

Vergaderjaar 2023–2024

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 857

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 18 juni 2024

Op 5 maart jl. heeft uw Kamer de motie Dijk¹ aangenomen. Deze motie verzoekt het kabinet om gemeenten, personeel en patiënten instemmingsrecht te geven bij fusies en/of sluitingen van (delen van) ziekenhuizen. In het debat van 18 maart jl., naar aanleiding van de initiatiefnota van het lid Tielen (Kamerstuk 36 396, nr. 8), heb ik toegezegd dat ik ga bekijken wat de implicaties zouden zijn van de uitvoering van deze motie. Ik heb aangegeven dat de uitvoering vraagt om wetwijzigingen, met mogelijk grote gevolgen voor de kwaliteit van de zorg, medewerkers, bedrijfsvoering en financiën en dus een breed pakket aan maatregelen zal vergen. Ik heb toegezegd voor het zomerreces de Kamer te informeren over de mogelijke consequenties van een dergelijke wetwijziging. In het tweeminutendebat over acute zorg van 11 april jl. heb ik gezegd dat zo'n wetwijziging aan een nieuw kabinet is. Ik gaf toen aan mijn ambtenaren wel te kunnen vragen om een juridische verkenning te doen naar de mogelijkheden, de onmogelijkheden en de consequenties van een wetwijziging, mede in relatie tot de bestaande wetgeving, maar dat ik niet aan de slag ga met het maken van een wetsvoorstel.

Deze brief bevat de toegezegde analyse van wat er juridisch nodig zou zijn en wat de gevolgen zouden zijn van het creëren van het in de motie gevraagde instemmingsrecht. In paragraaf 1 wordt beschreven wat er al geregeld is voor de betrokkenheid van gemeenten, personeel en patiënten. Paragraaf 2 geeft aan wat er geregeld zou moeten worden om een wettelijk instemmingsrecht te creëren voor gemeenten, personeel en patiënten bij fusies van ziekenhuizen en/of sluiting van (delen van) ziekenhuizen. In paragraaf 3 ga ik in op wat er dan nog niet geborgd zou zijn. In paragraaf 4 staat waarom ik een instemmingsrecht geen goed idee vind en in paragraaf 5 staat waarom het niet uitvoerbaar is. In paragraaf 6 tenslotte ga ik in op het alternatief voor een wettelijk instemmingsrecht waar ik aan werk, namelijk een handreiking voor de betrokkenheid van stakeholders bij besluitvorming over het aanbod van acute zorg.

¹ Kamerstukken II, 2023/24, 29 023, nr. 466.

1. Wat er al geregeld is voor betrokkenheid van gemeenten, personeel en patiënten bij fusies en/of sluiting van (delen van) ziekenhuizen

Voorop staat dat het de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis is om te beslissen over de zorg die wordt aangeboden en op welke locatie dat gebeurt. De zorgaanbieder is ook verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg die wordt geleverd en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt daar toezicht op. Zorg die niet voldoet aan minimale kwaliteitseisen mag niet geleverd worden. Daarnaast is het van groot belang dat belanghebbenden worden betrokken bij wijzigingen in het aanbod van ziekenhuiszorg. Dergelijke wijzigingen kunnen immers belangrijke consequenties hebben voor burgers en lokaal bestuur, voor patiënten, voor medewerkers van het betreffende ziekenhuis en voor medewerkers van andere zorgaanbieders in de regio. Daarom is ook al het nodige geregeld om de betrokkenheid van al deze partijen te borgen.

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)

De Wkkgz bevat de volgende waarborgen voor betrokkenheid van gemeenten, zorgverleners en inwoners bij besluitvorming van zorgaanbieders:

- Artikel 3 tweede lid, vereist dat zorginstellingen zorgverleners de gelegenheid geven invloed uit te oefenen op het primaire proces van zorgverlening en op het zorginhoudelijk beleid. Dit artikel is van toepassing op de situaties die worden geschetst in de motie.
- Hoofdstuk 8a van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz (ook wel de AMvB acute zorg) en hoofdstuk 3a van de Uitvoeringsregeling Wkkgz schrijven voor dat gemeenten en inwoners betrokken moeten worden bij besluitvorming over het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie. Er moet in veel gevallen een bijeenkomst worden georganiseerd voor het College van burgemeester en Wethouders en voor inwoners. Wensen en zorgen van de gemeente en de inwoners moeten worden meegewogen in de besluitvorming door de zorgaanbieder en de zorgaanbieder moet aangeven wat hij hiermee wel of niet doet en waarom.
- Beperkingen in het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie moeten op basis van de AMvB acute zorg worden besproken in het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ). Hieraan nemen de ketenpartners van het ziekenhuis deel. Dit zijn zorgaanbieders of vertegenwoordigers van kleine zorgaanbieders, zoals huisartsen en verloskundigen. Veel ROAZ-en kennen focusgroepen met professionals die betrokken kunnen worden bij het maken van afspraken in het ROAZ. Het ROAZ besluit overigens niet over fusies of sluiting van (afdelingen van) ziekenhuizen. Dat doen de ziekenhuizen zelf in overleg met de zorgaanbieders, met inachtneming van de vereisten uit de AMvB acute zorg respectievelijk de Wmg in het kader van de zorgspecifieke fusietoets (zie hieronder).

De Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen 2018 (Wmcz 2018)

De Wmcz 2018 heeft tot doel om de medezeggenschap in de zorg te bevorderen. Met hun medezeggenschapsrechten kunnen cliënten tegenwicht bieden aan het bestuur van een zorginstelling. Uit de Wmcz 2018 volgt dat een ziekenhuis één of meer cliëntenraden moet instellen. De cliëntenraad heeft *adviesrecht* ten aanzien van een voorgenomen besluit van het bestuur van het ziekenhuis over een fusie. In de medezeggenschapsregeling van het ziekenhuis wordt bovendien geregeld op welke wijze een cliëntenraad wordt betrokken bij de voorbereiding van een besluit inzake een fusie.

De cliëntenraad heeft daarnaast *instemmingsrecht* ten aanzien van een voorgenomen besluit over het algemene beleid ter zake van de kwaliteit en de veiligheid, bijvoorbeeld over voor cliënten geldende regelingen, kwaliteitsplannen, voeding of ontspanning. Een besluit om een afdeling te sluiten valt hier niet onder.

De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg): de zorgspecifieke fusietoets

In het geval van een fusie tussen twee ziekenhuizen is relevant dat in artikel 49a van de Wmg is opgenomen dat een zorgaanbieder (dus niet alleen een ziekenhuis) geen concentratie² mag aangaan zonder voorafgaande goedkeuring door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Artikel 49a, derde lid, geeft een uitzondering op dit verbod voor zorgaanbieders die met minder dan 50 personen zorg doen leveren. Deze zogenaamde zorgspecifieke fusietoets (Zft) is een toets van de NZa om te beoordelen of zorgaanbieders het proces om te komen tot een concentratie zorgvuldig hebben doorlopen. Daarnaast toetst de NZa een voorgenomen concentratie ook op de gevolgen voor de continuïteit van zorg (waaronder bereikbaarheid en toegankelijkheid valt) voor vormen van cruciale zorg. Cruciale zorg bestaat uit ambulancezorg voorbehouden aan Regionale Ambulance-voorzieningen, SEH-zorg, acute verloskunde, crisisopvang GGZ en Wlz-zorg³.

Een onderdeel van de Zft is de betrokkenheid van belanghebbenden. De NZa toetst bij dit onderdeel of de stakeholders zorgvuldig betrokken zijn bij de voorbereiding van de concentratie. Zij beoordeelt of de stakeholders tijdig, schriftelijk en begrijpelijk op de hoogte zijn gebracht van de voorgenomen concentratie. Er wordt ook beoordeeld of de stakeholders in de gelegenheid zijn gesteld om hun oordelen en/of aanbevelingen over de concentratieplannen kenbaar te maken en tot slot of de zorgaanbieder deze oordelen en/of aanbevelingen gemotiveerd heeft meegewogen in de besluitvorming voor de concentratie.

Het begrip stakeholder is niet als zodanig gedefinieerd in de Wmg. Op grond van de Wmg betekent het tenminste dat een zorgaanbieder verplicht is de voor de concentratie relevante partijen te betrekken bij concentratieplannen. Naast personeel (via de ondernemingsraad) en cliënten (via de cliëntenraad) betreft dit ook andere betrokkenen. In de toelichting op de wet wordt als voorbeeld van andere betrokkenen onder meer de lokale en regionale overheid genoemd⁴. Voor elke concentratie kunnen de relevante partijen anders zijn. Het is aan de zorgaanbieder om zelf de relevante stakeholders te identificeren en te betrekken.

Dit onderdeel binnen de Zft van de NZa voorziet niet in instemmingsrecht van de betrokken partijen voor de concentratie. Het stelt de betrokken partijen in de gelegenheid om hun zienswijze te delen met de zorgaanbieder(s) en het verplicht de zorgaanbieder(s) om de zienswijze mee te wegen in hun besluitvorming. De NZa ziet hierop toe en kan, indien onvoldoende aandacht is besteed aan de oordelen en/of aanbevelingen van betrokken partijen, haar goedkeuring onthouden voor de concentratie.

² Het gaat hier om concentraties in de zin van de Mededingingswet zoals een fusie of overname. Niet te verwarren met concentratie van zorg waarbij een zorgaanbieder een profielkeuze maakt en zich specialiseert in een specifiek onderdeel van zorg. Deze toets staat los van het generieke concentratietoezicht op grond van de Mededingingswet dat uitgevoerd wordt door de Autoriteit Consument en Markt.

