

Vergaderjaar 2009–2010

32 012

Governance in de zorgsector

Nr. 4

BRIEF VAN DE MINISTER EN STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 1 oktober 2009

Op 10 september jl. hebben wij tijdens een Algemeen Overleg gesproken over governance in de zorg. Tijdens dit Algemeen Overleg werd hoofdzakelijk gesproken over de brief «Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning»¹. Die brief beschrijft de beleidsvoornemens op de onderwerpen governance in de zorg en ondersteuning, de continuïteit van zorg en ondersteuning, samenwerking in de zorg (zoals horizontale fusies en verticale integratie) en de maatschappelijke onderneming en de resultaatsafhankelijke vergoeding. Tijdens het Algemeen Overleg is toegezegd een brief te sturen die duidelijkheid geeft over de planning van de totstandkoming van de aangekondigde maatregelen, de wijze waarop de besproken maatregelen vorm zullen krijgen en de manier waarop uw belangrijkste aandachtspunten meegenomen worden bij de uitwerking van de maatregelen. In de bijlage vindt u de bondige antwoorden op de vragen die tijdens het Algemeen Overleg nog niet zijn beantwoord en die ook in het vervolg van deze brief niet aan de orde komen.

Met de voorgestelde maatregelen uit de brief «Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning» beogen wij een gedragsverandering in de zorg. We willen de maatregelen in vier wetstrajecten uitwerken: het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg (Wcz), het wetsvoorstel continuïteit van zorg, het wetsvoorstel zorgspecifieke fusietoets en het wetsvoorstel resultaatsafhankelijke vergoeding in de zorg. In onderstaande tekst vindt u een toelichting op de verschillende wetstrajecten. Allereerst gaan wij in op de door diverse fracties geuite zorgen ten aanzien van de regeldruk en toezichtlasten die zouden voortvloeien uit de voorgestelde maatregelen.

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 32 012, nr. 1.

Regeldruk en toezichtslasten

Diverse fracties spraken hun zorgen uit over een toename van regeldruk en toezichtslasten als gevolg van de voorgestelde maatregelen. Wij zullen ervoor zorgen dat de in de brief voorgestelde maatregelen efficiënt, effectief en met zo weinig mogelijk regeldruk voor de zorg worden doorgevoerd.

Allereerst zullen de voorgestelde maatregelen, denk bijvoorbeeld aan de fusie-effectrapportage en het early warning systeem, zo veel mogelijk aansluiten bij de informatievoorziening die het bestuur en het toezicht houdend orgaan nodig hebben voor goede interne besluitvorming en sturing van de organisatie. Op korte termijn kunnen de voorgestelde maatregelen leiden tot herinrichting van de administratieve en verantwoordingsprocessen. Echter, op de langere termijn kunnen goed functionerende aanbieders het voordeel krijgen van beperktere toezichtslasten. Immers, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) zal in toenemende mate risico gestuurd toezicht gaan houden. Dat betekent dat zorgaanbieders die goede informatie leveren waaruit blijkt dat de kwaliteit van de zorg en het interne toezicht op orde is, minder toezichtslasten vanuit de IGZ zullen ervaren. Ook de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) past het beginsel van verdiend vertrouwen toe in haar toezicht. Wanneer zorgaanbieders of zorgverzekeraars aan bepaalde voorwaarden voldoen zal de NZa in beginsel een lichter toezichtregime hanteren. Daaraan is wel gekoppeld dat de NZa streng zal optreden, bijvoorbeeld door het opleggen van aanmerkelijk zwaardere boetes als marktpartijen dit vertrouwen beschamen.

De door ons voorgestelde maatregelen sluiten zo veel mogelijk aan bij de in het veld al bestaande systemen voor management van en verantwoording over de zorg. De voorstellen kunnen derhalve eenvoudig ingepast worden in de bedrijfsvoering van aanbieders van zorg en ondersteuning.

Het Adviescollege toetsing administratieve lasten (Actal) heeft onlangs aangegeven verheugd te zijn over de vooruitgang bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), zowel wat betreft de aandacht voor regeldruk bij beleidsontwikkeling, als het effect van voorgenomen en gerealiseerde maatregelen op de administratieve lasten. Uit de brief¹ die wij u stuurden op 2 september 2009 over vermindering van de regeldruk op VWS-terrein, blijkt dat wij op koers liggen bij de realisatie van de vermindering van de administratieve lasten met 25%.

De goede ontwikkelingen die Actal signaleert willen wij graag vasthouden. Bij de uitwerking van de maatregelen uit de brief in wetgeving zullen wij steeds de gevolgen voor de regeldruk laten toetsen en kiezen voor de vormgeving die het minst belastend is.

Goed bestuur

De Wcz ligt momenteel voor advies bij de Raad van State. Ons streven is het wetsvoorstel begin 2010 te zenden aan uw Kamer. In dit wetsvoorstel zijn de rechten uitgewerkt zoals wij die u in mei 2008 hebben voorgelegd² en met u hebben besproken tijdens het Algemeen Overleg in oktober 2008. De verantwoordelijkheden van het bestuur en het toezichthoudend orgaan, inclusief bestuurdersaansprakelijkheid en het aanwijzen van één bestuurder als portefeuillehouder voor kwaliteit, de relatie tussen het bestuur en de medisch specialist en medezeggenschap en het toezicht op de naleving van de nieuwe wettelijke vereisten door de IGZ, waaronder de toelatingsovereenkomst, krijgen een plaats in dit wetsvoorstel. De bestuurdersaansprakelijkheid gekoppeld aan de meldplicht bij het early warning

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 29 515, nr. 295.

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 31 476, nr. 1.

systeem zal deels worden opgenomen in een apart wetsvoorstel betreffende continuïteit van zorg (zie verder onder het kopje continuïteit van zorg). In het wetsvoorstel Wcz worden de reacties verwerkt op de rapporten «Verantwoordelijkheid nemen voor kwaliteit» (van de heer Legemaate) en «En waar was de patiënt» (van de commissie Lemstra). In de brief van de minister van VWS van 24 juli 2009 naar aanleiding van het rapport «Verantwoordelijkheid nemen voor kwaliteit» heeft de minister aangegeven op een aantal punten de Wet BIG te zullen aanpassen. Deze aanpassingen zullen worden verwerkt in de harmonisatie van het tucht-recht en de bijbehorende aanpassing van de Wet BIG. Naar verwachting ontvangt u de beide wetsvoorstellen in de tweede helft van 2010.

