

Reactie consultatie Besluit lagere omzeldrempels concentraties in de zorg

Voorstellen voor een efficiënter preventief toezicht op fusies en overnames in de zorgsector

Amsterdam, 21 augustus 2017

Zorgteam van Loyens & Loeff N.V.

Marc Wiggers, Robin Struijlaart, Mahboebah Alipour en Joost Dibbits

1 Inleiding – consultatie

Graag maakt Loyens & Loeff gebruik van de geboden gelegenheid om te reageren op de consultatie aangaande de verlenging van het Besluit lagere omzetrempels concentraties in de zorg. Het voorstel is om voornoemd besluit uit 2007 (nogmaals) met vijf jaar te verlengen, zodat het ook geldt in de periode 2018-2023.

Wij hebben de vrijheid genomen om onze reactie breder te trekken en niet alleen opmerkingen te maken over deze verlaging van de omzetrempels als zodanig, maar tevens – gezien de nauwe verwevenheid – voorstellen te doen om de mededingingstoets in de toekomst beter af te stemmen op de zorgspecifieke fusietoets en daarmee de lasten- en regeldruk voor de zorgsector te verlagen zonder dat daarbij wordt ingeboet op de effectiviteit van het toezicht.

Deze reactie mag integraal openbaar worden gemaakt.

2 Advies Loyens & Loeff

Het Zorgteam van Loyens & Loeff adviseert primair:

- de verlaging van de concentratiedrempels voor de zorgsector niet meer te verlengen; en
- de zorgspecifieke fusietoets zoals die op basis van de thans geldende wet- en regelgeving wordt uitgevoerd door de Nederlandse Zorgautoriteit (**NZa**) te vervangen door uitsluitend een toets of de beschikbaarheid van cruciale zorg in gevaar komt.

3 Onderbouwing

3.1 Inleiding

3.1.1 Drempels concentratiemelding Mededingingswet ACM

Een concentratie dient op basis van artikel 29 Mededingingswet bij de Autoriteit Consument & Markt (**ACM**) gemeld te worden indien (i) de omzet van de betrokken ondernemingen gezamenlijk in het voorafgaande kalenderjaar meer bedroeg dan EUR 150 miljoen, (ii) ten minste twee van de betrokken ondernemingen ieder ten minste EUR 30 miljoen omzet in Nederland behalen en (iii) niet de omzetrempels voor melding bij de Europese Commissie worden gehaald. De ACM zal nagaan of de aangemelde concentratie leidt tot een significante belemmering van de daadwerkelijke mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan. Komt de ACM tot die conclusie, dan kan de ACM de concentratie verbieden of onder voorwaarden goedkeuren. Artikel 29 Mededingingswet bepaalt ook dat deze drempels bij algemene maatregel van bestuur voor bepaalde sectoren kunnen worden verlaagd, waartoe voor de zorgsector is besloten.

3.1.2 Verlaagde zorgdrempels

Sinds 2008 zijn de verlaagde zorgdrempels van toepassing. Een concentratie dient bij de ACM gemeld te worden indien (i) minstens twee betrokken ondernemingen ten minste EUR 5,5 miljoen van hun omzet hebben behaald met zorgverlening, (ii) de betrokken ondernemingen in het afgelopen kalenderjaar gezamenlijk in totaal meer dan EUR 55 miljoen omzet hebben gerealiseerd, en (iii) ieder meer dan EUR 10 miljoen omzet in Nederland hebben gerealiseerd.¹ Het begrip zorgverlening wordt als volgt gedefinieerd:

“zorg als bedoeld in artikel 3.1.1. van de Wet langdurige zorg,

artikel 10 van de Zorgverzekeringswet;

het schoonhouden van de woonruimte, het schoonhouden van kleding en huishoudlinnen behorende tot het huishouden van de cliënt en het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de verzorging van de cliënt, in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.”²

De voorliggende consultatie betreft het voornemen de verlaagde zorgdrempels met vijf jaar te verlengen.

