

Vergaderjaar 2024–2025

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 907

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 14 maart 2025

Uw Kamer heeft in het debat over de regeringsverklaring van 4 juli jl. het kabinet gevraagd een visie op marktwerking in de zorg te formuleren. Met deze brief voldoe ik, mede namens de Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke zorg en de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport, aan dat verzoek. Sinds jaar en dag speelt de markt een grote rol in de zorg en al voelt dat misschien niet altijd even goed, omdat we de zorg bijvoorbeeld ook publiekelijk bekostigen via premies en belastingen, het is wel een gegeven en daarmee een moeilijk vervangbaar uitgangspunt van het stelsel zoals we dat de afgelopen decennia hebben opgebouwd. Zorgaanbieders zijn van oudsher, ook vóór invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006, private ondernemingen. Daarmee zijn het ook ondernemers. En voor hun bedrijfsvoering zijn zij op hun beurt weer afhankelijk van tal van andere private partijen in en om de zorg. Daar zijn ook talrijke partijen bij met commerciële belangen. Een ziekenhuis dat een lening nodig heeft voor een verbouwing wendt zich tot een private partij zoals een bank. Voor de benodigde apparatuur en hulpmiddelen is het ziekenhuis afhankelijk van, soms ook internationale, leveranciers. En een huisarts is voor zijn gebouw, materiaal en ICT ook afhankelijk van private leveranciers. Zoveel in de zorg is commercieel, van gebouwen en apparaten, tot ziekenhuisbedden, medicijnen, hulpmiddelen, computers, voeding, werkkleding en beschermingsmiddelen. Je kunt het zo gek niet bedenken of commerciële bedrijven maken het voor de zorg.

Het is me opgevallen dat een algemene discussie over marktwerking in de zorg soms eerder verlamrend werkt dan dat het ons helpt de majeure problemen waar we voor staan het hoofd te bieden. Onze zorg en onze 1,4 miljoen zorgmedewerkers zitten niet te wachten op een omverwerping van het stelsel dat we hebben en jarenlang opgeslokt te worden in een overgang naar een nieuw systeem dat ongetwijfeld, als het eenmaal zover is, ook zijn nadelen kent. Ze hebben er baat bij dat we de markt zodanig naar onze hand zetten, dat zij vooruit kunnen. Doordat wij, de politiek, de marktwerking aanpassen waar dat nodig is. Het stelsel dat we hebben

biedt daar gelukkig alle ruimte toe. In deze brief beschrijf ik wat de bewindspersonen op VWS deze regeerperiode doen om de marktwerking aan te passen aan de behoeften van deze tijd, voor de grote uitdagingen waar we voor staan, namelijk het afwenden van een onbeheersbaar arbeidsmarkttekort en een gelijkwaardigere toegang tot zorg. Een zorg waarin je urgentie leidend wordt en medisch technologische innovaties, automatisering, AI, hulpmiddelen, geneesmiddelen en vaccinaties onze professionals helpen om iedereen die zorg nodig heeft, van uitstekende zorg te kunnen blijven voorzien.

Mijn voorgangers hebben elk op hun eigen wijze, passend in de tijd, binnen het huidige stelsel oplossingen gevonden voor zaken die knelden. Zoals u in het Hoofdlijnenakkoord en het Regeerprogramma heeft kunnen lezen, passen we deze kabinetsperiode het stelsel weer op onderdelen aan, onder andere door delen uit de marktwerking te halen. Dat kan binnen het systeem dat we hebben.

Ook gaan we bruggen bouwen tussen de verschillende stelsels, bijvoorbeeld in de uitwerking van arbitrage tussen zorgwetten met als doel een betere inzet van zorgmedewerkers en minder administratie. En we werken aan meer gelijkgerichte inkoop in de cruciale ggz. Verder werk ik in het kader van weerbare zorg uit hoe we in samenwerking met de markt reserves aan kunnen leggen van onder andere cruciale medische producten. Daarnaast werken we op diverse andere manieren aan een beter stelsel, die indirect ook de marktwerking beïnvloeden. De staatssecretarissen en ik vinden het bijvoorbeeld van belang dat we er nu werk van maken dat je urgentie leidend wordt. Of je nu op de wachtlijst staat voor een specialist in het ziekenhuis, een plek in het verpleeghuis, de jeugdhulp of de ggz.

Sinds de invoering van de zorgverzekeringswet in 2006, was het systeem in staat met ons mee te bewegen. Toch is het is goed om te bezien of het stelsel dat we hebben zich op de middellange en langere termijn ook kan blijven aanpassen aan de vergrijzing, de arbeidsmarktcrapte, een gelijkwaardigere toegang tot zorg en weerbare zorg. Daarom zullen we een staatscommissie vragen een advies uit te brengen in hoeverre het stelsel en de verschillende zorgwetten die we hebben deze uitdagingen het hoofd kunnen bieden. Ik geef hiermee uitvoering aan de motie Krul c.s. die op 5 november 2024 werd aangenomen (Kamerstukken II 2024/2025, 36 600 XVI, nr. 69).

Leeswijzer

In het eerste deel van de brief geef ik mijn opvatting op de ontwikkeling van ons zorgstelsel. Zoals ik hierboven reeds schetste is mijn voornaamste punt dat ons stelsel zich flexibel moet kunnen blijven aanpassen aan de uitdagingen van elke tijd. Zo zie ik ook mijn stelselverantwoordelijkheid. Ik pas het stelsel aan, als de huidige tijd daarom vraagt.

Wel ben ik ervan overtuigd dat het perfecte stelsel niet bestaat. Elk stelsel kent zijn voor- en nadelen. Kijken we naar het Verenigd Koninkrijk, dan zien we daar een meer overheidsgestuurd stelsel dat op dit moment nog grotere problemen kent dan wij, maar ook een meer marktgeoriënteerd stelsel zoals in de Verenigde Staten, is niet zaligmakend.

In het tweede deel van de brief licht ik toe hoe we de beweging uitbouwen die de afgelopen jaren in de curatieve zorg reeds werd ingezet, van

concurrentie op prijs en volume naar meer samenwerking om de schaarse capaciteit zo goed als mogelijk te verdelen. Dat doen we door in te zetten op:

1. Een eventwichtiger ziekenhuizorglandschap, waarbij het ziekenhuis dicht bij het uitgangspunt van onze ziekenhuizorg wordt. Daarvoor zet ik meerdere stappen, waaronder het zorgen dat er geen concurrentie meer is in de acute ziekenhuizorg.¹
2. Een gelijkwaardigere toegang tot zorg. Daarover wil ik met alle betrokken partijen duidelijkere afspraken maken, met waar nodig en mogelijk meer sturing vanuit de overheid. Ook wordt het eigen risico ruim gehalveerd om financiële belemmeringen bij het laten doorverwijzen naar een specialist voor een deel weg te nemen.
3. Strengere regels voor het uitkeren van winst. Daartoe is eind januari het Wetsvoorstel integrale bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders (Wibz) naar uw Kamer gestuurd.²
4. Het voorkomen van evident onwenselijke fusies, door de NZa meer bevoegdheden te geven om fusies en overnames op inhoudelijke gronden te kunnen tegenhouden.³
5. De Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport (JPS) werkt aan verbetering van prikkels in het stelsel door meer gelijkgerichte inkoop voor de cruciale ggz.
6. De Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke zorg (LMZ) heeft de NZa gevraagd onderzoek te doen naar de marktomstandigheden en mogelijke oplossingen voor knelpunten in de paramedische zorg, zoals de fysiotherapie, om te zorgen dat de lange termijn toegankelijkheid in deze sectoren geborgd is.
7. Ik werk samen met marktpartijen aan een nieuwe kijk op de «just in time» economie, met meer aandacht voor de beschikbaarheid van cruciale voorraden en voorzieningen, zodat de zorg weerbaar wordt voor omstandigheden zoals de dreiging van een nieuwe pandemie of van een oorlogssituatie, of mogelijke nationale crises zoals een ramp of terreuraanslag.
8. Om te voorkomen dat patiënten van het kastje naar de muur worden gestuurd tussen zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren is structureel betere samenwerking tussen inkopers en aanbieders van zorg in de verschillende domeinen nodig. Het kabinet voert mede daarom arbitrage tussen zorgwetten in.

