



Visiedocument

Concentratietoezicht op de verpleeghuiszorgsector

Naar aanleiding van het ACM-rapport *Onderzoek
verpleeghuiszorg*

6 december 2022



Concentratietoezicht op de verpleeghuiszorgsector

Visiedocument bij het ACM-rapport *Onderzoek verpleeghuiszorg*

1. Inleiding

De verpleeghuiszorg staat voor grote uitdagingen. Nederland vergrijsst en het aantal kwetsbare ouderen met een verminderde regie over het eigen leven en een complexe zorgbehoefte neemt toe. De vraag naar verpleeghuiszorg voor de meest kwetsbaren zal de komende jaren fors toenemen, terwijl de druk op de sector nu al groot is. Het huidige aanbod is onvoldoende om aan de extra vraag tegemoet te komen en het wordt ook steeds lastiger om voldoende personeel te vinden. De kwaliteit van de zorg stijgt, maar de eisen die we eraan stellen ook. De uitgaven nemen dan ook snel toe, terwijl de druk op de collectieve uitgaven al hoog is.¹

Dit zal gevolgen hebben voor de organisatie van de verpleeghuiszorg. In de praktijk is deze verandering reeds zichtbaar. Zo is er steeds meer aandacht voor samenwerking in de sector en over de domeinen heen. Ook de concentratiegraad van de sector neemt toe. Fusies kunnen door schaalvoordelen bijdragen aan oplossingen voor de uitdagingen waar de sector voor staat. Maar voor een kwetsbare groep ouderen brengt verdere concentratie ook risico's met zich mee voor kwaliteit (waaronder diversiteit van het aanbod) en innovatie door de met concentraties inherent verbonden beperking van de keuze tussen verschillende aanbieders.

De Autoriteit Consument & Markt (ACM) houdt op grond van de Mededingingswet toezicht op fusies in Nederland en beoordeelt ook fusies in de verpleeghuiszorg op de gevolgen voor prijs, kwaliteit en innovatie. De ontwikkelingen in de sector zijn voor de ACM aanleiding om te blijven investeren in kennis over deze sector. Om meer zicht te krijgen op de werking van de markt voor verpleeghuiszorg heeft de ACM empirisch onderzoek gedaan naar de relatie tussen concentratie en uitkomsten op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de verpleeghuiszorg. De resultaten daarvan, inclusief mogelijke verklaringen voor de uitkomsten van het onderzoek, zijn te vinden in het rapport 'Onderzoek verpleeghuiszorg'.

De ACM heeft de uitkomsten van het onderzoek en de duiding daarvan in het licht van de toepassing van haar concentratietoezicht tussen 19 november 2021 en 21 januari 2022 geconsulteerd en daarbij zorgkantoren, ouderenorganisaties, aanbieders van verpleeghuiszorg en andere geïnteresseerden om een reactie gevraagd. In de bijlage vindt u een consultatieverslag, waarin de belangrijkste punten uit de consultatie zijn samengevat en wordt aangegeven hoe deze zijn verwerkt in dit visiedocument. De uitkomsten van de consultatie bieden geen aanleiding voor herziening van de lijn die uiteen was gezet in het consultatiedocument. Wel heeft de ACM in dit visiedocument aanpassingen gedaan ten opzichte van het consultatiedocument naar aanleiding van inbreng die wees op onduidelijkheden in het laatstgenoemde document.

¹ Zie bijvoorbeeld Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2021). *Dialognota Ouder worden 2020-2040*, te raadplegen via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2021/02/28/dialognota-ouder-worden-2020-2040>. Zie ook RIVM (z.d.), Kwetsbare ouderen hebben een complexe zorgvraag. *Volksgezondheid Toekomstverkenning 2018*, te raadplegen via <https://www.vtv2018.nl/kwetsbare-ouderen>.

In dit visiedocument geeft de ACM eerst een korte schets van de inrichting van de verpleeghuiszorgsector (hoofdstuk 2) en het toezicht van de ACM op concentraties (hoofdstuk 3). Vervolgens geeft de ACM in hoofdstuk 4 de uitkomsten weer van haar onderzoek naar de relatie tussen concentratie en uitkomsten op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de verpleeghuiszorg. Tot slot geeft de ACM in hoofdstuk 5 haar duiding van de uitkomsten van dit onderzoek in het licht van de toepassing ervan op haar concentratietoezicht in de verpleeghuiszorgsector.

Die duiding is dat toetsing van concentraties in de verpleeghuiszorgsector van belang blijft. Met het oog op goede, passende zorg en de diversiteit van het aanbod, acht de ACM het in de praktijk vooral van belang om reële en volwaardige keuzemogelijkheden voor kwetsbare ouderen op de zorgverleningsmarkt te blijven beschermen. Die keuzemogelijkheden - naast intrinsieke motivatie - geven aanbieders van verpleeghuiszorg extra prikkels om te waarborgen dat kwetsbare ouderen nu en in de toekomst die zorg ontvangen die aansluit bij hun wensen, behoeften en mogelijkheden. Dat is ook van belang voor de noodzakelijke blijvende vernieuwing en innovatie in de sector.

De ACM verwacht op basis van de onderzoeksresultaten, gegeven de huidige kaders, feiten en omstandigheden in de sector, op dit moment weinig meerwaarde van het blijven toetsen van de gevolgen van een voorgenomen concentratie op de zorginkoopmarkt. Prijsdifferentiatie en selectieve contractering op basis van kwaliteit en doelmatigheid van zorg spelen doorgaans een ondergeschikte rol in de onderhandelingen tussen zorgkantoor en aanbieders van verpleeghuiszorg.

De ACM zal daarom bij de beoordeling van toekomstige concentraties in de verpleeghuiszorgsector vooral kijken naar de gevolgen voor de cliënten op de zorgverleningsmarkt en minder naar de gevolgen voor de zorginkoopmarkt.

Vervallen verlaagde omzeldrempels concentratietoezicht zorg per 1 januari 2023

De Minister van VWS heeft besloten dat de verlaagde omzeldrempels voor de zorgsector met ingang van 1 januari 2023 vervallen.² Hierdoor hoeven kleinere aanbieders van verpleeghuiszorg hun fusie- en overnameplannen niet langer bij de ACM te melden. Bij hogere omzetten, minstens twee van de betrokken aanbieders realiseren jaarlijks een omzet van meer dan 30 miljoen euro elk en gezamenlijk meer dan 150 miljoen, zullen aanbieders van verpleeghuiszorg hun plannen aan de ACM moeten blijven voorleggen.

Circa 25 procent van de zaken in de verpleeghuiszorgsector die de ACM heeft behandeld in de periode 2010-2022 had ook zonder de verlaagde zorgomzeldrempels bij de ACM gemeld moeten worden op basis van bovenstaande reguliere omzeldrempel voor het concentratietoezicht. Uit onderzoek van de ACM is daarnaast gebleken dat er tientallen ouderenzorgaanbieders actief zijn die hun mogelijke fusie- of overnameplannen ook onder deze reguliere omzeldrempel bij de ACM moeten melden. De ACM publiceert deze aanpak zodat zij hiermee rekening kunnen houden bij het vormgeven van hun plannen.

In de verpleeghuiszorg is vaak sprake van relatief kleine lokale markten, omdat cliënten en hun naasten kiezen voor aanbieders in de nabijheid van de directe eigen leefomgeving. De ACM heeft eerder gewezen³ op risico's op het ontstaan van grote ketens van verpleeghuiszorgaanbieders die achtereenvolgens meerdere kleinere aanbieders overnemen, met als gevolg minder keuzemogelijkheden voor cliënten op deze lokale markten. Daarnaast signaleert de ACM een toenemende activiteit van private equity in de verpleeghuiszorg voor wie een dergelijke strategie van 'kralen rijgen' commercieel aantrekkelijk kan zijn. De Minister van VWS heeft aangekondigd om de

² Zie de Kamerbrief over Besluit verlaagde omzeldrempels concentratietoezicht zorg, met kenmerk 3399649-1032841-PZO, te raadplegen via <https://open.overheid.nl/repository/ronl-6ee49c8314501314ffab55e069e1751fbe1be17f/1/pdf/kamerbrief-over-besluit-verlaagde-omzeldrempels-zorg.pdf>.

³ Zie [Zienswijze ACM op verlaagde omzeldrempels zorgconcentraties | ACM.nl](#)

komende jaren actief te monitoren wat de effecten van het wegvallen van de verlaagde omzeldrempels zullen zijn en hierbij in het bijzonder aandacht te besteden aan overnames door private equity. De Minister van VWS heeft in dat kader aangegeven zo nodig maatregelen te treffen, waarbij ook de herinvoering van verlaagde omzeldrempels in de zorg achter de hand wordt gehouden.⁴

De ACM zal, toekomstige zaken in de verpleeghuisczorgsector die bij haar moeten worden gemeld, beoordelen langs de lijnen zoals weergegeven in dit visiedocument. Voor deze inhoudelijke beoordeling is niet relevant wat de hoogte van de omzeldrempel is waarboven ondernemingen gehouden zijn om hun voorgenomen concentratie bij de ACM te melden.

