

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

B VOORLOPIG VERSLAG VAN DE VASTE COMMISSIE VOOR VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT¹

Het voorbereidend onderzoek van dit wetsvoorstel geeft de commissie aanleiding tot het maken van de volgende opmerkingen en het stellen van de volgende vragen.

Inleiding

De leden van de **VVD**-fractie constateren dat op de drie hoofdpunten van het wetsvoorstel allerwegen veel kritiek is gekomen en vragen zich af waar deze kritiek in het wetsvoorstel is verwerkt, dan wel waarom de regering deze naast zich neer heeft legt. Zij hebben naar aanleiding van het wetsvoorstel nog diverse vragen en zien een uitgebreide beantwoording van deze vragen met belangstelling tegemoet.

De leden van de **PvdA**-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het wetsvoorstel tot 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, maar zijn vooralsnog niet overtuigd van de toegevoegde waarde van het wetsvoorstel. Zij leggen de regering graag nog een aantal vragen voor.

De leden van de **CDA**-fractie hebben met zorg kennisgenomen van het voorliggende wetsontwerp. Zij zien daarin een aantal ernstige problemen, wat hen tot de nodige vragen brengt.

Voorliggend wetsvoorstel is een van de punten uit het gedoogakkoord. Het voorstel beoogt de kleinschaligheid in de zorg te bevorderen en daar

¹ Samenstelling:

Holdijk (SGP), Dupuis (VVD) (*vicevoorzitter*), Linthorst (PvdA), Slagter-Roukema (SP) (*voorzitter*), Thissen (GL), Nagel (50PLUS), Koffeman (PvdD), Kuiper (CU), Quik-Schuijt (SP), Reuten (SP), De Vries-Leggedoor (CDA), Flierman (CDA), Barth (PvdA), Martens (CDA), vac. (CDA), Scholten (D66), Backer (D66), Ganzevoort (GL), De Lange (OSF), Ter Horst (PvdA), Beuving (PvdA), Frijters-Klijnen (PVV), Van Dijk (PVV), De Grave (VVD), Bröcker (VVD), Beckers (VVD), Van Beek (PVV), Bruijn (VVD), Koning (PvdA)

maken de leden van de **PVV**-fractie zich altijd hard voor. Wel hebben zij naar aanleiding van het voorstel nog enige vragen.

De leden van de **SP**-fractie hebben kennisgenomen van het wetsvoorstel, dat er voor moet zorgen dat de overheid haar verantwoordelijkheid kan nemen wanneer de kwaliteit of bereikbaarheid van zorg in gevaar komt als gevolg van een faillissement van een zorgaanbieder of als gevolg van schaalvergroting. Het wetsvoorstel is mede tot stand gekomen als antwoord op de motie-Leijten, aangenomen door een meerderheid van de Tweede Kamer in oktober 2011², waarin de regering gevraagd werd pas weer fusies in de zorg toe te staan nadat de inspraak van patiënten en personeel voldoende geregeld zou zijn. De regering neemt met dit wetsvoorstel geen verantwoordelijkheid voor de continuïteit van zorginstellingen, wel voor het publieke belang van continuïteit en bereikbaarheid van zorg. De leden van de **SP**-fractie hebben nog diverse vragen, die veelal betrekking hebben op de uitwerking van de toets in de praktijk.

De leden van de fractie van **D66** hebben met voorzichtige belangstelling kennisgenomen van het voorliggende wetsvoorstel. Voorzichtig, omdat zij de gedachtegang uit het Regeerakkoord onderschrijft dat er geen wetgeving geproduceerd moet worden die niet nodig is en dat de overheid niet moet inzetten op extra regelgeving en bestuurlijke drukte, in het bijzonder waar het gaat om toezichtstaken en adviesfuncties. Het advies van de Raad van State volgt deze gedachtegang door er onomwonden op te wijzen dat het wetsvoorstel overbodig is omdat de markt voldoende gereguleerd is.

