

Vergaderjaar 2008–2009

32 012

Governance in de zorgsector

Nr. 1

BRIEF VAN DE MINISTER EN STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 9 juli 2009

In de zorg is het van belang dat de cliënt centraal staat. Daarom is het beleid van de laatste jaren, zowel in de cure als in de care, erop gericht dat de cliënt de zorg krijgt die hij nodig heeft, in plaats van dat het aanbod centraal staat. Dit laatste resulteerde immers mede in wachtlijsten, weinig keuzemogelijkheden en weinig cliëntgerichte zorg. Keuzevrijheid van de cliënt om goede zorg te ontvangen van de aanbieder van zijn keuze is daarom het uitgangspunt. Om ook echt te kunnen kiezen wordt de kwaliteit van de zorg steeds meer inzichtelijk gemaakt. Ook worden instellingen, zowel in de cure als in de care, gestimuleerd om (mede uit welbegrepen eigenbelang) te investeren in het tegemoetkomen in de behoefte van de cliënt. Een voorbeeld daarvan is dat, waar in het verleden instellingen hun geld kregen voor bijvoorbeeld het aantal beschikbare bedden, er nu voor is gekozen te financieren op basis van geleverde zorg. De bestaanszekerheid van instellingen is daardoor sterker dan vroeger verbonden aan het voorzien in de vraag.

Dit vraagt van instellingen dat zij zich richten op de vraag wat de cliënt wil. Zij begeven zich in een speelveld waarin ze zich op onderdelen van elkaar kunnen onderscheiden door net iets anders of iets extra's te bieden en dus geprikkeld worden om kwaliteit te leveren en te innoveren.

We zien dat de gezondheidszorg zich de afgelopen jaren meer en meer heeft ontwikkeld tot een sector waar de overheid de randvoorwaarden schept en de aanbieders van zorg en ondersteuning¹ verantwoordelijk zijn voor het verlenen van de zorg binnen deze randvoorwaarden en de voor- en nadelen ondervinden van hun eigen beslissingen. Tal van zichtbare goede ontwikkelingen vloeien voort uit de ingezette koerswijziging, zoals verdwijnende wachtlijsten, meer keuzevrijheid en een veel sterkere organisatie van de zorg rondom de cliënt.

¹ Met ondersteuning bedoelen wij hulp bij het huishouden in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

Zoals de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in recente debatten over ondermeer de IJsselmeerziekenhuizen met uw Kamer heeft aangegeven, is de overheid verantwoordelijk voor het waarborgen van de

publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid door het scheppen van de juiste randvoorwaarden. Dit willen wij bereiken door 1) aanbieders adequaat te bekostigen, bijvoorbeeld door middel van prestatiebekostiging, 2) goede kwaliteit te stimuleren, bijvoorbeeld door middel van heldere normen, goed toezicht op kwaliteit en transparantie van kwaliteit, 3) een goede structuur te bewerkstelligen, bijvoorbeeld door meer integratie van de eerste en de tweede lijnszorg en 4) te definiëren wat wij verstaan onder bereikbaarheid van zorg en ondersteuning. Deze helderheid omtrent wat wij verstaan onder bereikbare zorg ontbreekt nog momenteel. Deze is echter wel noodzakelijk om de ingezette trend naar minder overheidssturing en meer vraagsturing te ondersteunen.

In de langdurige zorg zijn de afgelopen tijd belangrijke stappen gezet om zorgaanbieders meer ruimte te geven om de wens van cliënten centraal te stellen. Voor de zorg en ondersteuning van mensen met beperkingen of chronische aandoeningen zijn de uitgangspunten daarbij dat: hún wensen en behoeften centraal staan; zij de regie over het eigen leven zoveel mogelijk kunnen behouden; er een goede samenhang tussen zorg en welzijn moet zijn; er een goede samenhang tussen cure en care moet zijn. Er zijn diverse experimenten om meer ketenzorg en samenwerking tussen de verschillende domeinen (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wmo en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)) te bewerkstelligen. Ook levert persoonsvolgende bekostiging en het zorgplan dat daarbij hoort een belangrijke bijdrage aan het centraal stellen van de zorgvraag van een cliënt. De persoonsvolgende bekostiging wordt stapsgewijs ingevoerd. Met de invoering van de zorgzwaartepakketten (zsp's) voor de intramurale zorg per 1 januari 2009 is een eerste stap gezet. Ook zijn wij bezig met het verder uitwerken van zorgzwaartepakketten voor de extramurale zorg. Recentelijk is het bouwregime afgeschaft en werken wij aan de introductie van integrale tarieven (inclusief huisvestingslasten). Op die manier krijgen aanbieders de ruimte om in het belang van de cliënt zelf afwegingen te maken ten aanzien van hun investeringen. Als laatste wijzen wij erop dat zowel professionals, zorgaanbieders als cliënten zo min mogelijk hinder moeten ondervinden van het proces van indicatiestelling voor de AWBZ. Het beleid is er daarom op gericht om dat proces eenduidig in te richten en vergaand te vereenvoudigen. Voor het deel van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) dat met langdurige zorg is belast, gelden dezelfde uitgangspunten.

In de curatieve zorg hebben we sinds 2006 ervaring op kunnen doen met de nieuwe Zvw en met de eerste stappen van gedeeltelijke vrije prijsvorming in de ziekenhuizen. Het voornemen van het kabinet is om verdere stappen te zetten op deze weg (in 2011 50% vrije prijzen onder voorwaarden van goede ervaringen tot dan toe). Een bijkomend gevolg hiervan is dat de risicodragendheid van zorgverzekeraars wordt vergroot met aanpassingen in de risicoverevening. Zowel ziekenhuizen, specialisten, cliëntenorganisaties als zorgverzekeraars geven aan deze richting te delen, waarbij ze wel aandacht vragen voor het tempo waarin veranderingen worden doorgevoerd. Wij zijn verantwoordelijk voor de vormgeving van beheerste marktwerking. Dit betekent onder meer dat partijen voldoende tijd krijgen om zich aan te passen aan de omstandigheden, er adequate keuze-informatie over kwaliteit van de zorg beschikbaar komt en dat de overheid duidelijk aangeeft hoe ver de verantwoordelijkheid van de verschillende partijen (aanbieders, verzekeraars en overheid) reikt voor bijvoorbeeld de beschikbaarheid en continuïteit van zorg. We zullen hierbij een duidelijke afbakening moeten maken tussen het gedeelte dat via vrije prijsvorming bekostigd kan worden en het gedeelte dat via beschikbaarheidsbijdragen tot stand komt. Naast de verdergaande ontwikkeling van ondernemerschap werken we aan de vormgeving van functionele bekostiging via keten-DBC's en zorg-

standaarden. Doel is de zorg dichterbij de cliënt te brengen en deze meer in samenhang te organiseren. Gevolg hiervan is dat het onderscheid tussen eerste en tweede lijn meer en meer vervaagt waardoor de noodzaak van een uniform bekostigingssysteem toeneemt.

Ten slotte wijzen we nog op een aantal sectoroverstijgende trajecten: vergroting van de kwaliteitstransparantie (programma Zichtbare Zorg), de veiligheidsprogramma's in de langdurige zorg en de curatieve zorg, de installatie van de Regieraad Kwaliteit van Zorg gericht op het concreter benoemen en implementeren van veiligheids- en doelmatigheidsaspecten in de zorg en het wetgevingstraject met als doel de versterking van de rechtspositie van de cliënt in de zorg en ondersteuning.

Met deze ingezette veranderingen geven wij meer ruimte om aanbieders in staat te stellen om:

- de specifieke wensen van cliënten voorop te stellen;
- zorg en ondersteuning aan te bieden in een vertrouwde omgeving;
- cliënten voor zover mogelijk regie te laten voeren over het eigen leven;
- benodigde zorg en ondersteuning op elkaar af te stemmen.

Meer ruimte betekent echter ook meer verantwoordelijkheid. Waar voorheen de overheid veel beslissingen nam (bijvoorbeeld over bouwinvesteringen) en de risico's liep, is het nu aan de aanbieder van zorg en ondersteuning om zelf dit soort besluiten te nemen, de vruchten te plukken als het goed gaat en als het fout gaat de negatieve gevolgen te voelen, en bij de besluitvorming alle belangen van de belanghebbenden af te wegen om zo tot besluiten te komen waarbij de cliënt daadwerkelijk gebaat is. Hierbij past ook dat vooral cliënten en vertegenwoordigers van cliënten, zorgkantoren, gemeenten en zorgverzekeraars invloed kunnen uitoefenen op de te leveren zorg of ondersteuning.

Ruimte en verantwoordelijkheid brengen als vanzelfsprekend ook met zich mee dat de aanbieder van zorg en ondersteuning zich aan alle belanghebbenden dient te verantwoorden over de strategische besluitvorming en zijn functioneren in het algemeen. Maar ook professionals dienen zich te verantwoorden aan de bestuurders en de bestuurders vervolgens aan de interne toezichthouders. Geen ruimte zonder rekenschap, geen verantwoordelijkheden zonder bevoegdheden en verantwoording.

Recente casus: 3 feiten

We zien dat als gevolg van de ingezette veranderingen de aandacht voor de cliënt ook daadwerkelijk toeneemt en dat aanbieders van zorg en ondersteuning meer open zijn over hun functioneren. Op het gebied van kwaliteit en veiligheid is een groot aantal initiatieven in gang gezet. We zien ook allerlei nieuwe, kleinschalige initiatieven, zoals buurtzorg, zorggroepen en gespecialiseerde zelfstandige behandelcentra. Ook zijn er diverse initiatieven op het vlak van ketenzorg.

Echter naast de vele positieve ontwikkelingen hebben enkele recente casus zoals Amsterdam Thuiszorg, Radboud ziekenhuis, Twenteborg ziekenhuis, IJsselmeerziekenhuizen, Orbis, Philadelphia en Meavita laten zien dat deze aanbieders strategische beslissingen hebben genomen (of juist hebben nagelaten te nemen) die niet in het belang van de cliënten waren. Deze casus brengen een drietal feiten naar voren:

Ten eerste blijkt dat in de praktijk op onderdelen onduidelijkheid bestaat over de verantwoordelijkheidsverdeling tussen aanbieders van zorg en ondersteuning, zorgkantoren en zorgverzekeraars, cliënten (dan wel hun vertegenwoordigers), gemeenten en de rijksoverheid. Als voorbeeld noemen wij de onduidelijkheid over de precieze rolverdeling tussen

betrokken partijen indien als gevolg van financiële problemen bij een aanbieder, de continuïteit van zorg of ondersteuning acuut in gevaar komt. Ten tweede brachten deze incidenten aan het licht dat de rijksoverheid, de gemeenten, zorgkantoren, zorgverzekeraars, maar ook aanbieders van zorg en ondersteuning moeten wennen aan de veranderde verantwoordelijkheden. Zo hebben bestuurders tijd nodig om zich de nieuwe vaardigheden eigen te maken die horen bij grotere verantwoordelijkheden, moeten interne toezichthouders zich aanpassen aan de grotere rol en invloed op strategische beslissingen die van hen verwacht worden en worden belanghebbenden nog niet altijd voldoende betrokken bij strategische besluitvorming. De maatschappelijke inbedding is niet altijd voldoende.

Ten derde kwam in de recente casus naar voren dat strategische beslissingen van de betrokken aanbieders grote ongewenste maatschappelijke gevolgen kunnen hebben en publieke belangen direct in gevaar kunnen brengen. Deze verschillende casus tonen aan dat (nog onbeschreven) grenzen zijn overschreden, denk daarbij bijvoorbeeld aan de expansiedrang van enkele aanbieders ten koste van het belang van de individuele cliënt of aan het niet nemen van verantwoordelijkheid bij het aan het licht komen van slechte kwaliteit van zorg en bedreiging van de patiëntveiligheid.

Betere zichtbaarheid van gebreken

Overigens is het niet zo dat alle ongewenste verschijnselen die we recent hebben waargenomen voortvloeien uit, of direct samenhangen met, de in gang gezette veranderingen. Niet vergeten moet worden dat het geven van meer ruimte en verantwoordelijkheden aan aanbieders gepaard is gegaan met een noodzakelijke toename aan transparantie. Dit zorgt er ook voor dat ongewenste gedragingen die waarschijnlijk altijd al voorkwamen scherper en eerder voor het voetlicht komen.

Zo worden door de toenemende inspanningen om kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken gebreken in de kwaliteit en veiligheid veel duidelijker en eerder zichtbaar dan voorheen. Hiermee kan de indruk ontstaan dat de kwaliteit van de zorg achteruit gaat, terwijl het meer voor de hand ligt dat dergelijke gebreken zich ook in het verleden voordeden, maar dat we dit niet of onvoldoende wisten.

Tegelijkertijd kan ook niet genoeg benadrukt worden dat zorgaanbieders ook vele goede initiatieven nemen om hun cliënten en overige belanghebbenden steeds beter te bedienen. Deze «best practices» zullen ook vanuit de toezichthoudende rol van de overheid ten voorbeeld staan voor het realiseren van de gewenste culturomslag.

In te zetten middelen

Om de ingezette ontwikkeling naar meer ruimte en verantwoordelijkheden voor aanbieders van zorg en ondersteuning op een verantwoorde wijze door te kunnen zetten, is het van belang dat beter wordt gegarandeerd dat deze ruimte dienstbaar is aan de publieke belangen. De gegeven ruimte voor aanbieders van zorg en ondersteuning moet daadwerkelijk ten goede komen aan de cliënt in de vorm van kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke zorg. Daarvoor is het allereerst noodzakelijk dat de overheid duidelijkheid verschaft over de verantwoordelijkheidsverdeling. Tevens zullen de aanbieders van zorg en ondersteuning beter in staat moeten worden gesteld en meer worden gestimuleerd om hun verantwoordelijkheid te kunnen nemen. Er moet sprake zijn van een adequate «drieslag», waarin ruimte en verantwoordelijkheid altijd dienen samen te gaan met voldoende bevoegdheden en het afleggen van verantwoording. Daarnaast dient de overheid de grenzen, waarbinnen de zorg en ondersteuning wordt aangeboden, aan te scherpen en meer mogelijkheden voor alle belanghebbenden te creëren om in te grijpen als de publieke belangen in het geding (dreigen te) komen. Dit betekent bijvoorbeeld

versterking van de rol en verantwoordelijkheid van raden van toezicht, onbetwistbare eindverantwoordelijkheid van de raden van bestuur, heldere bevoegdheden van raden van bestuur ten opzicht van professionals, het vanzelfsprekend afleggen van verantwoording door professionals aan het verantwoordelijke bestuur over de aan hen gedelegeerde bevoegdheden, verbetering van de maatschappelijke inbedding, vroegtijdige signalering van financiële problemen en/of kwaliteits- en veiligheidsproblemen, maar ook een rol voor de overheid om in te grijpen als de publieke belangen desondanks toch in gevaar komen. Externe toezichthouders zoals de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) zien er op toe dat de gestelde grenzen niet worden overschreden. Zij hebben een aanvullende taak op het interne toezicht om in te grijpen als de publieke belangen in gevaar komen. Ook hebben zij tot taak daar waar dat kan zo duidelijk mogelijk aan te geven waar de grenzen liggen.

Morele oproep aan aanbieders van zorg en ondersteuning

In deze brief zullen verschillende beleidsvoorstellen, veelal juridisch van aard, de revue passeren. Echter, deze maatregelen zullen pas het gewenste effect hebben als aanbieders van zorg en ondersteuning ook daadwerkelijk zelf inhoud en vorm geven aan hun wettelijke en maatschappelijke verantwoordelijkheid. Dat vraagt om leiderschap met een missie, waarbij de cliënt en diens belangen centraal staan in plaats van bijvoorbeeld louter financieel gedreven leiderschap. Concreet betekent dit het *niet* centraal stellen van bijvoorbeeld de marktpositie of bestuurdersbelangen. De marktpositie zou dienstbaar moeten zijn aan de belangen van de cliënt. Kwaliteit en veiligheid van zorg en ondersteuning moeten altijd de eerste aandacht hebben. Dit betekent *wel* het expliciet willen nemen van verantwoordelijkheid door het bestuur voor de geleverde kwaliteit van zorg. Daarnaast is maatschappelijk ook relevant met overtuiging te kiezen voor een salariëring van het bestuur en honorering van toezichthouders die past bij ondernemerschap in de zorg en het als toezichthouder in de zorg vanzelfsprekend ervaren om het aantal bijbanen beperkt te houden. Deze onderwerpen zijn meerdere malen aan de orde geweest tijdens de debatten over de casus. Maar denk hierbij ook aan een houding van de raad van bestuur die zich kenmerkt door luisteren, informeren en verantwoording afleggen aan alle belanghebbenden, zoals aan cliënten en diens vertegenwoordigers, werknemers, zorgkantoren en zorgverzekeraars, gemeenten, financiers en externe toezichthouders, zoals IGZ, de NMa en de NZa. Inbedding in de lokale en regionale samenleving, waar ook de motie Van der Veen c.s. over gaat, is belangrijk¹. Aanbieders van zorg en ondersteuning zouden zich bijvoorbeeld op een jaarlijkse verantwoordingsdag kunnen verantwoorden naar belanghebbenden, zoals gemeenten. Bestuurders kunnen deze verantwoordelijkheid alleen invullen als de professionals (en in ziekenhuizen in het bijzonder de medisch specialisten) dezelfde maatschappelijke verantwoordelijkheid waarmaken. Het inhoud geven aan de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid begint immers op de werkvloer, in nauwe samenwerking met de cliënt.