³ Zie voor een uitgebreide toelichting bijlage onderdeel A bij het Besluit beschikbaarheidsbijdrage Wmg: wetten.nl - Regeling - Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG - BWBR0031971 (overheid.nl).

⁴ Kamerstukken II, 2011/12, 33 253, nr. 3, p.14.

De Wet op de ondernemingsraden (Wor)

Een zorgaanbieder waar ten minste 50 personen werkzaam zijn, moet op basis van de Wet op de ondernemingsraden een ondernemingsraad instellen. De ondernemingsraad bestaat uit leden die voor de zorgaanbieder werkzaam zijn. Deze raad heeft op regelmatige basis overleg met het bestuur van de zorgaanbieder. Ook heeft de ondernemingsraad een aantal bijzondere bevoegdheden. Zo moet de ondernemingsraad in de gelegenheid gesteld worden om *advies* uit te brengen over onder meer de beëindiging van de werkzaamheden van de zorgaanbieder of van een belangrijk onderdeel daarvan en over een belangrijke inkrimping, uitbreiding of andere wijziging van de werkzaamheden van de zorgaanbieder. De ondernemingsraad zal dan ook doorgaans advies uit moeten brengen in het geval van een fusie of sluiting (van een deel) van het ziekenhuis. Indien wordt afgeweken van het advies van de ondernemingsraad, wordt aan de ondernemingsraad toegelicht waarom hiervoor gekozen is. In het uiterste geval kan de ondernemingsraad zich wenden tot de ondernemingskamer van het gerechtshof Amsterdam, die dan beoordeelt of de zorgaanbieder met de afweging van de betrokken belangen in redelijkheid tot het besluit had kunnen komen. De Wor bevat ook een *instemmingsrecht* voor ondernemingsraden. Dat heeft betrekking op onderwerpen als arbeidstijden, opleiding of werkoverleg. Een ondernemer die een besluit wil nemen op deze onderwerpen zonder de instemming van de ondernemingsraad, kan de kantonrechter om toestemming vragen.

Overige relevante regelgeving: de Zorgverzekeringswet (Zvw)

De Zvw stelt geen regels ten aanzien van betrokkenheid van gemeenten, personeel of patiënten bij fusies van ziekenhuizen of sluiting van (afdelingen van) ziekenhuizen, maar regelt onder andere de zorgplicht voor zorgverzekeraars. In artikel 11 van de Zvw is opgenomen dat een zorgverzekeraar een zorgplicht heeft tegenover een verzekerde en dat die verzekerde recht heeft op zorg in natura of een vergoeding van de geleverde zorg (restitutie). De zorgplicht is een resultaatsverplichting. Individuele verzekerden kunnen hun zorgverzekeraar aanspreken op het invullen van de zorgplicht. Voor de invulling van wat wordt verstaan onder tijdige en bereikbare zorg gelden de Treeknormen. Zorgverzekeraars moeten borgen dat verzekerden binnen de gegeven Treeknormen terecht kunnen bij een ziekenhuis, of andere aanbieder van medisch-specialistische zorg. De NZa houdt toezicht op de uitvoering van de zorgplicht door de zorgverzekeraars. Hierbij bekijkt de NZa onder meer in hoeverre een zorgverzekeraar zich heeft ingespannen om binnen de geldende Treeknormen de levering van zorg aan zijn verzekerden te borgen.

Daarnaast heeft de NZa in haar toezichtskader bijvoorbeeld nader gespecificeerd dat de 45-minutennorm voor spoedeisende hulp afdelingen en acute verloskunde onderdeel van de zorgplicht is. De Zvw kent geen plicht voor zorgverzekeraars om individuele ziekenhuizen te contracteren. De zorgverzekeraar kan via de contractering het zorgaanbod beïnvloeden, maar kan een zorgaanbieder niet dwingen om zorg te leveren.

Fusies en sluitingen van (afdelingen) van ziekenhuizen kunnen de zorgplicht van zorgverzekeraars raken, omdat als gevolg daarvan het zorgaanbod kan worden beperkt. De zorgverzekeraar moet het zorgaanbod garanderen, waarbij de Treeknormen het uitgangspunt zijn. Als de achterliggende oorzaak van de fusie of sluiting personeelskrapte is, verwacht de NZa van de zorgverzekeraars dat zij zich maximaal inspinnen om alsnog de tijdigheid en bereikbaarheid van de zorg te borgen.