2. De inrichting van de verpleeghuisczorg in Nederland

Cliënten in de verpleeghuisczorg

Ouderen met somatische of psychosociale beperkingen die blijvend zijn aangewezen op 24 uur per dag zorg nabij of permanent toezicht nodig hebben, hebben in Nederland op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) recht op “passende zorg met aandacht voor het individuele welzijn”.⁵ Op dit moment hebben bijna 174.000 mensen een indicatie voor Wlz-zorg. Negen procent daarvan staat op een wachtlijst. De grootste groep van de wachtenden zijn mensen die nog niet terecht kunnen bij het verpleeghuis van hun voorkeur, en daarop wachten met overbruggingszorg. Dit zijn vaak mensen met een relatief lage zorgzwaarte. Voor ongeveer dertien procent van de ouderen op de wachtlijst geldt dat zij urgent of binnen zes maanden geplaatst moeten worden.^{6 7}

Cliënten in de verpleeghuisczorg vormen geen homogene groep. Op grond van de Wlz moet kwaliteit van leven voorop staan in de verpleeghuisczorg. Maar wat kwaliteit geeft aan het leven, kan van mens tot mens verschillen. Belangrijk doel van de introductie van de Wlz in 2015 was het verbeteren van de mogelijkheden voor regie, maatwerk, keuzevrijheid en zeggenschap voor deze groep kwetsbare mensen.⁸ Met meer diversiteit van het aanbod en meer ruimte voor zorg die aansluit op de wensen, behoeften en mogelijkheden van cliënten, in een verpleeghuis met een zorgzwaartepakket (zzp) of bijvoorbeeld met een volledig pakket thuis (VPT).⁹

Zorgkantoren

De Wlz wordt door 31 zorgkantoren regionaal uitgevoerd. Zorgkantoren¹⁰ hebben een zorgplicht voor mensen met een Wlz-indicatie. Om aan hun zorgplicht te voldoen moeten de zorgkantoren ervoor

⁴ Zie de Kamerbrief over Besluit verlaagde omzeldrempels concentratietoezicht zorg, met kenmerk 3399649-1032841-PZO, te raadplegen via <https://open.overheid.nl/repository/ronl-6ee49c8314501314ffab55e069e1751f1be17f/1/pdf/kamerbrief-over-besluit-verlaagde-omzeldrempels-zorg.pdf> en de Gewijzigde motie van de leden Hijink en Van den Berg over het per zorgsector monitoren van fusies van zorginstellingen (t.v.v. 32620-278) te raadplegen via [file:///P:/Downloads/Gewijzigde%20motie%20van%20de%20leden%20Hijink%20en%20Van%20den%20Berg%20over%20het%20per%20zorgsector%20monitoren%20van%20fusies%20van%20zorginstellingen%20\(t.v.v.%2032620-278\).pdf](file:///P:/Downloads/Gewijzigde%20motie%20van%20de%20leden%20Hijink%20en%20Van%20den%20Berg%20over%20het%20per%20zorgsector%20monitoren%20van%20fusies%20van%20zorginstellingen%20(t.v.v.%2032620-278).pdf)

⁵ Zie Memorie van Toelichting Wet langdurige zorg, doelstelling van het wetsvoorstel. *Kamerstukken II* 2013/14, 33891 nr. 3, geraadpleegd via <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-33891-3>.

⁶ Peildatum 1 juli 2021. Bron: Zorgverzekeraars Nederland en Zorginstituut Nederland (z.d.). *Landelijke rapportage wachtlijsten Verpleging & Verzorging. 2^o Kwartaal 2021*, te raadplegen via <https://www.zn.nl/zorgkantoren/wachtlijsten-langdurige-zorg>. Zie ook: Zorginstituut Nederland (z.d.). Wachtlijstinformatie Wlz, te raadplegen via <https://www.zorgcijfersdatabank.nl/toelichting/wachtlijstinformatie/wachtlijstinformatie-wlz>.

⁷ Uit een onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit naar de verpleeghuisczorg in 2019 komt naar voren dat gemiddeld 57,6% in de indicatieperiode zorg ontvangt van de aanbieder van hun eerste voorkeur; de precieze percentages verschillen tussen de verschillende regio's. De NZa geeft aan dat dit een onderschatting is van het aantal mensen dat bij hun aanbieder van eerste voorkeur terecht komt. Zie NZa (2021). *Monitor Ouderenzorg – regionale verschillen (deel 1)*, te raadplegen via http://puc.overheid.nl/doc/PUC_636235_22.

⁸ Zie voor een nadere toelichting hierop en op wat volgt de Memorie van Toelichting van de Wet langdurige zorg.

⁹ Cliënten met een volledig pakket thuis ontvangen zorg in natura van doorgaans één zorgaanbieder en betalen de woonkosten (van een al dan niet geclusterde woonvorm) zelf. Met een modulair pakket thuis (MPT) kunnen cliënten zorg thuis ontvangen van een of meerdere zorgaanbieders. Cliënten kunnen op grond van de Wlz ook kiezen voor een persoonsgebonden budget en de zorg zelf inkopen.

¹⁰ De minister van VWS heeft voor elke regio een Wlz-uitvoerder aangewezen als regionaal uitvoeringskantoor, het zorgkantoor. De zorgplicht ligt formeel bij de Wlz-uitvoerders, maar deze zorgkantoren doen in de praktijk het meeste werk. In wat volgt hebben we het alleen over zorgkantoren, waar soms ook 'Wlz-uitvoerders' moet worden gelezen.

zorgen dat kwetsbare ouderen binnen een redelijke termijn en redelijke afstand van waar ze wonen of willen wonen de zorg ontvangen die ze nodig hebben, of die zorg – met een volledig of modulair pakket thuis – thuis ontvangen.

De zorgplicht reikt niet zover dat mensen altijd bij een instelling van hun voorkeur terecht kunnen. Maar zorgkantoren moeten in hun inkoopbeleid wel streven naar “diversiteit in het gecontracteerde aanbod en aansluiting bij de vraag”. Daarbij kan worden gedacht aan verschillende woonvormen, grootte van instellingen, culturele achtergrond of filosofie, en de invulling van dagbestedingsactiviteiten.¹¹ Zorgkantoren hebben ook de plicht om hun verzekerden te informeren over het gecontracteerde aanbod, inclusief de verschillen tussen de zorgaanbieders en eventuele wachttijden. Zorgkantoren lopen geen financieel risico over de uitvoering van de Wlz.¹²

Aanbieders van verpleeghuiszorg

De zorg voor kwetsbare ouderen wordt geleverd door aanbieders van verpleeghuiszorg. In de praktijk ontvangt het merendeel van de ouderen zorg in natura in verpleeghuizen, ‘instellingen met verblijf’.¹³ Hoewel buiten de muren van het verpleeghuis het aanbod van alternatieve, veelal kleinschalige woonvormen voor kwetsbare ouderen toeneemt, blijft dat aanbod vooralsnog beperkt. De meeste zorg vindt in instellingen plaats, goed voor ongeveer 90 procent van de omzet in de verpleeghuiszorg.¹⁴ In die verpleeghuizen werken meer dan 222.000 mensen.¹⁵ Toetreding van nieuwe of uitbreiding door bestaande aanbieders is mogelijk, maar de drempels zijn relatief hoog voor instellingen vanwege de kosten van het vastgoed en de uitdaging om in de huidige arbeidsmarkt voldoende (gekwaliceerd) personeel aan te trekken.

Het bestuur van een aanbieder van verpleeghuiszorg heeft binnen het wettelijk kader ruimte om een eigen organisatievisie neer te zetten en daar in de praktijk invulling aan te geven. Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg vormt de basis voor toezicht en verantwoording, en maakt duidelijk wat cliënten en hun naasten mogen verwachten van aanbieders. Aanbieders van verpleeghuiszorg zijn verplicht om jaarlijks op locatieniveau informatie over cliëntervaringen aan te leveren die cliënten en hun naasten kan helpen om een weloverwogen keuze te maken. Op grond van het kwaliteitskader moet het bestuur onder meer zorgen voor een gedragen visie op kwaliteit, samen met zorgprofessionals en cliënten, en sturen op een professionele en aantrekkelijke werkomgeving.

Niet alle aanbieders van verpleeghuiszorg in een regio hoeven door een zorgkantoor te worden gecontracteerd. Zorgkantoren worden geacht aanbieders zorgvuldig onderling te vergelijken op klanttevredenheid, kwaliteit en doelmatigheid van zorg en deze criteria bij “de lengte en de continuering van contracten, de prijzen en de volumes” mee te wegen.¹⁶ De zorgkantoren hanteren een persoonsvolgende bekostiging. De inkomsten van een aanbieder van verpleeghuiszorg zijn dus afhankelijk van de vraag en voorkeuren van cliënten en/of hun vertegenwoordigers. Zorgaanbieders krijgen binnen de grenzen van de regionale contracteerruimtes per client betaald op basis van afspraken met het zorgkantoor tot aan het landelijk gereguleerde maximumtarief per zorgprestatie. De totale uitgaven voor de verpleeghuiszorg bedragen meer dan 13,7 miljard euro, en stijgen.¹⁷

¹¹ Zie de Memorie van Toelichting van de Wet langdurige zorg, par. 2.4.2.

¹² Idem, par. 2.6.

¹³ Per 1 november 2019 ontving 76.4% van de cliënten in de sector verpleging & verzorging in de langdurige zorg via zzp's. Bron: NZa (2021), *Monitor Ouderenzorg – regionale verschillen (deel 1)*.

¹⁴ Bron: NZa (z.d.), *Kerncijfers langdurige zorg, kosten verpleging en verzorging per onderdeel*, te raadplegen via <https://www.nza.nl/zorgsectoren/langdurige-zorg/kerncijfers-langdurige-zorg>.

¹⁵ Cijfer heeft betrekking op 2019. Bron: Actiz (2021). *Opnieuw meer medewerkers in verpleeghuizen*, te raadplegen via <https://www.actiz.nl/opnieuw-meer-medewerkers-verpleeghuizen>.

¹⁶ Zie Memorie van Toelichting van de Wet langdurige zorg, par.2.4.2.

¹⁷ Zie Hoofdstuk XVI van de Rijksbegroting 2022, *Kamerstukken II 2021/22*, 35925 XVI, nr. 1, Tabel 10, te raadplegen via <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/prinsjesdag/miljoenennota-en-andere-officiële-stukken>.

Toekomstige ontwikkelingen

Om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van verpleeghuiszorg ook in de toekomst te waarborgen, is meer capaciteit nodig en moeten er manieren worden gevonden om over voldoende zorgpersoneel te beschikken om daadwerkelijk zorg te kunnen verlenen.

