



Consultatiedocument

Concentratietoezicht op de verpleeghuissector

Consultatiepaper bij het ACM-rapport Onderzoek
verpleeghuiszorg

19 november 2021



Concentratietoezicht op de verpleeghuissector

Consultatiepaper bij het ACM-rapport Onderzoek verpleeghuiszorg

1. Inleiding

De verpleeghuiszorg staat voor grote uitdagingen. Nederland vergrijsd 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 zien we ook al veranderingen. 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 bijdragen aan de oplossing van de uitdagingen waar de sector voor staat en organisaties meer schaalvoordelen opleveren. Maar verdere concentratie brengt door de inherente beperking van de keuzemogelijkheden tussen verschillende aanbieders voor een kwetsbare groep ouderen ook risico's met zich mee voor kwaliteit (waaronder diversiteit van het aanbod), innovatie en prijs.

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. Het aantal concentratiemeldingen en de ontwikkelingen in de sector zijn voor de ACM aanleiding om te blijven investeren in kennis over de 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 bijgevoegde rapport 'Onderzoek verpleeghuiszorg'.

Na een korte schets van de inrichting van de verpleeghuiszorg (paragraaf 2) en het toezicht van de ACM (paragraaf 3), consulteert de ACM met dit paper in paragraaf 4 (a) de uitkomsten van dat onderzoek en in paragraaf 5 (b) haar voorlopige duiding in het licht van de toepassing van haar concentratietoezicht op de verpleeghuissector. Die voorlopige duiding is dat toetsing van concentraties in de verpleeghuissector 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 geven aanbieders

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>.

van verpleeghuiszorg naast intrinsieke motivatie 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 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, lijken een ondergeschikte rol in de onderhandelingen tussen zorgkantoor en aanbieders van verpleeghuiszorg te spelen.

Om een volledig en gedragen beeld te krijgen nodigt de ACM u uit om te reageren op de onderzoeksresultaten en haar voorlopige duiding in het licht van het concentratietoezicht. De ACM vraagt zorgkantoren, ouderenorganisaties, aanbieders van verpleeghuiszorg, juridische adviseurs en andere geïnteresseerden om een reactie. De ACM hecht grote waarde aan de inbreng van de sector. Dat kan aan de hand van de vragen in dit consultatiepaper. Onderbouwing en nadere toelichting van uw antwoorden wordt zeer op prijs gesteld. Ook indien u slechts een deel van de vragen kunt of wilt beantwoorden, of een algemene beschouwing wilt geven, wordt uw reactie gewaardeerd. Aan het eind van dit document vindt u meer informatie over de consultatieprocedure.

2. De inrichting van de verpleeghuiszorg in Nederland

Cliënten in de verpleeghuiszorg

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”.² Op dit moment hebben bijna 174.000 mensen een indicatie voor Wlz-zorg. 9 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 13 procent van de ouderen op de wachtlijst geldt dat zij urgent of binnen zes maanden geplaatst moeten worden.^{3 4}

Cliënten in de verpleeghuiszorg vormen geen homogene groep. Op grond van de Wlz moet kwaliteit van leven voorop staan in de verpleeghuiszorg. 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.⁵ Met minder uniformiteit 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).⁶

² 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>.

³ Peildatum 1 juli 2021. Bron: Zorgverzekeraars Nederland en Zorginstituut Nederland (z.d.). *Landelijke rapportage wachtlijsten Verpleging & Verzorging. 2^e 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>.

⁴ Uit een onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit naar de verpleeghuiszorg 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.

⁵ Zie voor een nadere toelichting hierop en op wat volgt de Memorie van Toelichting van de Wet langdurige zorg,

⁶ 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

Zorgkantoren

De Wlz wordt door 31 zorgkantoren regionaal uitgevoerd. Zorgkantoren⁷ hebben een zorgplicht voor mensen met een Wlz-indicatie. Om aan hun zorgplicht te voldoen moeten de zorgkantoren ervoor 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.⁸ 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.⁹

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’.¹⁰ 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.¹¹ In die verpleeghuizen werken meer dan 222.000 mensen.¹² 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 uitdagingen op arbeidsmarktgebied.

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.¹³ De zorgkantoren hanteren een persoonsvolgende bekostiging. De inkomsten van een aanbieder van verpleeghuiszorg zijn dus

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.

⁷ 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.

⁸ Zie de Memorie van Toelichting van de Wet langdurige zorg, par. 2.4.2.

⁹ Idem, par. 2.6.

¹⁰ 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)*.

¹¹ 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>.

¹² Cijfer heeft betrekking op 2019. Bron: Actiz (2021). *Opnieuw meer medewerkers in verpleeghuizen*, te raadplegen via <https://www.actiz.nl/opnieuw-meer-medewerkers-verpleeghuizen>.

¹³ Zie Memorie van Toelichting van de Wet langdurige zorg, par.2.4.2.

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.¹⁴

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 druk op de sector wordt, is nog onzeker. Dat hangt vooral af van de ontwikkeling van nieuwe woonvormen en zorg buiten het verpleeghuis, en de mogelijkheid om innovatie in de zetten.¹⁵ En van de mate waarin zorgaanbieders er samen met bestuurlijke partners in slagen meer verpleeghuiscapaciteit te realiseren.¹⁶ Ook toekomstige beleidskeuzes zijn van invloed. De minister van VWS heeft dit voorjaar 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.¹⁷

Consultatievraag 1

In hoeverre herkent u genoemde trends en ontwikkelingen? Zijn er nog andere trends en ontwikkelingen in de verpleeghuissector die volgens u van belang zijn? Hoe kijkt u in het bijzonder aan tegen de mogelijkheden voor en kans op toetreding en uitbreiding van nieuwe en bestaande aanbieders van verpleeghuiszorg, inclusief particuliere aanbieders?

3. Het concentratietoezicht van de ACM

Aanbieders van verpleeghuiszorg zijn ondernemingen in de zin van de Mededingingswet.^{18,19} En hoewel de verpleeghuissector 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

¹⁴ 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>.

¹⁵ 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>.

¹⁶ 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>.

¹⁷ 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.

¹⁸ 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.

¹⁹ 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.

zorg met aandacht voor individueel welzijn te realiseren. Cliënten die zorg nodig hebben, kunnen - bij voldoende aanbod - kiezen tussen verschillende aanbieders voor de verpleeghuiszorg en het verpleeghuis 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 gekozen voor een stelsel met gereguleerde marktwerking.

Concentraties²⁰ - vaak fusies of overnames - in de verpleeghuissector vallen dan ook onder het concentratietoezicht van de Mededingingswet.²¹ Concentraties die een – sinds 2008 voor de zorgsector verlaagde²² - omzetsdrempel overschrijden, moeten bij de ACM worden gemeld voordat ze kunnen plaatsvinden. 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 verpleeghuissector en de verschillende relaties tussen aanbieders, zorgkantoren en cliënten (zie ook paragraaf 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.

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, diversiteit en prijs van het zorgaanbod en nuttige innovaties in de verpleeghuiszorg belemmeren. Met het concentratietoezicht kan de ACM ingrijpen voordat aanbieders in de sector een te sterke positie zouden krijgen of hun 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 verpleeghuissector 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.

De ACM toetst voorgenomen concentraties op basis van de Mededingingswet. Die mededingingsrechtelijke toets waarborgt het publieke belang van effectieve concurrentie en draagt zo bij aan toegankelijke en betaalbare zorg van goede kwaliteit. De mededingingsrechtelijke toets omvat geen (directe) toets op bijvoorbeeld de schaalgrootte, complexiteit of bestuurbaarheid van een organisatie.²³

²⁰ 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.

²¹ De ACM houdt toezicht op concentraties op grond van de Mededingingswet. Concentraties in de zorg moeten ook bij de Nederlandse Zorgautoriteit worden gemeld. Die toetst voorgenomen 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.

