

29 247 Acute zorg

Nr. 316 Verslag van een schriftelijk overleg
Vastgesteld 7 september 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en voor Medische Zorg over de brief van 26 mei 2020 inzake het concept-Uitvoeringsbesluit Wtza, concept-wijziging Bub Wmg, concept-AMvB acute zorg (Kamerstuk 29 247, nr. 312).

De vragen en opmerkingen zijn op 2 juli 2020 aan de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en voor Medische Zorg voorgelegd. Bij brief van 4 september 2020 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,
Krijger

Inhoudsopgave **blz.**

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

- a. Inleiding**
- b. Concept-Uitvoeringsbesluit Wtza**
- c. Concept-wijziging Bub Wmg**
- d. Concept-AMvB acute zorg**

II. Reactie van de minister

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

a. Inleiding

De leden van de **VVD-fractie** hebben kennisgenomen van het concept-besluit, houdende regels ter uitvoering van de Wet toetreding zorgaanbieders (concept-Uitvoeringsbesluit Wtza), de concept-wijziging Bub Wmg (Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg

(hierna: Bub Wmg) en het concept-besluit, houdende wijziging van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz en het Besluit beschikbaarheidbijdrage Wmg in verband met het stellen van eisen omtrent de voorbereiding, beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg (hierna: concept-AMvB acute zorg). Zij hebben hierbij nog enkele vragen.

De leden van de **CDA-fractie** hebben kennisgenomen van het concept-Uitvoeringsbesluit Wtza, de concept-wijziging Bub Wmg en de concept-AMvB acute zorg. Deze leden hebben hier enkele vragen bij.

De leden van de **D66-fractie** hebben kennisgenomen van het concept-Uitvoeringsbesluit Wtza, de concept-wijziging Bub Wmg en de concept-AMvB acute zorg. Zij hebben in dit verband nog enkele vragen.

De leden van de **SP-fractie** hebben kennisgenomen van het concept-Uitvoeringsbesluit Wtza, de concept-wijziging Bub Wmg en de concept-AMvB acute zorg. Deze leden hebben per conceptbesluit hun vragen opgesteld.

De leden van de **ChristenUnie-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van het concept-Uitvoeringsbesluit Wtza. Zij willen de minister hierover graag op twee punten enkele vragen stellen.

b. Concept-Uitvoeringsbesluit Wtza

De leden van de **VVD-fractie** lezen dat de door bestaande instellingen reeds verkregen toelating tot de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) van rechtswege wordt omgezet in een Wtza-vergunning, als sprake is van een instelling die over een Wtza-vergunning moet beschikken. Voor andere al bestaande instellingen die over een Wtza-vergunning moeten beschikken (bijvoorbeeld instellingen die van rechtswege waren toegelaten op grond van de WTZi) geldt een overgangstermijn van twee jaar waarbinnen zij de vergunning moeten aanvragen. Genoemde leden vragen de minister of hij aan kan geven wat het precieze verschil is tussen bovenstaande situaties voor instellingen. Kan de minister voorts aangeven of in de overgangstermijn van twee jaar de WTZi-vergunning rechtsgeldig blijft? Kan deze vergunning in de overgangstermijn ingetrokken worden? Zo ja, welke consequenties heeft dit voor de aanvraag van een Wtza-vergunning? Hoe wordt na de overgangsperiode gecontroleerd of alle instellingen die een Wtza-vergunning moeten hebben, daadwerkelijk een vergunning hebben aangevraagd?

Voorts lezen de leden van de VVD-fractie dat instellingen die rechtstreeks onder een minister ressorteren van de vergunningplicht worden uitgezonderd, omdat een vergunning hier niet van toegevoegde waarde wordt geacht. Kan de minister aangeven wat de onderliggende argumentatie is bij deze stelling?

De leden van de VVD-fractie lezen dat met belangenvereniging Per Saldo is gesproken over een eventuele uitzondering van ouderinitiatieven voor het hebben van een interne toezichthouder. De minister geeft aan dat voor ouderinitiatieven geen uitzondering wordt gemaakt. Kan hij aangeven in hoeverre Per Saldo zich hierin kan vinden? Hoe verhoudt het aanstellen van een intern toezichthouder voor deze ouderinitiatieven zich tot de administratieve lasten die daarbij komen kijken voor deze initiatieven?

Genoemde leden lezen dat binnen de private instellingen voor forensische zorg er een bijzondere categorie van instellingen is, die bestemd zijn als private instellingen voor de verpleging van ter beschikking gestelden. Deze instellingen zijn niet uitgezonderd van de vergunningplicht, maar wel van de eisen met betrekking tot het intern onafhankelijk toezicht, omdat de minister van Justitie en Veiligheid bevoegdheden heeft ten aanzien van de *governance*. Kan worden toegelicht welke bevoegdheden de minister van Justitie en Veiligheid heeft ten aanzien van deze instellingen? Kan voorts worden aangegeven hoe vaak de minister van J&V in de afgelopen vijf jaar zijn bevoegdheden hieromtrent heeft moeten gebruiken?

Het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) adviseert (de verlaging van) de regeldruk beter in kaart te brengen. De exacte besparingen en kosten van dit besluit worden met een extern onderzoek in kaart gebracht. De leden van de VVD-fractie vragen of de minister kan aangeven op welke termijn de publicatie van dit onderzoek verwacht kan worden.

Geregeld wordt dat de interne toezichthouder uit minimaal drie natuurlijke personen moet bestaan, zo lezen de leden van de VVD-fractie. Een lid van de interne toezichthouder kan zijn functie bij dezelfde instelling in beginsel vier jaar uitoefenen, met éénmaal de mogelijkheid tot verlenging van nogmaals vier jaar. Kan de minister aangeven of de aanstelling van de drie natuurlijke personen, die samen de interne toezichthouder vormen, synchroon moet lopen? Kan tevens worden aangegeven op welke gronden een lid van de interne toezichthouder uit zijn functie kan worden ontheven?

De leden van de **CDA-fractie** lezen dat eerstelijns zorgaanbieders met meer dan 25 zorgverleners verplicht worden een interne toezichthouder aan te stellen. De interne toezichthouder moet uit ten minste drie natuurlijke en van de zorgaanbieder onafhankelijke personen bestaan. De leden van de CDA-fractie vragen of bij de berekening van de administratieve lasten de vergoeding voor de leden van de Raad van Toezicht is meegenomen. Zo niet, waarom niet? Worden de kosten die deze wetswijziging met zich mee brengt meegenomen in de tarieven?

De leden van de CDA-fractie constateren dat er verschillende definities van het woord 'zorgverlener' worden gebruikt in de concept-AMvB Wtza en in de concept-AMvB Bub Wmg. De Wtza sluit aan bij de definiëring uit de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), terwijl de AMvB Wmg aansluit bij de Wmg (Wet marktordening gezondheidszorg), maar bepaalde categorieën zorgaanbieders weer uitsluit van de werking van deze bepaling (onder andere natuurlijke personen die geen zorg doen verlenen en natuurlijke personen die al via de maatschap zorg doen verlenen). De leden van de CDA-fractie vragen waarom niet gekozen is voor een eenduidige definitie van het begrip 'zorgaanbieder'. Waarom wordt op verschillende wijze onderscheid gemaakt tussen kleine ambulante, kleine intramurale en grote zorgaanbieders? Tenslotte vragen deze leden waarom überhaupt bepaalde categorieën van zorgaanbieders worden uitgesloten.

De leden van de **D66-fractie** constateren met bezorgdheid dat in het voorliggende concept-Uitvoeringsbesluit Wtza geen uitzonderingen zijn opgenomen ten aanzien van ouder-/familie-initiatieven. Genoemde leden maken zich zorgen over de hoge administratieve en financiële lasten die zouden kunnen worden veroorzaakt voor deze initiatieven. Op welke wijze zijn de zorgen van de ouder-/familie-initiatieven concreet betrokken bij de uitwerking van deze AMvB? Welke acties onderneemt de minister nu om uitvoering te geven aan de motie om onnodige administratieve en financiële lasten te voorkomen, aangezien er geen uitzondering

gemaakt wordt?¹ Is de minister bereid te zoeken naar een alternatieve oplossing die recht doet aan de specifieke situatie van deze instellingen, waarbij ouders zelf al de regie voeren over de zorg van hun kinderen? Welke opties zijn in beeld gebracht voordat is besloten om deze uitzondering niet te maken? Is behalve met Per Saldo ook gesproken met de ouder-/familie-initiatieven zelf?

De leden van de **SP-fractie** hebben per paragraaf de onderstaande vragen en opmerkingen.

Uitzonderingen op de meldplicht, vergunningplicht en eisen bestuursstructuur

Meldplicht

Binnen zes maanden moeten nieuwe zorgaanbieders zich melden bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). De leden van de SP-fractie hebben eerder bij de behandeling in de Tweede Kamer van de wetsvoorstellen aangaande de Wtza hun zorgen hierover geuit.² Heeft de minister nagedacht over aanvullende maatregelen indien blijkt dat de meldplicht onvoldoende werkt? Voorts vragen genoemde leden of de uitbreiding van het personeel bij de IGJ inmiddels gereed is om uitvoering te kunnen geven aan zijn nieuwe aanvullende taken. Kan de minister daar meer informatie over geven?

¹ Kamerstukken 34 767 en 34 768, nr. 52

² Kamerstukken 34 767 Wet toetreding zorgaanbieders en 34 768 Aanpassingswet Wet toetreding zorgaanbieders

Bestuursstructuur (onafhankelijke interne toezichthouder)

Een aantal vergunningplichtige instellingen is uitgezonderd van de verplichting tot het aanstellen van een interne toezichthouder omdat het toezicht op het beleid van de dagelijkse of algemene leiding van deze instellingen al op een andere wijze is geborgd dan wel omdat de eisen met betrekking tot de interne toezichthouder als disproportioneel worden beoordeeld. De leden van de SP-fractie vragen wat de minister verstaat onder 'het borgen op een andere wijze'.

Categorieën zorgaanbieders die zijn uitgezonderd van de meldplicht, toelatingsvergunning en eisen bestuursstructuur

Adviezen

Toezicht- en Handhavingstoets (T&H-toets) IGJ

De leden van de SP-fractie begrijpen de kritiek van de IGJ dat het aanstellen van een interne toezichthouder met minimaal drie natuurlijke personen voor kleine zorginstellingen niet proportioneel wordt geacht.

De IGJ wijst op de eigen verantwoordelijkheid van zorgaanbieders om het wettelijke en verplichte interne toezicht te regelen. Genoemde leden vragen welke regels dan wel gelden voor kleine instellingen als zij niet drie natuurlijke personen als toezichthouder hoeven in te zetten. Kan dit nader toegelicht worden?

Artikelsgewijs

Artikel 6

De leden van de SP-fractie lezen dat een interne toezichthouder vier jaar zijn functie kan beoefenen in een instelling met eventuele verlenging tot maximaal acht jaar. Kan de minister aangeven waarom voor deze termijnen is gekozen?

De leden van de **ChristenUnie-fractie** zijn teleurgesteld dat de minister ouderinitiatieven niet wil uitzonderen van de vergunningplicht en de verplichting tot het instellen van een onafhankelijk intern toezichthouder. Deze leden achten het disproportioneel om een vergunningsregime, met weigerings- en intrekingsgronden en verplicht extern toezicht, op te leggen aan ouderinitiatieven. Zij vragen de minister alsnog alles in het werk te stellen om onnodige administratieve en financiële lasten voor ouderinitiatieven te voorkomen en gebruik te maken van de uitzonderingsmogelijkheid in artikel 4, vijfde lid van de Wtza. Verder wijzen de leden van de ChristenUnie-fractie erop dat de ouders of bestuursleden bij ouderinitiatieven juist het toezicht uitoefenen op de vaak externe zorgleverancier en de besteding van de middelen. Is de minister het met genoemde leden eens dat zij daar een beter zicht op hebben dan een externe toezichthouder, nog afgezien van de vraag of geschikte toezichthouders gevonden zouden kunnen worden die dat onbezoldigd willen doen?

De leden van de ChristenUnie-fractie zijn voorts blij met de uitwerking van de nadere regels, bedoeld in het tweede lid van artikel 3, Wtza. Op het punt van de taken en/of bevoegdheden van de interne toezichthouder missen deze leden echter een concretisering. Is de minister bereid om een nader invulling te geven van de taken en bevoegdheden die een onafhankelijke interne toezichthouder minimaal dient te hebben?

c. Concept-wijziging Bub Wmg

De leden van de **VVD-fractie** lezen dat in dit besluit een aantal categorieën van zorgaanbieders wordt uitgezonderd van de in paragraaf 1 van de nota van toelichting genoemde verplichtingen voor een transparante financiële bedrijfsvoering, het gebruik van financiële derivaten en openbare jaarverantwoording. Kan de minister een inschatting geven van het aantal zorgaanbieders dat onder categorie a valt: zorgaanbieders die uitsluitend zorg verlenen die niet wordt gefinancierd vanuit collectieve middelen?

De leden van de VVD-fractie lezen dat bij de MKB-toets zorgen zijn geuit over de extra lasten met betrekking tot de jaarverantwoordingsplicht. De minister stelt in zijn reactie dat het lastenvriendelijkere alternatief van het gesprekspanel niet als een voldoende effectief alternatief wordt gezien. Is de minister voornemens om de lastendruk omtrent de jaarverantwoordingsplicht in de toekomst te evalueren en eventueel aan te passen mocht dit disproportionele situaties met zich meebrengen?

Het ATR heeft bij een eerder concept geadviseerd de wijziging van het Bub Wmg niet in te dienen, omdat een heldere probleemanalyse ontbreekt. In de reactie van de minister lezen genoemde leden dat het advies van het ATR ter harte is genomen en dat in de toelichting bij het besluit duidelijk is gemaakt waarom de maatregelen noodzakelijk zijn. Kan de minister aangeven of het ATR ook nog een reactie op de toelichting heeft gegeven? Is het ATR van standpunt veranderd?

De leden van de **CDA-fractie** constateren dat de Wtza ‘alle’ zorgaanbieders verplicht jaarlijks openbaar verantwoording af te leggen over hun financiële bedrijfsvoering, resultaat en vermogen. Het uitgangspunt is dat zorgaanbieders die (deels) met collectieve middelen bekostigd worden, aanspreekbaar moeten zijn op de professionaliteit en de integriteit van hun bedrijfsvoering. Solisten, waarnemers en individuele leden van een maatschap ((kosten)maatschap zelf wel) zijn uitgezonderd van deze verplichting. De leden van de CDA-fractie vragen wie precies vallen onder de definitie van een ‘solist’. Waarom worden solisten, waarnemers en individuele leden van een maatschap uitgezonderd? Hoe wordt geborgd dat ook zij gecontroleerd kunnen worden?