Een aanbieder van zorg en ondersteuning maakt onderdeel uit van een maatschappij met wederzijdse afhankelijkheden. Hij dient zich dan ook ten alle tijden te realiseren dat hij een maatschappelijke verantwoordelijkheid heeft en alleen goede zorg en ondersteuning kan aanbieden, als hij werkelijk luistert naar belanghebbenden. Ook een houding van zich willen spiegelen aan koplopers, de uitdaging willen aangaan om voortdurend beter te worden en te leren van wat er fout is gegaan, hoort daarbij. Die houding kan niet met wetten worden afgedwongen.

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 31 700, nr. 50

Op basis van voorgaande morele oproep mag niet de indruk ontstaan dat er in de zorgsector breed sprake zou zijn van een situatie van maatschap-

pelijk onverantwoord handelen. Zoals eerder aangegeven, zien wij als gevolg van de ontstane ruimte juist een veelheid aan goede initiatieven, waarbij het verlenen van zorg en ondersteuning op basis van de wensen van cliënten daadwerkelijk centraal staat. Het zijn juist die goede voorbeelden die ons vertrouwen geven dat de sector in staat zal zijn om de komende tijd, lerend van deze «best practices», nog beter inhoud en vorm te geven aan de wettelijke en maatschappelijke verantwoordelijkheid voor een toegankelijk, betaalbaar en kwalitatief goed aanbod van zorg en ondersteuning. Hierbij neemt de overheid van haar kant haar verantwoordelijkheid om een aantal kaders te scheppen en randvoorwaarden vast te leggen die essentieel zijn voor het goed functioneren van het systeem en die, zoals is gebleken, niet door aanbieders zelf lokaal of landelijk geregeld kunnen worden.

Leeswijzer

In paragraaf 1 vindt u de beleidsvoorstellen ten aanzien van governance in de zorg en ondersteuning. Vervolgens staan in de tweede paragraaf de uitgangspunten en de rollen en verantwoordelijkheden van alle belanghebbenden voor de continuïteit van zorg en ondersteuning. In paragraaf 3 worden de beleidsvoorstellen ten aanzien van samenwerking in de zorg en ondersteuning, zoals horizontale fusies en verticale integratie toegelicht. In paragraaf 4 kunt u onze voorstellen lezen ten aanzien van de maatschappelijke onderneming en resultaatafhankelijke vergoedingen in de zorg en ondersteuning.

§ 1. Governance in de zorg en ondersteuning

De recente incidenten laten zien dat a. meer aandacht nodig is voor de kwaliteit van het bestuur en het intern toezicht, dat b. de maatschappelijke inbedding van de governance structuur niet altijd voldoende is en dat c. er onvoldoende mogelijkheden zijn om bestuurders en interne toezichthouders aansprakelijk te stellen. Ook merken wij op dat er een variëteit van organisatievormen is ontstaan, waarvoor verschillende inrichtingseisen gelden. Voordat wij de voorgenoemde aspecten langslopen, hechten wij eraan erop te wijzen dat de verantwoordelijkheid voor goed bestuur en toezicht primair bij het veld zelf ligt. Om te komen tot een versterking van het bestuur en intern toezicht is het noodzakelijk, maar zeker niet voldoende, om de juridische randvoorwaarden aan te scherpen. Het is zaak dat veldpartijen, vanuit hun primaire verantwoordelijkheid voor goed bestuur en toezicht, zelf lessen trekken uit het verleden. Wij nemen in dat kader waar dat de recente incidenten hebben geleid tot een groter bewustzijn bij bestuurders, professionals en interne toezichthouders om serieus invulling te geven aan hun onderscheiden verantwoordelijkheden. Hierbij is van belang dat aanbieders in staat worden gesteld en worden gestimuleerd om van elkaar te leren. Om dit mogelijk te maken inventariseert de IGZ momenteel wat goede voorbeelden zijn met betrekking tot bestuur en toezicht. Naast goede voorbeelden uit de praktijk worden hierbij ook instellingen betrokken die juist recentelijk door een diep dal zijn gegaan en hiervan het nodige hebben geleerd over «good governance». Samen met professionals, bestuurders en interne toezichthouders inventariseert de IGZ ondermeer geleerde lessen en praktische suggesties. Op deze wijze worden zij gestimuleerd om na te denken over een adequate inrichting van rollen en verantwoordelijkheden, alsmede de wijze waarop zij verantwoording afleggen aan de maatschappij. De resultaten zullen terecht komen in de Staat van de Gezondheidszorg 2009 met als thema «sturen en toezicht houden met betrekking tot kwaliteit en veiligheid». De IGZ inventariseert de goede voorbeelden en begeleidt instellingen op het gebied van de inrichting van het bestuur en toezicht, omdat de geleverde kwaliteit van aanbieders vaak terug is te voeren op de wijze waarop het

bestuur functioneert en het toezichthoudend orgaan hier toezicht op houdt. De Staat van de Gezondheidszorg 2009 is eind 2009 te verwachten.

a. Het bestuur en het toezichthoudend orgaan moeten worden versterkt en geprofessionaliseerd.

Uit onderzoek¹ is gebleken dat de aandacht van besturen en toezichthoudende organen vooral gericht is op de financiën en het strategische beleid van aanbieders van zorg en ondersteuning en niet of veel minder op de missie van de instelling, nl. inhoud, kwaliteit en veiligheid van het primaire proces. Leden van het toezichthoudend orgaan beschikken ook niet altijd over voldoende deskundigheid en de benodigde competenties om op dusdanige wijze toezicht te houden dat de aanbieder van zorg en ondersteuning goed kan functioneren in een complexe omgeving. Dit blijkt ook uit het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) «Governance en kwaliteit van zorg». Er ontbreken voor het goed functioneren van het interne toezicht vaak duidelijk overeengekomen en vastgelegde afspraken tussen bestuur en het toezichthoudend orgaan over welke informatie het bestuur periodiek aan de Raad van Toezicht rapporteert (informatie over financiën, organisatie, personeel, klant-ervaringen, maar ook over kwaliteit en veiligheid, complicaties en calamiteiten, onderzoeken door de inspectie, enz.). Zo'n «informatieprotocol Raad van Bestuur – Raad van Toezicht» moet garanderen dat er intern processen zijn die deze informatie beschikbaar maken, dat deze informatie ook intern besproken wordt en dat het toezichthoudende orgaan periodiek voorzien wordt van de voor het toezicht noodzakelijke informatie.

Bestuurders nemen niet in alle gevallen voldoende verantwoordelijkheid voor de dagelijkse gang van zaken binnen de organisatie². Dat zou wel moeten, het bestuur is immers eindverantwoordelijk voor de veiligheid en kwaliteit van zorg binnen de organisatie. Vormgeving van deze verantwoordelijkheid kan blijken doordat het bestuur heeft vastgelegd dat professionals regelmatig verantwoording afleggen over de resultaten van de zorg, ook als zaken niet goed zijn gegaan. Het bestuur kan zich bijvoorbeeld committeren aan het belang van een goede implementatie van een veiligheidsmanagementsysteem. Zij kan daardoor permanent een goed inzicht krijgen in de actuele stand van het (medisch) handelen van de in de instelling werkende professional.

De relatie tussen het bestuur en de medisch professional verdient aanpassing. Met name in de ziekenhuissector is de verhouding tussen de medisch specialist en het bestuur van het ziekenhuis een aandachtspunt. In een aantal gevallen laat deze verhouding te wensen over, hetgeen problemen oplevert ten aanzien van de levering van doelmatige en kwalitatief goede zorg. Het bestuur delegeert immers de professionele verantwoordelijkheid voor de zorg van de cliënt aan de professionals (met name de medisch specialisten) maar blijft hiervoor wel verantwoordelijk en aanspreekbaar. Dit betekent dat het bestuur zodanige regelingen moet treffen dat de professionals ook verantwoording zullen en kunnen afleggen over de wijze waarop zij deze verantwoordelijkheid invullen en van de resultaten die hierbij worden bereikt. Het eerder genoemde advies van de RVZ laat zien dat de medisch specialist zich vaak uitsluitend verantwoordelijk voelt voor het eigen handelen en hij geen verantwoording aflegt aan het bestuur over de kwaliteit van geleverde zorg. Dit kan een probleem zijn, omdat daarmee het interne kwaliteitssysteem niet sluitend is en de interne governancestructuur niet goed kan functioneren. Deze toedeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden, inclusief het afleggen van verantwoording dienen aantoonbaar en toetsbaar geregeld te zijn tussen het bestuur en de professionals. Indien dit niet het geval is kan het bestuur zijn eindverantwoordelijkheid niet waarmaken. Ook de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

¹ Staat van de gezondheidszorg, Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2009.

² Uit een publicatie van onderzoekers van het NIVEL, de Universiteit Twente en EMGO Instituut volgt dat een medisch specialist die merkt dat het bestuur kwaliteitsverbetering daadwerkelijk stimuleert én die bovendien werkt in een omgeving waarin collega's dat ook zo zien, zich meer inspant voor kwaliteitsverbetering. Het omgekeerde is ook het geval: als een directie onduidelijk is over het belang van kwaliteitsverbetering en dat is voor collega's ook onduidelijk, dan werkt een arts minder vaak mee aan verbetertrajecten.

(KNMG) meent, in een reactie op het RVZ-advies¹, dat het duidelijk is dat de verantwoordelijkheden van ziekenhuisbesturen en die van de medisch specialisten beter op elkaar kunnen en moeten worden afgestemd. De samenhang, de integratie en de waarborging van de verschillende kwaliteitssystemen kunnen volgens de KNMG beter. Immers het professionele kwaliteitssysteem, dat per wetenschappelijke vereniging landelijk is geregeld, dient aan te sluiten op en verbonden te zijn met het kwaliteitssysteem van de zorginstelling: alleen zo kan het bestuur zijn verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg voor cliënten waarmaken. De aanbeveling van de RVZ om de Orde van medisch specialisten om te vormen tot een publiekrechtelijke beroepsorganisatie met verordenende bevoegdheid biedt naar ons oordeel geen oplossing voor de geconstateerde problemen. Wij nemen om die reden de aanbeveling van de RVZ niet over. Aan de verhouding tussen het bestuur en de medisch professional heeft het veld de afgelopen jaren zowel lokaal als landelijk reeds veel aandacht besteed. De problematiek wordt breed erkend en erkend. Deze inspanningen hebben echter niet tot een oplossing geleid terwijl een adequate regeling van de onderlinge verhoudingen essentieel is voor het goed functioneren van het bestuur en het toezichthoudend orgaan.

b. Er is onvoldoende maatschappelijke inbedding

Wij zijn van mening dat verdergaande schaalvergroting de afstand tussen het bestuur en de werkvloer en cliënten vergroot heeft, waardoor strategische beslissingen op afstand van de cliënten worden genomen. Dit draagt eraan bij dat de van oorsprong bestaande maatschappelijke verbindingen verloren zijn gegaan en dat in veel gevallen het belang van de cliënt onvoldoende wordt betrokken bij strategische beslissingen. Cliëntenraden hebben onvoldoende middelen om als volwaardige gesprekspartner van het bestuur te fungeren. En juist die betrokkenheid van cliënten bij de strategische besluitvorming van een aanbieder is essentieel voor goede, cliëntgerichte verlening van zorg dan wel ondersteuning. Ook belanghebbenden als zorgverzekeraars en zorgkantoren, patiëntenorganisaties, lokale overheden of vakbonden worden in veel gevallen onvoldoende bij strategische besluitvorming betrokken.

c. Er is onvoldoende rekenschap en geen afrekenbaarheid

De huidige regelgeving voorziet niet in een correctiemechanisme indien het bestuur niet functioneert en het toezichthoudend orgaan niet (tijdig) ingrijpt. De leden van het toezichthoudend orgaan benoemen en ontslaan zichzelf en zij benoemen de leden van het bestuur. Er is dus geen vorm van «toezicht op toezicht».

Daarnaast blijkt weinig animo te bestaan om, wanneer het misgaat, bestuurders en leden van het toezichthoudend orgaan (persoonlijk) aansprakelijk te stellen. Het betreft een kostbare, langdurende gerechtelijke procedure. Voor het slagen van een aansprakelijkheidsprocedure moeten zowel het bestaan van schade als het verwijtbaar handelen van de bestuurder of toezichthouder worden aangetoond. Het ontbreken van concreet benoemde verantwoordelijkheden en bevoegdheden van bestuurders en interne toezichthouders, waaronder het tijdig melden dat er ernstige financiële en/of kwaliteitsproblemen dreigen, maakt aansprakelijkheidsstelling minder kansrijk in geval van falend bestuur en/of toezicht.

Naast voorgaande aandachtspunten zien wij dat een grote variëteit aan organisatievormen is ontstaan. Naast de traditionele verenigingen, stichtingen, maatschappen, firma's en coöperaties ontstaan steeds meer nieuwe samenwerkingsverbanden (bijvoorbeeld om ketenzorg beter mogelijk te maken). Denk hierbij aan de opkomst van concerns, waarin

¹ Governance en kwaliteit van zorg, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2009.

gespecialiseerde zorgverlening wordt gesplitst over twee of meerdere organisaties of partners in de zorg of ondersteuning contractueel hun samenwerking vastleggen (uitbesteding).

De bestaande diversiteit aan organisatiestructuren past zoals eerder aangegeven in onze visie om meer ruimte te bieden aan aanbieders van zorg en ondersteuning. Het staat een aanbieder van zorg en ondersteuning vrij om een structuur te kiezen die het best aansluit bij zijn visie en strategie hoe de zorg dan wel ondersteuning te organiseren. De praktijk blijkt zeer innovatief. Alle rechtsvormen komen in de zorgsector voor. Op dit moment worden echter verschillende eisen gesteld aan de inrichting van organisatiestructuren van aanbieders van zorg en ondersteuning. Zo zijn stichtingen en verenigingen verplicht om in de statuten een cliënt-vertegenwoordigend orgaan aan te wijzen, dat bevoegd is om de Ondernemingskamer te verzoeken een enquête in te stellen naar wanbeleid, maar ontbreekt deze verplichting bijvoorbeeld voor een besloten vennootschap (bv). Dat is ongewenst. Voor een goede samenwerking tussen aanbieders die ondersteuning dan wel verschillende soorten zorg aanbieden moet een gelijk speelveld gewaarborgd zijn¹. Bovendien leiden deze verschillen ertoe dat per organisatievorm kan verschillen welke partijen betrokken zijn bij het nemen van strategische besluiten die bijvoorbeeld de kwaliteit, continuïteit of aanbod van acute zorg betreffen. In sommige gevallen hebben de aandeelhouders doorslaggevende invloed en zeggenschap op strategische besluiten en in andere gevallen het bestuur en het toezichthoudend orgaan.

De Zorgbrede Governance Code

In 2005 hebben de toenmalige brancheorganisaties zorg (BoZ), te weten NVZ, NFU, GGZ Nederland, VGN, Arcares en Z-org (inmiddels samengegaan in ActiZ) een «Zorgbrede Governancecode» (hierna Governance Code) vastgelegd. Daarin staan algemene opvattingen over goed bestuur, toezicht en verantwoording van zorgorganisaties. De leden van de deelnemende brancheorganisaties moeten de code in beginsel naleven. Afwijken kan alleen als daar goede redenen voor worden gegeven («het pas toe of leg uit-principe»). Uit een evaluatie van de code in januari 2009² blijkt dat 78% van de zorgorganisaties de code naleeft. Daarmee is zeker een behoorlijke stap gezet. De brancheorganisaties vinden een verdere verbetering van de code en de naleving daarvan noodzakelijk. Naar aanleiding van de evaluatie van de huidige code zal deze worden aangepast. Naar verwachting zal eind van dit jaar de nieuwe code in werking treden. Wij ondersteunen dit initiatief van harte, maar menen dat deze zelfregulering in de huidige context onvoldoende is om de problemen op te lossen omdat:

- de Governance Code over een aantal onderwerpen (nog) geen regels stelt (bijvoorbeeld over de relatie tussen bestuur en zorgprofessional en rol van de belanghebbenden);
- de Governance Code niet juridisch afdwingbaar is en wij een aantal bepalingen zodanig belangrijk vinden dat wij een dwingend recht nodig achten, zoals het expliciteren van de bevoegdheden en verantwoordelijkheden van bestuurders en interne toezichthouders;
- de handhaving door de sector verbetering behoeft;
- het «pas toe of leg uit-beginsel» ervoor zorgt dat aanbieders van zorg en ondersteuning van de bepalingen kunnen afwijken (indien zij daarvoor een goede reden hebben), terwijl wij van mening zijn dat op een aantal cruciale onderdelen afwijking ten principale ongewenst is, bijvoorbeeld ten aanzien van de minimumbevoegdheden van het toezichthoudend orgaan;
- niet alle aanbieders van zorg en ondersteuning aangesloten zijn bij de Governance Code.

¹ Ongelijkheid speelveld kan ook zo worden uitgelegd dat aanbieders van zorg en ondersteuning in bepaalde categorieën van zorg wel toegang hebben tot privaat kapitaal (want winsttoogmerk toegestaan) en andere categorieën van zorg niet.

² Governance support, Code en praktijk in continue ontwikkeling, Evaluatie van de Zorgbrede Governancecode, 2009.

Dit betekent niet dat de Governance Code of andere initiatieven van zelfregulering overbodig zijn geworden. Integendeel, zelfregulering is essentieel om tot een goede governancestructuur te komen. Wetgeving en zelfregulering zijn als complementair te beschouwen. In wetgeving nemen we de essentiële vereisten op waarvan niet mag worden afgeweken en waarop extern toezicht wordt gehouden. De initiatieven van de veldpartijen zijn voor een aantal onderwerpen juist het geijkte middel om tot oplossingen te komen. Daarbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de werving en taakverdeling van bestuurders en leden van het toezichthoudend orgaan. Ook de wijze waarop de informatieverschaffing door het bestuur aan het toezichthoudend orgaan is geregeld wordt aan het veld overgelaten, mits extern verantwoording wordt afgelegd over de wijze waarop dit is geregeld, bijvoorbeeld via een informatieprotocol. De uitbreiding van verantwoordelijkheden en bevoegdheden van het toezichthoudend orgaan stelt hoge eisen aan de leden. In het verlengde hiervan menen wij, zoals ook gezegd in debatten over diverse casus, dat het aantal nevenfuncties van leden van het toezichthoudend orgaan beperkt zou moeten zijn. Wij roepen de sector op zelf haar verantwoordelijkheid te nemen en door middel van zelfregulering paal en perk te stellen aan het aantal nevenfuncties van leden van het toezichthoudend orgaan. Wij zullen er actief op toezien dat de sector dit onderwerp oppakt en dat er daadwerkelijk maatregelen worden genomen.

Aanvullende maatregelen

In aanvulling op de initiatieven die vanuit het veld in gang zijn gezet, willen wij de raden van bestuur en de toezichthoudende organen in staat stellen en stimuleren zich te richten op het belang van de cliënt, ongeacht de rechtsvorm. Daartoe zullen wij de bevoegdheden en verantwoordelijkheden van bestuur, toezichthoudend orgaan, cliëntenraden en andere belanghebbenden versterken, expliciteren en herijken. Hier is al meerdere malen over gesproken met uw Kamer in debatten over onder andere IJsselmeerziekenhuizen, Meavita, Philadelphia, Zeeuwse ziekenhuizen en Orbis. Wij streven ernaar in de wetgeving de bevoegdheden van bestuurders en interne toezichthouders, daar waar dat kan, zo generiek mogelijk te beschrijven ongeacht de keuze van de rechtsvorm. De IGZ zal toezicht houden op de naleving van onderstaande (deels) nieuwe wettelijke vereisten. Wij willen de volgende maatregelen treffen:

a. Versterking van de positie en professionalisering van het bestuur en het toezichthoudend orgaan

- *Versterking positie bestuur en aanpassing relatie met de (medisch) professional*

Het bestuur is de vertegenwoordiger van de aanbieder en primair verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg en ondersteuning. Zoals toegezegd in de debatten over IJsselmeerziekenhuizen en Philadelphia zal één van de bestuursleden expliciet als portefeuillehouder voor kwaliteit aangewezen dienen te worden, zoals dat nu gebruikelijk is voor bijvoorbeeld de portefeuille financiën. Hiermee hebben zorgverzekeraars, cliënten en de IGZ een duidelijk aanspreekpunt binnen het bestuur. Het bestuur in zijn geheel blijft verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg.

Vanuit haar eindverantwoordelijkheid voor de (kwaliteit van) de geleverde zorg moet het bestuur de (medische) professional kunnen aanspreken op de kwaliteit en veiligheid van geleverde zorg. Daarbij maakt het niet uit of de (medische) professional werkzaam is in dienstverband of in maatschapverband. Om die verantwoordelijkheid waar te maken komen alle wettelijke verplichtingen uit de Wet Cliëntenrechten Zorg (Wcz) te rusten op de zorgaanbieder, en daarmee het bestuur, en niet op de zorgprofessional die de zorg daadwerkelijk

verleent. In het verlengde hiervan is de medisch professional aan het bestuur verantwoording schuldig over door hem geleverde zorg. Met deze uiteenzetting voeren wij de motie Van der Veen c.s.¹ uit. In lijn hiermee zal de zorgaanbieder worden verplicht haar bedrijfsvoering zodanig in te richten, dat ze ook in staat is deze verantwoordelijkheid waar te maken. Zo moet het bestuur een opdracht kunnen geven aan iedere zorgprofessional die binnen zijn muren werkzaam is inzake de wijze waarop en de condities waaronder de zorg wordt verleend of hoe hierover verantwoording wordt afgelegd. Een zorgprofessional in dienstverband zal al uit hoofde van de arbeidsovereenkomst verplicht zijn om verantwoording over zijn handelen af te leggen aan de zorgaanbieder voor wie hij werkzaam is. Indien zorg wordt geleverd door een zorgprofessional met wie de zorgaanbieder geen arbeidscontract heeft, dan moet deze verantwoording op andere wijze worden geregeld. De toelatingsovereenkomst tussen aanbieder en medisch professionals kan hierin geen beletsel vormen. Voor bestaande toelatingsovereenkomsten geldt dat deze in lijn moeten worden gebracht met de normen in de Wcz. De aanpassing volgt binnen een bepaalde overgangstermijn. Anders is bestuursrechtelijk toezicht en handhaving mogelijk en zullen strijdige overeenkomsten nietig zijn.

Het voorgaande betekent uitdrukkelijk niet dat de zorgprofessional geen eigen verantwoordelijkheid heeft. Zorgprofessionals moeten hun verantwoordelijkheid nemen voor de kwaliteit van de zorg die wordt geleverd aan cliënten, en daar ook naar handelen, zoals bijvoorbeeld is neergelegd in het zogenaamde professioneel statuut in geval van een arbeidsovereenkomst. Het bestuur dient toetsbaar geregeld te hebben dat professionals vanzelfsprekend deelnemen aan en zich voegen binnen het professionele kwaliteitssysteem. In ziekenhuizen betekent dit het professionele kwaliteitssysteem van de maatschap/vakgroep, medische staf en wetenschappelijke vereniging. Zij dienen hierover verantwoording af te leggen aan het bestuur. Dit vraagt formeel vastgelegde afspraken tussen bestuur en individuele professionals, of zij nu in loondienst zijn of anderszins verbonden zijn aan de zorginstelling, zoals bijvoorbeeld in ziekenhuizen via een toelatingsovereenkomst. In ziekenhuizen dienen ook de relaties tussen het bestuur en de maatschap/vakgroep, en tussen het bestuur en de medische staf geformaliseerd te worden om daarmee het bestuur vanuit zijn eindverantwoordelijkheid zeggenschap te geven over de rol en verantwoordelijkheid van maatschap/vakgroep en medische staf met betrekking tot waarborging en verbetering van de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Wij vinden het onacceptabel als individuele zorgprofessionals (maar ook maatschap/vakgroep, medische staf of wetenschappelijke vereniging) weten van het bestaan van misstanden, maar deze vervolgens niet melden aan het bestuur. Of erger nog dat professionals gewoon doorgaan met het verlenen van zorg als ze weten dat de veiligheid van cliënten in het geding kan zijn. Indien een professional niet meldt dan kan hij via het reguliere civiele recht, strafrecht en tucht recht aangesproken worden.

- *Versterking, professionalisering en onafhankelijkheid toezichthoudend orgaan*

In de Wcz zal worden verankerd dat het toezichthoudend orgaan beslissingsbevoegdheid heeft omtrent benoeming en ontslag van bestuurders, de jaarrekening goedkeurt en decharge verleent over het gevoerde beleid. Daarnaast krijgt het toezichthoudend orgaan een goedkeuringsrecht ten aanzien van een aantal belangrijke bestuursbesluiten zoals fusies, ingrijpende verbouwingen, verhuizingen van accommodaties. Het toezichthoudend orgaan zal via haar (jaar)verslaglegging verantwoording moeten afleggen op welke wijze zij toezicht heeft gehouden op de integrale verantwoordelijkheid van het bestuur van de zorginstelling. Het wettelijk vereiste dat de leden van het

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 31 700 XVI, nr. 49.

toezichhoudend orgaan onafhankelijk moeten zijn, dat wil zeggen dat zij zonder last of ruggespraak kunnen functioneren, blijft gehandhaafd. Leden van het toezichhoudend orgaan kunnen niet tevens gelijktijdig bestuursfuncties uitoefenen bij rechtspersonen van dezelfde aanbieder. Hiermee geven wij invulling aan de motie Koşer Kaya c.s.¹. Leden van het toezichhoudend orgaan kunnen uitsluitend natuurlijke personen zijn. De gebonden voordracht voor leden van het toezichhoudend orgaan door cliëntenraden wordt dan ook niet langer passend geacht. Cliëntenraden krijgen wel het recht om met de opgestelde profielschets van de leden van het toezichhoudend orgaan en het bestuur in te stemmen. Daarnaast zullen wij de invloed van cliëntenraden op bestuursbesluiten versterken (zie hierna).

b. Verbeteren maatschappelijke inbedding

• *Betere medezeggenschap voor cliëntenraden*

Cliëntenraden zullen op grond van de Wcz mogen adviseren over alle onderwerpen die cliënten aangaan en zij krijgen instemmingsrecht voor een aantal onderwerpen dat nauw raakt aan de dagelijkse leefomgeving van cliënten. Als de cliëntenraad, ook na nader overleg, niet instemmend adviseert en de aanbieder van zorg en ondersteuning zijn besluit toch wenst te nemen, kan hij zich wenden tot een commissie van vertrouwenslieden. De aanbieder kan aan deze commissie toestemming vragen om in afwijking van het advies van de cliëntenraad een besluit door te zetten. De aanbieder kan dus niet buiten de commissie van vertrouwenslieden om een besluit nemen waar de cliëntenraad niet mee heeft ingestemd voor wat betreft onderwerpen waarvoor instemmingsrecht geldt. Ook de financiering van cliëntenraden door aanbieders wordt beter geregeld in de Wcz. Het bestuur van de aanbieder moet het budget vaststellen op grond van een door cliëntenraden jaarlijks in te dienen begroting en werkplan voor medezeggenschap. Cliëntenraden besluiten vervolgens autonoom hoe en waaraan zij het budget besteden. Mocht in de loop van het jaar blijken dat er onvoorziene kosten moeten worden gemaakt, dan kan de cliëntenraad een verzoek tot bijstelling van de begroting indienen. Met deze maatregelen voeren wij de motie Willemse-van der Ploeg² uit. De brancheorganisaties in de zorg en organisaties van cliëntenraden zijn in overleg om de invloed van cliëntenraden bij een aantal onderwerpen die de cliënt nauw raken in een vroeg stadium van het besluitvormingsproces vorm te geven. Wij wachten de uitkomsten van het overleg met belangstelling af.

• *Enquêterecht voor de cliëntenraad*

Het enquêterecht maakt het mogelijk om gedragingen van het bestuur en het toezichhoudend orgaan door de Ondernemingskamer van het Gerechtshof Amsterdam te laten onderzoeken en oplossingen te vinden voor patstellingen. In de praktijk bestaat onduidelijkheid welk cliëntvertegenwoordigend orgaan bevoegd is om een enquêteverzoek in te dienen. Daarnaast wijst de praktijk uit dat sommige aanbieders in de statuten drempels opwerpen in de vorm van zodanige cumulatieve voorwaarden waardoor het indienen van een enquêteverzoek bijkans onbereikbaar is voor cliënten. In de Wcz zal worden bepaald dat de cliëntenraden op basis van de wet het recht van enquête krijgen, ongeacht de rechtsvorm van de aanbieder. Met de invoering van de maatschappelijke onderneming en samenloop van enquêtebevoegdheid zal in wetgeving worden geregeld dat indien een zorgaanbieder een maatschappelijke onderneming is, ofwel de cliëntenraad ofwel de belanghebbendenvertegenwoordiging het recht van enquête heeft. In de statuten kunnen dan geen beperkingen van dat enquêterecht worden opgenomen. Zo is duidelijk dat in ieder geval de cliënten van de eigen instelling bevoegd zijn om een enquêteverzoek in te dienen. De

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar, 2008–2009, 27 295, nr. 143.

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 31 476, nr. 5.

cliëntenraad zal tevens beter worden geëquipeerd om van haar bevoegdheden gebruik te maken. De cliëntenraad is niet afhankelijk van de medewerking van de aanbieder om rechtsgeldig een enquêteverzoek in te kunnen dienen. Cliëntenraden hebben op basis van de Wcz recht op voldoende budget ten laste van de zorgaanbieder. Het budget stelt de cliëntenraad in elk geval in staat om zich te laten bijstaan door een advocaat.

- *Versterking positie lokale overheden*
Lokale overheden, zoals provincies en gemeenten, hebben een groot maatschappelijk belang bij het strategisch beleid van aanbieders van zorg en ondersteuning. Om die reden wordt in het kader van het wetsvoorstel maatschappelijke onderneming geregeld dat lokale overheden als belanghebbenden inspraak kunnen krijgen en op die wijze invloed uitoefenen op het beleid van de aanbieder van zorg en ondersteuning. Hiermee voeren wij de motie van Van der Veen c.s.¹ uit. Het geven van een voordrachtsrecht aan lokale overheden voor de raad van toezicht is niet gewenst. De raad van toezicht is bedoeld als intern orgaan dat onafhankelijk toezicht uitvoert in het belang van de organisatie. De raad van toezicht moet kunnen handelen zonder last of ruggespraak. De raad van toezicht is niet geschikt als forum voor belangenbehartiging.
Het is denkbaar dat aanbieders van zorg en ondersteuning verplicht worden om op verzoek over hun beleid op lange termijn voor de beschikbaarheid van spoedeisende hulp overleg te voeren met betrokken besturen van gemeenten of provincies.
 - *Maatschappelijke verantwoording*
Meer in het algemeen roepen wij zorginstellingen op zich jaarlijks te verantwoorden via bijvoorbeeld een openbare bijeenkomst over hun prestaties onder andere aan de hand van kwaliteitsindicatoren, die onder leiding van het programmabureau Zichtbare Zorg door het veld worden ontwikkeld, richting hun belangrijkste belanghebbenden, waaronder vakbonden, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en zorgkantoren en de lokale overheden. Ook hiermee geven wij invulling aan de hierboven genoemde motie Van der Veen c.s..
- c. *Meer rekenschap en vergroting afrekenbaarheid*
- *Ontslag van falende bestuurders en toezichthouders*
De benoeming en het ontslag van bestuurders is primair de aangelegenheid van het toezichthoudend orgaan van de instelling. Laat het toezichthoudend orgaan dit na en zijn er ernstige vermoedens van wanbeleid dan kunnen de cliëntenraad en de belanghebbenden die in de statuten zijn aangewezen een verzoek richten aan de Ondernemingskamer om onderzoek te starten naar wanbeleid (enquêteprocedure). Onderzoek naar wanbeleid kan het functioneren (doen of nalaten) van bestuurders en hun toezichthouders betreffen. De Ondernemingskamer kan vervolgens maatregelen of voorzieningen treffen zoals het schorsen of ontslaan van bestuurders of interne toezichthouders. Daarnaast voorziet het Burgerlijk Wetboek op dit moment al in een specifieke mogelijkheid waarbij de rechtbank op verzoek van het openbaar ministerie of iedere belanghebbende kan oordelen dat bestuurders van een stichting kunnen worden ontslagen indien zij zich schuldig maken aan wanbeheer over het vermogen. Vanwege de gewenste bundeling van expertise en de ontwikkeling van jurisprudentie voor soortgelijke zaken in de semipublieke sectoren vindt een nadere oriëntatie plaats naar de concrete meerwaarde die de oprichting van een gezamenlijke publieke kamer bij de rechtbank wellicht kan opleveren.

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 31 700, nr. 50.

- *Persoonlijke aansprakelijkheid bestuurders in de zorg*
Wanbeleid moet naar onze mening kunnen leiden tot persoonlijke aansprakelijkstelling van bestuurders en toezichthouders. Het past niet bij goed bestuur dat bij vermoedens van disfunctioneren de bestuurders vervolgens met een afkoopsom vertrekken. Voor de aansprakelijkstelling van bestuurders jegens derden, de externe aansprakelijkheid, staan reguliere schadevergoedingsacties open (zoals wanprestatie of actie uit onrechtmatige daad). Voor de aansprakelijkstelling van bestuurders jegens de rechtspersoon, de interne aansprakelijkheid, geldt de norm van artikel 2:9 BW. Dat artikel bepaalt dat iedere bestuurder tegenover de rechtspersoon is gehouden tot een behoorlijke taakvervulling van de aan hem opgedragen taak. In de Wcz zal daaraan een sectorspecifieke verduidelijking worden gegeven door op te nemen welke taken en bevoegdheden bestuurders en leden van de raad van toezicht uitoefenen. Als concreet voorbeeld geldt het opnemen van een wettelijke meldingsplicht voor bestuurders van ernstige financiële en/of kwaliteit/veiligheidsproblemen aan het early warning systeem. Indien bestuurders dit nalaten zijn zij aansprakelijk. Daarnaast is het wenselijk om ook het functioneren van het toezichthoudend orgaan toetsbaar te maken. Dit gebeurt door het van overeenkomstige toepassing verklaren van art 2:9 BW op de taakuitoefening van de leden van het toezichthoudende orgaan zoals bedoeld in de Wcz. Gelet op het bovenstaande is een sectorspecifieke aanpassing van de algemene bestuurdersaansprakelijkheidsnorm van artikel 2:9 BW niet nodig. Bovendien geldt dat ook in andere semipublieke sectoren geen sprake is van een verzwaarde vorm van interne aansprakelijkheid voor bestuurders. Met deze uiteenzetting voeren wij de motie Van der Veen c.s.¹ uit en komen wij tegemoet aan toezeggingen in de debatten rond de casus.
- *Beloning van bestuurders en toezichthouders wordt geplafonneerd*
De Nederlandse vereniging van Ziekenhuisdirecteuren (NVZD) en de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders (NVTZ) in de zorg hebben hun krachten gebundeld en zijn bezig om een nieuwe beloningscode voor de zorg te ontwerpen. Wij vinden het een goede zaak dat bestuurders en toezichthouders hun eigen loonontwikkeling aan banden willen leggen en de vrijblijvendheid van de huidige regelingen willen beëindigen. We zullen het voorstel voor de nieuwe beloningscode bekijken en verbinden met het wetsvoorstel dat het kabinet zal indienen over de normering van de topinkomens in de publieke en de semi-publieke sector. In dit wetsvoorstel zullen de topbeloningen in de publieke sector aan banden worden gelegd.