3.1.3 De noodzaak voor een verlenging van het besluit aangaande de verlaagde zorgdrempels is niet in de praktijk aangetoond

De huidige verlaagde drempelwaarden zijn ingevoerd in 2007. De gedachte daarachter was toentertijd dat met name langdurige zorg veelal wordt aangeboden op lokale markten, waardoor zorgondernemingen ondanks een relatief lage omzet kunnen beschikken over een hoog marktaandeel/marktmacht. In november 2012 werd voor het eerst besloten om de verlaging – die aanvankelijk voor vijf jaar was afgekondigd – met nog eens vijf jaar te verlengen (dus tot en met 31 december 2017). Uit de evaluatie van het oorspronkelijke besluit tot verlaging zou (aldus destijds de minister van Economische Zaken) naar voren zijn gekomen dat verlaging van de omzetsdrempels heeft geleid tot het meldingsplichtig worden van een aanzienlijk aantal zorgconcentraties dat (mogelijk) tot mededingingsbezwaren zou hebben geleid.

In de toelichting bij het voorliggende voorstel de verlaging wederom met vijf jaar te verlengen wordt de destijds gebezigde argumentatie met zoveel woorden herhaald, maar een feitelijke onderbouwing ontbreekt ditmaal. Daartoe had wel aanleiding bestaan, zo leert een door ons uitgevoerd onderzoek over de afgelopen vijf jaar. Loyens & Loeff constateert dat sinds 1 januari 2012 de ACM (respectievelijk haar rechtsvoorganger de

¹ Vanzelfsprekend geldt ook onder de verlaagde zorgdrempels dat concentraties die bij de Europese Commissie dienen te worden aangemeld niet onder het nationale toezicht vallen.

² Zie artikel 1 lid 2 Besluit tijdelijke verruiming toepassingsbereik concentratietoezicht op ondernemingen die zorg verlenen.

NMa) in een achttal zorgconcentraties een vergunningseis heeft gesteld en daarmee een uitgebreid 'tweede fase' onderzoek heeft ingesteld.³ De ACM start een dergelijk onderzoek als zij een vermoeden heeft dat een concentratie tot mededingingsbezwaren kan leiden. Dit zijn dus de zorgconcentraties geweest die de ACM als potentieel bezwaarlijk heeft aangemerkt. Op basis van openbaar beschikbare informatie heeft Loyens & Loeff met voldoende zekerheid kunnen vaststellen, dat de omzetten van de bij die concentraties betrokken ondernemingen zeer ver⁴ boven de reguliere drempelwaarden van artikel 29 Mededingingswet uitkwamen. Ook zonder het verlengde verlagingsbesluit had de ACM deze volgens haar (potentieel) meest problematische concentraties dus gewoon moeten toetsen. Dit maakt de vraag welk belang is gediend bij een verdere verlenging van de toepasselijkheid van de verlaagde meldingsdrempels op zijn minst opportuun.

Natuurlijk is nooit uit te sluiten dat er in de afgelopen vijf jaar zorgaanbieders die wél de verlaagde drempels maar niet de reguliere drempels haalden hun fusie of overname hebben afgeblazen, in de verwachting dat de ACM daarvoor toch geen goedkeuring zou hebben gegeven. Gelet op het feit dat de omzetten van de betrokken ondernemingen in de zaken die wél werden gemeld en vervolgens mogelijk problematisch bleken aanzienlijk boven de reguliere drempels lagen, lijkt echter op voorhand bepaald niet aannemelijk dat het om een aanzienlijk aantal zaken gaat.

Natuurlijk kan men zich op het standpunt stellen dat als er door een dergelijke preventieve werking van de verlaagde drempels ook maar één problematische concentratie niet tot stand is gekomen, dat al winst betekent voor de samenleving. Daartegen is op zich weinig tot niets in te brengen, maar men kan zich de vraag stellen of die bescheiden winst⁵ wel in verhouding staat tot de aanzienlijke administratieve en financiële belasting waarmee de sector door de drempelverlaging wordt opgezadeld. Een dergelijke belangenafweging zal zorgvuldig dienen te geschieden, temeer omdat de extra kosten voor de zorgsector die opgaan aan het toezicht niet meer aan zorg kunnen worden besteed.

Immers, voor iedere concentratiemelding bij de ACM dient in de eerste fase een kostenvergoeding van EUR 17.450 betaald te worden. Bovendien is de voorbereiding van een concentratiemelding in de regel dermate complex, dat een zorginstelling daarvoor gespecialiseerde externe (juridische) bijstand nodig heeft. Een concentratiemelding is dus een kostbare aangelegenheid. Het is maar zeer de vraag of zorggeld nuttig en doelmatig