De nieuwe wetgeving zal in veel gevallen leiden tot verandering van de structuur binnen instellingen. Structuurverandering alleen zal echter niet altijd direct de beoogde cultuurverandering tot gevolg hebben. Naast het wetstraject van de Wcz stelt de IGZ daarom de Staat van de Gezondheidszorg 2009 op met als thema «sturen en toezicht houden met betrekking tot kwaliteit en veiligheid». Uiteindelijk is het natuurlijk aan de zorgaanbieder zelf om te zorgen voor de noodzakelijke cultuurverandering. Echter, we gaan ervan uit dat de combinatie van de hiervoor genoemde activiteiten zal bijdragen aan de gewenste veranderingen ten aanzien van goed bestuur.

Relatie medisch specialist versus bestuur

Meerdere fracties vroegen tijdens het Algemeen Overleg of het bestuur voldoende mogelijkheden heeft om de medisch specialist bij te sturen indien de medisch specialist niet handelt in het belang van de cliënt of de instelling. Wij delen deze zorg. Wij zullen in de komende maanden bezien of de maatschapsstructuur er aan in de weg staat om deze verantwoordelijkheid van het bestuur goed in te vullen. In het Algemeen Overleg is reeds toegezegd dat onderzocht zal worden in hoeverre het in loondienst zijn van medisch specialisten wenselijk is. Mede in het licht van de houdbaarheidsagenda zal worden bezien of het in loondienst zijn van medisch specialisten bijdraagt aan de langere termijn betaalbaarheid van zorg. Van de resultaten van het voorgaande zullen wij u door middel van een brief op de hoogte brengen.

Continuïteit van zorg

Veel van de maatregelen die wij noodzakelijk achten om continuïteit van cruciale zorgfuncties bij instellingen in financiële problemen te waarborgen, dienen wettelijk verankerd te worden. Dit willen wij doen in een apart wetsvoorstel continuïteit van zorg. Wij streven ernaar u dit wetsvoorstel voor de zomer van 2010 toe zenden.

In het wetsvoorstel continuïteit van zorg zal worden vastgelegd dat wij zorgfuncties kunnen benoemen die wij beschouwen als cruciaal. Cruciaal in die zin dat wanneer de zorg (tijdelijk) niet (voldoende dichtbij) beschikbaar is, cliënten ernstige (gezondheids)schade kunnen oplopen of (met name bij langdurige zorg) ernstig worden belemmerd in hun dagelijks leven. In lagere regelgeving zullen wij de cruciale zorgfuncties omschrijven. Rond de jaarwisseling ontvangt u een brief waarin wordt aangegeven aan welke functies en bijhorende normen wij denken als het gaat om curatieve zorg.

In de AWBZ staat, veel meer dan in de curatieve zorg, de kwaliteit van het *bestaan* centraal. Daarmee is het minder eenvoudig om kwantitatieve normen te stellen voor de beschikbaarheid. Wel staat het voor ons vast dat intramurale AWBZ-zorg in beginsel ononderbroken geleverd moet worden. We onderzoeken op dit moment hoe cruciale zorgfuncties in de

AWBZ het beste zijn te omschrijven. In ieder geval zult u bij de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel continuïteit van zorg de omschrijving van de cruciale zorgfuncties in de AWBZ uitgewerkt terug vinden.

Early warning systeem

Daarnaast zullen in het wetsvoorstel continuïteit van zorg de noodzakelijke maatregelen voor het early warning systeem worden opgenomen. Dit betreft in ieder geval de meldplicht van signalen aan de NZa en indien dit wordt nagelaten de bestuurdersaansprakelijkheid. Verder zullen nieuwe taken en bevoegdheden van de NZa en het College sanering zorginstellingen (CSZ) in het wetsvoorstel worden opgenomen, zoals het geven van een aanwijzing, bijvoorbeeld voor het opstellen van een herstelplan, en het aanstellen van een bewindvoerder (al dan niet via de rechter). Daarbij zal de taakverdeling tussen toezichthouders ook duidelijk worden beschreven.

Vooruitlopend op de nog te realiseren wetgeving hebben wij aan de NZa gevraagd om samen met de IGZ begin 2010 al te starten met de opbouw en het beheer van het early warning systeem.

Rol zorgverzekeraar en zorgkantoor

Tijdens het Algemeen Overleg is door een aantal fracties aangegeven dat de rol van verzekeraars en zorgkantoren in de brief «Ruimte en reenschap voor zorg en ondersteuning» onderbelicht is.

Zorgkantoren zijn uitvoeringsafdelingen van zorgverzekeraars die de AWBZ risicoloos uitvoeren, niet allen voor de eigen verzekerden maar voor de gehele regionale bevolking. Qua sturing en risicoverdeling wijkt de uitvoering van de zorgverzekering daar sterk vanaf. In de eerste plaats zien wij de zorgverzekeraar een centrale speler in de overgang van centrale aanbodsturing naar decentrale vraagsturing. Via de verzekeraars (en de sociale waarborgen in de wet) krijgt iedere burger gegarandeerd toegang tot de zorg. Het belang van zorgverzekeraars is het leveren van goede zorg voor een zo aantrekkelijk mogelijke premie. Sturen op kwaliteit en wensen van cliënten in een concurrentieel krachtenveld is dus nadrukkelijk een rol die we zorgverzekeraars en zorgkantoren hebben toebedacht.

In de tweede plaats is er een betrokkenheid bij het early warning systeem. Wij hebben aan de NZa gevraagd bij het opzetten van het early warning systeem zoveel mogelijk gebruik te maken de bestaande signaleringssystemen van de zorgkantoren en verzekeraars. Wij willen benadrukken dat het aan de aanbieder en zijn stakeholders, waaronder verzekeraars en zorgkantoren, is om na een vroegtijdig signaal actie te ondernemen om de problemen op te lossen. Alleen wanneer de acties van bestuurders, interne toezichthouders, verzekeraars en zorgkantoren en andere belanghebbenden naar aanleiding van een signaal niet het gewenste effect hebben en er daadwerkelijk een gevaar voor de continuïteit van zorg ontstaat, is mogelijk ingrijpen door de overheid noodzakelijk.

Er bestaat een spanning tussen het in concurrentie doelmatig inkopen van kwalitatief goede zorg en het in stand houden van zorgaanbieders om cruciale zorgfuncties te waarborgen. Zorgverzekeraars hebben richting hun verzekerden met een naturapolis een zorgplicht, die hen verplicht om de zorg te leveren die hun verzekerde nodig heeft. Na consultatie van juridische en economische deskundigen en gesprekken met Zorgverzekeraars Nederland is de conclusie getrokken dat het niet houdbaar is op basis van de zorgplicht zorgverzekeraars onder alle omstandigheden verantwoordelijk te houden voor de continuïteit van zorg. Zorgverzeke-

raars en zorgkantoren hebben echter wel een medeverantwoordelijkheid voor de continuïteit van cruciale zorg.

