

# De zorgspecifieke fusietoets: beter ten halve gekeerd dan ten hele gedwaald?

MR. D.W.L.A. SCHRIJVERSHOF

Waar eerdere pogingen tot invoering van een zorgspecifieke fusietoets zijn mislukt, lijkt de zorgsector er binnenkort toch aan te moeten geloven. Wanneer de Eerste Kamer na het zomerreces instemt met het wetsvoorstel voor deze toets, dienen zorgaanbieders eerst goedkeuring van de NZa te verkrijgen voordat zij een melding bij de Autoriteit Consument en Markt (ACM) kunnen indienen.<sup>1</sup>

In de zorg heeft de overheid zich geen eenvoudige opgave op de hals gehaald. Zij zet in op spreiding en concentratie van zorg,<sup>2</sup> maar wenst daarbij een ongebreidelde fusiegolf te voorkomen. Om dit laatste te bereiken heeft de overheid twee opties: (i) zorgen dat samenwerking tussen onafhankelijke zorgaanbieders aantrekkelijk(er) wordt gemaakt (zodat zij dus niet hoeven te fuseren), en/of (ii) zorgen dat het fuseren tot één zorgaanbieder onaantrekkelijker wordt. Het ligt voor de hand in te zetten op de eerste optie, omdat de behoefte aan de tweede stap daarmee (significant) lager wordt. Minister Schippers en de Tweede Kamer wensen dat moment niet af te wachten en kiezen met de invoering van een zorgspecifieke fusietoets voor de tweede optie. Minister Schippers spoort de Eerste Kamer ook aan haast te maken bij de behandeling van het wetsvoorstel.<sup>3</sup> Eenmaal gefuseerd, lijkt een weg terug niet snel gevonden. Minister Schippers zei daarover ooit: “*Dat heb je met eieren die je klutst, die kun je niet meer terugpakken uit de pan.*”<sup>4</sup>

Niet alleen de minister van VWS en de Tweede Kamer, maar ook ACM is voorstander van de komst van de zorgspecifieke fusietoets. ACM geeft in dit kader aan: “*Binnen en buiten de zorg zijn er diverse voorbeelden van wat er allemaal mis kan gaan bij (te) grote semi-publieke instellingen. Deze vraag, hoe legitiem ook, is geen onderdeel van de toetsing van fusies onder de Mw. Ook buiten de semi-publieke sfeer zijn fusies en overnames niet steeds succesvol. Dat*

*risico ligt nadrukkelijk bij de onderneming. In de zorg zal dit risico echter ook de publieke zaak treffen en bij een grote instelling doet dat meer pijn dan bij een kleine. Daarom is er veel te zeggen voor een zekere bewaking tegen ondoordachte fusieplannen, zoals beoogd met de zorgspecifieke fusietoets die voor ligt in het parlement.*”<sup>5</sup>

In deze bijdrage wordt niet het streven om ondoordachte fusieplannen in de zorg tegen te gaan ter discussie gesteld. Wel staat de vraag centraal of met het huidige wetsvoorstel sprake is van de inzet van het juiste middel. De beoogde toets lijkt te worden gepresenteerd als hét middel waarmee de oorzaak in plaats van het gevolg wordt bestreden. Maar is dat, gegeven de prikkels die de overheid geeft om te komen tot spreiding en concentratie van zorg, werkelijk het geval? Zou er niet gekozen moeten worden voor een andere aanpak? Want gaan concurrerende zorgaanbieders de samenwerking (op onderdelen) nu verkiezen boven de integrale fusie (met toetsing door ACM) vanwege de komst van voorafgaande toetsing door de NZa, terwijl zij bij een samenwerking (op onderdelen) gehouden blijven die samenwerking steeds zelf te (blijven) toetsen op verenigbaarheid met het kartelverbod? Wetgeving die eenmaal is aangenomen, wordt net als bij een fusie niet snel teruggedraaid. Nu het ‘vijf voor twaalf’ is, is het de hoogste tijd om de balans op te maken. Daarbij wordt een beperkt aantal elementen uitgelicht. Eerst wordt ingegaan op de gevolgen van het wetsvoorstel voor de zorgaanbieders en daarna ook voor de toezichthouders. Vervolgens wordt met een aantal concrete maatregelen aangegeven hoe, tegen de achtergrond van de vraagstelling van deze bijdrage, het ook anders kan.

1 In deze bijdrage wordt met ACM in de periode voor 1 april 2013 ook de NMa aangeduid.

2 Zie bijvoorbeeld Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 tussen de NVZ, NFU, ZKN, ZN en het ministerie van VWS, 4 juli 2011 en Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ, 2013-2014, 18 juni 2012.

3 Kamerstukken I 2012/13, 32 402, D.

4 Kamerstukken II 2010/11, 29 247, nr. 139, p. 15.

5 Marktvisie ACM, 11 april 2013, p. 7.

## Het toetsingskader bij zorgconcentraties: op weg naar de derde aanscherping

Bij de toetsing van concentraties van zorgaanbieders zijn eerder al twee aanscherpingen doorgevoerd. Zo zijn sinds 1 januari 2008 verlaagde omzetrempels ten aanzien van concentraties van zorgaanbieders van kracht.<sup>6</sup> Deze eerste aanscherping heeft geleid tot een verdubbeling van het aantal zorgconcentraties dat bij ACM is gemeld.<sup>7</sup> In oktober 2012 is de drempelverlaging ongewijzigd verlengd tot 2018.<sup>8</sup> Kortom, ook de komende vijf jaar is bij concentraties in de zorg al snel sprake van een meldingsplicht bij ACM. De tweede aanscherping betreft de publicatie in 2009 van de beleidsregel concentraties van zorgaanbieders (de Beleidsregel).<sup>9</sup> De Beleidsregel verplicht ACM in haar besluit voor concentraties, waarbij geldt dat het gezamenlijke marktaandeel van de betrokken zorgaanbieders op één of meer relevante markten 35% of meer zal bedragen, een aantal zorgspecifieke aspecten te adresseren. Die aspecten betreffen: (i) de transparantie van kwaliteit van zorg, (ii) het reisgedrag of de reisbereidheid van cliënten, (iii) de mogelijkheden voor toetreding van nieuwe zorgaanbieders, en (iv) de mate waarin zorginkopers invloed hebben op het keuzegezag van cliënten. Ook is ACM gehouden, als de marktaandeeldrempel uit de Beleidsregel wordt gehaald, de betrokken cliëntenraden en gemeenten die als zorginkoper fungeren uit te nodigen een zienswijze over de voorgenomen concentratie aan ACM te geven. Die zienswijzen dient ACM in haar besluit te betrekken. Daarnaast vraagt ACM bij zorgconcentraties de NZa steeds of zij een zienswijze aan ACM wenst te geven. Voor geen enkele andere sector in de economie gelden aanscherpingen zoals die bij de toetsing van concentraties in de zorg op dit moment van kracht zijn. Wordt de zorgspecifieke fusietoets ingevoerd, dan komt daar dus nog een derde aanscherping bij.

