijk waardoor dit voorstel, ongeacht of het de mogelijke mededingingsproblemen voorkomt, niet kan worden geaccepteerd.

158. Het voorstel van partijen kan, indien met voldoende waarborgen omkleed, een effect op de mogelijkheden voor toetreding tot de geografische markten hebben waarop partijen actief zijn. Het is echter vooralsnog de vraag of dit voldoende is om te voorkomen dat een economische machtspositie kan ontstaan of worden versterkt ten gevolge van het wegvallen van het (toekomstig) meest aannemelijke en eerste alternatief voor patiënten op de markt voor niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen in de zorgkantorregio Noord-Holland Noord exclusief West-Friesland, West-Friesland, de zorgkantorregio Zaanstreek – Waterland en Kennemerland-Midden. Gezien de overwegingen opgenomen in het voorgaande punt is het echter niet noodzakelijk om hier een definitieve uitspraak over te doen.

4.b.1. Beëindiging zeggenschap in CWF

159. Het tweede voorstel van partijen houdt in dat GGZ DD, voorafgaand aan de totstandbrenging van de voorgenomen concentratie, haar zeggenschap in CWF zal beëindigen.⁴⁵ Hiertoe zal GGZ DD meewerken aan een statutenwijziging, waarbij GGZ DD haar zetel in het bestuur opgeeft. Tevens zal GGZ DD geen zitting nemen in een nieuw te vormen Raad van Toezicht. GGZ DD zal instemmen met het schrappen van een aantal artikelen, waarin de zeggenschap van GGZ DD over CWF wordt bepaald. Daarnaast zal GGZ DD haar erkenning overdragen aan CWF, waardoor de kassiersfunctie van GGZ DD zal worden beëindigd.⁴⁶

4.b.2. Beoordeling

160. Indien wordt gekeken naar de capaciteit klinische GGZ dan is deze in Kennemerland-Midden en de zorgkantorregio Zaanstreek – Waterland aanzienlijk groter respectievelijk groter dan in West-Friesland. Hieruit kan worden afgeleid dat Kennemerland-Midden en de zorgkantorregio Zaanstreek – Waterland qua omvang betere alternatieven vormen dan West-Friesland voor de patiënten afkomstig uit de zorgkantorregio Noord-Holland Noord exclusief West-Friesland.⁴⁷

161. Voor de patiënten in respectievelijk Kennemerland-Midden en de zorgkantorregio Zaanstreek – Waterland valt enerzijds een alternatief weg en ontstaat anderzijds, in het scenario dat CWF onafhankelijk zou worden, een nieuw alternatief. Het alternatief dat wegvalt, GGZ NHN, is echter qua capaciteit aanzienlijk groter dan CWF.⁴⁸ Het is daarom onvoldoende aannemelijk

⁴⁵ GGZ DD zal aandringen op een formalisering van de beëindiging van de zeggenschap in CWF voor de effectivering van de voorgenomen concentratie. Voor zover dit niet mogelijk is, zal GGZ DD een onafhankelijke trustee benoemen die haar bestuurszetel in CWF zal bezetten totdat de statuten gewijzigd zijn en daarmee de zeggenschap van GGZ DD in CWF.

⁴⁶ Gevolg hiervan is dat CWF de erkenning krijgt voor 69 klinische bedden (inclusief 15 klinische bedden van GGZ DD).

⁴⁷ GGZ NHN, GGZ DD in Kennemerland-Midden, GGZ DD in de zorgkantorregio Zaanstreek – Waterland en CWF hebben respectievelijk 266, 325, 74 en 69 klinische bedden.

⁴⁸ GGZ NHN en CWF hebben respectievelijk 266 en 69 klinische bedden.

dat de concurrentiedruk die wegvalt ten gevolge van de voorgenomen fusie wordt gecompenseerd door de nieuw te ontstane concurrentiedruk van CWF.

162. Gezien het voorgaande is het vooralsnog onvoldoende aannemelijk dat ten gevolge van het voorstel van partijen dat een beëindiging van de zeggenschap van GGZ DD in CWF inhoudt, voorkomen wordt dat een economische machtspositie kan ontstaan of worden versterkt op de markten voor klinische en niet-klinische GGZ voor volwassenen en ouderen die tot gevolg heeft dat een daadwerkelijke mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan op significante wijze wordt belemmerd.

5. Zienswijze NZa

163. De NZa geeft aan dat op dit moment vanwege een gebrek aan data geen goede inschatting gemaakt kan worden van de gevolgen van de voorgenomen concentratie, maar sluit niet uit dat de voorgenomen concentratie in de nabije toekomst nadelige gevolgen heeft voor de publieke belangen, toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit op de markt voor geneeskundige GGZ. De NZa verwacht dat vanwege belangrijke toetredingsbarrières er op korte termijn niet voldoende toetreding tot de markt voor geneeskundige GGZ zal plaatsvinden om mogelijke negatieve effecten van de voorgenomen concentratie tegen te gaan.

VI. CONCLUSIE

164. Na onderzoek van deze melding is de Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit tot de conclusie gekomen dat de gemelde operatie binnen de werkingssfeer valt van het in hoofdstuk 5 van de Mededingingswet geregelde concentratietoezicht. Hij heeft reden om aan te nemen dat als gevolg van die concentratie een economische machtspositie kan ontstaan of worden versterkt die tot gevolg heeft dat een daadwerkelijke mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan op significante wijze wordt belemmerd.

165. Gelet op het bovenstaande deelt de Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit mede dat voor het tot stand brengen van de concentratie waarop de melding betrekking heeft een vergunning is vereist.

166. Voor zover dit besluit meebrengt dat een oordeel wordt gegeven over feiten of omstandigheden die van belang zijn voor de beslissing op een aanvraag om een vergunning als bedoeld in artikel 41 van de Mededingingswet, heeft dit oordeel naar zijn aard een voorlopig karakter en bindt dit de Raad van Bestuur niet bij zijn beslissing op die aanvraag.

Datum: 2 november 2006

De Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit,
namens deze,

w.g. R.J.P. Jansen
Lid van de Raad van Bestuur

Tegen dit besluit kan degene, wiens belang rechtstreeks bij dit besluit is betrokken, binnen zes weken na de dag van bekendmaking van dit besluit een gemotiveerd beroepschrift indienen bij de arrondissementsrechtbank te Rotterdam, sector bestuursrecht, Postbus 50951, 3007 BM Rotterdam