Overige relevante regelgeving: continuïteit van cruciale zorg in de Wmg

Zorg die op een bepaalde locatie beschikbaar moet blijven omdat partijen geen instemming geven voor fusie of sluiting terwijl daar geen adequate bekostiging tegenover staat, kan leiden tot een faillissement van de zorgaanbieder. Indien een zorgverzekeraar door een dreigend faillissement niet langer kan voldoen aan zijn zorgplicht richting zijn verzekerden is daar sinds een aantal jaren het zogenoemde continuïteitsbeleid op van toepassing⁵.

Andere instrumenten ter bevordering van invloed van gemeenten, personeel en patiënten

Naast juridische instrumenten zijn er ook andere aanpakken die beogen de zeggenschap van gemeenten, personeel of patiënten te vergroten, zoals bijvoorbeeld de voorgenomen handreiking voor betrokkenheid van stakeholders bij besluitvorming over acute zorg (zie paragraaf 6 van deze brief), de afspraken die IZA-partijen hebben gemaakt over de betrokkenheid van belanghebbenden bij het opstellen van regio- en ROAZ-beelden en -plannen⁶, de integrale aanpak van zeggenschap van medewerkers of de participatiehubs. De laatste twee licht ik hieronder toe. Sinds 2022 zet het kabinet in op het versterken van zeggenschap van helpenden, verzorgenden, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en begeleiders in zorg en welzijn, teneinde kwaliteit van zorg te verbeteren, werkplezier te verhogen en medewerkers te kunnen behouden in een krappe arbeidsmarkt. Zeggenschap gaat daarbij enerzijds om de randvoorwaarden van werk (zoals inspraak in je rooster) en anderzijds om de inhoud van het werk (zoals inspraak in de zorgverlening). De integrale aanpak zeggenschap bestaat uit drie onderdelen: (1) (financiering van) praktische initiatieven, zoals de projectorganisatie van het Landelijk Actieplan Zeggenschap⁷ (LAZ) en de Subsidieregeling Zeggenschap⁸, (2) onderzoek⁹ en (3) monitoring¹⁰.

Om te bevorderen dat patiënten, naasten, cliënten en inwoners in het algemeen worden betrokken bij besluiten over gezondheid, zorg en ondersteuning in hun regio, werkt VWS aan een landelijke infrastructuur voor regionale inwonerparticipatie. Dit betekent een aanspreekbaar netwerk van «participatiehubs» die zorgpartijen en inwoners kunnen ondersteunen bij participatie door inwoners. In april 2024 is hiervoor een ZonMw programma gestart. Participatiehubs worden stapsgewijs in regio's opgezet waarbij wordt aangesloten bij bestaande participatiestructuren in regio's en de behoeften in regio's. Het doel is om de kwaliteit van participatie van inwoners ten behoeve van gezondheid, zorg en ondersteuning in regio's te verbeteren. Daarnaast wil VWS in 2028 een antwoord hebben op de vraag hoe deze participatie duurzaam gefaciliteerd kan worden.

⁵ Kamerstukken II, 2019/20, 31 016, nr. 288

⁶ Criteria Regiobeelden en regioplannen | Rapport | Rijksoverheid.nl; Criteria ROAZ-beelden en ROAZ-plannen | Rapport | Rijksoverheid.nl.

⁷ Home - Landelijk Actieplan Zeggenschap (zeggenschapinzorg.nl).

⁸ wetten.nl - Regeling - Subsidieregeling veerkracht en zeggenschap - BWBR0047071 (overheid.nl).

⁹ RN2Blend | RN2Blend.

¹⁰ Kamerstukken II, 2023/24, 29 282, nr. 559.

2. Wat zou een instemmingsrecht voor gemeenten, personeel en patiënten vergen aan wetgeving?

Regelen van het instemmingsrecht

Om instemmingsrecht voor gemeenten, personeel en patiënten te creëren, is wetgeving nodig. Bepaald zal moeten worden hoeveel tijd gemeenten, personeel en patiënten hebben om te beslissen of ze al dan niet instemmen en of en zo ja, in welke gevallen van dringende spoed (bijvoorbeeld om redenen van onmiddellijk personeelstekort, kwaliteitsrisico's of op korte termijn dreigende financiële problemen) er uitzonderingen zijn op dit instemmingsrecht. Ook de AMvB acute zorg zal aangepast moeten worden als er op wetsniveau instemmingsrechten worden gecreëerd.

Met betrekking tot een instemmingsrecht voor gemeenten moet worden bepaald wie precies instemmingsrecht heeft: welke gemeenten en wie binnen de gemeente (bijvoorbeeld het College van burgemeester en Wethouders of de meerderheid van de gemeenteraad).

Voor instemmingsrecht van personeel moet worden bepaald of het gaat om een instemmingsrecht van de ondernemingsraad of van andere vertegenwoordigingen van zorgverleners of ook overig personeel. De vraag is voorts of het gaat om personeel van de eventueel fusierende ziekenhuizen of het ziekenhuis dat een sluiting overweegt, of ook om ondernemingsraden of personeel(svertegenwoordigingen) van ketenpartners in de regio. Artikel 3, tweede lid van de Wkkgz zal dan aangepast moeten worden want dat geeft nu de wel de mogelijkheid om invloed uit te oefenen, maar geen instemmingsrecht.

Ervan uitgaande dat het instemmingsrecht voor patiënten loopt via de cliëntenraden moeten in de Wmcz 2018 de bepalingen over fusie worden overgeheveld van het adviesrecht naar het instemmingsrecht van de cliëntenraden. Het instemmingsrecht ziet nu alleen op besluiten die betrekking hebben op kwaliteit en veiligheid van zorg; zoals besluiten over de procedure voor het opstellen en bespreken van zorgplannen en het algemene beleid ter zake van kwaliteit, veiligheid en hygiëne. Hieraan zou dan ook de besluitvorming over het eventueel fuseren met een ander ziekenhuis of het sluiten van (een afdeling van) een ziekenhuis aan moeten worden toegevoegd.

Tot slot moet worden bepaald welke gevolgen het instemmingsrecht van gemeenten, personeel en patiënten met zich brengt en voor wie. Welke verplichtingen creëert het instemmingsrecht precies voor de betrokken ziekenhuizen of bijvoorbeeld voor de zorgverzekeraars, gemeenten, medewerkers, patiënten of de overheid?

Wijzigen zorgspecifieke fusietoets in de Wmg

Onlangs heeft de Minister van VWS uw Kamer geïnformeerd over de beoogde aanpassingen met betrekking tot het zorgspecifiek markttoezicht¹¹, waaronder ook de Zft valt. Zij is voornemens om een aantal aanpassingen door te voeren, waaronder een ruimere toets op de continuïteit van zorg. De NZa krijgt hiermee de mogelijkheid om, naast cruciale zorg, ook andere zorgvormen te toetsen op continuïteit van zorg. De (beoogde) ruimere toets in de Zft op de continuïteit van zorg voor de NZa raakt aan de behoefte van de Kamer om de continuïteit van zorg voor de patiënt te borgen bij wijzigingen in het zorglandschap. Dit vergt een wijziging van de Wmg en dit traject zal de komende periode ingezet worden. Deze wijziging voorziet echter niet in een instemmingsrecht voor

¹¹ Kamerstukken II, 2023/24, 31 765, nr. 854.

gemeenten, personeel en patiënten bij fusies. Daarvoor is een verdergaande wijziging van de Wmg nodig.

Benodigde wijzigingen in aanpalende regelgeving als gevolg van het instemmingsrecht: wijzigingen die betrekking hebben op de kwaliteit van de zorg

Het uitvoeren van deze motie brengt risico's met zich mee voor de kwaliteit en veiligheid van zorg voor patiënten en vergroot het risico op incidenten in de zorg. Deze motie heeft namelijk als consequentie dat er geen goede zorg conform de professionele standaard geleverd zal kunnen worden, indien enerzijds een voorgenomen sluiting of fusie geen doorgang kan vinden, omdat de gemeente, het personeel en/of patiënten daaraan geen instemming hebben verleend en er anderzijds onvoldoende financiële middelen of te weinig zorgverleners zijn om goede zorg te verlenen. De Wkkgz zal dan niet nageleefd kunnen worden. Uitvoering van de motie zal dus betekenen dat een uitzondering op de verplichting om goede zorg te verlenen moet worden gecreëerd of dat de professionele standaard moet worden verlaagd.

Onduidelijk is ook hoe de regelgeving omtrent de klachten- en geschillenregeling aangepast dient te worden als gevolg van de motie. In hoeverre kunnen patiënten klagen over de zorg, als het ziekenhuis geen goede zorg kan leveren en het tegelijkertijd niet mag sluiten? Dat zal dan moeten worden verkend.

Bovendien kan het uitvoeren van deze motie raken aan de doelstellingen van de Wet BIG. De Wet BIG heeft als doel de patiëntveiligheid en kwaliteit van beroepsuitoefening te bewaken en te bevorderen. Om patiëntveiligheid en kwaliteit van beroepsuitoefening binnen instellingen te borgen is het onder meer belangrijk dat, in het bijzonder voor wat betreft de uitvoering van de voorbehouden handelingen die worden gereguleerd in de Wet BIG¹², voldoende gekwalificeerd personeel beschikbaar is dat voldoet aan de eisen van de Wet BIG. De patiëntveiligheid en kwaliteit van beroepsuitoefening kan onder druk komen te staan als een voorgenomen sluiting of fusie noodzakelijk is in verband met personeelskrapte, maar vervolgens géén doorgang kan vinden doordat er geen instemming is verleend. Het is onduidelijk hoe de motie zich op dit punt verhoudt tot de Wet BIG. Daarnaast zijn alle BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren, zoals bijvoorbeeld artsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten, onderworpen aan het tuchtrecht. Hoe een tuchtcollege, als rechtsprekende instantie, zal oordelen in veranderende omstandigheden of crisissituaties kan niet op voorhand worden gezegd. Het is de taak van een tuchtcollege om aan de hand van alle feiten en omstandigheden een oordeel te geven in een individueel geval. Het is evident dat daar alle omstandigheden bij worden betrokken. Hoe zich dat uitkristalliseert zal moeten blijken uit de rechterlijke uitspraken.

Op dit moment is een amendement van de leden Bushoff en Van den Berg (een wijziging van de Wkkgz) aanhangig bij de Tweede Kamer¹³. Dit amendement bepaalt dat het aanbieden van acute zorg op een bepaalde locatie slechts geheel of gedeeltelijk mag worden beëindigd of opgeschort nadat de burgemeester van de gemeente waar de locatie zich bevindt daarover een zwaarwegend advies heeft uitgebracht. Bevat het advies een negatief oordeel over de voorgenomen beëindiging of opschorting, dan kan deze slechts plaatsvinden na een daartoe strekkende aanwijzing van de IGJ. Als dit amendement, al dan niet in gewijzigde vorm, wordt

¹² Voor een overzicht van alle voorbehouden handelingen (artikel 36 Wet BIG) en welke beroepsgroep deze uit mag voeren, zie: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/voorbehouden-handelingen/vraag-en-antwoord/voorbehouden-medische-handelingen>.

¹³ Kamerstukken II, 2023/24, 36 278, nr. 10.

aangenomen, zal moeten worden gezien hoe dat zich verhoudt tot de motie Dijk over instemmingsrecht.

Benodigde wijzigingen in aanpalende regelgeving als gevolg van het instemmingsrecht: wijzigingen die betrekking hebben op de bekostiging van de zorg of de zorgplicht

Zorg die op een bepaalde locatie beschikbaar moet blijven omdat partijen geen instemming geven voor fusie of sluiting, zal bekostigd moeten worden. In het algemeen geldt dat wanneer financiële problemen de aanleiding zijn voor de beoogde sluiting, overwogen kan worden om de betreffende zorg via een of andere manier aanvullend te bekostigen. Voor zover daar subsidies aan te pas komen, via een beschikbaarheidsbijdrage of op andere wijze, komen al snel staatssteunaspecten om de hoek kijken. Daarbij geldt ook dat het instrument beschikbaarheidsbijdrage niet bedoeld om (bepaalde delen van) zorg te bekostigen waarvan bijvoorbeeld gemeente of patiënten willen dat deze beschikbaar blijft.

Een alternatief is dat zorgverzekeraars verplicht worden deze zorg te contracteren en te financieren. Dit vergt aanpassing van de Zvw.

Ook is denkbaar dat gemeenten een rol nemen in de financiering van de zorg die zij willen behouden. Als dit een wettelijke rol wordt, zal ook daarop de Zvw moeten worden aangepast.

3. Wat dan nog steeds niet is geborgd

Ook met al deze wijzigingen is niet geborgd dat het ziekenhuis de beoogde zorg blijft leveren; het open houden van een (afdeling van een) ziekenhuis biedt immers niet de garantie dat daar zorg wordt geleverd. Een zorgaanbieder, meestal een private partij zoals een stichting, kan in het huidige stelsel niet gedwongen worden om zorg te leveren. Zorgpersoneel kan niet verplicht worden om op een bepaalde locatie te werken. Schaarste aan personeel kan er dus altijd toe leiden dat zorg op een bepaalde locatie niet geleverd kan worden.

Ook met het oog op de zorgplicht van zorgverzekeraars zijn er grenzen aan wat haalbaar is. De zorgplicht kan immers gelijktijdig op verschillende manieren in het geding komen wanneer schaars personeel op meerdere plekken en in meerdere sectoren tegelijk nodig is om aan de zorgplicht te kunnen voldoen. Het voldoen aan de zorgplicht op de ene locatie kan niet onbegrensd ten koste gaan van de zorgplicht op andere plekken en voor andere verzekerden.

Een instemmingsrecht voor gemeenten, personeel en patiënten bij sluiting van (delen van) ziekenhuizen of een wijziging van de Wmg om de rol van stakeholders bij de Zft uit te breiden en stakeholders te voorzien van instemmingsrecht heeft daarnaast als consequentie dat een belanghebbende de bedrijfsvoering van een zorgaanbieder vergaand kan beïnvloeden. Het raakt daarmee in een stelsel met private zorgaanbieders ook aan de fundamentele vrijheid van ondernemen en het eigendomsrecht van zorgaanbieders wanneer een zorgaanbieder niet mag fuseren als een stakeholder het er niet mee eens is. Om deze vrijheid te beperken, zal er een goede en objectieve onderbouwing van de noodzakelijkheid en proportionaliteit aan ten grondslag moeten liggen. Fusies of sluitingen kunnen namelijk ook (maatschappelijke) voordelen hebben. Fusies kunnen bijvoorbeeld samenwerking op het gebied van inzet van personeel, kwaliteit of ICT vergemakkelijken. Een sluiting op de ene locatie, kan de inzet van gekwalificeerd personeel op een andere locatie bevorderen. Onthouding van goedkeuring van de concentratie kan door een rechter als disproportioneel worden aangemerkt en zal in dat geval geen stand houden.

4. Waarom ik een instemmingsrecht geen goed idee vind

Mijn uitgangspunt is dat het de drijfveer is van zorgaanbieders en zorgverleners om aan de patiënt goede zorg te leveren die toegankelijk is voor wie die zorg nodig heeft. Een zorgaanbieder zal niet lichtvaardig beslissen om te fuseren met een andere zorgaanbieder of om (een afdeling) te sluiten. Hieraan zullen veelal kwaliteitsoverwegingen, al dan niet in combinatie met financiële redenen, ten grondslag liggen. De zorgaanbieder is immers verantwoordelijk voor de veiligheid en de kwaliteit van de zorg en de continuïteit van de bedrijfsvoering. Als de zorgaanbieder zorg moet leveren omdat er geen instemming is om een afdeling te sluiten, kan dat betekenen dat de kwaliteit van de zorg onder de maat is en dat dat verstrekkende gevolgen heeft voor patiënten, bijvoorbeeld dat er patiënten overlijden of ernstige gezondheidsschade oplopen. Het openhouden van afdelingen mag wat mij betreft nooit ten koste gaan van de kwaliteit of de veiligheid van de zorg of van de patiënt. De beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerd personeel in relatie tot de zorgvraag is een kritieke factor voor de kwaliteit die geboden kan worden. Als zorgverleners geen goede kwaliteit van zorg kunnen bieden omdat ze te weinig capaciteit hebben, zullen ze wellicht een andere werkgever zoeken. Angst om tuchtrechtelijk aangesproken te worden kan daarbij een rol spelen. Door het vertrek van zorgverleners zal de kwaliteit verder verslechteren.

Het in de motie gevraagde instemmingsrecht voor gemeenten legt een onevenredige verantwoordelijkheid voor de besluitvorming bij gemeenten, zonder dat zij de verantwoordelijkheid dragen voor de consequenties op het gebied van veilige patiëntenzorg, goed werkgeverschap, continuïteit van de bedrijfsvoering of de zorgplicht. Zulk instemmingsrecht maakt het voor zorgaanbieders onmogelijk om hun verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg waar te maken en voor zorgverzekeraars om aan hun zorgplicht (het inkopen van voldoende goede zorg) te voldoen. Het instemmingsrecht zou er immers toe kunnen leiden dat zorg geleverd moet worden terwijl er onvoldoende gekwalificeerd personeel beschikbaar is. Ik wil niet dat financieel of anderszins gefaciliteerd wordt dat zorg van onvoldoende kwaliteit wordt geleverd. Daarom vind ik een subsidie, al dan niet in de vorm van een beschikbaarheidsbijdrage, voor het open houden van (afdelingen van) ziekenhuizen of een contracteerplicht voor zorgverzekeraars, los van dat dit nu niet binnen de gegeven wettelijke kaders past, geen goed plan. Het instemmingsrecht zou er daarnaast ook toe kunnen leiden dat schaars personeel niet ingezet kan worden op de plaatsen of voor de zorg waarmee de grootste gezondheidswinst te behalen is of waarmee de toegankelijkheid van de zorg het beste is gediend.

Bovendien bestaat het risico dat het toekennen van rechten en bevoegdheden aan gemeenten de gewenste en noodzakelijke samenwerking in een regio en in de keten juist moeilijker maakt en patstellingen creëert. Dit komt de zorg aan patiënten – nu en in de toekomst – niet ten goede. De oplossing moet juist komen van een constructieve dialoog tussen alle partijen in de regio, waarbij gezocht wordt naar oplossingen die passen bij de regionale context en uitdagingen.

Ik pleit er niet voor het instemmingsrecht nog verder uit te breiden, maar het is mij niet helder waarom dit instemmingsrecht alleen zou gelden voor fusies van ziekenhuizen en sluiting van (delen van) ziekenhuizen en niet voor fusies en sluiting van (delen van) andere zorgaanbieders. Tenslotte vind ik een belangrijk nadeel van het gevraagde instemmingsrecht dat het zal leiden tot (veel) extra administratieve lasten voor de zorgaanbieder, eventueel de zorgverzekeraar, voor gemeenten, medewerkers en patiënten.

5. Waarom het instemmingsrecht praktisch onuitvoerbaar is

Een instemmingsrecht voor gemeenten, personeel en patiënten zou betekenen dat een groot aantal partijen zeggenschap krijgt over besluitvorming over een fusie van ziekenhuizen of het sluiten van (een afdeling van) een ziekenhuis. Ook als de wetgeving ingeperkt zou worden tot instemmingsrecht voor de gemeenten in de ROAZ-regio of de meest betrokken gemeenten in de ROAZ-regio¹⁴ en tot de medewerkers in de betreffende ziekenhuizen of de zorgverleners in de betreffende ziekenhuizen¹⁵ en de bekende patiënten van de betreffende ziekenhuizen¹⁶, is het niet realistisch om van een ziekenhuis te vragen om processen te organiseren die gericht zijn op de instemming van al deze mensen en partijen. Gemeenten zullen onderling verschillende belangen hebben en niet altijd met een eensluidend advies komen. Dat kan ook het geval zijn met medewerkers onderling en patiënten onderling. Daarnaast kunnen gemeenten, personeel en patiënten met verschillende adviezen of standpunten komen die niet allemaal tegelijk gevolgd kunnen worden. Bovendien kan het gebeuren dat (afdelingen van) ziekenhuizen in stand moeten worden gehouden, terwijl dat qua bedrijfsvoering niet mogelijk is. Dat kan de nodige extra kosten met zich brengen die de zorgverzekeraars misschien niet willen of kunnen vergoeden, omdat de zorgplicht er niet mee gediend is. Denkbaar is dat de overheid om extra middelen wordt gevraagd. Middelen die wellicht effectiever en doelmatiger elders kunnen worden aangewend of niet beschikbaar zijn en uit oogpunt van staatssteun niet rechtmatig kunnen worden verstrekt.

6. Het alternatief van de handreiking voor betrokkenheid van stakeholders bij besluitvorming over het aanbod van acute zorg en afspraken over governance van het ROAZ.

In mijn brief van 25 maart jl.¹⁷ over de acute zorg heb ik toegezegd u nader te informeren over de handreiking die ik aan het maken ben voor betrokkenheid van stakeholders bij besluitvorming over het aanbod van acute zorg en over de governance van het ROAZ. Deze handreiking kan een praktisch gerichte invulling van en aanvulling zijn op alle bestaande regelgeving voor betrokkenheid van stakeholders bij fusies van ziekenhuizen en sluiting van (afdelingen) van ziekenhuizen, zoals de AMvB acute zorg, de Wkkgz, de Wor, de Wmcz 2018 en de Zorgspecifieke toets in de Wmg. Een concept van deze handreiking is besproken met IZA-partijen. Daarnaast hebben de IZA-partijen afspraken gemaakt over acties in het kader van de governance van het ROAZ. De acties hebben onder andere betrekking op het in alle ROAZ-en uitschrijven hoe besluitvorming, mandaat en vertegenwoordiging geregeld zijn en op het doen van voorstellen om het perspectief van professionals en burgers/patiënten in de ROAZ-en beter in te brengen. De resultaten van deze acties zullen deels ook neerslaan in de handreiking. In september verwacht ik de resultaten van deze acties. Ik kan mij voorstellen dat de handreiking in het najaar gereedkomt. Ik zal u de handreiking dan ook toezenden. Het eventueel aanvaarden van het amendement Bushoff/Van den Berg, over de onwenselijkheid en onuitvoerbaarheid daarvan heb ik u in mijn brief van 25 maart geïnformeerd, of het invoeren van een instemmingsrecht voor gemeenten, personeel en patiënten in bepaalde situaties zal uiteraard gevolgen hebben voor deze handreiking.

¹⁴ Bij een eventuele fusie van ziekenhuizen of bij verplaatsing van aanbod van ziekenhuiszorg zal het vaak gaan over een wijziging in het aanbod van ziekenhuiszorg in meerdere gemeenten.

¹⁵ Dan hebben de medewerkers van ketenpartners geen invloed.

¹⁶ Dan hebben mensen die mogelijk patiënt worden geen invloed.

¹⁷ Kamerstukken II, 2023/24, 29 247, nr. 437.

7. Afsluiting

Met de handreiking (die naar verwachting in het najaar gereedkomt) verwacht ik de betrokkenheid van gemeenten, personeel en patiënten bij wijzigingen in het aanbod van acute zorg verder te verbeteren. Deze handreiking kan uiteraard ook benut worden voor andere wijzigingen in het aanbod van (ziekenhuis)zorg. Daarnaast lopen er andere acties om de zeggenschap van zorgverleners en de inbreng van patiënten te verbeteren. Het is aan een nieuw kabinet om te beslissen over het al dan niet creëren van het in de motie gevraagde instemmingsrecht.

De Minister voor Medische Zorg,
P.A. Dijkstra