Daarnaast werkt het kabinet op diverse overige manieren aan een beter stelsel, met als doel dat zorgprofessionals met dezelfde kwaliteit van zorg meer patiënten kunnen helpen en de patiënten die het hardst zorg nodig hebben deze ook het eerste krijgen. Daarbij moeten we oog hebben voor het feit dat het overgrote deel van de zorg uit private partijen bestaat, die ieder hun rol spelen binnen de gereguleerde marktwerking. Marktwerking is dan ook een breed begrip dat niet eenduidig af te bakenen is. Veel overige maatregelen hebben daarom indirect ook te maken met de marktwerking. Zonder uitpuittend te zijn, noem ik bijvoorbeeld: het zorgen dat je urgentie leidend wordt door betere triage, het verminderen van de machtigingen en het aanpakken van de uitwassen in de beloning van medisch specialisten.

De ontwikkeling van het zorgstelsel

Als we spreken over marktwerking in de zorg gaat het meestal over de zorg die onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) valt zoals huisartsenzorg en

¹ HParallel aan deze brief ontvangt uw Kamer ook een uitgebreidere brief over het medisch zorglandschap.

² Kamerstukken II, 2024/2025, 36 686, nr. 2

³ Zie ook Kamerstukken II, 2024/2025, 31 765, nr. 899

ziekenhuiszorg. We laten met deze brief echter de effecten van de marktwerking op de langdurige zorg en het sociale domein niet onbelicht.

Korte geschiedenis van het stelsel voor de curatieve zorg

Sinds de invoering van het Ziekenfondsbesluit in 1941 is solidariteit een van de uitgangspunten van ons stelsel. In de decennia na de Tweede Wereldoorlog werd ons zorgstelsel een belangrijke pijler van onze verzorgingsstaat. Met de toenemende mogelijkheden van de gezondheidszorg namen echter ook de maatschappelijke uitgaven aan de curatieve zorg steeds verder toe. Waarbij de overheid ook een steeds grotere rol kreeg in de zorg. Het ging dan om stelselwetgeving als de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (Wzv), de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg), de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Met dit type wetgeving bepaalde de overheid uiteindelijk voor een groot deel wie, waar, welke zorg tegen welke prijs kon krijgen. De nadruk op betaalbaarheid en kostenbeheersing werd steeds groter en zorguitgaven moesten steeds vaker worden gebudgetteerd.

Door de voortdurend groeiende zorgvraag leidde dit op termijn tot steeds langere wachtlijsten. In de periode van Minister Borst werd daarom beleid ingezet om de wachtlijsten terug te dringen. Dit lukte uiteindelijk met het zogenaamde «boter-bij-de-vis»-beleid dat in 2000 werd ingezet in het Actieplan Zorg Verzekerd.⁴ Maar dat loste de spanning tussen kostenbeheersing en de toegankelijkheid van zorg niet structureel op. Het beleid leidde immers in korte tijd tot een forse toename van de uitgaven.⁵ Ook bleef het een probleem dat er in de praktijk te weinig sprake was van gelijkwaardige toegang tot goede en betaalbare zorg voor particulier- of ziekenfondsverzekerden.

De beperkte mogelijkheid om door overheidssturing tot goede en doelmatige oplossingen te komen, leidde uiteindelijk tot de introductie van meer gereguleerde marktwerking met de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) door Minister Hoogervorst in 2006. De gedachte achter deze wetten is dat het introduceren van meer marktconforme prikkels zorgaanbieders en zorgverzekeraars stimuleren om te komen tot betere zorg tegen lagere prijzen voor patiënten en verzekerden. Op de zorgverzekeringmarkt concurreren zorgverzekeraars om de gunst van verzekerden door een zo goed mogelijke polis tegen een zo laag mogelijke prijs aan te bieden. Zorgverzekeraars worden hierdoor geprikkeld om op de zorginkoopmarkt te komen tot de beste contracten met zorgaanbieders op het gebied van prijs, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. En op de zorgverleningsmarkt kunnen patiënten kiezen voor een zorgverlener die hen het meeste aanspreekt.

Om te voorkomen dat concurrentieprikkels echter te veel leiden tot het vooral nastreven van het financiële belang van zorgverzekeraars en zorgaanbieders – dat ten koste zou kunnen gaan van de kwaliteit en de toegankelijkheid van zorg voor patiënten – zijn tegelijkertijd veel randvoorwaarden gecreëerd waarbinnen partijen moeten handelen. Vandaar dat we ook spreken over een stelsel van *gereguleerde* marktwerking, waarbij het verzekeringsstelsel is gebaseerd op solidariteit. Solidariteit tussen gezond en ziek, tussen jong en oud en tussen rijk en arm.

⁴ Zie Kamerstukken II 2000–2001, 27 488, nr. 1. Zie ook WRR, Het Nederlandse zorgbeleid in historisch perspectief (2021).

⁵ RVZ, Exploderende zorguitgaven (2003).

De regulering in de curatieve zorg heeft betrekking op alle drie genoemde deelmarkten: de zorgverzekeringsmarkt, de zorgverleningsmarkt en de zorginkoopmarkt. Op deze drie markten gelden zeer strikte regels om te zorgen dat alle Nederlanders zeker weten dat er goede en betaalbare zorg voor hen is. Voorbeelden zijn de acceptatie- en zorgplicht voor zorgverzekeraars, regels over toetreding en integere bedrijfsvoering van zorgaanbieders, regels over de kwaliteit van zorg, regels over de prestaties en tarieven die aanbieders mogen declareren en verzekeraars vergoeden of regels over eerlijke concurrentie. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Autoriteit Consument en Markt (ACM) houden, ieder op specifieke aspecten, hier toezicht op. Daarnaast adviseert het Zorginstituut Nederland (ZiN) de bewindspersonen van VWS onder andere over de samenstelling van het basispakket en de daaruit voortvloeiende rechten voor verzekerden.

