

Vergaderjaar 2012–2013

33 253

Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg, de Wet cliëntenrechten zorg en enkele andere wetten in verband met het tijdig signaleren van risico's voor de continuïteit van zorg alsmede in verband met het aanscherpen van procedures met het oog op de kwaliteit en bereikbaarheid van zorg

Nr. 6

NOTA NAAR AANLEIDING VAN VERSLAG

Ontvangen 10 oktober 2012

INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding
2. Tijdige signalering van risico's voor de continuïteit van zorg
3. Aanscherping concentratietoetsing in de zorgsector
4. Bevoegdheid om maatregelen op te leggen ten aanzien van de organisatiestructuur zorgorganisaties
5. Verhouding met Europees recht

1. Inleiding

De regering dankt de leden van de fracties van de VVD, CDA, PvdA, SP, D66 en ChristenUnie voor hun vragen en opmerkingen. Een deel van de fracties spreekt steun uit voor het wetsvoorstel of heeft met belangstelling van het wetsvoorstel kennis genomen. Dat wordt uitgegaan van de eigen verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en zorgverzekeraars, is een belangrijke reden voor het uitspreken van deze steun. De regering is blij met deze steun voor het wetsvoorstel. Tegelijkertijd zijn andere fracties kritisch tot zeer kritisch. Zij menen dat de regering met het onderhavige wetsvoorstel de nadelige effecten van de marktwerking probeert te corrigeren.

Afgaand op de reacties van de kritische fracties kan het beeld ontstaan dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars «vrij spel» hebben. Dit is geenszins het geval. In Nederland kennen wij een solidair systeem voor verzekerde zorg met een verzekeringsplicht en compensatie in de vorm van een zorgtoeslag voor diegenen die niet voldoende draagkrachtig zijn. Iedereen in Nederland heeft toegang tot verzekerde zorg. Voor een deel van die verzekerde zorg komen de prijzen tot stand door vraag en aanbod tussen zorgaanbieder, zorgverzekeraar en patiënt/cliënt. De overheid heeft echter waar het gaat om de zorg een belangrijke rol. Ook wanneer het uitgangspunt voor de sturing de vraag is, in plaats van het aanbod. De overheid is namelijk verantwoordelijk voor het borgen van de drie

publieke belangen: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. In die context moeten de aanscherpingen uit dit wetsvoorstel worden geplaatst. Hieronder volgt de reactie van de regering op de inbreng van de verschillende fracties. Hierbij is de indeling van het verslag van de Tweede Kamer aangehouden.

De leden van de PvdA-fractie vragen met betrekking tot de achtergrond van het wetsvoorstel in hoeverre de regering tevreden is met de ontwikkelingen in het zorglandschap sinds de invoering van de marktwerking en welke consequentie zij daaraan verbindt.

In de tijd dat aanbodsturing in de zorg de boventoon voerde, was sprake van lange wachttijden, matige kwaliteit, weinig keuze voor de patiënt/cliënt en weinig transparantie. Met de overgang naar meer vraagsturing is op voornoemde punten enorm gewonnen. De lange wachttijden zijn grotendeels verdwenen, de kwaliteit is verbeterd, er is meer keuze voor patiënten/cliënten en ook de mate van transparantie (hoewel daar nog terrein te winnen is) is gestegen.

Echter, het systeem dat wij nu hebben, is, zoals eerder ook in debatten is aangegeven, «stuck in the middle.» Het systeem is slechts ten dele ingevoerd en dan is het niet meer dan logisch dat er nog geen maximale uitkomsten worden gehaald. Het heeft de voorkeur van deze regering om het systeem van vraagsturing te verbeteren, zodat de uitkomsten ten behoeve van de patiënt en de premiebetaler verder verbeteren.

In reactie op de opmerking van de leden van deze fractie dat er nauwelijks sprake is van concurrentie tussen verzekeraars en dat verzekeraars in bepaalde regio's een monopoliepositie hebben merkt de regering op dat weliswaar in sommige regio's sommige verzekeraars een groot marktaandeel hebben, maar zoals onder andere blijkt uit het besluit van de NMa om de concentratie tussen De Friesland en Achmea goed te keuren, is er in ons land sprake van een nationale markt en op die nationale markt concurreren zorgverzekeraars wel degelijk met elkaar. De constatering ten aanzien van de monopoliepositie en de consequenties ten aanzien van marktwerking deelt de regering dan ook niet. Hetzelfde geldt voor de constatering dat aan een van de voorwaarden voor een stelsel gebaseerd op marktwerking niet is voldaan.

In reactie op de vraag van de leden van de PvdA-fractie of met dit wetsvoorstel veranderingen worden aangebracht in de positie van verzekeraars merkt de regering op dat de aanscherpingen van de zorgspecifieke concentratietoetsing uit dit wetsvoorstel zijn ingegeven vanuit kwaliteitsoverwegingen en van toepassing zijn op zorgaanbieders en niet op zorgverzekeraars. Met dit wetsvoorstel wordt benadrukt dat ook de effecten voor kwaliteit zorgvuldig moeten worden betrokken bij de overwegingen aangaande een concentratie. Op dit moment ontbreken algemeen geldende ex ante toetsbare normen ten aanzien van kwaliteit. Een individuele zorgaanbieder daarentegen kan best een inschatting maken van de effecten van zijn concentratievoornemen op de kwaliteit van de zorg in zijn nieuwe situatie. Het ontbreken van algemeen geldende ex ante toetsbare normen maakt echter wel dat «kwaliteit» (mede op basis van het advies van de Raad van State), geen onderdeel is van het inhoudelijke deel van concentratietoets . Niet alleen ex ante toetsbare normen zeggen iets over kwaliteit van de zorg. De betrokkenheid van cliënten en personeel is ook een belangrijk element waar het gaat om de kwaliteit van de zorgverlening. Zij maken met elkaar de zorg. Om die reden is de betrokkenheid van cliënten en personeel onderdeel van de concentratietoets, zij het procedureel. Op deze manier wordt recht gedaan aan de medezeggenschap, die met de aanscherpingen uit dit wetsvoorstel wordt gefaciliteerd, gestimuleerd en waar nodig extra kracht wordt bij gezet.

De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre de passage uit de Memorie van Toelichting waarin wordt opgemerkt dat «de infrastructuur

in de zorg kwetsbaarheden begint te vertonen door schaalvergroting» en «dat er te weinig aanbieders in een regio overblijven» inherent is aan een systeem van marktwerking.

Deze passage heeft betrekking op de zorgvuldigheid waarmee met de overwegingen om al dan niet te concentreren door zorgaanbieders wordt omgegaan. Met deze passage heeft de regering gepoogd aan te geven dat slecht doordachte concentraties het risico in zich dragen dat de infrastructuur in de zorg kwetsbaarheden kan gaan vertonen. De leden van de PvdA-fractie verbinden, dit anders dan de regering, aan het systeem van marktwerking.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de regering de visie deelt dat het streven naar financieel gewin op de korte termijn, met als gevolg instabiele zorgaanbieders met onvoldoende aandacht voor kwaliteit van zorg, inherent is aan het huidige systeem, en dat een systeemwijziging nodig is waardoor de prikkels anders komen te liggen.

Gezonde financiën en kwaliteit van zorg staan in het huidige systeem centraal. Het huidige systeem zet zorgaanbieders ertoe aan om zowel op korte als op lange termijn te streven naar gezonde financiën. Zorgaanbieders worden namelijk uitgedaagd om op lange termijn voldoende financiële armslag op te bouwen en gezonde investeringen te doen. Dit leidt er toe dat zorgaanbieders in het huidige systeem ook op de korte termijn voldoende voorzichtigheid moeten betrachten. In de afgelopen tijd was daarom te zien dat zorgaanbieders in het algemeen hun reserves al hebben aangevuld. Dat is een goede ontwikkeling, die er op langere termijn toe leidt dat zorgaanbieders niet te veel geld hebben geleend. Deze ontwikkeling moet nog verder doorzetten. Als zorgaanbieders financieel gezond zijn, wordt de continuïteit namelijk beter geborgd.

De leden van de PvdA-fractie vragen waarom de regering, gezien het bovenstaande, winstuitkering in de zorg tot speerpunt heeft gemaakt, welke publieke belangen hiermee gediend zijn en of de risico's niet beter kunnen worden ondervangen door winstuitkering niet toe te staan.

Op dit moment zijn aanbieders van medisch specialistische zorg voor een groot deel afhankelijk van (bank)leningen en dat maakt hen voor de toekomst kwetsbaar. Bij veel zorgaanbieders is de verhouding tussen geleend kapitaal en eigen vermogen niet in verhouding. Winstuitkering is een van de manieren voor zorgaanbieders om het eigen vermogen te versterken.¹ Het hebben van (een groter) eigen vermogen maakt zorgaanbieders weerbaarder tegen financiële risico's. Het wetsvoorstel «voorwaarden aan het uitkeren van winst door aanbieders van medisch specialistische zorg»² draagt bij aan de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Winstuitkering voor aanbieders van medisch-specialistische zorg is door de regering voorgesteld omdat er een financieringsbehoefte is bij zorgaanbieders, die niet op een andere wijze adequaat te dekken is.

Het is bovendien de overtuiging van de regering dat winstuitkering ervoor zorgt dat de bedrijfsvoering van zorgaanbieders wordt verbeterd. Ook is er door aanvullende financiering meer ruimte voor vernieuwing en investeringen in kwaliteitsimpulsen. Dit komt de kwaliteit, de betaalbaarheid en de toegankelijkheid ten goede. Het stellen van voorwaarden aan de winstuitkering zorgt ervoor dat de positieve effecten op de kwaliteit, het niveau van de dienstverlening, en de doelmatigheid van de zorg tot hun recht kunnen komen en zorgt er tevens voor dat eventuele negatieve bijeffecten worden afgedekt.

¹ Kapitaalverschaffers krijgen dan voor de financiering die ze aan de zorgaanbieders ter beschikking stellen een van de prestatie van de zorgaanbieder afhankelijke vergoeding.

² Kamerstukken II 2011/12, 33 168, nr. 2

In reactie op de verwijzing van de leden van de PvdA-fractie naar het artikel in het NRC van 7 juli 2012, merkt de regering op dat het huidige winstverbod uitsluitend regelt dat het hebben van een winstoogmerk niet is toegestaan en daarmee voor aanbieders van medisch specialistische zorg het uitkeren van winsten is verboden. Het is thans niet verboden dat ziekenhuizen rente of rendement vergoeden voor door derden ter beschikking gesteld kapitaal. De regering vindt de ontwikkeling, zoals geschetst in het NRC artikel van 7 juli 2012, dat zorgaanbieders bij andere privaatkapitaalverschaffers dan banken financiering zoeken, logisch, en dat ziekenhuizen minder afhankelijk willen zijn van banken, in principe niet verontrustend. De regering vindt het begrijpelijk dat een privaatkapitaalverschaffer op termijn het geïnvesteerde kapitaal met een zeker rendement terug wil. De regering wil echter dat dit zoveel mogelijk op een transparante manier gebeurt en geeft de voorkeur aan projecten die kwaliteitszorg op langere termijn faciliteren. Dat het wetsvoorstel voorwaarden aan het uitkeren van winst door aanbieders van medisch specialistische zorg stelt, draagt daar aan bij.

Met betrekking tot de concentratietoets vragen de leden van de PvdA-fractie waarom ervoor is gekozen dat deze toetsing zal plaatsvinden indien een zorgaanbieder zorg verleent aan 50 personen.

Dat de toetsing zal plaatsvinden indien een zorgaanbieder zorg verleent aan 50 personen of meer berust op een misverstand. Uit voorgesteld artikel 49a, derde lid, Wmg volgt dat de regels ten aanzien van zorgspecifieke concentratietoetsing van toepassing zijn als sprake is van een voorgenomen concentratie waarbij tenminste één zorgaanbieder is betrokken die zorg doet verlenen door tenminste 50 personen. Het gaat hier dus niet om patiënten maar om personeelsleden. De regering heeft gekozen voor aansluiting bij de grens die de Wet op de ondernemingsraden hanteert bij het verplichten tot het hebben van een medezeggenschapsorgaan voor het personeel.

De leden van de PvdA-fractie zijn van mening dat faillissementen van zorgaanbieders een onwenselijke uitwas zijn van het systeem en dat de overheid te allen tijde aanspreekbaar moet zijn op aanbod en kwaliteit van goede gezondheidszorg, omdat het hier gaat om premie- en belastinggelden die verplicht moeten worden betaald door burgers.

De regering is met de leden van de PvdA-fractie van mening dat de overheid aanspreekbaar is waar het gaat om kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. De regering meent, anders dan de leden van de PvdA-fractie, dat die verantwoordelijkheid ten aanzien van deze publieke belangen niet betekent dat zorginstellingen niet failliet kunnen gaan. De aanscherpingen uit het onderhavige wetsvoorstel ten aanzien van continuïteit zijn dan ook gericht op de continuïteit van de zorgverlening en niet op de continuïteit van de zorginstellingen. Uitgangspunt van deze aanscherpingen is de primaire verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor de continuïteit en de kwaliteit van de zorg. Zorgaanbieders hebben er zelf belang bij om een faillissement en daarmee discontinuïteit van zorg te voorkomen. Ook verzekeraars hebben, gelet op hun zorgplicht, belang bij het waarborgen van de continuïteit van zorg. Naturaverzekeraars en zorgkantoren moeten voor hun verzekerden immers voldoende zorg inkopen. Ook wanneer een zorgaanbieder failliet gaat, moeten naturaverzekeraars en zorgkantoren ervoor zorgen dat hun verzekerden zorg kunnen (blijven) ontvangen. De werking van het stelsel zorgt er zo juist voor dat continuïteit van zorg wordt gewaarborgd.

De regering is van mening dat een rol van de overheid bij het voorkomen van faillissementen van zorgaanbieders juist leidt tot verdere stijging van de kosten. Door te allen tijde garant te staan voor de continuïteit van een aanbieder, zijn meer financiële middelen nodig die door burgers moeten

worden opgebracht. Een overheidsvangnet in de vorm van steun aan zorgaanbieders stimuleert hen immers niet om hun keuzes goed te overwegen. Zij zullen naar verwachting eerder risico's nemen met publiek geld, omdat zij weten dat de overheid toch bijspringt als het verkeerd gaat.

De leden van de PvdA-fractie vragen zich met betrekking tot de concentratietoets af in hoeverre de bezwaren van cliënten en personeel voldoende zwaarwegend zijn verankerd in het wetsvoorstel.

De aanscherpingen ten aanzien van de zorgspecifieke concentratietoetsing zijn opgesteld vanuit de overtuiging dat in het samenspel tussen bestuurders, cliënten en personeel de beste zorg tot stand komt. Voorwaarde is wel dat partijen elkaar vinden en elkaars bevindingen serieus nemen. Met de aanscherpingen uit dit wetsvoorstel wordt het hiervoor genoemde samenspel gefaciliteerd, gestimuleerd en waar nodig kracht bij gezet door de zorgautoriteit procedureel te laten toetsen of cliënten en personeel zorgvuldig zijn betrokken bij het concentratieproces. Op dit moment is het zo dat partijen zelf naar de civiele rechter moeten stappen als er sprake is van een geschil over de medezeggenschap. Straks keurt de NZa de concentratie niet goed als uit de concentratie-effectrapportage blijkt dat niet zorgvuldig met de inbreng van cliënten en personeel is omgegaan. De regering meent dan ook dat met het faciliteren, stimuleren en kracht bij zetten van de medezeggenschap recht wordt gedaan aan de positie van cliënten en personeel waar het gaat om concentraties.

Ook vragen deze leden of de regering het oordeel deelt dat patiënten en cliënten de afgelopen jaren onvoldoende zijn betrokken bij processen van schaalvergroting. In het verlengde hiervan vragen deze leden waarom er niet voor is gekozen cliënten, dan wel personeel een instemmingsrecht bij fusies te geven.

Het onvoldoende betrekken van patiënten en cliënten is ook precies de reden waarom de regering de positie van cliënten en personeel bij concentraties met de onderhavige aanscherpingen versterkt. Uit de veldraadpleging in het kader van het wetsvoorstel voor de Wet cliënten-rechten zorg¹ (Wcz) is gebleken dat cliënten geen voorstander zijn van een instemmingsrecht bij concentraties: wel werd aangegeven dat cliënten zorgvuldig bij het concentratieproces betrokken moeten zijn.² In de Wcz is om die reden vastgelegd dat de cliëntenraad het adviesrecht ten aanzien van concentraties behouden en een instemmingsrecht krijgt op de wijze waarop ze door de zorgaanbieder bij de concentratie wordt betrokken.

De leden van de PvdA-fractie vragen wat er gebeurt als achteraf de doelstellingen uit de concentratie-effectrapportage niet worden gehaald. De concentratie-effectrapportage is geen doel op zich. Deze rapportage dient ter ondersteuning en bevordering van een zorgvuldig denk- en besluitvormingsproces ten aanzien van concentraties vanuit de overtuiging dat het zorgvuldig doordenken en daarbij betrekken van de relevante stakeholders de kwaliteit van de zorgverlening voor, tijdens en na de concentratie ten goede komt.