§ 2. Continuïteit van zorg en ondersteuning

Bij de veranderde verantwoordelijkheidsverdeling behoort onvermijdelijk ook dat aanbieders het risico lopen het verkeerd te doen, en daarvan ook de consequenties ondervinden. In de voorbije maanden zijn we met een aantal casus geconfronteerd waarin tekortschietende zorgaanbieders in financiële problemen zijn gekomen of waarbij aan het licht kwam dat er al langer sprake was van ernstige bedreiging van de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

Niettemin kan het onder omstandigheden zo zijn dat dergelijke problemen niet «slechts» op het bord liggen van de betreffende aanbieder, maar dat ook belangen van cliënten rechtstreeks in het geding zijn. Daarvan is met name sprake als de continuïteit van zorg in het gedrang komt. In deze paragraaf wordt inzicht gegeven in de wijze waarop de belangen van cliënten zonodig extra beschermd worden.

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 31 700, nr. 49.

Hoewel de casus van instellingen met financiële en/of kwaliteits- en veiligheidsproblemen in de voorbije maanden wezenlijk van elkaar verschilden, was er in alle gevallen sprake van een dreigend gevaar voor de continuïteit van zorg en ondersteuning met een enorme impact op cliënten, werknemers en andere belanghebbenden. Vanwege het belang van de continuïteit van zorg en ondersteuning en deze impact vinden wij het belangrijk dat instellingen het ontstaan van deze problemen zoveel als mogelijk voorkomen. Naar onze waarneming is de kwaliteit van het optreden van het bestuur en het toezicht binnen de instelling van doorslaggevende betekenis op het al dan niet ontstaan van deze problemen. De in voorgaande paragraaf gepresenteerde maatregelen ter versterking van de governance achten wij in dit kader dan ook allereerst van groot belang.

Er zal echter altijd rekening gehouden moeten worden met situaties waarin, als gevolg van financiële en/of kwaliteits-, veiligheidsproblemen, sprake is van een bedreiging van de continuïteit van zorg. Uit de recente voorvallen kunnen, hoewel zij van elkaar verschilden, in de kern drie lessen worden getrokken:

1. Het ontstaan van financiële en/of kwaliteits-, veiligheidsproblemen bij een aanbieder van zorg en ondersteuning wordt te laat onderkend door desbetreffende aanbieder en belanghebbenden.
2. Er is sprake van onvoldoende helderheid over de verantwoordelijkheden en rollen van betrokken partijen bij het garanderen van continuïteit van zorg en ondersteuning.
3. In het uiterste geval dat ingrijpen van overheidswege noodzakelijk is, beschikt zij over te weinig instrumenten om de continuïteit van zorg afdoende te kunnen waarborgen.

Vanwege het belang van de continuïteit van zorg, alsmede de vereiste snelheid van handelen, is in ieder geval een heldere rolverdeling tussen verschillende betrokken partijen van groot belang. De NZa¹ en de RVZ² hebben ons recent adviezen gestuurd over de rollen en verantwoordelijkheden van verschillende partijen om de continuïteit van zorg te waarborgen wanneer instellingen in financiële problemen verkeren. Deze adviezen zijn als bijlage bij deze brief gevoegd.³

In deze paragraaf geven we onze visie op de verantwoordelijkheidsverdeling bij het waarborgen van de toegankelijkheid (continuïteit en beschikbaarheid van zorg) binnen de Zvw en de AWBZ en onze reactie op de adviezen van de NZa en de RVZ. Aan het einde van deze paragraaf staan wij specifiek stil bij de Wmo.

Toegankelijke zorg

De overheid is verantwoordelijk voor het waarborgen van de publieke belangen: toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit. Daarbij zien wij het als onze verantwoordelijkheid om de juiste randvoorwaarden te stellen, waarbinnen zorgaanbieders alsmede zorgverzekeraars effectief kunnen opereren. Wij zijn daarbij van mening dat in beginsel de publieke belangen effectief geborgd worden door aanbieders de ruimte en verantwoordelijkheid te geven kwalitatief goede zorg op een efficiënte wijze aan te bieden. Daarbij vertegenwoordigen verzekeraars en zorgkantoren de cliënt en kopen zij, in onderhandeling met de aanbieder, zorg in voor hun cliënten tegen een zo goed mogelijke prijs/kwaliteitsverhouding. Om voorgaande verantwoordelijkheidsverdeling te faciliteren voeren wij zowel in de Zvw als in de AWBZ vormen van prestatiebekostiging in. Vanuit onze verantwoordelijkheid voor het publieke belang van een toegankelijke zorg is het echter soms noodzakelijk aanvullende maatregelen te nemen om de toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorg te waarborgen, zoals ook is aangegeven in de debatten over de IJsselmeerziekenhuizen en de Zeeuwse ziekenhuizen. Dit is het geval bij typen zorg die onvoldoende beschikbaar komen als zij alleen met een vorm van

¹ Advies zorgaanbieders met financiële problemen in het nieuwe zorgstelsel, Nederlandse Zorgautoriteit, juni 2009.

² Steunverlening zorginstellingen, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2009.

³ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

prestatiebekostiging worden bekostigd. Als voorbeeld wijzen wij op het voornemen om in de ziekenhuiszorg naast een segment met vrije prijzen (B-segment) en een segment dat wordt bekostigd op basis van prestatiebekostiging met integrale, gereguleerde tarieven een segment in te voeren dat niet volledig kan worden bekostigd op basis van declarabele zorgprestaties. Functies die mogelijk in aanmerking komen voor (gedeeltelijke) bekostiging via dit segment zijn: de beschikbaarheid van de spoedeisende hulp (SEH), traumazorg en daaraan gerelateerd voorzieningen en de donoruitnameteams. De NZa zal aan het einde van dit jaar een advies uitbrengen over de wijze waarop deze bekostiging het beste vormgegeven kan worden. Ook binnen de GGZ zijn hiervan voorbeelden, zoals beschikbaarheid van zeven maal 24 uur crisisdienst en de opnameafdelingen voor gedwongen opname.

Continuïteit van zorg

Indien de bekostiging van alle noodzakelijke vormen van zorg afdoende is geregeld, dan kan er in specifieke gevallen nog altijd sprake zijn van een bedreiging van de continuïteit van zorg. Dit kan het geval zijn indien een individuele zorgaanbieder in ernstige financiële problemen raakt door bijvoorbeeld tegenvallende omzet of onrendabele investeringen. Momenteel is voor alle betrokken partijen echter onvoldoende duidelijk wat verstaan moet worden onder continuïteit van zorg.

Bij de behandeling van de casus IJsselmeerziekenhuizen bleek dat helderheid ontbrak over wat een systeemziekenhuis is. Meer helderheid in dit kader begint bij het vaststellen van de zorgvormen die wij als cruciaal beschouwen (systeemfuncties). Indien het mogelijk is om cruciale zorgfuncties te expliciteren, alsmede de mate waarin deze functies beschikbaar c.q. bereikbaar dienen te zijn, kan objectiever dan momenteel het geval is, worden vastgesteld of er sprake is van een bedreiging van de continuïteit van zorg als een instelling in financiële problemen verkeert. Met cruciale zorgfuncties bedoelen wij die zorg waarvoor geldt dat wanneer zij (tijdelijk) niet (voldoende dichtbij) beschikbaar is, cliënten ernstige (gezondheids)schade kunnen oplopen of (met name bij langdurige zorg) ernstig worden belemmerd in hun dagelijks leven. Doorlevering van cruciale zorgvormen moet ons inziens zoveel als mogelijk gewaarborgd zijn, ook als een aanbieder van deze zorgvormen in ernstige financiële problemen verkeert. Met andere woorden cliënten die desbetreffende zorg ontvangen, moeten er zoveel als mogelijk op kunnen rekenen dat deze zorg beschikbaar blijft. Overigens zullen niet alle instellingen die cruciale zorg leveren zelf ook cruciaal zijn voor de continuïteit van zorg. In de randstad is bijvoorbeeld meer vervangend aanbod aanwezig dan in rurale gebieden.

In de curatieve zorg zal cruciale zorg in ieder geval betrekking hebben op de spoedeisende hulp (45 minuten norm). Voor wat betreft planbare, electieve zorg zullen cliënten daarentegen over het algemeen uit voldoende alternatieven kunnen kiezen in het geval een bepaalde zorgaanbieder niet meer in staat is de zorg te verlenen. In 2005 stelde het College Bouw Zorginstellingen (CBZ) (in het signaleringsrapport Curatieve basiszorg: vraag, aanbod en infrastructuur) dat een basisziekenhuis zich richt op in ieder geval spoedeisende hulp. Daarbij dienen volgens het CBZ de volgende specialismen aanwezig te zijn: interne geneeskunde, algemene heelkunde, cardiologie, kindergeneeskunde, orthopedie, urologie, verloskunde en gynaecologie, oogheelkunde, kno-heelkunde, dermatologie, neurologie, pulmonologie, anesthesiologie en radiodiagnostiek. Op dit moment wordt onderzocht of dit profiel voldoet en wat het profiel moet zijn waaraan een SEH minimaal moet voldoen om de kwaliteit van de zorg te waarborgen. De eerste resultaten zijn aan het einde van de zomer beschikbaar. Wij nemen deze mee in de nadere bepaling van vormen van acute zorg, de bijbehorende specialismen, competenties en faciliteiten die in een regio beschikbaar moeten zijn en blijven, zoals ook is

toegezegd in het debat over de Zeeuwse ziekenhuizen. U ontvangt hierover nog dit jaar een brief. Daarnaast levert een ziekenhuis ook zorg aan chronische patiënten, vaak in ketenverband met de eerstelijnszorg. Deze zorg dient bereikbaar te zijn op niet te grote afstand van de patiënt, ook om daarmee ketenzorg mogelijk te blijven maken.

Bij het vaststellen van cruciale zorg in de AWBZ moet rekening worden gehouden met het gegeven dat cliënten voor hun dagelijks leven vaak afhankelijk zijn van de geboden zorg. Deze zorg moet dan ook in beginsel ononderbroken geleverd worden. Voor de intramurale langdurige zorg geldt daarenboven dat cliënten, soms al jarenlang, wonen in desbetreffende zorginstelling. In dat kader is het van belang dat, zoveel als mogelijk is, deze cliënten de zorg blijven ontvangen in de voor hen vertrouwde en veilige omgeving. In de AWBZ staat de kwaliteit van het bestaan centraal, daarmee is het op voorhand minder eenvoudig om kwantitatieve normen te stellen (zoals de 45 minuten norm met betrekking tot de SEH). Evenwel zullen wij de komende tijd in overleg met de NZa ook voor de AWBZ trachten tot een duidelijker kader te komen. Zowel de NZa als de RVZ stellen dat het vaststellen van cruciale zorgfuncties een noodzakelijke voorwaarde is om te kunnen bepalen of de continuïteit van zorg in het geding is. Wij onderschrijven dit advies. De komende tijd willen wij daarom, zoals gezegd, onderzoeken welke zorgfuncties als cruciale zorg zijn te karakteriseren. Daarbij zullen wij ook bezien of het wenselijk is normen op te stellen inzake de beschikbaarheid of bereikbaarheid van deze cruciale zorgvormen.

Vroegtijdige signalering

Om vroegtijdig te signaleren dat de continuïteit van cruciale zorg in gevaar kan komen, is het voorts noodzakelijk dat een early warning systeem wordt opgezet. Zowel signalen ten aanzien van financiën als ten aanzien van kwaliteit en veiligheid kunnen duiden op een gevaar voor de continuïteit van zorg. Ten aanzien van signalen dat niet meer aan kwaliteits- of veiligheidsnormen dreigt te worden/wordt voldaan zal een meldingsplicht gelden waaraan bestuurdersaansprakelijkheid gekoppeld zal worden bij niet melden. Bestuurders en interne toezichthouders zullen dit soort signalen moeten melden bij de IGZ.

Signalen ten aanzien van kwaliteit en veiligheid zullen vaak samengaan met signalen van financiële problemen. Een signaal van financiële problemen kan een teken zijn dat er problemen (dreigen te) ontstaan voor de kwaliteit en andersom. In de rest van deze paragraaf zullen wij ingaan op signalen ten aanzien van financiële problemen. Hierover hebben wij ook regelmatig met uw Kamer gesproken tijdens de debatten over de casus. Conform het NZa-advies zijn wij voornemens het beheer van het early warning systeem voor financiële problemen bij de NZa te positioneren. De NZa adviseert om op basis van een beperkte set indicatoren een early warning systeem op te zetten en een meldplicht in te stellen voor bestuurders van instellingen die cruciale zorg leveren. Het early warning systeem moet zodanig worden ingericht dat tijdige signalering daadwerkelijk mogelijk wordt, terwijl de administratieve lasten tot een minimum beperkt blijven. Vanuit die optiek stellen wij voor het early warning systeem langs vier lijnen vorm te geven: Allereerst krijgen bestuurders en interne toezichthouders van een zorgaanbieder een wettelijke plicht om (dreigende) financiële problemen te melden bij de NZa en dreigende kwaliteits/veiligheidsproblemen bij de IGZ. Hiertoe wordt een beperkt aantal indicatoren benoemd, waarbij als een drempelwaarde wordt overschreden gemeld moet worden. Daarbij kan worden gedacht aan kwantitatieve, financiële indicatoren zoals de solvabiliteits- en liquiditeitsratio's. De invulling van de drempelwaarden zal door de NZa geschieden op basis

van beleidsregels. Tegelijkertijd zijn er ook kwalitatieve criteria te benoemen, die een voorspellende waarde hebben. Zo brengen omvangrijke bouwinvesteringen en fusietrajecten risico's met zich mee voor de financiële positie van een zorgaanbieder. Indien bij een zorgaanbieder op basis van de indicatoren sprake is van (een risico op) financiële problemen dienen bestuurders en toezichthouders dit tijdig te melden bij de NZa op straffe van bestuurdersaansprakelijkheid. Voorgaande verplichting zal in elk geval gaan gelden voor zorgaanbieders die cruciale zorgvormen aanbieden. Wij denken daarbij aan ziekenhuizen die noodzakelijk zijn vanuit het oogpunt van bereikbaarheid van de SEH (45 minuten norm). In de langdurige zorg denken wij in elk geval aan de aanbieders die intramurale AWBZ-zorg leveren. De komende tijd zal de precieze reikwijdte van genoemde meldingsplicht nader worden uitgewerkt. In verband met de mogelijke samenhang tussen financiële problemen en (dreigende) kwaliteits/veiligheidsproblemen zijn de NZa en de IGZ samenwerkingsafspraken aan het maken met betrekking tot het early warning systeem.

Ten tweede en aanvullend op de meldingsplicht voor bestuurders en toezichthouders stellen wij voor dat zorgverzekeraars en zorgkantoren ook een rol kunnen vervullen bij het vroegtijdig signaleren van financiële problemen bij zorgaanbieders. Zo zou gebruik gemaakt kunnen worden van de huidige early warning systemen van de zorgkantoren. Daarom zullen wij de NZa en de IGZ vragen bij de verdere vormgeving van het early warning systeem ook de zorgverzekeraars, zorgkantoren en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) te betrekken. Als derde zal er een meldlijn («kliklijn») bij de NZa geopend worden, waar cliënten en belanghebbenden financiële en/of kwaliteits/veiligheidsproblemen bij zorgaanbieders kunnen melden, in geval bestuurders en interne toezichthouders dit nalaten. Als laatste zal de NZa, net als de IGZ, ook zelf steekproefsgewijs de financiële situatie van zorgaanbieders monitoren en daarmee controleren of aanbieders zich houden aan hun meldingsplicht. Hiertoe maakt de NZa gebruik van gegevens die nu al beschikbaar zijn uit bijvoorbeeld het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. De NZa zal over onderlinge signalering afspraken maken met in elk geval de IGZ. Immers, financiële problemen kunnen een voorloper zijn van een dalende kwaliteit van zorg en vice versa. We zullen bezien hoe de uitwisseling van signalen tot stand kan komen vanuit het gegeven dat het om bedrijfsgevoelige informatie kan gaan.

Verantwoordelijkheidsverdeling bij instellingen in financiële problemen
Indien de NZa op basis van het early warning systeem constateert dat er sprake is van (dreigende) financiële problemen zal de NZa samen met de IGZ in overleg met belanghebbenden vaststellen of er sprake is van een bedreiging van de continuïteit van zorg. Bij deze vaststelling zal de NZa gebruik maken van de op te stellen normen ten aanzien van de beschikbaarheid en bereikbaarheid van cruciale zorg. Tegelijkertijd zal de NZa hierbij ook rekening houden met omstandigheden van de regio waarbinnen desbetreffende zorgaanbieder opereert, bijvoorbeeld met de capaciteit in de omgeving om cliënten over te nemen.

Indien de continuïteit van zorg niet bedreigd wordt, is er verder geen overheidsrol ten aanzien van de zorgaanbieder in financiële problemen. Indien er echter wel sprake is van een bedreiging van de continuïteit van cruciale zorg zal de overheid ervoor zorgen dat de continuïteit van die zorg zo goed mogelijk wordt gewaarborgd. Uit de ervaringen met de recente casus en naar aanleiding van gesprekken met onder andere Zorgverzekeraars Nederland, alsmede externe juridische en economische deskundigen is de conclusie gerechtvaardigd dat het niet houdbaar is op basis van de zorgplicht zorgverzekeraars en zorgkantoren onder alle omstandigheden verantwoordelijk te houden voor de continuïteit van

zorg¹. Wanneer zorgverzekeraars en zorgkantoren hiervoor wel verantwoordelijk zouden worden gehouden, treedt er ook een spanning op. Een spanning tussen de verplichting om kwalitatief goede zorg in te kopen voor een goede prijs en het mogelijk gedwongen in stand houden van zorgfuncties die, mogelijk vanwege een slechte kwaliteit of te hoge prijs, dreigen te verdwijnen. Genoemde overheidsverantwoordelijkheid voor de continuïteit van cruciale zorg betekent echter niet dat zorgverzekeraars en zorgkantoren geen medeverantwoordelijkheid hiervoor dragen.

De RVZ en de NZa delen de analyse dat zorgverzekeraars en zorgkantoren niet verantwoordelijk gehouden kunnen worden voor het in stand houden van een instelling. Zij adviseren ons echter ook dat de overheid alleen in uitzonderlijke gevallen steun moet verlenen aan instellingen. Door in beginsel niet in te grijpen bij instellingen in financiële problemen, blijft het voor de veldpartijen duidelijk dat zij zelf verantwoordelijk zijn voor het blijven leveren of inkopen van goede zorg. Wij onderschrijven dit. De overheidsverantwoordelijkheid ten aanzien van de continuïteit van zorg betekent naar onze mening niet dat de overheid direct moet interveniëren en de rol van bestuurders en toezichthouders moet overnemen in geval van financiële problemen. Het is primair aan de zorgaanbieder zelf, in nauw overleg met zijn belanghebbenden waaronder de zorgverzekeraar(s)/zorgkanto(o)r(en), om orde op zaken te stellen in geval van financiële problemen. Ons uitgangspunt is daarbij dat de noodlijdende instelling failliet gaat, indien bestuurders en interne toezichthouders er niet in slagen om de ontstane financiële problemen tijdig en afdoende op te lossen. De mogelijkheid van faillissement spoort bestuurders en toezichthouders aan orde op zaken te stellen indien nodig, maar vooral om te voorkomen dat financiële problemen ontstaan.

Wij stellen ons op het standpunt dat ook een aanbieder van cruciale zorg failliet moet kunnen gaan. Tegelijkertijd zijn wij van mening dat zo veel als mogelijk de cruciale zorg aan hulpbehoevende cliënten doorgeleverd dient te worden. Indien een faillissement zich voordoet, kunnen andere aanbieders de failliete instelling of de zorgactiviteiten van de failliete instelling overnemen. In het uitzonderlijke geval dat er geen andere geïnteresseerde aanbieders zijn, zullen nieuw op te richten stichtingen de levering van noodzakelijke zorg tijdelijk overnemen en de benodigde reorganisatie ter hand nemen. Vervolgens kunnen de zorgactiviteiten zo spoedig mogelijk worden overgedragen aan een geïnteresseerde aanbieder.

Overheidsingrijpen in uitzonderlijke gevallen vóór faillissement

Alleen in die gevallen waar het waarborgen van de continuïteit van zorg na het moment van faillissement evident meer nadelige maatschappelijke effecten heeft dan vóór het moment van faillissement, zou de overheid vóór faillissement moeten kunnen interveniëren bij een instelling in financiële problemen. Deze interventie heeft tot doel het waarborgen van continuïteit van essentiële zorgfuncties en niet primair het in stand houden van een noodlijdende instelling. Deze taak wordt gepositioneerd bij het College Sanering Zorginstellingen (CSZ). Het CSZ zal, nadat zij een signaal heeft ontvangen van de NZa dat er sprake is van een bedreiging van de continuïteit van zorg een analyse maken van de maatschappelijke effecten om te bepalen of ingrijpen vóór het moment van faillissement aan de orde is. Bij deze analyse kunnen de volgende aspecten worden betrokken:

- inschatting van het gevaar van weglopen van essentieel zorgpersoneel als niet vóór faillissement wordt ingegrepen;
- kosten van eventuele steunverlening zowel voor als na faillissement;
- de impact op de kwaliteit van leven van cliënten als niet voor faillissement wordt ingegrepen;

¹ Hierbij geven wij invulling aan de toezegging tijdens het debat over de Jsselmeeziekenhuizen ten aanzien van de zorgplicht van verzekeraars.

- inschatting of in de voorliggende specifieke situatie de belangen van de curator parallel zullen lopen met het belang van continuïteit van zorg.

Wij zullen het CSZ vragen om de komende tijd de genoemde analyse van de maatschappelijke effecten verder uit te werken en te concretiseren.

Om effectief te kunnen optreden, wanneer ingrijpen vóór faillissement de beste optie is, is uitbreiding van het instrumentarium van het CSZ noodzakelijk. Het CSZ zal de wettelijke bevoegdheid krijgen om een aanwijzing te geven aan een zorgaanbieder om een saneringsplan op te stellen. Deze aanwijzing kan ook voorwaarden bevatten waaraan het saneringsplan dient te voldoen, inclusief voorwaarden om de kwaliteit en veiligheid van zorg en ondersteuning te blijven garanderen. In afwijking van het advies van de RVZ willen wij het CSZ de wettelijke bevoegdheid geven om, in het uiterste geval, tijdelijk een bewindvoerder aan te stellen. De precieze voorwaarden waaronder deze bewindvoerder kan worden aangesteld alsmede zijn bevoegdheden zullen in komende wetgeving nader worden geconcretiseerd. We denken aan bevoegdheden van onderzoek doen, een aanwijzing geven om een bepaald besluit (niet) te nemen tot aan het overnemen van de bevoegdheden van het interne toezichthoudende orgaan. Wanneer er sprake van is dat falend bestuur geleid heeft tot discontinuïteit van cruciale zorg, zal het mogelijk moeten zijn dat de bewindvoerder bestuurders en/of interne toezichthouders aansprakelijk kan stellen en in het uiterste geval een verzoek richt aan de rechtbank om bestuurders te doen ontslaan. Afhankelijk van de casus zal de bewindvoerder passende bevoegdheden inzetten. Wij benadrukken dat ons inziens een bewindvoerder uitsluitend kan worden ingezet als de continuïteit van cruciale zorg in gevaar is. Hiermee geven wij invulling aan de toezeggingen over de bewindvoerder in de diverse debatten (waaronder IJsselmeerziekenhuizen, Philadelphia, Meavita).

Steunverlening door de overheid

Zowel bij het waarborgen van de continuïteit van zorg voor als na het moment van faillissement kan financiële steunverlening door de NZa noodzakelijk zijn. De NZa heeft in haar advies een analyse gegeven van haar huidige steuninstrument en de punten waarop het moet worden aangepast aan systemen, waarin steeds meer prestatiebekostiging en contracteervrijheid bestaan. De NZa heeft voor haar advies gebruik gemaakt van het rapport van de RVZ over steunverlening aan zorginstellingen. Los van de hierboven reeds aangestipte adviezen onderscheiden de RVZ en de NZa verschillende regimes voor steunverlening vanuit Europeesrechtelijk perspectief. Steunverlening is een instrument dat slechts bij uitzonderlijke situaties ingezet kan worden en zal in alle gevallen in overeenstemming dienen te zijn met het Europese recht.

De adviezen van de RVZ en de NZa sluiten op hoofdlijnen aan bij het beleid ten aanzien van continuïteit zoals in deze paragraaf beschreven. Wij zullen de NZa vragen om in overleg met het CSZ en andere belanghebbenden de wijze waarop steun zal worden verleend en gefinancierd verder uit te werken, waarbij vanzelfsprekend rekening wordt gehouden met het Europese recht. Indien noodzakelijk zal hierbij, conform het advies van de NZa, onderscheid gemaakt moeten kunnen worden tussen de korte en langere termijn aanpassingen. Wij willen de NZa daarbij ook vragen om te onderzoeken hoe een boedelkrediet verstrekt kan worden aan een curator van een failliete instelling, wanneer hij daar behoefte aan heeft, voor tijdelijke doorlevering van zorg.

Continuïteit van ondersteuning

De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de Wmo ligt bij gemeenten. Een belangrijk onderdeel van de Wmo betreft de «compensatieplicht»

die de gemeente heeft. Ter compensatie van de beperkingen die de burger ondervindt in zijn zelfredzaamheid en participatie, treft de gemeente voorzieningen. Om die voorzieningen te kunnen treffen, maken gemeenten – na aanbesteding – contractuele, privaatrechtelijke, afspraken met aanbieders van ondersteuning. Deze aanbieders hebben vervolgens een leveringsplicht jegens de gemeente.

Gemeenten weten doorgaans wel andere aanbieders te vinden die de levering over kunnen nemen ofwel de periode tot een volgende aanbesteding kunnen overbruggen. Bedacht zij, dat problemen met levering van diensten, in het geval de aanbieder in financiële problemen verkeert, voor veel gemeenten niet nieuw zijn (sedert de introductie van de Wmo). Ook bij andere publieke diensten die worden aanbesteed, zoals de vuilnisophaal, werd en wordt tot oplossingen gekomen voor de doorlevering van diensten ingeval de leverancier in financiële problemen geraakt.

Hoewel de verantwoordelijkheid voor de continuïteit van ondersteuning in het kader van de Wmo bij gemeenten ligt en zij daarbij adequaat handelen, kan het Rijk daaraan, vanuit haar systeemverantwoordelijkheid, wel bijdragen.

Ten eerste op het gebied van informatie-uitwisseling. De NZa kan snel signalen uit het early warning systeem van instellingen in financiële problemen uitwisselen aan individuele betrokken gemeenten. Verder zullen de betrokken bestuurders snel geïnformeerd worden over voor de continuïteit van ondersteuning relevante signalen van het CSZ over instellingen die ook gemeenten bedienen. Bij deze informatie uitwisseling zal vanzelfsprekend rekening worden gehouden met de bedrijfsvertrouwelijkheid van de informatie. De ervaring met de casus Meavita heeft geleerd dat het van groot belang is dat gemeenten en Rijk in dergelijke gevallen over dezelfde informatie beschikken om samen goed op te kunnen trekken.

In algemene zin geldt dat gemeenten de afgelopen jaren veel lering hebben getrokken uit de eerste aanbestedingsronde Wmo. Een belangrijke les is bijvoorbeeld dat je als gemeente niet te zeer afhankelijk moet worden van één aanbieder, omdat dit kwetsbaarheid bij een eventueel faillissement vergroot. De aanbestedingsregels bieden daarvoor goede aanknopingspunten. Deze zomer zal de staatssecretaris van VWS, als tweede initiatief, één en ander nader uitwerken en hiertoe handreikingen aan gemeenten ter beschikking stellen. Eén van die handreikingen kan bestaan uit het aanbesteden van zogenoemde raamovereenkomsten met meerdere aanbieders waarin stringente geschiktheidscriteria worden gesteld. Deze geschiktheidscriteria kunnen desgewenst gerelateerd worden aan de omvang van de verplichtingen die een opdrachtnemer op zich neemt.

Voorts blijkt er behoefte te bestaan aan een beter inzicht in de mogelijkheden tot ingrijpen door gemeenten bij dreiging van faillissement; wat kan en mag een gemeente doen in geval van een noodsituatie. Voor een goed inzicht in de kwetsbaarheid van de burger bij eventueel faillissement van thuiszorgaanbieders is het van belang dat transparant is welk aandeel welke aanbieder in een bepaalde regio heeft. Om dit inzichtelijk te maken wordt momenteel een eenmalig onderzoek uitgevoerd. Dit mede naar aanleiding van een vraag van het Kamerlid Van Miltenburg. De resultaten daarvan zullen in dit kader ook aan alle gemeenten beschikbaar worden gesteld. Daarna is het zaak dat gemeenten hieromtrent elementen opnemen in hun bestekken.

Wij gaan er vanuit dat gemeenten bij het waarborgen van de continuïteit van ondersteuning niet alleen kijken naar het belang van de burgers, maar ook naar het belang van het personeel van de betrokken instelling. Dit

vanuit een klantvriendelijke houding jegens haar burgers, die zo min mogelijk geconfronteerd willen worden met verandering van hulp ingeval de aanbieder van ondersteuning niet meer in staat is de ondersteuning te leveren. De gemeente heeft er zelf ook belang bij dat betrokken medewerkers snel van werk naar werk worden geholpen. Dit, om te voorkomen dat het beroep op de Wet Werk en Bijstand wordt vergroot. De overlegbepaling in het voorstel tot wijziging van de Wmo – die onlangs in de Tweede Kamer met algemene stemmen is aanvaard – biedt daartoe concrete handreikingen.

De sturingsfilosofie van de Wmo heeft niet alleen haar neerslag gekregen in de wet, maar ook in het financieel arrangement. Ook deze afspraken kenmerken zich door een grote mate van vrijheid. Nog los van het feit dat een centraal door het Rijk gefinancierde voorziening voor instellingen in de financiële problemen tot perverse prikkels zou leiden bij gemeenten (afwenteling van individuele risico's op het collectief), verhoudt zich dat niet tot de basisgedachten achter de Wmo. Dat laat onverlet dat binnen het financieel arrangement respectievelijk het Gemeentefonds gezocht zou kunnen worden naar een vorm van een steunfaciliteit. Dit bij het ontbreken van instrumentarium zoals waarover de NZa beschikt in het kader van de AWBZ. Ten derde is de staatssecretaris van VWS bereid de wenselijkheid en mogelijkheden daartoe, samen met de staatssecretaris van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en de VNG, te onderzoeken.

§ 3. Samenwerkingsvormen in de zorg

We zien in toenemende mate vormen van samenwerking tussen aanbieders van zorg en ondersteuning die in het belang van cliënten zijn. Bijvoorbeeld samenwerking gericht op innovatie, het verbeteren van de ketenzorg, het aanbieden van buurtgerichte zorg of het behalen van schaalvoordelen door gezamenlijke inkoop. Deze veelheid aan goede nieuwe samenwerkingsinitiatieven is een gevolg van de toenemende ruimte voor aanbieders van zorg en ondersteuning om naar eigen inzicht aan de wensen en behoeften van cliënten tegemoet te komen.

Tegelijkertijd zien we ook fusietrajecten waarbij voorafgaand aan de fusie onvoldoende lijkt te zijn nagedacht over de te bereiken doelen en effecten van de fusie. En we zien fusies waarbij gestelde doelen onvoldoende worden gerealiseerd. Voorts zijn wij van mening dat er sprake is van het onvoldoende betrekken van belanghebbenden, zoals cliëntenraden, patiëntenorganisaties, vakbonden en lokale overheden, bij de besluitvorming rond fusies. Gevolg hiervan kan zijn dat het belang van de cliënt niet centraal staat in het fusieproces («missiegedreven leiderschap») maar dat de fusie vooral bijdraagt aan realisatie van andere belangen. De ultieme consequentie kan zijn dat de menselijke maat onder druk komt te staan en de aandacht voor de kwaliteit van zorg vermindert.

Recente casus zoals Meavita illustreren dat scherpere voorwaarden ten aanzien van fusies nodig zijn om ongewenste maatschappelijke gevolgen te voorkomen.

De afgelopen periode hebben wij met uw Kamer meerdere malen gesproken over samenwerkingsvormen in de zorg en ondersteuning in het algemeen en fusies en verticale integratie tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder in het bijzonder. Uit deze debatten en ook uit onze contacten met het veld en de ervaringen van de toezichthouders blijkt dat er onduidelijkheid bestaat over wat wel en wat niet is toegestaan op het gebied van samenwerking en over de rolverdeling hierbij tussen de verschillende betrokken toezichthouders, waaronder de IGZ, de NZa en de NMa. Aanbieders van zorg en ondersteuning moeten ook wennen aan het feit dat er grenzen worden gesteld aan bepaalde samenwerkingsvormen;

door sommigen wordt zelfs gesproken over de noodzaak van een cultuuromslag.

Wij zijn van mening dat langs drie lijnen maatregelen noodzakelijk zijn:

- bieden van meer transparantie over welke samenwerkingsvormen wel en welke niet zijn toegestaan;
- verbeteren van het interne besluitvormingsproces aangaande fusies en het versterken van de invloed van belanghebbenden op deze besluitvorming;
- stellen van scherpere voorwaarden om te waarborgen dat fusies dienstig zijn aan het belang van de cliënt.

In deze paragraaf geven wij een nadere invulling aan deze maatregelen, mede op basis van twee door ons gevraagde adviezen: de voorlichting van de Raad van State¹ (hierna: de RvS) over het aanscherpen van de fusietoets in de zorg, en het advies van de onafhankelijke commissie Verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders² (hierna: de commissie Verticale integratie).

Overigens zien wij ook veel debatten tussen mededingingsdeskundigen over de interpretatie en toepassing van de Mededingingswet door de NMa. Daarbij komen vragen aan de orde over bijvoorbeeld de wijze van marktafbakening in vergelijking met Duitsland en de Verenigde Staten³. Wij vinden het niet meer dan vanzelfsprekend dat er veel wordt nagedacht over de uitleg en toepassing van de wet in een sector als de zorg waarin veel verandert en waarin aanbieders en zorgverzekeraars meer en meer ruimte krijgen om eigen initiatieven te ontplooien. En dat, waar wordt nagedacht, interpretaties kunnen verschillen. Wij vinden deze discussie van belang, maar willen benadrukken dat het aan de rechter is om de toezichtspraktijk van de NMa te toetsen.

Transparantie

Binnen de huidige wet- en regelgeving is er veel ruimte voor samenwerking. Een voorbeeld hiervan is samenwerking tussen concurrenten om gezamenlijke waarneming te realiseren zodat de continuïteit van 24 uur zorg is gewaarborgd. Ook samenwerking ten behoeve van ketenzorg zal vaak zijn toegestaan, omdat het bij ketenzorg (denk aan de diabetesketen of dementiezorg) vaak gaat over aanbieders die verschillende soorten zorg aanbieden en er niet snel sprake is van het beperken van de onderlinge competitie. Sommige samenwerkingsvormen zijn echter nooit toegestaan omdat zij geacht worden altijd slecht uit te pakken voor de cliënt. De huidige mededingingswetgeving is duidelijk over dergelijke per definitie verboden samenwerkingsvormen, zoals prijsafspraken tussen aanbieders, gebiedsverdeling met het doel de concurrentie te beperken en afstemming rondom aanbestedingsprocedures, bijvoorbeeld over wie waar gaat inschrijven en tegen welke prijs.

Bij de beoordeling of een samenwerkingsvorm die de onderlinge competitie beperkt is toegestaan, is het van belang dat de samenwerking zodanig wordt vorm gegeven dat de onderlinge competitie niet verder dan noodzakelijk wordt beperkt en de voordelen van de samenwerking ook daadwerkelijk terecht komen bij de cliënt. Voor samenwerkingsvormen die de competitie beperken (en die niet per definitie verboden zijn) geldt dat ze zijn toegestaan als de economische en maatschappelijke voordelen van de samenwerking, zoals verbetering van kwaliteit of het garanderen van continuïteit van zorg, de negatieve effecten van het beperken van de competitie overtreffen. Eenzelfde afweging speelt bij fusies, bijvoorbeeld tussen de Zeeuwse ziekenhuizen, waarbij het waarborgen van de continuïteit van de noodzakelijke basisziekenhuiszorg het argument was om de fusie, overigens onder strikte voorwaarden, toe te staan.

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 29 247, nr. 90.

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 27 295, nr. 150.

³ Zie bijvoorbeeld de recente bijdragen in het blad Markt en Mededinging (april 2009), waarin ook de NMa reageert op enkele commentaren. Zie ook de antwoorden op vragen van de leden Jan de Vries, Omtzigt en Schermers over het toetsen van ziekenhuisfusies door de NMa (TK 2007–2008, Aanhangsel, 2438).

Gegeven het feit dat aanbieders van zorg en ondersteuning moeten groeien in hun nieuwe rollen en verantwoordelijkheden is het van belang dat aanbieders voldoende ondersteund worden bij het kunnen inschatten of voldaan wordt aan de wetgeving. Voorkomen moet worden dat het ontstaan van innovatieve samenwerkingsvormen wordt verhinderd vanwege onzekerheid of de samenwerkingsvorm wel wettelijk is toegestaan. Brancheverenigingen spelen een belangrijke rol bij deze ondersteuning van aanbieders. Zo is ActiZ in 2008 een complianceprogramma gestart en heeft aangegeven een soortgelijke compliance code als het complianceprogramma van de branchevereniging KNMP in het leven te roepen voor de aanbieders die thuiszorg, verpleeghuishouding en verzorgingshuishouding aanbieden. De NMa heeft aangegeven brancheverenigingen in dit proces te willen bijstaan en is ook met ActiZ in gesprek. Wij onderstrepen het belang hiervan en moedigen dit initiatief van harte aan. Ook BTN heeft aangegeven zich in te zetten voor compliance en de mogelijkheden voor een compliance code te onderzoeken en zal hierover in contact treden met de NMa.

De toezichthouders dienen zo transparant en voorspelbaar mogelijk te zijn over de spelregels. Transparantie en voorspelbaarheid in het toezicht betekenen *niet* dat toezichthouders vooraf melden als ze een overtreding willen aanpakken en het betekent ook niet dat zij voor alle denkbare gevallen vooraf aangeven hoe zij zullen handelen. Niet alle gevallen die gelijk lijken, leiden tot dezelfde conclusies. De zorg is complex en de unieke context weegt bij de beoordeling altijd mee. Rekening houden met contextspecifieke elementen door toezichthouders draagt bij aan de kwaliteit van de besluitvorming.

Transparantie en voorspelbaarheid in het toezicht betekenen *wel* dat de toezichthouders de dialoog met de omgeving en de onder toezichtgestelden niet uit de weg gaan. Het betekent dat toezichthouders toezichtvisies opstellen¹, voorlichting geven over hun taken en bevoegdheden en hun toezichtactiviteiten en desgewenst brancheorganisaties bijstaan bij het vormgeven van hun beleid over het opstellen van compliance-programma's. Dat zij bij potentiële en gebleken onduidelijkheden, bijvoorbeeld met richtsnoeren, nadere toelichting geven, zowel over wat de wet nu precies voorschrijft, als over hoe eventuele open normen in die wet, mede op basis van jurisprudentie, moeten worden uitgelegd. Als laatste betekent transparantie en voorspelbaarheid in het toezicht dat toezichthouders bij raakvlakken met andere toezichthouders helderheid verschaffen over de onderlinge taakverdeling (zie de bijlage voor een nadere toelichting)².

Gegeven het belang dat wij hechten aan samenwerking in de zorg en ondersteuning zullen we de toezichthouders vragen hun toezichts- en handavingskaders zoveel mogelijk te expliciteren om waar mogelijk de genoemde onduidelijkheden voor het veld weg te nemen. Daarbij zullen wij hen ook vragen om bij veel voorkomende samenwerkingsvormen in de zorg, zoals samenwerking nodig om continuïteit in 24 uren zorg te garanderen, samenwerking rondom onderzoek en ontwikkeling of voor het leveren van ketenzorg, samenwerking in zorggroepen en samenwerking tussen woningbouwcorporaties en zorginstellingen, zo concreet mogelijk aan te geven wat wel en niet is toegestaan. Wij ondersteunen, ook in lijn met het advies van de Commissie verticale integratie, het initiatief van de NMa om de richtsnoeren voor de zorgsector aan te vullen van harte.

Verbeterde interne besluitvorming

In de eerste paragraaf van deze brief presenteerden wij maatregelen die de positie van het bestuur en het toezichthoudend orgaan versterken, alsmede maatregelen die de maatschappelijke inbedding verbeteren. Zo

¹ Zie o.a. de recente publicaties Handhavingsskader van de IGZ, december 2008, en Zicht op Toezicht van de NZa, maart 2009.

² In de brief naar aanleiding van de besluiten van de NMa over de thuiszorg en ook tijdens het Algemeen Overleg van 9 oktober jl., heeft de staatssecretaris van VWS toegezegd om, specifiek voor de thuiszorg, nog eens de rollen en verantwoordelijkheden van de IGZ, de NMa en de NZa in kaart te brengen. Aangezien deze brief niet alleen over de thuiszorg gaat hebben we in de bijlage de taakverdeling tussen de IGZ, de NMa en de NZa ten aanzien van alle zorgsectoren toegelicht. Tevens is toegelicht hoe overlap van activiteiten tussen toezichthouders wordt voorkomen.

krijgt het toezichhoudend orgaan een goedkeuringsrecht ten aanzien van bestuursbesluiten over fusies. Cliëntenraden krijgen, zoals aangekondigd in onze brief over cliëntenrechten in de zorg¹, instemmingsrecht bij fusies. Aanvullend hierop en om te helpen voorkomen dat besloten wordt tot fusies die niet in het belang van de cliënt zijn, zullen bestuurders van instellingen een fusie-effectrapportage op moeten stellen waaruit de meerwaarde van de fusie moet blijken. Op deze wijze geven we invulling aan de motie Schippers c.s.². Bij het opstellen van de effectrapportage dienen zij belanghebbenden, zoals cliëntenraden, ondernemingsraden, zorgkantoren en gemeenten, te betrekken. Daarbij zal de fusie-effectrapportage de gevolgen voor de kwaliteit en bereikbaarheid van zorg en ondersteuning inzichtelijk maken. In de fusie-effectrapportage zal, zoals toegezegd tijdens het Algemeen Overleg over de Zeeuwse ziekenhuizen op 12 maart jl., ook beschreven moeten worden welke alternatieven er zijn in plaats van de fusie.

De verplichting tot het opstellen van een fusie-effectrapportage zal gelden voor fusies tussen aanbieders van zorg en ondersteuning, maar ook voor fusies tussen verzekeraars en zorgaanbieders.

De fusie-effectrapportage stelt bestuurders en interne toezichthouders in staat om goed afgewogen besluiten te nemen en versterkt de verantwoordelijkheid van partijen zelf. De fusie-effectrapportage zorgt ervoor dat vóórdat gefuseerd wordt, goed is doordacht waarom de fusie wordt aangegaan. Om ervoor te zorgen dat bij de besluitvorming rondom fusies de belangen van alle belanghebbenden beter worden meegenomen, zal de fusie-effectrapportage in overleg met de belanghebbenden moeten worden opgesteld.

Een mogelijk bijkomend voordeel van de fusie-effectrapportage kan zijn een kortere doorlooptijd van de fusietoetsing bij de NMa doordat de concrete invulling van de fusie door de meldende partijen goed is doordacht. Als de fusie om wat voor reden dan ook niet doorgaat, ligt er ook een alternatief plan op tafel. Hiermee wordt voldaan aan de toezeggingen die gedaan zijn tijdens het Algemeen Overleg over de Zeeuwse ziekenhuizen d.d. 12 maart jl..

Om ervoor te zorgen dat er binnen de organisatie gedurende het fusieproces aandacht blijft voor de oorspronkelijke doelstellingen van de fusie zullen de daadwerkelijke resultaten van de fusie door de raad van bestuur getoetst moeten worden aan de oorspronkelijke in de fusie-effectrapportage gestelde doelstellingen. Deze evaluatie van de fusie zal voorgelegd moeten worden aan de belanghebbenden.

Wij zijn voornemens het toezicht op de naleving van de verplichting tot het opstellen van een fusie-effectrapportage bij de IGZ te beleggen, waarbij de IGZ ook zal toetsen of alle relevante belanghebbenden daadwerkelijk zijn betrokken bij het opstellen van de fusie-effectrapportage. Het opstellen van de fusie-effectrapportage en de toetsing van de IGZ hierop zal voorafgaand aan een melding bij de NMa geschieden.

Overigens hebben cliënten, zorgkantoren en zorgverzekeraars natuurlijk niet alleen invloed op de interne besluitvorming via overleg, maar vooral ook via hun keuzegedrag en zorginkoop. Om hen in staat te stellen goede keuzes te maken is voldoende inzicht in de kwaliteit van zorg essentieel. Ook de RvS en de Commissie verticale integratie benadrukken het belang hiervan. Wij blijven ons dan ook inzetten voor meer transparantie van de kwaliteit en prestaties van zorgaanbieders.

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 31 476, nr. 1.

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 27 295, nr. 142.

³ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 29 247, nr. 75.

Scherpere randvoorwaarden

In de brief «Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg»³ hebben wij al enkele maatregelen aangekondigd om potentiële problemen van fusies

te voorkomen: een beleidsregel van de Minister van Economische Zaken voor het fusietoezicht op zorginstellingen door de NMa¹, een, ook in de recente adviezen van de RvS en de commissie Verticale integratie nadrukkelijk aanbevolen, duidelijker toetsingskader door het vastleggen in regelingen van essentiële veiligheidseisen en bereikbaarheidsnormen en structureel toezicht van de IGZ bij zorgaanbieders die in een fusietraject verkeren. Aanvullend op deze maatregelen en de hierboven aangekondigde interne fusie-effectrapportage zijn wij voornemens het externe toezicht op onderstaande wijze aan te scherpen.

Wij willen een zorgspecifieke fusietoets door de IGZ introduceren. Deze fusietoets vindt ex ante, voorafgaand aan een eventuele fusietoets door de NMa plaats. Hiermee willen wij waarborgen dat de kwaliteit en bereikbaarheid van zorg en ondersteuning gewaarborgd is en blijft, in geval van een voorgenomen fusie. Voor de goede orde: wij delen de zienswijze van de RvS en de commissie Verticale integratie dat er geen eenduidig verband bestaat tussen fusies enerzijds en de kwaliteit en bereikbaarheid van zorg anderzijds. Het is niet zo dat in algemeenheid gesteld kan worden dat fusies boven een bepaalde schaalgrootte, fusies die leiden tot een bepaald marktaandeel of fusies tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders altijd nadelig zouden zijn, net zomin als dat fusies altijd positieve effecten zullen hebben.

Anders dan de RvS zijn wij echter van mening dat, ook in het licht van de recente ervaringen, aanvullend op het reeds bestaande instrumentarium rondom kwaliteit en bereikbaarheid van zorg een extra waarborg in de vorm van een zorgspecifieke fusietoets van belang is. Juist omdat een fusie tussen zorgaanbieders moeilijk ongedaan kan worden gemaakt, achten wij de invoering van een dergelijke ex ante toets op de waarborging van de publieke belangen proportioneel. Deze toets zal uiteraard plaatsvinden op basis van objectieve, vooraf kenbare en non-discriminatoire criteria. Ten behoeve van deze zorgspecifieke fusietoets door de IGZ worden partijen daarom verplicht om in de te introduceren fusie-effectrapportage ook expliciet aan te geven hoe ook na de voorgenomen fusie de eisen die wij stellen aan de kwaliteit en bereikbaarheid van zorg en ondersteuning worden gewaarborgd. We zullen nader onderzoeken welke normen ten aanzien van kwaliteit en bereikbaarheid zullen gelden. Daarbij hebben wij ook aandacht voor de relatie tussen schaalgrootte en de waarborging van continuïteit van zorg.

Voordat fusiepartners een fusieverzoek voorleggen aan de NMa moet dat deel van de fusie-effectrapportage inhoudelijk zijn getoetst op normen voor kwaliteit en bereikbaarheid door de IGZ, vanzelfsprekend waar relevant voor het vraagstuk rondom continuïteit van zorg met inbreng van kennis van de NZa. De precieze vormgeving van deze volgtijdelijkheid met de mededingingstoets en de juridische inbedding daarvan, zullen wij nader onderzoeken.

Een en ander betekent ook dat wij, mede op basis van de voorlichting van de RvS, geen noodzaak zien tot het aanscherpen van de fusietoets in de Mededingingswet. Met de hiervoor gepresenteerde maatregelen, alsmede de voorstellen ter versterking van de governance en verbetering van de maatschappelijke inbedding, worden bij voorgenomen fusies de publieke belangen ons inziens afdoende geborgd. Om de praktijk van de mededingingstoets nog te verbeteren, evalueren de NMa en de NZa hun samenwerkingsprotocol en bezien zij of het nodig is de samenwerking bij fusiezaken nader te specificeren.

¹ De beleidsregel treedt naar verwachting nog deze zomer in werking.

Voorts onderzoeken wij of het ex post toezicht op zorgaanbieders met aanmerkelijke marktmacht versterkt kan worden. Zowel de RvS als ook de

Commissie verticale integratie wijzen op het belang van het huidige instrumentarium van de NZa om verplichtingen op te leggen aan instellingen met aanmerkelijke marktmacht (het AMM-instrumentarium). Wij onderschrijven dat. Het AMM-instrumentarium in de zorg is bij uitstek geschikt om door het opleggen van verplichtingen, zoals de verplichting om aan iedereen onder gelijke voorwaarden te leveren, op te treden om mogelijk misbruik van een machtspositie te voorkomen. Ook de RVZ heeft hier eerder in haar rapport «Schaal en zorg»¹ op gewezen, en ook aangegeven dat, mochten risico's van schaalvergroting zich manifesteren, ervoor kan worden gekozen om de bevoegdheden van de NZa in het kader van AMM uit te breiden. Tegen die achtergrond onderzoeken wij de mogelijkheid en wenselijkheid van verdere versterking van het AMM-instrumentarium. Concreet onderzoeken wij of het mogelijk is de NZa de bevoegdheid te geven om aanbieders met aanmerkelijke marktmacht in het uiterste geval en ter waarborging van de continuïteit van zorg te verplichten tot schaalverkleining. De NMa heeft al de mogelijkheid om bij geconstateerd misbruik van een economische machtspositie, als ultimum remedium, structurele maatregelen op te leggen². De te onderzoeken maatregel zou ook preventief ingrijpen in de structuur van aanbieders die nu reeds een aanmerkelijke marktmacht positie hebben door de NZa mogelijk maken.

De commissie verticale integratie van zorgverzekeraars en zorgaanbieders

In het voorgaande zijn wij ingegaan op samenwerkingsvormen zoals horizontale fusies en verticale integratie. Tegen de achtergrond van de motie Schippers c.s.³ gaan wij tot slot nog specifiek in op verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Op aangeven van de Kamer is toegezegd het onderwerp verticale integratie te laten onderzoeken door een onafhankelijke commissie⁴. Op 2 juni heeft u het eindrapport van de commissie toegestuurd met de toezegging dat wij ons standpunt op het rapport in deze brief zouden verwoorden⁵.

De hoofdconclusie van het rapport is dat een wettelijk verbod op verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders niet noodzakelijk en niet proportioneel is, omdat er minder vergaande instrumenten beschikbaar zijn om de publieke belangen te waarborgen. Een wettelijk verbod is volgens de commissie ook in strijd met de relevante bepalingen van het Europees recht. Een mogelijke rechtvaardiging met een beroep op het algemeen belang stuit volgens de commissie af op de proportionaliteitsis, omdat niet is aangetoond dat minder ingrijpende alternatieven ontbreken. Een belangrijk scharnierpunt in de analyse van de commissie is dat verticale integratie alleen problematisch is als er te weinig concurrentie is tussen zorgaanbieders en tussen zorgverzekeraars. De commissie is van mening dat er geen aanwijzingen zijn dat er horizontaal zo weinig (rest)concurrentie bestaat dat de voordelen te behalen met verticale integratie niet kunnen worden doorgegeven aan cliënten. De commissie concludeert ook dat er geen reden is om aan te nemen dat het huidige toezichtskader niet toereikend is, of niet adequaat wordt toegepast, om negatieve effecten van verticale integratie te voorkomen of corrigeren. Wel wijst de commissie op het belang van het blijven bevorderen van concurrentie tussen zorgaanbieders en tussen zorgverzekeraars.

Hieronder gaan wij in op de belangrijkste punten van zorg over verticale integratie die vanuit de Kamer naar voren zijn gebracht en de zienswijze van de commissie daarop.

Kern van de zorg van de Kamer is dat verticale integratie leidt tot een inperking van de keuzevrijheid van mensen. In dit verband is benoemd dat er een zogenaamd «dubbele petten probleem» ontstaat wanneer zorgverzekeraars en zorgaanbieders samengaan.

¹ Schaal en zorg, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2008.

² De NMa kan een dergelijke maatregel nemen als het misbruik voortvloeit uit de structuur van de onderneming, er een gerede kans bestaat op voortdurend of herhaald misbruik en er geen minder ingrijpende maatregel voorhanden is die even effectief is.

³ Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 29 689, nr. 236.

⁴ Voor taakopdracht en samenstelling van de commissie zie Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 27 295, nr. 145.

⁵ Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 27 295, nr. 150.

Wij willen hierover opmerken dat afweging van verschillende, soms tegengestelde, belangen door één en dezelfde partij in zekere zin ligt besloten in de inrichting van ons zorgstelsel. Zo wil de cliënt enerzijds een zo laag mogelijke premie betalen en anderzijds het liefst de beste en snelst geleverde zorg ontvangen. In het verlengde daarvan proberen zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders in een proces van contracteren aan beide wensen tegemoet te komen.

De vraag is of een zakelijke belangentegenstelling tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars altijd noodzakelijk is om aan de tweeledige wens van de cliënt tegemoet te komen.

Naar het oordeel van de commissie is dit niet het geval. Wanneer de zakelijke belangentegenstelling tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder wordt opgeheven doordat beide partijen samengaan, moet de geïntegreerde partij nog steeds aan de dubbele wens van de cliënt tegemoet komen. Onze visie sluit daarbij aan.

Op het door de Tweede Kamer gesignaleerde gevaar dat geïntegreerde zorgverzekeraars de keuzevrijheid gaan beperken door alleen nog eigen zorgaanbieders in te schakelen, wijst de commissie er op dat de zorgverzekeraar niet in staat is een verzekerde te verbieden naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Daarnaast kunnen verzekerden jaarlijks overstappen (op grond van art. 7 Zvw) indien zij niet tevreden zijn met het beleid van hun zorgverzekeraar. De vrijheid om van verzekeraar te wisselen geldt vanzelfsprekend niet in de AWBZ aangezien daar, vooralsnog, sprake is van zorgkantoren. Evenwel zijn er in deze sector andere mogelijkheden voor cliënten om zelf keuzes te maken voor de aanbieder die zij wensen, bijvoorbeeld door gebruik te maken van een persoonsgebonden budget. Bij voldoende concurrentie kunnen zorgverzekeraars zich geen «eigen bedrijf eerst» strategie veroorloven. Om die verzekerden aan zich te binden of te werven zullen zij betaalbare en kwalitatieve zorg moeten aanbieden, ook als dit betekent dat zij moeten contracteren met niet geïntegreerde zorgaanbieders.

Een specifiek punt van aandacht hierbij is de rol van huisartsen geweest. Hun deelname in een geïntegreerde onderneming kan in theorie leiden tot doorverwijsgedrag dat in de eerste plaats in het economische belang is van de geïntegreerde onderneming en pas in de tweede plaats in het belang van de cliënt. Door zijn vertrouwenspositie zou de huisarts in theorie hiervoor een effectieve positie innemen.

De commissie heeft geen reden om aan te nemen dat huisartsen bij de verwijzing van cliënten naar zorgaanbieders, zich door andere factoren dan hun beroepsethiek, protocollen, gedragscodes en kwaliteitsnormen laten leiden.

De Kamer heeft ook aandacht gevraagd voor inperking van de keuzevrijheid via het zogenoemde verkavelingsscenario. Kern van dit scenario is dat verticale integratie de motor kan zijn van een ontwikkeling die er toe leidt dat Nederland wordt verdeeld in vier kavels, in elk waarvan één van de vier grote verzekeringsconcerns hun verzekerden bedienen met eigen zorgaanbieders. De commissie is daar uitgebreid op ingegaan en komt tot de conclusie dat er geen economische mechanismen zijn die een dergelijk scenario aannemelijk maken. Die conclusie wordt versterkt door het besef dat een dergelijk scenario slechts tot stand zou kunnen komen na zeer veel toetsingsmomenten van het toezicht.

Tot slot heeft de Kamer gevraagd of de rollen van de externe toezichthouders bij het toetsen van fusies in de zorg niet versterkt zou moeten worden. De commissie stelt in haar rapport dat er geen aanleiding is om aan te nemen dat het huidige toezichtskader niet toereikend is om de effecten van verticale integratie op kwaliteit, bereikbaarheid en betaalbaarheid van zorg af te wegen. De commissie wijst er daarbij op dat er naast

de NMa en de NZa ook andere toezichthouders meewaken over de publieke belangen in de zorg, zoals de IGZ en de Nederlandsche Bank. Daarbij maakt de commissie een voorbehoud over de toepassing van het kader. De commissie geeft aan dat er over die toepassing nog niet veel kan worden gezegd, omdat er in de praktijk nog niet veel sprake is van verticale integratie.

Wij kunnen ons in grote lijnen vinden in het oordeel van de commissie. De commissie beargumenteert naar ons oordeel op voldoende overtuigende wijze dat een verbod op verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders niet noodzakelijk en niet proportioneel is voor het waarborgen van de publieke belangen kwaliteit, bereikbaarheid en betaalbaarheid in de zorg en dat de Europese regels een dergelijk verbod (zo goed als) onhaalbaar maken. Daarnaast delen wij de visie van de commissie op het belang van goede samenwerking tussen de betrokken toezichthouders en op het vaststellen van bereikbaarheids- en kwaliteitsnormen om de transparantie, voorspelbaarheid en objectiviteit van het toetsingskader nog te vergroten. Wel zijn wij van mening dat extra waarborgen voor kwaliteit, bereikbaarheid en continuïteit van zorg noodzakelijk zijn. Daarom introduceren wij, naast het versterken van de positie van het bestuur en het toezichthoudende orgaan, alsmede verbetering van de maatschappelijke inbedding, de fusie-effectrapportage en de zorgspecifieke fusietoets door de IGZ.

§ 4. De maatschappelijke onderneming en resultaatafhankelijke vergoedingen op kapitaal in de zorg en ondersteuning

De afgelopen jaren zijn de organisatievormen en de rechtsvormen in de zorg gevarieerder geworden. Met die toenemende variatie is ook de wijze van financiering veranderd en heeft risicodragend kapitaal in de zorg zijn intrede gedaan.

In de thuiszorg en de eerstelijnszorg is van oudsher winstoogmerk wettelijk toegestaan. Dat geldt thans niet voor de intramurale cure en care, waar een «winstklem» bestaat. Dat wil zeggen dat wel privaat kapitaal is toegestaan, maar gemaakte winst in de onderneming moet blijven en niet aan de kapitaalverschaffers uitgekeerd mag worden.

In beide gevallen, zowel intra- als extramuraal, worden we geconfronteerd met nieuwe uitdagingen.

In de thuiszorg zien we dat de ruimte voor privaat kapitaal en winstuitdeling, in deze sector komt de bv-vorm relatief vaak voor, ook tot onwenselijke situaties heeft geleid. In het recent verschenen rapport van de IGZ over nieuwe toetreders op de thuiszorgmarkt¹ wordt geconstateerd dat bij een groot aantal nieuwe thuiszorgorganisaties de kwaliteit van zorg onder de maat is en dat de deskundigheid van de medewerkers of ZZP-ers vaak in twijfel getrokken moet worden². Ook wijst de IGZ op diffuse verantwoordelijkheidsverdelingen bij onderaannemerschap, waardoor niet duidelijk is wie verantwoordelijk is voor kwaliteit van zorg.

Er zijn organisaties waar de doorslaggevende beslissingsmacht, bij besluiten die de kwaliteit en continuïteit van zorg raken, is neergelegd bij kapitaalverschaffers c.q. aandeelhouders. Bij dergelijke constructies is het maar zeer de vraag of het belang van deze aandeelhouders wel gelijk oploopt met de behoeften van de patiënt en cliënt en of commercialisering niet de overhand neemt.

De ruimte die de thuiszorg is geboden, heeft geleid tot nieuwe creatieve toetreders, maar ook tot de zogenaamde «cowboys» in de thuiszorg³. De vraag is hoe we voor creatief ondernemerschap ruimte kunnen bieden en tegelijkertijd de «cowboys» kunnen bestrijden, temeer ook omdat de zorg niet zomaar een markt met verhandelbare goederen is. In de zorg gaat het om, vaak duurzame, zorgrelaties.

¹ Grote zorgen over «nieuwe» toetreders op de thuiszorgmarkt. Inspectie voor de Volksgezondheid, 11 juni 2009.

² Het gaat naar schatting om zo'n 28% aan bv's in de thuiszorg, die als toegelaten instelling voor thuiszorg in het Handelsregister zijn opgenomen.

Maar ook waar risicodragend kapitaal en winstuitdeling officieel niet zijn toegestaan, worden we geconfronteerd met nieuwe uitdagingen. In de cure hebben we te maken gehad met private partijen die een ziekenhuis willen overnemen of daarin deelnemen. Uitvloeisel hiervan is dat in de ziekenhuissector bv-vorming met een winstklem plaatsvindt. Doordat er onvoldoende sprake is van generieke regulering van de bevoegdheden van het bestuur, raden van toezicht en aandeelhouders vraagt elk geval van omvorming tot een bv in de ziekenhuissector om onderhandelingen met betrokken partijen over invoering van de gewenste governance. Dit was bijvoorbeeld het geval bij het Slotervaart ziekenhuis en de IJsselmeerziekenhuizen. Deze onderhandelingen leiden steeds tot andere uitkomsten, hetgeen de helderheid, consistentie en controleerbaarheid niet ten goede komt.

Ook nemen wij waar dat soms sprake is van belangenverstrengeling. Er vindt dan rolvermenging plaats waarbij verschillende belangen van bijvoorbeeld de ondernemer, de bestuurder en de kapitaalverschaffer verenigd zijn in één persoon al dan niet in combinatie met het directe of indirecte (statutaire) recht om leden van de raad van toezicht te benoemen.

In de curatieve sfeer speelt bovendien mee dat zich meer en meer organisatiestructuren ontwikkelen op het snijvlak van de eerste en de tweede lijnszorg (ziekenhuizen). Voor de laatste staat de wet eraan in de weg om op risicodragend kapitaal een vergoeding toe te kennen, terwijl dat niet geldt voor de eerste. Bij samenwerking tussen de eerste en de tweede lijnszorg tekent zich dan ook een spanningsveld af. Organisatierechtelijke duidelijkheid is daar gewenst.

Dit geldt temeer nu het vorige kabinet in 2005 weliswaar niet expliciet besloot tot het toestaan van risicodragend kapitaal in de ziekenhuissfeer, maar wel de vergaande verwachting schiep dat dit per 2012 zou zijn toegestaan. Mede tegen de achtergrond van deze verwachtingen beslissen ziekenhuizen momenteel over investeringen. Zo zoeken zij bijvoorbeeld naar mogelijkheden om via bv's die zich formeel losmaken van het ziekenhuis, maar daar via contracten en onderaانبesteding aan blijven verbonden, risicodragend kapitaal te verwerven. De beperkte ruimte die ziekenhuizen daarin formeel hebben, heeft tot gevolg dat zij vrij eenzijdig afhankelijk zijn geworden van banken voor het verkrijgen van hun financiering. Dat wordt als beknellend ervaren. Bovendien gaat van risicodragend kapitaal een stabiliserende werking uit. Bij minder goede bedrijfsresultaten vindt er minder afdracht van vergoedingen plaats, terwijl de rente die banken vorderen niet met de resultaten meeademen.

Tegen de achtergrond van deze variatie aan organisatievormen, de vermenging die plaatsvindt tussen sferen die voorheen redelijk gescheiden waren (eerste en tweede lijn en curatieve zorg) en de helderheid waar zorgaanbieders om vragen is het van belang enerzijds eenduidige keuzen te maken en perspectief te bieden en anderzijds begrenzing van de geboden ruimte te bieden. Organisatierechtelijke inbedding is gewenst vanuit het morele perspectief dat de zorg gestempeld moet blijven door de waarden van toewijding aan de patiënt en kwaliteit van het zorgaanbod. Vertaald naar het domein van de zorgorganisatie betekent dit dat er te allen tijde garanties moeten zijn dat de besluitvorming die de continuïteit van de zorg raakt, de belangen van de patiënt en cliënt worden gediend. Dat stelt weer eisen aan de zeggenschap binnen zorginstellingen. Die moet gevrijwaard zijn van dominantie van kapitaalverschaffers, of het nu om banken of om risicodragende kapitaalverstrekkers gaat.

Dit leidt tot een wettelijke verankerde begrenzing van de invloed van kapitaalverschaffers. Het kabinet is zich ervan bewust dat die begrenzing met name risicodragende kapitaalverstrekkers ervan kan weerhouden om te investeren in zorginstellingen. Anders dan banken die een vaste rente krijgen, zijn zij voor hun vergoedingen afhankelijk van de resultaten die zorginstellingen behalen. Het zal zeker zo zijn dat het vrijwaren van de verantwoordelijke besturen en toezichthouders van de invloed van houders van winstbewijzen of aandeelhouders voor sommige kapitaalverschaffers een te hoge drempel zal zijn. Het kabinet ziet dat niet als een risico, maar als een uitdrukkelijke wens. «Cowboys» moeten zich niet mengen in de zorg. Kapitaalverschaffers die uit zijn op korte termijnresultaten horen in de zorg niet thuis. Uiteraard is het zo dat, gegeven de vergrijzing en de toenemende zorgvraag, de zorg een veilig domein is om investeringen in te doen. De continuïteit van investeringsrelaties is daarmee voor een deel gewaarborgd. Toch zijn voor het kabinet de omvang en bestendigheid van de zorgvraag een te smalle basis om de kwaliteit en de continuïteit van de zorg te waarborgen. Ook rechtsper-soonsrechtelijk wil het kabinet harde wettelijke waarborgen realiseren voor die kwaliteit en continuïteit.

Het is om die reden dat het kabinet, anders dan velen afleiden uit de toezeggingen van het vorige kabinet en onze voorgangers, geen ruimte wil geven aan een «commerciële zorginstelling». Het kabinet wil waarborgen dat de belangen van de kapitaalverstrekkers parallel lopen met de continuïteit en kwaliteit van de zorg en het maatschappelijke doel dat uit de zorgrelaties voortvloeit van rechtswege en dwingend wordt beschermd. Ook wil het kabinet dat bestaande bv's in de sfeer van de langdurige en curatieve zorg zich voegen naar de extra eisen die daarmee gemoeid zijn zoals het zwaartepunt van de zeggenschap rond beslissingen omtrent investeringen (boven een bepaald bedrag), rond fusies, strategische allianties, het eventueel loslaten van bepaalde activiteiten (het aanbieden van bepaalde specialismen bijvoorbeeld etc.). In dit licht zullen we uitwerken in welke omstandigheden en onder welke voorwaarden de structuur van de maatschappelijke onderneming hierbij een rol kan spelen en hoe in sectorspecifieke regelgeving voorwaarden dienen te worden vastgelegd. Dat is ook van belang omdat bestaande aandeelhoudersrechten in de thuiszorg en de eerstelijnszorg zullen worden aangescherpt.

Meer beleidsmatig dan juridisch betekenisvol is de aantekening dat er geen ruimte komt voor commerciële ondernemingen (wat het kabinet betreft ook niet in 2012) en dat bestaande bv's zich naar de nieuwe regelgeving moeten voegen. Het voorgaande brengt met zich mee dat een winstexperiment voor de ziekenhuissector zoals door de NZa is voorgesteld¹ niet nodig en niet wenselijk is.

Duidelijk moge zijn dat geen sprake kan zijn van «ongeclausuleerde» winstuitkering (reden waarom wij spreken van een resultaatafhankelijke vergoeding voor risicodragend kapitaal). Wij zijn van mening dat met het oog op het waarborgen van publieke belangen zoals kwaliteit en continuïteit van zorg het gewenst is om naast economische randvoorwaarden ook structurele eisen te stellen aan de governance. Deze eisen hebben ten doel de zeggenschap te concentreren bij het bestuur en de raad van toezicht ten aanzien van strategische beslissingen die direct van invloed zijn op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Aan kapitaalverschaffers kan dan geen doorslaggevende invloed worden toegekend. Als aan deze randvoorwaarden is voldaan, kan het commerciële, private belang niet langer de overhand nemen ten opzichte van het belang van de cliënt.

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 31 700 XVI, nr. 114.

Vanuit deze overwegingen zullen we nader uitwerken onder welke voorwaarden privaat kapitaal en een resultaatsafhankelijke vergoeding op privaat kapitaal kan bijdragen aan de waarborgen van publieke belangen in de cure. Voorop staat daarbij dat het private (aandeelhouders)belang nooit leidend mag zijn bij strategische beslissingen over publieke belangen zoals kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Bij de regulering en aanscherping van de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van besturen en interne toezichthouders zal aansluiting gezocht worden bij het wetsvoorstel voor de maatschappelijke onderneming. Voor de intramurale AWBZ-zorg is het verwerven van risicodragend kapitaal niet aan de orde. Cliënten in intramurale instellingen zijn over het algemeen kwetsbaar en hebben een langdurige afhankelijkheidsrelaties tot de instelling waar zij verblijven. De intramurale AWBZ werkt, anders dan de ziekenhuissector, niet met vrije prijsvorming en er geldt een contracteerplicht. Bovendien heeft deze sector al te maken met een groot aantal veranderingen die de komende tijd worden ingevoerd. Gezien de mate en noodzaak van publieke regulering in de intramurale AWBZ kan een resultaatsafhankelijke vergoeding aan kapitaalverschaffers in deze sector niet worden toegestaan. In de intramurale AWBZ blijft op dit punt de status quo gehandhaafd. In de extramurale thuiszorg blijft risicodragend kapitaal mogelijk, maar daar wordt de regulering van de invloed van aandeelhouders aangescherpt. De aangekondigde aanscherping van eisen van goed bestuur en toezicht voor de gehele zorgsector betekent dus dat de invloed van aandeelhouders, dus ook in de thuiszorg, nader zal worden ingeperkt.

Voor aanbieders van zorg en ondersteuning die actief zijn in zowel de intramurale AWBZ als de cure, blijft de huidige regelgeving in de Wcz gehandhaafd. Alleen als die instellingen overgaan tot een volledige boekhoudkundige splitsing en er aantoonbaar geen sprake is van kruis-subsidiëring wordt het uitkeren van risicodragende vergoeding uit de exploitatie die direct samenhangt met de intramurale cure-activiteiten toegestaan. Dit geldt ook voor instellingen die voor slechts een deel van hun exploitatie afhankelijk zijn van verzekerde zorg. Ook hier geldt dat de instelling zich moet inrichten volgens de hierboven gestelde eisen. Tegelijkertijd zullen de voorgestelde governance-eisen bestaande winsttoemerkers zoals in de thuiszorg beperken.

Wij stellen ons voor om voor het eind van het jaar de wettelijke uitwerking van het voorgaande af te ronden en deze te verzenden naar de Raad van State.

§ 5. Conclusie

Wij begonnen deze brief met de constatering dat de laatste jaren de verantwoordelijkheden rondom het aanbieden van zorg en ondersteuning zijn veranderd. Van directe sturing van het aanbod door de overheid naar meer ruimte voor aanbieders van zorg en ondersteuning. Deze veranderingen zijn in gang gezet vanuit onze vaste overtuiging dat diegene die het dichtst bij de cliënt staat, de aanbieder van zorg en ondersteuning, het best in staat is cliëntgerichte zorg en ondersteuning aan te bieden.

Om de ingezette trend naar meer ruimte en verantwoordelijkheden voor aanbieders van zorg en ondersteuning op een verantwoorde wijze door te kunnen zetten, is het van belang dat beter wordt gegarandeerd dat deze ruimte ook dienstbaar is aan de publieke belangen. De gegeven ruimte voor aanbieders van zorg en ondersteuning moet ook daadwerkelijk ten goede komen aan de cliënt in de vorm van kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke zorg.

Om dit te bereiken hebben wij in deze brief allereerst meer duidelijkheid willen verschaffen over de verantwoordelijkheidsverdeling tussen overheid, aanbieders van zorg en ondersteuning en belanghebbenden. Daarnaast hebben wij in deze brief geschetst hoe aanbieders van zorg en ondersteuning beter in staat worden gesteld en worden gestimuleerd om hun verantwoordelijkheid te nemen. Daarbij is er sprake van een «drieslag», waarin ruimte en verantwoordelijkheid samengaan met voldoende bevoegdheden en het afleggen van verantwoording. Als laatste hebben wij onze voornemens gepresenteerd om te komen tot een aanscherping van grenzen, waarbinnen de zorg en ondersteuning wordt aangeboden. Daarbij krijgen alle belanghebbenden meer mogelijkheden om in te grijpen als de publieke belangen in het geding (dreigen te) komen.

De in voorliggende brief gepresenteerde maatregelen zullen pas het gewenste effect hebben als aanbieders van zorg en ondersteuning ook daadwerkelijk zelf inhoud en vorm geven aan hun wettelijke en maatschappelijke verantwoordelijkheid. Dat vraagt om leiderschap met een missie, waarbij de cliënt en diens belangen centraal staat. Als gevolg van de ontstane ruimte zien wij reeds een veelheid aan goede initiatieven waarbij het verlenen van zorg en ondersteuning op basis van de wensen van cliënten daadwerkelijk centraal staat. Het zijn die goede voorbeelden die ons vertrouwen geven dat de sector in staat zal zijn om de komende tijd, lerend van deze «best practices», nog beter inhoud en vorm te geven aan de wettelijke en maatschappelijke verantwoordelijkheid voor een toegankelijk, betaalbaar en kwalitatief goed aanbod van zorg en ondersteuning.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
A. Klink

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. Bussemaker

Raakvlakken en samenwerking tussen de externe toezichthouders

Partijen in de zorg hebben met meerdere toezichthouders te maken. Specifiek rondom het toezicht op samenwerkingsvormen in de zorg is er een belangrijke taak weggelegd voor met name de NMa, de NZa¹ en de IGZ. Dit kan leiden tot onduidelijkheid bij het veld welke toezichthouder bevoegd is en draagt het risico met zich mee dat er overlappende toezichtsactiviteiten worden uitgevoerd met mogelijk dubbele toezichtlasten voor het veld. Met uw Kamer is in 2006 naar aanleiding van de behandeling van het Wetsvoorstel Marktordening gezondheidszorg meerdere malen gesproken hoe dit risico te minimaliseren.

Voor het waarborgen van de publieke belangen in de zorg is er voor alle drie de toezichthouders een rol weggelegd. Daarbij is het niet zo dat iedere toezichthouder een specifiek publiek belang waarborgt. Het toezicht op samenwerkingsvormen is zo vormgegeven dat het toezicht door de drie toezichthouders gezamenlijk bijdraagt aan de waarborging van de publieke belangen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Daarbinnen hebben de NMa, de NZa en de IGZ ieder hun eigen verantwoordelijkheden en bevoegdheden. In 2006 hebben we tijdens de discussie met uw Kamer, over de taaktoedeling van de NZa en de inhoud van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) ervoor gekozen om het sector-specifieke toezicht door de NZa aanvullend te laten zijn op het al bestaande kwaliteitstoezicht door de IGZ en het algemene mededingingstoezicht door de NMa².

Juist bij de overgang naar een meer cliëntgerichte zorg met meer ruimte en verantwoordelijkheden voor aanbieders van zorg en ondersteuning is dit sectorspecifieke toezicht noodzakelijk om waar nodig wijzigingen aan te brengen in de spelregels en deze vervolgens (ex ante) af te kunnen dwingen.

De NZa dé markttoezichthouder voor «markten in transitie»?

De NMa is verantwoordelijk voor het algemene markttoezicht en de NZa voor het zorgspecifieke markttoezicht. Sommigen denken dat de NMa daarmee geen rol heeft voor gereguleerde sectoren, zoals de zorg, en pas aan bod zou zijn als bepaalde deelsectoren volledig geliberaliseerd zouden zijn. Nog los van de vraag of dat in de zorg ooit het geval kan zijn, gaat het er bij het onderscheid tussen de toezichthouders veel meer om dat de NZa, anders dan de NMa, bevoegd is om «markten» ook daadwerkelijk «op gang te brengen» en kan ingrijpen in de structuur van markten door het stellen van regels die van toepassing zijn op alle marktpartijen of specifiek op individuele marktpartijen. De NMa gaat uit van de markten zoals ze zijn en ziet toe op het gedrag van partijen op die markten, en heeft een dergelijke regulerende, «scheppende» bevoegdheid niet. Daarom wordt vaak ook wel kortweg gezegd dat de NZa nadelen voor de cliënt voorkomt door *vóóraf* maatregelen te treffen (zoals regels stellen) en de NMa *achteraf* ingrijpt bij die zorgaanbieders die zich misdragen hebben. Met uitzondering van fusies, want daarvoor geldt dat de NMa vooraf toetst.

Er is op twee punten sprake van samenloop van bevoegdheden tussen de NZa enerzijds en de NMa en de IGZ anderzijds.

- NMa: Zowel de NMa als de NZa houden toezicht op partijen met een machtspositie. De NZa kan specifieke verplichtingen stellen als een zorgaanbieder een machtspositie heeft. De NMa kan ingrijpen als er misbruik wordt gemaakt van die machtspositie. In de Wmg is een voorrangregel voor de NZa opgenomen. Dit betekent dat de NZa als eerste aan zet is om op te treden tegen zorgaanbieders met een machtspositie. In de Wmg is tevens vastgelegd dat de uitleg van de mededingingsrechtelijke begrippen van de NMa leidend is. Het alge-

¹ Eind 2009 ontvangt u het kabinetsstandpunt over de thans lopende evaluaties naar de Zvw, het College voor Zorgverzekeringen, de Wmg en de NZa.

² Zie bijvoorbeeld Kamerstukken I, 2006–2007, 30 186, J.

mene mededingingstoezicht wordt in alle sectoren uitgevoerd door de NMa om een eenduidige interpretatie van de algemene mededingingsbegrippen te garanderen, duidelijkheid te scheppen over wat wel en niet mag en zo bij te dragen aan de rechtszekerheid voor partijen.

- IGZ: In aanvulling op samenloop bij samenwerkingsvormen tussen de NZa en de NMa is er ook sprake van samenloop van bevoegdheden tussen de IGZ en de NZa. Zowel de IGZ als de NZa hebben taken op het gebied van de transparantie van de kwaliteit van de zorg voor cliënten. De taakverdeling tussen de IGZ en de NZa is als volgt te duiden: de IGZ gaat over de transparantie van de kwaliteit en de NZa is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de transparantie. De NZa ziet toe op de transparantie in de gehele zorg en heeft in de Wmg taken en instrumenten gekregen waarmee zij onder andere de transparantie van kwaliteit kan bevorderen. De IGZ ziet toe op de kwaliteit van de geleverde zorg en is verantwoordelijk voor oordeelsvorming omtrent kwaliteit van zorg en hoe kwaliteit te meten. In de Wmg is bepaald dat de NZa het oordeel van de IGZ over de kwaliteit van handelen van zorgaanbieders volgt.

Om tot goede samenwerking te komen hebben de toezichthouders samenwerkingsprotocollen¹ opgesteld.

NZa-NMa

Voor de NMa is samenwerking met de NZa van belang omdat de sector-specifieke kennis waarover de NZa beschikt vaak relevant is in het kader van de voorbereiding van een door de NMa te nemen besluit. Voor de NZa is samenwerking met de NMa van belang omdat de mededingingskennis en de kennis uit de onderzoeken naar zaken waarover de NMa beschikt vaak relevant is voor de markttoezicht en reguleringstaken van de NZa, zoals voor de inzet van het AMM-instrumentarium.

In het *samenwerkingsprotocol van de NZa en de NMa* staan, in aanvulling op de eerder genoemde wettelijke voorrangsregel voor de NZa bij aanmerkelijke marktmacht, afspraken omtrent eventuele samenloop van activiteiten. Samenloop zou zich voor kunnen doen wanneer de NZa of de NMa voornemens is bijvoorbeeld rapportages, zienswijzen of consultatiedocumenten op te stellen. In de samenwerkingsafspraken is ook voor deze gevallen van samenloop een voorrangsregel voor de NZa opgenomen. De NMa en de NZa zullen elkaar met raad en daad bijstaan en elkaar consulteren bij het uitoefenen van haar taken.

In het samenwerkingsprotocol is onder andere afgesproken dat de NMa en de NZa elkaar wederzijds consulteren wanneer zij voor hun taakuitoefening markten in de zorgsector afbakenen. Ook is in het samenwerkingsprotocol vastgelegd (in aanvulling op de Wmg) dat de NZa een zienswijze kan afgeven aan de NMa bij gemelde concentraties in de zorg. De NZa en de NMa hebben naast het samenwerkingsprotocol *werkafspraken* gemaakt over afstemming in concentratiezaken en zaken met betrekking tot aanmerkelijke marktmacht en (gesteld) misbruik van een economische machtspositie². Hierin is onder andere aangegeven dat de zienswijze van de NZa bij concentratiezaken «ondermeer opmerkingen en aandachtspunten bij de (wijze van) marktafbakening [bevat], en ingaat op de mogelijke gevolgen die de voorgenomen concentratie heeft op de werking van de markt zoals die binnen de doelstellingen van de Wmg voor gereguleerde marktwerking is beoogd».

In het samenwerkingsprotocol is verder opgenomen hoe de onderlinge informatie-uitwisseling verloopt en zijn afspraken gemaakt over het doorverwijzen van personen naar elkaar, indien de andere toezichthouder bevoegd is.

¹ Zie www.nza.nl voor de digitale versie van deze samenwerkingsprotocollen.

² Zie *Werkafspraken tussen de directie Concurrentietoezicht van de NMa en de NZa*, Staatscourant nr. 240, december 2006 en *Werkafspraken tussen de NMa en de NZa met betrekking tot concentratiezaken* (februari 2008).

NMa-IGZ

De IGZ geeft input aan de NZa voor haar zienswijze bij concentratiezaken in het kader van de beoordeling van mogelijke kwaliteitseffecten bij een voorgenomen fusie. In de Wmg is immers bepaald dat de NZa het kwaliteitsoordeel van de IGZ volgt. Aangezien concentratiecontrole een exclusieve bevoegdheid is van de NMa, komt het daarnaast ook voor dat er tijdens een behandeling van een zaak direct contact is tussen de IGZ en de NMa, bijvoorbeeld om een nadere toelichting te ontvangen op specifieke kwaliteitsgerelateerde argumenten die in een zaak naar voren komen.

NZa-IGZ

In het *samenwerkingsprotocol van de NZa en IGZ* zijn de werkerreinen nader afgebakend en is in overeenstemming met artikel 19 van de Wmg vastgelegd dat de NZa het oordeel van de IGZ over de kwaliteit van zorg volgt. Indien de kwaliteit van het handelen van zorgaanbieders volgens de IGZ onder de norm blijft, past de IGZ zelfstandig haar bevoegdheden toe. De IGZ heeft het afgelopen jaar vele malen adviezen over de kwaliteit van zorg verstrekt aan de NZa over tal van situaties. De NZa vroeg de inspectie een aantal keren om advies over de kwaliteit van zorg naar aanleiding van het vaststellen van tarieven en het maken van monitors en visie-documenten. Daarnaast heeft de IGZ een rol bij de door de NZa aan de NMa uit te brengen zienswijzen over fusies in de zorg (zie hierboven).

In onderstaande tabel wordt de bevoegdheidsverdeling en de samenwerking tussen de NMa en de NZa weergegeven.

Tabel 1. Bevoegdheidsverdeling en samenwerkingsafspraken NMa en NZa

Taak	NMa	NZa
Handhaven kartelverbod	Bevoegd om kartels op te sporen en handhavend op te treden.	Geen bevoegdheid. De NZa kan informatie en signalen verstrekken aan de NMa over mogelijke kartels. Ingeval de NMa een markt afbakent kan de NZa hierover een zienswijze geven.
Concentratiecontrole	Bevoegd om concentraties te beoordelen.	Geen bevoegdheid. De NMa vraagt of de NZa een zienswijze wenst af te geven. De NZa kan signalen afgeven over concentraties waarop mogelijk de concentratiecontrole van toepassing is.
Toezicht op machtsposities/ marktmacht	<i>De NMa is niet als eerste aan zet.</i> Bevoegd om misbruik van economische machtspositie op te sporen en handhavend op te treden. Ingeval de NZa een markt afbakent kan de NMa hierover een zienswijze geven. De NMa kan signalen afgeven aan de NZa over potentieel misbruik van een machtspositie.	<i>De NZa is als eerste aan zet.</i> De NZa kan verplichtingen opleggen aan partijen met aanmerkelijke marktmacht voordat sprake is van misbruik van marktmacht.