Hoe groot de voorziene druk op de sector wordt, is nog onzeker. Dat hangt vooral af van de ontwikkeling van nieuwe woonvormen en zorg buiten het verpleeghuis, de mogelijkheid om innovaties in de zetten¹⁸ en van de mate waarin zorgaanbieders er samen met bestuurlijke partners in slagen meer verpleeghuiszorgcapaciteit te realiseren.¹⁹ Ook toekomstige beleidskeuzes zijn van invloed. De minister van VWS heeft in het voorjaar van 2021 de Kamer de Dialoognota Ouderenzorg 2020-2040 toegestuurd met daarin een overzicht van verschillende beleidsopties. Die variëren van aanpassingen binnen het huidige stelsel tot majeure stelselwijzigingen.²⁰

De ACM ziet ook de rol van het tekort aan personeel dat in de verpleeghuiszorg speelt en steeds groter dreigt te worden. In het kader van haar fusietoezicht ziet de ACM verschillende mogelijke effecten. Uitbreiden van capaciteit of toetreden kan moeilijk zijn, wanneer er niet voldoende personeel beschikbaar is. Dit kan (tijdelijk) zorgen voor aanbodtekorten, wachtlijsten en beperkte mogelijkheden voor cliënten om te kiezen, vooral wanneer er sprake is van een zeer acute zorgvraag. Een ander effect is dat er op de arbeidsmarkt sterke concurrentie kan plaatsvinden om het schaarse personeel te binden; een organisatie kan meer loon bieden, maar ook een aantrekkelijker dienstrooster of betere opleidingsmogelijkheden. Een verpleeghuis dat een goede werkgever is met een goede sfeer en goede arbeidsvoorwaarden kan makkelijker verzorgenden en medisch personeel aan zich binden en dit kan zich mogelijk ook door vertalen in een aantrekkelijker aanbod voor cliënten ten opzichte van andere aanbieders van verpleeghuiszorg.

Ook kan een capaciteitsbeperking op het gebied van personeel zorgen voor extra prikkels tot innovatie, bijvoorbeeld op het vlak van scheiden van het aanbod van wonen en zorg. Op dit gebied kunnen overigens ook nieuwe spelers hun intrede doen of hun positie versterken, bijvoorbeeld (van oudsher) thuiszorgaanbieders, woningcorporaties of particuliere aanbieders van verpleeghuiszorg. Dit wordt ook onderstreept in verschillende reacties op de consultatie.

De ACM houdt dergelijke ontwikkelingen in de gaten, ook in het kader van haar concentratietoezicht. In hoofdstuk 5 zal de ACM nader ingaan op de rol die deze ontwikkelingen kunnen spelen in de beoordeling van concentraties in de verpleeghuiszorgsector.

¹⁸ Zie de beleidsreactie op het TNO-rapport Prognose capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg fase II, *Kamerstukken II* 2020/21, 31765, nr. 517, te raadplegen via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/09/21/kamerbrief-met-beleidsreactie-op-rapport-fase-ii-over-prognose-capaciteitsontwikkeling-verpleeghuiszorg>.

¹⁹ Zie Afspraken uit het bestuurlijk overleg wonen voor ouderen (8 april 2021), te raadplegen via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2021/06/02/afspraken-bestuurlijk-overleg-wonen-voor-ouderen-tussen-aedes-actiz-vng-taskforce-wonen-en-zorg-zn-ministerie-bzk-en-vws-8-april-2021>.

²⁰ Zie Reactie op het rapport Dialoognota Ouder worden 2020-2040, *Kamerstukken II* 2020-21, 29389, nr. 109, te raadplegen via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2021/04/29/kamerbrief-over-aanbieding-dialoognota-ouder-worden-2020-2040>. Opties variëren van het verder beperken van de toegang tot de Wet langdurige zorg, het onder een domein brengen van alle ouderenzorg, de Wet maatschappelijke ondersteuning, de Zorgverzekeringswet of Wlz, tot het eenduidiger bepalen van wat mensen mogen verwachten van collectief gefinancierde zorg. Andere opties die worden genoemd zien onder meer op het verbeteren van het Kwaliteitskader met resultaatsnormen, meer ruimte en meer werkplezier voor professionals in de zorg, het versterken van het instrumentarium voor zorgkantoren en het bieden van meer financiële zekerheid aan zorgaanbieders en zorgkantoren.

3. Het concentratietoezicht van de ACM

Aanbieders van verpleeghuiszorg zijn ondernemingen in de zin van de Mededingingswet.^{21,22} En hoewel de verpleeghuiszorgsector sterk is gereguleerd, hebben aanbieders wel een bepaalde mate van vrijheid van handelen. De wetgever heeft nadrukkelijk ruimte gelaten aan aanbieders van verpleeghuiszorg om binnen de wettelijke kaders van de Wlz en andere relevante regelgeving hun eigen visie op passende zorg met aandacht voor individueel welzijn te realiseren. Cliënten die zorg nodig hebben, kunnen - bij voldoende aanbod - kiezen tussen verschillende aanbieders van verpleeghuiszorg en de verpleeghuiszorglocatie van hun voorkeur. Zorgkantoren hebben ook mogelijkheden om binnen kaders met aanbieders te onderhandelen over de prijs, het volume en de kwaliteit en diversiteit van de zorg. Zorgaanbieders lopen daarmee financieel risico. Er is dus door de wetgever gekozen voor een stelsel met geregleerde marktwerking.

Concentraties²³ - vaak fusies of overnames - in de verpleeghuiszorgsector vallen dan ook onder het concentratietoezicht van de Mededingingswet.²⁴ Partijen krijgen geen goedkeuring voor de concentratie als de ACM verwacht dat de concentratie zal leiden tot een significante beperking van de mededinging als gevolg waarvan de kwaliteit zal dalen, de innovatie zal verminderen of de prijs zal stijgen.

Bij het beoordelen van de effecten van een concentratie houdt de ACM rekening met de specifieke omstandigheden in de verpleeghuiszorgsector en de verschillende relaties tussen aanbieders, zorgkantoren en cliënten (zie ook hoofdstuk 2). Aanbieders van verpleeghuiszorg leveren die zorg aan cliënten, maar doen dat tegen bepaalde voorwaarden (waaronder prijs) die het zorgkantoor met hen heeft afgesproken. Een concentratie tussen zorgaanbieders kan tegen die achtergrond van invloed zijn op de positie van cliënten op de zogenoemde '*zorgverleningsmarkt*' en op de positie van zorgkantoren op de '*zorginkoopmarkt*'. Als gevolg van de concentratie verdwijnt er een keuzemogelijkheid voor cliënten en een alternatief voor het zorgkantoor bij de zorginkoop.

Als aanbieders een te sterke positie krijgen omdat cliënten of zorgkantoren significant minder keuzemogelijkheden hebben, kunnen zij zich in belangrijke mate onafhankelijk gedragen van die cliënten en zorgkantoren. Dat kan negatieve gevolgen hebben voor de kwaliteit en diversiteit van het zorgaanbod en nuttige innovaties in de verpleeghuiszorgsector belemmeren. Met het concentratietoezicht kan de ACM ingrijpen voordat aanbieders in de sector een te sterke positie zouden krijgen of een al sterke positie nog verder versterken. Voorkomen dat het zo ver komt, is makkelijker dan het repareren van de schade die het hebben van een dergelijk sterke positie met zich mee kan brengen. In lijn met de missie van de ACM - markten goed laten werken voor mensen en bedrijven, nu en in de toekomst, is concurrentie daarbij geen doel op zich. Het concentratietoezicht in de verpleeghuiszorgsector is een middel, en moet er, door het beschermen van reële keuzemogelijkheden, aan bijdragen dat kwetsbare ouderen niet alleen nu, maar ook in de toekomst passende zorg met aandacht voor individueel welzijn kunnen krijgen.

²¹ Zie Nederlandse Mededingingsautoriteit (2004). *Visiedocument AWBZ-zorgmarkten*, randnummer 54, te raadplegen via <https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/5107/NMa-concurrentie-in-ziekenhuis--en-AWBZ-zorg-mogelijk>. Zie ook NMa (1998), *Concentratiebesluit nr. 165 over Sophia Ziekenhuis en Ziekenhuis/verpleeghuis De Weezenlanden*, vanaf randnummer 16, en NMa (2000), *Besluit in zaak 181 ontheffing kartelverbod zorgkantoren en AWBZ*, randnummer 61, beide te raadplegen via www.acm.nl.

²² Zorgkantoren zijn dat niet. De Mededingingswet is niet van toepassing op zorgkantoren. Zie voor een nadere toelichting o.a. de Memorie van Toelichting van de Wet langdurige zorg, par. 12.3.2.

²³ Een concentratie in de zin van de Mededingingswet is een vorm van samengaan van voorheen onafhankelijke zorgaanbieders die leidt tot een duurzame verandering in de structuur van de betrokken aanbieders en de marktstructuur, waardoor zij ten opzichte van elkaar niet langer zelfstandig zijn.

²⁴ De ACM houdt toezicht op concentraties op grond van de Mededingingswet. Concentraties die een omzetsdrempel overschrijden, moeten bij de ACM worden gemeld voordat ze kunnen plaatsvinden. Concentraties in de zorg moeten ook bij de Nederlandse Zorgautoriteit worden gemeld. Die toetst voorgenoemde concentraties op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg. In dit consultatiedocument wordt, waar over het concentratietoezicht wordt gesproken, bedoeld op het concentratietoezicht op grond van de Mededingingswet.

De ACM toetst voorgenomen concentraties op basis van de Mededingingswet. Die mededingingsrechtelijke toets waarborgt effectieve concurrentie en draagt zo bij aan de verwezenlijking van de publieke belangen van toegankelijke en betaalbare zorg van goede kwaliteit. De mededingingsrechtelijke toets omvat geen (directe) toets op bijvoorbeeld de schaalgrootte, complexiteit of bestuurbaarheid van een organisatie.

Toetsing van concentratiemeldingen in de praktijk

In een concrete zaak ligt de focus van het onderzoek van de ACM op mogelijke negatieve gevolgen van de voorgenomen concentratie voor de concurrentie en de keuzemogelijkheden voor ouderen met somatische of psychosociale beperkingen.²⁵ Factoren die bij de beoordeling van een voorgenomen concentratie door de ACM een rol spelen zijn de posities van de verschillende aanbieders op de markt voor verpleeghuiszorg en de alternatieven die naast de fusiepartijen in een regio overblijven.

In de verpleeghuiszorgsector is sprake van een lokale geografische dimensie, omdat kwetsbare ouderen een sterke voorkeur hebben voor een verpleeghuis in hun eigen omgeving of in de omgeving van familie of (andere) mantelzorgers. De ACM kijkt daarbij ook hoe reëel mogelijke nieuwe toetreding of uitbreiding is, mede in het licht van de daarmee samenhangende uitdagingen op het gebied van personeel en vastgoed.