## De zorgspecifieke fusietoets kent een lage drempel

Het wetsvoorstel voorziet in uitbreiding van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) met de verplichting voor een zorgaanbieder om bij de NZa het voornemen van een concentratie te melden.<sup>10</sup> Deze verplichting geldt voor een zorgaanbieder die in de regel met minstens vijftig personen zorg verleent.<sup>11</sup> Terwijl de meldingsplicht voor

concentraties bij ACM rust op ondernemingen in de zin van art. 1 Mededingingswet (Mw), koppelt het wetsvoorstel de plicht tot melden bij de NZa aan het begrip zorgaanbieders in de zin van art. 1 Wmg. Nu zorgactiviteiten niet altijd ook kwalificeren als ondernemingsactiviteit in de zin van art. 1 Mw, zijn er concentraties waarbij alleen toetsing door de NZa zal gaan gelden.<sup>12</sup> Dat is ook het geval als de betrokken zorgaanbieders met minstens vijftig personen zorg verlenen en daarbij sprake is van een economische activiteit, maar de omzetrempels voor een melding bij ACM niet worden gehaald.<sup>13</sup> Eerder is gesignaleerd dat als het wetsvoorstel wordt aangenomen veel zorgaanbieders hun fusieplannen alleen gehouden zijn bij de NZa te melden.<sup>14</sup> Dat neemt niet weg dat ook in vrijwel alle gevallen waar sprake is van een meldingsplicht bij ACM er ook sprake zal zijn van een voorafgaande meldingsplicht bij de NZa. Kortom, de zorgspecifieke fusietoets zal de nodige capaciteit van de NZa opeisen.

## Maar snijdt die lage drempel ook steeds hout?

Vijf grote brancheorganisaties in de zorg, verenigd in de Brancheorganisaties Zorg (de BoZ), hebben in 2012 hun bedenkingen over het wetsvoorstel aan de Tweede Kamer geuit. Daarbij heeft de BoZ erop gewezen dat de drempel voor de zorgspecifieke toets nodeloos komt te liggen op het niveau van betrekkelijk kleine organisaties die verwijderd zijn van de problematiek van de betwiste megafusies.<sup>15</sup> De toets zou hiermee haar doel voorbijschieten. Wat hier ook van zij, duidelijk is dat terwijl met de gekozen drempel sprake is van een aanpak die zowel de zorgsector als de NZa veel werk gaat bezorgen er niet gezegd is dat de NZa daarmee ook in staat is alle zorgconcentraties die op het moment in de belangstelling staan te toetsen. Neem bijvoorbeeld de ziekenhuisoverstijgende fusies van maatschappen. Daarover meldt het Regeerakkoord: *“De vorming van mega- of regiomaatschappen wordt ontmoedigd.”*<sup>16</sup> Tegen die achtergrond zou je verwachten dat die fusies met de invoering van de toets ook vooraf bij de NZa gemeld dienen te worden. Terwijl het Kabinet en ook de NZa de pijlen op die fusies wenst te richten, worden die fusies niet door het wetsvoorstel geraakt.<sup>17</sup>

6 Besluit van 6 december 2007, Stb. 2007, 518.

7 Besluit van 19 oktober 2012, houdende wijziging van het Besluit tijdelijke verruiming van het toepassingsbereik van het concentratietoezicht op ondernemingen die zorg verlenen in verband met een verlenging van het besluit.

8 Ibid.

9 Beleidsregel van de minister van Economische zaken van 9 september 2009, houdende bijzonder regels betreffende concentraties van zorgaanbieders, *Stcrt.* 2009, nr. 13 389.

10 Het betreft een fusie, overname en oprichting van een gezamenlijke onderneming in de zin van de Mw.

11 En ook als sprake is van een concentratie van een zorgaanbieder met een niet-zorgaanbieder zoals een hotel.

12 Zo kan bij een concentratie van aanbieders van Bopz-zorg of gesloten jeugdzorg geen plicht tot melden bij ACM, maar wel een plicht tot melden bij de NZa bestaan.

13 Zorgverlenend personeel in dienst van de zorgaanbieder telt mee, maar daarnaast tellen ook anderen die op basis van een overeenkomst met de zorgaanbieder zorg verlenen mee.

14 W. Sauter, 'Sectorspecifiek mededingingsrecht en fusietoetsing', *Regel-Maat*, 2013 (28), 2, p. 91.

15 ActiZ, GGZ Nederland, NFU, NVZ en VGN werken samen in de BoZ.

16 Regeerakkoord, 29 oktober 2012, p. 22.

17 NZa, 'Van fabels naar feiten. Stand van de zorgmarkten 2012', oktober 2012, p. 35. Regeerakkoord, 29 oktober 2012, p. 22. Minister Schippers verzocht op 30 januari 2013 de NZa uiterlijk 1 juli 2013 een uitvoeringstoets integrale tarieven medisch specialistische zorg op te leveren en daarbij ook in te gaan op de ontwikkeling van regiomaatschappen en het streven opgenomen in het regeerakkoord om de vorming van mega- of regiomaatschappen te ontmoedigen, zie de brief van de DG Curatieve

Zo adviseerde de NZa in juni 2013 aan de minister van VWS: “[...] het [is] wenselijk dat de Wmg de maatschap eenduidig aangeeft als type zorgaanbieder waarop deze wet mede betrekking heeft.”<sup>18</sup> Dat de maatschap ook (steeds) als zorgaanbieder in de zin van art. 1 Wmg kwalificeert (en daarmee binnen het bereik van de zorgspecifieke fusietoets valt), is dus iets waar de NZa niet zeker van is. Kortom, terwijl het wetsvoorstel voorziet in een (zeer) lage generieke drempel wordt daarmee niet verzekerd dat alle in de ogen van het Kabinet en de NZa relevante zorgconcentraties vooraf bij de NZa gemeld dienen te worden. Tegelijk is niet uitgesloten dat minder of niet relevante zorgconcentraties wel steeds bij de NZa gemeld dienen te worden en de NZa gehouden is daar aandacht aan te besteden.