²² Zie het Besluit tijdelijke verruiming toepassingsbereik concentratietoezicht op ondernemingen die zorg verlenen, te raadplegen via <https://wetten.overheid.nl/BWBR0023022/2018-01-01>.

²³ De ACM heeft in 2018 desgevraagd enkele beleidsopties gedaan voor aanscherping van het concentratietoezicht. Twee van deze beleidsopties worden door de minister nader uitgewerkt. Zie de Kamerbrief over aanscherping fusietoezicht in de zorg, *Kamerstukken II* 2019-20, 34445, nr. 18, te raadplegen via

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.²⁴ Factoren die bij de beoordeling van een voorgenomen concentratie door de ACM een rol spelen zijn de posities van de verschillende aanbieders en de alternatieven die naast de fusiepartijen in een regio overblijven. In de verpleeghuissector 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 naar 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 voor bijvoorbeeld prijs en 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 andere belangen, zoals de financiële situatie van aanbieders en de continuïteit van zorg. Als een van de betrokken partijen zonder de voorgenomen concentratie failliet zou gaan en er geen beter alternatief voor de concentratie voorhanden is, kan dit ondanks zorgen over de negatieve gevolgen die de concentratie op de kwaliteit, innovatie en prijs van het aanbod kan hebben, toch de minst slechte oplossing zijn.²⁵

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 dat onderzoek is opgezet, de manier waarop het is uitgevoerd en de uitkomsten van dat onderzoek zijn uitgebreid beschreven in het onderzoeksrapport zelf. Voordat in paragraaf 5 wordt ingegaan op de voorlopige duiding van de resultaten in het licht van de toepassing van het concentratietoezicht op de verpleeghuissector, vat de ACM de resultaten hieronder kort samen.

Concentratiegraad en uitkomsten van zorg

De hypothese voor aanvang van het onderzoek 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 verpleeghuiszorg. 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 verpleeghuiszorg.²⁶

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/02/18/kamerbrief-over-aanscherping-fusietoezicht-in-de-zorg>.

Zie ook de Kamerbrief over ontwikkelingen in het fusietoezicht in de zorg, *Kamerstukken II* 2018-19, 34445, nr. 13.

²⁴ 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.

²⁵ 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>.

²⁶ 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 wat volgt gaan we daar dan ook niet nader op in.

De ACM ziet op basis van de gesprekken met betrokken partijen en relevante beleids- en onderzoeksdocumenten verschillende mogelijke verklaringen voor deze onderzoeksresultaten.

Concentratie en kwaliteit van verpleeghuiszorg

Een eerste mogelijke verklaring voor het feit dat de concentratiegraad in een bepaalde regio niet tot nauwelijks 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 de basisvereisten voldoet.

Maar als kwetsbare ouderen en hun familie 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 die niet geregistreerde 'zachtere' elementen van kwaliteit, en in hoeverre de mate van concentratie daar een effect op heeft.

Een andere, tweede mogelijke 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. Daar waar nauwelijks sprake is van wachtlijsten en aanbieders niet verzekerd zijn van cliënten, hebben zij een extra prikkel om hun best te doen. Maar daar waar de druk op de capaciteit groot is, hoeven aanbieders weinig moeite te doen om cliënten te trekken. In dergelijke marktomstandigheden valt ook nauwelijks een effect van concentratie op kwaliteit te verwachten, aldus deze gesprekspartners. Zij verwachten overigens ook 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 mogelijk worden verklaard door de ondergeschikte rol die prijsdifferentiatie op dit moment bij de zorginkoop speelt. Dit wordt herkend door de zorgkantoren en verpleeghuizen waar mee gesproken is. Zorgkantoren gaan wel met verpleeghuizen in gesprek over de kwaliteit van de zorg, bijvoorbeeld door de uitwisseling van *best practices*, maar verschillen in kwaliteit vertalen zich zelden in prijsdifferentiatie. In de meeste zorgkantoorregio'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 gemaakt. Zorgkantoren sturen ook nauwelijks op andere manieren, bijvoorbeeld door bepaalde aanbieders niet te contracteren of minder volume in te kopen. Gesprekspartners geven aan dat, gezien de huidige druk op de capaciteit, zorgkantoren in ieder geval de grotere aanbieders van verpleeghuiszorg ook gewoon nodig hebben om aan hun zorgplicht te voldoen.

