

**Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**  
**Minister van VWS**  
**Mevrouw M.F. Agema**  
**Postbus 20350**  
**2500 EJ Den Haag**

Datum: 14 januari 2025

i.a.a.: de heer D. van Deursen, de heer G. Korthouwer en mevrouw A. Walraven, directie PZo

Contactpersoon:  
mr. Annemarie Kerstens (a.kerstens@lhv.nl)

Betreft: internetconsultatie besluit Verhogen norm intern toezicht voor aanbieders eerstelijnszorg en kleinschalige zorg

Geachte mevrouw Agema,

De Eerstelijnscoalitie (ELC)\* is zeer verheugd met de voorgenomen verhoging van de norm voor intern toezicht voor aanbieders eerstelijnszorg en kleinschalige zorg. Dit is een enorme opluchting voor alle eerstelijnszorgaanbieders. En een hele belangrijke stap in het verminderen én voorkomen van administratieve regeldruk voor zorgaanbieders. In deze reactie zetten wij uiteen waarom wij blij zijn met dit voorgenomen besluit van de minister van VWS.

### **Intern toezicht niet passend voor de eerstelijnszorg**

Met de inwerkingtreding van de Wtza (en het Uitvoeringsbesluit Wtza) is intern toezicht verplicht geworden voor het merendeel van eerstelijnszorgaanbieders waar dat voorheen onder de Wtzi niet het geval was. Het vertrekpunt voor deze verplichting was de tweedelijnszorg waar zelfregulering onvoldoende werkte. Zorgaanbieders in de eerstelijnszorg verschillen echter in grote mate van tweedelijnszorginstellingen. Eerstelijnszorgaanbieders zijn vaak (zeer) kleine praktijken, met een diversiteit aan geleverde zorg, en een heel andere organisatorische en juridische inrichting/inbedding. De getalsgrens van 50 zorgverleners die nu gaat gelden, doet daarom meer recht aan de aard en omvang van kleine(re) praktijken in de eerstelijnszorg.

### **Disproportionele verplichting**

Eerstelijnszorgaanbieders zijn voor het overgrote deel kleinschalig georganiseerd. De verplichting om intern toezicht in te richten doet daarom een disproportioneel beroep op de zorgaanbieders in de eerstelijnszorg door drie onafhankelijke toezichthouders te benoemen in relatie tot het aantal zorgaanbieders. Zij zijn in vergelijking met grote zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen, onevenredig veel tijd en energie en geld kwijt aan een dergelijke verplichting. Vooral omdat dit niet de enige verplichting is die administratieve lasten met zich meebrengt. De getalsgrens van 50 zorgverleners is daarom meer passend voor de eerstelijnszorg.

### **Getalsgrens van 50 sluit aan bij WOR en Governancecode Zorg 2022**

Sinds 2004 wordt in de Wet op de Ondernemingsraden (WOR) een getalsgrens van 50 medewerkers

gehanteerd waarboven organisaties een ondernemingsraad moeten inrichten. Daarvoor lag de grens op

35 medewerkers. De reden voor de wetwijziging in 2004 was dat “*administratieve, financiële en juridische beperkingen (lasten) de oprichting en ontwikkeling van kleine en middelgrote ondernemingen niet moeten belemmeren (niet in de weg staan)*”. De nu gekozen getalsgrens van 50 voor de Wtza-verplichting van intern toezicht sluit daarbij goed aan.

De getalsgrens van 50 sluit ook goed aan bij de Governancecode Zorg 2022. Kleine zorgorganisaties waar minder dan 50 medewerkers werken, hoeven deze code niet integraal toe te passen gezien hun specifieke aard, omvang en diversiteit.

### Vrijwillige accreditatie

De verhoging van de getalsgrens voor intern toezicht naar 50 zorgverleners betekent niet dat er geen enkele vorm van toezicht is binnen zorgorganisaties die onder die grens vallen. Veel praktijken in de eerstelijnszorg – met name in de huisartsenzorg en praktijken van vrijgevestigde psychologen en psychotherapeuten – kennen een vorm van vrijwillige zelfregulering, namelijk de praktijkaccreditatie. In deze accreditatie wordt getoetst op onder andere leren en verbeteren van team, praktijk en zorg. Deze aspecten matchen goed met de taak van het interne toezicht op grond van de Wtza.

### Conclusie

Gelet op het bovenstaande ziet de Eerstelijnscoalitie (ELC) voldoende aanleiding om de getalsgrens van meer dan 25 zorgverleners te verhogen naar meer dan 50 zorgverleners. Hiermee wordt recht gedaan aan de aard en omvang van kleine(re) praktijken in de eerstelijnszorg, zoals in andere wetgeving reeds gebruikelijk is. Ook wordt hiermee disproportionele lastendruk voorkomen, hetgeen zeer belangrijk is voor de veelal kleinschalige georganiseerde praktijken in de eerstelijnszorg.

Met vriendelijke groet,

Loubna Boufrach  
Directeur LHV

Eric Janson  
Directeur KNMP

Herman Frankes  
Directeur NVM-mondhygiënist

Judith Veenendaal  
Directeur LVVP

Janet van Keulen  
Directeur NVvP

Mirjam Bijnsdorp  
Directeur KNMT

Job Paulus  
Directeur KNOV

Frederik Vogelzang  
Directeur ONT

*\*De ELC bestaat uit acht eerstelijnsorganisaties: KNMP (apothekers), KNMT (tandartsen), KNOV (verloskundigen), LHV (huisartsen), LVVP (vrijgevestigde psychologen en psychotherapeuten), NVM (mondhygiënist), NVvP (podotherapeuten) en ONT (tandprothetic).*