

Vergaderjaar 2015–2016

32 012

Governance in de zorgsector

Nr. 34

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 16 november 2015

Op 2 november jl. heeft de Ondernemingskamer uitspraak gedaan over de vraag of sprake was van wanbeleid bij Meavita. Tijdens de regeling van werkzaamheden van 3 november jl. hebben verschillende Kamerfracties mij gevraagd om een brief over deze uitspraak (Handelingen II 2015/16, nr. 19, Regeling van Werkzaamheden). Deze brief gaat achtereenvolgens in op de uitspraak zelf, de lessen die we uit deze casus kunnen trekken, de wijziging in relevante wet- en regelgeving sinds de Meavita casus, de maatregelen die de sector zelf al heeft genomen en tot slot onze huidige agenda goed bestuur.

Uitspraak Ondernemingskamer

De Ondernemingskamer heeft vastgesteld dat binnen Meavita sprake was van wanbeleid. De Ondernemingskamer stelt dat (de leden van) de raden van bestuur en de toezichthoudende organen van Meavitagroep, Stichting Thuiszorg Groningen (S&TZG) en Meavita Nederland hiervoor verantwoordelijk zijn. Het vastgestelde wanbeleid had met name betrekking op de fusie tussen de Meavitagroep en S&TZG en de beslissing om te investeren in een vorm van beeldcommunicatie (TV-foon). De Ondernemingskamer concludeert onder meer dat:

- De fusie tussen Meavitagroep en S&TZG onvoldoende doordacht en uitgewerkt was.
- De voorzitter van de Raad van Commissarissen (RvC) en een ander lid van de RvC hun medecommissarissen belangrijke interne en externe signalen over het functioneren van de voorzitter van de Raad van Bestuur hadden onthouden.
- De zittende RvC de per 1 oktober 2007 aangetreden nieuwe leden van de RvC ten onrechte niet volledig over de bestaande problemen hadden geïnformeerd.
- Meavita voor onderdelen van de besluitvorming over de TV-foon ten onrechte niet (tijdig) het advies heeft gevraagd aan haar centrale ondernemingsraad en haar centrale cliëntenraad.

- De RvC ten onrechte het overtreden van de «Wet op de ondernemingsraden» en de «Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen» onbesproken had gelaten. Daardoor is de vraag of aan het overtreden van die regels consequenties moesten worden verbonden onbesproken gebleven.

De uitspraak van de Ondernemingskamer onderstreept het belang van goed bestuur en een kritische interne toezichthouder. De casus Meavita laat zien dat het niet goed functioneren van het bestuur en het interne toezicht verstrekken gevolgen kan hebben. Daarnaast is ook het belang van het tijdig en goed betrekken van de stakeholders van een instelling aangetoond.

Lessen uit de casus Meavita

Uw Kamer heeft mij gevraagd om in te gaan op de lessen die we leren uit de casus Meavita. Van belang om hierbij te vermelden is dat het faillissement van Meavita werd gevolgd door vergelijkbare casuïstiek in andere sectoren. Op het terrein van Onderwijs (Amarantis en ROC Leiden) en Wonen (Vestia en Rochdale) zijn instellingen in de problemen gekomen door onbehoorlijk bestuur. Dat heeft geleid tot een reeks onderzoeksrapporten met aanbevelingen. Het belang om hier gemeenschappelijke lessen uit te trekken, werd breed gedeeld.

In het regeerakkoord Kabinet Rutte II is mede daarom besloten tot het oprichten van de Ministeriële Commissie Vernieuwing Publieke Belangen (MCPB)¹. De MCPB had als opdracht om te bekijken hoe de publieke belangen beter konden worden gewaarborgd².

De MCPB heeft vervolgens de Commissie Maatschappelijk verantwoord bestuur en toezicht in de semipublieke sector («de Commissie Halsema») ingesteld. Deze Commissie heeft de opdracht gekregen om de kernwaarden van maatschappelijk verantwoord bestuur en intern toezicht in de (semi)publieke sector in de vorm van gedragsregels te schetsen en toe te lichten. Daarnaast is de commissie gevraagd om het kabinet te adviseren hoe deze gedragsregels ook daadwerkelijk gaan leven en wat de rol van de overheid hierin zou moeten zijn³.