Als de ACM mededingingsproblemen constateert, kunnen er redenen zijn om een voorgenomen concentratie toch goed te keuren. In het kader van een zogenoemd 'efficiëntieverweer' kunnen efficiëntieverbeteringen, inclusief kwaliteitsverbeteringen of innovaties, opwegen tegen negatieve gevolgen van de concentratie, bijvoorbeeld op diversiteit. Voorwaarde is dat de voordelen rechtstreeks uit de concentratie voortvloeien en zonder de concentratie niet bereikt kunnen worden. In het kader van een 'reddingsfusieverweer' van zorgaanbieders kan de ACM ook rekening houden met bepaalde andere belangen, zoals de financiële situatie van aanbieders en de continuïteit van het zorgaanbod in een bepaalde regio. Als een van de betrokken partijen zonder de voorgenomen concentratie failliet zou gaan en er geen beter alternatief voor de concentratie voorhanden is (geen andere overnamekandidaat die een minder concurrentieverstorend effect oplevert), kan deze concentratie ondanks zorgen over de negatieve gevolgen op de kwaliteit en innovatie van het aanbod, toch de aangewezen oplossing zijn.²⁶

4. Rapport onderzoek verpleeghuiszorg

Om meer zicht te krijgen op de werking van de markt voor verpleeghuiszorg heeft de ACM empirisch onderzoek gedaan naar de relatie tussen concentratie en uitkomsten op het gebied van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de verpleeghuiszorg. Ter ondersteuning van de analyses en interpretatie van de resultaten heeft de ACM gesprekken gevoerd met een aantal betrokken partijen, waaronder verpleeghuiszorgaanbieders, zorgkantoren, patiëntenorganisaties en overheidsorganisaties. De wijze waarop dit onderzoek is opgezet, de manier waarop het is uitgevoerd en de uitkomsten van het onderzoek zijn uitgebreid beschreven in het onderzoeksrapport zelf. Voordat in hoofdstuk 5 wordt ingegaan op de duiding van de resultaten in het licht van de toepassing van het concentratietoezicht op de verpleeghuiszorgsector, vat de ACM de resultaten hieronder samen.

²⁵ Zie voor enkele voorbeelden het concentratiebesluit van 7 november 2019 in de zaak Stichting Schakelring, Stichting De Riethorst Stroomland en Stichting Volckaert en het concentratiebesluit van 24 maart 2021 in de zaak Stichting DrieGasthuizenGroep en Stichting Insula Dei Huize Kohlmann, te raadplegen via www.acm.nl.

²⁶ De ACM heeft om die reden in 2018 bijvoorbeeld de voorgenomen overname van Warmande door ZorgSaam goedgekeurd. Zie ACM (2018), *Groen licht overname Warmande door ZorgSaam waarborgt continuïteit ouderenzorg in Zeeuws-Vlaanderen*, te raadplegen via <https://www.acm.nl/nl/publicaties/groen-licht-overname-warmande-door-zorgsaam-waarborgt-continuïteit-ouderenzorg-zeeuws-vlaanderen>.

Concentratiegraad en uitkomsten van zorg

De te onderzoeken hypothese was dat er in regio's met een meer geconcentreerd aanbod van verpleeghuiszorg sprake zou zijn van een lagere kwaliteit, slechtere toegankelijkheid en een hogere prijs van dit aanbod. Het onderzoek heeft deze hypothese niet bevestigd. Op basis van de beschikbare gegevens en gebruikte indicatoren is geen (betekenisvolle) relatie gevonden tussen concentratie en kwaliteit en betaalbaarheid van de aangeboden verpleeghuiszorg.²⁷ De ACM ziet op basis van de gesprekken met betrokken partijen, relevante beleids- en onderzoeksdocumenten en de reacties op de consultatie verschillende verklaringen voor deze onderzoeksresultaten.

Concentratie en kwaliteit van verpleeghuiszorg

Een eerste verklaring voor het feit dat de concentratiegraad in een bepaalde regio nauwelijks tot geen verband lijkt te houden met de gemeten kwaliteit van verpleeghuiszorg, heeft te maken met de verschillende aspecten van kwaliteit die voor cliënten van belang kunnen zijn. De beschikbare en in het onderzoek gebruikte kwaliteitsinformatie gaat vooral over waar de zorg volgens het kwaliteitskader aan moet voldoen. Het gaat over geregistreerde kwaliteitsinformatie. Voor elke kwetsbare oudere moet de zorg veilig en van goed niveau zijn, en de organisatie op orde. Informatie over dergelijke elementen van kwaliteit is voor aanbieders en zorgkantoren van belang om te waarborgen dat de zorg aan deze basisvereisten voldoet.

Maar wanneer kwetsbare ouderen en hun naasten kiezen voor een bepaald verpleeghuis, geven vaak andere, niet geregistreerde elementen van kwaliteit de doorslag. Dan gaat het bijvoorbeeld om de sfeer, bejegening, de ruimte voor individuele wensen en zingeving, culturele identiteit en de aandacht voor levensvragen. De in het onderzoek gebruikte geregistreerde kwaliteitsinformatie geeft maar in beperkte mate zicht op die persoonsgebonden, vaak ook minder goed meetbare elementen. De uitkomsten van het onderzoek zeggen daarom niet zoveel over de rol van die niet geregistreerde 'zachtere' elementen van kwaliteit, en in hoeverre de mate van concentratie daar een effect op heeft.

Een andere verklaring voor de afwezigheid van een duidelijk verband tussen concentratie en kwaliteit ziet op de wachtlijsten in de sector. Een aantal gesprekspartners wijst erop dat het nog maar de vraag is of keuzemogelijkheden van cliënten in de huidige marktomstandigheden voor aanbieders van verpleeghuiszorg voldoende prikkels bieden om zich te onderscheiden ten opzichte van elkaar. Daar waar nauwelijks sprake is van wachtlijsten en aanbieders niet verzekerd zijn van de instroom van cliënten zodra een plek vrijkomt, hebben zij een extra prikkel om hun best te doen in te spelen op de wensen van (toekomstige) cliënten en hun naasten. Maar daar waar de druk op de capaciteit groot is, hoeven aanbieders weinig moeite te doen om cliënten aan te trekken. In dergelijke marktomstandigheden valt ook nauwelijks een effect van concentratie op kwaliteit te verwachten, aldus deze gesprekspartners. Zij verwachten ook overigens weinig negatieve gevolgen van een hoge concentratiegraad. Zij geven aan dat vooral intrinsieke motivatie in de sector een belangrijke prikkel is om goede, passende zorg te blijven leveren. Eventuele prikkels als gevolg van de keuzemogelijkheden van cliënten voegen daar volgens hen niet veel aan toe.

Concentratie en betaalbaarheid van verpleeghuiszorg

Dat concentratie van het aanbod van zorg in een regio geen verband lijkt te houden met betaalbaarheid kan worden verklaard door de ondergeschikte rol die prijsdifferentiatie op dit moment bij de zorginkoop speelt. Dit wordt herkend door de zorgkantoren en de aanbieders van verpleeghuiszorg waar mee gesproken is. Zorgkantoren gaan wel met aanbieders van verpleeghuiszorg in gesprek over de kwaliteit van de aangeboden zorg, bijvoorbeeld door de uitwisseling van *best practices*, maar verschillen in kwaliteit vertalen zich zelden in prijsdifferentiatie. In de meeste zorgkantoorroegio's hanteren zorgkantoren generieke kortingen op het maximumtarief. Alleen in uitzonderlijke situaties waarin de patiëntenpopulatie of de context waarin de zorg geleverd wordt sterk afwijkt, worden maatwerkafspraken

²⁷ Er wordt wel een (positief) verband tussen concentratie en toegankelijkheid gevonden, maar dat resultaat blijkt moeilijk te interpreteren en kon niet goed worden verklaard. In dit visiedocument gaan we dan ook niet nader in op dit verband.

gemaakt. Zorgkantoren sturen ook nauwelijks op andere manieren, bijvoorbeeld door bepaalde aanbieders niet te contracteren of minder volume bij hen in te kopen. Gesprekspartners geven aan dat, gezien de huidige druk op de capaciteit, zorgkantoren in ieder geval de grotere aanbieders van verpleeghuiszorg nodig hebben om aan hun zorgplicht te kunnen voldoen.

Een andere verklaring voor de onderzoeksresultaten is dat de kostenniveaus in organisaties in grote mate overeenkomen. Uit het onderzoek blijkt dat met name de verschillende zorgzwaartepakket-tarieven voor zorg in instellingen maar zeer beperkt variëren. De afgesproken prijzen voor VPT kennen meer variatie, mogelijk omdat de kosten van VPT- aanbieders ook meer uiteen lopen.

5. De betekenis van de onderzoeksbevindingen voor het concentratietoezicht van de ACM

De belangrijkste uitkomst van het onderzoek is dat er nauwelijks een verband lijkt te zijn tussen de mate van concentratie en de gemeten kwaliteitsindicatoren en de betaalbaarheid van de verpleeghuiszorg. Uit de gesprekken die de ACM in het kader van het onderzoek heeft gevoerd en de reacties op de consultatie komen ook geen duidelijke aanwijzingen naar voren dat prikkels als gevolg van keuzemogelijkheden op dit moment een wezenlijke rol in de verpleeghuiszorgsector spelen.²⁸

De ACM constateert dan ook dat de mate van concurrentie in de verpleeghuiszorgsector op dit moment gering is. Een belangrijk deel van de uitkomsten in de verpleeghuiszorg lijkt niet het directe resultaat van het bestaan van voldoende keuzemogelijkheden en de prikkel die daarvan uitgaat op het gedrag van de zorgaanbieders. De intrinsieke motivatie van zorgprofessionals en anderen die in de sector werken is hoog en speelt een belangrijke rol. Ook het beleid van zorgkantoren als inkopers van zorg en de huidige prijs- en kwaliteitsregulering en het toezicht daarop van de NZa en de IGJ hebben een belangrijke invloed op de beslissingen die professionals en aanbieders van verpleeghuiszorg nemen. De huidige capaciteitstekorten beperken de mate waarin keuzemogelijkheden het gedrag van aanbieders beïnvloeden verder.

De vraag of de ACM in de verpleeghuiszorgsector concentraties inhoudelijk moet blijven toetsen²⁹, beantwoorden we op dit moment met “ja”. De uitkomsten van het onderzoek vormen voor de ACM onvoldoende basis om te kunnen concluderen dat concentratievorming in de sector geen schadelijke effecten kan hebben. In lijn met haar missie om markten goed te laten werken voor mensen en bedrijven, nu en in de toekomst, kijkt de ACM niet alleen naar de huidige situatie maar heeft ook oog voor mogelijke toekomstige ontwikkelingen. Fusies die eenmaal tot stand zijn gebracht kunnen niet of nauwelijks weer ongedaan worden gemaakt. In wat volgt lichten we dit nader toe.

Groot belang van diversiteit en keuzemogelijkheden voor cliënten

Zoals benoemd in hoofdstuk 3 hebben aanbieders van verpleeghuiszorg binnen het huidige wettelijke kader nadrukkelijk de ruimte om hun eigen visie op passende zorg te realiseren. Zij kunnen zich van elkaar onderscheiden en doen dat, in meer of mindere mate, in de praktijk ook. Die keuzemogelijkheden en diversiteit van het aanbod zijn voor cliënten in de verpleeghuiszorg van groot belang. Kwetsbare ouderen willen zich thuis kunnen voelen in het verpleeghuis. De geregistreerde basiskwaliteit moet voor iedereen op orde zijn. Maar om recht te doen aan de grote diversiteit van kwetsbare ouderen en rekening te kunnen houden met de meer ‘zachte’, niet geregistreerde persoonsgebonden kenmerken

²⁸ Zie ook Bram Wouters, Pieter Bakx en Erik Schut (2021). Prikkels voor kwaliteit en preventie bij inkoop ouderenzorg moeten beter. *ESB*, 20 september 2021, te raadplegen via <https://esb.nu/esb/20066894/prikkels-voor-kwaliteit-en-preventie-bij-inkoop-ouderenzorg-moeten-beter> (beperkte toegang).

²⁹ Omdat verpleeghuiszorginstellingen ondernemingen zijn in de zin van de Mededingingswet zullen zij voorgenomen concentraties boven de omzeldrempel bij de ACM moeten melden. De ACM kan onder bepaalde omstandigheden echter besluiten om geen materiële toets op de gevolgen voor de concurrentie uit te voeren.

van kwaliteit, moet er iets te kiezen zijn.³⁰ Cliënten en hun naasten kunnen dan zelf kijken welk organisatieconcept hen het meeste aanspreekt. Afhankelijk van de precieze marktomstandigheden moeten aanbieders dan ook hun best blijven doen om aan te sluiten bij de individuele wensen, behoeften en mogelijkheden van cliënten. En kunnen zij ook van elkaar blijven leren en elkaar blijven inspireren.

Risico's van vergaande concentratie

Het wegvallen van keuzemogelijkheden tussen verschillende aanbieders is vanuit die invalshoek een verlies, op zichzelf en ook als extra stimulans voor aanbieders om passende zorg te blijven leveren en zich in hun aanbod te onderscheiden van andere aanbieders in de omgeving om op die manier extra aantrekkelijk te zijn en te blijven voor huidige en toekomstige cliënten. Nu en in de toekomst. De consequentie van vergaande concentratie is immers dat een aanbieder van verpleeghuiszorg een dusdanig sterke positie in een bepaalde regio kan krijgen dat hij zich in belangrijke mate onafhankelijk kan gedragen. Dat hoeft op zich geen negatieve gevolgen voor de geboden zorg te hebben. Ook een gefuseerde partij met een dergelijk sterke positie kan kiezen voor diversiteit in zijn aanbod en bijvoorbeeld op verschillende locaties verschillende concepten realiseren. Maar het is moeilijker om kwetsbare ouderen tegen negatieve gevolgen te beschermen als een aanbieder die sterke positie eenmaal in een regio heeft en niet langer voldoende prikkels ondervindt doordat cliënten nauwelijks meer iets te kiezen hebben.

Want waar een aanbieder nu een kwalitatief goed en divers aanbod levert, hoeft dat niet zo te blijven. Diversiteit in het aanbod kan haaks staan of komen te staan op het bereiken van gewenste schaalvoordelen. Vroeger of later kan een aanbieder bijvoorbeeld besluiten bepaalde locaties op te heffen of groepen samen te voegen, het aanbod meer te uniformeren en te standaardiseren, of de diversiteit van het aanbod anderszins te verminderen ten nadele van cliënten. Een verpleeghuis kan ook van eigenaar wisselen, waarna deze besluit een heel nieuw organisatieconcept neer te zetten, dat mogelijk minder aansluit bij de (diversiteit aan) wensen en behoeften van cliënten. Het in significante mate beperken van keuzemogelijkheden tussen verschillende aanbieders leidt ertoe dat een aanbieder van verpleeghuiszorg minder rekening hoeft te houden met de wensen van de huidige en toekomstige cliënten; die hebben dan immers geen reële mogelijkheid meer om voor een ander verpleeghuis te kiezen. Dat is een risico, en - anders dan bijvoorbeeld de beperkingen die wachtlijsten in bepaalde regio's met zich meebrengen - een structureel risico. Een concentratie is immers in principe onomkeerbaar.

Noodzaak van structurele waarborg

Het voorkomen van een significante beperking van de keuzemogelijkheden van cliënten in de verpleeghuiszorg blijft daarmee volgens de ACM van belang. De ACM overweegt gezien het bovenstaande dat het concentratietoezicht een rol heeft als structurele (aanvullende) waarborg voor goede, passende zorg en de diversiteit van het aanbod in de verpleeghuiszorgsector. Intrinsieke motivatie van zorgprofessionals en anderen in de sector binnen de kaders van het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg kan in belangrijke mate bijdragen aan goede, persoonsgerichte zorg. Maar bij gebrek aan reële alternatieven voor (toekomstige) cliënten kan een aanbieder van verpleeghuiszorg zich in belangrijke mate onafhankelijk gedragen en neemt de afhankelijkheid van cliënten navenant toe. Daarbij kunnen zich ontwikkelingen in de markt voordoen, bijvoorbeeld als gevolg van beleidskeuzes, waardoor de rol van prikkels die het gevolg zijn van keuzemogelijkheden in de verpleeghuiszorgsector in de toekomst groter wordt.

³⁰ Zie ook de Memorie van Toelichting bij de Wet langdurige zorg en bijvoorbeeld het *Advies van de Raad van Ouderen keuze-informatie verpleeghuizen*, van april 2019, te raadplegen via <https://www.beteroud.nl/voor-ouderen/raad-van-ouderen/adviezen/advies-over-keuze-informatie-verpleeghuis>.

De beoordeling van concentraties in de verpleeghuiszorg

Hieronder geeft de ACM weer welke consequenties zij verbindt aan de resultaten van het empirisch onderzoek en de reacties op de consultatie in (de focus van) haar concentratietoezicht op de verpleeghuiszorg.

Focus op gevolgen voor keuzemogelijkheden voor cliënten, minder op gevolgen voor de zorginkoop

De ACM kijkt bij de beoordeling van toekomstige concentraties in de verpleeghuiszorgsector vooral naar de gevolgen voor de zorgverleningsmarkt en minder naar de gevolgen voor de zorginkoopmarkt.

De ACM legt in de praktijk bij de beoordeling van toekomstige concentraties, met het oog op passende zorg en diversiteit in het aanbod, de nadruk op de zorgverleningsmarkt en het aantal reële en volwaardige alternatieven dat na een voorgenomen concentratie voor cliënten overblijft. Bij de beoordeling van een concrete zaak maakt de ACM primair prospectief een inschatting van de negatieve gevolgen van de concentratie voor die keuzemogelijkheden en, in het verlengde daarvan, passende zorg en diversiteit van het aanbod. Daarbij gaat het niet om alternatieven op locatieniveau, maar om alternatieven op organisatieniveau, tussen verschillende aanbieders. De ACM stelt daarbij het perspectief van huidige en toekomstige verpleeghuisbewoners centraal.

Met het oog op de invulling van hun zorgplicht en de vereiste diversiteit in het gecontracteerde zorgaanbod, blijven die keuzemogelijkheden ook voor de zorginkoop van zorgkantoren van belang. De ACM verwacht op basis van de onderzoeksresultaten echter weinig meerwaarde van het (blijven) toetsen van de gevolgen van een voorgenomen concentratie op de zorginkoopmarkt zelf. Of er in een bepaalde regio al dan niet alternatieve aanbieders zijn, lijkt immers weinig invloed te hebben op de uitkomsten van de onderhandelingen tussen het zorgkantoor en een aanbieder van verpleeghuiszorg in termen van de prijs en kwaliteit van zorg. De ACM zal in haar onderzoek alleen de mogelijke gevolgen voor de zorginkoopmarkt nader onderzoeken als daar in een specifiek geval een concrete aanleiding toe is en een zorgkantoor van de voorgenomen concentratie negatieve gevolgen voor de zorginkoop verwacht, of een andere belanghebbende concreet aangeeft die te verwachten.

In reactie op de consultatie is aangedragen dat ook ten aanzien van de zorgverleningsmarkt (juist) het zorgkantoor de belangen van de cliënten in een zorgkantoorregio gezamenlijk dient en de positie heeft om namens cliënten waar mogelijk toch te sturen, omdat het zorgkantoor de enige inkoper is op de zorginkoopmarkt.

De ACM onderschrijft dat het zorgkantoor inderdaad een belangrijke rol heeft om een divers aanbod in te kopen met het oog op passende zorg. Bij de beoordeling van eerdere fusiezaken heeft de ACM dan ook nader onderzocht in hoeverre het zorgkantoor tegenwicht zou kunnen bieden tegen een sterke positie van verpleeghuizen als gevolg van een concentratie, ook op de zorgverleningsmarkt. De ACM verwacht evenwel niet dat zorgkantoren met hun inkoopbeleid doorgaans een door een concentratie ontstane of versterkte machtspositie op de verpleeghuiszorgverleningsmarkt voldoende zullen kunnen compenseren. Juist de meer "zachte" kenmerken van kwaliteit zijn voor het welzijn van cliënten in de verpleeghuiszorg van groot belang. Mede op basis hiervan maken cliënten een keuze voor een bepaald verpleeghuis. Zorgkantoren kunnen hier moeilijk op sturen. Daarom blijft in de visie van de ACM relevant om reële en volwaardige keuzemogelijkheden voor cliënten te beschermen, ook als prikkel voor aanbieders om nu en in de toekomst goede zorg te blijven leveren.

De ruimte die een cliënt heeft om te kiezen en om uit te wijken blijft van belang als een prikkel om tegemoet te komen aan de (diverse) wensen van de cliënten. De disciplinerende werking hiervan kan, gezien de huidige ondercapaciteit, mogelijk gering zijn. Ook de schaarste op de arbeidsmarkt wordt in dit kader genoemd in reacties op de consultatie. Capaciteitsrestricties, als gevolg van een beperkt aantal plekken of schaarste op de arbeidsmarkt, betekenen echter niet zonder meer dat er geen ruimte meer is voor keuzemogelijkheden en concurrentie. De mate waarin genoemde capaciteitsuitdagingen impact hebben op het concurrentieproces verschilt ook per regio en kan in de tijd veranderen. De ACM acht het

daarom van belang om met haar structuurtoezicht op concentraties in de verpleeghuiszorgsector voldoende keuzemogelijkheden, nu en in de toekomst, te blijven waarborgen.

Belang van voldoende reële en volwaardige alternatieven

Met het oog op passende zorg en diversiteit in het zorgaanbod acht de ACM het, gegeven de huidige marktomstandigheden en ontwikkelingen, van belang om in de zaakpraktijk van haar concentratietoezicht in de verpleeghuiszorgsector scherp zicht te krijgen op de mate waarin andere aanbieders van verpleeghuiszorg, vanuit het perspectief van cliënten, daadwerkelijk een reëel en volwaardig alternatief vormen voor de fuserende partijen.

De ACM zal bij toekomstige concentraties het zwaartepunt van haar onderzoek leggen op de aard van het aanbod van verpleeghuizen en het onderscheid tussen verschillende aanbieders. In dit kader zal de ACM in haar marktonderzoek andere aanbieders, het zorgkantoor en cliëntenorganisaties nadrukkelijk (blijven) bevragen op de mate waarin verschillende aanbieders vanuit het perspectief van cliënten alternatieven voor elkaar vormen. Daarbij is, rekening houdend met de bezettingsgraad en de omvang en samenstelling van de wachtlijsten, ook van belang de mate waarin alternatieve aanbieders daadwerkelijk voldoende capaciteit beschikbaar hebben om voor cliënten een alternatief te vormen voor fuserende partijen. De ACM is van plan om in haar beoordelingen meer aandacht aan dergelijke capaciteitsvraagstukken bij aanbieders te besteden.

Wat een reëel alternatief is voor cliënten, is zaakspecifiek en kan niet in algemene zin worden bepaald. Op basis van haar ervaring in diverse concentratiezaken in de verpleeghuiszorg, houdt de ACM er rekening mee dat kwetsbare ouderen een sterke voorkeur hebben voor een verpleeghuis in de buurt van de eigen leefomgeving of die van hun naasten. In de praktijk zal vooral het aanbod op maximaal het niveau van een gemeente met mogelijk enkele randgemeenten voor cliënten van belang zijn.³¹ De ACM kijkt in een concrete casus onder andere naar de herkomstgegevens van de mensen in de betrokken verpleeghuizen om te bepalen wat de omvang van het relevante gebied is.

Welke aanbieders en locaties binnen die straal daadwerkelijk een reëel en volwaardig alternatief voor de concentrerende partijen vormen, hangt ook af van het precieze aanbod van de partijen die willen concentreren, en de mate waarin alternatieve aanbieders in de regio voor hun (toekomstige) cliënten ook daadwerkelijk een alternatief bieden of snel kunnen bieden. Aanbieders die structureel kampen met een capaciteitsbeperking kunnen in dit kader mogelijk niet als volwaardig alternatief worden gezien.

Aanbieders met relatief veel capaciteit en een breed profiel gericht op ouderen met somatische en/of psychosociale beperkingen zullen vaak een reëel en volwaardig alternatief vormen. Ook aanbieders van VPT kunnen in voorkomende gevallen een reëel en volwaardig alternatief vormen, met name als zij voor een brede groep kwetsbare ouderen een gecombineerd aanbod van wonen en zorg bieden en de bijkomende kosten voor wonen niet zo hoog zijn dat dit alleen een reële keuzemogelijkheid is voor vermogende cliënten.

Maar een aanbieder die zich bijvoorbeeld op een hele specifieke doelgroep richt, zal voor veel cliënten op zichzelf waarschijnlijk geen reëel alternatief vormen. Een dergelijke aanbieder levert een belangrijke en waardevolle bijdrage aan de noodzakelijke diversiteit van het aanbod, maar zal waarschijnlijk niet kunnen voorkomen dat fusiepartijen met een breder profiel zich na een concentratie in belangrijke mate onafhankelijk kunnen gedragen, met risico's voor het aanbod van passende zorg en diversiteit van het aanbod.

³¹ In bijzondere gevallen kan het voorkomen dat er binnen een gemeente verschillende woonkernen zijn waarin verpleeghuizen liggen en dat er bepaalde redenen zijn waardoor het niet zomaar vanzelfsprekend is dat die een alternatief vormen, ook al liggen ze in dezelfde gemeente. In die gevallen zal de ACM ook onderzoek doen naar de cliëntenstromen tussen die verschillende woonkernen binnen een gemeente om te bepalen of de verpleeghuizen daadwerkelijk alternatieven vormen voor de cliënten.

De ACM onderkent dat ontwikkelingen op het gebied van scheiden van wonen en zorg invloed kunnen hebben op de mate waarin aanbod anders dan van de meer traditionele verpleeghuizen daadwerkelijk een alternatief vormt. En ook dat de verpleeghuizen daardoor bijvoorbeeld van samenstelling van het zorgzwaarteprofiel kunnen veranderen. Zoals aangegeven volgt de ACM dergelijke ontwikkelingen en kan dit bij de beoordeling van een specifieke concentratie een rol gaan spelen. Daarbij zal de ACM zich ook een goed beeld vormen in hoeverre bepaalde aanbieders daadwerkelijk een alternatief vormen vanuit het perspectief van welke cliënten, als ook wordt gekeken naar aspecten als zorgzwaarte of bijkomende huurkosten.

Beoordeling in de praktijk

Er is, gelet ook op het bovenstaande, geen harde ondergrens te stellen voor het minimaal vereiste aantal keuzemogelijkheden voor cliënten in een bepaald gebied.

In algemene zin kan er wel van uit worden gegaan dat de ACM een concentratie die het aantal reële en volwaardige keuzemogelijkheden voor cliënten reduceert van 2 naar 1 zal verbieden. Door een dergelijke concentratie ontstaat de facto een monopolist, met alle hierboven geschetste risico's van dien. Alleen als partijen succesvol een beroep op een reddingsfusieverweer kunnen doen, kan een dergelijke concentratie alsnog worden toegestaan.

Aan de andere kant gaat de ACM, mede in het licht van de uitkomsten van het onderzoek, er vanuit dat zij een concentratie tussen aanbieders van verpleeghuiszorg die leidt tot een reductie van 4 naar 3 reële en volwaardige keuzemogelijkheden, veelal zal toestaan.

Voorbeeld 1

In gemeente A zijn vijf aanbieders van verpleeghuiszorg gevestigd. Aanbieder 1 heeft twee verpleeghuizen, met ongeveer 40% marktaandeel. Aanbieders 2, 3 en 4 hebben alle ongeveer 20% marktaandeel. Aanbieder 2 en 3 hebben beide één verpleeghuislocatie, aanbieder 4 heeft twee verpleeghuislocaties. Aanbieder 5 van verpleeghuiszorg richt zich specifiek op kwetsbare ouderen met een specifieke culturele achtergrond. Deze aanbieder heeft een zeer beperkt aantal plekken en een marktaandeel van minder dan 3%. In een aangrenzende gemeente B is er nog een andere aanbieder van verpleeghuiszorg, met aldaar twee verpleeghuizen.

Aanbieders 1 en 2 willen fuseren. Uit het onderzoek naar de herkomst van de cliënten van de verpleeghuizen blijkt dat er nauwelijks cliënten uit gemeente B in de verpleeghuizen in gemeente A wonen en andersom. De ACM bekijkt daarom alleen de keuzemogelijkheden binnen gemeente A³². In die gemeente hebben aanbieders 1 en 2 samen ongeveer 60% marktaandeel. Aanbieder 5 blijkt voor veel cliënten geen reële keuzemogelijkheid te zijn vanwege de specifieke doelgroep op wie zij zich richt in combinatie met het beperkt aantal bewoners aan wie zij plek kan bieden. Aanbieders 3 en 4 zijn wel reële keuzemogelijkheden voor een groot deel van de cliënten van de fusiepartijen en beschikken over voldoende capaciteit om daadwerkelijk een alternatief te bieden.

Oordeel ACM

Na de voorgenomen concentratie zouden er, naast de fusiepartijen, nog twee andere volwaardige keuzemogelijkheden blijven bestaan, namelijk aanbieders 3 en 4. De ACM zal een dergelijke fusie veelal toestaan.

De ACM zal kritisch kijken naar een concentratie die leidt tot een reductie van 3 naar 2 reële en volwaardige keuzemogelijkheden. Een dergelijke concentratie zal vaak een risico vormen voor

³² In deze voorbeelden gaat de ACM omwille van overzichtelijkheid uit van een hele gemeente en de vraag of er cliëntenstromen bestaan tussen gemeenten. Zoals in voetnoot 30 aangegeven kan het in bijzondere omstandigheden ook voorkomen dat de geografische markt kleiner is dan een gemeente en bijvoorbeeld alleen een bepaalde woonkern in een gemeente omvat.

passende zorg en de diversiteit van het aanbod, nu of in de toekomst. Alleen in bepaalde omstandigheden zal de ACM een dergelijke concentratie goed kunnen keuren. Bijvoorbeeld als in het relevante gebied veel relatief kleine en/of gespecialiseerde zorgaanbieders zelfstandig weliswaar geen volwaardig alternatief vormen, maar gezamenlijk wel voldoende keuzemogelijkheden en diversiteit voor cliënten bieden. Of als nieuwe aanbieders concrete plannen voor toetreding hebben aangekondigd.

Ook concrete en evidente kwaliteitsvoordelen of innovaties die uit een concentratie voortvloeien, zijn relevant. Dergelijke efficiëntieverbeteringen kunnen tegenwicht vormen voor een beperking van de keuzemogelijkheden, mits die voordelen alleen door middel van de concentratie kunnen worden gerealiseerd. De ACM acht het aannemelijk dat het effect van voldoende keuzemogelijkheden op de prikkels voor aanbieders om zich op een bepaalde manier te gedragen op dit moment in absolute zin binnen de verpleeghuiscaresector vrij gering is. Ook minder omvangrijke, maar wel aantoonbare en reële efficiëntieverbeteringen kunnen daarom voldoende zijn om de negatieve gevolgen van een beperking van de keuzemogelijkheden te compenseren. Voorwaarde blijft dat de verbeteringen zonder de concentratie niet bereikt kunnen worden.

Voorbeeld 2

In Gemeente A zijn drie aanbieders van verpleeghuiscare gevestigd, aanbieders 1, 2 en 3. De aanbieders hebben meerdere locaties en zijn vergelijkbaar qua grootte. Hoewel zij elk hun eigen kenmerken en speerpunten hebben, richten zij zich alle drie op een brede doelgroep. In de gemeente is ook een aanbieder die een combinatie van wonen en zorg aanbiedt, op basis van VPT, aanbieder 4. In een naastgelegen gemeente B zijn ook twee andere aanbieders van verpleeghuiscare, aanbieders 5 en 6.

Aanbieders 1 en 2 kondigen aan te willen fuseren. Uit het onderzoek naar de herkomst van de cliënten van de verpleeghuizen blijkt dat er nauwelijks cliënten uit gemeente B in de verpleeghuizen in gemeente A wonen en andersom ook niet. De ACM bekijkt daarom alleen de keuzemogelijkheden binnen gemeente A. Uit het onderzoek blijkt ook dat aanbieder 4, de VPT-aanbieder, voor veel cliënten geen reëel alternatief is vanwege de hoge aanvullende woonlasten die cliënten moeten betalen.

Oordeel ACM

Na de voorgenomen concentratie zou er, naast de fusiepartijen, nog slechts één andere reële en volwaardige keuzemogelijkheid blijven bestaan, aanbieder 3. Hoewel deze aanbieder meerdere locaties heeft, zal de ACM een dergelijke concentratie in beginsel niet goedkeuren. De fuserende verpleeghuizen onderbouwen echter dat door de fusie concrete kwaliteitsverbeteringen bereikt zullen worden die zonder de fusie (met alleen samenwerking) niet van de grond zullen komen. Als de ACM constateert dat de kwaliteitsverbeteringen voldoende concreet zijn en voor het bereiken ervan de fusie noodzakelijk is, zal de ACM deze voordelen meewegen in haar oordeel en kan de ACM een dergelijke fusie mogelijk alsnog goedkeuren (efficiëntieverweer).

Tot slot

De mate waarin het concentratietoezicht door de ACM effectief is en daadwerkelijk meerwaarde oplevert voor kwetsbare ouderen, hangt (mede) af van de kaders waarbinnen verpleeghuiszorgaanbieders moeten opereren. In een sterk gereguleerde sector als de verpleeghuiszorg hebben aanbieders op belangrijke punten en met reden geen ruimte om zich van elkaar te onderscheiden, bijvoorbeeld waar het gaat om basisvereisten aan de veiligheid en kwaliteit van de zorg. Daarmee biedt het wet- en regelgevend kader op zichzelf een sterk vangnet tegen mogelijke negatieve gevolgen van concentratievorming ten aanzien van de kwaliteit van de zorg.

Op andere punten hebben aanbieders, ook met reden, op dit moment meer ruimte om zich te onderscheiden. Gegeven de huidige kaders, feiten en omstandigheden in de sector kan het concentratietoezicht vooral door het beschermen van reële en volwaardige keuzemogelijkheden voor cliënten een bijdrage leveren aan passende zorg en diversiteit van het zorgaanbod.

De verpleeghuiszorgsector is in ontwikkeling en de ACM blijft de ontwikkelingen volgen. Daar waar toekomstige ontwikkelingen en eventuele aanpassingen van het stelsel de ruimte en prikkels versterken of verkleinen voor aanbieders van verpleeghuiszorg om zich van elkaar te onderscheiden, zal de ACM de consequenties daarvan voor haar concentratietoezicht op de sector opnieuw wegen, met het oog op goede, passende zorg voor kwetsbare ouderen, nu en in de toekomst.

Bijlage: consultatieverslag

1. Introductie

De ACM heeft op 19 november 2021 haar onderzoek naar de relatie tussen concentratie en kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid in de verpleeghuiszorg gepubliceerd. Daarbij heeft de ACM ook een consultatiedocument opgesteld met haar voorlopige duiding van de uitkomsten van het onderzoek in het licht van de toepassing van haar concentratietoezicht op de verpleeghuiszorgsector.³³ Om een volledig en gedragen beeld uit het veld te verkrijgen, heeft de ACM haar voorlopige duiding en visie tussen 19 november 2021 en 21 januari 2022 geconsulteerd en zorgkantoren, ouderenorganisaties, aanbieders van verpleeghuiszorg, en andere geïnteresseerden om een reactie gevraagd.

De ACM heeft in totaal 11 reacties ontvangen van verschillende (vertegenwoordigers van) organisaties. Die reacties waren afkomstig van de Patiëntenfederatie Nederland, (meerdere vertegenwoordigers van) de Raad van Ouderen, LOC Waardevolle zorg³⁴, branchevereniging ActiZ, ouderenzorgaanbieder SVRZ, vier zorgkantoren en twee advocatenkantoren. De ACM heeft met grote belangstelling kennisgenomen van de reacties en in enkele gevallen in een opvolgend gesprek de inzenders om een nadere toelichting gevraagd op hun inbreng. De ACM dankt alle inzenders voor hun inbreng. De ACM dankt ook medewerkers van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, de Nederlandse Zorgautoriteit en het Zorginstituut Nederland die op verzoek van de ACM met de ACM op onderdelen hebben meegedacht.

De reacties op het consultatiedocument zijn niet eenvoudig samen te vatten. De ontvangen zienswijzen op de consequenties van de uitkomsten van het onderzoek voor het concentratietoezicht van de ACM in de verpleeghuiszorg lopen namelijk op belangrijke punten uiteen. Een deel van de partijen, met name ouderenorganisaties en zorgkantoren, onderschrijven het belang om voldoende keuzemogelijkheden te behouden voor cliënten door middel van het concentratietoezicht en kunnen zich vinden in de toepassing van het concentratietoezicht in de sector zoals die is omschreven in het consultatiedocument. Er zijn ook partijen die vooral wijzen op de beperkte mogelijkheden voor concurrentie in de verpleeghuiszorgsector en deze partijen zien, ook in het licht van het onderzoek, niet direct een rol meer voor concentratietoezicht in deze sector.

Inbreng die zag of duidde op inhoudelijke of tekstuele onduidelijkheden in het consultatiedocument, heeft de ACM meegenomen in het resulterende visiedocument met betrekking tot het concentratietoezicht van de ACM op de verpleeghuiszorgsector. In dit consultatieverslag vat de ACM de belangrijkste punten die in de consultatie zijn ingebracht samen, gegroepeerd naar onderwerp, en verantwoordt zij hoe zij deze in haar visie heeft verwerkt.

2. Ontwikkelingen op het gebied van scheiden van wonen en zorg

De meeste partijen geven aan dat zij de door de ACM geschetste trends en ontwikkelingen in de verpleeghuiszorg herkennen. Meerdere partijen vragen wel meer aandacht voor het belang van de ontwikkelingen op het gebied van scheiden van het aanbod van wonen en zorg. Het 'verpleeghuis' van de toekomst zal niet hetzelfde zijn als het verpleeghuis van nu. Naar verwachting zullen er mede dankzij het volledig of modulair pakket thuis (VPT of MPT) en het persoonsgebonden budget (PGB) steeds meer tussenvormen tussen het traditionele verpleeghuis en thuis(-zorg) ontstaan, waarbij het aanbod van wonen en zorg mogelijk gescheiden zullen zijn. Daarbij zullen ook nieuwe spelers hun intrede doen of hun positie versterken, zoals bijvoorbeeld (van oudsher) thuiszorgaanbieders, woningcorporaties en particuliere aanbieders van verpleeghuiszorg. Sommige partijen wijzen erop dat deze ontwikkelingen ook verschuivingen in het aanbod met zich meebrengen, waarbij sommige aanbieders zich vooral richten op cliënten met een zeer complexe zorgvraag, en andere aanbieders zorg aanbieden voor minder zware cliënten. De zorgvraag voor cliënten in de meer traditionele verpleeghuizen wordt steeds

³³ Zie [Consultatie fusietoezicht in de verpleeghuissector | ACM.nl](#).

³⁴ LOC Waardevolle zorg is een netwerk van mensen die betrokken zijn bij de zorg.

complexer, waarbij er zowel sprake kan zijn van somatische als psychogeriatrische aandoeningen, of een combinatie van beide. Dit kan gevolgen hebben voor de afbakening van de relevante markten bij het onderzoek naar voorgenomen concentraties.

De ACM herkent en onderschrijft het belang van deze ontwikkelingen. De ACM hecht er vooral aan dat zij in de praktijk van haar concentratietoezicht in de verpleeghuiszorgsector scherp zicht krijgt op de mate waarin andere aanbieders van zorg vanuit het perspectief van cliënten daadwerkelijk een reëel en volwaardig alternatief vormen voor de in een concrete zaak fuserende partijen. De ACM begrijpt dat ontwikkelingen op het gebied van scheiden van wonen en zorg invloed hebben op de mate waarin aanbod anders dan dat van de meer traditionele verpleeghuizen daadwerkelijk een alternatief kan vormen voor cliënten. En dat verpleeghuizen daarmee bijvoorbeeld ook van samenstelling van zorgzwaarteprofiel kunnen veranderen. Zo kunnen VPT-aanbieders in voorkomende gevallen een reëel en volwaardig alternatief vormen voor fuserende partijen. De ACM gaat in hoofdstuk 5 van het visiedocument nader in op de ontwikkelingen op het gebied van het scheiden van het aanbod van wonen en zorg.

3. De positie van het zorgkantoor in de verpleeghuiszorg

Verschillende partijen geven aan dat er in het consultatiedocument onvoldoende aandacht is voor de rol of positie van het zorgkantoor in (het stelsel van) de verpleeghuiszorg. Het voornemen van de ACM om bij de beoordeling van toekomstige concentraties in de verpleeghuiszorgsector vooral te kijken naar de gevolgen voor de zorgverleningsmarkt kan wel op steun rekenen bij die partijen die het belang van het fusietoezicht van de ACM in de sector onderschrijven. Een aantal partijen stelt daarbij wel vraagtekens bij het voornemen van de ACM om niet te focussen op de mogelijke gevolgen voor de zorginkoopmarkt. Zij wijzen ook op de afhankelijkheid van zorgkantoren van aanbieders van verpleeghuiszorg en de risico's voor de zorg als die afhankelijkheid als gevolg van concentraties wordt vergroot. De ACM leidt uit de reacties wel af dat de mogelijkheid om in specifieke gevallen, waarin daar een concrete aanleiding toe is, wel te kijken naar de zorginkoopmarkt als voldoende waarborg wordt gezien.

Enkele andere partijen, die niet direct een rol meer zien voor concentratietoezicht in de verpleeghuiszorgsector, wijzen op de inkoopmacht die zorgkantoren als enige inkoper in een regio hebben en de gevolgen daarvan voor de uitkomsten van zorg in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Een partij merkt op dat, als er nog ruimte is voor concurrentie in de verpleeghuiszorg, de compenserende afnemersmacht van zorgkantoren bij de beoordeling juist een grotere rol zou moeten spelen. Omdat de ondercapaciteit in de sector maakt dat cliënten aanbieders van verpleeghuiszorg maar beperkt kunnen disciplineren door te stemmen met de voeten is het volgens deze partij *"[...] juist het zorgkantoor, dat de belangen van alle (potentiële) cliënten in een zorgkantoorregio gezamenlijk dient, dat de positie heeft om namens cliënten ten behoeve van die zorgverleningsmarkt waar mogelijk ondanks beperkingen toch nog te sturen"*.

De ACM onderschrijft dat het goed en nuttig is om de positie van het zorgkantoor in de verpleeghuiszorg verder te verduidelijken en heeft daartoe haar beschrijving en analyse in het visiedocument op enkele punten uitgebreid. In het visiedocument gaat de ACM in hoofdstuk 5 nader in op de positie van het zorgkantoor als enige inkoper (monopsonist) en haar beoordeling van de mogelijke compenserende werking van de zorginkoopmarkt op de zorgverleningsmarkt.

4. Het concentratietoezicht van de ACM

In de reacties op het consultatiedocument kwamen ook aspecten naar voren die nadere verduidelijking behoeven ten aanzien van het concentratietoezicht van de ACM.

In een aantal reacties wordt naar voren gebracht dat ook de diversiteit binnen een organisatie belangrijk is en kan zorgen voor keuzemogelijkheden voor cliënten. Een cliënt kiest namelijk niet voor een organisatie, maar voor een specifieke locatie, zo wordt in verschillende reacties aangegeven. Dit raakt aan de reikwijdte van het toezicht van de ACM. De ACM heeft als taak om (vooraf) concentraties *tussen*

ondernemingen te beoordelen. Het concentratietoezicht van de ACM ziet niet (zoals bijvoorbeeld het kwaliteitstoezicht van de IGJ) op gedrag van individuele zorgorganisaties en de keuzes die zij individueel op enig moment maken. Met andere woorden: op het moment van fuseren kunnen twee organisaties een heel gedifferentieerd aanbod hebben en kan er in de beleving van de cliënten voldoende te kiezen zijn, ook als de organisaties fuseren. Echter, wanneer deze twee organisaties één organisatie zijn geworden, kunnen zij er ook voor kiezen om een minder gedifferentieerd aanbod te gaan bieden, bijvoorbeeld omdat zij minder risico zien dat (toekomstige) cliënten dan voor een andere organisatie (zullen) kiezen. Op termijn kunnen deze organisaties ook besluiten om bepaalde locaties te sluiten, waardoor cliënten uit een minder divers aanbod kunnen kiezen en dan ook niet meer naar een andere aanbieder van verpleeghuiszorg kunnen uitwijken. Door het beschermen van de mogelijkheid voor (toekomstige) cliënten om tussen meerdere organisaties te kiezen, wil de ACM bijdragen aan de prikkel voor organisaties om kwaliteit, nadrukkelijk ook in de vorm van differentiatie, te blijven bieden.

Voorts wordt in een aantal reacties opgemerkt dat in de voorbeelden die de ACM in het consultatiedocument geeft, de ACM steeds de keuzemogelijkheden van cliënten per gemeente beziet, terwijl een gemeente uit verschillende kernen kan bestaan die in de beleving van de client niet altijd alternatieven voor elkaar zijn. De ACM onderschrijft deze nuancering. Zij analyseert bij een concentratiebeoordeling de reisbewegingen die cliënten in de voorgaande jaren hebben gemaakt in de betreffende regio: zien we dat bewoners uit de ene gemeente hebben gekozen voor verpleeghuizen in de andere gemeente? In bijzondere gevallen kan het inderdaad ook voorkomen dat er binnen een gemeente verschillende woonkernen zijn waarin verpleeghuizen liggen en dat er specifieke redenen zijn waardoor het niet vanzelfsprekend is dat die alternatieven vormen, ook al liggen ze in dezelfde gemeente. In die gevallen kan de ACM ook onderzoek doen naar de cliëntenstromen tussen die verschillende woonkernen binnen een gemeente om te bepalen of de verpleeghuizen daadwerkelijk alternatieven vormen voor de (toekomstige) cliënten. Omwille van de overzichtelijkheid is de ACM in de voorbeelden uitgegaan van een hele gemeente en de vraag of er cliëntenstromen bestaan tussen gemeenten. Dit is in het visiedocument verduidelijkt.

5. Toezicht op samenwerking in de verpleeghuiszorg

Tot slot wijzen meerdere partijen erop dat samenwerking steeds belangrijker wordt om de uitdagingen waar de sector voor staat het hoofd te kunnen bieden. Bijvoorbeeld als het gaat om initiatieven in het kader van de juiste zorg op de juiste plek, of samenwerking in regionale netwerken voor dementiezorg. Maar ook om, al dan niet onder regie van het zorgkantoor, het versterken van regionale samenwerking over de domeinen heen, bijvoorbeeld rondom extramurale verpleeghuiszorg, preventie-initiatieven en eenzaamheidsbestrijding. Deze partijen benadrukken dat het zou helpen als de ACM naast duidelijkheid ten aanzien van de beoordeling van fusies ook meer duidelijkheid geeft over haar weging van de uitkomsten van het onderzoek voor haar toezicht op samenwerkingsinitiatieven in de verpleeghuiszorg. Meer specifiek pleiten sommige partijen voor een terughoudende toezichtstijl van de ACM in de verpleeghuiszorg, vergelijkbaar met de toezichtstijl die de ACM nu al geruime tijd hanteert voor haar toezicht op samenwerking in de eerstelijnszorg.

De ACM onderschrijft het grote belang van samenwerking in de verpleeghuiszorg. Zoals de ACM in algemene zin ook eerder heeft aangegeven, laten de mededingingsregels veel ruimte voor samenwerking in het belang van cliënten en/of verzekerden. Die regels zijn er om cliënten en verzekerden te beschermen tegen marktmacht van en onderlinge afstemming tussen marktpartijen waar cliënten en/of verzekerden juist schade van ondervinden. Bijvoorbeeld omdat er heimelijke afspraken over het verdelen van cliënten worden gemaakt, een contractaanbod collectief wordt geboycot om zo een hoger tarief af te dwingen of nieuwe toetreders worden uitgesloten. Dergelijke afstemming tussen marktpartijen is daarom verboden. Maar veel vormen van samenwerking leveren in het geheel geen strijd op met de mededingingsregels en zijn juist in het belang van cliënten en/of verzekerden. Dat geldt zeker voor samenwerking over verschillende domeinen heen, maar ook voor samenwerking tussen aanbieders van verpleeghuiszorg onderling, bijvoorbeeld op het gebied van opleidingen en kwaliteit. Soms spelen de precieze feiten en omstandigheden een rol, en maakt het uit hoe de samenwerking

precies is vormgegeven, bijvoorbeeld op het gebied van avond, nacht- en weekenddiensten. Maar ook dan geldt dat de mededingingsregels nooit in de weg staan aan samenwerking in het belang van cliënten en/of verzekerden.

De ACM heeft in haar toezichtspraktijk tot nog toe weinig concrete signalen ontvangen dat aanbieders van verpleeghuiszorg terughoudend zijn om samen te werken uit angst voor het overtreden van de mededingingsregels. De ACM ontvangt ook weinig concrete signalen en vragen over de (on)toelaatbaarheid van bepaalde vormen van samenwerking in de verpleeghuiszorg. Uit de reacties op de consultatie leidt de ACM af dat, met het toenemend belang van samenwerking in de verpleeghuiszorg, die vragen meer kunnen gaan opkomen. Vaak is wel duidelijk wat onder de meer 'klassieke', echt verboden afspraken moet worden verstaan. Maar er lijken wel vragen te leven over de toelaatbaarheid van vormen van samenwerking in de sector die gericht zijn op voordelen voor cliënten, bijvoorbeeld op het gebied van kwaliteit, maar ook mogelijk nadelen voor de concurrentie kunnen inhouden.

De ACM nodigt partijen in de verpleeghuiszorgsector die tegen dergelijke vragen aanlopen, nadrukkelijk uit met de ACM in gesprek te gaan over de mogelijkheden en eventuele gepercipieerde risico's van voorgenomen samenwerkingen. De ACM heeft op voorhand geen reden om te veronderstellen dat samenwerking tussen aanbieders van verpleeghuiszorg en op het gebied van verpleeghuiszorg, die in alle openheid en transparantie tot stand komt en breed wordt gedragen door relevante stakeholders zoals cliënten(vertegenwoordigers) en zorginkopers, de belangen van cliënten en verzekerden zou schaden. Als de ACM signalen ontvangt dat mogelijk toch sprake is van een voor cliënten en/of verzekerden nadelige samenwerking, dan kan de ACM de samenwerking onderzoeken op mogelijke strijdigheid met de mededingingsregels. Mocht de ACM in een concreet geval toch tot de conclusie komen dat de samenwerking de mededinging beperkt en cliënten en/of verzekerden schaadt, dan staat voor de ACM de oplossing van het mededingingsprobleem centraal. Als betrokkenen voortvarend zorgdragen voor de nodige bijstelling, ziet de ACM daarbij naar analogie van haar uitgangspunten voor haar toezicht op de eerstelijnszorg geen reden voor nader onderzoek gericht op het opleggen van een boete.