



Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Minister voor Langdurige Zorg en Sport
mw. C. Helder
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Datum
30 november 2022

Contactpersoon:
mr. Loubna Boufrach
loubna@bouflegal.nl

Betreft: reactie Eerstelijnscoalitie internetconsultatie Wetsvoorstel integrale bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders (Wibz)

Geachte mevrouw Helder,

Namens de Eerstelijnscoalitie bestaande uit LHV, KNMT, KNMP, KNOV, KNGF, LVVPP, NVvP, NVM-mondhygiënisten en ONT reageren we op de internetconsultatie inzake het Wetsvoorstel integrale bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders (Wibz).

De Wibz voorziet in de wijziging van onder andere (A) de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en (B) de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza). In verband met de voorgestelde wijzigingen die het wetsvoorstel aanbrengt in voornoemde wetten, geeft de Eerstelijnscoalitie namens haar leden een inhoudelijke reactie. Concreet uiten wij onze zorgen en zetten wij onze vraagtekens bij verschillende onderdelen. We verzoeken u onze inbreng te betrekken en gaan hier graag verder over in gesprek.

A. Wijzigingen Wmg

De voorgenomen wijzigingen in de Wmg betreffen normen en maatregelen die de bedrijfsvoering van zorgaanbieders feitelijk treffen. Nadere waarborgen zijn nodig om zorgaanbieders die hun bedrijfsvoering in uw ogen niet op orde hebben of zorgbestuurders met niet integrale intenties uit de zorg te weren. Dat uitgangspunt delen wij. Als woordvoerders namens de eerstelijnszorg constateren we op inhoud dat de maatregelen in het wetsvoorstel verder strekken dan het hiervoor aangehaalde doel. De voorgenomen maatregelen zullen een disproportionele impact op de bedrijfsvoering van zorgaanbieders hebben. We lichten hierna per onderdeel onze reactie toe.

1. Normen en regelingen tegenstrijdig belang

Door de introductie van art. 40c Wmg dienen bestuurders (als geherdefinieerd in art. 1 sub y Wmg (nieuw)) of leden van interne toezichthouders van zorgaanbieders zich te onthouden van deelneming aan beraadslaging of besluitvorming indien zij daarbij een (in)direct persoonlijk belang hebben dat tegenstrijdig is met het belang van de zorgaanbieder (conform art. 40c lid 1 Wmg (nieuw)), tenzij het besluit niet op andere wijze genomen kan worden. Als zij desondanks wel deelnemen aan besluitvorming, moeten overwegingen bij dat besluit schriftelijk worden vastgelegd. Allereerst merken we op dat soortgelijke regelingen reeds in Boek 2 BW zijn opgenomen. Het van toepassing verklaren van de tegenstrijdig belangregeling voor eigenaren en personenvennootschappen is onbegrijpelijk, nu de overheid die regeling juist niet van toepassing heeft verklaard op ondernemingen in eigendom van natuurlijke personen. De plicht tot het schriftelijk vastleggen van de overwegingen zorgt daarbij voor onnodige administratieve belasting voor zorgaanbieders in de eerstelijnszorg. Veelal verloopt besluitvorming binnen de eerstelijns minder formeel vanwege de kleinschaligheid van de praktijken. Bij een gedeelte van onze leden zal daarnaast deze verplichting uit de tegenstrijdig belangregeling feitelijk niet mogelijk zijn en daarmee niet proportioneel zijn, omdat het gaat om eenmanszaken of BVs met één DGA, zonder interne toezichthouder. Voor deze groep is deze bepaling simpelweg niet uitvoerbaar.

Vragen: kan de minister aangeven hoe rekening wordt gehouden met het minder formele karakter naar aard en inhoud van de eerstelijnszorg. En hoe deze nieuwe set aan maatregelen feitelijk een meerwaarde heeft naast de bestaande regeling in BW 2?

2. Hanteren normale marktvoorwaarden bij van betekenis zijnde transacties

In art. 40d Wmg (nieuw) wordt bepaald dat de zorgaanbieder moet waarborgen dat bij van betekenis zijnde transacties tussen zorgaanbieder en partijen waarbij de bestuurder, aandeelhouder of lid van de interne toezichthouder van de zorgaanbieder een (in)direct belang heeft, sprake moet zijn van normale marktvoorwaarden. Ook moet schriftelijk worden vastgelegd hoe de zorgaanbieder dit heeft gewaarborgd.

Ook deze verplichting zorgt voor een cumulatie in administratieve belasting voor aanbieders en professionals. Ook zetten we scherpe vraagtekens bij de subsidiariteit en proportionaliteit van de voorziene maatregel. Daarbij volgt uit de Memorie van Toelichting onvoldoende ondubbelzinnig wanneer de zorgaanbieder aan dit voorschrift heeft voldaan en of en hoe dit aangetoond zou moeten worden. De administratieve belasting loopt dus nóg verder op. Daarnaast geldt ook hier dat deze verplichting voor een groot deel van de eerstelijnszorg niet uitvoerbaar is omdat het veelal eenmanszaken of BVs met één DGA betreft.

Het wetsvoorstel behelst ook een verplichting voor de zorgaanbieder om na te gaan of een adviseur die is betrokken bij een besluit over van betekenis zijnde transacties, daarmee verbonden (in)directe belangen heeft. Het bestaan daarvan moet worden meegewogen in de besluitvorming. Ook hier is niet voorgeschreven onder welke omstandigheden, aan wie, of op welke wijze, moet worden aangetoond dat de zorgaanbieder dit is nagegaan. Onduidelijk is daarom wat van de zorgaanbieder

op dit vlak wordt verwacht. Bovendien zal ook deze verplichting een administratieve verzwarende met zich meebrengen.

Vragen: kan de minister onderbouwen wat de verwachte toename aan tijdsinvestering gaat worden om aanvullend te voldoen aan (nieuwe) administratieve verplichtingen uit de Wtza en de Wbsrz? Kan tevens worden aangegeven welke handelingen verricht dienen te worden om compliant te handelen inzake de inzet van adviseurs?

3. Winstuitkeringen

Art. 40e Wmg (nieuw) bepaalt dat het winstuitkeringsverbod blijft gelden met uitzondering van bij Amvb aangewezen vormen van zorg. De inhoud en strekking van de betreffende Amvb blijken niet ondubbelzinnig uit het huidige wetsvoorstel. Er zal "zo dicht mogelijk worden aangesloten bij de reikwijdte van het huidige winstuitkeringsverbod" zo blijkt uit de Memorie van Toelichting.

Vraag: Zijn er wijzigingen voorzien in de reikwijdte van de uitzonderingen op het winstuitkeringsverbod, meer specifiek voor de huidige bestaande uitzondering van het verbod voor de eerstelijnszorg?

In 40e lid 2 Wmg (nieuw) wordt bovendien voorzien in de mogelijkheid om bij Amvb voorwaarden te stellen aan winstuitkeringen om risico's voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg te beperken, waarbij deze voorwaarden kunnen verschillen per zorgvorm of per categorie van zorgaanbieders. Dit is een open norm en de strekking ervan is niet ondubbelzinnig en creëert hiermee ruis. Het bestaande systeem van checks and balances wordt hiermee mogelijk aangetast, met het risico op disproportionele voorwaarden die gesteld worden aan winstuitkeringen voor zorgaanbieders. Voor winstuitkeringen bestaan immers al de nodige (wettelijk) waarborgen, en een ondernemer zal in zijn bedrijfsvoering niet lichtvaardig overgaan tot winstuitkering omdat daarbij de belangen van de zorgaanbieder zoals gedefinieerd in art. 40c lid 1 voorop staan, waaronder het te behartigen maatschappelijke belang. De nagenoeg ongeclausuleerde mogelijkheid om voorwaarden te kunnen stellen aan winstuitkeringen betekent daarom een risico op onevenredige inmenging in de bedrijfsvoering van zorgaanbieders.

Vraag: onduidelijk blijft hoe deze beoordeling geschiedt en onder welke omstandigheden een dergelijke winstuitkering compliant kan verlopen. Kan de minister hier een nadere concrete invulling op geven?

B. Wijzigingen Wtza

De voorziene wijzigingen in de Wtza betreffen de introductie van aanvullende weigerings- en intrekingsgronden voor de Wtza-vergunning. Niet duidelijk blijkt hoe (duidelijk) gegevens en informatie over de betreffende gronden worden uitgevraagd (in het portaal) bij de vergunningsaanvraag. Wat wordt van zorgaanbieders verlangd om compliance of afwezigheid van risico's afdoende aan te tonen?

Wij zetten zoals u niet onbekend ernstige vraagtekens bij de hiermee gepaard gaande vergroting van de administratieve belasting. De eerstelijnszorg is naar aard en inhoud kleinschalig georganiseerd.

1. Weigeringsgronden Wtza-vergunning

Conform de voorgestelde wijzigingen in art. 5 Wtza kan een vergunning ook worden geweigerd wanneer bij waarschijnlijkheid niet zal worden voldaan aan art. 2 Wkkgz (het leveren van goede zorg). Dit betreft een open norm, onduidelijk is hoe de zorgaanbieder moet aantonen dat hij hieraan voldoet. Voorts kan een vergunning worden geweigerd indien de zorgaanbieder niet beschikt over een deugdelijke administratie (36 Wmg) of niet aannemelijk wordt gemaakt dat rechtmatig gedeclareerd gaat worden (35 Wmg). Ook hier speelt de vraag wat van de zorgaanbieder wordt verlangd om dit aan te tonen. Daarnaast kan een vergunning worden geweigerd als de zorgaanbieder niet voldoet aan de nieuw artt. 40c en 40d Wmg. Wij hebben voor onze achterban de nodige inhoudelijke zorgen als hierboven omschreven; bij de vergunningsaanvraag is ons onduidelijk wat van de zorgaanbieders wordt verlangd. Dat antecedenten van bestuurders en leden van interne toezichthouders, alsmede personen met feitelijke zeggenschap kunnen leiden tot weigering de vergunning te verstrekken aan de zorgaanbieder (art. 5 lid 3 Wtza (nieuw) achten wij in veel gevallen niet proportioneel. Bovendien blijkt uit de Memorie van Toelichting niet eenduidig of er wel of geen relatie dient te zijn met de kwaliteit en rechtmatigheid van de zorgverlening. De weigeringsgrond voorzien in art. 5 lid 4 (nieuw) betreft een zeer brede, open norm, die wij menen als vangnetbepaling wordt bedoeld. Niet helder is hoe dit in de aanvraagprocedure wordt uitgevraagd dan wel onderzocht.

De aanvullende weigeringsgronden houden een verzwaring van de vergunningsaanvraagprocedure in. Temeer omdat momenteel onduidelijk is hoe relevante informatie wordt uitgevraagd van de zorgaanbieders, en wat van hen eventueel wordt verlangd om te overleggen, achten wij de hiermee onvermijdelijk gepaard gaande extra administratieve last onnodig en disproportioneel.

2. Intrekkingsgronden Wtza-vergunning

Voorgesteld wordt om in de Wtza in aanvullende gronden voor het intrekken van een reeds verleende vergunning te voorzien. De zorgen die wij hierboven omschreven hebben bij de diverse weigeringsgronden gelden ook voor compliance met de intrekkingsgronden. Niet duidelijk wordt in het wetsvoorstel hoe de zorgaanbieder moet aantonen dat hij niet in strijd handelt met de intrekkingsgronden. Dat tot het intrekken van een vergunning eerst als ultimum remedium kan worden overgegaan, lijkt ons onverminderd van belang.

Conclusie voorgenomen wijzigingen

- Zoals in bovenstaande geschetst strekken de voorgestelde wijzigingen, die gericht zijn op het voeren van integere bedrijfsvoering, voor eerstelijnszorgaanbieders te ver en is het grootste deel van de verplichtingen niet uitvoerbaar voor deze groep.

- Zoals ook in eerdere brieven namens de Eerstelijnscoalitie is benadrukt, komt binnen de eerstelijnszorg nauwelijks fraude voor. Dit blijkt herhaaldelijk uit diverse rapporten en onderzoeken. Uit het meest recente rapport van IKZ blijkt (opnieuw) dat fraude voornamelijk voorkomt binnen andere sectoren.
- Daarnaast kan het winstuitkeringsverbod niet los gezien worden van de tegenstrijdig belangregelingen en voorschriften voor het hanteren van normale marktvoorwaarden.
- Nu de eerstelijnszorg niet valt onder het winstuitkeringsverbod, fraude zich aantoonbaar in voornoemde sectoren voordoet en toezichthouders en zorgverzekeraars reeds beschikken over afdoende instrumentarium en grondslagen om sanctionerend op te treden, is het ondoelmatig en disproportioneel om deze verplichtingen op te leggen aan de gehele zorgsector.
- Los hiervan, leidt cumulatie van de vele nieuwe op fraude gerichte wetgeving tot disproportionele administratieve lastenverzwaring. Deze verzwaring is in strijd met het uitgangspunt van vermindering van de regeldruk (en het Programma (Ont)regel de zorg). Om die reden acht de Eerstelijnscoalitie het noodzakelijk dat ook de Wibz grondig wordt getoetst door de ATR.

Wij pleiten daarom voor een uitzondering van eerstelijnszorgaanbieders van deze verplichtingen.

Tot slot

De eerstelijnszorg wordt door de structurele toename aan nieuwe wet- en regelgeving geconfronteerd met een stapeling van administratieve lasten en controlemaatregelen die afbreuk doen - in kostbare zorgtijd - aan het primaire zorgproces en karakter van de eerstelijnszorg.

De Eerstelijnscoalitie wil u in deze context en door middel van dit schrijven dringend verzoeken om bovenstaande punten in overweging te nemen in de uitwerking van het wetsvoorstel. Graag gaan wij in gesprek om mee te denken over een concrete invulling van onze inbreng. We zien uit naar uw reactie.

Hoogachtend,



Erik Markus
Algemeen directeur KNMT



Paul van Rooij
Directeur LHV



Eric Janson
Directeur KNMP

Judith Veenendaal
Directeur LVVP

Janet van Keulen
Directeur NVvP

Heleen Post
Directeur KNGF

Job Paulus
a.i. Directeur KNOV

Frederik Vogelzang
Directeur ONT

Ellen Bol
Directeur NVM-mondhygiënisten