

Vergaderjaar 2011–2012

**33 253**

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

**Nr. 5**

**VERSLAG**

Vastgesteld 13 juli 2012

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, belast met het voorbereidend onderzoek van voorliggend wetsvoorstel, heeft de eer als volgt verslag uit te brengen van haar bevindingen.

Onder het voorbehoud dat de in het verslag opgenomen vragen en opmerkingen afdoende door de regering worden beantwoord acht de commissie de openbare behandeling van het wetsvoorstel voldoende voorbereid.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Smeets

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

Inhoudsopgave	blz.
Inleiding	2
Tijdige signalering van risico's voor de continuïteit van zorg	5
Aanscherping concentratietoetsing in de zorgsector	7
Bevoegdheid om maatregelen op te leggen ten aanzien van de organisatiestructuur van zorgorganisaties	9

## Inleiding

De leden van de **VVD-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van het voorliggende wetsvoorstel. Zij hebben nog een aantal vragen en opmerkingen bij dit wetsvoorstel.

De leden van de **PvdA-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van de voorgenomen wetswijziging. Het valt hen op dat de voorgestelde wetgeving dient om nadelige effecten van marktwerking in de zorg op te vangen. Deze leden zijn nooit voor het invoeren van marktwerking in de gezondheidszorg geweest. In plaats van het dempen van de vele nadelige uitwassen van deze marktwerking stellen deze leden voor de zorg op een andere manier in te richten. Voor hen staat daarbij voorop dat niet langer marktwerking en concurrentie de inrichting van de zorg bepalen. Zorginstellingen moeten in samenwerking met burgers en werkenden in de zorg een optimaal aanbod van de zorgvoorzieningen per regio uitwerken, waarbij de overheid uiteindelijk de beslissing neemt. Zij stellen voor om voor elke regio – op basis van de zorgbehoefte – een optimale indeling en spreiding te maken voor onder andere het aantal eerstelijnsorganisaties als gezondheidscentra en huisartsen(posten), algemene ziekenhuizen, spoedeisende eerste hulpdiensten en de diensten van de openbare gezondheidszorg, en hier per regio een budget voor vast te stellen. Zij hopen dat een nieuwe regering het zorglandschap langs deze lijnen zal herinrichten, te meer daar voor deze organisatie draagvlak bestaat in het veld.

De leden van de PvdA-fractie vragen met betrekking tot de achtergrond van het wetsvoorstel in hoeverre de regering tevreden is met de ontwikkelingen in het zorglandschap sinds de invoering van marktwerking. Zij stellen vast dat de veronderstelde concurrentie tussen verzekeraars één van de pijlers is onder het huidige stelsel, en stellen tevens vast dat van concurrentie tussen zorgverzekeraars onderling op dit moment niet of nauwelijks sprake is, aangezien verzekeraars in veel regio's praktisch een monopoliepositie hebben. Deze leden vragen of deze wetswijziging hier verandering in gaat brengen. Zo ja, hoe? Zo nee, legt de regering zich bij deze situatie neer? Kan gereageerd worden op de constatering dat aan een van de voorwaarden voor een stelsel gebaseerd op marktwerking als sturing niet is voldaan. Welke consequenties worden hieraan verbonden? Met betrekking tot de risico's die de regering in de Memorie van Toelichting (MvT) schetst vragen deze in hoeverre de regering van mening is dat deze inherent zijn aan de keuze voor een systeem van marktwerking. Bijvoorbeeld, wanneer de regering stelt dat een risico is dat «de infrastructuur in de zorg kwetsbaarheden begint te vertonen door schaalvergroting» en dat «te weinig aanbieders in een regio overblijven», wijzen deze leden er op dat deze ontwikkeling is ingezet en versneld door de invoering van marktwerking. Ook het veronderstelde risico van «het streven naar financieel gewin op korte termijn met als gevolg instabiele zorgaanbieders of zorgaanbieders met onvoldoende aandacht voor kwaliteit van zorg» is volgens deze leden inherent aan het systeem. Immers, de belangrijkste prikkel van een marktpartij die een product levert is het genereren van zoveel mogelijk omzet, liefst in een zo kort mogelijk tijdsbestek. Deelt de regering de visie van deze leden dat, nu de regering

dit gegeven kennelijk ongewenst acht, niet een verandering binnen het systeem van marktwerking noodzakelijk is maar een verandering naar een systeem waar deze prikkels anders liggen? Deze leden vragen in licht van het bovenstaande tevens waarom de regering dan toch een speerpunt heeft gemaakt van het mogelijk maken van winstuitkering in de zorg. Welk publiek belang is hiermee volgens de regering gediend? Is het niet makkelijker om dit risico in te dammen wanneer winstuitkering niet wordt toegestaan? Bovendien vragen zij of op dit moment ook al, zij het indirect, winst bij de ziekenhuizen wordt uitgekeerd. Zij verwijzen daarbij naar een artikel in de NRC van zaterdag 7 juli jl., en horen graag van de minister in hoeverre zij dit een gewenste dan wel ongewenste ontwikkeling acht. Graag ontvangen zij een toelichting bij het standpunt van de minister. Met betrekking tot de concentratietoets vragen deze leden waarom is gekozen voor het criterium is dat deze toetsing zal plaatsvinden indien een zorgaanbieder zorg verleent aan 50 personen. Waarop is dit aantal gebaseerd?

De leden van de PvdA-fractie zijn geen voorstander van de inzet van de regering ten aanzien van maatregelen rondom het mogelijke faillissement van zorgaanbieders. Deze leden zien mogelijk faillissementen van zorgaanbieders als een onwenselijke uitwas van het gekozen systeem. Deze leden zijn van mening dat zorgaanbieders geen gewone ondernemers zijn, aangezien zij het algemeen belang dienen op een cruciaal onderdeel van onze samenleving. Deze leden zijn van mening dat de houding van deze regering, dat zorgaanbieders zich «ervan bewust moeten zijn dat zij daadwerkelijk failliet kunnen gaan indien zij slecht presteren», en dat de «de regering niet langer een rol voor de overheid in het voorkomen van faillissementen van zorgaanbieders ziet» dan ook onbegrijpelijk. Naar de mening van deze leden dient de overheid te allen tijde aanspreekbaar te zijn op het aanbod en de kwaliteit van goede gezondheidszorg, ook al is sprake van private ondernemingen. Zij zijn daarbij van oordeel dat het hier gaat om premie- en belastingsgelden die verplicht door de burger worden betaald.

De leden van de PvdA-fractie vragen zich met betrekking tot de concentratietoets af in hoeverre de bezwaren van cliënten en personeel voldoende zwaarwegend zijn verankerd. De regering stelt dat de inbreng van cliënten en personeel zorgvuldig dienen te worden afgewogen, maar dat een negatief advies van hen niet hoeft te worden opgevolgd, aangezien sprake is van medezeggenschap en niet van zeggenschap. Zij vragen in hoeverre de regering zich bewust is van de grote weerstand en de grote negatieve gevolgen die zowel patiënten als werknemers ervaren van de voortdurende schaalvergroting in de zorg. Zij vragen voorts in hoeverre het «op een zorgvuldige manier betrekken» van patiënten en cliënten door zorgaanbieders voldoende recht doet aan hun positie. De regering wijst er immers ook zelf op dat zij degene is die de behoeften in het primaire proces kent. Zij vragen of de regering het met hen eens is dat patiënten en cliënten de afgelopen jaren onvoldoende zijn betrokken bij processen van schaalvergroting. Tevens vragen deze leden waarom er niet voor is gekozen om cliënten, dan wel het personeel, instemmingsrecht te geven. De leden van de PvdA-fractie vragen wat er gebeurt indien na een concentratie tussen zorgaanbieders blijkt dat de verwachte doelstellingen, zoals geformuleerd in de concentratie- effectrapportage, niet worden gehaald. Klopt de constatering van deze leden dat instrumenten om een concentratie, waarbij de beoogde doelstellingen niet worden gehaald, in het huidige voorstel ontbreken? Zo nee, welke instrumenten zijn er dan? Zo ja, waarom is hier niet voor gekozen?