³ Besluit NMa 14 februari 2012, zaak 7332 (Spaarne Ziekenhuis/Kennemer Gasthuis), besluit NMa 27 februari 2012, zaak 7327 (Parnassia Bavo Groep/Emergis), besluit ACM 30 september 2013, zaak 13.0438.24 (Lievensberg Ziekenhuis/St. Franciscus Ziekenhuis), besluit ACM 6 december 2013, zaak 13.0758.24 (Bronovo-Nebo/Medisch Centrum Haaglanden), besluit ACM 18 maart 2014, zaak 13.1464.22 (Albert Schweitzer ziekenhuis/Rivas Zorggroep), besluit ACM 13 juni 2016, zaak 15.0849.24 (Brocacef/Mediq), besluit ACM 12 december 2016, zaak 16.0860.24 (Holland Pharma/FACO), besluit ACM 14 december 2016, zaak 16.0685.22 (Academisch Medisch Centrum/Stichting VUmc).

⁴ De kleinste betrokken onderneming in de aangehaalde tweede fasezaken was Emergis met een omzet van circa EUR 93,2 miljoen op basis van haar jaarverslag 2011. Alle andere betrokken ondernemingen noteerden jaaromzetten van meer dan EUR 100 miljoen of een veelvoud daarvan.

⁵ Het is belangrijk om te beseffen dat het dus sowieso qua omzet om relatief bescheiden zorgondernemingen gaat.

wordt 'bested' als het opgaat aan het melden van talloze niet problematische concentraties in de zoektocht naar die ene 'zwarte zwaan' (namelijk die potentieel problematische concentratie die niet de reguliere drempels haalt).

De verlaagde zorgdrempels zouden de afgelopen vier jaar tot 34 extra concentratiemeldingen bij de ACM hebben geleid. De totale kosten die deze additionele regeldruk met zich brengt worden – ons inziens zeer conservatief – geschat op EUR 200.000 per jaar.⁶ Hierbij wordt uitsluitend de kostenvergoeding voor de ACM in aanmerking genomen. De interne en externe kosten voor voorbereiding, advies en bijstand ten behoeve van het opstellen en indienen van de meldingen worden daarbij nog buiten beschouwing gelaten, laat staan de kosten voor advies en bijstand ten behoeve van concentraties die uiteindelijk niet doorgaan om commerciële redenen en daarom nooit worden gemeld. Wij denken daarom dat de werkelijke kosten noodzakelijkerwijs een veelvoud van het genoemde bedrag zullen zijn. Deze kosten kunnen aldus omvangrijk zijn. Al dit geld wordt per definitie niet aan zorgverlening besteed.

Tussenconclusie: uit onderzoek van Loyens & Loeff blijkt dat de meest problematische zorgconcentraties van de afgelopen vijf jaar ook zonder verlaging van de omzeldrempels zouden zijn getoetst door de ACM. De verlaging van de zorgdrempels lijkt de afgelopen vijf jaar dus geen toegevoegde waarde gehad te hebben. De kosten voor extra regeldruk worden bovendien onderschat. Ons primaire advies is daarom de drempelverlaging voor zorgconcentraties per 1 januari 2018 te beëindigen en de sector weer onder de reguliere meldingsdrempels te brengen.

3.2 Betere afstemming met zorgspecifieke fusietoets is noodzakelijk

3.2.1 Drempels en procedure melding zorgspecifieke fusietoets NZa

In aanvulling op het bovenstaande is bovendien van belang dat de zorgsector sinds enkele jaren ook nog een andere meldingsprocedure kent, die de administratieve lastendruk nog verder heeft doen toenemen.

Op basis van artikel 49a Wet marktordening gezondheidszorg (**Wmg**) dient een zorgaanbieder die in de regel zorg doet verlenen door ten minste vijftig personen een concentratie ter voorafgaande goedkeuring te melden bij de NZa. Die verplichting ontstaat reeds indien bij de concentratie ten minste één zorgaanbieder is betrokken die zorg doet verlenen door ten minste vijftig personen. Met andere woorden: ook indien een zorgaanbieder gaat fuseren met een niet-zorgaanbieder, dient goedkeuring van de NZa te worden verkregen indien de zorgaanbieder zorg doet verlenen door ten minste vijftig personen. Belangrijk is verder dat artikel 49a Wmg uitgaat van een net iets ander zorgbegrip dan het Besluit tijdelijke verruiming toepassingsbereik concentratietoezicht op

⁶ Zie Beantwoording van de zeven vragen uit het Integraal afwegingskader voor beleid en regelgeving (IAK), (<https://www.internetconsultatie.nl/zorgconcentraties/document/3046>).

ondernemingen die zorg verlenen. Het gaat bij de zorgspecifieke fusietoets namelijk om de definitie van zorg zoals omschreven in artikel 1 van de Wmg. Belangrijk daarbij is vooral dat in ieder geval zorg op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (**Wmo**) *niet* onder deze definitie valt, terwijl dit bij het zorgbegrip in het Besluit tijdelijke verruiming toepassingsbereik concentratietoezicht op ondernemingen die zorg verlenen wel het geval is.

De meldingsprocedure bij de NZa gaat vooraf aan de melding bij de ACM, indien ook op basis van de Mededingingswet een melding en goedkeuring is vereist. Deze laatstgenoemde melding mag pas plaatsvinden als de NZa de concentratie heeft goedgekeurd. Dit zorgt voor relatief lange doorlooptijden voor concentraties die bij zowel NZa als ACM moeten worden aangemeld, zelfs bij concentraties die op geen enkele wijze bezwaarlijk zijn waar het gaat om de effecten van die concentraties op de mededinging en op de kwaliteit en de beschikbaarheid van (cruciale) zorg.

Op dit moment is er een wetsvoorstel aanhangig dat onder meer voorziet in de overheveling van de zorgspecifieke fusietoets van de NZa naar de ACM.⁷ Tevens kunnen – indien vereist – beide meldingen (zorgspecifieke fusietoets en de reguliere mededingingsfusietoets uit de Mededingingswet) in het vervolg gelijktijdig plaatsvinden. Op basis van dit wetsvoorstel – dat om redenen die losstaan van het aspect van de zorgspecifieke fusietoets controversieel⁸ is verklaard en naar alle waarschijnlijkheid zeker niet voor 1 januari 2018 in werking zal treden – gaan additionele drempels gelden voor de zorgspecifieke fusietoets. Omdat het niet de bedoeling van de wetgever is om substantiële wijzigingen in de drempels aan te brengen, is gekozen voor een omzetsdrempel van EUR 7 miljoen behaald met zorgactiviteiten. Dit is volgens onderzoek van de NZa de gemiddelde omzet van een instelling waar door vijftig personen zorg wordt verleend. Om te voorkomen dat een overname of een concentratie met een relatief kleine partij (zoals een eenmanszaak) ook meldingsplichtig is, is ervoor gekozen om een tweede omzetsdrempel – namelijk EUR 500.000 (niet noodzakelijkerwijs omzet die met het verlenen van zorg is behaald) voor een tweede onderneming – vast te stellen. De voorgestelde nieuwe wettekst luidt als volgt:

“1. Het is verboden een concentratie als bedoeld in Hoofdstuk 5, paragraaf 1, van de Mededingingswet tot stand te brengen zonder voorafgaande melding aan en goedkeuring van de Autoriteit Consument en Markt indien bij die concentratie:

a. een onderneming is betrokken die in het voorafgaande kalenderjaar direct of indirect met het verlenen van zorg ten minste een omzet heeft behaald van € 7 000 000; en

⁷ Tweede kamer, kamerstuk 34445 nr. 2, vergaderjaar 2015-2016, gepubliceerd op 12 april 2016, zie: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/dossier/34445/kst-34445-2?resultIndex=10&sorttype=1&sortorder=4>.

⁸ Zie <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/stemmingsuitslagen/detail?id=2017P05310>.

*b. ten minste een andere onderneming is betrokken die in het voorafgaande kalenderjaar in Nederland ten minste een omzet heeft behaald van € 500 000.*⁹

De drempels die gelden voor de zorgspecifieke fusietoets zijn daarmee nog steeds aanmerkelijk lager dan die voor toetsing onder de Mededingingswet. Wij betwijfelen of met deze nieuwe drempel het aantal concentraties dat voor een zorgspecifieke fusietoets moet worden aangemeld substantieel zal verminderen.

Het idee achter de zorgspecifieke fusietoets is om zorgaanbieders te stimuleren hun concentratievoornemens goed te doordenken – hetgeen als nogal betuttelend zou kunnen worden ervaren – en daarover transparant te zijn. Voorts worden ook cliënten en personeel betrokken bij het concentratieproces, wat het draagvlak voor de concentratie kan vergroten. De NZa moet als alle vereiste stappen zijn gezet en alle noodzakelijke documenten zijn opgesteld en overgelegd echter ‘gewoon’ goedkeuring geven aan een concentratie, zelfs indien bijvoorbeeld cliënten en het personeel *niet* achter de concentratie staan. Zolang de betrokken zorginstelling de cliënten en het personeel voldoende heeft betrokken en eventuele negatieve adviezen (van de verschillende stakeholders) voldoende zijn weerlegd, mag de NZa haar goedkeuring namelijk niet onthouden. De NZa-procedure is daarmee hoofdzakelijk een procedurele toets, van een inhoudelijke toets is feitelijk geen sprake. Hierin zal ook na overheveling van deze bevoegdheden naar de ACM geen verandering komen.

De uitzondering hierop is de toetsing op het punt van de cruciale zorg (Onderdeel III uit het NZa-meldingsformulier). In het meldingsformulier dienen partijen aan te tonen dat de beschikbaarheid van cruciale zorg niet in gevaar komt. Per soort cruciale zorg – ambulancezorg, spoedeisende hulp, acute verloskunde, crisisopvang geestelijke gezondheidszorg en Wlz-zorg – dient aan te worden gegeven of nog steeds aan de normen voor beschikbaarheid wordt voldaan (wij zullen hierna spreken van de ‘**cruciale zorgtoets**’). Komt de cruciale zorg op een of meer van deze terreinen in gevaar, dan kan en zal de NZa de concentratie verbieden, hetgeen overigens nog nooit is gebeurd. De NZa heeft namelijk tot op heden geen enkele zorgconcentratie verboden.

3.2.2 Vervang de zorgspecifieke fusietoets door uitsluitend een cruciale zorgtoets

In de afgelopen jaren heeft de zorgspecifieke fusietoets de lastendruk voor zorgaanbieders met fusie- of overnameplannen verder doen toenemen, ook op financieel vlak. Gelet op de lage drempels moet een zorgconcentratie al snel gemeld worden bij de NZa. De beoogde nieuwe drempels zullen hierin slechts een geringe verlichting brengen. Een winstpunt is daarbij wel dat melding als het wetsvoorstel wordt aangenomen gelijktijdig en bij dezelfde autoriteit (de ACM) kan plaatsvinden. Niettemin moeten – indien daarnaast ook onder de Mededingingswet moet worden gemeld – in twee separate

⁹ Tweede kamer, kamerstuk 34445 nr. 2, vergaderjaar 2015-2016, gepubliceerd op 12 april 2016, zie: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/dossier/34445/kst-34445-2?resultIndex=10&sorttype=1&sortorder=4>.

procedures nog steeds twee aparte meldingsformulieren met een aanzienlijke hoeveelheid informatie en bijlagen worden ingediend. Dat kan (en moet) wat ons betreft nog efficiënter.

In ieder geval zou het mogelijk moeten zijn in het vervolg procedures die zowel aan de zorgspecifieke fusietoets als aan de mededingingstoets zijn onderworpen af te doen in één procedure, met één termijn, één meldingsformulier en één besluit. Dat zou het proces een stuk overzichtelijker en efficiënter maken.

Wij zouden echter een verdergaande aanpassing willen bepleiten. Zoals hiervóór is toegelicht, is de toets of de beschikbaarheid van cruciale zorg in gevaar komt het enige daadwerkelijk inhoudelijke aspect van de zorgspecifieke fusietoets. Als de zorgspecifieke fusietoets tot dit – zeker ook vanuit het oogpunt van de patiënt – belangrijke onderwerp zou worden beperkt, leidt dat tot een aanzienlijke vermindering van de lastendruk voor de zorgsector én de toezichthouder (in de toekomst dus waarschijnlijk uitsluitend de ACM). De ACM kan de aldus vrijgekomen extra tijd bijvoorbeeld gebruiken om de kwaliteit van haar toezicht op en handhaving van het kartelverbod (in de zorg) te verbeteren of om de kwaliteit en snelheid van haar concentratietoezicht in het algemeen te verbeteren. Zorgaanbieders zijn minder tijd en geld kwijt aan meldingsprocedures en kunnen die tijd en dat geld besteden aan het verlenen van zorg.

Tussenconclusie: verlaag niet de reguliere meldingsdrempels voor de zorgsector en vervang de zorgspecifieke fusietoets door uitsluitend een cruciale zorgtoets. Dit leidt tot een aanzienlijke lastenvermindering voor de zorgsector en de toezichthouder zonder dat het toezicht op de zorg aan kwaliteit inboet.

3.2.3 Wordt een verlaging van de omzetsdrempels desalniettemin noodzakelijk geacht? Harmoniseer en vereenvoudig dan de zorgspecifieke fusietoets

Voor zover onze primaire voorstellen door de ministers van Economische Zaken en Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de hand zouden worden gewezen, doen wij hieronder een minder verstrekkend – maar daarmee onzes inziens ook minder effectief – alternatief voorstel om het dubbele regime dat van toepassing is op concentraties in de zorg toch ingrijpend te vereenvoudigen en te harmoniseren:

- (a) Concentraties die de beoogde nieuwe drempel voor de zorgspecifieke fusietoets halen, maar niet de verlaagde omzetsdrempels voor concentraties in de zorg, worden uitsluitend onderworpen aan de cruciale zorgtoets die thans onderdeel uitmaakt van de zorgspecifieke fusietoets (zie 3.2.2). Het belangrijkste onderdeel van de zorgspecifieke fusietoets blijft daarmee voor alle gevallen behouden.
- (b) Concentraties die de verlaagde omzetsdrempels voor concentraties in de zorg halen, worden onderworpen aan een mededingingstoets plus de cruciale zorgtoets in één geïntegreerde meldingsprocedure.

- (c) Concentraties die de gewone reguliere omzeldrempels voor melding op basis van de Mededingingswet halen en waarbij ten minste twee ondernemingen in het voorafgaande kalenderjaar een omzet van EUR 5,5 miljoen hebben behaald met het verlenen van zorg, worden onderworpen aan een mededingingstoets plus de volledige zorgspecifieke fusietoets, ook weer in één geïntegreerde meldingsprocedure.
- (d) De definitie van ‘zorg’ onder de Wmg en de Mededingingswet dient te worden geharmoniseerd (zie 3.2.1).

Schematisch kan het bovenstaande als volgt worden weergegeven:

Drempel	Huidige situatie	Autoriteit	Voorstel L&L	Autoriteit
1x INO ¹⁰ 7 miljoen (zorg) / 1x INO EUR 500 duizend	Zorgspecifieke fusietoets	NZa	Cruciale zorgtoets	ACM (NZa tot wijziging Wmg)
2 x INO 5,5 miljoen (zorg) / GWO ¹¹ 55 miljoen / 2x INO EUR 10 miljoen	Zorgspecifieke fusietoets + Mededingingstoets --- 2 meldingsformulieren	NZa + ACM	Cruciale zorgtoets + Mededingingstoets --- 1 meldingsformulier	ACM (NZa doet toets cruciale zorg tot wijziging Wmg)
2 x INO 5,5 miljoen (zorg) / GWO 150 miljoen / 2x INO EUR 30 miljoen	Zorgspecifieke fusietoets + Mededingingstoets --- 2 meldingsformulieren	NZa + ACM	Zorgspecifieke fusietoets + Mededingingstoets --- 1 meldingsformulier	ACM (NZa doet zorgspecifieke fusietoets tot wijziging Wmg)

3.2.4 Voordelen van harmonisering en vereenvoudiging van het systeem

De voordelen van de hierboven genoemde harmonisering en vereenvoudiging zijn legio. Ten eerste is één procedure door één toezichthouder met één formulier en één goedkeuring overzichtelijker. Ten tweede past het binnen de overheveling van de zorgspecifieke fusietoets van de NZa naar de ACM. Ook noemen we kortweg de volgende voordelen:

- (a) Efficiënt voor de toezichthouder. De ACM kan zich ten aanzien van concentraties tussen kleinere zorgaanbieders richten op uitsluitend het voor de patiënt meest essentiële onderdeel van de zorgspecifieke fusietoets: de cruciale zorgtoets. Bij relatief kleine fusies hoeft de ACM zich niet meer bezig te houden met de tijdrovende “*tick the box*” procedures van de volledige zorgspecifieke fusietoets. De ACM kan de extra tijd besteden aan haar overige taken, zoals handhaving van het kartelverbod (in de zorg) en het toezicht op concentraties in en buiten de zorgsector die een mogelijk mededingingsprobleem veroorzaken.

¹⁰ Individuele Nederlandse omzet.

¹¹ Gezamenlijke wereldwijde omzet.

- (b) Efficiënt voor de zorgaanbieders. Zorgaanbieders blijven veel administratieve lasten en kosten bespaard. Zorgaanbieders kunnen de extra tijd en middelen (weer) aan de zorg spenderen.
- (c) Minder kosten. Bovenstaande voordelen leiden tot besparing van belastinggeld (minder lasten voor de toezichthouder) en zorggeld (minder lasten voor zorgaanbieders).

Wij zijn desgewenst graag tot een nadere toelichting bereid.

*