Het advies dat de Commissie Halsema heeft gegeven in haar rapport «Het Lastige Gesprek»⁴, is betrokken bij de eindrapportage van de MCPB⁵.

Het eindoordeel van de MCPB en van de commissie Halsema was dat de overheid moet zorgen voor heldere kaders, maar dat het aan de sector zelf is om die kaders in te vullen. De commissie Halsema gaf daarbij aan dat daarvoor binnen de sector zelf wel een verandering in de bestuurscultuur nodig is en dat er een heldere verantwoordelijkheidsverdeling moest zijn tussen overheid, publieke toezichthouders, intern toezicht, bestuur en professionals. Cultuurverandering zou het beste tot stand komen als deze gedragen is door de sector zelf.

Wijzigingen in de kaderstelling voor zorginstellingen

Uw Kamer vroeg mij in te gaan op het governancemodel zoals we dat in de zorg hanteren. Sinds het faillissement van Meavita zijn de kaders op het terrein van governance voor zorginstellingen en de verantwoordelijkheidsverdeling tussen overheid en de sector op een aantal punten

¹ <http://www.parlement.com/9291000/d/regeerakkoord2012.pdf>

² Kamerstuk C nr. N

³ Kamerstuk 28 479; Kamerstuk 28 844, nr. 66

⁴ Kamerstuk 28 479, nr. 68

⁵ Kamerstuk 33 822, nr. 4

aangescherpt. Uitgangspunt voor de zorg was gelijk aan de uitgangspunten zoals geformuleerd door de MCPB. De overheid stelt de kaders en waarborgt daarmee de publieke belangen. Zorginstellingen zijn private instellingen die binnen de door de overheid gestelde kaders de vrijheid hebben en houden om hun beleid zo in te vullen dat deze het beste aansluit bij de behoeften van hun cliënten. Deze vrijheid heeft twee kanten, aan de ene kant biedt dit kansen voor maatwerk. Aan de andere kant kunnen zorginstellingen die deze ruimte niet goed benutten failliet gaan. Hieronder licht ik voor de drie belangrijkste thema's die betrekking hebben op de casus Meavita toe hoe die aanscherping eruit ziet.

1. Aanscherping verantwoordelijkheidsverdeling continuïteit van zorg

In 2011 is het beleid rond continuïteit van zorgverlening gewijzigd met de brief «Waarborgen voor continuïteit van zorg»⁶ naar aanleiding van de casus Meavita en IJsselmeerziekenhuizen. Tot die tijd konden zorgaanbieders die in financiële problemen raakten een beroep doen op de Beleidsregel steunverlening van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Dit steunbeleid paste goed bij een systeem van aanbodsturing en planning van de overheid, maar past minder goed bij het huidige systeem van vraagsturing.

Met de aanscherping van het continuïteitsbeleid is het uitgangspunt geformaliseerd dat de continuïteit van zorg voorop staat en niet de continuïteit van de zorgaanbieder. Garanties aan bestaande aanbieders zorgen ervoor dat (financiële) wanprestaties van die aanbieders worden beloond en geven (nieuwe) aanbieders geen eerlijke kans om de zorgsector te betreden.

In de bovengenoemde brief werd bevestigd dat de overheid zich niet richt op het verlenen van steun aan een zorgaanbieder die in financiële problemen verkeert en dreigt failliet te gaan, maar dat de overheid wel de cruciale zorg⁷ waarborgt. Zorgkantoren en zorgverzekeraars zijn op grond van de in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (nu Wet langdurige zorg) en de Zorgverzekeringswet vastgelegde zorgplicht verantwoordelijk voor het leveren van zorg aan hun verzekerden. Alleen als een verzekeraar niet in staat is om vervangende zorg te regelen voor cruciale zorg (overmacht), dan kan de overheid een vangnetstichting oprichten.

Sluitstuk van dit beleid was de wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) waarin werd vastgelegd dat de NZa regels kan stellen aan de afspraken die zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken om tijdig risico's op het terrein van continuïteit te signaleren⁸. Daarmee kunnen verzekeraars en zorgaanbieders risico's tijdig in beeld krijgen en hebben verzekeraars voldoende tijd om eventueel vervangende zorg te regelen.

