

Vergaderjaar 2023–2024

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 815

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 18 oktober 2023

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 20 juni 2023 over samenwerking en mededinging in de zorg (Kamerstuk 31 765, nr. 790).

De vragen en opmerkingen zijn op 13 september 2023 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 17 oktober 2023 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Smals

Adjunct-griffier van de commissie,
Bakker

Inhoudsopgave

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie	3
	Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie	3
	Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA- en GroenLinks-fractie	5
	Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie	5
	Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie	6
II.	Reactie van de Minister	6

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de brief over samenwerking en mededinging in de zorg. Deze leden sluiten zich aan bij de woorden van de Minister dat samenwerking noodzakelijk is. Zij hebben nog enkele vragen. De Minister geeft aan dat voor betere samenwerking in de zorgketen ook technologische en sociale innovaties nodig zijn. De Minister gaat hier in de vormgeving van de nieuwe koers niet verder op in. Kan de Minister informatie geven over hoe het (sneller) implementeren van innovaties een plaats krijgt in deze koers?

Genoemde leden wensen meer multidisciplinaire (basis)gezondheidszorg-praktijken in de wijken waar mensen met meerdere zorgvragen goed terecht kunnen. Vindt de Minister ook dat deze nodig zijn om de eerste-lijnszorg te versterken en samenwerking tussen de eerstelijnszorg, het sociaal domein, langdurige zorg, tweedelijnszorg en geestelijke gezondheidszorg (ggz) te verbeteren?

De leden van de VVD-fractie steunen het voorstel van de Minister over de landelijke zorgcoördinatie, omdat deze bijdraagt aan intensievere samenwerking in de acute zorg. Zij steunen ook de doorverwijzing van patiënten op basis van realtime inzicht in capaciteit als onderdeel van de betere samenwerking in acute zorg. Op dit moment is realtime datadeling nog te vrijblijvend. Deze leden willen dit verplicht stellen. Hoe kan de Minister de huidige ervaringen meenemen in plannen hiervoor? Welke knelpunten en oplossingen spelen daarbij een rol? Welke mogelijkheden in wet- en regelgeving zijn er om realtime datadeling te verplichten?

Voor patiënten die met meerdere zorgverleners te maken hebben, is het van belang dat samenwerking ook in de vorm van gegevensdeling soepel verloopt. De leden van de VVD-fractie merken op dat niet alle partijen, zoals paramedici, onderdeel uitmaken van gesprekstafels en ontwikkelingen als het gaat om gegevensdeling. Hoe kijkt de Minister hiernaar? Hoe kan hij zorgen dat de gezondheidsgegevens van patiënten bij paramedici en andere professionals rondom bijvoorbeeld preventie onderdeel uitmaken van ontwikkelingen met betrekking tot gegevensdeling?

De leden van de VVD-fractie lezen dat de Minister overweegt de meldplicht te behouden voor overnames waarbij overnemende partij boven de omzetsdrempel valt. Welke aspecten spelen mee in de overweging om deze meldplicht te behouden, dan wel te laten vervallen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66 fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief van de Minister over samenwerking binnen de zorg. Deze leden delen de opvatting dat samenwerking geen doel op zich is, maar een instrument om zorg efficiënter en meer integraal te kunnen verlenen. Veel extra werk blijft bespaard wanneer goed wordt samengewerkt. Genoemde leden hebben nog enkele vragen naar aanleiding van de brief van de Minister.

De Minister schrijft dat het uitgangspunt voor samenwerking is: «nabij als het kan, veraf als het moet». In hoeverre blijft de coherentie van alle verschillende samenwerkingsverbanden binnen de zorg nog overeind wanneer wordt vastgehouden aan dat adagium? Kan de Minister toelichten hoe erop wordt toegezien dat de verschillende (lokale) samenwerkingsverbanden niet langs elkaar heen werken en dat voldoende wordt afgestemd, bijvoorbeeld interregionaal? In hoeverre zijn de samenwerkingsverbanden binnen de zorg nu versnipperd volgens de Minister?

De mededingingsregels beogen te voorkomen dat samenwerkende of machtige zorgpartijen onvoldoende in het belang van de patiënt/verzekerde handelen, met hogere prijzen en slechtere kwaliteit of toegankelijkheid tot gevolg. De leden van de D66-fractie vragen of de Minister nu een duidelijk beeld heeft in hoeverre de mededingingsregels voldoen om dat te voorkomen. Worden deze regels ook structureel geëvalueerd?

Genoemde leden zien dat er ook een onderdeel onbesproken blijft in de brief van de Minister. Er is namelijk vaak sprake van individuele belangen, óók binnen samenwerking in de zorg. In hoeverre herkent de Minister dit beeld en wat zijn de maatregelen binnen de voorbeelden die hij aandraagt om over de individuele belangen heen te stappen?

De leden van de D66-fractie delen de overtuiging dat het toezicht passender is belegd bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Kan de Minister toelichten welke inhoudelijke aanpassingen worden aangebracht binnen het toezicht om de administratieve lasten te verminderen? Wat zijn precies de alternatieve methoden voor marktafbakening, die genoemd staan in de brief van de Minister?

Tenslotte, in hoeverre is er ruimte voor kleinere partijen binnen deze samenwerkingsverbanden? Genoemde leden hechten waarde aan een inclusief en open zorglandschap, waar ook kleinere aanbieders kunnen deelnemen aan samenwerkingsverbanden. Kan de Minister dit toelichten?

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie maken graag van de gelegenheid gebruik enkele aanvullende vragen te stellen over de uitgebreide brief van de Minister over samenwerking en mededinging in de zorg. Deze leden delen de analyse van de Minister dat de toenemende schaarste aan personeel en het belang van een betere organiseerbaarheid van de zorg vraagt om een nieuwe balans tussen samenwerking en mededinging.

De Minister noemt drie voorbeelden van samenwerking die goed binnen mededingingsregels vorm zijn te geven: samenwerking in zorgketens, op basis van kwaliteitsrichtlijnen en gegevensdeling. Onderschrijft de Minister dat samenwerking die resulteert in verbeteren aanbod c.q. de zorg voor patiënt/verzekerde veelal makkelijker gaat als men ook

economisch één geheel is, zeker bij kleinere zorgaanbieders? Is het juist niet zo dat samenwerking op basis van kwaliteitsrichtlijnen vaak moeilijk tot stand komt omdat men zichzelf als private instelling ziet en al snel informatie als bedrijfsgevoelig bestempelt? Deelt de Minister de mening dat bedrijfsgevoeligheid niet als argument gebruikt kan worden om data niet te delen (zoals adherentie cijfers, resultaten met betrekking tot kwaliteit) omdat zorginstellingen weliswaar private instellingen zijn maar met publieke middelen worden gefinancierd?

Worden ook praktische grenzen gesteld, zoals gevraagd in de motie van de leden Van den Berg en Tielen¹ waarbij gevraagd is om verder onderzoek te doen naar wat het zou betekenen als de bagatelbepaling verhoogd wordt?

De Minister schrijft op de achtste pagina van zijn brief dat het nodig kan zijn een concrete opdracht neer te leggen zoals regionale samenwerking acute zorg. Hij schrijft dat hij ook bereid is wet- en regelgeving aan te passen. Kan hij daarvan voorbeelden geven? Welke zaken liggen op de plank? Hoe staat het met uitvoering van de motie van de leden Van den Berg en Ellemeet² over voorstellen die kunnen leiden tot aanpassing in wet- en regelgeving voor passende en effectieve zorg?

Op pagina elf schrijft de Minister dat meer concentratie bij laag volume – hoogcomplexiteit zorg niet automatisch tot stand komt en dat daarom de Commissie Expertisecentra langdurige zorg (CElz) is opgericht. Waarom past Minister Wet bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) niet aan, waardoor hij meer regie kan voeren? Op de twaalfde pagina stelt de Minister dat schaarste op de arbeidsmarkt ook crisis is en vraagt om collectieve afspraken. Vindt de Minister huidige mogelijkheden toereikend, of moet veel meer gekozen worden voor eerstelijns ten opzichte van tweedelijns zorg?

De Minister heeft toegezegd een reactie te geven op het rapport Code Rood – verkenning van morele uitgangspunten bij langdurige schaarste zorg van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG). Graag ontvangen de leden van de CDA-fractie een uitgebreide reactie.

De leden van de CDA- en PvdA-fractie hebben een motie³ ingediend over regelgeving waardoor zzp'ers in de zorg in de pas gaan lopen met medewerkers in dienstverband. Hoe wordt deze motie uitgevoerd en waarom wordt niet gewerkt met meer tariefregulering? Graag ontvangen de leden van de CDA-fractie een uitgebreide reactie van de Minister.

De Minister spreekt in de brief niet over de grote marktmacht van grote (academische) ziekenhuizen, samenwerkingsverbanden als Santeon en bijvoorbeeld Parnassia (20% van het ggz-budget). Wat vindt de Minister hiervan? Moet deze bestaande marktmacht niet ingeperkt worden? Zo verzanden wij toch in zorgorganisaties die gewenste aanpassingen naast zich neerleggen? Dat lijkt de genoemde leden geen goede ontwikkeling. Hoe gaat de Minister met regelgeving zorgen dat instellingen die passende zorg aanbieden meer volume krijgen, omdat daar meer zorg wordt ingekocht? Hoe gaat de Minister met regelgeving zorgen dat verouderde methodes minder of niet meer worden vergoed?

¹ Kamerstuk 29 689, nr. 1207.

² Kamerstuk 36 200 XVI, nr. 68.

³ Kamerstuk 25 424, nr. 653.

De Minister ziet af van het voorstel om het zorg-specifieke markttoezicht over te hevelen van de NZa naar de Autoriteit Consument & Markt (ACM). De leden van de CDA-fractie kunnen zich dat goed voorstellen. Daarom voert de Minister een aantal aanpassingen door om de administratieve lasten van de toets voor fuserende partijen te verlichten en duidelijkheid bevorderen. Genoemde leden lezen dat naast het verminderen van administratieve lasten voor zorgaanbieders de Minister in de wet de mogelijkheid wil creëren om bij lagere regelgeving nadere voorwaarden te stellen aan fuserende partijen op grond van de Zft (kan-bepaling). Kan de Minister dit nader toelichten? Wat bedoelt de Minister hier precies?

De toezichthouder is op dit moment relatief beperkt in de manieren waarop een aanmerkelijke marktmacht vastgesteld kan worden. Daarom wil de Minister dat het voor de toezichthouder, de NZa, mogelijk wordt om alternatieve methoden voor marktafbakening, die in de literatuur reeds beschreven zijn, te gebruiken die beter op lokale zorgmarkten toegespitst zijn. Wat bedoelt de Minister hier precies mee?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA- en GroenLinks-fractie

De leden van de PvdA-en GroenLinks-fractie hebben met veel interesse kennisgenomen van de brief over samenwerking en mededinging in de zorg. Deze leden vinden het erg belangrijk dat samenwerking tussen zorgaanbieders om betere zorg te organiseren mogelijk wordt. Zij vinden het een goede zaak dat kleine zorgaanbieders ook met elkaar kunnen optrekken in hun onderhandelingen met verzekeraars. Het is voor deze fracties nog niet duidelijk of, en zo ja, hoe de Minister dit actief wil stimuleren.

Deze leden zijn benieuwd naar de invulling van de mogelijkheid om bij lagere regelgeving nadere voorwaarden te stellen aan fuserende partijen op grond van de Zft (kan-bepaling). Wanneer vindt de Minister een fusie onwenselijk en daarmee ingrijpen noodzakelijk? Kan de Minister dit illustreren met een voorbeeld? Aan wat voor extra voorwaarden denkt de Minister? Genoemde leden zijn erg kritisch over de rol van commerciële huisartsenketens in de huisartsenzorg. Zou dit een casus zijn waarbij de Minister zou willen optreden? Hoe kijkt de Minister naar andere mogelijkheden om de opmars van commerciële ketens te stoppen? Hoe schat de Minister de uitvoerbaarheid in van de mogelijkheid van een tijdelijk verbod op verdere overnames wanneer de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) onderzoek doet naar een commerciële huisartsenpraktijk? Welke belemmeringen ziet de Minister bij de invoering van zo'n tijdelijk verbod, of zijn die verwaarloosbaar? Hoe kijkt de Minister naar het idee van «patiënthouderschap» waarbij een praktijk alleen mag functioneren als er dokters zijn die verantwoording dragen voor de patiënten? Zou dit technisch uitvoerbaar zijn in de optiek van de Minister? Welke belemmeringen ziet de Minister bij de invoering van zo'n tijdelijk verbod?

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister. Zij hebben hier nog enkele vragen en opmerkingen over. Deze leden steunen het streven naar meer samenwerking in de zorg, maar zij vragen wel in hoeverre dit kan worden bereikt binnen het huidige zorgstelsel dat concurrentie en marktwerking als uitgangspunt heeft. Er is dus een fundamentele wijziging nodig om samenwerking echt de norm te laten worden. Is de Minister met de leden van de SP-fractie van mening dat het marktmechanisme, met de bestaande concurrentie tussen

zorgverzekeraars en de commerciële en organisatiebelangen van verzekeraars, haaks staat op samenwerking in de zorg en tussen verzekeraars?

Genoemde leden lezen dat het volgens de Minister niet de bedoeling is «dat er «blok tegen blok» onderhandelingen plaatsvinden die enkel zijn gericht op commerciële belangen zoals de tarieven», omdat dit niet in het belang van de patiënt/verzekerde zou zijn. Deze leden vragen de Minister hoe kleine zorgaanbieders, zoals paramedici, dan dekkende tarieven moeten afdwingen bij de zorgverzekeraars. Is de Minister dan bereid om deze dekkende tarieven zelf op te leggen? Hoe is bovendien het behalen van dekkende tarieven niet in het belang van de patiënt, als veel paramedici nu stoppen omdat de tarieven vaak niet kostendekkend zijn?

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben kennisgenomen van de brief en bijgevoegde documenten van de Minister betreffende samenwerking en mededinging in de zorg. Hierover hebben zij nog enkele vragen en opmerkingen. Het is volgens deze leden goed dat het toezicht niet wordt overgeheveld van de NZa naar de ACM. Het is van belang dat er een instantie blijft die specifiek gericht is op het waarborgen van goede en betaalbare zorg in Nederland. Echter, in de brief benadrukt de Minister de noodzaak van een grondige herinrichting van het zorglandschap en het belang van het betrekken van het perspectief van de patiënt bij deze beslissingen. Hierdoor rijst bij deze leden de vraag hoe de Minister denkt over een herinrichting waarbij de zorg in de regio wordt vormgegeven door de professionals zelf, door het geld per regio te verdelen.

Ten slotte verwelkomen genoemde leden de vermelding van regionale samenwerking in de acute zorg, expert- en netwerkzorg voor complexe zorgvragen, en lokale of regionale verdelingskwesties wanneer de toegankelijkheid van zorg wordt bedreigd door een gebrek aan aanbod. Toch maken deze leden zich ernstig zorgen over de constatering in de brief dat het mogelijk kan zijn om in samenwerking tot scherpere keuzes te komen over wie welke zorg waar verleent aan welke patiënten/cliënten. De leden van de BBB-fractie vragen of de Minister inzichtelijk kan maken wat die scherpere keuzes inhouden en welke gevolgen dit kan hebben voor patiënten en cliënten.

II. Reactie van de Minister

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De Minister geeft aan dat voor betere samenwerking in de zorgketen ook technologische en sociale innovaties nodig zijn. De Minister gaat hier in de vormgeving van de nieuwe koers niet verder op in. Kan de Minister informatie geven over hoe het (sneller) implementeren van innovaties een plaats krijgt in deze koers?

Sociale en technologische innovatie is geen doel op zich, maar vooral bedoeld om het werk zo optimaal mogelijk te organiseren, daarmee betere samenwerking te faciliteren en zo de gewenste transformatie mogelijk te kunnen maken. Innovatie moet dus altijd ten dienste staan van de opgave en maakt onderdeel uit van een integrale aanpassing van werkwijzen en cultuur.

Een van de belangrijkste vraagstukken van het Integraal Zorgakkoord (IZA) is om de verschillende betrokken partijen nog meer van elkaar te laten leren als het gaat om goede en werkzame voorbeelden. Dus van «not invented here» naar «proudly copied from».

Tegen deze achtergrond hebben IZA-partijen bijvoorbeeld afgesproken dat zij samen een Platform Transformatie naar digitale en hybride zorg en ondersteuning oprichten, zodat geleerde lessen over implementaties van digitale en hybride processen in zorg en ondersteuning kunnen worden gedeeld en uiteindelijke opschaling in het veld wordt bevorderd.

Binnen het ondersteuningsprogramma voor regionale samenwerking dat onder coördinatie van ZonMw vorm krijgt, wordt een lerend netwerk ingericht van domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden en landelijke partijen. Op die manier leren partijen van en met elkaar hoe de transformatie in de regio het beste kan worden vormgegeven en kunnen goede innovatieve voorbeelden (inclusief de juiste randvoorwaarden) voor opschaling worden gedeeld. Dit zijn slechts enkele van de voorbeelden van hoe de opschaling in de praktijk en in gezamenlijkheid vorm krijgt.

Genoemde leden wensen meer multidisciplinaire (basis)gezondheidszorg-praktijken in de wijken waar mensen met meerdere zorgvragen goed terecht kunnen. Vindt de Minister ook dat deze nodig zijn om de eerstelijnszorg te versterken en samenwerking tussen de eerstelijnszorg, het sociaal domein, langdurige zorg, tweedelijnszorg en geestelijke gezondheidszorg (ggz) te verbeteren?

Laat ik vooropstellen dat het versterken van de eerstelijnszorg en de samenwerking tussen de verschillende sectoren en domeinen nodig is. Daar zijn afspraken in het IZA over gemaakt en daar werk ik aan samen met de Minister voor Langdurige Zorg en Sport en veldpartijen. Onderdeel hiervan is een visie op de eerstelijnszorg in 2030. Deze visie gaat over het beter samenwerken in en anders organiseren van de eerste lijn om de zorg blijvend beschikbaar en toegankelijk te houden voor iedereen. Dat kan op verschillende manieren en multidisciplinaire gezondheidszorgpraktijken zijn een mooi voorbeeld van het samenbrengen van verschillende (eerstelijns)disciplines. Er zijn daarnaast ook andere vormen om dit te realiseren. Doel is om voor het einde van dit jaar de visie met een bijbehorend plan van aanpak gereed te hebben. Zodra deze er zijn, wordt uw Kamer daarover geïnformeerd.

De leden van de VVD-fractie steunen het voorstel van de Minister over de landelijke zorgcoördinatie, omdat deze bijdraagt aan intensievere samenwerking in de acute zorg. Zij steunen ook de doorverwijzing van patiënten op basis van realtime inzicht in capaciteit als onderdeel van de betere samenwerking in acute zorg. Op dit moment is realtime datadeling nog te vrijblijvend. Deze leden willen dit verplicht stellen. Hoe kan de Minister de huidige ervaringen meenemen in plannen hiervoor? Welke knelpunten en oplossingen spelen daarbij een rol? Welke mogelijkheden in wet- en regelgeving zijn er om realtime datadeling te verplichten?

Met ingang van 1 juli 2023 is de bekostiging van inzicht in capaciteit en patiëntenspreiding en de monitoring van zorgcontinuïteit geregeld via de beschikbaarheidsbijdrage die de traumacentra ontvangen voor coördinatie van traumazorg en ROAZ. Met deze middelen kan het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ) worden doorontwikkeld en kan het delen van capaciteitsdata bevorderd worden. Deze wijze van bekostiging is in principe tijdelijk. In samenhang met de ontwikkeling van zorgcoördinatie zal worden gezien wat een passende positionering en bekostiging is voor deze functies. Daarbij wordt ook gezien of, en zo ja hoe, wettelijk geborgd kan worden dat capaciteitsinformatie wordt aangeleverd. Bij deze verkenning wordt ingegaan op de vraag wie deze informatie ontvangt, zorgt voor het beheer en de doorontwikkeling van het systeem, en

vervolgens de informatie ook weer deelt. De huidige ervaringen met het aanleveren van capaciteitsdata zullen daarbij betrokken worden.

Voor patiënten die met meerdere zorgverleners te maken hebben, is het van belang dat samenwerking ook in de vorm van gegevensdeling soepel verloopt. De leden van de VVD-fractie merken op dat niet alle partijen, zoals paramedici, onderdeel uitmaken van gesprekstafels en ontwikkelingen als het gaat om gegevensdeling. Hoe kijkt de Minister hiernaar? Hoe kan hij zorgen dat de gezondheidsgegevens van patiënten bij paramedici en andere professionals rondom bijvoorbeeld preventie onderdeel uitmaken van ontwikkelingen met betrekking tot gegevensdeling?

Ik ben het met de leden van de VVD-fractie eens dat gegevensdeling én gegevensuitwisseling belangrijk zijn om de samenwerking tussen zorgverleners en patiënten, en tussen zorgverleners onderling te versterken. Ook is de verwachting dat gegevensdeling en gegevensuitwisseling in de toekomst de administratieve lastendruk voor zorgverleners gaat verlichten. Binnen de Bestuurlijke Afspraken Paramedische Zorg 2019–2022⁴ bestond het programma «Digitale gegevensuitwisseling Paramedische zorg». In vervolg hierop heb ik dit jaar vanuit afspraken in het IZA middelen ter beschikking gesteld, om dit programma de komende jaren door veldpartijen verder te laten ontwikkelen. Hier wordt op dit moment door alle beroepsgroepen in de paramedische sector volop aan gewerkt.

De leden van de VVD-fractie lezen dat de Minister overweegt de meldplicht te behouden voor overnames waarbij overnemende partij boven de omzetsdrempel valt. Welke aspecten spelen mee in de overweging om deze meldplicht te behouden, dan wel te laten vervallen?

Zoals beschreven in de brief aan uw Kamer zijn de voorgenomen aanpassingen van de zorgspecifieke fusietoets (Zft) onder meer bedoeld om de administratieve lasten van de toets voor fusierende partijen te verlichten. In dat kader schrijf ik in de brief voornemens te zijn een ondergrens (middels de introductie van een extra omzetsdrempel) te stellen aan de omvang van de kleinste aanbieder. Dat zou betekenen dat zorgpartijen bij fusies of overnames van een relatief kleine partij niet meer de gehele fusietoets hoeven te doorlopen. Daarmee beoog ik dus onevenredige administratieve lasten bij kleinschalige overnames te verkleinen.

Tegelijkertijd vermeld ik in de brief dat ik het belangrijk vind zicht te blijven houden op en indien nodig in te kunnen grijpen wanneer zich onwenselijke fusies voordoen. Daarbij denk ik bijvoorbeeld aan de zorgen die vanuit uw Kamer zijn geuit over de gevolgen van commerciële ketenvorming in de huisartsenzorg voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van die zorg. Dergelijke ketenvorming kan bestaan uit een serie overnames van individuele praktijken, met lage omzetten. Daarom wens ik nog wel een meldplicht te behouden voor kleinschalige overnames.

Momenteel ben ik met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in gesprek over de vormgeving van een dergelijke meldplicht, wat dit betekent voor de mogelijkheid om bij onwenselijke fusies in te grijpen en hoe de administratieve lasten voor de zorgaanbieder te verlagen. Die belangenafweging wordt ook besproken in relatie tot het bredere palet aan toezichts-instrumenten waar de NZa over beschikt. Zoals toegezegd in de brief

⁴ Kamerstuk 33 578, nr. 67

informeer ik uw Kamer voor het eind van het jaar over de uitkomst van deze gesprekken en de termijn en de wijze waarop ik de beoogde aanpassingen van het zorgspecifieke markttoezicht, waaronder de zorgspecifieke fusietoets, wil realiseren.

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De Minister schrijft dat het uitgangspunt voor samenwerking is: «nabij als het kan, veraf als het moet». In hoeverre blijft de coherentie van alle verschillende samenwerkingsverbanden binnen de zorg nog overeind wanneer wordt vastgehouden aan dat adagium? Kan de Minister toelichten hoe erop wordt toegezien dat de verschillende (lokale) samenwerkingsverbanden niet langs elkaar heen werken en dat voldoende wordt afgestemd, bijvoorbeeld interregionaal? In hoeverre zijn de samenwerkingsverbanden binnen de zorg nu versnipperd volgens de Minister?

Het leveren van (regionale) zorg «nabij als het kan, veraf als het moet» betekent ook dat zorg op een andere en efficiëntere manier en meer in samenhang moet worden geleverd. De aanpassing van oude werkwijzen vraagt dat regionale partijen gezamenlijk afstemmen hoe dit het beste kan worden georganiseerd. In het Integraal Zorgakkoord (IZA) (Kamerstuk 31 765, nr. 655) zijn daarom afspraken gemaakt over regionale samenwerking. Regionale partijen hebben hun samenwerking de afgelopen maanden verstevigd, onder meer door het gezamenlijk opstellen van regiobeelden. Momenteel zijn zij hard aan de slag met het opstellen van regioplannen. Daarin zullen partijen in onderlinge afstemming prioritaire opgaven definiëren en daarover afspraken maken.

Naast het doel beter organiseren en toekomstbestendig houden van het regionale zorgaanbod, is een positief (neven-)effect van deze aanpak dat versnippering in de samenwerkingsverbanden wordt tegengegaan. Partijen die voorheen los van elkaar aan dezelfde opgaven werkten, worden immers bewogen om dit in gezamenlijkheid op te pakken. De regiobeelden en regioplannen moeten ook behulpzaam zijn bij het afstemmen van interregionale samenwerking, doordat vraag en aanbod beter met elkaar in verband kunnen worden gebracht.

Ik erken dat in sommige delen van de zorg sprake is van versnippering. Niet alleen in het IZA, maar ook in de overige akkoorden en programma's, zoals het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) (Kamerstuk 32 793, nr. 653) en het Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) (Kamerstuk 29 389, nr. 111), wordt juist daarom het belang van samenhang en samenwerking benadrukt en worden daarvoor de nodige handvatten geboden. Zorginkopende partijen en zorgaanbieders in de regio hebben een belangrijke verantwoordelijkheid om de zorg toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar te houden, nu en in de toekomst en dus vol in te zetten op samenwerking. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) volgt dit en zet zich vanuit haar rol in voor een passende organisatie van zorg in netwerken en ketens in de regio met als doel de toegankelijkheid van goede zorg nu en in de toekomst te waarborgen.

De mededingingsregels beogen te voorkomen dat samenwerkende of machtige zorgpartijen onvoldoende in het belang van de patiënt/verzekerde handelen, met hogere prijzen en slechtere kwaliteit of toegankelijkheid tot gevolg. De leden van de D66-fractie vragen of de Minister nu een duidelijk beeld heeft in hoeverre de mededingingsregels voldoen om dat te voorkomen. Worden deze regels ook structureel geëvalueerd?

Zoals door de leden van de D66-fractie en in de brief omschreven beogen de mededingingsregels te voorkomen dat samenwerkende of machtige zorgpartijen onvoldoende in het belang van de patiënt/verzekerde handelen, met hogere prijzen en slechtere kwaliteit of toegankelijkheid tot gevolg. Dit verband tussen concentraties en machtsaccumulatie enerzijds en hogere prijzen en slechtere kwaliteit of toegankelijkheid anderzijds is in diverse studies aangetoond, en onderschrijft daarmee het belang van de mededingingsregels. De Autoriteit Consument en Markt (ACM) heeft zelf diverse onderzoeken uitgevoerd en communiceert daarnaast actief over uitkomsten van (internationale) wetenschappelijke studies⁵. Tegelijkertijd hangt het effect van de mededingingsregels altijd nauw samen met de context van de markt. Om de huidige uitdagingen in de zorg het hoofd te bieden, is in het bijzonder meer en betere samenwerking nodig. Dat is juist in het belang van toegang tot goede en betaalbare zorg voor iedereen in de toekomst. Dat is ook de reden dat de mededingingsregels ruimte laten voor samenwerkingen in het belang van de patiënt en verzekerde.

De Europese mededingingsregels worden als zodanig geëvalueerd door de Europese Commissie⁶. Als het gaat om het effect van de mededingingsregels en de rol van de toezichthouder, kan ik in aanvulling op bovenstaande opmerkingen aangeven dat in Nederland iedere vijf jaar een evaluatie plaatsvindt van de toezichthouder op de Mededingingswet, de ACM⁷. De meest recente evaluatie in opdracht van de ACM heeft plaatsgevonden in 2020 door onderzoeksbureau AEF. De verantwoordelijk Staatssecretaris van Mijnbouw heeft uw Kamer destijds geïnformeerd over de uitkomsten van deze evaluatie met als belangrijkste conclusie dat de ACM gedurende de evaluatieperiode (2015–2020) in een complex en dynamisch speelveld een belangrijke bijdrage heeft geleverd aan goed functionerende markten, ordentelijke markprocessen en de bescherming van consumenten⁸.

Genoemde leden zien dat er ook een onderdeel onbesproken blijft in de brief van de Minister. Er is namelijk vaak sprake van individuele belangen, óók binnen samenwerking in de zorg. In hoeverre herkent de Minister dit beeld en wat zijn de maatregelen binnen de voorbeelden die hij aandraagt om over de individuele belangen heen te stappen?

Ik herken het beeld van de leden van de D66-fractie dat óók binnen samenwerking in de zorg sprake kan zijn van individuele belangen. Er is ook ruimte voor individuele belangen, maar voor een toekomstbestendig zorglandschap is het wel van belang dat zorgpartijen meer samenwerken aan een gemeenschappelijk doel. Met het IZA hebben partijen zich daarom allereerst geëngageerd om over de eigen schaduw heen te stappen en meer samen te werken waar dat nodig is. Daarnaast geef ik met de diverse voorbeelden in de brief aan welke concrete stappen

⁵ Zie bijvoorbeeld Onderzoek naar de zorgmarkt | ACM.nl en Speech: Samenwerken in de regio, de Mededingingswet en de rol van de ACM | ACM.nl, waaronder Whitehouse, & Schiraldi (2019). *Does hospital competition reduce rates of patient harm in the English NHS?* CMA Economics Working Paper.

⁶ Daarnaast is de Europese Commissie in 2020 gestart met een uitgebreide herziening van het mededingingsbeleid om ervoor te zorgen dat alle mededingingsinstrumenten (controle op concentraties, regels voor antritrust en toezicht op staatssteun) geschikt blijven voor het beoogde doel, namelijk het voorkomen en verhelpen van marktverstoringen. Zie voor een overzicht van het Europese mededingingsbeleid en de laatste ontwikkelingen: Mededingingsbeleid | Infopagina's over de Europese Unie | Europees Parlement (europa.eu).

Zie ook Onderzoek misbruik van economische machtsposities | Rapport | Rijksoverheid.nl.

⁷ In artikel 39 van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen is bepaald dat de doelmatigheid en doeltreffendheid van het functioneren van een zelfstandig bestuursorgaan (ZBO) elke vijf jaar wordt geëvalueerd door de verantwoordelijk Minister.

⁸ Kamerstuk 25 268, nr. 195

worden gezet om nog meer gelijkgerichtheid tussen zorgaanbieders en/of verzekeraars te borgen, zoals het definiëren van gemeenschappelijke uitgangspunten aan de hand van ROAZ- en regiobeelden en -plannen, afspraken rondom impactvolle transformaties en het definiëren van systeemfuncties.

In sommige specifieke (crisis)situaties kan het daarnaast nodig zijn om op landelijk niveau bij te sturen om een zwaarwegend publiek belang te waarborgen. Zo benoem ik bijvoorbeeld hoe collectieve afspraken over patiëntenspreiding in crisissituaties kunnen botsen met individuele belangen van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten. De maatregel om over individuele belangen heen te stappen was een duidelijke onderbouwde opdracht van de Minister voor Langdurige Zorg en Sport en mijzelf aan betrokken partijen om de door hen beoogde collectieve afspraken te effectueren voor de contractering van het najaar van 2022⁹.

Tot slot kondig ik in de brief ook enkele aanpassingen van het zorgspecifieke markttoezicht aan, die eveneens maatregelen omvatten om over individuele belangen heen te stappen. Zo kondig ik enkele aanpassingen van het aanmerkelijk marktmacht (AMM) instrumentarium aan waarmee ik beoog dat het instrumentarium meer kan fungeren als stok achter de deur bij de uitvoering van regioplannen als marktmacht (en daarmee individuele belangen) van betrokken partijen een obstakel is.

De leden van de D66-fractie delen de overtuiging dat het toezicht passender is belegd bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Kan de Minister toelichten welke inhoudelijke aanpassingen worden aangebracht binnen het toezicht om de administratieve lasten te verminderen? Wat zijn precies de alternatieve methoden voor marktafbakening, die genoemd staan in de brief van de Minister?

De inhoudelijke aanpassingen die worden aangebracht om de administratieve lasten te verminderen richten zich vooral op de zorgspecifieke fusietoets (Zft). Zoals beschreven in de brief ben ik allereerst voornemens de personele drempel van 50 personen, die momenteel geldt als ondergrens voor toepassing van de Zft, te vervangen door een (vergelijkbare) omzetsdrempel. De personele drempel van 50 personen levert in de praktijk veel discussie op, terwijl partijen omzetgegevens doorgaans al voorhanden hebben en voor het doorlopen van de fusietoets sowieso moeten aanleveren. Hiermee beoog ik onnodige administratieve lasten voor fusierende partijen te verminderen. Daarnaast ben ik voornemens om naast de bestaande ondergrens voor de grootste partij ook een ondergrens te stellen aan de omvang van de kleinste aanbieders, middels de introductie van een extra omzetsdrempel. Dat zou betekenen dat zorgpartijen bij fusies met of overnames van een relatief kleine partij niet meer de gehele fusietoets hoeven te doorlopen. Daarmee beoog ik dus onevenredige administratieve lasten voor fusierende partijen en uitvoeringslasten voor de toezichthouder te verkleinen. Momenteel ben ik met de NZa in gesprek over de exacte omvang en uitwerking van beide drempels, bijvoorbeeld over de hoogte van de omzetbedragen, en wat dit betekent voor enerzijds de mogelijkheid om bij onwenselijke fusies in te grijpen en anderzijds de administratieve lasten voor de zorgaanbieder te verlagen. Die belangenafweging wordt ook besproken in relatie tot het bredere palet aan toezichtsinstrumenten waar de NZa over beschikt. Daarnaast wordt ook met de NZa en ACM verkend hoe de gegevens van de aanbieders bij

⁹ Doordat de verantwoordelijk Ministers op die manier verantwoordelijkheid nemen voor de gemaakte belangenafweging zorgt dit voor zogenaamde *democratische legitimiteit* van de afspraken.

de Zft en het concentratietoezicht op grond van de Mededingingswet nog meer gestandaardiseerd en eenmalig uitgevraagd kunnen worden en hoe gegevens tussen de NZa en ACM onderling optimaal uitgewisseld kunnen worden. Tot slot wil ik, zoals verzocht in de motie van het voormalig lid Pia Dijkstra (Kamerstuk 33 253, nr. 53), verkennen of de zogenaamde concentratie-effectrapportage als onderdeel van het toetsingsproces vereenvoudigd kan worden. Hiermee beoog ik eveneens de administratieve lasten voor fuserende partijen te verlichten.

Met betrekking tot de alternatieve methoden voor marktafbakening bij het vaststellen van een AMM-positie in de zorg denk ik aan methoden als de Logit Competition Index (LOCI) en Willingness to Pay (WTP), zoals ook opgenomen in het reeds ingetrokken wetsvoorstel tot wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg (Kamerstuk 34 445). In 2019 heeft de NZa in samenwerking met de ACM een aantal internationale en Nederlandse academische experts onderzoek laten uitvoeren naar deze methoden en twee meer traditionele methoden (Elzinga-Hogarty test en marktafbakening op basis van patiëntenstromen). De traditionele methoden richten zich op de aanwezigheid van substituten (bijvoorbeeld andere nabijgelegen ziekenhuizen) bij de beoordeling of sprake is van marktmacht. De nieuwere methoden (WTP en LOCI) brengen concurrentie in kaart aan de hand van consumentenvoorkeuren op basis van theoretisch-economisch literatuuronderzoek en houden rekening met specifieke kenmerken van de Nederlandse zorgmarkt. Daarnaast is een belangrijk voordeel dat de nieuwere methoden (WTP en LOCI) geen geografische marktafbakening vereisen. Door in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) het uitgangspunt dat de toezichthouder (lees: NZa) expliciet de markt moet afbakenen volgens de beginselen van het mededingingsrecht te schrappen, wordt het mogelijk deze nieuwe methoden toe te passen bij het vaststellen van een AMM-positie in de zorg. Momenteel ben ik in gesprek met de NZa wat dat zou betekenen voor de uitvoeringspraktijk van de toezichthouder. Daarin worden ook de ervaringen van de ACM met beide nieuwere methoden in sommige marktonderzoeken meegenomen¹⁰.

Zoals toegezegd in de brief informeer ik uw Kamer voor het eind van het jaar over de uitkomst van deze gesprekken en de termijn en wijze waarop ik de beoogde aanpassingen van de Zft en het AMM-instrumentarium wil realiseren.

Tenslotte, in hoeverre is er ruimte voor kleinere partijen binnen deze samenwerkingsverbanden? Genoemde leden hechten waarde aan een inclusief en open zorglandschap, waar ook kleinere aanbieders kunnen deelnemen aan samenwerkingsverbanden. Kan de Minister dit toelichten?

Zoals beschreven in de brief aan uw Kamer is voor het «mededingingsproof» achten van een samenwerking onder andere van groot belang dat alle partijen in de «driehoek» van het zorgstelsel (zorgaanbieders, zorginkopers en (vertegenwoordigers van) patiënten/verzekerden) volwaardig zijn betrokken. Dat betekent ook dat voldoende ruimte moet bestaan voor kleinere partijen om deel te nemen aan samenwerkingsafspraken, nu en in de toekomst. De ACM communiceert actief over het belang van de volwaardige betrokkenheid van de zorgdriehoek bij verdergaande samenwerkingen, inclusief openheid voor toetreding door huidige en toekomstige kleine aanbieders. Dit uitgangspunt wordt ook onderschreven door IZA-partijen. Zo is bij het opstellen van regiobeelden en de beoordeling van de impactvolle transformaties als een van de

¹⁰ Zie bijvoorbeeld Consultatie fusietoezicht in de verpleeghuissector | ACM.nl

criteria opgenomen dat alle betrokken stakeholders daadwerkelijk aan tafel zitten.

Dat neemt niet weg dat het voor kleine partijen soms lastiger kan zijn zich voldoende sterk te organiseren wat kan leiden tot versnipperde samenwerkingsverbanden, zoals in de wijkverpleging. In de visie op de eerstelijnszorg wordt expliciet aandacht besteed aan de organisatiekracht van kleine partijen. Het doel is om voor het einde van dit jaar de visie met een bijbehorend plan van aanpak gereed te hebben. Zodra dit er is, wordt uw Kamer daarover geïnformeerd.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De Minister noemt drie voorbeelden van samenwerking die goed binnen mededingingsregels vorm zijn te geven: samenwerking in zorgketens, op basis van kwaliteitsrichtlijnen en gegevensdeling. Onderschrijft de Minister dat samenwerking die resulteert in verbeteren aanbod c.q. de zorg voor patiënt/verzekerde veelal makkelijker gaat als men ook economisch één geheel is, zeker bij kleinere zorgaanbieders? Is het juist niet zo dat samenwerking op basis van kwaliteitsrichtlijnen vaak moeilijk tot stand komt omdat men zichzelf als private instelling ziet en al snel informatie als bedrijfsgevoelig bestempelt? Deelt de Minister de mening dat bedrijfsgevoeligheid niet als argument gebruikt kan worden om data niet te delen (zoals adherentie cijfers, resultaten met betrekking tot kwaliteit) omdat zorginstellingen weliswaar private instellingen zijn maar met publieke middelen worden gefinancierd?

Ik vind het van belang dat partijen zelf invulling geven aan de wijze waarop zij een samenwerking wensen vorm te geven. Een belangrijke succesfactor is dat een gemeenschappelijke inhoudelijke doelstelling voorop staat. Veelal is het daarvoor niet nodig één economisch geheel te zijn. In sommige gevallen kan het vanwege de omvang of complexiteit van de samenwerking echter beter werken om verdergaand samen te werken in bijvoorbeeld een joint venture of door te fuseren. Door mijn besluit om de verlaagde omzetrempels voor de zorg te laten vervallen, is voor partijen ook een lagere drempel om een fusie aan te gaan¹¹. Dat neemt niet weg dat het voor kleine partijen soms lastiger kan zijn zich voldoende sterk te organiseren wat kan leiden tot versnipperde samenwerkingsverbanden, zoals in de wijkverpleging. In de visie op de eerstelijnszorg wordt expliciet aandacht besteed aan de organisatiekracht van kleine partijen. Het doel is om voor het einde van dit jaar de visie met een bijbehorend plan van aanpak gereed te hebben. Zodra dit er is, wordt uw Kamer daarover geïnformeerd.

De leden van de CDA-fractie vragen daarnaast of samenwerking op basis van kwaliteitsrichtlijnen vaak moeilijk tot stand komt omdat men zichzelf als private instelling ziet en al snel informatie als bedrijfsgevoelig bestempelt. Ik deel de mening van de leden van de CDA-fractie dat bedrijfsgevoeligheid niet als argument moet worden gebruikt om data, die van belang zijn voor meer inzicht in kwaliteit en toegankelijkheid van zorg, niet te delen. Ongeacht de manier van financieren behoren professionals, aanbieders en zorgverzekeraars richting patiënten en verzekerden samen te werken conform kwaliteitsrichtlijnen. Ook wanneer dit niet expliciet in kwaliteitsrichtlijnen is vastgelegd, maar wel in het belang van de patiënt en verzekerde is om informatie te delen, past dit bij hun rol en verantwoordelijkheid. Daarom zijn in het Integraal Zorgakkoord (IZA) bijvoorbeeld afspraken gemaakt over het gebruik van data bij regio- en ROAZ-beelden en -plannen. In het kader van zorgcoördinatie wordt tevens

¹¹ Kamerstuk 32 620, nr. 284

bezien of en zo ja, hoe wettelijk geborgd kan worden dat capaciteitsinformatie wordt aangeleverd. Bij deze verkenning wordt nader ingegaan op de vraag wie deze informatie ontvangt, zorgt voor het beheer en de doorontwikkeling van het systeem, en vervolgens de informatie ook weer deelt. De huidige ervaringen met betrekking tot het aanleveren van capaciteitsdata zullen daarbij betrokken worden. Daarnaast draagt het programma Uitkomstgerichte Zorg (UZ) bij aan het bevorderen van transparantie over uitkomsten van zorg. Dit programma heeft als doel om uitkomstgericht te werken in de medisch-specialistische zorg, waar leren en verbeteren en samen beslissen onderdeel van zijn. Er wordt ingezet op eenduidige registratie van uitkomsten, zowel aandoeningsspecifiek als gericht op de generieke «patient reported outcome measures» (PROM). In Fase I van het programma (2018–2022) zijn veel producten ontworpen en is kennis opgedaan over uitkomstgericht werken. Momenteel wordt samen met de medisch-specialistische zorg IZA-partijen aan een implementatieplan gewerkt om deze producten en kennis (verder) in instellingen te implementeren. In 2024 geven we uitvoering aan het implementatieplan. Ook worden volgens IZA-afspraken onder leiding van het Zorginstituut Ronde Tafels georganiseerd om in verschillende tranches op een zorgvuldige wijze te komen tot het vaststellen van volumennormen voor geselecteerde aandoeningen en interventies. In mijn brief over kwaliteit en toegankelijkheid van hoogcomplex medisch-specialistische zorg benadruk ik het belang van inzicht in kwaliteit en geef ik aan welke stappen gezet worden en door een nieuw kabinet overwogen kunnen worden¹².

Worden ook praktische grenzen gesteld, zoals gevraagd in de motie van de leden Van den Berg en Tielen¹³ waarbij gevraagd is om verder onderzoek te doen naar wat het zou betekenen als de bagatelbepaling verhoogd wordt?

De bagatelbepaling waar de leden van de CDA-fractie naar verwijzen vormt een uitzondering op het kartelverbod in artikel 7 van de Mededingingswet en laat ruimte voor alle vormen van samenwerking onder specifieke drempels: samenwerkingen van ofwel maximaal acht ondernemingen én met een gezamenlijke omzet niet hoger dan € 1,1 miljoen, ofwel samenwerkingen waarbij het gezamenlijk marktaandeel van de betrokken partijen niet hoger is dan 10% én de handel tussen lidstaten niet merkbaar wordt beïnvloed. Voor het einde van het jaar zal ik u informeren of het mogelijk is de bagatelbepaling te verhogen en wat een verhoging zou betekenen. Daarbij wil ik nogmaals benadrukken dat ook boven het niveau van de bagatel veel ruimte is voor samenwerking zoals uitgebreid beschreven in de brief.

De Minister schrijft op de achtste pagina van zijn brief dat het nodig kan zijn een concrete opdracht neer te leggen zoals regionale samenwerking acute zorg. Hij schrijft dat hij ook bereid is wet- en regelgeving aan te passen. Kan hij daarvan voorbeelden geven? Welke zaken liggen op de plank? Hoe staat het met uitvoering van de motie van de leden Van den Berg en Ellemeest¹⁴ over voorstellen die kunnen leiden tot aanpassing in wet- en regelgeving voor passende en effectieve zorg?

Met betrekking tot de acute zorg laat ik de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op dit moment onderzoek doen naar benodigde aanpassingen gerelateerd aan de inkoop en bekostiging, waaronder de bekostiging van

¹² Zie Kamerbrief Kwaliteit en toegankelijkheid van hoogcomplex medisch-specialistische zorg die gelijktijdig aan uw Kamer is verzonden

¹³ Kamerstuk 29 689, nr. 1207.

¹⁴ Kamerstuk 36 200 XVI, nr. 68.

zorgcoördinatie en de SEH's op de lange termijn. Mede afhankelijk van de uitkomsten van die onderzoeken kunnen onderbouwde keuzes gemaakt worden over de eventuele aanpassingen in regelgeving omtrent inkoop en bekostiging. Verder inventariseren partijen op dit moment welke functies onder de definitie van systeemfuncties moeten vallen. Afhankelijk van die inventarisatie zal ik bezien of en zo ja welke aanpassingen van wet- en regelgeving nodig zijn om essentiële systeemfuncties tot stand te laten komen waar dat nu nog niet het geval is. Eind van dit jaar informeer ik u over de voortgang van dat traject.

De leden van de CDA-fractie vragen daarnaast hoe het staat met de uitvoering van de motie van de leden Van den Berg en Ellemeet¹⁵ over voorstellen die kunnen leiden tot aanpassing in wet- en regelgeving voor passende en effectieve zorg. In de voortgangsbrief verbeteren en verbreden toets basispakket voorjaar 2023 hebben de Minister voor Langdurige Zorg en Sport en ik uw Kamer geïnformeerd over plannen voor het aanpassen van wet- en regelgeving in het kader van het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket. Gelet op de verschillen in context tussen de Zvw- en de Wlz-verzekerde zorg richten we ons daarbij in eerste instantie op de Zvw. Hierbij gaat de aandacht uit naar:

- Een verbeterde en meer expliciete verankering van de pakketcriteria, effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid. In voorbereiding hierop is het Zorginstituut op verzoek van het Ministerie van VWS onder andere gestart met afwegingskaders op te stellen voor kosteneffectiviteit, «noodzakelijk te verzekeren zorg» en uitvoerbaarheid.
- Het stellen van aanvullende voorwaarden die bijdragen aan de pakketwaardigheid en die passende zorg stimuleren. Denk hierbij aan het doorlopen van een leercurve voor het uitvoeren van een complexe operatie of volumenormen. Hierdoor is de uitgevoerde behandeling ook in de praktijk effectief en worden bijwerkingen voorkomen. Ook is in bepaalde gevallen aanvullend onderzoek naar langetermijneffecten of gepast gebruik van belang. De Minister voor Langdurige Zorg en Sport en ik zijn gestart met het onderzoeken hoe we deze aanvullende voorwaarden voor met name effectiviteit kunnen uitwerken.
- Het borgen van het proces van risicogericht pakketbeheer en de rol van het Zorginstituut daarbij.

De Minister voor Langdurige Zorg en Sport en ik verwachten uw Kamer volgend voorjaar weer een voortgangsbrief in het kader van verbeteren en verbreden toets basispakket te sturen, inclusief het onderdeel wet- en regelgeving.

Op pagina elf schrijft de Minister dat meer concentratie bij laag volume – hoogcomplexiteit zorg niet automatisch tot stand komt en dat daarom de Commissie Expertisecentra langdurige zorg (CEIz) is opgericht. Waarom past Minister Wet bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) niet aan, waardoor hij meer regie kan voeren? Op de twaalfde pagina stelt de Minister dat schaarste op de arbeidsmarkt ook crisis is en vraagt om collectieve afspraken. Vindt de Minister huidige mogelijkheden toereikend, of moet veel meer gekozen worden voor eerstelijns ten opzichte van tweedelijns zorg?

De Wbmv is gericht op bijzondere medische verrichtingen in de curatieve zorg. De langdurige zorg valt dan ook niet binnen de reikwijdte van de wet. Om de Wbmv te kunnen inzetten in de langdurige zorg is een vergaande wetswijziging nodig, waarbij het karakter en de reikwijdte van de Wbmv fundamenteel zouden worden gewijzigd. Het

¹⁵ Kamerstuk 36 200 XVI, nr. 68.

Wbmv-instrumentarium en de daarvoor ingerichte regels en processen zijn niet eenvoudig te kopiëren naar de langdurige zorg en komen bovendien niet tegemoet aan het beoogde doel. Voor laag volume – hoogcomplexe zorg onder de Wet langdurige zorg, zet ik daarom in op een maatwerkoplossing die goed aansluit bij mogelijkheden en context aldaar.

De leden van de CDA-fractie vragen daarnaast naar een passage over schaarste op de arbeidsmarkt in relatie tot collectieve afspraken. Schaarste is een belangrijke aanleiding voor partijen om samen te werken en daarmee hun gezamenlijke doel en belang te dienen. Daarvoor geven de mededingingsregels ook de ruimte; als het noodzakelijk is om de zorg toegankelijk te houden, kan dat altijd. Het past bij de eigen verantwoordelijkheid van partijen om tot oplossingen te komen. Dat is voor mij dan ook het uitgangspunt. In de brief licht ik vervolgens toe dat enkel in uitzonderingsgevallen, zoals beschreven in paragraaf 3.2 van de brief, waarbij onduidelijkheid bestaat over hoe verschillende publieke belangen gewogen moeten worden en landelijke collectieve afspraken noodzakelijk zijn, kan een richtinggevende uitspraak vanuit de overheid passend zijn¹⁶. Dergelijke landelijke collectieve afspraken beperken echter in belangrijke mate de mogelijkheid van lokaal of regionaal maatwerk en dienen daarom enkel in concreet afgebakende, uitzonderlijke situaties overwogen worden.

De Minister heeft toegezegd een reactie te geven op het rapport Code Rood – verkenning van morele uitgangspunten bij langdurige schaarste zorg van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG). Graag ontvangen de leden van de CDA-fractie een uitgebreide reactie.

Om de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg te continueren, zijn scherpe keuzes nodig, nu en in de toekomst. En voor deze keuzes is meer samenwerking nodig. Zoals ook beschreven in de brief wordt daar volop ingezet. Zo is in het IZA afgesproken dat partijen meer samenwerken. Ook lopen er verschillende initiatieven in de beweging naar passende zorg, en wordt volop ingezet op de implementatie van technologische innovaties. Ook maatschappelijk en binnen de zorg loopt het gesprek hierover, bijvoorbeeld in het kader van IZA, in de regio's, binnen beroepsgroepen en tijdens congressen over schaarste in de zorg, zoals de jubileumsymposium van het CEG van 26 september jl.

Tegelijkertijd is het van belang te overwegen of aanvullende inzet nodig is. Zoals ik eerder aan uw Kamer heb gemeld¹⁷, werk ik aan een aanpak om, samen met mensen uit de zorg en de rest van de samenleving, de morele vragen bij deze keuzes zorgvuldig te doordenken¹⁸. Daarbij wil ik graag benadrukken dat keuzes te allen tijde beginnen en eindigen in de spreekkamer. Het is daarom van groot belang de zorgprofessional nauw te betrekken bij alle stappen die we zetten. Het kabinet wil het zorgveld ondersteunen door keuzes te legitimeren, uit te leggen aan de maatschappij, en te onderzoeken welke procedurele ondersteuning nodig is. In afwachting van een nieuw kabinet ziet de inzet de komende periode daarom primair op het beter in beeld krijgen van de behoefte van zorgverleners. In hoeverre worden zij in hun dagelijkse praktijk al

¹⁶ Doordat de verantwoordelijk Minister op die manier verantwoordelijkheid neemt voor de gemaakte belangenafweging zorgt dit voor zogenaamde *democratische legitimiteit* van de afspraken.

¹⁷ Kamerstuk 31 765, nr. 791

¹⁸ In lijn met mijn toezegging aan het lid Van den Berg (CDA) om in samenspraak met partijen in het zorgveld en in de samenleving in gesprek te gaan over de vraag welke prioritering en verdeling van schaarse zorg te rechtvaardigen is en uw Kamer over de uitkomsten van deze gesprekken te informeren.

gedwongen tot het maken van keuzes? Hoe gaan zij om met de morele dilemma's die daaruit voortvloeien? Welke ruggensteun hebben zij nodig vanuit de overheid? Op basis van deze input werk ik aan oplossingsrichtingen, zodat een nieuw kabinet in staat wordt gesteld om in geval van langdurige schaarste te komen tot doordachte keuzes, en zodat het zorgveld zich gesteund voelt door de overheid en de juiste handvatten heeft om noodzakelijke keuzes te kunnen maken. Zo zorgen we er samen voor dat we komen tot uitlegbaar en rechtvaardig beleid, ook wanneer keuzes door langdurige schaarste onvermijdelijk zijn.

De leden van de CDA- en PvdA-fractie hebben een motie¹⁹ ingediend over regelgeving waardoor zzp'ers in de zorg in de pas gaan lopen met medewerkers in dienstverband. Hoe wordt deze motie uitgevoerd en waarom wordt niet gewerkt met meer tariefregulering? Graag ontvangen de leden van de CDA-fractie een uitgebreide reactie van de Minister.

Binnen het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (TAZ) zijn diverse acties in gang gezet. Zo is onder andere een kerngroep geformeerd voor het gewenste herstel van de balans tussen medewerkers in vast dienstverband en flexwerkers, waaronder zzp'ers. Deze kerngroep houdt zich onder meer bezig met het formuleren van werkafspraken die gericht zijn op de gelijke verdeling van verantwoordelijkheden (met betrekking tot bijvoorbeeld ANW-diensten en andere systeemtaken) en vergelijkbare beloning van medewerkers in vast dienstverband en zzp'ers. Samen met de Autoriteit Consument en Markt (ACM) verken ik hoeveel bewegingsruimte er is deze afspraken vorm te geven in relatie tot de mededingingsregels.

Daarnaast is de hierboven genoemde kerngroep aan de slag met de thema's bewustwording en voorkomen van schijnzelfstandigheid. Het zzp-schap in zorg en welzijn dient een weloverwogen en bewuste keuze te zijn voor ondernemerschap. Verdere bewustwording over (financiële) gevolgen en verantwoordelijkheden van de keuze voor zzp-schap, te koppelen aan te stellen eisen aan zzp'ers, kan onder werknemers en zzp'ers worden vergroot. Voor het terugdringen van schijnzelfstandigheid is nodig dat de Wet Deregulering Beoordeling Arbeidsrelaties (DBA) uniform wordt toegepast. Daartoe hebben brancheorganisaties een zelfregulerend kader ontwikkeld en op 6 juli 2023 een samenwerkingsverklaring Beheersingsmodel Zorg ondertekend: een samenwerking tussen Brancheorganisaties Zorg, het Ministerie van VWS, het Ministerie van SZW en de Belastingdienst.

Ook spelen intermediairs vaak een belangrijke rol in de hoogte van de tarieven die voor flexwerkers worden gesteld. Daarom zijn parallel aan de kerngroep gesprekken gaande met en tussen koepels van bemiddelingsbureaus voor een eigen gedragscode. Het streven is dat de gedragscode en het zelfregulerend kader elkaar in strekking en werkwijze gaan versterken. Ik beschouw de motie van de leden Van den Berg en Mohandis daarmee als afgedaan.

Tot slot heeft de Minister van SZW heeft recent het voorstel voor de wet «Verduidelijking beoordeling arbeidsrelatie en rechtsvermoeden» in consultatie gebracht welke dient ter verduidelijking van de wettelijke norm om werknemers van zelfstandigen te onderscheiden. Dit wetsvoorstel zal begin 2024 aan de Tweede Kamer worden gestuurd, en zal voor de gehele arbeidsmarkt gaan gelden, inclusief de zorgsector.

¹⁹ Kamerstuk 25 424, nr. 653.

De Minister spreekt in de brief niet over de grote marktmacht van grote (academische) ziekenhuizen, samenwerkingsverbanden als Santeon en bijvoorbeeld Parnassia (20% van het ggz-budget). Wat vindt de Minister hiervan? Moet deze bestaande marktmacht niet ingeperkt worden? Zo verzanden wij toch in zorgorganisaties die gewenste aanpassingen naast zich neerleggen? Dat lijkt de genoemde leden geen goede ontwikkeling. Hoe gaat de Minister met regelgeving zorgen dat instellingen die passende zorg aanbieden meer volume krijgen, omdat daar meer zorg wordt ingekocht? Hoe gaat de Minister met regelgeving zorgen dat verouderde methodes minder of niet meer worden vergoed?

De NZa beschikt op grond van de Wmg over het aanmerkelijk marktmacht (AMM) instrumentarium waarmee de toezichthouder verplichtingen kan opleggen aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders met een economische machtspositie, zonder dat al sprake is van machtsmisbruik. Ik vind het niet wenselijk en gepast mij uit te spreken over specifieke casussen, zoals aangedragen door de CDA-fractie. Bij het inzetten van het AMM-instrumentarium voert de NZa als onafhankelijk toezichthouder immers een zeer uitgebreid en zorgvuldig onderzoek voordat een AMM-positie kan worden vastgesteld. Tegelijkertijd acht ik het wel noodzakelijk dat het AMM-instrumentarium meer doelmatig en doeltreffend kan worden ingezet, omdat het instrumentarium tot op heden slechts zeer beperkt is ingezet. Ik kondig in de brief daarom enkele aanpassingen van het instrumentarium aan. Zoals toegezegd in de brief informeer ik uw Kamer voor het eind van het jaar over de verdere invulling.

De leden van de CDA-fractie vragen daarnaast hoe de Minister met regelgeving gaat zorgen dat instellingen die passende zorg aanbieden meer volume krijgen, omdat daar meer zorg wordt ingekocht. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht die in de wet is verankerd. Zij moeten zorg inkopen voor hun verzekerden, zodat verzekerden zorg krijgen binnen een redelijke tijd en afstand. Zorgverzekeraars hebben een prikkel om passende zorg in te kopen door de concurrentie tussen zorgverzekeraars. Naast het inkopen van passende zorg ondersteunen zij ook zorgaanbieders bij hun opgave om in te zetten op passende zorg. Dat is belangrijk, omdat zorgaanbieders uiteindelijk de passende zorg moeten leveren. Met het IZA hebben de betrokken partijen met elkaar afspraken gemaakt om de inzet op passende zorg te versterken en te versnellen. Als overheid onderschrijven, faciliteren en stimuleren wij deze beweging naar passende zorg. De Nederlandse zorgsector laat immers niet meer toe (o.a. gezien de krapte op de arbeidsmarkt) om geen passende zorg te leveren. Zo is het Zorginstituut Nederland (ZIN) bezig de transformatie naar passende zorg te versnellen via de «passende zorgpraktijken»: het, in dialoog met alle partijen, inzicht krijgen hoe de zorg passend te organiseren, deze praktijken breed kenbaar te maken en te implementeren (evenals het de-implementeren van niet-passende zorg praktijken). Ook zijn afspraken gemaakt over het verbeteren van het contracteerproces. Dit om het gesprek aan de inkooptafel veel meer over de inhoudelijke opgaven te voeren en op deze manier de inzet op passende zorg te versterken.

Tot slot vragen de leden van de CDA-fractie hoe de Minister met regelgeving gaat zorgen dat verouderde methodes minder of niet meer worden vergoed. In het coalitieakkoord²⁰ is afgesproken de toets op het basispakket te verbeteren en te verbreden. In lijn hiermee zijn afspraken gemaakt in het IZA en het Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen

²⁰ Coalitieakkoord (2022). «Omzien naar elkaar en vooruitkijken naar de toekomst» (Bijlage bij Kamerstuk 35 788, nr. 77)

(WOZO). De Minister voor Langdurige Zorg en Sport en ik hebben uw Kamer hierover geïnformeerd in de brief van 2 december 2022²¹ en over de voortgang in de brief van 16 juni 2023²². Het overkoepelende doel hierbij is om vanuit pakketbeheer bij te dragen aan passende curatieve- en langdurige zorg. Dat betekent dat zorg in elk geval effectief moet zijn, en dus meerwaarde moet hebben voor de patiënt of cliënt. De Minister voor Langdurige Zorg en ik zetten hierop in langs de lijnen van (1) de verbetering van de toets door verbetering van de pakketcriteria, (2) de verbreding van de toets waarbij vaker getoetst wordt binnen alle zorgsectoren en (3) het ontwikkelen van kennis en inzicht. Door de inzet hierop vaker te toetsen worden verouderde methodes, die geen meerwaarde (meer) hebben voor de patiënt of cliënt, sneller opgespoord, en kan gezorgd worden dat deze niet langer vergoed worden vanuit het basispakket. De Minister voor Langdurige Zorg en Sport en ik verwachten uw Kamer volgend voorjaar weer een voortgangsbrief te sturen over verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket, inclusief het onderdeel wet- en regelgeving.

De Minister ziet af van het voorstel om het zorg-specifieke markttoezicht over te hevelen van de NZa naar de Autoriteit Consument & Markt (ACM). De leden van de CDA-fractie kunnen zich dat goed voorstellen. Daarom voert de Minister een aantal aanpassingen door om de administratieve lasten van de toets voor fuserende partijen te verlichten en duidelijkheid bevorderen. Genoemde leden lezen dat naast het verminderen van administratieve lasten voor zorgaanbieders de Minister in de wet de mogelijkheid wil creëren om bij lagere regelgeving nadere voorwaarden te stellen aan fuserende partijen op grond van de Zft (kan-bepaling). Kan de Minister dit nader toelichten? Wat bedoelt de Minister hier precies?

Met het stellen van nadere voorwaarden aan fuserende partijen bij lagere regelgeving (kan-bepaling) wil ik de mogelijkheid creëren voor de toezichthouder NZa om onwenselijke fusies op zorginhoudelijke gronden tegen te houden. Daarbij denk ik bijvoorbeeld aan fusies waar bij één van de fuserende partijen de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg ondermaats is en de fusie de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg enkel verslechtert. Daarnaast kan gedacht worden aan fusies die leiden tot een ongewenste toename van marktmacht en negatieve gevolgen hebben op de beschikbaarheid van alternatieven waardoor een zorgverzekeraar niet meer aan zijn zorgplicht zou kunnen voldoen. In het reeds ingetrokken wetsvoorstel tot wijziging van de Wmg (Kamerstuk 34 445) zijn naar aanleiding van suggesties van de ACM, NZa en Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) al een tweetal nadere voorwaarden onderzocht²³. De eerste voorwaarde betreft de mogelijkheid om fusies te verbieden indien één van de zorgaanbieders reeds over AMM beschikt, tenzij hier substantiële voordelen tegenover staan. Wanneer een fusie met een partij met AMM niet goed uitpakt met een faillissement tot gevolg kan de continuïteit van zorg in gevaar komen. Ook kunnen fusies met een partij met AMM mogelijk een prijsopdrijvend effect hebben in onderhandelingen met zorgverzekeraars. De tweede voorwaarde betreft de mogelijkheid om fusies te verbieden indien sprake is van een lopende maatregel van de IGJ tegen een van de fuserende partijen gedurende de looptijd van de maatregel. Deze voorwaarde is bedoeld om fusies waarvan op voorhand al duidelijk is dat de kwaliteit van zorg niet op orde is tegen te gaan. Het op orde hebben van kwaliteit, in de vorm van afwezigheid van een IGJ-maatregel wordt hiermee een vereiste voor een fusie. Ik ben momenteel in gesprek met de NZa en IGJ om deze wijzi-

²¹ Kamerstuk 29 689, nr. 1174

²² Kamerstuk 29 689, nr. 1200

²³ Kamerstuk 36 200 XVI, nr. 191 en Kamerstuk 34 445, nr. 19

gingen nader uit te werken en mogelijk nog andere aanvullende voorwaarden uit te werken. Zoals toegezegd in de brief informeer ik uw Kamer voor het eind van het jaar over de uitkomst van deze gesprekken en de termijn en wijze waarop ik de beoogde aanpassingen wil realiseren.

De toezichthouder is op dit moment relatief beperkt in de manieren waarop een aanmerkelijke marktmacht vastgesteld kan worden. Daarom wil de Minister dat het voor de toezichthouder, de NZa, mogelijk wordt om alternatieve methoden voor marktafbakening, die in de literatuur reeds beschreven zijn, te gebruiken die beter op lokale zorgmarkten toegespitst zijn. Wat bedoelt de Minister hier precies mee?

Bij alternatieve methoden voor marktafbakening bij het vaststellen van een AMM-positie in de zorg denk ik aan methoden als de Logit Competition Index (LOCI) en Willingness to Pay (WTP), zoals ook opgenomen in het reeds ingetrokken wetsvoorstel tot wijziging van de Wmg (Kamerstuk 34 445). In 2019 heeft de NZa in samenwerking met de ACM een aantal internationale en Nederlandse academische experts onderzoek laten uitvoeren naar deze methoden en twee meer traditionele methoden (Elzinga-Hogarty test en marktafbakening op basis van patiëntenstromen). De traditionele methoden richten zich op de aanwezigheid van substituten (bijvoorbeeld andere nabijgelegen ziekenhuizen) bij de beoordeling of sprake is van marktmacht. De nieuwere methoden WTP en LOCI brengen concurrentie in kaart aan de hand van consumentenvoorkeuren op basis van theoretisch-economisch literatuuronderzoek en houden rekening met specifieke kenmerken van de Nederlandse zorgmarkt. Daarnaast is een belangrijk voordeel dat de nieuwere methoden WTP en LOCI geen geografische marktafbakening vereisen. Door in de Wmg het uitgangspunt dat de toezichthouder (lees: NZa) expliciet de markt moet afbakenen volgens de beginselen van het mededingingsrecht te schrappen, wordt het mogelijk deze nieuwe methoden toe te passen bij het vaststellen van een AMM-positie in de zorg. Momenteel ben ik in gesprek met de NZa wat dat zou betekenen voor de uitvoeringspraktijk van de toezichthouder. Daarin worden ook de ervaringen van de ACM met beide nieuwere methoden in sommige marktonderzoeken meegenomen²⁴. Zoals toegezegd in de brief informeer ik uw Kamer voor het eind van het jaar over de uitkomst van deze gesprekken en de termijn en wijze waarop ik de beoogde aanpassingen van de zorgspecifieke fusietoets (Zft) en het AMM-instrumentarium wil realiseren.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA- en GroenLinks-fractie

De leden van de PvdA-en GroenLinks-fractie hebben met veel interesse kennisgenomen van de brief over samenwerking en mededinging in de zorg. Deze leden vinden het erg belangrijk dat samenwerking tussen zorgaanbieders om betere zorg te organiseren mogelijk wordt. Zij vinden het een goede zaak dat kleine zorgaanbieders ook met elkaar kunnen optrekken in hun onderhandelingen met verzekeraars. Het is voor deze fracties nog niet duidelijk of, en zo ja, hoe de Minister dit actief wil stimuleren.

In de brief aan uw Kamer geef ik inderdaad aan dat de mededingingsregels expliciet ruimte bieden voor het gezamenlijk optrekken van kleine zorgaanbieders in hun onderhandelingen met zorgverzekeraars, mits het uitgaat van een zorginhoudelijk doel dat onderschreven wordt door de driehoek van aanbieders, verzekeraar(s) en vertegenwoordigers van patiënten. Om deze informatie ook kenbaar te maken bij kleine zorgaan-

²⁴ Zie bijvoorbeeld Consultatie fusietoezicht in de verpleeghuissector | ACM.nl

bieders communiceert de Autoriteit Consument en Markt (ACM) over de mogelijkheden, bijvoorbeeld op haar website²⁵. Het Ministerie van VWS en de ACM brengen deze mogelijkheden daarnaast actief onder de aandacht bij alle zorgsectoren inclusief partijen zoals de paramedici en verloskundigen. Tot slot heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) intussen de beschreven handreiking in de brief gepubliceerd om partijen te ondersteunen bij de contractering²⁶.

Deze leden zijn benieuwd naar de invulling van de mogelijkheid om bij lagere regelgeving nadere voorwaarden te stellen aan fuserende partijen op grond van de Zft (kan-bepaling). Wanneer vindt de Minister een fusie onwenselijk en daarmee ingrijpen noodzakelijk? Kan de Minister dit illustreren met een voorbeeld? Aan wat voor extra voorwaarden denkt de Minister? Genoemde leden zijn erg kritisch over de rol van commerciële huisartsenketens in de huisartsenzorg. Zou dit een casus zijn waarbij de Minister zou willen optreden? Hoe kijkt de Minister naar andere mogelijkheden om de opmars van commerciële ketens te stoppen? Hoe schat de Minister de uitvoerbaarheid in van de mogelijkheid van een tijdelijk verbod op verdere overnames wanneer de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) onderzoek doet naar een commerciële huisartsenpraktijk? Welke belemmeringen ziet de Minister bij de invoering van zo'n tijdelijk verbod, of zijn die verwaarloosbaar? Hoe kijkt de Minister naar het idee van «patiënthouderschap» waarbij een praktijk alleen mag functioneren als er dokters zijn die verantwoording dragen voor de patiënten? Zou dit technisch uitvoerbaar zijn in de optiek van de Minister? Welke belemmeringen ziet de Minister bij de invoering van zo'n tijdelijk verbod?

Bij onwenselijke fusies denk ik bijvoorbeeld aan fusies waar bij één van de fuserende partijen de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg ondermaats is en de fusie de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg enkel verslechtert. Daarnaast kan gedacht worden aan fusies die leiden tot een ongewenste toename van marktmacht en negatieve gevolgen hebben op de beschikbaarheid van alternatieven waardoor een zorgverzekeraar niet meer aan zijn zorgplicht zou kunnen voldoen. In het reeds ingetrokken wetsvoorstel tot wijziging van de Wmg (Kamerstuk 34 445) zijn naar aanleiding van suggesties van de ACM, NZa en Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) al een tweetal nadere voorwaarden onderzocht²⁷. De eerste voorwaarde betreft de mogelijkheid om fusies te verbieden indien één van de zorgaanbieders reeds over aanmerkelijk marktmacht (AMM) beschikt, tenzij hier substantiële voordelen tegenover staan. Wanneer bijvoorbeeld een fusie met een partij met AMM niet goed uitpakt met een faillissement tot gevolg, kan de continuïteit van zorg in gevaar komen. Ook kunnen fusies met een partij met AMM mogelijk een prijsopdrijvend effect hebben in onderhandelingen met zorgverzekeraars. De tweede voorwaarde betreft de mogelijkheid om fusies te verbieden indien sprake is van een lopende maatregel van de IGJ tegen een van de fuserende partijen gedurende de looptijd van de maatregel. Deze voorwaarde is bedoeld om fusies waarvan op voorhand al duidelijk is dat de kwaliteit van zorg niet op orde is tegen te gaan. Het op orde hebben van kwaliteit, in de vorm van afwezigheid van een IGJ-maatregel wordt hiermee een vereiste voor een fusie. Zoals beschreven in beantwoording van voorgaande vragen ben ik momenteel in gesprek met de NZa en IGJ om deze wijzigingen nader uit te werken en mogelijk nog andere aanvullende voorwaarden uit te werken. Zoals toegezegd in de brief informeer ik uw Kamer voor het eind

²⁵ Samenwerken in de zorgsector | ACM.nl

²⁶ Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

²⁷ Kamerstuk 36 200 XVI, nr. 191 en Kamerstuk 34 445, nr. 19

van het jaar over de uitkomst van deze gesprekken en de termijn en wijze waarop ik de beoogde aanpassingen wil realiseren.

In relatie tot de huisartsenzorg zien we nieuwe vormen van huisartsenzorg ontstaan, onder meer vanwege de toenemende zorgvraag en het beperkte aanbod van zorgmedewerkers. Een van deze relatief nieuwe organisatievormen zijn (commerciële) ketens in de huisartsenzorg. Ik sta in beginsel positief tegenover innovatieve ontwikkelingen die de toegankelijkheid en kwaliteit van de huisartsenzorg verbeteren, maar bij nieuwe ontwikkelingen moeten de kernwaarden van de huisartsenzorg wel geborgd zijn. Als puur commerciële belangen door partijen belangrijker worden geacht dan kwaliteit en toegankelijkheid van zorg ontstaan er risico's. Zoals eerder met uw Kamer besproken laat ik daarom ook, in lijn met de motie van de leden Van den Berg en Dijk²⁸ onderzoek doen naar de opkomst en gevolgen van commerciële aanbieders in de zorg. In lijn met het Integraal Zorgakkoord (IZA) hebben huisartsen(ketens), regionale huisartsenorganisaties en zorgverzekeraars zelf ook een belangrijke rol bij het toekomstbestendig inrichten van de huisartsenzorg in hun regio. Samenwerken en committeren aan de gemaakte (regio-)afspraken is hierbij van cruciaal belang. Daarbij hoort ook dat alle zorgaanbieders, commercieel of niet, zich moeten houden aan de geldende wet- en regelgeving. De toezichthouders (NZa en IGJ) zien daarop toe en handhaven waar nodig. Op dit moment onderzoek ik in aanvulling op bovengenoemde aanpassingen van de zorgspecifieke fusietoets (Zft) en in overleg met de NZa en IGJ de juridische haalbaarheid en uitvoerbaarheid van een tijdelijk fusieverbod voor aanbieders tijdens een lopend onderzoek van de IGJ en/of NZa naar de kwaliteit, toegankelijkheid en rechtmatigheid van de zorg. Hierbij wil ik wel benadrukken dat een dergelijke fusiestop niet alleen voor commerciële huisartsketens zou gelden, maar voor alle zorgaanbieders waar een onderzoek naar loopt en die willen fuseren.

Tot slot vragen de leden van de PvdA- en GroenLinks-fractie hoe de Minister kijkt naar het idee van «patiënthouderschap» waarbij een praktijk alleen mag functioneren als er dokters zijn die verantwoording dragen voor de patiënten. Allereerst wil ik benadrukken dat een vaste arts-patiënt relatie een positief effect heeft op de kwaliteit van zorg en deze continuïteit is dus ook een belangrijke kernwaarde van de huisartsenzorg in Nederland. «Patiënthouderschap», waarbij een huisarts een eigen patiëntenpopulatie «adopteert», is hier een voorbeeld van. Patiënthouderschap en het committeren aan een vaste patiëntenpopulatie kan in verschillende vormen: als praktijkhouder, als vaste waarnemer, of als hid(ha) (huisarts in loondienst). Ik ben momenteel in gesprek met het veld over mogelijke beleidsopties om het werken met een vaste patiëntenpopulatie en het praktijkhouderschap aantrekkelijker te maken. Voor het einde van het jaar zal ik uw Kamer een brief met uitgewerkte beleidsopties sturen. In deze brief zal ik ook beleidsopties om «patiënthouderschap» te stimuleren, meenemen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister. Zij hebben hier nog enkele vragen en opmerkingen over. Deze leden steunen het streven naar meer samenwerking in de zorg, maar zij vragen wel in hoeverre dit kan worden bereikt binnen het huidige zorgstelsel dat concurrentie en marktwerking als uitgangspunt heeft. Er is dus een fundamentele wijziging nodig om samenwerking echt de norm te laten worden. Is de Minister met de leden van de SP-fractie van mening dat het marktmechanisme, met de bestaande concurrentie tussen

²⁸ Kamerstuk 36 360 XVI, nr. 17

zorgverzekeraars en de commerciële en organisatiebelangen van verzekeraars, haaks staat op samenwerking in de zorg en tussen verzekeraars?

In de brief waar deze vragen over gaan beschrijf ik dat meer samenwerking noodzakelijk is om een toekomstbestendig zorgstelsel te organiseren en de belangen van patiënten en verzekerden optimaal te dienen. Ook zorgverzekeraars vervullen daarbij een belangrijke rol. Zij zien in de zorginkoop toe op het organiseren van goede, toegankelijke en betaalbare zorg voor hun verzekerden. Samenwerking en concurrentie zijn daarbij niet altijd tegenstrijdig. Tegelijkertijd merk ik op dat op sommige momenten samenwerking en concurrentie wel schuren waar dat niet de bedoeling is. Daarom zijn in het Integraal Zorgakkoord (IZA) afspraken gemaakt over meer en betere samenwerking. Ook zorgverzekeraars onderschrijven dat op steeds meer onderdelen onderlinge samenwerking nodig is om de zorg toekomstbestendig te maken voor hun verzekerden. Daarbij denk ik bijvoorbeeld aan samenwerking bij de beoordeling van impactvolle transformaties, waarbij het noodzakelijk is dat zorgverzekeraars gelijkgericht handelen. Meer in het algemeen werken zij samen aan het realiseren van de transitie naar passende zorg in iedere regio aan de hand van regio- en ROAZ-plannen.

Genoemde leden lezen dat het volgens de Minister niet de bedoeling is «dat er «blok tegen blok» onderhandelingen plaatsvinden die enkel zijn gericht op commerciële belangen zoals de tarieven», omdat dit niet in het belang van de patiënt/verzekerde zou zijn. Deze leden vragen de Minister hoe kleine zorgaanbieders, zoals paramedici, dan dekkende tarieven moeten afdwingen bij de zorgverzekeraars. Is de Minister dan bereid om deze dekkende tarieven zelf op te leggen? Hoe is bovendien het behalen van dekkende tarieven niet in het belang van de patiënt, als veel paramedici nu stoppen omdat de tarieven vaak niet kostendekkend zijn?

Allereerst wil ik benadrukken dat zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars een belangrijke rol vervullen om continuïteit en toegankelijkheid van het zorgaanbod te borgen. Ook voor paramedische zorg geldt dat het borgen van continuïteit en toegankelijkheid voor de zorgverzekeraar van groot belang is, bijvoorbeeld vanwege de belangrijke rol van paramedische zorg bij het voorkomen van een zwaardere behandeling in de tweede lijn. Zoals beschreven in de brief is reeds een eerste stap gezet om het contracteerproces tussen (kleine) zorgaanbieders en verzekeraars te verbeteren²⁹. Daarnaast bieden de mededingingsregels expliciet ruimte voor het gezamenlijk optrekken van kleine zorgaanbieders in hun onderhandelingen met zorgverzekeraars, mits het uitgaat van een zorginhoudelijk doel dat onderschreven wordt door de driehoek van aanbieders, verzekeraar(s) en (vertegenwoordigers van) patiënten. Om deze informatie ook kenbaar te maken bij kleine zorgaanbieders communiceert de Autoriteit Consument en Markt (ACM) over de mogelijkheden bijvoorbeeld op haar website³⁰. Het Ministerie van VWS en de ACM brengen deze mogelijkheden daarnaast actief onder de aandacht bij alle zorgsectoren inclusief partijen zoals de paramedici en verloskundigen. Ik roep partijen nogmaals op – in het belang van de patiënt en verzekerde – gebruik te maken van deze ruimte. Wanneer blijkt dat bovenstaande stappen onvoldoende werken en blijkt dat de continuïteit van paramedische zorg onder grote druk staat, bijvoorbeeld uit monitoring van de

²⁹ Zie bijvoorbeeld de handreiking van de NZa ter ondersteuning bij de contractering: Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

³⁰ Samenwerken in de zorgsector | ACM.nl

contracteergraad door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), kunnen meer verregaande opties zoals tariefregulering verkend worden.

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben kennisgenomen van de brief en bijgevoegde documenten van de Minister betreffende samenwerking en mededinging in de zorg. Hierover hebben zij nog enkele vragen en opmerkingen. Het is volgens deze leden goed dat het toezicht niet wordt overgeheveld van de NZa naar de ACM. Het is van belang dat er een instantie blijft die specifiek gericht is op het waarborgen van goede en betaalbare zorg in Nederland. Echter, in de brief benadrukt de Minister de noodzaak van een grondige herinrichting van het zorglandschap en het belang van het betrekken van het perspectief van de patiënt bij deze beslissingen. Hierdoor rijst bij deze leden de vraag hoe de Minister denkt over een herinrichting waarbij de zorg in de regio wordt vormgegeven door de professionals zelf, door het geld per regio te verdelen.

Ik deel de mening van de leden van de BBB-fractie dat bij de (her)inrichting van het zorglandschap een belangrijke rol is weggelegd voor de regio. Vanuit het Integraal Zorgakkoord (IZA) zijn ook diverse afspraken gemaakt, die in de regio vormgegeven dienen te worden, zoals het opstellen van ROAZ- en regiobeelden en -plannen en de daarbij behorende transformatiemiddelen. Zorgprofessionals denken daarbij ook actief mee bij het identificeren van de grootste uitdagingen en benodigde transformaties in de regio. Ik ben echter van mening dat niet alleen betrokkenheid van zorgprofessionals van belang is, maar betrokkenheid van alle stakeholders en partijen uit de «zorgdriehoek». Dus bijvoorbeeld ook gemeenten, zorgverzekeraars, wetenschappelijke verenigingen, en in het bijzonder patiënten en burgers. Zorgverzekeraars zien met het beoordelingskader impactvolle transformaties ook expliciet toe op betrokkenheid van alle stakeholders.

Ten slotte verwelkomen genoemde leden de vermelding van regionale samenwerking in de acute zorg, expert- en netwerkgorg voor complexe zorgvragen, en lokale of regionale verdelingskwesties wanneer de toegankelijkheid van zorg wordt bedreigd door een gebrek aan aanbod. Toch maken deze leden zich ernstig zorgen over de constatering in de brief dat het mogelijk kan zijn om in samenwerking tot scherpere keuzes te komen over wie welke zorg waar verleent aan welke patiënten/cliënten. De leden van de BBB-fractie vragen of de Minister inzichtelijk kan maken wat die scherpere keuzes inhouden en welke gevolgen dit kan hebben voor patiënten en cliënten.

De zorg staat voor enorme uitdagingen en transformaties zijn noodzakelijk om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg waar nodig te verbeteren, nu en in de toekomst. Met het IZA is een belangrijke basis gelegd om deze ambitie vorm te geven en samen te werken aan de noodzakelijke transformaties in de zorg. Zorgpartijen hebben de afgelopen maanden een enorme inspanning geleverd met het in kaart brengen van de grootste uitdagingen in de regio aan de hand van regiobeelden. Nu is het aan partijen om verder te werken aan regioplannen en de benodigde transformaties vorm te geven. Dat vereist allereerst dat partijen over hun eigen schaduw stappen, elkaar vertrouwen en meer samenwerken. Daarbij horen ook lastige keuzes. Dat alles vanuit de overtuiging dat iedereen een rol heeft in het zorglandschap, maar niemand overal de beste in is. Dat neemt niet weg dat dergelijke transformaties grote gevolgen hebben. Het is daarom noodzakelijk alle stakeholders actief te betrekken en in kaart te brengen wat de gevolgen van bepaalde keuzes zijn op bijvoorbeeld de kwaliteit, continuïteit, toegankelijkheid van zorg en

aantrekkelijk werkgeverschap in de regio. Ook voor hoogcomplexere zorg is een zorgvuldig proces nodig en zijn in het IZA afspraken gemaakt over het maken van impactanalyses van (her)inrichtingskeuzes op het zorgaanbod in de regio. Daarbij is expliciet aandacht hoe eventuele risico's op het gebied van kwaliteit, continuïteit en toegankelijkheid van zorg, en behoud van zorgmedewerkers kunnen worden ondervangen. In mijn brief over kwaliteit en toegankelijkheid van hoogcomplexere medisch-specialistische zorg licht ik mijn visie nader toe en ga ik meer uitgebreid in op de noodzakelijkheid van transformaties in het medisch-specialistische zorglandschap³¹.

³¹ Zie Kamerbrief Kwaliteit en toegankelijkheid van hoogcomplexere medisch-specialistische zorg die gelijktijdig aan uw Kamer is verzonden