De leden van de SP-fractie vragen de regering uiteen te zetten wat de consequentie ten aanzien van marktwerking in de zorg zou moeten zijn indien de in het wetsvoorstel genoemde maatregelen de aan het stelsel verbonden inherente risico's onvoldoende blijken weg te nemen.

De overheid is verantwoordelijk voor het borgen van de drie publieke belangen: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. In die context moeten de aanscherpingen uit dit wetsvoorstel worden geplaatst. Daarnaast constateert de regering dat sinds de invoering van marktwerking de lange wachttijden grotendeels zijn verdwenen, de kwaliteit is verbeterd, er meer keuze is voor patiënten/cliënten en ook de mate van transparantie is gestegen. De regering kiest ervoor verder te gaan op de ingeslagen weg en het systeem van vraagsturing te vervolmaken.

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2009–2010, 32 402 nr. 2

² Gezamenlijk stimuleringsprogramma medezeggenschap cliënten: uitkomsten van overleg, Actiz, BTN, FO, GGZ Nederland, LOC, LSR, NFU, NVZ van 18 juni 2009

De leden van de SP-fractie vragen de regering of is overwogen om vooraf eisen te stellen aan de wijze waarop een zorgaanbieder is georganiseerd. De regering meent dat de zorgaanbieder, samen met cliënten en personeel, het beste weet hoe zorg in zijn instelling ingericht moet worden. Hij is bij uitstek in staat om na te denken over zaken als personeelsbezetting, inzet van flexibele krachten en de omvang. In dit kader wordt opgemerkt dat met de Wet toelatingen zorginstellingen reeds eisen worden gesteld aan de governance, die met het wetsvoorstel voor de Wcz worden aangescherpt. Ook hebben de Brancheorganisaties Zorg zelf de Zorgbrede Governancecode opgesteld, waarmee eisen worden gesteld aan de wijze waarop een zorgorganisatie is georganiseerd.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe door middel van dit wetsvoorstel incidenten, schaalvergroting met negatieve gevolgen, zoals die zich in het verleden hebben voorgedaan, voorkomen kunnen worden.

De praktijk heeft laten zien dat in het verleden sprake is geweest van niet goed doordachte concentraties, waarbij onvoldoende werd geluisterd naar kritiek van medewerkers en cliënten over de risico's van de concentratie. De aanscherpingen uit dit wetsvoorstel zijn gericht op het faciliteren, stimuleren en waar nodig kracht bij zetten van een zorgvuldig denkproces ten aanzien van concentraties in de zorg. Onderdeel van een zorgvuldig denkproces is het betrekken van stakeholders. Dit vanuit de overtuiging dat de primaire verantwoordelijkheid voor de goede zorgverlening ligt bij zorgaanbieders en dat goede zorg tot stand komt in het samenspel tussen zorgaanbieder, cliënt en personeel. De regering meent dat met de aanscherpingen uit dit wetsvoorstel de problemen, zoals die zich in het verleden hebben voorgedaan, zoveel als mogelijk, kunnen worden voorkomen.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen een reactie op de stelling van de BOZ dat de opsplitsingsbevoegdheid van de IGZ in de praktijk niet uitvoerbaar is.

In een voorkomend geval dat een zorginstelling zo groot is geworden dat de kwaliteit van de zorgverlening in gevaar komt kan de minister deze bevoegdheid als ultimatum remedium gebruiken. De dreigende werking die van de inzet van deze bevoegdheid uit kan gaan kan er voor zorgen dat instellingen die maatregelen nemen die nodig zijn om de kwaliteit weer op peil te krijgen.

De leden van de ChristenUnie-fractie merken op dat zij in de Memorie van Toelichting hebben gelezen dat de regering een bijzondere verantwoordelijkheid heeft als het gaat om het waarborgen van publieke belangen. Deze leden vragen de regering te verduidelijken hoe zij een afweging maakt wanneer er sprake is van conflicterende publieke belangen.

De regering meent dat er niet zo zeer sprake zal zijn van conflicterende publieke belangen (kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid), maar interactie tussen de belangen, waardoor een afweging nodig kan zijn tussen de drie publieke belangen, waarbij de regering van mening is dat bij deze afweging te allen tijde gezocht moet worden naar een goede balans.

2. Tijdige signalering van risico's voor de continuïteit van zorg

De leden van de VVD fractie stellen de vraag of de mogelijkheid van de NZa om zorgaanbieders en verzekeraars te verplichten afspraken te maken met het oog op de tijdige signalering van continuïteitsrisico's, ook een garantie is om te voorkomen dat er zich continuïteitsrisico's voordoen?

Dit wetsvoorstel biedt geen garanties om continuïteitsrisico's te voorkomen.

Het uitgangspunt van de aanscherpingen van dit wetsvoorstel is de primaire verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en zorgverzekeraars/zorgkantoren. De rol die de NZa heeft ten aanzien van continuïteit is in de eerste plaats dan ook gericht op het stimuleren van die eigen verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Een neveneffect van het expliciet beleggen van deze verantwoordelijkheid bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars kan wel zijn dat zij bepaalde keuzes die consequenties kunnen hebben voor de continuïteit beter doordenken, omdat zij ook risico's lopen als deze keuzes verkeerd uitpakken. Een garantie is dat echter niet en zou ook niet passen bij de genoemde verantwoordelijkheidsverdeling.

De leden van de VVD-fractie vragen naar de verantwoordelijkheidsverdeling indien, ondanks de afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar zich toch continuïteitsrisico's voordoen.

Een zorgaanbieder blijft te allen tijde verantwoordelijk voor zijn eigen bedrijfsvoering en de kwaliteit van de geleverde zorg. Een zorgverzekeraar moet er in het kader van de op hem rustende zorgplicht voor zorgen dat zijn verzekerden hun recht op zorg tot gelding kunnen brengen. Dit kan in het geval er sprake is van continuïteitsproblemen bij een van de bij de verzekeraar onder contract staande zorgaanbieders betekenen dat hij voor zijn verzekerden die bij die betreffende zorgaanbieder in zorg zijn op zoek gaat naar vervangend zorgaanbod. Ook kan dit betekenen dat de zorgverzekeraar voor die verzekerden zelf tijdelijk de continuïteit van zorg borgt door zelf tijdelijk de zorg te organiseren tot het moment waarop een andere zorgaanbieder die zorg overneemt.

De regering kan zich voorstellen dat een verzekeraar eerst, samen met een aanbieder en andere belanghebbenden, onderzoekt of door het saneren of reorganiseren van de aanbieder de continuïteit van zorg gewaarborgd kan blijven. Lukt dat niet, dan zijn gesprekken met andere (al dan niet) gecontracteerde aanbieders een logische vervolgstap.

De leden van de VVD-fractie stellen de vraag welk belang zorgaanbieders hebben om mee te werken aan dergelijke afspraken en aan het daadwerkelijk voldoen aan de afspraak om op tijd aan te geven dat er een mogelijk risico is ten aanzien van de continuïteit, aangezien dit laatste mogelijk het risico op faillissement vergroot?

Zorgaanbieders zelf hebben belang bij het nakomen van de afspraken, omdat zij door de verzekeraars te betrekken bij het oplossen van de financiële problemen van de instelling, de continuïteit van de instelling beter kunnen waarborgen. Door te voldoen aan deze afspraken is een zorgaanbieder eerder alert op relevante informatie en kan hij daarop ook zelf sneller ingrijpen als het mis dreigt te gaan.

De leden van de VVD-fractie lijken te veronderstellen dat, doordat zorgaanbieders zorgverzekeraars informeren, de kans op een faillissement van een zorgaanbieder wordt vergroot. De regering is deze veronderstelling niet toegedaan. Het is immers niet in het belang van de zorgverzekeraar (gelet op zijn zorgplicht) dat de melding van de zorgaanbieder leidt tot een faillissement. Met een tijdige melding van een zorgaanbieder aan de zorgverzekeraar over potentiële continuïteitsrisico's krijgt de zorgverzekeraar tijd om samen met de zorgaanbieder naar een oplossing te zoeken. Bovendien zal de zorgverzekeraar financieel nadeel ondervinden van een faillissement van een zorgaanbieder in geval van eventueel gegeven bevoorschottingen. Een verplichting voor zorgaanbieders om deze

informatie aan zorgverzekeraars te verstrekken, biedt de mogelijkheid om samen met verzekeraars alternatieve oplossingen te vinden. Bovendien voorziet het wetsvoorstel in geheimhouding van deze signaleringsinformatie. Hiermee wordt ontijdig lekken van deze informatie voorkomen.

