

Vergaderjaar 2010–2011

32 620

Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. 15

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 14 juni 2011

Inleiding

In een algemeen overleg met de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport op 2 februari jl. (kamerstuk 32 620, nr. 5) hebben wij – op verzoek van de Kamer – toegezegd uw Kamer per brief nader te informeren over onze beleidsvoornemens rondom fusies in de zorgsector. Met de onderhavige brief voldoen wij aan die toezegging.

Daarbij gaan we allereerst in op onze plannen rondom het aanscherpen van het toezicht op fusies tussen zorginstellingen. Vervolgens schetsen wij onze voornemens ten aanzien van integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Conform het regeerakkoord willen wij deze vorm van integratie verbieden. Naast onze voornemens rond fusies beschrijven we in deze brief de wijze waarop wij vorm geven aan de in het regeerakkoord genoemde uitbreiding van de bevoegdheden van de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) om instellingen uit hoofde van kwaliteitsoverwegingen te kunnen opsplitsen.

De brief sluit af met een schets van het proces waarlangs we de voorgenomen maatregelen in regelgeving zullen vastleggen.

Aanscherping van het toezicht op fusies in de zorgsector

In de zorg is de afgelopen jaren sprake geweest van een groot aantal fusies van zorginstellingen. En daarmee bedoelen wij fusies in ruime zin: niet alleen juridische fusies (het opgaan van bestaande rechtspersonen in een nieuwe rechtspersoon) maar ook andere vormen van zeggenschaps-overdracht tussen zorginstellingen (zoals deelnames) die bepalend kunnen zijn voor de vormgeving van de door de betrokken instellingen aangeboden zorg. En er wordt nog steeds gefuseerd in de zorg. Zoals de staatssecretaris tijdens het Algemeen Overleg over Osira op 14 april jongstleden aan uw Kamer heeft toegezegd hebben wij bij de Nederlandse

Mededingingsautoriteit (NMa) nagevraagd om hoeveel fusies het op dit moment gaat. De NMa heeft ons laten weten dat er op dit moment vier zorggerelateerde fusies zijn aangemeld¹. In deze vier gevallen betreft het fusies in de revalidatiezorg, de thuiszorg, de ziekenhuiszorg en een fusie tussen zorgverzekeraars.

Indien fusies tot gevolg hebben dat patiënten en cliënten er beter van worden – bijvoorbeeld omdat de integratie innovatie beter mogelijk maakt, omdat concentratie/specialisatie voor bepaalde behandelingen de kwaliteit van de geleverde zorg verbetert of omdat het eenvoudiger wordt verschillende vormen van zorg direct rondom de patiënt/cliënt vorm te geven – kunnen ze natuurlijk zeer welkom zijn. Helaas zijn er ook fusies geweest die hebben geleid tot zeer grote zorginstellingen waar de efficiency, de integraliteit van zorg, de cliëntgerichtheid en/of de kwaliteit van zorg onder druk is komen te staan. Dergelijke fusies zijn ongewenst. Daarnaast hebben we gezien dat de infrastructuur in de zorg kwetsbaarheden begint te vertonen door fusies. Als er te weinig aanbieders overblijven betekent het faillissement van een instelling dat de bereikbaarheidscriteria niet meer worden gehaald en de toegankelijkheid onder druk komt. Met als uiteindelijk risico dat de overheid moet bijdragen om haar verantwoordelijkheden dienaangaande nog waar te kunnen maken.

Om te bevorderen dat de schaalgrootte van instellingen optimaliseert treffen wij een aantal maatregelen waardoor bij een voorgenomen fusie de kwaliteit en bereikbaarheid van de zorg beter is geborgd. Dit doen wij allereerst door de eigen verantwoordelijkheid van bestuurders en direct belanghebbenden bij een fusie te stimuleren en daarmee de interne besluitvorming te verbeteren met het verplicht stellen van een fusie-effectrapportage. Maar in het verlengde daarvan willen wij kwaliteit en bereikbaarheid van zorg ook borgen door vanuit de overheid meer dan voorheen te toetsen op het zorgvuldig doorlopen van het fusieproces en op de directe risico's van de fusie voor de kwaliteit en de bereikbaarheid van de zorg. Deze zorgspecifieke fusietoetsing zal vooraf gaan aan de (eventuele) toets van de NMa op grond van de mededingingswet.

Stimuleren verbetering interne besluitvorming rond fusies

In het Wetsvoorstel cliëntenrechten zorg (Wcz) dat bij uw Kamer voorligt, zijn al verschillende maatregelen opgenomen die de positie van het bestuur en het toezichthoudend orgaan versterken of die de maatschappelijke inbedding verbeteren. Zo krijgt het toezichthoudend orgaan een goedkeuringsrecht ten aanzien van bestuursbesluiten over fusies. Cliëntenraden krijgen instemmingsrecht bij de wijze waarop ze bij een voorgenomen fusie door de betrokken besturen worden betrokken. Daarnaast heeft de cliëntenraad een adviesrecht bij de fusie zelf. Aanvullend op deze maatregelen gaan wij bestuurders verder stimuleren hun fusievoornemens goed te doordenken en hierover ook transparant te zijn tegenover de direct belanghebbenden van hun instellingen. Hiertoe zullen fuserende partijen voorafgaand aan een fusie (gezamenlijk) een zogenoemde fusie-effectrapportage op moeten stellen. Uit die fusie-effectrapportage moet de meerwaarde van de fusie blijken voor de betrokken instellingen en voor de cliënten. Bij het opstellen van de fusie-effectrapportage dienen bestuurders de direct belanghebbenden, waaronder in ieder geval cliëntenraden en ondernemingsraden, te betrekken. Hiermee willen wij bereiken dat er bij de vormgeving van de fusie voldoende «contact» is tussen de beslissers in de organisatie en de dagelijkse praktijk op de werkvloer, om de uiteindelijk geleverde zorg zo goed mogelijk aan te laten sluiten bij de behoeften van de cliënten. De fusie-effectrapportage zorgt ervoor dat vóórdat gefuseerd wordt, goed is doordacht waarom de fusie wordt aangegaan, wat de gevolgen van de

¹ Relevant daarbij is dat alleen «grote» fusies moeten worden aangemeld bij de NMa. Voor de zorg geldt een verplichte aanmelding wanneer de zorginstellingen tezamen jaarlijks in totaal meer dan € 55 miljoen wereldwijd omzetten én minstens twee van hen binnen Nederland elk een jaaromzet van minimaal € 10 miljoen realiseren.

fusie zijn voor de kwaliteit en bereikbaarheid van zorg, hoe mogelijke risico's van de fusie door de besturen worden ondervangen en dat draagvlak wordt verkregen bij de direct belanghebbenden. De fusie-effectrapportage is dus een instrument voor bestuurders en voor direct belanghebbenden om – ieder vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid – te komen tot de juiste afwegingen rondom een fusie.

De verplichting om bij een fusie een fusie-effectrapportage op te stellen gaat gelden voor alle soorten zorginstellingen die onder de reikwijdte van de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vallen.

Om de administratieve lasten te beperken en in ogenschouw nemend dat risico's voor zowel de «te grote afstand tussen bestuurders en de dagelijkse zorgpraktijk», als voor bereikbaarheid van zorg voor heel kleine organisaties niet zo reëel is, nemen wij bij deze verplichting een «schaalgroottedrempel» op. Wij sluiten daarvoor aan bij een reeds bestaande schaalgroottedrempel in het kader van de medezeggenschap: de drempel die in de Wet op de ondernemingsraden (Wor) is opgenomen bij de verplichting om een ondernemingsraad in te stellen. De verplichting om een fusie-effectrapportage op te stellen zal gaan gelden voor alle fusies waarbij ten minste twee organisaties zijn betrokken waar in de regel ten minste 50 personen werkzaam zijn.

Zoals gezegd is het doel van de fusie-effectrapportage stimulering van het goed doordenken van de fusievoornemens door de betrokken bestuurders en het in staat stellen van belanghebbenden om effectief mee te denken bij het fusieproces. In dat kader zal de fusie-effectrapportage ten minste een weergave moeten bevatten van:

- De motieven voor de fusie;
- De bijdrage van de fusie aan de realisatie van de strategische doelstellingen van de instellingen;
- De alternatieven voor de fusie en de motivering waarom deze alternatieven niet zijn gekozen;
- De redenen waarom juist voor deze partner(s) is gekozen en waarom niet voor (een) andere;
- Het tijdsbestek waarbinnen de fusie zal worden gerealiseerd;
- De (juridische) structuur van de fusie: overname, fusie van gelijken, zeggenschapsverschuivingen door bestuurlijke of financiële deelname,...;
- De wijze waarop de bestuursstructuur en het interne toezicht worden vormgegeven zodat bestuur en toezicht «in control» zijn;
- De wijze waarop belanghebbenden bij de betrokken organisaties (waaronder in ieder geval cliënten en personeel) zijn betrokken bij de uitwerking van de fusievoornemens en op welke wijze met die inbreng is omgegaan. Aandachtspunt daarbij is dat de benodigde informatie-uitwisseling met de noodzakelijke waarborgen moet zijn omkleed. Het gaat hier immers om bedrijfsgevoelige informatie;
- De kosten en baten van de fusie in ruime zin, inclusief de te verwachten effecten/risico's van de fusie op de kwaliteit en de bereikbaarheid van de zorg in het verzorgingsgebied van de instellingen. Het gaat dan vooral om:
 - de gevolgen van de fusie voor de cliënt. Denk aan veranderingen in de inrichting van het zorgproces, verplaatsing van zorg tussen locaties, verandering van het aantal locaties waar de zorg wordt verleend, de schaalgrootte van de zorgverlening op die locaties, enz;
 - de relatie met de geldende eisen voor kwaliteit en bereikbaarheid van zorg;

- De wijze waarop risico's ten aanzien van kwaliteit en bereikbaarheid voor, tijdens en na de fusie gemonitord en ondervangen zullen worden;

Wij zullen de fusie-effectrapportage bij wet verplicht stellen, waarbij zal worden vastgelegd dat in lagere regelgeving een model voor de rapportage kan worden voorgeschreven. Dit model zal gelden als ondergrens. Vanzelfsprekend staat het partijen vrij meer gegevens in de rapportage op te nemen.

Aanscherping fusietoetsing

In aanvulling op de verplichting om een fusie-effectrapportage op te stellen, zullen wij ook het overheidstoezicht op de totstandkoming van de fusie aanscherpen. Dat doen we door de introductie van een zorgspecifieke fusietoets. Deze toets, die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) – in overleg met de IGZ – zal uitvoeren, is gericht op de gevolgen van de fusie voor de kwaliteit en de bereikbaarheid van zorg. Deze zorgspecifieke fusietoets vindt plaats voorafgaand aan een eventuele fusietoets door de NMa uit hoofde van de Mededingingswet.

Ons doel is de aanscherping van de fusietoetsing zo veel als mogelijk te laten aansluiten op de lokale behoeften van cliënten en patiënten. Concreet stellen wij ons dat als volgt voor. Voorafgaand aan de fusie leveren de fusiepartners de genoemde fusie-effectrapportage aan bij de NZa. De NZa kan goedkeuring aan de fusie onthouden dan wel nadere voorwaarden aan de fusie verbinden indien naar het oordeel van de NZa onvoldoende aannemelijk is gemaakt dat de kwaliteit en/of de bereikbaarheid van zorg na de fusie geborgd zijn. De NZa toetst hiertoe (zo nodig in overleg met de IGZ) op drie aspecten:

1. of de fusiepartners een fusie-effectrapportage hebben opgesteld;
2. of belanghebbenden redelijkerwijs in staat zijn geweest inbreng te leveren op de fusieplannen en de fusiepartners ook op een redelijke wijze rekening hebben gehouden met de adviezen van de direct betrokkenen rond kwaliteit en bereikbaarheid van de zorg;
3. of na de fusie de zorg aan de geldende – en ex ante toetsbare – criteria ten aanzien van bereikbaarheid blijft voldoen. Deze toets zal in ieder geval toezien op:
 - a. mogelijkheid van mobiele stabilisatie binnen 15 minuten (aanrijdtijd ambulances);
 - b. bereikbaarheid van basisspoedeisende hulp binnen 45 minuten;
 - c. beschikbaarheid van ten minste één aanbieder van crisisopvang GGZ per «Regionaal Overleg Acute Zorg-regio»;
 - d. bereikbaarheid van acute verloskunde binnen 45 minuten.

Indien voor de curatieve of de langdurende zorg in de toekomst aanvullende bereikbaarheidscriteria worden gedefinieerd, dan zullen deze bij de fusietoets ook worden meegenomen.

De aspecten 1. en 2. zullen een *procedurele* toets betreffen, gericht op de wijze waarop het proces van consultatie van betrokkenen is vormgegeven en of de fusierende partijen gemotiveerd hebben waarom (delen van) de adviezen wel of niet zijn overgenomen. Een dergelijke benadering, waarbij de inbreng van belanghebbenden centraal wordt gesteld, maakt het mogelijk om rondom een fusie zoveel mogelijk rekening te houden met de lokale behoeften ten aanzien van kwaliteit en bereikbaarheid en voorkomt dat de overheid te veel op de stoel van de zorgaanbieder gaat zitten. Volledigheidshalve wordt hierbij opgemerkt dat voor cliënten en personeel altijd de privaatrechtelijke weg open staat indien zij van mening zijn dat een ingebracht advies door fusierende partijen onvoldoende gemotiveerd is weerlegd (geschillencommissie zoals vastgelegd in de Wcz

respectievelijk de ondernemingskamer zoals vastgelegd in de Wet op de Ondernemingsraden).

De toets ten aanzien van aspect 3. betreft een inhoudelijke toets. In overleg met de NZa en de IGZ wordt nog gezien of ten aanzien van verwijzrelaties tussen zorgaanbieders (ambulances-ziekenhuizen, verwijzverbanden 1^e en 2^e lijn, ...) zorgspecifieke aanscherping van de fusietoetsing nodig is om de kwaliteit van zorg te borgen, ongeacht of mogelijk sprake is van mededingingsbelemmeringen.

De aanscherping van de fusietoetsing zal overigens naar verwachting geen Europees-rechtelijke bezwaren kennen. De zorgspecifieke toetsing wordt immers beperkt tot de publieke belangen kwaliteit en bereikbaarheid van de zorg en bevat geen nadere toetsing op mededingingsaspecten.

Naast de aanscherping van de toetsing als hierboven beschreven is de fusie-effectrapportage tevens een nuttig instrument voor de IGZ ter bepaling van de risico's voor verantwoorde zorg in het kader van het reguliere risicogestuurde toezicht op de kwaliteit van zorg. Immers, zorgaanbieders moeten te allen tijde voldoen aan het criterium van verantwoorde zorg. Aangezien een fusie extra risico voor de kwaliteit van zorg met zich kan brengen (i.c. de bestuurlijke aandacht voor het primaire proces kan verslappen) zal de IGZ bij elke fusie de betrokken instellingen intensiever volgen op grond van de reguliere kwaliteitswetgeving. Indien nodig kan de inspectie handhavend optreden met als doel de kwaliteit van zorg te beschermen *voor, tijdens en na het fusieproces*. Dergelijke handhavinginterventies kunnen gericht zijn op het zorgproces zelf en op de wijze waarop de organisatie van de zorgverlening is ingericht.

Logistiek stellen wij ons het volgende proces voor rondom de toetsing van een fusie:

Voordat een fusie tot stand wordt gebracht melden de betrokken zorgaanbieders de voorgenomen fusie bij de NZa met gelijktijdige overlegging van de fusie-effectrapportage. De NZa toetst – zo nodig in overleg met de IGZ – de fusie op de zorgspecifieke publieke belangen kwaliteit en bereikbaarheid. Deze toetsing is erop gericht dat de kwaliteit en de bereikbaarheid van zorg door de fusie niet door een «ondergrens» zullen zakken. Keurt de NZa het voornemen tot fusie af, dan kan de fusie geen doorgang vinden. Keurt de NZa – al dan niet onder voorwaarden – het voornemen tot fusie goed, dan melden de instellingen de fusievoornemens bij de NMa indien de fusie meldingsplichtig is op grond van de voor de zorgsector verlaagde omzetrempels. De NMa-toets is gericht op het voorkomen van verstoringen van de mededinging. Nuance daarbij is dat de NMa een mededingingsverstoringe fusie kan toestaan als bijvoorbeeld de «kwaliteitswinst» van een fusie voor de consument opweegt tegen de nadelige gevolgen van de verstoring van de mededinging. Indien een dergelijk «efficiencyverweer» aan de orde is, zal de NMa de NZa en/of de IGZ raadplegen. Indien ook de NMa geen bezwaren heeft tegen de fusie kan de fusie – al dan niet onder voorwaarden – doorgang vinden.

Door de aanscherping van de fusietoetsing op zorgspecifieke aspecten is het onontkoombaar dat de doorlooptijd van een fusie toeneemt en dat de administratieve lasten enigszins toenemen. Vanzelfsprekend zullen we de termijnen die nodig zijn voor de toetsing door de NZa niet langer dan noodzakelijk maken. Daarnaast zal de inhoud van de fusie-effectrapportage zoveel mogelijk moeten aansluiten op wat vanuit het oogpunt van goed bestuur van zorgbestuurders mag worden verwacht bij de voorbereiding van een fusie («bedrijfseigen kosten»).

Verbod op integratie zorgverzekeraars – zorgaanbieders

De werking van het zorgstelsel – en daarmee de kwaliteit, toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg – hangt af van de wijze waarop de verschillende partijen in de zorg hun rol invullen. Daarbij is kenmerkend voor het zorgstelsel dat de verschillende partijen (i.c. zorgvragers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars) elkaar beïnvloeden en scherp houden. Burgers oefenen druk uit op zorgaanbieders via hun keuze-gedrag. Zij bepalen uiteindelijk naar welke zorgverlener zij toegaan als ze zorg nodig hebben. Daarnaast worden zorgaanbieders door zorgverzeke-raars via de zorginkoop gestimuleerd om kwalitatief goede en doelmatige zorg te verlenen aan de zorgvragers/verzekerden. Zorgverzekeraars op hun beurt worden geprikkeld de zorg in te kopen zoals hun verzekerden die graag ontvangen door de mogelijkheid die hun klanten (verzekerden/ zorgvragers) hebben om voor een andere zorgverzekeraar te kiezen. Een stelsel van «checks and balances» dus.

Het kabinet acht het ontstaan van verticale integratie tussen zorgverzeke-raars en zorgaanbieders risicovol voor de werking van het zorgstelsel en daarmee voor de kwaliteit van zorg en de keuzevrijheid van burgers. Verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders binnen het Nederlandse zorgstelsel brengt het risico met zich dat zorgverzekeraars de belangen van patiënten niet objectief en optimaal behartigen. De zorginkoop door zorgverzekeraars moet zuiver zijn, zonder inmenging van directe belangen bij het reilen en zeilen van zorgaanbieders, en moet objectiveerbaar gericht zijn op kwalitatief goede en doelmatige zorg voor de verzekerden. Daarnaast is de toetreding van nieuwe zorgaanbieders in de praktijk al beperkt en is de toetreding van nieuwe zorgverzekeraars afwezig. Er is een gebrek aan dynamiek in de Nederlandse zorgmarkten. Verticale integratie kan dat probleem versterken.

Verticaal geïntegreerde zorgverzekeraars kunnen er belang bij hebben hun klanten af te schermen van potentieel concurrerende zorgaanbieders in de regio. Indien in de regio de dominante verzekeraar integreert met een zorgaanbieder ontstaat het risico dat nieuwe, innovatieve aanbieders geen eerlijke kans krijgen: zij zullen immers een inkooprelatie met de domi-nante verzekeraar in de regio nodig hebben om zich als een concurrent van de bestaande zorgaanbieders te ontwikkelen. Met als mogelijk gevolg een beperking van de innovatie in de zorgsector en een verdere beperking van de keuzevrijheid voor zorgvragers.

Het huidige gebrek aan transparantie over de kosten en de kwaliteit van zorg jaagt dit effect nog verder aan. Zorgverzekeraars kunnen er immers belang bij hebben om hun verzekerden zoveel mogelijk proberen te «sturen» naar instellingen waarmee ze zijn geïntegreerd. Ook wanneer deze instellingen misschien niet de beste of meest doelmatige zorg leveren. In dergelijke gevallen ontstaat het risico dat verticaal geïnte-greerde zorgverzekeraars/zorgaanbieders niet optimaal meewerken aan meer transparantie. Zeker wanneer verticale integratie op grote schaal zijn intrede doet wordt de doorontwikkeling naar een meer vraaggericht zorgstelsel belemmerd.

Daarom is het kabinet van mening dat een sterke mate van verstrengeling van belangen door verticale integratie van zorgverzekeraars en zorgaan-bieders niet past binnen het systeem van checks and balances zoals zich dat in de Nederlandse gezondheidszorg ontwikkelt. Om te voorkomen dat voor de burger de kwaliteit en de toegankelijkheid van zorg in gevaar komen, zal het kabinet met maatregelen komen die verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders voorkomen. Wel zal daarbij een uitzondering gemaakt worden voor die situaties waarin een zorgaan-bieder geen andere mogelijkheid rest dan integratie met een zorgaan-bieder of het zelf aanbieden van zorg om aan zijn zorgplicht te kunnen

voldoen en voor die situaties waarin een zorgverzekeraar het bestaande zorgaanbod wil opschudden/innoveren door het zelf in de markt zetten van tijdelijk aanbod dat anders niet van de grond zou komen. Beide uitzonderingssituaties zijn echter van tijdelijke aard. Gezien de voortdurende ontwikkelingen op de verschillende zorgmarkten zal in de regelgeving een evaluatiebepaling worden vastgelegd inhoudende dat na enige jaren wordt bezien in hoeverre op grond van de dan bestaande marktomstandigheden de betreffende maatregelen nog noodzakelijk en wenselijk zijn.

Wij realiseren ons dat degelijke maatregelen raken aan de Europese regelgeving ten aanzien van de interne markt en mededinging. Daarom zijn wij op dit moment met de Europese Commissie in gesprek over de wijze waarop de door het kabinet gewenste maatregelen ten aanzien van verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders binnen de kaders van de Europese regelgeving het best vorm gegeven kunnen worden.

Opsplitsingsbevoegdheid IGZ

Ten slotte gaan wij in deze paragraaf in op de in het regeerakkoord aangekondigde uitbreiding van de bevoegdheden van de IGZ om uit kwaliteitsoverwegingen een instelling te kunnen opsplitsen. Deze bevoegdheid zal een aanvulling zijn op het bestaande handhavinginstrumentarium binnen het reguliere kwaliteitstoezicht. De toepasbaarheid van dit instrument staat dan ook los van de wijze waarop bestaande organisatiestructuren van de onder toezicht staande instellingen tot stand zijn gekomen (fusies, autonome groei).

Bij haar toezicht hanteert de IGZ het principe van *high trust, high penalty*. De inspectie vertrouwt erop dat zorgaanbieders hun verantwoordelijkheid voor veiligheid en kwaliteit waarmaken. Maar bij geconstateerde onregelmatigheden volgen sancties. Ten aanzien van die sancties heeft de IGZ al een aanzienlijk scala van instrumenten, variërend van licht naar zwaar. De Kwaliteitswet zorginstellingen verplicht de zorgaanbieder tot het leveren van verantwoorde zorg. Daartoe behoort ook het «dusdanig organiseren van de zorg en het zorgdragen voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling dat één en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde zorg»¹.

Goed bestuur en verantwoorde zorg kunnen dus niet los van elkaar worden gezien. Sterker nog: goed bestuur is een essentiële voorwaarde om tot verantwoorde zorg te komen. Het toezicht van de inspectie heeft dan ook op beide aspecten betrekking.

De Kwaliteitswet voorziet de inspectie/minister van de bijbehorende handhavinginstrumenten. Zo kan de minister (in de praktijk op advies van de inspectie) op grond van de Kwaliteitswet een aanwijzing geven aan een zorgaanbieder. Zo nodig kan de inspectie een bevel geven indien het nemen van maatregelen in verband met gevaar voor de veiligheid of gezondheid redelijkerwijs geen uitstel kan lijden. Deze bevoegdheden hebben ook betrekking op elementen van goed bestuur. In situaties waarin het bestuur van een zorginstelling door de inrichting van de organisatie niet «in control» is kan de instelling een aanwijzing krijgen bijvoorbeeld ten aanzien van de verantwoordelijkheidsverdeling binnen de instelling. Aanknopingspunt voor het toezicht is dan «verantwoorde zorg.»

Het kabinet is van mening dat met het bestaande handhavinginstrumentarium zo nodig al grote druk kan worden gezet op bestuurders in de zorg om hun verantwoordelijkheid voor het leveren van kwalitatief goede zorg waar te maken.

¹ Kwaliteitswet zorginstellingen, artikel 3.

Mochten bestuurders van instellingen echter, ondanks eerdere interventies van de IGZ of de minister, toch het niveau van de zorg niet op voldoende kwalitatief niveau (kunnen) brengen en als er een aantoonbare relatie bestaat tussen de structuur van de organisatie en de tekortschietende kwaliteit van de zorgverlening, dan is het kabinet van mening dat de IGZ zo nodig de betreffende zorgaanbieder structurele maatregelen moet kunnen opleggen. De facto komt dit neer op het kunnen opleggen van een verplichting tot opsplitsing (afstoting van bedrijfsonderdelen). Het opleggen van een dergelijke verplichting is echter een zeer zware interventie die ook uitdrukkelijk bedoeld is als ultimum remedium. Voordat dit instrument kan worden ingezet zal vastgesteld moeten worden dat de kwaliteit van zorg in gevaar is/komt en dat er een rechtstreeks verband te leggen valt tussen de tekortschietende kwaliteit en de structuur van de organisatie die de zorg aanbiedt. Daarbij zal een gerede kans moeten bestaan op voortduring of herhaling van de kwaliteitsproblemen indien niet in de ondernemingsstructuur wordt ingegrepen. Voorts kan een dergelijke structurele maatregel alleen worden opgelegd wanneer er niet een even effectieve corrigerende maatregel bestaat of als een dergelijke even effectieve maatregel voor de betrokken zorgaanbieder meer belastend zou zijn dan de structurele maatregel. In het kader van het werkplan 2012 zullen wij de IGZ vragen een handhavingkader te ontwikkelen.

Proces

Bovenstaande maatregelen zullen wij in wetgeving verankeren. Het verbod op verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders – dat aangrijpt op zorgverzekeraars – zullen wij vastleggen in de Zvw en in de AWBZ. De aanscherping van de fusietoetsing en de formele rol van de NZa en de IGZ daarbij wordt in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) verankerd. De opsplitsingsbevoegdheid van de IGZ regelen we door een aanpassing van het handhavinginstrumentarium ten aanzien van de kwaliteit van zorg zoals vastgelegd in het Wetsvoorstel cliëntenrechten zorgsector.

In verband met de onzekerheden die vooral de Europese consultatie over het verbod op verticale integratie met zich brengt voor het tijdpad van de wetgeving, zullen wij dit verbod in een apart wijzigingsvoorstel aan u voor leggen. De aanscherping van de zorgspecifieke fusietoetsing en de opsplitsingsbevoegdheid van de IGZ zullen in één wijzigingsvoorstel aan u worden voorgelegd. Streven is om de wetsvoorstellen aan het eind van 2011 gereed te hebben voor verzending naar de Tweede Kamer.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. I. Schippers

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. L. L. E. Veldhuijzen van Zanten- Hyllner