Ervaringen met bijna 20 jaar Zorgverzekeringswet

Ruim vijftien jaar ervaring met de Zvw laat zien dat ons stelsel relatief goed scoort, maar dat er ook grote uitdagingen voor de toekomst zijn op het gebied van vergrijzing, arbeidsmarkttekorten en een gelijkwaardigere toegang tot zorg.⁶ Dat heeft ook te maken met de veranderende omstandigheden. Bij de invoering van de Zvw ging de aandacht vooral uit naar prikkels om de prijzen en volumes in de zorg te beheersen (de zogeheten P-maal-Q-sturing). Er is nu echter, door toenemende vergrijzing en arbeidsmarkttekorten, veel meer schaarste aan zorgaanbod. Zorgverzekeraars en ook patiënten hebben daardoor minder ruimte dan vroeger om te kiezen tussen zorgaanbieders. Als je eenmaal een huisarts hebt, zou je wel gek zijn om te switchen, want een andere huisarts is moeilijk te vinden. Ook zien we een toename van mensen die meerdere en chronische aandoeningen hebben, waardoor zij ook vaak met meerdere sectoren of domeinen in de zorg te maken hebben. Het belang van goede samenwerking en coördinatie tussen zorgaanbieders en tussen zorgverzekeraars onderling en met andere financiers wordt daarom veel groter. Ook hebben we de afgelopen jaren gezien dat de toegang tot zorg door de ondergrens kan zakken. Dit uit zich in meer en langere wachtlijsten en het verdwijnen van zorgaanbod in de regio.

Na de introductie van gereguleerde marktwerking met de inwerking-treding van de Zvw in 2006, is op verschillende momenten duidelijk geworden dat het stelsel op onderdelen niet werkte zoals verwacht. De marktwerking heeft niet op alle onderdelen geleid tot de verwachte verbetering in kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid. Om die reden hebben achtereenvolgende kabinetten ook ingezet op aanvullende elementen in de sturing op het stelsel en het beperken van de marktwerking.

In de periode rond 2009 kwam de continuïteit van het IJsselmeerziekenhuis in gevaar. In die periode koos mijn voorganger Minister Klink voor tijdelijke financiële steun door achtergestelde leningen vanuit het Rijk te verstrekken en balanssteun door de NZa te geven om een warme doorstart van het ziekenhuis te kunnen realiseren, waarbij ook de kwaliteit van zorg weer op orde kon worden gebracht. Deze situatie was aanleiding voor het toenmalige kabinet om de gereguleerde marktwerking aan te passen doormiddel van het instellen van een earlywarningssysteem. Met dat earlywarningssysteem zijn zorgaanbieders verplicht bij dreigende discontinuïteit van zorg daarvan melding te maken bij de zorgverzeke-

⁶ Zie bijvoorbeeld Jeurissen P, Maarse H, The market reform in Dutch health care: Results, lessons and prospects (2021); WRR, Kiezen voor houdbare zorg (2022); RVS, Met de stroom mee (2023) en NZa, Stand van de zorg (2024).

raars. Zorgverzekeraars zijn immers verantwoordelijk voor de continuïteit van zorg. Mochten zij risico's zien die zij zelf niet tegemoet kunnen treden, dan melden zij dat bij de NZa, zodat kan worden bezien wat nodig is om zoveel mogelijk de continuïteit van cruciale zorgvormen te kunnen waarborgen. En daarmee dus ook ongecontroleerde faillissementen zoveel mogelijk te voorkomen.

Tijdens de twee daaropvolgende kabinetten kreeg Minister Schippers steeds meer aandacht voor het afremmen van de stijgende zorgkosten. Deels deed zij dat door marktconforme prikkels te versterken, denk hierbij aan het afschaffen van de ex post nacalculatie in de risicoverevening in 2012, waardoor zorgverzekeraars meer financieel risico gingen lopen en zo meer werden geprikkeld tot een doelmatig inkoopbeleid en het afschaffen van de budgettering van ziekenhuizen en de vrije tarieven in te voeren. Maar op een paar punten greep zij ook in op de marktwerking en vergrootte de sturende rol van de overheid door de introductie van zorgakkoorden die met veldpartijen werden gesloten.

Ten aanzien van die zorgakkoorden kan worden geconstateerd dat de focus in de tijd is aangepast aan veranderende omstandigheden. Waar het eerste akkoord uit 2011 nog gericht was op de beheersbaarheid van de zorguitgaven, is in de loop van de tijd in de opeenvolgende akkoorden van de verschillende kabinetten steeds meer aandacht gekomen voor inhoudelijke afspraken over houdbaarheid van het zorgstelsel, meer samenwerking, een betere toegankelijkheid en het borgen van kwaliteit van zorg. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de rapportage van de Taskforce Juiste Zorg op de Juiste Plek⁷, de totstandkoming van de Discussienota Zorg voor de Toekomst⁸ en meer duidelijkheid over hoe mededinging en samenwerking samen kunnen gaan^{9, 10}.

Die aandacht voor houdbaarheid van het stelsel met betere borging van kwaliteit en toegankelijkheid werd ook zichtbaar na de onverwachte faillissementen van het Slotervaartziekenhuis en de IJsselmeerziekenhuizen in 2018. Als gevolg daarvan is Minister voor Medisch Zorg Bruins zich actiever met de organisatie van de zorg in de regio gaan bezighouden, waarbij afspraken over regionale samenwerking als oplossingsrichting meer centraal kwamen te staan. Later heeft Minister voor Medische Zorg Van Rijn in reactie op verschillende onderzoeksrapporten naar deze faillissementen¹¹ een aantal concrete acties benoemd waarin de gereguleerde marktwerking opnieuw werd aangepast, met meer focus op samenwerking en minder op concurrentie. Deze acties waren gericht op betere waarborging van de continuïteit van zorg (bijvoorbeeld een verdere verheldering van de rolverdeling tussen partijen in het earlywarningsysteem, mogelijkheden van financiële overheidssteun in uitzonderlijke gevallen en regelgeving voor als aanbieders overwegen het aanbod van acute zorg te beperken middels de zogenaamde Amvb acute zorg, e.d.).

In die periode werd ook op andere onderdelen steeds duidelijker dat het in de zorg nodig was te werken aan minder concurrentie en meer samenwerking. Minister De Jonge constateerde bijvoorbeeld dat op sommige onderdelen van de wijkverpleging, langdurige zorg en ondersteuning sprake was van doorgeslagen gereguleerde marktwerking, hij sprak over al die auto's van verschillende aanbieders bij seniorenflats. Op onderdelen

⁷ Rapport De juiste zorg op de juiste plek | Rapport | Rijksoverheid.nl

⁸ Discussienota Zorg voor de Toekomst | Rapport | Rijksoverheid.nl

⁹ ACM Beleidsregel Juiste zorg op de juiste plek (JZOJP) | ACM.nl

¹⁰ Kamerstukken II, 2022/23, 31 765, nr. 790

¹¹ Kamerstukken II, 2019/20, 31 016, nr. 288

was versterking van de publieke randvoorwaarden nodig.¹² In diezelfde periode werden ook voor bijvoorbeeld de ambulancezorg en de acute psychiatrie, vervolgstappen gezet in het beperken van de marktwerking en aanscherpen van de regulering. Zo hebben Minister voor medische zorg Bruins en zijn opvolger Minister voor medische zorg Van Rijn de wet ambulancezorgvoorzieningen ingediend ter vervanging van de tijdelijke wet ambulancezorgvoorzieningen¹³, en heeft Staatssecretaris Blokhuis budgetbesteding voor de acute psychiatrie ingevoerd¹⁴. De noodzaak tot samenwerking die al langer speelde, kwam vervolgens door de acute problemen en tekorten tijdens de coronacrisis extra naar voren.

De behoefte aan meer en betere samenwerking boven marktwerking kwam in 2022 tot uiting in het Integraal Zorgakkoord van Ministers Kuipers en Helder en Staatssecretaris Van Ooijen, waarin het accent verder is verschoven van marktwerking met concurrentieprikkels op prijs en volume naar meer samenwerking tussen zorgaanbieders onderling, tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars en tussen zorgverzekeraars onderling. Met aandacht voor integrale samenwerking over de grenzen van stelsels heen. Zo zijn er bijvoorbeeld diverse afspraken gemaakt over gelijkgerichtheid bij de inkoop om (impactvolle) transformaties in de zorg te kunnen laten slagen. Dit laatste wil zeggen dat alle relevante partijen dezelfde verandering nastreven, zowel in de zorginkoop door de verschillende zorgverzekeraars en binnen instellingen zoals bijvoorbeeld binnen het ziekenhuis tussen het bestuur en het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB).

Met het aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord gaan de staatssecretarissen Maeijer en Karremans en ondergetekende een stap verder in de gewenste samenwerking binnen de Zvw, in samenhang met andere domeinen, en dit vullen we waar nodig aan met overige maatregelen. Dit licht ik in deel twee van deze brief nader toe.

Bovenstaande ontwikkelingen laten zien hoe ook mijn voorgangers als stelselverantwoordelijke aanpassingen hebben doorgevoerd om het stelsel beter aan te laten sluiten op de veranderende omstandigheden.

Lessen uit het buitenland

Het inzetten op een grote stelselwijziging helpt niet om de problemen in het hier en nu op te lossen, omdat dat zeer veel tijd, zeer veel geld en zeer veel inspanning van onze 1,4 miljoen zorgmedewerkers vergt, terwijl geen enkel ander systeem in het buitenland perfect is. Integendeel, een van de conclusies uit Kiezen voor houdbare zorg van de Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid (WRR) en OECD-rapportages is dat we ondanks alle verschillen allemaal tegen dezelfde problemen oplopen van vergrijzing, arbeidsmarkttekorten en toegankelijkheid.¹⁵ Als we inzoomen op verschillende type stelsels zien we dat de verschillen binnen de groep landen met een vergelijkbaar stelsel vaak net zo groot kunnen zijn als de verschillen tussen stelsels. Zowel meer overheidsgestuurde stelsels (zoals bijvoorbeeld in het Verenigd Koninkrijk, de Scandinavische landen, Portugal, Spanje en IJsland) als meer marktgeoriënteerde stelsels (waarvan de Verenigde Staten het meest uitgesproken voorbeeld is) zijn niet zaligmakend. Uit onderzoeken blijkt steeds dat de VS kampen met

¹² Kamerstukken II, 2018/2019, 31 765, nr. 428

¹³ Kamerstukken II, 2019/2020, 35 471, nr. 2

¹⁴ Kamerstukken II, 2017/2018, 25 424, nr. 390

¹⁵ Dit blijkt bijvoorbeeld uit diverse OECD-rapportages die laten zien dat geen enkel stelsel structureel als beste presteert en dat verschillen *binnen* stelsels net zo groot kunnen zijn als *tussen* stelsels. Zie ook WRR, Kiezen voor houdbare zorg (2022).

uitzonderlijk hoge uitgaven, zonder dat hier meer kwaliteit of toegankelijkheid voor de burger tegenover staat.¹⁶ Maar ook meer overheidsgestuurde stelsels kennen (grote) problemen. Uit een recent onderzoek¹⁷ naar het functioneren van de National Health Services (NHS) in Engeland blijkt bijvoorbeeld dat de arbeidsmarkttekorten en wachtlijsten daar veel grotere vormen aannemen dan in Nederland en dat ook daar de administratieve lasten hoog zijn. De productiviteit van zorgverleners in Engeland blijft achter en de kwaliteit van zorg komt er in het geding door een gebrek aan automatisering en digitalisering.

Verder valt op dat geen enkel stelsel volledig onder de noemer «markt» of «overheid» te vangen is en dat de balans vaak in de loop der tijd op en neer gaat. In de VS is bijvoorbeeld ondanks het private karakter sprake van een publieke zorgverzekering voor een groot deel van de bevolking en ook daar zijn er overheidsregels waar het zorgaanbod aan moet voldoen. En in het VK is naast het publieke stelsel sprake van een private markt die vooral voor het rijkere deel van de bevolking toegankelijk is. Tot slot moeten we rekening houden met het feit dat stelselwijzigingen in het algemeen gepaard gaan met hoge frictiekosten.¹⁸

Dit kabinet past het huidige systeem van gereguleerde marktwerking aan waar dat nodig is

Het is mijn stellige overtuiging dat patiënten en zorgverleners niet gebaat zijn bij een ideologische discussie over wel of geen marktwerking in de zorg, laat staan bij een omverwerping van dat wat we hebben, maar juist bij praktische en vlot uitvoerbare oplossingen voor concrete problemen met het stelsel zoals we dat kennen.

We zijn door de jaren heen steeds in staat gebleken om de regels aan te passen als de problemen daarom vroegen. En daar moeten we mee doorgaan. We zien nu bijvoorbeeld dat in delen van de acute zorg marktwerking niet langer bijdraagt aan het toegankelijk en betaalbaar houden van de zorg en dit soms zelfs tegenwerkt. Daarom werk ik vanuit het huidige stelsel aan minder marktwerking waar dat beter is.

Concrete acties voor minder marktwerking in de zorg

Hieronder licht toe welke stappen ik zet rond gereguleerde marktwerking in de zorg.

1. Evenwichtiger landschap ziekenhuiszorg

Het ziekenhuis dichtbij, of dat nu het streekziekenhuis of kleiner ziekenhuis in de grotere steden is, wordt het uitgangspunt van onze ziekenhuiszorg. Hier meld je je als eerste met klachten en hier blijf je, zolang dat goed en verantwoord is, in behandeling. Voor complexe, academische en zeldzame ziekenhuiszorg ga je naar een groot en gespecialiseerd ziekenhuis dat in een multidisciplinair team samenwerkt met het ziekenhuis dichtbij. Om dit te bewerkstelligen zet ik in op a) het aanpassen van de huidige vorm van gereguleerde marktwerking en door de spoedeisende hulp (SEH), acute verloskunde en intensive care zorg (IC-zorg) uit de marktwerking te halen en te bekostigen op basis van een vast budget met inkoop van zorg in representatie door de grootste verzekeraars in de regio. Daarnaast zal ik b) de regelgeving aanpassen die gevolgd moet worden als een ziekenhuis overweegt het aanbod van acute

¹⁶ Zie WRR, Kiezen voor houdbare zorg (2022)

¹⁷ Darzi, Independent Investigation of the National Health Service in England (2024).

¹⁸ Zie CPB, Zorgkeuzes in Kaart, paragraaf 6.1.7 (2020).

zorg op een bepaalde locatie te beperken. Verder maak ik c) afspraken met zorgverzekeraars, grote en kleine ziekenhuizen en zelfstandig behandelcentra (zbc's) over een betere samenwerking en d) wil ik met zorgverzekeraars afspreken dat zij meerjarige financiële afspraken met ziekenhuizen maken.

