

Tweede Kamer der Staten-Generaal
Leden van de Vaste Commissie van VWS
T.a.v. mevrouw H.J. Post, griffier
Postbus 20018
2500 EA 'S-GRAVENHAGE

Datum 28 november 2019
Uw kenmerk Kamerstuk 34 767 nr. 17
Ons kenmerk 2019/962725/EK/SK/fk
Betreft Inbreng plenaire behandeling Wtza Tweede Kamer

Geachte Leden,

Minister Bruins (VWS) heeft een derde nota van wijziging bij het wetsvoorstel Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) bij uw Kamer ingediend. Als koepelorganisaties, LHV, KNMT, InEen, KNOV, LVVP, KNGF en KNMP, onderschrijven wij het belang dat zorgaanbieders vanaf het begin in beeld zijn bij de Inspecties voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Wij maken ons echter grote zorgen over de impact van de uitvoering van het wetsvoorstel op zorgaanbieders in de eerste lijn en vrijevestigde praktijken in de ggz¹. Wij voorzien onevenredig zware administratieve lasten en vrezen dat de beschikbare tijd voor patiëntenzorg flink onder druk komt te staan.

Tijdens de plenaire behandeling van de Wtza in de Tweede Kamer verzoeken wij u daarom om oog te hebben voor de bijzondere aard van de eerstelijnszorg¹. In het bijzonder vragen wij uw aandacht voor de onderstaande punten:

- Verhoog de grens voor de vergunningsplicht voor eerstelijnszorgaanbieders naar 50
- Noodzaak uitbreiding doelgroep transparantie-eisen ontbreekt
- Toename administratieve lasten door meldplicht onderaannemer buiten proportioneel
- Wetsvoorstel staat lijnrecht tegenover (Ont)Regel de Zorg

Verhoog de grens voor de vergunningsplicht voor eerstelijnszorgaanbieders naar 50

In de Wtza wordt een toelatingsvergunning opgenomen voor alle zorgaanbieders met meer dan tien zorgverleners. Een belangrijk onderdeel van deze vergunning is dat er nieuwe eisen worden gesteld aan de bestuursstructuur, waaronder de verplichting om een interne toezichthouder aan te stellen.

Als de koepelorganisaties van eerstelijnszorgaanbieders pleiten wij ervoor om de getalsgrens voor de vergunningsplicht te verhogen van 10 naar 50. Praktijken en apotheken met meer dan tien zorgverleners, waaronder assistenten, zijn nog steeds kleinschalig. Onze achterban kent een hoge parttime-factor, 0,2 fte is geen uitzondering, en de grens van tien zorgverleners is dan ook snel bereikt. Het is daarnaast binnen de eerste lijn zeer gebruikelijk dat een of meerdere

¹ Waar wij in deze brief spreken over eerstelijns zorgaanbieders dan wel de eerste lijn doelen wij ook op vrijevestigde praktijken in de ggz.

praktijkhouders of gevestigd apothekers de zorg zelf organiseren en verlenen, samen met een team aan zorgverleners en in samenspraak met de patiënt. Er is hierbij geen sprake van een managementlaag en/of bestuur die op afstand van het zorgproces staat.

Tijd voor patiëntenzorg staat onder druk

Dit wetsvoorstel verplicht het overgrote deel van de eerstelijns zorgaanbieders een interne toezichthouder te benoemen. Dit brengt grote financiële, organisatorische en administratieve lasten met zich mee, die ten koste gaat van investering in de zorg zelf. Denk aan de tijd die gemoeid is met het aanstellen van een goede interne toezichthouder, het hebben van periodieke afstemmingsmomenten tussen de interne toezichthouder en de zorgaanbieder en de vergoedingen die de leden van de interne toezichthouder zullen ontvangen.

Daarbij komt dat de toezichthouder toezicht dient te houden op de bestuursstructuur die op afstand van het zorgproces staat, terwijl deze bij kleinschalige (eerstelijns)zorgaanbieders zonder aparte managementlaag ontbreekt. Als kleinschalige (eerstelijns)zorgaanbieders verplicht worden een toezichthouder aan te stellen, gaat de tijd die de praktijkhouder of apotheker aan de toezichthouder moet besteden, één op één ten koste van de beschikbare tijd voor patiëntenzorg.