Achtergrond en uitgangspunten van het wetsvoorstel

De leden van de **VVD**-fractie constateren dat het nu voorliggend wetsvoorstel opvallend scherp bekritiseerd is door de Raad van State. Op grond van een reeks van argumenten is de Raad van State van mening «niet positief» te kunnen adviseren over het voorstel. Wezenlijke verbeteringen zijn echter niet gevolgd. Het gaat hier om een aanscherping en uitbreiding van de taken van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), ten aanzien van ten eerste de vroegtijdige signalering van risico's voor de continuïteit van zorg en ten tweede de zorgspecifieke fusietoetsing. De raad is tevens kritisch over de bevoegdheid om een zorginstelling/zorgaanbieder op te splitsen vanwege kwaliteitsargumenten. De NZa krijgt ten aanzien van het eerste punt bevoegdheden om regels te stellen die het mogelijk maken tijdig risico's op te sporen, zoals een meldplicht voor zorgverzekeraars. Voorts krijgt de NZa ten aanzien van het tweede punt de bevoegdheid om goedkeuring te onthouden aan fusies in de zorg als aan een aantal voorwaarden niet wordt voldaan (met name kwaliteit). Ten derde gaat het om een aanvulling van de handhavingsinstrumenten met de bevoegdheid voor de minister om een zorgaanbieder in het belang van de kwaliteit van zorg een aanwijzing te geven om zijn organisatiestructuur aan te passen. De leden van de **VVD**-fractie vragen waarom de regering zo weinig heeft gedaan met de kritiek van de Raad van State. Zij verzoeken de regering nogmaals te reageren op de vele kanttekeningen die de raad heeft gemaakt.

De leden van de **VVD**-fractie staan met name kritisch ten opzichte van de reden die de regering opgeeft voor de indiening van het wetsvoorstel. De voornaamste argumentatie voor deze wet is dat de zorgaanbieders sinds 2006 veel meer ruimte zouden hebben gekregen om zelf hun zorgaanbod in te richten. Hier ligt meteen al een eerste punt van kritiek. Op deze

² Kamerstukken II 2011/12, 32 520, nr. 25

bewering is namelijk heel veel af te dingen. Het is immers duidelijk dat zorgverzekeraars de macht hebben gegrepen, in zekere zin daarin verdergaand dan de bedoelingen van de Zorgverzekeringswet. Er is werkelijk geen sprake van een dergelijke ruimte. In tegendeel: alle zorginstellingen, in de cure en in de care, zuchten onder de gesel van eindeloze verplichtingen inzake het aantonen van de kwaliteit, en dit terwijl de Algemene Rekenkamer³ nog enkele weken geleden in de commissie VWS van dit huis liet zien dat 16 jaar gesleutel aan kwaliteits-toetsing etc. nog zeer weinig heeft opgeleverd. Met andere woorden: de rechtvaardiging van dit wetsvoorstel is onvoldoende. Uiteraard heeft de overheid de taak publieke belangen (zoals een goede gezondheidszorg) te borgen, maar daarvoor bestaan al vele instrumenten. Instellingen die een loopje nemen met publieke belangen moeten daarvan op alle manieren de negatieve gevolgen dragen, zo blijkt uit berichtgeving uit de kranten van de afgelopen maanden. Er is immers een Inspectie, er zijn de verzekeraars, en ook patiëntenorganisaties laten zich niet onbetuigd. De grote vraag is of deze wet iets toevoegt. De leden van deze fractie delen de mening van de Raad van State dat dit niet het geval is. Zij plaatsen dan ook vraagtekens bij de noodzaak van het wetsvoorstel en maken zich zorgen over de samenhang met andere instrumenten en instituties die ook over de kwaliteit en continuïteit van zorg gaan, zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) en het kwaliteitsinstituut. De leden van de VVD-fractie krijgen op het bovenstaande graag een reactie.

De leden van deze fractie zijn zeer verontrust over het uitdijende stelsel van overheidsbemoeiing met de diverse sectoren van de gezondheids- en welzijnzorg. Ook voorzien zij een grote toename van de toch al overmatige regellast als gevolg van het wetsvoorstel. Door de wet wordt immers wel weer een tsunami aan regelgeving toegevoegd aan een toch al onder regelgeving bezwijkende sector. In dit verband kan bijvoorbeeld worden gewezen op de door het wetsvoorstel geëntameerde meldplicht voor ziektekostenverzekeringen inzake te verwachten risico's. De voorgestelde signaleringsregeling inzake risico's is topzwaar en ook onuitvoerbaar vanwege het ontbreken van precieze toetsingscriteria. Ditzelfde geldt voor het beleid ten aanzien van toetsing van fusies. Gaarne vernemen deze leden de reactie van de regering op dit punt. Heeft de regering laten onderzoeken welke extra belasting aan zorgaanbieders wordt opgelegd na een eventuele invoering van dit wetsvoorstel? Zij verzoeken de regering om dit exact te beschrijven.

Een situatie als die van het ziekenhuis in Spijkenisse is toch zonder dat deze wet al vigeert goed opgelost? Wat zou er anders zijn gegaan als deze wet al wel zou zijn aangenomen?

Kan de regering aannemelijk maken dat negatieve incidenten in de gezondheidszorg inderdaad met het voorgestelde instrumentarium zouden zijn voorkomen? De leden van de VVD-fractie krijgen hiervan ook graag enkele voorbeelden.