De toedeling van die verantwoordelijkheid is lastig zo niet onmogelijk, omdat zelfs in regio's waarin een verzekeraar een dominant marktaandeel heeft, het meestal zo is dat een substantieel deel van de zorg wordt gecontracteerd door andere verzekeraars. Daarnaast is er nog de relatie tussen het in stand houden van cruciale zorgfuncties waaronder de SEH-functie en de bekostiging van deze functies. Een verzekeraar kan niet gedwongen worden om zodanig te contracteren dat de SEH-functie beschikbaar blijft. De verzekeraar moet de specialisten met vrije prijzen kunnen contracteren op basis van marktconforme voorwaarden.

Rolverdeling toezichthouders

Naar aanleiding van vragen van een aantal fracties tijdens het Algemeen Overleg van 10 september jl. verhelderen wij de rolverdeling tussen de toezichthouders ten aanzien van de verantwoordelijkheden op het gebied van continuïteit van cruciale zorg. De NZa zal, samen met de IGZ, een early warning systeem opzetten en beheren. De NZa zal, samen met de IGZ bepalen bij welke indicatoren en bijbehorende drempelwaarden bij het early warning systeem gemeld dient te worden. Zowel kwaliteitsproblemen als financiële problemen kunnen immers leiden tot gevaren voor de continuïteit van zorg. Dat is de reden dat niet alleen de NZa maar ook de IGZ betrokken is bij het early warning systeem.

Naar aanleiding van een signaal uit het early warning systeem zal de NZa, samen met de IGZ, op basis van een door ons opgestelde lijst van cruciale zorgfuncties en bijbehorende normen, onderzoeken of de continuïteit van de cruciale zorg in gevaar is. Indien blijkt dat de continuïteit in gevaar is, zal de NZa dat signaal doorgeven aan het CSZ. Op basis van een signaal van de NZa kan het CSZ daadwerkelijk ingrijpen bij een instelling in problemen, indien dit nodig blijkt te zijn voor het waarborgen van de continuïteit van cruciale zorgfuncties. Als vervolgens blijkt dat voor het waarborgen van cruciale zorgfuncties steun nodig is, kan een steunaanvraag bij de NZa ingediend worden. De NZa besluit over die aanvraag. Om de NZa in staat te stellen onafhankelijk te kunnen oordelen over de steunaanvraag, hebben wij voorgesteld om het daadwerkelijk ingrijpen (en in het uiterste geval bewind voeren) bij een instelling in problemen bij het CSZ te beleggen en niet bij de NZa.

Kortom, wij bepalen welke zorgfuncties cruciaal zijn en welke normen daarbij horen, de NZa bepaalt, samen met de IGZ, of de continuïteit van die zorgfuncties in gevaar is, het CSZ besluit op welke manier en op welk moment dient te worden ingegrepen en grijpt in en de NZa besluit over een eventuele steunvraag. Wij hebben de toezichthouders gevraagd om de invulling van de voorgestelde taken nader uit te werken. De definitieve taaktoedeling aan de toezichthouders en de onderlinge samenwerking zal, mede op basis op van deze uitwerking, in wetgeving en samenwerkingsprotocollen worden vastgelegd.

Steunverlening

Het steunverleninginstrumentarium van de NZa zal moeten worden aangepast. Deze aanpassing zal moeten worden genotificeerd bij de Europese Commissie. Dit betekent dat u dit onderdeel in een apart wetsvoorstel zorgspecifieke fusietoets en steunverlening (zie verder), samen met andere onderwerpen die voorgelegd moeten worden aan de Europese Commissie, naar verwachting halverwege 2011 kunt verwachten.

Zorgspecifiek fusietoezicht

De komende maanden zullen we met de toezichthouders de nadere invulling van de fusie-effectrapportage en de zorgspecifieke fusietoets vormgeven. Wij streven ernaar medio 2011 een wetsvoorstel zorgspecifieke fusietoets en steunverlening toe te zenden met daarin onder meer de zorgspecifieke fusietoets en de eerder genoemde aanpassing van het steunverleningsinstrumentarium van de NZa. Ook het voorstel voor de zorgspecifieke fusietoets zal gemeld moeten worden bij de Commissie.

Tijdens het algemeen overleg van 10 september jl. hebben meerdere fracties aandacht gevraagd voor verheldering van de rolverdeling tussen de toezichthouders ten aanzien van de zorgspecifieke fusietoets en de taakopdracht aan de IGZ. De IGZ zal toetsen op een aantal nader te bepalen kwaliteits- en bereikbaarheidsnormen. De zorgspecifieke fusietoets is immers een toets op kwaliteit en bereikbaarheid en daarom is de IGZ naar onze mening de meest aangewezen toezichthouder omdat juist op kwaliteit de IGZ de meeste kennis en expertise heeft. Bij de uitwerking van de zorgspecifieke fusietoets zullen we de rol van de NZa betrekken, omdat de NZa een centrale rol bij de continuïteit van zorg vervult. In de brief «Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning» stellen wij voor om de IGZ *voorafgaand* aan de fusietoets van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) een zorgspecifieke fusietoets te laten uitvoeren op kwaliteit. Alleen als de fusietoets van de IGZ met goed gevolg is doorstaan, kan het fusievoornemen worden gemeld bij de NMa.

Ik streef ernaar u nog voor het kerstreces de evaluaties van de Wet marktordening gezondheidszorg, de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag, het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en de NZa en de kabinetsreactie daarop te kunnen toezenden.

Winst en maatschappelijke onderneming

Wij streven ernaar u halverwege 2010 een wetsvoorstel resultaatsafhankelijke vergoeding in de zorg toe te zenden. De beoogde inwerkingtreding van de wet is 2011. Het wetsvoorstel resultaatsafhankelijke vergoeding in de zorg zal voorwaarden stellen voor de introductie van een resultaatsafhankelijke vergoeding op privaat kapitaal in de curatieve zorg. Daarnaast zal het wetsvoorstel de beperking van zeggenschap van aandeelhouders in de zorg regelen. De zeggenschap van aandeelhouders inzake strategische besluiten zal zodanig worden beperkt dat het nastreven van het maatschappelijk belang centraal blijft staan. Hierbij zal mogelijk worden aangesloten bij de voorwaarden die gelden voor een structuurvennootschap. Deze aanscherping zal gelden voor de hele zorgsector. Het wetsvoorstel zal daarmee ook aangeven onder welke voorwaarden een kapitaalvennootschap in de zorg als een maatschappelijke onderneming kan worden beschouwd. Het wetsvoorstel zal dan ook zorgvuldig worden afgestemd op het algemene wetsvoorstel maatschappelijke onderneming. Voor de intramurale AWBZ is het introduceren van een resultaatsafhankelijke vergoeding voor risicodragend kapitaal niet aan de orde.

Verschillende fracties hebben aangegeven de voorstellen uit de brief «Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning» niet duidelijk genoeg te vinden waar het gaat om de zeggenschap van aandeelhouders. Tevens zijn er vragen gesteld over de investeringsbereidheid van private partijen bij de huidige voorstellen. De investeringsbereidheid van private partijen in relatie tot de beperkingen van zeggenschap zal nader onderzocht worden, evenals de wijze waarop voorwaarden worden vormgegeven. Wij streven ernaar om eind dit jaar, in samenwerking met de minister van Justitie, aan de hand van een consultatiedocument zorgaanbieders te

raadplegen. Die input zal worden verwerkt in ons gezamenlijk wetsvoorstel de resultaatsafhankelijke vergoeding in de zorg en zal moeten voorzien in zowel een behoefte van investeerders als van zorgaanbieders.

Planning wetgevingstrajecten

Voor de duidelijkheid vindt u in onderstaand schema de genoemde planningen onder elkaar. Zoals uit het bovenstaande blijkt is het onze ambitie om onze voornemens uit te werken in een samenhangend pakket wetsvoorstellen. Wij streven naar de onderstaande indieningsdata van de wetsvoorstellen bij de Tweede Kamer. De planning hangt echter ook af van andere partijen. De Wcz bevat reeds een omvangrijk deel van de te regelen materie. Dat voorstel is thans aanhangig voor advies bij de Raad van State. Met de voorbereiding van de andere wetsvoorstellen is of wordt binnenkort een aanvang gemaakt.

Wetgevingstraject

| | |
|---|---|
| Wetsvoorstel cliëntenrechten zorg | Beoogde indieningsdatum bij de Tweede Kamer: begin 2010 |
| Start early warning systeem | Begin 2010 |
| Wetsvoorstel continuïteit van zorg | Beoogde indieningsdatum bij de Tweede Kamer: Zomer 2010 |
| Wetsvoorstel zorgspecifieke fusietoets en steunverlening | Beoogde indieningsdatum bij de Tweede Kamer: Zomer 2011 |
| Wetsvoorstel resultaatsafhankelijke vergoeding in de zorg | Beoogde indieningsdatum bij de Tweede Kamer: Zomer 2010 |

Wij hopen u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. Bussemaker

In deze bijlage vindt u de antwoorden op de vragen die niet zijn beantwoord tijdens het Algemeen Overleg van 10 september jl. Allereerst zullen we de nog openstaande vragen aan de minister beantwoorden en vervolgens de nog openstaande vragen aan de staatssecretaris (zoals afgesproken tijdens het Algemeen Overleg kort en bondig).

VRAGEN MINISTER

PvdA-fractie:

Vraag 1:

Welke toezichthouder heeft om welke reden welke bevoegdheid?

Antwoord 1:

Zie voor dit antwoord de brief bij deze bijlage.

Vraag 2:

Bent u voornemens een brief te schrijven met daarin de mogelijkheden voor loondienst voor medisch specialisten, dan wel een andere relatie tussen specialisten en ziekenhuis, waarbij omzet en persoonlijk inkomen zijn losgekoppeld, en waarbij aangegeven wordt in hoeverre deze mogelijkheden haalbaar zijn en welke voor- en nadelen ze hebben.

Antwoord 2:

Zie voor dit antwoord de brief bij deze bijlage.

Vraag 3:

Waarom kiest u ervoor geen systeemziekenhuis aan te wijzen?

Antwoord 3:

De term systeemziekenhuis suggereert ten onrechte dat de instelling of rechtspersoon zelf van belang is. Het gaat ons echter om de cruciale zorgfuncties die de instelling levert. Wij wijzen daarom geen systeeminstellingen aan. Wel zullen wij cruciale zorgfuncties benoemen. Dat zijn zorgfuncties waarvoor geldt dat wanneer zij niet of niet voldoende dichtbij beschikbaar zijn, cliënten ernstige schade kunnen oplopen of, bij langdurige zorg, ernstig worden belemmerd in hun dagelijks leven. Wanneer wij spreken van het waarborgen van continuïteit van zorg, gaat het dus om het waarborgen van die zorgfuncties, niet primair om het waarborgen van het voortbestaan van de aanbieder van die zorg.

Vraag 4:

Welke zorg is cruciaal?

Antwoord 4:

Zie voor dit antwoord de brief bij deze bijlage.

Vraag 5:

Een goede aansluiting tussen 1e en 2e lijn stimuleert de integrale aanpak van zorg en stimuleert kleinschaligheid. Graag uw reactie.

Antwoord 5:

Wij zij het eens met de constatering dat een goede aansluiting tussen eerste en tweedelijns zorg integrale zorg kan opleveren. Om dat verder te stimuleren bevatten de brieven *De patiënt centraal door een omslag naar functionele bekostiging* (TK 2008–2009, 29 247, nr. 84) en de *Voorhangbrief keten-dbc's en huisartsenbekostiging* (TK 2008–2009, 29 247, nr. 95) diverse maatregelen.

Vraag 6:
Is een coöperatie de juridische vorm voor een maatschappelijke onderneming?

Antwoord 6:

De coöperatie is een bestaande, specifieke rechtsvorm, zoals is vastgelegd in het Burgerlijk Wetboek (BW). De maatschappelijke onderneming is volgens het door de minister van Justitie ingediende wetsvoorstel Maatschappelijke onderneming een zelfstandige rechtsvorm en zal naast de al bestaande rechtspersonen worden opgenomen in het BW. Een belangrijk verschil tussen een coöperatie en een maatschappelijke onderneming is gelegen in de doelstelling om te ondernemen. Een coöperatie is gericht op het behartigen van bepaalde economische, stoffelijke behoeften van de aangesloten leden, terwijl de maatschappelijke onderneming zich primair dient te richten op het verlenen van diensten of werkzaamheden die zijn gericht op het maatschappelijk belang.

Vraag 7:
Kan de minister aangeven wat de rollen zijn bij het early warning systeem, welke taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden er per partij zijn en hoe de coördinatie plaatsvindt?

Antwoord 7:

Zie voor dit antwoord de brief bij deze bijlage.

Vraag 8:
Hoe weten we zeker dat een slechte financiële positie op tijd naar boven komt en de benodigde instanties ingeschakeld worden? Het kenmerk van een slecht functionerende organisatie is nu toch juist dat dergelijke signalen niet of te laat naar boven komen?

Antwoord 8:

In beginsel is het de verantwoordelijkheid van het bestuur van zorginstellingen zelf om te signaleren dat hun financiële positie verslechtert. Het is immers hun verantwoordelijkheid te weten wat hun financiële positie is, zodat zij tijdig kunnen bijsturen. Uit de recente casus bleek echter dat deze signalen vaak laat naar boven kwamen. Daarom hebben wij de NZa gevraagd een signaleringssysteem op te zetten dat vroegtijdig kan signaleren dat er financiële problemen ontstaan. Het systeem stoelt op de plicht die bestuurders en toezichthouders krijgen om tijdig een melding te doen. Indien zij dat nalaten kunnen zij aansprakelijk worden gesteld.

De combinatie tussen de meldplicht en de bestuurdersaansprakelijkheid zal in onze ogen de aanbieders stimuleren om zelf te zorgen dat zij, eerder dan tot nu toe, kunnen en zullen signaleren dat er een mogelijk probleem is.

De NZa zal de indicatoren en bijhorende drempelwaarden zodanig moeten vaststellen dat er daadwerkelijk in een vroegtijdig stadium een melding zal moeten worden gedaan.

VVD-fractie:

Vraag 1:
De governancebepalingen in de brief gaan alleen over de 2e lijn, wat vindt u van de eerste lijn?

Antwoord 1:

Met de inwerkingtreding van de Wcz zijn de governance bepalingen van toepassing op alle instellingen die zorg of diensten, zoals omschreven bij of krachtens de Zvw of de AWBZ, verlenen of overige handelingen verrichten op het gebied van de individuele gezondheidszorg.

De governance bepalingen gelden dus ook voor zogenoemde privé- of particuliere klinieken, ZBC's, thuiszorgorganisaties, verpleeghuizen of zorghotels, Thomashuizen of zorgboerderijen en zijn daarmee ook van toepassing voor de eerstelijns zorg. De governance bepalingen zullen alleen niet gelden voor instellingen die geen rechtspersoonlijkheid bezitten of organisaties waar de zorg door minder dan 10 werknemers wordt geleverd.

Vraag 2:
Wordt de structuur van de raad van bestuur en de medisch specialisten onder de loep genomen?

Antwoord 2:
Zie voor dit antwoord de brief bij deze bijlage.

Vraag 3:
Waarom verplicht u ziekenhuizen niet om medisch specialisten in loondienst te nemen van het ziekenhuis, zodat de medisch specialisten beter kunnen worden aangestuurd door het bestuur?

Antwoord 3:
Zie voor dit antwoord de brief bij deze bijlage.

Vraag 4:
Moet het probleem t.a.v. numerus fixus niet fundamenteel moeten worden meegenomen?

Antwoord 4:
De beschikbaarheid van voldoende goed kwalitatief opgeleid personeel in de zorg is een blijvend aandachtspunt en speelt ook een rol bij de maatregelen met betrekking tot de medisch specialist. In dit kader is van belang dat op 19 maart jl. de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) advies is gevraagd over het verruimen dan wel loslaten van de numerus fixus. Daarbij is aan de RVZ ook verzocht om te onderzoeken of een groter aanbod van medisch specialisten de verhouding tussen ziekenhuisbestuur en medische staf gelijkwaardiger zal maken. U kunt dit advies nog dit jaar verwachten. Zo spoedig mogelijk daarna zult u een kabinetsreactie hierop ontvangen.

Vraag 5:
Kunnen patiënten niet meedraaien met visitaties van ziekenhuizen?

Antwoord 5:
Visitatie vormt één van de methodieken om de kwaliteit van patiëntenzorg te beoordelen. Door te visiteren beogen professionals de organisatie van de zorgverlening en daarmee de kwaliteit van de zorg zelf te verbeteren. Visitatie is «een intercollegiale doorlichting van de organisatie van het zorgverleningsproces op locatie». Bij visitaties komt ook de communicatie met patiënten aan de orde. Het lijkt het ons een goede zaak indien patiënten hierbij een rol gaan vervullen. Het is aan de beroepsgroepen zelf om de visitaties nader vorm te geven.

Vraag 6:
Momenteel zijn er voor toezicht de NZa, de NMa en de IGZ. Kan hier niet één toezichthouder van gemaakt worden?

Antwoord 6:

Een heldere taakverdeling tussen toezichthouders is van groot belang. De zorg is echter te complex en te omvangrijk om al het toezicht bij één toezichthouder onder te brengen. De toezichthouders hebben immers taken die uiteenlopen van kwaliteit, bekostiging tot mededinging. Wij hechten er net als u aan dat dubbel toezicht wordt voorkomen en ook dat meerdere toezichthouders dezelfde informatievraag bij aanbieders neerleggen. De taakverdeling moet duidelijk zijn. Wij zullen, zoals ook aangegeven in de brief, samen met de toezichthouders zorgen voor een heldere taakverdeling in de wetgeving en goede samenwerkingsafspraken in samenwerkingprotocollen.

SP-fractie:

Vraag 1:

Vergroot de liberalisering van de kapitaallasten de behoefte aan privaat kapitaal?

Antwoord 1:

Doel van de opheffing van het bouwregime en de liberalisering van de kapitaallasten is het bieden van meer ruimte aan zorgaanbieders om zich bij nieuwbouw te richten op de wensen van cliënten in plaats van het dwingende bouw kader van College Bouw Zorginstellingen. Dat heeft tot gevolg dat alle betrokkenen anders dan voorheen belang hebben om kritisch naar hun investering en een doelmatig gebruik van nieuwbouw in de toekomst te kijken.

Nu de garantie van de overheid aangaande aflossing en afschrijving op kapitaal wegvalt, loopt de zorgaanbieder meer risico. Echter, ook andere beleidsmaatregelen zoals veranderingen in de bekostiging leiden er toe dat instellingen meer risico lopen. Door het verhoogde risicoprofiel stellen banken hogere eisen voor het verlenen van leningen. Banken zijn kritischer ten aanzien van investeringsplannen. Dit is een gewenste ontwikkeling.

Een intensievere samenwerking tussen de eerste en de tweede lijnszorg vergroot de behoefte aan een gelijk speelveld ten aanzien van de mogelijkheden van het aantrekken van privaat kapitaal.

Vraag 2:

De eisen van banken aan instellingen zijn enorm en dit betekent een verschuiving van publieke naar private regels. Vindt u dit wenselijk?

Antwoord 2:

Nu met de liberalisering van kapitaallasten ook de garantie van de overheid aangaande aflossing en afschrijving op kapitaal wegvalt, zal ook een bank kritisch en doordacht naar de investeringsbehoefte van de zorginstelling kijken. Het is dan ook begrijpelijk dat banken of andere stakeholders belang hechten aan een ordelijke bedrijfsstructuur en een transparante bedrijfsvoering.

Vraag 3:

Wat doet de IGZ met meldingen van de werkvloer?

Antwoord 3:

Wanneer er meldingen van de werkvloer komen zijn dit signalen voor de IGZ die zij gebruikt om te onderzoeken of er eventuele structurele problemen zijn. De signalen kunnen dan ook aanleiding zijn voor onderzoek en eventuele handhavingmaatregelen zijn. Zoals vermeld in de brief aan uw

Kamer van 9 september jongstleden¹ wordt gewerkt aan verbetering van het registratiesysteem van meldingen bij de IGZ.

**Vraag 4:
Bij WWI heeft de minister het laatste woord als het op fusies aankomt. Hij kan ja of nee zeggen. Waarom kan dit niet ook zo in de zorg?**

Antwoord 4:

De zorgspecifieke fusietoets houdt in dat de IGZ zal toetsen of ook na de fusie wordt voldaan aan een aantal nader te bepalen kwaliteits- en bereikbaarheidsnormen. In de brief «Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning» stellen wij voor om de IGZ *voorafgaand* aan de fusietoets van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) een zorgspecifieke fusietoets te laten uitvoeren op kwaliteit. Alleen als de fusietoets van de IGZ met goed gevolg is doorstaan, kan het fusievoornemen worden gemeld bij de NMa.

**Vraag 5:
Verkondigt de brief geen management evangelie?**

Antwoord 5:

In de brief verhelderen we de rollen en verantwoordelijkheden van het bestuur en het toezichthoudend orgaan, maar ook die van de overheid en verzekeraars. Daarnaast geven wij in de brief aan hoe aanbieders van zorg en ondersteuning beter in staat kunnen worden gesteld en kunnen worden gestimuleerd om hun verantwoordelijkheid te nemen. Wij zien deze voorgenomen maatregelen uit de brief als een noodzakelijke voorwaarde om de ingezette trend naar meer ruimte en verantwoordelijkheden door te kunnen zetten.

SGP-fractie:

**Vraag 1:
Gaat u de medische professional meer betrekken bij de bedrijfsvoering?**

Antwoord 1:

Het is een goede zaak indien de medische professionals betrokken zijn bij de bedrijfsvoering van de zorginstelling. In ziekenhuizen vindt er regelmatig overleg plaats tussen de vakgroepen van medisch specialisten en het bestuur van het ziekenhuis. Wij menen dat dergelijke overlegstructuren door de zorginstelling zelf moeten worden georganiseerd en zien op dit moment geen aanleiding om hierover in wet- en regelgeving een voorziening te treffen.

**Vraag 2:
Moeten er geen regels komen voor investeringen van lokale overheden in ziekenhuizen?**

Antwoord 2:

Het besluit om al dan niet te willen investeren in de zorg is een afweging van de kapitaalverstrekker. Voor zover lokale overheden interesse hebben in het beleggen of het aangaan van risicodragende investeringen, gelden regels over de aanwending van financiële middelen door lokale overheden. Wij zien geen aanleiding om investeringen door lokale overheden in de zorg nader te reguleren.

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 31 700 XVI, nr. 176.

Vraag 3:
Zitten er ook punten van lastenverlichting in de brief?

Antwoord 3:
Zie voor dit antwoord de brief bij deze bijlage.

Vraag 4:
Welke inspanningen heeft het kabinet gedaan om met de door de Kamer met algemene stemmen aangenomen motie van de leden Van der Vlies, Van Gerven en Sap voor het behoud van een volwaardig ziekenhuis inclusief verloskunde op Walcheren ten uitvoer te brengen? Welke stappen heeft het ziekenhuis inmiddels ondernomen om aan de wens van de Kamer en de bevolking tegemoet te komen?

Antwoord 4:
Ik heb u een brief¹ van 25 augustus 2009 onder andere geïnformeerd over de uitvoering van de moties van de leden Van der Vlies, Van Gerven en Sap. Op mijn verzoek rapporteren de Zeeuwse ziekenhuizen mij regelmatig over de stand van zaken met betrekking tot de fusie en monitort het CSZ actief de ontwikkelingen bij de Zeeuwse ziekenhuizen. Ik heb de ziekenhuizen gevraagd mij voor het einde van dit jaar inzicht te verschaffen in de fusieplannen en de functieverdeling over de verschillende locaties. Uit de fusieplannen moet blijken of een volwaardig ziekenhuis op Walcheren haalbaar is.

Vooruitlopend hierop heeft het ziekenhuis aangegeven dat er op Walcheren een ziekenhuisvoorziening zal komen die de volgende faciliteiten zal kennen:

- SEH (in nauwe samenwerking met de HAP)
- Poliklinische functies (spreekuren, functieonderzoek)
- Beeldvormende technieken (röntgen, echo, etc.)
- Front office laboratorium
- OK-complex
- IC, level 1
- Verpleegafdeling

De opnames voor Interne Geneeskunde, Neurologie, Cardiologie, Longgeneeskunde, Kindergeneeskunde, Obstetrie en Traumatologie zullen plaats vinden in Goes.

Tijdens eerdere debatten met uw Kamer is uitgebreid gesproken over het besluit van de ziekenhuizen om per 1 januari 2009 de verloskunde te concentreren in Goes. Om de kwaliteit van de zorg en de veiligheid voor de patiënt in de toekomst zeker te stellen heeft de IGZ in haar advies aan de ziekenhuizen het besluit tot concentratie gesteund.

Het RIVM-onderzoek, waar de motie-Sap op is gebaseerd, kan pas plaatsvinden nadat duidelijk is op welke wijze de functies over de verschillende locaties worden verdeeld.

Uiteraard zal ik uw Kamer in de loop van dit jaar nader over de ontwikkelingen en de stand van zaken informeren.

GroenLinks-fractie:

Vraag 1:
Hoe kan de conclusie dat de overheid geen steun verleent nu al worden getrokken rond Vlietland als de criteria nog niet bekend zijn?

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 32 012, nr. 2.

Antwoord 1:

Zoals wij hebben aangegeven bij de vraag van de PvdA-fractie over systeemziekenhuizen, gaat het ons niet om het waarborgen van het voortbestaan van een instelling of rechtspersoon, maar om het waarborgen van cruciale zorgfuncties. Wij hebben geconstateerd dat bij het Vlietland Ziekenhuis geen sprake is van cruciale zorgfuncties die in het geding zijn (bereikbaarheid van acute zorg binnen 45 minuten). Er is op dit moment geen reden om te vermoeden dat deze constatering anders zou zijn na de nadere bepaling van zorgfuncties.

Vraag 2:

Waarom verplicht u bestuurders in de zorg niet om een zorg-examen af te leggen zoals ook in de financiële sector met het bankiersexamen gebeurt?

Antwoord 2:

Wij zijn voornemens om in de Wcz een aantal maatregelen te nemen die zullen leiden tot meer verplichtingen en bevoegdheden van bestuurdersverantwoordelijkheid op het gebied van veiligheid en kwaliteit. Daarnaast nemen wij maatregelen die leiden tot een uitbreiding van de persoonlijke aansprakelijkheid van bestuurders. Dit zal voor zorgaanbieders voldoende aanleiding zijn – voor zover hiervan niet al sprake was – om een professioneel bestuur aan te stellen met voldoende kennis van het zorgproces. Echter, de verantwoordelijkheid om geschikte bestuurders te vinden ligt bij de zorginstelling zelf. Wie een geschikte kandidaat is voor een bestuur, zal per zorginstelling verschillen. Een grote zorginstelling vereist andere capaciteiten voor bestuurders dan een kleine instelling. Ook is voor instellingen in de cure andere kennis vereist dan voor instellingen in care. Wel dient op basis van de Wcz een profielschets voor bestuurders te worden opgesteld, waarover de cliëntenraad instemmingsrecht krijgt. Daarin kunnen specifieke, op zorginstelling afgestemde kwaliteitseisen voor bestuurders worden opgenomen.

Vraag 3:

Hoe staat het met het vaststellen van de essentiële veiligheidseisen?

Antwoord 3:

De IGZ gebruikt veldnormen in haar toezicht. Daar waar het patiëntveiligheid betreft, is meer aandacht nodig voor normen die een absolute ondergrens aangeven. Het is immers niet mogelijk om een beetje veilig te werken; je werkt veilig of niet. In de veiligheidsnormen moeten minimumvoorwaarden voor het leveren van verantwoorde zorg worden beschreven, of het niveau van resultaten dat als ondergrens moet worden beschouwd om nog te kunnen spreken van verantwoorde zorg. Niet voldoen aan veiligheidsnormen levert een grote kans op gezondheidsschade. Het zijn normen waaraan elke zorgaanbieder zich moet houden. De noodzaak om ze toe te passen staat niet (meer) ter discussie. Zoals in de voortgangsbrief Kwaliteit van Zorg van 24 juni 2009 aan uw Kamer is gemeld, zijn de veldpartijen betrokken bij de ziekenhuiszorg, gevraagd vóór 1 september 2009 te komen met een eerste set (vanzelfsprekende) veiligheidsnormen op het gebied van ziekenhuiszorg. Deze eerste conceptset veiligheidsnormen is inmiddels van de veldpartijen ontvangen en de normen zullen, na een gesprek hierover met de sector en de IGZ, ook op korte termijn openbaar worden gemaakt en toegepast worden in het toezicht. Voorbeelden van normen zijn:

- geen gebruik van medische apparatuur zonder dat de vrijgave en onderhoudsstatus zichtbaar is op het apparaat,
- geen slokdarmoperaties indien er gemiddeld minder dan tien per jaar worden uitgevoerd.

Met de sector worden ook afspraken gemaakt over de procedure en het tempo waarin deze set veiligheidsnormen aangevuld zal worden. Hierbij valt te denken aan de tien thema's van het veiligheidsprogramma die zijn geselecteerd vanwege het risico op vermijdbare schade. Voorbeelden hiervan zijn het toepassen van de ontwikkelde bundels maatregelen bij postoperatieve wondinfecties en medicatieverificatie bij opname en ontslag.

Ook bestaan er veel richtlijnen waaraan veiligheidsnormen te ontleen zijn en zijn veiligheidsnormen vastgelegd in toezichtskaders en circulaire's van de IGZ. Voorbeelden hiervan zijn de check en dubbelcheck van de methotrexatdoseringen en geen IC zorg in kantooruren zonder directe beschikbaarheid van een GIC erkende intensivist.

Desalniettemin bestaan er in dit proces nog hiaten en zullen veiligheidsnormen beter geëxpliciteerd, aangescherpt en geïmplementeerd moeten worden. De Regieraad is gevraagd om voor het eind van het jaar te informeren over de witte vlekken die bestaan op het gebied van normering van veiligheid in de zorg.

Daar waar het veld op essentiële gebieden niet of niet snel genoeg veiligheidsnormen vaststelt, zullen deze normen op advies van de inspectie worden vastgesteld. Dat gebeurt dan door middel van de Algemene Maatregel van Bestuur op basis van de Kwaliteitswet.

De care-sector heeft in 2007 veiligheidsplannen opgesteld. Veel van de onderwerpen in de veiligheidsplannen zijn opgenomen in de kwaliteitskaders. De IGZ heeft aangedrongen op het SMART formuleren van deze veiligheidsplannen. Over normen met betrekking tot «Dwang en drang» in de curatieve GGZ, word de Kamer dit najaar geïnformeerd.

Vraag 4:

Er is een heldere koers nodig, geen compromis. Willen we nou meer markt of niet?

Antwoord 4:

Recent hebben we de ontwikkeling ingezet naar meer ruimte en verantwoordelijkheid voor aanbieders van zorg. Wij zetten deze ontwikkeling in vanuit onze vaste overtuiging dat diegene die het dichtst bij de cliënt staat, de aanbieder van zorg en ondersteuning, het best in staat is cliënt-gerichte zorg en ondersteuning aan te bieden. De voorstellen uit de brief garanderen beter dat de geboden ruimte voor zorgaanbieders ook daadwerkelijk ten goede komt aan de cliënt. Op deze wijze kan de ingezette ontwikkeling naar meer ruimte en verantwoordelijkheden voor aanbieders van zorg en ondersteuning op een verantwoorde wijze doorgezet worden. De aangekondigde maatregelen zijn noodzakelijke voorwaarden voor het zetten van verdergaande stappen in de ontwikkeling naar meer ruimte en verantwoordelijkheid voor aanbieders van zorg en ondersteuning.

Vraag 5:

Is de maatschappelijke onderneming nodig?

Antwoord 5:

Het wetsvoorstel zoals ingediend door de minister van Justitie voor de maatschappelijke onderneming biedt een juridische structuur die gericht is op het realiseren van maatschappelijke belangen en die de positie van belanghebbenden structureel en organisatorisch verankert. Maatschappelijk ondernemerschap in de zorg is nodig. Met u zijn wij van mening dat het belang van de cliënt in de zorg centraal moet staan. De maatschappelijke ondernemingsvorm is een juridische structuur die kansen biedt voor de zorg. De rechtsvorm maatschappelijke onderneming zal niet dwingend

worden opgelegd. Het omvormen tot een maatschappelijke onderneming is dus een keuze voor zorgaanbieders.

PVV-fractie:

Vraag 1:

Wat hebben we aan een early warning systeem als voor alle aanbieders alarmbellen gaan rinkelen?

Antwoord 1:

Wij hebben de NZa gevraagd om ons te adviseren over de reikwijdte van het early warning systeem. Uitgangspunt is daarbij dat in beginsel bestuurders en toezichthouders van aanbieders die cruciale zorg bieden een meldingsplicht krijgen. Wij verwachten echter niet dat er voor al die aanbieders meteen alarmbellen gaan rinkelen. Veruit de meeste instellingen verkeren immers niet in zodanige problemen dat de continuïteit van zorg direct gevaar loopt. Wel verwachten wij dat financiële problemen eerder aan het licht zullen komen. Dat is ook het doel van het early warning systeem. Door de vroege signalering, nog voor sprake kan zijn van een alarm, kunnen aanbieders en hun stakeholders zelf tijdig maatregelen nemen om verergering van de problemen te voorkomen.

VRAGEN STAATSSECRETARIS

CDA-fractie:

Vraag:

Kunt u helderheid verschaffen over kapitaallasten?

Antwoord:

Zie het antwoord bij de vraag over kapitaallasten van de SP.

CU-fractie:

Vraag 1:

Er is een bestuurlijke spagaat versterkt door wisselende spelregels en gebrek aan samenhang Wmo en AWBZ en budgetplafonds.

Antwoord 1:

De AWBZ en de Wmo hebben een verschillend karakter en ook verschillende financieringsstromen. Dat laat echter onverlet dat samenhang tussen beide systemen nodig is. In principe is het mogelijk om samenhang tussen de AWBZ en Wmo te realiseren. Daar waar blijkt dat samenhang moeilijk tot stand komt en dat regelgeving belemmerend werkt, zoek ik naar mogelijkheden om de belemmering op te heffen bijvoorbeeld door een regelvrije zone te creëren. Er zijn al diverse experimenten gestart om meer ketenzorg en samenwerking tussen de verschillende domeinen (Zvw, Wmo en AWBZ) te bewerkstelligen. (bijvoorbeeld het Frieslab experiment.)

Vraag 2:

Positie zorgkantoren in kader van continuïteit van zorg.

Antwoord 2:

Zie voor dit antwoord de brief bij deze bijlage.

SP-fractie:

Vraag 1:

Wat is de stand van zaken van Maevita?

Antwoord 1:

Op uw verzoek ontvangt u binnenkort een brief met de laatste stand van zaken ten aanzien van Meavita.

Vraag 2:

Is samenwerking mogelijk?

Antwoord 2:

Samenwerking in de zorg is van het grootste belang. Uit de richtsnoeren voor de zorg van de NMa kan worden afgeleid dat over het algemeen samenwerkingsafspraken die de kwaliteit van zorg dienen of doelmatigheid verbeteren, goed zijn voor cliënten en voldoende keuzemogelijkheden overlaten wel zijn toegestaan. Duidelijk is dat het voor het veld helder moet zijn wat wel en niet is toegestaan onder de Mededingingswet. Daarom is de NMa momenteel bezig met een herziening van haar richtsnoeren voor de zorg. Zij heeft aan de zorgsector gevraagd om aan te geven wat precies onduidelijk is. De NMa streeft ernaar dit jaar nieuwe richtsnoeren voor de zorg te publiceren.

GroenLinks-fractie:

Vraag 1:

Welke vormen van zorg beschouwt u als cruciale zorgvormen in het verband van de AWBZ?

Antwoord 1:

Zie voor dit antwoord de brief bij deze bijlage.

Vraag 2:

Waarom overweegt u geen winstklem voor de AWBZ en Wmo?

Antwoord 2:

In sectorspecifieke wetgeving (de Wet toelating zorginstellingen) heeft de wetgever vastgelegd of zorgaanbieders een winstoogmerk mogen nastreven. Dat hangt af van de categorieën van zorg die zij aanbieden. Zorgaanbieders van thuiszorg en van Wmo-zorg mogen, net als zorgaanbieders in de eerste lijnszorg, verloskundigen of tandartsen, een winstoogmerk nastreven. In onze brief hebben wij aangegeven dat de winstklem voor de intramurale care niet wordt opgeheven. Voor de thuiszorg en de aanbieders van ondersteuning in het kader van de Wmo worden de regels voor goed bestuur en toezicht zorgbreed nader aangescherpt, evenals de beperking van zeggenschap van aandeelhouders van bv's in de zorg. Die beperking gaat ook gelden voor zorgaanbieders in de AWBZ en Wmo.

PVV

Vraag 1:

Leidt het toestaan van bijbanen niet tot ongewenste belangenverstremming?

Antwoord 1:

Wij zien geen aanleiding om nevenfuncties van leden van de raad van toezicht in z'n geheel te verbieden. Dat de leden van de raad van toezicht bijbanen hebben betekent niet dat zij ongeschikt zijn om hun functie als lid

van de raad van toezicht naar behoren te kunnen uitoefenen. Het is van belang dat er voldoende personen beschikbaar blijven om als leden van raden van toezicht te fungeren. Indien nevenfuncties niet langer meer toegestaan zijn dan kan dit het aanbod dermate beperken dat de opvulling van alle plaatsen in de raden van toezicht een probleem kan gaan opleveren. Dit zou een onwenselijk situatie opleveren.