

Vergaderjaar 2018–2019

35 138

Initiatiefnota van het lid Van den Berg over zorg in de regio

Nr. 3

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 10 april 2019

De vaste commissie VWS heeft in haar procedurevergadering van 20 februari jongstleden gevraagd om een reactie op de Initiatiefnota «Zorg in de regio» van het lid Van den Berg (CDA) (Kamerstuk 35 138). Hierbij stuur ik u mijn reactie toe.

Voor ik inhoudelijk op de initiatiefnota in ga, wil ik graag opmerken dat ik het waardeer dat mevrouw Van den Berg het initiatief heeft genomen om mee te denken over de ontwikkelingen die momenteel plaatsvinden en nog plaats zullen vinden in het ziekenhuislandschap, en de vraag wat nodig is om deze ontwikkelingen in goede banen te leiden. De ideeën van mevrouw Van den Berg sluiten voor een belangrijk deel aan bij mijn beleid en de hoofdlijnenakkoorden die ik samen met veldpartijen heb gesloten, bijvoorbeeld waar het gaat over de betrokkenheid van burgers en regionale partijen bij ontwikkelingen in het ziekenhuislandschap in de regio, de juiste zorg op de juiste plek, en de totstandkoming van regio-beelden. In mijn brief van 14 januari jongstleden over de mogelijke sluiting van Haagse ziekenhuizen (Kamerstuk 31 016, nr. 185) en het Algemeen Overleg medisch specialistische zorg / ziekenhuiszorg op 13 februari jl. (Kamerstukken 31 765 en 31 016, nr. 369) heb ik u laten weten dat ik u zal informeren over hoe ik de ontwikkelingen in het ziekenhuislandschap zie en hoe ik de regio de komende jaren ter hand neem. De initiatiefnota met de ideeën van mevrouw Van den Berg zal ik daarin graag meenemen. De brief met mijn visie op de ontwikkelingen in het ziekenhuislandschap en mijn rol hierin ontvangt u voor de zomer.

Initiatiefnota

In de initiatiefnota wordt gepleit voor waarborging van een goed regionaal netwerk van zorg, met daarbinnen goede ziekenhuiszorg. Daarbij pleit het CDA voor het zoveel mogelijk in stand houden van regionale ziekenhuizen. Deze streekziekenhuizen hebben korte lijnen met

huisartsen en andere zorgverleners in de regio. Het CDA stelt dat de zorg in grote delen van Nederland dreigt te verschromelen en pleit ervoor dat de Minister dat tegengaat door meer regie te nemen, door partijen bij elkaar te brengen, door knellende regels voor samenwerking weg te nemen en door de juiste randvoorwaarden te scheppen. Het CDA doet daartoe acht aanbevelingen aan (onder meer) het kabinet. Die aanbevelingen loop ik hieronder langs en u treft daarbij mijn standpunt aan.

1. Betrokkenheid van regionale overheden en patiëntenverenigingen bij de organisatie van de zorg in de regio

Als eerste beveelt het CDA aan regionale overheden en patiëntenverenigingen een rol te geven bij de organisatie van zorg, onder meer via deelname aan het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ).

Ik ben het er volledig mee eens dat regionale overheden en patiënten c.q. inwoners vooraf moeten worden betrokken bij de besluitvorming over het zorglandschap. Daarom heb ik in de concept algemene maatregel van bestuur beschikbaar acute zorg, die ik uw Kamer heb toegezonden (Kamerstuk 29 247, nr. 264), dan ook bepaald dat de inwoners en gemeenten uit de omgeving moeten worden geïnformeerd en gehoord over zo'n voorgenomen wijziging in het aanbod van acute zorg in hun regio.¹ Ik vind dit een heel belangrijk onderdeel van de AMvB. Tegelijkertijd wil ik de verantwoordelijkheid voor de wijze waarop dit gebeurt bij deze partijen laten en hen niet wettelijk verplichten deze partijen uit te nodigen bij het ROAZ, ook omdat ik denk dat er soms betere manieren zijn om dit gesprek op gang te brengen.