## De minister van VWS spoort de Eerste Kamer aan tempo te maken met de behandeling van het wetsvoorstel.

### De effectrapportage als hét panacee tegen ondoordachte fusieplannen?

De melding bij de NZa dient vergezeld te gaan van een effectrapportage die door de betrokken zorgaanbieder(s) wordt opgesteld. De rapportage dient volgens het wetsvoorstel in te gaan op de verwachte effecten van de concentratie en bevat in ieder geval informatie over de volgende acht onderwerpen: (i) de doelstellingen van de concentratie, (ii) de redenen voor concentratie, (iii) de structuur van de beoogde organisatie van de zorgaanbieder(s), (iv) de financiële gevolgen van de concentratie voor de zorgaanbieder(s), (v) de gevolgen van de concentratie voor de zorgverlening van de cliënt, (vi) de risico's van de concentratie voor de kwaliteit en bereikbaarheid van de zorg en de wijze waarop deze risico's worden ondervangen, (vii) het oordeel en de aanbevelingen van cliënten, personeel en andere betrokkenen over het voornemen tot concentratie en de wijze waarop zij dit kenbaar kunnen maken, alsmede een onderbouwing voor de wijze waarop het oordeel of de aanbevelingen zijn meegewogen bij het voornemen tot concentratie en, (viii) de wijze waarop en het tijdsbestek waarbinnen de concentratie zal worden gerealiseerd. Zorgaanbieders met fusieplannen wacht dus een uitgebreid administratief traject. Dit traject dat de hart van het wetsvoorstel vormt, zou hét panacee zijn tegen ondoordachte fusieplannen in de zorg.

### Maar de Tweede Kamer lijkt zelf niet overtuigd dat de effectrapportage ook meerwaarde biedt

Hoewel de Tweede Kamer het wetsvoorstel in maart 2013 heeft aangenomen, is daarmee niet gezegd dat zij ook geheel overtuigd is van de meerwaarde daarvan. Zo neemt de Tweede Kamer eerder dit jaar ook de motie Dijkstra aan. Deze motie luidt: “[...] constaterende dat de wet momenteel een achttal elementen voorschrijft waaraan ten minste aandacht moet worden besteed in de concentratie-effectrapportage; van mening dat voorkomen moet worden dat de wetgever onnodige vereisten stelt aan een concentratie-effectrapportage die leiden tot een ongewenste toename van de administratieve lasten en extra kosten voor fuserende partijen; verzoekt de regering om, in de evaluatie van het wetsvoorstel waarin de concentratie-effectrapportage wordt opgenomen, nadrukkelijk mee te nemen of de acht vereiste elementen daadwerkelijk van toegevoegde waarde zijn en of het mogelijk is, de eisen te vereenvoudigen.”<sup>19</sup> Dat, hoewel deze motie op een meerderheid in de Tweede Kamer heeft kunnen rekenen, de effectrapportage integraal opgenomen is in het wetsvoorstel is natuurlijk opmerkelijk. De vraag of de acht elementen van de effectrapportage daadwerkelijk van toegevoegde waarde zijn, zou toch juist een punt zijn dat voorafgaand aan, in plaats van na, invoering van nieuwe wetgeving beoordeeld dient te worden. Nu die exercitie vooraf weg wordt gelaten, wordt op zijn minst de indruk gewekt dat sprake is van een proces dat als vlucht naar voren heeft te gelden. Het wekt ook de indruk dat het doel vooral is nu eerst extra wettelijke barrières op te werpen om zorgconcentraties te voorkomen. In ieder geval kan niet worden gesteld dat de komst van de zorgspecifieke toets zal bijdragen aan het proces om meer voorlichting aan zorgaanbieders te geven over vragen ten aanzien van de verenigbaarheid van hun onderlinge samenwerking met het kartelverbod. Dat terwijl die samenwerking nu juist in voorkomende gevallen het alternatief kan zijn voor een integrale fusie. Anders dan een fusie geldt bij samenwerking steeds dat de zorgaanbieders zelfstandig moeten beoordelen of hun beoogde samenwerking ook verenigbaar is met het kartelverbod (*self assessment*). Voorlichting geven op het punt van het self assessment is, in de door de overheid gecreëerde transitiefase waarbij zorgaanbieders voortdurend prikkels krijgen om tot samenwerking en fusies te komen, iets waar alle betrokkenen (zorgaanbieders en zorgverzekeraars) baat bij hebben.

### Is de NZa nu gehouden slechts procedureel te toetsen?

De NZa houdt toezicht op de publieke belangen: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Hoe kan de NZa binnen die context nu zorgconcentraties vooraf toetsen? Er kan een keuze worden gemaakt tussen een

Zorg aan de NZa met kenmerk CZ 3153204, 30 januari 2013, p. 4 en de NZa Aanbiedingsbrief iBMG-rapport over regiomaatschappen, 5 juni 2013.

18 NZa Aanbiedingsbrief iBMG-rapport over regiomaatschappen, 5 juni 2013.

19 Kamerstukken II 2012/13, 33 253, nr. 53, aangenomen op 11 maart 2013.

inhoudelijke of procedurele toetsing. Uit de Memorie van Toelichting bij het wetsvoorstel volgt: “*Het is geenszins de bedoeling dat de NZa treedt in de verantwoordelijkheden van de zorgaanbieder door een inhoudelijk oordeel te vellen over de doelstellingen van de concentratie of de inbreng van cliënten of personeel.*”<sup>20</sup> Ook ten aanzien van de effectrapportage geldt dat de NZa alleen een procedurele toetsing verricht: nagegaan wordt óf de effectrapportage is opgesteld en niet ook of die rapportage inhoudelijk hout snijdt. Ook anderszins volgt uit de Memorie van Toelichting dat bij invoering van de zorgspecifieke fusietoets slechts voorzien zou worden in een procedurele toetsing door de NZa. Maar is dat beeld nog correct?

### Of dient de NZa ook een inhoudelijk oordeel te vellen nu de NZa-zienswijze toch niet wordt afgeschaft?

De invoering van de zorgspecifieke fusietoets zou een duidelijke afbakening van de verantwoordelijkheden van de NZa en ACM creëren. Niet alleen voorzagt het initiële wetsvoorstel in de introductie van een procedurele toetsing door de NZa. Daarnaast ging dit voorstel ook uit van de afschaffing van de huidige systematiek waarbij de NZa een zienswijze aan ACM geeft. Dat laatste punt is bij de behandeling in de Tweede Kamer teruggedraaid. Zo is door de Tweede Kamer aan het wetsvoorstel dat in de Eerste Kamer ligt toegevoegd: “*De Zorgautoriteit geeft de mededingingsautoriteit inzicht in de gevolgen van de concentratie zal hebben voor de betaalbaarheid, toegankelijkheid en, volgens de bevindingen van de ambtenaren van het staatstoezicht, voor de kwaliteit van zorg.*”<sup>21</sup> Door deze aanvulling wordt de NZa-zienswijze dus niet afgeschaft, maar slechts in het toetsingsproces naar voren gehaald.<sup>22</sup> De zienswijze dient de NZa immers niet tijdens, maar voorafgaand aan het moment dat ACM aan zet is aan ACM te gaan geven.

### Knelpunten worden niet weggenomen, wel nemen doorlooptijd en de (administratieve) lasten toe

Op dit moment is ACM niet gehouden een zienswijze van de NZa te volgen en de praktijk wijst uit dat ACM daar ook geregeld van afwijkt. Dit verandert dus niet, althans

20 Kamerstukken II 2011/12, 33 253, nr. 3, p. 12 en p. 15.

21 Kamerstukken I 2012/13, 33 253 A, art. 49c, lid 5.

22 Dit is het gevolg van het amendement Van der Staaij, Kamerstukken I 2012/13, 32 402, C, waarbij uit de toelichting volgt: “Met het wetsvoorstel over de zorgspecifieke concentratietoets verdwijnt dit inhoudelijke oordeel van de NZa en de IGZ over de publieke belangen, met uitzondering van de bereikbaarheid van de cruciale zorg. Dat vindt de indieneer ongewenst. Dit amendement regelt daarom dat de NZa inzicht geeft aan de NMa over de gevolgen voor de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit, na vooraf advies ingewonnen te hebben bij de IGZ. De IGZ betreft daarbij haar bevindingen van het intensievere reguliere toezicht dat zij op grond van de reguliere kwaliteitswetgeving tijdens het concentratieproces uitoefent.”

ACM is volgens het wetsvoorstel niet gehouden aan de zienswijze van de NZa. Wel blijft ACM gehouden aan de eerdergenoemde Beleidsregel. Die dwingt ACM in te gaan op punten die op zijn minst genomen raakvlakken hebben met onderwerpen uit de NZa-zienswijze. Per saldo verandert er dus op het punt van de NZa-zienswijze weinig tot niets. Het risico op dubbel werk en tegenstrijdige visies van de NZa en ACM bij toetsing van zorgconcentraties wordt met het huidige wetsvoorstel in ieder geval niet uitgebannen. Wel maakt het wetsvoorstel, zoals ook door de minister van VWS niet wordt ontkend, dat zorgaanbieders met concentratieplannen worden geconfronteerd met een langer toetsingsproces en verhoging van hun (administratieve) lasten.<sup>23</sup> Dit alles is uiteraard ook koren op de molen van de pleitbezorgers van de aanpak waarbij de mededingingsbevoegdheden van de NZa worden ‘ingevoerd’ in ACM.<sup>24</sup> Een proces waar de minister van VWS en de NZa geen voorstander van zijn.

Bij de kern van het wetsvoorstel, de effectrapportage, lijkt het devies van de Tweede Kamer: eerst invoeren en daarna de meerwaarde ervan onderzoeken.

### Ondanks de kritiek van de Raad van State zet de minister door op inzet van de toets

Een punt van kritiek dat bij de voorbereiding van het wetsvoorstel door de Raad van State is geuit, is dat de NZa geen kader heeft om een concentratie te toetsen op de gevolgen voor de kwaliteit van de zorg.<sup>25</sup> De Raad meent dat zonder zinvolle criteria op dit punt geen inhoudelijke toetsing kan plaatsvinden.<sup>26</sup> De regering heeft daarop de toetsing op kwaliteit willen beperken tot een zuiver procedurele toets.<sup>27</sup> Minister Schippers merkt in 2012 in dat kader op: “*Het effect van een concentratie op de kwaliteit van zorg wordt pas na de concentratie zichtbaar. Effectmeting voorafgaand aan de concentratie is niet*

23 Er wordt in de Memorie van Toelichting een bedrag van ca. € 8.000 per gemelde concentratie genoemd, maar dat lijkt gezien de administratieve belasting van o.a. de effectrapportage aan de conservatieve kant.

24 B. Baarsma, Column in NZa ‘Het verschil maken. Stand van de zorgmarkten’, p. 23 e.v. en M.Ph.M. Wiggers, *De NMa en de NZa in de curatieve zorgsector. Een toetsing aan het Europees mededingingsrecht*, (diss. Nijmegen), Deventer: Kluwer 2013.

25 Advies Raad van State en nader rapport gepubliceerd op 10 mei 2012.

26 Dat oordeel velde de Raad enkele jaren eerder ook al over het eerste wetsvoorstel om te komen tot een zorgspecifieke fusietoets. In 2008 is een eerste voorstel voor de introductie van een zorgspecifieke fusietoets door de regering voorgesteld. De Raad van State oordeelde in 2009 over dit eerste voorstel dat het geen geschikte maatregel was om de kwaliteit en bereikbaarheid van zorg te verbeteren.

27 Als gevolg van het amendement Van der Staaij is die opzet niet geslaagd, omdat daardoor in het wetsvoorstel zoals dat naar de Eerste Kamer is gegaan de NZa-zienswijze niet wordt afgeschaft en het werk van de NZa dus niet langer beperkt zal zijn tot een zuiver procedurele toetsing.

mogelijk. De aanscherpingen uit dit wetsvoorstel zijn dan ook gericht op een zorgvuldig concentratieproces, vanuit de overtuiging dat het zorgvuldig doordenken van een concentratie en het daarbij betrekken van stakeholders de kwaliteit van de zorgverlening voor, tijdens en na de concentratie ten goede komt. Koppeling van de concentratietoets aan de gegevens over kwaliteit is niet wenselijk. Op dit moment is het niet mogelijk om kwaliteit in relatie tot een concentratie *ex ante* te toetsen.<sup>28</sup> Vooraf toetsen op de gevolgen van een fusie voor de kwaliteit van de zorg is, aldus de minister van VWS, niet mogelijk. Dat neemt dus volgens de minister niet weg dat, nu er onvoldoende interne toetsingsmechanismen zouden zijn om de uitvoering van ondoordachte fusieplannen tegen te gaan, het zaak is het wetsvoorstel aan te nemen. Zijn er dan inderdaad te weinig (interne) toetsingsmechanismen? De sector meent, zoals hierna kort wordt toegelicht, van niet.

## Is het gezien het overheidsbeleid in de zorg niet logischer om samenwerking (op onderdelen) door zorgaanbieders aantrekkelijk(er) te maken, dan de NZa 'in stelling te brengen' om fusies van zorgaanbieders te ontmoedigen?

### De zorgsector wijst de komst van de zorgspecifieke toets af

De BoZ wijst het wetsvoorstel voor de zorgspecifieke fusietoets af. In dat verband heeft de BoZ eerder ook getracht enkele kritische vragen aan minister Schippers te stellen.<sup>29</sup> De BoZ onderschrijft daarbij dat een fusie goed doordacht moet zijn en belanghebbenden adequaat betrokken dienen te worden.<sup>30</sup> Tegelijk stelt de BoZ vast dat de drempel uit het wetsvoorstel te laag is. Bovendien, meent de BoZ, zijn veel van de eisen uit het wetsvoorstel zo ook al in andere wet- en regelgeving opgenomen, althans is de positie van belanghebbenden goed verankerd in onder andere de Zorgbrede Governancecode, de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen en de Mw. Deze regelingen waarborgen volgens de BoZ de betrokkenheid van werknemers en cliënten en zorgen dat bestuurders niet over een nacht ijs kunnen gaan. De BoZ geeft ook aan: *“Dit voornemen getuigt bovendien van weinig vertrouwen in ondernemingsraden en cliëntenraden. De WOR en de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen waarborgen dat in die gevallen dat deze raden menen onvoldoende te worden gehoord zij zich kunnen wenden tot de Ondernemingskamer res-*

*pectievelijk de Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden (LCvV). Dit betekent dat waar er sprake was van een situatie waarin alleen niet goed lopende fusieadviestrajecten worden voorgelegd aan een deskundige geschilleninstantie, de bewindslieden nu voorstellen alle fusietrajecten door de NZa te laten beoordelen. Daarbij moet de NZa zich een oordeel vormen over de vraag 'of fusiepartners op een redelijke wijze hebben rekening gehouden met de adviezen van direct betrokkenen'. Dergelijke oordeelsvorming komt in eerste instantie cliëntenraden en ondernemingsraden toe, en bij een geschil de Ondernemingskamer of de LCvV. De NZa-betrokkenheid heeft geen enkele meerwaarde. De doorlooptijd van een fusie zal nodeloos toenemen en de administratieve lasten zullen stijgen. Dan laten we de vraag nog buiten beschouwing hoe de NZa op afstand tot een betere analyse van de situatie kan komen dan de direct betrokkenen of de Ondernemingskamer en de LCvV.”*<sup>31</sup> Het betoog van de BoZ heeft de Tweede Kamer niet kunnen overtuigen. Maar wordt niet uit het oog verloren dat als belanghebbenden bezwaren tegen een zorgconcentratie hebben en/of zich intern onvoldoende gehoord voelen, zij hun stem (opnieuw) kenbaar kunnen maken als ACM aan zet is?

### Alternatieve routes zijn al(lang) beschikbaar

Bij iedere zorgfusie nodigt ACM belanghebbenden uit om hun zienswijze aan ACM kenbaar te maken. Het bewijs voor het feit dat daar in de zorg ook op wordt ingegaan, is er. Sterker nog, cliëntenraden die bedenkingen hebben bij een zorgconcentratie weten de weg naar ACM in voorkomende gevallen ook op eigen houtje te vinden.<sup>32</sup> Ook de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) gaf onlangs in een openbare brief aan ACM aan bedenkingen te hebben bij een ziekenhuisfusie.<sup>33</sup> ACM houdt daar ook rekening mee. Zo volgt uit de gang van zaken bij de vergunningeis die ACM in juni 2013 stelt in het kader van de fusie van het Lievensberg Ziekenhuis en Ziekenhuis St. Franciscus.<sup>34</sup> Kortom, tijdens het traject bij ACM kunnen niet alleen betrokkenen uit de eigen organisaties, maar ook derden (zoals NPCF, Consumentenbond en niet te vergeten de zorgverzekeraars en/of gemeenten) hun visie geven. Treden belanghebbenden niet uit eigen beweging naar voren, dan is ACM op grond van de Beleidsregel gehouden navraag bij deze partijen te doen.

31 Ibid.

32 Besluit van de NMa in zaak Parnassia Bavo Groep-Stichting Emergis, 27 februari 2012.

33 Zie brief NPCF aan ACM, 10 juni te raadplegen via [www.npcf.nl](http://www.npcf.nl).

34 ACM, 'Meer onderzoek nodig naar West-Brabantse ziekenhuisfusie', 12 juni 2013, ACM geeft in dit persbericht aan: "Uit het tot nu toe verrichte onderzoek blijkt dat patiënten van deze ziekenhuizen, het andere ziekenhuis als eerste of tweede alternatief zien. [...] Een belangrijke vraag in het eventuele vervolgonderzoek is of de zorgverzekeraars in staat zijn om voor hun verzekerden een zo goed mogelijke prijs/kwaliteit voor de zorg te bedingen bij het fusieziekenhuis. De zorgverzekeraars zijn hier optimistisch over. De NPCF heeft vanuit haar landelijke visie ACM vooralsnog laten weten dat zij hieraan twijfelt."

28 Nota naar aanleiding van verslag gepubliceerd op 10 oktober 2012.

29 BoZ, brief aan de leden van de vaste commissie voor VWS in de Tweede Kamer der Staten-Generaal inzake wetswijzigingen WMG, WCZ en andere wetten in de Tweede Kamer, 9 juni 2012, p. 3, te raadplegen via [www.brancheorganisatieszorg.nl](http://www.brancheorganisatieszorg.nl).

30 BoZ, brief aan de leden van de vaste commissie voor VWS in de Tweede Kamer der Staten-Generaal inzake gesprek met NMa en AO Fusies in de zorgsector, 1 september 2011, p. 3, te raadplegen via [www.brancheorganisatieszorg.nl](http://www.brancheorganisatieszorg.nl).

Bovendien kunnen deze partijen als hun visie onvoldoende gehoord wordt en ACM een concentratie goedkeurt, net als in andere sectoren al is gebeurd, beroep bij de Rechtbank Rotterdam aantekenen.<sup>35</sup> Dat deze routes in de zorg niet vaak worden bewandeld, betekent niet dat deze niet al(lang) beschikbaar zijn.

### Wetenschappers plaatsten eerder hun kanttekeningen bij de meerwaarde van een zorgspecifieke fusietoets

Ook vanuit wetenschappelijke kringen zijn ten aanzien van de introductie van een zorgspecifieke fusietoets kritische noten gekraakt. Zo wijzen Varkevisser en Schut in 2011 in hun bijdrage, 'Zorgspecifieke fusietoets is overbodig en ongewenst', de komst van een zorgspecifieke toets af.<sup>36</sup> Zij stellen, kort samengevat, dat die toets geen meerwaarde biedt en zal bijdragen aan een proces waarbij zorgfusies door ACM eerder worden goedgekeurd.<sup>37</sup> Dit omdat ACM daarbij sneller in de positie zou komen om ook niet-economische aspecten in haar beoordeling van een zorgconcentratie mee te wegen. Varkevisser en Schut zien liever dat door ACM optimaal gebruik wordt gemaakt van het bestaande toetsingskader. Daarbij tekenen zij ook aan dat zou ACM haar goedkeuring aan een zorgconcentratie onthouden het de zorgaanbieders op grond van art. 47 Mw steeds vrijstaat de minister van Economische Zaken te verzoeken vanwege gewichtige redenen van algemeen belang daarvoor alsnog groen licht te geven. Deze aanpak waarvoor geen nieuwe wet nodig is en die in Duitsland al in de praktijk is gebracht, levert volgens Varkevisser en Schut een meer zuivere aanpak bij toetsing van zorgconcentraties door ACM op. Ook hun betoog heeft de Tweede Kamer niet kunnen overtuigen en inmiddels is de Eerste Kamer aan zet.

### Beter ten halve gekeerd dan ten hele gedwaald?

Duidelijk is dat de Eerste Kamer een oordeel dient te vellen over een wetsvoorstel waarvoor, vanuit verschillende perspectieven bezien, geldt dat het de vraag is of het toegevoegde waarde creëert. Daar komt bij dat de introductie van de zorgspecifieke fusietoets ook gevolgen zal hebben voor de toezichthouders. Zowel de NZa als ACM hebben met bezuinigingen te maken.<sup>38</sup> Zonder capaciteitsuitbreiding zal sprake zijn van een afruil: het verplicht meer tijd besteden aan (procedurele) toetsing van

zorgconcentraties (en communicatie tussen NZa en ACM en vice versa) betekent minder capaciteit voor andere werkzaamheden, waaronder het geven van voorlichting over de toelaatbaarheid van samenwerking in de zorg. Dat terwijl met dit laatste punt, zoals hierna nader wordt toegelicht, de behoefte om te kiezen voor een integrale fusie juist af zal kunnen nemen. Zou de overheid gezien de prikkels die zij bij voortdurend geeft om te komen tot samenwerking en fusies in de zorg niet juist meer aandacht moeten (laten) besteden aan het aantrekkelijk(er) maken van het (op onderdelen) samenwerken door onafhankelijke zorgaanbieders? Is dat gezien de huidige beleidskeuze in de zorg niet de manier om de prikkels tot integrale fusies van zorgaanbieders te verminderen? Terwijl de minister van VWS en de Tweede Kamer hun zinnen hebben gezet op de zorgspecifieke fusietoets is er ook een alternatieve en meer passende benadering mogelijk.

### Een andere benadering is mogelijk

Het is lastig te voorspellen of en hoeveel fusieplannen uitsluitend vanwege de zorgspecifieke fusietoets afgeblazen zullen worden. Wel is op voorhand duidelijk dat ook met de komst van de zorgspecifieke toets een voorname prikkel om samen te werken of te fuseren, zoals de overheid die creëert met haar beleid voor spreiding en concentratie van zorg, niet wordt weggenomen. Ook zal blijven gelden dat om de door de overheid en zorgverzekeraars gestelde (kwaliteits)doelstellingen te bereiken er voor zorgaanbieders vaak slechts twee opties in het verschiep liggen: samenwerken of fuseren. Fuseren lijkt vanuit mededingingsrechtelijk perspectief bezien vaak aantrekkelijker dan samenwerken. Anders dan bij fuseren, waarbij ACM de toetsing verricht, is het bij samenwerking tussen concurrerende zorgaanbieders steeds aan de aanbieders zelf om na te gaan of hun samenwerking verenigbaar is met het kartelverbod. Eerder is gesignaleerd dat het wettelijk kader ondernemingen hierbij dwingt een fuik in te zwemmen.<sup>39</sup> Zo dienen concurrerende zorgaanbieders bij samenwerking eerst als het ware schuld te bekennen aan overtreding van het kartelverbod (art. 6, lid 1, Mw), voordat zij zich door middel van een efficiëntieverweer (art. 6, lid 3, Mw) daarvan kunnen vrijpleiten. Daarnaast geldt dat fusietoetsing een eenmalige exercitie betreft. Nadat ACM groen licht heeft gegeven voor de fusie en die is voltrokken, behoeft de samenwerking tussen de voorheen onafhankelijke zorgaanbieders geen toetsing meer aan het kartelverbod. Dat is anders bij een samenwerking (op onderdelen) tussen concurrerende zorgaanbieders. Daarbij zijn de zorgaanbieders steeds gehouden na te gaan of hun samenwerking ook verenigbaar is met het kartelverbod. Deze *self assessment* vergt regelmatig onderhoud, omdat de omstandigheden kunnen veranderen. Als dat onderhoud niet tijdig of goed wordt verricht, kunnen hoge boetes

35 Bijvoorbeeld Rechtbank Rotterdam 25 augustus 2011, ECLI:NL:RBROT:2011:BT8903. In deze zaak zijn twee belangenverenigingen voor veehouders die kalveren leveren aan de kalfsvleesproducenten Alpuro en Van Drie in beroep gegaan bij de Rechtbank Rotterdam tegen de goedkeuring door de NMa voor de overname van Alpuro door Van Drie.

36 M. Varkevisser & E. Schut, 'Zorgspecifieke fusietoets is overbodig en ongewenst', *Tijdschrift voor Toezicht* 2011, nr. 2, p. 33-41.

37 Ibid, p. 40.

38 NZa, 'Werkprogramma en begroting NZa 2013', p. 10 en Spreekpunten Chris Fonteyn ACM persconferentie, 11 april 2013, p. 6.

39 B. Baarsma & J. Poort, 'Mededingingseconomisch perspectief op het leerstuk van de doelbeperking: toepassing op het BIDS-arrest', *M&M* 2009, nr. 2, p. 54.

voor overtreding van het kartelverbod volgen. Daarnaast zijn volgens art. 6, lid 2, Mw overeenkomsten die strijdig zijn met het kartelverbod van rechtswege nietig. Zou men samenwerking tussen zorgaanbieders willen stimuleren, zonder de aanbieders te prikkelen steeds voor een integrale fusie te kiezen, is het zaak dat de zorgaanbieders op efficiënte wijze kunnen nagaan of hun samenwerking verenigbaar is met het kartelverbod. Hierna wordt eerst toegelicht waarom die behoefte in de zorgsector nog steeds bestaat. Daarna wordt aangestipt hoe op korte termijn de toezichthouders op dit punt voorlichting kunnen geven aan de zorgsector.

### De zorgsector staat op achterstand

Per 1 mei 2004 is het regime afgeschaft waarbij ondernemingen met een ontheffingsverzoek een vrijstelling van de mededingingsautoriteiten voor het kartelverbod konden krijgen. De afschaffing van dit regime wordt met name verdedigd met de stelling dat de jurisprudentie gevormd naar aanleiding van ontheffingsverzoeken uit de periode voor mei 2004 voldoende aanknopingspunten biedt voor ondernemingen om zelfstandig te beoordelen of hun samenwerking verenigbaar is met het kartelverbod. Voor de zorgsector gaat deze vlieger niet of nauwelijks op. Toen in 2004 het oude regime werd afgeschaft, had de zorgsector nog nauwelijks te maken gehad met de Mw.<sup>40</sup> De praktijk van de NMa en Europese Commissie uit de periode voor mei 2004 kan de zorgsector dan ook niet of nauwelijks houvast bieden. Daarnaast geldt dat hoewel ACM inmiddels de nodige besluiten en richtsnoeren over de zorg heeft gepubliceerd, die niet steeds een (compleet) antwoord geven op essentiële vragen. Zo laat ACM in haar besluiten geregeld de afbakening van de relevante (geografische) markt in het midden.

### Kom, samen met de sector, tot laagdrempelige voorlichting over samenwerking in de zorg

Ondertussen verkeert de zorgsector, zoals ook ACM aangeeft, volop in transitie.<sup>41</sup> Dat zal de komende jaren niet snel veranderen, omdat vanuit of met steun van de overheid de zorgsector voortdurend prikkels krijgt te komen tot concentratie en spreiding van zorg.<sup>42</sup> Wat de zorgsector daarbij goed kan gebruiken zijn een overheid en toezichthouders die bij deze transitie duidelijkheid blijven scheppen over de toepassing van de Mw. Als toegelicht kleeft aan de keuze voor samenwerking tussen zorgaanbieders het nadeel dat zij zelfstandig de horde van toetsing van hun samenwerking aan het kartelverbod dienen te nemen. Dat is bij een fusie anders en voor deze ongelijkheid zou men meer oog kunnen hebben. Daarmee is niet gezegd dat

ACM dat nu niet heeft. Wel is het de vraag of ACM dat voldoende heeft, althans of ACM ook voldoende middelen heeft om dat steeds om te kunnen zetten in daden. Een voorbeeld betreft de vorming van ziekenhuisoverstijgende maatschappen. Op 6 juni 2013 publiceerde ACM haar 'ACM-lijn maatschappen en ziekenhuizen'. Daarin merkt ACM op: "Wanneer ziekenhuizen signalen hebben dat de binnen hun ziekenhuis werkzame maatschappen afspraken hebben gemaakt die mogelijk de concurrentie beperken of schadelijke effecten hebben voor verzekeraars/patiënten, nodigt ACM deze ziekenhuizen uit om bij haar langs te komen om te kijken of zich hier inderdaad een probleem voordoet en om te overleggen over een oplossing hiervoor. Aangezien in het verleden NMa/ACM zich hierover minder eenduidig heeft uitgesproken zal de inzet van ACM bij bestaande gevallen erop gericht zijn om reeds ontstane schadelijke situaties te beëindigen." ACM erkent hiermee op dit punt eerder niet de meest klare wijn te hebben geschonken.<sup>43</sup> Het is toe te juichen dat ACM dit gebaar nu maakt.<sup>44</sup> Tegelijk blijft er werk aan de winkel. De vigerende 'NMa Richtsnoeren zorg' (maart 2010) zijn inmiddels al ruim drie jaar oud. De vorige editie van de 'NMa Richtsnoeren zorg' (december 2007) zag minder dan tweeënhalf jaar eerder het licht. Kortom, het is de hoogste tijd voor een nieuwe editie.<sup>45</sup> Om die editie van actuele praktijkvoorbeelden te voorzien, kunnen ACM en de NZa de sector de hand reiken. Dat is, zoals hierna wordt toegelicht, mede te faciliteren door het informele zienswijzetraject in de zorg (tijdelijk) aantrekkelijker te maken.

### Maak het traject voor een informele zienswijze in de zorg aantrekkelijker

Zowel in 2012 als 2013 geeft ACM aan voor de zorg te willen kijken om: "iets royaler om [te] kunnen gaan met het geven van informele zienswijzen, met name waar die een grote voorbeeldwerking kunnen hebben".<sup>46</sup> Ook dat is een goede ontwikkeling. Een informele zienswijzeverzoek hoeft zo niet te stranden op de afwezigheid van een nieuwe rechtsvraag. Wel schrijven de vuistregels informele zienswijzen voor: het moet voor ACM mogelijk zijn om een informele zienswijze te geven op basis van de door verzoeker verstrekte informatie, dus zonder dat er nader feitelijk onderzoek door ACM nodig is.<sup>47</sup> Er is tot op heden geen sterke aanwas aan verzoeken om informele zienswijze

40 Zo had de eerste inhoudelijke beoordeling van een fusie van ziekenhuizen door de NMa eerst in begin 2004 plaats.

41 *Marktvisie ACM*, 11 april 2013, p. 6 e.v.

42 Zie bijvoorbeeld NMa besluit in zaak 7332/384 Spaarne Ziekenhuis-Kennemer Gasthuis, 2 november 2012, p. 6 e.v.

43 In de vigerende versie van de NMa Richtsnoeren zorg (maart 2010) komt deze visie niet naar voren.

44 ACM lijkt en dat is een positieve ontwikkeling in toenemende mate bereid voorlichting over toetsing aan art. 6 Mw te geven, getuige ook de 'Kennissbank duurzaamheid' te raadplegen op [www.acm.nl](http://www.acm.nl).

45 C. Fonteijn geeft in zijn Spreekpunten op de ACM persconferentie van 11 april 2013 op p. 5 aan: "We komen met een integrale visie op de zorgmarkt die helderheid geeft over wat de buitenwereld van ACM mag verwachten". Maar die is tot op heden nog niet verschenen.

46 Henk Don, 'Lezing voor de 11e Markt & Mededingingsconferentie', Den Haag, 24 mei 2012, p. 7 en Henk Don, 'Lezing voor de 12e Markt & Mededingingsconferentie', Den Haag, 14 mei 2013, p. 7.

47 Zie ook de informele zienswijze ACM inzake PACT, zaaknr. 13.0293, 28 juni 2013.

in de zorg te bespeuren. Dat kan ook anders. ACM beschikt – met de NZa, IGZ en het Kwaliteitsinstituut – over veel kennis en data die lang niet altijd (ook) voor de veldpartijen beschikbaar zijn. Dat potentieel kan, zonder dat daarvoor wetswijzigingen nodig zijn, beter worden benut.<sup>48</sup> Zo zou ACM nadrukkelijk kunnen aangeven voor de zorg (tijdelijk) de aanpak te volgen waarbij ACM in beginsel bereid is ook zelf nader onderzoek te doen en derden (zoals de NZa en/of zorgverzekeraars) te raadplegen. Dit zou de terughoudendheid van zorgaanbieders kunnen verminderen om een informele zienswijze te vragen. Daarmee zou ACM in korte tijd meer praktijkgerichte voorlichting kunnen geven.<sup>49</sup> Uiteraard zal dat beslag leggen op capaciteit bij ACM en de NZa. Die capaciteit is vrij te maken, althans er zijn eenvoudige maatregelen te treffen om te garanderen dat de bestaande capaciteit optimaal kan worden ingezet. Voor de NZa geldt daarbij: voer het huidige wetsvoorstel ten aanzien van de zorgspecifieke fusietoets niet in. Voor ACM geldt: kom alsnog tot een aanpassing van de verlaagde omzetsdrempels voor concentraties van zorgaanbieders.

### Pas de verlaagde omzetsdrempels in de zorg aan

Eind 2012 zijn, met instemming van ACM, de verlaagde omzetsdrempels voor de zorg ongewijzigd tot 1 januari 2018 verlengd. Daarmee is een kans onbenut gelaten om een meer proportioneel middel te kiezen om toetsing van potentieel problematische concentraties op lokale of regionale zorgmarkten te verzekeren.<sup>50</sup> Dit is op korte termijn te herstellen. Zo is het denkbaar aanvullende eisen

te introduceren, zoals het bestaan van noemenswaardige geografisch overlappende verzorgingsgebieden en/of het bereiken van hoge gezamenlijke marktaandeelen door de betrokken zorgaanbieders.<sup>51</sup> Op die manier wordt voorkomen dat marktpartijen én ACM de komende vijf jaar tijd steken in het melden, respectievelijk behandelen van zorgconcentraties die mededingingsrechtelijk gezien niet schadelijk zijn.<sup>52</sup> Zeker wanneer de Eerste Kamer het wetsvoorstel voor de zorgspecifieke fusietoets zou aannemen, is het zaak gelijktijdig de eisen voor de meldingsplicht bij ACM zodanig aan te scherpen dat zorgconcentraties die mededingingsrechtelijk gezien niet schadelijk kunnen zijn, niet langer bij ACM gemeld dienen te worden. In die gevallen is immers de NZa al met haar zorgspecifieke toetsing aan zet en is daarbij toetsing door zowel de NZa als ACM (en rapportage daarover van de NZa aan ACM) niet doelmatig. De inzet van de (extra) capaciteit die hiermee bij de NZa en ACM gemoeid is, kan ook worden aangewend om voorlichting te geven over wat wel en niet is toegestaan bij samenwerking tussen zorgaanbieders en daarbij de dialoog met het veld te zoeken.

#### Over de auteur

Mr. Diederik Schrijvershof is advocaat bij Maverick Advocaten N.V. Hij is tevens vaste medewerker van Tijdschrift Mededingingsrecht in de Praktijk.

48 In de VS en het VK zijn de mededingingsautoriteiten bij een verzoek om informele zienswijze in beginsel bereid ook zelf nader (feitelijk) onderzoek te doen en derden te raadplegen: FTC, Guidance From Staff of the Bureau of Competition's Health Care Division on Requesting and Obtaining an Advisory Opinion (May 2010) en OFT, Modernisation, Understanding OFT Competition law, OFT guideline 442, december 2004.

49 Zie ook de informele zienswijze ACM inzake PACT, zaaknr. 13.0293, 28 juni 2013 waarbij ACM in haar bijbehorende bericht, 'ACM laat samenwerkingsverband van zelfstandige apotheken toe', op 3 juli 2013 aangeeft: "De systematiek van het gehanteerde model voor samenwerking kan ook toepasbaar zijn in andere sectoren van de zorg, aldus bestuursvoorzitter Fonteijn".

50 De verruiming is bij besluit van 19 oktober 2012 verlengd tot 1 januari 2018 (de verruiming gold aanvankelijk tot 1 januari 2013).

51 Opvallend is dat eerder in 2009 bij de invoering van de beleidsregel concentraties van zorgaanbieders, supra noot 9, wel is gekozen voor de inzet van een marktaandeeldrempel van 35%.

52 De kosten die ACM in rekening brengt bij de meldende partijen voor een besluit in de eerste fase bij ACM bedragen € 15.000.