De leden van de VVD-fractie vragen waarom de overheid c.q. de NZa geen duidelijke criteria hebben opgesteld voor de afspraken van verzekeraars en aanbieders over vroegtijdige signalering?

De aanscherpingen uit het wetsvoorstel gaan uit van de primaire verantwoordelijkheid van zorgaanbieder en zorgverzekeraar. De rol van de overheid c.q. de NZa is hier beperkt tot het zorgen dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders criteria opstellen voor de onderlinge afspraken over vroegtijdige signalering. Het is aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om af te spreken hoe deze criteria er uit komen te zien. Wanneer de overheid van tevoren deze criteria zou benoemen, zou zij het initiatief hiertoe bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars wegnemen, hetgeen indruist tegen het uitgangspunt van dit wetsvoorstel.

De leden van de VVD-fractie stellen dat de verzekeraar de plicht krijgt om problemen ten aanzien van continuïteit van cruciale zorg te melden bij de NZa. Deze leden vragen wanneer er exact sprake is van een risico voor de continuïteit van cruciale zorg.

Wanneer er zich een risico voor continuïteit van cruciale zorg voordoet, is per casus verschillend. Dit is afhankelijk van de mogelijkheden van de zorgverzekeraar om nog alternatieven te vinden voor het vervullen van zijn zorgplicht (zoals het contracteren van een andere aanbieder of door tijdelijk zelf zorgaanbod te creëren). Zolang een verzekeraar aan zijn zorgplicht kan voldoen, is er voor de overheid geen rol weg gelegd. In een regio met bijvoorbeeld weinig vervangend zorgaanbod en met een zorgverzekeraar die beschikt over onvoldoende financiële middelen om het aanbod zelf in stand te kunnen houden, zal dat risico groter zijn dan in regio's met voldoende vervangend aanbod of een kapitaalkrachtige verzekeraar.

De leden van de VVD-fractie vragen naar de consequenties voor de zorgverzekeraar wanneer hij zichzelf in een situatie heeft gemanoeuvreerd dat hij niet langer aan zijn zorgplicht jegens zijn verzekerden kan voldoen. De leden van de VVD-fractie vragen of de zorgverzekeraar in een dergelijk geval meebetaalt aan de extra kosten, een sanctie wordt opgelegd, de overige plannen voor het waarborgen van continuïteit van cruciale zorg tegen het licht worden gehouden, etc?

Problemen bij het nakomen van de zorgplicht door zorgverzekeraars ontstaan doorgaans doordat er geen vervangend zorgaanbod voor handen is. Het is daarbij nog maar de vraag of de zorgverzekeraar er in alle gevallen wat aan kan doen dat hij zijn zorgplicht niet na kan komen. Daarbij ziet de NZa toe op een rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet. Hierbij hoort ook toezicht op de nakoming van de zorgplicht door zorgverzekeraars.

De leden van de VVD-fractie stellen de vraag hoe de minister ervoor gaat zorgen dat de verzekeraars voldoende geprikkeld blijven om de volle verantwoordelijkheid voor de continuïteit van zorg voor hun cliënten te blijven nemen?

Zorgverzekeraars en zorgkantoren hebben een zorgplicht jegens hun verzekerden. Verzekerden kunnen kiezen voor een andere verzekeraar. Dat verzekerden kunnen kiezen, of de dreiging daartoe, prikkelt verzekeraars

om hun zorgplicht na te komen en dus de volle verantwoordelijkheid voor de continuïteit voor hun verzekerden te nemen.

De leden van de VVD-fractie vragen of met de voorgestelde meldings- en signaleringsregeling de overheid niet teveel verantwoordelijkheden overneemt van zorgverzekeraars.

De voorgestelde meldings- en signaleringsregeling heeft betrekking op cruciale zorg en gaat uit van de primaire verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Pas in het uiterste geval dat het echt niet anders kan en de continuïteit van cruciale zorg voor verzekerden in gevaar is, neemt de overheid haar verantwoordelijkheid en richt zij een tijdelijke vangnetstichting op, zodat de cruciale zorg voor de verzekerden die het betreft, is gewaarborgd. Verzekerden moeten te allen tijde kunnen rekenen op cruciale zorg.

De leden van de VVD-fractie vragen of er andere manieren zijn om ervoor te zorgen dat zorgverzekeraars hun zorgplicht ten aanzien van cruciale zorg zo lang mogelijk kunnen vervullen en geen beroep op overmacht hoeven te doen?

De regering meent dat de aanscherpingen uit het onderhavige wetsvoorstel zoveel als mogelijk zijn gericht op het zo lang mogelijk kunnen vervullen van de eigen verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Pas als het echt niet anders kan (ultimum remedium) komt in het licht van de onderhavige aanscherpingen de overheid aan bod.

Met dit wetsvoorstel wordt de eigen verantwoordelijkheid van verzekeraars benadrukt. In het geval dat de NZa van oordeel is dat sprake is van overmacht, meent de regering dat de continuïteit van cruciale zorg voor verzekerden van dusdanig belang is dat dit een tijdelijke overheidsinterventie, gericht op de continuïteit van die zorg, rechtvaardigt. De verzekeraar roept met een beroep op overmacht als het ware de hulp in van de overheid om vervangend aanbod te creëren, zodat hij weer aan zijn zorgplicht kan voldoen. Als de NZa vervolgens oordeelt dat het beroep op overmacht terecht is, dan gaat de overheid over tot het oprichten van een tijdelijke vangnetstichting. Volledigheidshalve verdient opgemerkt te worden dat een overmachtsituatie betekent dat er geen andere mogelijkheden meer bestaan dan het oprichten van een tijdelijke vangnetstichting om de continuïteit van cruciale zorg te borgen.

De leden van de CDA-fractie constateren dat met voorliggend wetsvoorstel een meldplicht voor verzekeraars wordt geïntroduceerd en vragen op welk moment de verzekeraar die meldplicht moet nakomen?

Het moment waarop de verzekeraar de meldplicht moet nakomen kan van geval tot geval verschillen en laat zich niet ten algemene duiden. De aanscherpingen uit het onderhavige wetsvoorstel laten alle ruimte om op de casuïstiek te kunnen acteren. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar om in te schatten wanneer dit moment zich voordoet en hij, om aan zijn zorgplicht voor zijn verzekerden te kunnen blijven voldoen, genoodzaakt is een beroep op overmacht te doen bij de NZa. Dit hoeft niet het moment te zijn waarop een zorgaanbieder een zorgverzekeraar informeert over zijn continuïteitsproblemen, immers een zorgverzekeraar kan nog alternatieven (vervangend zorgaanbod, problemen bij huidige aanbieder oplossen, tijdelijk zelf de zorg organiseren, etc.) hebben om aan zijn zorgplicht te voldoen.

De leden van de CDA-fractie constateren dat de NZa de bevoegdheid krijgt om regels te stellen ten aanzien van de voorwaarden in de zorginkoop-overeenkomsten met het oog op risico's voor de continuïteit van cruciale zorg. Kan de minister aangeven welke voorwaarden zij hiermee voor ogen heeft?

De regering denkt hierbij met name aan afspraken over de frequentie van informatie-uitwisseling. Daarbij kan worden gedacht aan het signaleren van het onder een bepaalde norm zakken van financiële kerngetallen, zoals bijvoorbeeld liquiditeit.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe in de praktijk kan worden voorkomen dat de zorgverzekeraar op de stoel van de zorgaanbieder gaat zitten en halen daarbij het voorbeeld van nieuwbouw aan.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben ieder een eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van het leveren van zorg. Zij hebben, op grond van verschillende, al eerder genoemde verplichtingen en belangen, de verantwoordelijkheid om samen, ieder vanuit de eigen verantwoordelijkheid afspraken te maken over de continuïteit van zorg. De aanscherpingen uit het onderhavige wetsvoorstel gaan uit van en sluiten aan bij deze eigen verantwoordelijkheid van partijen. Afspraken over het ondervangen van risico's bij nieuwbouw horen daar bij. Dat aanbieders de steun van verzekeraars voor nieuwbouwplannen makkelijker verkrijgen als aanbieders en verzekeraars voorstellen en risico's in samenspraak goed ondervangen ligt voor de hand. Met het benadrukken van de eigen verantwoordelijkheid wordt aangesloten bij het stelsel. Het stelsel is voorzien van die prikkels (de prikkels kunnen nog worden uitgebreid) die ervoor zorgen dat partijen geneigd zijn om te handelen naar deze eigen verantwoordelijkheid. In reactie op de vraag van deze leden of een verzekeraar nieuwbouw kan verbieden merkt de regering op dat een verzekeraar dat niet kan. Om financiering van de bank zeker te stellen, heeft een aanbieder wel de steun van een verzekeraar voor een dergelijk plan nodig. Aanbieders en verzekeraars zijn van elkaar afhankelijk om hun verantwoordelijkheden in te vullen.

In reactie op de vraag naar de rechten en plichten van zowel zorgaanbieder als zorgverzekeraar ten aanzien van de signalering van risico's met betrekking tot de continuïteit van cruciale zorg en het verzoek daarbij in te gaan op de tijdigheid van deze signalering wordt verwezen naar de eerdere antwoorden in dit hoofdstuk.

De leden van de SP-fractie stellen dat faillissement van een zorgaanbieder ongewenst is, omdat dit kapitaalvernietiging is van met publiek geld gefinancierde instellingen. Zij stellen dat het doel van steun is het verbeteren van de situatie, zodat continuïteit van de door de betrokken instelling geboden zorg behouden blijft. De leden van de SP-fractie stellen voorts dat dreiging van faillissement instellingen niet zal prikkelen beter te presteren, maar juist zal leiden tot een ongezond accent op de financiën, waardoor de zorg verschaalt of de werkdruk voor personeel onaanvaardbaar hoog wordt. De leden vragen een reactie van de regering op bovenstaande afwegingen.

De regering heeft een andere visie op continuïteitsbeleid dan de leden van de SP-fractie. Een goede werking van het stelsel zorgt er juist voor dat continuïteitsproblemen zoveel als mogelijk worden voorkomen. Risicodragendheid dwingt zorgaanbieders en zorgverzekeraars om vooraf goed na te denken over hun keuzes ten aanzien van de zorgverlening (ook kwaliteit), omdat de consequenties direct door hen worden gevoeld. Steunverlening met het oog op de continuïteit van een zorgaanbieder

ondermijnt die eigen verantwoordelijkheid en komt de continuïteit en de kwaliteit van de zorg zelf niet ten goede.

De leden van de SP-fractie redeneren dat de overheid te allen tijde garant moet staan voor de zorg omdat er anders sprake is van kapitaalvernietiging van publiek geld. De regering is het in zoverre eens met de leden van de SP-fractie dat zij meent dat de overheid verantwoordelijk is voor het waarborgen van cruciale zorg. De regering meent, anders dan de leden van de SP-fractie, dat vraagsturing als sturingsmechanisme in de zorg gecombineerd met de eigen verantwoordelijkheid van aanbieders en verzekeraars en bijpassende prikkels, kapitaalvernietiging van publiek geld juist zoveel als mogelijk voorkomt. Het in stand houden van niet goed functionerende instellingen om op die manier de continuïteit van de zorg te borgen, is in de visie van de regering juist te zien als een verkeerde prikkel en een verspilling van geld.

Wanneer de overheid te snel het voortouw neemt, worden aanbieders niet gestimuleerd om hun keuzes goed te overwegen, omdat zij de (financiële) consequenties niet voelen.

De leden van de SP-fractie vrezen dat het voorgestelde beleid leidt tot verschraling van de zorg. De regering is deze mening niet toegedaan. Verzekeraars en aanbieders hebben in het zorgstelsel een prikkel om ervoor te zorgen dat de zorg kwalitatief goed is. Cliënten zullen immers kiezen voor een andere aanbieder of een andere verzekeraar, wanneer deze geen oog heeft voor kwaliteit. Ook de dreiging alleen, kan dit effect hebben. Bovendien ziet de IGZ toe op de kwaliteit van zorg.

De leden van de SP-fractie zijn blij dat de regering erkent dat nieuwbouwplannen een voorbeeld zijn van kwalitatieve risico's. Deze leden vragen wat deze constatering en het wetsvoorstel betekenen voor de gangbare praktijk dat ziekenhuizen die in een kwetsbare positie verkeren, kiezen voor het sluiten van locaties en het met een fusiepartner bouwen van een nieuwe locatie. De ziekenhuizen in Winschoten en Delfzijl zijn hiervan een voorbeeld.

De constatering van de regering dat nieuwbouwplannen een voorbeeld kunnen zijn van kwalitatieve risico's betekent dat nieuwbouwplannen zorgvuldig moeten worden doordacht, zeker ook wanneer de nieuwbouwplannen gepaard gaan met een concentratie. Dit zorgvuldig doordenken wordt met dit wetsvoorstel gefaciliteerd en gestimuleerd door de concentratie-effectrapportage. Zorgaanbieders met een concentratievoornemen worden met deze verplichte rapportage gedwongen om de concentratievoornemens – en wanneer deze gepaard gaan met nieuwbouw, de overwegingen om tot nieuwbouw over te gaan – zorgvuldig te doordenken en daarbij stakeholders te betrekken. Nieuwbouw vergt meestal een forse investering, waarvoor bij de bank geleend moet worden. De bank bekijkt de onderbouwing van de nieuwbouwplannen ten aanzien van de kwaliteit en toekomstbestendigheid van de investering alvorens de financiering beschikbaar te stellen. Dit beperkt het risico. In het geval een concentratie gepaard gaat met nieuwbouw, valt te verwachten dat de nieuwbouw in de gesprekken met stakeholders, waaronder de bank, zoals dit wetsvoorstel voorschrijft, een belangrijke rol zal spelen. Verbetering van kwaliteit, veiligheid en efficiency zijn in een dergelijk geval onderwerpen van gesprek die door de concentratiepartners onderbouwd dienen te worden.

De leden van de SP-fractie vragen de regering voor welke vormen van zorg, naast AWBZ-zorg, de ambulancezorg, spoedeisende hulp, acute verloskunde en crisisopvang GGZ, is overwogen met behulp van een vangnetstichting van overheidswege de continuïteit te garanderen en op grond waarvan uiteindelijk niet is gekozen voor deze mogelijkheid.

Genoemde leden kunnen zich voorstellen dat dit ook een optie zou kunnen zijn indien een zorgverlener, gespecialiseerd in een zeldzame aandoening, zou wegvallen en er geen aanvaardbaar alternatief resteert.

De regering heeft besloten om zorg, waarvoor geldt dat wanneer deze (tijdelijk) niet (voldoende dichtbij) beschikbaar is, cliënten ernstige gezondheidsschade kunnen oplopen of (bij langdurige zorg) ernstig worden belemmerd in hun dagelijkse functioneren, van overheidswege te garanderen. AWBZ-zorg, ambulancezorg, spoedeisende hulp, acute verloskunde en crisisopvang GGZ voldoen aan voornoemde criteria. Voor zover de leden van uw fractie vrezen dat zorg voor zeldzame aandoeningen wegvalt, wijst de regering erop dat, voor zover deze zorg niet bekostigd kan worden vanuit de reguliere tarieven en prestaties, deze regering het instrument beschikbaarheidsbijdrage heeft geïntroduceerd, bijvoorbeeld voor academische zorg. Daarmee wordt geregeld dat het aantrekkelijk blijft om deze vorm van zorg te leveren.

3. Aanscherping concentratietoetsing in de zorgsector

De Leden van de VVD-fractie vragen of het beeld dat de NMa strenger toetst op samenwerking tussen zorgaanbieders dan op de concentratie van zorgaanbieders, juist is. De leden van de VVD-fractie vragen of als dit het geval is, het dan niet meer voor de hand ligt om samenwerking tussen zorgaanbieders strenger te toetsen in plaats van fusies.

Concentratie en samenwerking zijn verschillende grootheden. In het geval sprake is van een concentratie (kort gezegd, de overdracht van zeggenschap over een onderneming) vindt er een structurele wijziging in de markt plaats. Dit is niet het geval bij samenwerking (kartel), waar onafhankelijke ondernemingen naast elkaar blijven bestaan. De procedure bij het toetsen van een concentratie en het toetsen van samenwerking is anders. Met betrekking tot samenwerking die bijvoorbeeld prijsafspraken, marktverdeling of capaciteitsbeperking behelst is de toets streng: dergelijke mededingingsbeperkende samenwerking is altijd verboden. Samenwerking die de kwaliteit verbetert ten gunste van de patiënt zonder de mededinging onnodig te beperken is doorgaans wel toelaatbaar. Goedkeuring voor een concentratie wordt uitsluitend gegeven indien, als gevolg van de concentratie, de mededinging niet significant wordt beperkt. Juist omdat een concentratie een structurele verandering in de markt teweegbrengt, die moeilijk ongedaan gemaakt kan worden, is degelijk voorafgaand toezicht nodig, zodat alle eventueel mededingingsbeperkende factoren kunnen worden onderzocht. De administratieve lasten bij toetsing vooraf zijn groter dan die bij toetsing achteraf. De structurele wijziging in de markt die gepaard gaat met een concentratie rechtvaardigt een voorafgaande toets met grotere administratieve lasten. *De leden van de VVD-fractie merken op dat met het onderhavige wetsvoorstel de concentratietoetsing in de zorg wordt aangescherpt. Deze leden vragen waarom de zorg de enige sector moet zijn met een specifieke toets.*

Niet alleen in de zorg is sprake van aangescherpte regels voor concentratietoetsing. Ook voor het onderwijs zijn de regels aangescherpt en geldt een verplichting tot het indienen van een concentratie-effectrapportage.

De leden van de VVD-fractie merken op dat de aanscherpingen uit dit wetsvoorstel gepaard gaan met administratieve lasten. Zij vragen of deze lasten opwegen tegen de opmerking in de nota naar aanleiding van het verslag bij de Wet cliëntenrechten zorg (32 401, blz. 20), waarin staat dat er geen systematisch verband is tussen de omvang van de zorgorganisatie en de kwaliteit van de geleverde zorg.

Door het verplicht stellen van deze rapportage wordt een goed doordacht concentratieproces gefaciliteerd en gestimuleerd. Daarbij wordt benadrukt dat de aandacht niet alleen uit moet gaan naar financiële overwegingen, maar ook naar kwaliteit en het betrekken van de stakeholders. De inhoud van de rapportage, zo staat ook in de toelichting bij het wetsvoorstel, sluit zo veel mogelijk aan bij hetgeen uit het oogpunt van goed bestuur van zorgaanbieders al mag worden verwacht bij het voorbereiden van een concentratie, zodat de administratieve lasten al tot een minimum worden beperkt. De regering meent dan ook dat de lasten die dit wetsvoorstel in zich draagt, opwegen tegen de verwachte kwaliteitswinst bij het goed doordenken van het concentratievoornemen.

De leden van de VVD-fractie vragen waarom de grens van 50 personen is gekozen.

Hiermee wordt aangesloten bij de grens die de Wet op de ondernemingsraden hanteert bij het verplichten tot het hebben van een medezeggenschapsorgaan voor het personeel.

De leden van de VVD-fractie erkennen dat betrokkenheid van cliënten en personeel of een gebrek daaraan gevolgen kan hebben voor de kwaliteit. Zij vragen zich af waarom deze betrokkenheid moet worden voorgeschreven en geregeld.

De verplichting voor een zorgaanbieder om cliënten en personeel te betrekken bij concentratievoornemens is thans geregeld in respectievelijk de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen en de Wet op de ondernemingsraden. Om de betrokkenheid van cliënten en personeel te faciliteren en te stimuleren wordt de component medezeggenschap met dit wetsvoorstel extra kracht bij gezet.

De leden van de VVD-fractie vragen wat de toegevoegde waarde is van het zwaarder aanzetten van de component medezeggenschap om de kwaliteit te bewaken. Deze leden stellen dat, als de kwaliteit onder de maat is, cliënten zullen weglopen en verzekeraars niet langer zullen contracteren.

De regering heeft de stellige overtuiging dat de aanscherpingen uit dit wetsvoorstel bijdragen aan de kwaliteit van de zorgverlening als de concentratie heeft plaatsgevonden. Het zwaarder aanzetten van de component medezeggenschap zorgt ervoor dat bestuurders die vanuit zichzelf niet voldoende aandacht besteden aan de inbreng van cliënten en personeel, bij een concentratieproces gedwongen worden dit wel te doen. Met het faciliteren, stimuleren en waar nodig kracht bij zetten van een zorgvuldig concentratieproces wordt de kwaliteit van de zorg zoveel als dat mogelijk is voordat de concentratie is gerealiseerd, geborgd. Dat cliënten een andere zorgaanbieder kunnen verkiezen en het feit dat verzekeraars kunnen contracteren met andere aanbieders vindt pas plaats als de concentratie al heeft plaats gevonden.

De leden van de VVD-fractie vragen of bij personeelsleden een bezwaar tegen een fusie ook zou kunnen worden ingegeven door overwegingen die niet samenhangen met kwaliteit, zoals bijvoorbeeld de angst voor de eigen baan of de kans te moeten verhuizen.

Dat zou een bezwaar van het personeel kunnen zijn. Het is aan de zorgaanbieder om te beslissen hoe hij met een dergelijk bezwaar van het personeel wil omgaan. Om te voorkomen dat de overheid op de stoel van de bestuurder gaat zitten, is het onderdeel van de concentratietoets dat ziet op het zorgvuldig betrekken van cliënten en personeel procedureel

van aard. Elementen als hebben cliënten en personeel voldoende tijd gehad om een oordeel te kunnen vellen over de concentratie en hebben ze de beschikking gehad over de relevante informatie om tot een oordeel te kunnen komen, zijn hier van belang.

De leden van de VVD-fractie vragen welke criteria de toezichthouder hanteert om te beoordelen of de kwaliteit achteruitgaat, gelijk blijft of stijgt. Deze leden vragen ook of er criteria zijn waarmee kwaliteitsverlagende effecten van concentratie vooraf kunnen worden vastgesteld.

De zorgspecifieke fusietoets uit dit wetsvoorstel zorgt ervoor dat de NZa, als dit wetsvoorstel in werking is getreden, ten aanzien van concentraties procedureel toetst of uit de concentratie-effectrapportage blijkt dat de zorgaanbieder cliënten en personeel zorgvuldig bij het concentratieproces heeft betrokken. Daarnaast toetst de NZa of door de concentratie het gevaar bestaat dat de bereikbaarheid van cruciale zorg in gevaar komt. Op dit moment bestaan er geen algemeen geldende ex ante toetsbare kwaliteitsnormen. Een individuele zorgaanbieder kan echter best een inschatting maken van de gevolgen voor de kwaliteit van zijn concentratievoornemen voor zijn organisatie. Kwaliteit is om die reden wel een onderdeel van de concentratie-effect rapportage, alleen geen onderdeel van de toets door de NZa.

In reactie op de vraag van deze leden of het niet juist zo is dat fusies, bij het ontbreken van eenduidige en objectieve criteria, juist sneller worden goedgekeurd omdat een fusie ertoe leidt dat volumecriteria eerder worden gehaald, merkt de regering op dat zij niet tegen concentraties aan zich is. De regering is slechts tegen ondoordachte concentraties, waardoor de kwaliteit en de bereikbaarheid van de zorgverlening in gevaar komen.

De leden van de VVD-fractie vragen waarom de zorgspecifieke fusietoets van de NZa en de mededingingstoets door de NMa na elkaar plaats vinden en niet integraal. Door integrale behandeling kunnen de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid tegelijk en tegen elkaar worden afgewogen.

De zorgspecifieke fusietoets uit dit wetsvoorstel en de mededingingstoets van de NMa hebben verschillende vertrekpunten en een verschillend toepassingsbereik. Zorgaanbieders met een concentratievoornemen die zorg doen verlenen door tenminste 50 personen moeten voldoen aan de eisen van het onderhavige wetsvoorstel, terwijl zorgaanbieders, die zich dienen te onderwerpen aan de mededingingstoets, veelal groter zijn. Met de zorgspecifieke fusietoets uit dit wetsvoorstel worden dus meer instellingen getoetst dan door de NMa. Daarbij is de onderhavige toets een toets vanuit kwaliteitsperspectief en de toets van de NMa is een toets op mededingingsrechtelijke aspecten, waarbij op een andere manier de kwaliteit wordt betrokken. Binnen het huidige mededingingsrechtelijke kader is het niet mogelijk om een fusie af te keuren vanwege ondermaatse kwaliteit. Wel is het mogelijk om een fusie alsnog doorgang te laten vinden wanneer partijen een beroep doen op het zogenaamde efficiencyverweer. Dit houdt kort samengevat in dat de NMa een concentratie alsnog door kan laten gaan vanuit kwaliteitsoverwegingen. Dit wetsvoorstel beoogt die concentraties die ondoordacht zijn, waardoor de kwaliteit en de bereikbaarheid van de zorg voor cliënten in gevaar kunnen komen, een halt toe te roepen. Gelet op de verschillende vertrekpunten en de verschillen in toepassingsbereik, heeft de regering gekozen voor volgtijdelijkheid. Voordat de NMa haar oordeel kan geven, moet de NZa de fusie hebben goedgekeurd. De regering ziet in dat gewaakt moet worden voor onnodige vertraging. Om die reden dient de NZa binnen vier weken haar oordeel te geven. Vanuit haar verantwoordelijkheid voor de

publieke belangen meent de regering dat de kwaliteit van zorg een dergelijke «vertraging» rechtvaardigt.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe de sociale context voor de AWBZ wordt betrokken bij de concentratietoets door de NZa en wanneer voldoende tegemoet is gekomen aan de sociale context.

Zorgaanbieders moeten op de hoogte zijn van de wensen van hun cliënten ten aanzien van de zorg en daarmee dus ook van de sociale context waarbinnen die zorg wordt geboden. Cliënten hebben ook een eigen verantwoordelijkheid. Cliënten worden met de concentratie-effectrapportage gefaciliteerd om die eigen verantwoordelijkheid te nemen en hun inbreng te leveren ten aanzien van de concentratie. Het is dan aan de zorgaanbieder om hierop zorgvuldig te reageren. De NZa ziet vervolgens procedureel toe op de zorgvuldigheid waarmee de zorgaanbieder met de inbreng van de cliënt is omgegaan. De sociale context is dus een onderdeel van het procedurele deel van de concentratietoets. Om recht te doen aan de sociale context waarbinnen iemand zijn zorg wil genieten is het aan de zorgaanbieder en cliënten gezamenlijk om hier invulling aan te geven. Het feit dat de sociale context een onderdeel is van de procedurele toets van de NZa zorgt ervoor dat zorgaanbieders ook daadwerkelijk het gesprek met cliënten hierover aangaan.

De leden van de CDA-fractie vragen waarom er geen criteria zijn om de gevolgen van een fusie voor de kwaliteit vooraf te meten.

Het is de facto niet mogelijk om voorafgaand aan een concentratie te oordelen over de kwaliteit van zorg die na de concentratie door de nieuwe zorgaanbieder geleverd wordt. Kwaliteit van zorg nadat de concentratie heeft plaats gevonden is geen optelsom van de kwaliteit van de zorgverlening van de individuele partijen die willen concentreren.

De inbreng van de leden van de CDA-fractie doet vermoeden dat zij menen dat ook de IGZ vooraf zijn instemming moet geven en dat daarbij de kwaliteit zou kunnen worden betrokken. Dit is niet het geval. De NZa is belast met de uitvoering van de zorgspecifieke concentratietoets. De IGZ houdt intensief toezicht voor, tijdens en na de concentratie en maakt hierbij gebruik van haar reguliere handhavingsinstrumentarium. Overigens laat de IGZ zich niet positief dan wel negatief uit over concentraties. De IGZ oordeelt over de kwaliteit van de zorg.

In reactie op de vraag van de leden van de CDA-fractie naar welke bevoegdheden de IGZ heeft ten aanzien van het intensieve toezicht bij concentraties merkt de regering op dat de bevoegdheden van de IGZ zijn gebaseerd op geldende regelgeving, waaronder de Kwaliteitswet zorginstellingen. Intensief toezicht bij concentraties is geen nieuw toezichtinstrument, maar intensievere toepassing van het bestaande toezichtsinstrumentarium van de IGZ. De IGZ en de NZa werken nadere afspraken uit over het moment waarop en de gevallen waarin de NZa de IGZ over concentraties informeert.

De leden van de CDA-fractie vragen wanneer de minister nadere regels gaat stellen met betrekking tot de inhoud van de concentratie-effectrapportage.

De invulling die het wetsvoorstel aan de concentratie-effectrapportage geeft is dusdanig gedetailleerd dat de regering meent niet direct tot nadere invulling bij ministeriële regeling over te hoeven gaan. Als blijkt dat de huidige aanscherpingen niet het door de regering gewenste effect

ressorteren, zal de regering nadere invulling bij ministeriële regeling overwegen.

De leden van de CDA-fractie vragen of instemming van de IGZ vereist is voor een positief oordeel van de NZa over de concentratie-effectrapportage.

Mogelijk wordt hier uitgegaan van de veronderstelling dat de NZa een inhoudelijk oordeel geeft over de inhoud van de concentratie-effect rapportage. Dit is niet het geval. Het onderdeel van de concentratietoets dat betrekking heeft op de concentratie-effectrapportage, is zuiver procedureel van aard en betreft een bevoegdheid van de NZa zelf. Voor wat betreft het overige geldt dat de IGZ intensief toezicht houdt voor, tijdens en na de concentratie.

De leden van de D66-fractie geven aan voorstander te zijn van doelgerichte concentratie van zorg. De leden van deze fractie vragen in hoeverre de regering van mening is dat deze toets een belemmering kan zijn voor concentraties die geen verandering aanbrengen in de kwaliteit van de zorg, maar wel de doelmatigheid verhogen.

De regering ziet niet in waarom concentraties die de doelmatigheid verhogen en geen negatieve effecten hebben op de kwaliteit van de zorgverlening een drempel zouden moeten ondervinden van de aanscherpingen uit dit wetsvoorstel. De toets vormt hiervoor geen belemmering.

De leden van de D66-fractie vragen of het aanbevelenswaardig is de concentratietoets te koppelen aan gegevens over de kwaliteit van voor en na de concentratie die zich bij de IGZ bevinden. Op deze wijze kan het effect van de concentratie inzichtelijk worden gemaakt.

Het effect van een concentratie op de kwaliteit van zorg wordt pas na de concentratie zichtbaar. Effectmeting voorafgaand aan de concentratie is niet 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. De IGZ beschikt over informatie over de kwaliteit van zorg van zorgaanbieders die het voornemen hebben om te concentreren. Deze informatie zegt echter niets over de daadwerkelijke effecten van een voorgenomen concentratie. Kwaliteit van zorg, nadat de concentratie heeft plaats gevonden is namelijk geen optelsom van de kwaliteit van de zorgverlening van de individuele partijen die willen concentreren.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen verduidelijking over de passage in de Memorie van Toelichting waarin wordt gesteld dat het niet goed mogelijk is op voorhand uitspraken te doen over de relatie tussen enerzijds schaalvergroting in de zorg en anderzijds de kwaliteit en bereikbaarheid van zorg.

Deze passage is opgenomen om te benadrukken dat grotere organisaties niet slechter van kwaliteit zijn of minder bereikbaar (bijvoorbeeld door meerdere locaties) en dat een fusie dus niet automatisch positieve of negatieve invloed heeft op kwaliteit of bereikbaarheid.

4. Bevoegdheid om maatregelen op te leggen ten aanzien van de organisatiestructuur Zorgorganisaties

De leden van de VVD-fractie vragen de regering een overzicht te geven van de maatregelen (in volgorde van zwaarte) die genomen kunnen worden alvorens er een ingreep plaatsvindt in de structuur van de organisatie.

De IGZ beschikt over een instrumentarium waarmee zij kan ingrijpen om risico's voor de kwaliteit van zorg te verminderen. Dit instrumentarium betreft in toenemende mate van zwaarte weergegeven:

- advies- en stimuleringsmaatregelen (campagnes, circulaires, brieven, artikelen, actieve openbaarmaking, rapporten, etc.);
- corrigerende maatregelen (verbeterplan met termijnen, verscherpt toezicht, etc.);
- bestuursrechtelijke maatregelen (bevel tot sluiting, aanwijzing, intrekken vergunning, onthouden certificaat, last onder dwangsom, bestuurlijke boete, etc.);
- straf- en tuchtrechtelijke maatregelen (tuchtklacht, aangifte bij OM).

De leden van de VVD-fractie vragen hoe in de praktijk solide is te onderbouwen dat er kans bestaat op voortduring dan wel herhaling van de situatie die voortvloeit uit de structuur van de organisatie van de zorgaanbieder en hoe is te onderbouwen dat het door een ondergrens zakken van de kwaliteit van de zorgverlening puur en alleen voortvloeit uit de organisatie van de zorgaanbieder.

Indien de structuur van de organisatie van de zorgverlening de oorzaak is voor het door een ondergrens zakken van de kwaliteit en er door de zorgaanbieder geen aanpassingen in deze structuur worden aangebracht, dan is er een gereede kans op voortduring dan wel herhaling van slechte kwaliteit. Per geval zal dit moeten worden bekeken, waarbij ook de bereidheid en zichtbaarheid van het management om zijn verantwoordelijkheid te nemen de zaak ten goede te veranderen wordt meegenomen.

De leden van de CDA-fractie vragen of sprake is van een «laatste waarschuwing» op grond waarvan de organisatie zelf verbeteringen kan aanbrengen alvorens van de bevoegdheid gebruik wordt gemaakt?