Om een beter beeld te krijgen van de toegevoegde waarde ten opzichte van de bestaande wet- en regelgeving leggen de leden van de **PvdA**-fractie de regering graag enkele vragen voor. Indien de minister van VWS tien jaar geleden al zou hebben kunnen beschikken over de in dit wetsvoorstel opgenomen splitsingsbevoegdheid, zou daarvan dan gebruik zijn gemaakt en zo ja, waarom? Tevens vernemen zij graag van de regering of fusies van zorgaanbieders die in de afgelopen tien jaar hebben plaatsgehad ook onder het onderhavige wetsvoorstel zouden hebben

³ Technische briefing, d.d. 28 mei 2013, over onderzoeksrapport Indicatoren voor kwaliteit in de zorg

plaatsgevonden. Zo dat niet het geval is, op welke specifieke gronden dan niet? Indien dat wel het geval is, wat is dan de toegevoegde waarde van het onderhavige wetsvoorstel?

Gaarne krijgen de leden van deze fractie een reactie op het door de Brancheorganisatie Zorg (BoZ) geuite bezwaar dat bevoegdheden die in het wetsvoorstel zijn geregeld onnodig zijn omdat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) via het instrument van de individuele aanwijzing de vereiste kwaliteit zou kunnen afdwingen.⁴ Ook ten aanzien van de medezeggenschap van cliënten en medewerkers is de Brancheorganisatie Zorg van mening dat het wetsvoorstel overbodig is en het toekennen van de bedoelde bevoegdheid aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ongewenst is. De leden van deze fractie krijgen graag een reactie van de regering op deze stellingname.

Het wetsvoorstel lijkt, met name inzake de concentratie-effectrapportage en de mogelijkheid tot structurele ingrepen, uit te gaan van de gedachte dat schaalvergroting onder zorgaanbieders tot een bedreiging van de continuïteit van het zorgaanbod en tot een aantasting van de kwaliteit van de zorg kan leiden, zo merken de leden van de **CDA**-fractie op. Daarom beoogt de regering met dit wetsontwerp de procedures rond concentratie van zorgaanbieders te verzwaren. Nu is de bovengenoemde bedreiging inderdaad niet ondenkbaar, maar er is zeker geen sprake van een directe correlatie. Tegelijkertijd zien de leden van de CDA-fractie ontwikkelingen, door de overheid gestimuleerd of toegejuicht, die juist tot schaalvergroting of institutionele concentratie kunnen leiden. Concentratie of schaalvergroting kan tot efficiencyverhoging leiden en de kosten beheersbaar houden, concentratie kan tot een doelmatiger spreiding van voorzieningen leiden, en schaalvergroting biedt professionals de mogelijkheid hun bekwaamheid met een voldoende volume aan behandelingen te onderhouden en verdere specialismen te ontwikkelen. Graag ontvangen de leden van deze fractie een nadere, afgewogen beschouwing van de regering over deze tegenstrijdigheid en de manier waarop de regering hiermee om wil gaan.

Kwaliteits- of continuïteitsproblemen dienen zich echter niet alleen bij grotere zorgaanbieders aan. De beoogde regelgeving met betrekking tot dreigend faillissement ziet op alle zorgaanbieders, maar de bepalingen ten aanzien van concentratie en structuur vooral op schaalvergroting en organisatieproblemen als gevolg van een te grote schaal. Toch zijn ook problemen in het zorgaanbod als gevolg van een te kleine schaal of juist het uitblijven van noodzakelijke concentratie zeer wel denkbaar. Daarom vragen de leden van de CDA-fractie over welke instrumenten de regering beschikt om zo nodig een concentratie of schaalvergroting te bevorderen. Acht de regering die bevoegdheden toereikend of zou zij over een ruimer instrumentarium moeten beschikken? Evenzo rijst de vraag of de regering ook beschikt over mogelijkheden om in te grijpen in de structuur van een kleinere zorgaanbieder, indien de kwaliteitsproblematiek daar wel met de organisatiewijze, maar niet met schaalgrootte verbonden is? Zijn haar bevoegdheden ook op dit punt toereikend? Graag krijgen de leden van de CDA-fractie op deze vragen een helder antwoord.

In het licht van het voorliggende wetsontwerp is de recente casus van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis te Spijkenisse bijzonder interessant. Bij oppervlakkige beschouwing lijkt het hier te gaan om een kleine zorgaanbieder met ernstige kwaliteitsproblemen, waarbij na faillissement met steun van zorgverzekeraars en zorgaanbieders uit de regio ter plaatse een

⁴ E-mail BoZ (d.d. 3 juli 2013) met afschrift van brieven aan de Tweede Kamer (ter inzage gelegd onder griffinummer 153255)

voorziening ten behoeve van de cruciale zorg in stand kon worden gehouden. Dat alles is gebeurd zonder dat de voorliggende wet van kracht was. Graag zien de leden van de CDA-fractie een beschouwing van de regering waarin duidelijk wordt hoe de ontwikkelingen rond het Ruwaard van Putten Ziekenhuis zich daadwerkelijk hebben voltrokken, en op welke punten met de voorgestelde wet in de hand anders zou zijn gehandeld en een betere uitkomst zou zijn bereikt. Zou dat tot een kwalitatief beter zorgaanbod hebben geleid?

De regering stelt zich op het standpunt dat zij in de eerste plaats een stelselverantwoordelijkheid heeft en daarmee niet wil interveniëren in het aanbod van zorgaanbieders. Toch is het denkbaar dat de regering, juist vanuit haar stelselverantwoordelijkheid, wel een visie op de spreiding van het aanbod ontwikkelt. Op andere terreinen van overheidszorg, waar de regering eveneens eens stelselverantwoordelijkheid onderkent, doet zij dat ook. De leden van de CDA-fractie vragen zich af of de problematiek die met het voorliggend wetsontwerp wordt aangesneden niet effectiever kan worden aangepakt indien de regering een soort spreidingsplan of normen daarvoor ontwikkelt. Zij ontvangen graag een beschouwing over de interpretatie van de stelselverantwoordelijkheid in relatie tot de spreiding van voorzieningen.

In de afgelopen jaren is een aantal ziekenhuizen «gered» door de overheid, zoals de IJsselmeerziekenhuizen, of is een fusie toegestaan, ondanks dat het om een concentratie ging waarbij de keuze voor de patiënt beperkter werd en de reisafstand groter, zoals in Zeeland. Graag vernemen de leden van de fractie van **SP** hoe het proces verlopen zou zijn als het voorliggende wetsvoorstel al wet was geweest.

De schaalvergroting in Zeeland werd onder anderen toegestaan onder verwijzing naar de zienswijze van de IGZ dat zonder fusie kwaliteit en continuïteit in gevaar zouden komen. De fusie zou noodzakelijk zijn voor het behoud van de basisziekenhuisfuncties. Zijn de basisziekenhuisfuncties met dit wetsvoorstel ook gedefinieerd?

Dit wetsvoorstel voorziet onder meer in een fusietoets bij het wegvallen van zorgaanbieders in cruciale zorg door de zorgautoriteit; een toets die tijd kost, administratieve lasten verhoogt en een bureaucratische inslag kan hebben. Los van dit wetsvoorstel is in deze gevallen reeds een toets van de NMa, thans Autoriteit Consument en Markt (ACM), vereist. Daarnaast verwacht zowel de regering als de Raad van State dat de bevoegdheid tot het opleggen van een structurele maatregel, zoals genoemd in artikel 8a van de Kwaliteitswet zorginstellingen, praktisch nooit zal worden toegepast. De leden van de **D66**-fractie vragen de regering nog eens te reflecteren op genoemde tegenstelling tussen enerzijds de gedachte in het Regeerakkoord en het advies van de Raad van State en anderzijds het door haar gepresenteerde wetsvoorstel, dat de zorgautoriteit bevoegdheden geeft naast de reeds bestaande bevoegdheden van de ACM. Waarom is de toets van de zorgautoriteit nog nodig naast de genoemde ACM-toets? En waarom wordt de bevoegdheid tot opsplitsing in de wet opgenomen, terwijl daarnaast dermate strenge voorwaarden worden omschreven dat de kans dat de minister van die bevoegdheid gebruik zal maken zeer minimaal is? De vraag is of hier dan niet sprake is van overbodige wetgeving. De leden van de **D66**-fractie krijgen hierop graag een reactie.

Tijdige signalering risico's voor de continuïteit van zorg

De leden van de **VVD**-fractie willen graag weten wat de regering precies bedoelt met de indicatoren die relevant zijn voor tijdige signalering.⁵ Zij menen dat op dit punt juist grote systematische problemen bestaan. Waarom dan zo stellig hierover spreken?

Het creëren van de mogelijkheid voor zorgverzekeraars om afspraken met zorgaanbieders te maken, achten de leden van de **CDA**-fractie een redelijke gedachte. Opmerkelijk is wel dat de regering veronderstelt dat deze nieuwe wettelijke bepaling ook zorgaanbieders intern mogelijksterwijs eerder op financiële problemen kan attenderen. Dat lijkt op zijn minst te suggereren dat de regering van mening is dat de planning & control-cyclus en aanverwante instrumenten van financiële sturing zoals maand-rapportages, bij een aantal zorgaanbieders nu niet op orde is. Heeft de regering hiertoe concrete aanwijzingen, en zo ja, welke? Hoe beoordeelt de regering de kwaliteit van het intern toezicht in de zorg in dit verband?

Meer twijfel hebben de leden van de **CDA**-fractie bij de bevoegdheid die de wet de regering toekent om in het uiterste geval een zogenaamde «vangnetstichting» op te richten om cruciale zorg veilig te stellen. Welke andere mogelijkheden om deze zorg veilig te stellen heeft de regering overwogen? Is daarbij bijvoorbeeld een tijdelijke ondersteuning van een zorgaanbieder die bereid is de aanbieder die failliet gaat over te nemen, overwogen? Hoe ziet de regering de «vangnetstichting» zich in de tijd verder ontwikkelen? Bestaat niet het risico dat geleidelijk enkele vangnetstichtingen als «rijkszorgaanbieders» gaan functioneren, waarmee de regering in een aantal delen van ons land, mogelijk perifere gebieden, een andere rol dan die van stelselverantwoordelijke krijgt? Graag zien de leden van de **CDA**-fractie de alternatieven voor de vangnetstichting, en de perspectieven zoals de regering die ziet voor een eventuele opgerichte stichting, nader toegelicht. Hoe beoordeelt de regering het risico dat met het scheppen van de mogelijkheid tot oprichting van de vangnetstichting, de benutting van die mogelijkheid «vanzelf» op gang komt?

Er komt een meldplicht voor zorgverzekeraars indien deze redelijkerwijs kunnen vermoeden dat de continuïteit van zorg in gevaar is, waardoor zij op afzienbare termijn niet meer aan hun zorgplicht kunnen voldoen. Zorginstellingen in de cure hebben altijd contracten met meerdere zorgverzekeraars. De leden van de **SP**-fractie willen graag weten of de plicht geldt voor alle verzekeraars die een contract hebben of alleen voor de preferente. Hoe komt de zorgverzekeraar aan zijn informatie? Betekent dit dat zorgverzekeraars steeds meer over de schouders van bestuurders heen moeten kijken? Achmea heeft daarvoor plannen bekend gemaakt die met de inhoud van de zorg te maken hebben (controles op de werkvloer), wat tot veel ophef heeft geleid. Kan de regering toelichten hoe zij deze controles van de financiën ziet? Hebben verzekeraars voldoende mogelijkheden om effectief in te grijpen bij een dreigend faillissement van een ziekenhuis? De casus Spijkenisse doet vermoeden van niet.

Is «early warning» alleen een taak voor de zorgverzekeraars? In de tijd van minister Klink was de **NZa** die taak ook toebedeeld. Waarom is dat standpunt verlaten?

Concentratietoetsing

De leden van de **VVD**-fractie wijzen op de onmogelijkheid om ex ante te toetsen op kwaliteit, waarvoor immers geen conclusieve criteria bestaan.

⁵ Memorie van toelichting, paragraaf 2.2, p. 7

Toetsing van kwaliteit is überhaupt problematisch (denk aan gegevens als sterftecijfers in een ziekenhuis; deze kunnen in een zeer goed ziekenhuis hoger zijn doordat er meer moeilijke casussen komen).

Wat betreft de fusietoets was oorspronkelijk de IGZ de beoordelaar. Nu wordt dat de NZa. Hoe zit het nu precies met de relatie tussen IGZ en NZa als het om de doelstellingen van dit wetsvoorstel gaat? Waarom is er niet voor gekozen de IGZ te versterken? Gaarne krijgen de leden van de VVD-fractie hierop een toelichting van de regering.

De leden van deze fractie informeren voorts naar de relatie tussen de procedurele eisen in het kader van Wet op de ondernemingsraden (WOR) en de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ). Verder krijgen zij graag een toelichting van de regering op de onderlinge verhouding tussen verschillende publieke belangen. Zo kan concentratie tegelijkertijd de kwaliteit van de zorg verbeteren (als die al meetbaar is), maar de toegankelijkheid verminderen. Wie maakt de uiteindelijke afweging en hoe? En hoe zit het met de NMa, die ook fusies beoordeelt in het licht van toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit? Hoe verhoudt deze toetsing zich tot die door de NZa, waarover dit wetsvoorstel gaat?

De leden van de fractie van de **PvdA** vernemen graag of in het geval van een alliantie, al dan niet onder één raad van bestuur, een concentratie-toets zoals bedoeld in het wetsvoorstel aan de orde is.

Ten aanzien van het concentratietoezicht rijst bij de leden van de fractie van het **CDA** de vraag wat de voorziene wettelijke regeling toevoegt aan bestaande bepalingen, zoals onder meer opgenomen in de Mededingingswet, de Wet op de ondernemingsraden, de Wet cliëntenrechten zorg (Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg) en in de bevoegdheden van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Kan de regering een overzicht geven van de vigerende wettelijke bepalingen en bevoegdheden? Deze vraag is temeer relevant nu de regering erkent dat de effectrapportage alleen op procedurele aspecten kan worden getoetst. Graag zien leden van de CDA-fractie de meerwaarde van de voorgestelde extra wetgeving op dit punt nader toegelicht. Indien als gevolg van een op zich zinvolle concentratie de bereikbaarheid van cruciale voorzieningen gevaar loopt, ziet de regering dan nog andere mogelijkheden dan het verbieden van deze concentratie, om de cruciale zorg te waarborgen? Welke mogelijkheden hebben de NZa, de IGZ en de minister op dit moment om specifiek de beschikbaarheid van cruciale zorg veilig te stellen?

Hoe beoordeelt de regering de mogelijkheid dat bij een concentratieproces te betrekken partijen, zoals personeel of cliënten, zich tegen een concentratie uitspreken, waarbij eerder het particulier dan het algemeen belang prevaleert? Indien de regering de effectrapportage als stap in een concentratieproces wenst in te bouwen, zou daarbij dan ook niet het oordeel van de meest betrokken gemeentebesturen, als zijnde verantwoordelijk voor het algemeen belang, moeten worden gevraagd? De leden van de CDA-fractie verzoeken de regering in haar antwoord op bovenstaande vragen nader in te gaan op de positie van gemeenten en in deze beschouwing tevens de voorgenomen uitbreiding van taken van gemeenten op het gebied van de zorg te betrekken.

Wat is overigens de meerwaarde van een beschouwing over de te verwachten kwaliteit na de voorgestelde concentratie, als deze niet vooraf kan worden bepaald en getoetst? Is het vereiste om hieraan een beschouwing te wijden geen uitnodiging tot beleidsjargon, zonder concrete onderbouwing? Overigens, zou in de presentatie van een

voorstel tot fusie op basis van onder meer de Wet op de ondernemingsraden (WOR) een dergelijke beschouwing niet moeten worden opgenomen? Graag zien de leden van de CDA-fractie deze vragen beantwoord.

De belemmeringen die met dit wetsontwerp worden opgeroepen ten aanzien van concentratie (fusies) kunnen ook gaan werken als een stimulans om concentratie vorm te geven in andere rechtsvormen, die buiten de werking van de wet vallen. Te denken valt aan convenanten en samenwerkingsafspraken tussen verschillende instellingen, waarbij het zorgaanbod ook wordt geconcentreerd. Hoe beoordeelt de regering dergelijke constructies? Indien hierbij de cruciale zorg voldoende bereikbaar blijft, zijn er dan geen bezwaren? Graag vernemen de leden van de CDA-fractie ook op dit punt de reactie van de regering.

De leden van de **PVV**-fractie zouden graag zien dat zorgaanbieders niet mogen fuseren als de Inspectie vastgesteld heeft dat ten minste een van de zorgaanbieders geen goede kwaliteit van zorg levert. Op het moment dat de zorgaanbieder het slecht doet, zou het bestuur zich daarmee bezig moeten houden en niet met een fusie. Bovendien zijn er minder vergaande vormen van samenwerken om de kwaliteit te verbeteren. De leden van deze fractie vernemen graag hoe de regering hier tegenover staat.

Is de regering met deze leden van mening dat de Inspectie ook tijdens een fusie in mag grijpen? Als tijdens de fusie blijkt dat de kwaliteit achteruit holt, zou de Inspectie de fusie stop moeten kunnen zetten. Dat kan nu niet. De leden van de PVV-fractie vernemen graag hoe de regering hierover denkt.

Een faillissement van een zorginstelling kan ertoe leiden dat cruciale zorg niet meer beschikbaar is. Cruciale zorg wordt gedefinieerd als zorg waarvoor geldt dat wanneer zij niet of onvoldoende beschikbaar is, burgers ernstige gezondheidsschade kunnen oplopen. Wat valt onder cruciale zorg? De leden van de **SP**-fractie verzoeken de regering dit te definiëren naar zowel zorg die onder de AWBZ valt als zorg die onder de Zorgverzekeringswet valt. Ook willen de leden van deze fractie weten of de AMvB die dit omschrijft al gereed is.