Hieronder ga ik dieper in op de marktwerking in de acute zorg en de meerjarige financiële afspraken. Parallel aan deze brief stuur ik uw Kamer een uitgebreidere brief met mijn opvatting over het medisch zorglandschap.

Geen concurrentie in de acute zorg

Acute zorgvormen hebben een soort van brandweefunctie. Ook als er relatief weinig patiënten zijn, moet die zorg toch beschikbaar zijn voor die paar patiënten die wel acuut zorg nodig hebben. Deze zorg moet daarom anders bekostigd worden dan de meer planbare zorg in ziekenhuizen zoals bijvoorbeeld knieoperaties of staaroperaties. De bekostiging moet op basis van beschikbaarheid en minder op basis van productie. Die benodigde beschikbaarheid van acute zorg vergt dat alle zorgverzekeraars op een eerlijke manier bijdragen aan het dichtbij beschikbaar houden van de acute zorg, zodat al hun verzekerden er gebruik van kunnen maken als dat nodig is.

Dit is de reden dat voor sommige acute zorgfuncties (ambulancezorg, zorg op de huisartsenspoedpost, de crisisdienst ggz) eerder al is gekozen voor het budgetmodel met inkoop in representatie. Hierbij kopen de grootste of de twee grootste zorgverzekeraars in de regio de zorg in namens alle zorgverzekeraars. De aanbieders van deze acute zorgfuncties ontvangen daarvoor een vast budget dat past bij alle eisen op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en nabijheid, ook bij relatief weinig patiënten. De zorgverzekeraars nemen daarbij allemaal, naar rato van het aantal verzekerden in de regio, het budget van de zorgaanbieder voor hun rekening.

Het kabinet kiest ervoor dat de acute ziekenhuiszorg ook op basis van beschikbaarheid bekostigd en ingekocht moet worden. Ziekenhuizen halen hun inkomsten wat de acute zorg betreft op dit moment nog voor verreweg het grootste deel uit het declareren van diagnosebehandelcombinaties (DBC's). Deze vorm van prestatiebeloning is destijds gekozen om het mogelijk te maken voor ziekenhuizen en zorgverzekeraars om op lokaal niveau te kunnen onderhandelen over de inhoud, de prijs en de kwaliteit van de zorgprestaties geleverd aan patiënten. Dit maakt de inkomsten afhankelijk van het aantal patiënten. In aanvulling op deze prestatiebeloning ontvangen sommige ziekenhuizen met een afdeling SEH of afdeling acute verloskunde die gevoelig zijn voor de 45-minutennorm¹⁹, een beschikbaarheidsbijdrage. De beschikbaarheidsbijdrage is een subsidie voor het deel van de kosten van de beschikbaarheid van een aantal medewerkers en faciliteiten op een afdeling SEH of een afdeling acute verloskunde dat niet gedekt kan worden met de opbrengsten van het declareren van de reguliere prestaties (DBC's), maar dit geldt dus slechts voor een minderheid van de ziekenhuizen.

¹⁹ Gevoelig voor de 45 minutennorm betekent dat als deze SEH of afdeling acute verloskunde zou verdwijnen, het aantal inwoners toeneemt dat niet per ambulance binnen 45 minuten een SEH of een afdeling acute verloskunde kan bereiken.

De NZa heeft onderzoek²⁰ gedaan naar mogelijke aanpassingen van de bekostiging van de acute ziekenhuiszorg. Zij adviseert om ook voor de spoedeisende hulp beschikbaarheidsbekostiging in te voeren, waarbij aan een aantal voorwaarden moet worden voldaan. Daarbij maakt de NZa expliciet onderscheid tussen twee vormen van beschikbaarheidsbekostiging: budgetbekostiging en een beschikbaarheidsbijdrage. Zoals hierboven toegelicht geldt budgetbekostiging al integraal voor veel acute zorgfuncties buiten het ziekenhuis; de beschikbaarheidsbijdrage wordt aan een deel van de ziekenhuizen verstrekt. De NZa concludeert dat budgetbekostiging een betere structurele oplossing is dan uitbreiding van de huidige beschikbaarheidsbijdrage. De reden hiervoor is dat budgetbekostiging meer ruimte laat voor regionaal maatwerk en het ook makkelijker maakt om samen te werken in de acute zorgketen. Budgetbekostiging zorgt ervoor dat zorgaanbieders minder worden gestimuleerd om zorg te leveren om financiële redenen en dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars op dezelfde manier afspraken kunnen maken over de hele keten van acute zorg. De NZa geeft hierbij als voorwaarden dat het van belang is om eerst duidelijkheid te hebben over hoe het acute zorglandschap er uit moet zien en over welke activiteiten precies onder de SEH vallen. Goede acute zorg gaat namelijk niet alleen om de verpleegkundigen en artsen op de SEH, maar ook om de specialisten die opgeroepen kunnen worden (de achterwachten), de acute verloskunde, IC-capaciteit, de beschikbaarheid van beeldvormende en laboratoriumdiagnostiek, en beschikbaarheid van operatiekamers. Allemaal voorzieningen die sterk vervlochten zijn met alles wat er in het ziekenhuis gebeurt.

De nood is echter hoog. De afgelopen jaren zijn meerdere afdelingen spoedeisende hulp, acute verloskunde en intensive care gesloten of omgevormd tot voorzieningen voor minder complexe zorg en dat dreigt op meer plekken te gebeuren. Dit bedreigt de toegankelijkheid van acute zorg. Daarnaast heeft COVID ons geleerd dat in crisissituaties voldoende IC-capaciteit beschikbaar moet zijn. Eén van de acties waarmee ik hierop inzet is via aanpassing van de bekostiging.²¹ Om de beschikbaarheid van de acute zorg in ziekenhuizen zo veel mogelijk te garanderen zet ik gefaseerd en zo snel mogelijk in op de invoering van budgetbekostiging voor de SEH, acute verloskunde en IC-zorg. Voor deze verschillende functies is er in verschillende mate kennis over hoe budgetbekostiging ingevoerd kan worden. De meeste kennis is beschikbaar over de SEH, ook omdat het eerder genoemde onderzoek van de NZa zich daarop richtte. Voor de acute verloskunde is dit onderzoek nog niet uitgevoerd, maar is al wel meer bekend over mogelijke afbakeningen voor een budget door de reeds bestaande beschikbaarheidsbijdrage. Voor de IC-zorg is deze kennis er nog niet. Daarom heb ik de NZa op 25 november 2024 om een uitvoerbaarheids- en handhaafbaarheidstoets gevraagd over hoe budgetbekostiging voor de SEH en acute verloskunde gefaseerd en zo snel mogelijk kan worden ingevoerd, met als randvoorwaarden een duidelijke afbakening van functies, het voorkomen van dubbele bekostiging, en budgettaire neutraliteit. Op 20 februari jl. heb ik het eerste deel van die uitvoeringstoets aan uw Kamer aangeboden, waarin ik ook aangeef welke stappen ik tegen die achtergrond neem.²² Ik streef ernaar uw Kamer nader te informeren over de invoering van budgetbekostiging voor de SEH voor het debat over het medisch zorglandschap van 20 maart.²³ Tegelijkertijd ben ik met de NZa in gesprek over hoe ook de bekostiging van de IC-zorg het best via budgetbekostiging vormgegeven kan worden en wat daarvoor nodig is.

²⁰ Kamerstukken II 2023/24, 29 247, nr. 433

²¹ Voor de overige acties zie de parallele Kamerbrief over het medisch zorglandschap.

²² Kamerstukken II 2024/2025, 29 247, nr. 456

²³ Die Kamerbrief over budgetbekostiging wordt parallel aan deze brief verzonden.

Naast aanpassingen in de bekostiging, moeten er betere regels komen zodat goede acute zorg voor iedereen nabij is en blijft. Daar ga ik in de brief over het medisch zorglandschap uitgebreider op in.

Op deze manier scherp ik de regels voor spreiding en bekostiging die belangrijk zijn voor de inrichting van het acute zorglandschap aan. Het is mijn verantwoordelijkheid om via (aanpassing van) deze randvoorwaarden te sturen op de inrichting van het zorglandschap. Uiteindelijk ga ik, net als de lokale politiek, echter niet over wat een ziekenhuis aanbiedt, mede omdat de kwaliteit en veiligheid van zorg daarin leidend is.²⁴ Hiermee beschouw ik de motie van het lid Rijkers-Oosterkamp om in de toegezegde visie op de marktwerking expliciet de beperkte politieke invloed op ziekenhuizen en de gevolgen daarvan voor de zorg in regio's te adresseren (Kamerstukken II 2024/2025, 36 600 XVI, nr. 87) als afgedaan.

Meerjarige inhoudelijke en financiële afspraken

Onzekerheid over de toekomst van zorgaanbieders kan zorgen voor een negatieve spiraal bij zorgmedewerkers en zorgaanbieders. Zorgverleners verlaten mede door deze onzekerheid over de toekomst het vak of de regio, waardoor de uitdagingen voor het zorgaanbod verder toenemen. Dit maakt het voor zorgaanbieders steeds moeilijker om perspectief en zekerheid over de toekomst te geven aan hun medewerkers en samenwerkingspartners in de regio. Om deze negatieve spiraal te doorbreken zijn vaker meerjarige inhoudelijke en financiële afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars nodig. Deze meerjarige afspraken moeten gericht zijn op de noodzakelijke transitie in de regio en perspectief op de meerwaarde van iedere aanbieder in de regio.

Deze meerjarige afspraken zijn niet alleen van belang voor ziekenhuizen, maar ook voor het bredere zorglandschap. Dit is nodig om de noodzakelijke transformatie in de zorg voor elkaar te krijgen. Het arbeidspotentieel neemt af. De zorg moet anders georganiseerd worden, zodat met dezelfde hoeveelheid zorgprofessionals meer patiënten geholpen kunnen worden. Het is noodzakelijk dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars, in lijn met het regiobeeld en regioplan een visie hebben op waar in de regio naartoe bewogen moet worden, en wat dit vraagt van de eigen organisatie. Dit moet zijn beslag krijgen in het contract. Meerjarige contracten zijn een reeds bestaand middel om afspraken te maken om dit te realiseren. Digitalisering kan bijvoorbeeld leiden tot een andere manier van werken en tot verschuivingen van patiëntenstromen. Dat brengt echter ook financiële onzekerheid bij zorgaanbieders met zich mee, wat terughoudendheid bij hen kan veroorzaken. Meerjarige afspraken met zorgverzekeraars, gebaseerd op een gezamenlijke langetermijnvisie, geven zorgaanbieders de financiële ruimte en zekerheid om zorg anders te organiseren en innovaties op een zorgvuldige manier door te voeren. Tegelijkertijd vraagt dit ook van zorgaanbieders dat zij zich proactief inzetten voor de transformatie en constructief bijdragen aan de meerjarige afspraken. Daarbij dient te worden vermeden dat dergelijke afspraken ten koste gaan van de doelmatigheid van de zorg. Ook kan het niet zo zijn dat verantwoordelijkheid voor het aanpassen van meerjarige afspraken als zich bijvoorbeeld onvoorziene omstandigheden voordoen eenzijdig komt te liggen bij hetzij de zorgaanbieder hetzij de zorginkopende partij.

Ik vind het belangrijk dat deze beweging naar meerjarige inhoudelijke en financiële afspraken daar waar nodig voor de transitie en het creëren van de daarbij passende zekerheden niet vrijblijvend kan zijn. Te veel gebeurt het immers dat partijen bij de uitvoering van de plannen door financiële

²⁴ Zie ook eerdere communicatie hierover (Kamerstukken II 2024/2025, 31 765, nr. 881).

en andere belangen terugvallen in de status quo. Ik constateer dat het stelsel op een aantal punten verbeterd kan worden. Op het grensvlak tussen zorg- en welzijn moet de samenwerking beter. Bij sommige belangrijke vormen van zorg en in bepaalde regio's komt de gewenste transformatie niet of onvoldoende van de grond. Gelijkgerichtheid van zorgaanbieders en zorgverzekeraars is daarbij belangrijk. Onderdeel van het gesprek dat ik met partijen voer is daarom hoe de noodzakelijk samenwerking ook tussen zorgverzekeraars om de transformatie te laten slagen, niet meer vrijblijvend wordt. Als blijkt dat deze noodzakelijke meerjarige inhoudelijke en financiële afspraken en daarbij behorende samenwerking tussen verzekeraars en zorgaanbieders onvoldoende tot stand komen, zal ik maatregelen overwegen om dit te realiseren.

2. Verbeteren van gelijkwaardigere toegang tot zorg dichtbij huis

Nabijheid en toegankelijkheid van goede zorg zijn van groot belang voor iedereen. Zorg dichtbij huis is voor patiënten makkelijker te bereiken en heeft vaak ook een meer vertrouwd karakter. Ook draagt nabijheid van zorg bij aan goede lokale en regionale samenwerking en overdrachten tussen zorgaanbieders door onderlinge bekendheid en daarmee vertrouwen in elkaar.

Zowel de nabijheid als de toegankelijkheid van zorg staan onder druk. Of zoals de NZa opmerkt: «Als we niets doen stevenen we af op een harde tweedeling. Aan de ene kant staan dan de mensen voor wie de zorg nog steeds beschikbaar is, omdat zij de weg kennen en over voldoende middelen beschikken. Aan de andere kant staan dan de mensen die niet over voldoende middelen beschikken en de weg niet kennen». Dat is onder andere gevolg van schaarste aan zorgprofessionals, maar ook van keuzes die zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken. De minimale eisen die aan hen gesteld worden over nabijheid gaan alleen over onderdelen van de acute zorg. Daarnaast hebben zorgaanbieders en zorgverzekeraars in het verleden normen voor maatschappelijk aanvaardbare wachttijden voor per zorgsoort vastgesteld, de zogenaamde Treeknormen. Deze minimale nabijheidseisen en de Treeknormen blijken onvoldoende effect te hebben op de toegankelijkheid van zorg. Dat vraagt om duidelijkere afspraken met partijen meer sturing vanuit de overheid waar dat nodig en mogelijk is.

Hierboven heb ik toegelicht welke stappen ik zet voor de nabijheid van ziekenhuiszorg. Het is daarnaast belangrijk dat iedereen dichtbij huis toegang heeft tot een huisarts, wijkverpleegkundige, fysiotherapeut, etc. Om de eerstelijnszorg te versterken zet ik in op hechte wijkverbanden in iedere wijk en een regionaal eerstelijnsamenwerkingsverband in iedere regio.²⁵ Waarbij zorgverzekeraars richting wijk en regio in de eerstelijnszorg meer gelijkgericht gaan handelen. Het kabinet zet er verder op in dat meer mensen in Nederland in 2028 een vaste huisarts hebben. Dit doen we onder meer door het voor huisartsen gemakkelijker te maken een huisartsenpraktijk te kunnen overnemen of te starten. Daarom is mijn beleid erop gericht dat er ook in de toekomst voldoende zorgverleners zijn en het bijvoorbeeld weer aantrekkelijker wordt een huisartsenpraktijk te starten.

Bij alle genoemde aspecten rondom verdergaande samenwerking binnen de zorg moeten afspraken van zorgaanbieders en zorgverzekeraars die de mededinging beperken vanzelfsprekend wel passen binnen de ruimte die de mededingingsregels daarvoor bieden. Deze ruimte is overigens aanzienlijk zolang de afspraken aantoonbaar in het belang van de patiënt

²⁵ Zie voor een uitgebreidere toelichting Kamerstukken II 2024/25, 33 578, nr. 122

zijn en worden gedragen door de hele driehoek van betrokken zorgaanbieders, zorgverzekeraars en (vertegenwoordigers van) patiënten.²⁶ Daarbij heeft de ACM al meerdere keren richting veldpartijen aangegeven constructief met hen mee te willen denken indien bij die partijen onduidelijkheden over hoe samenwerkingsafspraken binnen de kaders van de mededinging kunnen worden vormgegeven. Op deze manier past de ACM, net als andere toezichthouders, zich ook aan op de veranderende omstandigheden, waarbij samenwerking meer van belang is om de belangen van patiënten en verzekerden optimaal te dienen.

Om de gelijkwaardigere toegang tot zorg te realiseren, vind ik het van belang dat patiënten onafhankelijk van hun inkomen toegang houden tot ongecontracteerde zorg als dat nodig is. Daarom heb ik het wetsvoorstel bevorderen zorgcontractering ingetrokken. Dat neemt niet weg dat het van belang is dat alle zorgpartijen, waaronder ook ongecontracteerde zorgaanbieders, hun bijdrage leveren aan de transformatie in de zorg met het oog op het tegengaan van de arbeidskrapte en de betaalbaarheid van de zorg. Daarom werk ik, overeenkomstig de afspraak uit de budgettaire bijlage bij het Hoofdlijnenakkoord, aan een wetsvoorstel voor een onafhankelijke indicatiestelling in de wijkverpleging. Ook is het van belang dat zorgverzekeraars en patiënten beter inzicht hebben in wachtlijsten bij zorgaanbieders. Daarom werk ik met veldpartijen aan het verbeteren van dit inzicht. Ook wil ik in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord met de betrokken partijen in kaart brengen in welke sectoren en op welke aspecten er een ongelijk speelveld is. Dit in de zin dat het mogelijk is voor partijen zich te onttrekken aan een gewenste en reële bijdrage aan het tegemoet komen aan de opgave waar de zorg voor staat. Het doel is om op de aspecten waar zo'n ongelijk speelveld als onwenselijk wordt ervaren, het speelveld door niet-vrijblijvende maatregelen egalier te maken.

Al deze afspraken moeten zowel in goede als in slechte tijden zorgen voor goede toegankelijkheid van zorg. Daarom zet ik erop in dat steeds ook afspraken worden gemaakt over de toegang tot zorg in crisistijden.

Om bovengenoemde doelen samen met partijen te realiseren ben ik in overleg met zorgverzekeraars, zorgaanbieders, zorgprofessionals en patiëntenorganisaties om tot afspraken tussen partijen te komen. Het bestaande zorgakkoord wordt mede op onderdelen verbreed, geïntensiveerd en geconcretiseerd in een aanvullend zorg en welzijnsakkoord tot en met 2028, waarin we het verschil willen maken voor de mensen die zorg nodig hebben.

Tot slot, maar zeker niet het minst belangrijk, noem ik hier ook het financiële aspect van gelijkwaardigere toegankelijkheid. Als je zorg nodig hebt mag dat niet door financiële redenen belemmerd worden. Urgentie is leidend boven wat je betalen kunt. Mede om die reden zal het kabinet vanaf 2027 het eigen risico in de zorg verlagen naar € 165 per jaar waarbij in het ziekenhuis een maximum van € 50 per behandelprestatie gaat gelden. De verwachting is dat met een flink lager eigen risico meer mensen zich bij klachten laten doorsturen naar een medisch specialist. We houden hier rekening mee bij de financiële ruimte voor het zorgaanbod in onze ziekenhuizen, maar omdat door personeelstekorten het zorgaanbod onvoldoende mee kan groeien met de grotere zorgvraag wordt de wachtlijst ook langer en wordt ingezet op versterking van de triage. De

²⁶ Zie bijvoorbeeld Mededingingswet artikel 6, derde en vierde lid, de website van de ACM, Samenwerken in de zorg binnen de concurrentieregels | ACM.nl en <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/resources/downloads/infographic-handvatten-samenwerkingsafspraken-vanuit-mededingingsperspectief-februari-2024.pdf>

zorgvrager met de grootste urgentie wordt als eerste van de wachtlijst gehaald. Op deze wijze organiseren we een gelijkwaardigere toegang tot medisch specialistische zorg, waarbij je urgentie leidend wordt in plaats van dat je als patiënt je zorgen moet maken om de aanslag op je eigen risico.

3. Strengere regels voor het uitkeren van winst

De afgelopen periode is veel maatschappelijke en politieke aandacht geweest voor de kansen en risico's van private equity en andere vormen van private financiering van aanbieders van zorg.

Zorgaanbieders zijn traditioneel private organisaties. Zij zijn in ons zorgstelsel verantwoordelijk voor hun eigen investeringsbeslissingen. Dat betekent dat zij daar ook zelf de financiering voor moeten regelen. Dan kan op verschillende manieren, bijvoorbeeld via banken, inbreng van eigen vermogen of inbreng van al dan niet commerciële investeerders. Ongeacht de wijze van financiering vraagt inbreng van geleend geld of van eigen vermogen een vergoeding, bijvoorbeeld via rentebetalingen of winstuitkering. Het vragen van een vergoeding voor financiering is noodzakelijk en niet onredelijk zolang geen sprake is van excessieve vergoedingen.

Ik vind het van groot belang dat zorgaanbieders goede toegang tot financiering blijven hebben om goede, toegankelijke en betaalbare zorg te kunnen leveren. Wat ik echter wil voorkomen is dat zorgaanbieders meer gericht zijn op geld verdienen of groter worden in plaats van op het verlenen van goede zorg voor de patiënt. Om de nadelige risico's daarvan te beperken wil ik basisvoorwaarden aan winstuitkering in de zorg stellen.²⁷

4. Betere toetsing van fusies en overnames

Om verder te voorkomen is dat zorgaanbieders die niet in het belang van patiënten en verzekerden handelen te snel een te grote rol in de zorg kunnen krijgen, wil ik de NZa meer bevoegdheden geven om evident onwenselijke fusies of overnames op inhoudelijke gronden te kunnen tegenhouden. Dit heb ik nader toegelicht in mijn brief van januari 2025.²⁸

5. Meer gelijkgerichte inkoop in de cruciale ggz

In de ggz zijn de afgelopen jaren gespecialiseerde afdelingen verdwenen die cruciaal waren voor patiënten met complexe problematiek zowel regionaal als landelijk. Dat moet niet meer gebeuren. De Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport (JPS) wil de toegankelijkheid van zorg voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen juist verbeteren. Daarom heeft de Staatssecretaris JPS met veldpartijen afspraken gemaakt dat op basis van de zorgvraag in de regio bepaald wordt welke cruciale zorg in de regio in ieder geval overeind moet blijven en welk zorgaanbod landelijk nodig is. Zorgverzekeraars kopen deze cruciale zorg vervolgens vanaf inkoopjaar 2026 waar nodig gelijkgericht in met het oog voor continuïteit op de lange termijn, zodat zij allemaal op een gelijkmatige manier bijdragen en gezamenlijk, met de zorgaanbieders, kunnen zorgen dat de cruciale zorg niet meer verdwijnt. We blijven met partijen werken aan de verdere invulling van gelijkgerichte inkoop en het stimuleren van

²⁷ Zie Kamerstukken II, 2024/2025, 36 686, nr. 2 en Kamerstukken II, 2024/25, 36 600 XVI, nr. 177

²⁸ Kamerstukken II, 2024/2025, 31 765, nr. 899

de juiste prikkels om de toegankelijkheid van de cruciale ggz te verbeteren en te borgen.²⁹

6. Borgen toegankelijkheid paramedische zorg

Daarnaast zijn er meerdere signalen dat in verschillende paramedische sectoren de toegankelijkheid nu en in de toekomst extra onder druk staat. De Staatssecretaris LMZ heeft daarom de NZa gevraagd onderzoek te doen naar het functioneren van de markt voor paramedische zorg met bijzondere aandacht voor het borgen van de toegankelijkheid nu en in de toekomst. De NZa bekijkt in overleg met VWS hoe zij uitvoering kan geven aan het onderzoek en de tijd die zij daarvoor nodig heeft, mede in het licht van de aangenomen motie Krul³⁰.

7. Een meer weerbare zorg

Ook leiden de internationale omstandigheden zoals de dreiging van een nieuwe pandemie of van een oorlogssituatie, of mogelijke nationale crises zoals een ramp of terreuraanslag tot een andere afweging tussen sturing op doelmatigheid via gereguleerde marktwerking aan de ene kant en het organiseren van voldoende beschikbaarheid van cruciale voorzieningen en medische producten aan de andere kant. Ik ontwikkel daarom een nieuwe kijk op onze «*just in time*» economie als het gaat om het in samenwerking met de markt aanhouden van cruciale voorraden, zodat onze zorg weerbaar wordt in tijden van crisis en we niet als het zover is achter de feiten aanlopen en overgeleverd zijn aan woekerprijzen en (malafide) handelaren, waardoor door vertraging onze algemene volksgezondheid schade

oploopt en de kosten om ad hoc cruciale medische producten aan te schaffen enorm zijn.³¹

Voor de reguliere zorg heb ik de komende jaren 20 tot 30 miljoen euro extra beschikbaar gesteld voor de verbetering van de beschikbaarheid van geneesmiddelen waaronder door het aanleggen van extra reserves voor geneesmiddelen op de Nederlandse lijst kritieke middelen.³²

8. Beter domeinoverstijgende samenwerking

Voor patiënten die van het kastje naar de muur worden gestuurd tussen zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren is structureel betere samenwerking tussen inkopers en aanbieders van zorg in de verschillende domeinen nodig. Het kabinet voert mede daarom arbitrage tussen zorgwetten in, waarbij de minste inzet van medewerkers voor passende en toegankelijke hulpverlening uitgangspunt wordt. Het kabinet zorgt er verder voor dat zorgwetten beter op elkaar worden afgestemd en daar waar doorrekeningen aantonen dat het goedkoper en efficiënter kan, worden voorbereidingen getroffen om ze ook samen te voegen. Ook heeft uw Kamer onlangs het Wetsvoorstel Domeinoverstijgende Samenwerking aangenomen, ingediend door mijn voorganger Minister voor Langdurige Zorg en Sport Helder,³³ dat het voor zorgkantoren mogelijk maakt om rechtmatig te investeren in het voorliggende domein om zwaardere zorg uit te stellen of te verminderen.

²⁹ U ontvangt hierover een aparte Kamerbrief verbeteren toegankelijkheid van de ggz

³⁰ Kamerstukken II 2024–2025, 33 578, nr. 131

³¹ (Kamerstukken II 2024/2025, 30 821, nr. 249)

³² Kamerstukken II 2024–2025, 29 477, nr. 918

³³ Kamerstukken II 2023–2024, 36 486, nr. 2

Overige maatregelen

Naast bovenstaande acties op het gebied van de gereguleerde marktwerking, werkt het kabinet op diverse overige manieren aan een beter stelsel, die ook indirect te maken hebben met de marktwerking. De zorg bestaat immers voor het overgrote deel uit private partijen, die ieder hun rol spelen binnen de gereguleerde marktwerking. Marktwerking is dan ook een breed begrip dat niet eenduidig af te bakenen is. Zonder uitputtend te zijn, noem ik een aantal voorbeelden. Ik zet in op het versterken van de triage waarbij mijn inzet er op is gericht om te zorgen dat je urgentie leidend wordt. Ook zet ik in op het verminderen van de machtigingen. In het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord wil ik hier nadere afspraken over maken. Verder heb ik uw Kamer in de brieven van 17 december en 31 januari jl. geïnformeerd³⁴ ³⁵ dat ik mij in zet voor de maatregel om afspraken te maken over de beloning van medisch specialisten. Daarvoor inventariseer ik nu – los van het proces rond het zorg- en welzijnsakkoord – de mogelijkheden om met eigen instrumentarium invulling te geven aan de wens van de Kamer. Parallel blijf ik in gesprek met alle betrokken partijen waarbij ik blijf inzetten op bestuurlijke afspraken over dit onderwerp, naast het zorg- en welzijnsakkoord. Zodra ik een uitgewerkt beeld heb over de wijze waarop ik de door de Kamer gewenste maatregel en bezuiniging kan uitvoeren, zal ik u informeren.

Tot slot

Om gelijkwaardigere toegang tot zorg voor patiënten te bereiken, en de druk op zorgmedewerkers te verminderen, zijn veranderingen in de organisatie van de zorg dringend nodig. Grote stelselwijzigingen helpen daar op korte termijn niet bij, praktische aanpassingen doen dat wel. We moeten gebruik maken van de ruimte die er binnen het huidige stelsel al is om te werken aan minder marktwerking in de curatieve zorg waar dat nodig is. Met de acties uit deze brief laat ik zien hoe dit kabinet hiermee direct aan de slag gaat, met als uitgangspunt een gelijkwaardigere toegang tot zorg, dichtbij huis. Dat laat onverlet dat het wenselijk is, zoals in de motie Krul c.s. is neergelegd³⁶, ook na te denken over mogelijk noodzakelijke meer lange termijn en ingrijpender aanpassingen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M-F. Agema

³⁴ Kamerstukken II 2024/25, 36 600 XVI, nr. 155

³⁵ Kamerstukken II 2024/25, 36 600 XVI, nr. 163

³⁶ Zie Kamerstukken II 2024/2025, 36 600 XVI, nr. 69