De leden van de **CDA-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van het wetsvoorstel. De afgelopen jaren hebben voldoende cases laten zien waarbij node een vroegtijdige signalering van problemen werd gemist. Niet alleen omdat de continuïteit van (acute) zorg in gevaar was,

en de overheid een substantiële financiële bijdrage moest leveren om de continuïteit te borgen, maar ook omdat een dergelijke financiële bijdrage de verhoudingen naar andere zorgaanbieders, die wel hun zaakjes op orde hadden, onder druk zette.

Met het voorstel tot een concentratietoetsing wordt gevolg gegeven aan een jarenlang pleidooi van de CDA-fractie om bij fusies van zorginstellingen specifieke aandacht te geven aan de gevolgen hiervan voor de kwaliteit van zorg voor de individuele zorgvrager. Bij grootschalige concentraties bleek dit nog wel eens op gespannen voet te staan met de geleverde kwaliteit.

De bevoegdheid om maatregelen op te leggen ten aanzien van de organisatiestructuur grijpt diep in bij privaatrechtelijke organisaties. Dat vereist uiterste zorgvuldigheid en eenduidige uitleg van de omschreven bevoegdheid.

De leden van de CDA-fractie hebben bij het wetsvoorstel een aantal vragen en opmerkingen.

De leden van de **SP-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van het wetsvoorstel dat ten doel heeft een vroegtijdige signalering van risico's voor de zorg, een aanscherping van de fusietoetsing en de bevoegdheid om in het uiterste geval in te grijpen in de structuur van een zorgaanbieder. Deze leden reageren met instemming op de analyse van de regering over de risico's van een zorgstelsel op basis van gereguleerde marktwerking. Voor genoemde leden vormen deze risico's aanleiding om marktwerking in de zorg helemaal af te wijzen. De in het wetsvoorstel beoogde maatregelen worden door deze leden beschouwd als een stap in de goede richting die hopelijk tot het gewenste resultaat zal leiden. De leden van de SP-fractie vragen de regering uiteen te zetten wat de consequentie ten aanzien van marktwerking in de zorg zou moeten zijn indien de in het wetsvoorstel genoemde maatregelen de aan het stelsel inherente risico's onvoldoende weg blijken te nemen.

De leden van de SP-fractie vragen de regering of is overwogen om vooraf eisen te stellen aan de wijze waarop een zorgaanbieder is georganiseerd. Deze leden denken hierbij bijvoorbeeld aan een minimum voor personeelsbezetting, een maximum aan flexibele krachten of een maximale grootte van een zorgaanbieder.

De leden van de **D66-fractie** hebben met interesse kennisgenomen van het voorliggende wetsvoorstel. Zij kunnen zich goed vinden in de strekking dat continuïteit van zorg bij wet gewaarborgd moet worden. Wel hebben zij enkele vragen, die zij graag aan de regering willen voorleggen.

De leden van de **ChristenUnie-fractie** hebben kennis genomen van het voorliggende gewijzigd wetsvoorstel. Zij hebben de volgende opmerkingen en vragen.

Deze leden vragen hoe door middel van dit wetsvoorstel incidenten, schaalvergroting met negatieve gevolgen, zoals die zich in het verleden hebben voorgedaan voorkomen kunnen worden. Zij vragen voorts een reactie op de stelling van de «BOZ» dat de opsplitsingsbevoegdheid van de IGZ in de praktijk niet uitvoerbaar is.

De leden van de ChristenUnie-fractie lezen in de MvT dat, als het gaat om het waarborgen van publieke belangen, de overheid een bijzondere verantwoordelijkheid heeft. Deze leden vragen de regering te verduidelijken hoe zij een afweging maakt wanneer er sprake is van conflicterende publieke belangen. Kan er helderheid worden geboden over de onderlinge verhouding tussen de verschillende publieke belangen en kan er worden aangegeven aan welk publiek belang bij onderlinge strijdigheid voorrang gegeven wordt?

## Tijdige signalering van risico's voor de continuïteit van zorg

De leden van de **VVD-fractie** spreken steun uit voor de stellingname van de minister dat de overheid geen rol heeft in het voorkomen van faillissementen van zorgaanbieders. Zorgaanbieders dragen hier zelf een verantwoordelijkheid, die wordt ondermijnd indien deze aanbieders er vanuit kunnen gaan dat de overheid in geval van problemen altijd inspringt. Deze leden zijn van mening dat met deze koers het belang van de patiënt centraal gesteld wordt, in plaats van het belang van de instelling.

De continuïteit van zorg voor patiënten is van groot belang. Met voorliggend wetsvoorstel creëert de minister de mogelijkheid voor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om zorgaanbieders en zorgverzekeraars te verplichten afspraken te maken met het oog op de tijdige signalering van continuïteitsrisico's. Is het maken van dergelijke afspraken een garantie voor het voorkomen van continuïteitsrisico's? Zo ja, hoe? Zo nee, welke verantwoordelijkheidsverdeling geldt er, indien continuïteitsrisico's ontstaan ondanks het bestaan/het houden aan de bestaande afspraken door beide partijen? Welk belang hebben zorgaanbieders om mee te werken aan het maken van dergelijke afspraken en aan het daadwerkelijk voldoen aan de afspraak om op tijd aan te geven dat er een mogelijk risico is t.a.v. de continuïteit, aangezien dit laatste mogelijk het risico op een faillissement vergroot?

Als de overheid goede redenen heeft om verzekeraars en zorgaanbieders afspraken te laten maken over vroegtijdige signalering, waarom heeft de overheid c.q. de NZa dan geen duidelijke criteria hiervoor opgesteld? De verzekeraar krijgt de plicht om problemen ten aanzien van de continuïteit van cruciale zorg bij de NZa te melden. Wanneer is exact sprake van een risico voor de continuïteit van cruciale zorg: op het moment dat een zorgaanbieder toekomstige zorg niet meer kan leveren en de verzekeraar op zoek is naar alternatieven, of het moment waarop de zorgaanbieder niet meer kan leveren en de verzekeraar geen alternatieven heeft.

In het uiterste geval zorgt de overheid dat voor cruciale zorg het zorgaanbod alsnog tot stand komt door het oprichten van een tijdelijke vangnetstichting. Dit is in het belang van de patiënt, maar dit helpt ook de zorgverzekeraar voldoen aan zijn zorgplicht. Wat zijn de consequenties voor de zorgverzekeraar die zich in een dergelijke positie gemanoeuvreerd heeft: betaalt deze mee aan de extra kosten die ontstaan, krijgt deze sancties opgelegd, worden de overige plannen voor het waarborgen van de continuïteit van cruciale zorg tegen het licht gehouden, etc? In meer algemene zin vragen de leden van de VVD-fractie de minister in te gaan op het behoud van de juiste prikkels voor zorgverzekeraars om de volle verantwoordelijkheid te nemen voor de continuïteit van zorg voor hun cliënten.

De leden van de VVD-fractie vragen of met de voorgestelde meldings- en signaleringsregeling de overheid niet teveel verantwoordelijkheden overneemt van zorgverzekeraars. Zullen verzekeraars met dit voorstel niet sneller naar de overheid toestappen met problemen in plaats van ze zelf op te lossen? De kans bestaat dat zorgverzekeraars zeggen «ik heb me netjes aan de regels gehouden t.a.v. het verplicht opnemen van voorwaarden in de overeenkomsten. Mij treft geen blaam», in plaats van zelf nadenken hoe problemen te voorkomen en op te lossen zijn. Zijn er andere manieren om ervoor te zorgen dat zorgverzekeraar hun zorgplicht ten aanzien van cruciale zorg zo lang mogelijk kunnen vervullen en geen beroep op overmacht hoeven te doen?

De primaire verantwoordelijkheid voor de continuïteit van zorg, ook voor cruciale zorg, ligt bij zorgaanbieders en de zorgverzekeraars of zorgkantoren, zo constateren de leden van de **CDA-fractie**. Deze constatering

laat onverlet dat er zich situaties voordoen dat de continuïteit van zorg in gevaar komt.

Terecht stelt de MvT dat zorgverzekeraars op grond van hun zorgplicht belang hebben bij het waarborgen van de continuïteit van zorg. Hoever deze zorgplicht reikt is diverse malen onderwerp van discussie geweest; o.a. bij het dreigende faillissement van de IJsselmeerziekenhuizen. Hierin schept het wetsvoorstel nu duidelijkheid, door een meldplicht op te leggen aan de verzekeraar als hij niet in staat is te voldoen aan zijn zorgplicht met betrekking tot de cruciale zorg. Hij doet de melding op het moment dat hij door onvoorziene omstandigheden niet in staat is de cruciale zorg te (laten) leveren. Op welk moment moet hij die meldplicht nakomen? Het gaat toch om tijdige signalering van risico's. Is het moment dat hij niet meer aan de zorgplicht kan voldoen dan niet te laat, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

De zorgautoriteit krijgt de bevoegdheid regels te stellen ten aanzien van de voorwaarden in de zorginkoopovereenkomsten met het oog op risico's voor de continuïteit van cruciale zorg. Kan de minister toelichten welke voorwaarden zij hiermee voor ogen heeft?

De zorgverzekeraar moet tijdig op de hoogte zijn van continuïteitsproblemen bij een zorgaanbieder. De MvT geeft hierbij het voorbeeld van nieuwbouwplannen. Hoe kan in de praktijk worden voorkomen dat de zorgverzekeraar op de stoel van de zorgaanbieder gaat zitten? Enkele jaren geleden verbood de zorgverzekeraar de nieuwbouw van operatiekamers in een streekziekenhuis. Kan dat, en zo ja, op grond van welke bevoegdheid? Welke verplichtingen hebben de zorgaanbieders om tijdig een signaal af te geven, en aan wie?

De aandacht is in het wetsvoorstel vooral gericht op de zorgverzekeraar en minder op de zorgaanbieder. De leden van de CDA-fractie vragen de minister in te gaan op de rechten en plichten van zowel zorgaanbieder als zorgverzekeraar in dezen en dan ook waarin de tijdigheid van de signalen tot uiting komt.

De regering meent dat met de inwerkingtreding van het voorliggende wetsvoorstel de noodzaak vervalt om in te grijpen bij een faillissement van een zorgaanbieder. De leden van de **SP-fractie** vinden dit een wonderlijk standpunt aangezien zorgaanbieders geheel of grotendeels met publiek geld zijn gefinancierd. Het failliet laten gaan van een zorgaanbieder in de verwachting dat de zorg wel door een ander wordt overgenomen wordt door de leden van de SP-fractie gekwalificeerd als kapitaalvernietiging. De regering beschouwt hulp bij een dreigend faillissement als steun aan een zwakke aanbieder. De leden van de SP-fractie menen dat het doel niet moet zijn het in stand houden van een zwakte, maar het verbeteren van de situatie zodat de continuïteit van de door de betreffende instelling geboden zorg behouden blijft. De regering meent dat de angst van zorgaanbieders voor faillissement de prestaties zal bevorderen. Genoemde leden daarentegen, zijn van mening dat de angst voor faillissement juist kan leiden tot een ongezond accent op de financiën waardoor de zorg verschaalt of de werkdruk voor het personeel onaanvaardbaar hoog wordt. Zij vragen de regering om een reactie op bovenstaande afwegingen.

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

De regering noemt, naast AWBZ-zorg, de ambulancezorg, spoedeisende hulp, acute verloskunde en crisisopvang GGZ als zorgvormen waar met behulp van een vangnetstichting van overheidswege de continuïteit kan



worden gegarandeerd. De leden van de SP-fractie vragen de regering voor welke overige vormen van zorg deze optie is overwogen en op grond waarvan uiteindelijk niet is gekozen voor de mogelijkheid van een vangnet. Genoemde leden kunnen zich voorstellen dat dit ook een optie zou kunnen zijn indien een zorgverlener, gespecialiseerd in een zeldzame aandoening, zou wegvallen en er geen aanvaardbaar alternatief resteert.

### **Aanscherping concentratietoetsing in de zorgsector**

De leden van de **VVD-fractie** vragen of het beeld juist is dat de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) strenger toetst op samenwerking tussen zorgaanbieders dan op de concentratie van zorgaanbieders. Als dit beeld juist is, ligt het dan, om fusies tegen te gaan, niet voor de hand samenwerking tussen zorgaanbieders minder streng te toetsen dan een concentratie?

Voorliggend wetsvoorstel bevat voorstellen om de concentratietoetsing in de zorgsector aan te scherpen. Zo moet voorafgaande goedkeuring van de NZa worden verkregen voor een voorgenomen concentratie. Kan toegelicht worden waarom de zorgsector de enige sector moet zijn met een specifieke fusietoets?

Zorgaanbieders die willen concentreren zullen te maken krijgen met extra administratieve lasten en verlenging van doorlooptijden. Weegt dit op tegen de opmerking in de nota naar aanleiding van het verslag bij de Wet cliëntenrechten zorg (32 401, blz. 20), waarin staat dat er geen systematisch verband is tussen de omvang van de zorgorganisatie en de kwaliteit van geleverde zorg?

De aanscherping van de concentratietoetsing is van toepassing wanneer tenminste één zorgaanbieder betrokken is die minimaal 50 personeelsleden heeft. Waarom is deze grens van 50 personeelsleden gekozen?

Worden nu niet nodeloos kleine zorginstellingen onderworpen aan de toets, terwijl die niets van doen hebben met de problematiek van megafusies?

De leden van de VVD-fractie kunnen zich voorstellen dat betrokkenheid van cliënten en personeel bij concentratie of een gebrek aan betrokkenheid gevolgen kan hebben voor de kwaliteit. Maar waarom moet die betrokkenheid bij wet worden voorgeschreven en geregeld?

Is de vraag of en zo ja hoe de betrokkenheid van het personeel en cliënten wordt georganiseerd niet een zaak van de leiding en/of eigenaar van de zorginstelling? Waarom moet de overheid zich hiermee bemoeien? Wat is de toegevoegde waarde van dit deel van het wetsvoorstel ten opzichte van reeds bestaande wetgeving op dit terrein? Als de kwaliteit van de zorg inderdaad achterblijft door gebrek aan betrokkenheid van cliënten en personeel dan zullen patiënten en cliënten weglopen en zorgverzekeraars de betrokken zorgaanbieder niet meer contracteren. Dan is het einde oefening voor de betreffende zorgaanbieder.

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

Volgens de regering kan een zorgaanbieder in de concentratie-effectrapportage ingaan op kwaliteit. Maar welke criteria hanteert de toezichthouder dan om te beoordelen of de kwaliteit achteruit gaat, gelijk blijft of stijgt? Zijn er criteria waarmee kwaliteitsverlagende effecten van concentratie vooraf kunnen worden vastgesteld?

Is het niet zo dat door de afwezigheid van eenduidige en objectieve criteria t.a.v. kwaliteit fusies juist sneller worden goedgekeurd omdat een fusie ertoe leidt dat makkelijker en eerder volumecriteria worden gehaald? Waarom vinden de toetsen die gelden voor fusies – de zorgspecifieke toets door de NZa en de mededingingstoets door de NMa – na elkaar

plaats en niet integraal? Door integrale toetsing kunnen de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid tegelijk en tegen elkaar worden afgewogen.

De leden van de **CDA-fractie** zien met genoegen dat de verschillende aspecten bij concentratie van zorginstellingen in het wetsvoorstel geregeld wordt. Zo is inderdaad de zorgvuldigheid waarmee het concentratieproces wordt doorlopen en de manier waarop cliënten en medewerkers erbij betrokken worden erg belangrijk. En daarmee onderdeel van de toetsing. Hetzelfde geldt voor het verwachte effect van de concentratie en voor de beschikbaarheid van cruciale zorg als gevolg van mogelijke concentratie.

De AWBZ-zorg is ook onderdeel van de zorgspecifieke concentratietoets, hoewel heier niet specifieke normen gelden. Voor de AWBZ geldt de sociale context, zo stelt de MvT. De zorgautoriteit dient de sociale context bij een concentratie waarbij een aanbieder van AWBZ-zorg is betrokken mee te nemen in haar oordeel over de concentratie. Hoe dan, volgende welke criteria? Wanneer is dan volgens de zorgautoriteit voldoende tegemoet gekomen aan de sociale context?

De NZa zal beoordelen of cliënten en personeel voldoende zijn betrokken bij de fusie, en beoordeelt o.a. of de continuïteit van zorg als gevolg van de fusie in gevaar komt. Beoordeelt de NZa niet of de kwaliteit van zorg benadeeld wordt ten gevolge van de fusie? De regering geeft aan dat er geen toetsbare criteria zijn om vooraf de gevolgen voor kwaliteit van zorg te meten. Waarom niet? De IGZ moet ook zijn instemming geven, en daarbij zou de kwaliteit van zorg in meegenomen kunnen worden. Graag een reactie. De NZa heeft bij de voorgenomen fusie van de Zorggroep Noordwest-Veluwe en Het Baken gewezen op de gevolgen van de fusie op de kwaliteit van zorg, na een advies van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Daar kon dus wel degelijk vooraf een oordeel over de invloed van de fusie op de kwaliteit van zorg gegeven worden.

De IGZ zal bij voorgenomen concentratie de betrokken zorgaanbieders intensiever volgen voor, tijdens en na het concentratieproces. Welke bevoegdheden heeft het IGZ hiervoor, en op welk moment wordt de IGZ op de hoogte gebracht van mogelijke concentratieplannen?

Het wetsvoorstel voorziet in de mogelijkheid dat de minister nadere regels stelt met betrekking tot de inhoud van deze rapportage. Op welk moment doet de minister dit?

De leden van de CDA-fractie zijn tevreden met de duidelijke afbakening van de bevoegdheden tussen de NZa en de NMa aangaande concentratie van zorgaanbieders. De zorgautoriteit werkt nauw samen met de IGZ, zo stelt de MvT. Wat houdt deze nauwe samenwerking in? Is instemming van de IGZ vereist voor een positief oordeel van de NZa over de concentratie-effectrapportage?

De leden van de **D66-fractie** geven aan voorstander te zijn van een doelgerichte concentratie van zorg. Fusies tussen zorgaanbieders zijn derhalve geen kwalijke kwestie, mits dat de kwaliteit ten goede komt. Om dat laatste na te gaan wordt een concentratietoets in het leven geroepen. Dat levert een spanningsverhouding op tussen enerzijds de wenselijkheid van concentratie en deze toets, die daar een drempel voor zou kunnen zijn. Deze leden vernemen graag van de regering hoe zij tegen deze verhouding aankijkt, en in welke mate dit een belemmering kan vormen op het doorvoeren van fusies die eventueel geen verandering in kwaliteit van zorg met zich meebrengen, maar wel de doelmatigheid verhogen. Voorts merken de leden op dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg toezicht gaat houden op de concentratie. Zij vragen of het daarbij aanbevelenswaard is de concentratietoets te koppelen aan gegevens over de kwaliteit van voor en na de concentratie? Op die manier kan inzichtelijk worden gemaakt wat het effect is van de concentratie.



De leden van de **ChristenUnie-fractie** lezen in de MvT dat het niet goed mogelijk is op voorhand uitspraken te doen over de relatie tussen enerzijds schaalvergroting in de zorg en anderzijds de kwaliteit en bereikbaarheid van zorg. Deze leden wensen op dit punt verduidelijking. Als deze relatie immers niet goed te leggen is, waartoe dient dan de voorliggende wetswijziging?

### **Bevoegdheid om maatregelen op te leggen ten aanzien van de organisatiestructuur van zorgorganisaties**

De leden van de **VVD-fractie** verzoeken de regering een reactie te geven op het volgende.

Kan de regering een overzicht geven van de maatregelen (in volgorde van zwaarte) die genomen kunnen worden alvorens er een ingreep plaatsvindt in de structuur van de organisatie?

Als zorg onder de maat is dan kan de minister als ultimum remedium ingrijpen in de vorm van structurele maatregelen. Als een zorginstelling kwaliteit levert die onder de maat is, dan is het ultimum remedium toch dat de IGZ de instelling sluit?

Waarom zou de minister willen ingrijpen in de organisatiestructuur? Als de IGZ een instelling sluit heeft die instelling er zelf ontzettend veel belang bij de kwaliteit weer op orde te krijgen. Hoe, dat is aan de instelling zelf. Als de kwaliteit maar op orde is. Extra voordeel is dat de minister niet hoeft in te grijpen in de eigendomssituatie met alle juridische haken en ogen van dien. Ook hoeft er geen compensatie te worden betaald door de overheid.

Ingrijpen in de organisatiestructuur is alleen toegestaan indien een gereede kans bestaat op voortduring dan wel herhaling van de situatie, die voortvloeit uit de structuur zelf van de zorgaanbieder. Hoe is in de praktijk solide te onderbouwen dat er kans bestaat op voortduring/ herhaling van de situatie? Hoe is in de praktijk solide te onderbouwen dat dit risico puur en alleen voortvloeit uit de structuur zelf van de zorgaanbieder?

Het uitoefenen van een bevoegdheid om een organisatie op te leggen om de organisatiestructuur te wijzigen is zeer ingrijpend. Het mag naar het oordeel van de leden van de **CDA-fractie** als ultimum remedium gelden. Met die insteek hebben genoemde leden het voorstel bekeken. De eerste vraag is dan ook: is er ook sprake van een «laatste waarschuwing» op grond waarvan de organisatie zelf verbeteringen kan aanbrengen? Hoe ziet het proces eruit, nadat de IGZ het initiatief genomen heeft. Zijn er verbetermomenten? Juist vanwege de ingrijpende maatregel is een zorgvuldig proces belangrijk. Naar de mening van de CDA leden kan alleen gesproken worden van proportionaliteit, wanneer de zorgaanbieder kans heeft gehad om verbeteringen aan te brengen. Graag een reactie. Wanneer is «aantoonbaar» dat de grootschalige organisatie de reden is dat de kwaliteit van de zorgverlening door de ondergrens zakt. Kan de minister dat nader toelichten met voorbeelden?

De IGZ adviseert over een mogelijke ontvlechting, nadat de zorgautoriteit heeft gerapporteerd over de effecten van de aanwijzing voor de zorgaanbieder. De minister beslist. Kan de minister van het advies afwijken? De leden van de CDA-fractie zijn van mening dat de mate waarin de IGZ de betrokken aanbieder in staat heeft gesteld tot verbetering te komen moet worden meegewogen in het uiteindelijke besluit van de minister. Graag ontvangen zij een reactie van de regering.

De gevolgen van een mogelijke ontvlechting, afstoten van een bepaalde vorm van zorgverlening of anderszins, zijn enorm voor een organisatie. Kunnen die gevolgen goed in kaart worden gebracht? Wie is verantwoordelijk voor de gevolgen als blijkt dat de gesplitste delen niet levensvatbaar zijn?

Staat deze bevoegdheid niet op gespannen voet met het uitgangspunt dat de Raad van Bestuur van een zorginstelling de eindverantwoordelijkheid heeft voor de resultaten van de onderneming, wanneer deze Raad wordt gedwongen een andere organisatiestructuur te kiezen? In de periode waarin de ontvlechting plaatsvindt, moeten ook financiële en andere besluiten worden genomen. Wie is daarvoor verantwoordelijk? Hoe kan worden voorkomen dat in de uiterst onzekere periode van ontvlechting of afstoten van onderdelen van zorg, een goede zorgverlening gewaarborgd is?

De leden van de **SP-fractie** zijn het eens met de mogelijkheid om in te grijpen in de organisatiestructuur van een zorgaanbieder, indien andere opties voor verbetering van slechte zorg ontoereikend zijn. Deze leden zijn wel benieuwd waarom, in afwijking van het oorspronkelijke voornemen om de IGZ deze bevoegdheid te geven, ervoor is gekozen deze aan de minister toe te kennen.

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

### **Verhouding met Europees Recht**

De MvT stelt dat er voldoende waarborgen zijn voor de vereiste rechtszekerheid in het kader van het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens (EVRM). Hetzelfde geldt volgens de MvT voor de inmenging in het eigendomsrecht. Heeft de regering ook overwogen om dit onderdeel van het wetsvoorstel voor te leggen aan de Europese Commissie, zo vragen de leden van de **CDA-fractie**.