Een andere mogelijke verklaring voor de onderzoeksresultaten is dat de kostenniveaus in organisaties in grote mate overeenkomen. Uit het onderzoek blijkt dat met name de verschillende zzp-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.

Consultatievraag 2

Hoe kijkt u aan tegen de genoemde mogelijke verklaringen voor de uitkomsten van het empirische onderzoek? Welke andere mogelijke verklaringen ziet u?

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 geregistreerde kwaliteitsindicatoren en de betaalbaarheid van de verpleeghuiszorg. Uit de gesprekken die de ACM in het kader van het onderzoek heeft gevoerd komen ook geen duidelijke aanwijzingen naar voren dat prikkels als gevolg van keuzemogelijkheden op dit moment een wezenlijke rol in de verpleeghuissector spelen.²⁷

Vooralsnog constateert de ACM dan ook dat de mate van concurrentie in de verpleeghuissector op dit moment gering is. Een belangrijk deel van uitkomsten in de verpleeghuiszorg lijkt niet het directe resultaat van de keuzemogelijkheden en de prikkel die daarvan uitgaat op aanbieders. 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. Capaciteitstekorten beperken de rol van keuzemogelijkheden op dit moment ook.

De uitkomsten van het onderzoek roepen de vraag op of de ACM in de verpleeghuissector inhoudelijk concentraties moet blijven toetsen.²⁸ De ACM beantwoordt deze vraag op dit moment vooralsnog 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 paragraaf 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 moeten 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

²⁷ Zie ook Bram Wouters, Pieter Bakx en Erik Schut (2021). Prikkels voor kwaliteit en preventie bij inkoopouderenzorg 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).

²⁸ Omdat verpleeghuiszorginstellingen ondernemingen zijn in de zin van de Mededingingswet zullen zij voorgenomen concentraties boven de omzetzijnsdrempel 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.²⁹ Cliënten en hun familie kunnen dan zelf kijken welk organisatieconcept hen het meeste aanspreekt. En 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 zou vanuit die invalshoek een verlies zijn, in zichzelf en als extra stimulans voor aanbieders om passende zorg te blijven leveren en zich in hun aanbod te onderscheiden van andere aanbieders in de omgeving. 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 zorgen voor diversiteit in het aanbod en bijvoorbeeld op verschillende locaties verschillende concepten te realiseren. Maar het is moeilijker om kwetsbare ouderen tegen eventuele negatieve gevolgen te beschermen als een aanbieder die positie eenmaal heeft en niet langer voldoende prikkels ondervindt van de keuzemogelijkheden van cliënten.

Want waar een enkele 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 zou een aanbieder bijvoorbeeld kunnen 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 en een heel nieuw organisatieconcept neerzetten dat 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 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 veelal onomkeerbaar.

Noodzaak van structurele waarborg

Het voorkomen van een significante beperking van de keuzemogelijkheden van cliënten blijft daarmee in de verpleeghuissector volgens de ACM van belang. De ACM overweegt gezien het bovenstaande dat het concentratietoezicht een rol heeft als aanvullende, structurele waarborg voor goede, passende zorg en de diversiteit van het aanbod in de verpleeghuissector. 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 cliënten kan een aanbieder van verpleeghuiszorg zich in belangrijke mate onafhankelijk gedragen en neemt de afhankelijkheid van cliënten navenant toe. Daarbij kunnen er ontwikkelingen in de markt zijn waardoor de rol van prikkels die het gevolg zijn van keuzemogelijkheden in de verpleeghuissector in de toekomst groter wordt.

²⁹ 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>.

Consultatievraag 3

In hoeverre denkt u dat een significante beperking van de keuzemogelijkheden van cliënten in een bepaald gebied negatieve gevolgen heeft voor passende zorg en de diversiteit van het aanbod voor cliënten? Waarom wel of waarom niet?

Consultatievraag 4

In hoeverre denkt u dat andere factoren (bijv. intrinsieke motivatie, inkoopbeleid zorgkantoren, regulering, andere factoren) voldoende tegenwicht kunnen bieden tegen deze mogelijk negatieve gevolgen van een significante beperking van de keuzemogelijkheden? Waarom wel of waarom niet?

De beoordeling van concentraties in de verpleeghuiszorg

Zonder vooruit te willen lopen op de uitkomsten van de consultatie, heeft de ACM overwogen wat de resultaten van het empirisch onderzoek kunnen betekenen voor de focus van haar concentratietoezicht.

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

De ACM is voornemens bij de beoordeling van toekomstige concentraties in de verpleeghuissector vooral te blijven kijken naar de gevolgen voor de zorgverleningsmarkt en minder naar de gevolgen voor de zorginkoopmarkt.

De ACM wil in de praktijk bij de beoordeling van toekomstige concentraties, met het oog op passende zorg en diversiteit in het aanbod, de nadruk leggen op de zorgverleningsmarkt en het aantal reële en volwaardige alternatieven dat na een voorgenomen concentratie voor cliënten overblijft. Bij de beoordeling van een individuele 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 overweegt dan ook om in haar onderzoek alleen de mogelijke gevolgen voor de zorginkoopmarkt nader te onderzoeken als daar in een specifiek geval een concrete aanleiding toe is en een zorgkantoor van een voorgenomen concentratie negatieve gevolgen voor de zorginkoop verwacht, of een andere belanghebbende aangeeft die te verwachten.

Belang van voldoende reële en volwaardige alternatieven

Met het oog op passende zorg en diversiteit in het aanbod acht de ACM het gegeven de huidige marktomstandigheden en ontwikkelingen daarbij van belang om in de praktijk van haar concentratietoezicht in de verpleeghuissector scherp zicht 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 overweegt daarom om bij toekomstige concentraties het zwaartepunt van haar onderzoek te richten op de aard van het aanbod van verpleeghuizen en de verschillen tussen verschillende

aanbieders. En om in haar marktonderzoek andere aanbieders, het zorgkantoor en cliëntenorganisaties nadrukkelijk te 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 alternatieve 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. In de praktijk zal vooral het aanbod op maximaal het niveau van een gemeente met mogelijk enkele randgemeenten voor cliënten van belang zijn.³⁰ 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. Andere aanbieders moeten ook daadwerkelijk voldoende beschikbare capaciteit (kunnen) hebben om als volwaardig alternatief te kunnen worden gezien.

Zo zullen aanbieders met relatief veel capaciteit en een breed profiel gericht op ouderen met somatische en/of psychosociale beperkingen vaak een reëel en volwaardig alternatief vormen. Ook aanbieders van een volledig pakket thuis 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 passende zorg en de diversiteit van het aanbod.

Beoordeling in de praktijk

Gelet op het bovenstaande, is er 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.

³⁰ Bij bijvoorbeeld uitgestrekte gemeenten in landelijke gebieden kan de geografische markt ook kleiner zijn dat het gemeenteniveau.

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

Voorbeeld 1

In gemeente A zijn vier 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. Er is nog een vijfde aanbieder van verpleeghuiszorg die zich specifiek richt op kwetsbare ouderen met een specifieke culturele achtergrond. Deze vijfde aanbieder heeft een zeer beperkt aantal plekken en marktaandeel van minder dan 3%. Er is ook nog een aanbieder van verpleeghuiszorg met twee verpleeghuizen in een aangrenzende gemeente B.

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 naar de keuzemogelijkheden binnen gemeente A. 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 dus, 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 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 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 kunnen opwegen tegen de verminderde keuzemogelijkheden, mits die voordelen alleen door middel van de concentratie kunnen worden gerealiseerd. Dergelijke efficiëntieverbeteringen kunnen tegenwicht vormen tegen een beperking van de keuzemogelijkheden. De ACM acht het aannemelijk dat het effect van keuzemogelijkheden op de prikkels voor aanbieders in de verpleeghuiszorg op dit moment in absolute zin in de verpleeghuissector 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 wel dat de verbeteringen zonder de concentratie niet bereikt kunnen worden.

Voorbeeld 2

In Gemeente A zijn drie aanbieders van verpleeghuiszorg 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 biedt, op basis van een volledig-pakket-thuis, aanbieder 4. In een naastgelegen gemeente B zijn ook twee aanbieders van verpleeghuiszorg, aanbieders 5 en 6.

Twee aanbieders van verpleeghuiszorg in gemeente A, aanbieders 1 en 2, willen gaan 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 naar 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.

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 niet zonder meer goedkeuren. De fuserende verpleeghuizen onderbouwen echter dat de fusie noodzakelijk is om op een efficiënte manier aan de kwaliteitseisen te kunnen blijven voldoen. Als de ACM constateert dat dit overtuigend is aangetoond, kan de ACM een dergelijke fusie mogelijk alsnog goedkeuren (efficiëntieverweer).

Consultatievraag 5

Hoe kijkt u aan tegen het voornemen van de ACM om in haar toezicht bij toekomstige concentraties in de verpleeghuissector de focus te leggen op de mogelijke gevolgen op de zorgverleningsmarkt en het aantal reële en volwaardige alternatieven dat na een voorgenomen concentratie voor cliënten overblijft? En niet meer te toetsen op de mogelijke gevolgen voor de zorginkoopmarkt, tenzij een zorgkantoor of andere belanghebbende aangeeft negatieve gevolgen van de concentratie op die markt te verwachten?

Consultatievraag 6

Zijn de twee voorbeelden duidelijk en geven zij voldoende inzicht in de elementen die voor het onderzoek naar het reëel en volwaardig zijn van een alternatief voor cliënten vooral van belang zijn? Ontbreken er volgens u nog elementen?

Tot slot

De ACM is voornemens om haar concentratietoezicht in de verpleeghuissector langs bovenstaande lijnen verder in te vullen. Met de publicatie van dit paper consulteert zij dat voornemen. De mate waarin het concentratietoezicht effectief kan zijn en daadwerkelijk meerwaarde oplevert voor kwetsbare ouderen, hangt af van de kaders waarbinnen verpleeghuiszorgaanbieders moeten opereren. In een sterk gereuleerde 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.

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 aanbod.

De ACM blijft de ontwikkelingen in de verpleeghuissector volgen. Daar waar toekomstige ontwikkelingen en eventuele aanpassingen van het stelsel elementen van marktwerking versterken of verkleinen, 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.

Consultatievraag 7

Heeft u nog andere opmerkingen of suggesties die u de ACM wilt meegeven met het oog op de uitoefening van het concentratietoezicht in de verpleeghuiszorg?

Wilt u reageren op dit consultatiedocument?

De ACM stelt uw reactie op dit consultatiedocument zeer op prijs. U kunt uw reactie mailen naar consultatie@acm.nl, onder vermelding van *Reactie consultatie concentratietoezicht verpleeghuissector*.

Reacties moeten uiterlijk **vrijdag 24 december 2021** bij de ACM binnen zijn. De ACM gebruikt de reacties op de consultatie om haar huidige beeld te toetsen en definitieve conclusies over de consequenties van het onderzoek voor de toepassing van haar concentratietoezicht op de verpleeghuissector te trekken. De ACM zal de ingezonden reacties publiceren op www.acm.nl, tenzij u duidelijk en gemotiveerd aangeeft dat (al dan niet voor een deel van uw reactie) niet te willen.