Gelet op de ingrijpendheid van deze bevoegdheid, is zelfs wettelijk vastgelegd dat van deze bevoegdheid pas gebruik mag worden gemaakt indien er geen minder ingrijpende middelen meer voor handen zijn waarmee de kwaliteit weer op orde kan worden gebracht. Deze bevoegdheid dient uitsluitend als ultimum remedium. Voordat deze bevoegdheid door de minister kan worden ingezet, moet eerst al het andere zijn gedaan. Dit houdt ook in dat organisaties eerst zelf in staat moeten zijn gesteld om hun organisatie weer op orde te krijgen.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe het proces eruit ziet nadat de IGZ het initiatief heeft genomen.

De opsplitsingsbevoegdheid is een nadere invulling van het bestaande handavingsinstrumentarium binnen het kwaliteitstoezicht en vormt een lex specialis ten opzichte van de reeds bestaande aanwijzingsbevoegdheid van de IGZ. Indien de IGZ van mening is dat de opsplitsingsbevoegdheid nog de enige manier is om de kwaliteit van de zorgverlening weer op peil te krijgen, adviseert zij de minister dienovereenkomstig. Uit het advies strekkende tot inzet van de opsplitsingsbevoegdheid door de minister zal moeten blijken dat de IGZ de zorgaanbieder in staat heeft gesteld tot het aanbrengen van verbeteringen en dat verder alle minder

ingrijpende middelen die ter beschikking staan van de IGZ, geen uitkomst hebben geboden.

De opsplitsingsbevoegdheid krijgt de vorm van een aanwijzing waarmee een structurele maatregel wordt opgelegd aan de zorgaanbieder, die ingrijpt in diens organisatiestructuur. Als de minister het advies van de IGZ heeft ontvangen, zal zij op basis van dit advies een aanwijzing voorbereiden. De inhoud van de aanwijzing hangt sterk samen met de situatie die zich voordoet, en is dan ook niet op voorhand te duiden. Gelet op de ingrijpendheid van deze aanwijzing, vraagt de minister de NZa om vanuit bedrijfskundig perspectief een rapportage op te stellen over de gevolgen van die aanwijzing voor de zorgaanbieder. Tot deze rapportage behoort in ieder geval een analyse van de bestuurlijke en financiële gevolgen van de aanwijzing voor de verschillende organisatieonderdelen van de zorgaanbieder en een analyse van de wijze waarop en de plaats in de organisatie waar de aanpassingen vanuit bedrijfskundig perspectief het best vorm gegeven kunnen worden. Op basis van zowel het advies van de IGZ als de rapportage van de NZa bepaalt de minister vervolgens of in de voorkomende situatie de opsplitsingsbevoegdheid uitkomst kan bieden.

Voorts vragen de leden van de CDA-fractie wanneer aantoonbaar is dat de grootschalige organisatie de reden is dat de kwaliteit van de zorgverlening door de ondergrens zakt. Deze leden vragen om een toelichting aan de hand van voorbeelden.

Indien de organisatie van de zorgverlening tot gevolg heeft dat de kwaliteit door een ondergrens zakt is aantoonbaar dat de grootschaligheid van de organisatie de reden is dat de zorg onder de maat is. In een voorkomend geval zal deze bevoegdheid als ultimium remedium kunnen worden ingezet. Tot op heden is nog geen sprake geweest van een dergelijke situatie. Echter, de huidige ontwikkelingen rondom schaalvergroting in de zorg maken dat de regering waarde hecht aan het voor handen hebben van een dergelijke bevoegdheid, waar een preventieve werking van uit kan gaan.

De leden van de CDA-fractie vragen of de minister bij de inzet van deze bevoegdheid kan afwijken van het advies van de IGZ.

De opsplitsingsbevoegdheid betreft een bevoegdheid van de minister op basis van een advies van de IGZ en de bedrijfskundige rapportage van de NZa op de effecten van de inzet van deze bevoegdheid voor de individuele instelling. De minister gebruikt deze rapportage bij haar overwegingen of de inzet van deze bevoegdheid gewenst is. Voor het advies van de IGZ geldt dat de minister hiervan gemotiveerd kan afwijken.

De leden van de CDA-fractie stellen dat de gevolgen van een mogelijke ontvlechting, dan wel afstoten van een bepaalde zorgvorm enorm zijn voor een organisatie. Deze leden vragen of de gevolgen goed in kaart kunnen worden gebracht. Tevens vragen deze leden wie verantwoordelijk is als blijkt dat de gesplitste delen niet levensvatbaar blijken te zijn.

De regering deelt met de leden van de CDA-fractie dat de gevolgen van een mogelijke ontvlechting enorm kunnen zijn. Om die reden is wettelijk verankerd dat de bevoegdheid slechts kan worden ingezet als ultimium remedium. Ook vindt de regering het belangrijk dat zorgvuldig wordt nagedacht over de mogelijke gevolgen van de inzet van deze bevoegdheid. Om die reden is wettelijk verankerd dat de minister niet eerder van deze bevoegdheid gebruik maakt dan nadat zij de NZa heeft gevraagd te rapporteren over de bedrijfskundige effecten van de aanwijzing voor de zorgaanbieder. Tegelijkertijd heeft de overheid een

publieke verantwoordelijkheid ten aanzien van kwaliteit. Deze verantwoordelijkheid rechtvaardigt de inzet van deze bevoegdheid indien aantoonbaar met minder ingrijpende middelen de kwaliteit niet op peil kon worden gebracht. De verantwoordelijkheid ten aanzien van de goede zorgverlening en financiële besluitvorming berust bij zorgaanbieders (en zorgverzekeraars), ook in die situatie waarin van de opsplitsingsbevoegdheid gebruik wordt gemaakt. Indien in een voorkomend geval blijkt dat de gesplitste delen niet levensvatbaar zijn, geldt het beleid ten aanzien van de continuïteit van zorg als omschreven in hoofdstuk 2.

De leden van de SP-fractie geven aan het eens te zijn met de mogelijkheid om in te grijpen in de organisatiestructuur van de zorgaanbieder, indien andere opties voor verbetering van slechte zorg ontoereikend zijn. Deze leden vragen waarom ervoor is gekozen deze bevoegdheid bij de minister te beleggen in plaats van bij de IGZ.

Het toepassen van de opsplitsingsbevoegdheid is vanwege de zwaarte van de maatregel aan de minister voorbehouden, evenals de aanwijzingsbevoegdheid op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen.

De leden van de D66-fractie wijzen erop dat de aanwijzingsbevoegdheid in redelijke verhouding moet staan tot de ernst van de situatie; het zogenaamde proportionaliteitsvereiste. Deze leden vragen de regering toe te lichten op welke gronden deze proportionaliteit tot stand moet komen, en hoe bijvoorbeeld de gerede kans op herhaling van de situatie wordt gemeten.

Proportionaliteit is een voorwaarde voordat tot besluitvorming wordt overgegaan. Gelet op de ingrijpendheid van deze bevoegdheid is wettelijk vastgelegd dat de minister de bevoegdheid uitsluitend als ultimum remedium mag inzetten op advies van de IGZ en niet eerder dan nadat door de NZa een rapportage is uitgebracht die ziet op de bedrijfskundige effecten van de inzet van deze bevoegdheid voor de betreffende zorgaanbieder. Een gerede kans op herhaling bestaat als de kwaliteit onder de maat zou blijven zonder inzet van deze bevoegd en minder ingrijpende middelen dan deze bevoegdheid niet zouden leiden tot het op peil brengen van de kwaliteit van de zorg.

5. Verhouding met Europees recht

De leden van de CDA-fractie stellen dat er voldoende waarborgen zijn voor de vereiste rechtszekerheid in het kader van het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens (EVRM). Hetzelfde geldt volgens de memorie van toelichting voor de inmenging in het eigendomsrecht. De leden van de CDA-fractie vragen of de regering heeft overwogen dit onderdeel van het wetsvoorstel voor te leggen aan de Europese Commissie.

Het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens en de fundamentele vrijheden (EVRM) is een Europees verdrag waarin mensen- en burgerrechten voor alle inwoners van de verdragsluitende staten zijn geregeld. In Nederland heeft het verdrag directe werking: de rechterlijke macht moet alle wetgeving direct aan het EVRM toetsen (art. 94 Grondwet, Ned.). Indien rechten voortkomend uit het EVRM worden geschaad, kan een procedure worden aangespannen bij het Europese Hof

voor de Rechten van de Mens (dit is niet het Europees Hof van Justitie).
De Europese Commissie heeft dan ook geen rol bij de uitleg van het
EVRM.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. I. Schippers