

Vergaderjaar 2018–2019

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 428

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 10 juli 2019

Naar aanleiding van het verzoek tijdens de regeling van werkzaamheden van 5 maart 2019 (Handelingen II 2018/19, nr. 58, item 27) ga ik in deze brief in op marktwerking binnen de wijkverpleging, de langdurige zorg en op de ondersteuning in het sociaal domein.

Zorg en markt

Marktwerking is een diffuus begrip. Dat geldt zeker in de zorg. Er wordt onder «marktwerking in de zorg» verschillende zaken verstaan, waarbij de kritiek op de zorg en ons zorgstelsel al snel samenvalt met een pleidooi tegen «de marktwerking in de zorg». Ook wordt het ter discussie stellen van onderdelen van marktwerking meteen vertaald in het overhoop gooien van het stelsel. Dat doet geen recht aan de essentie van de discussie. Die essentie is naar mijn mening dat we in ons zorgstelsel streven naar zoveel mogelijk waarde voor de patiënt. Daarbij zoeken we continu naar de optimale balans tussen enerzijds de publieke randvoorwaarden die aan de zorg worden gesteld en anderzijds de prikkels die op verschillende onderdelen in ons zorgstelsel zitten.

De zorg is geen vrije markt. Niettemin heeft het denken in markttermen invloed gehad op de inrichting van ons stelsel. Keuzemogelijkheden voor patiënten en gezonde competitie tussen aanbieders kunnen van grote waarde zijn voor de patiënt. Maar als concurrentie de samenwerking in de weg gaat staan en als keuzevrijheid zo wordt verabsoluteerd dat die vooral de aanbieder ten goede komt in plaats van de patiënt, dan vind ik dat die balans tussen prikkels en publieke randvoorwaarden is verstoord. De toegevoegde waarde voor de patiënt is dan te ver uit zicht geraakt. Ik heb dat benoemd als doorgeslagen marktwerking en dat zie ik in het bijzonder in de wijkverpleging, de langdurige zorg en ondersteuning. De consequentie die ik daar uit trek, is niet dat we naar een nieuw zorgstelsel moeten. Immers, de tijd en de kosten die met zo'n wijziging gemoeid zouden zijn wegen niet op tegen de eventuele voordelen. Want ondanks

dat er praktische knelpunten en problemen zijn, moeten we niet vergeten dat we in Nederland een gezondheidszorg hebben om trots op te zijn. De kwaliteit van de zorg in ons land is hoog en de zorg is toegankelijk voor iedereen, ongeacht je leeftijd, inkomen of sociale status.

Keuzemogelijkheden en mededinging, binnen door de overheid gestelde voorwaarden, dragen bij aan betere uitkomsten voor patiënt en cliënt en moeten dan ook worden behouden. Het gaat mij er wel om dat ik op onderdelen de publieke randvoorwaarden wil versterken om zo het bestaande stelsel aan te passen en de uitkomsten voor de cliënten en patiënten te verbeteren. Het zorgstelsel moet goed zijn voor de patiënt van nu maar ook voor de patiënt van de toekomst.

Maatschappelijke en publieke belangen

De Nederlandse gezondheidszorg heeft specifieke onderscheidende kenmerken ten opzichte van andere sectoren. Het doel van ons zorgstelsel is niet om productie, consumptie of winsten te maximaliseren. In Nederland hebben wij de gezamenlijke opvatting dat iedereen recht heeft op een breed pakket aan goede zorg, daarbij kan kiezen tussen een aantal zorgverleners en dat dit ook betaalbaar is voor zowel patiënt als samenleving. Om die doelstelling te kunnen realiseren, moet de organisatie van de gezondheidszorg zijn gericht op het behartigen van de maatschappelijke belangen ten aanzien van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg, nu en in de toekomst. Deze maatschappelijke belangen zijn echter niet vanzelf gewaarborgd en kunnen dus ook niet onverkort aan de markt worden overgelaten. Er is sprake van publieke belangen, die geborgd moeten worden door de overheid.

Publieke randvoorwaarden

Om deze reden is ons zorgstelsel zo georganiseerd dat private zorgaanbieders en (deels private) inkopers van zorg moeten handelen binnen door de overheid gestelde publieke randvoorwaarden. Deze publieke randvoorwaarden zijn essentieel om de publieke belangen in de zorg te borgen. Zo bevatten diverse wetten verplichtingen op het gebied van bijvoorbeeld de kwaliteit en tarieven van zorg. Op de naleving daarvan wordt toegezien door toezichthouders, zoals de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Voor de organiseerbaarheid en toekomstbestendigheid van onze zorg is het essentieel dat de juiste publieke randvoorwaarden worden gesteld en dat wordt geanticipeerd op relevante ontwikkelingen. Omdat maatschappij en zorg veranderen en daarmee steeds nieuwe uitdagingen creëren, betreft dit een complex en dynamisch vraagstuk. De zorg en ook het zorgstelsel is nooit af.

Disbalans in wijkverpleging, langdurige zorg en ondersteuning

We staan in Nederland voor een enorme opgave. Als ik naar de wijkverpleging, de langdurige zorg en ondersteuning in het sociaal domein kijk, zie ik dat de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid in het gedrang dreigen te komen door diverse ontwikkelingen. Ik noem daarbij de toenemende krapte op de arbeidsmarkt, demografische ontwikkelingen zoals vergrijzing en een toename van mensen met een complexe zorgbehoefte. Om op deze ontwikkelingen te kunnen anticiperen moet de organisatie van deze zorg veranderen. Het benaderen van deze zorg en ondersteuning als een markt staat op een aantal punten aan die noodzakelijke verandering in de weg. Op enkele terreinen heeft dat marktdenken naar mijn oordeel geleid tot wat ik noem «doorgeslagen marktwerking». Ik noem van dergelijke excessen drie verschijningsvormen.

Ten eerste leidt te veel marktdenken in sommige gevallen in de wijkverpleging, de langdurige zorg en ondersteuning ertoe dat *individuele belangen* voorop staan, waardoor samenwerking niet tot stand komt die noodzakelijk is om de zorgverlening goed te kunnen organiseren. Meer samenwerking – tussen zorgverleners, zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten – is echter essentieel om de uitdagingen in de zorg het hoofd te bieden. Niet het eigen belang moet voorop staan maar het gezamenlijk belang gericht op waarde voor de patiënt. Hierbij denk ik aan:

- het waarborgen van continuïteit van zorg door gezamenlijk risicofactoren zoals personeelsschaarste in de zorg aan te pakken;
- het tot stand brengen van nieuwe initiatieven om een transformatie van de zorg te realiseren, dichtbij bij mensen of thuis waar het kan en verder weg waar het moet;
- het afstemmen van de zorgverlening aan patiënten die zorg of ondersteuning nodig hebben die in verschillende zorgdomeinen wordt geregeld.

Ten tweede zie ik in de wijkverpleging, de langdurige zorg en ondersteuning een risico in het te veel benaderen van de zorg als *verdienmodel*. Uiteraard is de zorg niet kosteloos en ook in de zorg moeten aanbieders, net als in elke andere sector, een positief resultaat behalen om aan verplichtingen te kunnen voldoen en continuïteit van de instelling te kunnen waarborgen. Het maximaliseren van productie en omzet is echter niet de beste drijfveer om voor patiënten de best mogelijke uitkomsten te realiseren. Geld dat voor de zorg is bedoeld moet zoveel mogelijk ook daadwerkelijk aan de zorgverlening aan patiënten worden besteed.

Mijn laatste voorbeeld gaat over keuzevrijheid. Keuzevrijheid in de zorg is een groot goed. Je moet kunnen kiezen voor je eigen zorgverlener en ook voor hoe en waar je je oude dag wilt doorbrengen. De mogelijkheid om te kiezen voor een zorgaanbieder kan op zijn beurt ook weer prikkels aan de aanbieder geven om die zorg te verlenen die het best aansluit bij de individuele behoeften en voorkeuren van patiënten. Ik noem dat gezonde competitie. Dat vindt echter zijn grens als die competitie er niet langer toe leidt dat de toegevoegde waarde voor de patiënt in termen van kwaliteit en/of betaalbaarheid stijgt, maar vooral het belang van de aanbieder wordt gediend. Ik zie dat bijvoorbeeld in de wijkverpleging. Dit is daar het geval als zorg zonder al te veel belemmering kan worden gedeclareerd en de verzekeraar gehouden is te betalen, zoals bij ongecontracteerde zorg. Ik noem dit dan een *verabsolutering van keuzevrijheid met ongewenste effecten*. Dergelijke ongelimiteerde keuzevrijheid gepaard aan declaratievrijheid kan in zorgsectoren leiden tot onwenselijke versnippering. Dit brengt met het oog op bovengenoemde ontwikkelingen de organiseerbaarheid van zorg in gevaar. De organisatie van zorg uit verschillende domeinen en het in stand houden van noodzakelijke systeemfuncties binnen de zorg vergt immers meer coördinatie en samenhang. Ik noem in dit verband met name de wijkverpleging en onderdelen van de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Daar is sprake van een substantiële toename van het aandeel niet-gecontracteerde zorg. Dit leidt tot veel meer inzet van zorg dan bij gecontracteerde zorg, zonder dat daar een objectieve reden voor bestaat. Dat vind ik zorgelijk. Doordat te gemakkelijk kan worden voorbijgegaan aan het sluiten van een contract (waarin kwaliteit, betaalbaarheid en samenhang kan worden gerealiseerd), maar er wel kan worden gedeclareerd, komen noodzakelijke afspraken mogelijk niet tot stand om de zorg goed en toekomstbestendig te kunnen organiseren.

Versterking publieke randvoorwaarden in wijkverpleging, langdurige zorg en ondersteuning

In ons zorgstelsel zijn door keuzemogelijkheden prikkels geïntroduceerd maar worden tegelijkertijd door de overheid randvoorwaarden gesteld om publieke belangen te borgen. Het doel daarvan is om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van onze gezondheidszorg te waarborgen, zodat voor patiënt en cliënt nu en in de toekomst de best mogelijke uitkomsten kunnen worden gerealiseerd. Uit het bovenstaande blijkt dat op onderdelen binnen de wijkverpleging, de langdurige zorg en ondersteuning sprake is van een disbalans tussen deze prikkels voor partijen en de publieke randvoorwaarden. Met het oog op de organiseerbaarheid en toekomstbestendigheid van zorg en ondersteuning is daarom op onderdelen een aanscherping van publieke randvoorwaarden noodzakelijk, zodat excessen worden voorkomen oftewel doorgeslagen marktwerking wordt tegengegaan. Zorg en ondersteuning zijn immers geen vrije markt.

Deze maatregelen ter versterking van de publieke randvoorwaarden verbeteren het bestaande zorgstelsel en zorgen voor betere uitkomsten voor patiënten. Het gaat daarbij onder meer om het in de praktijk ondersteunen van samenwerkingsinitiatieven door de VNG en Zorgverzekeraars Nederland, zodat samenwerking in de regio tussen verzekeraars, zorgkantoren en gemeenten over domeinen heen wordt bevorderd.

Ook wordt ingezet op het wegnemen van knelpunten bij de inkoop in het sociaal domein. Zo trek ik samen met de Staatssecretaris van Economische Zaken en Klimaat richting Brussel om ruimte te creëren binnen de Europese aanbestedingsregels.

Daarnaast wordt gewerkt aan verandering in de contractering en de bekostiging in de wijkverpleging zodat niet productie maar kwaliteit (uitkomsten) beter wordt beloond (zie de brief «Bekostiging en toekomst wijkverpleging»)¹.

Tevens worden maatregelen genomen die zijn gericht op een strengere screening van zorgaanbieders die willen toetreden en op het bevorderen van goed bestuur en integere bedrijfsvoering.

Verder wijs ik op ontwikkelingen in het mededingingstoezicht. Er is ruimte voor samenwerking die de kwaliteit van zorg bevordert.² Ook werkt de ACM aan een leidraad over haar toezicht op samenwerking bij regionaleerschikking in de zorg.

Daarnaast hebben mijn collega-bewindslieden en ik op 9 juli 2019 uw Kamer een brief gestuurd over hoe om te gaan met investeringsmogelijkheden en winstuitkering door zorgaanbieders en hoe excessen daarbij tegen te gaan.

Tot slot worden maatregelen genomen om contractering te bevorderen en niet-contracteren te ontmoedigen. In de bijlage ga ik nader in op al deze maatregelen.

¹ Kamerstukken 23 235 en 29 689, nr. 181.

² Een recent voorbeeld is <https://www.dvhn.nl/drenthe/Thuiszorg-in-Drenthe-mag-%E2%80%98nachts-marktwerking-loslaten-24439960.html>.

Tot slot

Om de goede Nederlandse gezondheidszorg toekomstbestendig en nog beter te kunnen maken, is het essentieel dat de zorg organiseerbaar blijft. In deze brief ben ik ingegaan op maatregelen die worden genomen om de publieke randvoorwaarden in de wijkverpleging, de langdurige zorg en ondersteuning in het sociaal domein aan te scherpen, zodat de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid beter worden geborgd.

Zoals ik uw Kamer tijdens het Algemeen Overleg Verpleeghuiszorg van 20 februari 2019 heb geïnformeerd (Kamerstuk 31 765, nr. 398), zal de beleidsagenda van de komende begroting van VWS nader ingaan op het thema van de organiseerbaarheid van de zorg.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H.M. de Jonge

Bijlage met overzicht van maatregelen

Ondersteuning van samenwerkingsinitiatieven

Gezien de uitdagingen die er in de zorg bestaan, is het goed om te zien dat in de praktijk steeds meer samenwerking plaatsvindt. Verschillende samenwerkingsinitiatieven worden daarom door het Ministerie van VWS gefaciliteerd en ondersteund. Ik noem drie van deze trajecten.

Samenwerkingsagenda ZN en VNG

De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) hebben een samenwerkingsstructuur ontwikkeld die is bedoeld om gemeenten en zorgverzekeraars/zorgkantoren in het hele land te ondersteunen bij het maken van regionale afspraken. Naast houvast en inzicht voor alle betrokken partijen (patiënten, inwoners, zorgaanbieders, financiers) geeft deze werkstructuur ook duidelijke regionale aansprekpunten waardoor snel geschakeld kan worden onderling en – indien nodig – tussen regionale en landelijke partijen. Landelijk is afgesproken *dat* die afspraken worden gemaakt en in de regio wordt bepaald *wat* die afspraken inhouden. Daarbij gaat het in het bijzonder om ouderenzorg, preventie en de ggz, waar het sociale en medische domein elkaar raken en mensen niet altijd goed geholpen worden. Uitgangspunt is dat de werkstructuur in oktober overal operationeel is. In een periodiek «venster» op het samenwerkingsproces wordt de kwaliteit van de samenwerking gevolgd, te beginnen in januari 2020. Daarnaast worden goede voorbeelden over en weer gedeeld en vindt er in het voorjaar 2020 een eerste gezamenlijk congres plaats om onderling leren tussen en in regio's te bevorderen.

Juiste zorg op de juiste plek

In alle vier de hoofdlijnenakkoorden (in de medisch-specialistische zorg, de huisartsenzorg, de geestelijke gezondheidszorg en de wijkverpleging) neemt het gedachtengoed van «de juiste zorg op de juiste plek» een centrale plek in. De beweging houdt in dat partijen de zorg meer organiseren rondom de patiënt, die daardoor in staat wordt gesteld beter te kunnen blijven functioneren in de eigen omgeving. Daarbij gaat het om het voorkomen van zorg, de zorg dichterbij mensen verplaatsen waar mogelijk en vervangen door innovatie waar dit kan. Daarbij wordt beoogd een (gezamenlijk) gedeeld beeld te ontwikkelen van de opgave in de regio, en in de volle breedte: het sociale domein, de curatieve zorg en de langdurige zorg. Dit leidt onder meer tot een lagere volumegroei voor de medisch-specialistische zorg en een hogere volumegroei voor de (georganiseerde) huisartsenzorg, wijkverpleging en eerstelijnsverblijf. De budgettaire kaders in de verschillende hoofdlijnenakkoorden zijn zo vastgesteld dat ze de transformatie ondersteunen. Op basis van input uit het veld is een ondersteuningsaanbod opgezet, waarbij de transformatie op verschillende manieren wordt gestimuleerd. Allereerst door een reeks van bijeenkomsten te organiseren, waar partijen geïnformeerd worden om in hun eigen regio een vervolg te geven aan de beweging. De afgelopen periode heeft een aantal regionale bijeenkomsten plaatsgevonden met vele honderden deelnemers. Daarnaast is een vindplaats van goede voorbeelden gecreëerd (www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl). Hier worden praktijkverhalen van het veld gedeeld, zodat partijen elkaar kunnen inspireren en van elkaar kunnen leren. Ook worden partijen gestimuleerd om gezamenlijk de regionale opgave in kaart te brengen. Op dit moment ontwikkelt het RIVM een regionale dataset met de toekomstige bevolkingssamenstelling naar gezondheids- en sociale kenmerken, de daaruit voortvloeiende toekomstige zorg- en ondersteuningsvraag en

(indien mogelijk) zorgaanbod. Deze basisdataset is sinds mei voor alle partijen beschikbaar. Daarnaast kan een voucher worden aangevraagd voor de inhuur van expertise bij het opstellen van het gedeelde beeld in de regio. Deze aanvraag is in mei opengesteld. De subsidie voor procesbegeleiding bij de totstandbrenging van een succesvolle samenwerking in de regio is in april opengesteld. Partijen kunnen hiervoor een aanvraag bij ZonMw indienen.

Langer Thuis

Samenwerking in de regio en over zorgdomeinen een randvoorwaarde voor de uitvoering van actielijn 1.³ De kern van actielijn 1 is namelijk het creëren van een samenhangend ondersteunings- en zorgaanbod, dat goed is afgestemd op de individuele (sociale en medische) behoeften en wensen van ouderen. Zo worden ouderen in staat gesteld thuis te wonen zo lang het kan en mensen dit willen. De basis zou moeten bestaan uit de huisarts en de wijkverpleegkundige in nauwe samenwerking met zorgverleners in het sociale domein. Onderdeel van dit netwerk zijn samenwerkingsafspraken met apotheker, sociaal team, specialist ouderengeneeskunde, medisch-specialisten en andere disciplines (bijvoorbeeld de fysiotherapeut). Concreet ondersteun ik dit bijvoorbeeld op wijkniveau met het programma Langdurige Zorg en Ondersteuning van ZonMw waarin ik 3 miljoen euro per jaar beschikbaar stel om netwerken integrale ondersteuning en zorg voor ouderen te realiseren. In de brief benoem ik ook het belang van onderling leren tussen regio's. Door het programma wil ik dit onderling leren versnellen. Hiermee geef ik ook uitvoering aan de motie van de leden Renkema en Ellemeest.⁴ In de voortgangsrapportage Langer Thuis die u 2 juli jl.⁵ heeft ontvangen bent u hierover geïnformeerd.

Aanbesteden in het sociaal domein

Zoals ik uw Kamer in mijn brief van 17 maart 2019 heb geïnformeerd, werk ik eraan om de praktijk van de inkoop beter te laten aansluiten bij de aard van de jeugdhulp en maatschappelijke ondersteuning.⁶ Op grond van de Europese aanbestedingsrichtlijn moeten overheidsopdrachten boven een bepaalde drempelwaarde transparant in de markt worden gezet. Dit is gedaan vanuit de gedachte dat ook aanbieders uit andere lidstaten voor deze opdrachten in aanmerking kunnen komen. In de praktijk van de jeugdhulp en maatschappelijke ondersteuning blijkt die grensoverschrijdende interesse niet te bestaan, waardoor de Europese verplichtingen vooral administratieve en financiële lasten met zich brengen. Ook kan de verplichting belemmerend werken bij het vormgeven van werkafspraken om de zorg in de regio goed te organiseren. Ik trek samen met de Staatssecretaris van Economische Zaken en Klimaat op om dit knelpunt in Europees verband onder de aandacht te brengen en om te kijken naar de mogelijkheden de aanbestedingsregels te evalueren en aan te passen. Vooruitlopend daarop wordt gezocht naar de mogelijkheden om binnen de aanbestedingsrichtlijn ruimte te creëren om de ervaren knelpunten in het sociaal domein weg te nemen.

³ Kamerstukken 31 765 en 34 104, nr. 361.

⁴ Kamerstuk 34 948, nr. 4.

⁵ Kamerstuk 31 765, nr. 425.

⁶ Kamerstuk 34 477, nr. 56.

Aanpak binnen de wijkverpleging

Op 14 mei 2019 heb ik uw Kamer een brief gestuurd over de doorontwikkeling van de bekostiging in relatie tot het toekomstperspectief van de wijkverpleging.⁷ In deze brief heb ik toegelicht dat noodzakelijke samenwerking in de wijkverpleging momenteel wordt bemoeilijkt door verschillende factoren, zoals een toename van chronisch zieken en ouderen, een sterk groeiende groep zorgaanbieders, nauwelijks inzicht in de geleverde kwaliteit terwijl er toch kan worden gedeclareerd, en een bekostigingsstelsel dat prikkelt tot meer productie. Om de wijkverpleegkundige zorg toekomstbestendig te maken, meer samenhang te realiseren en verder te verbeteren stimuleer ik meer samenwerking in de regio en over domeinen heen. Dat leidt tot meer nadruk op de waarde die wijkverpleging toevoegt voor de cliënt. Samen met partijen van het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging wordt gewerkt aan verschillende maatregelen, onder andere op het gebied van de contractering en de bekostiging zodat kwaliteit (uitkomsten voor cliënten) beter wordt beloond en samenwerking door wijkverpleegkundigen met andere lokale partners wordt gefaciliteerd.

Investeringsmogelijkheden in de zorg

In onze brief van 13 juli 2018 hebben de Minister voor MZS, de Staatssecretaris van VWS en ik uw Kamer geïnformeerd dat diverse relevante ontwikkelingen en concrete wijzigingsvoorstellen om politieke besluitvorming vragen over de huidige regels rond investeringsmogelijkheden door zorg en dividenduitkering door zorgaanbieders.⁸ Voordat met nieuwe regelgeving kan worden gekomen is echter meer informatie nodig gebleken. Daartoe zijn in de zomer van 2018 drie trajecten gestart:⁹

- Een juridische analyse door de Radboud Universiteit naar de relevante juridische kaders voor het beperken of verbieden van winstuitkering door zorgaanbieders.
- Een praktijk- en effectanalyse door onderzoeksbureaus SiRM en Finance Ideas naar de huidige praktijk en de effecten van winstuitkering op betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg.
- Een consultatie van diverse (branche)organisaties inzake hun zienswijze over winstuitkering door zorgaanbieders.

Mijn collega's van VWS en ik hebben uw Kamer op 9 juli 2019 geïnformeerd over de uitkomsten van deze trajecten en over maatregelen die worden genomen om excessen tegen te gaan.

Wet toetreding zorgaanbieders

Op dit moment wordt nog gewerkt met een vrijwillige melding van nieuwe zorgaanbieders bij www.meldennieuwezorgaanbieders.nl. Met het wetsvoorstel Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) wordt deze vrijwillige melding een meldplicht voor alle nieuwe zorgaanbieders. Deze meldplicht is niet alleen bedoeld voor de IGJ om alle nieuwe zorgaanbieders meer volledig en eerder in beeld te hebben, maar zorgt er ook voor dat nieuwe zorgaanbieders weten aan welke voorwaarden zij moeten voldoen voordat zij zorg mogen aanbieden en waar hun verantwoordelijkheden liggen. Hierdoor kan de IGJ vroegtijdig actie ondernemen als het gaat om kwaliteit en veiligheid en kunnen zorgverzekeraars en zorgkantoren fouten en fraude voorkomen. Zoals aangekondigd in de brief aan uw Kamer van 5 maart 2019 ontvangt u rond de zomer een nota van wijziging bij de Wtza waarmee ook nieuwe onderaannemers aan deze meldplicht moeten voldoen, en hun melding wordt doorgegeven aan de zorgverzekeraars en

⁷ Kamerstukken 23 235 en 29 689, nr. 181.

⁸ Kamerstuk 34 775 XVI, nr. 150.

⁹ Zie hierover ook Kamerstuk 33 168, K, waarvan een afschrift aan de Tweede Kamer is gestuurd.

zorgkantoren.¹⁰ Ook is in bovengenoemde brief over investeringsmogelijkheden voor zorgaanbieders ingegaan op het perspectief voor de regelgeving rond toelating en het functioneren van zorgaanbieders.

Goed bestuur en integere bedrijfsvoering

Zoals ik uw Kamer op 5 maart 2019 heb geïnformeerd, hebben de NZa en de IGJ een gezamenlijke signalering uitgebracht over integere en professionele bedrijfsvoering in de zorg.¹¹ De achtergrond daarvan is dat het bestuur van zorgaanbieders en de bedrijfsstructuren die worden gehanteerd de afgelopen jaren steeds complexer zijn geworden. Dit kan risico's met zich brengen voor bijvoorbeeld de integriteit en professionaliteit van de bedrijfsvoering en voor de doelmatige besteding van zorggelden. Voorkomen moet worden dat via het hanteren van bepaalde bedrijfsstructuren risico's op belangenverstrengeling ontstaan. Daartoe is ten eerste van belang dat er meer transparantie van geldstromen in de zorg ontstaat. Daarom is er het voornemen om via een nota van wijziging bij de Aanpassingswet Wtza de doelgroep voor de jaarverantwoordingsplicht in beginsel uit te breiden naar alle zorgaanbieders die onder de Wet marktordening gezondheidszorg vallen, zodat ook partijen aan wie zorg wordt uitbesteed zich moeten verantwoorden. Ten tweede is uiteraard essentieel dat toezichthouders kunnen optreden indien daartoe aanleiding is. Op grond van de huidige wettelijke bevoegdheden kunnen de NZa en de IGJ vaak pas bij het ontstaan van risico's voor de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg of onrechtmatige declaraties ingrijpen in de bedrijfsvoering van zorgaanbieders. Samen met de toezichthouders wil ik het externe toezicht op de integere en professionele bedrijfsvoering binnen zorgaanbieders verder versterken door te bezien welke aanvullende wettelijke bepalingen wenselijk zijn. In bovengenoemde brief over investeringsmogelijkheden voor zorgaanbieders is hier nader op ingegaan.

Mededinging en ruimte voor samenwerking

Op grond van de Mededingingswet beschermt de Autoriteit Consument en Markt (ACM) keuzemogelijkheden voor patiënten en verzekerden, daar waar de wetgever die ruimte heeft gelaten. Voorkomen moet worden dat partijen onderling hogere prijzen afspreken, de toetreding belemmeren of onderling afspreken om patiënten te verdelen zonder dat daarvoor zorginhoudelijke argumenten zijn, misbruik maken van een machtspositie of dat door fusies niets meer te kiezen valt. Tegelijkertijd moet er ruimte zijn voor samenwerking die in het belang is van patiënten en verzekerden, bijvoorbeeld over de kwaliteit van zorg, en die ruimte is er ook. Zo zijn onderlinge afspraken over het verminderen van administratieve lasten, het in kaart brengen van regionale ontwikkelingen en behoeften en de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren in principe zonder meer toegestaan. Ook is er ruimte voor afspraken die keuzemogelijkheden verminderen maar die uiteindelijk leiden tot betere zorg, bijvoorbeeld doordat kwaliteit van zorg wordt vergroot via het concentreren van complexe zorg op specifieke locaties. In de praktijk kunnen vragen rijzen of samenwerkingsvoornemens verenigbaar zijn met de Mededingingswet. Het is daarom goed dat de ACM investeert in voorlichting over haar toezichtpraktijk. Naast haar richtsnoeren voor de zorgsector heeft de ACM specifieke publicaties uitgebracht zoals over haar toezicht op zorgaanbieders in de eerstelijnszorg en over de ruimte voor partijen om geneesmiddelen gezamenlijk in te kopen. Mede om ontwikkelingen rond «de juiste zorg op de juiste plek» te bevorderen, werkt de ACM momenteel

¹⁰ Kamerstuk 23 235, nr. 179.

¹¹ Kamerstuk 23 235, nr. 179.

aan een leidraad over haar toezicht op samenwerking bij regionale herschikking in de zorg.

Terugdringen van niet-gecontracteerde zorg

Keuzevrijheid van patiënten is te veel verworden tot een vrij declaratierecht, ook in het geval er geen sprake is van een contract. Een contract is hét vehikel om afspraken te maken over kwaliteit, kosten en organiseerbaarheid. Op 9 november 2018 hebben de Staatssecretaris van VWS en ik uw Kamer geïnformeerd over maatregelen om contracteren tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars binnen de Zorgverzekeringswet te bevorderen.¹² In deze brief is toegelicht dat goede, betaalbare en toegankelijke zorg vraagt om goede afspraken tussen verzekeraars en aanbieders, die in de regel worden vastgelegd in contracten. De laatste jaren neemt het aandeel niet-gecontracteerde zorg echter toe, met name in de wijkverpleging en in de ggz. Deze ontwikkeling zet de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van onze gezondheidszorg onder druk, juist ook in het licht van de krapte op de arbeidsmarkt. Dat zie ik als een ongewenst effect van het marktdenken. Daarom hebben zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en het kabinet afspraken gemaakt over maatregelen om het contracteerproces te verbeteren, de informatievoorziening voor verzekerden te verbeteren en niet-contracteren te ontmoedigen. Als de maatregelen tot onvoldoende resultaten leiden en het aandeel niet-gecontracteerde zorg niet daalt, zijn verdergaande aanpassingen in wet- en regelgeving noodzakelijk om het onderscheid in de vergoeding tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg te verhelderen dan wel te versterken.

¹² Kamerstuk 29 689, nr. 941.