Ter voorbereiding op de jaarverantwoordingsplicht heeft het ministerie van VWS de zorgverleners bevestigd op de lasten die hieruit voortvloeien. De leden van de CDA-fractie vragen of de minister kan aangeven welke informatie dit heeft opgeleverd? Wat is de omvang van deze administratieve lasten?

Ondernemers leveren al fiscale gegevens aan. De leden van de CDA-fractie vragen of onderzocht is op welke manier de overheid intern deze gegevens met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) zou kunnen delen om daarmee de integriteit te kunnen toetsen. Waarom wordt ervoor gekozen om dit bij zorgaanbieders te leggen, zeker aangezien het uitgangspunt is dat dezelfde gegevens gebruikt zouden worden?

De leden van de CDA-fractie vragen of de minister meer informatie kan verstrekken over de inhoud van de financiële jaarverantwoording. Welke gegevens dienen aangeleverd te worden? Dient enkel over Wlz- (Wet langdurige zorg) en Zvw (Zorgverzekeringswet)-zorg gerapporteerd te worden? Of over alle geleverde zorg? Deze leden vragen of de minister bereid is om met de eerstelijnszorg in gesprek te gaan over

de uitwerking van deze verplichting.

Er wordt gesproken over het zoveel mogelijk aansluiten bij bestaande verplichtingen, maar op dit moment is de inhoud van de financiële jaarverantwoording nog niet bekend. De leden van de CDA-fractie vragen wanneer hier meer informatie over komt en of er al meer duidelijkheid is omtrent de uitvoering van de motie van het lid Van den Berg ³ met betrekking tot een eenduidige modeljaarrekening.

De leden van de CDA-fractie vragen of onderscheid gemaakt wordt tussen grote en kleine (eerstelijns) zorgaanbieders. Zo ja, wordt dan aangesloten bij de grens van 25 uit de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz) en de bestuursstructuur?

d. Concept-AMvB acute zorg

De leden van de **VVD-fractie** lezen in de nota van toelichting bij de concept-AMvB acute zorg dat de samenwerking in de regio tot doel heeft (mogelijke) knelpunten in de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg te signaleren, te voorkomen dan wel op te lossen. Alle betrokken partijen moeten actief zoeken naar eventuele knelpunten die zich voordoen in de praktijk of die in de toekomst aan de orde kunnen zijn, bijvoorbeeld als gevolg van ontwikkelingen in de vraag naar acute zorg of in het aanbod daarvan. Kan de minister aangeven of alle betrokken partijen op de hoogte, en doordrongen zijn van hun verantwoordelijkheden?

De leden de VVD-fractie lezen in de passage over de normen voor de acute zorg dat de bereikbaarheidsnormen zodanig zullen worden omschreven dat bij een voorgenomen opschorting of beëindiging van acuut zorgaanbod op een bepaalde locatie door het RIVM een bereikbaarheidsanalyse kan worden gemaakt. In de bereikbaarheidsanalyse wordt omschreven of door de opschorting of sluiting de norm in gevaar komt of dat een naburige zorgaanbieder door de opschorting of sluiting gevoelig wordt voor de norm. Kan de minister aangeven of bij de omschrijving van de normen nu ook al rekening gehouden wordt met potentiële risico's voor de norm?

Voorts lezen de leden van de VVD-fractie dat het voornemen is om in de ministeriële regeling te bepalen dat zorgaanbieders afspraken moeten maken over het goed functioneren van de afzonderlijke schakels in de keten van de acute zorg, met goede afspraken en een goede afstemming en samenwerking tussen die schakels alsmede met de partijen die onnodige instroom in de keten kunnen beperken of de uitstroom uit de keten kunnen bevorderen. Kan de minister aangeven wat de vervolgacties zijn indien zorgaanbieders niet in staat blijken te zijn afspraken hierover vast te leggen?

In de nota van toelichting wordt gesteld dat de bureaus van de traumacentra worden ondersteund door het bureau van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ), zo lezen de leden van de VVD-fractie. Het LNAZ wijst er in het kader van de regeldruk op dat nieuwe partijen gaan deelnemen aan het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) en dat van het overleg meer en nieuwe activiteiten worden verwacht, hetgeen zal leiden tot een toename van kosten. Ook de toenemende drukte in de acute zorg vergt extra activiteiten van de ondersteunende bureaus. De NZa doet onderzoek naar de desbetreffende kosten. Kan de

³ Kamerstukken 34 767 en 34 768, nr. 47

minister aangeven wanneer de resultaten van dit onderzoek verwacht kunnen worden?

De leden van de **CDA-fractie** lezen in artikel 8A.4, eerste lid, onderdeel d van de concept-AMvB acute zorg, dat indien een zorgaanbieder het aanbieden van acute zorg op een bepaalde locatie geheel of gedeeltelijk wil beëindigen of opschorten, dat de colleges van burgemeester en wethouders van de gemeenten in de omgeving vooraf betrokken moeten zijn. Deze leden vragen op welke wijze gemeenten volgens de minister betrokken moeten worden. Moeten zij bijvoorbeeld tijdig genoeg geïnformeerd worden, zodat zij niet met een reeds genomen en onomkeerbaar besluit geconfronteerd worden? Hebben gemeenten in een dergelijk geval mogelijkheden om de sluiting van acute zorg tegen te houden? Is de minister het met de leden van de CDA-fractie eens dat regionale bestuurders niet alleen geïnformeerd, maar ook geconsulteerd moeten worden? Welke stappen moet een aanbieder van acute zorg in een dergelijke situatie in ieder geval doorlopen? Hoe kan gecontroleerd worden dat in het hele proces aan deze vereisten is voldaan?

De leden van de CDA-fractie vragen op welke wijze een aanbieder van acute zorg volgens de minister in voldoende mate voldoet aan de eis om zich aantoonbaar in te spannen om onzekerheid te voorkomen bij de inwoners uit de omgeving die belang hebben bij de door de zorgaanbieder geboden acute zorg (artikel 8A.4, eerste lid, onderdeel e, concept-AMvB acute zorg).

De leden van de CDA-fractie vragen ten slotte waarom een aanbieder van acute zorg die van plan is zijn zorgaanbod te wijzigen, niet ook verplicht wordt om in overleg te gaan met de ketenpartners.

De leden van de **D66-fractie** vinden het goed dat de nieuwe versie van de concept-AMvB acute zorg er nu ligt. Deze leden vinden het van groot belang dat de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de acute zorg in iedere regio adequaat worden geborgd en dat inwoners, patiënten en andere zorgaanbieders aan de voorkant bij wijzigingen in het aanbod worden betrokken. Wel hebben deze leden nog enkele vragen. Ten eerste over de betrokkenheid van inwoners en patiënten bij de besluitvorming. De Kamer heeft met de motie van de leden Slootweg en Raemakers ⁴ de regering verzocht om wettelijk te borgen dat ook een vertegenwoordiging van burgers en patiënten betrokken wordt bij de planontwikkeling en besluitvorming in het ROAZ over wijzigingen in het regionale medisch zorglandschap. Kan de minister nader toelichten hoe aan deze motie invulling is gegeven, specifiek in de voorliggende concept-AMvB? Genoemde leden lezen voorts in artikel 8A.4 dat een zorgaanbieder het aanbieden van acute zorg op een bepaalde locatie slechts geheel of gedeeltelijk kan beëindigen of opschorten als de zorgaanbieder zich aantoonbaar inspant om onzekerheid te voorkomen bij de inwoners uit de omgeving die belang hebben bij de door de zorgaanbieder geboden acute zorg. Wat verstaat de minister hier precies onder? Hoe wordt dit (al dan niet per ministeriële regeling) ingekleurd en wanneer is aan deze inspanningsverplichting voldaan? Deze leden hechten verder veel waarde aan tijdige melding door zorgaanbieders van het voornemen om een deel van de acute zorg niet langer aan te bieden, zodat in de regio kan worden ingespeeld op een verandering in het acute zorglandschap. Gelden op het gebied van tijdige melding harde vereisten voor de verschillende informatieverplichtingen, als neergelegd in artikel 8A.4? Wat is volgens de minister een redelijke termijn om de daarin genoemde partijen te informeren?

⁴ Kamerstuk 35 138, nr. 5

De leden van de D66-fractie lezen daarnaast in artikel 8A.4, tweede lid van de concept-AMvB dat als de normen inzake de bereikbaarheid van de acute zorg in gevaar komen bepaalde zorgaanbieders op verzoek van een zorgverzekeraar de medewerking moeten verlenen die redelijkerwijs kan worden gevergd en die noodzakelijk is voor het door de zorgverzekeraar voldoen aan de zorgplicht. Kan de minister dit nader toelichten? Wat kan precies door de verzekeraars van deze zorgaanbieders worden gevergd? Is dit een (harde) eis om het acute zorgaanbod te vergroten? Wie toetst of zorgaanbieders hieraan hebben voldaan en hoe?

Het lijkt de leden van de D66-fractie tevens van belang dat de NZa tijdig wordt geïnformeerd over een voorgenomen sluiting van een deel van het aanbod van acute zorg in een regio. Nu begrijpen deze leden dat dit informeren van de NZa zal worden geregeld in regels van de NZa en niet in de voorliggende concept-AMvB. Kan de minister nader toelichten waarom deze keuze - op verzoek van de NZa - is gemaakt? Kan de minister tevens toelichten hoe deze informatieplicht zal worden vastgelegd in de regels van de NZa? Welke eisen en voorwaarden worden aan de informatieplicht gesteld? Kunnen deze na verloop van tijd worden aangepast, en zo ja, hoe wordt de Kamer daar dan over geïnformeerd? Genoemde leden begrijpen dat ook de verplichting voor het traumacentrum om de NZa te informeren over knelpunten in het aanbod acute zorg in regels van de NZa zal worden vastgelegd. Kan de minister op dit punt eveneens de hiervoor gestelde vragen beantwoorden? Hoe verhoudt zich dit tot de informatieplicht jegens de IGJ en de zorgverzekeraars, conform artikel 8A.3 van de concept-AMvB?

De leden van de **SP-fractie** menen in het algemeen dat een goede samenwerking in de acute zorg onmisbaar is. Deze leden vinden het een goede zaak dat een AMvB is ontwikkeld om deze goede samenwerking van de acute zorg te organiseren. Deze leden steunen dan ook het principe van een dergelijke AMvB. Over de inhoud hebben zij nog verschillende vragen.

Doel van de AMvB

Met ingang van 2020 geldt een bereikbaarheidsnorm voor beoordeling van patiënten met een acute psychische zorgvraag. Kan, zo vragen de leden van de SP-fractie, deze bereikbaarheidsnorm nader worden toegelicht inclusief de ervaringen met de norm tot nu toe.

Het bestuur van de veiligheidsregio legt in het beleidsplan de ambities en taken voor de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) vast die gebaseerd zijn op de aanwezige risico's in de veiligheidsregio en de gestelde eisen in het Besluit veiligheidsregio's. Hierbij houdt de GHOR rekening met het in de regio aanwezige en beschikbare aanbod van acute zorg. Wat zijn precies de rol en de verantwoordelijkheid van de GHOR bij signalen van een tekort aan aanbod?

Normen voor acute zorg

In de voorliggende nota van toelichting lezen de leden van de SP-fractie dat de huisartsenposten (HAP) als norm hebben dat minimaal 90% van de inwoners van het werkgebied van een HAP binnen 30 minuten met de auto bij de HAP moet

kunnen zijn. Wat zijn op dit moment precies de resultaten met betrekking tot deze norm? Moet deze norm niet worden aangescherpt aangezien het hier een eerstelijnsvoorziening betreft?

Noodzaak van afstemming, samenwerking en goede afspraken bij acute zorg

Het doel van het regionaal overleg is geregeld in artikel 8A.2 van de onderhavige concept-

AMvB en houdt in: ‘het maken van zodanige afspraken over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg alsmede over de voorbereiding op het verlenen van die zorg dat op doelmatige wijze wordt bevorderd dat een persoon die binnen die regio acute zorg nodig heeft, die zorg tijdig ontvangt van een zorgaanbieder die daarvoor voldoende is toegerust en over de voor die zorg noodzakelijke deskundigheid beschikt’. Het is goed dat hier aandacht voor is en dat specifiek aandacht is voor knelpunten. De leden van de SP-fractie vragen echter wel of toegelicht kan worden wat de doelen en verantwoordelijkheden zijn van de betrokkenen voor wat betreft de evaluatie. De leden van het ROAZ maken afspraken met elkaar, maar wat gebeurt er precies als leden van dat netwerk zich niet aan de afspraken houden?

Afspraken over continuïteit van zorg bij plannen om het aanbod van acute zorg te beëindigen of op te schorten

De netwerken van ketenpartners in de acute zorg maken afspraken over continuïteit, beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg. De leden van de SP-fractie vragen wat partners in dit netwerk precies kunnen doen als één van de partijen besluit niet langer bepaalde acute zorg te leveren. Partijen moeten erbij betrokken worden, maar betekent dit dat zij geen definitieve stem hebben in dit proces? Hoe zit het ermee indien deze specifieke partij de gemaakte afspraken in het netwerk in het besluit niet nakomt? Er moet bij een dergelijk besluit en/of voornemen tot beëindigen of opschorten van acute zorg overleg plaatsvinden. Genoemde leden vragen wat precies de waarde is van een dergelijk overleg. Kan een overleg in de keten een partner ‘dwingen’ alsnog deze acute zorg aan te bieden?

De leden van de SP-fractie lezen dat aangegeven wordt dat het in de overleggen ook kan gaan om randvoorwaardelijke zaken als opleiden. Tegelijkertijd wordt aangegeven dat afspraken over opleiden in een ander verband worden gemaakt. Hoe gaat dit precies in zijn werk? Welke rol hebben de partijen in de zorgketen bij het opleiden en hoe ver gaat hun macht op dit terrein? Welke afstemming is er met dit andere netwerk?

Regeldruk

De concept-AMvB acute zorg zal in de praktijk nauwelijks tot een toename van regeldruk leiden, zo wordt gesteld. Alleen in regio's waar bepaalde partijen nog niet altijd aan tafel zitten zal de AMvB wellicht tot een toenemende regeldruk leiden. In dat kader vragen de leden van de SP-fractie in welke regio's het netwerk nog niet volledig is. In welke regio's zijn nog niet alle relevante partijen aangesloten en wanneer zal dit overal geregeld zijn?

Consultatie

In de nota van toelichting bij de concept-AMvB wordt op verschillende momenten aangegeven dat een onderdeel nog wordt uitgewerkt in een ministeriële regeling. Graag ontvangen de leden van de SP-fractie een volledig overzicht van de nog te ontvangen ministeriële regelingen.

Als de leden van de SP-fractie het goed begrijpen is het mogelijk dat in bepaalde omstandigheden de zorgverzekeraar zijn zorgplicht niet kan voldoen. Over welke situaties in de acute zorg gaat dit? Welke rol en/of taak en/of verantwoordelijkheid hebben zorgverzekeraars precies als een aanbieder van acute zorg in het netwerk besluit dergelijke zorg niet langer te verlenen? Er is gekozen voor een verplichting van zorgaanbieders om, voor zover dit redelijkerwijs van een aanbieder kan worden gevergd, aan de zorgverzekeraar de medewerking te verlenen die noodzakelijk is voor het realiseren van de zorgplicht van de zorgverzekeraar met betrekking tot de bereikbaarheid van de acute zorg. Wat wordt bedoeld met ‘redelijkerwijs kan worden gevergd’, zo vragen de leden van de SP-fractie. Kan een zorgaanbieder gedwongen worden acute zorg aan te bieden? Zo nee, geldt dit ook als

daardoor bepaalde normen niet meer worden gehaald? Waar eindigt precies de taak van de zorgaanbieder en waar begint precies de taak van de zorgverzekeraar in het aanbieden van acute zorg?

Artikel 8A.4

In het eerste lid, onderdeel e, van de concept-AMvB is daarom geregeld dat de betrokken zorgaanbieder zich in geval van voorgenomen (gehele of gedeeltelijke) beëindiging of opschorting van de acute zorg, moet inspannen om onzekerheid onder de inwoners uit de regio te voorkomen over waar zij met hun acute zorgvraag terecht kunnen en of zij tijdig geholpen kunnen worden. Welke maatregelen hiervoor nodig zijn, hangt af van de inhoud en omvang van de voorgenomen opschorting of beëindiging. De leden van de SP-fractie vinden het onvoldoende dat de zorgen van bewoners gehoord worden en er eventueel kan worden aangegeven wat met die opmerkingen is gedaan. Zowel gemeenten als inwoners zouden een doorslaggevende stem moeten hebben in dit proces. Waarom is hier niet voor gekozen, zo vragen genoemde leden.

II. Reactie van de minister

De regering heeft met belangstelling kennisgenomen van de door de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport gestelde opmerkingen en vragen over het concept-Uitvoeringsbesluit Wtza, concept-wijziging BUB WMG en concept-AMvB acute zorg en dankt de fractieleden van de VVD, CDA, D66, SP en ChristenUnie voor hun inbreng. De regering hoopt in deze reactie de nog bestaande onduidelijkheden weg te nemen. Bij de beantwoording van de vragen is de volgorde van het verslag aangehouden. Daarbij zijn de vragen samengevat. Voor de leesbaarheid zijn de weergaven van de samengevatte vragen cursief gedrukt.

Concept-Uitvoeringsbesluit Wtza

De leden van de VVD-fractie vragen wat het precieze verschil is tussen de twee volgende situaties:

- *de door bestaande instellingen reeds verkregen toelating tot de Wet toelating zorginstellingen (hierna: WTZi) wordt van rechtswege omgezet in een Wtza-vergunning, als sprake is van een instelling die over een Wtza-vergunning moet beschikken.*
- *Voor andere al bestaande instellingen die over een Wtza-vergunning moeten beschikken (bijvoorbeeld instellingen die van rechtswege waren toegelaten op grond van de WTZi) geldt een overgangstermijn van twee jaar waarbinnen zij de vergunning moeten aanvragen.*

Voorts vragen deze leden of in de overgangstermijn van twee jaar de WTZi-toelating rechtsgeldig blijft en of deze toelating in de overgangstermijn kan worden ingetrokken. Zo ja, welke consequenties heeft dit voor de aanvraag van de Wtza-vergunning, zo vragen de betrokken leden.

Bij de door de VVD-fractieleden genoemde situaties gaat het in de eerste situatie om een bestaande instelling die op grond van de Wet toetreding zorgaanbieders (hierna: Wtza) vergunningplichtig is en reeds beschikt over een toelating op grond van de Wet toelating zorginstellingen (hierna: WTZi). In de tweede situatie gaat het om een bestaande instelling die Wtza-vergunningplichtig is en aan wie geen WTZi-toelating is verleend⁵. In de eerste

⁵ Dit betreft instellingen die ofwel van rechtswege waren toegelaten op grond van de WTZi ofwel niet onder de

situatie beschikt de instelling over een door het CIBG⁶ afgegeven WTZi-toelating, zodat een zodanige instelling bij het CIBG bekend is. Hierom kan deze WTZi-toelating van rechtswege worden omgezet in een Wtza-vergunning. De instelling in de tweede situatie is niet bij het CIBG bekend, omdat deze instelling op grond van de WTZi van rechtswege is toegelaten of helemaal niet onder de reikwijdte van de WTZi viel. Hierom geldt voor deze instelling een overgangstermijn om de Wtza-vergunning aan te vragen.

Bij inwerkingtreding van de Wtza per 1 juli 2021 wordt het toelatingssysteem op grond van de WTZi vervangen door het stelsel van de Wtza-vergunning. De WTZi-toelating heeft daardoor vanaf die datum geen wettelijke basis meer en is vanaf die datum dan ook niet meer rechtsgeldig. Voor de duidelijkheid, ook binnen de overgangstermijn voor de aanvraag van een Wtza-vergunning, vallen de bestaande instellingen net als nu, onder het toezicht van de Inspectie gezondheidszorg en jeugd (hierna: IGJ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) en kunnen jegens hen, in geval van het niet voldoen aan de voorwaarden met betrekking tot de kwaliteit en de rechtmatige declaratie, bestuursrechtelijke maatregelen worden genomen of strafrechtelijke vervolgingen plaatsvinden. Zodanige bestuursrechtelijke maatregelen en/of strafrechtelijke veroordelingen kunnen worden meegenomen bij de beslissing of aan de betrokken zorgaanbieder een Wtza-vergunning zal worden verstrekt.

De leden van de VVD-fractie vragen hoe na de overgangstermijn wordt gecontroleerd of alle instellingen die een Wtza-vergunning moeten hebben, daadwerkelijk een vergunning hebben aangevraagd.

Het is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om te voldoen aan de vereisten uit de Wtza. Zorgaanbieders moeten zich bij het CIBG melden. Bestaande zorgaanbieders, die nog niet bekend zijn in het Landelijk register zorgaanbieders, moeten zich binnen zes maanden na inwerkingtreding van de Wtza melden. De (digitale) vragenlijst waarmee zij zich moeten melden, verwijst de zorgaanbieders naar de vergunningaanvraag indien deze voor hen (mogelijk) van toepassing is. De IGJ houdt risico gestuurd toezicht op de Wtza. Wanneer de IGJ bij haar toezicht constateert dat een zorgaanbieder geen toelatingsvergunning heeft, kan ingevolge de artikelen 12 en 13 Wtza aan de zorgaanbieder een last onder dwangsom dan wel een bestuurlijke boete worden opgelegd.

De leden van de VVD-fractie vragen waarom een vergunning voor instellingen die rechtstreeks onder een minister ressorteren niet van toegevoegde waarde wordt geacht.

Voor instellingen die rechtstreeks onder een minister ressorteren geldt dat de zorg wordt verleend door ambtenaren. Via de begroting van de desbetreffende ministeries wordt verantwoording afgelegd over het bestuur en de bedrijfsvoering, waarbij moet worden voldaan aan het bepaalde in de Comptabiliteitswet. Het verlenen van een vergunning en het toetsen bij die vergunningverlening aan de weigeringsgronden (zoals het toetsen aan de bepalingen omtrent het intern toezicht, de bepalingen omtrent het rechtmatig declareren of de bepalingen over de bedrijfsvoering) levert daarmee geen meerwaarde op.

De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre Per Saldo zich erin kan vinden dat voor ouderinitiatieven geen uitzondering wordt gemaakt. Ook vragen zij hoe het aanstellen van een interne toezichthouder zich verhoudt tot de administratieve lasten die daarbij komen

reikwijdte van de WTZi vallen.

⁶ CIBG is een uitvoeringsorganisatie binnen het ministerie van VWS. CIBG staat voor Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg, maar die betekenis is niet meer lading dekkend.

kijken voor deze ouderinitiatieven.

Per Saldo c.s. vindt dat de vergunningplicht en de daarbij behorende eis van een interne toezichthouder zeer nadelige gevolgen heeft voor ouderinitiatieven. Ouderinitiatieven moeten volgens Per Saldo extra kosten maken en worden onnodig zwaarder belast. Per Saldo is hierom ontevreden dat in het Uitvoeringsbesluit Wtza geen uitzondering wordt gemaakt bij de Wtza-vergunning en de eis van een onafhankelijk intern toezichthouder.

In de toelichting bij het Uitvoeringsbesluit Wtza is opgenomen wat het aanstellen van een interne toezichthouder betekent voor de administratieve last van een instelling. De eenmalige lasten bestaan uit kennisname van de eisen, het vastleggen van de eisen in de statuten of schriftelijke regeling, de notariskosten daarbij, het werven en selecteren van personen voor de interne toezichthouder. De jaarlijkse lasten bestaan uit de terugkerende last van werven en selecteren, het informeren van de interne toezichthouder en het ten minste eenmaal per jaar schriftelijk op de hoogte stellen van de interne toezichthouder van de hoofdlijnen van het strategisch beleid, de algemene en financiële risico's en het beheers- en controlesysteem van de instelling. Daarmee worden de totale eenmalige lasten voor een instelling geraamd op €1.994,- en de totale jaarlijkse lasten op €239,50 per instelling.

Overwogen is of het aangewezen is om specifiek ouderinitiatieven als Wlz-instelling uit te zonderen van de vergunningplicht en de verplichting tot het instellen van een onafhankelijk intern toezichthouder. Reden om een zorgaanbieder van de vergunningplicht uit te zonderen is als voor die zorgaanbieder op grond van andere zorgwetgeving al een toereikend wettelijk toelatingsregime geldt. Dit is bij ouderinitiatieven niet aan de orde.

Ook is overwogen de ouderinitiatieven, gelijk aan de uitzondering van de eis van een cliëntenraad in de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen 2018 (hierna: Wmcz 2018), uit te zonderen van de eis van een onafhankelijk intern toezichthouder. In het Uitvoeringsbesluit Wmcz 2018 zijn namelijk instellingen waar cliënten verblijven die uitsluitend worden bekostigd uit een persoonsgebonden budget buiten de reikwijdte van de Wmcz 2018 gehouden, indien de zeggenschap in het bestuur van die instelling voor de meerderheid is belegd bij de cliënten die in de instelling verblijven en/of hun wettelijke vertegenwoordigers dan wel bloed- of aanverwanten. De eis van een onafhankelijk interne toezichthouder is echter een andere eis dan de eis van een cliëntenraad. Een onafhankelijk intern toezichthouder is, zoals het woord 'onafhankelijk' ook duidt, bedoeld als een belangrijke countervailing power voor het bestuur. De interne toezichthouder waakt over de kwaliteit en veiligheid van de zorg, de naleving van wet- en regelgeving en ziet toe op sturing, risico's en gedrag van het bestuur. Juist bij ouderinitiatieven gaat het om Wlz-verblijf en kwetsbare cliënten/kinderen. Dan is zo'n waarborg van een onafhankelijk intern toezichthouder des te meer van belang.

In verband met de aan een interne toezichthouder verbonden lasten wordt nog gewezen op de mogelijkheid voor zorginstellingen, dus ook ouderinitiatieven, om binnen de bestaande regels gebruik te maken van dezelfde interne toezichthouder waardoor de administratieve lasten voor een instelling kunnen worden beperkt. Dit kan gaan om een gezamenlijke interne toezichthouder voor instellingen met verschillende werkzaamheden binnen hetzelfde verzorgingsgebied en voor instellingen met dezelfde werkzaamheden binnen verschillende verzorgingsgebieden. Er kan geen sprake zijn van een gezamenlijke interne toezichthouder voor instellingen met dezelfde werkzaamheden binnen hetzelfde verzorgingsgebied, omdat er dan een risico kan zijn op beïnvloeding van de onafhankelijkheid van zo'n intern

toezichthouder. Niettemin zijn er dus binnen de bestaande regels mogelijkheden om de administratieve lasten van een interne toezichthouder beperkt te houden. Daarbij dient uiteraard steeds sprake te zijn van een zodanige situatie dat een effectief onafhankelijk intern toezicht is geborgd. Hiervoor zijn onder andere van belang het aantal en de omvang van de betrokken instellingen en de span of control van een zodanige toezichthouder.

De Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorg & Welzijn (hierna: NVTZ) heeft overigens het initiatief genomen om samen met de IGJ en de NZa in kaart te brengen welke zorgorganisaties nu of na invoering van de Wtza een interne toezichthouder moeten hebben en hoe dat toezicht in de praktijk is vormgegeven. Naast het in kaart brengen, is ook het doel om te inventariseren welke vormen van toezicht passen (werkbaar zijn) bij welk type organisatie. PGB-gefinancierde ouderinitiatieven zullen daar ook onderdeel van zijn.

De leden van de VVD-fractie vragen welke bevoegdheden de minister van Justitie en Veiligheid heeft ten aanzien van de governance voor private instellingen voor de verpleging van ter beschikking gestelden en hoe vaak de minister van J&V in de afgelopen vijf jaar zijn bevoegdheden hieromtrent heeft moeten gebruiken.

De minister van Justitie en Veiligheid (JenV) heeft ten aanzien van private instellingen voor de verpleging ter beschikking gestelden verschillende bevoegdheden die voortvloeien uit de Wet forensische zorg (hierna: Wfz), zoals het geven van een aanwijzing aan de Raad van Bestuur (artikel 3.3, vijfde lid, Wfz), het schorsen van het hoofd van de private instelling dan wel het voordragen voor ontslag van het hoofd van de private instellingen indien de door de minister gegeven aanwijzing onvoldoende wordt nageleefd (artikel 3.3, zesde lid, Wfz) of het benoemen van één van de leden van de Raad van toezicht (artikel 3.3, zevende lid, Wfz). Artikel 3.3 van de Wfz is op 1 januari 2019 in werking getreden. Sinds de inwerkingtreding van de Wfz heeft de minister nog geen gebruik gemaakt van één van deze bevoegdheden.

De leden van de VVD-fractie vragen op welke termijn de publicatie van het onderzoek naar de regeldruk kan worden verwacht.

Dit onderzoek kan in september 2020 worden verwacht. De voorlopige berekeningen die het externe bureau had gemaakt voor de versterking van het onafhankelijk intern toezicht, zijn opgenomen in het besluit zoals aan uw Kamer voorgelegd.

De leden van de VVD-fractie vragen of de aanstelling van de drie natuurlijke personen, die samen de interne toezichthouder vormen, synchroon moet lopen. Ook vragen zij op welke gronden een lid van de interne toezichthouder uit zijn functie kan worden ontheven.

De aanstelling van de drie natuurlijke personen hoeft niet synchroon te lopen. De procedure voor (her)benoeming, schorsing en ontslag van een lid van de interne toezichthouder en de daarvoor geldende criteria moeten zijn geregeld in de statuten of het reglement van de interne toezichthouder. Over het algemeen zal daarin zijn geregeld dat een lid van de interne toezichthouder wordt ontslagen door degene die hem benoemd heeft. Dat kan de interne toezichthouder zelf zijn, maar deze bevoegdheid kan ook aan een ander worden toegekend. Vanzelfsprekend moet er terughoudend worden omgegaan met ontslag van leden van de interne toezichthouder. Voor wat betreft gronden voor ontslag kan bijvoorbeeld worden gedacht aan ernstige taakverwaarlozing of belangenverstrengeling.

De leden van de CDA-fractie vragen of bij de berekening van de administratieve lasten de vergoeding voor de leden van de Raad van Toezicht is meegenomen en indien niet, waarom niet. Ook vragen deze leden of de kosten die deze wetswijziging met zich mee brengt wordt meegenomen in de tarieven.

In het concept-Uitvoeringsbesluit Wtza is niet voorgeschreven dat de leden van het intern toezicht een vergoeding voor hun werkzaamheden ontvangen. Hierom is bij de berekening van de administratieve lasten de vergoeding aan de leden van het interne toezicht niet meegenomen. De leden van het intern toezicht kunnen hun toezichthoudende taak ook op vrijwillige basis verrichten. Omdat een vergoeding aan een lid van het interne toezicht geen verplichting is die voortvloeit uit dit concept-Uitvoeringsbesluit, maakt het geen onderdeel uit van de berekening van de administratieve lasten. De regering kan zich voorstellen dat een eventuele vergoeding voor instellingen die onder de WTZi nog niet verplicht waren te beschikken over een interne toezichthouder of waarvan de interne toezichthouder nog niet uit drie leden bestond als last kan worden ervaren. Daartegenover staat dat goed en effectief intern toezicht de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg kan verbeteren en daarmee ook tot besparingen kan leiden. Tarieven die de NZa vaststelt moeten redelijkerwijs kostendekkend zijn. De NZa voert daarom periodiek kostenonderzoeken uit. Eventuele extra kosten of besparingen die zich voordoen, als gevolg van bijvoorbeeld veranderde wet- en regelgeving of bijvoorbeeld innovatie, worden op die manier meegenomen.

De leden van de CDA-fractie vragen waarom in de concept-AMvB Wtza en in de concept-AMvB Bub WMG niet is gekozen voor een eenduidige definitie van het begrip ‘zorgaanbieder’.

De concept-AMvB Wtza is gebaseerd op de Wtza, terwijl het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG (hierna: Bub WMG) is gebaseerd op de Wet marktordening gezondheidszorg (hierna: Wmg). In de Wtza en in de Wmg wordt het begrip ‘zorgaanbieder’ gedefinieerd op de wijze die past bij de doelstellingen van die wetten. Die beide wetten (Wtza en Wmg) regelen dat de in die wetten opgenomen begripsomschrijvingen ook gelden voor de lagere regelgeving krachtens die wetten, waaronder beide hierboven genoemde concept-AMvB’s. Het is niet mogelijk in deze AMvB’s een andere invulling te geven aan de betrokken begrippen dan de invulling die daaraan in de betrokken bovenliggende wet is gegeven.

Wat betreft het verschil tussen de begrippen in beide wetten (Wtza en Wmg) kan het volgende worden opgemerkt. Het doel van de Wtza is onder meer dat de zorgaanbieders die zorg als bedoeld in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (hierna: Wkkgz) verlenen, in beeld zijn bij de IGJ en voorts dat bepaalde zorgaanbieders een vergunning aanvragen waarbij ook gekeken wordt naar een goede kwaliteit van de zorg. Om die reden is bij de omschrijving van het begrip ‘zorgaanbieder’ in de Wtza aangesloten bij het begrip ‘zorgaanbieder’ in de zin van de Wkkgz. In de Wkkgz wordt bij het begrip ‘zorgaanbieder’ onderscheid gemaakt tussen ‘instellingen’ en ‘solistisch werkende zorgverleners’, omdat dit onderscheid van belang is voor de verschillende eisen die in die wet ten aanzien van de kwaliteit worden gesteld (als voorbeelden wordt verwezen naar de artikelen 3 en 4 Wkkgz).

In het begrip ‘zorgaanbieder’ van de Wmg wordt geen onderscheid gemaakt tussen ‘instellingen’ en ‘solistisch werkende zorgverleners’ omdat een zodanig onderscheid gezien de doelstellingen van die wet, niet van belang is. Tot die doelstellingen behoren o.a. de ontwikkeling van een doelmatig en doeltreffend stelsel van zorg waaronder een beheersing

van de kostenontwikkeling van de zorg en de bescherming en bevordering van de positie van de consument. Het maakt voor deze doelstellingen niet uit of zorg wordt geleverd door een ‘instelling’ of een ‘solistisch werkende zorgverlener’. Het gaat bij de Wmg primair om de categorieën van verleende zorg, de vormen van zorg en niet om de categorieën van zorgaanbieders. De Wmg bevat pas met de inwerkingtreding van de Aanpassingswet Wet toetreding zorgaanbieders (hierna: AWtza) de mogelijkheid om categorieën van zorgaanbieders uit te zonderen van die wet of een deel daarvan.

Ook willen voornoemde fractieleden weten waarom op verschillende wijze onderscheid wordt gemaakt tussen kleine ambulante, kleine intramurale en grote zorgaanbieders.

In het concept-Uitvoeringsbesluit Wtza wordt inderdaad een aantal kleinere zorginstellingen uitgezonderd van de eis om te beschikken over een interne toezichthouder. Daarbij is, waar mogelijk en passend, zoveel mogelijk aangesloten bij de drempels die op grond van het Besluit Wmcz 2018 gelden voor het instellen van een cliëntenraad. In de concept-wijziging Bub WMG wordt niet zo’n zelfde drempel gehanteerd. Zowel bij de parlementaire behandeling van het wetsvoorstel⁷ als tijdens het algemeen overleg Zorgfraude/Governance in de Zorgsector⁸ heeft de Tweede Kamer namelijk de wens uitgesproken dat ook kleine zorgaanbieders zich verantwoorden conform de artikelen 40a en 40b Wmg. Met het door de Tweede Kamer met algemene stemmen aangenomen amendement van het lid Ellemée c.s. is een toereikende financiële controle beoogd, zodat er meer zicht komt op kleine zorgaanbieders.⁹ Hierom wordt de voorgestelde drempel bij het intern toezicht niet wenselijk geacht bij de jaarverantwoordingsplicht.

Wel zal wat betreft de eisen die worden gesteld aan de inhoud van de jaarverantwoording onderscheid worden gemaakt tussen kleine, middelgrote en grote zorgaanbieders; daarbij zal uit een oogpunt van regeldruk worden aangesloten bij het onderscheid dat in Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW) tussen de verschillende categorieën wordt gemaakt, zodat de zorgaanbieders die ook op grond van het BW een jaarrekening moeten indienen zo min mogelijk worden belast met verschillende eisen ter zake.¹⁰

In antwoord op de vraag van de betrokken fractieleden waarom überhaupt bepaalde categorieën van zorgaanbieders worden uitgesloten in beide concept-AMvB’s, het volgende.

In de concept-AMvB Wtza worden sommige categorieën zorgaanbieders uitgesloten van de meldplicht, de vergunningplicht of de verplichting tot het beschikken over een interne toezichthouder. De redenen voor deze uitzonderingen zijn dat de meldplicht, de vergunningplicht of de eis van de interne toezichthouder voor bepaalde categorieën zorgaanbieders niet nodig zijn dan wel disproportioneel worden geoordeeld (bijv. omdat die aanbieders al in beeld zijn of alleen ondersteunende werkzaamheden verrichten). In paragraaf 4 van het algemeen deel van de nota van toelichting bij de concept-AMvB Wtza wordt per categorie van uitgezonderde zorgaanbieders nader gemotiveerd waarom deze categorie is uitgezonderd; verwezen wordt naar de betrokken paragraaf in de nota van

⁷ Handelingen II 2019/20, nr. 47, item 7 (parlementaire behandeling van het wetsvoorstel AWtza).

⁸ Kamerstuk 28 828, nr. 122 (Algemeen overleg Zorgfraude/Governance in de Zorgsector).

⁹ Kamerstuk 34 768, nr. 27.

¹⁰ Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat, anders dan op grond van het BW, voor de jaarverantwoording die op grond van de Wmg moet worden openbaar gemaakt, geen afzonderlijke (lichtere) bepalingen zullen worden opgenomen voor de zorgaanbieders die behoren tot de zogenoemde categorie van micro-ondernemingen (zoals geregeld in art. 2:395a BW). Dit vloeit voort uit artikel 40b, vijfde lid, Wmg, welk artikellid via het amendement van lid Ellemée is ingevoegd (Kamerstuk 34 768, nr. 26).

toelichting bij de concept-AMvB Wtza.

Het concept-AMvB Bub WMG regelt de uitzonderingen van categorieën van zorgaanbieders van de eisen van de artikelen 40a en 40b Wmg. Het is de bedoeling dat de artikelen 40a en 40b Wmg van toepassing zijn op zorgaanbieders die:

- a. (deels) worden bekostigd uit collectieve middelen; en
- b. vanuit publieke belangen van een betaalbare en toegankelijke zorgverlening, aanspreekbaar moeten zijn op de professionaliteit en integriteit van hun bedrijfsvoering.

Het beperken van de toepassing van de artikelen 40a en 40b Wmg tot zorgaanbieders die (onder meer) zorg verlenen die wordt gefinancierd uit de collectieve middelen, vloeit rechtstreeks voort uit het uitgangspunt dat zorgaanbieders die (deels) met collectieve middelen worden bekostigd, vanuit de publieke belangen van een betaalbare en toegankelijke zorgverlening, aanspreekbaar moeten zijn op de professionaliteit en de integriteit van hun bedrijfsvoering.

Naast zorgaanbieders die uitsluitend zorg verlenen die niet wordt gefinancierd uit collectieve middelen, worden in de concept-AMvB Bub WMG de aanbieders uitgesloten die uitsluitend als factureringsbedrijf fungeren of die uitsluitend bepaalde ondersteunende werkzaamheden verrichten die ver verwijderd zijn van de kern van de zorgverlening. Gezien de aard van deze werkzaamheden overheersen de publieke belangen van een betaalbare en toegankelijke zorgverlening bij dergelijke aanbieders niet zodanig dat de verplichtingen van de artikelen 40a en 40b Wmg ook op hen van toepassing zouden moeten zijn.

Tot slot kunnen worden genoemd de uitzonderingen van de natuurlijke personen die geen zorg doen verlenen (bijvoorbeeld werknemers) en de natuurlijke personen die zorg doen verlenen in het kader van een maatschap of een vof waarvan zij vennoot zijn. Deze uitzonderingen beogen een uitvoerbaar en proportioneel besluit te bewerkstelligen alsmede, wat betreft maten en vennoten, onnodige dubbele verplichtingen te voorkomen.

Voornoemde uitzonderingen zijn in lijn met de in de toelichting op de derde nota van wijziging bij de AWtza omschreven voornemens ter zake.¹¹ Voor een nadere toelichting op de in het concept-AMvB Bub WMG geregelde uitzonderingen, wordt voorts verwezen naar paragraaf 2 van het algemeen deel van de nota van toelichting bij die concept-AMvB.

De leden van de D66-fractie vragen op welke wijze de zorgen van de ouder-/familie-initiatieven concreet betrokken zijn bij de uitwerking van het concept-Uitvoeringsbesluit Wtza. Ook vragen zij welke acties worden ondernomen om uitvoering te geven aan de motie om onnodige administratieve en financiële lasten te voorkomen. Daarnaast vragen zij of er bereidheid is te zoeken naar een alternatieve oplossing die recht doet aan de specifieke situatie van deze instellingen. Ten slotte vragen zij welke opties in beeld zijn gebracht voordat is besloten om geen uitzondering te maken en of behalve met Per Saldo ook gesproken is met de ouder-/familie-initiatieven zelf.

Zoals is verzocht in de motie van de leden Bergkamp en Dik-Faber¹² is in aanloop van het Uitvoeringsbesluit Wtza met Per Saldo c.s. gesproken over de ouderinitiatieven. Daarbij is niet alleen met Per Saldo gesproken, maar ook met een aantal vertegenwoordigers van ouder-/familie-initiatieven zelf.

¹¹ Kamerstuk 34 768, nr. 13, p. 6.

¹² Kamerstuk 34 767, nr. 52.

De aanvraag van de vergunning is eenmalig. De voorwaarden die aan de vergunning zijn verbonden, zijn bestaande eisen uit de Wkkgz, de Wmg en de Wmcz 2018, voor zover de zorginstelling op grond van die wetten aan de betreffende eisen moet voldoen. Daarmee zijn deze voorwaarden aan de vergunning geen extra administratieve lasten. Een al bestaande Wlz-instelling/ouderinitiatief die per 1 juli 2021 over een Wtza-vergunning moet beschikken heeft na de inwerkingtreding van de Wtza een overgangstermijn van twee jaar om een Wtza-vergunning aan te vragen (dus tot en met 30 juni 2023). In de Wtza is geregeld dat de aanvraag van een Wtza-vergunning door een bestaande instelling in de overgangstermijn gratis is. Daarmee worden onnodige financiële lasten voorkomen.

Pas op het moment dat de instelling – uiteraard binnen de overgangsperiode van twee jaar – een Wtza-vergunning aanvraagt, wordt geacht dat de instelling aan de eisen van een onafhankelijke interne toezichthouder voldoet. De eis van een onafhankelijk intern toezichthouder is nieuw voor bepaalde Wtza-vergunningplichtige instellingen, waaronder de ouderinitiatieven als Wlz-instelling. Voor de administratieve lasten wat betreft het aanstellen van een interne toezichthouder voor de ouder-/familie-initiatieven en voor het antwoord op de vragen welke alternatieven zijn overwogen verwijst de regering graag naar het eerdere antwoord op de vraag van de leden van de VVD over de ouderinitiatieven. In dat antwoord is ook gewezen op de mogelijkheid om de lasten beperkt te houden door samen met andere instellingen gebruik te maken van één interne toezichthouder.

Hiermee wordt de motie van de leden Bergkamp en Dik-Faber¹³, waarin wordt verzocht bij de uitwerking van de amvb de zorgen van de ouder/familie-initiatieven te betrekken, hierover met Per Saldo en de ouder/familie-initiatieven het gesprek te voeren en alles in het werk te stellen om onnodige administratieve en financiële lasten te voorkomen, afgedaan.

De leden van de SP-fractie vragen of nagedacht is over aanvullende maatregelen indien blijkt dat de meldplicht onvoldoende werkt.

Nieuwe zorgaanbieders moeten zich, anders dan de betrokken fractieleden veronderstellen, voorafgaand aan de zorgverlening melden. De meldingstermijn van zes maanden betreft uitsluitend een overgangsperiode voor bestaande aanbieders; die moeten zich melden binnen zes maanden na inwerkingtreding van de Wtza. De meldplicht is gericht op het beter in beeld brengen van aanbieders en het beter bewust maken van aanbieders dat de verlening van zorg en/of jeugdhulp niet vrijblijvend is. Aan de aanbieder kan een boete worden opgelegd, als deze niet heeft voldaan aan de meldplicht. De meldplicht functioneert als een vorm van ‘regelhulp’ voor aanbieders, doordat deze de aanbieder helpt om inzicht te krijgen in de plichten voortkomend uit bestaande wet- en regelgeving. De regering verwacht dat zorgverzekeraars en zorgkantoren, net als bij de WTZi-toelating, de meldplicht als voorwaarde hanteren voor een contract met een nieuwe zorgaanbieder en als voorwaarde voor het verstrekken van een AGB¹⁴-code die de nieuwe zorgaanbieder nodig heeft om te kunnen declareren. Daarmee is er een stevige financiële prikkel om aan de meldplicht te voldoen. Verder geeft de regering uitvoering aan de motie van het lid Dik-Faber c.s.¹⁵ door met het CIBG een burgerportaal op te zetten waarmee de gegevens in het Landelijk register zorgaanbieders, tezamen met de openbare inspectierapporten, eenvoudig worden ontsloten voor burgers.¹⁶ Als een zorgaanbieder niet in dit register blijkt voor te komen, kan met de IGJ

¹³ Kamerstukken 34 767 en 34 768, nr. 52.

¹⁴ Algemeen gegevens beheer, zie www.agbcode.nl.

¹⁵ Motie van het lid Dik-Faber c.s.: Kamerstukken 34 767 en 34 768, nr. 51.

¹⁶ Met deze informatie wordt voldaan aan de motie van het lid Dik-Faber c.s. waarin de regering werd verzocht te onderzoeken op welke wijze de gegevens, die worden vastgelegd in het Landelijk register zorgaanbieders, samen met de openbare inspectierapporten en – maatregelen voor burgers kunnen worden ontsloten.

contact worden opgenomen via het meldpunt.

De meldplicht en de daarbij uit te voeren communicatiestrategie tezamen moeten aanbieders duidelijk maken dat het verlenen van zorg en jeugdhulp niet vrijblijvend is. Dit voorkomt tevens dat de IGJ, zoals nu, veel tijd kwijt is met het informeren van nieuwe aanbieders over de (kwaliteits)eisen en zorgt ervoor dat de IGJ zich op haar toezichttaak kan richten. Vooralsnog is er geen aanleiding te veronderstellen dat de meldplicht onvoldoende zal werken. De werking van de meldplicht zal uiteraard worden gezien bij de in artikel 19 Wtza bedoelde evaluatie. Indien uit de evaluatie blijkt dat aanvullende maatregelen nodig zijn, zal dit uiteraard met de Kamer worden besproken.

De leden van de SP-fractie vragen of de uitbreiding van het personeel bij de IGJ inmiddels gereed is om uitvoering te kunnen geven aan zijn nieuwe aanvullende taken.

De werving door de IGJ van nieuwe medewerkers voor haar toezichttaken onder de Wtza en het toezicht op nieuwe zorgaanbieders is op dit moment opgestart en verloopt in tranches. De komende periode is bedoeld om het nieuwe personeel te werven en in te werken, zodat de IGJ bij inwerkingtreding van de Wtza gereed is voor haar toezichthoudende taken.

De SP-fractie wijst erop dat een aantal vergunningplichtige instellingen is uitgezonderd van de verplichting tot het aanstellen van een interne toezichthouder omdat het toezicht op het beleid van de dagelijkse of algemene leiding van deze instellingen al op een andere wijze is geborgd dan wel omdat de eisen met betrekking tot de interne toezichthouder als disproportioneel worden beoordeeld. Zij vragen wat de minister verstaat onder 'het borgen op een andere wijze'.

Met het "borgen op andere wijze" wordt bedoeld dat de taak van de interne toezichthouder al op andere wijze is vormgegeven. Zo geldt voor de academische ziekenhuizen dat de bestuursstructuur reeds is geregeld in de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek en voor instellingen die op grond van de Wfz zijn aangewezen als private instelling voor de verpleging van ter beschikking gestelden en particuliere inrichtingen als bedoeld in de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen dat de Minister voor Rechtsbescherming op grond van de Wfz, onderscheidenlijk de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen, al toereikende bevoegdheden heeft ten aanzien van de governance van zodanige instellingen.

De leden van de SP-fractie vragen welke regels gelden voor kleine instellingen ten aanzien van intern toezicht, indien deze instellingen niet verplicht zijn om een interne toezichthouder met minimaal drie natuurlijke personen aan te stellen.

Kleine instellingen moeten net als andere zorgaanbieders voldoen aan alle geldende wet- en regelgeving, zoals de Wkkgz en de Wmg. De NZa en de IGJ houden toezicht hierop.

De leden van de SP-fractie vragen waarom voor de uitoefening van de functie van interne toezichthouder bij een instelling en een eventuele verlenging daarvan is gekozen voor de termijn van vier, respectievelijk acht jaar.

Met deze termijnen wordt aangesloten bij onder meer de Governancecode zorg 2017 en de modelstatuten van de NVTZ.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen alsnog alles in het werk te stellen om onnodige administratieve en financiële lasten voor ouderinitiatieven te voorkomen en gebruik te maken van de uitzonderingsmogelijkheid in artikel 4, vijfde lid, Wtza. Zij vragen of de minister het met de genoemde leden eens is dat ouders of bestuursleden bij ouderinitiatieven beter zicht hebben op de vaak externe zorgleverancier en de besteding van de middelen dan een externe toezichthouder, nog afgezien van de vraag of geschikte toezichthouders gevonden zouden kunnen worden die dat onbezoldigd willen doen.

De regering vindt het, net als de leden van de ChristenUnie-fractie, van belang om onnodige administratieve en financiële lasten voor ouderinitiatieven te voorkomen. De regering ziet echter geen reden om ten aanzien van ouderinitiatieven gebruik te maken van de uitzonderingsmogelijkheid in artikel 4, vijfde lid, Wtza. Voor Wlz-pgb-bekostigde ouderinitiatieven geldt namelijk geen toereikend wettelijk toelatingsregime op grond van andere zorgwetgeving. Er is evenmin sprake van een andere wijze van borging van het toezicht op de governance van de dagelijkse of algemene leiding van deze instellingen. In dit kader wordt overigens verwezen naar het antwoord op de vraag over de ouderinitiatieven van de fractieleden van de VVD en de passage over de mogelijkheid van een gezamenlijke toezichthouder.

De regering verwacht, evenals de leden van de ChristenUnie-fractie, dat ouders of bestuursleden van ouderinitiatieven beter zicht hebben op de kwaliteit van de zorg en de besteding van middelen dan een externe toezichthouder. Dit hoort ook bij de eindverantwoordelijkheid die bestuursleden hebben voor de verlening van zorg. Een onafhankelijk intern toezichthouder is, zoals het woord ‘onafhankelijk’ ook duidt, bedoeld als een belangrijke countervailing power voor het bestuur. De interne toezichthouder waakt over de kwaliteit en veiligheid van de zorg, de naleving van wet- en regelgeving en ziet toe op sturing, risico's en gedrag van het bestuur. Juist bij ouderinitiatieven gaat het om Wlz-verblijf en kwetsbare cliënten/kinderen. Dan is zo'n waarborg van een onafhankelijk intern toezichthouder des te meer van belang.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen naar de bereidheid om een nadere invulling te geven aan de taken en bevoegdheden die een onafhankelijke interne toezichthouder minimaal dient te hebben.

In het concept-Uitvoeringsbesluit Wtza is expliciet vastgelegd dat de interne toezichthouder zich bij de vervulling van zijn taak richt naar het belang van de instelling, het te behartigen maatschappelijke belang en het belang van de betrokken belanghebbenden. Ook is voor de dagelijkse of algemene leiding de verplichting opgenomen om de interne toezichthouder van alle informatie te voorzien die nodig is voor de uitoefening van diens taak. De IGJ ziet hierop toe. Hiermee wordt recht gedaan aan het uitgangspunt dat zorginstellingen in eerste instantie zelf verantwoordelijk zijn voor een goede inrichting van hun governance. Enerzijds zijn er belangrijke randvoorwaarden voor het goed kunnen functioneren van de interne toezichthouder vastgelegd terwijl er anderzijds ook ruimte is voor differentiatie in de praktijk. De dagelijkse of algemene leiding en de interne toezichthouder kunnen zelf immers het beste bepalen wat nodig is en wat past bij een specifieke instelling. De Governancecode zorg 2017 kan daarbij als leidraad worden genomen.

Concept-wijziging BUB WMG

De leden van de VVD-fractie vragen om een inschatting van het aantal zorgaanbieders dat

uitsluitend zorg verleent die niet wordt gefinancierd vanuit collectieve middelen en daardoor is uitgezonderd van de verplichtingen tot een transparante financiële bedrijfsvoering, het gebruik van financiële derivaten en openbare jaarverantwoording.

Naar schatting gaat het om circa 10.500 zorgaanbieders¹⁷ die enkel vanwege het feit dat ze uitsluitend zorg verlenen die niet wordt gefinancierd vanuit collectieve middelen zijn uitgezonderd van deze verplichtingen.¹⁸

De leden van de VVD-fractie vragen naar aanleiding van de MKB-toets waarin zorgen werden geuit over de extra lasten met betrekking tot de jaarverantwoordingsplicht of die lastendruk in de toekomst nog zal worden geëvalueerd en eventueel aangepast mocht dit disproportionele situaties met zich meebrengen?

De gegevens die in het kader van de jaarverantwoording jaarlijks bij zorgaanbieders worden opgevraagd, worden ieder jaar opnieuw bezien op nut en noodzaak en waar dat wenselijk is aangepast. Lastendruk is daarbij een belangrijk aandachtspunt. Met de belangenorganisaties van zorgaanbieders en de toezichthouders worden de uit te vragen gegevens bovendien jaarlijks besproken waarbij ook zij eventuele disproportionele lastendruk kunnen agenderen.

De leden van de VVD-fractie vragen naar aanleiding van het advies van het ATR over de wijziging van het Bub Wmg en de verheldering die daarop in de toelichting is aangebracht of het ATR ook nog een reactie op de aangepaste toelichting heeft gegeven en of het ATR van standpunt veranderd is.

Op grond van het Instellingsbesluit Adviescollege toetsing regeldruk biedt de minister het ATR in sommige gevallen de mogelijkheid tot het geven van een aanvullende zienswijze. Dit is het geval wanneer de na het eerdere advies aangebrachte wijzigingen voor de regeldruk aanmerkelijk zijn en de ministerraad nog niet heeft besloten. Het voorgestelde wijzigingsbesluit van het Bub WMG is na verwerking van het advies niet opnieuw voorgelegd aan het ATR, omdat de regeldrukgevolgen niet aanmerkelijk zijn gewijzigd; het advies van de ATR hield in dat in de toelichting een heldere probleemanalyse moest worden opgenomen, hetgeen inmiddels is gebeurd. Dit heeft geen gevolgen voor de regeldruk. Het ATR heeft derhalve ook niet een nieuw standpunt geformuleerd.

De leden van de CDA-fractie vragen wie precies onder de definitie van een ‘solist’ vallen.

In het concept wijziging BUB WMG wordt een natuurlijk persoon die geen zorg doet verlenen uitgezonderd van de verplichtingen voor een transparante financiële bedrijfsvoering, de regeling omtrent het gebruik van financiële derivaten en openbare jaarverantwoording. Een natuurlijk persoon doet geen zorg verlenen, wanneer er geen andere zorgaanbieders voor hem of haar werkzaam zijn.

In de toelichting van het besluit wordt voor deze categorie in het kader van de regeldruk het begrip ‘solist’ gebruikt. Hiermee worden onder andere natuurlijke personen bedoeld die werkzaam zijn als zelfstandigen en die geen andere zorgaanbieder voor zich laten werken. Een voorbeeld is een eenmanszaak, waarbij geen andere zorgaanbieders werkzaam zijn naast de eigenaar van de eenmanszaak. Deze eenmanszaak valt onder voornoemde uitzondering. Een ander voorbeeld van een ‘solist’ is wanneer slechts één maat of vennoot binnen de

¹⁷ Dit cijfer betreft ook solisten, die anderszins al van de verantwoordingsplicht zijn uitgesloten.

¹⁸ Landelijk Register Zorgaanbieders, CIBG.

maatschap of vennootschap (zoals: vennootschap onder firma of commanditaire vennootschap) zorg verleent en geen zorg doet verlenen, en de overige maten of vennoten andere werkzaamheden verrichten.

Voor de duidelijkheid wordt opgemerkt dat een zelfstandige die zijn onderneming heeft ingebracht in een rechtspersoon niet valt onder de genoemde uitzondering van solist. Het moet namelijk gaan om een natuurlijk persoon.

De leden van de CDA-fractie vragen waarom solisten, waarnemers en individuele leden van een maatschap worden uitgezonderd van de verplichting om jaarlijks openbaar verantwoording af te leggen en hoe dan wordt geborgd dat ook zij gecontroleerd kunnen worden.

Er zijn diverse redenen om een natuurlijke persoon die geen zorg doet verlenen uit te zonderen van de verplichtingen voor een transparante financiële bedrijfsvoering, het gebruik van financiële derivaten en een openbare jaarverantwoording.

De natuurlijke persoon die geen zorg doet verlenen, wordt uitgezonderd van de transparantieplichtingen omdat die in het algemeen binnen zijn eigen organisatie geen taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden kan verdelen en schriftelijk vastleggen. De verantwoordingsplichting wordt voor deze groep niet proportioneel geacht. Voorts sluit deze uitzondering aan bij de Jeugdwet. De controle op zelfstandigen vindt in beginsel plaats naar aanleiding van signalen over desbetreffende zorgaanbieders. De NZa blijft als toezichthouder op grond van artikel 5:17 van de Algemene wet bestuursrecht en artikel 61 Wmg bevoegd om desgevraagd inzage van zakelijke gegevens en bescheiden bij deze zorgaanbieders te vorderen.

Met betrekking tot de vraag waarom waarnemers worden uitgezonderd, wordt opgemerkt dat in de concept wijziging Bub WMG het begrip ‘waarnemer’ niet voorkomt. Bij het beantwoorden van deze vraag wordt verondersteld dat de leden van de CDA-fractie met waarnemers, doelen op het doen van een onderlinge waarneming met betrekking tot zorg door een zorgaanbieder (uitvoerende zorgaanbieder) op verzoek van een andere zorgaanbieder (opdrachtgevende zorgaanbieder). De uitvoerende zorgaanbieder is in dit geval een waarnemer. Als de waarnemer zorg doet verlenen, is de waarnemer verantwoordingsplichtig. Is dat niet het geval, dan valt de waarnemer als natuurlijk persoon onder de uitzondering. De opdrachtgevende zorgaanbieder doet zorg verlenen, en is dus verantwoordingsplichtig.

Overigens wordt verondersteld dat de vraagsteller in plaats van waarnemers mogelijk doelt op de uitzondering voor werknemers. Voor werknemers zijn de transparantieplichtingen onuitvoerbaar, omdat zij geen financiële bedrijfsvoering voeren en deze dus niet kunnen verdelen, schriftelijk vastleggen of zich daarover kunnen verantwoorden. Deze groep draagt geen bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de financiële bedrijfsvoering van de zorgaanbieder. De controle vindt plaats via de openbare jaarverantwoording van de werkgever.

De maatschap of vennootschap (zoals: vennootschap onder firma of commanditaire vennootschap) moet op grond van artikel 40a, vijfde lid, en 40b, zesde lid, Wmg voldoen aan de eisen van de artikelen 40a en 40b Wmg. Om de regeldruk te beperken en dubbele data te voorkomen worden de individuele vennoten uitgezonderd van deze verplichtingen. De

controle op deze categorie van zorgaanbieders is geborgd via de jaarlijkse verantwoording van de maatschap of vennootschap.

De leden van de CDA-fractie vragen naar de opbrengst van de bevraging door het ministerie van zorgverleners op de lasten die voortvloeien uit de jaarverantwoordingsplicht.

Over nut en noodzaak en over de administratieve lasten van een verplichte jaarverantwoording over de financiële bedrijfsvoering wordt door partijen wisselend gedacht. Een belangrijke boodschap uit de ronde langs de zorgaanbieders is dat, indien een openbare jaarverantwoording verplicht wordt gesteld zorgaanbieders het liefst een financiële verantwoording hebben die zoveel mogelijk gelijkwaardig is aan de bepalingen in het BW. Dat geeft de minst mogelijke extra lasten. Verder wordt aandacht gevraagd voor het vermijden van dubbele uitvraag van gegevens, omdat zorgaanbieders zich ook op andere plaatsen al moeten verantwoorden of gegevens aanleveren.

De leden van de CDA-fractie vragen of onderzocht is op welke manier de overheid intern fiscale gegevens van ondernemers met de NZa zou kunnen delen om daarmee de integriteit van zorgaanbieders te kunnen toetsen. Ook vragen zij waarom ervoor gekozen is om de gegevensaanlevering aan de NZa bij zorgaanbieders te beleggen, gezien het uitgangspunt dat dezelfde gegevens gebruikt kunnen worden.

Bij de jaarverantwoording gaat het om het openbaar financiële verantwoording afleggen aan zorgverzekeraars, Wlz-uitvoerders, kredietverstrekkers, handelspartners en andere belanghebbenden. Zij is gericht op het verschaffen van inzicht in de grootte en samenstelling van het vermogen en het resultaat van de zorgaanbieders. Door de openbaarmaking van de jaarverantwoording wordt een ieders informatiepositie vergroot. Nu de financiële en bedrijfsmatige informatie over zorgaanbieders door de maatschappelijke jaarverantwoording voor een ieder openbaar, opvraagbaar en inzichtelijk wordt gemaakt, zorgt de verplichte openbaarmaking van de jaarverantwoording ervoor dat een zorgaanbieder kan worden aangesproken op zijn integere en beheerste bedrijfsvoering. Wanneer de Belastingdienst de fiscale gegevens uitsluitend intern aan de NZa zou aanleveren, wordt geen financiële verantwoording afgelegd aan de maatschappij.

De gegevens die de NZa nodig heeft voor haar toezichthoudende taak worden vermeld in de Regeling jaarverantwoording Wmg. Indien de NZa in specifieke gevallen meer informatie van een zorgaanbieder nodig heeft, dan kan de NZa dit bij de zorgaanbieder opvragen. De NZa heeft daartoe bevoegdheden. Omdat de Algemene verordening gegevensbescherming uitgaat van doelbinding (het verstrekken van bepaalde persoonsgegevens mag alleen als dat verenigbaar is met het doel waarvoor de persoonsgegevens zijn verzameld) is het niet mogelijk vooraf vast te leggen dat de NZa gegevens over een zorgaanbieder opvraagt bij bijvoorbeeld de Belastingdienst. Daarbij wordt de fiscale aangifte niet opgesteld om de integriteit van de zorgaanbieder te toetsen, maar ten behoeve van de Belastingdienst, voor het vaststellen van de verschuldigde belasting. De fiscale regels zijn gericht op het vaststellen van een grondslag voor belastingheffing en worden beheerst door het beginsel van «goed koopmansgebruik». Zowel de maatschappelijke verantwoording als de fiscale aangifte bevatten informatie uit de identieke administratie van de zorgaanbieder. De verschillen tussen de twee documenten vloeien vooral voort uit de wijze van verwerking en waardering van de balansposten en de winstbepaling. Wanneer de Belastingdienst de balansinformatie zou moeten onttrekken aan de aangifte en deze na toestemming van de zorgaanbieder via de website www.jaarverantwoordingzorg.nl openbaar zou maken, zou de Belastingdienst een

verantwoordelijkheid krijgen voor de gegevens die via het CIBG openbaar worden gemaakt. De Belastingdienst zou dan in feite de financiële verantwoording opstellen. Hoewel dan een administratieve last wordt weggenomen bij de zorgaanbieder, wordt een – mogelijk nog zwaardere uitvoeringslast – neergelegd bij de Belastingdienst. Dit gaat bovendien niet samen met het uitgangspunt van de Wmg dat de zorgaanbieder verantwoordelijk is voor het opstellen en openbaar maken van de jaarverantwoording. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de gegevens die openbaar worden gemaakt en zou dat moeten blijven.

De leden van de CDA-fractie vragen naar de inhoud van de financiële jaarverantwoording en in het bijzonder welke gegevens aangeleverd dienen te worden en of enkel over verzekerde zorg gerapporteerd te worden of over alle geleverde zorg.

Voorts vragen deze leden of nog met de eerstelijnszorg wordt overlegd over de uitwerking van deze verplichting.

De jaarverantwoording bestaat ingevolge artikel 40b, tweede lid, Wmg uit drie onderdelen, namelijk de financiële verantwoording en de daarbij behorende toelichting, de bij de financiële verantwoording te voegen informatie en andere informatie betreffende de bedrijfsvoering van de zorgaanbieder. Deze onderdelen worden uitgewerkt in de Regeling jaarverantwoording WMG. Aan deze regeling wordt nog gewerkt. Streven is om het ontwerp in september 2020 voor internetconsultatie aan te bieden. Voor de financiële verantwoording en de andere informatie betreffende de bedrijfsvoering zullen modellen worden vastgesteld die als bijlagen bij de Regeling jaarverantwoording WMG zullen worden gevoegd. De modellen moeten door de zorgaanbieder worden ingevuld en openbaar gemaakt. Uitgangspunt is dat iedere zorgaanbieder die (deels) met collectieve middelen wordt bekostigd, aanspreekbaar is op de professionaliteit en de integriteit van zijn gehele (financiële) bedrijfsvoering. De jaarverantwoording gaat over alle activiteiten van de zorgaanbieder, waaronder ook het deel van de zorg dat niet wordt gefinancierd uit collectieve middelen. Dit is vereist zodat de zorgaanbieder aangesproken kan worden op continuïteit, rechtmatig declareren, integriteit en professionaliteit van zijn bedrijfsvoering. De eerstelijnszorg krijgt de gelegenheid om tijdens de internetconsultatie te reageren op de voorgestelde verplichtingen.

De leden van de CDA-fractie vragen wanneer meer informatie komt over de inhoud van de financiële jaarverantwoording en of er al meer duidelijkheid is omtrent de uitvoering van de motie-Van den Berg met betrekking tot een eenduidige modeljaarrekening.

Het voornemen is om in september 2020 het ontwerp van de Regeling jaarverantwoording WMG aan te bieden voor internetconsultatie. In deze regeling is uitgewerkt op welke wijze zorgaanbieders de financiële verantwoording, bedoeld in artikel 40b, tweede lid, onderdeel a, Wmg moeten inrichten. In de regel wordt hiervoor verwezen naar modellen voor de balans en winst- en verliesrekening, onderscheidenlijk voor de balans en de staat van baten en lasten, die als bijlagen aan de Regeling jaarverantwoording WMG zullen worden toegevoegd.¹⁹ De keuze voor een bepaald model is afhankelijk van de kenmerken van de zorgaanbieder en sluit nauw aan op het bepaalde in het BW. Met het voorschrijven van deze bijlagen voor de financiële verantwoording wordt uitvoering gegeven aan de motie van het lid Van den Berg²⁰.

De leden van de CDA-fractie vragen of onderscheid gemaakt wordt tussen grote en kleine

¹⁹ Voor sommige groepen zorgaanbieders gelden de modellen niet omdat zij zich reeds in een ander wettelijk kader verantwoorden. Er is getracht zoveel als mogelijk aansluiting te zoeken bij die reeds bestaande verantwoordingsverplichtingen. Op deze manier wordt de regeldruk beperkt.

²⁰ Kamerstukken 34 767 en 34 768, nr. 47.

(eerstelijns) zorgaanbieders en of daarbij aangesloten wordt bij de grens van 25 uit de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz) en de bestuursstructuur.

Voor de goede orde wordt opgemerkt dat in dit besluit kleine (eerstelijns) zorgaanbieders met een getalsgrens van 25 niet zijn uitgezonderd van de transparantieverplichtingen en de openbare jaarverantwoording, omdat er een maatschappelijke en politieke wens is om kleine zorgaanbieders zich openbaar te laten verantwoorden. Zie bijvoorbeeld het amendement Ellemée over de verantwoording door micro-zorgaanbieders welk amendement met algemene stemmen door de Tweede Kamer is aangenomen.²¹

Wel zal wat betreft de eisen die worden gesteld aan de inhoud van de jaarverantwoording onderscheid worden gemaakt tussen kleine, middelgrote en grote zorgaanbieders; daarbij zal uit een oogpunt van regeldruk worden aangesloten bij het onderscheid dat in Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW) tussen de verschillende categorieën wordt gemaakt, zodat de zorgaanbieders die ook op grond van het BW een jaarrekening moeten indienen zo min mogelijk worden belast met verschillende eisen ter zake.

Concept-AMvB acute zorg

De leden van de VVD-fractie vragen of alle betrokken partijen op de hoogte en doordrongen zijn van de verplichtingen die voor hen voortvloeien uit de concept-AMvB acute zorg.

In de ontwikkeling van het concept van het besluit houdende wijziging van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz en het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG in verband met het stellen van eisen omtrent de voorbereiding, beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg (hierna: AMvB acute zorg) zijn de koepels de afgelopen jaren meegenomen; recent zijn de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen, GGZ Nederland en InEen nog per brief geïnformeerd over de aangepaste versie van de concept-AMvB acute zorg, die uw Kamer op 26 mei jl. heeft ontvangen.²² De regering heeft bij die gelegenheden de koepels steeds laten weten dat zij ook vóór de inwerkingtreding van deze AMvB van de leden van de koepels verwacht dat zij langs de lijnen van deze AMvB handelen. De regering heeft de indruk dat dit ook in toenemende mate een vanzelfsprekendheid is, maar de Minister voor Medische Zorg en Sport zal hier ook de komende tijd bij iedere gelegenheid die zich voor doet weer de aandacht voor vragen.

De leden van de VVD-fractie vragen of bij de omschrijving van de bereikbaarheidsnormen ook nu al rekening wordt gehouden met potentiële risico's voor de norm.

De omschrijving van de bereikbaarheidsnormen in de ministeriële regeling zal worden afgeleid van bestaande wettelijke of veldnormen die thans al gelden en waarin reeds rekening wordt gehouden met potentiële risico's voor de norm. Er is bijvoorbeeld reeds een bestaande veldnorm voor de huisartsenpost, waarin staat dat *minimaal 90%* van de inwoners van het werkgebied van een huisartsenpost binnen 30 minuten per auto een huisartsenpost kan bereiken²³.

²¹ Kamerstuk 34 768, nr. 27.

²² Kamerstuk 29 247, nr. 312.

²³ Zie <https://ineen.nl/onderwerpen/kwaliteit/> voor het Raamwerk kwaliteitsbeleid huisartsenposten van InEen (2013).

De leden van de VVD-fractie vragen wat de vervolgacties zullen zijn indien de zorgaanbieders niet in staat blijken te zijn afspraken te maken over beperking van de instroom in de keten van de acute zorg of over de bevordering van de uitstroom daaruit.

Afspraken over de instroom in en de uitstroom uit de keten van de acute zorg zijn van belang om de beschikbaarheid van de acute zorg te borgen. Mochten er onverhoopt onvoldoende afspraken over instroom en uitstroom tot stand komen waardoor er knelpunten ontstaan in de beschikbaarheid van de acute zorg, dan informeert het traumacentrum de IGJ en zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars zullen dan uit hoofde van hun zorgplicht meewerken aan oplossingen. Lukt dat niet dan informeren zij de NZa. De IGJ en de NZa kunnen zo nodig interveniëren.

De leden van de VVD-fractie vragen wanneer zij de resultaten van het kostenonderzoek dat de NZa doet naar de kosten van de ondersteunende bureaus van de Regionale Overleggen Acute Zorgketen kunnen verwachten.

De NZa zal inderdaad een kostenonderzoek uitvoeren naar de zorgfunctie coördinatie traumazorg en regionaal overleg acute zorgketen en de zorgfunctie Opleiden, trainen en oefenen ten behoeve van rampen en crises. Zodra voor beide functies is bepaald welke parameters leidend zijn voor de bekostiging, kan het daadwerkelijke kostenonderzoek starten. De voorgestelde systematiek gaat uit van een basisteam per regio waarmee een traumacentrum in een gemiddelde regio de zorgfunctie kan uitvoeren. Traumacentra in regio's die een grotere complexiteit kennen, kunnen een aanvulling krijgen op het basisbudget. De verwachting is dat de NZa in het najaar van 2020 met het daadwerkelijke kostenonderzoek kan starten. De bedoeling is dat de NZa tegelijk met de inwerkingtreding van de AMvB per 1 juli 2021 de resultaten van het kostenonderzoek gereed heeft.

De leden van de CDA-fractie vragen op welke wijze en wanneer gemeenten betrokken moeten worden als een aanbieder het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie geheel of gedeeltelijk wil opschorten of beëindigen en of gemeenten mogelijkheden hebben om een sluiting tegen te houden. Deze leden vragen of de minister het ermee eens is dat regionale bestuurders moeten worden geconsulteerd en zij vragen welke stappen moeten worden doorlopen en hoe kan worden gecontroleerd dat in het proces aan deze vereisten is voldaan.

Hoe en wanneer colleges van burgemeester en wethouder betrokken worden in het besluitvormingsproces zal worden uitgewerkt in een ministeriële regeling. Daarbij wordt rekening gehouden met verschillende soorten voornemens van een zorgaanbieder om acute zorg tijdelijk of blijvend, geheel of gedeeltelijk te beëindigen. Zo kan besloten worden om tijdelijk een (beperkt) gedeelte van de acute zorg op te schorten, of om de acute zorg in zijn geheel te beëindigen. Niet in alle denkbare gevallen zullen de colleges van burgemeester en wethouders op een zelfde manier betrokken dienen te worden. Een concept van de op te stellen ministeriële regeling zal in het najaar via internetconsultatie worden geconsulteerd en aan uw Kamer worden voorgelegd. Daarin zal geregeld worden op welke wijze colleges van burgemeester en wethouders betrokken moeten worden zodat zij invloed kunnen uitoefenen op het besluit. Het is aan de zorgaanbieder in overleg met de zorgverzekeraars waar zij welke zorg aanbieden. De zorgaanbieder zal daarbij de inbreng van gemeenten serieus moeten meewegen in de besluitvorming en ook transparant moeten maken wat hij wel of niet met de inbreng heeft gedaan en waarom. De IGJ is toezichthouder op de naleving van dit besluit en zal dan ook toezicht houden op de naleving van het vereiste om colleges van burgemeester en

wethouders tijdig te betrekken. Gemeenten kunnen een sluiting evenwel niet tegenhouden.

De leden van de CDA-fractie vragen op welke wijze een aanbieder van acute zorg volgens de minister in voldoende mate voldoet aan de eis om zich aantoonbaar in te spannen om onzekerheid te voorkomen bij de inwoners uit de omgeving die belang hebben bij de door de zorgaanbieder geboden acute zorg.

Hoe en wanneer inwoners betrokken worden in het besluitvormingsproces zal worden uitgewerkt in de ministeriële regeling. Zoals in het voorgaande antwoord is aangegeven, wordt in de regeling rekening gehouden met verschillende soorten besluiten van een zorgaanbieder om acute zorg tijdelijk of blijvend, geheel of gedeeltelijk te beëindigen. Niet in alle denkbare gevallen zullen de inwoners op eenzelfde manier betrokken worden. Uw Kamer krijgt een concept van de regeling voorgelegd. Wat verder in het antwoord hierboven is aangegeven voor colleges van burgemeester en wethouders geldt ook voor inwoners.

De leden van de CDA-fractie vragen waarom een aanbieder van acute zorg die van plan is zijn zorgaanbod te wijzigen, niet ook verplicht wordt om in overleg te gaan met de ketenpartners.

Als een aanbieder van acute zorg van plan is het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie geheel of gedeeltelijk op te schorten of te beëindigen (bijvoorbeeld vanwege een verplaatsing) moet hij het traumacentrum informeren (artikel 8A.4, eerste lid, onder b, AMvB acute zorg). In de ministeriële regeling zal op basis van artikel 8A.2, derde lid, onder e, AMvB acute zorg worden uitgewerkt dat het traumacentrum vervolgens in de regel een regionaal overleg acute zorgketen moet beleggen. Op die manier worden ketenpartners geïnformeerd. Daarnaast moet de zorgaanbieder overleggen met zorgaanbieders voor wie de opschorting of beëindiging gevolgen kan hebben (artikel 8A.4, eerste lid, onder c, AMvB acute zorg).

De leden van de D66-fractie vragen hoe invulling wordt gegeven aan de motie Slootweg/Raemakers²⁴. Zij vragen ook wat wordt verstaan onder het voorkomen van onzekerheid bij inwoners uit de omgeving en hoe aan deze inspanningsverplichting moet worden voldaan. Verder vragen zij of harde vereisten gelden voor de tijdigheid van de verschillende informatieverplichtingen en wat een redelijke termijn is om partijen te informeren.

In de brief van 1 oktober 2019²⁵ is ingegaan op de motie van de leden Slootweg en Raemakers. Ook in de toelichting bij de voorliggende concept-AMvB (artikel 8A.4, eerste lid, onder e) is ingegaan op het betrekken van inwoners en vertegenwoordigers van patiënten bij het besluitvormingsproces van een zorgaanbieder over het eventueel geheel of gedeeltelijk opschorten of beëindigen van het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie. Welke maatregelen hiervoor nodig zijn, hangt af van de inhoud en omvang van de voorgenomen opschorting of beëindiging. In geval van een voornemen tot de beëindiging van (een belangrijk deel van) de acute zorg is aangewezen dat een zorgaanbieder niet alleen de inwoners daarover informeert, maar ook een bijeenkomst organiseert waarin hij de inwoners in de gelegenheid stelt om mondeling hun mening over de voorgenomen beëindiging naar voren te brengen. Ook vertegenwoordigers van patiënten (bijvoorbeeld een Zorgbelang

²⁴ Kamerstuk 35 138, nr. 5.

²⁵ Kamerstuk 29 247, nr. 292.

organisatie) kunnen eventueel (niet in iedere regio worden patiënten op deze wijze vertegenwoordigd) voor zo'n bijeenkomst uitgenodigd worden. Op die manier kunnen inwoners hun zorgen uiten over voorgenomen maar nog niet geëffectueerde wijzigingen in het aanbod van de acute zorg of suggesties doen voor flankerend beleid. De betrokken zorgaanbieder kan in een bijeenkomst als hiervoor bedoeld ook aan de inwoners melden hoe ervoor wordt gezorgd dat in de regio voldoende en tijdige zorg beschikbaar blijft en alternatieve scenario's toelichten. Het is van groot belang dat de zorgaanbieder de belangen van de inwoners en gemeenten bij zijn beslissing betreft. Daarom regelt de concept-AMvB dat de zorgaanbieder zich aantoonbaar dient in te spannen onzekerheid bij inwoners weg te nemen alsmede dat gemeenten te voren worden betrokken. Hierbij is van belang dat een zorgaanbieder inzichtelijk maakt op welke wijze hij de belangen van de inwoners en gemeenten alsmede hun zorgen en suggesties, heeft meegewogen in zijn beslissing. Dit kan bijdragen aan het voorkomen van onzekerheid en onrust. Aan een en ander wordt bij ministeriële regeling nadere invulling gegeven. De ministeriële regeling zal in concept aan uw Kamer worden voorgelegd.

De leden van de D66-fractie vragen of kan worden toegelicht wat de plicht inhoudt om medewerking te verlenen die redelijkerwijs kan worden geleverd en die noodzakelijk is voor het door de zorgverzekeraar voldoen aan de zorgplicht en wie toetst of zorgaanbieders zich aan deze plicht houden.

De zorgverzekeraar moet uit hoofde van zijn zorgplicht ervoor zorgen dat er voldoende en goede acute zorg verkrijgbaar is. De bereikbaarheidsnormen die worden opgenomen in de ministeriële regeling vormen voor de NZa een ijkpunt om te toetsen of de zorgverzekeraar zijn zorgplicht naleeft. De medewerkingsplicht voor zorgaanbieders houdt in dat, indien door de sluiting van de acute zorg op een bepaalde locatie de bereikbaarheidsnormen in gevaar komen, een zorgaanbieder op verzoek van de zorgverzekeraar acties moet ondernemen (bijvoorbeeld om uit te breiden), als dit redelijkerwijs van die zorgaanbieder kan worden geleverd en noodzakelijk is voor het voldoen aan de zorgplicht. Verwezen wordt naar het in de toelichting genoemde voorbeeld van de situatie waarin twee SEH's een deels overlappend werkgebied hebben. Indien een van de SEH's vervolgens sluit, zal het andere ziekenhuis op verzoek van de zorgverzekeraar moeten meewerken aan het borgen van de bereikbaarheid van de acute zorg, voor zover dit van dat andere ziekenhuis redelijkerwijs geleverd kan worden en noodzakelijk is. De IGJ ziet toe of aanbieders aan hun verplichtingen voldoen.

De leden van de D66-fractie vragen waarom het informeren van de NZa zal worden geregeld in regels van de NZa, hoe deze informatieplicht zal worden vastgelegd, welke eisen en voorwaarden eraan zullen worden gesteld, of deze eisen en voorwaarden in de tijd aanpasbaar zijn en hoe de Kamer daarover wordt geïnformeerd. Deze zelfde vragen stellen zij voor de plicht van het traumacentrum om de NZa te informeren over knelpunten in het aanbod van acute zorg. Met betrekking tot deze laatste plicht vragen zij hoe de plicht de NZa te informeren zich verhoudt tot de plicht om de IGJ en de zorgverzekeraars te informeren.

Zoals in de toelichting van de concept-AMvB is opgenomen, wordt het vroegtijdig op de hoogte brengen van de NZa van een voorgenomen opschorting of beëindiging van acute zorg op een bepaalde locatie van belang geacht. Het is echter niet nodig om dit in onderhavige AMvB te regelen, omdat de NZa hier zelf, op grond van artikel 62 Wmg, regels over kan stellen. De NZa is voornemens om de informatieplicht voor zorgaanbieders en het traumacentrum op te nemen in een dergelijke regeling op grond van artikel 62 Wmg. De

eisen en voorwaarden die in de regels worden opgenomen moeten nog worden uitgewerkt. Deze regeling zal worden gepubliceerd in de Staatscourant. De Minister voor Medische Zorg en Sport zal de regels aan uw Kamer doen toekomen. Door de regeling op te stellen op basis van artikel 62 Wmg kan de NZa hier ook op handhaven en relatief snel aanpassen wanneer dit in de praktijk nodig blijkt.

De plicht de NZa te informeren verhoudt zich als volgt tot de plicht om de IGJ en de zorgverzekeraars te informeren. Het is de rol van zorgverzekeraars om vanuit hun, in de Zvw geregelde, zorgplicht ervoor te zorgen dat verzekerden te allen tijde toegang hebben tot acute zorg. Zij moeten voldoende van deze zorg inkopen en uit dien hoofde met zorgaanbieders afspraken maken over voldoende beschikbaarheid en over wat daar wel of niet voor nodig is. Lukt het in overleg tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders niet tijdig om tot voldoende aanbod te komen, dan is er een rol voor de NZa. De NZa zal in haar regels opnemen dat het traumacentrum haar moet informeren als een knelpunt in de beschikbaarheid of de bereikbaarheid van de acute zorg niet wordt opgelost na overleg met de zorgverzekeraars. Het is aan de NZa om er op toe te zien dat de zorgverzekeraars hun zorgplicht naleven. De NZa heeft daarvoor verschillende (in)formele instrumenten waaronder het geven van een aanwijzing aan zorgverzekeraars. Als er sprake is van knelpunten in de toegankelijkheid van het aanbod van acute zorg, zal dat vrijwel altijd ook de veiligheid en kwaliteit van de acute zorg raken. De IGJ heeft vergelijkbare instrumenten als de NZa, maar dan gericht op zorgaanbieders. In de praktijk zullen NZa en IGJ veelal gezamenlijk optrekken in het toezicht op de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg.

De leden van de SP-fractie vragen hoe de ervaringen tot nu toe zijn met betrekking tot de bereikbaarheidsnorm voor beoordelingslocaties acute psychiatrie.

De bereikbaarheidsnorm voor beoordelingslocaties acute psychiatrie zal worden opgenomen in een ministeriële regeling op basis van de voorliggende concept-AMvB. De concept-AMvB en de nog op te stellen ministeriële regeling zullen gelijktijdig met de AWtza in werking treden. De beoogde datum van inwerkingtreding van deze regelgeving is 1 juli 2021. Momenteel geldt wel het in het register van het Zorginstituut ingeschreven kwaliteitskader Generieke Module Acute Psychiatrie. Daarin staan weliswaar geen bereikbaarheidsnormen, maar wel prestatienormen. De norm voor 2020 is dat in 40% van de gevallen met een urgentie U2 de psychiatrische beoordeling binnen een uur moet aanvangen. Het kwaliteitsinstituut Akwa GGZ start in 2021 met de evaluatie van de implementatie. Gegevens over de realisatie van deze norm zullen in 2022 beschikbaar komen.

De leden van de SP-fractie vragen wat de rol en verantwoordelijkheid van de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (hierna: GHOR) zijn bij signalen van een tekort aan aanbod van acute zorg.

Het doel van de GHOR is om met aanbieders van geneeskundige hulpverlening afspraken te maken over de voorbereiding op rampen en crises, situaties waarin het reguliere aanbod niet toereikend is voor de hulpverlening en er daarom aanvullende afspraken nodig zijn. Op grond van artikel 34 van de Wet veiligheidsregio's treedt het bestuur van de veiligheidsregio in overleg met een instelling of zorgaanbieder als zij van mening is dat de uitvoering van de geneeskundige hulpverlening in het kader van de Wet veiligheidsregio's of de voorbereiding tekort schiet.

Tijdens grote ongevallen en rampen coördineert de GHOR de samenwerking tussen die verschillende geneeskundige hulpdiensten, zodat ze samen één hulpverleningsketen vormen. Indien de GHOR signalen krijgt van een tekort aan acute zorg ten behoeve van een crisis is het de taak van de directeur publieke gezondheid om dat te bespreken in een regionaal overleg acute zorgketen.

De leden van de SP-fractie vragen wat de resultaten zijn van de norm met betrekking tot de huisartsenposten (HAP) en of deze norm aangescherpt moet worden.

Huisartsen organiseren zelf de zorg in de avond-, nacht- en weekenduren (ANW). Ongeveer 98% van alle huisartsen is aangesloten bij een huisartsendienstenstructuur (HDS) die de ANW-zorg in één of meerdere huisartsenposten heeft georganiseerd. De patiënt moet naar de HAP waarbij de eigen huisarts is aangesloten. Patiënten die een huisarts hebben die niet is aangesloten bij een HDS, kunnen niet terecht bij een HAP. De betreffende huisartsen organiseren zelf voor hun patiënten de zorg in de avond-, nacht- en weekenduren. Dit geldt voor de Waddeneilanden en in het Zuidwesten van Friesland.

De meest recente cijfers laten zien dat van de inwoners van Nederland 99,9% binnen de norm van 30 minuten op de dichtstbijzijnde HAP kan zijn.²⁶ Ongeveer 21.500 mensen moeten langer dan 30 minuten reizen naar een post (inclusief de Waddeneilanden). Dit betekent overigens niet dat deze mensen verstoken zijn van de juiste zorg. Als een persoon contact opneemt met de HAP wordt bekeken op welke manier de persoon het beste geholpen kan worden en op welke termijn de zorg gegeven moet worden. De huisarts kan bijvoorbeeld ook naar de persoon toekomen.

De norm is passend bij de verschillende manieren waarop huisartsen de ANW-zorg organiseren en de verantwoordelijkheid die de huisartsen hierbij hebben.

De leden van de SP-fractie vragen wat er gebeurt als de deelnemers aan het regionale overleg acute zorgketen zich niet aan de aldaar gemaakte afspraken houden.

Acute zorg moet onder alle omstandigheden beschikbaar en bereikbaar zijn. De deelnemers aan het regionaal overleg acute zorgketen moeten daar afspraken over maken en zijn met elkaar verantwoordelijk voor de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van de acute zorg in de regio.

Deze AMvB zorgt ervoor dat de IGJ toezicht kan houden op het verloop van besluitvormingsprocessen en de gemaakte afspraken over het aanbod van acute zorg. De bepalingen over de acute zorg maken na inwerkingtreding onderdeel uit van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz. De IGJ houdt op grond van de Wkkgz toezicht op de naleving van dit besluit en op grond van de artikelen 27 en 30 van de Wkkgz kan een aanwijzing of bevel worden geven of een boete worden opgelegd. De IGJ gaat uit van risico gestuurd toezicht en zal als daartoe aanleiding is gebruik kunnen maken van het verslag van de vergaderingen van het regionaal overleg acute zorgketen.

De leden van de SP-fractie vragen wat de partners in het acute zorg netwerk precies kunnen doen als één van de partijen zich voorneemt niet langer bepaalde acute zorg te leveren. Wat is de rol van het overleg en in hoeverre hebben de andere partijen een stem in dit proces?

²⁶ <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/acute-zorg/regionaal-internationaal/hap>

Een zorgaanbieder die het aanbieden van acute zorg op een bepaalde locatie geheel of gedeeltelijk wenst te beëindigen of op te schorten moet voldoen aan de verplichtingen uit artikel 8A.4, eerste lid. Het overleg met andere partijen, binnen en buiten het regionale overleg acute zorgketen, staat daarbij centraal. Het doel van het overleg in het regionaal overleg acute zorgketen is onder meer om met de andere partijen te bekijken wat de mogelijke consequenties van een voorgenomen sluiting zouden zijn, de inbreng van deze partijen in het besluitvormingsproces te betrekken, en met de andere partijen in het regionaal overleg acute zorgketen te komen tot een continuïteitsplan opdat de acute zorg voor alle cliënten wordt geborgd. De andere partijen in het regionaal overleg acute zorgketen hebben dus wel degelijk een stem in dit proces, maar geen beslissende stem: de zorgaanbieder blijft als enige verantwoordelijk voor de zorg die deze aanbiedt, waarbij uiteraard de afspraken met zorgverzekeraars mede bepalend zijn. Indien door het beëindigen of opschorten van de acute zorg op een bepaalde locatie de normen inzake de bereikbaarheid van de acute zorg in gevaar komen, moeten

zorgaanbieders op verzoek van de zorgverzekeraar medewerking verlenen (voor zover die redelijkerwijs kan worden gevergd en noodzakelijk is) voor het door de zorgverzekeraar voldoen aan zijn zorgplicht, indien deze de bereikbaarheid van de betrokken acute zorg betreft (artikel 8A.4, tweede lid, AMvB acute zorg). Dat geldt ook voor de andere zorgaanbieders die wellicht zorg moeten overnemen als het aanbod bij een andere aanbieder wordt beperkt of sluit.

Het doel van het regionaal overleg acute zorgketen en de overleggen met de zorgverzekeraars is om de continuïteit, bereikbaarheid en beschikbaarheid van de acute zorg in de regio te borgen. Daarbij worden alle betrokkenen opgeroepen om zich gezamenlijk verantwoordelijk te voelen voor het realiseren van dit doel.

De leden van de SP-fractie vragen welke rol de deelnemers aan het regionaal overleg acute zorgketen hebben bij het opleiden van personeel en welke afstemming hierover plaatsvindt met de arbeidsmarktregio's.

Personeelstekorten kunnen een risico vormen voor de beschikbaarheid of bereikbaarheid van de acute zorg en maken deel uit van te bespreken onderwerpen. Hieronder kunnen ook randvoorwaardelijke zaken vallen als het opleiden, behouden en inzetbaar houden van gekwalificeerd personeel. Het regionaal overleg acute zorgketen heeft geen formele rol wat betreft het opleiden van personeel. Afspraken over het opleiden van gespecialiseerde verpleegkundigen, zoals bijvoorbeeld SEH-verpleegkundigen, en medisch ondersteuners worden binnen ziekenhuizen en ambulancevoorzieningen gemaakt en regionaal binnen de regio's in het kader van het Fonds Ziekenhuisopleiding (zogenaamde FZO-regio's), op basis van de ramingen van het capaciteitsorgaan. Er zijn 9 FZO-regio's waarin de ziekenhuizen, en steeds vaker ook de regionale ambulancevoorzieningen, zijn vertegenwoordigd. Maar zoals in paragraaf 5 van de nota van toelichting staat, zullen de opleidingsinspanningen van de deelnemers in de acute keten wel in een regionaal overleg acute zorgketen moeten worden gevolgd en besproken. Een tekort aan voldoende gekwalificeerd personeel kan immers leiden tot knelpunten in de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de acute zorg. Omdat de deelnemers aan het regionaal overleg acute zorgketen deels in dezelfde vijver vissen wat het aanbod van personeel betreft, en voldoende personeel een belangrijke voorwaarde is voor het kunnen bieden van goede zorg, hebben de deelnemers er allen belang bij dat alle partijen hier hun verantwoordelijkheid in nemen. Het regionaal overleg acute zorgketen kan ook een belangrijke signaalfunctie met betrekking tot de vereiste opleidingsinspanningen in de regio hebben.

De SP-fractie vraagt in welke regio's nog niet alle relevante partijen bij het regionaal overleg acute zorgketen zijn aangesloten en wanneer dit overal geregeld zal zijn.

In de Beleidsregels WTZi 2017 staat dat 'basisziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen, academische ziekenhuizen, de crisisfunctie in GGZ-instellingen, regionale ambulancevoorzieningen en huisartsenposten' moeten deelnemen aan het op initiatief van het traumacentrum georganiseerde regionale overleg acute zorgketen. De groep zorgaanbieders die in artikel 8A.1 van de concept-AMvB acute zorg wordt aangewezen als betrokken bij de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van de acute zorg is groter en omvat onder meer ook aanbieders van wijkverpleging, eerstelijnsverblijf en langdurige zorg. In de ministeriële regeling zal worden uitgewerkt welke van deze categorieën zorgaanbieders in welke gevallen moeten worden uitgenodigd voor en deelnemen aan het regionale overleg acute zorgketen. Een aantal jaren geleden heeft de toenmalig Minister van VWS partijen opgeroepen om in breder verband samen te werken binnen het regionale overleg acute zorgketen om waar mogelijk de instroom in de acute zorg te beperken en de uitstroom uit de acute zorg beter te laten verlopen. De afgelopen jaren zijn veel van deze partijen deel gaan uitmaken van het overleg of van bepaalde werkgroepen van het regionale overleg acute zorgketen (bijvoorbeeld met betrekking tot de zorg voor kwetsbare ouderen). Ook zorgverzekeraars nemen in toenemende mate deel aan het regionale overleg acute zorgketen. De manier waarop de ROAZ-en dit hebben opgepakt verschilt echter. Niet kan worden aangegeven in welke regio's de in artikel 8A.1 genoemde partijen op dit moment al dan niet allemaal betrokken zijn en op welke wijze. De COVID-19-crisis vraagt om een brede ketenbenadering en heeft de deelname van de verschillende soorten zorgaanbieders en ketenpartijen in een stroomversnelling gebracht, waardoor de relevante ketenpartners inmiddels veel beter zijn afgevaardigd of vertegenwoordigd. Zodra de concept-AMvB acute zorg in werking treedt zijn de zorgaanbieders, genoemd in artikel 8A.1, verplicht afspraken te maken met betrekking tot de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg en de voorbereiding op het verlenen van deze zorg.

De leden van de SP-fractie vragen een volledig overzicht van de nog te ontvangen ministeriële regelingen.

Op basis van de voorliggende concept-AMvB zal één ministeriële regeling worden gemaakt. Deze regeling zal betrekking hebben op de volgende aspecten:

- de aspecten, genoemd in artikel 8A.2, derde lid. Het gaat hierbij onder andere over de onderwerpen waarover afspraken moeten worden gemaakt en over welke zorgaanbieders moeten deelnemen aan het regionale overleg acute zorgketen en welke zorgverzekeraars ervoor worden uitgenodigd;
- de zorgverzekeraars die moeten worden geïnformeerd bij knelpunten in de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg in een regio (artikel 8A.3);
- de bereikbaarheidsnormen voor vormen van acute zorg (artikel 8A.4, tweede lid);
- nadere regels over het besluitvormingsproces dat een aanbieder moet doorlopen als hij het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie geheel of gedeeltelijk wil opschorten of beëindigen (artikel 8A.4, derde lid). Deze regels hebben onder andere betrekking op het informeren van de IGJ, het informeren van het traumacentrum en vervolgens beleggen van een regionaal overleg acute zorgketen, het overleg met zorgaanbieders en zorgverzekeraars, het betrekken van colleges van burgemeester en wethouders en van inwoners, het vragen van een bereikbaarheidsanalyse aan het RIVM en het opstellen van een continuïteitsplan.

Het concept van de ministeriële regeling zal in het najaar aan de Tweede Kamer worden

voorgelegd.

De leden van de SP-fractie vragen wat de verantwoordelijkheden van zorgaanbieder en zorgverzekeraar zijn met betrekking tot het aanbieden van acute zorg.

Als een zorgaanbieder besluit het aanbieden van acute zorg geheel of gedeeltelijk te beëindigen of op te schorten, dient hij te voldoen aan de verplichtingen die voortvloeien uit de concept-AMvB acute zorg. Zo moet de zorgaanbieder hierover onder meer tevoren overleggen met de zorgverzekeraar(s) waarmee hij een overeenkomst heeft gesloten met betrekking tot het aanbieden van de betreffende zorg (artikel 8A.4, eerste lid, onder c), dient hij een continuïteitsplan op te stellen en dit plan tijdig van te voren te overleggen aan de betrokken zorgverzekeraar(s).

Op zorgverzekeraars rust ingevolge artikel 11 van de Zorgverzekeringswet een zorgplicht. Vanuit deze plicht zijn zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de bereikbaarheid c.q. toegankelijkheid van de acute zorg in de betreffende regio. Door het overleg van de zorgaanbieders met de zorgverzekeraars, worden de zorgverzekeraars in staat gesteld om hun verantwoordelijkheid te pakken en te zorgen voor de continuïteit van de acute zorg; bijvoorbeeld door meer zorg te contracteren bij andere aanbieders.

Wanneer het beëindigen of opschorten van de acute zorg op een bepaalde locatie ertoe zou leiden dat de normen inzake de bereikbaarheid van de acute zorg in gevaar zouden komen, moeten alle zorgaanbieders die zijn genoemd in artikel 8A.1 van de concept-AMvB acute zorg op verzoek van de zorgverzekeraars alle medewerking verlenen die redelijkerwijs van hen kan worden gevergd en die voor de zorgverzekeraar noodzakelijk is om aan zijn zorgplicht met betrekking tot de bereikbaarheid van de betrokken acute zorg te kunnen voldoen. Het doel is dat de zorgaanbieders en zorgverzekeraars samen tot afspraken komen die ervoor zorgen dat de continuïteit, bereikbaarheid en beschikbaarheid van de acute zorg geborgd blijven.

Zoals in de nota van toelichting staat beschreven (artikelsgewijze toelichting bij artikel 8A.4) ligt de eindverantwoordelijkheid voor het bieden van acute zorg met inachtneming van de bereikbaarheidsnormen bij de zorgverzekeraar. De NZa ziet toe op de naleving van de zorgplicht door de zorgverzekeraars. Indien er echter geen alternatief zorgaanbod is, kan het zijn dat de zorgverzekeraar het niet in zijn macht heeft om op korte termijn aan de normen te voldoen. Om die reden is gekozen voor voornoemde medewerkingsverplichting voor de betrokken zorgaanbieders. In de concept-AMvB wordt bepaald dat zorgaanbieders medewerking dienen te verlenen die noodzakelijk is en ‘redelijkerwijs van hen kan worden gevergd’. Zoals in de nota van toelichting staat zullen bij de beoordeling of iets redelijkerwijs kan worden gevergd, het zorgprofiel van de betreffende zorgaanbieder en de beschikbaarheid en de competenties van de medewerkers een rol kunnen spelen. Als de betreffende zorgaanbieder bijvoorbeeld redelijkerwijs niet in staat is om kwalitatief goede zorg te leveren, zal dit uiteraard niet van hem gevraagd kunnen worden. De zorgplicht van de zorgverzekeraar is weliswaar leidend, maar ook die kan een zorgaanbieder niet dwingen (verlieslatend) acute zorg aan te bieden.

De leden van de SP-fractie vragen waarom gemeenten en inwoners geen doorslaggevende stem hebben in het besluitvormingsproces over een eventuele gehele of gedeeltelijke opschorting of beëindiging van het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie.

Het is uiteindelijk, gehoord alle belanghebbenden en gegeven de bereikbaarheidsnormen, aan

de individuele zorgaanbieder in overleg met de zorgverzekeraars of hij op een bepaalde locatie acute zorg kan en wil aanbieden.

Het is daarnaast aan de zorgverzekeraars om aan hun zorgplicht te voldoen. In de besluitvorming over het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie moeten gemeenten en inwoners tijdig wezenlijke invloed kunnen uitoefenen, hun inbreng moet worden meegewogen in de besluitvorming en de zorgaanbieder moet inzichtelijk maken wat hij wel en niet heeft gedaan met die inbreng en waarom.