Noodzaak ontbreekt

Voor kleinschalige zorgaanbieders in de eerste lijn betekent de vergunningsplicht met onder andere de verplichting een interne toezichthouder aan te stellen, een enorme administratieve, organisatorische- en financiële lastenverzwaring. Bij een dergelijke ingrijpende wijziging is het belangrijk dat zowel de noodzaak als de rechtvaardiging duidelijk omschreven en onderbouwd zijn. Beiden ontbreken echter in dit wetsvoorstel.

In de huidige situatie zijn zorgaanbieders pas vanaf 50 zorgverleners verplicht een toezichthouder aan te stellen. Dit werkt prima, zo blijkt ook uit het feit dat de IGJ de eerstelijnszorg niet als sector van risicovolle nieuwe zorgaanbieders ziet (*Kamerstukken II* 2018/19, 34767, 9, p. 5). De risico's met het oog op goede, toegankelijke, betaalbare en rechtmatige zorg zijn in de eerstelijnsgezondheidszorg naar onze mening dan ook klein. Ondanks de ingrijpende impact van de vergunningsplicht op kleinschalige eerstelijnszorgaanbieders, zal deze dan ook niet of nauwelijks tot kwaliteitsverbetering leiden.

De huidige WTZi en de Governancecode Zorg gaan specifiek in op de eisen die aan de bestuursstructuur in de zorg worden gesteld, een van de centrale onderwerpen binnen het huidige wetsvoorstel Wtza. Binnen de Governancecode Zorg wordt een grens van 50 medewerkers gehanteerd. Door in de Wtza een getalsgrens van 10 personen te hanteren, ontstaat er ruis en verwarring voor zorgaanbieders. Het is des te verwarrender dat zowel de Wtza als de Governancecode Zorg de bestuursstructuur betreffen. De Governancecode Zorg is een zeer recente code (2017) en in het kader van kwalitatieve, veilige, toegankelijke en betaalbare zorg pleiten wij voor eenduidige afstemming tussen regels in de zorg, waarbij de norm van 50 zorgverleners ook binnen de Wtza wordt opgenomen.

Wij vragen u de minister te verzoeken de vergunningsplicht te schrappen voor zorgaanbieders binnen de eerste lijn waar minder dan 50 zorgverleners werken, zodat zij ook niet geconfronteerd worden met nieuwe eisen rondom de bestuursstructuur.

Noodzaak om doelgroep transparantie-eisen uit te breiden ontbreekt

Naast de bovengenoemde meld- en vergunningsplicht bevat dit wetsvoorstel nog een ander opvallend element. De doelgroep van de huidige transparantie-eisen, zoals geformuleerd in de WTZi, wordt verder uitgebreid naar alle zorgaanbieders. Dit betekent dat kleine eerstelijnszorgaanbieders, enkele uitzonderingen daar gelaten, jaarlijks moeten rapporteren over onder andere hun financiële resultaat en vermogen. Dit leidt tot een flinke administratieve lastenverzwaring, terwijl de noodzaak volgens de Raad van State (RvS), ontbreekt. De RvS geeft aan dat uitbreiden van de doelgroep waarvoor de transparantie-eisen verplicht zijn, niks toevoegt aan de aard van het toezicht door de NZa. De NZa heeft namelijk aangekondigd risicogericht toezicht te zullen houden op de transparantie-eisen en te zullen optreden zodra er aanvullende signalen worden ontvangen die wijzen op risico's.

Door eerstelijnszorgaanbieders uit te sluiten van de transparantie-eisen, wordt een grote toename van de administratieve lasten voorkomen. Dit komt ten goede aan de patiëntenzorg, want ook hier geldt voor de overgrote meerderheid van de eerstelijnszorgaanbieders dat een managementlaag ontbreekt en zorgverleners dus zelf de tijd aan de rapportages zouden moeten besteden.

Wij vragen u daarom om de minister te verzoeken gebruik te maken van de mogelijkheid om de eerstelijnszorg via AMvB uit te zonderen van de verplichting rondom de transparantie-eisen.

Administratieve lasten meldplicht onderaannemer

In het wetsvoorstel worden verschillende nieuwe verplichtingen geïntroduceerd, waaronder een meldplicht voor nieuwe zorgaanbieders. Vanuit het perspectief van toezicht en transparantie hebben wij er begrip voor de introductie van een meldplicht voor nieuwe zorgaanbieders. In een eerdere fase van dit wetgevingstraject is – na de consultatie van het veld - besloten de meldplicht te beperken tot nieuwe zorgaanbieders die zich op een locatie vestigen, zoals huisartsen-, tandartsen-, psychologen, verloskundigen-, fysiotherapiepraktijken en apotheken. Solistisch werkende zorgaanbieders die in opdracht van een gevestigde zorgaanbieder werken, kunnen immers niet aantonen dat zij de “randvoorwaarden voor het leveren van goede zorg” op orde hebben aangezien zij, in het belang van patiënt en kwaliteit van zorg, de interne kwaliteitsprocedures volgen van de zorgaanbieder vanuit waar zij zorg verlenen. Voordat zij starten met hun werkzaamheden kunnen zij echter niet aantonen of de zorgaanbieder waar zij mogelijk in de toekomst voor gaan werken aan de kwaliteitseisen voldoet.

Wij willen u zodoende vragen een nadere duiding te geven van de definities onderaannemer en solist. Vallen solistisch werkende zorgaanbieders die in opdracht van andere zorgaanbieders zorg verlenen onder deze definitie?

Zo ja, gaat de IGJ rechtstreeks toezien op solistisch werkende zorgaanbieders die als onderaannemer werken? Welke informatie denkt deze meldplicht u op te leveren? Wat is de toegevoegde waarde van deze wijziging, anders dan een administratieve lastenverzwaring voor onderaannemers?

Wetsvoorstel staat lijnrecht tegenover (Ont)Regel de Zorg

Als het wetsvoorstel in de huidige vorm wordt aangenomen, voorzien wij een grote organisatorische- en financiële lastenverzwaring en toename van de administratieve druk. Dit is precies het tegenovergestelde van wat we in de zorg, met steun van het ministerie van VWS, willen bereiken met het actieplan (Ont)Regel de Zorg.

De Wtza is bovendien slechts één van de wetten waar eerstelijnszorgaanbieders in korte tijd mee worden geconfronteerd. Van de (ogenschijnlijk) simpele verplichte vermelding van het BIG-nummer tot het wetsvoorstel integrale bedrijfsvoering zorgaanbieders over een paar maanden wordt gepubliceerd, de implementatie van de AVG, Wet medische hulpmiddelen, Wet Zorg en Dwang, Wet DBA en het verplicht instellen van cliëntenraden onder de Wmcz 2018.

Daarnaast volgt uit de technische briefing dd. 5 november 2019 als ook uit de brief van 9 juli 2019 van de minister aan uw Kamer dat er op korte termijn een nieuw wetsvoorstel zal worden ingediend. Dat wetsvoorstel belooft veelomvattend te worden. Naar nu bekend zal dit wetsvoorstel, naast bepalingen over de dividenduitkering, ook bepalingen over de weigering van vergunningen, en het in- en extern toezicht te bevatten. Het huidige wetsvoorstel toelating zorgaanbieders wordt dus op korte termijn ingehaald of uitgebreid. Dit maakt de behandeling van dit wetsvoorstel ingewikkeld.

Laat de zorgverlener ook daadwerkelijk zorg verlenen. Wij vragen u om een verdere stapeling van administratieve lasten te voorkomen, de bijzondere aard van de eerstelijnszorg niet uit het oog te verliezen en genoeg tijd voor patiëntenzorg te waarborgen.

Ook willen wij u vragen de behandeling van dit wetsvoorstel uit te stellen tot er meer duidelijkheid is over het wetsvoorstel dividenduitkering in de zorg, om de impact van de administratieve lasten in samenhang te kunnen beoordelen.

Contact

Indien u naar aanleiding van deze brief nog vragen heeft kunt u contact opnemen met:

- Hanne Dijkstra, adviseur public affairs KNMT (06 18414534/h.dijkstra@knmt.nl)
- Margriet Niehof, adviseur public affairs LHV (06 46273945/m.niehof@lhv.nl)

Wij komen desgevraagd ook graag langs om ons standpunt nader toe te lichten.

Hoogachtend,

Ella Kalsbeek
Voorzitter LHV

Wolter Brands
Voorzitter KNMT

Martin Bontje
Voorzitter InEen

Hans Kamsma
Voorzitter LVVP

Gerben Klein Nulent
Voorzitter KNMP

Carola Groenen
Voorzitter KNOV

Guido van Woerkom
Voorzitter KNGF