

Vergaderjaar 2017–2018

**34 768**

## **Wijziging van diverse wetten in verband met de invoering van de Wet toetreding zorgaanbieders (Aanpassingswet Wet toetreding zorgaanbieders)**

**Nr. 5**

### **NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG**

Ontvangen 22 december 2017

#### **Inhoudsopgave**

<b>Introductie</b>	<b>1</b>
<b>Leeswijzer</b>	<b>1</b>
<b>ALGEMEEN DEEL</b>	<b>2</b>
1. Wijziging van de Wet toelating zorginstellingen	2
2. Wijzigingen van de Wet marktordening gezondheidszorg	2
3. Wijziging van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg	7
4. Overige wijzigingen	8
<b>ARTIKELGEWIJS DEEL</b>	<b>9</b>

#### **Introductie**

Met veel belangstelling heb ik kennis genomen van het verslag naar aanleiding van het voorstel van wet houdende Wijziging van diverse wetten in verband met de invoering van de Wet toetreding zorgaanbieders (Aanpassingswet Wet toetreding zorgaanbieders).

Er zijn door de leden van de CDA-fractie en door de leden van de SP-fractie vragen gesteld en opmerkingen gemaakt. Ik hoop met de beantwoording van de gestelde vragen de nog bestaande onduidelijkheden te kunnen wegnemen.

#### **Leeswijzer**

In deze nota naar aanleiding van het verslag wordt de volgorde van de hoofdstukken van het verslag aangehouden. Verschillende fracties hebben over een aantal onderwerpen vergelijkbare vragen gesteld. In verband met de leesbaarheid en de omvang van deze nota naar aanleiding van het verslag is ervoor gekozen de beantwoording van gelijksoortige vragen

binnen de hoofdstukken geclusterd vorm te geven en daarbij rekening te houden met de nuances in de gestelde vragen.

## **ALGEMEEN DEEL**

### *1. Wijziging van de Wet toelating zorginstellingen*

*De leden van de CDA-fractie vragen wat de stand van zaken is van het wetsontwerp waarin het beëindigen van de taken van het College sanering zorginstellingen (CSZ) is neergelegd.*

De stand van zaken is dat het wetsvoorstel op dit moment nog in voorbereiding is. Het desbetreffende wetsvoorstel is in 2016 in internet-consultatie geweest. Volgende stap is het vragen van advies aan de Afdeling advisering van de Raad van State. De besluitvorming hierover heeft de vorige Minister aan dit kabinet overgelaten.

### *2. Wijzigingen van de Wet marktordening gezondheidszorg*

*De leden van de CDA-fractie vragen hoeveel fte bij de IGJ i.o. besteed wordt aan de taken die nu overgeheveld naar de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) worden. Deze leden vragen voorts of de formatie van de NZa of de IGJ i.o. hierop aangepast? De leden van de SP-fractie vragen de regering waarom de NZa deze taken gaat overnemen. Deze leden vragen of de IGJ i.o. onvoldoende deze taken kan waarmaken of dat hier andere redenen aan ten grondslag liggen. De leden van de SP-fractie vragen de regering daarnaast of dit wel een logische keuze is en hoe wordt voorkomen dat belangrijke zaken gemist worden in het toezicht. Deze leden vragen een nadere toelichting op de samenwerking tussen de IGJ i.o. en de NZa om te voorkomen dat langs elkaar heen wordt gewerkt. Deze leden vragen voorts waarom de regering bijvoorbeeld niet gekozen heeft om de IGJ i.o. uit te breiden en meer capaciteit te geven op hun toezichtstaak. Of waarom er niet per casus een team ingezet wordt dat zich richt op de kwaliteit van zorg en een team van financieel specialisten.*

Op dit moment is IGJ i.o. op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) belast met het toezicht op het verbod op winstoogmerk, transparante financiële bedrijfsvoering en het deponeren van de jaarverantwoording. Als toezichthouder op de kwaliteit en veiligheid van zorg is de blik van IGJ i.o. eerst en vooral gericht op het primaire proces van zorgverlening. Op dat terrein ligt ook de kernexpertise van IGJ i.o. Inspectieactiviteiten op het terrein van de financieel-administratieve processen worden vooral uitgevoerd als een afgeleide van het toezicht op het primaire proces. Dit betekent dat naast 1,5 fte voor het toezicht op deponeren van de jaarverantwoording er binnen de IGJ i.o. geen capaciteit beschikbaar is die uitsluitend toeziet op de bepalingen van de WTZi ten aanzien van transparante financiële bedrijfsvoering of het verbod op winstoogmerk. Wanneer daar aanleiding toe is, bijvoorbeeld naar aanleiding van signalen, meldingen of informatie van klokkenluiders, dan kan de IGJ i.o. besluiten om een ad hoc inspectieteam te formeren om deze taken uit te voeren. Daarbij kan zij besluiten om – bijvoorbeeld via detachering – een beroep te doen op (financiële) expertise van de NZa. Gegeven de toegenomen aandacht voor de kwaliteit van de besturen van zorgorganisaties en, helaas, zorgfraude, is de aanpassing van de WTZi benut voor het optimaliseren van enkele toezichttaken overeenkomstig de kernexpertises van IGJ i.o. en de NZa. Omdat de expertise van de NZa ligt op het terrein van financieel-administratieve en bedrijfseconomische processen is het toezicht op de verplichting een transparante financiële bedrijfsvoering te hebben, het verbod op winstoogmerk en de verplichte publicatie van de jaarverantwoording toegewezen aan de NZa. De nieuwe

taak om toe te zien op het gebruik van financiële derivaten is om dezelfde reden toegewezen aan de NZa. Met deze toedeling ontstaat bij de NZa synergie met het daar al bestaande toezicht op de rechtmatigheid van declaraties van zorg en de toedeling stelt het IGJ i.o. in staat zich nog beter te focussen op de kwaliteit van de zorgverlening. Gelet op de toename van casuïstiek waarbij sprake is van zorgfraude en/of het weglekken van zorggeld door bijvoorbeeld het omzeilen van het verbod op winstoogmerk, betekent dit – los van overheveling van deze toezicht-taken – in ieder geval een intensivering van het toezicht op de transparantie van de (financiële) bedrijfsvoering en zal dit dus ook consequenties hebben voor de formatie. Die consequenties worden de komende tijd met beide toezichthouders verder in beeld gebracht.

Enkel vanuit de IGJ i.o. gezien kan de overheveling van taken worden aangemerkt als een versnippering, maar als het wordt gezien vanuit de bundeling van kernexpertise binnen het externe toezicht is sprake van het tegenovergestelde. IGJ i.o. en NZa doen beide waar ze het beste in zijn. Uiteraard gaat deze zienswijze alleen op wanneer IGJ i.o. en NZa goed met elkaar samenwerken. Ze doen dat nu al op de hiervoor genoemde terreinen goed bestuur en fraude. Met de voorgestelde overheveling van toezichttaken kan de samenwerking nog effectiever worden omdat beide toezichthouders op hun eigen terrein over de geëigende toezichtinstrumenten gaan beschikken. Met het beeld van twee goed samenwerkende toezichthouders voor ogen is er straks de facto sprake van twee teams die samen optrekken: één die zich richt op het proces van zorgverlening en één die zich richt op de financieel-administratieve processen. Omdat de onderlinge samenwerking tussen IGJ i.o. en NZa cruciaal is zal ik het functioneren van die samenwerking tussen beide organisaties hier structureel op beoordelen.

*De leden van de fractie van het CDA vragen of het klopt dat de NZa bij de handhaving van het verbod op winstoogmerk wel een aanwijzing en een last onder dwangsom maar geen boete kan opleggen, en zo ja, waarom die keuze is gemaakt. Ook vragen deze leden of de NZa de bevoegdheid heeft om onterecht uitgekende winsten terug te vorderen.*

Het klopt dat de NZa ten aanzien van het verbod op winstoogmerk de bevoegdheden krijgt om een aanwijzing en een last onder dwangsom op te leggen maar geen bevoegdheid krijgt om een boete op te leggen. Die keuze is gemaakt omdat de mogelijkheid om een boete op te leggen geen substantiële meerwaarde heeft ten opzichte van de mogelijkheid om een last onder dwangsom op te kunnen leggen. De last onder dwangsom is een reparatoire sanctie waarmee een verplichting (last) kan worden opgelegd om onterechte winstuitkering terug te vorderen. Als dat niet (op tijd) wordt gedaan, moet een dwangsom worden betaald totdat de overtreding ongedaan is gemaakt. Een boete zou geen mogelijkheid geven om onterechte winstuitkering ongedaan te maken.

*De leden van de CDA-fractie vragen of de regering inzicht kan geven in de ministeriële regeling waarin de nadere regels worden opgenomen over welke financiële derivaten een zorgaanbieder onder welke voorwaarden wel of niet kan aantrekken. Wordt hierbij gebruik gemaakt om af te wijken van het algemeen beleidskader van het Ministerie van Financiën voor het gebruik van derivaten door (semi-) publieke instellingen? Zo ja, op welke punten wordt afgeweken of aangescherpt?*

De ministeriële regeling verbiedt speculatief en riskant gebruik van financiële derivaten. Zorgaanbieders mogen in de toekomst enkel nog derivaten aantrekken ter beheersing van opwaartse renterisico's bij leningen. De voorwaarden waaronder dit gebeurt sluiten aan op het

beleidskader derivaten van het Ministerie van Financiën. Dit betekent in ieder geval dat:

- Derivaten alleen mogen worden aangetrokken van financiële instellingen die minstens een single A-rating hebben.
- Een derivaat altijd gekoppeld moet zijn aan een lening.
- Er geen derivatenovereenkomsten worden afgesloten waarin additionele eenzijdige opzeggingsmogelijkheden vanuit de bank zijn opgenomen.
- Derivatenovereenkomsten geen clausules mogen bevatten die op enigerlei wijze de uitvoering van het toezicht kunnen belemmeren.
- Een zorgaanbieder zijn organisatie voldoende op orde moet hebben om de risico's rondom het gebruik van derivaten te kunnen beheersen.

De ministeriële regeling gaat verder uit van de voorwaarden die het Waarborgfonds van de Zorgsector (WFZ) nu al hanteert voor haar deelnemers. Hieruit volgt dat ook bijstortverplichtingen (zogenaamde margin calls) in de toekomst worden verboden. Dit in aanvulling op het beleidskader van het Ministerie van Financiën.

Het beleidskader derivaten geeft op een aantal onderdelen ruimte voor een sectorspecifieke invulling. Bijvoorbeeld rondom het gebruik van zogenaamde forward-starting swaps voor het afdekken van renterisico's tijdens de bouw en het al dan niet expliciet aanmerken van zorgaanbieders als niet-professioneel beleggers. Over deze twee punten moet nog een definitief besluit worden genomen. De komende periode wordt hierover gesproken met stakeholders en externe deskundigen.

*De leden van de SP-fractie vragen hoe de NZa het toezicht op de transparantie-eisen op het terrein van de financiële bedrijfsvoering uit te oefenen? Gaat de NZa alle instellingen controleren of instellingen controleren op basis van risicogestuurd toezicht?*

De uitoefening van het toezicht op de naleving van de eisen op het terrein van de transparante financiële bedrijfsvoering zal risicogestuurd zijn op basis van meldingen en risicoanalyse.

*De leden van de SP-fractie vragen waarom in voorliggend wetsvoorstel expliciet is opgenomen dat het belangrijk is dat zorgaanbieders een transparante en ordelijke financiële administratie voeren. Deze leden willen weten waar het nu mis gaat.*

Ik vind het inderdaad belangrijk dat zorgaanbieders een transparante en ordelijke financiële administratie voeren. Op grond van het huidige Uitvoeringsbesluit WTZi zijn zorgaanbieders daar ook toe verplicht. Met het voorliggende wetsvoorstel worden de bestaande normen uit het Uitvoeringsbesluit WTZi overgeheveld naar de Wmg. Ook wordt het toezicht op de naleving van deze normen belegd bij de NZa. Hiervoor is gekozen omdat het toezicht op de transparantie van de financiële bedrijfsvoering van zorgaanbieders in het verlengde ligt van de al bestaande, veelal financieel-economische toezichtstaken van de NZa. Door kennis en expertise bij één toezichthouder te bundelen kan het toezicht efficiënter en effectiever worden opgezet.

*De leden van de SP-fractie vragen naar de laatste stand van zaken over de uitvoering van de aangenomen motie Leijten 23 235 nr. 171, waarin de regering wordt verzocht onderzoek te doen naar de redenen voor zorginstellingen om met dochterondernemingen te werken, hoe het zit met belangenverstrengeling en de mate waarin toezichthouders voldoende in staat zijn toezicht te houden op dergelijke constructies? En in het kader van een inzicht in geldstromen binnen zorgaanbieders, wat is de*

*visie van de regering op instellingen die werken met dochterondernemingen? Hoe moet de NZa hier toezicht op houden, of wordt in het voorliggende voorstel enkel de hoofdaannemer gecontroleerd?*

Ter uitvoering van de gewijzigde motie Leijten heeft het Ministerie van VWS het afgelopen jaar gesprekken gevoerd met zorgbestuurders, interne toezichthouders, betrokken externe toezichthouders en relevante experts zoals accountants en juridisch adviseurs. De uitkomsten worden meegenomen in de beleidsreactie op het aanvullende onderzoek naar Zorggroep Alliade. Naar verwachting is het aanvullend onderzoek naar Zorggroep Alliade rond de jaarwisseling afgerond. Zie ook de eerdere antwoorden op Kamervragen van het Kamerlid Marijnissen.<sup>1</sup>

Zorgaanbieders kunnen goede redenen hebben om te werken met dochterondernemingen. Dit maakt het bijvoorbeeld mogelijk om financieringstromen te scheiden, risico's te spreiden en samen te werken met derde partijen. Ook kan het fiscaal interessant zijn om bepaalde activiteiten onder te brengen in een aparte rechtspersoon. Op het niveau van de dochtermaatschappijen is daarnaast ruimte voor flexibiliteit en maatwerk, terwijl de schaalvoordelen van het grotere organisatorisch verband behouden blijven. Tegelijkertijd blijven zorgaanbieders verplicht tot het voeren van transparante bedrijfsvoering. Dat betekent dat de administratie zo moet worden ingericht dat in financiële zin zijn activiteiten op het gebied van de zorgverlening zijn onderscheiden van zijn andere beroeps- of bedrijfsmatige activiteiten en de ontvangsten en betalingen duidelijk traceerbaar zijn naar bron en bestemming. In de beleidsreactie op het aanvullende onderzoek naar Zorggroep Alliade zal ik nader ingaan op het gebruik van dochterondernemingen door zorgaanbieders en de gevolgen voor het publiekrechtelijk toezicht.

*De leden van SP-fractie vragen waarom de grens van tien zorgverleners wordt gehanteerd. Deze leden merken op dat door de drempel op tien zorgverleners te stellen het voor malafide zorgaanbieders mogelijk is met veel kleine zorgaanbieders te gaan werken, die zich vervolgens nergens aan hoeven te voldoen.*

Bij meer dan tien zorgverleners speelt het belang van goede governance voor de kwaliteit van zorg een grotere rol, bijvoorbeeld omdat in die instellingen beslissingsbevoegden op grotere afstand van het zorgproces kunnen staan. Het aantal zorgverleners dat, in geval van uitbesteding van de zorg aan een andere organisatie, werkzaam is bij die andere organisatie, wordt meegeteld bij de grens van meer dan tien zorgverleners. Daarmee moet dus ook een zorgaanbieder die met veel kleine zorgaanbieders werkt voldoen aan de vergunningsplicht.

De veronderstelling dat deze kleine zorgaanbieders nergens aan hoeven te voldoen is onjuist. Ook deze zorgaanbieders moeten voldoen aan diverse wettelijke vereisten.

*Voorts lezen de leden van de SP-fractie dat de NZa bij geconstateerde onrechtmatigheden meldt bij de opsporingsdienst of het Openbaar Ministerie. Gezien de beperkte capaciteit die ze daar hebben, maken de leden zich zorgen dat veel zaken op de stapel blijven liggen. Hoe wil de regering dit oplossen? De leden vragen of onrechtmatigheden ook gemeld worden aan de IGJ i.o.?*

---

<sup>1</sup> Aanhangsel Handelingen II 2017/18, nr. 409

Zorgverzekeraars en zorgkantoren, gemeenten, toezichthouders, opsporingsdiensten en het Openbaar Ministerie (OM) werken nauw samen bij de aanpak van fouten en fraude in de zorg. Signalen van fouten en fraude kunnen op verschillende plekken binnenkomen, bijvoorbeeld bij het meldpunt van de NZa, bij zorgverzekeraars of zorgkantoren, toezichthouders, de politie of de bijzondere opsporingsdiensten. De partijen sturen de ontvangen signalen door naar het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ). Binnen het IKZ werken de toezichthouders en opsporingsdiensten samen om de signalen gezamenlijk effectiever af te handelen. Bij het IKZ worden de signalen verrijkt met informatie uit openbare en gesloten bronnen. Daarna zet het IKZ de verrijkte signalen door naar de meest aangewezen toezichthouder of de opsporingsdienst om deze verder inhoudelijk te behandelen. Het is dus niet zo dat de NZa alle geconstateerde fraudesignalen meldt bij de opsporingsdienst of het OM.

Het OM, de opsporingsdiensten (Inspectie SZW, FIOD) en toezichthouders (NZa, IGJ i.o.) maken gezamenlijk keuzes over welke fraudesignalen de Inspectie SZW strafrechtelijk gaat onderzoeken. Het gaat erom welke zaken het meest *effect* hebben in het aanpakken en terugdringen van fraude. Bij de selectie van zaken wordt onder andere gekeken naar de omvang, de impact van de fraude, de actualiteit, verstoring van de rechtsorde en de mate waarin de fraude het zorgstelsel ondermijnt. Niet ieder signaal kan en hoeft via het strafrecht te worden afgehandeld. Sommige zaken lenen zich daar minder voor, omdat bijvoorbeeld al op voorhand duidelijk is dat er onvoldoende bewijsmateriaal is dat er een strafbaar feit is gepleegd. Het OM en de Inspectie SZW delen informatie over signalen die niet in het strafrecht komen zo snel mogelijk met andere betrokken partijen. Zorgverzekeraars, toezichthouders, politie of gemeenten kunnen dan op basis van de verkregen informatie maatregelen treffen en hun eigen bevoegdheden inzetten (civiel-, bestuurs- of strafrechtelijke) om de schade te beperken, bedragen terug te vorderen of een eigen onderzoek in te stellen. De fraudeaanpak is dus breder dan alleen het strafrecht.

De IGJ i.o. ziet primair toe op de kwaliteit van de zorg en kan signalen oppakken waarbij met name de kwaliteit in het geding is (onvoldoende of falende kwaliteit van zorg/zorgverwaarlozing). Wel is het zo dat fraude en slechte kwaliteit van zorg vaak hand in hand gaan.

Het Ministerie van VWS heeft vanaf 2014 geïnvesteerd in het versterken van het toezicht en de strafrechtelijke opsporing en vervolging. Hiertoe zijn extra middelen beschikbaar gesteld voor onder andere:

1. het uitbreiden van het toezicht op correct declareren door de NZa, en
2. de strafrechtelijke aanpak door de Inspectie SZW en het OM.

In totaal gaat het om structureel € 12,5 miljoen op jaarbasis. Deze middelen zijn grotendeels verdeeld onder de NZa, de Inspectie SZW en het OM. Een kleiner deel wordt ingezet voor het IKZ.

*De leden van de SP-fractie vinden dat speculeren met risicovolle derivaten in de zorg verboden moet zijn. Zij vragen de regering om instellingen die al eerder dergelijke derivaten hebben aangetrokken dit alsnog te verbieden.*

Net als de leden van de SP-fractie vind ik dat het zorginstellingen niet past om te speculeren met financiële derivaten. Rentederivaten mogen enkel worden gebruikt waarvoor ze zijn bedoeld: het afdekken van opwaartse renterisico's. Zie ook mijn antwoord op de vraag van de leden van de CDA-fractie hiervoor. Bij ministeriële regeling wordt bepaald welke

derivaten zorgaanbieders onder welke voorwaarden in de toekomst nog mogen aantrekken. Zorgaanbieders worden daarnaast verplicht om transparant te zijn over hun bestaande derivatenportefeuille. Eerder aangegane derivatencontracten mogen geen clausules bevatten die de uitoefening van het externe toezicht kunnen belemmeren. Derivatencontracten die niet voldoen aan de vereisten uit de voorziene regeling moeten worden gemeld bij de externe toezichthouder. Daarbij moet een zorgaanbieder toelichten hoe het omgaat met de mogelijke financiële risico's die hier uit voortkomen. Daarmee wordt het risico op speculatief gedrag met eerder aangetrokken derivaten ondervangen.

*De leden van de SP-fractie lezen dat de wijze waarop de jaarverantwoording openbaar wordt gemaakt, in lagere regelgeving zal worden geregeld en vragen de regering of zaken gewijzigd gaan worden en zo ja welke?*

In de Regeling jaarverslaggeving WTZi is de wijze waarop het jaardocument thans openbaar wordt gemaakt neergelegd. Het is het voornemen om de inhoud van deze regeling in principe ongewijzigd over te zetten naar een regeling ingevolge dit wetsvoorstel.

### *3. Wijziging van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg*

*De leden van de SP-fractie vragen waarom de regels met betrekking tot spoedeisende zorg wordt overgeheveld naar de Wkkgz.*

De Beleidsregels WTZi 2017 bevatten een paragraaf, getiteld «Borging spreiding en bereikbaarheid acute zorg en crisisdienst GGZ (acute somatische en acute gecombineerde somatische/psychiatrische zorg)» en een paragraaf «Voorbereiding op opgeschaalde hulpverlening». Hierin staan voorschriften voor specifieke categorieën van zorgaanbieders. Deze voorschriften zijn verbonden aan de huidige toelating als bedoeld in artikel 5 van de WTZi. Met het vervallen van de toelatingsparagraaf in de WTZi vervalt ook de grondslag voor deze WTZi-beleidsregels. Gezien het grote belang dat verbonden is aan de beschikbaarheid en bereikbaarheid van spoedeisende zorg is het wenselijk om waarborgen daarvoor in de wetgeving op te nemen. Daartoe wordt voorgesteld een nieuw artikel 3a in de Wkkgz op te nemen. Regels omtrent de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg passen naar hun aard beter in een wet die gaat over de kwaliteit van de zorg, dan in het wetsvoorstel Wet toetreding zorgaanbieders. De eisen die worden gesteld op het punt van de acute zorg hebben immers geen betrekking op het toetreden van zorgaanbieders, maar op het leveren van zorg.

*De leden van de SP-fractie vragen hoe vaak het voorkomt dat zorgaanbieders (tijdelijk) stoppen met functies op een bepaalde locatie.*

Indien de vraag is hoe vaak en waar het de afgelopen jaren is voorgekomen dat zorgaanbieders een SEH-afdeling hebben gesloten, dan verwijst ik graag naar het antwoord op vraag 31 met betrekking tot de ontwerpbeegroting VWS 2018.<sup>2</sup> Daarbij merk ik op dat het in geen van deze gevallen is gegaan om een sluiting waardoor de 45 minuten-norm in gevaar kwam.

*De leden van de SP-fractie vragen wat er wordt bedoeld met de zin dat de zorgverzekeraar vanuit zijn zorgplicht alternatieven moet zoeken wanneer de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van de spoedeisende zorg in gedrang komt. De leden vragen of zorgverzekeraars dit ook doen in Woerden en Den Helder en Hengelo.*

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2017/18 34 775-XVI nr. 14

De zorgverzekeraar is ervoor verantwoordelijk continu te bewaken dat zorg toegankelijk en bereikbaar is voor zijn verzekerden en neemt waar nodig actie om de continuïteit van zorg te borgen. Wanneer de beschikbaarheid van cruciale zorg in het gedrang komt, is de verzekeraar als eerste aan zet om naar alternatieven te zoeken. Het wegvallen van de zorgverlening door een (gecontracteerde) zorgaanbieder mag immers niet tot gevolg hebben dat de zorgverzekeraar de zorgplicht tegenover zijn verzekerden niet meer kan nakomen. De zorgverzekeraar moet daartoe proactief handelen en hierop gericht beleid hebben ontwikkeld zodat de tijdigheid en bereikbaarheid van de zorgverlening aan zijn verzekerden ook blijft gewaarborgd indien zich bij een gecontracteerde aanbieder continuïteitsproblemen voordoen. De verzekeraar kan bijvoorbeeld overwegen andere aanbieders te contracteren, de zorg over te laten nemen of zelf in de zorg te voorzien. Voor de continuïteit van zorg is het in principe irrelevant welke zorgaanbieder deze zorg levert. Het gaat immers niet om de continuïteit van de zorgaanbieder, maar van de zorg. Als een zorgaanbieder de zorg niet meer kan leveren hoeft dit voor de naleving van zorgplicht geen probleem te zijn. Het gaat er om dat binnen de geldende normen de continuïteit van de zorg geborgd is.

Voor de spoedeisende hulp (SEH's) en acute verloskunde is de 45 minuten norm leidend. Zorgaanbieders mogen alleen stoppen met functies op een bepaalde locatie als de 45 minuten norm om een SEH-afdeling (of afdeling voor acute verloskunde) te bereiken daardoor niet in gevaar komt. De 45 minuten norm maakt ook onderdeel uit van de zorgplicht van zorgverzekeraars.

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) brengt in zijn rapporten over het aanbod en de bereikbaarheid van spoedeisende ziekenhuiszorg in Nederland in kaart welke SEH-afdelingen en afdelingen voor acute verloskunde niet mogen sluiten omdat daardoor de 45 minuten norm in gevaar komt. Dit worden (voor de 45 minuten norm) «gevoelige» afdelingen genoemd. De SEH en afdeling acute verloskunde in Den Helder zijn gevoelig voor de 45 minuten norm en mogen dus niet sluiten (zie ook de brieven die mijn ambtsvoorganger hierover aan de Tweede Kamer heeft gestuurd;<sup>3</sup> dit geldt niet voor de SEH's in Woerden en Hengelo. Het is dan ook aan de zorgaanbieders en zorgverzekeraars om te besluiten over de SEH's in Woerden en Hengelo.

#### 4. Overige wijzigingen

*De leden van de CDA-fractie vragen ten eerste wat het verband is tussen de wijziging van de Wet veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal (Wvkl) en voorliggend wetsvoorstel en waarom dit in dit wetsvoorstel geregeld moet worden. Daarnaast vragen deze leden een nadere toelichting op de maatregel dat verkrijging van organen niet meer per se in de verkrijgingsorganisatie zelf hoeft plaats te vinden, maar ook kan plaatsvinden op de locatie waar de overledene zich bevindt. Hoe gaat dit concreet in zijn werk vragen deze leden. Betekent dit bijvoorbeeld dat organen bestemd voor transplantatie ook bij de overledene thuis verkregen kunnen worden?*

De Wvkl moet worden gewijzigd omdat in de Wvkl in de begripsomschrijving van «verkrijgingsorganisatie» wordt verwezen naar instellingen die een toelating hebben op grond van artikel 5 van de WTZi. De begripsomschrijving van verkrijgingsorganisatie luidt namelijk nu: «een gezondheidszorginstelling, team of eenheid van een ziekenhuis of een persoon of een andere instantie die organen verkrijgt of de verkrijging

<sup>3</sup> Kamerstukken II 2016/17, Documentnr 2017D23899; en Kamerstukken 2017/18, 29 689, nr. 860



daarvan coördineert en een toelating heeft op grond van artikel 5, eerste lid, van de Wet toelating zorginstellingen».

Voor de uitname van organen worden zogenaamde zelfstandige uitname-teams ingeschakeld. Deze teams bestaan uit gespecialiseerde uitnameprofessionals en beschikken over alle benodigde materialen, apparatuur en instrumentaria. Hierdoor wordt de belasting voor de zorginstelling waar de overledene zich bevindt aanzienlijk verlaagd en kan de uitnameprocedure efficiënter verlopen. Met de voorgestelde wijziging van artikel 8b wordt juridisch geborgd dat organen ook kunnen worden uitgenomen door een uitnameteam dat niet verbonden is aan de zorginstelling waar de overledene zich bevindt. De uitname van organen zal in verband met de noodzakelijke voorzieningen altijd plaatsvinden in een zorginstelling en dus nooit in een thuissituatie.

## **ARTIKELGEWIJS DEEL**

### **Artikel IX**

*De leden van de SP-fractie vragen de regering om instellingen die nu niet onder de Wtzi vallen, zoals Militaire instellingen als ziekenboegen, gezondheidscentra en operationeel geneeskundige instellingen wel onder het bereik van de WNT te brengen.*

Naar aanleiding van deze vraag is artikel IX, tweede lid, onderdeel C, van voorliggend wetsvoorstel aangepast. Verwezen wordt naar de nota van wijziging en de bijbehorende toelichting.

De Minister voor Medische Zorg,  
B.J. Bruins