Het begrip systeemziekenhuis is verlaten. De leden van de SP-fractie vragen of er wat anders voor in de plaats is gekomen? Mogelijk de in dit wetsvoorstel voorgestelde vangnetstichting, die cruciale zorg in de lucht moet houden? En wie gaat dat betalen? Het is niet ondenkbaar dat de vraag daartoe zich zal gaan voordoen in het noorden van het land, waar verschillende ziekenhuizen moeite hebben overeind te blijven.

Neemt de NZa na consultatie van de IGZ een beslissing of een beoogde concentratie kan doorgaan? Beschikt de IGZ over heldere minimum-normen? Behoort daar ook een minimum/maximumnorm bij met betrekking tot de grootte van een ziekenhuis? Worden die door het beoogde Kwaliteitsinstituut zorg⁶ uiteindelijk vastgesteld? Is er al een samenwerkingsprotocol tussen NZa en IGZ in de maak (dan wel gereed) met het oog op het voorliggende wetsvoorstel? Dezelfde vraag hebben de leden van de fractie van de SP met betrekking tot de samenwerking tussen NZa en ACM.

⁶ Zie wetsvoorstel 33 243 (Wijziging van de Wet cliëntenrechten zorg en andere wetten in verband met de taken en bevoegdheden op het gebied van de kwaliteit van de zorg)

Verder vragen de leden van de SP-fractie hoe de regering in dit licht de nog steeds voortdurende concentratiebewegingen van ziekenhuizen beoordeelt, die als ze zich houden aan de volumennormen wel moeten concentreren. Eenmaal begonnen met concentreren volgt een cascade van samenvoegingen, omdat ziekenhuisfuncties nu eenmaal een sterke onderlinge afhankelijkheid vertonen. Deze beweging staat haaks op de wens tot kleinschaligheid en doet denken aan de megafusies in het Onderwijs, die op dit moment in een aantal gevallen weer teruggedraaid worden. Denkt de regering dat het mogelijk is met dit wetsvoorstel rekening te houden met de belangen van alle partijen die meedoen in dit veld? Graag krijgen zij per categorie een antwoord: de patiënt die graag kwalitatief goede zorg wil, maar ook wel graag in de buurt, want het merendeel van die patiënten is oud en afhankelijk; de medisch specialist die steeds minder generalistisch en steeds meer gespecialiseerd zijn beroep uitoefent, waardoor het moeilijker wordt de volumennorm te halen, die nodig is voor het op orde houden van de benodigde vaardigheden; de raad van bestuur die verantwoordelijk is voor het gezond houden van de instelling, hetgeen betekent dat minder lucratieve onderdelen liever worden afgestoten.

Naast criteria die schaalvergroting tot gevolg moeten hebben zijn er ook veel die schaalverkleining tot gevolg hebben. De leden van de SP-fractie vragen hoe de afzonderlijke criteria die een tegengestelde beweging impliceren en mogelijk ook tegengestelde belangen dienen, worden gewogen.

Wat betreft de fusietoets verwijst de regering in de memorie van toelichting naar haar verantwoordelijkheid ten aanzien van de continuïteit van cruciale zorg. Kan de regering voorbeelden geven op grond waarvan in het verleden is gebleken dat in voorkomend geval de zorgverzekeraars van deze verantwoordelijkheid onvoldoende hebben blij gegeven en voorbeelden waarin de ACM naar haar mening tekort is geschoten, zo vragen de leden van de **D66**-fractie.

Het lijkt de leden van deze fractie niet doelmatig dat de ACM zijn oordeel betreffende de mededinging deels baseert op de bereikbaarheidstoets van de zorgautoriteit. In hoeverre verwacht de regering overlap in beide toetsen? Acht zij het mogelijk dat de ACM tot een negatief oordeel over de concurrentie binnen het aanbod van cruciale zorg komt, nadat de NZa reeds een positief oordeel over de beschikbaarheid van de cruciale zorg heeft gegeven?

De leden van de D66-fractie vrezen dat de verantwoordelijkheid die de zorgautoriteit heeft voor het zorgvuldig afwegen van de medezeggenschap wordt afgezwakt tot het slechts beoordelen van de concentratie-effectrapportage die de zorgaanbieder verplicht is te leveren. Liever zien zij dat de zorgautoriteit zelf, als onafhankelijke toezichthouder, deze rapportage uitvoert en op basis hiervan een oordeel over de fusie geeft. Hoe zou de zorgautoriteit volgens de regering de effectrapportage moeten meenemen in de beoordeling? Is de effectrapportage noodzakelijk voor de zorgautoriteit om de concentratietoets uit te kunnen voeren? Op basis waarvan?

In de Tweede Kamer is met algemene stemmen een amendement aangenomen dat strekt tot openbaarmaking van de besluiten van de zorgautoriteit.⁷ Wordt, zo vragen de leden van de fractie van D66, naast de effectrapportage en het besluit, ook de afweging van de zorgautoriteit inzake de medezeggenschap openbaar gemaakt? Zo ja, in hoeverre is de

⁷ Kamerstukken II 2012/13, 33 253, nr. 47

effectrapportage dan nog een toevoeging aan de inzage in de medezeggenschap?

Maatregelen organisatiestructuur

Ten aanzien van de opsplitsingsbevoegdheid informeren de leden van de fractie van de **VVD** of de regering bekend is met zorgaanbieders, waarbij de ondermaatse kwaliteit (hoe gemeten?) rechtstreeks wordt veroorzaakt door de organisatiestructuur van de zorgaanbieder. Is daarbij niet eerder sprake van heel andere factoren, zoals tekort schietende professionals of onvoldoende bestuurs- en/of toezichtkwaliteit?

De Raad van State wijst er op dat de bevoegdheid tot het opleggen van structurele maatregelen ten aanzien van de organisatiestructuur van zorginstellingen bij tekort aan kwaliteit mogelijk strijdig is met het eigendomsrecht zoals geformuleerd in het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie. De leden van de **VVD**-fractie verzoeken de regering om een nadere toelichting op dit punt.

Het wetsvoorstel is alleen van toepassing op een aantal soorten verzekerde zorg, te weten ambulancezorg, spoedeisende hulp, acute verloskunde en crisisopvang GGZ. Aangezien zorgaanbieders over het algemeen een veelvoud van deze soorten zorg aanbiedt, vragen de leden van de **PvdA**-fractie wat een besluit van de minister om een zorgaanbieder op te splitsen betekent voor de overige vormen van zorg?

Ook waar het gaat om de mogelijkheid dat de minister een grote zorgaanbieder kan verplichten zijn organisatiestructuur aan te passen (en zo nodig op te splitsen) als die structuur leidt tot een slechte kwaliteit van zorg, rijzen bij de leden van de **CDA**-fractie de nodige vragen. Zijn de regering uit de afgelopen jaren voorbeelden bekend waarbij juist de structuur van de zorgaanbieder tot kwaliteitsproblemen heeft geleid, en zo ja, welke? Hoe is het verband tussen structuur en kwaliteit vastgesteld c.q. vast te stellen? Ging het in deze gevallen om grote aanbieders of zijn er ook kleine zorginstellingen waarbij juist de schaal of de organisatiestructuur tot kwaliteits- of continuïteitsproblemen hebben geleid?

Indien de opdracht van de minister tot een structurele maatregel inhoudt dat de zorgaanbieder een deel van zijn organisatie moet afstoten of afsplitsen, wat is dan het toekomstperspectief van dit organisatieonderdeel? Wie wordt daarvoor bestuurlijk-juridisch verantwoordelijk? In de memorie van toelichting wordt de mogelijkheid dat een andere zorgaanbieder dat onderdeel overneemt wel genoemd, maar kan een zorgaanbieder een dergelijk onderdeel ook weigeren? Komt dan ook in dit geval een soort «vangnetstichting» van rijkswege tot stand om het onderdeel in kwestie op te vangen? Graag krijgen de leden van de **CDA**-fractie hierop een antwoord.

In het kader van de voorgestelde bevoegdheid voor de minister om een structurele maatregel aan de zorgaanbieder op te leggen, vragen de leden van de fractie van **D66** of de maatregel alleen kan behelzen dat een zorginstelling moet opsplitsen. Is het ook denkbaar dat de minister de zorginstelling oplegt om te fuseren?

De leden van de fractie van **D66** zien graag dat de regering nogmaals ingaat op de schending van het eigendomsrecht in het geval van verplicht afstoten van bedrijfsactiviteiten. In hoeverre wordt de betrokken zorginstelling, mocht zij volgens het ultimatum remedium worden onteigend, gecompenseerd? Verwacht de regering dat deze compensatie in lijn is met artikel 1 van het Eerste Protocol bij het Europees Verdrag tot bescherming

van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden (EVRM) en de jurisprudentie van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM)?

De leden van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport zien de antwoorden van de regering met belangstelling tegemoet en ontvangen deze graag uiterlijk 6 september 2013.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Slagter-Roukema

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
De Boer