Dat de betrokkenheid van patiënten c.q. inwoners bij gesprekken over het zorgaanbod in de regio van groot belang is blijkt ook uit het rapport van de Taskforce «De Juiste Zorg op de Juiste Plek». Bij De Juiste Zorg op de Juiste Plek staat het functioneren van mensen centraal. Ook stel ik bij mijn ondersteuning van de regio's als voorwaarde dat er bij de totstandkoming van regiobeelden altijd patiënten betrokken moeten worden (zie ook de kabinetsreactie op het rapport van de Taskforce «De juiste zorg op de juiste plek» (Kamerstuk 29 689, nr. 938)); ik tref momenteel ook voorbereidingen om patiënten daarvoor een vergoeding te geven.

2. Samenwerken in netwerken

Aanbeveling twee betreft het stimuleren van zorgaanbieders en zorgverzekeraars tot samenwerken in netwerken en het bespreken met zorgverzekeraars of in de voorwaarden voor financiering voldoende mogelijkheden zitten om samenwerking in netwerken te bevorderen.

Ik ben ook van mening dat samenwerking tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, al dan niet in netwerken, van belang is voor goede zorg in de regio. Alleen als aanbieders goed van elkaar weten wat ieders bijdrage is in de zorg en ondersteuning van mensen kan goed rekening worden gehouden met het functioneren en de behoeften van mensen. In de initiatiefnota worden hiervan goede voorbeelden gegeven, die aantonen dat samenwerken al plaatsvindt, (financieel) goed mogelijk is en voor patiënten plezierig en effectief is.

Een voorwaarde om te kunnen identificeren waar samenwerking nog verder van de grond kan komen, is dat partijen elkaar kennen. Daarbij doel ik niet alleen op de directe samenwerkingspartner, maar het gehele

¹ Zie ook mijn antwoorden op vragen van het CDA in het verslag van een schriftelijk overleg over deze concept AMvB (Kamerstuk 29 247, nr. 268).

netwerk van zorgverleners waar mensen mee in aanraking komen. Naar analogie van de Taskforce «De Juiste Zorg op de Juiste Plek»: van de verantwoordelijkheid om je eigen stoepje schoon te veegen, naar (mede)verantwoordelijkheid voor de hele straat. In de verschillende hoofdlijnenakkoorden is afgesproken dat partijen in de regio daartoe gezamenlijk regionale gedeelde beelden opstellen van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in een regio, gemeente of wijk. Hierbij kijkt men naar de volle breedte: het sociale domein, curatieve zorg en langdurige zorg. Zoals in de kabinetsreactie op het rapport van de Taskforce «De juiste zorg op de juiste plek» (Kamerstuk 29 689, nr. 938) is aangegeven, doet de Taskforce ook suggesties van thema's die door het Ministerie van VWS concernbreed moeten worden opgepakt. Daartoe behoren de elektronische uitwisseling van patiëntengegevens, de beloning van coördinatie en samenwerking en een verkenning van mogelijkheden tot domeinoverstijgende financiering. VWS, het Zorginstituut, de NZa en de IGJ zijn hiermee aan de slag.

3. Stages in algemene ziekenhuizen

Ten derde wordt aanbevolen stages voor kinderartsen, IC-verpleegkundigen en SEH-verpleegkundigen in opleiding in algemene (regionale) ziekenhuizen te verplichten, waarbij de algemene ziekenhuizen ook een gedeelte van de opleidingsgelden moeten ontvangen. De Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap kan dat als voorwaarde stellen voor de financiering van een opleiding, zo luidt de aanbeveling.

Alle typen ziekenhuizen, dus ook algemene ziekenhuizen, leiden gespecialiseerde verpleegkundigen op en bieden opleidingsplaatsen aan. Ziekenhuizen die gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteuners opleiden, krijgen hier voor een kostendekkende financiering via de beschikbaarheidsbijdrage. Dit is een regeling van het Ministerie van VWS, het Ministerie van OCW is hierbij niet betrokken. Het Capaciteitsorgaan raamt op landelijk-, regionaal- en op ziekenhuisniveau de opleidingsbehoefte van gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteuners.

Ook medisch-specialistische opleidingen vinden deels in algemene ziekenhuizen plaats. De verantwoordelijkheid voor de precieze inhoud en organisatie van de opleidingen van medisch specialisten ligt primair bij de betrokken veldpartijen (NFU, NVZ, FMS / wetenschappelijke verenigingen), waarbij het essentieel is dat de kwaliteit van de opleiding is gewaarborgd. Naar aanleiding van signalen over regionale knelpunten bij de medisch-specialistische zorg laat ik momenteel door Nivel onderzoek doen naar de regionale balans in vraag en aanbod bij medisch specialisten. Daarbij komt ook de opleidingscomponent aan de orde. De uitkomsten van het onderzoek komen naar verwachting dit voorjaar beschikbaar. Daarna stuur ik mijn reactie op de uitkomsten en aanbevelingen naar de Kamer. Indien opportuun zal ik daarbij ook aandacht besteden aan een eventuele verplichting om onderdelen van de medisch-specialistische opleiding in bepaalde ziekenhuizen te volgen. Voor het opleiden van gespecialiseerde verpleegkundigen (zoals IC- en SEH-verpleegkundigen) is een dergelijke verplichting niet nodig, alle ziekenhuizen leiden reeds gespecialiseerde verpleegkundigen op.

4. Bevorderen van het gesprek in de regio

Als vierde wordt het kabinet gevraagd te zorgen voor het gebruik van wettelijke inspraakmogelijkheden (inclusief toezicht daarop) en de creatie van zorgtafels. Met de in de initiatiefnota genoemde concept-AMvB worden zorgaanbieders verplicht verschillende partijen te consulteren als

deze aanbieders het aanbod van acute zorg willen wijzigen. Het toezicht op de naleving van het bepaalde bij en krachtens deze AMvB is reeds belegd bij de IGJ. Mocht de IGJ tot de conclusie komen dat een of meer zorgaanbieders hun verplichtingen ter zake niet naleven, dan zal zij zo nodig ingrijpen.

Tevens wordt de regering gevraagd regio's zo goed mogelijk te ondersteunen als het onderlinge gesprek in de regio onvoldoende op gang komt. Ik vind de totstandkoming van zorgtafels of andere gespreksgerma waarin direct betrokkenen van tevoren goed met elkaar spreken over de zorgbehoefte en het benodigde zorgaanbod een goede ontwikkeling. In het kader van «De Juiste Zorg op de Juiste Plek» is deze aanpak ook nadrukkelijk onderschreven: begin bij de feiten van nu en op de langere termijn, en de vraag of het zorg- en ondersteuningsaanbod in de regio goed is georganiseerd. In de hoofdlijnenakkoorden hebben partijen zich hieraan gecommitteerd. Ik zie dit ook op diverse plekken in het land ontstaan en juich dat van harte toe. Ook de toezichhouders, de IGJ en de NZa, letten erop dat alle ketenpartijen voldoende aangesloten zijn bij wijzigingen in het aanbod van zorg. En daarnaast ondersteun ik regio's proactief bij de totstandkoming van de regionale zorgbeelden (zie ook mijn reactie op de vijfde aanbeveling hieronder).

5. In kaart brengen van de zorgbehoefte in de regio's

Aanbeveling vijf is gericht op het in kaart laten brengen welke zorgbehoefte er in iedere regio is en dat proactief te ondersteunen. Ik ben het met deze aanbeveling eens.

In de verschillende hoofdlijnenakkoorden die mijn collega's van VWS en ikzelf in 2018 hebben afgesloten, is afgesproken dat «partijen een feitelijk beeld maken van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in een regio, gemeente of wijk». Waar dit niet tot stand komt nemen de inkopers (zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten) het initiatief en zullen samen met zorgaanbieders, professionals en patiëntenorganisaties zorgen dat dit gebeurt. Zoals u heeft kunnen lezen in de brief die Zorgverzekeraars Nederland uw Kamer in aanloop naar het Algemeen Overleg Ziekenhuiszorg van 13 februari jongstleden heeft gestuurd, hebben de zorgverzekeraars aangegeven hoe ze dit gaan invullen. De twee zorgverzekeraars met de meeste verzekerden in een regio of gemeente zijn erop aanspreekbaar dat dit feitelijk beeld tot stand komt. De regiobeelden gaan niet over plannen hoe vernieuwing moet worden gerealiseerd, maar zij bevatten de feiten om vast te stellen of in een regio «de basis op orde» is. Welke zorg heeft deze regio over vijf à tien jaar nodig en hoe anticiperen we daarop met elkaar? Zoals aangegeven stel ik via het RIVM een basisdataset ter beschikking, evenals vouchers voor de aanvullende data-analyse. De regiobeelden zullen worden gedeeld met andere partijen die actief zijn in een regio, als basis voor te maken keuzes in relatie tot de doelstellingen en financiële kaders uit de Hoofdlijnenakkoorden.

Zoals ik u in de kabinetsreactie op het rapport van de Taskforce «De juiste zorg op de juiste plek» heb laten weten ondersteun ik, in overeenstemming met het verzoek in de gewijzigde motie Van den Berg-Segers (Kamerstuk 31 016, nr.133) om regie te nemen in het per regio in kaart brengen van de zorgbeelden, de totstandkoming van deze regionale beelden en het vervolgproces op verschillende manieren. Voor het maken van het gedeelde beeld is nodig dat data worden verzameld die betrekking hebben op zorg en ondersteuning door de gemeente, curatieve en langdurige zorg. Veel gegevens zijn al beschikbaar via openbare bronnen, het gaat (ook) om het handzaam samenbrengen van de gegevens om deze te duiden in de regio en het gesprek hierover aan te gaan. Ik

ondersteun de regio's door het online beschikbaar stellen van een dataset met het huidige zorgaanbod en de toekomstige bevolkingssamenstelling en zorgvraag in een nader te kiezen regio. Deze dataset wordt gebouwd door het RIVM, waarbij de tussenresultaten worden getoetst bij partijen in het veld. De verwachting is dat we de eerste versie van de dataset in het voorjaar (mei 2019) beschikbaar kunnen stellen. Daarnaast ondersteun ik partijen in de regio, zoals gezegd, via de inzet van vouchers die het financieel mogelijk maken dat partijen ontbrekende expertise inhuren bij het analyseren en het formuleren van vervolgcities van het gedeelde beeld in de regio. Deze vouchers komen in april beschikbaar. Ook stimuleer ik regio's om met «De juiste zorg op de juiste plek» aan de slag te gaan via het organiseren van regiobijeenkomsten en door het creëren van een virtuele vindplaats van goede voorbeelden (www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl).

6. In kaart brengen van de regionale behoefte aan personeel in de zorg

Vervolgens is aanbeveling zes gericht op het in kaart laten brengen van het zorgaanbod per regio. Daarbij doelt het CDA op de regionale behoefte aan personeel in de zorg en de ontwikkelingen daarin, zodat daar tijdig op kan worden geanticipeerd. Ook deze aanbeveling ondersteun ik.

De opleidingsbehoefte van gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteuners wordt al op landelijk, regionaal en ziekenhuisniveau geraamd door het Capaciteitsorgaan. De raming van de behoefte aan medisch specialisten en het beschikbaar stellen van opleidingsplaatsen gebeurt op landelijk niveau. Naar aanleiding van signalen over regionale knelpunten bij de medisch-specialistische zorg laat ik momenteel zoals ik hierboven al aangaf, door het Nivel onderzoek doen naar de regionale balans in vraag en aanbod bij medisch specialisten. Ik zal u mijn reactie op de uitkomsten en aanbevelingen sturen.

Van belang in dit verband is ook het Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW). Dit onderzoeksprogramma van het Ministerie van VWS en sociale partners bevat de meest actuele cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek op het gebied van onder meer werkgelegenheid, in- en uitstroom en onderwijs. Veel data zijn op het niveau van arbeidsmarktregio's² beschikbaar voor de branche ziekenhuiszorg en overige medisch specialistisch zorg. Ook beschikt het UWV over relevante data over onder meer krapte op de arbeidsmarkt en aantal vacatures voor specifieke beroepen. Daarnaast komt binnen het AZW-programma jaarlijks een prognose beschikbaar om de voortgang in beeld te brengen met betrekking tot het terugdringen van de personeelstekorten in zorg welzijn. Deze prognose geeft per arbeidsmarktregio per branche een beeld van de verwachte tekorten, zoveel mogelijk rekening houdend met het verwacht zorggebruik. In de voortgangsrapportage van het Actieprogramma Werken in de Zorg wordt de Tweede Kamer hier reeds periodiek, aan de hand van kernindicatoren uit de genoemde databronnen, over geïnformeerd, voor het eerst in mei van dit jaar.

7. Aandacht voor effecten kwaliteitskader spoedzorgketen op kwaliteit en toegankelijkheid van zorg in de regio's, en gebruik transformatiegelden

De zevende aanbeveling betreft het verzoek aan het Zorginstituut dat ik deed – naar aanleiding van de gewijzigde motie Van den Berg-Kerstens (Kamerstuk 27 295, nr. 167) – om zich ervan te verzekeren dat partijen bij

² Arbeidsmarktregio's volgens de RegioPlus-indeling.

het opstellen van het kwaliteitskader spoedzorgketen voldoende aandacht besteden aan de effecten van dit kwaliteitskader op de kwaliteit en de toegankelijkheid (waaronder: de bereikbaarheid) van de zorg in de regio's, inclusief de afweging tussen kwaliteit en toegankelijkheid van zorg (Kamerstuk 35 138, nr. 2). Deze aanbeveling stelt dat een dergelijke afweging, waarbij rekening gehouden wordt met de impact op het zorglandschap in de regio, standaard onderdeel zou moeten zijn bij het opstellen van kwaliteitsstandaarden die van toepassing zijn in de acute zorgketen. Pas daarna dient een besluit te worden genomen of het zinvol is het kwaliteitskader toe te passen en hoe dat kan. Transformatiegelden van de Hoofdlijnenakkoorden zouden daarvoor gebruikt kunnen worden.

Op 7 september 2018 (Kamerstuk 27 295, nr. 168) en op 14 januari jl. (Kamerstuk 27 295, nr. 171) heb ik uw Kamer een reactie gestuurd op de gewijzigde motie Van den Berg-Kerstens. Daarin heb ik aangegeven dat de belangen van burgers en ook zorgaanbieders uit de regio reeds een belangrijke rol hebben bij de totstandkoming van kwaliteitskaders. Bovendien heb ik het Zorginstituut verzocht zich ervan te verzekeren dat partijen bij het opstellen van het kwaliteitskader spoedzorgketen voldoende aandacht besteden c.q. hebben besteed aan de effecten van dit kwaliteitskader op de kwaliteit en de toegankelijkheid (waaronder: de bereikbaarheid) van de zorg in de regio's, inclusief de afweging tussen kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Het Zorginstituut heeft mij daarop laten weten dat het uitgangspunt van de betrokken partijen «de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plaats» was; dichtbij als het kan, verder weg als het beter is voor de patiënt, waarbij veel aandacht is besteed aan toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. (Op basis van de signalen die ik ontvang over het verloop van dit proces is dit overigens nog steeds de focus van veel van de gesprekken tussen de betrokken partijen.) Het Zorginstituut is ervan overtuigd dat partijen voldoende aandacht hebben besteed aan de effecten van dit kwaliteitskader in de regio. Verder heb ik naar aanleiding van de Budget Impact Analyse van de NZa met betrekking tot het concept kwaliteitskader spoedzorgketen de betrokken partijen per brief gewezen op de gewijzigde motie Van den Berg-Kerstens, en hen verzocht om in het vervolg van dit traject alle publieke belangen – kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg – goed af te wegen.

Naar aanleiding van het verzoek van Kamerlid Dik-Faber tijdens het Algemeen Overleg Ziekenhuiszorg op 13 februari jl., (Kamerstukken 31 765 en 31 016, nr. 369) dat zij in aanvulling op de bovenstaande informatie van het Zorginstituut toch ook graag de regionale ziekenhuizen meer bij dit traject betrokken wilde hebben, heb ik in mijn brief van 13 maart 2019 (Kamerstukken 31 016 en 29 247, nr.213) aangegeven dat het kwaliteitskader een kader van de veldpartijen is, dat ik als Minister geen rol heb bij de inhoud van kwaliteitskaders en dat het niet aan mij is om mij te bemoeien met de vraag wat goede zorg is. Daar heb ik aan toegevoegd dat dit niet wegneemt dat ik bereid ben om naar aanleiding van het gedane verzoek met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ) in gesprek te gaan over de wijze waarop het concept kwaliteitskader spoedzorgketen uitpakt voor streekziekenhuizen, en dat dit gesprek op korte termijn zou plaatsvinden. Dat gesprek heeft inmiddels plaatsgevonden. In dat kader hebben de NVZ en SAZ mij laten weten dat de gesprekken over het kwaliteitskader spoedzorgketen nog gaande zijn, maar dat zij tevreden waren over de manier waarop het proces verliep. De koepel van de regionale ziekenhuizen, de SAZ, heeft mij tevens laten weten tevreden te zijn met de manier waarop de koepel – via de NVZ – betrokken is bij dit proces.

Ik verwacht op dit moment niet dat op korte termijn andere kwaliteitskaders in de acute zorgketen zullen worden ontwikkeld. Maar mocht dit wel het geval zijn dan zal ik daarbij dezelfde aanpak hanteren.

In het Hoofdlijnenakkoord is duidelijk ingekaderd waarvoor de «transformatiegelden» gebruikt kunnen worden, namelijk voor tijdelijke financiering van initiatieven gericht op de beweging naar «de juiste zorg op de juiste plek». Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan financiering van investeringen in e-Health om zorg vanuit het ziekenhuis naar huis mogelijk te maken. Of versnelde afschrijving van gebouwen om overbodige capaciteit af te kunnen bouwen. Nadrukkelijk is daarbij afgesproken dat over de inzet van deze middelen zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken maken in het kader van de «reguliere» zorginkoop, zodat sprake is van regionaal maatwerk.

8. Gevolgen van fusies voor de beschikbaarheid, betaalbaarheid en bereikbaarheid van zorg

Tenslotte wordt het kabinet in aanbeveling acht verzocht ervoor te zorgen dat de Autoriteit Consument en Markt (ACM) voorlichting geeft over welke vormen van samenwerking mogelijk zijn zonder problemen met de Mededingingswet te krijgen. Deze zouden voor de zorg breder moeten zijn dan voor andere ondernemingen. Ook wordt verzocht dat de ACM in het kader van haar fusietoezicht niet alleen toetst op mededinging, maar ook op de gevolgen voor de beschikbaarheid, betaalbaarheid en bereikbaarheid van de zorg.

De ACM doet al veel aan voorlichting. Zo beschrijven de «Richtsnoeren voor de zorgsector» hoe de ACM de Mededingingswet toepast in de zorg en welke vormen van samenwerking toegestaan zijn. Ook heeft de ACM aparte publicaties over specifieke onderwerpen. Voorbeelden daarvan zijn de uitgangspunten van het toezicht van de ACM voor zorgaanbieders in de eerstelijnszorg en de leidraad die de ACM heeft gepubliceerd over de ruimte voor gezamenlijke inkoop van geneesmiddelen. Mede om de ontwikkelingen rond «de juiste zorg op de juiste plek» te kunnen bevorderen, werkt de ACM momenteel aan een leidraad met een nadere toelichting op haar toezicht op samenwerking bij regionale herschikking in de zorg. De ACM zal deze leidraad vooraf consulteren in de sector. Partijen die vragen hebben over een concrete samenwerking bij regionale herschikking kunnen ook op dit moment al contact opnemen met de ACM.

De in de aanbeveling genoemde elementen komen deels al terug in het fusietoezicht. Zo onderzoekt de ACM in het kader van de gevolgen voor de mededinging of er voldoende keuzemogelijkheden overblijven voor patiënten na een voorgenomen fusie en toetst de NZa in de zorgspecifieke fusietoets de continuïteit van cruciale zorg. Met het wetsvoorstel Positionering taken NZa wordt de zorgspecifieke fusietoets en het AMM-instrument (AMM = aanmerkelijke marktmacht) overgeheveld van de NZa naar de ACM. Het wetsvoorstel bevat tevens de mogelijkheid om bij ministeriële regeling nadere eisen te stellen aan de zorgspecifieke fusietoets. Mijn collega's van VWS en ik onderzoeken momenteel welke criteria zich lenen voor aanscherping van het zorgspecifieke fusietoezicht en zullen uw Kamer hier voor de zomer over informeren.

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins