



**Besluit**

# **Goedkeuring onder voorschriften van de concentratie Parnassia – Antes**

**Zaaknummer:** 15.1259.24  
**Datum besluit** 12 juni 2017



## Besluit

---

<b>Titel</b>	<b>Goedkeuring onder voorschriften van de concentratie Parnassia – Antes</b>
<b>Kenmerk:</b>	ACM/DM/2017/203417
<b>Zaaknummer:</b>	<b>15.1259.24</b>
<b>Datum besluit</b>	12 juni 2017
<b>Aantal pagina's</b>	118

---

**Pagina  
2/118**



## Inhoud

<b>Inhoud</b> .....	<b>3</b>
<b>Samenvatting</b> .....	<b>5</b>
<b>1 Procedure</b> .....	<b>9</b>
<b>2 Partijen</b> .....	<b>10</b>
<b>3 De gemelde operatie</b> .....	<b>11</b>
<b>4 Toepasselijkheid van het concentratietoezicht</b> .....	<b>11</b>
<b>5 Te beoordelen markten</b> .....	<b>11</b>
<b>6 Beoordeling sGGZ voor V&amp;O</b> .....	<b>12</b>
6.1 Marktontwikkelingen .....	12
6.1.1 Stelselwijzigingen in de GGZ .....	13
6.1.2 Beddenreductie en ambulantisering .....	14
6.1.3 Toenemende aandacht voor EPA .....	15
6.1.4 Wijzigingen in de Bopz .....	16
6.2 Relevante productmarkten .....	17
6.2.1 EPA als afzonderlijke markt binnen de algemene GGZ .....	18
6.2.2 De activiteiten onder de Wiz .....	20
6.2.3 Krimpende markt voor klinische sGGZ .....	22
6.2.4 Conclusie productmarkten .....	23
6.3 Relevante geografische markten .....	23
6.3.1 Conclusie geografische markten .....	25
6.4 Gevolgen van de concentratie .....	25
6.4.1 Zienswijze van de NZa .....	25
6.4.2 Markt voor klinische sGGZ voor V&O .....	27
6.4.3 Markt voor ambulante sGGZ voor V&O .....	32
6.4.4 Conclusie gevolgen van de voorgenomen concentratie .....	35
6.5 Markttoetreding .....	35
6.5.1 Kader .....	36
6.5.2 Beoordeling ambulante sGGZ voor V&O .....	37
6.5.3 Beoordeling klinische sGGZ voor V&O .....	38
6.5.4 Conclusie .....	39
6.6 Compenserende afnemersmacht .....	39
6.6.1 Kader compenserende afnemersmacht .....	41
6.6.2 De omvang van de zorgverzekeraar en zijn commerciële betekenis voor Parnassia .....	42
6.6.3 Het vermogen om over te schakelen op andere GGZ-aanbieders .....	49
6.6.4 Conclusie compenserende afnemersmacht .....	59
6.7 Efficiëntieverweer .....	60
6.7.1 Kader .....	60
6.7.2 Algemene beoordeling .....	61
6.7.3 Beoordeling financiële voordelen .....	63
6.7.4 Beoordeling zorginhoudelijke voordelen .....	70
6.7.5 Conclusie efficiëntieverweer .....	74
6.8 Conclusie beoordeling klinische en ambulante sGGZ voor V&O in de regio Rotterdam-Rijnmond .....	74



<b>7</b>	<b>Beoordeling verslavingszorg .....</b>	<b>75</b>
7.1	Relevante markten .....	75
7.1.1	Relevante productmarkt .....	75
7.1.2	Relevante geografische markt .....	75
7.2	Gevolgen van de voorgenomen concentratie.....	75
7.3	Conclusie beoordeling verslavingszorg.....	77
<b>8</b>	<b>Beoordeling forensische zorg.....</b>	<b>78</b>
8.1	Ruimte voor concurrentie .....	79
8.2	Relevante productmarkten .....	81
8.2.1	Onderscheid binnen forensische zorg.....	81
8.2.2	Nader onderscheid binnen klinische forensische zorg naar beveiligingsniveau .....	84
8.2.3	Nader onderscheid binnen klinische forensische verslavingszorg naar beveiligingsniveau .....	87
8.2.4	Forensisch beschermd wonen .....	88
8.2.5	Conclusie relevante productmarkten.....	89
8.3	Relevante geografische markten.....	89
8.3.1	Omvang geografische markten binnen forensische zorg .....	90
8.3.2	Klinische forensische zorg met beveiligingsniveaus één en twee.....	92
8.3.3	Klinische forensische verslavingszorg met beveiligingsniveau één en twee .....	93
8.3.4	Ambulante forensische verslavingszorg.....	94
8.3.5	Woonbegeleiding, inclusief forensisch beschermd wonen.....	95
8.3.6	Conclusie relevante geografische markten .....	96
8.4	Gevolgen van de voorgenomen concentratie.....	96
8.4.1	Woonbegeleiding inclusief forensisch beschermd wonen.....	97
8.4.2	Klinische forensische zorg met beveiligingsniveaus één en twee in regio Rotterdam-Rijnmond .....	97
8.5	Markttoetreding .....	99
8.6	Compenserende afnemersmacht .....	100
8.7	Conclusie beoordeling forensische zorg .....	102
<b>9</b>	<b>Voorstellen voor vergunning onder voorschriften .....</b>	<b>103</b>
9.1	Procedure .....	103
9.2	Inhoud voorstellen van partijen .....	103
9.3	Beoordeling van het voorstel .....	106
9.3.1	Markttest .....	106
9.3.2	Het voorstel lost het mededingingsprobleem op .....	108
9.3.3	Het voorstel is uitvoerbaar en handhaafbaar .....	110
9.4	Conclusie.....	114
<b>10</b>	<b>Conclusie .....</b>	<b>115</b>
<b>11</b>	<b>Afkortingenlijst .....</b>	<b>117</b>
	<b>Bijlagen .....</b>	<b>118</b>



## Samenvatting

Parnassia Groep B.V. (hierna: Parnassia) wil samen gaan met Stichting Antes (hierna: Antes). Parnassia en Antes, hierna gezamenlijk aangeduid met partijen, zijn beide grote geïntegreerde aanbieders van geestelijke gezondheidszorg (hierna: GGZ). Partijen zijn beide actief als algemene en forensische GGZ-aanbieder in Rotterdam en omstreken. Parnassia is daarnaast nog actief als geïntegreerde GGZ-aanbieder in de regio's Haaglanden en Noord-Holland-Noord en is landelijk actief als ambulante GGZ-aanbieder. Op het gebied van forensische zorg is Parnassia met haar deelneming in Fivoor ook actief in de regio's Haaglanden en Utrecht.

Keuze voor patiënt en zorgverzekeraar is belangrijk in de GGZ-sector. De Autoriteit Consument & Markt (hierna: de ACM) constateerde na uitgebreid onderzoek dat op drie markten in de regio Rotterdam-Rijnmond deze keuze nagenoeg zou verdwijnen als gevolg van de voorgenomen concentratie tussen Parnassia en Antes.

Om deze keuze te behouden, heeft de ACM aan deze concentratie voorschriften verbonden. Deze voorschriften houden in dat onderdelen van zowel Parnassia als Antes worden afgestoten aan GGZ Delfland. GGZ Delfland is nu al actief als aanbieder van GGZ in de regio Rotterdam-Rijnmond en zal door deze afstoting substantieel groter worden. Patiënten kunnen dus blijven kiezen tussen in ieder geval twee grote geïntegreerde GGZ-instellingen: "Parnassia/Antes" en GGZ Delfland. Daarnaast vormt GGZ Delfland na de afstoting een reëel alternatief voor zorgverzekeraars bij hun zorginkoop.

### *Geen mededingingsproblemen op de markten voor verslavingszorg en woonbegeleiding*

De ACM concludeert in dit besluit dat de gemelde concentratie niet zal leiden tot een significante verstoring van de mededinging op de markten voor verslavingszorg en woonbegeleiding. De concentratie zal de mededinging daarentegen wél significant verstoren op de markten voor klinische en ambulante specialistische GGZ (hierna: sGGZ) voor volwassenen en ouderen (hierna: V&O) in de regio Rotterdam-Rijnmond en de markt voor klinische forensische zorg op beveiligingsniveau één en twee in de regio Rotterdam-Rijnmond.

### *Mededingingsprobleem op de markten voor specialistische GGZ voor volwassenen en ouderen*

De sGGZ wordt onderverdeeld in klinische en ambulante sGGZ. Het onderzoek in deze zaak bevestigt dat de sGGZ niet verder moet worden gesegmenteerd in complexiteit van de aandoeningen, zoals ernstige psychiatrische aandoeningen (hierna: EPA). De markten voor zorg op het gebied van klinische en ambulante sGGZ zijn regionaal. Dit blijkt uit herkomstgegevens van partijen. De regio wordt afgebakend als de GHOR-regio<sup>1</sup> Rotterdam-Rijnmond (hierna: regio Rotterdam-Rijnmond).

Parnassia en Antes zijn de enige twee grote geïntegreerde GGZ-aanbieders in de regio Rotterdam-Rijnmond. Hun gezamenlijke marktaandeel op de markt voor klinische sGGZ voor V&O is circa [70-80]<sup>\*</sup>%. De concurrentie die na de voorgenomen concentratie uitgaat van andere spelers op deze markt is te beperkt om partijen na de voorgenomen concentratie te kunnen

<sup>1</sup> GHOR staat voor "Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de regio". De GHOR is een organisatie die er voor moet zorgen dat bij grote ongevallen en rampen de verschillende organisaties die zich met geneeskundige hulpverlening bezig houden samen één hulpverleningsketen vormen.

<sup>\*</sup> In deze openbare versie van het besluit zijn delen van de tekst vervangen of weggelaten om reden 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.



disciplineren.

Op de markt voor ambulante sGGZ voor V&O in de regio Rotterdam-Rijnmond is het gezamenlijke marktaandeel van partijen circa [80-90]%. De concurrentie is zeer versnipperd. Veel marktspelers hebben een zeer beperkt marktaandeel en bieden doorgaans minder complexe ambulante sGGZ aan dan Parnassia en Antes. De concurrentiedruk van deze spelers is onvoldoende.

### ***Onvoldoende concurrentiedruk vanuit toetreding en compenserende afnemersmacht van zorgverzekeraars***

De zeer sterke positie van Parnassia en Antes zou na de voorgenomen concentratie mogelijk kunnen worden gedisciplineerd door toetreding of compenserende afnemersmacht. De ACM concludeert na onderzoek dat zorgverzekeraars over onvoldoende afnemersmacht beschikken om een dergelijke sterke positie van partijen te kunnen compenseren. Zorgverzekeraars stellen aan de ene kant dat zij over voldoende mogelijkheden beschikken om grote GGZ-aanbieders, zoals Parnassia en Antes, te disciplineren. Aan de andere kant geven ze aan dat hun mogelijkheden tot zulke disciplinerende maatregelen vooral beperkt zijn tot 'zachte instrumenten', zoals een stevig gesprek met een bestuur van een zorgaanbieder. De ACM constateert op basis van het marktonderzoek dat zorgverzekeraars inderdaad mogelijkheden behouden om enige druk in de onderhandelingen uit te oefenen. Deze mogelijkheden zijn echter beperkt en zullen na de voorgenomen concentratie niet leiden tot grote druk op partijen tijdens de onderhandelingen. De (dreiging van de) inzet van instrumenten zoals selectieve inkoop of overheveling van budget biedt voor zorgverzekeraars betere mogelijkheden om partijen effectief te disciplineren. Deze mogelijkheden worden door de concentratie echter beperkt als gevolg van het wegvallen van het belangrijkste alternatief voor zorgverzekeraars in regio Rotterdam-Rijnmond. Zorgverzekeraars geven hierbij aan niet of nauwelijks budget te kunnen of willen overhevelen naar andere of nieuwe partijen in deze markt om partijen na de voorgenomen concentratie te disciplineren.

Toetreding en uitbreiding is praktisch gezien niet lastig te realiseren, maar is wel sterk afhankelijk van het commitment van zorgverzekeraars. Uit het marktonderzoek is gebleken dat zorgverzekeraars zeer terughoudend zijn bij het honoreren van verzoeken van nieuwe (en bestaande) aanbieders voor (uitbreiding van) een contract of budgetruimte. Hierdoor is het aannemelijk dat er op zowel de markt voor klinische sGGZ voor V&O als op de markt voor ambulante sGGZ voor V&O in de regio Rotterdam-Rijnmond onvoldoende concurrentiedruk uitgaat van toetreding dan wel uitbreiding.

### ***Efficiëntieverweer van partijen voldoet niet aan vereisten***

Partijen hebben al in een vroeg stadium van het proces een efficiëntieverweer ingediend. Zij stellen dat de voorgenomen concentratie voordelen met zich meebrengt die opwegen tegen eventuele mededingingsrechtelijke nadelen. De ACM komt tot de conclusie dat het efficiëntieverweer niet voldoet aan de vereisten die hieraan worden gesteld.<sup>2</sup> In de eerste plaats acht de ACM het niet aannemelijk dat de eventuele kostenvoordelen worden doorgegeven aan verzekerden. Dit vereist in deze markten een sterke positie van de zorgverzekeraars. De ACM komt echter tot de conclusie dat deze positie niet voldoende sterk is om de sterke positie van partijen te kunnen compenseren. Het is in zo'n geval dan ook niet aannemelijk dat deze positie in geval van een efficiëntieverweer wél voldoende groot is om de voordelen door te geven.

<sup>2</sup> Richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale fusies op grond van de Verordening van de Raad inzake de controle op concentraties van ondernemingen (2004/C 31/03).



Tevens is een groot deel van de aangevoerde efficiënties volgens de ACM niet verifieerbaar en niet fusie-specifiek.

Het is daarnaast onzeker of de voorgenomen concentratie bijdraagt aan zorginhoudelijke voordelen voor patiënten. Partijen stellen dat als gevolg van de voorgenomen concentratie minder vaak patiënten overgedragen hoeven te worden tussen Parnassia en Antes en dat dit een positief effect heeft op de kwaliteit van de zorg. Uit het marktonderzoek komt op dit punt een divers beeld naar voren. Er zijn verschillende marktpartijen die verwachten dat de zorginhoudelijke voordelen van de concentratie zich zullen voordoen, maar er zijn tevens marktpartijen die niet overtuigd zijn van deze voordelen. Uit het marktonderzoek komt in ieder geval naar voren dat de overdracht van patiënten tussen behandelaren inderdaad een risicovol moment is. Dit geldt echter zowel voor overdrachten binnen een organisatie als tussen organisaties. Het is onvoldoende zeker dat deze patiëntoverdrachten beter verlopen als gevolg van de voorgenomen concentratie. De ACM concludeert dat aan geen van de (cumulatieve) criteria voor een efficiëntieverweer is voldaan.

De ACM concludeert dat de voorgenomen concentratie leidt tot een significante beperking van de mededinging op zowel de markt voor klinische sGGZ voor V&O als op de markt voor ambulante sGGZ voor V&O in de regio Rotterdam-Rijnmond. Door de concentratie ontstaat er op deze markten een zeer sterke GGZ-aanbieder, welke onvoldoende kan worden gedisciplineerd door toetreding of compenserende afnemersmacht. Ten slotte is de ACM van mening dat het efficiëntieverweer van partijen niet voldoet aan de eisen die hier aan worden gesteld. Het efficiëntieverweer biedt daarom geen tegenwicht aan de schadelijke effecten van de concentratie.

#### **Mededingingsprobleem op forensische zorg**

De ACM komt tevens tot de conclusie dat op de markt voor forensische zorg de mededinging significant wordt belemmerd als gevolg van de voorgenomen concentratie. De activiteiten van partijen op dit gebied overlappen in de regio Rotterdam-Rijnmond<sup>3</sup>. Omdat de ACM niet eerder markten heeft afgebakend binnen de forensische zorg, heeft de ACM uitgebreid onderzoek gedaan naar de afbakening van de relevante markten. Uit dit onderzoek is gebleken dat forensische verslavingszorg moet worden onderscheiden van de (overige) forensische zorg. Binnen de forensische zorg moet een nadere onderverdeling worden gemaakt tussen ambulante en klinische zorg vanwege de geringe substitutiemogelijkheden tussen beide markten. Uit het marktonderzoek is ook gebleken dat de substitutiemogelijkheden beperkt zijn tussen de verschillende beveiligingsniveaus die binnen klinische forensische zorg worden gehanteerd. Ook de geografische dimensie van de beveiligingsniveaus verschilt.

Voor onderhavige beoordeling is de enige relevante markt waarop de activiteiten van partijen in geografische zin overlappen, de markt voor klinische forensische zorg met beveiligingsniveau één en twee in regio Rotterdam-Rijnmond. Op deze markt behalen partijen een gezamenlijk marktaandeel van 100%. Bovendien beschikt de Dienst Justitiële Inrichtingen (hierna: DJI) over onvoldoende compenserende afnemersmacht om de positie van partijen na de voorgenomen concentratie te disciplineren. Partijen hebben ten aanzien van forensische zorg geen efficiëntieverweer gevoerd.

<sup>3</sup> GHOR-regio Rotterdam-Rijnmond.



### ***Voorschriften nemen geconstateerde mededingingsbezwaren weg***

Om de mededingingsbezwaren die de ACM heeft geconstateerd, weg te nemen, hebben partijen bij brief van 31 mei 2017 een remedievoorstel ingediend om voorschriften te verbinden aan de vergunning. Deze voorschriften houden in dat:

#### *Klinische sGGZ voor V&O in de regio Rotterdam-Rijnmond*

- Parnassia haar klinieken aan de IJsselstraat te Berkel en Rodenrijs, Schietbaanstraat te Rotterdam en Frans Lehárstraat (151-153) te Rotterdam afstoot aan GGZ Delfland ter grootte van 105 open bedden en met een gerelateerde jaaromzet van EUR [...].
- Antes 20 open bedden afstoot aan GGZ Delfland met een gerelateerde jaaromzet van EUR [...].
- partijen zich ertoe verbinden om de volledige afbouwverplichting die rust op hun huidige klinische capaciteit op zich te nemen. Partijen verbinden zich er daarom toe om per 31 december 2019 hun gezamenlijk aantal open bedden op de markt voor klinische sGGZ voor V&O in de regio Rotterdam-Rijnmond afgebouwd te hebben tot [tweederde van het totaal aantal Open Bedden van partijen in 2008, conform het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord] open bedden.

#### *Ambulante sGGZ voor V&O in de regio Rotterdam-Rijnmond*

- Parnassia haar ambulante locatie PsyQ in Spijkenisse, een zorgteam van Bavo Europort PIT aan de Carnissensingel in Rotterdam en een zorgteam van I-psy aan de Carnissensingel in Rotterdam afstoot aan GGZ Delfland, met een bijbehorende jaaromzet van EUR [...].

#### *Klinische forensische zorg met beveiligingsniveau één en twee*

- Antes de klinische forensische zorg met beveiligingsniveau één die door DJI is ingekocht c.q. gereserveerd bij Antes afstoot aan GGZ Delfland ter grootte van [...] verpleegdagen voor 2017 en een gerelateerde jaaromzet van EUR [...].
- partijen zich tot en met [...] verplichten zich te onthouden van activiteiten op het gebied van klinische forensische zorg met beveiligingsniveau één in de regio Rotterdam-Rijnmond. Parnassia zal tevens haar invloed in Fivoor aanwenden om te voorkomen dat Fivoor in deze periode actief wordt op het gebied van klinische forensische zorg met beveiligingsniveau één in de regio Rotterdam-Rijnmond.

Deze voorschriften nemen de geconstateerde mededingingsproblemen weg doordat patiënten in de regio Rotterdam-Rijnmond een keuze behouden tussen grote geïntegreerde GGZ-aanbieders. Daarnaast ontstaat er als gevolg van de voorschriften voor zorgverzekeraars een reëel alternatief voor Parnassia/Antes in de regio Rotterdam-Rijnmond en wordt de macht die Parnassia/Antes na de voorgenomen concentratie in de onderhandelingen met zorgverzekeraars zou verkrijgen, door deze voorschriften beperkt. Omdat partijen pas mogen samen gaan als alle onderdelen volledig aan GGZ Delfland zijn afgestoten, ontstaat er al direct een volwaardig alternatief in de markt. Partijen hebben tot 31 december 2017 de tijd om de afstoting aan GGZ Delfland te voltooien.

Omdat de voorschriften alle geconstateerde mededingingsproblemen wegnemen, heeft de ACM het remedievoorstel geaccepteerd en verleent de ACM de vergunning onder voorschriften.





## 1 Procedure

1. Op 23 december 2015 heeft de ACM de aanvraag om vergunning van Parnassia en Antes ontvangen. Van de aanvraag om vergunning is mededeling gedaan in Staatscourant 152 van 5 januari 2016. Naar aanleiding van de mededeling in de Staatscourant zijn geen zienswijzen van derden naar voren gebracht.
2. Deze aanvraag is het vervolg op het besluit van de ACM van 6 november 2015<sup>4</sup> (hierna: het meldingsbesluit). In dit besluit concludeert de ACM dat voor deze concentratie een vergunning is vereist. Van dit besluit is mededeling gedaan in Staatscourant 40243 van 13 november 2015. Dit besluit volgde op de melding die is gedaan op 30 september 2015, waarin is medegedeeld dat Parnassia voornemens is zeggenschap te verkrijgen over Antes. De gemelde transactie is een concentratie in de zin van artikel 27, eerste lid, onder b, van de Mededingingswet.
3. Partijen hebben hun aanvraag onderbouwd met een onderzoek uitgevoerd door Lexonomics naar de compenserende afnemersmacht van zorgverzekeraars. Daarnaast hebben partijen een door Lexonomics uitgewerkt efficiëntieverweer aangevoerd. De financiële onderbouwing van het efficiëntieverweer is opgenomen in een rapport dat BDO in opdracht van partijen heeft opgesteld.
4. Na ontvangst van de aanvraag om vergunning heeft de ACM nader onderzoek verricht naar de te verwachten gevolgen van de concentratie voor de mededinging. Hierbij heeft de ACM uitgebreid en meerdere malen gesproken met de vier grote zorgverzekeraars in de regio Rotterdam-Rijnmond. Dit zijn Zilveren Kruis Achmea (hierna: Achmea), CZ Groep (hierna: CZ), DSW Zorgverzekeraar (hierna: DSW) en Coöperatie VGZ (hierna: VGZ).
5. Verder heeft de ACM gesprekken gevoerd met en informatie ontvangen van de gemeente Rotterdam, de cliëntenraden van Parnassia en Antes, de branchevereniging Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (hierna: NVVP), de branchevereniging ACTIZ, de patiëntenvereniging Landelijk Platform GGZ (hierna: LPPGGZ), de Landelijke Huisartsen Vereniging (hierna: LHV) kring Rotterdam en verschillende huisartsen en verpleeghuizen.
6. De ACM heeft op 7 november 2016 van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) een zienswijze op de voorgenomen concentratie ontvangen. Ten slotte zijn vragen gesteld aan andere GGZ-aanbieders, Dienst Justitiële Inrichtingen (hierna: DJI) en het forensisch plaatsingsloket van het Ministerie van Veiligheid en Justitie, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: IGZ), het Zorginstituut Nederland (hierna: ZIN), het Trimbos-instituut en de heer Van Os, indertijd hoogleraar psychiatrie aan Maastricht Universitair Medisch Centrum.
7. Voor wat betreft de berekening van de marktaandelen op het gebied van ambulante sGGZ, heeft de ACM gebruik gemaakt van de reeds beschikbare informatie uit het marktonderzoek dat is verricht in de zaak Parnassia – Riagg-Rijnmond.<sup>5</sup> Het onderzoek in deze zaak had betrekking op dezelfde geografische markt, dezelfde concurrenten en heeft plaatsgevonden in hetzelfde jaar als waarin partijen de melding van onderhavige zaak hebben ingediend (2015).
8. De ACM heeft tijdens haar onderzoek meerdere malen aan partijen vragen gesteld ter aanvulling van de aanvraag. Als gevolg van de verzoeken om aanvulling is de in artikel 44, eerste lid, van

9/118

<sup>4</sup> Besluit met kenmerk ACM/TFZ/2015/406407.

<sup>5</sup> Besluit met kenmerk ACM/DM/2014/207413.



de Mededingingswet genoemde termijn van 13 weken, ingevolge artikel 4:15 van de Algemene wet bestuursrecht, in totaal 256 dagen opgeschort geweest.

9. Daarnaast is in onderling overleg op grond van artikel 4:15, tweede lid, onder a van de Algemene Wet Bestuursrecht de termijn meerdere malen opgeschort geweest. Op grond hiervan is de termijn van 13 weken in totaal 198 dagen opgeschort geweest. In totaal is de in artikel 44, eerste lid, van de Mededingingswet genoemde termijn van 13 weken 454 dagen opgeschort geweest.
10. Op 26 augustus 2016 zijn de punten van overweging aan partijen toegezonden. Deze punten van overweging bevatten de voorlopige bevindingen van de Taskforce Zorg (hierna: TFZ) van de ACM. De voorlopige bevindingen zijn gebaseerd op de uitkomsten van het tot dat moment verrichte onderzoek. Partijen hebben op 9 september 2016 schriftelijk gereageerd op de punten van overweging. Een vertrouwelijke versie van de punten van overweging is tevens toegezonden aan DJI en de zorgverzekeraars Achmea, DSW, VGZ en CZ. Achmea, DSW en DJI hebben op 16 september 2016 schriftelijk gereageerd. VGZ heeft op 15 september 2016 een mondelinge reactie gegeven. CZ heeft op 17 oktober 2016 haar zienswijze op de punten van overweging gegeven.
11. Partijen zijn tijdens de procedure in de gelegenheid gesteld om hun zienswijze naar voren te brengen over feiten en belangen die partijen betreffen en waarop dit besluit steunt en die door derden zijn verstrekt.
12. Op 31 mei 2017 heeft de ACM van partijen een verklaring ontvangen inhoudende dat zij bereid zijn bepaalde verplichtingen te aanvaarden welke als voorschriften of beperkingen aan een vergunning voor de voorgenomen concentratie verbonden kunnen worden. Voor de inhoud van deze verklaring, voor de procedurele gang van zaken hieromtrent alsmede voor de beoordeling van deze voorschriften of beperkingen wordt verwezen naar hoofdstuk 0 van dit besluit.

**10/118**

## **2 Partijen**

13. Parnassia is een besloten vennootschap naar Nederlands recht. Parnassia is een geïntegreerde aanbieder van GGZ. Parnassia biedt GGZ voor V&O en kinderen en jeugdigen (hierna: K&J). Het GGZ-aanbod van Parnassia bestaat uit basis GGZ (hierna: bGGZ), generalistische basis GGZ (hierna: gbGGZ), klinische en ambulante<sup>6</sup> sGGZ en verslavingszorg. Daarnaast is Parnassia actief op het gebied van woonbegeleiding. Parnassia is bovendien via haar deelneming in Fivoor B.V. actief op het gebied van klinische en ambulante forensische zorg. Parnassia is vooral actief in de regio's Haaglanden, Rotterdam-Rijnmond en Noord-Holland, maar is met enkele onderdelen binnen de Parnassia Groep ook landelijk actief.
14. Antes is een stichting naar Nederlands recht. Antes is eveneens een geïntegreerde GGZ-aanbieder. Antes biedt in de regio Rotterdam-Rijnmond klinische en ambulante sGGZ voor V&O, woonbegeleiding, klinische forensische zorg en forensische verslavingszorg.

<sup>6</sup> Ambulant wordt ook wel aangeduid als niet-klinisch.



### 3 De gemelde operatie

15. Partijen hebben het voornemen om de volgende transacties aan te gaan:
  - Er wordt een nieuwe onderneming opgericht: Antes B.V. De aandelen van Antes B.V. zullen worden gehouden door PBG Zorgholding B.V., onderdeel van Parnassia Groep B.V.
  - De huidige Stichting Antes wordt omgezet in een besloten vennootschap: Antes Zorg B.V., waarvan Antes B.V. de aandelen zal houden.
  - PBG Zorgholding B.V. zal de aandelen van Bavo Europort B.V.<sup>7</sup> overdragen aan Antes B.V.
16. De voorgenomen transacties blijken nader uit het Fusiedocument "Naar een robuuste en beheersbare GGZ Rotterdam-Rijnmond" d.d. 8 september 2014.

### 4 Toepasselijkheid van het concentratietoezicht

17. Zoals in het meldingsbesluit is vastgesteld, is het beoogde resultaat van de voorgenomen operatie dat Parnassia directe zeggenschap verkrijgt in Antes. De operatie ten aanzien waarvan de aanvraag om vergunning is ingediend, is dus een concentratie in de zin van artikel 27 eerste lid, onder b.
18. Betrokken ondernemingen zijn Parnassia en Antes.
19. Partijen hebben omzetgegevens ter beschikking gesteld. Hieruit blijkt dat de gemelde concentratie binnen de werkingssfeer valt van het in hoofdstuk 5 van de Mededingingswet geregelde concentratietoezicht.

### 5 Te beoordelen markten

20. De ACM concludeert in het meldingsbesluit dat er geen reden is om aan te nemen dat de concentratie de daadwerkelijke mededinging op significante wijze zou kunnen belemmeren in de stad Rotterdam en de regio Rotterdam-Rijnmond op het gebied van bGGZ, gbGGZ voor V&O, ambulante en klinische sGGZ voor K&J en gbGGZ voor K&J en woonbegeleiding. Dit geldt ook in de regio Zuid-Holland Zuid op het gebied van ambulante en klinische sGGZ voor V&O. Deze markten worden in dit vergunningsbesluit daarom niet verder behandeld.
21. In dit vergunningsbesluit gaat de ACM enkel in op de markten waarvoor de ACM in het meldingsbesluit heeft geconstateerd dat de daadwerkelijke mededinging mogelijk wel belemmerd wordt. Dit zijn de markten voor (i) klinische en ambulante sGGZ voor V&O in de regio Rotterdam-Rijnmond, (ii) verslavingszorg in de regio Rotterdam-Rijnmond en (iii) forensische zorg. De markt voor woonbegeleiding, waar forensisch beschermd wonen toe behoort, wordt beoordeeld binnen de markten voor forensische zorg.<sup>8</sup>

<sup>7</sup> Bavo Europort is thans onderdeel van de Parnassia Zorggroep en heeft onder meer klinieken in Rotterdam en Capelle aan de IJssel.

<sup>8</sup> In het meldingsbesluit heeft de ACM vastgesteld dat er geen reden was om aan te nemen dat de concentratie de daadwerkelijke mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan op significante wijze zou kunnen belemmeren op het gebied van woonbegeleiding. In een later stadium van het onderzoek is naar voren gekomen dat partijen toch beide actief zijn op het gebied van forensisch beschermd wonen. Gelet hierop heeft de ACM in de vergunningsfase nader onderzoek verricht naar de markt voor woonbegeleiding.



## 6 Beoordeling sGGZ voor V&O

22. Bij de beoordeling van de gevolgen van de concentratie op de markten voor klinische en ambulante sGGZ voor V&O gaat de ACM eerst in op de marktontwikkelingen. Hierna volgen de marktabakening en de gevolgen van de voorgenomen concentratie. Vervolgens onderzoekt de ACM de mogelijke aanwezigheid van compenserende afnemersmacht van de zorgverzekeraars en de potentiële concurrentie. Partijen hebben voor sGGZ voor V&O een efficiëntieverweer gevoerd. De ACM beoordeelt dit verweer in paragraaf 6.7. De beoordeling van sGGZ voor V&O eindigt met de conclusies.
23. Als de ACM in dit besluit de huidige situatie beschrijft, dan spreekt de ACM over 'partijen' of 'Parnassia en/of Antes'. De huidige situatie is de situatie op de markt vóór de totstandkoming van de voorgenomen concentratie.
24. De beoordeling van de gevolgen van de voorgenomen concentratie gaat over de toekomstige situatie, namelijk de (fictieve) situatie ná de totstandkoming van de concentratie. In dat geval spreekt de ACM over 'Parnassia na de voorgenomen concentratie'.

### 6.1 Marktontwikkelingen

25. De GGZ-sector in Nederland heeft te maken met verminderde ruimte voor groei. Tegelijkertijd bestaat de breedgedragen wens om de GGZ te blijven verbeteren. Om aan deze wens tegemoet te kunnen komen, is er in de afgelopen jaren in de GGZ een aantal wijzigingen doorgevoerd. Deze wijzigingen zijn gericht op het realiseren van meer doelmatige zorg, inhoudelijke verbeteringen en het betaalbaar houden van de zorg. De gevolgen van deze wijzigingen zijn nog niet allemaal uitgekristalliseerd.
26. Voordat de ACM ingaat op de diverse veranderingen in de sector, is het van belang te vermelden dat de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: de minister) en de sector afspraken hebben gemaakt over de ontwikkelrichting van de GGZ-sector. Deze afspraken zijn vastgelegd in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014<sup>9</sup> en het Bestuurlijk Akkoord Geestelijke Gezondheidszorg 2014-2017<sup>10</sup> (hierna gezamenlijk aan te duiden als: Bestuurlijke Akkoorden). De Bestuurlijke Akkoorden zijn begin 2015 beëindigd als gevolg van de discussie over de aanpassing van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw).<sup>11</sup> De minister handhaaft enkel nog de budgettaire afspraken hieruit. De budgettaire afspraak heeft betrekking op de bedden capaciteit binnen de klinische sGGZ voor V&O die gefinancierd wordt op grond van de Zvw en AWBZ<sup>12</sup>.

<sup>9</sup> <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/06/18/bestuurlijk-akkoord-toekomst-ggz-2013-2014.html>, website bezocht op 2 juni 2017.

<sup>10</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2013/07/16/onderhandelaarsresultaat-geestelijke-gezondheidszorg-2014-2017/112574-bestuurlijk-akkoord-ggz-2014-2017-zonder-handtekeningen.pdf>, website bezocht op 2 juni 2017.

<sup>11</sup> <http://www.platformggz.nl/lpggz/newsitems/ni002797>, website bezocht op 2 januari 2017.

<sup>12</sup> Zie voetnoot 8 van het Bestuurlijk Akkoord GGZ 2014-2017, te raadplegen op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2013/07/16/onderhandelaarsresultaat-geestelijke-gezondheidszorg-2014-2017>, website bezocht op 18 mei 2017.



27. Ondanks het feit dat de Bestuurlijke Akkoorden door de minister zijn opgezegd, vormen de Bestuurlijke Akkoorden voor de sector nog steeds een belangrijk uitgangspunt. De sector heeft in vervolg hierop de Agenda voor gepast gebruik en transparantie in de GGZ gepresenteerd<sup>13</sup> en werkt momenteel aan de uitvoering hiervan.
28. Hieronder volgt een korte uiteenzetting van de belangrijkste veranderingen in de GGZ-sector welke voor een deel ook in de Bestuurlijke Akkoorden zijn opgenomen.

### 6.1.1 Stelselwijzigingen in de GGZ

29. Vanaf 1 januari 2008 vindt de financiering van ambulante en klinische GGZ-behandelingen die korter duren dan één jaar, plaats vanuit de Zvw. Duurde de GGZ-behandeling met onafgebroken verblijf langer dan één jaar, dan werd deze op dat moment gefinancierd uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (hierna: AWBZ).
30. Per 1 januari 2015 vond een verdere hervorming van de AWBZ plaats. Sindsdien worden klinische opnamen van langer dan drie jaar vanuit de AWBZ ondergebracht in de nieuwe Wet langdurige zorg (hierna: Wlz). De Wlz is bedoeld voor langdurig verblijf en is naast de GGZ ook gericht op gehandicaptenzorg en ouderenzorg. Vanaf 1 januari 2015 worden klinische GGZ-behandelingen de eerste drie jaar bekostigd uit de Zvw. Zodoende is door deze wijziging het deel van de intramurale zorg dat gefinancierd wordt vanuit de Zvw toegenomen.<sup>14</sup> De zorgverzekeraars zijn hierdoor verantwoordelijk geworden voor de financiering van een groter deel van GGZ. De zorg als zodanig is ongewijzigd gebleven, het betreft enkel een verandering in financiering.
31. Voor de GGZ is woonbegeleiding (beschermd wonen en ambulante begeleiding zonder 'behandelcomponent') ook van belang. Dit werd voorheen vanuit de AWBZ gefinancierd. Per 1 januari 2015 is dit overgeheveld naar de gemeenten. Dit deel wordt gefinancierd vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (hierna: Wmo).<sup>15</sup>
32. Een andere belangrijke verandering is de afschaffing van het representatiemodel binnen de Zvw met ingang van 2014. Sinds die tijd is er sprake van volledige prestatiebekostiging door zorgverzekeraars voor de gehele sector.<sup>16</sup> Waar voorheen de lokaal grootste zorgverzekeraar namens alle andere zorgverzekeraars de contractonderhandelingen met de GGZ-aanbieders in een bepaalde regio voerde, onderhandelt vanaf 2014 iedere zorgverzekeraar zelfstandig met alle individuele GGZ-aanbieders. Een gevolg daarvan is dat zorgverzekeraars investeren in de onderhandelingen met grote GGZ-aanbieders en in regio's waar zij een groot aandeel verzekerden hebben. De onderhandelingen met kleinere spelers op de markt of in regio's waar de zorgverzekeraar zelf een klein aandeel verzekerden heeft, worden vaak afgedaan met standaardcontracten.<sup>17</sup>

13/118

<sup>13</sup> Kamerstukken II, 25424, nr. 292.

<sup>14</sup> Trimbos Instituut, Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2015, p 5.

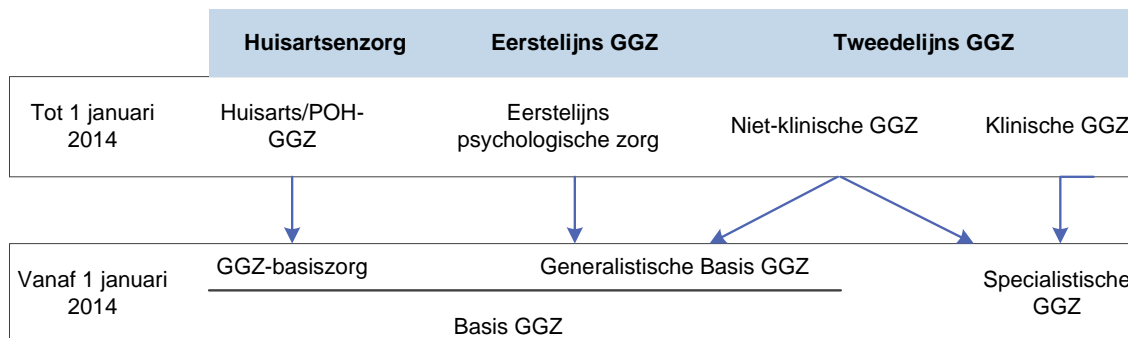
<sup>15</sup> Trimbos Instituut, Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2015, p 5.

<sup>16</sup> <http://www.nza.nl/95826/403415/403418/495558/kamerbrief-voorhang-invoering-prestatiebekostiging-tweedelijns-curatieve-ggz.pdf>, website bezocht op 2 januari 2017.

<sup>17</sup> Zie bijvoorbeeld Achmea - Zorginkoopbeleid 2016 zorgsoort Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), 2 april 2015, p. 63; DSW Zorgverzekeraar, inTwente Zorgverzekeraar en Stad Holland Zorgverzekeraar - Integraal zorginkoopbeleid Generalistische Basis GGZ & Gespecialiseerde GGZ 2016, juni 2015, p. 16; cVGGZ - Toelichting Inkoop 2016 Specialistische GGZ voor digitale contractering van zorgaanbieders, p.1; cVGGZ - Toelichting Inkoop 2016 specialistische GGZ voor bilaterale contractering van zorgaanbieders, p. 4.



33. Ook is er per 1 januari 2014 een andere productstructuur ingevoerd met de introductie van de basis GGZ.<sup>18</sup> Met deze nieuwe structuur is de eerste- en tweedelijns GGZ vervangen door bGGZ). Deze bGGZ bestaat uit de GGZ-basiszorg en de gbGGZ. Daarnaast bestaat er nog sGGZ. Zie Figuur 1 voor een schematische weergave van deze wijziging.<sup>19</sup>



**Figuur 1 Nieuwe GGZ-indeling per 1 januari 2014.**

34. Met de nieuwe inrichting van het stelsel beoogt het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) dat patiënten minder snel doorverwezen worden naar de sGGZ. VWS verwacht dat minimaal 20% van de patiënten die nu in de sGGZ worden geholpen, verschuiven naar de gbGGZ. Dit draagt volgens VWS bij aan betere en betaalbare GGZ.<sup>20</sup> Op dit moment is echter nog niet duidelijk welke gevolgen deze verschuivingen teweeg hebben gebracht op de verschillende markten voor GGZ.

### 6.1.2 Beddenreductie en ambulantisering

35. Nederland beschikt van oudsher en in vergelijking tot andere Europese landen over een grote capaciteit aan klinische GGZ-voorzieningen.<sup>21</sup> In de Bestuurlijke Akkoorden is daarom ook een sectorbrede beddenreductie van een derde overeengekomen ten opzichte van de capaciteit in 2008. Deze reductie moet in 2020 gerealiseerd zijn. De reductie ziet op het totale aantal bedden, zonder onderscheid te maken naar financiering.
36. Uit het Trimbos rapport volgt dat er twee belangrijke redenen zijn waarom de sector inzet op beddenreductie.<sup>22</sup> In de eerste plaats is er een zorginhoudelijke afweging. Langdurig verblijf in een kliniek komt het herstel van patiënten niet ten goede, ook als daar goede zorg wordt geboden. Een klinische opname draagt niet bij aan het vergroten van de kwaliteit van leven en de behandeling van de patiënt. Een kliniek is daarvoor een te kunstmatige omgeving. Ambulante zorg biedt in dit opzicht meer mogelijkheden om aan te sluiten bij de fysieke, sociale en maatschappelijke omstandigheden van een patiënt.

<sup>18</sup> De wijziging is vastgelegd in een aanwijzing die de minister op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg aan de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) heeft gegeven. Zie de brief van de Minister van VWS van 8 juli 2013 met kenmerk 129679-106375-MC.

<sup>19</sup> Zie ook het besluit van 23 december 2013 in zaak 13.1372.22/Arkin-InGeest-SAG.

<sup>20</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2016/12/19/informatie-website-invoeringbasisggz-nl>, website bezocht op 2 januari 2017.

<sup>21</sup> Trimbos Instituut, Trendrapportage GGZ 2012 Deel 1: Organisatie, structuur en financiering. Ambulantisering, p. 37.

<sup>22</sup> Trimbos Instituut, Trendrapportage GGZ 2012 Deel 1: Organisatie, structuur en financiering. Ambulantisering, p. 13.





37. Daarnaast zijn er financiële overwegingen. Volgens het Trimbos-rapport behelst de klinische zorg een groot deel van de kosten in de GGZ. Op basis hiervan en de eerder genoemde relatief grote bedden capaciteit, is er volgens het Trimbos-rapport dus ruimte voor kostenbesparingen.
38. Om de beddenreductie te kunnen realiseren, is het van belang dat de patiënten die voorheen klinisch werden behandeld, nu terecht kunnen in de ambulante GGZ. Dit stelt hogere eisen aan de ambulante zorg. Uit marktonderzoek van de ACM blijkt dat volgens de sector de beddenreductie alleen kan worden bereikt als de capaciteit en de kwaliteit van de ambulante zorg wordt uitgebreid en verbeterd. De sector heeft daarom onder andere het kwaliteitsprogramma geïntensiveerd. De transparantie voor de patiënt, zorgaanbieder en zorgverzekeraar over de behandeling en het behandelingsresultaat moet ook worden verbeterd. Dit zou er voor moeten zorgen dat de patiënt beter geïnformeerde keuzes kan maken. Ook worden er behandelrichtlijnen en kwaliteitsindicatoren ontwikkeld om de kwaliteit te bevorderen.<sup>23</sup>
39. Een op dit moment veelgebruikte manier om de ambulantisering vorm te geven is de inzet van FACT-teams.<sup>24</sup> Dergelijke teams bieden intensieve GGZ in een ambulante setting. Kenmerken van dit model zijn een geïntegreerde, outreachende<sup>25</sup> en zo nodig intensieve zorg vanuit multidisciplinaire teams. Daarnaast is een netwerkbenadering van belang waarin vanuit deze teams nauw wordt samengewerkt met het netwerk van de patiënten en met voorzieningen op het gebied van gezondheidszorg, opleiding, werk en sociale wijkteams.<sup>26</sup> De sociale wijkteams staan onder regie van de gemeente. De behandeling door de FACT-teams is gericht op het verminderen van de symptomen en leren omgaan met de aandoening.
40. Naast de inzet van FACT-teams zijn andere vormen van (ambulante) behandelingen ook mogelijk.<sup>27</sup> Het is aan GGZ-aanbieders om een behandelmethode te kiezen. Zij kunnen zich op deze manier onderscheiden op hun aanpak van de zorg voor de meest complexe patiënten. In de toekomst zal moeten blijken welke aanpak succesvol is gebleken.
41. Samenvattend leidt de voorgenomen beddenreductie tot een verschuiving van klinische sGGZ naar ambulante sGGZ. De eerder genoemde invoering van de bGGZ (zie randnummer 33) zal naar verwachting ervoor zorgen dat binnen de gehele GGZ, waar mogelijk, verschuivingen plaatsvinden in de intensiteit van de zorg. De minder complexe ambulante sGGZ verschuift naar de gbGGZ. De huisarts (POH-GGZ) vangt de lichtere klachten op binnen de bGGZ. Hoe groot het deel is van de minder complexe behandelingen in de sGGZ dat zal verschuiven naar de gbGGZ is (nog) niet bekend.

### 6.1.3 Toenemende aandacht voor EPA

42. EPA is de afkorting voor patiënten met Ernstige Psychiatrische Aandoeningen. Ook wordt er in dit verband wel gesproken over 'verwarde personen'. De ACM spreekt in dit besluit niet over

<sup>23</sup><https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2013/07/16/onderhandelaarsresultaat-geestelijke-gezondheidszorg-2014-2017/112574-bestuurlijk-akkoord-ggz-2014-2017-zonder-handtekeningen.pdf>, website bezocht op 2 januari 2017.

<sup>24</sup> FACT staat voor Flexibele Assertive Community Treatment.

<sup>25</sup> Hiermee wordt bedoeld dat de zorgaanbieder naar de patiënt toegaat in plaats van dat de patiënt de zorgaanbieder bezoekt. "Ambulant als het kan, outreaching als het moet" (redactioneel), J. Vandenbergh, tijdschrift voor psychiatrie 52, 2010.

<sup>26</sup>Zie <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2015/10/27/kamerbrief-over-analyse-opbouw-ambulante-zorg-in-de-ggz>, website bezocht op 2 januari 2017.

<sup>27</sup> Bijvoorbeeld Family FACT, Intensive Home Treatment, Opnamevervangende en -voorkomende deeltijdbehandeling en Spoedeisende Eerste Hulp Psychiatrie.



‘verwarde personen’, omdat recentelijk is gebleken dat deze veelgebruikte term te ‘vaag’ en veelomvattend is.<sup>28</sup> Volgens GGZ Nederland is de term een vergaarbak van verschillende vormen van instabiliteit.<sup>29</sup> Niet iedere verwarde persoon heeft een psychiatrische aandoening die tevens als ernstig kan worden aangemerkt.

43. In het meldingsbesluit is reeds uitvoerig ingegaan op deze groep patiënten.<sup>30</sup> EPA-patiënten hebben problemen op meerdere levensdomeinen, zoals bijvoorbeeld wonen, financieel en sociaal. De psychiatrische stoornis is tegelijkertijd de oorzaak en het gevolg van deze problemen. Het ‘slagen’ van de behandeling van de psychiatrische stoornis vergt daarom tevens coördinatie van de ondersteuning op de andere problematische levensdomeinen van de patiënt. De GGZ-aanbieder moet daarvoor samenwerken met instanties die actief zijn op de betreffende levensdomeinen. Voor de zorg en de behandeling van EPA-patiënten staat daarom de algehele toestand centraal en niet zozeer enkel de GGZ-behandeling.
44. EPA-patiënten komen vaak op een negatieve wijze in de media onder andere doordat ze veel overlast zouden veroorzaken en de opvang op dit moment niet goed georganiseerd zou zijn.<sup>31</sup> Ondanks dat er in de sector consensus bestaat over de problematiek die gepaard gaat met EPA-patiënten, is er geen blauwdruk voor de behandeling.<sup>32</sup> Er wordt veelal gesproken in termen van visies en uitgangspunten.<sup>33</sup> De vertaalslag naar hoe de organisatie tussen alle ketenpartners er concreet uit moet zien, wordt in de gemeenten eigenstandig gemaakt onder regie van de gemeente.<sup>34, 35</sup> Sommige gemeenten zijn al ver gevorderd, terwijl andere gemeenten aan het begin van de planvorming staan. De te maken vertaalslag biedt mogelijkheden voor GGZ-instellingen om zelf invulling te geven aan de aanpak van EPA-patiënten en zich hierop te onderscheiden.

16/118

#### 6.1.4 Wijzigingen in de Bopz

45. Gedwongen klinische sGGZ voor V&O wordt geregeld door de wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (hierna: Bopz), maar deze wetgeving zal in de nabije toekomst veranderen. Het wetsvoorstel Wet Verplichte geestelijke gezondheidszorg (hierna: wetsvoorstel

<sup>28</sup> *Verward in Nederland, Hoe we omgaan met mensen met een psychische stoornis*, Bauke Koekoek (Lannoo, 2017).

<sup>29</sup> Zie bijvoorbeeld de volgende nieuwsberichten: <https://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/Nieuws/2017/1/Verwarde-personen-zijn-een-hype/>, website bezocht op 16 maart 2017 en <https://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/Nieuws/2017/1/Verwarde-personen-zijn-een-hype/>, website bezocht op 16 maart 2017.

<sup>30</sup> Zie het besluit van 6 november 2015 in zaak 15.0992.22/*Parnassia Groep B.V – Stichting Antes*, randnummer 21 tot en met 30.

<sup>31</sup> <http://www.nu.nl/binnenland/3834288/meer-gemeenten-hebben-last-van-verwarde-personen.html>, website bezocht op 2 januari 2017; <https://www.nrc.nl/nieuws/2016/09/11/politie-stopt-met-opvang-verwarde-personen-a1520813>, website bezocht op 2 januari 2017; <http://nos.nl/artikel/2115515-zorg-verwarde-mensen-in-nog-niet-ee-gemeente-op-orde.html>, website bezocht op 2 januari 2017; <https://www.nrc.nl/nieuws/2015/03/03/de-terugkeer-van-de-verwarde-man-1471928-a79848>, website bezocht op 2 januari 2017; <https://www.skopr.nl/actueel/id27093-aanpak-verwarde-personen-nog-nergens-sluitend.html>, website bezocht op 2 januari 2017.

<sup>32</sup> Kenniscentrum Phrenos, *Over de brug – plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychiatrische aandoeningen*, september 2014.

<sup>33</sup> Het rapport van Kenniscentrum Phrenos (zie voetnoot 32) adviseert bijvoorbeeld het volgende: “*Ontwikkel een geïntegreerde, wijkgerichte benadering rond mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen, met een goede afstemming en samenwerking tussen mensen met ernstige psychische aandoeningen, familie en naastbetrokkenen, buurten, generalistische wijkteams, huisartsen, gespecialiseerde ondersteuning en begeleiding en specialistische GGZ-behandeling*”.

<sup>34</sup> Het is hierbij van belang op te merken dat een FACT-team niet hetzelfde is als een sociaal wijkteam waarin diverse leefdomeinen vertegenwoordigd zijn.

<sup>35</sup> Tussenrapportage Aanjaagteam Verwarde Personen, *Samen doorpakken – Op weg naar een meer persoonsgerichte aanpak voor en met mensen met verward gedrag*, 2016.





WVGGZ)<sup>36</sup> is op 14 februari 2017 aangenomen door de Tweede Kamer en is nu in behandeling bij de Eerste Kamer. Deze wet gaat de Bopz vervangen. Het is onbekend wanneer de wet in werking zal treden. Dit kan gevolgen hebben voor het aantal gedwongen bedden en de omvang van de ambulante sGGZ.

46. In de memorie van toelichting van de WVGGZ wordt aangegeven dat één van doelstellingen van de nieuwe wet is dat de patiënt beter gehoord wordt en dat er meer dan nu rekening kan worden gehouden met zijn voorkeuren. Zo kan de patiënt zijn voorkeuren ten aanzien van de behandeling en zorgaanbieder op een zorgkaart vastleggen of een zelfbindingsverklaring opstellen.
47. Een tweede doel van de wet is om dwang te voorkomen en de duur van de dwang te beperken, onder andere doordat ook ambulante zorg verplicht kan worden opgelegd. Er kan dus in een eerder stadium geïntervenieerd worden. Het is overigens volgens de memorie van toelichting niet de bedoeling dat de criteria voor gedwongen zorg veranderen: "Het strenge criterium voor dwang geldt onverkort voor alle vormen van zorg en dwang en in die zin wordt de reikwijdte ten opzichte van de Wet Bopz niet verruimd. De criteria waar de rechter aan toetst worden evenmin verruimd."
48. De gevolgen van de invoering van dit wetsvoorstel op het aantal gesloten bedden zijn onbekend. Door het wetsvoorstel kan een gedwongen behandeling gemakkelijker plaatsvinden, maar dat is niet noodzakelijkerwijs een klinische opname. De meningen in het veld zijn verdeeld of dit zal leiden tot een toename van het aantal gedwongen opnames omdat er ook een verschuiving zal ontstaan van gedwongen opnames naar ambulante behandeling. Tegelijkertijd kunnen gedwongen opnames korter worden door de toegenomen ambulante mogelijkheden. Vooralsnog verwachten marktpartijen niet dat het aantal gesloten bedden als zodanig significant zal toenemen.

17/118

## 6.2 Relevante productmarkten

49. Zoals in het meldingsbesluit<sup>37</sup> is geconcludeerd, wordt binnen de GGZ-sector sGGZ onderscheiden van bGGZ (waaronder ook de gbGGZ valt). Binnen de sGGZ worden bovendien afzonderlijke markten afgebakend voor ambulante sGGZ en klinische sGGZ. Tevens worden binnen deze markten voor sGGZ aparte markten onderscheiden voor V&O en K&J.<sup>38</sup> De ACM gaat in dit hoofdstuk enkel in op de markten voor klinische en ambulante sGGZ voor V&O.
50. Partijen hebben de marktafbakening uit het meldingsbesluit deels betwist. Volgens partijen moeten er binnen de (klinische en ambulante) sGGZ tevens aparte markten afgebakend worden voor de zorg voor patiënten met EPA. Daarnaast stellen partijen dat de klinische sGGZ gefinancierd uit de Wlz eveneens een apart te onderscheiden markt is. Daarvoor geldt dat het geen economische activiteit is, aldus partijen. Tot slot stellen partijen dat de markt voor klinische sGGZ gefinancierd uit de Zvw in zijn geheel zal verdwijnen.

<sup>36</sup> <https://www.dwangindezorg.nl/de-toekomst/wetsvoorstellen/wet-verplichte-geestelijke-gezondheidszorg>, website bezocht op 18 mei 2017.

<sup>37</sup> Zie ook het besluit in zaak 13.1372.22/Arkin-InGeest-SAG.

<sup>38</sup> Zie bijvoorbeeld het besluit van 8 december 2015 in zaak 15.1009.22/Stichting De Jutters-Parnassia Groep B.V., randnummer 12; het besluit van 8 augustus 2008 in zaak 6365/Stichting Meerkanten GGZ Flevo-Veluwe – Stichting Symfona Groep, randnummer 21, het besluit in zaak 13.1372.22/Arkin – inGeest-SAG, randnummer 41 en het besluit in zaak 15.0992.22/Parnassia Groep B.V. – Stichting Antes, randnummer 16.



51. In het hiernavolgende adresseert de ACM de marktafbakening op de delen die partijen betwisten. Uit het onderzoek onder marktpartijen zijn geen aanwijzingen naar voren gekomen die aanleiding geven om andere aspecten van de marktafbakening uit het meldingsbesluit opnieuw te beoordelen. Eerst wordt ingegaan op EPA als mogelijke afzonderlijke markt. Vervolgens wordt gekeken naar de activiteiten onder de Wlz en of er sprake is van een economische activiteit. Tot slot wordt ingegaan op de krimpende markt voor klinische sGGZ.

### **6.2.1 EPA als afzonderlijke markt binnen de algemene GGZ**

#### *Meldingsbesluit*

52. In het meldingsbesluit heeft de ACM op basis van marktonderzoek geconcludeerd dat de zorg voor patiënten met EPA geen aparte markt vormt binnen de sGGZ. De ACM erkent dat een segmentering naar soort behandeling en zorgzwaarte binnen de sGGZ aangebracht kan worden. Binnen deze segmentering vormen de EPA-patiënten de meest complexe doelgroep. In de meldingsfase concludeerde de ACM echter dat deze segmentering niet rechtvaardigt om een aparte markt af te bakenen voor EPA-patiënten.<sup>39</sup>
53. De EPA-patiënt ontvangt voor zijn psychiatrische aandoening een 'gewone' sGGZ-behandeling. Om deze behandeling te laten 'slagen', wordt de EPA-patiënt daarnaast geholpen met (de coördinatie van) de ondersteuning op andere levensdomeinen waar de patiënt problemen ervaart. Er is dus geen sprake van een subgroep van "EPA-patiënten" binnen een bepaalde stroom die specifieke "EPA-zorg" ontvangt.
54. Uit het onderzoek in de meldingsfase is verder gebleken dat aanbodssubstitutie mogelijk is voor GGZ-aanbieders die nu nog geen (grote groepen) EPA-patiënten in behandeling hebben. Hoewel zorgverzekeraars in hun inkoopbeleid<sup>40</sup> afzonderlijk ingaan op EPA-patiënten, maken zij voor deze groep geen aparte inkoopafpraak bij de GGZ-aanbieders. Zorgverzekeraars kunnen andere zorgaanbieders die momenteel nog geen EPA-patiënten behandelen in de gelegenheid stellen deze zorg aan te bieden (aanbodssubstitutie).
55. Om bovenstaande redenen heeft de ACM in het meldingsbesluit geconcludeerd dat haar eerdere afbakening van de productmarkten voor klinische sGGZ voor V&O en ambulante sGGZ voor V&O ongewijzigd blijven.

#### *Opvatting partijen*

56. Partijen handhaven in de vergunningsfase hun standpunt dat zorg voor EPA-patiënten een afzonderlijke markt vormt die bovendien niet concurrerend is. Een belangrijke reden hiervoor is, volgens partijen, dat in het overgrote deel van de gevallen de patiënt geen hulpvraag heeft en de patiënt zorgmijddend is. Patiënten zouden daarom niet kiezen voor een bepaalde zorgaanbieder. Partijen geven hierbij aan dat in veel gevallen sprake is van maatschappelijke schade en overlast in de openbare ruimte. De behandeling van deze EPA-populatie wordt uitgevoerd door de GGZ FACT-wijkteams van partijen. De EPA-doelgroep valt volgens partijen in belangrijke mate samen met de OGGZ-populatie<sup>41, 42</sup>. Partijen hebben in de vergunningsaanvraag geen

<sup>39</sup> Zie ook Bekendmaking van de Commissie inzake de bepaling van de relevante markt voor het gemeenschappelijke mededingingsrecht, Publicatieblad Nr. C 372 van 09/12/1997 blz. 0005 – 0013.

<sup>40</sup> Zie bijvoorbeeld Achmea - Zorginkoopbeleid 2016 zorgsoort Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), 2 april 2015, p.22; DSW Zorgverzekeraar, inTwente Zorgverzekeraar en Stad Holland Zorgverzekeraar - Integraal zorginkoopbeleid Generalistische Basis GGZ & Gespecialiseerde GGZ 2016, juni 2015, p. 9 en p.11; VGZ - Toelichting Inkoop 2016 specialistische GGZ voor bilaterale contractering van zorgaanbieders, p. 25; CZ - Inkoopbeleid 2016, GGZ, p.7 en p.8.

<sup>41</sup> OGGZ staat voor Openbare Geestelijke Gezondheidszorg. Hiermee wordt de zorg bedoeld die gemeenten organiseren voor personen en gezinnen waarvan de basisvoorwaarden van het bestaan ontbreken of worden bedreigd



nieuwe feiten of omstandigheden naar voren gebracht die dit standpunt nader onderbouwen.

#### **Beoordeling door de ACM**

57. De ACM heeft in de vergunningsfase aanvullend onderzoek uitgevoerd naar de zorg voor EPA-patiënten als mogelijke afzonderlijke markt binnen de GGZ. De ACM concentreerde zich daarbij op de vraag of EPA-patiënten een keuze maken voor een GGZ-aanbieder.
58. Uit het nader onderzoek blijkt dat er verschillend gedacht wordt over het keuzegedrag van EPA-patiënten. Zorgverzekeraars stellen dat EPA-patiënten geen keuze maken voor een GGZ-aanbieder. Verwijzers en andere betrokkenen stellen daarentegen dat EPA-patiënten wel een bewuste keuze maken voor een GGZ-aanbieder, net als andere sGGZ-patiënten. Zo is uit gesprekken met een aantal huisartsen<sup>43</sup> in de regio Rotterdam-Rijnmond, de branchevereniging NVVP, de patiëntenvereniging LPGGZ, IGZ en ZIN naar voren gekomen dat EPA-patiënten, buiten een crisissituatie, een welbewuste keuze maken voor een GGZ-aanbieder. Een keuze wordt al dan niet samen met hun huisarts, vrienden of familie gemaakt. Het LPGGZ en de huisartsen hebben volgens de ACM een goed beeld van de keuzes die patiënten maken, omdat zij dicht tegen dit keuzeproces aan zitten. Daarom hecht de ACM veel waarde aan hun inbreng op dit punt in het marktonderzoek. De opvatting van partijen en zorgverzekeraars over het niet-kiezen door EPA-patiënten gaat vooral op wanneer patiënten zich in een crisissituatie bevinden.
59. Overigens volgt uit het marktonderzoek dat de term 'EPA' in de praktijk niet zonder meer als algemeen bekende term onder de verwijzers kan worden aangemerkt. Dit komt omdat verwijzers weliswaar een inschatting kunnen maken van de mogelijke ernst van de psychische aandoening, maar dat zij daarbij niet altijd exact kunnen aangeven of er wel of geen sprake van EPA is.
60. Ondanks de uiteenlopende reacties in het marktonderzoek, acht de ACM het aannemelijk dat EPA-patiënten tot op zekere hoogte een keuze maken voor een GGZ-aanbieder, al dan niet samen met de huisarts en familie. In bepaalde gevallen hebben EPA-patiënten deze keuzemogelijk niet, bijvoorbeeld als er sprake is van crisisopname. De informatie uit het marktonderzoek bevestigt dat de keuzes die EPA-patiënten maken voor een instelling of behandelaar niet wezenlijk verschillen van andere sGGZ-patiënten.
61. Zorgverzekeraars CZ, VGZ en DSW geven aan dat concurrentie om EPA-patiënten niet wenselijk is of zelfs helemaal niet zou moeten bestaan. Dit is echter een marktordeningsvraagstuk. Er zijn uit het onderzoek van de ACM geen aanwijzingen naar voren gekomen dat aan deze wens door de wetgever op termijn aan tegemoet wordt gekomen. Uit het marktonderzoek blijkt niet dat de concurrentie om sGGZ-patiënten wezenlijk anders is dan voor EPA-patiënten, ondanks dat EPA-patiënten een andere (integrale) aanpak lijken te vereisen.
62. Op basis van het voorgaande handhaaft de ACM haar eerdere afbakening van een productmarkt voor klinische sGGZ voor V&O en ambulante sGGZ voor V&O.

19/118

---

als gevolg van (psychiatrische) gezondheidsproblemen en die onvoldoende door de hulpverlening worden bereikt (zoals bijvoorbeeld dakloze verslaafden, vereenzaamde psychiatrische patiënten of slachtoffers van huiselijk geweld).

<sup>42</sup> Zie het besluit in zaak 15.0992.22/*Parnassia Groep B.V – Stichting Antes*.

<sup>43</sup> Deze huisartsenpraktijken dan wel gezondheidscentra in Rotterdam zijn door ACM middels een steekproef, op basis van regionale spreiding, benaderd om meer inzicht te krijgen in de doorverwijzingen naar GGZ-instellingen en op welke wijze daar een keuze in wordt gemaakt.



## 6.2.2 De activiteiten onder de Wlz

### *Meldingsbesluit*

63. In het meldingsbesluit heeft de ACM geconcludeerd dat zowel de activiteiten op klinische sGGZ die gefinancierd worden vanuit de Zvw als de activiteiten die vanuit de Wlz worden gefinancierd, vallen onder de markt voor klinische sGGZ voor V&O. Ook heeft de ACM bij de activiteiten die uit de Wlz gefinancierd worden geconcludeerd dat er sprake is van een economische activiteit.

### *Opvatting partijen*

64. Partijen zijn van mening dat de activiteiten van partijen die gefinancierd worden vanuit de Wlz een aparte markt binnen de algemene GGZ vormen en dat er geen sprake is van een economische activiteit. Partijen hebben geen nieuwe feiten of omstandigheden naar voren gebracht die dit standpunt ten aanzien van de economische activiteit nader onderbouwen.
65. Ten eerste betogen partijen dat er een onderscheid gemaakt moet worden tussen zorg in het kader van de Wlz (na drie jaar klinische opname) en de Zvw door de herverkaveling van de GGZ-bedden in twee nieuwe (wettelijke) kaders. Binnen de Zvw is hierbij sprake van sGGZ (tot één jaar opname) en de langdurige GGZ (hierna: LGGZ) (het tweede en derde jaar van de klinische opname).<sup>44</sup>
66. Daarnaast stellen partijen dat de Wlz een nieuwe wet is en daarmee een nieuwe (deel)markt vormt. Zij stellen dat de wetgever er expliciet voor heeft gekozen geen onderscheid te maken in de deelsectoren ouderenzorg, gehandicaptenzorg en GGZ binnen deze markt. Het ZIN maakt enkel onderscheid naar zorgzwaarte en niet naar de aard van het probleem in zijn advies aan de minister van VWS. Partijen stellen dat hiermee de bedden in de GGZ zijn samengebracht met de bedden uit de sector Verpleging en Verzorging (V&V) en Verstandelijke Gehandicapten (VG) binnen de Wlz. Ook in het oude stelsel was er geen duidelijk onderscheid tussen de hiervoor genoemde deelsectoren. Vaak worden patiënten daar geplaatst waar de beste woonzorgvoorziening is. Zo zijn er volgens partijen aanzienlijke groepen patiënten met psychiatrische problemen die in verpleeghuizen verblijven, bijvoorbeeld als er sprake is van een combinatie van somatisch lijden en ernstige psychische problematiek. Verpleeg- en/of verzorgingshuizen zijn daarom (potentiële) concurrenten van partijen.
67. Volledigheidshalve merken partijen op dat de financiering vanuit de Wlz voor de V&V-aanbieders en de GGZ aanbieders gelijk is. Ook voor de zorgzwaarte van patiënten bestaat geen onderscheid.

### *Beoordeling door de ACM*

#### *Wlz geen aparte markt binnen sGGZ*

68. Het feit dat de Wlz een nieuwe wet is, is op zichzelf geen reden om een aparte relevante markt af te bakenen. De zorg is na invoering van de Wlz inhoudelijk hetzelfde gebleven. De wijziging heeft enkel betrekking op een nieuwe bekostigingssystematiek.

#### *Beperkte concurrentiedruk door aanbieders van V&V en VG*

69. Verpleeghuizen bieden ook zorg aan die gefinancierd wordt vanuit de Wlz. Dit betekent echter niet dat ze daarmee automatisch op dezelfde markt actief zijn als GGZ-aanbieders en dus (potentiële) concurrenten zijn. Verpleeghuizen bieden somatische en psychogeriatrische zorg die veelal gericht is op ouderen. Zij zijn niet uitgerust om complexe GGZ aan patiënten aan te

<sup>44</sup> Partijen geven hierbij aan dat het onduidelijk is hoe de curatieve zorg en de LGGZ binnen de Zvw zich tot elkaar gaan verhouden en of ze aparte kavels gaan vormen.



bieden, anders dan bijvoorbeeld zorg voor ouderen met een combinatie van dementie en psychische problemen waarbij de ouderdomsproblemen op de voorgrond staan.

70. Zorgverzekeraars bevestigen dat het aanbod van verpleeghuizen geen reëel alternatief is voor patiënten die klinische sGGZ nodig hebben. Achmea geeft bijvoorbeeld aan dat bij een dubbele diagnose, afhankelijk van de klachten, patiënten wellicht elders opgenomen kunnen worden. Verpleeghuizen zijn wel echt gericht op oudere patiënten met geriatrische problematiek. Verpleeghuizen hebben soms wel units voor ouderen met psychiatrische problemen, maar dat betreft meestal kleine aantallen. Het overgrote deel van mensen met psychiatrische problemen zal dus alleen in een GGZ-instelling terecht kunnen, aldus Achmea. CZ geeft ook aan dat plaatsing in een verpleeghuis afhangt van de grondslag<sup>45</sup> die een patiënt heeft. Naarmate de psychiatrische patiënt ouder is, behoort een verpleeghuis tot de mogelijkheden als er tenminste GGZ-expertise voorhanden is. VGZ is ook terughoudend. Verzorgings- en verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten vormen een alternatief voor ouderen en gehandicapten met psychiatrische problemen. Voor het overgrote deel van mensen die klinische sGGZ nodig hebben, zijn dergelijke instellingen geen goed alternatief. Zij hebben echt sGGZ nodig, aldus VGZ. DSW ten slotte is van mening dat verzorgingshuizen, verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten geen alternatief zijn voor psychiatrische patiënten. Voor GGZ-patiënten met somatische aandoeningen zouden deze typen instellingen eventueel een alternatief zijn.
71. Uit het onderzoek van de ACM onder aanbieders van verpleeghuiszorg in Rotterdam blijkt dat verpleeghuizen verantwoord zorg kunnen leveren aan bepaalde groepen lichtere psychiatrische patiënten die stabiel en uitbehandeld zijn. Diverse verpleeghuizen spelen al langer in op deze specifieke doelgroep van psychiatrische- veelal oudere- patiënten die gebaat zijn bij een groter accent op het woonklimaat naast behandeling (bijv. syndroom van Korsakov, geronto psychiatrie, ziekte van Huntington). Bij deze patiënten is terugkeer naar de thuissituatie niet meer reëel te verwachten. Op aandringen van de zorgverzekeraar en het zorgkantoor is de grondslag meestal leidend voor plaatsing. In geval van verpleeghuizen is de vereiste grondslag V&V en dus niet iemand met uitsluitend een GGZ-grondslag. Naarmate psychiatrische patiënten ouder worden en de ouderdomsproblemen op de voorgrond komen, wijzigt de GGZ-grondslag in een V&V-grondslag.
72. Uit het onderzoek van de ACM komen geen aanwijzingen naar voren dat op korte termijn het onderscheid binnen de Wlz naar de groepen patiënten VG, V&V en GGZ komt te vervallen. Ook is het voor verpleeghuizen niet eenvoudig een volledige GGZ-toelating te verkrijgen blijkens de gesprekken met de aanbieders van verpleeghuiszorg. Om GGZ te kunnen leveren zijn naast een GGZ-licentie, ook aparte afdelingen en anders geschoold personeel nodig. Ook kunnen GGZ-patiënten niet tussen de reguliere V&V-cliënten van een verpleeghuis geplaatst worden, omdat dit onder andere door familieleden niet geaccepteerd zal worden.
73. De verpleeg- en/of verzorgingshuiszorg behoort derhalve niet tot de markt voor klinische sGGZ voor V&O. Ook is het niet aannemelijk dat aanbieders van verpleeg- en/of verzorgingshuiszorg potentiële concurrenten zijn van partijen.
74. Op grond van het bovenstaande, handhaaft de ACM de conclusie dat zowel de activiteiten van

<sup>45</sup> Het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) beoordeelt of mensen recht hebben op zorg die gefinancierd wordt op basis van de Wlz. Het CIZ bepaalt ook op welk type Wlz-zorg mensen recht hebben op basis van het zorgprofiel. Mensen die door het CIZ het zorgprofiel Verpleging en Verzorging toegekend krijgen, hebben recht op verpleeghuiszorg. Mensen met een zorgprofiel Geestelijke Gezondheidszorg hebben recht op zorg door een GGZ-instelling.



partijen die gefinancierd worden vanuit de Wlz als de klinische GGZ-activiteiten die gefinancierd worden vanuit de Zvw behoren tot dezelfde markt, namelijk de markt voor klinische sGGZ voor V&O. Tot slot concludeert de ACM dat verpleeghuiszorg- en verzorgingshuiszorg voor het grootste deel van de GGZ-patiënten geen substituuft vormen voor klinische sGGZ die gefinancierd wordt uit de Wlz en dus niet tot dezelfde markt gerekend wordt. Aangezien partijen hun standpunt dat er volgens hen geen sprake is van een economische activiteit niet nader onderbouwen, handhaaft de ACM de conclusie uit de meldingsfase dat de markt voor klinische sGGZ voor V&O (waaronder Wlz) een economische activiteit is.

### 6.2.3 Krimpende markt voor klinische sGGZ

#### *Opvatting partijen*

75. Partijen zijn van mening dat de markt voor (vrijwillige) klinische sGGZ voor V&O geheel zal verdwijnen. Dit geldt zowel voor het deel dat uit de Zvw, als het deel dat uit de Wlz wordt gefinancierd.<sup>46</sup> Dit zou komen door ten eerste de beddenreductie als gevolg van de ambulantisering waardoor 20% van de klinische capaciteit moet worden afgebouwd. Ten tweede worden volgens partijen in het wetsvoorstel WVGZ de mogelijkheden vergroot om patiënten verplicht op te nemen in vergelijking met de huidige situatie onder de Bopz.
76. Volgens partijen blijven er dan alleen nog maar zogenoemde 'gedwongen' bedden over die onder de OGGZ dan wel de (opvolger van de) Bopz vallen en is er geen ruimte meer om patiënten vrijwillig op te laten nemen op zogenoemde vrijwillige bedden. Met andere woorden, partijen stellen dat in de toekomst de klinische capaciteit volledig zal bestaan uit gedwongen opnames.

#### *Beoordeling door de ACM*

77. In randnummers 3535 tot en met 41 is de ACM al ingegaan op de ontwikkelingen in de GGZ-sector, waaronder de beddenreductie in de GGZ. In de Bestuurlijke Akkoorden is sectorbreed overeengekomen dat het aantal bedden in de GGZ met eenderde teruggebracht gaat worden. Voor de beddenreductie is 2008 genomen als nulmeting. In 2020 zal uiteindelijk eenderde van het totaal aantal bedden in de GGZ in Nederland zijn afgebouwd.<sup>47</sup> Deze reductie geldt voor zowel de gedwongen (OGGZ en Bopz) als vrijwillige (sGGZ) bedden.
78. Uit het marktonderzoek naar de gevolgen van de beddenreductie voor de (vrijwillige) klinische sGGZ volgt geen eenduidig beeld. Arkin en GGZ NHN onderschrijven de stelling van partijen dat de markt voor klinische sGGZ in zijn geheel zal verdwijnen. GGZ Delfland verwacht dat er enkel voor een klein aantal patiënten ruimte zal zijn voor een vrijwillige klinische opname, zoals bed op recept en vrijwillige crisisopnames. CZ en VGZ geven in het marktonderzoek aan dat zij niet verwachten dat het wetsvoorstel WVGZ zal leiden tot het geheel verdwijnen van de markt voor (vrijwillige) klinische sGGZ. Volgens hen zal er altijd ruimte blijven voor een vrijwillige opname in een GGZ-instelling. DSW geeft aan het beeld van enkel gedwongen klinische opvang erg ambitieus te vinden. Zij verwacht dat pas over een paar jaar duidelijk wordt hoe deze markt zich definitief zal ontwikkelen. Achmea stelt dat het voornamelijk de zorgaanbieders zijn die verwachten dat de klinische sGGZ binnen drie tot vijf jaar enkel uit gedwongen behandeling zal bestaan. Zelf vindt Achmea dit een radicale stelling en durft ze deze niet te onderschrijven.
79. De ACM ziet dat partijen en marktpartijen het erover eens zijn dat de markt voor (vrijwillige)

<sup>46</sup> Partijen hebben overigens later in de procedure (in het kader van gesprekken over de aan te bieden remedie) betoogd dat de Wlz juist zou groeien.

<sup>47</sup> Uit het marktonderzoek is gebleken dat een aantal GGZ-aanbieders in de regio Rotterdam-Rijnmond deze reductie inmiddels al gerealiseerd heeft, maar dat er ook GGZ-aanbieders zijn die dit nog moeten realiseren.





klinische sGGZ gaat krimpen, maar niet over de mate waarin.<sup>48</sup> De ACM acht het daarom aannemelijk dat de markt kleiner wordt. De ACM kan op basis van het marktonderzoek echter niet aannemen dat de invoering van de WVGGZ tot gevolg heeft dat de markt voor klinische sGGZ in zijn geheel zal verdwijnen.

80. De ACM neemt in haar beoordeling immers enkel marktomstandigheden mee waarvan voldoende zeker is vast komen te staan dat deze zullen plaatsvinden. Wat betreft de gesloten bedden, bestaat er een grote onzekerheid (zie randnummer 45 tot en met 48). Het wetsvoorstel WVGGZ gaat uit van meer gedwongen behandeling, maar laat in het midden of deze behandeling klinisch of ambulante is. Daarmee is onvoldoende zeker welke gevolgen het wetsvoorstel heeft op het aantal gedwongen opnames in 2020. Het is niet mogelijk om een gefundeerde inschatting te geven van het aantal gedwongen en vrijwillige klinische bedden in 2020. Zodoende laat de ACM gevolgen van het wetsvoorstel in beoordeling de mogelijke gevolgen van het wetsvoorstel WVGGZ in de beoordeling van deze zaak buiten beschouwing.
81. Gelet op het bovenstaande concludeert de ACM dat de markt voor sGGZ voor V&O krimpt. De ACM gaat in haar beoordeling van de gevolgen van de concentratie uit van een beddenreductie van 33% over het totaal van de gedwongen en vrijwillige bedden in de GGZ over de periode 2008 tot 2020.

#### **6.2.4 Conclusie productmarkten**

82. Op grond van het bovenstaande komt de ACM tot de conclusie dat de relevante productmarkten op het gebied van vrijwillige bedden in de sGGZ de markten voor klinische en ambulante sGGZ voor V&O zijn. Voor de markt voor klinische sGGZ merkt de ACM op dat het aannemelijk is dat deze als gevolg van beddenreductie zal krimpen.

### **6.3 Relevante geografische markten**

83. De activiteiten van partijen overlappen op het gebied van klinische en ambulante sGGZ voor V&O. Zowel Parnassia als Antes bieden in de regio Rotterdam-Rijnmond klinische en ambulante sGGZ aan.

#### **Meldingsbesluit**

84. In navolging van eerdere besluiten<sup>49</sup> is de ACM in het meldingsbesluit bij de afbakening van de geografische markten voor klinische en ambulante sGGZ voor V&O uitgegaan van de GHOR-regio's waar partijen actief zijn.<sup>50</sup> In geografische zin overlappen de activiteiten van partijen op beide productmarkten in de GHOR-regio Rotterdam-Rijnmond.<sup>51</sup>

<sup>48</sup> Het Ministerie van VWS heeft het Trimbos-instituut gevraagd een kostenevaluatie uit te voeren van de toepassing van dwangopneming en ambulante drang onder de huidige Wet Bopz. Een toekomstige kostenevaluatie, na inwerkingtreding van de WVGGZ, kan hier tegen worden afgezet om na te gaan in hoeverre de wetwijziging gepaard gaat met verandering in kosten. Zie hiervoor "Kostenevaluatie van de Wet Bopz; Voorbereidend onderzoek ten behoeve van een kostenvergelijk na invoering van de Wet verplichte GGZ", Trimbos- Instituut, 2016.

<sup>49</sup> Zie het besluit van 16 april 2013 in zaak 7558/*Parnassia Groep – 1nP*, randnummers 14 en 22 en het besluit in zaak 13.1372.22/*Arkin-InGeest-SAG*, randnummers 44 tot en met 49.

<sup>50</sup> GHOR staat voor Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de regio.

<sup>51</sup> Deze regio omvat de gemeenten Albrandswaard, Barendrecht, Brielle, Capelle aan den IJssel, Goeree-Overflakkee, Hellevoetsluis, Krimpen aan den IJssel, Lansingerland, Maassluis, Nissewaard, Ridderkerk, Rotterdam, Schiedam, Vlaardingen en Westvoorne. [http://www.regioatlas.nl/indelingen/indelingen\\_indeling\\_t/veiligheidsregio\\_s](http://www.regioatlas.nl/indelingen/indelingen_indeling_t/veiligheidsregio_s), website bezocht op 2 januari 2017.



### *Opvatting partijen*

85. Partijen gaan in de vergunningsaanvraag niet in op de omvang van de geografische markten voor klinische en ambulante sGGZ. Zij gaan uit van de geografische marktabakening uit het meldingsbesluit. Partijen merken daarbij wel op dat Wlz een aparte (deel)markt is waarvan de geografische markt ruimer is dan de GHOR-regio Rotterdam-Rijnmond.

### *Beoordeling door de ACM*

86. Ten aanzien van Wlz concludeert de ACM in randnummer 74 dat zowel de activiteiten van partijen die gefinancierd worden vanuit de Wlz als de klinische sGGZ-activiteiten die gefinancierd worden vanuit de Zvw, behoren tot de markt voor klinische sGGZ voor V&O. Daarom analyseert de ACM in navolgende de geografische markt van klinische sGGZ inclusief activiteiten vanuit de Wlz.
87. In de vergunningsfase van deze zaak hebben partijen herkomstgegevens verstrekt over het aantal patiënten in klinische en ambulante sGGZ in de periode 2012 tot en met 2014.
88. Uit deze gegevens blijkt dat ambulante sGGZ-patiënten van Antes voornamelijk uit de GHOR-regio Rotterdam-Rijnmond (hierna: regio Rotterdam-Rijnmond) komen. Gemiddeld komt [80-90]% van de patiënten uit de regio Rotterdam-Rijnmond. [0-10]% van de patiënten komt uit de GHOR-regio Zuid Holland Zuid (hierna: Regio Zuid Holland Zuid). Van de ambulante sGGZ patiënten die Parnassia in de regio Rotterdam-Rijnmond behandelt, komt gemiddeld [90-100]% uit de regio Rotterdam-Rijnmond. [0-10]% van de ambulante patiënten komt uit de regio Zuid Holland Zuid. De overige patiënten van zowel Antes als Parnassia komen uit verschillende GHOR-regio's, maar het aandeel patiënten uit één en dezelfde GHOR-regio is (zeer) beperkt in omvang.
89. Ten aanzien van de klinische sGGZ, blijkt uit de door partijen aan de ACM aangeleverde gegevens dat patiënten van Antes voornamelijk uit de regio Rotterdam-Rijnmond komen. Gemiddeld komt [80-90]% van de patiënten uit de regio Rotterdam-Rijnmond en [0-10]% uit de regio Zuid Holland Zuid. Van de klinische sGGZ patiënten die Parnassia in Rotterdam behandelt, komt gemiddeld [90-100]% uit de regio Rotterdam-Rijnmond en [0-5]% uit de regio Zuid Holland Zuid. De overige patiënten van zowel Antes als Parnassia komen uit verschillende GHOR-regio's. Daarbij is de herkomst van deze patiënten per GHOR-regio eveneens (zeer) beperkt in omvang.
90. Hierboven is de analyse van de herkomstgegevens weergegeven van de patiënten van Parnassia en Antes. De ACM beschikt daarnaast over de herkomstgegevens van andere GGZ-aanbieders in de regio Rotterdam-Rijnmond. Deze gegevens zijn op een meer geaggregeerd niveau beschikbaar. Uit deze gegevens blijkt dat in 2013 meer dan [90-100]% van de patiënten voor tweedelijns GGZ uit de regio Rotterdam-Rijnmond kiest voor een zorgaanbieder die ook in deze regio gevestigd is.<sup>52</sup> Alhoewel deze berekening een breder zorgaanbod omvat dan uitsluitend sGGZ en er geen nadere onderverdeling is gemaakt naar klinische en ambulante zorg, ziet de ACM in deze gegevens een bevestiging van de afbakening van de markten zoals in de meldingsfase is gedaan.

<sup>52</sup> Berekend op basis van gegevens uit de VEKTIS-database. In deze database staan gegevens over naar welke zorgaanbieders patiënten uit een bepaald postcodegebied zijn gegaan voor zorg die vergoed wordt door de zorgverzekeraars op grond van de Zvw. In de database staat niet naar welke locatie van een zorgaanbieder een patiënt is gegaan. Het zou dus kunnen dat bij de berekening van ACM er ook patiënten zijn toegerekend aan zorgaanbieders in de regio Rotterdam-Rijnmond die eigenlijk naar een locatie in een andere regio zijn gegaan van een aanbieder die ook locaties heeft in de regio Rotterdam-Rijnmond (bijvoorbeeld een locatie van Parnassia in Den Haag). Verder is in deze database het niet mogelijk om de zorg uit te splitsen naar de verschillende relevante productmarkten.





91. Andere marktpartijen bevestigden in de meldingsfase van onderhavige zaak en in het marktonderzoek van de ACM in de zaak Parnassia-Riagg Rijnmond<sup>53</sup> dat patiënten voornamelijk uit de eigen regio afkomstig zijn. De huisartsen bevestigen desgevraagd in de vergunningsfase dat zij patiënten ook voornamelijk verwijzen naar lokale aanbieders van sGGZ.

### 6.3.1 Conclusie geografische markten

92. In onderhavige zaak wordt voor zowel ambulante sGGZ voor V&O als klinische sGGZ voor V&O uitgegaan van een geografische markt die de GHOR- regio Rotterdam-Rijnmond omvat.

## 6.4 Gevolgen van de concentratie

93. Hieronder gaat de ACM in op de gevolgen van de voorgenomen concentratie tussen Parnassia en Antes voor de mededinging. Bij het beoordelen van de gevolgen die deze concentratie heeft voor de mededinging op de markten voor ambulante en klinische sGGZ voor V&O in de regio Rotterdam-Rijnmond, vergelijkt de ACM de mededingingssituatie die uit de concentratie zou voortvloeien, met die welke zonder de voorgenomen concentratie zou hebben bestaan. De ACM houdt bij de beoordeling ook rekening met toekomstige ontwikkelingen op deze markten die met voldoende zekerheid zijn in te schatten zoals onder andere de afgesproken beddenreductie en de ambulantiseringstendens.
94. Om de gevolgen van de voorgenomen concentratie tussen Parnassia en Antes te beoordelen, licht de ACM eerst beknopt de conclusies uit de zienswijze van de NZa toe. Hierna gaat de ACM in op de posities van partijen en concurrenten op de markten voor klinische en ambulante sGGZ voor V&O in de regio Rotterdam-Rijnmond zowel voor als na de voorgenomen concentratie. In deze beoordeling worden ook de opvattingen van marktpartijen meegenomen. Toetredings- en uitbreidingsmogelijkheden van marktpartijen komen vervolgens bij de beoordeling van compenserende afnemersmacht aan de orde.

### 6.4.1 Zienswijze van de NZa

95. Op 3 november 2016 heeft de NZa een zienswijze afgegeven. De NZa geeft in haar zienswijze in algemene zin aan dat een concentratie negatieve gevolgen kan hebben voor de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. In haar zienswijze gaat de NZa vervolgens in op het effect van de voorgenomen concentratie voor de betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg.
96. De NZa heeft met behulp van econometrische methoden (de Logit Competition Index methode en de Option Demand methode) onderzocht of er mogelijk een prijsstijging als gevolg van de voorgenomen concentratie kan plaatsvinden. Deze modellen gaan uit van de bestaande situatie, waarin externe factoren, zoals remedies en regulering van tarieven, niet zijn meegenomen. De NZa heeft vervolgens zowel de econometrische methoden toegepast op nationaal niveau (aangezien Parnassia een landelijke speler is) als op de regio Groot-Rijnmond (omdat daar de activiteiten van Parnassia en Antes met elkaar overlappen). De op deze wijze berekende scores, kunnen vermenigvuldigd worden met de prijskostenmarges om op deze manier de mogelijke prijsstijging te schatten, aldus de NZa. Aangezien de NZa niet beschikt over gedetailleerde informatie over de prijskostenmarge van Parnassia en Antes, is de NZa uitgegaan van de prijskostenmarge die ook wordt gebruikt bij ziekenhuisfusies (namelijk van 50%).

<sup>53</sup> Zie het besluit van 23 december 2014 in zaak 14.1372.22 Parnassia – Riagg-Rijnmond.



97. De Logit Competition Index methode laat mogelijke prijsstijgingen van Parnassia zien van 4,5% voor ambulante sGGZ V&O en 24,4% voor klinische sGGZ V&O. Voor Antes laat het model mogelijke prijsstijgingen zien van 56,9% voor ambulante sGGZ en 17,8% voor klinische sGGZ. De NZa merkt vervolgens op dat ook de uitkomsten van de WTP-methode prijsstijgingen laten zien.<sup>54</sup>
98. De NZa merkt in haar zienswijze op dat in algemene zin een concentratie van zorgaanbieders een negatief effect kan hebben op de toegankelijkheid van de zorg. De NZa borgt de toegankelijkheid van de zorg door er op toe te zien dat zorgverzekeraars voldoen aan hun zorgplicht, door in het kader van de zorgspecifieke fusietoets inhoudelijk te toetsen of cruciale vormen van zorg in gevaar komen en door het indien nodig inzetten van het aanmerkelijke marktmacht-instrument. De NZa licht dit vervolgens nader toe.
99. Voor wat betreft de zorgplicht van zorgverzekeraars merkt de NZa op dat uit de fusiesimulatiemodellen volgt dat op de onderzochte markten een hoge concentratiegraad zal ontstaan. Dit kan negatieve gevolgen hebben voor de nakoming van de zorgplicht van de zorgverzekeraars. De toegankelijkheid van de GGZ-zorg in zijn algemeenheid heeft al een tijd de belangstelling van de NZa.<sup>55</sup> De NZa zal daarom ontwikkelingen betreffende toegankelijkheid van de zorg die Parnassia en Antes aanbieden, nauwlettend volgen en erop toezien dat zorgverzekeraars voldoen aan hun zorgplicht.
100. In het kader van de zorgspecifieke fusietoets heeft de NZa voor de cruciale zorg die Parnassia en Antes aanbieden (te weten crisisopvang GGZ), onderzocht of patiënten door het samengaan niet verder hoeven te reizen of langer hoeven te wachten dan wat volgens de wet maximaal acceptabel is. Uit het onderzoek van de NZa komt dat de continuïteit van deze zorg niet in gevaar komt.
101. In haar zienswijze merkt de NZa verder op dat zij in de zienswijze geen oordeel geeft over of partijen gezamenlijk over aanmerkelijke marktmacht beschikken, maar dat de NZa wel kan overgaan tot een onderzoek op grond van artikel 48 en/of 49 van de wet marktordening gezondheidszorg om aanmerkelijke marktmacht vast te stellen. Als de NZa zou vaststellen dat er sprake is van aanmerkelijke marktmacht, dan wijst de NZa er in haar zienswijze op dat zij verplichtingen<sup>56</sup> kan opleggen.
102. De NZa neemt in haar zienswijze de bevindingen op van de IGZ inzake de gevolgen van de concentratie op de kwaliteit.<sup>57</sup> De IGZ heeft aan de NZa medegedeeld dat, op basis van de informatie die voorhanden is, geen uitspraak gedaan kan worden over hoe de kwaliteit en veiligheid van de zorg zich na de voorgenomen concentratie zullen gaan ontwikkelen.

<sup>54</sup> Doordat de beide modellen de fusie-effecten op verschillende niveaus modelleren, leiden de modellen tot verschillende uitkomsten.

<sup>55</sup> Zie het rapport "Onderzoek zorgplicht, Inkoop en wachttijden GGZ", november 2015.

<sup>56</sup> Op grond van artikel 48, wet marktordening gezondheidszorg

<sup>57</sup> Op grond van artikel 49c, lid 5, wet marktordening gezondheidszorg



## 6.4.2 Markt voor klinische sGGZ voor V&O

### Meldingsbesluit

103. In het meldingsbesluit concludeerde de ACM dat partijen beide actief zijn op het gebied van klinische sGGZ voor V&O in de regio Rotterdam-Rijnmond. Uitgaande van de huidige marktverhoudingen, leidt de voorgenomen concentratie tot een gezamenlijk marktaandeel van circa [70-80]%.<sup>58,59</sup>
104. In de regio Rotterdam-Rijnmond zijn naast partijen ook Erasmus Medisch Centrum (hierna: EMC), Yulius en GGZ Delfland actief.

**Tabel 1 Marktaandelen klinische sGGZ voor V&O in regio Rotterdam-Rijnmond in 2014<sup>60</sup>**

Marktaandeel in werkgebied partijen	
Antes	[40-50]%
Parnassia	[30-40]%
Gezamenlijk	[70-80]%
EMC	[10-20]%
GGZ Delfland	[10-20]%
Yulius	[0-5]%

### Opvatting partijen

105. Partijen stellen dat het vaste rechtspraak is dat een hoog marktaandeel alleen niet genoeg is om tot de conclusie te komen dat er sprake is van een economische machtspositie. Volgens partijen is het ook niet nodig dat er (voldoende) alternatieven op de markt aanwezig zijn. Ook zonder deze alternatieven ontstaat er volgens partijen geen economische machtspositie. Ook zijn partijen van mening dat de ACM onvoldoende gekeken heeft naar de gevolgen voor de EPA-groep indien de concentratie geen doorgang vindt. Partijen stellen tevens dat zij door de beddenreductie harder getroffen worden dan de concurrenten in de regio Rotterdam-Rijnmond.

### Beoordeling door de ACM

#### Hoog gezamenlijk marktaandeel in de huidige situatie

106. Uit bovenstaande tabel blijkt dat Parnassia na de voorgenomen concentratie een zeer hoog marktaandeel krijgt. Hoewel het marktaandeel en de samengevoegde marktaandelen slechts een eerste aanwijzing geven over de marktmacht en de vergroting van de marktmacht, zijn zij belangrijke factoren bij de beoordeling van de concentratie.<sup>61</sup> Volgens vaste rechtspraak kunnen zeer grote marktaandelen — 50% of meer — op zichzelf een voldoende bewijs vormen voor het bestaan van een machtspositie op de markt. Kleinere concurrenten kunnen mogelijk wel een voldoende sterke inperkende invloed hebben, bijvoorbeeld als zij in staat zijn en geneigd zijn om waar mogelijk hun leveringen (snel) op te voeren.<sup>62</sup>

<sup>58</sup> Parnassia heeft op het gebied van vrijwillige klinische forensische zorg in 2014 in regio Rotterdam-Rijnmond een omzet behaald van EUR [...]. Gelet op deze relatief beperkte omzet gaat ACM in deze zaak niet in op de vraag of vrijwillige klinische forensische zorg gerekend moet worden tot klinische sGGZ voor V&O of klinische forensische zorg.

<sup>59</sup> Parnassia en Antes behandelen in 2014 in de regio Rotterdam-Rijnmond respectievelijk [...] en [...] patiënten.

<sup>60</sup> Marktaandelen op basis van gerealiseerde omzetten van partijen en marktpartijen met Zvw en Wlz-zorg in 2014, exclusief OGGZ en BOPZ. Het EMC was niet in staat om haar cijfers te schonen voor BOPZ. Het marktaandeel van het EMC is derhalve een overschatting van haar werkelijke marktaandeel en de marktaandelen van de andere spelers zijn hierdoor onderschattingen.

<sup>61</sup> Richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale fusies op grond van de Verordening van de Raad inzake de controle op concentraties van ondernemingen (2004/C 31/03).

<sup>62</sup> Idem.



*Partijen zijn nabije concurrenten*

107. Uit het marktonderzoek volgt dat er sprake is van een gedifferentieerde markt voor klinische sGGZ (zie randnummers 57 tot en met 62). Binnen de klinische sGGZ is er bijvoorbeeld sprake van verschillende combinaties van behandelingen die aangeboden worden, verschillende doelgroepen die onderscheiden worden en verschillende soorten behandelingen naar intensiteit, complexiteit en duur.
108. Parnassia en Antes zijn twee geïntegreerde zorgaanbieders. Zij bieden beide zowel klinische als ambulante sGGZ voor V&O aan. Zij kunnen patiënten daarom eenvoudig tussen klinisch en ambulant laten bewegen. Daarnaast zijn zij in staat complexe, multidisciplinaire zorg te leveren en bij de behandelingen bijvoorbeeld te onderscheiden naar verschillende doelgroepen binnen hun patiëntenpopulatie. Zij hebben derhalve een vergelijkbaar aanbod en zijn hiermee nabije concurrenten van elkaar. Parnassia is na overname de enige aanbieder van bepaalde complexe sGGZ in de regio Rotterdam-Rijnmond. Door de overname zullen bepaalde groepen afnemers, waaronder de EPA-doelgroep, niet meer terecht kunnen bij andere GGZ-aanbieders.
109. Er zijn slechts drie andere zorgaanbieders actief op de markt voor klinische sGGZ voor V&O. Dit zijn Yulius, EMC en GGZ Delfland.
110. Yulius richt zich met name op zorg voor kinderen en jeugdigen. Gezinsbehandeling en doorbehandeling van '18+jeugdigen' maken weliswaar onderdeel uit van dit zorgaanbod, maar Yulius geeft daarbij aan dat de zorg die zij leveren aan patiënten van 18 jaar en ouder niet tot de markt voor sGGZ voor V&O gerekend moet worden. Het betreft volgens Yulius namelijk vaak behandelingen die gestart zijn vóórdat een patiënt 18 jaar was en waarvan de behandeling is afgerond nadat de patiënt 18 jaar is geworden. Daarnaast zijn er jongvolwassen patiënten waarbij de aard van de problematiek ontwikkelings- en/of gezinsgericht is en behandeling vanuit de kinder- en jeugdpsychiatrie het meest passend is.<sup>63</sup> Het zorgaanbod van Yulius is dus niet inwisselbaar met dat van partijen en vormt voor patiënten en zorgverzekeraars nauwelijks een alternatief voor het aanbod van partijen. Yulius is dan ook geen nabije concurrent van Parnassia en Antes.<sup>64</sup>
111. Het EMC is met haar aanbod slechts voor een deel vergelijkbaar met dat van partijen. In het kader van gepaste zorg, verwachten zorgverzekeraars<sup>65</sup> van psychiatrische afdelingen in (universitaire) ziekenhuizen dat zij zich richten op psychiatrische patiënten met een somatische aandoening of somatische patiënten die door deze ziektelast een psychiatrische aandoening ontwikkelen. Het EMC heeft dit bevestigd. Het EMC heeft verder aangegeven zich met name te richten op derdelijns (curatieve) zorg (o.a. last resort zorg), terwijl partijen zich meer richten op tweedelijns zorg en chronische zorg. Het EMC richt zich met name op intensieve kortdurende behandeling, meestal in bepaalde fasen van het ziekteproces. Hieruit concludeert de ACM dat het zorgaanbod van het EMC grotendeels afwijkt van dat van partijen en dat het nauwelijks inwisselbaar is. Daarom is de ACM van mening dat het EMC geen nabije concurrent is van partijen.

<sup>63</sup> Zie het besluit in zaak 15.1009.22/ Stichting De Jutters- Parnassia Groep B.V., randnummer 11.

<sup>64</sup> Mogelijk hoort het aanbod van Yulius zelfs helemaal niet tot de markt voor sGGZ voor V&O, maar zou dit tot de markt voor sGGZ voor K&J gerekend moeten worden. Aangezien dit voor de beoordeling niet uitmaakt, kan dit in deze zaak in het midden worden gelaten. Zie het besluit in zaak 15.1009.22/ Stichting de Jutters – Parnassia Groep B.V. waar geconcludeerd is dat het aanbod voor 18-plussers tot de markt voor sGGZ voor K&J is gerekend om gelijksoortige redenen.

<sup>65</sup> Zie bijvoorbeeld het inkoopbeleid van Achmea 2016 en CZ 2016.



112. GGZ Delfland heeft weliswaar een vergelijkbaar aanbod als Parnassia en Antes maar zij geeft desgevraagd aan dat zij zich met name richt op de regio's Delft, Westland, Oostland en Nieuwe Waterweg Noord<sup>66</sup> en niet primair op de regio Rotterdam-Rijnmond. GGZ Delfland heeft geen klinische faciliteiten in de gemeente Rotterdam. De enige kliniek van GGZ Delfland in de regio Rotterdam-Rijnmond staat in Schiedam. Hierdoor is GGZ Delfland vanuit een geografisch oogpunt een minder nabije concurrent van partijen.
113. Er zijn in het marktonderzoek in zowel de meldingsfase als de vergunningsfase geen aanwijzingen naar voren gekomen dat het zorgaanbod van Yulius en het EMC in de nabije toekomst zal wijzigen. De ACM concludeert derhalve dat de concurrentiedruk die uitgaat van Yulius en het EMC dan ook minder groot is dan hun huidige marktaandelen lijken te veronderstellen.

#### *Uitstroomanalyse van de NZa*

114. Zoals in randnummer 6 is aangegeven, heeft de NZa een analyse van de uitstroomcijfers gemaakt. In deze analyse worden uitstroompercentages berekend die reflecteren naar welke GGZ-aanbieders patiënten nu reeds gaan. De uitstroompercentages geven tevens weer in welke verhouding patiënten verschillende GGZ-aanbieders als alternatief zien. Deze percentages geven daarmee een indruk van de mate waarin patiënten zouden kunnen uitwijken naar andere GGZ-aanbieders, mocht Parnassia respectievelijk Antes zijn prijzen verhogen of zijn kwaliteit verlagen. Hoe groter het uitstroompercentage naar een bepaalde GGZ-aanbieder is, hoe meer (relatieve) concurrentiedruk de betreffende aanbieder uitoefent. Dit effect wordt met name bepaald door de mate waarin de verschillende GGZ-aanbieders patiënten uit dezelfde gemeenten trekken en het belang van deze gemeenten voor de betreffende GGZ-aanbieder.
115. De zienswijze van de NZa bevestigt dat het EMC, GGZ Delfland en Yulius geen nabije concurrenten van partijen zijn en dat partijen dat wel van elkaar zijn. De uitstroomanalyse laat zien dat in de regio Rotterdam-Rijnmond Parnassia en Antes elkaars meest belangrijke alternatieven zijn op het gebied van klinische GGZ. Zo is het uitstroompercentage van Antes naar Parnassia voor klinische zorg [40-50]%. Dit is vele malen groter dan de uitstroompercentages naar EMC, Yulius en GGZ Delfland (alle [0-10]%). Het uitstroompercentage van Parnassia naar Antes voor klinische zorg is [50-60]%. Ook dit is vele malen groter dan het uitstroompercentage naar de eerstvolgende alternatieven (EMC en GGZ Delfland met [10-20]%).

#### *Landelijke beddenreductie van 33%*

116. De concentratietoets is prospectief. De ACM houdt daarom rekening met (toekomstige) ontwikkelingen waarvan het voldoende zeker is dat ze gaan plaatsvinden en waarvan met voldoende zekerheid te voorspellen valt wat hun effect zal zijn. Zoals uit de omschrijving van de marktontwikkelingen volgt, acht de ACM het aannemelijk dat de huidige situatie niet volledig recht doet aan de situatie die zal ontstaan in 2020. In dat jaar zal naar verwachting de beddenreductie van 33% zijn afgerond, waardoor de marktverhoudingen mogelijk kunnen verschillen van de huidige situatie.
117. De gevolgen van het wetsvoorstel WVGZ zijn, zoals uiteengezet in randnummer 80, te onzeker om mee te nemen.

<sup>66</sup> Zie <http://www.ggz-delfland.nl/meer-over-ggz-delfland/onze-organisatie.html>, website bezocht op 2 januari 2017: "GGZ Delfland profileert zich als een streekziekenhuis met twee regio's. Delft Westland & Omstreken (DW&O) en Nieuwe Waterweg Noord (NWN)".



118. Uit het marktonderzoek van de ACM blijkt dat het EMC, GGZ Delfland en Yulius hun afgesproken beddenreductie voor 2020 op dit moment al hebben gerealiseerd. De ACM kan dus voor 2020 uitgaan van het huidige aantal bedden van deze partijen. Partijen zijn daarentegen nog bezig met reduceren van het aantal bedden.
119. Partijen betogen dat zij zwaarder worden getroffen door de beddenreductie dan concurrenten in de regio Rotterdam-Rijnmond. Dit zou komen omdat zorgverzekeraars aan GGZ-aanbieders opleggen dat zij in hun kernregio('s) meer afbouwen dan in andere regio's. Omdat GGZ Delfland en Yulius de regio Rotterdam-Rijnmond niet als kernregio hebben, hoeven deze concurrenten volgens partijen dus minder sterk af bouwen in deze regio.
120. Partijen hebben bij de ACM voornamelijk aangegeven wat hun beddenreductie zal zijn in aanwezigheid van de concentratie. Voor het bepalen van de mogelijke toekomstige marktverhoudingen op de klinische markt is echter van belang dat er zicht is op het aantal bedden in afwezigheid van de concentratie. Uit het door partijen gevoerde efficiëntieverweer blijkt dat Parnassia voornemens is een beddenreductie te realiseren in de regio Rotterdam-Rijnmond in de periode 2008 tot en met 2020 van 33% van het totaal aantal bedden (vrijwillig en gedwongen) in 2008, zoals is afgesproken in de Bestuurlijke Akkoorden. Dit betekent dat Parnassia niet zwaarder dan gemiddeld wordt getroffen.
121. Voor Antes ontbreekt documentatie waaruit hun verwachte beddenreductie blijkt. Daarom hanteert de ACM voor het bepalen van de toekomstige marktverhoudingen voor partijen een standaardreductie van 33% over het totaal aantal bedden. Volgens partijen blijft het aantal gedwongen bedden van Antes constant waardoor de ACM uitgaat van ongeveer 50% reductie van de vrijwillige bedden van Antes om tot een reductie van 33% op het totaal aantal bedden (gedwongen en vrijwillig) van Antes te kunnen komen.

**Tabel 2 Marktaandeel (vrijwillige) klinische sGGZ in de regio Rotterdam-Rijnmond**

	2008	2014	2020
Parnassia	[20-30]%	[20-30]%	[10-20]%
Antes	[60-70]%	[60-70]%	[60-70]%
P/A gezamenlijk	[80-90]%	[90-100]%	[80-90]%
Yulius	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%
EMC	[0-5]%	[0-5]%	[0-5]%
GGZ Delfland	[5-10]%	[5-10]%	[10-20]%
Marktomvang	820	672	372

122. De gerealiseerde en verwachte beddenreductie in de regio Rotterdam-Rijnmond in afwezigheid van de voorgenomen concentratie is uiteengezet in Tabel 2. Uit de tabel komt naar voren dat Parnassia en Antes in afwezigheid van de concentratie een hoog gezamenlijk marktaandeel behouden in 2020. De beddenreductie zorgt naar verwachting slechts voor een kleine verschuiving van de marktaandelen ten opzichte van de huidige situatie.

*Gevolgen van de concentratie voor de patiënten en zorgverzekeraars*

123. Uit het marktonderzoek en de marktontwikkelingen (zie randnummer 40 en randnummer 57 tot en met 62) blijkt dat het in de concurrentie tussen GGZ-aanbieders belangrijk is dat er keuzemogelijkheden zijn voor patiënten en zorgverzekeraars. In deze zaak verdwijnt als gevolg van de concentratie het belangrijkste alternatief voor Parnassia in de regio Rotterdam-Rijnmond,





evenals het belangrijkste alternatief voor Antes.

124. Zorgverzekeraars geven in het marktonderzoek aan dat zij de keuze van hun verzekerden voor een GGZ-aanbieder respecteren, omdat de 'klik' tussen patiënt en zorgverlener belangrijk is voor het resultaat van de behandeling. DSW stelt bijvoorbeeld keuzevrijheid voor haar verzekerden voorop. Ook andere zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij bij de inkoop van GGZ verschuivingen in de patiëntenstroom volgen. Daarmee benadrukken zorgverzekeraars het belang van deze keuze voor patiënten. Als gevolg van deze concentratie verdwijnt de belangrijkste keuzemogelijkheid. Dit is schadelijk voor alle patiënten die gebruik maken van klinische sGGZ voor V&O in de regio Rotterdam-Rijnmond, maar tevens voor alle mensen in de regio Rotterdam-Rijnmond die in de toekomst te maken krijgen met klinische sGGZ.
125. Alle patiënten binnen de klinische sGGZ zien zich geconfronteerd met minder keuze in het aantal aanbieders. Door de concentratie worden bepaalde groepen patiënten echter harder getroffen dan andere. Zoals de ACM eerder in dit besluit reeds concludeerde, maken ook EPA-patiënten tot op zekere hoogte een keuze maken voor een GGZ-aanbieder, al dan niet samen met de huisarts en familie. Op dit moment heeft een EPA-patiënt nog een keuze tussen Parnassia en Antes. Na de voorgenomen concentratie heeft deze EPA-doelgroep in het geheel geen keuze meer. Parnassia is na de voorgenomen concentratie de enige aanbieder in de regio Rotterdam-Rijnmond. Er zijn geen andere aanbieders in de regio die deze doelgroep op dezelfde wijze bedient.
126. Voor wat betreft de EPA-patiënten geven partijen en zorgverzekeraars CZ, VGZ en DSW aan dat concurrentie om EPA-patiënten niet wenselijk is. Zoals de ACM eerder in dit besluit heeft geconcludeerd is dit een marktorderingsvraagstuk en zijn er uit het onderzoek van de ACM geen aanwijzingen naar voren gekomen dat hier op termijn door de wetgever aan tegemoet gekomen wordt. Uit het marktonderzoek blijkt tevens dat de concurrentie om EPA-patiënten niet wezenlijk anders is dan voor andere sGGZ-patiënten.
127. Voor zorgverzekeraars valt als gevolg van deze concentratie ook het belangrijkste alternatief in deze markt weg. GGZ Delfland is gelet op haar omvang immers niet in staat om een significant deel van het zorgaanbod van Parnassia na de voorgenomen concentratie over te kunnen nemen. Momenteel hebben zorgverzekeraars nog de mogelijkheid om de klinische sGGZ te verdelen over Parnassia en Antes. Na de voorgenomen concentratie zijn zij zeer afhankelijk van Parnassia voor wat betreft de klinische sGGZ in deze regio. In hoofdstuk 6.6 zal de ACM nader ingaan op de mogelijkheden van de individuele zorgverzekeraars om na de totstandkoming van de concentratie een dergelijk grote aanbieder zoals Parnassia te kunnen disciplineren en daarmee de mededingingsbeperkende gevolgen te voorkomen dan wel neutraliseren.

#### *Tussenconclusie*

128. De ACM stelt vast dat de concentratie leidt tot een significante verslechtering van de concurrentie op de markt voor klinische sGGZ voor V&O in de regio Rotterdam-Rijnmond. Door de concentratie ontstaat een GGZ-aanbieder met een zeer hoog marktaandeel op de markt voor klinische sGGZ voor V&O. Partijen zijn elkaars meest nabije concurrent en de concentratie leidt er toe dat het enige volwaardige alternatief met een vergelijkbaar zorgaanbod wegvalt, zowel voor patiënten als voor zorgverzekeraars. Het zeer hoge marktaandeel en het gebrek aan volwaardige alternatieven leidt tot een machtspositie die partijen kunnen uitbuiten en kan leiden tot o.a. hogere prijzen, minder innovatie of lagere kwaliteit van diensten.



### 6.4.3 Markt voor ambulante sGGZ voor V&O

#### *Meldingsbesluit*

129. In het meldingsbesluit concludeerde de ACM dat partijen beide actief zijn op het gebied van ambulante sGGZ voor V&O in de regio Rotterdam-Rijnmond. De voorgenomen concentratie leidt tot een gezamenlijk marktaandeel van circa [80-90]%.<sup>67,68</sup>

**Tabel 3 Marktaandelen ambulante sGGZ voor V&O in regio Rotterdam-Rijnmond in 2014<sup>69</sup>**

Marktaandeel in werkgebied partijen	
Parnassia	[60-70]%
Antes	[10-20]%
<b>Gezamenlijk</b>	<b>[80-90]%</b>
Fortagroep	[0-5]%
Mentaal Beter	[0-5]%
EMC	[0-5]%
GGZ Delfland	[0-10]%
Yulius	[0-5]%
HSK	[0-5]%
Max Ernst	[0-5]%
Vrijgevestigden	7%

#### *Opvatting partijen*

130. Partijen stellen dat de ACM de positie van de vrijgevestigden onvoldoende heeft meegenomen in de beoordeling van de gevolgen van de concentratie. Volgens partijen is het ook niet nodig dat er (voldoende) alternatieven op de markt aanwezig zijn. Ook zonder deze alternatieven ontstaat er volgens partijen geen economische machtspositie. Daarnaast zijn partijen van mening dat de ACM onvoldoende gekeken heeft naar de gevolgen voor de EPA-groep indien de concentratie geen doorgang vindt.

#### *Beoordeling door de ACM*

##### *Hoog gezamenlijk marktaandeel in huidige situatie*

131. Gezamenlijk komen partijen tot een marktaandeel van [80-90]%. Parnassia heeft vóór de concentratie een marktaandeel van [60-70]%. Daar komt [10-20]% bij door de toevoeging van Antes. Dat is een substantiële stijging van het marktaandeel. In randnummer 106 is al uiteengezet dat zeer grote marktaandelen – 50% of meer – op zichzelf een voldoende bewijs

<sup>67</sup> In het midden kan worden gelaten of vrijwillige ambulante forensische zorg behoort tot de markt van ambulante sGGZ voor V&O. Ook als de omzet van Parnassia op het gebied van vrijwillige ambulante forensische zorg wordt meegenomen bij de berekening van de marktposities op de markt voor ambulante sGGZ voor V&O in Rotterdam blijven partijen na de voorgenomen concentratie veruit de grootste aanbieders op deze markt.

<sup>68</sup> Parnassia en Antes behandelen in 2014 in de regio Rotterdam-Rijnmond respectievelijk [...] en [...] patiënten, waarvan in totaal [...] EPA-patiënten.

<sup>69</sup> Marktaandelen op basis van gerealiseerde omzetten in 2014, opgevraagd bij partijen en concurrenten in het kader van zaak 14.1372.22 Parnassia – Riagg-Rijnmond. Partijen hebben in de melding marktaandelen gegeven die lager liggen dan de marktaandelen in deze tabel. Omdat partijen de marktaandelen van concurrenten hebben berekend op basis van eigen inschattingen en de ACM de marktaandelen heeft gebaseerd op omzetgegevens die recent zijn opgevraagd bij de belangrijkste concurrenten, gaat de ACM bij de beoordeling uit van de gegevens verkregen uit haar eigen marktonderzoek. Bovendien heeft de ACM laatstgenoemde marktaandelen in dit marktonderzoek ter verificatie voorgelegd aan de zorgverzekeraars en geven de zorgverzekeraars aan het beeld te herkennen.





vormen voor het bestaan van een machtspositie op de markt. Kleinere concurrenten kunnen mogelijk wel een voldoende sterke inperkende invloed hebben.

*Partijen zijn nabije concurrenten*

132. Net als de markt voor klinische sGGZ, is de markt voor ambulante sGGZ ook gedifferentieerd (zie randnummer 107). Doordat partijen beide geïntegreerde GGZ-aanbieders zijn, bieden zij tevens de meest complexe vormen van ambulante sGGZ. Dit zorgt ervoor dat partijen ook nabije concurrenten van elkaar zijn op het gebied van ambulante sGGZ (zie randnummer 108).
133. Tabel 3 geeft een overzicht van de concurrenten van partijen op het gebied van ambulante sGGZ. EMC, GGZ Delfland en Yulius zijn de enige andere geïntegreerde aanbieders die actief zijn in de regio Rotterdam-Rijnmond. De overige aanbieders bieden enkel ambulante sGGZ.
134. Zoals uiteengezet in randnummer 110, richt Yulius zich met name op zorg voor kinderen en jeugdigen. Gezinsbehandeling en doorbehandeling van '18+-jeugdigen' totdat deze is afgerond, maken ook onderdeel uit van dit zorgaanbod.
135. Het EMC richt zich, zoals aangegeven in randnummer 111, met name op intensieve kortdurende behandeling, meestal in bepaalde fasen van het ziektebeloop. Het EMC beschouwt zich als 'last resort' als het gaat over behandelmogelijkheden (cure) voor patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen. Het overgrote deel van de verwijzingen voor de polikliniek komen vanuit de tweede lijn (o.a. Parnassia en Antes, maar ook verwijzingen vanuit andere regio's) of vanuit de medisch-specialistische zorg. Huisartsen verwijzen alleen naar het EMC wanneer de zorg binnen één van de aandachtsgebieden of specialisaties valt van het EMC, anders verwijzen ze naar Parnassia of Antes.<sup>70</sup> Het aanbod van het EMC is hiermee grotendeels complementair aan het aanbod van partijen.
136. GGZ Delfland heeft een vergelijkbaar aanbod als partijen, maar richt zich primair op een ander geografisch gebied (zie randnummer 112). GGZ Delfland heeft in de regio Rotterdam-Rijnmond enkel een locatie voor ambulante sGGZ in het Sint Franciscus Ziekenhuis te Rotterdam. De helft van deze patiënten is afkomstig uit de stad Rotterdam. De rest komt uit omliggende gemeenten zoals Vlaardingen en Schiedam.
137. De andere ambulante GGZ-instellingen, zoals Fortagroep, Mentaal Beter, Molemann, HSK en Max Ernst, zijn allemaal (zeer) klein en bieden een minder breed spectrum aan zorg aan. Zij kunnen het segment patiënten met aandoeningen dat de meer eenvoudige GGZ op basis van standaardprotocollen overstijgt, minder goed bedienen dan Parnassia en Antes. Ook kunnen zij niet intern doorverwijzen naar een klinische afdeling indien dit nodig zou zijn en kunnen zij niet of in veel mindere mate multidisciplinair werken. Uitgaande van de NZa monitor maken de vrijgevestigden 7% uit van de totale markt voor ambulante sGGZ.<sup>71</sup> In het marktonderzoek is geen informatie naar voren gekomen die suggereert dat de situatie in de regio Rotterdam-Rijnmond hier wezenlijk van afwijkt.
138. Deze ambulante spelers zijn individueel zeer klein en bieden een minder breed aanbod dan partijen dat en bovendien niet-geïntegreerd is. Zij zijn niet in staat om op korte termijn zodanig op te schalen dat zij substantiële concurrentiedruk kunnen uitoefenen op partijen. Een kleine

<sup>70</sup> Hiertoe wordt onder andere gerekend: ziekenhuispsychiatrie, zwangerschapsgerelateerde psychiatrie, stemmingsstoornissen en eerste psychotische ontregeling).

<sup>71</sup> Marktscan GGZ 2015-deel A, zie [https://www.nza.nl/publicaties/1048188/Marktscan\\_ggz\\_2015\\_deel\\_A](https://www.nza.nl/publicaties/1048188/Marktscan_ggz_2015_deel_A), website bezocht op 18 mei 2017.



verschuiving van het budget van partijen betekent al snel een verdubbeling van het budget van deze kleine spelers. Zij zullen zodoende nauwelijks effect kunnen sorteren op de handelswijzen van partijen.

139. De ACM concludeert dat Parnassia en Antes in de regio Rotterdam-Rijnmond op het gebied van ambulante sGGZ verreweg elkaars meest nabije concurrent zijn. De concurrentiedruk die uitgaat van Yulius en EMC is minder groot dan hun huidige marktaandeelen lijken te veronderstellen. De concurrentiedruk van de overige niet-geïntegreerde GGZ-instellingen en vrijgevestigden is zeer beperkt en bovendien versnipperd. Alleen van GGZ Delfland gaat nog enige concurrentiedruk uit op Parnassia na de voorgenomen concentratie.

#### *Uitstroomanalyse van de NZa*

140. De zienswijze van de NZa bevestigt dat Parnassia en Antes elkaars meest nabije concurrent zijn. De uitstroomanalyse van de NZa laat zien dat Parnassia en Antes in de regio Rotterdam-Rijnmond elkaars belangrijkste alternatieven zijn op het gebied van ambulante sGGZ. Het uitstroompercentages van Antes naar Parnassia voor ambulante sGGZ bedraagt [60-70]%. Alle overige aanbieders hebben een uitstroompercentage kleiner dan 5%. Het uitstroompercentage van Parnassia naar Antes is [20-30]%. Dit is twee keer zo groot als het uitstroompercentage naar het eerstvolgende alternatief (GGZ Delfland met [10-20]%). Alle overige aanbieders hebben een uitstroompercentage kleiner dan 5%.

#### *Landelijke trend naar ambulantisering*

141. Door de ambulantiseringstendens zullen partijen meer patiënten die voorheen klinisch werden opgenomen, ambulante behandelen. De ambulante behandeling van deze patiënten valt naar verwachting binnen het segment van de meer complexe sGGZ (dit is vergelijkbaar met het segment zware ambulante sGGZ dat de NZa hanteert). De ACM heeft een inschatting gemaakt van het aantal patiënten dat vanaf 2020 in plaats van klinisch voortaan ambulante behandeld zou worden. Dit aantal heeft de ACM vermenigvuldigd met de gemiddelde kosten per patiënt binnen het segment 'ambulant zwaar'. Uit deze berekening blijkt dat de omzet van partijen op de ambulante sGGZ in de periode tot 2020 zal stijgen ten opzichte van de huidige omzet.
142. De concurrenten van partijen die in deze regio ook beschikken over klinische capaciteit, hebben hun bedden al afgebouwd. Zij zullen als gevolg van de beddenreductie en ambulantisering in 2020 naar verwachting dus niet méér omzet genereren op ambulante sGGZ dan in de huidige situatie. Daarom gaat de ACM bij een toekomstig scenario uit van de huidige omzet van de concurrenten. Daarnaast zullen ambulante GGZ-aanbieders nauwelijks profiteren van de instroom van patiënten die voorheen klinisch werden behandeld en vanaf 2020 allemaal een ambulante behandeling krijgen. Het betreft namelijk patiënten die vallen binnen de zwaardere sGGZ en de zorg voor deze patiënten wordt met name door geïntegreerde aanbieders aangeboden. Deze groep patiënten moet in bepaalde situaties namelijk kunnen uitwijken naar de crisisopvang of een klinische opname.
143. In randnummer 41 is nader ingegaan op de verschuiving van patiënten in de GGZ. Hoeveel ambulante sGGZ in de toekomst zal verschuiven naar gbGGZ is op dit moment nog onzeker. Het is eveneens niet mogelijk in te schatten welke marktpartijen met name ambulante sGGZ zullen 'verliezen' aan gbGGZ en wat dit zal doen met de marktverhoudingen. In het voor partijen meest ongunstige scenario dat de omvang van de markt enkel groeit met de omzet van voorheen klinische patiënten, zal het marktaandeel van partijen stijgen en ligt het in de verwachting dat zowel Parnassia als Antes in de toekomst een nog sterkere positie op de markt zullen verwerven als gevolg van de ambulantiseringstendens. Dit betekent dat hun gezamenlijke marktaandeel in een toekomstig scenario waarschijnlijk hoger zal zijn dan op dit moment het



geval is.

*Gevolgen van de concentratie voor de patiënten en zorgverzekeraars*

144. De concentratie heeft tot gevolg dat op de markt voor ambulante sGGZ voor V&O in de regio Rotterdam-Rijnmond een GGZ-aanbieder met een zeer hoog marktaandeel ontstaat. Daarnaast verdwijnt door de concentratie de meest nabije concurrent van partijen van de markt, Antes gaat immers onderdeel uitmaken van Parnassia. De resterende ambulante GGZ-aanbieders zijn veel kleiner in omvang en bieden niet in dezelfde mate diensten aan en zijn niet in staat om in korte tijd een significant deel van de patiënten van partijen over te nemen gelet op hun omvang en zorgaanbod. Daardoor verdwijnt zowel voor zorgverzekeraars als voor patiënten het belangrijkste, en voor de EPA- groep het enige alternatief. De concentratie leidt er toe dat zorgverzekeraars zeer afhankelijk worden van Parnassia voor wat betreft de inkoop van ambulante sGGZ in de regio Rotterdam-Rijnmond en na de voorgenomen concentratie niet zonder meer om Parnassia heen kunnen. Zonder de voorgenomen concentratie kunnen zorgverzekeraars nog wel zorg verschuiven tussen partijen, indien zij een van beide partijen zouden willen disciplineren.

#### **6.4.4 Conclusie gevolgen van de voorgenomen concentratie**

145. De ACM constateert dat partijen als gevolg van de concentratie, op de markten voor klinische en ambulante sGGZ voor V&O in de regio Rotterdam-Rijnmond, een zeer hoog gezamenlijk marktaandeel verkrijgen en dat zij elkaars meest nabije concurrent zijn. De uitkomsten van de modellen van de NZa reflecteren eveneens dat in onderhavige zaak de werkgebieden van partijen in grote mate overlappen en partijen zeer belangrijke alternatieven voor elkaar zijn. De concurrentiedruk die uitgaat van de overige spelers op de markt voor klinische en ambulante sGGZ voor V&O is (zeer) gering.
146. Voor zowel patiënten als zorgverzekeraars betekent de concentratie het verdwijnen van het voornaamste alternatief op het gebied van klinische en ambulante sGGZ voor V&O in de regio Rotterdam-Rijnmond. Voor sommige doelgroepen patiënten binnen de sGGZ vervalt de enige keuzemogelijkheid door deze overname. Het verdwijnen van het enige volwaardige alternatief leidt tot een toegenomen afhankelijkheid van partijen voor zowel patiënten als voor zorgverzekeraars.
147. In hoofdstuk 6.5 gaat de ACM nader in op de disciplinerende maatregelen die van potentiële toetreding op partijen uit gaat. Daarnaast beoordeelt de ACM in hoofdstuk 6.6 de mogelijkheden van zorgverzekeraars om Parnassia na de totstandkoming van de voorgenomen concentratie te kunnen disciplineren.

#### **6.5 Markttoetreding**

148. De mededingingsbeperkende gevolgen die voortvloeien uit de voorgenomen concentratie kunnen worden voorkomen dan wel worden geneutraliseerd als er voldoende mogelijkheden bestaan voor toetreding en/of uitbreiding door andere GGZ-aanbieders.
149. In dit hoofdstuk beoordeelt de ACM of Parnassia na de voorgenomen concentratie in voldoende mate gedisciplineerd kan worden door de concurrentiedruk die uitgaat van toetreders of door uitbreiding van reeds gevestigde GGZ-aanbieders in de regio Rotterdam-Rijnmond.



### 6.5.1 Kader

150. Aan de hand van de Richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale fusies<sup>72</sup> (hierna: Richtsnoeren) onderzoek de ACM of markttoetreding waarschijnlijk is en of de potentiële toetreding waarschijnlijk een remmende invloed zal hebben op het gedrag en de handelingen van de reeds gevestigde GGZ-aanbieders in de regio Rotterdam-Rijnmond na de voorgenomen concentratie.
151. De kans is klein dat een concentratie een significant risico voor de mededinging op de betreffende markt zou vormen, wanneer toetreding<sup>73</sup> tot deze markt voldoende vlot gaat. In dat geval zal de ACM moeten aantonen dat toetreding waarschijnlijk, tijdig en in voldoende mate zal plaatsvinden om de eventuele mededingingsbeperkende gevolgen van de voorgenomen concentratie te voorkomen of te neutraliseren.<sup>74</sup>
152. Markttoetreding is alleen waarschijnlijk als het voor de toetreders voldoende rendabel is. Daarbij geldt: hoe hoger het niveau van verzonken kosten bij toetreding is, hoe hoger de kosten van een mislukte toetreding zijn.<sup>75</sup> Volgens de Richtsnoeren is toetreding bovendien minder waarschijnlijk als deze economisch slechts haalbaar is op grote schaal.
153. Toetredingsdrempels zijn bepalend voor de risico's en kosten van toetreding. Als toetredingsdrempels laag zijn, is de kans groter dat partijen na de voorgenomen concentratie door (potentiële) toetreders gedisciplineerd zullen worden. Voorbeelden van markttoetreding (en markverlating) in het verleden kunnen volgens de Richtsnoeren bruikbare informatie opleveren over de hoogte van de toetredingsdrempels. Er kunnen juridische en technische toetredingsdrempels bestaan. Daarnaast kunnen de gevestigde posities van reeds bestaande aanbieders ook toetredingsdrempels vormen. In deze zaak kunnen in dit verband ervaring en reputatie met betrekking tot specifieke zorg een rol spelen. Daarnaast kunnen consumentenvertrouwen, nauwe relaties met zorgverzekeraars en huisartsen of andere aan reputatie verbonden voordelen meespelen.<sup>76</sup>
154. De ACM houdt bij haar beoordeling rekening met de verwachte marktontwikkelingen. Op een markt waar voor de toekomst een sterke groei wordt verwacht, zal toetreding over het algemeen waarschijnlijker zijn dan op een markt die naar verwachting zal krimpen.<sup>77</sup>
155. De ACM onderzoekt bovendien of de toetreding voldoende snel en duurzaam zal zijn om de sterke positie als gevolg van de voorgenomen concentratie te kunnen neutraliseren. De kenmerken en dynamiek van de betreffende sector, alsmede de specifieke mogelijkheden van de betreffende toetreders, zijn bepalend bij het vaststellen van de geschikte termijn voor de toetreding. Daarnaast moet de markttoetreding voldoende omvang hebben om de

<sup>72</sup> Richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale fusies op grond van de Verordening van de Raad inzake de controle op concentraties van ondernemingen (2004/C 31/03).

<sup>73</sup> In de Richtsnoeren wordt vanaf randnummer 68 e.v. gesproken over markttoetreding. De ACM neemt in haar beoordeling van markttoetreding niet enkel de mogelijkheid om tot de regio Rotterdam-Rijnmond toe te treden als GGZ-aanbieder mee, maar kijkt tevens naar de mogelijkheden van de reeds in de regio Rotterdam-Rijnmond gevestigde GGZ-aanbieders om uit te breiden.

<sup>74</sup> Richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale fusies op grond van de Verordening van de Raad inzake de controle op concentraties van ondernemingen (2004/C 31/03), randnummer 68.

<sup>75</sup> Idem, randnummer 69.

<sup>76</sup> Idem, randnummers 70-71.

<sup>77</sup> Idem, randnummer 72. Zie tevens Beschikking 98/475/EG van de Commissie in zaak IV/M.986 – Agfa-Gevaert/Dupont, PB L 211 van 27 juli 1998, rechtsoverwegingen 84-85; Zaak T-102/96, Gencor v. Commissie, 1999, II-753, rechtsoverweging 237.



mededingingsbeperkende gevolgen van de voorgenomen concentratie te voorkomen of te neutraliseren. Toetreding op kleine schaal is dan wellicht niet voldoende.<sup>78</sup>

## 6.5.2 Beoordeling ambulante sGGZ voor V&O

### *Opvatting partijen*

156. Partijen zijn van mening dat de toetredingsdrempels voor ambulante sGGZ zeer laag zijn. Volgens partijen hebben de zorgverzekeraars dit in de meldingsfase bevestigd. Partijen verwijzen ook naar de uitlatingen van concurrenten tijdens de meldingsfase. Hieruit blijkt volgens partijen dat concurrenten bereid zijn toe te treden, mits zij budget krijgen van de zorgverzekeraars. Partijen komen derhalve tot de conclusie dat bestaande GGZ-aanbieders en toetreders afhankelijk zijn van de zorgverzekeraars om toetreding dan wel uitbreiding te creëren of faciliteren. Partijen achten zorgverzekeraars in staat om een aanzienlijk budget te verschuiven van reeds gevestigde GGZ-aanbieders naar toetreders. Volgens partijen zijn er ook concrete voorbeelden waarbij zorgverzekeraars op korte termijn in staat zijn geweest om GGZ-aanbieders te laten toetreden tot een bepaalde regio dan wel reeds gevestigde GGZ-aanbieders te laten uitbreiden. Bijvoorbeeld de verschuiving van patiënten na het faillissement van het voormalige Riagg Rijnmond. Zij noemen in dit verband ook de toetreding van PsyQ en Ipsy, beide onderdelen van Parnassia, tot de regio Almere.

### *Beoordeling door de ACM*

157. De ACM heeft onderzoek gedaan onder (potentiële) concurrenten om vast te stellen in hoeverre zij in de regio Rotterdam-Rijnmond kunnen toetreden. Uit het marktonderzoek blijkt dat de benodigde investeringen voor ambulante sGGZ laag zijn en dat toetreding met name plaatsvindt op de lichtere vormen van ambulante sGGZ.
158. GGZ-aanbieders geven daarnaast in het marktonderzoek aan dat toetreding en/of uitbreiding alleen kan plaatsvinden als zorgverzekeraars hiermee akkoord gaan. Om als GGZ-aanbieder te kunnen toetreden, is een contract met de zorgverzekeraars vereist. GGZ Delfland geeft aan dat het vrijwel onmogelijk is om toe te treden tot de markt voor ambulante sGGZ zonder steun van één of meerdere zorgverzekeraars.
159. Om als reeds gevestigde GGZ-aanbieder te kunnen uitbreiden in de betreffende regio moeten zorgverzekeraars bereid zijn meer budget toe te kennen. De ervaring van GGZ Delfland in dit verband is dat zorgverzekeraars altijd vragen om aan te tonen dat de uitbreiding een gevolg is van een reële zorgvraag.
160. In de praktijk blijkt het lastig om als toetreders een contract met zorgverzekeraars af te sluiten. Er zijn uit het marktonderzoek geen voorbeelden naar voren gekomen dat zorgverzekeraars budgetruimte hebben weggenomen van bestaande GGZ-aanbieders ten faveure van een toetreders op de markt. Uit het marktonderzoek volgt tevens dat reeds gevestigde GGZ-aanbieders dezelfde drempel ervaren bij uitbreiding. Zorgverzekeraars zijn volgens hen niet bereid extra budgetruimte te gunnen.<sup>79</sup>
161. De ACM concludeert dat toetreding of uitbreiding op ambulante sGGZ in principe mogelijk is, maar dat GGZ-aanbieders op dit gebied zeer afhankelijk zijn van zorgverzekeraars. Volgens zorgverzekeraars is het voor GGZ-aanbieders echter ook mogelijk om actief te zijn als zij geen contract hebben gesloten of slechts met een deel van de zorgverzekeraars een contract hebben

<sup>78</sup> Idem, randnummers 74-75.

<sup>79</sup> Zorgverzekeraars bevestigen dit beeld. Zie hiervoor de beoordeling van compenserende afnemersmacht, hoofdstuk 6.6.



afgesloten. Verzekerden met een restitutiepolis krijgen immers ook de geleverde zorg van niet-gecontracteerde aanbieders vergoed, zij het soms beperkt tot een marktconform tarief. De ACM merkt echter op dat een groot deel van de verzekerden een naturapolis heeft. Deze verzekerden krijgen maar een deel van de geleverde zorg vergoed als zij naar een niet-gecontracteerde GGZ-aanbieder gaan.<sup>80</sup> Om die reden is het volgens (potentiële) concurrenten commercieel niet aantrekkelijk om toe te treden in een regio als je geen contract hebt afgesloten met de grote zorgverzekeraars in die regio. Partijen geven dit zelf ook aan. Zij stellen dat zij afhankelijk zijn van contracten met de zorgverzekeraars, omdat de vergoedingen op basis van restitutie te laag zijn om de zorg kostendekkend te kunnen aanbieden.

162. Uit het marktonderzoek volgt dat zorgverzekeraars momenteel terughoudend zijn met het overhevelen van budget en dat zij niet snel geneigd zijn om toetredings- en uitbreidingsinitiatieven van GGZ-aanbieders te steunen. Toetreding wordt voornamelijk gecreëerd of gefaciliteerd om witte vlekken in het zorgaanbod in de betreffende regio op te vullen.<sup>81</sup> De ACM heeft geen reden om te veronderstellen dat dit in de toekomst zal veranderen. Daarnaast lijken zorgverzekeraars geneigd om op dit moment nog wel enige budgetruimte voor ambulante sGGZ te gunnen aan de huidige geïntegreerde GGZ-aanbieders die tot 2020 hun beddenaantal moeten afbouwen, zodat deze afbouw verantwoord gebeurt en deze patiënten een passend ambulant aanbod krijgen.<sup>82</sup> In de randnummers 243 tot en met 251 gaat de ACM nog nader in op de mate waarin zorgverzekeraars in staat zijn Parnassia na de voorgenomen concentratie voldoende te kunnen disciplineren door toetreding te creëren of faciliteren en door budget over te hevelen.<sup>83</sup>
163. Overigens merkt de ACM op dat zelfs als zorgverzekeraars na de totstandkoming van de voorgenomen concentratie akkoord gaan met een voorstel van GGZ-aanbieders om uit te breiden of toe te treden op het gebied van ambulante sGGZ in de regio Rotterdam-Rijnmond, de ACM het niet aannemelijk acht dat dit voldoende snel en duurzaam zal plaatsvinden. De toetreding of uitbreiding zal immers een grote omvang moeten hebben wil van deze toetreding of uitbreiding voldoende concurrentiedruk uitgaan op Parnassia na de voorgenomen concentratie. Parnassia wordt na de voorgenomen concentratie een zeer grote geïntegreerde GGZ-aanbieder terwijl toetreding of uitbreiding doorgaans plaatsvindt op basis van eventuele witte vlekken, waarbij het vaak gaat om specifiek zorgaanbod.

38/118

### 6.5.3 Beoordeling klinische sGGZ voor V&O

#### *Opvatting partijen*

164. De toetredingsdrempels voor klinische sGGZ zijn volgens partijen hoger dan voor ambulante sGGZ. Desondanks zouden zorgverzekeraars de mogelijkheid hebben om volumes naar andere GGZ-aanbieders over te hevelen. Als een zorgverzekeraar een toetreders of een reeds

<sup>80</sup> Op grond van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet.

<sup>81</sup> De terughoudendheid van zorgverzekeraars is gelegen in het feit dat toetreding of uitbreiding door zorgverzekeraars vrijwel alleen wordt gesteund dan wel gefaciliteerd om witte vlekken in het zorgaanbod op te vullen en zij geen extra of niet-noodzakelijk zorgaanbod in de markt willen zien. Bij het opvullen van witte vlekken gaat het om zorgaanbod dat nu nog niet of niet voldoende in de markt aanwezig is. De voorbeelden van toetreding die in het marktonderzoek naar voren zijn gebracht door partijen en zorgverzekeraars zien met name op het opvullen van witte vlekken.

<sup>82</sup> Zoals reeds in randnummer 141 e.v. is aangegeven, verwacht de ACM dat vanwege de beddenreductie en ambulantisering geïntegreerde GGZ-instellingen het voorheen aangeboden klinische zorgaanbod zelf zullen vervangen door ambulante sGGZ.

<sup>83</sup> Bij de beoordeling van compenserende afnemersmacht van de individuele zorgverzekeraars van dit besluit wordt in randnummer 243 tot en met 251 wordt nader ingegaan op de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om toetreding te creëren of faciliteren. In randnummer 259 tot en met 262 komt de mogelijkheid om budget over te hevelen aan bod.





gevestigde GGZ-aanbieder budget geeft, is het volgens partijen mogelijk om stapsgewijs toe te treden dan wel uit te breiden. Bijvoorbeeld, door het gebruik te maken van de leegstaande locaties als gevolg van de ambulantisering. Partijen verwijzen hiervoor naar bestaande klinieken van EMC, GGZ Delfland of Yulius. Daarnaast wijzen partijen op potentiële kandidaten die tot de regio Rotterdam-Rijnmond zouden kunnen toetreden, namelijk Stichting GGZ Westelijk Noord-Brabant, Emergis, algemene ziekenhuizen of verpleeghuizen en verzorgingshuizen.

#### **Beoordeling door de ACM**

165. Uit het marktonderzoek volgt dat voor klinische sGGZ er in beginsel meer en hogere investeringen nodig zijn dan voor ambulante sGGZ. Bovendien is het niet aantrekkelijk om te investeren in klinische sGGZ vanwege de beddenreductie. Dat er leegstaande klinische locaties bij overige GGZ-aanbieders beschikbaar zijn, is volgens de ACM juist een gevolg van de beddenreductie. GGZ Delfland acht toetreding of uitbreiding op het gebied van klinische sGGZ bijvoorbeeld onmogelijk. Het beleid van zorgverzekeraars en GGZ-aanbieders is volgens GGZ Delfland juist gericht op de beddenreductie en ambulantisering.
166. De ACM concludeert dat toetreding dan wel uitbreiding door klinische sGGZ-aanbieders niet aannemelijk is, gelet op de beddenreductie. De ACM is derhalve van oordeel dat Parnassia na de voorgenomen concentratie geen concurrentiedruk van toetreding of uitbreiding zal ervaren op het gebied van klinische sGGZ.

#### **6.5.4 Conclusie**

167. Hoewel de benodigde investeringen voor toetreding en uitbreiding op het gebied van ambulante sGGZ voor V&O laag zijn, concludeert de ACM dat de drempels om toe te treden hoog zijn. GGZ-aanbieders zijn zeer afhankelijk van de zorgverzekeraars voor het sluiten van een contract dan wel het verkrijgen van budget. De ACM concludeert dat zorgverzekeraars zeer terughoudend zijn om deze budgetten beschikbaar te stellen aan toetredings- of uitbreidingsinitiatieven. GGZ-aanbieders ervaren dan ook dat toetreding of uitbreiding zeer moeizaam verloopt en in sommige gevallen als onmogelijk wordt ervaren. Daarnaast concludeert de ACM dat zelfs wanneer zorgverzekeraars akkoord gaan met toetreding of uitbreiding, dit te beperkt in omvang zal zijn om voldoende concurrentiedruk te kunnen uitoefenen op Parnassia en daarmee de mededingingsbeperkende gevolgen te kunnen neutraliseren of voorkomen.
168. De investeringskosten voor toetreding en uitbreiding op de klinische sGGZ zijn beduidend hoger dan op de ambulante markt. Daarnaast is toetreding dan wel uitbreiding door klinische sGGZ-aanbieders niet aannemelijk, gelet op de beddenreductie. De ACM concludeert derhalve dat Parnassia na de voorgenomen concentratie geen concurrentiedruk van toetreding of uitbreiding zal ervaren op het gebied van klinische sGGZ.
169. Door het grote belang van contracten met zorgverzekeraars bij toetreding of uitbreiding op eigen initiatief van GGZ-aanbieders, is deze vorm van concurrentiedruk onlosmakelijk verbonden met het onderhandelingsinstrument van zorgverzekeraars, waarbij een zorgverzekeraar een GGZ-aanbieder op verzoek laat toetreden of uitbreiden met het doel om Parnassia te disciplineren.

#### **6.6 Compenserende afnemersmacht**

170. In het meldingsbesluit concludeerde de ACM dat er onvoldoende aanwijzingen zijn dat de zorgverzekeraars over compenserende afnemersmacht zouden beschikken.<sup>84</sup> In dit hoofdstuk

<sup>84</sup> Zie besluit van 6 november 2015 in zaak 15.0992.22/Parnassia Groep B.V. - Stichting Antes, randnummers 110-113.



beoordeelt de ACM na uitgebreid onderzoek in de vergunningsfase of de individuele zorgverzekeraars over compenserende afnemersmacht beschikken en derhalve de mededingingsbeperkende gevolgen van de voorgenomen concentratie kunnen voorkomen of compenseren.

171. De ACM heeft in dit verband meerdere malen uitgebreid gesproken met de vier grote zorgverzekeraars in de regio Rotterdam-Rijnmond, namelijk Achmea, CZ, VGZ en DSW (hierna gezamenlijk: de zorgverzekeraars).<sup>85</sup> Met de zorgverzekeraars is onder andere gesproken over welke onderhandelingsinstrumenten zij beschikken in de onderhandelingen met GGZ-aanbieders en in welke mate zij deze daadwerkelijk gebruiken. De ACM hecht waarde aan de gemotiveerde standpunten en input van de zorgverzekeraars, gelet op hun centrale rol in het zorgstelsel. De ACM houdt hierbij rekening met het feit dat zorgverzekeraars eigen financiële en commerciële belangen kunnen hebben bij het innemen van hun standpunten.<sup>86</sup>
172. De ACM merkt op dat zorgverzekeraars in de GGZ-sector een lastige positie hebben; zij moeten GGZ inkopen op basis van kwaliteit en tegen een goede prijs, terwijl de kwaliteit in de GGZ-sector nog beperkt inzichtelijk is en het daarom lastig is om prijzen van GGZ-instellingen te vergelijken. Daarnaast merkt de ACM op dat de GGZ-sector midden in een periode van grote ontwikkelingen staat, waaronder de invoering van de prestatiebekostiging en de geleidelijke afschaffing van de risico-verevening. Deze transitie heeft in de ziekenhuissector enige tijd geleden al plaatsgevonden. Ontwikkelingen in de GGZ-sector op het gebied van (meer) transparantie zullen er naar verwachting voor zorgen dat deze beperkingen in de toekomst afnemen en zorgverzekeraars meer inzicht krijgen in kwaliteit. Alhoewel dit tegelijkertijd door sommige spelers binnen de GGZ wordt tegengesproken, houdt de ACM er vooralsnog rekening mee dat zorgverzekeraars, gelet op de transitieperiode in de GGZ-sector, hun mogelijkheden wellicht overschatten. Te meer omdat de transparantie in de kwaliteit en prijs in de GGZ-sector achterloopt op bijvoorbeeld die in de ziekenhuissector.<sup>87</sup>
173. De ACM merkt bovendien op dat de inbreng van zorgverzekeraars in deze zaak niet altijd eenvoudig te duiden is, gelet op de uiteenlopende en soms tegenstrijdige standpunten die in het marktonderzoek naar voren zijn gekomen. Bijvoorbeeld, voorafgaand aan de melding bij de ACM hebben de zorgverzekeraars<sup>88</sup> per brief aan partijen laten weten dat zij na de voorgenomen concentratie over voldoende disciplineringsmogelijkheden beschikken. Daarnaast hebben zorgverzekeraars in het marktonderzoek aangegeven over een zekere mate van afnemersmacht te beschikken. Vervolgens is in gesprekken met dezelfde zorgverzekeraars gebleken dat de voorgenomen concentratie ook veel onzekerheden voor de zorgverzekeraars met zich meebrengt. Deze onzekerheden vormen risico's die de zorgverzekeraars, naar eigen zeggen, bewust nemen omdat zij ook bepaalde voordelen zien van de concentratie met name op het gebied van vastgoedoptimalisatie<sup>89</sup> en op zorginhoudelijk vlak. De ACM houdt in haar beoordeling daarom rekening met het feit dat zorgverzekeraars andere, meer strategische, belangen hebben waarom ze zich in het marktonderzoek van de ACM positief uitlaten over deze concentratie.
174. Zorgverzekeraars beschikken over onderhandelingsinstrumenten (zoals het overhevelen van

<sup>85</sup> De ACM heeft in het kader van het marktonderzoek de vier zorgverzekeraars gesproken maar heeft ook naar aanleiding van de Punten van Overwegingen schriftelijke zienswijzen van de individuele zorgverzekeraars ontvangen.

<sup>86</sup> Zie uitspraak Rb. Rotterdam 29 september 2016, ECLI:NL:RBROT:2016:7373, rechtsoverweging 13.1.

<sup>87</sup> Dezelfde transitieperiode heeft in de ziekenhuissector enige tijd geleden reeds plaatsgevonden.

<sup>88</sup> In de zomer van 2014 en in begin 2015.

<sup>89</sup> [...]





budget naar een andere aanbieder, benchmarken en het inzetten van positieve financiële prikkels) en kunnen deze gebruiken om tijdens de onderhandelingen tot de voor hen beste resultaten te komen. Dit impliceert volgens de ACM echter niet dat zorgverzekeraars deze ook succesvol kunnen inzetten om Parnassia na de voorgenomen concentratie te disciplineren. Een onderhandelingsinstrument heeft niet per definitie een disciplinerend karakter. Daarnaast kan de sterkte van de onderhandelingsinstrumenten verschillen. De ACM merkt bovendien op dat het inzetten van een bepaald onderhandelingsinstrument een beslissing is van een individuele zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars kunnen verschillende visies hebben met betrekking tot het inkoopproces. Een voorbeeld hiervan is dat DSW, anders dan de drie andere grote zorgverzekeraars in de regio Rotterdam-Rijnmond, aangeeft nooit selectief te willen inkopen.

175. In het marktonderzoek geven zorgverzekeraars aan dat zij in het algemeen goede resultaten boeken bij de inkoop van GGZ. Wat de ACM hierbij opvalt is dat zorgverzekeraars refereren aan hun sectorbrede resultaten. Uit het marktonderzoek is gebleken dat er grote verschillen tussen GGZ-aanbieders bestaan in de onderhandelingsresultaten van de zorgverzekeraars. Een deel van de zorgverzekeraars geeft aan dat er met Parnassia momenteel goede afspraken kunnen worden gemaakt, maar dat zij over het algemeen niet altijd tevreden zijn over de onderhandelingsresultaten met Antes van de afgelopen jaren. CZ, DSW en VGZ geven in het marktonderzoek bijvoorbeeld aan [...]. DSW en VGZ geven daarnaast aan dat Antes niet in staat zou zijn om zelfstandig te ambulantisieren. De ACM constateert dat ondanks de ontevredenheid en de minder positieve onderhandelingsresultaten met Antes, de zorgverzekeraars tot op heden geen (disciplinerings)instrumenten hebben ingezet om de situatie in hun voordeel te veranderen. Overigens heeft VGZ in een later stadium van de procedure opgemerkt dat de resultaten van Antes in de loop der jaren beter zijn geworden. Daarentegen heeft VGZ aangegeven dat zij van Parnassia juist marktmacht heeft ervaren in de afgelopen contracteringsronde (voor de contracten 2017).
176. Gelet op het bovenstaande, houdt de ACM rekening met de mogelijkheid dat de zorgverzekeraars deze voorgenomen concentratie zien als een potentiële oplossing voor hun ontevredenheid met betrekking tot Antes. Dit betekent echter niet dat zij voldoende disciplineringsmogelijkheden zien om Parnassia na de voorgenomen concentratie te disciplineren, ook op termijn.
177. Hieronder zet de ACM haar bevindingen uiteen ten aanzien van de al dan niet aanwezige compenserende afnemersmacht van de individuele zorgverzekeraar. Allereerst wordt het juridisch kader geschetst. Vervolgens gaat de ACM in op de omvang van de individuele zorgverzekeraars en hun commerciële betekenis voor Parnassia na de voorgenomen concentratie, gevolgd door de beoordeling of individuele zorgverzekeraars na de totstandkoming van de concentratie het vermogen hebben om over te schakelen op andere GGZ-aanbieders in de regio Rotterdam-Rijnmond.

#### **6.6.1 Kader compenserende afnemersmacht**

178. Het begrip 'compenserende afnemersmacht' moet in deze zaak worden begrepen als een sterke onderhandelingspositie van een individuele zorgverzekeraar (de afnemer) in commerciële onderhandelingen met Parnassia na de voorgenomen concentratie (de onderneming). Deze afnemersmacht is dan het gevolg van de omvang van de zorgverzekeraar, zijn commerciële betekenis voor partijen en zijn vermogen om over te schakelen op andere GGZ-aanbieders.<sup>90</sup>

<sup>90</sup> Richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale fusies op grond van de Verordening van de Raad inzake de controle op concentraties van ondernemingen (2004/C 31/03), randnummer 64.



179. Er is sprake van compenserende afnemersmacht wanneer een individuele afnemer op een geloofwaardige wijze kan dreigen om binnen een redelijke termijn zijn toevlucht te nemen tot andere aanbieders. Een zorgverzekeraar kan hiertoe besluiten als Parnassia na de voorgenomen concentratie de prijzen zou verhogen dan wel de kwaliteit zou verslechteren. In de Richtsnoeren wordt als voorbeeld genoemd het geval wanneer de afnemer onmiddellijk kan overschakelen naar andere aanbieders of uitbreiding en/of toetreding kan faciliteren.<sup>91</sup>
180. Compenserende afnemersmacht valt volgens de Richtsnoeren eerder te verwachten van grote afnemers, dan van kleinere afnemers. In bepaalde situaties kan het van belang zijn om bij de beoordeling in het bijzonder aandacht te besteden aan de prikkels voor afnemers om hun afnemersmacht te gebruiken.<sup>92</sup> Bijvoorbeeld, een zorgverzekeraar zou mogelijk niet willen investeren in toetreding wanneer concurrerende zorgverzekeraars eveneens voordelen kunnen plukken van deze toetreding.
181. Uit de Richtsnoeren volgt dat er geen sprake is van voldoende compenserende afnemersmacht als slechts een specifiek deel van de afnemers met een bijzonder sterke onderhandelingspositie na de voorgenomen concentratie niet te maken krijgt met aanzienlijk hogere prijzen of verslechterde voorwaarden. Uit de Richtsnoeren volgt eveneens dat compenserende afnemersmacht moet bestaan na voltooiing van de voorgenomen concentratie. Na de voorgenomen concentratie kan de mogelijke compenserende afnemersmacht immers gereduceerd zijn doordat er een geloofwaardig alternatief wordt weggenomen.<sup>93</sup>

## 6.6.2 De omvang van de zorgverzekeraar en zijn commerciële betekenis voor Parnassia

182. In de beoordeling van de omvang van de individuele zorgverzekeraar en zijn commerciële betekenis voor Parnassia na de voorgenomen concentratie, beschrijft de ACM eerst op welke wijze zorgverzekeraars en GGZ-aanbieders onderhandelen en wat hun posities daarin zijn (i). De ACM gaat vervolgens in op de door partijen aan de zorgverzekeraars gedane toezeggingen (ii). Daarna bespreekt de ACM de marktposities van de individuele zorgverzekeraars in de regio Rotterdam-Rijnmond (iii), gevolgd door een tussenconclusie met betrekking tot de omvang van de zorgverzekeraars en hun commerciële betekenis voor Parnassia na de totstandkoming van de voorgenomen concentratie (iv).

### i. Onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en GGZ-aanbieders

183. In dit onderdeel behandelt de ACM de wijze waarop de onderhandelingen plaatsvinden tussen zorgverzekeraars en Parnassia na de voorgenomen concentratie. Hiermee bepaalt de ACM welke factoren van relevant zijn om te bepalen welke onderhandelingspositie zorgverzekeraars en Parnassia na de voorgenomen concentratie innemen.

### Opvatting partijen

184. Op verzoek van partijen heeft Lexonomics onderzocht welke factoren in de economische literatuur relevant zijn voor het bepalen van de onderhandelingspositie van zorgverzekeraars. Dit heeft Lexonomics gedaan op basis van een onderhandelingsmodel.<sup>94</sup> In dit door Lexonomics gekozen onderhandelingsmodel zijn prijzen het resultaat van bilaterale onderhandelingen tussen individuele kopers (zorgverzekeraars) en individuele verkopers (GGZ-aanbieders). Lexonomics

<sup>91</sup> Idem, randnummer 65.

<sup>92</sup> Idem, randnummers 65-66.

<sup>93</sup> Idem, randnummer 67.

<sup>94</sup> Lexonomics heeft in haar rapport voor het onderhandelingsmodel 'Bargaining Theory' gekozen. Zie ook A. Muthoo. 'A Non-Technical Introduction to Bargaining Theory', World Economics Vol 1., No.2, April-June 2000, p. 145-166.



geeft aan dat zes factoren bepalend zijn voor de beoordeling van de onderhandelingspositie: de voorkeur voor zekerheid, het risico van het stoppen van de onderhandelingen, de mogelijkheden buiten de onderhandelingen, de posities tijdens de onderhandelingen, *commitment* technieken en de informatiepositie.

185. Lexonomics wijst op ontwikkelingen die gevolgen zouden kunnen hebben op de onderhandelingen tussen GGZ-aanbieders en zorgverzekeraars. Hierbij trekt zij de parallel met concentraties van ziekenhuizen en de wijze waarop de ACM hiermee omgaat. Zij wijst daarbij op een aantal elementen waarin volgens haar de ziekenhuissector verschilt van de GGZ-sector. Zo is de prestatiebekostiging eerder ingevoerd in de ziekenhuissector dan in de GGZ-sector. Dit maakt dat zorgverzekeraars al ongeveer tien jaar ervaring hebben met dit type onderhandelingen en onderhandelingsinstrumenten. Daarnaast is er in de GGZ-sector nog sprake van een ex-post risicoverevening, terwijl dit in de ziekenhuissector vanaf 1 januari 2015 voor de somatische zorg is vervallen. Ook wijst Lexonomics op het aandeel van de GGZ-kosten in de totale zorgkosten onder de Zvw in verhouding tot de ziekenhuissector, namelijk 8% versus 50%. Het financiële belang van de GGZ voor zorgverzekeraars is kleiner en zorgverzekeraars zouden een minder sterke voorkeur hebben om snel contracten af te sluiten. Volgens Lexonomics hebben zorgverzekeraars daarom een sterkere onderhandelingspositie in de GGZ-sector ten opzichte van de ziekenhuissector.
186. Lexonomics geeft vervolgens aan dat met betrekking tot de jaarlijkse korting ten opzichte van de door de NZa vastgestelde maximumtarieven, zorgverzekeraars bij het begin van de onderhandelingen uitgaan van de afgesproken prijzen van het voorgaande jaar en daarbij een standaard korting hanteren. Doordat zorgverzekeraars een openingsbod neerleggen, moeten GGZ-aanbieders een afwijkend bod onderbouwen. Op deze manier zouden zorgverzekeraars een voorsprong in de onderhandelingen krijgen. Uit het feit dat de zorgverzekeraars in staat zijn om de tarieven onder het maximumtarief uit te onderhandelen blijkt volgens Lexonomics dat zorgverzekeraars de bovenliggende partij zijn en over een sterke onderhandelingspositie beschikken. Bovendien stelt Lexonomics dat hier tevens sprake is van een asymmetrische situatie ten gunste van de zorgverzekeraars aangezien er wel maximumtarieven gelden, maar geen minimumtarieven.

#### **Beoordeling door de ACM**

187. Het door Lexonomics aangedragen onderhandelingsmodel gaat uit van een situatie waarin meerdere GGZ-aanbieders met een zekere verkoopmacht op de markt voor sGGZ in de regio Rotterdam-Rijnmond actief zijn. Deze situatie is echter niet vergelijkbaar met de situatie die na deze voorgenomen concentratie ontstaat. Na de voorgenomen concentratie is Parnassia als enige grote geïntegreerde GGZ-instelling in de regio Rotterdam-Rijnmond actief. Alleen zij beschikt dan over verkoopmacht. De ACM acht de waarde van het door Lexonomics gebruikte onderhandelingsmodel in deze zaak daarom beperkt. Dit neemt niet weg dat de factoren die van belang zijn in dit onderhandelingsmodel, ook in meer of mindere mate van belang kunnen zijn in deze zaak. De ACM gaat daarom hieronder kort in op de verschillende factoren.
188. De ACM constateert dat Parnassia en de individuele zorgverzekeraars na de voorgenomen concentratie vergelijkbare marktposities ten opzichte van elkaar innemen. Zowel Parnassia als de individuele zorgverzekeraars beschikken niet over sterke mogelijkheden om door bepaalde gedragingen of uitlatingen het onderhandelingsresultaat voorafgaand aan de onderhandelingen eenzijdig te beïnvloeden (factor *commitment* tactieken). Ook tijdens de onderhandelingen beschikken de individuele zorgverzekeraars niet over een betere positie dan Parnassia. Het feit dat de zorgverzekeraars tijdens de onderhandelingen een openingsbod doen, impliceert niet dat zij daarmee onderhandelingsmacht hebben en GGZ-aanbieders daarmee akkoord moeten gaan.



Als er momenteel al enige onbalans is in de onderhandelingservaring tussen de individuele zorgverzekeraars en partijen, dan acht de ACM het aannemelijk dat deze in de loop der jaren gelijk zal worden getrokken.

189. Zowel zorgverzekeraars als partijen hebben er belang bij de onderhandelingen snel af te ronden (factor voorkeur voor zekerheid). Zorgverzekeraars kunnen door hun zorgplicht na de voorgenomen concentratie niet om Parnassia heen en zullen partijen vóór 19 november van ieder jaar gecontracteerd moeten hebben. Dit is de datum dat zorgverzekeraars alle door hen gecontracteerde zorgaanbieders bekend moeten maken. Ook Parnassia na de voorgenomen concentratie heeft er belang bij om snel zekerheid over de uitkomst van de onderhandelingen te willen hebben. Zij wil financiële zekerheid hebben over het volgende jaar.
190. Daarentegen lijkt de informatiepositie van zorgverzekeraars op het eerste gezicht iets beter dan die van partijen. Met hun benchmarkinformatie hebben zorgverzekeraars veel mogelijkheden om GGZ-aanbieders met elkaar te vergelijken. Op deze informatiepositie kan echter ook het een en ander kan worden afgedongen.<sup>95</sup> Partijen beschikken ook over relevante informatie die hen in staat stelt goed de onderhandelingen in te gaan. Volgens de Algemene Rekenkamer hebben GGZ-aanbieders een informatievoorsprong op de zorgverzekeraars als het gaat om de noodzaak, effectiviteit en kwaliteit van een behandeling. GGZ-aanbieders hebben daardoor op de inkoopmarkt een sterkere onderhandelingspositie dan de zorgverzekeraars.<sup>96</sup> Op basis van het bovenstaande komt de ACM derhalve tot de conclusie dat zowel de zorgverzekeraars als partijen beschikken over een goede informatiepositie waarmee ze de onderhandelingen ingaan.
191. Een factor die voor zorgverzekeraars nadeliger uitpakt dan voor partijen, is het risico van het afbreken van de onderhandelingen. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht en zullen, mede geleid op de grote positie van Parnassia na de voorgenomen concentratie, zorg moeten inkopen bij Parnassia om daaraan te voldoen.<sup>97</sup> Bovendien kunnen zorgverzekeraars op grond van artikel 13 Zvw worden gedwongen om een substantieel deel van de zorg te vergoeden, ook als er geen contract is gesloten. Deze zorgplicht bestaat niet voor Parnassia. Parnassia kan niet worden gedwongen om zonder contract zorg te leveren aan verzekerden van de betreffende zorgverzekeraar.
192. Wat betreft de overgang van het representatiemodel naar prestatiebekostiging, merkt de ACM op dat zowel GGZ-aanbieders als zorgverzekeraars zich hieraan moeten aanpassen. Dat er door zorgverzekeraars al langer wordt onderhandeld voor de inkoop van zorg in andere sectoren, doet hier niets aan af. Iedere sector kent immers zijn eigen bijzonderheden die van invloed zijn op de onderhandelingen en ook nog eens per regio kunnen verschillen. De ACM merkt bovendien op dat GGZ-aanbieders gedurende de periode van het representatiemodel altijd onderhandeld hebben met de zogenoemde penvoerder. Dit was de grootste zorgverzekeraar in de betreffende regio die namens alle andere zorgverzekeraars onderhandelde. GGZ-aanbieders ontberen dus niet de ervaring om te onderhandelen. Daarnaast kunnen GGZ-aanbieders expertise aantrekken om hun vermeende achterstand op te heffen, bijvoorbeeld in de vorm van het aannemen van nieuw personeel. Bovendien zal een mogelijk ervaringsvoordeel van een zorgverzekeraar met iedere onderhandelingsronde verminderen en op den duur verdwijnen.

44/118

<sup>95</sup> Zie hiervoor ook randnummers 236 tot en met 240 waar benchmarken uitgebreid wordt besproken.

<sup>96</sup> *Bekostiging van de curatieve geestelijke gezondheidszorg*, onderzoek door de Algemene Rekenkamer, 24 januari 2017, p. 17.

<sup>97</sup> Idem.



193. De ex post risico-verevening kan eveneens gevolgen hebben op de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en GGZ-aanbieders. De ACM is van oordeel dat het (geleidelijk) afschaffen hiervan de prikkel van zorgverzekeraars beïnvloedt om in de toekomst scherp(er) in te kopen. Op dit moment is echter nog onduidelijk hoe sterk deze prikkel zal toenemen.
194. Anders dan partijen stellen, is het voor de beoordeling niet van belang dat de schadelast van de GGZ-sector voor de zorgverzekeraars slechts 8% uitmaakt van de totale schadelast. De beperktere schadelast van de GGZ-sector ten opzichte van de ziekenhuissector zou in theorie kunnen inhouden dat zorgverzekeraars een minder sterke prikkel hebben om scherp te onderhandelen, omdat een slecht onderhandelingsresultaat in de GGZ-sector minder zwaar weegt op hun totale schadelast. Uit het marktonderzoek is echter niet gebleken dat zorgverzekeraars op deze wijze naar de GGZ-sector kijken.<sup>98</sup> De ACM is van mening dat de GGZ-sector voor zorgverzekeraars op zichzelf voldoende groot<sup>99</sup> is om er financieel belang bij te hebben om goed te onderhandelen. Daarbij gaat het in deze zaak om Parnassia; de grootste GGZ-instelling van Nederland, waar zorgverzekeraars landelijke afspraken maken met Parnassia.<sup>100</sup>
195. De ACM concludeert op basis van voorgaande dat er tussen zorgverzekeraars en Parnassia na de voorgenomen concentratie sprake is van een wederzijdse afhankelijkheid. Parnassia is voor de inkoop afhankelijk van de verscheidene zorgverzekeraars, terwijl de zorgverzekeraars afhankelijk zijn van Parnassia om aan hun zorgplicht te voldoen.

#### **ii. Toezeggingen partijen aan de zorgverzekeraars**

196. Parnassia en Antes hebben aan zorgverzekeraars toezeggingen gedaan. In dit onderdeel beoordeelt de ACM of deze toezeggingen gezien kunnen worden als uitoefening van compenserende afnemersmacht.

#### **Opvatting partijen**

197. Voorafgaand aan de melding van de voorgenomen concentratie bij de ACM, hebben partijen toezeggingen gedaan aan de zorgverzekeraars. Partijen hebben toegezegd dat [...]. Tot voor kort hadden zorgverzekeraars enkel inzicht in het totaaloverzicht van Parnassia en bestond er één inkoopafspraken voor het gehele concern van Parnassia.
198. Partijen benadrukken dat de toezeggingen niet zijn afgegeven in het kader van de melding van deze concentratie bij de ACM. Volgens partijen zijn de toezeggingen een duidelijke uitoefening van de compenserende afnemersmacht van zorgverzekeraars en laten deze toezeggingen zien dat zorgverzekeraars in staat zijn partijen tot vergaande toezeggingen te dwingen. Partijen geven daarnaast aan dat de zorgverzekeraars bovendien in staat zijn om partijen te dwingen tot nakoming van deze toezeggingen.

#### **Beoordeling door de ACM**

199. In het meldingsbesluit heeft de ACM geconcludeerd dat de door partijen gedane toezeggingen geen marktomstandigheid vormen. In haar beoordeling wat betreft de compenserende afnemersmacht van zorgverzekeraars heeft de ACM in het meldingsbesluit daarom geen

<sup>98</sup> Zie hiervoor ook randnummer 32 in dit besluit, waarbij de ACM reeds heeft constateert dat een gevolg van de afschaffing van het representatiemodel, zorgverzekeraars investeren in de onderhandelingen met grote GGZ-aanbieders in de regio's waar zij een groot aandeel hebben. Onderhandelingen met kleinere GGZ-aanbieders worden vaak afgedaan met standaardcontracten.

<sup>99</sup> Meer dan EUR 5 miljard omzet. Zie hiervoor <http://www.ggznederland.nl/pagina/over-ggz-nederland>, website bezocht op 3 januari 2017.

<sup>100</sup> Parnassia had meer dan EUR 500 miljoen omzet in het jaar 2014.



rekening gehouden met deze toezeggingen.<sup>101</sup>

200. Uit het marktonderzoek blijkt dat de zorgverzekeraars zich in 2014, voorafgaand aan de melding bij de ACM, kritisch hebben uitgelaten over de plannen van partijen. De zorgverzekeraars geven aan dat partijen hen vervolgens hebben weten te overtuigen met hun *business case*. De toezeggingen van partijen aan de zorgverzekeraars waren onderdeel van deze *business case*.
201. Bij aanvang van de meldingsprocedure stonden de zorgverzekeraars dus positief tegenover de voorgenomen concentratie. De toezeggingen die partijen aan de zorgverzekeraars hadden gedaan, speelden hierbij een belangrijke rol. De ACM sluit niet uit dat de toezeggingen mede tot stand zijn gekomen onder druk van de concentratietoets, zodat de zorgverzekeraars een positieve houding zouden aannemen in de procedure van de ACM.
202. Voor de zorgverzekeraars was een belangrijke reden om akkoord te gaan met de voorgenomen concentratie met name [...]. Uit het marktonderzoek blijkt tevens dat de [...] voor de zorgverzekeraars een belangrijke drijfveer is om met de plannen van partijen mee te gaan. Daarnaast verwachten zorgverzekeraars dat er met Antes, als onderdeel van Parnassia, in de toekomst betere afspraken kunnen worden gemaakt in tegenstelling tot de huidige situatie. Een deel van de zorgverzekeraars geeft hierbij aan dat zij vanwege de goede ervaringen met Parnassia en op basis van vertrouwen verwachten dat Parnassia na de voorgenomen concentratie zich aan deze toezeggingen zal houden.
203. De ACM is van mening dat de toezeggingen geen marktomstandigheid zijn maar commerciële afspraken tussen partijen en zorgverzekeraars. Omdat deze commerciële afspraken tussen partijen en de zorgverzekeraars geen garantie bieden, neemt de ACM de toezeggingen niet mee in de beoordeling of er sprake is van compenserende afnemersmacht.
204. De ACM zet bovendien vraagtekens bij de juridische afdwingbaarheid van de toezeggingen. Indien partijen zich niet aan de gedane toezeggingen houden, is het aan de zorgverzekeraars om partijen hierop aan te spreken, al dan niet via een gerechtelijke procedure. De ACM vraagt zich sterk af of de zorgverzekeraars de toezeggingen juridisch kunnen dan wel zullen afdwingen. Alle zorgverzekeraars geven immers aan dat een goede relatie met een GGZ-aanbieder zeer belangrijk is. De ACM verwacht dan ook niet dat de zorgverzekeraars deze relatie onder druk willen zetten door nakoming te eisen van Parnassia na de voorgenomen concentratie.
205. Daarnaast constateert de ACM dat partijen weliswaar toezeggingen hebben gedaan, maar dat deze toezeggingen (nog) niet contractueel zijn vastgelegd en/of in detail zijn uitgewerkt. Dit zorgt ervoor dat de toezeggingen ruimte laten voor interpretatie en daarmee lastig afdwingbaar zijn. Zorgverzekeraars konden tijdens het marktonderzoek niet aangeven wat deze toezeggingen concreet inhielden. Er lijkt meer sprake te zijn van een nog niet geformaliseerde afspraak op hoofdlijnen.
206. Op basis van het bovenstaande komt de ACM tot de conclusie dat de toezeggingen niet als marktomstandigheid moeten worden aangemerkt en derhalve geen indicatie van compenserende afnemersmacht zijn. De toezeggingen bevestigen eerder de verwachtingen die de zorgverzekeraars hebben van deze voorgenomen concentratie en geven hen het vertrouwen dat partijen bereid zijn om voordelen te realiseren.

### **iii. Positie van de zorgverzekeraars in Rotterdam-Rijnmond**

<sup>101</sup> Zie besluit van 6 november 2015 in zaak 15.0992.22/Parnassia Groep B.V. - Stichting Antes, randnummer 105.





207. De ACM beoordeelt in dit onderdeel in hoeverre de posities van zorgverzekeraars (en zorgkantoren) in de regio Rotterdam-Rijnmond leiden tot compenserende afnemersmacht, waarmee zorgverzekeraars Parnassia na de voorgenomen concentratie kunnen disciplineren.

#### *Opvatting partijen*

208. Partijen hebben Lexonomics gevraagd om de positie van partijen en de zorgverzekeraars in kaart te brengen. Lexonomics constateert dat de vier grootste zorgverzekeraars in Nederland gezamenlijk een marktaandeel van 90% op de nationale zorgverzekeringsmarkt hebben, terwijl partijen daarentegen in Nederland op de markt voor sGGZ een marktaandeel van circa [10-20]% nationaal en een marktaandeel van [70-80]% in de regio Rotterdam-Rijnmond hebben. In haar rapport verstaat Lexonomics onder de vier grootste zorgverzekeraars in Nederland Achmea (Zilveren Kruis), CZ, VGZ en Menzis.
209. Partijen betogen dat de zorgverzekeraars over compenserende afnemersmacht beschikken waarmee zij de mededingingsbeperkende gevolgen van de voorgenomen concentratie kunnen compenseren. Dit baseren zij op de conclusies uit het Lexonomics rapport, waarin onder meer wordt geconcludeerd dat zorgverzekeraars na de voorgenomen concentratie substantiële onderhandelingsmacht hebben ten opzichte van Parnassia en over voldoende disciplineringsmogelijkheden beschikken.
210. Lexonomics constateert in haar rapport dat het in de GGZ-sector gebruikelijk is om tijdens de onderhandelingen maximale aantallen patiënten en maximale gemiddelde kosten per unieke verzekerde af te spreken. Evenals bij het omzetplafond, zijn de risico's hierbij asymmetrisch verdeeld tussen de GGZ-aanbieder en de zorgverzekeraar. Overproductie wordt niet vergoed aan de GGZ-aanbieder, terwijl onderproductie eveneens voor rekening van de GGZ-aanbieder komt. Indien de gemiddelde prijs per patiënt lager uitvalt dan contractueel is vastgelegd, krijgt de GGZ-aanbieder slechts de gerealiseerde gemiddelde prijs uitgekeerd. Andersom betaalt de zorgverzekeraar niet meer uit als de gemiddelde kosten boven het afgesproken maximum uitkomen.

#### *Beoordeling door de ACM*

211. Zorgverzekeraars onderhandelen ieder afzonderlijk met individuele GGZ-aanbieders en kunnen niet gezamenlijk optrekken om Parnassia na de voorgenomen concentratie te disciplineren. De ACM hecht daarom geen waarde aan het door Lexonomics geconstateerde gezamenlijke nationale marktaandeel van 90%. Uit het marktonderzoek volgt dat de relevante geografische markt de regio Rotterdam-Rijnmond is en dat er in deze regio vier zorgverzekeraars actief zijn die in ongeveer dezelfde mate vertegenwoordigd zijn. Dit zijn Achmea, CZ, VGZ en DSW. Zij hebben in de regio Rotterdam-Rijnmond ieder een marktaandeel van circa [20-30]%. Daarnaast is er nog een aantal zorgverzekeraars actief met een kleiner marktaandeel.
212. De ACM concludeert dat er in de regio Rotterdam-Rijnmond, anders dan in veel andere regio's, geen sprake is van een situatie waarin één enkele zorgverzekeraar een substantieel groter marktaandeel heeft ten opzichte van andere in dezelfde regio actieve zorgverzekeraars.
213. In een regio waar niet één zorgverzekeraar een dominante marktpositie inneemt maar waar meerdere zorgverzekeraars vergelijkbare marktposities hebben, is het voor een individuele zorgverzekeraar lastiger om een GGZ-aanbieder een bepaalde kant op te laten bewegen. Bovendien kunnen bepaalde keuzes van een zorgverzekeraar conflicteren met keuzes van andere zorgverzekeraars. Een zorgverzekeraar zou zich ook terughoudender kunnen opstellen



uit vrees voor reputatieschade.<sup>102</sup>

214. Gelet op de individuele en vergelijkbare marktposities van de zorgverzekeraars in de regio Rotterdam-Rijnmond, concludeert de ACM dat na de voorgenomen concentratie in ieder geval niet zonder meer kan worden aangenomen dat de individuele zorgverzekeraars over voldoende compenserende afnemersmacht beschikken om de mededingingsbeperkende gevolgen te kunnen neutraliseren.
215. Partijen en zorgverzekeraars geven in het marktonderzoek daarentegen aan dat zorgverzekeraars op dit moment wel over een zekere mate van afnemersmacht beschikken. Zowel partijen als zorgverzekeraars spreken in dit kader ook over wederzijdse afhankelijkheid.
216. De ACM constateert dat partijen en zorgverzekeraars in de onderhandelingen inderdaad niet om elkaar heen kunnen. Deze wederzijdse afhankelijkheid impliceert echter niet dat er sprake is van afnemersmacht van de zorgverzekeraars die de mededingingsbeperkende gevolgen van de voorgenomen concentratie kan compenseren. Daarnaast zegt deze wederzijdse afhankelijkheid ook niets over de mate waarin één van de onderhandelingspartijen tijdens de onderhandelingen haar wil kan opleggen aan de andere partij. In het marktonderzoek wordt het beeld bevestigd dat zorgverzekeraars noch GGZ-aanbieders de uitkomsten van de onderhandelingen geheel naar hun eigen hand kunnen zetten.
217. De ACM is van oordeel dat de onderlinge verhoudingen en wederzijdse afhankelijkheid tussen partijen en de zorgverzekeraars na de voorgenomen concentratie zullen verschuiven. Zoals de ACM reeds heeft geconcludeerd, zal Parnassia na de voorgenomen concentratie een sterkere positie krijgen ten opzichte van de zorgverzekeraars terwijl de positie van de zorgverzekeraars gelijk blijft. Volgens de ACM is er per saldo derhalve geen sprake van een evenredige toename van de wederzijdse afhankelijkheid.
218. De afhankelijke relatie tussen partijen en zorgverzekeraars is gelegen in het feit dat zowel de zorgverzekeraars als partijen nadelige gevolgen ondervinden als ze onderling niet tot een akkoord kunnen komen tijdens de onderhandelingen. Zorgverzekeraars hebben immers tegenover hun verzekerden de wettelijke verplichting (zorgplicht) om voldoende zorg in te kopen dan wel te vergoeden.<sup>103</sup> Tijdens de onderhandelingen moeten zorgverzekeraars rekening houden met hun zorgplicht en voldoende zorg inkopen. De zorgverzekeraars moeten een grote GGZ-instelling als Parnassia waarschijnlijk altijd contracteren om aan hun zorgplicht te kunnen voldoen.<sup>104</sup> Aan de andere kant hebben partijen een groot financieel belang om in ieder geval met de vier grote zorgverzekeraars in de regio een contract af te sluiten.
219. De zorgverzekeraars zullen als gevolg de voorgenomen concentratie afhankelijker van Parnassia worden, doordat er voor hen geen reële alternatieven meer beschikbaar zijn. De ACM gaat in paragraaf 6.6.3. onder meer in op het ontbreken van alternatieve GGZ-aanbieders in de regio Rotterdam-Rijnmond.

**48/118**

<sup>102</sup> Selectieve inkoop kan bijvoorbeeld negatieve gevolgen hebben voor een zorgverzekeraar als zijn verzekerden zich niet in deze keuze kunnen vinden en vervolgens overstappen naar een andere zorgverzekeraar (zie randnummer 252 tot en met 258).

<sup>103</sup> Op grond van artikel 11 Zvw. Dezelfde zorgplicht geldt tevens voor zorgkantoren of Wlz-uitvoerders met betrekking tot de Wet langdurige zorg. Zie hiervoor onder meer Hoofdstuk 4, Titel 2 van de Wlz en de Memorie van Toelichting bij artikel 4.2.1. lid 1 sub a van de Wlz.

<sup>104</sup> *Bekostiging van de curatieve geestelijke gezondheidszorg*, onderzoek door de Algemene Rekenkamer, 24 januari 2017, p. 17.



**iv. Tussenconclusie**

220. De onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en partijen kenmerken zich door de financiële afhankelijkheid van partijen van de contracten met zorgverzekeraars en de zorgplicht die zorgverzekeraars hebben om voldoende zorg in te kopen voor hun verzekerden. Hierdoor bestaat er een wederzijdse afhankelijkheid tussen partijen en zorgverzekeraars. Deze wederzijdse afhankelijkheid impliceert echter niet dat er sprake is van afnemersmacht van zorgverzekeraars. Er is sprake van afnemersmacht als zorgverzekeraars aan de onderhandelingstafel een sterkere positie innemen en partijen kunnen dwingen een bepaalde kant op te bewegen. De ACM concludeert op basis van het marktonderzoek echter dat de individuele zorgverzekeraars tijdens de onderhandelingen ongeveer vergelijkbare posities innemen als Parnassia als Antes.
221. De marktposities van zorgverzekeraars in de regio Rotterdam-Rijnmond zijn vergelijkbaar. Dit maakt het voor een individuele zorgverzekeraar minder eenvoudig om een grote GGZ-instelling te disciplineren. Zeker gelet op het feit dat Parnassia na de voorgenomen concentratie een zeer hoog marktaandeel in de regio verkrijgt, acht de ACM het niet aannemelijk dat de individuele zorgverzekeraars na de voorgenomen concentratie over compenserende afnemersmacht beschikken om Parnassia te kunnen disciplineren.
222. Gelet op de zorgplicht van zorgverzekeraars, de reeds bestaande wederzijdse afhankelijkheid tussen partijen en individuele zorgverzekeraars en de vergelijkbare marktposities van individuele zorgverzekeraars in deze regio, acht de ACM het al niet aannemelijk dat zorgverzekeraars beschikken over compenserende afnemersmacht. Daarnaast zullen de zorgverzekeraars na de voorgenomen concentratie nog worden van Parnassia. Als gevolg van de voorgenomen concentratie, verdwijnen voor zorgverzekeraars belangrijke alternatieven in de markt, waardoor Parnassia een sterkere positie verkrijgt ten opzichte van de individuele zorgverzekeraars. In paragraaf 6.6.3 gaat de ACM nader in op de alternatieven die zorgverzekeraars behouden om (deels) over te schakelen op andere GGZ-aanbieders en de beschikbare onderhandelingsinstrumenten.
223. Tot slot concludeert de ACM dat de door partijen gedane toezeggingen niet als marktomstandigheid moeten worden aangemerkt en derhalve niet als een indicatie van afnemersmacht kunnen worden uitgelegd. Bovendien laten deze toezeggingen ruimte over voor interpretatie, zodat ze moeilijk juridisch afdwingbaar zijn.

49/118

**6.6.3 Het vermogen om over te schakelen op andere GGZ-aanbieders**

224. In de verdere beoordeling van compenserende afnemersmacht van zorgverzekeraars, gaat de ACM hierna in op de mogelijkheid van zorgverzekeraars om tijdig over te schakelen op andere GGZ-aanbieders. Allereerst gaat de ACM in op het ontbreken van deze alternatieven als gevolg van de voorgenomen concentratie (i). In dit verband behandelt de ACM ook diverse onderhandelingsinstrumenten waarbij het belangrijk is om over alternatieven te beschikken. Tot slot volgt een tussenconclusie (ii).

**i. Het ontbreken van alternatieven**

***Opvatting partijen***

225. Partijen erkennen dat er momenteel weinig alternatieve GGZ-aanbieders in de regio Rotterdam-Rijnmond actief zijn die met hun huidige capaciteit de zorg van partijen per direct zouden kunnen overnemen. Op een termijn van één tot enkele jaren zouden volgens partijen echter voldoende alternatieven in de regio Rotterdam-Rijnmond kunnen ontstaan. Er zouden zelfs meer alternatieven beschikbaar zijn als er rekening wordt gehouden met GGZ-aanbieders in



nabijgelegen regio's en met aanbieders van langdurige zorg, zoals verpleeghuiszorg en verzorgingshuiszorg. Als er geen reële alternatieve GGZ-aanbieders bestaan, kunnen zorgverzekeraars ook toetreding en/of uitbreiding in de betreffende regio creëren of faciliteren. Partijen verwijzen daarnaast ook naar de Bestuurlijke Akkoorden. Volgens partijen is de hoofddoelstelling van de Bestuurlijke Akkoorden om de uitgaven te beheersen door het realiseren van kostenbesparingen. Deze hoofddoelstelling zorgt er voor dat het voor zorgverzekeraars in de GGZ-sector minder belangrijk is om over alternatieven te beschikken. Een gevolg hiervan is dat selectieve inkoop in de GGZ-sector minder wordt ingezet dan in de ziekenhuissector.<sup>105</sup> Daarmee is selectieve inkoop volgens Lexonomics in de GGZ-sector als onderhandelingsinstrument minder belangrijk. Omdat selectieve inkoop in de GGZ-sector nauwelijks wordt gebruikt is het hoge gezamenlijke marktaandeel van partijen en het ontbreken van alternatieven daarom ook minder van belang, aldus Lexonomics.

**50/118**

226. Ondanks dat volgens Lexonomics het creëren of faciliteren van toetreding eveneens minder belangrijk zou zijn in de GGZ-sector dan bijvoorbeeld in de ziekenhuissector, zijn zorgverzekeraars na de totstandkoming van de voorgenomen concentratie toch in staat om Parnassia te disciplineren door toetreding te creëren of faciliteren.<sup>106</sup> Vooral op het gebied van ambulante sGGZ ziet Lexonomics mogelijkheden voor toetreders, omdat de toetredingsdrempels en expansiedrempels laag zijn. Hetzelfde geldt voor klinische sGGZ, zij het in mindere mate. Lexonomics verwacht namelijk dat door de ambulantisering GGZ-aanbieders leegstaande klinische capaciteit overhouden en dit aan elkaar kunnen verhuren. Een kantoorlocatie of een beschermde verblijfsplek, zoals een verpleeghuis of verzorgingshuis, zou al voldoen. Volgens Lexonomics maakt de ambulantiseringstrend tenslotte dat toetreding nog makkelijker.
227. Partijen onderschrijven de conclusie uit het Lexonomics rapport en menen dat het hebben van alternatieven pas relevant wordt op het moment dat selectieve inkoop op ruime schaal plaatsvindt, wat volgens partijen op dit moment niet het geval is. Slechts CZ en VGZ zouden enkele aandoeningen in de GGZ-sector selectief hebben ingekocht.<sup>107</sup> Omdat volgens partijen selectieve inkoop op beperkte schaal wordt toegepast en slechts door enkele zorgverzekeraars, concluderen partijen dat het hebben van alternatieven in de GGZ-sector niet, of in ieder geval in mindere mate, belangrijk is voor de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars gebruiken in de GGZ-sector andere onderhandelingsinstrumenten om GGZ-aanbieders te disciplineren.
228. Partijen stellen dat benchmarken een zeer belangrijk onderhandelingsinstrument is voor zorgverzekeraars. Volgens partijen zorgt (landelijk) benchmarken in de GGZ-sector in de praktijk voor veel druk en leidt het daadwerkelijk tot lagere tarieven, met name bij grotere GGZ-instellingen. Daarnaast verwacht Lexonomics dat benchmarken in de GGZ-sector beter werkt dan in de ziekenhuissector, omdat er minder DBC's<sup>108</sup> zijn en benchmarken daarom praktisch beter uitvoerbaar is.

<sup>105</sup> Dit leidt Lexonomics af uit de Marktscan specialistische zorg en de Marktscan GGZ van de NZa. Zie hiervoor de Marktscan medisch-specialistische zorg 2015, NZa 11 november 2015 en de Marktscan GGZ 2015 - Deel A, NZa 25 mei 2016.

<sup>106</sup> Zorgverzekeraars zouden volgens Lexonomics de nadruk leggen op kostenbesparingen omdat dat voor hen de snelste manier is om de schadelast te verlagen. De kostenbesparingen in de GGZ-sector worden volgens partijen mogelijk gemaakt door de ambulantisering.

<sup>107</sup> CZ kocht in 2016 de zorg voor ernstige persoonlijkheidsstoornissen en ernstige eetstoornissen selectief in. Zie hiervoor het Inkoopbeleid CZ, 2016. VGZ heeft voor 2016 indicatoren opgesteld voor de behandeling voor de volgende aandoeningen: angst, depressie, somatoform, verslaving, eetstoornis en dementie. Zie hiervoor Toelichting Inkoop 2016 Specialistische GGZ, Coöperatie VGZ.

<sup>108</sup> DBC staat voor diagnose-behandel combinatie.



229. Volgens Lexonomics is het daarnaast voor zorgverzekeraars mogelijk om op de middellange termijn budgetten te verschuiven van partijen naar alternatieve GGZ-aanbieders. Volgens partijen betekent dit voor hen dat er een sterke prikkel ontstaat om zich te conformeren aan de wensen van de zorgverzekeraars, met name omdat zorgverzekeraars volgens partijen elk jaar dreigen met budgetoverheveling. Doordat Parnassia in meerdere regio's actief is, zijn zorgverzekeraars volgens partijen bovendien in staat Parnassia na de voorgenomen concentratie te disciplineren door (te dreigen met) met verschuiving van budget buiten de regio. Partijen stellen daarnaast dat het buiten elke twijfel verheven is dat zorgverzekeraars beter in staat zijn om patiënten te sturen en budgetten te verschuiven dan GGZ-aanbieders.
230. Partijen stellen tot slot dat bevoorschotting, het inzetten van positieve financiële prikkels, het (niet) meewerken aan de ambities van GGZ-aanbieders om bepaalde behandelingen te mogen aanbieden, de invloed van banken bij het verstrekken van leningen en het instellen van declaratieplafonds belangrijke onderhandelingsinstrumenten zijn voor de beoordeling van compenserende afnemersmacht. Specifiek in de GGZ-sector worden daarnaast nog andere onderhandelingsinstrumenten ingezet, zoals het prijsplafond en maximumtarieven en kortingen.<sup>109</sup>

#### *Beoordeling door de ACM*

231. Zorgverzekeraars hebben meerdere mogelijkheden om druk uit te oefenen in de onderhandelingen met GGZ-aanbieders. De mate waarin deze druk ook daadwerkelijk een disciplinerende werking heeft verschilt wel. De druk van een onderhandelingsinstrument wordt groter als de zorgverzekeraar als ultieme sanctie kan overschakelen naar andere aanbieders of geloofwaardig kan dreigen dit te doen. Daarom is het voor het bestaan van compenserende afnemersmacht belangrijk dat zorgverzekeraars na de totstandkoming van de voorgenomen concentratie het vermogen behouden om over te schakelen op andere GGZ-aanbieders. Om na de voorgenomen concentratie van Parnassia over te kunnen schakelen op een andere aanbieder of daar geloofwaardig mee te dreigen, moeten er in de regio Rotterdam-Rijnmond dan wel reële alternatieven overblijven.
232. Momenteel is er naast partijen slechts één geïntegreerde GGZ-aanbieder actief in de regio Rotterdam-Rijnmond die een vergelijkbaar aanbod heeft als partijen. Dit is GGZ Delfland. De andere geïntegreerde GGZ-aanbieders hebben een heel ander zorgaanbod. GGZ Delfland is in de regio Rotterdam-Rijnmond beperkt in omvang en richt zich bovendien op een andere regio en is slechts in de randen van de regio Rotterdam-Rijnmond actief. De ACM acht het niet aannemelijk dat zorgverzekeraars na de voorgenomen concentratie gemakkelijk kunnen overschakelen op GGZ Delfland, aangezien GGZ Delfland in grote delen van de regio Rotterdam-Rijnmond niet actief is en zorgverzekeraars dan uitbreiding zouden moeten faciliteren.
233. Verder zijn er in de regio Rotterdam-Rijnmond voornamelijk veel kleinere ambulante sGGZ-aanbieders actief.<sup>110</sup> De ACM is van mening dat deze GGZ-aanbieders nauwelijks reële alternatieven zullen zijn voor Parnassia na de voorgenomen concentratie, gelet op hun omvang en zorgaanbod. De ACM acht het niet aannemelijk dat zorgverzekeraars na de totstandkoming van de voorgenomen concentratie gemakkelijk kunnen overschakelen op deze in de regio Rotterdam-Rijnmond reeds gevestigde GGZ-aanbieders, omdat zij niet een significant deel van het zorgaanbod en de daarbij horende capaciteit van Parnassia op zich kunnen nemen. Een

<sup>109</sup> De overige onderhandelingsinstrumenten zoals selectieve inkoop, benchmarken, het creëren of faciliteren van toetreding en het overhevelen van budget worden in paragraaf 7.5.3 besproken.

<sup>110</sup> Zie ook randnummer 133 e.v. waarin de ACM de betreffende markt en daarop actieve spelers in kaart brengt.



zeer gering deel van het budget van Parnassia is voor deze aanbieders al snel een verdubbeling of verdrievoudiging van hun budget.

234. In alle andere gevallen zullen zorgverzekeraars na de voorgenomen concentratie moeten uitwijken naar verder weg gelegen alternatieven buiten de geografische markt of toetreding moeten faciliteren. Uitmijnen naar GGZ-aanbieders buiten de regio Rotterdam-Rijnmond is volgens de ACM geen geloofwaardig alternatief. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht die hen ook verplicht om een goede regionale spreiding van zorg te hebben. Zorgverzekeraars moeten dus voldoende zorg aanbod inkopen binnen de regio. Het verplaatsen van budget van de ene regio naar aangrenzende regio's kan deze regionale spreiding ondermijnen. Het creëren of faciliteren van toetreding en het overhevelen van budget wordt hieronder vanaf randnummer 243 besproken.
235. De ACM gaat hierna eerst in op onderhandelingsinstrumenten die volgens partijen het meest relevant zijn in de GGZ-sector, omdat partijen van mening zijn dat het ontbreken van reële alternatieven in de GGZ-sector minder relevant zou zijn. Allereerst komen benchmarken en de Bestuurlijke Akkoorden aan bod. Daarna gaat de ACM in op de mogelijkheid van zorgverzekeraars om toetreding te creëren of faciliteren in de regio Rotterdam-Rijnmond. Tenslotte bespreekt de ACM de mogelijkheid van zorgverzekeraars om selectief in te kopen en budget over te hevelen en volgt er een bespreking van de overige onderhandelingsinstrumenten.

#### **Benchmarken**

236. Zorgverzekeraars zien benchmarken als een mogelijkheid om GGZ-aanbieders te disciplineren. Benchmarken is een relatief nieuw onderhandelingsinstrument waarmee zij steeds meer ervaring mee krijgen<sup>111</sup> en zij zijn voornemens dit in de toekomst vaker te gebruiken. Desondanks geven zorgverzekeraars aan dat benchmarken beperkingen kent. Zorgverzekeraars weten van een GGZ-aanbieder bijvoorbeeld niet op welke locatie welke zorg aan welke patiënt wordt geleverd. Daarnaast geven zorgverzekeraars aan dat het voor hen lastig is om op basis van kwaliteitsinformatie en declaratiedata te benchmarken, aangezien de meest recente declaratiegegevens minstens twee kalenderjaren oud zijn en er amper kwaliteitsnormen in de GGZ-sector bestaan.<sup>112</sup>
237. De *Routine Outcome Monitoring* (hierna: ROM) zou binnen de GGZ behulpzaam kunnen zijn bij het uitvoeren van een benchmark. ROM is de methodiek waarbij regelmatig metingen gedaan worden van de toestand van de cliënten met het oog op evaluatie en eventueel bijsturing van de behandeling. De beschikbaarheid van deze gegevens staat momenteel echter onder druk, omdat de ROM-data persoonsgegevens bevatten en de privacy van deze gegevens onvoldoende gewaarborgd was. GGZ Nederland, de organisatie adviseert haar leden de ROM-data voorlopig niet door te sturen naar de Stichting Benchmark GGZ, een kenniscentrum dat de kwaliteit van de zorg wil verbeteren door duidelijkheid over het effect van behandelingen.<sup>113</sup> Zolang er geen alternatief is voor ROM en ROM-data voorlopig niet gedeeld kunnen worden, blijft het lastig voor de zorgverzekeraars om aan goede kwaliteitsinformatie te komen voor hun benchmark.

<sup>111</sup> Zie ook het bedrijfsmodel van zorgverzekeraars, Gupta Strategists van 24 december 2015, p.50.

<sup>112</sup> Niet alle zorgverzekeraars kunnen GGZ-aanbieders onderling met elkaar vergelijken. Dit heeft te maken met de verschillen in de patiëntenpopulaties van GGZ-aanbieders. Enkele zorgverzekeraars vergelijken een GGZ-aanbieder alleen met zichzelf, door bijvoorbeeld de ontwikkelingen van de betreffende GGZ-aanbieder door de tijd heen te volgen.

<sup>113</sup> Zie onder andere *GGZ Nederland: 'Stop met delen van data'*, Medisch Contact, <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/ggz-nederland-stop-met-delen-van-data.htm>, website bezocht op 23 mei 2017.





238. Daarnaast zijn er in principe geen sancties verbonden aan negatieve uitkomsten uit de benchmark. Zorgverzekeraars gaan naar aanleiding van de benchmark wel het gesprek aan met de betreffende GGZ-aanbieder om verbeterafspraken te maken. Als deze GGZ-aanbieder zich vervolgens niet aan de gemaakte verbeterafspraken houdt, ontstaat er volgens de zorgverzekeraars een suboptimale relatie bij de komende onderhandelingen.
239. Op basis van het marktonderzoek komt de ACM in deze zaak tot de conclusie dat benchmarken op zichzelf niet gezien moet worden als een middel dat zorgverzekeraars gebruiken om zorgaanbieders te disciplineren. Het is een middel om de beschikbare informatie te verzamelen om op grond hiervan het gesprek met de zorgaanbieders aan te gaan. In dat opzicht is het een zeer belangrijk hulpmiddel voor zorgverzekeraars in de onderhandelingen met GGZ-aanbieders. Uit het marktonderzoek komt echter ook duidelijk naar voren dat GGZ-aanbieders vaak in discussie gaan over de waarde van benchmarken. In veel gevallen vindt de betreffende GGZ-aanbieder dat de vergelijking met andere aanbieders in de benchmark mank gaat, omdat er volgens deze aanbieder wezenlijke verschillen bestaan tussen de verschillende GGZ-aanbieders. Ook cruciale informatie over noodzaak, effectiviteit en kwaliteit van een behandeling en patiëntenmixspelen in deze discussies een rol. Omdat de zorgverzekeraars niet over deze informatie beschikken, blijkt het voor zorgverzekeraars in de praktijk lastig om benchmarken succesvol in te zetten.
240. Uit het marktonderzoek blijkt dan ook dat zorgverzekeraars geen consequenties verbinden aan een dergelijk gesprek met GGZ-aanbieders. Een benchmark kan op termijn wel enig resultaat opleveren voor een zorgverzekeraar. GGZ-aanbieders zullen immers goed willen presteren ten opzichte van de concurrenten in de benchmark. Maar uiteindelijk is een positieve uitkomst van dit gesprek voor de zorgverzekeraar afhankelijk van de welwillendheid van de betreffende GGZ-aanbieder. Mogelijk kan benchmarken in de toekomst ook helpen om bijvoorbeeld realistisch te kunnen dreigen met bepaalde disciplineringsinstrumenten.

#### ***Bestuurlijke Akkoorden***

241. De ACM constateert dat de Bestuurlijke Akkoorden een marktomstandigheid zijn en niet als een uitoefening van eventuele afnemersmacht van de zorgverzekeraar moeten worden aangemerkt. In de Bestuurlijke Akkoorden is een visie en gewenste ontwikkelrichting voor de gehele GGZ-sector neergelegd. Zorgverzekeraars hebben in het marktonderzoek aangegeven dat de Bestuurlijke Akkoorden de individuele zorgaanbieders niet binden omdat de Bestuurlijke Akkoorden afspraken zijn die zijn overeengekomen tussen koepels van GGZ-aanbieders en zorgverzekeraars. Als gevolg daarvan spelen deze afspraken voor zorgverzekeraars een beperkte rol in de bilaterale onderhandelingen met GGZ-aanbieders. De ACM merkt nog wel op dat de minister de Bestuurlijke Akkoorden heeft opgezegd, maar dat de budgettaire kaders in de GGZ-sector nog worden gehandhaafd. Zie hiervoor randnummer 26. Dit neemt overigens niet weg dat de Bestuurlijke Akkoorden door de gehele sector nog steeds breed worden gedragen en uitgevoerd.
242. De ACM concludeert derhalve dat het afsluiten van de Bestuurlijke Akkoorden en de werking daarvan in de GGZ-sector door zorgverzekeraars in de onderhandelingen met GGZ-aanbieders niet als onderhandelingsinstrument wordt ingezet.

#### ***Toetreding creëren of faciliteren***

243. Zorgverzekeraars kunnen een prikkel hebben om toetreding te creëren of faciliteren en een GGZ-aanbieder actief te laten worden in de regio Rotterdam-Rijnmond. Dit is het geval wanneer na de totstandkoming van de voorgenomen concentratie, de reeds gevestigde GGZ-aanbieders



in de regio Rotterdam-Rijnmond nauwelijks als reële alternatieven van Parnassia kunnen worden aangemerkt. De ACM ziet het creëren of faciliteren van toetreding in beginsel als een sterk onderhandelingsinstrument dat kan worden ingezet om GGZ-aanbieders te disciplineren.<sup>114</sup>

54/118

244. Voor disciplinerende die uitgaat van (de dreiging van) toetreding creëren of faciliteren, is het noodzakelijk dat zorgverzekeraars bereid zijn budget weg te halen bij bestaande GGZ-aanbieders en dit budget vervolgens te gunnen aan een toetredende. Een toetredende groeit dan ten koste van een bestaande GGZ-aanbieder. Uit het marktonderzoek blijkt dat zorgverzekeraars hierin zeer terughoudend zijn. Er zijn geen voorbeelden naar voren gebracht waaruit blijkt dat er budget is verplaatst naar toetreders. Integendeel, zorgverzekeraars hebben tot op heden nauwelijks tot geen toetreding gecreëerd of gefaciliteerd op het gebied van sGGZ in de regio Rotterdam-Rijnmond, ondanks het feit dat zij met Antes niet tot de voor hen meest gewenste inkoopafspraken zijn gekomen. De ACM concludeert derhalve dat zorgverzekeraars het faciliteren van toetreding niet zo zeer gebruiken om GGZ-aanbieders te disciplineren, maar om witte vlekken in het zorgaanbod te vullen. De ACM heeft geen aanwijzingen dat dit in de toekomst dan wel na de totstandkoming van de voorgenomen concentratie anders zal zijn.
245. Uit het marktonderzoek blijkt bovendien dat er op dit moment geen toetreding wordt gecreëerd of gefaciliteerd op de markt voor klinische sGGZ. In de toekomst wordt toetreding eveneens niet realistisch geacht gelet op de beddenreductie. De leegstaande klinische capaciteit is volgens de ACM juist een gevolg van deze beddenreductie.
246. Op het gebied van ambulante sGGZ volgt uit het marktonderzoek dat zorgverzekeraars voornamelijk toetreding creëren of faciliteren als er sprake is van witte vlekken in een regio. Met witte vlekken bedoelen zorgverzekeraars dat er te weinig aanbod is of een bepaald soort zorg in de regio ontbreekt. Enkele zorgverzekeraars hebben aangegeven toetreding alleen te creëren of te faciliteren als de reeds gevestigde GGZ-aanbieders niet willen of niet kunnen voldoen aan de openstaande zorgvraag. Concurrenten bevestigen dit beeld. Met het opvullen van deze witte vlekken door middel van het creëren of faciliteren van toetreding, ontstaat echter nauwelijks extra concurrentiedruk op de bestaande GGZ-aanbieders omdat hun volledige zorgaanbod nog steeds intact blijft. Op basis van praktijkvoorbeelden uit het marktonderzoek constateert de ACM dat het creëren of faciliteren van toetreding op het gebied van ambulante sGGZ op dit moment op zeer beperkte schaal plaatsvindt en dan enkel om witte vlekken op te vullen.
247. Zorgverzekeraars hebben uiteenlopende verwachtingen hoe dit onderhandelingsinstrument in de toekomst zal worden ingezet. VGZ verwacht een toename bij concepten die vrij snel schaalbaar zijn maar geeft tevens aan dat toetreding stimuleren geen doel op zich is. Volgens VGZ is toetreding creëren of faciliteren zeer gemakkelijk. Tegelijkertijd geeft ze aan dat het vanwege de budgetkaders lastig is om budget bij andere GGZ-aanbieders weg te halen. DSW geeft aan toetreding niet aan te moedigen omdat het GGZ-aanbod zou kunnen creëren waar geen behoefte aan bestaat. Achmea legt uit dat zij terughoudend is met het contracteren van nieuwe GGZ-aanbieders omdat zij er in de regel jaarlijks in slaagt haar inkoopdoelen te behalen. Achmea spreekt de hoop uit dat zij enkel toetreding zal creëren of faciliteren als zij onverhoopt haar doelen niet zou realiseren. CZ geeft aan dat in de toekomst de mogelijkheid blijft bestaan om toetreding te stimuleren om te zorgen voor meer concurrentie in een bepaalde regio. Tegelijkertijd geeft CZ aan dat ze geen ongebreidelde toetreding in de ambulante sGGZ wil en daarom terughoudend is met het contracteren van nieuwe initiatieven. De toetredingsdrempels in

<sup>114</sup> Het creëren of faciliteren van toetreding in deze context moet niet worden verward met hetgeen besproken in paragraaf 6.5, waarbij GGZ-aanbieders op eigen initiatief tot een markt toetreden en waarbij het disciplineringsinstrument van de zorgverzekeraars een minder belangrijke rol speelt.



de ambulante GGZ-sector zijn volgens CZ namelijk erg laag. Als het zorgverzekeraars vervolgens niet lukt om budget bij een bestaande GGZ-aanbieder weg te halen, is dit een risico voor de budgetbeheersing voor de zorgverzekeraars.

248. In de situatie waarin maar één grote GGZ-aanbieder actief is, hebben zorgverzekeraars soms moeite om het gewenste resultaat te behalen. Dit blijkt uit een praktijkvoorbeeld dat in het marktonderzoek naar voren is gebracht. In een regio waar een kleine zorgverzekeraar werd geconfronteerd met een slecht presterende GGZ-instelling met een zeer hoog marktaandeel, bleek het voor deze zorgverzekeraar lastig om met de vuist op tafel te slaan. Tegelijkertijd gaf de grootste zorgverzekeraar in deze regio juist aan dat zij mogelijkheden zag om toetreding te faciliteren en daarmee de grote GGZ-aanbieder te disciplineren. De GGZ-aanbieder uit dit praktijkvoorbeeld heeft in de betreffende regio een vergelijkbaar hoog marktaandeel als Parnassia na de voorgenomen concentratie in de regio Rotterdam-Rijnmond. De betreffende grote zorgverzekeraar heeft ook een zeer hoog marktaandeel, even hoog als het marktaandeel van de betreffende GGZ-aanbieder.
249. Dit voorbeeld illustreert volgens de ACM dat het faciliteren van toetreding door zorgverzekeraars heel erg per geval verschilt, afhankelijk van de grootte van de zorgverzekeraar in een bepaalde regio en het marktaandeel van de bestaande partij(en). Een zorgverzekeraar met een zeer hoog marktaandeel in een bepaalde regio is wellicht goed in staat om een bestaande GGZ-aanbieder te disciplineren door middel van toetreding. Echter, hoe kleiner het marktaandeel van een zorgverzekeraar in een regio is, hoe lastiger dit zal zijn. Uit het marktonderzoek komt niet naar voren hoe groot het marktaandeel van een zorgverzekeraar moet zijn om toetreding succesvol te kunnen faciliteren. De regio Rotterdam-Rijnmond kenmerkt zich na de voorgenomen concentratie door vergelijkbare individuele posities van de zorgverzekeraars en een zeer hoog marktaandeel van Parnassia. De ACM is er daarom niet van overtuigd dat de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om toetreding te faciliteren voldoende sterk zijn om eventueel negatief gedrag (in prijs of kwaliteit) van Parnassia na de voorgenomen concentratie te disciplineren.
250. De ACM komt tot de conclusie dat na de totstandkoming van de voorgenomen concentratie zorgverzekeraars alleen op het gebied van ambulante sGGZ de mogelijkheid hebben om toetreding te creëren of faciliteren. Toetreding op het gebied van klinische sGGZ acht de ACM niet realistisch gelet op de beddenreductie.
251. Hoewel de ACM het mogelijk acht dat zorgverzekeraars na de voorgenomen concentratie nog ambulante sGGZ-aanbieders kunnen laten toetreden tot de regio Rotterdam-Rijnmond, acht zij het niet waarschijnlijk dat er veel dreiging richting Parnassia zal uitgaan van dit instrument. Op basis van de ervaringen in het verleden constateert de ACM dat toetreding met name wordt gefaciliteerd om witte vlekken op te vullen en niet om bestaande GGZ-aanbieders die minder goed functioneren te disciplineren. Het blijkt voor zorgverzekeraars lastig om budget weg te halen bij bestaande GGZ-aanbieders ten gunste van toetreders. De ACM heeft geen aanwijzingen dat dit in de nabije toekomst zal veranderen.

### **Selectieve inkoop**

252. Uit het marktonderzoek blijkt dat CZ en VGZ in de GGZ-sector selectief inkopen. Zij doen dit echter nog op een zeer beperkte schaal, namelijk op twee, respectievelijk drie aandoeningen. CZ en VGZ<sup>115</sup> zijn voornemens om selectieve inkoop in de toekomst uit te breiden op het moment dat er voldoende objectieve kwaliteitsnormen beschikbaar zijn. Achmea en DSW kopen

<sup>115</sup> VGZ geeft hierbij overigens aan selectieve inkoop op het gebied van specialistische zorg dan wel voor de EPA-doelgroep niet wenselijk te achten.



op dit moment niet selectief in, waarbij DSW<sup>116</sup> aangeeft principieel tegen selectieve inkoop te zijn. Achmea sluit niet uit dat zij in de toekomst wel selectief zal inkopen.

253. De ACM verwacht dat het nog enige tijd zal duren voordat zorgverzekeraars selectieve inkoop effectief kunnen inzetten. Zorgverzekeraars hebben in het marktonderzoek aangegeven dat zij onpartijdige en objectieve kwaliteitsnormen nodig hebben als zij selectief willen inkopen. Deze ontbreken op dit moment nog en de benchmarkgegevens per GGZ-aanbieder zijn eveneens onvoldoende geschikt om GGZ-aanbieders op kwaliteit te kunnen vergelijken. Hoe inzichtelijker de kwaliteitsnormen worden, hoe beter de zorgverzekeraars kunnen benchmarken en hoe effectiever selectieve inkoop in de toekomst kan worden ingezet.
254. Op grond van het marktonderzoek constateert de ACM dat selectieve inkoop in beginsel een sterk onderhandelingsinstrument is, maar dat selectief inkopen op dit moment nog beperkingen kent. Zorgverzekeraars moeten namelijk rekening houden met continuïteit van de GGZ-aanbieders, met de spreiding van de zorg over het land en regio's en met hun zorgplicht.<sup>117</sup> Daarnaast kan de vrije artskeuze uit artikel 13 Zvw<sup>118</sup> de sturingsmogelijkheden van zorgverzekeraars in een zekere mate beperken, waardoor de effectiviteit van selectieve inkoop kan verminderen. De zorgverzekeraars geven aan dat dat artikel 13 Zvw namelijk tot gevolg heeft dat zij in principe de patiënten volgen in hun keuze voor een behandelaar. Selectief inkopen is dan ook niet zonder gevolgen voor de zorgverzekeraar als de verzekerden vinden dat een zorgverzekeraar daarin verkeerde keuzes heeft gemaakt.
255. Deze terughoudendheid van zorgverzekeraars wordt bevestigd door de huidige situatie in de regio Rotterdam-Rijnmond. Zorgverzekeraars geven in het marktonderzoek aan dat zij niet geheel tevreden zijn met de onderhandelingsresultaten met Antes. Dit is voor hen tot op heden blijikbaar geen overweging is geweest om selectief in te kopen in de regio.
256. Het is volgens de ACM overigens niet nodig dat zorgverzekeraars in de volle breedte selectief inkopen. Het kan voor een zorgverzekeraar voldoende zijn om geloofwaardig te dreigen een deel van de zorg selectief in te kopen, om tot het gewenste resultaat te komen. De ACM is van oordeel dat selectieve inkoop pas van de grond kan komen en succesvol kan worden ingezet, op het moment dat er voldoende vergelijkbare en reële alternatieven zijn. Op dit moment zijn Parnassia en Antes de enige vergelijkbare GGZ-aanbieders in de regio Rotterdam-Rijnmond en beschikken zorgverzekeraars dus over reële alternatieven om geloofwaardig met selectieve inkoop te kunnen dreigen.
257. De ACM concludeert dat het na de totstandkoming van de concentratie voor zorgverzekeraars praktisch onhaalbaar wordt om selectief in te kopen in regio Rotterdam-Rijnmond. Antes valt weg als belangrijkste en enige vergelijkbare alternatief voor Parnassia en andersom. Hierdoor zullen zorgverzekeraars ook niet meer in staat zijn om geloofwaardig te dreigen met selectieve inkoop en er onvoldoende disciplinerende werking uit zal gaan richting Parnassia na de voorgenomen concentratie.

<sup>116</sup> DSW vindt het belangrijk dat patiënten zelf de keuze hebben om een GGZ-aanbieder te kiezen.

<sup>117</sup> Zie ook het bedrijfsmodel van zorgverzekeraars, Gupta Strategists van 24 december 2015, p. 3, 5, 47, 50-51.

<sup>118</sup> Artikel 13 Zvw bepaalt namelijk dat, als een verzekerde zorg afneemt van een niet-gecontracteerde aanbieder, de verzekeraar verplicht is om een substantieel deel van de kosten te vergoeden (het hinderpaalcriterium). Het hinderpaalcriterium houdt in dat zorgverzekeraars de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg niet dusdanig laag mogen vaststellen dat daardoor een feitelijke hinderpaal voor verzekerden ontstaat om zich tot een zorgaanbieder te wenden die door de zorgverzekeraar niet gecontracteerd is. Algemeen wordt aangenomen dat de vergoeding tenminste 75-80% moet zijn van het marktconforme tarief. Met andere woorden: 75-80% van het tarief dat gecontracteerde aanbieders ontvangen.



258. Het feit dat de zorgverzekeraars de mogelijkheid hebben om toetreding te creëren of faciliteren op het gebied van ambulante sGGZ, acht de ACM onvoldoende om selectieve inkoop voldoende toekomstbestendig te laten zijn. Deze toetreding dient na de totstandkoming van de concentratie immers ook in staat te zijn om een substantieel deel van de omvang van het ambulante zorgaanbod van Parnassia over te kunnen nemen. De ACM acht het niet aannemelijk dat dit tijdig genoeg kan gebeuren en het is dan ook te onzeker om Parnassia na de voorgenomen concentratie te kunnen disciplineren.

***Het overhevelen van budget***

259. De ACM constateert dat het overhevelen van budget in beginsel een stevig onderhandelingsinstrument is en veel impact kan hebben op GGZ-aanbieders. In het marktonderzoek is duidelijk geworden dat het overhevelen van budget op dit moment vooral gebaseerd is op het aanpassen van de contracten aan veranderde patiëntenstromen of veranderingen in hun verzekerdenbestand. Zo krijgen GGZ-aanbieders die structureel onderproductie hebben een lager omzetplafond. CZ geeft aan dat er discussie kan ontstaan met verzekerden, wanneer de keuzevrijheid in het geding komt zonder goede onderbouwing. De vrees voor reputatieschade<sup>119</sup> zorgt er uiteindelijk voor dat zorgverzekeraars de contractafspraken niet aanpassen. De ACM constateert dat het overhevelen van budget in de praktijk momenteel beperkt wordt ingezet. Anders dan partijen stellen, blijkt uit het marktonderzoek dat aanbieders van langdurige zorg, zoals aanbieders van verpleeghuiszorg en verzorgingshuiszorg, geen geschikt alternatief zijn. Zie hiervoor randnummer 69 tot en met 74.

260. Achmea verwacht niet dat er in de toekomst vaker budget zal worden overgeheveld. De andere zorgverzekeraars geven in het marktonderzoek aan dat als zij het overhevelen van budget in de toekomst (meer) zouden willen inzetten als disciplineringsmogelijkheid, het van essentieel belang is dat er op dat moment nog alternatieven beschikbaar zijn.

261. Als gevolg van de voorgenomen concentratie valt Antes als enige reële alternatief voor Parnassia weg. De ACM concludeert dat de mogelijkheid om (te dreigen om) budget over te hevelen praktisch onuitvoerbaar wordt. Dit is mogelijk anders als de kleinere, voornamelijk ambulante, sGGZ-aanbieders in staat zijn de betreffende zorg over te nemen en te leveren en zorgverzekeraars dus kunnen blijven voldoen aan hun zorgplicht.

262. De ACM concludeert dat zorgverzekeraars na de voorgenomen concentratie niet op een voldoende geloofwaardige wijze kunnen dreigen budget over te hevelen om van een disciplinerende werking richting Parnassia te kunnen spreken. Voor wat betreft ambulante sGGZ baseert de ACM dit op het feit dat er maar een beperkt aantal ambulante GGZ-aanbieders in de regio Rotterdam-Rijnmond actief is dat een reëel alternatief vormt voor Parnassia na de voorgenomen concentratie. Zij zijn beperkt in omvang waardoor zij niet een significant deel van de zorg van Parnassia over zouden kunnen nemen. Daarnaast lijkt het overhevelen van budget, bijvoorbeeld naar GGZ Delfland, op het gebied van klinische sGGZ onwaarschijnlijk gelet op de beddenreductie. Toetreding op klinische sGGZ wordt eveneens niet aannemelijk geacht, zoals reeds besproken. Tot slot hebben zorgverzekeraars voor zowel ambulante als klinische sGGZ nauwelijks een prikkel om budget over te hevelen uit vrees voor reputatieschade.

263. Uit het marktonderzoek komt bovendien naar voren dat een landelijke grote speler als Parnassia mogelijk in staat is om een vermindering van budget in de ene regio te compenseren met budget in andere regio's. Hierdoor blijft het verlies voor een grote bovenregionale of landelijke GGZ-

<sup>119</sup> Zie ook het bedrijfsmodel van zorgverzekeraars, Gupta Strategists van 24 december 2015, p. 3, 5, 47, 50-51.



aanbieder beperkt. In dit verband geeft VGZ bijvoorbeeld expliciet aan dat zij in de afgelopen contractperiode (over het jaar 2017) de marktmacht van Parnassia heeft ondervonden. Parnassia wordt volgens VGZ een dusdanige dominante speler, dat zij niet om haar heen kan tijdens de onderhandelingen. Ook de andere zorgverzekeraars geven aan dat zij bij hun inkoop afhankelijk zijn van Parnassia.

264. De ACM concludeert dat zorgverzekeraars in deze zaak Parnassia na de voorgenomen concentratie onvoldoende kunnen disciplineren op het gebied van ambulante en klinische sGGZ door budget over te hevelen.

#### ***Overige onderhandelingsinstrumenten***

265. Tijdens de onderhandelingen beschikken zorgverzekeraars wel over de mogelijkheid de onderhandelingen te beïnvloeden door middel van bevoorschotting, het inzetten van positieve financiële prikkels, het (niet) meewerken aan de ambities van GGZ-aanbieders om bepaalde behandelingen te mogen aanbieden, de invloed van banken bij het verstrekken van leningen en het instellen van declaratieplafonds. De ACM ziet het inzetten van een van deze onderhandelingsinstrumenten echter niet als een mogelijkheid van zorgverzekeraars waarmee ze Parnassia na de voorgenomen concentratie per definitie kunnen disciplineren.
266. Uit het marktonderzoek komt naar voren dat zorgverzekeraars inderdaad na de voorgenomen concentratie de mogelijkheid behouden om deze instrumenten in te zetten om ruimte te creëren tijdens de onderhandelingen. De instrumenten brengen op zichzelf echter geen grote veranderingen teweeg. Zorgverzekeraars kunnen met deze instrumenten niet op de voor hen belangrijke onderwerpen een zo gunstig mogelijk onderhandelingsresultaat bewerkstelligen. De dreiging die uitgaat van deze onderhandelingsinstrumenten en het daadwerkelijke effect op Parnassia na de voorgenomen concentratie is volgens de ACM echter onvoldoende om de mededingingsbeperkende gevolgen die voortvloeien uit de voorgenomen concentratie tegen te gaan. Om een substantieel resultaat uit deze onderhandelingsinstrumenten te krijgen, zullen zorgverzekeraars sterkere onderhandelingsinstrumenten achter de hand moeten hebben om geloofwaardig mee te kunnen dreigen, zoals selectieve inkoop of het overhevelen van budget. De ACM heeft reeds geconcludeerd dat zorgverzekeraars met behulp van deze sterkere disciplineringsinstrumenten Parnassia na de voorgenomen concentratie al niet in voldoende mate kunnen disciplineren als gevolg van het wegvallen van reële alternatieven. Er gaat dus ook geen dreiging uit van deze sterkere onderhandelingsinstrumenten, waardoor het geringe effect op de onderhandelingen door de overige onderhandelingsinstrumenten nog verder wordt afgezwakt.

#### **ii. Tussenconclusie**

267. De ACM is van oordeel dat zorgverzekeraars na de totstandkoming van de voorgenomen concentratie niet het vermogen hebben om (te dreigen om) over te schakelen op andere GGZ-aanbieders, omdat als gevolg van de concentratie het enige reële alternatief in de regio Rotterdam-Rijnmond verdwijnt. GGZ-Delfland heeft weliswaar een vergelijkbaar aanbod als partijen, maar is gelet op de ligging van haar locatie en omvang op dit moment geen reëel alternatief.
268. Hoewel zorgverzekeraars na de voorgenomen concentratie bepaalde onderhandelingsinstrumenten kunnen blijven inzetten, concludeert de ACM dat deze instrumenten in zichzelf onvoldoende sterk zijn om Parnassia na de voorgenomen concentratie te kunnen disciplineren. De bruikbaarheid van deze instrumenten zal na de totstandkoming van de concentratie sterk afnemen en uiteindelijk onvoldoende effectief zijn om een dergelijk grote





positie van Parnassia te kunnen disciplineren. Doordat zorgverzekeraars in het uiterste geval niet kunnen dreigen met overheveling van budget of selectieve inkoop, gaat er van deze minder sterke onderhandelingsinstrumenten na de voorgenomen concentratie minder druk uit.

269. Op het gebied van ambulante sGGZ, zouden zorgverzekeraars nog delen van de zorg selectief kunnen inkopen of budget kunnen overhevelen. Hiervoor moeten zorgverzekeraars echter eerst een volwaardig alternatief laten toetreden. Het is weliswaar mogelijk dat zorgverzekeraars na de voorgenomen concentratie ambulante sGGZ-aanbieders kunnen laten toetreden tot de regio Rotterdam-Rijnmond, maar de ACM acht het niet waarschijnlijk dat er veel dreiging zal uitgaan van dit instrument, gelet op de beperkte omvang van deze potentiële toetreders. Bovendien wordt op dit moment toetreding met name gecreëerd of gefaciliteerd om witte vlekken op te vullen en niet zozeer om bestaande GGZ-aanbieders die minder goed functioneren te disciplineren. Zorgverzekeraars zijn namelijk zeer terughoudend om budget weg te halen bij bestaande GGZ-aanbieders. De ACM heeft geen aanwijzingen dat dit op termijn anders zal zijn.
270. Op het gebied van klinische sGGZ komt de ACM daarentegen tot de conclusie dat zorgverzekeraars na de totstandkoming van de concentratie niet het vermogen hebben om over te schakelen op reeds gevestigde dan wel nog toe te treden vergelijkbare GGZ-aanbieders.

#### **6.6.4 Conclusie compenserende afnemersmacht**

271. De ACM is van oordeel dat de mededingingsbeperkingen op de markten voor klinische en ambulante sGGZ voor V&O in de regio Rotterdam-Rijnmond niet in voldoende mate gedisciplineerd zullen worden door de zorgverzekeraars in de onderhandelingen en daarbuiten.
272. De onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en partijen kenmerken zich door een wederzijdse afhankelijkheid tussen partijen en zorgverzekeraars. Deze wederzijdse afhankelijkheid impliceert echter niet dat er sprake is van afnemersmacht van zorgverzekeraars. Uit het marktonderzoek blijkt juist dat de individuele zorgverzekeraars tijdens de onderhandelingen ongeveer vergelijkbare posities innemen als Parnassia als Antes.
273. De marktposities van zorgverzekeraars in de regio Rotterdam-Rijnmond zijn vergelijkbaar. Zeker gelet op het feit dat Parnassia na de voorgenomen concentratie een zeer hoog marktaandeel in de regio verkrijgt, acht de ACM het niet aannemelijk dat de individuele zorgverzekeraars na de voorgenomen concentratie over compenserende afnemersmacht beschikken om Parnassia na de voorgenomen concentratie te kunnen disciplineren.
274. De ACM is van oordeel dat zorgverzekeraars na de totstandkoming van de voorgenomen concentratie niet het vermogen hebben om (te dreigen om) over te schakelen op andere GGZ-aanbieders, omdat als gevolg van de concentratie het enige reële alternatief in de regio Rotterdam-Rijnmond verdwijnt.
275. Hoewel zorgverzekeraars na de voorgenomen concentratie bepaalde onderhandelingsinstrumenten kunnen blijven inzetten, concludeert de ACM dat deze instrumenten in zichzelf onvoldoende sterk zijn om Parnassia na de voorgenomen concentratie te kunnen disciplineren. De bruikbaarheid van deze instrumenten zal na de totstandkoming van de concentratie sterk afnemen en uiteindelijk onvoldoende effectief zijn om een dergelijk grote positie van Parnassia na de voorgenomen concentratie te kunnen disciplineren. Doordat zorgverzekeraars in het uiterste geval niet kunnen dreigen met overheveling van budget of selectieve inkoop, gaat er van deze minder sterke onderhandelingsinstrumenten na de voorgenomen concentratie minder druk uit.



276. De ACM concludeert dat toetreding alleen mogelijk is op het gebied van ambulante sGGZ. De ACM acht het echter niet waarschijnlijk dat er veel dreiging zal uitgaan van dit instrument, gelet op de beperkte omvang van deze potentiële toetreders. Bovendien zijn zorgverzekeraars zeer terughoudend om budget weg te halen bij bestaande GGZ-aanbieders.
277. Na de voorgenomen concentratie worden de zorgverzekeraars nog afhankelijker van Parnassia. Als gevolg van de voorgenomen concentratie, verdwijnen voor zorgverzekeraars de reële alternatieven in de markt, waardoor Parnassia na de voorgenomen concentratie een sterkere positie verkrijgt ten opzichte van de individuele zorgverzekeraars.

## 6.7 Efficiëntieverweer

278. Met de vergunningsaanvraag hebben partijen tegelijkertijd een efficiëntieverweer ingediend. Op 7 januari 2016 hebben partijen dit efficiëntieverweer aangevuld met twee rapporten. Lexonomics heeft in opdracht van partijen economisch onderzoek gedaan naar de te behalen efficiënties. De financiële onderbouwing van het efficiëntieverweer ten aanzien van vastgoed is opgenomen in een rapport van BDO. De rapporten gaan in op de efficiëntievoordelen die partijen als gevolg van de concentratie verwachten te realiseren op het gebied van sGGZ V&O in de regio Rotterdam-Rijnmond.
279. Voorafgaand aan de beoordeling van het verweer van partijen door de ACM, wordt het relevante kader voor de beoordeling van een efficiëntieverweer kort uiteengezet. In haar beoordeling van het efficiëntieverweer van partijen geeft de ACM een algemene beoordeling, gevolgd door een beoordeling van de kostenbesparingen en zorgverbeteringen.

### 6.7.1 Kader

280. De efficiëntievoordelen die uit de voorgenomen concentratie voortvloeien moeten tegenwicht kunnen bieden aan de mededingingsbeperkende effecten die de voorgenomen concentratie anders zou kunnen veroorzaken.<sup>120</sup> Hierbij geldt dat hoe groter de mogelijke negatieve mededingingseffecten, des te meer de ACM zeker moet zijn dat de beweerde efficiëntieverbeteringen substantieel zijn, naar alle waarschijnlijkheid tot stand zullen worden gebracht, en in voldoende mate aan de afnemers worden doorgegeven.<sup>121, 122</sup>
281. De efficiëntievoordelen moeten ten goede komen aan de verbruikers, specifiek uit de voorgenomen concentratie voortvloeien en verifieerbaar zijn. Deze drie voorwaarden gelden cumulatief. Indien aan één van de drie voorwaarden niet is voldaan, slaagt het efficiëntieverweer niet. Hieronder worden de drie voorwaarden kort toegelicht.

#### **Verifieerbaarheid**

282. Efficiëntievoordelen moeten verifieerbaar zijn zodat de ACM redelijk zeker kan zijn dat de voordelen zich ook daadwerkelijk zullen voordoen. Daarnaast moeten de voordelen voldoende substantieel zijn om de potentiële schade tegen te gaan die de concentratie kan meebrengen

<sup>120</sup> Zie hiervoor Richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale fusies op grond van de Verordening van de Raad inzake de controle op concentraties van ondernemingen (2004/C 31/03), randnummer 76 e.v.

<sup>121</sup> Zie hiervoor Richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale fusies op grond van de Verordening van de Raad inzake de controle op concentraties van ondernemingen (2004/C 31/03), randnummer 84.

<sup>122</sup> Zie ook het besluit van de Europese Commissie COMP/M.4439 – Ryanair / Air Lingus van 27 juni 2007, randnummer 1103.



voor de verbruikers. Indien mogelijk, moeten de voordelen worden gekwantificeerd. Als dat niet mogelijk is, moeten duidelijk aanwijsbare (niet slechts marginale) positieve gevolgen voor de verbruikers te voorzien zijn. Hoe verder in de toekomst deze voordelen gerealiseerd kunnen worden, des te minder de ACM in het algemeen geneigd zal zijn aan te nemen dat de voordelen daadwerkelijk tot stand zullen worden gebracht.

#### *Voordeel voor de verbruikers*

283. Als toetssteen geldt dat verbruikers niet slechter af mogen zijn ten gevolge van de concentratie. De efficiëntieverbeteringen moeten daarom voldoende substantieel zijn en binnen niet al te lange tijd kunnen worden gerealiseerd. Daarnaast moeten de efficiëntieverbeteringen in beginsel ten goede komen aan de verbruikers op de relevante markten waar anders waarschijnlijk mededingingsproblemen zouden ontstaan. In dit geval zijn de verbruikers patiënten en zorgverzekeraars. Wanneer een concentratie leidt tot een marktpositie die een monopolie benadert (of tot een soortgelijk niveau van marktmacht), is het hoogst onwaarschijnlijk dat de voordelen van de concentratie de mogelijke mededingingsbeperkende gevolgen tegengaan.

#### *Specifiek resultaat van de concentratie*

284. Efficiëntievoordelen zijn slechts relevant wanneer zij een direct resultaat zijn van de voorgenomen concentratie en niet in dezelfde mate kunnen worden bereikt met minder concurrentiebeperkende middelen. De voordelen moeten een specifiek resultaat zijn van de voorgenomen concentratie. Het is aan partijen om alle relevante informatie te verstrekken die noodzakelijk is om aan te tonen dat er geen minder concurrentiebeperkende, realistische en haalbare alternatieven zijn, die toch hetzelfde voordeel dan wel soortgelijk voordeel opleveren. Wanneer het gaat om ondernemingen en/of een markt waar bepaalde reorganisaties of herstructureringsprocessen gaande zijn, kunnen de beweerde voordelen die hieruit voortvloeien niet worden toegekend als voordeel van de voorgenomen concentratie.

#### *Motivering en onderbouwing*

285. Het is in beginsel aan partijen om de door hen beweerde voordelen te onderbouwen. De ACM kan daarnaast onderbouwingen en/of uitkomsten uit het uitgevoerde marktonderzoek in haar beoordeling van het efficiëntieverweer betrekken.<sup>123</sup>

### **6.7.2 Algemene beoordeling**

286. De ACM beoordeelt het efficiëntieverweer van partijen allereerst op hoofdlijnen. Hierna wordt ingegaan op de financiële en zorginhoudelijke voordelen aan de hand van de hierboven genoemde drie criteria. Per onderdeel wordt de beoordeling van de ACM voorafgegaan door het standpunt van partijen.

#### *Opvatting partijen*

287. Partijen gaan in de vergunningsaanvraag uitgebreid in op de maatschappelijke ontwikkelingen in de GGZ. Uit de vergunningsaanvraag blijkt ook dat de ontwikkelingen op het gebied van zorg voor EPA-patiënten een belangrijke drijfveer achter deze concentratie zijn. Partijen benadrukken hierbij dat zij een maatschappelijke taak hebben om de zorg voor EPA-patiënten te verbeteren. Zij geven aan dat betrokken maatschappelijke partijen, zorgverzekeraars en justitie het met partijen eens zijn dat het realiseren van één behandelorganisatie voorwaarde is om effectieve zorg te leveren aan deze doelgroep. Alleen op deze manier wordt volgens partijen voor de

<sup>123</sup> Zie bijvoorbeeld Commission Decision of 12 May 2006 in Case COMP/M.4057 *Korsnäs/Assidomän Cartonboard*, para. 57-64; Commission Decision of 19 May 2006 in Case COMP/M.3998 *Axalto/Gemplus*, para. 48.



behandeling van EPA-patiënten een sluitende keten worden gecreëerd met goede aansluiting op politie, justitie en andere maatschappelijke instellingen.

288. Het efficiëntieverweer van partijen steunt voor een groot deel op het rapport 'Efficiëntieverweer in de Parnassia/Antes fusie' van Lexonomics. Partijen benadrukken dat dit rapport op een objectieve en onafhankelijke wijze tot stand is gekomen. Daarnaast hebben partijen BDO onderzoek laten doen naar de beoogde synergievoordelen ten gevolge van de voorgenomen concentratie.
289. In het rapport van Lexonomics worden vier efficiëntievoordelen op het gebied van sGGZ in de regio Rotterdam-Rijnmond onderscheiden:
- Meer kostenbesparingen door ambulantisering als gevolg van één behandelorganisatie met een sluitende coördinatie tussen klinische en ambulante sGGZ in de regio Rotterdam-Rijnmond;
  - De optimalisatie van FACT-teams<sup>124</sup> in de regio Rotterdam-Rijnmond;
  - De optimalisatie van klinische capaciteit in de regio Rotterdam-Rijnmond;
  - Synergievoordelen als gevolg van het voorkomen van duplicatie van vaste kosten.

#### **Beoordeling door de ACM**

290. Het efficiëntieverweer van partijen steunt voor een groot deel op de rapporten van Lexonomics en BDO. Deze rapporten zijn opgesteld in opdracht van partijen en ten behoeve van het voeren van het efficiëntieverweer in deze zaak. De ACM beschouwt deze rapporten daarom integraal onderdeel van het standpunt van partijen.
291. Ten aanzien van het betoog van partijen dat één behandelorganisatie voorwaarde is voor een sluitende keten, merkt de ACM op dat het niet zozeer een taak van zorgaanbieders is om een sluitende keten te organiseren, maar vooral een taak van gemeenten.<sup>125</sup> Uit het marktonderzoek van de ACM blijkt niet dat het noodzakelijk is dat er maar één GGZ-aanbieder per stad moet zijn. Uitdagingen rondom de aanpak van zorg voor EPA-patiënten spelen bij gemeenten in het gehele land, zodoende ook in gemeenten waar al één geïntegreerde GGZ-aanbieder is. Het is dus de vraag of het realiseren van één behandelorganisatie een voorwaarde is om effectieve zorg te leveren aan deze doelgroep.<sup>126,127</sup>
292. Daarnaast blijkt uit het marktonderzoek van de ACM dat er verschillend en genuanceerd gedacht wordt over de aanpak van de EPA-patiënten (zie randnummer 44). De ACM neemt de lijn van partijen met één oplossing dan ook niet zonder meer aan. Er lijken meerdere oplossingsrichtingen en het is vooralsnog onbekend welke oplossingsrichting de meest succesvolle zal zijn.
293. De argumentatie van partijen ten aanzien van de vier door partijen genoemde voordelen (zie randnummer 289) vertoont in de ogen van de ACM overlap en verwevenheid. Zo betogen partijen dat de voorgenomen concentratie hen beter in staat stelt om kostenbesparingen te realiseren wat tot goedkopere zorg zou leiden, terwijl tegelijkertijd de kwaliteit van zorg omhoog zou gaan. ACM zal bij de beoordeling van het door partijen gevoerde efficiëntieverweer eerst in gaan op de door partijen geclaimde financiële voordelen en daarna op de door partijen

<sup>124</sup> Zie randnummer 39.

<sup>125</sup> Aanjaagteam verwarde personen, Samen doorpakken, januari 2016.

<sup>126</sup> De EPA-problematiek is een landelijk probleem terwijl er voor zover de ACM bekend maar twee grote steden zijn met meerdere GGZ aanbieders. In Amsterdam en Rotterdam zijn twee geïntegreerde GGZ-aanbieders actief.

<sup>127</sup> Aanjaagteam verwarde personen, Samen verder doorpakken, juli 2016.



geclaimde zorginhoudelijke voordelen. Hierbij merkt de ACM op dat de zorgverzekeraars met name zullen profiteren van eventuele financiële voordelen en patiënten met name van de zorginhoudelijke voordelen.

### 6.7.3 Beoordeling financiële voordelen

#### *Opvatting partijen*

294. Partijen geven drie onderdelen aan waarop zij kostenbesparingen zouden kunnen realiseren als gevolg van de voorgenomen concentratie.
295. Partijen schatten in dat de voorgenomen concentratie hen in staat stelt om in totaal EUR [...] te besparen bij een gelijkblijvend aantal patiënten. De besparingen stellen partijen onder andere in staat om meer patiënten te behandelen. Betreffende patiënten hebben volgens partijen wél zorg nodig, maar ontvangen deze momenteel nog niet. Volgens partijen zouden er in de regio Rotterdam-Rijnmond ongeveer 6.000 van dergelijke zorgmijders zijn met EPA-problematiek.
296. Allereerst geven partijen aan dat zij jaarlijks EUR [...] kunnen besparen door alle klinische en ambulante sGGZ binnen één organisatie te realiseren. Doordat behandeling binnen één organisatie plaatsvindt, kunnen administratieve en afstemmingskosten worden bespaard. Daarnaast neemt de concentratie een rem weg op ambulantisering doordat er niet langer derving van opbrengsten en contributiemarges bij een klinische organisatie plaatsvindt, wanneer een patiënt verwezen wordt naar een andere, ambulante aanbieder.
297. Ten tweede kunnen partijen kosten besparen doordat er minder patiënten zullen worden overgedragen van de ene GGZ-aanbieder naar de andere GGZ-aanbieder en doordat complementaire diensten kunnen worden geïntegreerd. Hierdoor besparen partijen op de kosten van de overdracht.
298. Ten derde verwachten partijen synergiebesparingen te realiseren. Deze besparingen vinden plaats op het gebied van (EUR [...]) en in (EUR [...]).

#### *Verifieerbaarheid*

299. Volgens Lexonomics blijken de financiële voordelen van de voorgenomen concentratie uit documenten die door partijen zijn opgesteld vóórdat de Raden van Bestuur van Parnassia en Antes op 8 september 2014 het conceptbesluit hadden genomen om te concentreren.
300. In een presentatie van partijen van 11 maart 2014 zetten zij hun plannen uiteen voor de optimalisatie van FACT-teams en de klinische capaciteit in de regio Rotterdam-Rijnmond. Uit deze presentatie zou blijken hoe de concentratie verschuivingen naar andere typen GGZ en beddenreductie mogelijk maakt en daarmee tot kostenbesparingen leidt. Ook de presentatie van 18 maart 2015 die Parnassia heeft gegeven aan het bankenconsortium, maakt melding van plannen over de optimalisatie van FACT-teams en klinische capaciteit in de regio Rotterdam-Rijnmond.
301. Een document van 9 oktober 2014 geeft een gedetailleerde uitwerking van de voorziene optimalisatie van klinische capaciteit. Een document van 11 september 2015 vermeldt de voorziene beddenreductie van Parnassia. Lexonomics verwijst tevens naar een document<sup>128</sup> waarin wordt uitgelegd hoe de concentratie tot kostenbesparingen leidt als gevolg van

<sup>128</sup> 0. Toelichting synergie def.docx. Dit document heeft inhoudelijk de titel 'Toelichting en nadere onderbouwing op Business Case van [...] synergievoordelen'.



optimalisatie van klinische capaciteit en synergievoordelen. In de twee laatstgenoemde documenten wordt tevens ingegaan op andere besparingen die partijen verwachten te realiseren na de voorgenomen concentratie, zoals inkoop- en schaalvoordelen en besparingen op het gebied van personeels- en managementkosten.

302. Adviesbureau BDO heeft op verzoek van partijen de verwachte besparingen getoetst. BDO concludeert dat de te behalen efficiëntievoordelen voldoende onderbouwd en conservatief zijn. BDO bevestigt daarmee het beeld zoals dat geschetst wordt in het document.<sup>129</sup> Daarbij merkt BDO in haar analyse op dat van een deel van de besparingen niet duidelijk is in welke mate deze enkel door de concentratie behaald kunnen worden.
303. Naast door partijen opgestelde documenten, verwijst Lexonomics in haar rapport ook naar rapporten die zijn opgesteld door onafhankelijke onderzoeksbureaus. Zij verwijst uitgebreid naar een rapport van het Trimbos Instituut over ambulantisering<sup>130</sup> om in algemene zin aan te geven dat de kostenvoordelen door ambulantisering, zoals partijen deze voor ogen hebben, geloofwaardig zijn. Daarnaast gaat Lexonomics in haar rapport nader in op verschillende economische theorieën, zoals de publieke economie, de industriële organisatie en de transactiekostentheorie van Coase en Williamson. Deze theorieën wijzen er volgens Lexonomics op dat genoemde voordelen alleen te realiseren zijn door activiteiten onder te brengen bij één organisatie.
304. Partijen hebben de financiële voordelen besproken met hun financiers, de zorgverzekeraars. Zij staan achter de voordelen. Daarnaast stellen partijen dat het financiële risico van het niet realiseren van de voordelen bij partijen zelf ligt. Zorgverzekeraars keren niet meer uit aan partijen dan de gemaakte budgetafspraken en tegen de toegezegde prijs per patiënt. Leveren partijen meer zorg of vallen de werkelijk gemaakte kosten per patiënt hoger uit dan de toegezegde prijs per patiënt, dan is dit voor risico van partijen zelf.

#### ***Specifiek resultaat van de concentratie***

305. Dat de voordelen een specifiek resultaat zijn van de voorgenomen concentratie, blijkt volgens Lexonomics uit de presentatie van de plannen van partijen van 11 maart 2014. In deze presentatie wordt ingegaan op de door partijen verwachte voordelen (verbeterde doorstroming naar lichte zorg- en woonvormen), resultaten (het percentage patiënten dat verschuift naar een lichter zorgtype) en wat de financiële gevolgen van deze veranderingen zijn.
306. Voor wat betreft de besparingen als gevolg van de beddenreductie geeft Lexonomics aan dat Parnassia zonder de voorgenomen concentratie [...]. Voorafgaand aan de voorgenomen concentratie met Antes was Parnassia voornemens [...]. Door de voorgenomen concentratie hoeven deze plannen niet uitgevoerd te worden. Daarnaast stelt de voorgenomen concentratie Parnassia in staat gebruik te maken van het vastgoed van Antes. Daarbij wordt de kanttekening gemaakt dat er dan nog wel [...]. Bovendien kunnen partijen door de voorgenomen concentratie efficiënter (en dus goedkoper) de resterende bedden over de resterende locaties verdelen. [...].
307. Partijen schatten in dat de verwachte kostenbesparingen alleen ten volle kunnen worden verwezenlijkt door een concentratie. Dit blijkt volgens Lexonomics uit een door partijen opgesteld document waarin de financiële verschillen van verscheidene organisatievormen uiteen worden gezet. De kostenvoordelen die volgens partijen door de voorgenomen concentratie gerealiseerd

<sup>129</sup> Idem.

<sup>130</sup> Ambulantisering-Trendrapportage GGZ 2012, Deel 1: Organisatie, structuur en financiering.





zullen worden, kunnen niet worden gerealiseerd met minder verdergaande samenwerkingsvormen. Dit komt bijvoorbeeld door de administratieve kosten waar twee onafhankelijke ondernemingen mee te maken hebben. Een ander voorbeeld is de zwakke prikkel die twee onafhankelijke ondernemingen hebben om daadwerkelijk aan te sturen op de beddenreductie. Deze prikkel zou zwak zijn als gevolg van derving van opbrengsten en contributiemarges bij een klinische organisatie wanneer een patiënt door haar verwezen wordt naar een andere aanbieder van ambulante sGGZ.

#### ***Voordeel voor de afnemers***

308. Volgens Lexonomics is het zeer waarschijnlijk dat de verwachte kostenbesparingen bij zorgverzekeraars (en uiteindelijk de verzekerden) terechtkomen. Lexonomics geeft hiervoor twee argumenten. Allereerst verwacht Lexonomics dat zorgverzekeraars een lager volume dure klinische sGGZ zullen inkopen en een hoger volume goedkope(re) ambulante sGGZ. Ten tweede verwacht Lexonomics dat een groot deel van de overige kostenbesparingen terechtkomen bij de zorgverzekeraars gelet op de grote mate van afnemersmacht waarover verzekeraars beschikken. Door de integrale bekostigingssystematiek komen bovendien de besparingen op vaste kosten ook bij zorgverzekeraars terecht.
309. Daarnaast zorgen de door partijen aan zorgverzekeraars gedane toezeggingen er volgens partijen voor dat de tarieven niet kunnen worden verhoogd zonder toestemming van de zorgverzekeraar en dat de kwaliteit niet zal dalen. Hiermee is voldoende geborgd dat de voordelen terecht komen bij de afnemers.

#### ***Beoordeling door de ACM***

310. De ACM komt op basis van hetgeen partijen hebben aangeleverd en de resultaten uit haar marktonderzoek tot de conclusie dat de door partijen aangevoerde kostenvoordelen aan geen van de drie cumulatieve criteria voldoen. Voordat de ACM deze conclusie hieronder toelicht voor de drie criteria, gaat de ACM in op de counterfactual.
311. Het is voor de beoordeling van het efficiëntieverweer noodzakelijk dat de voordelen die volgens partijen worden behaald, worden afgezet tegen de situatie zonder de voorgenomen concentratie, de counterfactual. Omdat in de gehele GGZ-sector bedden moeten worden afgebouwd als gevolg van de landelijke ambulantiseringstendens (zie paragraaf 6.1.2), acht de ACM het aannemelijk dat partijen ook zonder concentratie klinische beddenafbouw zullen moeten realiseren. Zij zullen in de toekomst dus ook meer ambulante zorg aanbieden. De algemene trend van ambulantisering leidt onder meer tot een daling van de gemiddelde kosten per patiënt. Echter, partijen stellen in hun efficiëntieverweer dat de gemiddelde kosten per patiënt gelijk blijven in de situatie zonder concentratie. De ACM concludeert op basis van voorgaande dat ten minste een deel van de voordelen die partijen op het gebied van ambulantisering verwachten te realiseren met de concentratie, ook gerealiseerd zullen worden in afwezigheid van de concentratie.
312. Partijen schetsen in de documenten die zij aanhalen in grote lijnen hun toekomstvisie over hoe de door de voorgenomen concentratie gerealiseerde organisatie er uit zal zien. Ook adresseren zij de impact op patiëntstromen (vaker ambulant, minder vaak klinisch, etc.). Hierbij is de counterfactual echter onvolledig.<sup>131</sup> Partijen hebben voor Parnassia toegelicht wat haar plannen zijn op het gebied van vastgoed in het geval de concentratie niet doorgaat. Voor Antes

<sup>131</sup> In 6.4 heeft de ACM een counterfactual opgesteld. Deze is opgesteld voor de bepaling van het effect van de voorgenomen concentratie op de mededinging. Betreffende counterfactual is niet van een dusdanig detailniveau dat deze geschikt is om te bepalen welke kostenvoordelen gerealiseerd worden met de voorgenomen concentratie.



ontbreken deze plannen. Uit het marktonderzoek wordt eveneens duidelijk dat zorgverzekeraars geen zicht hebben op de plannen van Antes als de concentratie niet door zou gaan. Doordat partijen niet of slechts in grote lijnen aangeven welke situatie zich naar verwachting voordoet in afwezigheid van de voorgenomen concentratie, is de ACM niet in staat te bepalen welke voordelen specifiek het resultaat zijn van de voorgenomen concentratie.

#### **Verifieerbaarheid**

313. Om te beoordelen of de door partijen geschetste efficiëntievoordelen met redelijke zekerheid gerealiseerd worden, acht de ACM het van belang dat uit het verweer van partijen ten minste blijkt hoe deze voordelen concreet gerealiseerd worden en welke prikkel partijen ervaren om voornoemde voordelen te realiseren. Immers, wanneer partijen zelf belang hebben bij de realisatie van de geschetste financiële efficiëntievoordelen, acht de ACM het waarschijnlijker dat zij ook daadwerkelijk worden gerealiseerd.
314. Ten aanzien van de concreetheid van de door partijen geschetste voordelen, constateert de ACM dat partijen in hun verweer verwijzen naar verschillende documenten. Betreffende documenten schetsen op hoofdlijnen een beeld van hun plannen, maar ontberen een concrete uitwerking. Het globale karakter van de plannen, stelt de ACM niet in staat te beoordelen met welke zekerheid de plannen worden gerealiseerd. Tevens stellen betreffende documenten de ACM niet in staat de omvang van de voordelen te verifiëren. Daarnaast wordt op verschillende punten in het efficiëntieverweer gesproken over potentiële verbeteringen in plaats van geplande verbeteringen. Dergelijke verbeteringen acht de ACM onvoldoende zeker om de gerelateerde, door partijen aangedragen, kostenbesparingen te kunnen verifiëren.
315. Op basis van het marktonderzoek heeft de ACM geconcludeerd dat Parnassia na de voorgenomen concentratie onvoldoende druk vanuit concurrenten en afnemers ervaart om haar te disciplineren. Daarom kan de ACM niet zonder meer aannemen dat Parnassia na de voorgenomen concentratie een prikkel heeft om voordelen door te geven. Uit het efficiëntieverweer van partijen dient zodoende te blijken op welke wijze partijen geprikkeld worden om de genoemde efficiëntievoordelen te realiseren. Partijen stellen dat hun prikkel de rationale van de concentratie is. Uit deze opvatting blijkt niet welk voordeel partijen hiermee realiseren, noch de robuustheid van de prikkel die partijen na de voorgenomen concentratie ervaren. Daarmee is het voor de ACM niet mogelijk te beoordelen met welke zekerheid de door hen geschetste efficiëntievoordelen gerealiseerd worden.
316. Zorgverzekeraars geven in het marktonderzoek aan dat zij verwachten dat partijen na de voorgenomen concentratie kosten zullen besparen. Zij bedoelen hiermee met name de kostenbesparingen als gevolg van de [...]. Bij doorvragen blijkt dat de zorgverzekeraars niet hebben kunnen nagaan of zijn nagegaan of de door partijen geclaimde voordelen in redelijkheid gehaald zullen worden. Een aantal zorgverzekeraars noemt voor de basis van haar vertrouwen de kundigheid van het huidige bestuur van Parnassia en de wijze waarop met Parnassia wordt onderhandeld. Andere zorgverzekeraars hebben berekeningen ingezien maar de daarin genoemde bedragen niet geverifieerd. Deze argumentatie is voor de ACM onvoldoende om de realisatie van de door partijen aangedragen kostenbesparingen als redelijk zeker te beschouwen. Uit de argumentatie van zorgverzekeraars valt immers niet af te leiden wat ten grondslag ligt aan de huidige handelwijze van Parnassia en hoe robuust deze zijn.
317. Met het door partijen aangehaalde rapport van het Trimbos Instituut willen partijen de context schetsen waarbinnen de voorgenomen concentratie plaatsvindt. Uit de economische theorieën waar partijen naar verwijzen, blijkt volgens partijen dat het scenario dat zij schetsen aannemelijk



is. Zo blijkt uit het rapport van het Trimbos Instituut dat met ambulantisering voordelen behaald kunnen worden. Tegelijkertijd merkt het Trimbos Instituut op dat er in algemene zin sprake is van een ambulantiseringstendens en dat ambulantisering zodoende voor alle GGZ-aanbieders onvermijdelijk is. Daarnaast meldt het rapport van het Trimbos Instituut dat door verscheidene redenen de positieve effecten van ambulantisering mogelijk relatief beperkt zijn.<sup>132</sup> Hieruit blijkt dat de beschreven context een mate van onzekerheid met zich meebrengt ten aanzien van de realisatie van de beschreven voordelen. Deze onzekerheid nemen partijen in hun betoog niet weg.

318. Partijen dragen daarnaast verscheidene andere kostenbesparingen aan, zoals kostenbesparingen die samenhangen met de reductie van personeel en besparingen op de inkoop. Voor een aantal schaalvoordelen bij de inkoop, acht de ACM het aannemelijk dat partijen met de voorgenomen concentratie kostenreducties kunnen realiseren. Van de voordelen die het gevolg zijn van het beperken van het aantal fte, valt echter niet op te maken welke prikkel partijen hebben deze te realiseren.
319. Tot slot merkt de ACM op dat de zorgverzekeraars bevestigen dat partijen toezeggingen hebben gedaan dat de kostenbesparingen zullen resulteren in een lagere prijs per patiënt. Deze toezeggingen zijn echter niet uitgemond in concrete afspraken of een akkoord met de zorgverzekeraars. Zoals opgemerkt in randnummer 204, acht de ACM, zelfs wanneer een akkoord zou bestaan met de zorgverzekeraars, het onvoldoende zeker dat zorgverzekeraars de toezeggingen bij partijen zullen afdwingen wanneer partijen zich niet aan toezeggingen (kunnen) houden. Zorgverzekeraars hebben in de regio immers geen alternatieven voorhanden. Zodoende is het voor de ACM onvoldoende zeker dat betreffende voordelen gerealiseerd zullen worden.

*Tussenconclusie verifieerbaarheid financiële voordelen*

320. Ten aanzien van de genoemde kostenbesparingen concludeert de ACM dat het efficiëntieverweer van partijen niet voldoet aan het criterium van verifieerbaarheid. Op basis van het door partijen gevoerde efficiëntieverweer acht de ACM het niet voldoende zeker dat de betreffende kostenbesparingen gerealiseerd zullen worden. Uit het betoog van partijen blijkt niet hoe de voordelen concreet gerealiseerd worden, waardoor de ACM niet in staat is te beoordelen met welke zekerheid betreffende plannen gerealiseerd worden. Ook blijkt uit het betoog van partijen niet welke prikkel zij hebben om betreffende voordelen te realiseren.

**Specifiek resultaat van de concentratie**

321. Om te beoordelen of de door partijen geschetste efficiëntievoordelen specifiek het resultaat zijn van de concentratie, is het van belang dat uit het verweer van partijen ten minste blijkt welke situatie zich voordoet wanneer de concentratie niet zou plaatsvinden. Op deze wijze kan de ACM immers bepalen of de geschetste efficiëntievoordelen die uit de voorgenomen concentratie voortvloeien significant zijn. Daarnaast is het van belang dat uit de documenten die voorhanden zijn, blijkt dat er geen alternatieven voorhanden zijn waarmee vergelijkbare resultaten te realiseren zijn die minder mededingingsbeperkend zijn.
322. Uit de door partijen aangedragen documentatie blijkt onvoldoende in welke mate de door partijen aan de concentratie toebedeelde voordelen specifiek het gevolg zijn van de voorgenomen concentratie en welke voordelen partijen zonder de voorgenomen concentratie zouden kunnen realiseren. De documenten van partijen strekken zich uit tot de plannen van partijen, maar hieruit

67/118

<sup>132</sup> Ambulantisering-Trendrapportage GGZ 2012, Deel 1: Organisatie, structuur en financiering.



blijkt niet in welke mate de ambulantisering specifiek het gevolg is van de voorgenomen concentratie. Ook ten aanzien van de optimalisatie van FACT-teams dragen partijen hun plannen aan, maar blijkt onvoldoende dat deze optimalisatie enkel met de voorgenomen concentratie kan worden gerealiseerd. Aangaande de optimalisatie van het klinische vastgoed van partijen, hebben partijen weliswaar inzicht gegeven in de plannen van Parnassia in afwezigheid van de concentratie, maar ontbreekt dit voor Antes.

323. De beschreven efficiëntievoordelen worden door partijen primair toegeschreven aan de voorgenomen concentratie. Echter, zoals blijkt uit het door partijen aangedragen rapport van het Trimbos Instituut, is er een breed gedragen ambulantiseringstendens in de GGZ-sector. De ACM acht het daarom aannemelijk dat partijen ook zonder de voorgenomen concentratie in zekere mate voordelen kunnen realiseren door klinische sGGZ af te bouwen en ambulante sGGZ te laten toenemen. Dat Parnassia en Antes ook zelfstandig in staat zijn om ieder voor zich klinische capaciteit af te bouwen, blijkt ook uit het feit dat sinds de melding van deze voorgenomen concentratie Parnassia en Antes beide door zijn gegaan met het afbouwen van bedden. Uit door partijen verstrekte gegevens blijkt dat zowel Antes als Parnassia in 2017 ruim [20-30]% van hun bedden capaciteit uit 2014 hebben afgebouwd. Zodoende kan de ACM niet voetstoots aannemen dat de door partijen geclaimde kostenbesparingen in zijn totaliteit specifiek het resultaat zijn van de voorgenomen concentratie. In welke mate de geclaimde kostenbesparingen wél het resultaat zijn van de voorgenomen concentratie, kan de ACM niet beoordelen omdat de door partijen aangedragen counterfactual onvolledig is.

324. De kostenbesparingen in de verschillende door partijen geschetste scenario's zijn globaal uitgewerkt, waardoor zij niet verifieerbaar zijn. Daarmee is het voor de ACM ook niet mogelijk om te oordelen in welke mate de geclaimde kostenbesparingen specifiek het resultaat zijn van de concentratie. Daarbij merkt de ACM op dat BDO, ondanks dat volgens haar voldoende aannemelijk is dat besparingen in overwegende mate samenhangen met de voorgenomen concentratie, in haar rapport expliciet aangeeft dat zij geen antwoord geeft op de vraag in hoeverre besparingen die het resultaat zijn van synergievoordelen in secundaire processen ook binnen de afzonderlijke organisaties gerealiseerd kunnen worden.

*Tussenconclusie concentratie-specifieke financiële voordelen*

325. De ACM concludeert dat het door partijen aangevoerde efficiëntieverweer onvoldoende duidelijk maakt in hoeverre de geclaimde kostenbesparingen specifiek het resultaat zijn van de voorgenomen concentratie doordat een volledige en onderbouwde counterfactual ontbreekt.

**Voordeel voor de afnemers**

326. Om te bepalen in hoeverre afnemers tijdig en substantieel voordeel genieten van de concentratie, is het ten minste van belang dat uit de documenten van partijen blijkt door middel van welk mechanisme afnemers voordeel genieten van de concentratie. Partijen wijzen in dit kader op afnemersmacht waar zorgverzekeraars over zouden beschikken en op de mogelijkheden om meer (goedkope) ambulante sGGZ in te kopen, terwijl ze minder (dure) klinische sGGZ inkopen.

327. In de GGZ komen kostenbesparingen niet rechtstreeks terecht bij patiënten, maar zijn het de zorgverzekeraars die in eerste instantie kunnen profiteren van eventueel behaalde financiële voordelen bij de inkoop van GGZ. Verzekerden profiteren vervolgens indirect van inkoopvoordelen die zorgverzekeraars hebben behaald, namelijk via de hoogte van de premie van hun ziektekostenverzekering. De ACM beschouwt, voor wat betreft de financiële voordelen, de zorgverzekeraars zodoende als afnemers die voordeel zouden kunnen genieten van de



voorgenomen concentratie.

328. De ACM kan niet voetstoots aannemen dat partijen een prikkel hebben om kostenvoordelen door te geven aan de zorgverzekeraars. Immers, zorgverzekeraars zijn terughoudend met het sturen van verzekerden, zoals aangegeven is in randnummer 259 tot en met 262. Daarmee zijn zorgverzekeraars beperkt in staat om een zorgaanbieder te belonen met meer patiënten wanneer een zorgaanbieder zijn prijs verlaagt. Partijen hebben niet aangetoond dat voor hun diensten een prijsdaling in een vraagtoename resulteert die vervolgens voordeel oplevert voor partijen. Het is de ACM daarom onduidelijk welke prikkel partijen hebben om kostenbesparingen uit zichzelf door te geven aan afnemers. De ACM hecht er daarom veel belang aan dat in deze zaak zorgverzekeraars door middel van afnemersmacht kunnen afdwingen dat kostenbesparingen worden doorgegeven.
329. Partijen geven aan dat zorgverzekeraars kunnen profiteren van verscheidene kostenbesparingen doordat zij over afnemersmacht beschikken. Echter, zoals in paragraaf 6.6.4 is geconcludeerd, is de ACM van oordeel dat zorgverzekeraars over onvoldoende afnemersmacht beschikken om Parnassia ne de voorgenomen concentratie te disciplineren. Daarmee acht de ACM ook onvoldoende aangetoond dat zorgverzekeraars in staat zijn om bij partijen af te dwingen dat zij kostenbesparingen aan zorgverzekeraars doorgeven.
330. Partijen stellen dat zorgverzekeraars na de voorgenomen concentratie goedkoper uit zullen zijn doordat zij minder (dure) klinische sGGZ zullen inkopen en meer (goedkope) ambulante sGGZ. Zorgverzekeraars kunnen dit realiseren doordat partijen als gevolg van de voorgenomen concentratie kunnen ambulantiseren. De ACM acht het aannemelijk dat zorgverzekeraars financiële voordelen kunnen realiseren wanneer zij minder klinische sGGZ en meer ambulante sGGZ in kunnen kopen. Deze mogelijkheid zouden zorgverzekeraars ook in afwezigheid van de concentratie hebben, aangezien Antes en Parnassia momenteel al klinische en ambulante zorg aanbieden. De ACM kan daarom niet met redelijke zekerheid vaststellen welk scenario zich voordoet in afwezigheid van voorgenomen concentratie. Daarom is de ACM niet in staat te vast te stellen of het voordeel dat zorgverzekeraars daadwerkelijk zullen realiseren, substantieel is.
331. Partijen hebben toezeggingen gedaan aan zorgverzekeraars waarin zij een lagere prijs per patiënt hebben beloofd. Echter, zoals de ACM in randnummers 319 vaststelt, is de ACM van oordeel dat deze toezeggingen onvoldoende zeker zijn. Daarmee bieden de gedane toezeggingen volgens de ACM onvoldoende zekerheid dat de geclaimde kostenbesparingen bij zorgverzekeraars terechtkomen.
332. Ten aanzien van de door partijen genoemde kostenbesparingen ten gevolge van de optimalisatie van klinische capaciteit, merkt de ACM op dat partijen in het midden laten welk deel van de door hen verwachte kostenvoordelen toegerekend kan worden aan de markten waar het efficiëntieverweer op ziet. Immers, de besparingen moeten in beginsel de zorgverzekeraars ten goede komen op de markten waar anders waarschijnlijk mededingingsproblemen zouden ontstaan.
333. Aangaande de synergievoordelen, stellen partijen dat de tariefzetting in GGZ-markten tot stand komt op basis van totale kosten en niet slechts op basis van marginale kosten en een 'mark up'. Dientengevolge dienen volgens partijen ook besparingen op vaste kosten mee te worden genomen in de kostenbesparingen. Echter, partijen geven aan dat de mate waarin deze besparingen daadwerkelijk worden doorgegeven aan afnemers, afhankelijk is van de druk die zorgaanbieders ervaren, de afnemersmacht van zorgverzekeraars. De ACM heeft eerder geconstateerd dat hiervan onvoldoende sprake is na de voorgenomen concentratie.



Dientengevolge kan niet gesteld worden dat afnemers op voorhand zullen profiteren van de door partijen geclaimde synergievoordelen.

*Tussenconclusie voordeel voor afnemers*

334. De ACM concludeert dat uit het efficiëntieverweer onvoldoende blijkt dat afnemers substantieel en tijdig financieel profiteren van de voorgenomen concentratie doordat zij niet over voldoende afnemersmacht beschikken en omdat partijen geen andere prikkel ervaren om de mogelijke voordelen door te geven.

#### **6.7.4 Beoordeling zorginhoudelijke voordelen**

335. Na de algemene en financiële beoordeling van het efficiencyverweer wordt hieronder ingegaan op de mogelijke zorginhoudelijke voordelen van deze concentratie

##### ***Opvatting partijen***

336. Partijen noemen verschillende redenen waarom de zorg na de voorgenomen concentratie kwalitatief van een hoger niveau zal zijn. Allereerst geven partijen aan dat de kwaliteit van de zorg stijgt als gevolg van de ambulantisering, welke op haar beurt mogelijk wordt gemaakt door de concentratie. Daarbij zijn coördinatieproblemen rondom het moment van overdracht binnen één organisatie beter op te lossen. Zodoende leidt een sluitende aansturing van patiënten van ambulantly naar klinisch en omgekeerd binnen één organisatie tot een meer effectieve en efficiëntere behandeling. Dit is volgens partijen met name het geval voor EPA-patiënten. Bovendien worden ongewenste financiële prikkels (verlies van marge) weggenomen die volgens partijen ertoe zouden kunnen leiden dat patiënten ten onrechte niet overgedragen worden.
337. Ten tweede geven partijen aan dat zij in staat zijn om het aanbod van klinische zorg en FACT-teams beter op elkaar af te stemmen, doordat zij samen de zorg in Rotterdam kunnen inrichten. Daardoor kunnen tegen dezelfde kosten meer mensen ambulantly geholpen worden en beter geïntegreerde zorg krijgen. De geïntegreerde zorg biedt voordeel voor een groot deel van de patiënten dat behandeld wordt voor meerdere aandoeningen (bijvoorbeeld door de integratie van de gespecialiseerde verslavingszorg van Antes met de sGGZ van Parnassia). Partijen stellen dat vooral bij EPA-patiënten de consistentie en continuïteit van de geleverde (bemoei)zorg van groter belang is dan de keuzevrijheid. Dit is volgens partijen met name het geval op die momenten dat het met de patiënt minder gaat en hij niet in staat is om een keuze te maken. De door partijen noodzakelijk geachte consistentie kan volgens hen alleen binnen één behandelorganisatie geleverd worden. Partijen stellen dat de keuzevrijheid voor patiënten geborgd is binnen de behandelorganisatie.
338. Ten derde verwachten partijen in staat te zijn om de resterende bedden capaciteit beter in te delen, doordat zij gezamenlijk het klinische aanbod in kunnen richten. Daardoor is er meer ruimte voor specialistische afdelingen.
339. Ten slotte stellen partijen dat zij zorginhoudelijke synergievoordelen kunnen realiseren doordat zij na de voorgenomen concentratie beschikken over één elektronisch patiëntendossier.

##### ***Verifieerbaarheid***

340. Partijen stellen dat de verwachte zorginhoudelijke voordelen, naast het feit dat partijen geen op winst gedreven instellingen zijn, de rechtvaardiging van de concentratie zijn. Tevens zijn de verwachte zorginhoudelijke voordelen volgens partijen de voornaamste reden dat betrokken stakeholders de concentratie ondersteunen.





341. Lexonomics verwijst naar de eerder genoemde presentatie van de Parnassia Groep en Antes van 11 maart 2014 en een presentatie van 18 maart 2015, die Parnassia heeft gegeven aan het bankenconsortium (zie randnummer 300). Uit deze bronnen blijkt volgens Lexonomics hoe partijen na de voorgenomen concentratie van plan zijn om hun FACT-teams in te richten.
342. Het verweer verwijst naar een rapport van het Trimbos Instituut over ambulantisering<sup>133</sup> om in algemene zin aan te geven dat ambulante hulp de kwaliteit van leven, de behandeling en het herstel van patiënten ten goede komt in vergelijking tot klinische hulp.

#### ***Specifiek resultaat van de concentratie***

343. Lexonomics geeft aan dat partijen na de voorgenomen concentratie in staat zijn om patiënten betere zorg te geven doordat FACT-teams beter geïntegreerde zorg met een breder aanbod van competenties aanbieden en beter samenwerken met de wijkteams en andere zorgaanbieders (zoals kinder- en jeugdteams).
344. Lexonomics stelt dat door de voorgenomen concentratie de schaal op de resterende locaties zal toenemen waardoor er op de locaties meer ruimte is om gespecialiseerde functies als High & Care en Crisiscentra aan te bieden.

#### ***Voordeel voor de afnemers***

345. Volgens Lexonomics profiteren patiënten van de voorgenomen concentratie doordat de kwaliteit van de sGGZ toeneemt als gevolg van de ambulantisering. Door ambulantisering wordt o.a. beter geïntegreerde zorg aangeboden.
346. Ten tweede verwacht Lexonomics dat de kwaliteit van de klinische sGGZ omhoog zal gaan doordat partijen na de voorgenomen concentratie in staat zijn om een grotere mate van specialisatie te realiseren als gevolg van de concentratie van klinische locaties.

#### ***Beoordeling door de ACM***

##### ***Verifieerbaarheid***

347. De toets die de ACM hanteert voor de verifieerbaarheid van de door partijen verwachte zorginhoudelijke voordelen die het gevolg zijn van de concentratie, is vergelijkbaar met de toets zoals beschreven in randnummer 313. Waar de toets zich in randnummer 313 en verder concentreert op financiële voordelen, richt de toets zich in dit onderdeel op zorginhoudelijke voordelen.
348. De presentaties waar partijen naar verwijzen, zijn presentaties op hoofdlijnen waarin globaal wordt aangegeven op welke wijze partijen van plan zijn om na de voorgenomen concentratie hun FACT-teams in te richten en welke potentiële verbeteringen dit oplevert. Partijen verwijzen in hun efficiëntieverweer naar presentaties, maar niet naar de analyses die ten grondslag liggen aan de resultaten die in de presentaties gepresenteerd worden. Daardoor is de ACM niet in staat om de geclaimde voordelen te verifiëren. In de sheets van de presentaties waar partijen naar verwijzen wordt bovendien in zijn geheel niet ingegaan op de andere zorginhoudelijke voordelen die partijen benoemen, zoals de mogelijkheid om ambulante zorg gemakkelijker op te schalen en de integratie van verslavingszorg en sGGZ die leidt tot betere zorg voor de patiënt.
349. Ten aanzien van de prikkel die partijen zouden hebben om de zorginhoudelijke voordelen te

<sup>133</sup> Ambulantisering-Trendrapportage GGZ 2012, Deel 1: Organisatie, structuur en financiering.



realiseren, stellen partijen dat deze blijkt uit het voornemen van de concentratie zelf. Uit deze opvatting blijkt niet welk voordeel partijen hier zelf mee behalen, noch hoe zeker het is dat partijen deze prikkel na de voorgenomen concentratie blijven ervaren. Daarmee kan de ACM onvoldoende beoordelen met welke zekerheid de door hen geschetste efficiëntievoordelen gerealiseerd worden.

350. Zoals in randnummer 317 reeds is aangegeven, is het rapport van het Trimbos Instituut een algemeen rapport over de ambulantisering in de GGZ-sector. Partijen geven aan dat uit voornoemd rapport blijkt dat de zorginhoudelijke voordelen door ambulantisering, zoals partijen voor ogen hebben, in algemene zin geloofwaardig is. Echter, partijen lichten niet toe waarom de conclusies uit het Trimbos-rapport één op één vertaald kunnen worden naar de voorgenomen concentratie. Bovendien stelt het rapport dat er weliswaar grote maatschappelijke en economische voordelen verbonden zijn aan ambulantisering van de zorg in de GGZ, maar dat er op dit moment ook belemmeringen zijn die een negatief effect hebben op de hiervoor genoemde voordelen. Deze belemmeringen zien op het gegeven dat de besparingen niet terecht komen bij de investeerders waardoor zorginstellingen en financiers terughoudend zijn met ambulantisering. De ACM ziet niet in hoe de voorgenomen concentratie tussen Antes en Parnassia bijdraagt aan het wegnemen van deze belemmering.
351. Het Trimbos Instituut merkt in haar rapport ook op dat het effect van ambulante zorg beperkt kan zijn als gevolg van een suboptimale implementatie en een relatief hoge kwaliteit van de standaard zorg. Uit de stukken van partijen blijkt niet op welke wijze zij deze aspecten adresseren, zodat zij substantiële voordelen voor afnemers kunnen realiseren.
352. De bewijslast voor het efficiëntieverweer ligt in beginsel bij partijen. De ACM heeft echter met verschillende partijen gesprekken gevoerd en deze gesprekken leveren geen extra onderbouwing op voor het door partijen gevoerde verweer. Zo hebben verscheidene zorgverzekeraars en concurrenten aangegeven weliswaar te verwachten dat partijen na de voorgenomen concentratie zorginhoudelijke verbeteringen zullen doorvoeren (met name voor de EPA-doelgroep), maar zij kunnen deze verwachting niet onderbouwen. De gemeente Rotterdam geeft aan tevreden te zijn over de huidige EPA-zorg van partijen. De gemeente Rotterdam ziet wel verbeterpunten, maar tekent aan dat het voor haar onzeker is of deze benut gaan worden.
353. Uit gesprekken met IGZ en ZIN komt verder naar voren dat het zeer de vraag is of de voorgenomen concentratie daadwerkelijk zorginhoudelijke voordelen gaat opleveren. Volgens IGZ en ZIN is de overdracht van een patiënt tussen verschillende behandelaren inderdaad een risicovol moment, maar dit geldt evengoed voor de overdracht tussen behandelaren binnen een organisatie. De NVVP<sup>134</sup> heeft aangegeven dat voor een goede overdracht het vooral belangrijk is dat er goed gecommuniceerd wordt. Volgens de NVVP verloopt een overdracht binnen een organisatie ook niet altijd goed en lost een concentratie dit probleem niet automatisch op.

*Tussenconclusie verifieerbaarheid zorginhoudelijke voordelen*

354. De ACM concludeert dat, gegeven de visie en standpunten van partijen zoals neergelegd in de genoemde documenten en gelet op de reacties van derden, de zorginhoudelijke efficiëntieverbeteringen onvoldoende verifieerbaar zijn. Het ontbreekt in de documenten van partijen aan voldoende objectieve onderbouwing dat de gestelde zorginhoudelijke verbeteringen zich met redelijke zekerheid zullen voordoen. Ook blijkt uit het betoog van partijen niet welke prikkels zij hebben om betreffende voordelen te realiseren.

<sup>134</sup> Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.



***Specifiek resultaat van de concentratie***

355. De toets die de ACM hanteert of de door partijen verwachte zorginhoudelijke voordelen specifiek het resultaat zijn van onderhavige voorgenomen concentratie, is vergelijkbaar met de toets zoals beschreven in randnummer 321. Waar de toets zich in randnummer 321 en verder concentreert op financiële voordelen, richt de toets zich in dit onderdeel op zorginhoudelijke voordelen.
356. De ACM constateert dat partijen een opsomming geven van hun plannen en stellen dat daar positieve effecten van uitgaan. In de argumentatie van partijen ontbreekt echter wat de relatie is tussen de voorgenomen concentratie en de positieve effecten en waarom deze positieve effecten niet op een andere manier behaald kunnen worden. Zo ontbreekt een volledige counterfactual voor zowel Antes als Parnassia, waar de huidige ontwikkelingen in de sGGZ in zijn meegenomen. Ook hebben partijen, voor wat betreft de door hen gepresenteerde zorginhoudelijke positieve effecten, niet aangetoond in welke mate de zorginhoudelijke voordelen gerealiseerd zouden kunnen worden via bijvoorbeeld samenwerkingen die minder ver gaan dan de voorgenomen concentratie.
357. Door de optimalisatie van FACT-teams stellen partijen in staat te zijn zorginhoudelijke voordelen te realiseren. Partijen verwachten deze voordelen te realiseren door een combinatie van volumes, betere coördinatiemogelijkheden, complementariteit van FACT-teams en specialisatie van FACT-teams. Uit de argumentatie van partijen blijkt echter onvoldoende of de concentratie noodzakelijk is om voornoemde activiteiten en gerelateerde zorginhoudelijke voordelen te realiseren, of dat er alternatieven zijn die minder mededingingsbeperkend zijn. In deze context merkt de ACM op dat Parnassia momenteel al FACT-teams heeft en dat uit het betoog van partijen bijvoorbeeld niet blijkt waarom voornoemde optimalisaties enkel gerealiseerd kunnen worden door een concentratie.
358. Tot slot merkt de ACM op dat zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij niet of slechts beperkt hebben onderzocht of andere vormen van samenwerking tot dezelfde resultaten zouden kunnen leiden.

*Tussenconclusie concentratie-specifieke zorginhoudelijke voordelen*

359. De ACM concludeert dat het door partijen aangevoerde efficiëntieverweer onvoldoende duidelijk maakt in hoeverre de geclaimde zorginhoudelijke voordelen specifiek het resultaat zijn van de voorgenomen concentratie. Daarnaast acht de ACM het onvoldoende aannemelijk dat er geen reële minder mededingingsbeperkende manieren zouden zijn om de zorginhoudelijke efficiëntieverbeteringen te realiseren.

***Voordeel voor de afnemers***

360. Om te bepalen in hoeverre afnemers tijdig en substantieel voordeel genieten van de concentratie, acht de ACM het ten minste van belang dat uit de documenten van partijen blijkt hoe afnemers zorginhoudelijk voordeel genieten van de concentratie. Partijen stellen in dit kader dat patiënten als gevolg van de ambulantisering profiteren van zorginhoudelijke voordelen en de kwaliteit van klinische sGGZ zal stijgen als gevolg van de concentratie van klinische locaties.
361. De ACM stelt vast dat als zich de zorginhoudelijke voordelen voordoen, dit in zichzelf impliceert dat afnemers hier voordeel van genieten.
362. Echter, in randnummer 347 tot en met 354 heeft de ACM reeds aangegeven niet in staat te zijn om te verifiëren dat als gevolg van onderhavige concentratie er daadwerkelijk zorginhoudelijke voordelen zullen gaan optreden. In het bijzonder constateert de ACM in randnummer 351 dat



onvoldoende blijkt dat de zorginhoudelijke voordelen die zich als gevolg van de voorgenomen concentratie voor kunnen doen substantieel zijn.

363. Tevens blijkt uit het betoog van partijen dat de kwaliteitsverbeteringen met name ten goede komen aan EPA-patiënten. Deze groep patiënten vormt in aantal een minderheid binnen de markt voor klinische sGGZ. Daardoor zijn de totale zorginhoudelijke voordelen van de concentratie voor de volledige markt mogelijk beperkt, waardoor de ACM niet voetstoots aan kan nemen dat de volledige groep patiënten in de markt voor klinische sGGZ substantieel zorginhoudelijke voordelen genieten. Uit de argumentatie van partijen blijkt onvoldoende dat er substantiële zorginhoudelijke voordelen zijn waar patiënten van kunnen profiteren.
364. Op basis van voorgaande is de ACM niet in staat te beoordelen of de door partijen aangedragen zorginhoudelijke voordelen tijdig en substantieel aan patiënten ten goede komen.

*Tussenconclusie voordeel voor afnemers*

365. De ACM concludeert dat het door partijen aangevoerde efficiëntieverweer onvoldoende duidelijk maakt in hoeverre de geclaimde zorginhoudelijke voordelen ten bate komen van afnemers.

#### **6.7.5 Conclusie efficiëntieverweer**

366. De ACM concludeert dat het door partijen aangedragen efficiëntieverweer zowel ten aanzien van de zorginhoudelijke als de financiële voordelen aan geen van de drie gestelde criteria voldoet. Daarom concludeert de ACM dat het efficiëntieverweer van partijen niet slaagt.

### **6.8 Conclusie beoordeling klinische en ambulante sGGZ voor V&O in de regio Rotterdam-Rijnmond**

367. De ACM concludeert dat partijen als gevolg van de voorgenomen concentratie op de markten voor klinische en ambulante sGGZ voor V&O in de regio Rotterdam-Rijnmond, een zeer hoog gezamenlijk marktaandeel verkrijgen en dat zij elkaars meest nabije concurrent zijn.
368. Voor zowel patiënten als zorgverzekeraars betekent de voorgenomen concentratie het verdwijnen van het voornaamste alternatief op het gebied van klinische en ambulante sGGZ voor V&O in de regio Rotterdam-Rijnmond.
369. De ACM concludeert dat er na de voorgenomen concentratie op deze markten onvoldoende disciplinerende uitgaat van potentiële toetreding en compenserende afnemersmacht van de zorgverzekeraars.
370. Tot slot concludeert de ACM dat het door partijen aangedragen efficiëntieverweer aan geen van de drie gestelde criteria voldoet en de negatieve effecten van de voorgenomen concentratie niet wegnemen.
371. De ACM komt op basis van het bovenstaande tot de conclusie dat als gevolg van de voorgenomen concentratie de daadwerkelijke mededinging in de regio Rotterdam-Rijnmond op significante wijze zal worden belemmerd op de markten voor klinische en ambulante sGGZ voor V&O.



## 7 Beoordeling verslavingszorg

372. De ACM gaat bij de beoordeling van de gevolgen van de concentratie op de markt voor verslavingszorg eerst in op de afbakening van de relevante markten. Vervolgens gaat de ACM in op de gevolgen van de voorgenomen concentratie, gevolgd door een conclusie.

### 7.1 Relevante markten

#### 7.1.1 Relevante productmarkt

373. In eerdere besluiten<sup>135</sup> is geconcludeerd dat er binnen de sGGZ een aparte markt bestaat voor verslavingszorg. Mogelijk kan binnen verslavingszorg een nader onderscheid worden gemaakt tussen klinische en ambulante verslavingszorg.<sup>136</sup> Een nader onderscheid kan in deze zaak echter in het midden blijven, aangezien het geen invloed heeft op de materiële beoordeling.

374. Partijen zijn het eens met de afbakening van de relevante productmarkt als de markt voor verslavingszorg.

#### 7.1.2 Relevante geografische markt

375. In recente besluiten<sup>137</sup> is de ACM bij de afbakening van de geografische markten binnen de GGZ-sector uitgegaan van de GHOR-regio's waar de concentrerende partijen actief zijn. Antes is met het onderdeel Bouman zowel op het gebied van ambulante als klinische verslavingszorg actief in de GHOR-regio's Rotterdam-Rijnmond (hierna: regio Rotterdam-Rijnmond) en Zuid-Holland Zuid. Parnassia is met het onderdeel De Brijder zowel op het gebied van ambulante als klinische verslavingszorg actief in de regio's Haaglanden, Kennemerland, Hollands Midden, Noord-Holland Noord, Amsterdam-Amstelland en Zaanstreek-Waterland. Bij een afbakening van de geografische markt per regio, overlappen de activiteiten van partijen op het gebied van zowel klinische als ambulante verslavingszorg elkaar niet.

376. Partijen betwisten de geografische marktafbakening van de ACM in het meldingsbesluit niet. Uit het marktonderzoek onder concurrenten zijn ook geen aanwijzingen naar voren gekomen dat de geografische markt anders zou moeten worden afgebakend. In onderhavige zaak wordt daarom uitgegaan van een relevante markt voor verslavingszorg in de GHOR-regio Rotterdam-Rijnmond.

### 7.2 Gevolgen van de voorgenomen concentratie

#### *Meldingsbesluit*

377. In het meldingsbesluit<sup>138</sup> heeft de ACM geconcludeerd dat Antes op de markt voor verslavingszorg in de regio Rotterdam-Rijnmond een zeer hoog marktaandeel heeft en dat Parnassia in deze regio moet worden aangemerkt als meest gereede potentiële concurrent van Antes.

<sup>135</sup> Zie besluit van 16 april 2008 in zaak 6068/AMC De Meren – JellinekMentrum, randnummer 15-18; besluit van 8 augustus 2008 in zaak 6365/Stichting Meerkanten GGZ Flevo-Veluwe – Stichting Symfora Groep, randnummer 20; besluit van 23 december 2013 in zaak 13.1372.22/Arkin – InGeest – SAG, randnummer 37.

<sup>136</sup> Zie bijvoorbeeld het besluit van 23 december 2013 in zaak 13.1372.22/Arkin – InGeest – SAG.

<sup>137</sup> Zie besluit van 16 april 2013 in zaak 7558/Parnassia Groep – 1nP, randnummer 14, 22; besluit van 23 december 2013 in zaak 13.1372.22/Arkin – InGeest – SAG, randnummer 44-49.

<sup>138</sup> Zie besluit van 6 november 2015 in zaak 15.0992.22/Parnassia Groep B.V. – Stichting Antes, randnummer 90-99.



### **Standpunt partijen**

378. Partijen voeren aan dat om als potentiële concurrent te worden aangemerkt het noodzakelijk is dat Parnassia bij een geringe maar duurzame verhoging van de relatieve prijzen wellicht op korte termijn in staat zou moeten zijn om de vereiste extra investeringen te doen of andere noodzakelijke overschakelingskosten te maken om de regio Rotterdam-Rijnmond te kunnen betreden.<sup>139</sup> Partijen benadrukken dat Parnassia [...] heeft noch als meest gereede potentiële concurrent van Antes moet worden aangemerkt.

### **Beoordeling door de ACM**

379. Zoals in het meldingsbesluit is geconcludeerd, is Antes veruit de grootste aanbieder van verslavingszorg in de regio Rotterdam-Rijnmond. Op het gebied van klinische verslavingszorg is Antes zelfs de enige aanbieder. De verslavingszorg die Antes aanbiedt, wordt ook wel getypeerd als chronische verslavingszorg. De overige aanbieders in de regio zijn enkel actief op het gebied van de ambulante verslavingszorg. Dit is 'lichte' verslavingszorg, gericht op *clean* worden.

380. Parnassia biedt in andere regio's vergelijkbare (gespecialiseerde) verslavingszorg aan als Antes met haar onderdeel De Brijder. [Parnassia zou ook kunnen toetreden tot de regio Rotterdam-Rijnmond], bijvoorbeeld als een zorgverzekeraar hierom zou vragen.

381. De ACM heeft in de vergunningsfase met meerdere (gespecialiseerde) aanbieders van verslavingszorg gesproken. Zij geven aan dat wat betreft ambulante verslavingszorg, zij in principe gemakkelijk zouden kunnen toetreden tot een andere regio. Hierbij merken de verslavingszorgaanbieders echter op dat zorgverzekeraars de toetreding moeten ondersteunen, willen zij succesvol kunnen toetreden. Uit het marktonderzoek blijkt dat de investeringen die nodig zijn voor het toetreden dan wel uitbreiden in de ambulante verslavingszorgmarkt niet zo zeer betrekking hebben op locaties of voorzieningen. Het feit dat Parnassia in deze regio al beschikt over locaties, verschaft haar dus geen extra voordeel ten opzichte van andere verslavingszorgaanbieders. De belangrijkste drempel voor een aanbieder die wil toetreden dan wel uitbreiden is het verkrijgen van een contract met een zorgverzekeraar. Daarnaast zal een nieuwe toetreders moeten investeren in samenwerking met huisartsen en marketing.

382. Zowel zorgverzekeraars als verslavingszorgaanbieders geven aan dat als het gaat om toetreding en uitbreiding, verslavingszorgaanbieders afhankelijk zijn van de zorgvraag en eventuele witte vlekken in het zorgaanbod in de betreffende regio (zie voor het opvullen van witte vlekken ook randnummer 244 en 246). Uit het marktonderzoek komt naar voren dat investeren in verwijsrelaties voor de nieuwe verslavingszorgaanbieders niet lastig is. De eventuele naamsbekendheid van Parnassia in de regio Rotterdam-Rijnmond biedt op dit punt dus nauwelijks voorsprong ten opzichte van andere verslavingszorgaanbieders.

383. Uit het marktonderzoek volgt verder dat marktpartijen toetreding op de markt voor klinische verslavingszorg niet realistisch achten gelet op de beddenreductie. Zorgverzekeraars geven eveneens aan toetreding en uitbreiding van klinische verslavingszorg niet te faciliteren. Verslavingszorgaanbieders hebben dit standpunt van de zorgverzekeraars bevestigd. Door deze terughoudendheid geldt voor alle potentiële aanbieders dat de kansen en mogelijkheden om toe te treden in deze regio zeer beperkt zijn.

384. De ACM constateert op basis van de bevindingen uit het marktonderzoek dat Parnassia als een potentiële concurrent van Antes moet worden aangemerkt op de mogelijke markten voor zowel

<sup>139</sup> Zie tevens de Richtsnoeren inzake de toepasselijkheid van artikel 101 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie op horizontale samenwerkingsovereenkomsten 2011/C 11/01 d.d. 14 januari 2011, randnummer 10.





klinische als ambulante verslavingszorg, alsmede de ruimere mogelijke markt voor verslavingszorg. Tegelijkertijd constateert de ACM dat andere (gespecialiseerde) verslavingszorgaanbieders in dezelfde mate als potentiële concurrent van Antes moeten worden gezien.

### **7.3 Conclusie beoordeling verslavingszorg**

385. De ACM concludeert dat zij geen reden heeft om aan te nemen dat de voorgenomen concentratie op het gebied van verslavingszorg de daadwerkelijke mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan op significante wijze zou kunnen belemmeren, gelet op het feit dat Parnassia niet als meest gereede potentiële concurrent van Antes kan worden aangemerkt. Parnassia wordt net als de andere (gespecialiseerde) verslavingszorgaanbieders in gelijke mate als potentiële concurrent van Antes beschouwd.

**77/118**



## 8 Beoordeling forensische zorg

386. Parnassia en Antes zijn beide actief op het gebied van forensische zorg. Forensische zorg is zorg voor mensen met een psychische of psychiatrische stoornis die als gevolg van deze stoornis een strafbaar feit hebben gepleegd en bij wie het risico hoog is dat zij opnieuw een strafbaar feit gaan plegen. Het doel van forensische zorg is dat patiënten na hun straf en hun behandeling geen strafbare feiten meer zullen plegen en normaal kunnen functioneren in de maatschappij (verminderen van recidive). De forensische zorg is erop gericht de maatschappelijke veiligheid te vergroten.<sup>140</sup>
387. Forensische zorg varieert van behandeling en verblijf in zwaarbeveiligde TBS-klinieken<sup>141</sup> tot en met verschillende poliklinieken die mensen ondersteuning bieden om in het dagelijkse leven om te kunnen gaan met een verslaving of een persoonlijkheidsstoornis. Binnen de forensische zorg wordt ook zorg geboden aan mensen met een verstandelijke beperking en wordt ook beschermd wonen aangeboden.<sup>142</sup>
388. Naast deze onvrijwillige vorm van forensische zorg, is Parnassia tevens actief op het gebied van vrijwillige forensische zorg.<sup>143</sup> Vrijwillige forensische zorg betreft dat deel van de forensische behandeling dat vrijwillig wordt voortgezet nadat de strafrechtelijke titel is vervallen. Met het vervallen van de strafrechtelijke titel is de behandeling (klinisch dan wel ambulante) nog niet altijd afgerond. Om de kans op terugval van de patiënt te verkleinen zal de instelling in zo'n geval aandringen op een vervolg van de behandeling. Vrijwillige forensische zorg kan ook geboden worden voorafgaand aan een (mogelijke) strafrechtelijke veroordeling. Patiënten kunnen zich vrijwillig laten behandelen om zo strafrechtelijke veroordeling te voorkomen. Deze zorg wordt gefinancierd op basis van de Zvw.<sup>144</sup>
389. De ACM heeft in eerdere besluiten<sup>145</sup> de afbakening van relevante markten binnen de forensische zorg in het midden gelaten omdat die de beoordeling in die zaken niet zou hebben beïnvloed. In deze zaak is marktafbakening echter wel van belang voor de beoordeling van forensische zorg. Een belangrijk onderdeel van het onderzoek van de ACM op het gebied van de forensische zorg betrof dan ook de afbakening van relevante markten binnen de forensische zorg.
390. In het navolgende zet de ACM allereerst haar bevindingen uiteen aangaande ruimte voor concurrentie op het gebied van forensische zorg. Vervolgens gaat de ACM in op de uitkomsten

78/118

<sup>140</sup> <https://www.forensischezorg.nl/introductie/keten-forensische-zorg/forensische-zorg-in-de-praktijk>, website bezocht 3 januari 2017.

<sup>141</sup> TBS staat voor terbeschikkingstelling. Dit is een strafmaatregel die de rechter op kan leggen aan een verdachte van een misdrijf waar minimaal 4 jaar gevangenis op staat of voor een aantal specifiek genoemde delicten, zoals stalking of bedreiging.

<sup>142</sup> Ministerie van Justitie en Veiligheid, Handboek Forensische Zorg, Editie 2, 2013, p. 12 en p.13.

<sup>143</sup> Parnassia heeft op het gebied van vrijwillige klinische forensische zorg in 2014 in regio Rotterdam-Rijnmond een omzet behaald van EUR [...]. Gelet op deze beperkte omzet gaat de ACM in deze zaak niet in op de vraag of vrijwillige klinische forensische zorg gerekend moet worden tot klinische sGGZ voor V&O of klinische forensische zorg. Of vrijwillige ambulante forensische zorg gerekend moet worden tot ambulante sGGZ voor V&O of ambulante forensische zorg kan in het midden worden gelaten omdat het de materiële beoordeling niet beïnvloedt, zie randnummer 488 en randnummer 131. Ditzelfde geldt voor vrijwillige ambulante forensische verslavingszorg en vrijwillige klinische forensische verslavingszorg zie randnummer 385 en randnummer 488.

<sup>144</sup> NZa, Beleidsregel BR/FZ-0024, Prestaties en tarieven forensische zorg, p.11. Deze beleidsregel is op 1 januari 2016 in werking getreden.

<sup>145</sup> Zie het meldingsbesluit van 3 augustus 2007 in zaak 6068/AMC De Meren – JellinekMentrum en het besluit van 18 maart 2008 in zaak 6234/Forum GGZ Nijmegen – De Gelderse Roos.



van het marktonderzoek betreffende de afbakening van de relevante markten binnen de forensische zorg. Tot slot gaat ACM in op de gevolgen van deze concentratie op de markten binnen de forensische zorg waar de activiteiten van partijen op overlappen.

## 8.1 Ruimte voor concurrentie

### *Meldingsbesluit*

391. In het meldingsbesluit heeft de ACM op basis van marktonderzoek geconcludeerd dat er sprake is van ruimte voor concurrentie op de markt voor forensische zorg. De ACM heeft geconstateerd dat de Dienst Justitiële Inrichtingen (hierna: DJI), onderdeel van het ministerie van Veiligheid en Justitie<sup>146</sup>, het grootste deel van de forensische zorg inkoop door middel van een inkoopproces waarbij zij op grond van diverse criteria uit ingediende offertes kiest welke (zittende dan wel nieuwe) aanbieders worden geselecteerd. Daarbij bestaat ook de kans dat een zittende aanbieder niet of in mindere mate wordt gecontracteerd. Hiermee organiseert DJI ten aanzien van de forensische zorg concurrentie om de markt.

### *Opvatting partijen*

392. Partijen handhaven hun standpunt uit de meldingsfase dat forensische zorg die wordt verleend op grond van een strafrechtelijke titel, net als zorg in het kader van de Wet Bopz, geen economische activiteit betreft, althans dat er geen ruimte voor concurrentie is. De kenmerken van gedwongen forensische zorg zijn volgens partijen volledig gelijk aan de behandelingen en activiteiten die worden verleend in het kader van de Wet Bopz.<sup>147</sup>
393. Het primaire doel van forensische zorg op basis van een strafrechtelijke titel is volgens partijen beveiliging van de samenleving door het risico op recidive te verminderen. Daarnaast is er sprake van gedwongen behandeling als gevolg van de strafrechtelijke veroordeling. De forensische zorg betreft daarom volgens partijen net als Bopz-zorg een exclusieve overheidsstaak en is daarmee niet te beschouwen als een economische activiteit.
394. Daarnaast stellen partijen dat aanbieders van forensische zorg geen enkele mogelijkheid hebben om met enige vorm van marktgedrag, zoals beslissingen over prijs, kwaliteit en capaciteit, de vraag naar forensische zorg te beïnvloeden. Partijen geven hierbij aan dat de inkoop door DJI geschiedt op basis van de productie van het voorgaande jaar en dat er geen ruimte is voor nieuwe toetreders. Ook zouden de prijs en kwaliteitseisen volgens partijen op voorhand vastliggen zodat hier niet op geconcurrereerd kan worden. Tot slot stellen partijen dat de selectie- en gunningscriteria die ingaan op kwaliteit, veiligheid, declaratie en betaling minimaal zijn zodat volgens partijen niet gesproken kan worden van enige vorm van concurrentie.

### *Beoordeling door de ACM*

395. Partijen hebben in de vergunningsfase geen nieuwe feiten of omstandigheden naar voren gebracht voor hun stelling dat er geen ruimte is voor concurrentie op het gebied van forensische zorg. Wel hebben partijen de feiten en omstandigheden die zij in de meldingsfase hebben aangedragen nader onderbouwd.

79/118

<sup>146</sup> Het ministerie van Veiligheid en Justitie is sinds 1 januari 2008 verantwoordelijk voor het uitvoeren van alle activiteiten met betrekking tot forensische zorg in een strafrechtelijk kader.

<sup>147</sup> Partijen verwijzen hierbij naar het besluit van 1 september 2004 in zaak 3865/Rijngest - Robert Fleury, randnummer 20 het besluit van 11 juli 2006 in zaak 5660/GGZ Groep Europoort – Bavo RNO Groep, randnummer 22, het besluit van 2 november 2006 in zaak 5632/GGZ noord-Holland-Noord – GGZ Dijk en Duin, randnummer 16 en het besluit in zaak 6556/GGZ Oost Barbant – Reinier van Arkel, randnummer 9.



396. Naar aanleiding van de uitkomsten van het marktonderzoek, blijft de ACM bij haar conclusie uit de meldingsfase.<sup>148</sup> De ACM licht dit hieronder nader toe. Op het gebied van forensische zorg concurreren zorgaanbieders met elkaar om de markt van forensische zorg als gevolg van de gehanteerde aanbestedingsystematiek. Zorgaanbieders van forensische zorg dienen offertes in op basis waarvan DJI<sup>149</sup> deze zorg inkoop. Hierbij wordt het behandelaanbod door de zorgaanbieder zelf samengesteld en kunnen zij zich onderscheiden van andere aanbieders.<sup>150</sup>
397. De aanbesteding heeft de vorm van een vergelijkende toets waarbij zorgaanbieders op een aantal gunningcriteria worden vergeleken. De gunningscriteria hebben onder andere betrekking op het groeivoorstel, druk op wachttijden en continuïteit van zorg. Per criterium wordt de score voor de ingeschreven aanbieders door DJI bepaald. Aan de zorgaanbieders met de hoogste totaalscores wordt gegund en zij krijgen een contract.<sup>151</sup> Zorgaanbieders kunnen zich dus van hun concurrenten onderscheiden op deze gunningscriteria.
398. Op dit moment wordt er op het gebied van forensische zorg niet op prijs geconcurrereerd. DJI heeft wel de ambitie uitgesproken om meer op prijs te willen gaan onderhandelen. Binnen regelgeving aangaande forensische zorg is het ook mogelijk om op prijs te concurreren. Het staat DJI vrij om te zijner tijd wel op prijs te gaan onderhandelen.<sup>152</sup> Prijs heeft nu dus nog geen invloed op de gunning, maar wel de criteria zoals vastgelegd in het inkoopdocument van DJI.
399. DJI geeft voorts aan dat wanneer een zorgaanbieder minder productie heeft gerealiseerd (onderproductie) ten opzichte van de gemaakte afspraken, overwogen kan worden om het overgebleven geld over te hevelen naar een zorgaanbieder die een stijgende vraag heeft. Daarnaast geeft DJI aan dat wanneer een zorgaanbieder in een extreem geval slechte kwaliteit levert, dit een reden kan zijn om minder forensische zorg bij deze aanbieder in te kopen. Hierbij geeft DJI aan dat zij er soms voor kiest om contracten stapsgewijs af te bouwen als zij niet tevreden is over de kwaliteit van de geleverde forensische zorg van een zorgaanbieder.
400. Daarnaast geeft DJI aan dat er elk jaar voor bestaande aanbieders groei mogelijk is. Deze zorgaanbieders kunnen inschrijven op groeipercelen. Ook is er ruimte voor toetreding van nieuwe zorgaanbieders. De laatste jaren zijn er jaarlijks nieuwe zorgaanbieders gecontracteerd.<sup>153</sup>
401. Tijdens het inkoopproces kunnen zorgaanbieders aangeven welke patiënten zij wel of niet kunnen opnemen. In geval DJI voor deze patiëntengroep zorg heeft ingekocht bij een zorgaanbieder dan gaat DJI ervan uit dat de patiënt ook daadwerkelijk kan worden opgenomen. DJI geeft aan dat als de capaciteit bij een zorgaanbieder vol is, zij de zorgaanbieder niet kan verplichten patiënten op te nemen. Wel kan incidenteel het inkoopcontract worden uitgebreid om zodoende extra patiënten te kunnen plaatsen. Het staat zorgaanbieders in deze situatie echter ook vrij om het contract niet uit te breiden. Er is in die zin dus geen sprake van een strikte opnameplicht.

<sup>148</sup> Wat betreft de vergelijking die partijen maken tussen Bopz-zorg en forensische zorg stelt de ACM dat elke concentratie op zijn eigen merites wordt beoordeeld en dat de bevindingen in het onderzoek ten aanzien van Bopz-zorg in andere zaken niet simpelweg in het onderzoek naar forensische zorg kan worden toegepast.

<sup>149</sup> De Divisie Forensische zorg van DJI koopt forensische zorg in.

<sup>150</sup> Dienst Justitiële Inrichtingen, Offerteaanvraag 2016, Forensische Zorg, 21 augustus 2015.

<sup>151</sup> Dienst Justitiële Inrichtingen, Offerteaanvraag 2016, Forensische Zorg, 21 augustus 2015.

<sup>152</sup> De maximumprijzen voor forensische zorg worden door de NZa vastgesteld. NZa, Beleidsregel BR/FZ-0024, Prestaties en tarieven forensische zorg.

<sup>153</sup> DJI geeft aan dat voor het jaar 2016 7 nieuwe aanbieders zijn gecontracteerd.



### **Conclusie ruimte voor concurrentie**

402. Gelet op het voorgaande komt de ACM tot de conclusie dat er sprake is van ruimte voor concurrentie om de markt voor forensische zorg. De gunningscriteria zoals opgenomen in het inkoopdocument van DJI stellen zorgaanbieders in de gelegenheid om zich van elkaar te kunnen onderscheiden. Al naar gelang de kwaliteit van de geboden zorg kunnen zorgaanbieders een kavel winnen of productie kwijtraken. In het navolgende zullen de activiteiten van partijen op het gebied van forensische zorg dan ook worden meegenomen in de beoordeling van de gevolgen van deze voorgenomen concentratie.

## **8.2 Relevante productmarkten**

403. Partijen zijn beide actief op het gebied van klinische forensische zorg, ambulante forensische verslavingszorg, klinische forensische verslavingszorg en forensische woonbegeleiding.

### **8.2.1 Onderscheid binnen forensische zorg**

#### **Meldingsbesluit**

404. In het meldingsbesluit heeft de ACM aangegeven dat uit het marktonderzoek niet eenduidig naar voren is gekomen of er binnen de forensische zorg een nader onderscheid gemaakt moet worden naar verschillende productmarkten. Of forensische verslavingszorg een aparte markt vormt binnen de forensische zorg en of er binnen de mogelijke markten voor forensische zorg een nadere onderverdeling gemaakt moet worden, is daarom nader onderzocht in de vergunningsfase.

#### **Opvatting partijen**

405. Als de ACM van mening zou zijn dat er op het gebied van forensische zorg sprake is van ruimte voor concurrentie, dan stellen partijen dat net als binnen de algemene GGZ ook binnen de forensische zorg onderscheid gemaakt moet worden naar verschillende productmarkten. Zo kan volgens partijen binnen de forensische zorg onder andere onderscheid gemaakt worden naar forensische zorg en forensische verslavingszorg. Binnen forensische zorg en forensische verslavingszorg kan volgens partijen nader onderscheid worden gemaakt naar ambulante zorg en klinische zorg. Daarnaast achten partijen het aannemelijk dat binnen de klinische forensische zorg nader onderscheid gemaakt moet worden op grond van beveiligingsniveau.<sup>154</sup> Als reden geven partijen aan dat DJI forensische zorgaanbieders contracteert aan de hand van het beveiligingsniveau dat door een aanbieder kan worden geboden. De patiënten worden vervolgens geplaatst op basis van het geïndiceerde beveiligingsniveau.

#### **Beoordeling door de ACM**

406. In navolging van een eerder besluit<sup>155</sup> gaat de ACM in deze zaak ervan uit dat forensische zorg geen onderdeel vormt van de markten voor algemene GGZ. De ACM heeft vervolgens onderzocht of binnen de forensische zorg onderscheid gemaakt moet worden naar verschillende productmarkten.
407. Het ministerie van Veiligheid en Justitie geeft in haar Handboek Forensische Zorg<sup>156</sup> (hierna: Handboek) aan dat de indeling binnen de forensische zorg geënt is op de indeling van de zorg

<sup>154</sup> Partijen verwijzen naar de forensische zorgwijzer van het ministerie van Veiligheid en Justitie. De forensische zorgwijzer biedt een overzicht van de verschillende soorten forensische zorg. <https://www.forensischezorg.nl/kennis-delen/actueel/nieuws/forensische-zorgwijzer>.

<sup>155</sup> Zie besluit van 3 augustus 2007 in zaak 6068/AMC *De Meren – Jellinek*, randnummer 20.

<sup>156</sup> Ministerie van Justitie en Veiligheid, Handboek Forensische Zorg, Editie 2, 2013, p.11 en p. 12 en Handboek Forensische Zorg, editie 3, 2016, p. 9 en p. 10.



die vanuit andere zorgwetgeving wordt bekostigd.<sup>157</sup>

408. Binnen de forensische zorg maakt het Ministerie van Veiligheid en Justitie onderscheid naar GGZ, verslavingszorg en zorg aan mensen met een verstandelijke beperking. Binnen deze segmenten worden de typen ambulante zorg, klinische zorg en verblijfszorg (beschermd wonen) geleverd.<sup>158</sup> Ambulante zorg kan vervolgens worden onderscheiden naar behandeling en begeleiding. De ACM constateert dat deze indeling grote overeenkomsten vertoont met de manier waar waarop de ACM binnen de algemene GGZ de relevante productmarkten afbakt.<sup>159</sup> De ACM heeft deze indeling dan ook als uitgangspunt gehanteerd voor de marktabakening.
409. Om tot een definitieve afbakening van relevante productmarkten te komen heeft de ACM vervolgens de mate van vraag- en aanbodsubstitutie tussen de verschillende typen van forensische zorg onderzocht. Net als in andere zorgsectoren wijst het marktonderzoek in deze zaak uit dat de verschillende typen van forensische zorg zoals genoemd in randnummer 408 vanuit de vraagzijde bezien geen substituten van elkaar zijn. Wanneer iemand met een strafrechtelijke titel bijvoorbeeld een indicatie heeft voor ambulante forensische zorg, kan deze persoon niet in een klinische forensische instelling worden geplaatst of andersom.<sup>160</sup>
410. Ook voor wat betreft de mogelijkheden voor aanbodsubstitutie tussen de verschillende typen van forensische zorg komt uit het marktonderzoek geen wezenlijk ander beeld naar voren dan de ACM heeft geconcludeerd in eerdere besluiten in de zorgsector. Zo zijn er bijvoorbeeld hoge toetredingsdrempels voor klinische forensische zorg voor aanbieders van ambulante forensische zorg. Marktpartijen geven aan dat het meer dan één jaar duurt voordat een ambulante forensische zorgaanbieder een klinische omgeving heeft gerealiseerd. Daarnaast vergt het realiseren van een klinische setting volgens marktpartijen aanzienlijke investeringen (meer dan EUR 1 miljoen) en zal tevens personeel moeten worden aangetrokken om klinische forensische zorg te kunnen leveren.<sup>161</sup> Tevens volgt uit het marktonderzoek dat net als binnen de algemene

82/118

<sup>157</sup> Ook kan onderscheid gemaakt worden naar verschillende methoden van bekostiging die de NZa hanteert in haar Beleidsregel prestaties en tarieven forensische zorg. De DBBC-systematiek (Diagnose Beveiliging en Behandeling Combinatie) omvat klinische en ambulante behandeling. De ZZP-systematiek (Zorg Zwaarte Pakketten) ziet op beschermd wonen en verblijfszorg aan mensen met een verstandelijke beperking. Voor ambulante begeleiding en dagbesteding wordt binnen de forensische zorg gebruik gemaakt van extramurale parameters. NZa, Beleidsregel BR/FZ-0024, Prestaties en tarieven forensische zorg en het Handboek Forensische Zorg, editie 3, 2016, p. 9 en p. 10.

<sup>158</sup> Forensische zorgwijzer, <https://www.forensischezorg.nl/kennis-delen/actueel/nieuws/forensische-zorgwijzer>, website bezocht op 3 januari 2017, en het Handboek Forensische Zorg, editie 3, 2016, p. 9 en p. 10.

<sup>159</sup> Zie onder andere op het gebied van algemene GGZ het besluit van 1 september 2004 in zaak 3865/Rijngest – Robert Fleury, het besluit van 2 november 2006 in zaak 5632/GGZ Noord-Holland Noord – GGZ Dijk en Duin, het besluit van 18 maart 2008 in zaak 6234/Forum GGZ Nijmegen – Gelderse Roos, het besluit van 7 oktober 2010 in zaak 7018/ Parnassia Bavo - i-psy, het vergunningsbesluit van 16 april 2008 in zaak 6068/AMC De Meren – JellinekMentrum, het besluit van 8 augustus 2008 in zaak 6365/Stichting Meerkanten GGZ Flevo-Veluwe – Stichting Symfona Groep, het besluit van 16 april 2013 in zaak 7558/Parnassia Groep – 1nP en het besluit van zaak 23 december 2013 in zaak 13.1372.22/Arkin-InGeest-SAG.

<sup>160</sup> Ministerie van Justitie en Veiligheid, Handboek Forensische Zorg, Editie 3, 2016, hoofdstuk 3 Indicatiestelling en hoofdstuk 4 Plaatsing.

<sup>161</sup> Dat de investeringskosten van het realiseren van klinische plaatsen hoog zijn, wordt bevestigd door de NZa. In de marktscan van de forensische zorg uit 2012 geeft de NZa aan dat een klinische forensische plaats, afhankelijk van het beveiligingsniveau, EUR 150.000 tot meer dan EUR 300.000 kost. NZa, Marktscan Forensische zorg met strafrechtelijke titel 2008-2012, juni 2012, p. 26.





GGZ ook binnen de forensische zorg een ambulantiseringstendens<sup>162</sup> gaande is. DJI zal waarschijnlijk geen extra klinische forensische bedden willen financieren terwijl er al sprake is van overcapaciteit als gevolg van de ambulantiseringstendens.

411. Uit het marktonderzoek volgt voorts dat net als in de algemene verslavingszorg<sup>163</sup> ook voor forensische verslavingszorg geldt dat specifieke kennis nodig is. Deze specifieke kennis is niet aanwezig binnen de algemene forensische zorg. Daarnaast is in de forensische zorg, evenals in eerdere besluiten<sup>164</sup> in andere zorgmarkten is geconcludeerd, verblijfszorg aan mensen met een verstandelijke beperking een aparte markt. Tot slot wordt in de forensische zorg, net als in de algemene GGZ,<sup>165</sup> woonbegeleiding onderscheiden van klinische en ambulante behandelingen.

#### **Conclusie onderscheid binnen forensische zorg**

412. De ACM concludeert dat forensische verslavingszorg (ambulant en klinisch), forensische verblijfszorg aan mensen met een verstandelijke beperking<sup>166</sup> en forensische woonbegeleiding<sup>167</sup> niet behoren tot de markt voor klinische forensische zorg en de markt voor ambulante forensische zorg. De indeling van forensische zorg is geënt op de indeling van de zorg die vanuit andere zorgwetgeving wordt bekostigd. Deze indeling wordt bevestigd door het marktonderzoek van de ACM. Hieruit blijkt dat er geen vraag- en aanbodsubstitutie is tussen de verschillende typen van forensische zorg. In Figuur 2 staan de verschillende forensische markten schematisch weergegeven.

83/118

<sup>162</sup> Dienst Justitiële Inrichtingen, Offerteaanvraag 2016 Forensische Zorg, 21 augustus 2015, p. 20 en Dienst Justitiële Inrichtingen, Inkoopplan 2016 Forensische Zorg, 14 augustus 2015. Dienst Justitiële Inrichtingen, Meerjarenbeleid inkoop forensische zorg 2014 – 2017, 16 augustus 2013, p. 18.

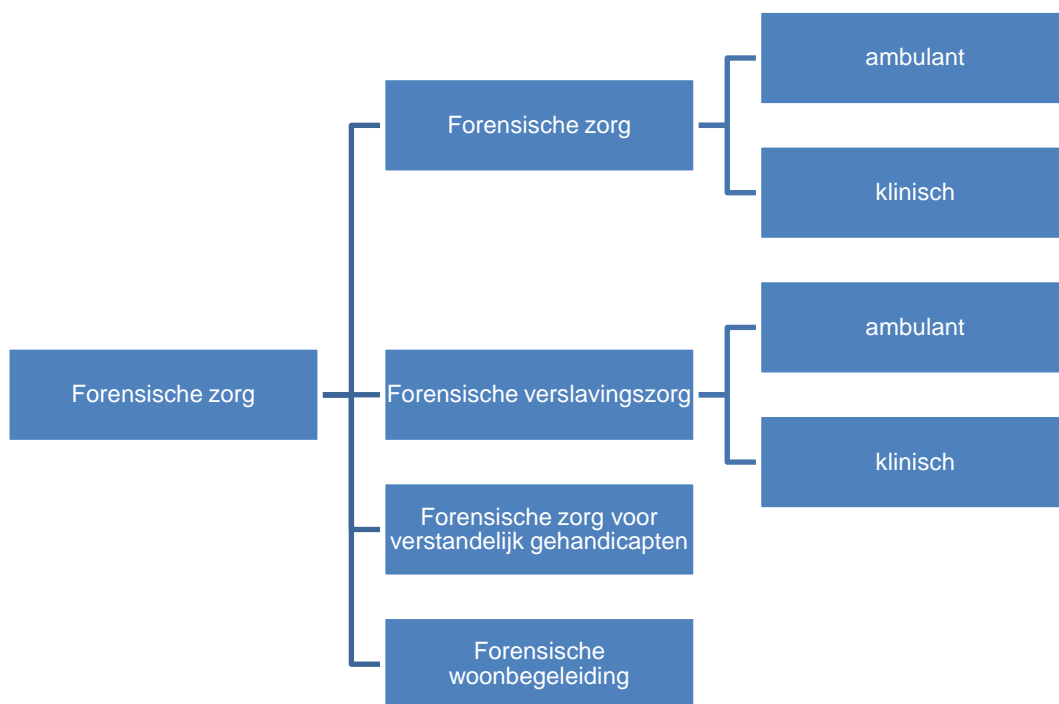
<sup>163</sup> Zie het meldingsbesluit van 3 augustus 2007 in zaak 6068/AMC De Meren – JellinekMentrum, het vergunningsbesluit van 16 april 2008 in zaak 6068/AMC De Meren – JellinekMentrum en het besluit van 8 augustus 2008 in zaak 6365/Stichting Meerkanten GGZ Flevo-Veluwe – Stichting Symfora Groep.

<sup>164</sup> Zie het besluit van van 11 juli 2006 in zaak 5082/Zorggroep West- en Midden-Brabant – Amarant, het besluit in zaak 4245/Vizier – De Wendel en het besluit van 25 januari 2011 in 7068/Amarant – OCB.

<sup>165</sup> Zie het besluit van 16 maart 2010 in zaak 6831/GGZ Delfland – PerspeKtief.

<sup>166</sup> De ACM rekent forensische verblijfszorg voor mensen met een verstandelijke beperking niet tot de markt van klinische forensische zorg. Partijen zijn niet actief op het gebied van verblijfszorg voor mensen met een verstandelijke beperking. De ACM gaat daarom niet in op deze activiteit.

<sup>167</sup> In randnummers 436 tot en met 445 gaat de ACM in op de vraag of forensisch woonbegeleiding al dan niet behoort tot de markt van woonbegeleiding zoals afgebakend in besluit van 16 maart 2010 in zaak 6831/GGZ Delfland – PerspeKtief. In het meldingsbesluit heeft de ACM vastgesteld dat er geen reden was om aan te nemen dat de concentratie de daadwerkelijke mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan op significante wijze zou kunnen belemmeren op het gebied van woonbegeleiding. In een later stadium van het onderzoek is naar voren gekomen dat partijen ook beide actief zijn op het gebied van forensische woonbegeleiding.



84/118

Figuur 2

### 8.2.2 Nader onderscheid binnen klinische forensische zorg naar beveiligingsniveau

413. Anders dan in andere zorgsectoren speelt binnen de forensische zorg het beveiligingsniveau van de gebouwen een belangrijke rol. Binnen de klinische forensische zorg zijn vier beveiligingsniveaus te onderscheiden. Voor elk van de beveiligingsniveaus zijn eisen<sup>168</sup> gesteld waar zorgaanbieders aan moeten voldoen, wil DJI bij deze zorgaanbieders klinische forensische zorg inkopen.
414. De hoogst beveiligde klinische forensische zorg wordt geleverd op beveiligingsniveau vier. Het gebouw is voorzien van een dubbele beveiligingsring en rondom het gebouw staat een penitentiair hekwerk van 5 meter hoog en een muur, beide voorzien van detectie- en cameraobservatie. Ook binnen het gebouw is cameratoezicht aanwezig en worden personen en goederen die naar binnen willen en naar buiten gaan gecontroleerd. Daarnaast is het volledige aanbod van behandel-, therapie- en recreatieve faciliteiten van de instelling aanwezig binnen de dubbele beveiligingsring.
415. De beveiliging is iets lichter op beveiligingsniveau drie. Beveiligingsniveau drie verschilt van beveiligingsniveau vier in zoverre dat het volledige aanbod van behandel-, therapie- en recreatieve faciliteiten van de instelling aanwezig is maar dan binnen een enkele beveiligingsring. Daarnaast staat rondom het gebouw een hekwerk van 5,5 meter hoog.
416. Bij beveiligingsniveau twee wordt klinische forensische zorg geleverd op een gesloten afdeling. In de meeste gevallen gaat het dan om een gesloten afdeling binnen een GGZ-instelling. Het volledige aanbod van behandel-, therapie- en recreatieve faciliteiten van de instelling is niet aanwezig binnen de gesloten setting. De instelling kan er voor kiezen om een hekwerk te plaatsen van minimaal 3,5 meter hoog en/of over gaan tot het aanbrengen van

<sup>168</sup> Zie ook NZa, Beleidsregel BR/FZ-0024, Prestaties en tarieven forensische zorg, p.18 tot en met p. 22.



raamstandbeperking in combinatie met doorbraakwerende beglazing. Daarnaast is cameratoezicht aanwezig.<sup>169</sup>

417. De laagst beveiligde klinische forensische zorg wordt geleverd op beveiligingsniveau één. Er is op dit niveau sprake van een besloten setting. De buitendeur is permanent gesloten. Binnen het gebouw kunnen patiënten zich vrij bewegen. In de meeste gevallen wordt klinische forensische zorg met beveiligingsniveau één geleverd op afdelingen in GGZ-instellingen. Het gebouw is voorzien van ramen met raamstandbeperking. Binnen de besloten setting is het volledige aanbod van behandel-, therapie- en recreatieve faciliteiten van de instelling niet aanwezig.

#### **Opvatting partijen**

418. Partijen achten het aannemelijk dat binnen de klinische forensische zorg nader onderscheid gemaakt moet worden op grond van beveiligingsniveau.<sup>170</sup> Als reden geven partijen aan dat DJI forensische zorgaanbieders contracteert aan de hand van het beveiligingsniveau dat door een aanbieder kan worden geboden en dat de patiënten geplaatst worden op basis van het geïndiceerde beveiligingsniveau.

419. Als gekeken wordt naar de patiëntenpopulatie achten partijen het tevens aannemelijk dat er binnen de klinische forensische zorg aparte markten moeten worden onderscheiden. Partijen merken daarnaast op dat een zorgaanbieder met beveiligingsniveau drie relatief snel en zonder aanzienlijke kosten de betreffende locatie kan aanpassen tot een locatie met beveiligingsniveau twee. Omgekeerd kan een instelling met een locatie op beveiligingsniveau twee deze aanpassen tot beveiligingsniveau drie, maar dat brengt volgens partijen meer kosten met zich mee.

420. Daarnaast stellen partijen dat het voor zorgaanbieders die enkel actief zijn op het gebied van klinische forensische zorg met beveiligingsniveau één niet eenvoudig is om ook klinische forensische zorg met beveiligingsniveau twee aan te bieden. Partijen schatten in dat het personeel door scholing redelijk snel het juiste competentieniveau zal kunnen verkrijgen op het gebied van behandeling, begeleiding en veiligheid. De materiële eisen die aan het gebouw worden gevraagd verschillen volgens partijen sterk.<sup>171</sup> Onder beveiligingsniveau één vallen de klinieken binnen de reguliere GGZ. Een bouwkundige aanpassing van een kliniek met beveiligingsniveau één naar beveiligingsniveau twee zal volgens partijen aanzienlijke investeringen met zich mee brengen. Er zal een hoog hekwerk moeten worden geplaatst en gecontroleerde in- en uitgangen moeten worden gerealiseerd. Partijen schatten de kosten in tussen EUR 500.000 en EUR 1.000.000.

421. Zorgaanbieders die enkel actief zijn op klinische forensische zorg met beveiligingsniveau twee kunnen volgens partijen makkelijk klinische forensische zorg met beveiligingsniveau één aanbieden. De beveiliging kan worden afgebouwd en het personeel zal voldoende toegerust zijn

<sup>169</sup> Binnen beveiligingsniveau twee koopt DJI twee typen van beveiligingsniveau twee in: twee laag en twee hoog. Het verschil tussen beveiligingsniveau twee hoog en twee laag is gelegen in de materiële kenmerken van het gebouw. Anders dan bij twee laag is bij twee hoog sprake van een beveiligde doorloopsluis en gecontroleerde in- en uitgang voor personen en goederen. Uit het marktonderzoek volgt dat beveiligingsniveaus twee laag en twee hoog meestal samen worden aangeboden. Op dit onderscheid gaat de ACM dan ook niet nader in.

<sup>170</sup> Partijen verwijzen naar de forensische zorgwijzer van het ministerie van Veiligheid en justitie. De forensische zorgwijzer biedt een overzicht van de verschillende soorten forensische zorg. <https://www.forensischezorg.nl/kennis-delen/actueel/nieuws/forensische-zorgwijzer>, website bezocht op 3 januari 2017.

<sup>171</sup> Partijen verwijzen hierbij naar bijlage 5 van de DBBC-spelregels van 2015. Hierin staan de verschillen tussen de beveiligingsniveaus beschreven.



op de patiënten doelgroep.

#### *Beoordeling door de ACM*

422. Zoals aangegeven bij randnummer 413 tot en met randnummer 417 kan binnen de klinische forensische zorg een onderscheid worden gemaakt naar een viertal beveiligingsniveaus. Het verschil tussen de beveiligingsniveaus komt vooral tot uiting in de kenmerken van de gebouwen zoals het verschil in de hoogte van het hek en/of de mate van bewegingsvrijheid van de patiënten binnen het gebouw.
423. Vraagsubstitutie tussen de verschillende vormen van klinische forensische GGZ is niet mogelijk, omdat een patiënt niet in een hoger of lager beveiligde instelling geplaatst mag worden dan waarvoor deze patiënt geïndiceerd is.<sup>172</sup>
424. Aanbodsubstitutie tussen beveiligingsniveaus één en twee enerzijds en beveiligingsniveaus drie en vier anderzijds is niet aannemelijk, vanwege het feit dat het bij beveiligingsniveaus één en twee onder andere gaat om een besloten setting dan wel gesloten afdelingen binnen een GGZ-instelling waarbij gebruik wordt gemaakt van de faciliteiten daarvan. Instellingen met beveiligingsniveau drie en beveiligingsniveau vier zijn 'stand alone' voorzieningen, waarbij alle activiteiten die samenhangen met de forensische zorg in pandig aanwezig zijn.
425. Bovendien laten de herkomstgegevens van de patiënten van partijen ook een verschil in herkomstpatronen zien als onderscheid wordt gemaakt naar enerzijds beveiligingsniveaus één en twee en anderzijds beveiligingsniveaus drie en vier. Het merendeel van de patiënten van partijen die klinische forensische zorg ontvangen op beveiligingsniveaus één en twee komt uit de regio waar de locaties van partijen gevestigd zijn (zie randnummer 462 tot en met 466). Patiënten die klinische forensische zorg krijgen op beveiligingsniveaus drie en vier komen vanuit heel Nederland naar de locaties van partijen.<sup>173</sup>
426. DJI geeft eveneens aan dat het gebied waaruit mensen komen steeds groter wordt naarmate het beveiligingsniveau stijgt. Hoe hoger het beveiligingsniveau hoe ruimer het gebied waaruit de patiënten vandaan komen. Volgens DJI komt dit doordat er minder vraag is naar zorg op een hoger beveiligingsniveau.<sup>174</sup> Daarnaast is het realiseren van een gebouw met een hoog beveiligingsniveau volgens DJI kostbaar.
427. Het marktonderzoek bevestigt dit. Hieruit komt naar voren dat vanwege de eisen aan het gebouw het jaren kost om vanuit beveiligingsniveaus één en twee ook beveiligingsniveaus drie en vier aan te bieden. De bestaande panden moeten worden aangepast aan de bouwvoorschriften van beveiligingsniveaus drie en vier (zie randnummer 414 en randnummer 415) of aanbieders moeten nieuwbouw realiseren. Marktpartijen geven aan dat dit erg kostbaar is. Uit het marktonderzoek komt tevens naar voren dat het voor aanbieders van beveiligingsniveaus drie en vier bedrijfsmatig niet verstandig is om ook beveiligingsniveau één en twee aan te bieden in de gebouwen die conform de eisen van beveiligingsniveaus drie en vier zijn gebouwd. Voor klinische forensische zorg met beveiligingsniveaus één en twee geldt namelijk een lager NZa-tarief dan voor klinische forensische zorg beveiligingsniveaus drie en vier. De hoge kosten die aanbieders oorspronkelijk gemaakt hebben voor de gebouwen conform de eisen van beveiligingsniveaus drie en vier kunnen niet worden terugverdiend met klinische forensische

<sup>172</sup> Ministerie van Justitie en Veiligheid, Handboek Forensische Zorg, Editie 3, 2016, hoofdstuk 3 Indicatiestelling en hoofdstuk 4 Plaatsing.

<sup>173</sup> Dit blijkt uit herkomstgegevens van de patiënten van partijen over de jaren 2012 en 2015.

<sup>174</sup> Zie ook Handboek Forensische Zorg, Editie 3, 2016, p. 30.



zorg op beveiligingsniveaus één en twee.

428. De ACM rekent op basis van de uitkomsten van het marktonderzoek klinische forensische zorg met beveiligingsniveaus één en twee enerzijds en klinische forensische zorg met beveiligingsniveaus drie en vier anderzijds niet tot dezelfde productmarkt. Aanbieders van klinische forensische zorg met beveiligingsniveaus één en twee kunnen gezien de gebouweisen en de daarmee gepaard gaande aanzienlijke investeringen niet op korte termijn actief worden op klinische forensische zorg met beveiligingsniveaus drie en vier. In bedrijfsmatige zin is het voor aanbieders van klinische forensische zorg met beveiligingsniveaus drie en vier financieel niet haalbaar om klinische forensische zorg met beveiligingsniveaus één en twee aan te bieden in gebouwen die conform de eisen van beveiligingsniveaus drie en vier gebouwd zijn.

429. Aanbodsubstitutie tussen klinische forensische zorg met beveiligingsniveau één en klinische forensische zorg met beveiligingsniveau twee is wel mogelijk. Anders dan partijen, geven marktpartijen aan dat opschalen van beveiligingsniveau één naar beveiligingsniveau twee binnen één jaar gerealiseerd kan zijn. De benodigde bouwkundige aanpassingen zijn beperkt. Afhankelijk van de staat van het gebouw kost dit enkele tonnen. De kosten zien vooral op aanpassingen aan het gebouw zoals het installeren van centrale deurvergrendeling.

430. Gezien het feit dat er lage toetredingsdrempels zijn voor aanbieders van beveiligingsniveau één om actief te worden op beveiligingsniveau twee en vice versa, rekent de ACM beveiligingsniveau één en beveiligingsniveau twee tot dezelfde productmarkt.

431. Van partijen is alleen Parnassia actief op klinische forensische zorg met beveiligingsniveaus drie en vier. Er is dus geen overlap tussen de activiteiten van partijen op dit gebied. Of aanbodsubstitutie mogelijk is tussen beveiligingsniveau drie en beveiligingsniveau vier kan daarom in het midden worden gelaten.

#### ***Conclusie nader onderscheid binnen klinische forensische zorg naar beveiligingsniveau***

432. Op grond van het voorgaande wordt in deze zaak voor de afbakening van de relevante productmarkt uitgegaan van een onderscheid binnen de klinische forensische zorg naar beveiligingsniveaus één en twee enerzijds en naar beveiligingsniveaus drie en vier anderzijds, waarbij in het midden wordt gelaten of er een nader onderscheid moet worden gemaakt binnen de mogelijke relevante markt voor beveiligingsniveaus drie en vier.

#### **8.2.3 Nader onderscheid binnen klinische forensische verslavingszorg naar beveiligingsniveau**

433. Net als binnen de klinische forensische zorg wordt door DJI ook binnen de klinische forensische verslavingszorg onderscheid gemaakt naar beveiligingsniveaus. Voor de beveiligingsniveaus binnen de klinische forensische verslavingszorg gelden dezelfde gebouweisen als voor de beveiligingsniveaus binnen de klinische forensische zorg.

434. Voor de afbakening van de relevante productmarkt rekent de ACM daarom klinische forensische verslavingszorg met beveiligingsniveaus één en twee tot dezelfde productmarkt.

435. Van partijen is alleen Antes actief op het gebied van klinische forensische verslavingszorg met beveiligingsniveau drie. De ACM gaat niet in op deze activiteit omdat er op dit gebied geen overlap is tussen de activiteiten van partijen.



#### 8.2.4 Forensisch beschermd wonen

436. Forensisch beschermd wonen betreft verblijfszorg met begeleiding. Bij de zorgverlening zijn geen behandelaars betrokken. De patiënt heeft geen vrijheidbeperkende maatregel en wordt niet behandeld. De mate van begeleiding kan binnen forensisch beschermd wonen variëren van licht tot zwaar en is onderverdeeld in vijf verschillende zorgzwaartepakketten. Naast forensisch beschermd wonen wordt binnen de forensische zorg ook extramurale forensische woonbegeleiding aangeboden.<sup>175</sup>

437. De ACM heeft in de vergunningsfase onderzocht of forensisch beschermd wonen al dan niet behoort tot de markt van woonbegeleiding.<sup>176</sup> De markt van woonbegeleiding omvat beschermd wonen (intramuraal) enerzijds en begeleid zelfstandig wonen (extramuraal) anderzijds.<sup>177</sup> Woonbegeleiding wordt sinds 2015 ingekocht door gemeenten op basis van de Wmo.

##### *Opvatting partijen*

438. Partijen rekenen forensisch beschermd wonen tot de markt voor woonbegeleiding. Partijen geven aan geen onderscheid te maken tussen woonvoorzieningen voor patiënten met een forensische titel en reguliere patiënten met een indicatie die op basis van de Wmo worden geplaatst. Patiënten met een forensische titel en patiënten met een indicatie voor beschermd wonen op grond van de Wmo wonen bij elkaar in dezelfde woonsetting. Partijen rekenen beide activiteiten tot de markt van woonbegeleiding, behalve in het geval van verslavingszorg. In dat geval is de zorg specifiek gericht op het behandelen en begeleiden van de verslaving.

439. De reden dat partijen forensisch beschermd wonen rekenen tot de markt voor woonbegeleiding is dat zij beide doelgroepen één en dezelfde bejegeningsslijn bieden die gericht is op de resocialisatie van de patiënt, ongeacht de forensische titel. De zorg is specifiek gericht op het bevorderen van deelname van de patiënten aan het maatschappelijk verkeer. In de praktijk start de patiënt in een woonvoorziening waarbij 24 uur per dag begeleiding is gewaarborgd en stroomt daarna, indien de patiënt die stap kan maken, door naar een kleinere woonvorm (met 4 tot 6 plaatsen) en uiteindelijk naar een zelfstandige woning (begeleid zelfstandig wonen).

440. In alle gevallen is volgens partijen het doel van het verblijf in een beschermde woonvorm het vergroten van de zelfredzaamheid van de bewoner op het terrein van het wonen. Door huisvesting en begeleiding aan te bieden komt er meer rust en regelmaat in het leven, waardoor de situatie van de patiënt stabiliseert. Met behulp van de zorgverlening, die 24 uur per dag aanwezig is, maken de bewoners zich de vaardigheden eigen om op termijn door te stromen naar zelfstandig wonen, waar nodig met beperkte begeleiding. De verblijfsduur is afhankelijk van de mate van zelfredzaamheid die patiënten gedurende het verblijf ontwikkelen. Voor sommigen is doorstroming naar zelfstandig wonen mogelijk. Anderen zullen voor langere tijd in beschermd wonen verblijven. Van het personeel wordt een gedegen kennis gevraagd van psychopathologie, woonbegeleiding en ondersteuning op diverse levensdomeinen.

441. Als verschil tussen forensisch beschermd wonen en (regulier) beschermd wonen benoemen partijen dat de patiënt met een forensische titel wordt geplaatst en dus niet vrijwillig kan afzien van de woonbegeleiding. Indien de patiënt zich onttrekt aan de woonbegeleiding, zit er een

<sup>175</sup> NZa, Beleidsregel BR/FZ-0024, Prestaties en tarieven forensische zorg.

<sup>176</sup> Partijen zijn zeer beperkt actief op het gebied van extramurale forensische woonbegeleiding. Gelet hierop gaat de ACM in deze zaak niet in op de vraag of extramurale forensische woonbegeleiding al dan niet gerekend moet worden tot de markt voor woonbegeleiding.

<sup>177</sup> De markt van woonbegeleiding zoals afgebakend in besluit van 16 maart 2010 in zaak 6831/GGZ Delfland – *PerspeKtief*.





sanctie op vanuit Justitie (Openbaar Ministerie). Ook kan er bij forensisch wonen sprake zijn van inzet vanuit de Reclassering voor aanvullende begeleiding. Dat verschilt per individuele patiënt.

#### **Beoordeling door de ACM**

442. De uitkomsten van het marktonderzoek in deze zaak bevestigen de opvatting van partijen. Uit het marktonderzoek volgt dat er geen zorginhoudelijke verschillen zijn tussen reguliere woonbegeleiding en forensisch beschermd wonen. Zowel DJI, inkoper van forensisch beschermd wonen als Pameijer, een aanbieder van reguliere woonbegeleiding en forensisch beschermd wonen, geven aan dat forensisch beschermd wonen en (regulier) beschermd wonen met hetzelfde personeel op dezelfde locaties worden aangeboden. Patiënten met een forensische titel en patiënten met een indicatie voor beschermd wonen op grond van de Wmo wonen daarmee bij elkaar in dezelfde woonsetting. Daarnaast beschouwt de gemeente Rotterdam, inkoper van woonbegeleiding op grond van de Wmo, forensisch beschermd wonen als een onderdeel van woonbegeleiding.
443. Net als partijen is de ACM van oordeel dat de drempel voor een zorgaanbieder die (regulier) beschermd wonen aanbiedt, om forensisch beschermd wonen aan te bieden, en andersom, laag is. Patiënten met een forensische titel en patiënten met een indicatie voor beschermd wonen op grond van de Wmo wonen door elkaar in dezelfde woonlocaties. Daarnaast worden deze patiënten door hetzelfde personeel begeleid.
444. Van partijen is alleen Antes actief op het gebied van forensisch beschermd wonen gericht op verslavingszorg. Er is dus geen overlap tussen de activiteiten van partijen op dit gebied. Of forensisch beschermd wonen gericht op verslavingszorg een afzonderlijke productmarkt is kan in het midden blijven omdat het de materiële beoordeling niet beïnvloedt (zie randnummer 492).

#### **Conclusie forensisch beschermd wonen**

445. Op grond van het voorgaande wordt in deze zaak voor de afbakening van de relevante productmarkt uitgegaan van een productmarkt die reguliere woonbegeleiding en forensisch beschermd wonen omvat. Hierna zal de ACM deze markt aanhalen als de markt voor woonbegeleiding. Of forensisch beschermd wonen gericht op verslavingszorg een afzonderlijke productmarkt is of behoort tot de productmarkt voor woonbegeleiding, kan in het midden blijven omdat het de materiële beoordeling niet beïnvloedt (zie randnummer 492).

### **8.2.5 Conclusie relevante productmarkten**

446. Voor de beoordeling van de voorgenomen concentratie tussen Parnassia en Antes zijn de relevante productmarkten, de markten voor ambulante forensische verslavingszorg, klinische forensische zorg met beveiligingsniveaus één en twee, ambulante forensische verslavingszorg en klinische forensische verslavingszorg met beveiligingsniveaus één en twee. Daarnaast gaat de ACM voor de beoordeling van de voorgenomen concentratie tussen Parnassia en Antes uit van een productmarkt voor woonbegeleiding. Of forensisch beschermd wonen gericht op verslavingszorg een afzonderlijke productmarkt is, kan in het midden blijven omdat het de materiële beoordeling niet beïnvloedt (zie randnummer 490 tot en met randnummer 495).

### **8.3 Relevante geografische markten**

447. Partijen zijn beide actief op de markt voor klinische forensische zorg met beveiligingsniveaus één en twee. Parnassia en Antes zijn daarbij met deze activiteiten actief in regio Rotterdam-Rijnmond. Parnassia is daarnaast in regio Haaglanden en regio Utrecht actief.



448. De activiteiten van partijen overlappen tevens op het gebied van klinische forensische verslavingszorg met beveiligingsniveaus één en twee. Daarbij is Antes met deze activiteiten actief in regio Rotterdam-Rijnmond. Parnassia is met deze activiteiten actief in regio's Haaglanden, Noord-Holland-Noord, Zaanstreek-Waterland en Kennemerland. Partijen zijn ook beide actief op het gebied van ambulante forensische verslavingszorg. Antes is met deze activiteiten actief in de regio's Rotterdam-Rijnmond en Zuid-Holland-Zuid en Parnassia in de regio's Haaglanden, Noord-Holland-Noord, Zaanstreek-Waterland, Hollands-Midden en Kennemerland.

449. Tot slot overlappen de activiteiten van partijen op het gebied van woonbegeleiding, waaronder forensisch beschermd wonen. Parnassia en Antes zijn daarbij met deze activiteit actief in centrumgemeente<sup>178</sup> Rotterdam. Antes is daarnaast in centrumgemeente Dordrecht actief. Parnassia is tevens actief in centrumgemeente Nissewaard, centrumgemeente Zaanstad, centrumgemeente Den Haag, centrumgemeente Haarlem en centrumgemeente Alkmaar.

### 8.3.1 Omvang geografische markten binnen forensische zorg

#### Meldingsbesluit

450. In eerdere besluiten<sup>179</sup> is de omvang van de geografische markt(en) voor forensische zorg in het midden gelaten. In de meldingsfase van deze zaak is de ACM ervan uitgegaan dat de geografische markt voor de verschillende mogelijke markten voor forensische zorg minimaal uit de gemeente Rotterdam bestaat en mogelijk ruimer zou kunnen zijn. In de vergunningsfase is nader onderzoek gedaan naar de omvang van de geografische markt voor de verschillende onderscheiden productmarkten binnen de forensische zorg.

#### Opvatting partijen

451. Ten aanzien van de omvang van de geografische markt voor forensische zorg geven partijen aan dat de geografische markt ruimer is dan de regio Rotterdam-Rijnmond. Voor de categorieën forensische zorg met een hoog beveiligingsniveau is de markt volgens partijen nationaal van omvang.

#### Beoordeling door de ACM

452. DJI is naast de inkoop van forensische zorg ook verantwoordelijk voor de plaatsing van personen die forensische zorg nodig hebben.<sup>180</sup> De organisaties<sup>181</sup> die de indicatie opstellen

<sup>178</sup> Alle gemeenten zijn op grond van artikel 1.2.1 Wmo verantwoordelijk voor beschermd wonen. Artikel 2.6.1 Wmo verplicht colleges echter met elkaar samen te werken, indien dat voor een doeltreffende en doelmatige uitvoering van deze wet aangewezen is. Voor beschermd wonen is tussen Rijk en de Vereniging Nederlandse Gemeenten (hierna: VNG) afgesproken dat voorlopig met centrumgemeenten zal worden gewerkt. De centrumgemeenten hebben hierbij een regierol en ontvangen ook financiële middelen van het Rijk. Er zijn 43 centrumgemeenten. Elk centrumgemeentegebied bestaat uit een centrumgemeente en meerdere regiogemeenten.

<sup>179</sup> Zie het meldingsbesluit van 3 augustus 2007 in zaak 6068/AMC De Meren – *JellinekMentrum* en het besluit van 18 maart 2008 in zaak 6234/Forum GGZ Nijmegen – *De Gelderse Roos*.

<sup>180</sup> Divisie Individuele Zaken (hierna: DIZ) van DJI oefent deze verantwoordelijkheid uit namens ministerie van Veiligheid en Justitie.

<sup>181</sup> De reclassering (Leger des Heils, Reclassering Nederland en de Stichting Verslavingsreclassering GGZ (netwerk van aantal verslavingsinstellingen)) verzorgt de indicatie van ambulante zorg en beschermd wonen, met uitzondering van beschermd wonen na klinisch verblijf. Leden van het Psycho Medisch Overleg (hierna: PMO) in een Penitentiaire Inrichting geven de indicatie voor benodigde forensische zorg in het gevangeniswezen. Voor klinische forensische zorg en beschermd wonen na klinische forensische zorg is de indicatiesteller het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (hierna: NIFP). Per 1 januari 2016 voert DIZ alle klinische forensische plaatsingen en plaatsing voor beschermd wonen na klinische forensische zorg uit. DIZ voert tot slot de indicatie uit voor de klinische zorg voor terbeschikkinggestelden met



waarin de zorgbehoefte en eventuele beveiligingsnoodzaak is opgenomen voeren in de meeste gevallen ook de plaatsingen uit.<sup>182</sup>

453. In de meldingsfase van deze zaak heeft DJI aangegeven dat zij bij de inkoop van forensische zorg een onderscheid maakt tussen regionale en landelijke zorg. Het beveiligingsniveau speelt hierin een belangrijke rol. Voor niet-beveiligde zorg streeft DJI naar plaatsing in de omgeving van het woonadres. Zorg met een zeer hoog beveiligingsniveau wordt landelijk ingekocht. DJI heeft hierbij aangegeven dat ook voor deze voorzieningen geldt dat er naar gestreefd wordt om de patiënt in de regio van herkomst of bestemming te plaatsen.
454. Het plaatsingsbeleid van DJI wordt uiteengezet in het Handboek van het ministerie van Veiligheid en Justitie. In het Handboek<sup>183</sup> wordt aangegeven dat plaatsing in de forensische zorg uitgaat van een drietal criteria. Ten eerste moet de zorg passen bij de zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak uit de indicatiestelling. Vervolgens moet de locatie van de te bieden zorg bereikbaar zijn voor patiënten en vallen binnen diens leefomgeving. Tot slot moet de uitvoering van de forensische zorg tijdig plaatsvinden.
455. Tevens wordt in het Handboek aangegeven dat zorgverlening in de regio leidend is. Dit biedt namelijk optimale omstandigheden voor resocialisatie. Zo kan er bijvoorbeeld sprake zijn van een langdurig zorgcontact met een therapeut. Daarnaast is aansluiting bij de reguliere zorg of een ondersteunend netwerk ook op deze manier geborgd. Dit geldt zowel voor klinische zorg als beschermd wonen en ambulante zorg. Wel kunnen er vervolgens redenen zijn om af te wijken van 'bereikbare' zorg. Dit kan bijvoorbeeld zijn vanwege belangen van het slachtoffer of omdat het wenselijk is om de patiënt gedurende langere tijd uit zijn of haar sociale systeem te halen. Tevens heeft een aantal hoog beveiligde klinieken, waaronder klinieken met beveiligingsniveau drie, een specifieke landelijke functie. Indien een plaatsing niet kan voldoen aan de drie criteria, passende zorg, bereikbaarheid en tijdigheid, kan er gekozen worden voor overbruggingszorg. Dit is per definitie een tijdelijke oplossing.<sup>184</sup>
456. Het forensisch plaatsingsloket van DJI<sup>185</sup> bevestigt het in de randnummers 454 en 455 beschreven plaatsingsbeleid. Het forensisch plaatsingsloket voert alle plaatsingen uit op het gebied van klinische forensische zorg met het beveiligingsniveau één tot en met vier en plaatsingen op het gebied van forensisch beschermd wonen na klinische forensische zorg. Daarnaast monitort het forensisch plaatsingsloket de plaatsingen die worden gedaan door de reclassering. Dit zijn ambulante plaatsingen, namelijk behandeling en begeleiding en plaatsingen op het gebied van verblijfszorg.
457. Het forensisch plaatsingsloket hanteert bij de plaatsing dezelfde regio-indeling als de rechtbanken, namelijk arrondissementen. Hierbij geeft het forensisch plaatsingsloket aan dat de rechtbank-indeling van regio's soms te groot is, waardoor het forensisch plaatsingsloket vaak iets specifieker naar de herkomst van de patiënt kijkt. Het forensisch plaatsingsloket streeft er dan ook naar om patiënten te plaatsen in de gemeente van herkomst. Komt een patiënt uit een bepaalde stad dan wordt deze patiënt geplaatst in deze stad. Mochten er geen beschikbare

91/118

---

dwangverpleging. Ministerie van Justitie en Veiligheid, Handboek Forensische Zorg, Editie 3, 2016, p.8 en p. 21 tot en met p.23.

<sup>182</sup> Het Forensisch Plaatsingsloket (hierna: FPL) van DIZ ondersteunt hen in hun plaatsingstaak.

<sup>183</sup> Ministerie van Veiligheid en Justitie, Handboek Forensische zorg, Editie 3, 2016, paragraaf 4.1.

<sup>184</sup> Ministerie van Veiligheid en Justitie, Handboek Forensische zorg, Editie 3, 2016, p. 27 en p. 28, paragraaf 4.2 plaatsing klinische zorg en paragraaf 4.3 plaatsing ambulante zorg en verblijfszorg.

<sup>185</sup> DJI bestaat uit drie divisies en een aantal directies en landelijke diensten. Het forensisch plaatsingsloket valt onder de Divisie Individuele Zaken.



voorzieningen zijn dan worden patiënten elders geplaatst tot er plek is in de regio van herkomst. Dit wordt door het forensisch plaatsingsloket ook wel aangeduid als overbruggingsplaatsen; plaatsen waar patiënten tijdelijk verblijven.

458. Het forensisch plaatsingsloket schat in dat zo'n 80% van de patiënten direct in de eigen regio wordt geplaatst. Soms door middel van een korte overbrugging. Dit is ook afhankelijk van het zorgaanbod in de verschillende regio's. De overige 20% ziet volgens het forensisch plaatsingsloket mogelijk op patiënten met een contra-indicatie voor de regio. Vaak zijn dit patiënten met een zedendelict en dan is het juist niet de bedoeling dat zij in de gemeente van herkomst worden geplaatst.
459. Ter ondersteuning van het plaatsingsbeleid wordt in de forensische keten gebruik gemaakt van het Informatiesysteem forensische zorg (hierna: Ifzo). Dit is een webapplicatie die de uitvoering van het forensische zorgstelsel ondersteunt van indicatiestelling tot en met plaatsing bij een gecontracteerde zorgaanbieder. De divisie Forensische Zorg van DJI vult in Ifzo de contractkenmerken in per zorgaanbieder. De zorgaanbieder kan vervolgens zelf het gecontracteerde zorgaanbod en beschikbaarheid per zorglocatie invoeren en onderhouden. De plaatsende instantie kan dan snel en eenvoudig zien waar zorgplekken beschikbaar zijn en welke locatie het meest passend is voor de zorgbehoefte.<sup>186</sup>
460. Zorgaanbieders van forensische zorg bevestigen het regionale plaatsingsbeleid van DJI. Zorgaanbieders geven aan dat hun patiënten hoofdzakelijk uit de regio komen waar ook hun locaties zijn gevestigd. Patiënten die in locaties in Rijnmond worden geplaatst komen ook uit Rijnmond. Zorgaanbieders geven hierbij aan dat Ifzo ook hierop is afgestemd doordat ook de postcode van de patiënt wordt ingevoerd.
461. De ACM ziet in het plaatsingsbeleid van DJI een belangrijke aanwijzing dat de omvang van de geografische markten voor klinische forensische zorg met beveiligingsniveaus één en twee, ambulante forensische verslavingszorg, klinische forensische verslavingszorg en woonbegeleiding waartoe forensisch beschermd wonen behoort, regionaal van aard is. Zorgverlening in de regio is voor DJI leidend bij plaatsing van patiënten. Dit biedt namelijk optimale omstandigheden voor resocialisatie. Aansluiting bij de reguliere zorg of een ondersteunend netwerk is op deze manier geborgd.

### **8.3.2 Klinische forensische zorg met beveiligingsniveaus één en twee**

462. Het merendeel van de patiënten van partijen dat klinische forensische zorg ontvangt op beveiligingsniveaus één en twee is afkomstig uit de GHOR-regio waar de locaties van partijen gevestigd zijn. Hoewel de herkomstgegevens enige mate van versnippering laten zien, bevestigen zij het plaatsingsbeleid van DJI.

#### *Herkomstgegevens Parnassia en Antes in regio Rotterdam-Rijnmond*

463. Uit de gegevens van partijen over de jaren 2012 tot en met 2015 blijkt dat gemiddeld [40-50]% van de patiënten die klinische forensische zorg ontvangt op beveiligingsniveaus één en twee in locaties van partijen in regio Rotterdam-Rijnmond ook uit regio Rotterdam-Rijnmond afkomstig

<sup>186</sup> Ministerie van Veiligheid en Justitie, Handboek Forensische Zorg, Editie 3, 2016, hoofdstuk 7. Zie ook <https://www.forensischezorg.nl/indicatiestelling-plaatsing/indicatiestelling/systemen/ifzo>, website bezocht op 12 juni 2017.



is.<sup>187</sup> De herkomst van overige patiënten geeft een zeer versnipperd beeld.

*Herkomstgegevens Parnassia in andere regio's*

464. Uit de gegevens van Parnassia over de jaren 2012 tot en met 2015 blijkt dat gemiddeld [60-70]% van de patiënten die klinische forensische zorg ontvangt op beveiligingsniveaus één en twee in locaties van Parnassia in regio Haaglanden ook uit regio Haaglanden afkomstig is. De herkomst van overige patiënten geeft wederom een versnipperd beeld.

465. Uit de gegevens van Parnassia over de jaren 2012 tot en met 2015 blijkt dat gemiddeld [60-70]% van de patiënten die klinische forensische zorg ontvangt op beveiligingsniveaus één en twee in locaties van Parnassia in regio Utrecht ook uit regio Utrecht afkomstig is. De herkomst van overige patiënten geeft ook een versnipperd beeld.

*Tussenconclusie klinische forensische zorg met beveiligingsniveaus één en twee*

466. De ACM komt op basis van het marktonderzoek tot de conclusie dat de omvang van de geografische markt voor klinische forensische zorg met beveiligingsniveaus één en twee de regio betreft waar de locaties van partijen gevestigd zijn. Het regionale plaatsingsbeleid van DJI vormt hiervoor de belangrijkste aanwijzing. Zorgaanbieders van forensische zorg bevestigen het regionale plaatsingsbeleid van DJI. Bovendien wordt het regionale plaatsingsbeleid van DJI bevestigd door de herkomstgegevens van partijen. Het merendeel van de patiënten van partijen dat klinische forensische zorg ontvangt op beveiligingsniveaus één en twee komt uit de GHOR-regio waar de locaties van partijen gevestigd zijn.

93/118

### **8.3.3 Klinische forensische verslavingszorg met beveiligingsniveau één en twee**

467. Het merendeel van de patiënten van partijen dat klinische forensische verslavingszorg ontvangt is afkomstig uit de GHOR-regio waar de locaties van partijen gevestigd zijn. Hoewel de herkomstgegevens enige mate van versnippering laten zien, bevestigen zij het plaatsingsbeleid van DJI.

*Herkomstgegevens Antes in regio Rotterdam-Rijnmond*

468. Uit de gegevens van Antes over de jaren 2012 tot en met 2015 blijkt dat gemiddeld [70-80]% van de patiënten die klinische forensische verslavingszorg ontvangt op beveiligingsniveau twee in locaties van Antes in regio Rotterdam-Rijnmond ook uit regio Rotterdam-Rijnmond afkomstig is.

*Herkomstgegevens Parnassia in andere regio's*

469. Uit de gegevens van Parnassia over de jaren 2012 tot en met 2015 blijkt dat gemiddeld [60-70]% van de patiënten die klinische forensische verslavingszorg ontvangt op beveiligingsniveau één en twee in locaties van Parnassia in regio Haaglanden ook uit regio Haaglanden afkomstig is.

470. Daarnaast is Parnassia op het gebied van klinische forensische verslavingszorg met beveiligingsniveau één en twee actief in de regio's Noord-Holland-Noord, Zaanstreek-Waterland en Kennemerland actief. Deze regio's overlappen niet met regio Rotterdam-Rijnmond. Uit de gegevens van Parnassia over de jaren 2012 tot en met 2015 blijkt namelijk dat geen enkele patiënt in de locaties van Parnassia in de regio's Noord-Holland-Noord, Zaanstreek-Waterland en Kennemerland uit regio Rotterdam-Rijnmond komt. De ACM merkt op dat op het gebied van klinische forensische verslavingszorg met beveiligingsniveau één en twee in de regio Rotterdam-Rijnmond over de jaren 2012 tot en met 2015 minder dan één procent van de patiënten

<sup>187</sup> Uit alle andere regio's dan de eigen regio komen slechts één of enkele patiënten. Het absolute totale aantal patiënten per regio is echter gering. Een beperkt aantal patiënten van buiten de regio, bijvoorbeeld vanwege een contra-indicatie zoals genoemd in randnummer 458, zorgt in deze situatie al snel voor een relatief hoog herkomstpercentage.



afkomstig was uit regio's Noord-Holland-Noord, Zaanstreek-Waterland en Kennemerland.

*Tussenconclusie klinische forensische verslavingszorg*

471. De ACM komt voor de locaties van partijen in regio Rotterdam-Rijnmond en regio Haaglanden op basis van het marktonderzoek tot de conclusie dat de omvang van de geografische markt voor klinische forensische verslavingszorg met beveiligingsniveau één en twee de GHOR-regio betreft waar de locaties van partijen gevestigd zijn. Het regionale plaatsingsbeleid van DJI vormt hiervoor de belangrijkste aanwijzing. Zorgaanbieders van forensische zorg bevestigen het regionale plaatsingsbeleid van DJI. Bovendien wordt het regionale plaatsingsbeleid van DJI bevestigd door de herkomstgegevens van partijen. Het merendeel van de patiënten van partijen dat klinische forensische verslavingszorg ontvangt, komt uit de regio waar de locaties van partijen gevestigd zijn.

### **8.3.4 Ambulante forensische verslavingszorg**

472. Het merendeel van de patiënten van partijen dat ambulante forensische verslavingszorg ontvangt is afkomstig uit de GHOR-regio waar de locaties van partijen gevestigd zijn. Hoewel de herkomstgegevens enige mate van versnippering laten zien, bevestigen zij het plaatsingsbeleid van DJI.

*Herkomstgegevens Antes in regio's Rotterdam-Rijnmond en Zuid-Holland-Zuid*

473. Zo blijkt uit de gegevens van Antes over de jaren 2012 tot en met 2015 dat gemiddeld [80-90]% van de patiënten die ambulante forensische verslavingszorg ontvangt op locaties van Antes in regio Rotterdam-Rijnmond ook uit regio Regio-Rotterdam afkomstig is. Voor regio Zuid-Holland-Zuid geldt dat gemiddeld [70-80]% van de patiënten die ambulante forensische verslavingszorg ontvangt in locaties van Antes in regio Zuid-Holland-Zuid ook uit regio Zuid-Holland-Zuid afkomstig is.

*Herkomstgegevens Parnassia in regio's Haaglanden en Hollands-Midden*

474. Uit de gegevens van Parnassia over de jaren 2012 tot en met 2015 blijkt dat gemiddeld [80-90]% van de patiënten die ambulante forensische verslavingszorg ontvangt in locaties van Parnassia in regio Haaglanden ook uit regio Haaglanden afkomstig is. Voor regio Hollands-Midden geldt dat gemiddeld [90-100]% van de patiënten die ambulante forensische verslavingszorg ontvangt in locaties van Parnassia in regio Hollands-Midden ook uit regio Hollands-Midden afkomstig is.

*Herkomstgegevens Parnassia in meer noordelijk gelegen regio's*

475. Voor de meer noordelijk gelegen regio's Kennemerland, Noord-Holland-Noord, Zaanstreek-Waterland, Amsterdam-Amstelland en Flevoland geldt dat deze regio's niet overlappen met regio's Rotterdam-Rijnmond en Zuid-Holland-Zuid. Uit de gegevens van Parnassia over de jaren 2012 tot en met 2015 blijkt namelijk dat jaarlijks slechts één patiënt in de locaties van Parnassia in de regio's Noord-Holland-Noord, Zaanstreek-Waterland en Kennemerland uit regio Rotterdam-Rijnmond komt. In de locaties van Parnassia in de regio's Amsterdam-Amstelland en Flevoland komt geen enkele patiënt uit regio Rotterdam-Rijnmond. Uit regio Zuid-Holland-Zuid komt geen enkele patiënt naar de locaties van Parnassia in de regio's Noord-Holland-Noord, Zaanstreek-Waterland, Kennemerland, Flevoland en Amsterdam-Amstelland.

*Tussenconclusie ambulante verslavingszorg*

476. De ACM komt voor de locaties van partijen in regio Rotterdam-Rijnmond, regio Haaglanden, regio Zuid-Holland-Zuid en regio Hollands-Midden op basis van het marktonderzoek tot de conclusie dat de omvang van de geografische markt voor ambulante forensische verslavingszorg de GHOR-regio betreft waar de locaties van partijen gevestigd zijn. Het





regionale plaatsingsbeleid van DJI vormt hiervoor de belangrijkste aanwijzing. Zorgaanbieders van forensische zorg bevestigen het regionale plaatsingsbeleid van DJI. Bovendien wordt het regionale plaatsingsbeleid van DJI bevestigd door de herkomstgegevens van partijen. Het merendeel van de patiënten van partijen dat ambulante forensische verslavingszorg ontvangt komt uit de regio waar de locaties van partijen gevestigd zijn.

### 8.3.5 Woonbegeleiding, inclusief forensisch beschermd wonen

477. Sinds 2015 wordt woonbegeleiding gefinancierd op grond van Wmo. Op basis van deze wet kopen gemeenten bij zorgaanbieders woonbegeleiding in. Voor wat betreft de inkoop van woonbegeleiding (beschermd wonen) wordt gewerkt met centrumgemeenten<sup>188</sup>. Dit houdt in dat één gemeente voor meerdere regiogemeenten beschermd wonen inkoop<sup>189</sup>. De centrumgemeenten hebben hierbij een regierol en ontvangen ook financiële middelen van het Rijk. Binnen woonbegeleiding wordt ook forensisch beschermd wonen aangeboden. Forensisch beschermd wonen wordt jaarlijks door DJI door middel van een aanbesteding bij zorgaanbieders ingekocht.

478. De activiteiten van partijen overlappen op het gebied van woonbegeleiding, waaronder forensisch beschermd wonen. Parnassia en Antes zijn daarbij met deze activiteiten beide actief in centrumgemeente Rotterdam<sup>190</sup>. Parnassia is daarnaast in centrumgemeenten Nissewaard, Den Haag, Zaanstad, Alkmaar en Haarlem actief. Antes is daarnaast actief in centrumgemeente Dordrecht.

#### *Opvatting partijen*

479. Partijen zijn van mening dat de geografische dimensie van de markt voor woonbegeleiding landelijk van omvang is. Woonbegeleiding is volgens partijen landelijk toegankelijk voor patiënten. Volgens partijen kan een patiënt zich tot iedere gemeente wenden voor beschermd wonen. Daarnaast zijn bij partijen voorbeelden bekend waarbij gemeenten patiënten ver buiten de eigen gemeente hebben geplaatst.

#### *Beoordeling door de ACM*

480. In een eerder besluit<sup>191</sup> is voor de markt voor woonbegeleiding uitgegaan van een geografische omvang die regionaal van aard is.

481. Het marktonderzoek in deze zaak levert geen ander beeld op. Pameijer, de grootste concurrent van partijen op het gebied van woonbegeleiding in centrumgemeente Rotterdam, geeft voor zowel forensisch beschermd wonen als de reguliere woonbegeleiding aan dat patiënten doorgaans afkomstig zijn uit de regio waar zij woonbegeleiding ontvangen. Daarnaast is er sprake van regionale inkoop.

482. Tevens laten de herkomstgegevens van partijen op het gebied van forensisch beschermd wonen

<sup>188</sup> Alle gemeenten zijn op grond van artikel 1.2.1 Wmo verantwoordelijk voor beschermd wonen. Artikel 2.6.1 Wmo verplicht colleges echter met elkaar samen te werken, indien dat voor een doeltreffende en doelmatige uitvoering van deze wet aangewezen is. Voor beschermd wonen is tussen Rijk en de VNG afgesproken dat voorlopig met centrumgemeenten zal worden gewerkt. De centrumgemeenten hebben hierbij een regierol en ontvangen ook financiële middelen van het Rijk.

<sup>189</sup> Er zijn 43 centrumgemeenten. Elk centrumgemeentebestuur bestaat uit een centrumgemeente en meerdere regiogemeenten.

<sup>190</sup> Centrumgemeente Rotterdam koopt beschermd wonen in voor de gemeenten Rotterdam, Albrandswaard, Barendrecht, Capelle aan den IJssel, Krimpen aan den IJssel, Lansingerland en Ridderkerk

<sup>191</sup> Zie het besluit van 16 maart 2010 in zaak 6831/GGZ Delfland – *PerspekTief*, randnummer 64.



ook zien dat de geografische omvang regionaal van aard is.<sup>192</sup> Het merendeel van de patiënten dat forensisch beschermd wonen ontvangt, is afkomstig uit de regio waar de locaties van partijen gevestigd zijn. Dit is conform het regionale plaatsingsbeleid van DJI. Zorgverlening in de regio is volgens het plaatsingsbeleid leidend.

*Tussenconclusie woonbegeleiding*

483. De ACM komt op basis van het marktonderzoek tot de conclusie dat de omvang van de geografische markt voor woonbegeleiding, inclusief forensisch beschermd wonen de centrumgemeente betreft waar de locaties van partijen gevestigd zijn. Het regionale plaatsingsbeleid van DJI vormt hiervoor een belangrijke aanwijzing. Bovendien wordt het regionale plaatsingsbeleid van DJI bevestigd door de herkomstgegevens van partijen. Daarnaast geeft Pameijer aan dat haar patiënten doorgaans afkomstig zijn uit de regio waar zij woonbegeleiding, inclusief forensisch beschermd wonen ontvangen.

### 8.3.6 Conclusie relevante geografische markten

484. Op grond van het voorgaande gaat de ACM in deze zaak uit van een geografische markt voor klinische forensische zorg met beveiligingsniveaus één en twee die GHOR-regio Rotterdam-Rijnmond omvat.
485. De ACM komt voor de locaties van partijen in regio Rotterdam-Rijnmond en regio Haaglanden op basis van het marktonderzoek tot de conclusie dat de omvang van de geografische markt voor klinische forensische verslavingszorg met beveiligingsniveau één en twee de GHOR-regio betreft waar de locaties van partijen gevestigd zijn.
486. Voorts gaat de ACM in deze zaak uit van een geografische markt voor ambulante forensische verslavingszorg die de GHOR-regio omvat waar de locaties van partijen gevestigd zijn.
487. Tot slot wordt in deze zaak uitgegaan van een geografische markt voor woonbegeleiding inclusief forensisch beschermd wonen die de centrumgemeente Rotterdam omvat.

## 8.4 Gevolgen van de voorgenomen concentratie

488. De activiteiten van partijen overlappen op het gebied van klinische forensische zorg met beveiligingsniveaus één en twee in regio Rotterdam-Rijnmond. Daarnaast overlappen de activiteiten partijen op het gebied van woonbegeleiding inclusief forensisch beschermd wonen in centrumgemeente Rotterdam.
489. In het navolgende wordt ingegaan op de gevolgen van de voorgenomen concentratie op de markt voor klinische forensische zorg met beveiligingsniveaus één en twee in de regio Rotterdam-Rijnmond en de markt voor woonbegeleiding inclusief forensisch beschermd wonen in centrumgemeente Rotterdam.

---

<sup>192</sup> Parnassia en Antes zijn op het gebied van forensische beschermd wonen beide actief in de centrumgemeente Rotterdam. Uit de gegevens van partijen over de jaren 2013 tot en met 2015 blijkt dat gemiddeld [90-100]% van de patiënten van partijen die forensisch beschermd wonen in locaties van partijen in centrumgemeente Rotterdam ook uit centrumgemeente Rotterdam afkomstig is. Ook de omliggende centrumgemeenten laten een hoog herkomstpercentage zien. Daarnaast komt in de locaties van Parnassia in centrumgemeente Zaanstad, Alkmaar en Haarlem geen enkele patiënt uit centrumgemeente Rotterdam.



#### 8.4.1 Woonbegeleiding inclusief forensisch beschermd wonen

490. De activiteiten van partijen op het gebied van woonbegeleiding inclusief forensisch beschermd wonen overlappen in centrumgemeente Rotterdam.
491. Uitgaande van een geografische markt die centrumgemeente Rotterdam omvat, behalen partijen in 2015 op de markt voor woonbegeleiding inclusief forensisch beschermd wonen, een gezamenlijk marktaandeel van circa [20-30]% (Parnassia circa [10-20]% en Antes circa [10-20]%).<sup>193</sup>
492. Antes is daarnaast ook nog actief op het gebied van forensisch beschermd wonen gericht op verslavingszorg. In geval forensisch beschermd wonen gericht op verslavingszorg wordt meegenomen in de markt voor woonbegeleiding behalen partijen in 2015 een gezamenlijk marktaandeel van circa [20-30]% (Parnassia circa [10-20]% en Antes circa [10-20]%).
493. Naast partijen zijn onder andere Pameijer met een marktaandeel van circa [30-40]%, Centrum voor Dienstverlening, Laurens, Leger des Heils en Stichting Humanitas met elk een marktaandeel van circa [0-10]% actief op het gebied van woonbegeleiding in de centrumgemeente Rotterdam.
494. Net als uit het marktonderzoek in de meldingsfase, zijn er in de vergunningsfase ook geen aanwijzingen naar voren gekomen dat op deze markt mededingingsrechtelijke problemen zouden kunnen ontstaan als gevolg van deze concentratie.

#### **Conclusie**

495. Partijen hebben op de markt voor woonbegeleiding in centrumgemeente Rotterdam een gezamenlijk marktaandeel van circa [20-30]% (Parnassia circa [10-20]% en Antes circa [10-20]%). Na de voorgenomen concentratie blijven er voldoende concurrenten over op de markt voor woonbegeleiding waarbij één marktpartij met een groter marktaandeel dan het gezamenlijke marktaandeel van partijen. Daarnaast zijn er uit het marktonderzoek geen indicaties voor mededingingsrechtelijke problemen naar voren gekomen. Het is daarom niet aannemelijk dat als gevolg van de voorgenomen concentratie sprake kan zijn van een significante belemmering van de mededinging op de markt voor woonbegeleiding inclusief forensisch beschermd wonen in centrumgemeente Rotterdam.

#### 8.4.2 Klinische forensische zorg met beveiligingsniveaus één en twee in regio Rotterdam-Rijnmond

##### **Meldingsbesluit**

496. In het meldingsbesluit heeft de ACM op basis van marktonderzoek geconcludeerd dat het aannemelijk is dat de concentratie van Parnassia en Antes negatieve gevolgen kan hebben voor de mededinging op deze markt. Deze conclusie is gebaseerd op de sterke positie van partijen en de zorgen die DJI heeft geuit over de gevolgen van deze concentratie voor de landelijke inkoop van forensische zorg.

##### **Opvatting partijen**

497. Parnassia is in regio Rotterdam-Rijnmond alleen via haar deelneming in Fivoor B.V.<sup>194</sup> actief op het gebied van klinische forensische zorg. Partijen zijn van mening dat bij het bepalen van de

<sup>193</sup> De marktaandelen zijn berekend op basis van behaalde omzet in 2015.

<sup>194</sup> Naast Parnassia hebben Stichting Altrecht en Stichting De Kijvelanden een deelneming in Fivoor. Zie ook het besluit van 28 mei 2014 in zaak 13.1211.22/*Stichting De Kijvelanden - Stichting Altrecht - Parnassia Groep B.V.*



marktposities van partijen niet de volledige omzet van Fivoor kan worden toegerekend aan Parnassia. Volgens partijen moet de omzet van een gezamenlijke onderneming in gelijke delen aan de moederondernemingen worden toegerekend (ongeacht het aandeel in het kapitaal). Partijen verwijzen hierbij naar de Geconsolideerde Mededeling van de Europese Commissie over bevoegdheidskwesties<sup>195</sup> (hierna: Geconsolideerde Mededeling). Partijen rekenen daarom 1/3 van de omzet van Fivoor toe aan Parnassia.

498. Partijen geven daarnaast aan dat Fivoor uit drie afzonderlijke bedrijfsonderdelen bestaat, die ieder afzonderlijk worden bestuurd door De Kijvelanden, Parnassia Groep en Altrecht. Palier, het onderdeel van Parnassia Groep dat is ingebracht binnen Fivoor, levert geen klinische forensische zorg op beveiligingsniveau één en twee. Deze zorg wordt geleverd door de ingebrachte onderdelen van De Kijvelanden. De inkoop hiervan vindt ook plaats via De Kijvelanden. Ook het personeel is ingebracht door De Kijvelanden. Partijen geven aan dat Parnassia Groep hierover geen (tot slechts een zeer beperkte) invloed kan uitoefenen. Dit zal volgens partijen niet wijzigen door de concentratie.

#### **Beoordeling door de ACM**

499. De Geconsolideerde Mededeling is niet van toepassing op de berekening van de marktposities van partijen. Met behulp van de Geconsolideerde Mededeling kunnen ondernemingen enkel vaststellen in hoeverre een voorgenomen concentratie binnen het toepassingsbereik van het concentratietoezicht valt. Zo geeft het randnummer waar partijen naar verwijzen enkel duidelijkheid over welke omzet moet worden meegenomen bij de berekening van de omzetrempels.<sup>196</sup>
500. Bepalend voor de vraag of de gehele omzet moet worden meegenomen bij de berekening van de marktposities van partijen is of Parnassia beslissende invloed kan uitoefenen in Fivoor.
501. Uit het besluit van 28 mei 2014 in zaak 13.1211.22/Stichting De Kijvelanden - Stichting Altrecht - Parnassia Groep B.V. volgt dat Parnassia samen met Stichting Altrecht en stichting De Kijvelanden gezamenlijke zeggenschap heeft in Fivoor.<sup>197</sup> Als gevolg hiervan kan Parnassia beslissende invloed uitoefenen in Fivoor. Parnassia heeft namelijk de mogelijkheid om strategische beslissingen zoals ten aanzien van de begroting, het bedrijfsplan, belangrijke investeringen en de benoeming en het ontslag van bestuurders te blokkeren. Het maakt hierbij niet uit dat De Kijvelanden voor de start van Fivoor geen onderdeel was van Parnassia.
502. Het bestaan van banden tussen concurrerende ondernemingen in de vorm van deelnemingen in een gemeenschappelijk onderneming vermindert doorgaans bovendien de stimulans om met elkaar te concurreren. De concurrentie wordt als het ware tussen deze ondernemingen uitgeschakeld.
503. Op dit moment zijn alleen Antes en Fivoor actief op de markt voor klinische forensische zorg met

<sup>195</sup> Geconsolideerde mededeling van de Commissie over bevoegdheidskwesties op grond van Verordening (EG) nr. 139/2004 betreffende de controle op concentraties van ondernemingen (2008/C 95/01) van 16 april 2008, randnummer 187.

<sup>196</sup> Zie ook de toelichting bij het formulier melding concentratie en het formulier aanvraag vergunning onder punt 1 Betrokken ondernemingen. <https://www.acm.nl/download/aanvraagformulieren/formulier-voor-het-aanmelden-van-een-concentratie-2016-01-07.pdf>

<sup>197</sup> Zie het besluit van 28 mei 2014 in zaak 13.1211.22/Stichting De Kijvelanden - Stichting Altrecht - Parnassia Groep B.V. In zaak 13.1211.22 hebben partijen aangegeven dat belangrijke strategische beslissingen ten aanzien van de begroting, het bedrijfsplan, belangrijke investeringen en de benoeming en het ontslag van bestuurders, zullen worden genomen op basis van unanimiteit.



beveiligingsniveau één en twee in regio Rotterdam-Rijnmond. Gezien de deelneming die Parnassia heeft in Fivoor, blijft er na de voorgenomen concentratie dan ook geen daadwerkelijke concurrent over op de markt voor klinische forensische zorg met beveiligingsniveau één en twee in regio Rotterdam-Rijnmond.

504. Partijen behalen in 2014 op de markt voor klinische forensische zorg met beveiligingsniveaus één en twee in regio Rotterdam-Rijnmond een gezamenlijk marktaandeel van 100% (Parnassia (via Fivoor) [80-90]% en Antes [10-20]%).<sup>198</sup> Als gevolg van de concentratie krijgen partijen een monopoliepositie op de markt voor klinische forensische zorg met beveiligingsniveaus één en twee in regio Rotterdam-Rijnmond. Gelet op het voorgaande acht de ACM het aannemelijk dat de voorgenomen concentratie negatieve gevolgen heeft voor de mededinging. Deze monopoliepositie kan partijen in staat stellen om de kwaliteit te verslechteren dan wel de prijzen te verhogen. DJI heeft als gevolg van de concentratie in regio Rotterdam-Rijnmond geen alternatief meer om naar uit te kunnen wijken.
505. Hierna zal de ACM ingaan op de factoren die eventueel tegenwicht kunnen bieden aan het wegvallen van significante concurrentiedruk op Parnassia na de voorgenomen concentratie op de markt voor klinische forensische zorg met beveiligingsniveaus één en twee in regio Rotterdam-Rijnmond, namelijk markttoetreding (paragraaf 8.5) en compenserende afnemersmacht (paragraaf 8.6).

## 8.5 Markttoetreding

506. Wil toetreding in voldoende mate concurrentiedruk op de fuserende ondernemingen kunnen leggen, dan moet worden aangetoond dat de toetreding waarschijnlijk, tijdig en in voldoende mate zal plaatsvinden om de eventuele concurrentie beperkende gevolgen van de concentratie te voorkomen of te neutraliseren.<sup>199</sup> De ACM verstaat onder toetreding (voor dit deel van de beoordeling) uitsluitend de toetreding op eigen initiatief van een zorgaanbieder en niet de toetreding van een aanbieder op verzoek van een afnemer.
507. Voor zowel toetreding als uitbreiding is een productieafpraak met DJI noodzakelijk. DJI geeft aan dat zij vanwege de ambulantiseringstendens<sup>200</sup> de klinische capaciteit in beginsel niet uitbreidt. Het is daarom niet aannemelijk dat DJI geneigd is om in geval van toetreding of uitbreiding op het eigen initiatief van een zorgaanbieder deze steun te geven. Zonder een productieafpraak, is het niet aannemelijk dat zorgaanbieders gaan investeren in een nieuwe locatie of een al bestaande locatie gaan uitbreiden.
508. Het voorgaande leidt ertoe dat zorgaanbieders niet tijdig en in voldoende mate zelf het initiatief kunnen nemen om in regio Rotterdam-Rijnmond actief te worden op het gebied van klinische forensische zorg met beveiligingsniveau één en twee in regio Rotterdam-Rijnmond in geval partijen de kwaliteit verslechteren of hun prijzen verhogen.

### Conclusie markttoetreding

<sup>198</sup> De marktaandelen zijn berekend op basis van behaalde omzet in 2014.

<sup>199</sup> Richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale fusies op grond van de Verordening van de Raad inzake de controle op concentraties van ondernemingen (2004/C 31/03), randnummer 68.

<sup>200</sup> Dienst Justitiële Inrichtingen, Offerteaanvraag 2016 Forensische Zorg, 21 augustus 2015, p. 20 en Dienst Justitiële Inrichtingen, Inkoopplan 2016 Forensische Zorg, 14 augustus 2015. Dienst Justitiële Inrichtingen, Meerjarenbeleid inkoop forensische zorg 2014 – 2017, 16 augustus 2013, p. 18.



509. Op basis van het bovenstaande concludeert de ACM dat toetreding van zorgaanbieders uit andere regio's op het gebied van klinische forensische zorg met beveiligingsniveaus één en twee in regio Rotterdam-Rijnmond op korte termijn niet aannemelijk is. Er gaat dus onvoldoende concurrentiedruk uit van toetreding.

## **8.6 Compenserende afnemersmacht**

510. In deze zaak moet compenserende afnemersmacht worden begrepen als een sterke onderhandelingspositie van de afnemer (DJI) in commerciële onderhandelingen met partijen, welke zij te danken heeft aan haar omvang, haar commerciële betekenis voor partijen en haar vermogen om over te schakelen op andere forensische zorgaanbieders. Wanneer DJI over dergelijke afnemersmacht beschikt, zullen partijen na de voorgenomen concentratie niet in staat zijn de mededinging op de relevante markten op significante wijze te belemmeren en daarmee niet in staat zijn zich onafhankelijk op te stellen ten opzichte van DJI.<sup>201</sup>

### ***Opvatting partijen***

511. Partijen stellen dat DJI beschikt over compenserende afnemersmacht. DJI is de enige inkoper van forensische zorg. Op deze manier kan DJI volgens partijen tegen gunstige voorwaarden forensische zorg inkopen bij zorgaanbieders. Door deze positie van DJI en de marktkenmerken (geen invloed op de prijs, kwaliteit en plaatsing) is het volgens partijen niet mogelijk om na de voorgenomen concentratie een hogere prijs af te dwingen of de kwaliteit van zorg te doen verminderen zonder dat partijen hiervoor gestraft worden. Dit blijkt volgens partijen uit het feit dat DJI in staat is haar afnemers te kiezen met behulp van haar inkoopbeleid. Het is DJI die deze inkoopcriteria bepaalt. Volgens partijen duidt dit niet op concurrentie tussen aanbieders, maar illustreert dit juist de afnemersmacht van DJI. Partijen zijn dan ook van oordeel dat de voorgenomen concentratie de mededinging niet zal belemmeren.

### ***Beoordeling door de ACM***

512. Voor de beoordeling is het van belang om vast te stellen in hoeverre DJI een positie heeft om tegenwicht te bieden aan de marktmacht die partijen verkrijgen na de voorgenomen concentratie.
513. DJI is de enige inkoper van forensische zorg. Gezien deze positie is het op voorhand niet onlogisch dat DJI hiermee een sterke onderhandelingspositie heeft tijdens de inkoopgesprekken met zorgaanbieders. Anders dan in andere regio's zal DJI zich echter in regio Rotterdam-Rijnmond als gevolg van de concentratie geconfronteerd zien worden met één zorgaanbieder op de markt van klinische forensische zorg met beveiligingsniveaus één en twee. Als gevolg van de voorgenomen concentratie verkrijgt Parnassia immers een sterkere positie ten opzichte van DJI. Op deze markt valt namelijk voor DJI als gevolg van de concentratie haar enige alternatief weg.
514. DJI geeft aan zich zorgen te maken over de samenvoeging van Fivoor en Antes. Door de samenvoeging ontstaat volgens DJI een monopoliepositie op het gebied van forensische zorg in de provincies Zuid-Holland, waaronder regio Rotterdam-Rijnmond, en Utrecht. Parnassia (met Fivoor) en Antes zijn twee van de grootste zorgaanbieders op het gebied van forensische zorg. Er zijn in deze regio's geen vergelijkbare zorgaanbieders actief wat betreft grootte en diversiteit in het aanbod. Hierbij geeft DJI aan dat zij als gevolg van de concentratie tegenover een groter machtsblok komt te staan. DJI voorziet als gevolg van de concentratie problemen op het gebied

100/118

<sup>201</sup> Richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale fusies op grond van de Verordening van de Raad inzake de controle op concentraties van ondernemingen (2004/C 31/03), randnummer 64.





van haar inkoopmogelijkheden. Keuzes en alternatieven worden als gevolg van de concentratie in deze markt beperkt.<sup>202</sup>

515. DJI spreekt daarnaast de verwachting uit dat er voldoende aanbieders in het land zijn die eventueel een leemte kunnen en willen opvullen. Dit geldt volgens DJI voor alle typen van forensische zorg. Vraag in deze is echter of DJI op een geloofwaardige wijze kan dreigen om binnen een redelijk termijn toevlucht te nemen tot andere forensische zorgaanbieders, indien partijen besluiten de kwaliteit te verslechteren dan wel de prijzen te verhogen.
516. Inforsa<sup>203</sup>, een forensische zorgaanbieder in regio Amsterdam-Amstelland, regio Utrecht en regio Flevoland, heeft aangegeven binnen één jaar in regio Rotterdam-Rijnmond actief te kunnen worden op het gebied van klinische forensische zorg met beveiligingsniveaus één en twee mocht daar vraag naar zijn. Ook spelers in andere regio's dan regio Rotterdam-Rijnmond zouden volgens Inforsa hiertoe bereid zijn. Er zijn volgens Inforsa voldoende mogelijkheden om bijvoorbeeld leegstaande verpleeghuizen aan te passen aan de materiële eisen van een gebouw waar van klinische forensische zorg op beveiligingsniveau één en twee wordt geleverd. Voor een rendabele toetreding geldt wel dat enige schaalgrootte nodig is om actief te kunnen worden. Een andere optie is om ruimte te huren bij bestaande forensische zorgaanbieders in de regio.
517. De ACM concludeert dat DJI na de voorgenomen concentratie in theorie de mogelijkheid behoudt om toetreding te faciliteren en dat marktpartijen bereid zouden zijn om op verzoek van DJI te investeren in een nieuwe of bestaande locatie. Het enkel hebben van de mogelijkheid is onvoldoende is om een monopolist te kunnen disciplineren. DJI moet ook de prikkel hebben om toetreding te faciliteren. De ACM merkt op dat ook op het gebied van forensische zorg klinische capaciteit wordt afgebouwd als gevolg van de ambulantiseringstendens. DJI geeft aan vanwege de ambulantiseringstendens terughoudend te zijn met het faciliteren van toetreding op het gebied van klinische forensische zorg. Deze terughoudendheid blijkt ook uit de inkoopdocumenten van DJI.<sup>204</sup> Ook uit het marktonderzoek komt naar voren dat DJI terughoudend is met het creëren van nieuw aanbod op het gebied van klinische forensische zorg. Daarnaast acht ACM het aannemelijk dat er voor een rendabele toetreding enige schaalgrootte nodig is. Gelet hierop is de ACM van oordeel dat het niet aannemelijk dat DJI bij een kleine, maar significante verslechtering partijen zal disciplineren door toetreders uit te nodigen in regio Rotterdam-Rijnmond actief te worden. Uitkomst van de concentratie kan zijn dat partijen de kwaliteit op het gebied van klinische forensische zorg met beveiligingsniveaus één en twee kunnen verslechteren zonder dat dit tot gevolg heeft dat DJI zorgaanbieders van buiten de regio vraagt toe te treden. Gezien het bovenstaande is de ACM van oordeel dat het niet aannemelijk is dat DJI binnen een redelijke termijn andere forensische zorgaanbieders van buiten de regio toe zal kunnen laten treden.

#### **Conclusie compenserende afnemersmacht**

518. De ACM concludeert op basis van het bovenstaande dat DJI in regio Rotterdam-Rijnmond over onvoldoende compenserende afnemersmacht beschikt om de mededingingsbeperkende gevolgen van de voorgenomen concentratie te kunnen voorkomen dan wel te neutraliseren.

<sup>202</sup> Voor wat betreft de verwarde personen problematiek in Rotterdam geeft DJI aan meerwaarde te zien in de samenwerking van Parnassia en Antes. Deze verwarde personen (EPA-doelgroep) zijn potentiële patiënten van DJI. Deze verwarde personen behoren echter vooralsnog niet tot de doelgroep van DJI.

<sup>203</sup> Inforsa is een onderdeel van Arkin.

<sup>204</sup> Dienst Justitiële Inrichtingen, Offerteaanvraag 2016 Forensische Zorg, 21 augustus 2015, p. 20 en Dienst Justitiële Inrichtingen, Inkoopplan 2016 Forensische Zorg, 14 augustus 2015. Dienst Justitiële Inrichtingen, Meerjarenbeleid inkoop forensische zorg 2014 – 2017, 16 augustus 2013, p. 18.



## 8.7 Conclusie beoordeling forensische zorg

### *Conclusie klinische forensische zorg met beveiligingsniveaus één en twee*

519. Alles overwegend concludeert de ACM dat de concentratie de mededinging op de markt voor klinische forensische zorg met beveiligingsniveaus één en twee in regio Rotterdam-Rijnmond significant zal beperken. De ACM is van oordeel dat het niet aannemelijk is dat de monopoliepositie van partijen op de markt voor klinische forensische zorg met beveiligingsniveaus één en twee in regio Rotterdam-Rijnmond na de voorgenomen concentratie in voldoende mate zal worden gedisciplineerd door de compenserende afnemersmacht van DJI. Gezien het gezamenlijke marktaandeel van partijen van 100% blijft er voor DJI in regio Rotterdam-Rijnmond na de voorgenomen concentratie geen enkel alternatief op de markt voor klinische forensische zorg met beveiligingsniveaus één en twee over om tijdig naar uit te kunnen wijken. Daarnaast is toetreding op eigen initiatief van zorgaanbieders uit andere regio's op de markt van klinische forensische zorg met beveiligingsniveaus één en twee in regio Rotterdam-Rijnmond gezien de ambulantiseringstendens en de terughoudendheid van DJI op korte termijn niet aannemelijk.

### *Conclusie woonbegeleiding*

520. De ACM is van oordeel dat de concentratie de mededinging op de markt voor woonbegeleiding in centrumgemeente Rotterdam niet significant zal beperken. Gezien het gezamenlijke marktaandeel van partijen van circa [20-30]% blijven er na de concentratie er voldoende concurrenten over op de markt voor woonbegeleiding waarbij één marktpartij met een groter marktaandeel dan het gezamenlijke marktaandeel van partijen.

### *Conclusie overige forensische markten*

521. Op de overige besproken forensische markten in paragraaf 8.3 heeft de ACM geen mededingingsprobleem geconstateerd, omdat er geen geografische overlap bestaat tussen de activiteiten van partijen.

102/118



## 9 Voorstellen voor vergunning onder voorschriften

### 9.1 Procedure

522. Partijen hebben bij brief van 31 mei 2017 een definitief remedievoorstel ingediend om voorschriften te verbinden aan de vergunning. In aanloop naar het definitieve remedievoorstel hebben partijen meerdere remedievoorstellen ingediend bij de ACM. De ACM beoordeelde deze voorstellen echter als onvoldoende om de geconstateerde mededingingsproblemen op de verschillende markten weg te nemen. Partijen hebben vervolgens diverse concepten overgelegd van een voorstel dat naar het oordeel van de ACM de geconstateerde mededingingsbezwaren wel wegneemt. Dit heeft geleid tot het concept remedievoorstel van 13 april 2017 dat de ACM heeft onderworpen aan een markttest. In de markttest zijn marktpartijen uitgenodigd om een reactie te geven op het door partijen ingediende voorstel. De uitkomst van deze markttest heeft ertoe geleid dat partijen het voorstel op een aantal punten hebben aangescherpt en verduidelijkt. Deze aanpassingen hebben geleid tot het definitief ingediende voorstel van 31 mei 2017.
523. De ACM heeft het voorstel geaccepteerd. Patiënten behouden door dit remedievoorstel een keuze tussen grote geïntegreerde GGZ-aanbieders en zorgverzekeraars behouden een reëel alternatief in de markten waar de ACM een mededingingsprobleem heeft geconstateerd. Hieronder zet de ACM haar beoordeling uiteen. Achtereenvolgens komen een samenvatting van de inhoud van het voorstel (paragraaf 9.2) en de beoordeling van het voorstel (paragraaf 9.3) aan de orde. De ACM sluit af met een conclusie (paragraaf 9.4). Het voorstel is als bijlage bij dit besluit opgenomen en vormt een integraal onderdeel hiervan.

### 9.2 Inhoud voorstellen van partijen

524. Partijen hebben een remedievoorstel gedaan dat verbintenissen bevat die als voorschriften aan het besluit kunnen worden verbonden. Het remedievoorstel heeft betrekking op de markt voor klinische sGGZ, de markt voor ambulante sGGZ en de markt voor klinische forensische zorg met beveiligingsniveau één en twee in de regio Rotterdam-Rijnmond. Partijen zijn van oordeel dat dit voorstel alle door de ACM geconstateerde mededingingsbezwaren wegneemt die als gevolg van de voorgenomen concentratie kunnen ontstaan.

#### **Afstoten klinische sGGZ**

525. Parnassia verbindt zich ertoe zorgactiviteiten ter grootte van 105 open bedden en met een gerelateerde jaaromzet van EUR [...] af te stoten aan GGZ Delfland. Afstoting vindt plaats door gehele locaties over te dragen aan GGZ Delfland, inclusief personeel en faciliteiten. Afstoting geschiedt in de vorm van drie klinieken ten behoeve van de markt voor klinische sGGZ voor V&O in de regio Rotterdam-Rijnmond. Het betreft de kliniek IJsselstraat te Berkel en Rodenrijs, de kliniek Schietbaanstraat te Rotterdam en de kliniek Frans Lehárstraat 151-153 te Rotterdam.
526. Parnassia verbindt zich ertoe patiënten en huisartsen schriftelijk te informeren over de overdracht van deze klinieken van Parnassia naar GGZ Delfland. Het betreft hier patiënten die in zorg zijn bij een van de voornoemde klinieken. Betreffende patiënten blijven bij hun behandelaar na overdracht aan GGZ Delfland.
527. Antes verbindt zich ertoe 20 open bedden ten behoeve van de markt voor de klinische sGGZ af te stoten aan GGZ Delfland. De afstoting van voornoemde 20 bedden is inclusief het daarbij behorende budget ter waarde van EUR [...], 20 patiënten en, indien gewenst door GGZ Delfland, de bijbehorende personele formatie.



528. De afstoting van de 20 open bedden door Antes aan GGZ Delfland wordt uitgevoerd door middel van een verhuizing van 20 patiënten (met bijbehorend budget) van Antes naar GGZ Delfland. GGZ Delfland zal deze 20 patiënten huisvesten op haar klinische locatie in Schiedam, die daarvoor zal worden uitgebreid. Antes verbindt zich ertoe dat deze verhuizing zal plaatsvinden met instemming van de 20 patiënten en/of hun familie.

#### ***Beddenafbouw klinische sGGZ***

529. Partijen verbinden zich ertoe om de volledige afbouwverplichting<sup>205</sup> die rust op hun huidige klinische capaciteit op zich te nemen. Zodoende rust voor GGZ Delfland geen afbouwverplichting op de 125 open bedden die zij van Parnassia en Antes overneemt. Partijen verbinden zich er toe om per 31 december 2019 hun gezamenlijk aantal open bedden op de markt voor klinische sGGZ voor V&O in de regio Rotterdam-Rijnmond afgebouwd te hebben tot [tweederde van het totaal aantal Open Bedden van partijen in 2008, conform het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord] open bedden.

#### ***Afstoten ambulante sGGZ***

530. Parnassia verbindt zich ertoe om één ambulante locatie – met alle daar aanwezige zorgteams, personeel en faciliteiten – en twee ambulante zorgteams af te stoten aan GGZ Delfland, met een gerelateerde jaaromzet van EUR [...] in totaal. Het betreft de locatie van PsyQ in Spijkenisse, een zorgteam van Bavo Europoort PIT aan de Carnissensingel in Rotterdam en een zorgteam van I-psy aan de Carnissensingel in Rotterdam. De locatie in Spijkenisse en de twee zorgteams aan de Carnissensingel leveren zorg op de markt voor ambulante sGGZ voor V&O in de regio Rotterdam-Rijnmond.

531. Parnassia verbindt zich ertoe patiënten en huisartsen schriftelijk te informeren over de overdracht van Parnassia naar GGZ Delfland. Het betreft hier patiënten die in zorg zijn bij een van voornoemde zorgteams. Betreffende patiënten blijven bij hun behandelaar na overdracht aan GGZ Delfland.

#### ***Afstoten klinische forensische zorg met beveiligingsniveau één***

532. Antes verbindt zich ertoe om de klinische forensische zorg met beveiligingsniveau één die door DJI is ingekocht c.q. gereserveerd bij Antes ter grootte van [...] verpleegdagen voor 2017, af te stoten naar GGZ Delfland. Hiermee is een jaaromzet gemoeid van EUR [...].

533. De klinische forensische zorg met beveiligingsniveau één van Antes worden na overdracht aan GGZ Delfland geleverd op verschillende afdelingen van de klinische locatie van GGZ Delfland in Schiedam. DJI zal nieuwe klinische forensische zorg met beveiligingsniveau één patiënten vanaf het moment van de overdracht plaatsen bij GGZ Delfland. Omdat sprake is van patiënten die kortdurend worden behandeld zal de zorg voor de reeds bij Antes in behandeling zijnde patiënten klinische forensische zorg met beveiligingsniveau één door Antes worden afgerond.

534. Parnassia verplicht na de voorgenomen concentratie tot en met [...] zich te onthouden van activiteiten op het gebied van klinische forensische zorg met beveiligingsniveau één in de regio Rotterdam-Rijnmond. Parnassia zal tevens haar invloed in Fivoor aanwenden om te voorkomen dat Fivoor in deze periode actief wordt op het gebied van klinische forensische zorg met

<sup>205</sup> Zie <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2013/07/16/onderhandelaarsresultaat-geestelijke-gezondheidszorg-2014-2017/112574-bestuurlijk-akkoord-ggz-2014-2017-zonder-handtekeningen.pdf>, website bezocht op 2 juni 2017.



beveiligingsniveau één in de regio Rotterdam-Rijnmond.

#### **Voorwaarden**

535. De overdracht van de verschillende af te stoten onderdelen aan GGZ Delfland moet uiterlijk op 31 december 2017 voltooid zijn.
536. Partijen verbinden zich ertoe:
- de af te stoten onderdelen van zowel Parnassia als Antes tot de overdracht in stand en verkoopbaar te houden;
  - de ondersteunende diensten tot de overdracht in stand te houden.
537. Partijen verplichten zich er toe:
- tot overdracht van de patiënten, zorg te blijven leveren aan betreffende patiënten;
  - de vaste activa, de knowhow, de commerciële informatie die vertrouwelijk is of aan intellectuele eigendomsrechten is onderworpen, de patiëntenbestanden en de technische en commerciële bekwaamheid van de (over te dragen) werknemers die onderdeel uitmaken van de af te stoten onderdelen tot de overdracht in stand te houden;
  - dat alle relevante beheers- en administratieve functies worden ingevuld, dat er voldoende kapitaal en krediet is, dat het bestaande investeringsniveau op peil wordt gehouden en de benodigde investeringen zullen worden gedaan, dat de bestaande service- en kwaliteitsniveaus worden behouden en dat er actief beleid wordt gevoerd om het bestaande personeel te behouden;
  - dat zij niets zullen doen of nalaten en geen enkele ontwikkeling (doen) voortzetten of gedogen, die de overdracht van de af te stoten onderdelen zou kunnen bemoeilijken of belemmeren;
  - de aan te stellen trustee inzage te geven in alle gegevens voor zover noodzakelijk om zijn opdracht goed te kunnen vervullen.
538. Bovendien verplichten partijen zich op het moment van levering ertoe:
- de overdracht van de ambulante zorgteams, de klinieken, de 20 klinische patiënten en de forensische patiënten schriftelijk te melden aan de verwijzers van de zorgteams (onder andere de huisartsen); en
  - alle dienstverbanden tussen het personeel dat onderdeel is van de af te stoten onderdelen van Parnassia en het personeel dat onderdeel is van de af te stoten onderdelen van Antes te hebben beëindigd.
539. Daarnaast hebben partijen toegezegd gedurende [...] na de voltrekking van de concentratie:
- zich te onthouden van activiteiten die specifiek gericht zijn op de werving van medewerkers die onderdeel uitmaken van de af te stoten onderdelen;
  - zich te onthouden van marketingactiviteiten met betrekking tot de markten voor klinische en ambulante sGGZ voor V&O in de regio Rotterdam-Rijnmond waarbij partijen zichzelf vergelijken met beoogd koper, danwel verwijzen naar beoogd koper;
  - zich niet te richten tot het specifieke patiëntenbestand dat onderdeel vormt van de af te stoten onderdelen;
  - jaarlijks [...] patiënten bij GGZ Delfland te plaatsen, indien GGZ Delfland hierom verzoekt én door vertrek van patiënten nieuwe patiënten kan plaatsen in de af te stoten klinieken.
540. Ook verplichten partijen zich ertoe om zich tot en met [...] te onthouden van activiteiten op het gebied van klinische forensische zorg op beveiligingsniveau één in de regio Rotterdam-Rijnmond. Parnassia zal haar invloed in Fivoor aanwenden om te voorkomen dat Fivoor in deze



periode op dit gebied actief wordt in de regio Rotterdam-Rijnmond.

541. Ten slotte verplichten partijen zich ertoe om gedurende [...] na de voltrekking van de concentratie direct noch indirect enig economisch belang in, noch enige invloed op, de af te stoten onderdelen te verwerven.

#### ***Instandhoudingsverplichting***

542. Partijen verplichten zich er toe om de af te stoten onderdelen van Parnassia tot het moment van overdracht in stand en verkoopbaar te houden. Ook verplichten partijen zich er toe om de af te stoten onderdelen van Antes tot de voltooiing van de concentratie in stand te houden. Daarnaast verplichten partijen zich er toe de ondersteunende diensten tot de voltooiing van de concentratie in stand te houden.

#### ***Trustee***

543. Partijen zullen binnen drie weken na het besluit op de vergunningsaanvraag een onafhankelijke gevolmachtigde trustee benoemen. De keuze van de trustee behoeft de voorafgaande schriftelijke goedkeuring van de ACM.
544. De trustee zal onder meer toezien op de levensvatbaarheid van de af te stoten onderdelen, de uitvoering van de overdracht en de uitvoering van de beddenafbouw. Omdat de 20 patiënten van Antes als gevolg van het remedievoorstel verhuizen en een verhuizing veel impact kan hebben op het welzijn van een patiënt, gebeurt deze verhuizing alleen met instemming van de patiënten en/of hun familie. Met het oog op het welzijn van de patiënten, zal de trustee ook expliciet toezien op de correspondentie tussen Antes en haar patiënten over de overplaatsing naar GGZ Delfland. Daarnaast zal de trustee erop toezien dat partijen hun instandhoudingsverplichting(en) nakomen.
545. De trustee oefent zijn monitortaken uit op grond van een door ACM voorafgaand en schriftelijk goedgekeurde overeenkomst. De trustee zal aan de ACM periodiek rapporteren.

#### ***Fix-it-first***

546. Partijen zullen de voorgenomen concentratie voltrekken nadat de ACM aan de hand van de rapportage van de trustee heeft vastgesteld dat de af te stoten onderdelen geheel zijn geleverd aan GGZ Delfland en GGZ Delfland geen ondersteunende diensten meer afneemt van Parnassia.

### **9.3 Beoordeling van het voorstel**

547. De ACM is van oordeel dat het remedievoorstel de geconstateerde mededingingsproblemen wegneemt. Patiënten behouden door dit remedievoorstel een keuze tussen grote geïntegreerde GGZ-aanbieders en zorgverzekeraars behouden een reëel alternatief in de markten waar de ACM een mededingingsprobleem heeft geconstateerd. Daarom heeft de ACM het conceptremedievoorstel van 13 april 2017 voorgelegd aan verschillende marktpelers, waaronder zorgverzekeraars, zorgkantoren, DJI en concurrenten. Alvorens de ACM ingaat op de beoordeling van het remedievoorstel, volgen hieronder eerst de uitkomsten van deze markttest.

#### **9.3.1 Markttest**

548. De ACM heeft het door partijen ingediende voorstel voorgelegd aan zorgverzekeraars, zorgkantoren, DJI en concurrenten ter toetsing of dit voorstel de geconstateerde





mededingingsproblemen wegneemt. De reacties van zorgverzekeraars, DJI en concurrenten gaven aanleiding om het remedievoorstel op een aantal punten aan te scherpen en te verduidelijken. Er zijn in de markttest geen punten naar voren gebracht die aanleiding gaven tot grote wijzigingen. Hieronder gaat de ACM in op de reacties die zijn ontvangen in de markttest.

#### *Duurzame en effectieve concurrentie*

549. Uit de markttest blijkt consistent dat zorgverzekeraars, zorgkantoren en DJI de beoogd koper, GGZ Delfland, een geschikte koper vinden. Zij achten GGZ Delfland in staat de af te stoten onderdelen succesvol in te bedden in haar eigen organisatie, zodat de over te nemen onderdelen levensvatbaar zijn. De meeste zorgverzekeraars en DJI achten GGZ Delfland in staat tezamen met de af te stoten onderdelen duurzaam en effectief met partijen te concurreren.
550. Zorgverzekeraars en zorgkantoren achten GGZ Delfland in staat voldoende onafhankelijk van partijen te kunnen handelen. Echter, de in de gezondheidszorg noodzakelijke ketensamenwerking ten behoeve van goede zorg resulteert volgens zorgverzekeraars en zorgkantoren in een afhankelijkheid van GGZ Delfland richting Parnassia na de voorgenomen concentratie.
551. De afhankelijkheid van GGZ Delfland ligt volgens diverse respondenten besloten in de verwijsstromen. Parnassia heeft zich daarin als gevestigde partij reeds een positie verworven die GGZ Delfland zal moeten gaan opbouwen.
552. De ACM onderkent dat GGZ Delfland inderdaad twee klinische locaties overneemt die in geografisch opzicht niet geheel aansluiten op haar huidige werkgebied. De over te nemen locaties aan de Schietbaanstraat en de Frans Leharstraat 151-153 liggen in de gemeente Rotterdam, terwijl GGZ Delfland zich tot op heden met name heeft gericht op de regio's Schiedam en Delfland. Dit neemt niet weg dat GGZ Delfland zelf reeds beschikt over een volledige keten in de GGZ en zij reeds een goede ketensamenwerking heeft met spelers die ook actief zijn in de gemeente Rotterdam. De andere over te nemen klinische locatie in Berkel en Rodenrijs en de ambulante locatie in Spijkenisse en de twee ambulante teams aan de Carnissensingel in Rotterdam sluiten in geografisch opzicht wel goed aan op het werkgebied van GGZ Delfland.
553. Het bovenstaande neemt volgens de ACM niet weg dat GGZ Delfland de komende tijd voor de twee klinische locaties in de gemeente Rotterdam zal moeten investeren in de verwijsrelaties en ketensamenwerking. Binnen deze ketensamenwerking zal zij ook met Parnassia na de voorgenomen concentratie afspraken moeten maken over verwijzingen. Zij is voor deze ketensamenwerking dus afhankelijk van Parnassia na de voorgenomen concentratie. Tegelijkertijd zal Parnassia na de voorgenomen concentratie niet geheel zonder deze ketensamenwerking met GGZ Delfland kunnen. Als gevolg van de beddenafbouw zullen er minder open bedden overblijven in de sGGZ. Verwijzers, waaronder Parnassia na de voorgenomen concentratie, zullen dus ook voor verwijzing naar open Wlz-bedden niet om de over te nemen locaties heen kunnen. Dit blijkt ook uit de reactie van CZ. CZ verwacht dat het realiseren van instroom op deze locaties geen uitdaging hoeft te zijn voor GGZ Delfland, omdat er geen sprake is van overcapaciteit in deze markt. De ACM acht het daarom aannemelijk dat GGZ Delfland in staat is om een succesvolle ketensamenwerking te realiseren.

#### *Het voorstel lost het mededingingsprobleem op*

554. Uit de markttest zijn geen aanwijzingen naar voren gekomen dat de af te stoten onderdelen op het gebied van klinische en ambulante sGGZ of de afstoting van het budget voor klinische



forensische zorg op beveiligingsniveau één onvoldoende zouden zijn om de geconstateerde mededingingsbezwaren weg te nemen. Wel zijn er in de markttest kanttekeningen geplaatst die de ACM hieronder zal bespreken.

555. Ten eerste merkt VGZ ten aanzien van de markt voor klinische sGGZ op dat de afstoting voornamelijk ziet op capaciteit ten behoeve van de Wlz. VGZ koopt geen open bedden in op basis van de Wlz en ook het aantal open bedden dat VGZ inkoop op basis van de Zvw is beperkt. Het inkoopportfolio van VGZ bij partijen bestaat voornamelijk uit gesloten bedden. Doordat VGZ primair capaciteit ten behoeve van de (gesloten) Zvw inkoop, resulteert het voorstel voor haar niet in een alternatief. Om deze reden wordt volgens VGZ het geconstateerde mededingingsprobleem op de markt voor klinische sGGZ niet opgelost.

556. De ACM heeft in het meldingsbesluit in navolging van eerdere besluiten<sup>206</sup> reeds geconcludeerd dat de gesloten bedden binnen de sGGZ geen markt vormen waarop concurrentie mogelijk is (zie randnummer 14 van het meldingsbesluit). Zodoende hebben het geconstateerde mededingingsprobleem én de voorgestelde remedie enkel betrekking op de open bedden van partijen. Daarnaast heeft de ACM op basis van haar marktonderzoek geconcludeerd dat op basis van aanbodssubstitutie bedden op basis van beide financieringsvormen – Zvw en Wlz – zich in dezelfde markt voor klinische sGGZ bevinden. Daarbij merkt de ACM op dat het remedievoorstel niet noodzakelijkerwijs de problemen van iedere individuele afnemer hoeft op te lossen, omdat dit mede afhankelijk is van verschillen in het inkoopportfolio.

557. Ten tweede is in de markttest door meerdere respondenten naar voren gebracht dat zorgverzekeraars, ondanks het remedievoorstel, door de concentratie afhankelijker worden van Parnassia. Tegelijkertijd geven verscheidene zorgverzekeraars aan dat zij op dit moment al sterk afhankelijk zijn van Parnassia en dat deze afhankelijkheid, als gevolg van de voorgenomen concentratie, niet toeneemt. Ook gedurende het eerdere marktonderzoek is niet gebleken dat deze afhankelijkheid als gevolg van de voorgenomen concentratie zou toenemen. Daar waar de afhankelijkheid van Parnassia op specifieke markten groter wordt, wordt deze opgelost door het remedievoorstel. In de markttest zijn geen nieuwe argumenten naar voren gebracht die voor de ACM aanleiding zijn om deze nader te onderzoeken.

### **9.3.2 Het voorstel lost het mededingingsprobleem op**

558. De ACM heeft aan de hand van de Richtsnoeren Remedies<sup>207</sup> getoetst of het remedievoorstel de geconstateerde mededingingsproblemen zonder twijfel en volledig wegnemen. Op basis hiervan concludeert de ACM dat het door partijen gedane voorstel de in hoofdstukken 6.8 en 8.7 door ACM geconstateerde mededingingsproblemen wegneemt.

559. Op de markten waar Parnassia na de voorgenomen concentratie een zeer sterke positie zou verkrijgen, wordt deze positie door het remedievoorstel beperkt. Met de afstoting op de markten waar de ACM een mededingingsprobleem heeft vastgesteld, wordt voor zorgverzekeraars een voldoende sterk alternatief gecreëerd in de regio Rotterdam-Rijnmond en behouden patiënten in deze regio een keuze voor een GGZ-aanbieder. Waar Antes en Parnassia op dit moment elkaars meest reële alternatief zijn op de markten voor klinische en ambulante sGGZ voor V&O

<sup>206</sup> Zie het besluit van 1 september 2004 in zaak 3865/Rijngeest — Robert Fleury, randnummer 17 tot en met 20, het besluit van 11 juli 2006 in zaak 5660/GGZ Groep Europort-Bavo RNO Groep, randnummer 22, het besluit van 2 november 2006 in zaak 5632/GGZ Noord-Holland-Noord - GGZ Dijk en Duin, randnummer 16 en besluit van 15 juni 2009 in zaak 6556/GGZ Oost Brabant-Reinier van Arkel, randnummer 9.

<sup>207</sup> Richtsnoeren Remedies 2007, vastgesteld door de Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit op 21 september 2007.



en de markt voor klinische forensische zorg met beveiligingsniveaus één en twee, zal GGZ Delfland deze positie na de voorgenomen concentratie innemen ten opzichte van Parnassia.

109/118

560. Het remedievoorstel compenseert ook de afhankelijkheid van zorgverzekeraars van Parnassia in de jaarlijkse onderhandelingen die als gevolg van de voorgenomen concentratie zou toenemen op de markten waar de ACM een mededingingsprobleem heeft geconstateerd. Zorgverzekeraars zullen na de concentratie dezelfde positie innemen tijdens de onderhandelingen met Parnassia als voorafgaand aan de concentratie het geval was. Daarmee neemt het remedievoorstel de geconstateerde mededingingsproblemen volledig weg.
561. De ACM heeft in haar beoordeling van het remedievoorstel eveneens gekeken of de afstoting de overlap op de drie markten volledig wegneemt. Voor de markt voor klinische sGGZ voor V&O in de regio Rotterdam-Rijnmond betreft stoten partijen drie klinieken en 20 individuele open bedden af, wat uitkomt op een totaal van 125 open bedden, inclusief budget. In aantal bedden en in omzet is deze afstoting vrijwel de gehele toevoeging van het marktaandeel van Parnassia aan het marktaandeel van Antes.
562. Bij dit aantal bedden is rekening gehouden met het feit dat Parnassia en Antes beide nog niet volledig hebben voldaan aan hun afbouwverplichting op basis van het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord. In dit Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord is vastgelegd dat sectorbreed een derde van het totale aantal bedden binnen de GGZ moet worden afgebouwd in de periode 2008-2020. Concurrenten van partijen in de regio Rotterdam-Rijnmond hebben al wél volledig afgebouwd, waardoor de huidige marktaandelen van partijen een overschatting zijn van de marktaandelen die ze zouden hebben gekregen op het moment dat ook zij aan hun afbouwverplichtingen zouden hebben voldaan.
563. De ACM houdt rekening met de nog openstaande afbouwverplichtingen van Parnassia en Antes op basis van het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord. Daarom hebben partijen zich in het remedievoorstel tevens verplicht deze afbouwverplichting nog geheel na te komen. In dit kader verplichten partijen zich om op 31 december 2019 hun (gezamenlijke) aantal open bedden te hebben afgebouwd tot [tweederde van het totaal aantal Open Bedden van partijen in 2008, conform het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord].
564. De afstoting leidt ertoe dat Parnassia na de concentratie een marktaandeel zal hebben van [60-70]%. Dit marktaandeel is [0-5]% hoger dan het huidige marktaandeel van Antes. Er resteert dus een geringe toevoeging. De ACM heeft deze geringe toevoeging toegestaan, omdat het marktaandeel van Parnassia na de voorgenomen concentratie als gevolg van de in randnummer 563 genoemde gedragsremedie tot 2020 verder afneemt tot naar verwachting [50-60]%.
565. Voor de markt voor ambulante sGGZ voor V&O in de regio Rotterdam-Rijnmond betreft stoten partijen één locatie en twee zorgteams af, inclusief budget en patiënten. Deze afstoting leidt ertoe dat de gehele toevoeging van het marktaandeel Antes aan het marktaandeel van Parnassia op deze markt wordt weggenomen.
566. Voor de markt voor klinische forensische zorg met beveiligingsniveau één en twee in de regio Rotterdam-Rijnmond wordt de door DJI bij Antes ingekochte c.q. gereserveerde zorg overgeheveld naar GGZ Delfland. Deze overheveling leidt ertoe dat de gehele toevoeging van het marktaandeel van Antes aan het marktaandeel van Parnassia op deze markt wordt weggenomen.



### 9.3.3 Het voorstel is uitvoerbaar en handhaafbaar

567. De ACM heeft getoetst of het remedievoorstel voldoet aan de voorwaarden ten aanzien van uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid die de Richtsnoeren Remedies<sup>208</sup> stellen aan een remedievoorstel. Op basis hiervan concludeert de ACM dat het voorstel uitvoerbaar en handhaafbaar is.

#### *Levensvatbaar bedrijfs onderdeel dat daadwerkelijk, effectief en duurzaam kan concurreren*

568. De ACM heeft onderzoek gedaan naar de af te stoten onderdelen. Uit interviews met zowel de beoogd koper als de huidige afnemers blijkt dat de beoogd koper met de af te stoten onderdelen in staat moet worden geacht daadwerkelijk, effectief en duurzaam te concurreren met partijen.

569. Hoewel de drie klinieken en de ambulante locatie in Spijkenisse deel uitmaken van de bredere zorgketen van Parnassia, functioneren deze locaties grotendeels onafhankelijk van Parnassia. Zij beschikken over een eigen behandelteam en patiëntenbestand en zijn voor de (keuze van een) behandeling niet afhankelijk van Parnassia, waardoor zij de behandelingen zelfstandig verrichten. De klinieken en de locatie Spijkenisse zijn op dit moment voor hun ondersteunende diensten overigens nog wel afhankelijk van Parnassia. Doordat GGZ Delfland deze ondersteunende diensten zelf aanbiedt en GGZ Delfland zelf reeds beschikt over de volledige GGZ-keten, zijn deze bedrijfsonderdelen zonder meer levensvatbaar omdat zij zijn ingebed in de organisatie van GGZ Delfland.

570. Voor de twee ambulante zorgteams van Parnassia, de 20 individuele patiënten van Antes en het budget op het gebied van klinische forensische zorg met beveiligingsniveau één geldt in veel mindere mate dat deze zelfstandig functioneren. De overdracht van deze bedrijfsonderdelen kan enkel levensvatbaar zijn als deze worden ingebed in een reeds bestaande organisatie.

571. GGZ Delfland neemt twee zorgteams en de 20 patiënten op binnen haar eigen zorgorganisatie. De 20 patiënten zullen worden opgenomen op haar klinische locatie in Schiedam en de twee zorgteams zullen op termijn worden samengevoegd met de zorgteams die aanwezig zijn op de over te nemen locatie in Spijkenisse. Doordat deze bedrijfsonderdelen sterk verweven zullen worden in de zorgorganisatie van GGZ Delfland, zal GGZ Delfland met deze bedrijfsonderdelen eveneens daadwerkelijk, effectief en duurzaam kunnen concurreren.

572. Voor de klinische forensische zorg met beveiligingsniveau één zoals deze afgestoten wordt door Antes aan GGZ Delfland geldt dat dit onderdeel in veel mindere mate zelfstandig kan functioneren. De overdracht van dit bedrijfs onderdeel kan enkel levensvatbaar zijn als deze worden ingebed in een reeds bestaande organisatie. GGZ Delfland gaat klinische forensische zorg met beveiligingsniveau één bieden op haar locatie in Schiedam. GGZ Delfland geeft aan dat deze kliniek zowel voor het gebouw als ook het personeel voldoet aan de eisen zoals die zijn neergelegd in de beleidsregel prestaties en tarieven forensische zorg<sup>209</sup> van de NZa.

573. Zorgverzekeraars, zorgkantoren en DJI hebben verklaard bereid te zijn om mee te werken aan een succesvolle overdracht van de diverse bedrijfsonderdelen en de overheveling van het budget van Parnassia en Antes naar GGZ Delfland.

574. De toezeggingen van partijen om zich tot [...], direct en indirect, te onthouden van activiteiten op

<sup>208</sup> Richtsnoeren Remedies 2007, vastgesteld door de Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit op 21 september 2007.

<sup>209</sup> Zie ook NZa, Beleidsregel BR/FZ-0024, Prestaties en tarieven forensische zorg, p.18 tot en met p. 22.



het gebied van klinische forensische zorg met beveiligingsniveau één in de regio Rotterdam-Rijnmond, draagt bij aan de levensvatbaarheid van het bedrijfsonderdeel. GGZ Delfland kan in deze periode kennis en ervaring opdoen in dit zorgdomein, waardoor zij daadwerkelijk, effectief en duurzaam kan concurreren op de markt voor klinische forensische zorg met beveiligingsniveau één en twee in de regio Rotterdam-Rijnmond.

575. Gezien het bovenstaande concludeert de ACM dat de onderdelen die aan GGZ Delfland worden overgedragen levensvatbaar zijn, omdat ze succesvol kunnen worden ingebed in de bestaande organisatie van GGZ Delfland.

#### ***Geschiktheid koper***

576. De ACM heeft onderzoek gedaan naar de geschiktheid van GGZ Delfland als beoogd koper. Uit interviews met zorgverzekeraars, zorgkantoren en DJI is gebleken dat GGZ Delfland een geschikte koper is. Zij is een financieel gezonde organisatie, die door zorgverzekeraars en zorgkantoren als een betrouwbare GGZ-aanbieder wordt gezien. Daarnaast wordt GGZ Delfland in staat geacht de af te stoten onderdelen op dusdanige manier te incorporeren in haar bedrijfsvoering, dat zij daadwerkelijk, duurzaam en effectief met partijen kan concurreren op de markten waar de ACM een mededingingsprobleem heeft geconstateerd. Daarnaast geven vrijwel alle respondenten in de markttest aan dat de zorg die GGZ Delfland levert van goede kwaliteit is.

577. De ACM constateert dat GGZ Delfland een serieuze koper is. Zij heeft bij de ACM een strategische visie en haar plannen uiteengezet ten aanzien van de over te nemen onderdelen. De ACM acht deze plannen doordacht en serieus van aard. Daarbij heeft GGZ Delfland aan de ACM laten zien dat zij oog heeft voor de continuïteit en de kwaliteit van de zorg op de locaties die zij gaat overnemen. Voor de 20 patiënten van Antes heeft zij een uitgebreid plan van uitvoering overgelegd.

578. Hoewel GGZ Delfland momenteel niet actief is op forensische zorg, heeft zij vanuit het verleden wel enige ervaring op dit gebied. Vanuit deze ervaring, heeft ook DJI er vertrouwen in dat GGZ Delfland geschikt is om het budget van Antes op het gebied van klinische forensische zorg met beveiligingsniveau één over te nemen van Antes om zodoende zorg aan te bieden op de markt voor klinische forensische zorg met beveiligingsniveaus één en twee. Daarnaast voldoet de kliniek met het personeel in Schiedam aan de eisen die gelden voor klinische forensische zorg met beveiligingsniveau één. Tevens heeft GGZ Delfland een plan van aanpak opgesteld hoe zij zich gaat ontwikkelen als een duurzame aanbieder van klinische forensische zorg met beveiligingsniveau één.

579. Gezien het bovenstaande concludeert de ACM dat GGZ Delfland een geschikte koper is om de af te stoten onderdelen van partijen over te nemen.

#### ***Structureel effect afstotingen van onderdelen***

580. Om het structurele effect van de afstotingen te waarborgen, hebben partijen in hun remedievoorstel verschillende toezeggingen gedaan, zoals genoemd in randnummers 536 tot en met 541.

581. De ACM is van oordeel dat de toezeggingen ervoor zorgen dat GGZ Delfland haar naam kan vestigen in de buurten van regio Rotterdam-Rijnmond waar zij nu nog niet actief is. Dit betreft dan met name de stad Rotterdam. In die periode kan GGZ Delfland een relatie opbouwen met de patiënten en medewerkers op deze locaties en kan ze haar reputatie vestigen in de stad



Rotterdam zonder dat Parnassia na de voorgenomen concentratie specifieke patiënten of medewerkers overhaalt om weg te gaan bij GGZ Delfland. De vastgelegde periode van [...] is naar het oordeel van de ACM hiervoor voldoende. GGZ Delfland is immers al een gevestigde speler in de regio en is in staat om haar reputatie in deze [...] verder uit te bouwen naar de stad Rotterdam. Ook heeft GGZ Delfland zelf in gesprekken met de ACM haar vertrouwen uitgesproken dat een periode van [...] voldoende zou moeten zijn om haar reputatie en naam te vestigen.

582. Daarnaast oordeelt de ACM dat de toezegging ten aanzien van de gegarandeerde instroom van patiënten gedurende de periode van [...] GGZ Delfland in de gelegenheid stelt om de doorstroming binnen haar eigen keten op elkaar aan te laten sluiten en de instroom vanuit andere organisaties goed te regelen. Op deze wijze wordt GGZ Delfland in staat gesteld duurzaam en effectief met partijen te concurreren op de markten voor klinische en ambulante sGGZ.
583. De ACM is tevens van oordeel dat het non-concurrentiebeding op het gebied van klinische forensische zorg met beveiligingsniveau één GGZ Delfland in staat stelt zich te ontwikkelen tot een speler op het gebied van forensische zorg. Dit biedt GGZ Delfland op termijn de mogelijkheid om verder uit te breiden naar bijvoorbeeld klinische forensische zorg met beveiligingsniveau twee of ambulante forensische zorg.
584. Ten slotte biedt de toezegging dat partijen de komende [...] geen belang mogen nemen in GGZ Delfland de ACM het comfort dat er op termijn geen verhoogde kans is op mededingingsproblemen.
585. Gezien het bovenstaande concludeert de ACM dat de afstotingen een structureel effect hebben.

#### ***Geen nieuw mededingingsprobleem***

586. De positie van GGZ Delfland op de markt voor klinische sGGZ voor V&O in de regio Rotterdam-Rijnmond komt na de overheveling uit op een marktaandeel van [30-40]%. De positie van GGZ Delfland op de markt voor ambulante sGGZ voor V&O in de regio Rotterdam-Rijnmond komt na de overheveling uit op een marktaandeel van [20-30]%. Daarmee ontstaat een nabije concurrent van Parnassia na de voorgenomen concentratie, welke een reëel alternatief is voor Parnassia na de voorgenomen concentratie. Het resulterende marktaandeel van GGZ Delfland is kleiner dan dat van Parnassia na de voorgenomen concentratie, waardoor de totstandkoming van een machtspositie van GGZ Delfland als gevolg van de afstoting onwaarschijnlijk wordt geacht.
587. Op de markt voor forensische zorg met beveiligingsniveau een en twee in de regio Rotterdam-Rijnmond neemt GGZ Delfland alle activiteiten van Antes over en zal zij dus dezelfde positie op de markt in gaan nemen als Antes nu.
588. Uit het marktonderzoek en de markttest volgt niet dat er een verhoogd risico is op afstemming tussen Parnassia na de voorgenomen concentratie en GGZ Delfland als gevolg van de concentratie inclusief de afstoting.

#### ***Tenuitvoerlegging van de remedie***

589. De tenuitvoerlegging van het remedievoorstel is vastgelegd in het remedievoorstel van partijen en de daarbij behorende Bijlage 4 die het stappenplan van de uitvoering van de remedie beschrijft. Hieruit blijkt dat het remedie een zogeheten *fix-it-first* is, waarbij de volledige afstoting plaats moet hebben gevonden voordat partijen kunnen concurreren. In het remedievoorstel





hebben partijen tevens toegezegd de afstoting uiterlijk 31 december 2017 af te ronden.

590. Voor wat betreft de onderdelen van Parnassia die afgestoten worden, gebeurt de tenuitvoerlegging van de remedie door middel van een aandelentransactie. De feitelijk af te stoten onderdelen van Parnassia zijn ondergebracht in een tijdelijke B.V. De overdracht van het eigenaarschap van de tijdelijke B.V. wordt door middel van een aandelentransactie gerealiseerd. Bij de overdracht draagt Parnassia ook het vastgoed en de huurovereenkomsten over aan GGZ Delfland.
591. De overdracht van de contractuele relatie met de ambulante en klinische patiënten van Parnassia Groep wordt feitelijk geëffectueerd door verzending van een brief aan deze patiënten waarin zij worden geïnformeerd over de overdracht en overname van het personeel van Parnassia Groep en Antes.
592. De af te stoten onderdelen van Antes bestaan uit 20 individuele open bedden en het budget van DJI. Deze overdracht gebeurt door middel van een stapsgewijze verhuizing van 20 patiënten en het bijbehorend budget.
593. De overdracht van de contractuele relatie met de 20 patiënten van Antes naar GGZ Delfland wordt feitelijk geëffectueerd door ontvangst van de instemmingsbrief van de patiënt en de verhuizing van de betreffende patiënten naar de locatie van GGZ Delfland.
594. De afstoting van het budget van DJI voor Antes dat ziet op klinische forensische zorg met beveiligingsniveau één komt tot stand door middel van een overdracht van het DJI-budget van Antes naar GGZ Delfland.
595. Met de juridische en feitelijke overdracht van de patiënten moeten zorgverzekeraars en zorgkantoren eveneens instemmen door de bijbehorende budgetten te verschuiven naar GGZ Delfland en de contracten hierop aan te passen. De zorgverzekeraars en zorgkantoren hebben desgevraagd aangegeven in principe bereid te zijn om deze verschuivingen uit te voeren. De ACM laat het aan partijen, de zorgverzekeraars, zorgkantoren en GGZ Delfland over om dit concreet uit te werken.
596. Als gevolg van de *fix-it-first* liggen eventuele risico's in de tenuitvoerlegging bij partijen en vraagt het een grote inspanning van partijen om de voorwaarden van het remedievoorstel na te komen. Partijen zullen moeten zorgdragen dat alle af te stoten bedrijfsonderdelen volledig zijn overgedragen en het budget door zorgverzekeraars, zorgkantoren en DJI is overgeheveld naar GGZ Delfland. Als een deel van de overdracht niet of niet juist heeft plaatsgevonden of een van de zorgverzekeraars het budget niet heeft overgeheveld naar GGZ Delfland, dan kunnen Parnassia en Antes hun concentratie niet effectueren. Met het oog op de voortgang, hebben partijen tot 31 december 2017 de tijd om de overdracht te realiseren. Als de afstoting op deze datum niet is gerealiseerd, is niet voldaan aan de voorwaarden van het remedievoorstel.
597. De afstoting van alle bedrijfsonderdelen aan GGZ Delfland zal een nieuwe concentratiemelding zijn, die goedkeuring behoeft van de NZa en de ACM. De overdracht van alle bedrijfsonderdelen aan GGZ Delfland zal pas kunnen plaatsvinden nadat de NZa en de ACM deze nieuwe concentratiemelding hebben goedgekeurd. De concentratie is inmiddels gemeld bij de NZa.
598. Gezien het bovenstaande concludeert de ACM dat de afstoting uitvoerbaar is.



#### **9.4 Conclusie**

599. De ACM is van oordeel dat het door partijen op 31 mei 2017 aangeboden remedievoorstel de zekerheid biedt dat de geconstateerde mededingingsproblemen zonder twijfel, structureel en volledig worden weggenomen. Bovendien is het voorstel uitvoerbaar en handhaafbaar.

**114/118**



## 10 Conclusie

600. Op grond van het voorgaande is de ACM tot de conclusie gekomen dat de operatie waarop de aanvraag om vergunning betrekking heeft binnen de werkingssfeer van het in hoofdstuk 5 van de Mededingingswet geregelde concentratietoezicht valt. De ACM is van oordeel dat als de voorgenomen concentratie wordt voltrokken in ongewijzigde vorm, dat wil zeggen indien de vergunning niet onder beperkingen zou worden verleend of aan de vergunning geen voorschriften zouden worden verbonden, de daadwerkelijke mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan op significante wijze zal worden belemmerd met name als het resultaat van het in het leven roepen of versterken van een economische machtspositie.
601. Gelet op het bovenstaande deelt de ACM mede dat voor de concentratie waarop de aanvraag om vergunning betrekking heeft, een vergunning wordt verleend waaraan de volgende voorschriften worden verbonden:

### *Klinische sGGZ voor V&O in de regio Rotterdam-Rijnmond*

- Parnassia stoot haar klinieken aan de IJsselstraat te Berkel en Rodenrijs, Schietbaanstraat te Rotterdam en Frans Lehárstraat (151-153) te Rotterdam af aan GGZ Delfland ter grootte van 105 open bedden en met een gerelateerde jaaromzet van EUR [...].
- Antes stoot 20 open bedden af aan GGZ Delfland met een gerelateerde jaaromzet van EUR [...].
- Partijen verbinden zich ertoe om de volledige afbouwverplichting die rust op hun huidige klinische capaciteit op zich te nemen. Partijen verbinden zich er daarom toe om per 31 december 2019 hun gezamenlijk aantal open bedden op de markt voor klinische sGGZ voor V&O in de regio Rotterdam-Rijnmond afgebouwd te hebben tot [tweederde van het totaal aantal Open Bedden van partijen in 2008, conform het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord] open bedden.

### *Ambulante sGGZ voor V&O in de regio Rotterdam-Rijnmond*

- Parnassia stoot haar ambulante locatie PsyQ in Spijkenisse, een zorgteam van Bavo Europoort PIT aan de Carnissensingel in Rotterdam en een zorgteam van I-psy aan de Carnissensingel in Rotterdam af aan GGZ Delfland, met een bijbehorende jaaromzet van EUR [...].

### *Klinische forensische zorg met beveiligingsniveau één en twee*

- Antes stoot de klinische forensische zorg met beveiligingsniveau één die door DJI is ingekocht c.q. gereserveerd bij Antes af aan GGZ Delfland ter grootte van [...] verpleegdagen voor 2017 en een gerelateerde jaaromzet van EUR [...].
- Partijen verplichten zich ertoe zich tot en met [...] te onthouden van activiteiten op het gebied van klinische forensische zorg met beveiligingsniveau één in de regio Rotterdam-Rijnmond. Parnassia zal tevens haar invloed in Fivoor aanwenden om te voorkomen dat Fivoor in deze periode actief wordt op het gebied van klinische forensische zorg met beveiligingsniveau één in de regio Rotterdam-Rijnmond.



Partijen dienen de overdracht van de af te stoten onderdelen uiterlijk 31 december 2017 gerealiseerd te hebben.

Deze voorschriften zijn in detail uitgewerkt in paragraaf 9.2 en de bijlage.

Datum:

Autoriteit Consument en Markt,  
namens deze,

mr. C.A. Fonteijn  
Bestuursvoorzitter

*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 Rechtbank te Rotterdam, sector bestuursrecht, Postbus 50951, 3007 BM Rotterdam*

**116/118**



## 11 Afkortingenlijst

ACM	Autoriteit Consument en Markt
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
bGGZ	basis geestelijke gezondheidszorg
Bopz	Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
DBC	diagnose-behandel combinatie
DIZ	Divisie Individuele Zaken van DJI
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen van het Ministerie van Veiligheid en Justitie
EMC	Erasmus Medisch Centrum
EPA	ernstige psychiatrische aandoening
gbGGZ	generalistische basis geestelijke gezondheidszorg
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie
Handboek	Handboek Forensische Zorg
Ifzo	Informatiesysteem forensische zorg
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
K&J	kinderen en jeugdigen
LGGZ	langdurige geestelijke gezondheidszorg
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LPGGZ	Landelijk Platform GGZ
NIFP	Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
NVVP	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OGGZ	openbare geestelijke gezondheidszorg
PMO	Psycho Medisch Overleg
ROM	<i>Routine Outcome Monitoring</i>
sGGZ	specialistische gezondheidszorg
TBS	terbeschikkingstelling
TFZ	Taskforce Zorg
V&O	volwassenen en ouderen
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WVGZ	Wet Verplichte geestelijke gezondheidszorg
ZIN	Zorginstituut Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

117/118



## **Bijlagen**

**118/118**