⁶ Kamerstuk 32 620, nr. 10

⁷ Cruciale zorg is die zorg waarvoor geldt dat wanneer zij (tijdelijk) niet (voldoende dichtbij) beschikbaar is, cliënten ernstige gezondheidsschade kunnen oplopen of (bij langdurige zorg) ernstig worden belemmerd in hun dagelijks functioneren. Hiermee wordt bedoeld: Wlz-zorg, spoedeisende hulp, acute verloskunde, crisisopvang ggz en ambulancezorg.

⁸ Kamerstuk 33 253, nr. R

2. Aanpassing van het Burgerlijk Wetboek (BW)

Op 1 januari 2012 werd de Wet Bestuur en Toezicht van het Ministerie van Veiligheid en Justitie van kracht⁹. Met deze wijziging van het BW is onder meer geregeld dat het aantal functies dat een (uitvoerend- of niet-uitvoerend) bestuurder of commissaris kan uitoefenen is gemaximeerd:

- Een bestuurder van een grote rechtspersoon mag niet meer dan twee toezichtsfuncties bij andere grote rechtspersonen bekleden.
- Een bestuurder mag geen voorzitter van de raad van commissarissen van een andere grote rechtspersoon zijn.
- Een commissaris/ lid van een raad van toezicht mag niet meer dan vijf van dergelijke toezichthoudende functies bij grote rechtspersonen bekleden.

3. Beleid ten aanzien van fusies

6. Een zorgpunt dat uw Kamer 3 november jl. eveneens heeft benoemd, zijn de fusies en schaalvergrotingen in de zorg. Fusies en overnames worden op grond van de Mededingingswet getoetst door de Autoriteit Consument en Markt (ACM) op de gevolgen voor de concurrentie. Mede naar aanleiding van de zorgen van de Kamer is het reguliere concentratietoezicht per 1 januari 2014 aangevuld met de zorgspecifieke fusietoets¹⁰. Deze toets verplicht zorginstellingen om hun fusievoornemen vooraf te melden bij de NZa. Bij die melding dienen de zorginstellingen een effectrapportage op te stellen en dienen zij onder meer cliënten, personeel en andere belanghebbenden te betrekken bij de besluitvorming. Met de zorgspecifieke fusietoets wordt beoogd dat zorginstellingen fusies beter doordenken en stakeholders beter betrekken dan in het geval Meavita is gebeurd. De zorgspecifieke fusietoets wordt in 2017 geëvalueerd.

Zoals is aangegeven in de brief «Kwaliteit loont»¹¹, is er het voornemen om het sectorspecifieke markttoezicht, waaronder de zorgspecifieke fusietoets, over te hevelen van de NZa naar de ACM. Het toezicht op fusies in de zorg komt daarmee in één hand. Ook zal ACM de kennis en ervaring organisatorisch bij elkaar brengen. Hiertoe is, vooruitlopend op de overheveling, een tijdelijke «Taskforce Zorg» opgericht binnen de ACM. Daarnaast krijgt de ACM een stevige impuls aan capaciteit voor haar taken op het gebied van de zorg. Naast de overheveling van de huidige capaciteit bij de NZa voor het markttoezicht wordt de beschikbare capaciteit van de ACM uitgebreid met circa 20 fte. Om haar rol als toezichthouder voortvarend op te pakken, heeft de ACM aangegeven een duidelijk inzicht te willen verkrijgen in mogelijke problemen die op zorgmarkten spelen. De ACM gaat in dit kader nader onderzoek doen naar onder meer de effecten van fusies.

Mocht uit de evaluatie van de zorgspecifieke fusietoets, of uit het onderzoek van de ACM, blijken dat wijzigingen van het huidige beleid noodzakelijk zijn, dan wordt uw Kamer daarover geïnformeerd.

Maatregelen door de zorgsector zelf

De zorgsector zelf heeft sinds het faillissement van Meavita in 2009 ook het nodige ondernomen om te komen tot verdere professionalisering en verbetering van de bestuurscultuur en daarmee tot verbetering van de

⁹ Kamerstuk 32 873, A

¹⁰ Kamerstuk 33 253, nr. R

¹¹ Kamerstuk 31 765, nr. 116

governance in de zorg. Ook hier noem ik de drie belangrijkste voorbeelden die verband houden met de casus Meavita:

- In 2010 hebben de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) de Zorgbrede Governancecode aangescherpt. De belangrijkste wijzigingen zijn:
 - Het artikel over belangenverstrengeling is aangescherpt;
 - de codebepalingen over de dialoog met belanghebbenden zijn herzien;
 - de werking is uitgebreid tot verbonden onderneming(en)/rechtspersonen;
 - het aantal commissariaten van een lid van de raad van toezicht is beperkt;
 - er is meer aandacht voor scholing van leden van de raad van toezicht.
- De Nederlands Vereniging Toezichthouders Zorg (NVTZ) heeft, samen met de BoZ en enkele andere partners, de toolkit toezicht gezondheidszorg ontwikkeld. Deze toolkit is bedoeld als checklist en naslagwerk voor toezichthouders in de zorg. Ook is de NVTZ een traject gestart voor verdere professionalisering van toezichthouders. Hierbij is via een proces van brede consultatie onder leiding van voormalig Nationaal Ombudsman Alex Brenninkmeijer gewerkt aan een beroepsprofiel en norm voor een «toezichthouder 2.0.2.0.».
- Daarnaast heeft de Nederlandse Vereniging van de Zorgdirecteuren (NVZD) in 2013 een accreditatiesysteem opgezet om de vakontwikkeling van de individuele bestuurders inzichtelijk te maken. Bestuurders kunnen een ontwikkelingstraject doorlopen en zich na afloop laten accrediteren door de NVZD, wat een vorm van erkenning biedt voor bestuurdersprofessionaliteit. Daarbij is zowel aandacht voor de harde kant (vakontwikkeling) als de zachte kant (zelfreflectief vermogen).

De agenda goed bestuur

Op 22 januari 2015 hebben de Minister en ik onze gezamenlijke agenda goed bestuur gepresenteerd¹². Op 11 juni jl. hebben wij daar met uw Kamer over gesproken.

Ook in onze agenda goed bestuur is het uitgangspunt dat zorgaanbieders private instellingen zijn die een publiek belang dienen. De overheid zorgt voor duidelijke kaders zodat de publieke belangen gewaarborgd zijn. Zorginstellingen zorgen zelf voor de nadere invulling van de zorgverlening binnen de gestelde kaders.

Doel van onze agenda is een goede balans te creëren tussen wet- en regelgeving en de eigen verantwoordelijkheid van de sector, vastgelegd in sectorspecifieke normen, en de verantwoordelijkheid van individuele zorgaanbieders.

Om dit te realiseren hebben wij voor goed bestuur vier speerpunten geformuleerd:

1. Aanscherpen verantwoordelijkheden over en weer van bestuurders en toezichthouders;
2. Versterking extern toezicht en aanpak van onbehoorlijk bestuur en wanbeleid;
3. Optimaliseren van checks and balances langs de weg van medezeggenschap;
4. Stimuleren van (debat over) goed bestuur.

¹² Kamerstuk 32 012, nr. 23

Binnen deze speerpunten lopen tal van acties, waarbij vooral de onderstaande punten als het gaat om de effecten van de casus Meavita van belang zijn:

- Het revitaliseren van de Zorgbrede Governancecode door de BoZ. Op 25 november spreken de besturen van de brancheorganisaties in gezamenlijkheid over de vernieuwing van de zorgbrede governancecode. De BoZ zal dan ook ingaan op de breed gedeelde wens tot transparantie van bestuur. Het verstevigen van het maatschappelijk vertrouwen in het bestuur en toezicht in de zorg zal daarbij leidend zijn.
- De accreditatie van bestuurders zoals ontwikkeld door de NVZD. De NVZD heeft op 25 november een ledenvergadering waarin zij spreken over de verdere doorontwikkeling van dit instrument.
- De accreditatie van toezichthouders zoals nu wordt ontwikkeld door de NVTZ, naar analogie van de accreditatie van bestuurders. De NVTZ besluit eveneens in november over de start en de ontwikkeling van de accreditatie.
- Het verbeteren van medezeggenschap in de zorg. De uitspraak van de Ondernemingskamer onderstreept nogmaals het belang van tijdige betrokkenheid van de medezeggenschap, zoals we daar ook op 11 juni jl. met elkaar over hebben gesproken.

Rond de jaarwisseling sturen de Minister en ik u een voortgangsrapportage waarin wij uw Kamer informeren over de voortgang op de agenda goed bestuur in het algemeen en op bovengenoemde acties in het bijzonder.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn