

Vergaderjaar 2000–2001

**27 659**

## **Herziening van het stelsel van overheidsbemoeienis met het aanbod van zorginstellingen (Wet exploitatie zorginstellingen)**

**Nr. 3**

### **MEMORIE VAN TOELICHTING**

#### **A ALGEMEEN DEEL**

##### **1 INLEIDING**

Dit wetsvoorstel dient ter begeleiding van de overgang van een stelsel van centrale aanbodsturing, waarbij de capaciteit van de zorginstellingen normatief door de centrale overheid wordt bepaald, naar een decentraal vraaggericht stelsel, waarbij die capaciteit wordt bepaald door de bij de zorgverlening betrokken partijen (consumenten, instellingen en verzekeraars) en de centrale overheid zich beperkt tot het stellen van randvoorwaarden waarbinnen decentrale partijen (verzekeraars en aanbieders) moeten handelen (decentraal vraaggericht).

De Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) en de Tijdelijke Verstrekkingenwet maatschappelijke dienstverlening (TVWMD) worden ingetrokken. Het voorstel brengt geen verandering in de taken en de positie van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (WBMV), de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG), de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Met betrekking tot de afbakening van de taken en verantwoordelijkheden van de zelfstandige bestuursorganen sluit het voorstel aan bij de Wet uitvoeringsorganen volksgezondheid (Stb. 1999, 185).

Het algemene deel van deze toelichting is als volgt ingedeeld. In deze inleiding gaan wij in op de achtergronden van dit voorstel. In hoofdstuk 2 geven wij een korte samenvatting van het wetsvoorstel. Hoofdstuk 3 gaat over de uitvoeringstoetsen en geeft kort de bevindingen van het College voor zorgverzekeringen, het College bouw ziekenhuisvoorzieningen, het College sanering ziekenhuisvoorzieningen en het College tarieven gezondheidszorg weer. Hoofdstuk 4 schetst de hoofdlijnen van het voorstel. Hoofdstuk 5 beschrijft de taken en positie van de zelfstandige bestuursorganen die in dit voorstel een rol spelen: het College voor zorgverzekeringen, het College bouw zorginstellingen en het College sanering zorginstellingen. In hoofdstuk 6 besteden wij aandacht aan de overgangssituatie, in hoofdstuk 7 aan de financiële aspecten van dit voorstel en in hoofdstuk 8 bespreken wij de deregulering die met dit voorstel wordt

bereikt. Hoofdstuk 9 gaat over de europeesrechtelijke aspecten en hoofdstuk 10, tenslotte, over de handhaafbaarheid en uitvoerbaarheid van dit voorstel.

### *1.1 Achtergronden*

Voor een goed begrip is het belangrijk om het wetsvoorstel te plaatsen tegen de achtergrond van het beleid zoals dat de afgelopen tien jaar is gevoerd op het gebied van de structuur en bekostiging van de zorg. Hoewel de onderscheiden kabinetten voor de vormgeving van dit beleid verschillende accenten hebben gelegd, was als dragende gedachte steeds de ambitie aanwezig om het samenhangend stelsel van aanbodregulering te veranderen in de richting van regulering via de vraagzijde. De eerste maatregelen hiertoe dateren uit het begin van de jaren negentig. In die periode werd gewerkt aan de invoering van één basisverzekering voor de zorg die risicodragend zou worden uitgevoerd door concurrerende ziektekostenverzekeraars. Deze maatregelen, bekend geworden onder de naam van de verantwoordelijke bewindspersoon als het plan Simons, zijn uiteindelijk niet doorgegaan.

Onder de zogenoemde Paarse kabinetten is het compartimentenmodel ingevoerd. Het eerste compartiment bevat langdurige zorg en particulier moeilijk te verzekeren risico's, die zijn verzekerd via de AWBZ. Het tweede compartiment bevat een door de overheid vastgesteld pakket van aanspraken op curatieve zorg. Deze zorg is verzekerd via de Ziekenfondswet, de Wet op de toegang tot de ziektekostenverzekeringen (WTZ) of particuliere ziektekostenpolissen. Het derde compartiment bevat de niet wettelijk verplicht verzekerde zorg en de zorg die voor rekening van de burger kan komen. Burgers kunnen zich voor die zorg aanvullend verzekeren.

#### *Van aanbod- naar vraagsturing*

De bestuurlijke vormgeving van het eerste en het tweede compartiment is gericht op het stelselmatig vergroten van de mogelijkheden voor vraagsturing. De daarvoor gekozen aanpak vertoont in beide compartimenten vele overeenkomsten. In beide compartimenten is de leidende gedachte dat een op de cliënt gericht afgestemd zorgaanbod op het regionaal niveau tot stand komt. Dit sluit aan bij het traditionele zorgaanbod. In beide compartimenten is de ontwikkeling van vormen van gereguleerde competitie de stimulans voor het realiseren van meer vraaggerichte zorgverlening. Er bestaat competitie zowel tussen aanbieders van zorg als tussen ziekenfondsen in het tweede compartiment; in het eerste compartiment is er alleen competitie tussen de aanbieders van zorg en wordt het zorgkantoor «scherp gehouden» door een systeem van vierjaarlijkse aanwijzing. In het eerste compartiment ontmoet de zorgaanbieder niet alleen het zorgkantoor als vragende partij maar in toenemende mate ook de cliënt zelf vanwege het toenemende belang van de persoonsgebonden financiering. In het tweede compartiment concurreren de ziekenfondsen en de particuliere ziektekostenverzekeraars om de gunst van de verzekerden. Zij kunnen zich daarbij van elkaar onderscheiden door verschillen in nominale premies en, vooral wat de ziekenfondsen betreft, de wijze van zorginkoop ten behoeve van de verzekerden en de kwaliteit van de dienstverlening. Ziekenfondsen vormen in de onderhandelingen met de aanbieders van zorg een countervailing power. Zij worden hiertoe gestimuleerd door een normatief budgetstelsel enerzijds en de keuzevrijheid van de verzekerden (acceptatieplicht) anderzijds. Beide dragen ertoe bij dat het ziekenfonds in zijn onderhandelingen met de aanbieders zorg de wensen van zijn verzekerden terdege ter harte neemt.

#### *Modernisering AWBZ*

Het regeerakkoord bevat het voornemen de AWBZ te moderniseren.

Centraal in deze modernisering staat de omslag van aanbodsturing naar vraagsturing. Doel van deze omslag is de vraag bepalend te laten zijn voor het zorgaanbod. Dat geldt zowel op macro-, meso- als microniveau. Op macroniveau moet vraagsturing er toe leiden dat het verzekeringskarakter van de AWBZ wordt versterkt, in die zin dat er steeds voldoende middelen beschikbaar zijn om er voor te zorgen dat de verzekerde zijn aanspraken ook binnen een redelijke termijn tot gelding kan brengen. Op meso-niveau moet vraagsturing er toe leiden dat het verzekeraarskarakter van de AWBZ wordt versterkt, in die zin dat de uitvoerder van de AWBZ zijn zorginkoop vrij kan richten op datgene wat de verzekerde aan zorg vraagt. Tegelijk moet de contractrelatie tussen de uitvoerder van de AWBZ en de aanbieder van zorg zodanig transparant zijn dat voor beide partijen helder is welke prestaties over en weer zijn overeengekomen. Op microniveau moet vraagsturing er toe leiden dat de relatie tussen cliënt en aanbieder zodanig is de cliënt daadwerkelijk zeggenschap heeft over de manier waarop de zorg hem wordt aangeboden.

Bij de omslag van centrale aanbodsturing naar een decentraal vraaggericht stelsel zijn behalve de AWBZ zelf ook de WTG en WZV in beeld. Onder de AWBZ wordt het proces van vraagsturing geïnstrumenteerd over twee sporen. Het ene spoor betreft het flexibiliseren en (in een later stadium) deinstitutionaliseren van de aanspraken. Het andere spoor betreft de herziening van het overeenkomstenstelsel. In dat kader wordt de uitkomst van overleg (UVO)/modelovereenkomst afgeschaft en wordt de contracteerverplichting op termijn en gefaseerd opgeheven. Daarbij leidt het flexibiliseren en deinstitutionaliseren van de aanspraken er toe dat er steeds meer aanbieders met een zelfde zorgproduct op de markt kunnen verschijnen. Dit vergroot de (onder)handelingsruimte voor de uitvoerder van de AWBZ. Het afschaffen van de UVO/modelovereenkomst leidt er toe dat de individuele overeenkomst tussen uitvoerder en aanbieder nieuw leven wordt ingeblazen. De beoogde opheffing van de contracteerplicht tot slot maakt een einde aan het principe van gedwongen winkelen. Onder de WTG wordt het proces van vraagsturing geïnstrumenteerd door het aanbodgeoriënteerde budgetteringssysteem van instellingen om te zetten in een systeem waarin instellingen betaald worden op basis van daadwerkelijk geleverde prestaties. Daartoe worden te leveren prestaties omschreven in termen van identificeerbare zorgproducten, waarbij de prijs voor die producten onder een vastgesteld maximum onderhandelbaar wordt gemaakt.

#### *Modernisering curatieve zorg*

In het tweede compartiment vraagt de verschuiving van verantwoordelijkheden richting veldpartijen eveneens om instrumenten in wetgeving om dit proces te ondersteunen. Ook in het tweede compartiment streven wij naar een overdracht van sturingsbevoegdheden aan het veld. De bedoeling is om de budgettering van de zorgaanbieders geleidelijk te verplaatsen naar de budgettering van zorgverzekeraars. Door deregulering krijgen partijen de benodigde ruimte. Dit proces is al geruime tijd aan de gang en dit wetsvoorstel past hierin. De overheid blijft verantwoordelijk voor de borging van de publieke belangen in de sector; de toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid en doelmatigheid. Deze verantwoordelijkheid krijgt in een meer vraaggestuurd model een andere vorm. Er vindt een verschuiving plaats van regulering, controle op input vooraf, naar normstelling vooraf en beoordeling op prestaties achteraf. Bepaalde investeringsbeslissingen in de curatieve sector hebben grote externe effecten of zijn zeer bepalend voor de landelijke (infra)structuur van de sector. Het is niet waarschijnlijk dat partijen, gelet op het risico dat zij lopen, deze beslissingen adequaat kunnen nemen. De overheid blijft hier noodzakelijkerwijs een sturende rol houden. In de brief van februari 2001 over de modernisering van de curatieve zorg (Kamerstukken II, 2000–2001, 23 619, nr. 18) is

aangekondigd dat de overheid beslissingen over bijzondere medische verrichtingen (Wet op bijzondere medische verrichtingen), opleidingen voor onder meer huisarts en specialist, grote kostbare infrastructurele projecten en investeringen in de collectieve preventie en openbare gezondheidssector voor zijn rekening blijft nemen.

Dit wetsvoorstel sluit aan bij het streven om publieke belangen zo veel mogelijk toetsbaar en meetbaar te maken. Het sectorale beleidskader voor de curatieve zorg van de Minister van VWS formuleert een richtinggevende visie op organisatie en ontwikkeling van de curatieve sector. Waar de verantwoordelijkheid wel aan partijen kan worden overgedragen, geeft het beleidskader hiervoor de randvoorwaarden waaraan het decentrale proces van zorgaanbieders en verzekeraars moet voldoen. Daar waar de overheid sturend moet optreden, bestaat behoefte aan een instrumentarium dat deze sturing mogelijk maakt en tegelijkertijd de eigen verantwoordelijkheid van het veld niet doorkruist. Op dit onderdeel bevat het beleidskader de normen waaraan initiatieven van partijen getoetst worden. Dit alles vergt een flexibeler wettelijk instrumentarium voor de exploitatie en bouw van instellingen, zoals dat thans in het voorliggende wetsvoorstel is voorzien.

#### *Noodzaak herziening WZV*

Zowel de AWBZ en de Ziekenfondswet als de WTG bieden voldoende speelruimte om het proces in de richting van decentrale vraagsturing te faciliteren. Dat is niet het geval bij de WZV. De WZV heeft zijn ankerpunt in het nemen van bouwbeslissingen. Deze wet stamt nog uit een tijd waarin bouw het kristallisatiepunt vormde van waaruit de verder vormgeving van de zorginfrastructuur plaatsvond. Om het proces van vraagsturing in de WZV te faciliteren is het nodig dat wordt aangesloten bij recente ontwikkelingen waarbij niet de bouw het aangrijpingspunt voor de verder vormgeving van de zorginfrastructuur vormt, maar het proces van zorgverlening zelf, waarbij het gebouw uiteraard een van de elementen is. In dat proces van denken en beslissen over de verdere vormgeving van de zorginfrastructuur moet de rol van partijen die functioneel bij de zorg zijn betrokken, nog worden versterkt. Niet in de laatste plaats gaat het hierbij om de rol van de uitvoerder van de AWBZ. Het niet kunnen instrumenteren van het proces van vraagsturing onder de WZV vormt de belangrijkste reden waarom op dit moment wordt voorgesteld de WZV te vervangen door de onderhavige wet.

Een wezenlijke wijziging ten opzichte van de WZV is dat het aangrijpingspunt van sturing wordt verlegd van het bouwen van instellingen naar het exploiteren ervan.

De herziening van de WZV zoals thans voorgesteld, start in een (vooralsnog) op aanbodsturing georiënteerd stelsel. Het ongeclausuleerd loslaten van de WZV zonder het beschikbaar hebben van andere mogelijkheden tot kostenbeheersing brengt het risico van een onbeheerste kostenontwikkeling met zich mee. Daarmee komt de voor eenieder gelijke toegankelijkheid van de zorg in gevaar. Het ongeclausuleerd handhaven van de WZV vormt evenwel, vanwege de exclusieve gerichtheid op het aanbod, een belangrijke hinderpaal bij het realiseren van meer vraagsturing en het ontwikkelen van andere instrumenten voor kostenbeheersing. Deze paradox, die voortdurend een rol speelt bij de modernisering van het planning- en bouwbeleid, vraagt om een genuanceerde benadering. Om vanuit het huidige samenhangend stelsel van aanbodregulering te veranderen in de richting van regulering via de vraagzijde, is een herziene WZV nodig die dit proces kan begeleiden. Het gaat steeds om het vinden van de juiste balans.

Dat die balans kwetsbaar is, blijkt uit het feit dat onderhavig wetsvoorstel niet het eerste is waarmee in de afgelopen tien jaar is geprobeerd in te grijpen in het planning- en bouwbeleid van de WZV. Een eerste wetsvoorstel dateert uit de periode 1992–1994 en betreft het wetsvoorstel houdende modernisering van het planningbeleid. Dat wetsvoorstel was gekoppeld aan de implementatie van de maatregelen uit het plan Simons. Het voorstel verving de aanbodbeheersing op basis van de WZV door vraagbeheersing op basis van de verzekering. Dat wetsvoorstel is echter als gevolg van het niet doorgaan van het plan Simons niet voor behandeling bij de Tweede Kamer ingediend.

Het tweede wetsvoorstel dateert uit de periode 1994–1996 en betreft het voorstel van Wet bouwbeheersing zorgvoorzieningen (WBZ). Dat wetsvoorstel was gebaseerd op het regeerakkoord 1994, waarin is gekozen voor het handhaven van de overheidsverantwoordelijkheid voor de infrastructuur van de zorg en waarin is aangegeven de WZV als aanbodregulerend instrument te willen handhaven. Het wetsvoorstel WBZ introduceerde een nieuw sturingssysteem voor de beheersing van het aanbod van intramurale zorginstellingen: alleen beleidsmatig gewenste bouw kwam voor een toelating, en zo voor financiering ten laste van de collectieve middelen, in aanmerking. Beleidsmatig ongewenste of niet noodzakelijk geoordeelde bouw was niet verboden, maar kwam niet voor collectieve financiering in aanmerking. Eind 1996 nam, onder andere onder invloed van de privatisering in de sociale zekerheid, de betekenis van zelfstandige behandelcentra toe en werd de discussie rond tweedeling in de zorg actueel. Omdat het wetsvoorstel WBZ geen instrument bood voor de toen gewenste beheersing van zorgaanbod dat strikt privaat wordt gefinancierd, is ook dat wetsvoorstel niet bij de Tweede Kamer ingediend.

Onderhavig wetsvoorstel is het derde voorstel. Dit voorstel moet worden beoordeeld tegen de achtergrond van een groeiend maatschappelijk draagvlak voor het creëren van steeds meer ruimte voor individuele keuzen en behoeften van de zorgconsument. Daarbij wordt de vormgeving van het aanbod aan zorgvoorzieningen steeds meer overgelaten aan partijen.

De versnippering van regelgeving met betrekking tot de beleids- en besluitvorming ten aanzien van zorginstellingen in AWBZ, Ziekenfondswet en WZV wordt in onderhavig wetsvoorstel opgeheven. Het wetsvoorstel introduceert een in één wet vormgegeven kader teneinde beter dan met de huidige instrumenten te kunnen komen tot op elkaar afgestemde keuzen – zowel op centraal als op decentraal niveau – waarbij het gehele scala van zorgaanbod wordt betrokken. Hierbij biedt het wetsvoorstel de noodzakelijke instrumenten om de bestaande bestuurlijke verhoudingen te wijzigen en verantwoordelijkheden en bevoegdheden over te dragen naar partijen. Het wetsvoorstel biedt diverse aangrijpingspunten om ook na inwerkingtreding verdergaande deregulering te realiseren.

Dit wetsvoorstel geeft vorm aan de voornemens zoals onder meer verwoord in het regeerakkoord (Kamerstukken II, 1997–1998, 26 024, nr. 10), de brief aan de Tweede Kamer inzake de thuiszorg (Kamerstukken II, 1998–1999, 23 235, nr. 64) en de voornemens rondom de modernisering van de AWBZ (Kamerstukken II, 1998–1999, 26 631, nr. 1), de bestuurlijke vormgeving van het tweede compartiment (Kamerstukken II, 1998–1999, 26 517, nr. 1) en de modernisering van de curatieve zorg (kamerstukken II, 2000–2001, 23 619, nr. 18).

## 2 SAMENVATTING

Vanuit de verantwoordelijkheid van de centrale overheid voor de instandhouding van een evenwichtig, doelmatig en kwalitatief stelsel van gezondheidszorg dat betaalbaar en voor eenieder toegankelijk is, stellen wij regels ten aanzien van het exploiteren van instellingen. Voor het in bedrijf hebben van een zorginstelling is toestemming vereist: de exploitatietoestemming. Een exploitatietoestemming is allereerst vereist voor instellingen waarbij de kosten van de zorgverlening op grond van de AWBZ of Ziekenfondswet worden vergoed. Twee categorieën zorginstellingen waarvan de kosten van de zorgverlening strikt privaat worden vergoed, vallen ook onder het toestemmingsvereiste. Het betreft zelfstandige behandelcentra en ziekenhuizen. Het beleidskader van de Minister van VWS vormt het toetsingskader voor de afgifte van een exploitatietoestemming. De exploitatietoestemming voegt de toelating op basis van de AWBZ en de Ziekenfondswet samen met de verklaring van behoefte op basis van de WZV. De bepalingen over de toelating van instellingen in de AWBZ en de Ziekenfondswet komen dan ook met dit wetsvoorstel te vervallen.

In het voorstel staan het beleidskader en de exploitatietoestemming centraal. In het beleidskader beschrijft de Minister zijn visie met betrekking tot een doelmatig, evenwichtig en voor eenieder toegankelijk stelsel van gezondheidszorg dat functioneert als toetsingskader voor de beoordeling van de initiatieven van zorginstellingen. Het beleidskader wordt onder meer geformuleerd op basis van ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Bij die formulering worden de regiovisies als één van de belangrijke informatiebronnen gehanteerd. Het beleidskader is de basis voor de besluitvorming van de Minister en het College voor zorgverzekeringen met betrekking tot de exploitatietoestemmingen. De formuleringen van de sectorale beleidskaders worden globaler naarmate de verantwoordelijkheid van de overheid van karakter verandert naar een eindverantwoordelijkheid voor de borging van publieke belangen, passend bij een vraaggericht stelsel.

De mogelijkheid om een overwogen keuze te maken voor het instrumentarium dat wordt toegepast ten aanzien van instellingen is een essentieel kenmerk van dit wetsvoorstel dat de overgang naar een vraaggericht stelsel ondersteunt.

De functie van de exploitatietoestemming is tweeledig. In de eerste plaats fungeert de toestemming als instrument om eisen te stellen aan de transparantie van de exploiterende rechtspersoon. Daarbij denken wij aan eisen die betrekking hebben op de bestuursstructuur en op de ordelijkheid en controleerbaarheid van de bedrijfsvoering. Het belang van het kunnen stellen van dit type eisen neemt toe naar de mate waarin zorgaanbieders vaker worden gefinancierd uit deels private en deels collectieve middelen en als gevolg daarvan in zowel organisatorische als financiële zin een meer hybride structuur aannemen. In de tweede plaats kan de exploitatietoestemming een instrument zijn voor het afstemmen van het zorgaanbod op de behoefte. De beoogde omslag naar een vraaggericht stelsel start vanuit een stelsel dat nog aanbodgestuurd is. De aanbodregulering wordt afgebouwd in de mate en het tempo waarin kostenbeheersingsmogelijkheden aan de vraagzijde toenemen.

De verantwoordelijkheidsverschuiving naar het veld leidt er toe dat de beoordeling van initiatieven van instellingen door de Minister van VWS en het College voor zorgverzekeringen gefaseerd globaler van karakter wordt en dat de overheidsbemoeienis beperkt blijft tot het borgen van publieke belangen. Dit zal leiden tot een in algemene termen geformuleerd beleids-

kader, alsmede tot een ruimere omschrijving van de inhoud van exploitatietoestemmingen. Naarmate de inhoud van de exploitatietoestemming globaler wordt omschreven, neemt de vrijheid van handelen van de instelling toe. De instelling hoeft een initiatief dat niet leidt tot aanpassing van de gegevens in zijn exploitatietoestemming immers niet aan de overheid voor te leggen.

Het bouwregime is met de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel beperkter dan onder de WZV, zowel ten aanzien van het aantal categorieën instellingen dat onder het bouwregime valt, alsmede ten aanzien van de vormen van bouw die bij algemene maatregel van bestuur worden aangemerkt als bouw in de zin van dit wetsvoorstel. Bij bouwprojecten waarvan de uitvoering om redenen van de kwaliteit en doelmatigheid risicovol wordt geacht is een exploitatietoestemming van de Minister van VWS en een vergunning van het College bouw zorginstellingen vereist. In verband met de gewenste deregulering van de bouwberoepen is er voor gekozen het bouwverbod van artikel 4, derde lid, alleen te laten gelden voor bepaalde vormen van bouw ten behoeve van expliciet aangegeven categorieën van instellingen. Conform het regeerakkoord gaat het hierbij niet om kleinschalige woonvormen en andere voorzieningen waarbij de woon- en verblijffunctie centraal staat. Ook is het bouwregime niet van toepassing op de privaat bekostigde zelfstandige behandelcentra en ziekenhuizen. Het wetsvoorstel biedt de mogelijkheid om het bouwregime in de toekomst geleidelijk verder te beperken. De breedte van het bouwverbod wordt ingeperkt naar de mate en het tempo waarin andere partijen in staat zijn de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en doelmatigheid van de gebouwde omgeving op zich te nemen. Het voorstel voorziet in de mogelijkheid van differentiatie naar compartiment, naar sector of naar categorieën van instellingen. Daar waar het bouwregime van toepassing is, biedt het wetsvoorstel de nodige flexibiliteit om onderdelen van de bouwprocedure uit te schakelen voor bepaalde categorieën van instellingen of delen daarvan.

### **3 DE UITVOERINGSTOETSEN**

Het concept wetsvoorstel is met het verzoek om een uitvoeringstoets te verrichten voorgelegd aan de uitvoeringsorganen op het gebied van de volksgezondheid; het College voor zorgverzekeringen, het College voor ziekenhuisvoorzieningen, de Commissie sanering ziekenhuisvoorzieningen en het Centraal orgaan tarieven gezondheidszorg. De namen van de laatstgenoemde drie uitvoeringsorganen luiden met ingang van 1 januari 2000 onderscheidenlijk het College bouw ziekenhuisvoorzieningen, het College sanering ziekenhuisvoorzieningen en het College tarieven gezondheidszorg. In de hierna volgende tekst worden deze namen gebruikt. Met dit wetsvoorstel worden de namen van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen en het College sanering ziekenhuisvoorzieningen gewijzigd in het College bouw zorginstellingen en het College sanering zorginstellingen.

De resultaten van de uitvoeringstoetsen zijn in het onderhavige wetsvoorstel verwerkt. In dit hoofdstuk worden de algemene bevindingen van de uitvoeringsorganen ten aanzien van het wetsvoorstel kort weergegeven. De aanbevelingen die betrekking hebben op de invulling van de nadere regelgeving op grond van dit wetsvoorstel, betrekken wij bij de vormgeving van die nadere regelgeving. Dit geldt met name voor de beslistermijnen en de bij een aanvraag noodzakelijk te overleggen gegevens.

In het concept wetsvoorstel zoals dat aan de bovengenoemde organen is voorgelegd werd het begrip instelling in artikel 1, onder d, als volgt gede-

finieerd: «een instelling als waarop de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten of de Ziekenfondswet betrekking heeft, ongeacht de wijze waarop de kosten van de zorgverlening worden vergoed». In het huidige voorstel is de reikwijdte van het wetsvoorstel anders geformuleerd: het voorstel heeft nu betrekking op rechtspersonen die zorg verlenen ten laste van de AWBZ en de Ziekenfondswet en op een tweetal categorieën instellingen (ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra) waarvan de kosten van de zorgverlening niet in het kader van de AWBZ of Ziekenfondswet worden vergoed.

In het concept wetsvoorstel was vastgelegd dat in beginsel elke zorginstelling diende te beschikken over een exploitatietoestemming en – indien er sprake was van bouw – over een vergunning. In het onderhavige voorstel is met betrekking tot het bouwregime bepaald dat alleen instellingen die bij algemene maatregel van bestuur daartoe zijn aangewezen onder het bouwregime vallen.

Tevens is in het huidige voorstel de term «zorgvisie» uit het oorspronkelijke voorstel vervangen door de term «beleidskader». Dit is gebeurd om de verschillen in aard en functie tussen «zorgvisie» en «regiovisie» ook in de gebruikte terminologie tot uitdrukking te laten komen. Waar de Colleges in hun uitvoeringstoetsen spreken over «zorgvisie» is deze term in de onderstaande tekst vervangen door «beleidskader».

### *3.1 Bevindingen van het College voor zorgverzekeringen*

Het College voor zorgverzekeringen wees er op dat een systeem van aanbodbeheersing op gespannen voet kan staan met een verzekeringsstelsel. Het College merkte in dat verband op dat indien de koppeling met de zorgbehoefte wordt losgelaten, aanbodregulering een volwaardige uitvoering van de verzekering in de weg kan staan. Naar het oordeel van het College dreigen fricties met de eisen die het verzekeringsstelsel aan het beleidskader stelt met name waar initiatieven voor exploitatie uitsluitend geweigerd worden wegens overschrijding van het budgettaire kader. Hiernaast merkt het College op dat het systeem van aanbodregulering zoals dat in het wetsvoorstel is vastgelegd niet goed past bij de ontwikkelingen in het eerste compartiment, die het College samenvat onder de noemers regionalisering en flexibilisering.

### *3.2 Bevindingen van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen*

Het College bouw ziekenhuisvoorzieningen stelde vast dat het wetsvoorstel een brede reikwijdte kent waarmee een integrale beleids- en besluitvorming over intra-, semi- en extramurale zorgverlening mogelijk wordt. De gekozen functionele benadering faciliteert de extramuralisering, de ontwikkeling van nieuwe zorgvormen die niet te vatten zijn in de traditionele begrippen als intramuraal en extramuraal en de ontwikkeling van zorgketens. Het College concludeerde dat het wetsvoorstel flexibel van opzet is: niet alleen de wet, maar ook specifieke onderdelen kunnen voor bepaalde categorieën van voorzieningen buiten toepassing worden verklaard. Deze kenmerken beoordeelt het College als positief. Het College merkte op dat de grote flexibiliteit van de wet zich er voor leent om eventueel gewijzigde inzichten inzake de aansturing van de gezondheidszorg in de toekomst te faciliteren. Het College stelde vast dat het wetsvoorstel ontschotting, zorgketenvorming in het aanbod en vraaggerichte zorg kan bevorderen, maar dat dat evenzeer afhankelijk is van de financierings-systematiek.



### *3.3 Bevindingen van het College sanering ziekenhuisvoorzieningen*

Het College sanering ziekenhuisvoorzieningen merkte op verheugd te zijn over het feit dat in tegenstelling tot de huidige WZV een wettelijke basis wordt geboden voor – indien nodig – de aanwending van collectieve middelen ten behoeve van sanering van alle instellingen waar nu nog een onderscheid wordt gemaakt tussen ziekenhuizen en bijvoorbeeld verpleeghuizen.

Het College merkte op dat voor hem hoofdzakelijk de artikelen 16 en 17 van belang zijn. Het College constateerde dat deze artikelen in hoge mate zijn geënt op de regeling in de WZV, zoals die luidt na inwerkingtreding van de Wet uitvoeringsorganen volksgezondheid (Stb. 1999, 185).

### *3.4 Bevindingen van het College tarieven gezondheidszorg*

Het College tarieven gezondheidszorg (CTG) constateerde dat het onderhavige wetsvoorstel een flexibele wet is die zowel het huidige als toekomstig ander beleid kan faciliteren. Het CTG vond dit ten algemene een positief gegeven. Deze flexibiliteit maakte het voor het CTG echter lastig de consequenties voor de WTG in te schatten. De opmerkingen van het CTG betreffen dan ook in de kern de vraag over de relatie tussen de gepresenteerde flexibiliteit van de wet en de toepassing van de WTG.

## **4 HOOFDLIJNEN VAN HET VOORSTEL**

In dit hoofdstuk bespreken wij het beleidskader (4.1.1), de regiovisie (4.1.2), en de relatie tussen beide (4.1.3). In 4.2 besteden wij aandacht aan de reikwijdte van het wetsvoorstel. Daarbij wordt een onderverdeling gemaakt naar instellingen (4.2.1), bouw (4.2.2) en nadere invullingsmogelijkheden (4.2.3). Hoofdstuk 4.3 gaat over de exploitatietoestemming. Achtereenvolgens bespreken wij de inhoud van de exploitatietoestemming (4.3.1), het winsttoegmerk (4.3.2) de geldigheidsduur (4.3.3), de verlening van de exploitatietoestemming door het College voor zorgverzekeringen (4.3.4), de verlening van de exploitatietoestemming door de Minister (4.3.5), de rol van de verzekeraars (4.3.6) de goedkeuringsprocedure voor de bouw (4.3.7) en de beëindiging van de exploitatie (4.3.8).

### *4.1 Beleidskader en regiovisie*

#### **4.1.1 Beleidskader**

Het beleidskader legt een relatie tussen de mede door ontwikkelingen van de zorg en geneeskunde en door demografische ontwikkelingen ingegeven veranderingen in de zorgvraag en de daarom benodigde ontwikkelingen in het zorgaanbod. Het is een sectorale beschrijving van de beleidsmatig gewenste situatie in de zorg in de desbetreffende sector en de daaruit volgende beleidsmatig gewenste ontwikkeling in die sector, de organisatie van de zorgverlening en de daarbij behorende verantwoordelijkheidsverdeling. Daarvan worden de gewenste ontwikkelingen van bouwkundige infrastructuur, personeelsinfrastructuur en informatietechnologische infrastructuur afgeleid. Het beleidskader functioneert als toetsingskader voor de initiatieven van instellingen die vragen om de afgifte of wijziging van een exploitatietoestemming.

Naarmate het proces van een centraal aanbodgestuurd naar een decentraal vraaggericht stelsel zich verder ontwikkelt, verandert de wijze waarop de overheid haar verantwoordelijkheid voor het borgen van publieke belangen waarmaakt. In een decentraal vraaggericht stelsel

worden deze belangen geborgd door het bepalen van de randvoorwaarden waarbinnen de decentrale partijen kunnen handelen. Deze verandering zal ook tot uitdrukking komen in de omschrijving van het beleidskader. Het beleidskader zal zich steeds minder richten op het aanbod en steeds meer op de randvoorwaarden voor het handelen van partijen in het veld en de spelregels waaraan deze partijen zich moeten houden.

Het beleidskader wordt tweejaarlijks bekend gemaakt door de Minister. Het gaat daarbij niet om het iedere twee jaar bekend maken van een compleet nieuw beleidskader, maar om een tweejaarlijkse actualisatie op die onderdelen waar dat noodzakelijk of gewenst is. De geldigheidsduur van het beleidskader is onbeperkt. Eerste en Tweede Kamer worden geïnformeerd over het vastgestelde beleidskader.

Het College voor zorgverzekeringen heeft in zijn uitvoeringstoets een tijdsperiode van twee jaar voor het beleidskader als werkbaar geoordeeld. Het College heeft in zijn uitvoeringstoets opgemerkt dat er geen overwegende bezwaren bestaan tegen een langere geldigheidsduur, mits is voorzien in de mogelijkheid van tussentijdse actualisering. Met betrekking tot de terreinen waar de ontwikkelingen in de zorgvraag snel gaan, beveelt het College voor zorgverzekeringen aan om het beleidskader globaal te houden. Op die manier is, naar het oordeel van het College, gewaarborgd dat er ruimte is om flexibel in te spelen op ontwikkelingen in de zorgvraag. Het College bouw ziekenhuisvoorzieningen maakte in zijn uitvoeringstoets een onderscheid tussen de geldigheidsduur van het beleidskader en de planningshorizon. Het College bouw ziekenhuisvoorzieningen merkte op dat in de huidige besluitvormingspraktijk wordt uitgegaan van een planningshorizon van vijf tot tien jaar. Deze tijdsperiode voldoet, aldus het College. Met betrekking tot de geldigheidsduur merkte het College op dat een periode van twee jaar te kort is. Naar het oordeel van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen is een geldigheidsduur van vier tot vijf jaar een doelmatiger tijdsperiode. Het College merkt ter zake op dat voor zover ontwikkelingen dit noodzakelijk maken, voorzien zou kunnen worden in een tussentijdse aanpassing. In onderhavig voorstel is er voor gekozen om geen vaste geldigheidsduur van het beleidskader vast te leggen om verstarring te voorkomen. De tweejaarlijkse bekendmaking garandeert dat het beleidskader actueel blijft. De planningshorizon zal op die onderdelen die grote investeringen – bijvoorbeeld in de infrastructuur van de zorgverlening – betreffen, zeker de door het College bouw ziekenhuisvoorzieningen genoemde periode tussen de vijf en de tien jaar beslaan. Voor die terreinen waar de ontwikkelingen in de zorgvraag of op het terrein van het zorgaanbod snel gaan, zal de periode waarover het beleidskader vooruitkijkt korter zijn. Met het College voor zorgverzekeringen zijn wij van mening dat er op die manier voldoende ruimte zal zijn om flexibel en adequaat op de ontwikkelingen in te spelen. Het beleidskader bevat voor de volle breedte van de sector het samenvattende inzicht over de benodigde ontwikkelingen gericht op het in stand houden of het tot stand brengen van een evenwichtig, doelmatig en voor eenieder toegankelijk stelsel van zorg. Het beleidskader beschrijft het beleid waar mogelijk op hoofdlijnen. Daarnaast heeft de Minister de bevoegdheid om het beleidskader nader te omschrijven in beleidsregels. Deze beleidsregels kunnen onder meer betrekking hebben op de genoemde behoefte voor zover de noodzaak daartoe voortvloeit uit het beleidskader. Het College bouw ziekenhuisvoorzieningen merkte in dit kader in zijn uitvoeringstoets op dat de wet zelf behoort uit te gaan van het behoeftebegrip. Het College wees er op dat de Minister rekening mag houden met financiële omstandigheden, maar niet zonder meer voorbij kan gaan aan de vraag of de behoefte en het aanbod elkaar dekken. Het College voor zorgvoorzieningen merkte in zijn uitvoeringstoets op dat een systeem van aanbodregulering op gespannen voet kan staan met een

verzekeringstelsel. De WEZ wordt een financiële planningswet, waarin alleen nog in de considerans een link met de zorgbehoefte word gelegd, aldus het College voor zorgverzekeringen. Het College wees er op dat indien de koppeling met de zorgbehoefte wordt losgelaten, aanbodregulering een volwaardige uitvoering van de verzekering in de weg kan staan.

In het voorgestelde systeem vindt de afstemming tussen de vraag en het, gelet op de beschikbare financiële ruimte, te realiseren aanbod plaats in het beleidskader. Hierbij geldt dat verzekeraars, gelet op de beschikbare middelen er het beschikbare aanbod, voldoende zorg moeten kunnen contracteren om hun zorgplicht waar te maken. Gegevens omtrent de te verwachten ontwikkelingen in de vraag wegen mee bij de bepaling van de hoogte van het financiële kader dat voortvloeit uit de zorgnota. Dergelijke gegevens kunnen bijvoorbeeld blijken uit de regiovisies of uit informatie van de Regionale Indicatie Organen, zorgkantoren en ziektekostenverzekeraars. De hoogte van het kader zal tevens worden beïnvloed door het bedrag dat redelijkerwijs aan premies van burgers mag worden verlangd om een toegankelijk en betaalbaar stelsel van zorg ter beschikking te hebben. In dat evenwicht van geobjectiveerde behoefte en betaalbaar stelsel van zorg geven de financiële kaders de genormeerde behoefte weer. Uitgaande van deze systematiek is het van belang om in het beleidskader ook de criteria vast te leggen die worden gehanteerd bij het bepalen van de prioriteit van projecten bij de besluitvorming over de exploitatietoestemming. Deze prioriteringscriteria vormen het sluitstuk van de afstemming tussen vraag en te realiseren aanbod. De prioriteringscriteria vormen een wegingssysteem dat wat betreft de inhoudelijke invulling voortkomt uit de beleidsvoornemens. Zij voegen hier keuzemogelijkheden aan toe, die gehanteerd worden wanneer er meerdere mogelijkheden zijn om een knelpunt op te lossen of wanneer de door het veld voorgestelde oplossingen meer middelen vergen dan beschikbaar zijn. Bij prioriteringscriteria denken wij aan criteria die betrekking kunnen hebben op de inhoud van de zorg, de spreiding, de doelmatigheid van de zorginstelling en de bouwkundige en functionele staat. Het College voor zorgverzekeringen wees er terecht op dat de inhoud van de prioriteringscriteria sterk afhankelijk is van de inhoud van het beleidskader. Daarnaast wees het College er op dat de criteria voldoende duidelijk en goed toepasbaar dienen te zijn. Het College bouw ziekenhuisvoorzieningen gaf aan dat het zou moeten gaan om het hanteren van criteria bij een meer algemene beschrijving van de urgentie van een project, bij voorkeur binnen één sector. Het College merkte op dat prioritering als sluitstuk van de besluitvorming aan de orde is als blijkt dat het geheel van de projecten niet inpasbaar is in het financieel kader. Naar het oordeel van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen lijkt het, ervan uitgaande dat er een financieel kader beschikbaar hoort te zijn dat grosso modo overeenkomt met de bouwbehoefte, niet nodig een complete ranglijst van projecten op te stellen. Toepassing van een uitstelpassage en daarmee het in reserve houden van bouwplannen, verdient naar het oordeel van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen de voorkeur boven weigering van projecten en het doorschuiven naar een volgende cyclus.

Ook als het verdelen van de beschikbare financiële ruimte niet aan de orde is, kan prioritering noodzakelijk zijn. Wanneer er verschillende initiatieven zijn die willen voorzien in dezelfde zorgvraag, kan het maken van een keuze aan de orde zijn. Prioritering aan de hand van vastgelegde en voor iedereen kenbare criteria maken de noodzakelijke keuzen zo inzichtelijk en objectief mogelijk. Een financieel kader dat overeenkomt met de bouwbehoefte biedt in dat opzicht geen garanties. Immers, de vaststelling van bouwbehoefte gebeurt op basis van een geobjectiveerde benadering. In de praktijk kan een instelling eerder de wens hebben tot wijziging van

een infrastructurele situatie, dan op basis van een objectieve meting van de bouwbehoefte normatief gezien noodzakelijk wordt geoordeeld. Voor een gedeelte zullen dergelijke initiatieven de toetsing aan het beleidskader en de eventueel daarop gebaseerde beleidsregels niet kunnen doorstaan. Prioriteringscriteria kunnen echter een goede functie als sluitstuk van de besluitvorming vervullen, als er als gevolg van beperkte financiële mogelijkheden gekozen moet worden. Met het oog op de rechtszekerheid is de huidige werkwijze van toepassing van een uitstelpassage en het in reserve houden van bouwplannen in het nu voorgestelde systeem verlaten.

Het College bouw ziekenhuisvoorzieningen pleitte in dit kader verder voor het maken van een onderscheid tussen uitbreidings- en instandhoudingsinvesteringen. Naar mening van het College zou voor instandhoudingsinvesteringen bij voorkeur geen prioriteitenstelling noodzakelijk zijn. In de huidige situatie vallen instandhoudingsinvesteringen voor het grootste gedeelte buiten de bouwprioritering, omdat zij via de WTG-beleidsregel instandhoudingsinvesteringen kunnen worden bekostigd. Deze middelen zijn voldoende om investeringen te bekostigen die in normale omstandigheden noodzakelijk zijn om de infrastructuur gedurende de levenscyclus bouwkundig en functioneel op peil te houden. Het wetsvoorstel verandert deze basisgedachte niet.

Het College voor zorgverzekeringen beschreef het karakter van het beleidskader als een algemeen verbindend voorschrift. In het verlengde daarvan merkte het College op dat beleidskader en beleidsregels een toetsingskader vormen waarvan niet alle onderdelen een zelfde bindende werking hebben.

Algemeen verbindende voorschriften zijn naar buiten werkende, voor de daarbij betrokkenen bindende, algemene regels, uitgegaan van het openbaar gezag dat de bevoegdheid daartoe bij of krachtens de wet, en in uitzonderingsgevallen bij of krachtens een zelfstandige algemene maatregel van bestuur heeft verkregen. Het beleidskader is echter veeleer een beleidsvisie als kader voor het handelen van de Minister en het College voor zorgverzekeringen bij de beoordeling van aanvragen om een exploitatietoestemming. Eventuele beleidsregels normeren de toepassing van de ruimte voor belangenafweging die het beleidskader biedt.

Naar het oordeel van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen verdient het de voorkeur om het beleidskader niet te laten fungeren als het primaire toetsingskader voor het nemen van beschikkingen. Het College meende dat het daarvoor als beleidsdocument niet geschikt is en bestuursrechtelijk onvoldoende herkenbaar is voor de Algemene wet bestuursrecht (Awb), hetgeen naar oordeel van het College tot voortdurende discussie over de rechtsgevolgen van onderdelen van het beleidskader kan leiden. Het College beval aan het beleidskader op die onderdelen waar het wetsvoorstel een toetsing veronderstelt aan een kader, leidend tot afgifte van beschikkingen, om te zetten in beleidsregels. Het beleidskader kan dan, naar het oordeel van het College, fungeren als bron van en toelichting op de beleidsregel.

De opmerkingen over het karakter van het beleidskader van beide colleges moeten worden gezien in het licht van het feit dat in het aan hen voorgelegde voorstel expliciet was opgenomen dat de Minister zijn beleidskader nader kan omschrijven in beleidsregels. Kennelijk heeft dit tot onduidelijkheid over de verhouding tussen het beleidskader en de beleidsregels geleid. De bevoegdheid om beleidsregels te stellen, heeft de Minister al op grond van artikel 4:81 van de Awb; de expliciete bepaling daaromtrent in dit wetsvoorstel is, als zijnde overbodig, geschrapt. In het voorgestelde systeem is het beleidskader het toetsingskader. Het beleidskader is per definitie de bron voor eventuele beleidsregels. Beleidsregels zijn er

immers om de toepassing van de ruimte voor belangenafweging die het beleidskader biedt, te normeren. Het is niet uitgesloten dat het beleidskader op een bepaald onderdeel een besluit als bedoeld in de Awb inhoudt, al zal dat zoveel mogelijk worden voorkomen door het beleidskader tot hoofdlijnen te beperken. Voor zover het beleidskader desondanks op een onderdeel een besluit inhoudt, zijn de bepalingen van de Awb voor dat onderdeel van het beleidskader onverkort van toepassing. In die situatie worden de op grond van de Awb voorgeschreven procedures gevolgd. Het is niet nodig om daarvoor in onderhavig wetsvoorstel nog eens apart regels te stellen.

Het beleidskader en de eventuele nadere uitwerking daarvan in beleidsregels zijn bij uitstek de plaats waar de in hoofdstuk 2 beschreven modernisering per sector worden uitgewerkt. Daarbij vindt afstemming plaats tussen de verschillende sectoren en wordt aandacht besteed aan de samenhang met aanpalende beleidsterreinen.

Het beleid op hoofdlijnen wordt op vele manieren vertaald in concreet beleid. Voor een deel door benutting van het instrumentarium van deze wet en voor een deel door benutting van andere instrumenten zoals bijvoorbeeld neergelegd in de WTG en de WBMV of het verstrekken van subsidies.

Een belangrijk onderdeel van het beleidskader vormt het beschikbaar te stellen financiële kader per sector. Dit financiële kader heeft alleen betrekking op de kosten die voortvloeien uit de toestemmingen die de Minister verleent. Het gaat daarbij alleen om initiatieven waarop het bouwregime van dit wetsvoorstel van toepassing is. Voor de academische ziekenhuizen geldt een onderscheiden financieel kader. Het financiële kader voor de exploitatietoestemmingen waarmee geen bouw is gemoeid, wordt separaat door de Minister van VWS bekend gemaakt.

#### 4.1.2 Regiovisie

De regiovisie is gericht op het aanbrengen van samenhang in de gewenste ontwikkelingen op de verschillende terreinen van zorg binnen de regio. Tevens dient de regiovisie relaties te leggen tussen de verschillende sectoren van de zorg en aanpalende terreinen. Dit betekent dat bij de totstandkoming van de regiovisie meer partijen betrokken zijn dan enkel de instellingen die ingevolge de wet een individuele exploitatietoestemming nodig hebben. Binnen de regio zijn immers ook de vrije beroepsbeoefenaren, gemeenten en provincies betrokken bij de zorgverlening in brede zin.

De kracht van de regiovisie zit in de mogelijkheid om afstemming tot stand te brengen in de regio toegespitst op de specifieke regionale omstandigheden. Hoewel voor de regiovisie geen voorgeschreven sjabloon geldt, zijn er wel belangrijke bouwstenen. Dergelijke bouwstenen zijn bijvoorbeeld:

- a) een beschrijving van de aard en de omvang van de huidige en de verwachte zorgvraag;
- b) een beschrijving van de manier waarop daaraan tegemoet kan worden gekomen en wat dat betekent voor de organisatie van de zorgverlening en de relaties tussen zorgvormen;
- c) het inzichtelijk maken van knelpunten tussen vraag en aanbod en het formuleren van mogelijke oplossingen;
- d) een beschrijving van de vormen van zorg die prioriteit verdienen;
- e) een beschrijving van de relaties die er zijn met andere vormen van dienstverlening met een publiek belang, zoals wonen, vervoer, maaltijdverstrekking en dergelijke.

Voor zover in de regio voorzieningen met een landelijke functie zijn gevestigd, is het van belang dat daaraan in de regiovisie afzonderlijk aandacht wordt geschonken.

Conform het regeerakkoord is de regie bij de totstandkoming van de regiovisies bij de provincies en vier grote steden neergelegd. Deze regietak houdt in dat de provincies en de vier grote steden de totstandkoming van de regiovisies stimuleren en coördineren. Deze regietak komt tot uitdrukking in het voorschrift dat provincies en grote steden regels opstellen met betrekking tot de totstandkoming van de regiovisie. In ieder geval worden daarbij regels gesteld voor de situatie dat partijen geen overeenstemming bereiken. Indien er geen eenduidig resultaat van overleg is bereikt, geven provincie en grote stad de verschillende inzichten weer en zenden de regiovisie, vergezeld van de afwijkende opvattingen, aan de Minister. De provincie is verantwoordelijk voor de totstandkoming van de regiovisie. De vier grootstedelijke gebieden Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht worden in dit verband gelijk gesteld met provincies. De regiovisie is het resultaat van overleg tussen partijen in de regio. Bij partijen in de regio noemt het voorstel in ieder geval patiënten/consumentenorganisaties, zorgaanbieders, ziektekostenverzekeraars, gemeenten en provincie. Afhankelijk van de regionale omstandigheden kunnen ook anderen worden geraadpleegd. In sommige situaties kunnen bijvoorbeeld woningbouwcorporaties of sociale diensten relevante informatie of betrokkenheid hebben bij onderdelen van een brede regiovisie. Wij hechten er aan om het belang van de betrokkenheid van patiënten/consumentenorganisaties bij de totstandkoming van regiovisies te benadrukken. In het overleg kunnen zij onder meer een belangrijke rol vervullen waar het gaat om de beleving van een adequaat zorgaanbod en de beschrijving van de daadwerkelijke zorgvraag. De betrokkenheid van gemeenten is onder meer van belang met het oog op de taken die zij hebben op grond van de Wet collectieve preventie volksgezondheid. Deze taken hebben betrekking op het bevorderen van de onderlinge afstemming tussen collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg. Daarnaast zijn gemeenten verantwoordelijk voor de onafhankelijke indicatieorganen in het kader van de AWBZ, zijn zij verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wet voorzieningen gehandicapten en leveren zij een belangrijke bijdrage aan het realiseren van allerlei flankerende welzijnsvoorzieningen zoals tafeltje-dek-je projecten. Vanuit deze taken beschikken gemeenten over brede informatie over de zorgvraag.

Het gaat om het op regionaal niveau inkleuren van de gewenste beleidsontwikkeling op basis van onder meer de demografische ontwikkeling en de samenhang met aanpalende terreinen van zorg- en dienstverlening. Het College voor zorgverzekeringen merkte op dat de nu voorgestelde regelgeving onvoldoende is indien het de bedoeling is dat de regiovisies een richtinggevend kader vormen voor het contracteerbeleid van de zorgkantoren. Het wetsvoorstel beoogt niet de positie en de taken van de zorgkantoren te regelen. Het is niet het oogmerk om de regiovisie rechtsgevolg te laten hebben voor het contracteerbeleid. Wel kan de betrokkenheid van de verzekeraars bij het proces van opstellen van de regiovisie materieel gevolgen hebben voor de keuzen die verzekeraars maken binnen hun beleidsruimte.

Het College voor zorgverzekeringen stelde in dit verband dat de regiovisie als aanvullend toetsingskader lijkt te fungeren bij de beoordeling van aanvragen. Dat is niet het geval. Uit de deelname aan en de betrokkenheid bij de totstandkoming van de regiovisie vloeien echter taken en verantwoordelijkheden voort waaraan partijen zich moreel committeren. Dat geldt met name voor de ziektekostenverzekeraars in het eerste en tweede compartiment vanwege de nadrukkelijk aan hen toebedeelde rol.

De regiovisie moet een document zijn waarin duidelijk wordt wat partijen vinden. Aan het ontbreken van een regiovisie zijn geen rechtsgevolgen verbonden. De regiovisie bevat als resultaat van overleg hoofdlijnen van beleid waaraan partijen ieder met hun eigen verantwoordelijkheden en bevoegdheden invulling geven. Hieruit vloeit voort dat de regiovisie niet is bedoeld als planningsinstrument. De in de regiovisie te maken afspraken mogen niet van dien aard zijn dat nieuwe aanbieders niet vrijelijk kunnen toetreden op de markt. In dat geval zijn dergelijke afspraken immers in strijd met het mededingingsrecht.

#### 4.1.3 Relatie tussen beleidskader en regiovisie

Het beleidskader en de regiovisie zijn naar aard en functie zeer verschillend. Om beleid in de sectorale beleidskaders te kunnen formuleren maakt de Minister gebruik van beschikbare informatie over de zorg. Informatie over de manier van aanwending van verschillende verantwoordelijkheden en bevoegdheden blijft van belang voor het volgen van de ontwikkelingen in de zorg. Daarbij kunnen verschillen tussen de regio's tot verschillende accenten in de regiovisies leiden. Om die reden is er een tweeledig informatietraject in dit wetsvoorstel opgenomen. In een voortschrijdend systeem van regiovisie en beleidskader vindt informatieoverdracht plaats. Zeker waar verantwoordelijkheden en bevoegdheden naar de functionele partners worden verlegd, is de regiovisie voor de Minister een belangrijke informatie- en evaluatiebron. Daarnaast zijn instellingen individueel gehouden bepaalde informatie aan de Minister te verschaffen. Ook deze rapportage is voor de Minister een belangrijke informatie- en evaluatiebron.

De tweejaarlijkse actualisatie van de sectorale beleidskaders en de totstandkoming van de regiovisies functioneren in relatie tot elkaar als een voortrollend systeem. De regiovisies houden rekening met het beleid dat de Minister in zijn sectorale beleidskaders heeft neergelegd, maar het eindproduct van afstemming in de regio functioneert op zijn beurt als informatiebron bij het actualiseren van de sectorale beleidskaders. Daarnaast kent de regiovisie het belangrijke zelfstandige doel het bereiken van afstemming tussen de diverse sectoren in de regio.

### 4.2 Reikwijdte

#### 4.2.1 Instellingen

Ingevolge het wetsvoorstel dient een instelling over een exploitatie-toestemming te beschikken alvorens tot het daadwerkelijk exploiteren van de instelling mag worden overgaan. Dit vereiste richt zich tot rechtspersonen die zorg verlenen waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ of Ziekenfondswet. Naast instellingen waarbij de kosten van de zorgverlening op grond van de AWBZ of Ziekenfondswet worden vergoed, vallen twee categorieën instellingen onder de reikwijdte van dit voorstel die niet via een van deze wetten worden gefinancierd: privaat gefinancierde ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra. De laatste categorie is in 1998 onder de reikwijdte van de WZV gebracht. Met de voorgestelde formulering van artikel 4, tweede lid, blijft het voor de Minister van VWS mogelijk om het bestaan van deze instellingen te betrekken bij het te formuleren beleid inzake de zorginfrastructuur. Dit is van belang om het financieel evenwicht van de zorgsector in zijn geheel en de wijze van zorgverlening door deze instellingen te kunnen bewaken.

Nu dit voorstel de exploitatie van een instelling, en niet de bouw ervan, als aangrijpingspunt heeft, is het mogelijk om ten aanzien van de privaat gefinancierde ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra een genuanceerde keuze te maken voor het instrumentarium dat nodig is om het

financieel evenwicht van de zorgsector en de wijze van zorgverlening te kunnen bewaken. Met het onderbrengen van deze instellingen onder de reikwijdte van dit wetsvoorstel kunnen eisen gesteld worden aan de bestuursstructuur en aan de ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering van deze instellingen. Om de genoemde doelstellingen te kunnen bewaken, blijven deze instellingen aan de individuele toets onderworpen: zij worden niet collectief als in het bezit van een exploitatietoestemming aangemerkt. Van de mogelijkheid om voorschriften aan de exploitatietoestemming te verbinden hoeft echter geen gebruik te worden gemaakt zolang de zorgverlening in deze instellingen voldoet aan de eisen die daaraan in de sectorale beleidskaders worden gesteld. Hierbij wordt bijvoorbeeld gedacht aan aspecten als intercollegiale toetsing en achtervang bij medische complicaties.

Ten aanzien van volledig privaat gefinancierde instellingen geldt dat een eventueel uit winstoogmerk voortvloeiende hogere rekening niet aan de ziekenfondsen of uitvoeringsorganen AWBZ kan worden gepresenteerd. Om die reden geldt het verbod op winstoogmerk niet voor de privaat gefinancierde ziekenhuizen en zelfstandig behandelcentra. Ook voor investeringen in bouw geldt dat de investeringen niet aan de collectieve sector worden doorberekend. In verband met het beleidsvoornemen om het bouwregime zo beperkt mogelijk toe te passen en gelet op het feit dat het exploitatieregime voldoende geschikt is om het instandhouden van een evenwichtig en doelmatig en voor eenieder toegankelijk stelsel van zorg te bewaken, zijn de twee categorieën privaat bekostigde zorginstellingen niet onder het bouwregime van het wetsvoorstel gebracht. Dit vloeit voort uit de formulering van artikel 4, derde lid.

Het voorstel richt zich tot instellingen: individuele beroepsbeoefenaren vallen niet onder de reikwijdte van dit voorstel. Individuele beroepsbeoefenaren vallen in beginsel wel onder het bereik van het beleidskader, omdat het beleid gericht is op het tot stand brengen en in stand houden van een evenwichtig, doelmatig en voor eenieder toegankelijk stelsel van zorg. Bij het formuleren van een beleidsvisie over de gewenste ontwikkelingen in de zorg kan immers aan zo'n belangrijke groep zorgverleners niet worden voorbijgegaan. Hetzelfde geldt voor de regiovisie.

#### 4.2.2 Bouw

Wanneer sprake is van bouw, wordt de exploitatietoestemming verleend door de Minister. Dit toestemmingsvereiste geldt echter alleen wanneer voor de exploitatie van bij algemene maatregel van bestuur aangewezen categorieën van instellingen een bij die maatregel aangewezen vorm van bouw voorgenomen is. In alle andere gevallen wordt de exploitatietoestemming aangevraagd bij het College voor zorgverzekeringen. In paragraaf 4.2.3 en in hoofdstuk 8 wordt de nadere invulling van het bouwregime besproken. In paragraaf 4.3.5 en 4.3.7 en in de artikelsgewijze toelichting wordt de te volgen procedure voor initiatieven met bouw verder toegelicht.

#### 4.2.3. Nadere invullingsmogelijkheden

Bij algemene maatregel van bestuur kan een nadere invulling van het toepassingsgebied van dit wetsvoorstel worden gegeven:

1. delen van de wet kunnen niet, of niet langer, van toepassing worden verklaard op bepaalde categorieën van instellingen of delen daarvan;
2. bepaalde categorieën van instellingen kunnen worden aangemerkt als in het bezit van een exploitatietoestemming;
3. bepaalde categorieën van instellingen kunnen voor bepaalde vormen van bouw voor het bouwregime worden aangewezen.



Door zorgvuldig gebruik van deze instrumenten kan de huidige gedetailleerde aanbodsturing steeds verder worden gedereguleerd wanneer andere instrumenten om een doelmatig, voor eenieder toegankelijk en evenwichtig stelsel van gezondheidszorg te bevorderen, in voldoende mate aanwezig zijn. In hoofdstuk 9 beschrijven wij de deregulering die met dit voorstel al direct wordt bereikt en gaan wij dieper in op de mogelijkheden tot verdergaande deregulering die dit voorstel biedt.

Het College voor zorgverzekeringen gaf in zijn uitvoeringstoets aan dat er geen aanleiding is om de begrippen instelling, exploitatie en bouw nader te omschrijven of in te perken. Het College bouw ziekenhuisvoorzieningen meende daarentegen dat het begrip instelling niet voldoende onderscheidend wordt gedefinieerd en dat het begrip bouw niet wordt omschreven, doch dat alleen vormen van bouw worden aangegeven. Het CTG merkte op dat de verwijzing naar de in de AWBZ en Ziekenfondswet gebruikte definitie van instelling geen beeld geeft over de invulling van het begrip. Het CTG gaat er van uit dat de categorieën van instellingen nader worden aangeduid. Het College sanering ziekenhuisvoorzieningen merkte ter zake op dat een duidelijke limitatieve opsomming van instellingen waarop het wetsvoorstel van toepassing is meer duidelijkheid en rechtszekerheid biedt. Ten opzichte van het oorspronkelijke voorstel zoals dat aan de genoemde organen is voorgelegd, is inmiddels de mogelijkheid geschapt om de begrippen «instelling» en «exploitatie» nader te omschrijven. De mogelijkheid om de vormen van bouw nader te omschrijven is overgeheveld van artikel 1 naar artikel 4, derde lid. Deze nadere omschrijving is nodig om het geleidelijk inperken van het bouwregime mogelijk te maken.

Het onderhavige wetsvoorstel richt zich op rechtspersonen die zorg leveren waarop ingevolge de AWBZ of de Ziekenfondswet aanspraak bestaat, alsmede op ziekenhuizen of zelfstandige behandelcentra die overeenkomstige zorg leveren, die niet ten laste van de AWBZ of Ziekenfondswet gefinancierd wordt. In artikel 1 wordt «instelling» gedefinieerd als een rechtspersoon die een exploitatietoestemming heeft als bedoeld in artikel 4. Hiermee is aansluiting gezocht bij de definitie van «instelling» in de AWBZ en Ziekenfondswet. Het hanteren van een afwijkende definitie zou de helderheid van de regelgeving en de uitvoerbaarheid niet ten goede komen.

Van de mogelijkheid de reikwijdte van dit wetsvoorstel nader in te vullen, wordt in ieder geval gebruik gemaakt om de hierboven beschreven voorgenomen beperking van de werkingssfeer met betrekking tot instandhoudingsbouw waarvan de geraamde kosten de budgetruimte niet overschrijden, te realiseren. Daarnaast zijn de bepalingen met betrekking tot de bouwregulering alleen van toepassing op bepaalde vormen van bouw ten behoeve van expliciet aangewezen categorieën van instellingen. Instellingen waarvoor ook nu al geen voorschriften in het kader van de WZV gelden, vallen straks evenmin onder het bouwregime. Dit geldt ook voor de privaat bekostigde instellingen, genoemd in het tweede lid van artikel 4. Tot slot vallen de onder de werkingssfeer van de WZV vallende kleinschalige woonvormen en andere voorzieningen waar de woon- en verblijffunctie centraal staat, straks niet onder het bouwregime.

Het College bouw ziekenhuisvoorzieningen merkte in zijn uitvoeringstoets terecht op dat bij het formuleren van uitzonderingsregimes steeds de gevolgen in het kader van aanpalende wetgeving moeten worden onderzocht. Dit geldt met name voor de gevolgen op het gebied van de bekostiging, indien in de van toepassing zijnde WTG-beleidsregel een relatie met de exploitatietoestemming of de vergunning is opgenomen.

In de huidige AWBZ en Ziekenfondswet kunnen bepaalde instellingen als toegelaten worden aangemerkt. In kader van de AWBZ zijn bijvoorbeeld instellingen die zorg verlenen als bedoeld in artikel 26 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering, als toegelaten aangemerkt. Genoemd artikel 26 gaat over onderzoek bij zwangeren naar dragerschap van het hepatitis-B virus door een laboratorium dat daartoe door het Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu is aangewezen. In het kader van de Ziekenfondswet zijn onder meer instellingen die verloskundige hulp verlenen als bedoeld in artikel 8, eerste lid, onder e, van de Ziekenfondswet en instellingen die ambulancevervoer verrichten als bedoeld in de Wet ambulancevervoer, als toegelaten aangemerkt. Deze mogelijkheid om bepaalde categorieën van instellingen als toegelaten aan te merken, is in dit wetsvoorstel gehandhaafd. In afwijking van de hoofdregel dat een individuele exploitatietoestemming is vereist, kunnen bij algemene maatregel van bestuur categorieën van instellingen worden aangemerkt als in het bezit van een exploitatietoestemming. Dit betekent dat de instelling die tot de aangewezen categorieën behoort automatisch over een exploitatietoestemming beschikt, zonder dat een individuele toets plaatsvindt. Voor alle helderheid wordt hieraan toegevoegd dat aan het aanmerken van instellingen als in het bezit van een exploitatietoestemming soortgelijke voorwaarden en beperkingen kunnen worden verbonden, zoals bij de individuele toestemming. Hierbij wordt met name gedacht aan de eisen met betrekking tot de bestuursstructuur en de kwaliteit van de bedrijfsvoering, bedoeld in artikel 6, derde lid, onder c, en artikel 8, eerste lid, onder c. Deze voorschriften of beperkingen zijn dan echter niet op de individuele instelling toegesneden, maar gelden voor de gehele categorie. Daarnaast kunnen bijvoorbeeld de eisen die worden gesteld in de artikelen 14 en 15 ook voor deze instellingen van toepassing worden verklaard.

Overeenkomstig de aanbeveling van het College voor zorgverzekeringen zullen in beginsel de categorieën van instellingen die in het huidig systeem als toegelaten zijn aangemerkt, op grond van het voorliggende wetsvoorstel worden aangemerkt als zijnde in het bezit van een exploitatietoestemming. Zelfstandige behandelcentra worden echter in lijn met het Besluit van 11 februari 1998, waarbij zij zijn aangewezen als ziekenhuisvoorziening als bedoeld in de WZV, niet als in het bezit van een exploitatietoestemming aangemerkt. Zelfstandige behandelcentra zijn onder de WZV aan een individuele behoeftetoets onderworpen. Ook in dit voorstel is voor de exploitatie van een zelfstandig behandelcentrum een individuele toestemming vereist.

#### *4.3. De exploitatietoestemming*

##### *4.3.1 Inhoud exploitatietoestemming*

De exploitatietoestemming bevat in ieder geval de aard van de zorg die de exploiterende instelling mag leveren. Daarnaast kan in de toestemming de omvang van de zorg vermeld staan. Hierbinnen staat het de instelling vrij om om de zorgverlening naar eigen inzicht in te richten. Of er voor wijzigingen in de exploitatie wijziging van de toestemming moet worden aangevraagd, is afhankelijk van de inhoud van de toestemming en de aard van de voorgenomen wijziging. Het CTG gaat er vanuit dat het niet de bedoeling is dat een nieuwe toestemming nodig is wanneer het verhogen van de productieafspraken zou leiden tot een exploitatie boven de bandbreedte van de exploitatietoestemming. Dit is in zijn algemeenheid een onjuiste veronderstelling. Exploitatie die verder gaat dan de verleende toestemming is op grond van artikel 4 verboden. Naar mate de exploitatietoestemming ruimer is omschreven, is de vrijheid van instellingen om de

exploitatie binnen die ruimte in te vullen, groter. Bijvoorbeeld door tussen toegestane zorgvormen te substitueren.

In een exploitatietoestemming kunnen bepalingen omtrent de capaciteit van de instelling worden opgenomen. In de huidige situatie zijn dergelijke bepalingen opgenomen in de toelating van intramurale AWBZ-voorzieningen. Het CTG wees ook in dit verband op de nauwe samenhang tussen de voorgestelde exploitatietoestemming en de bekostigingssystematiek op basis van de bestaande WTG-beleidsregels. Bepalingen omtrent de capaciteit in de toestemmingen hebben een nauwe relatie met WTG-beleidsregels waarin de capaciteit een parameter voor de budgetbepaling vormt. In het verlengde hiervan achtte het CTG een concrete nadere invulling van de exploitatietoestemming van groot belang. Ook het College sanering ziekenhuisvoorzieningen en het College voor zorgverzekeringen benadrukten dat de exploitatietoestemming duidelijkheid dient te verschaffen omtrent hetgeen waarop de toestemming betrekking heeft. Het niet langer opnemen van capaciteiten in de exploitatietoestemmingen is een belangrijke stap in het transitieproces. Dit voorstel biedt daarvoor de ruimte. Het bekostigingssysteem zal zich in dat geval meer moeten ontwikkelen in de richting van het nu voor ziekenhuizen geldende systeem. Voor ziekenhuizen geldt in de huidige situatie al dat de capaciteit niet meer is opgenomen in de toelating.

De exploitatietoestemming verschaft duidelijkheid omtrent hetgeen is toegestaan. De omschrijving daarvan kan echter meer of minder gedetailleerd zijn. Het geleidelijk overgaan van centrale aanbodsturing naar een situatie waarbij verzekeraars/zorgkantoren onderhandelingsruimte krijgen, betekent ook dat de exploitatietoestemming met deze ontwikkeling mee moet kunnen gaan. Deze overgang brengt met zich mee dat de bestaande taakafbakening tussen de verschillende actoren aan verandering onderhevig is. Zolang echter steeds helder is wat de rol van de verschillende actoren is, is dat niet bezwaarlijk. Dit is in het transitieproces zeker een heel belangrijk aandachtspunt. Uitgangspunt is, dat steeds waar stappen worden gezet richting de situatie waarbij verzekeraars/zorgkantoren meer onderhandelingsruimte krijgen, die stappen in goed onderling overleg met de uitvoeringsorganen worden voorbereid. Op die manier zorgen wij ervoor dat de verschillende systemen steeds optimaal op elkaar zijn afgestemd en de door het CTG gesignaleerde risico's worden vermeden. Hetzelfde geldt met betrekking tot ons voornemen om in de toekomst geen capaciteiten meer op te nemen in die toestemmingen. Over dergelijk beleid zal tijdig overleg met het CTG worden gevoerd.

Het CTG achtte de samenvoeging van de AWBZ/Ziekenfondswet-toelating en de WZV-verklaring een logische stap, aangezien ook in de huidige systematiek de toelating en verklaring/vergunning dicht tegen elkaar aan liggen.

Het College voor zorgverzekeringen merkte op dat de exploitatietoestemming voor initiatieven die gepaard gaan met bouw een dubbele doelstelling heeft: toestemming voor de exploitatie en initiële toestemming voor de bouw. Het College wees op het belang deze deelbeslissingen goed te onderscheiden. Dit door het College genoemde onderscheid vindt plaats door de initiële toestemming voor bouw afzonderlijk op te nemen in een bijlage die integraal onderdeel van de toestemming uitmaakt.

#### 4.3.2 Winstoogmerk

Ingevolge het wetsvoorstel wordt een exploitatietoestemming uitsluitend verleend aan instellingen die geen winstoogmerk hebben (not-for-profit-instellingen). Hiermee trekt het kabinet op dit punt dezelfde lijn als thans

ingevolge de WZV geldt. Voor instellingen die niet onder de WZV vallen gold het verbod op winstoogmerk van oudsher op grond van de erkenningseisen voor de verschillende categorieën instellingen of werd het in de praktijk van het toelatingsbeleid gehanteerd. Ook het College voor ziekenhuisvoorzieningen drong aan op handhaving van het verbod op winstoogmerk.

Van zorginstellingen die worden gecontracteerd door sociale ziektekostenverzekeraars wordt geëist dat zij zich een kwalitatief goede zorgverlening primair als doel stellen, en dat zij het doelmatig en efficiënt exploiteren van een instelling als middel hanteren om dat doel te bereiken. Daarbij past niet dat collectieve middelen, opgebracht door de premiebetaler, als winstuitkering of dividend aan aandeelhouders ten goede komt, in plaats van aan de zorg. Een instelling die winst beoogt zal, uit de aard der zaak, streven naar winstoptimalisatie. De aandeelhouders zullen dat met recht van de instelling verlangen. Hierdoor bestaat het risico dat een opwaartse druk op de collectieve uitgaven ontstaat, die door de premiebetaler moet worden opgebracht. Daarbij komt dat de gerichtheid op winst het risico meebrengt dat de kwaliteit van de zorg onder druk komt te staan. Het streven naar winst en het streven naar kwaliteit liggen immers niet automatisch in elkaars verlengde. Er zijn op dit moment onvoldoende counter-vailing powers om een eventuele uitruil tussen winst en kwaliteit te kunnen bewaken. Aan de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) is een advies gevraagd over «profijtelijk zorg verlenen». In dit advies zal de RVZ tevens ingaan op de voor- en nadelen van het loslaten van het verbod op winstoogmerk voor collectief gefinancierde instellingen. Dit betekent dat de regeling ten aanzien van het winstoogmerk in de toekomst mogelijk anders kan worden.

Het verbod op winstoogmerk betekent niet dat een instelling geen positief exploitatieresultaat zou mogen behalen. Dat is niet meer dan gezonde bedrijfsvoering die van belang is voor de continuïteit van de instelling. Dit is gangbaar in de gezondheidszorg (not-for-profit). Het verbod op winstoogmerk is gericht op instellingen die zorg verlenen waarop ingevolge de AWBZ of Ziekenfondswet aanspraak bestaat en die via deze wetten worden gefinancierd. Het systeem van de wet regelt dat de exploitatie-toestemming wordt verleend aan de instelling die de zorg levert. Dit betekent dat een dergelijke instelling kan behoren tot een groter organisatorisch verband, waarvan de andere onderdelen wel een winstoogmerk (mogen) hebben. In dat het geval gaat het erom dat de collectief gefinancierde en de privaat gefinancierde middelen die in het grotere organisatorische verband omgaan, niet door elkaar lopen. Immers, via de AWBZ of Ziekenfondswet opgebrachte middelen zijn slechts bedoeld ter financiering van zorg waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ of Ziekenfondswet en niet voor andere zaken. Het moet transparant zijn hoe zo'n groter organisatorisch verband in elkaar steekt. De mogelijkheid om eisen te stellen aan de bestuursstructuur en aan de ordelijkheid en controleerbaarheid van de bedrijfsvoering van een instelling, en de regeling voor de jaarverslaggeving van zorginstellingen, zorgen samen voor optimale waarborging van de noodzakelijke transparantie. Een zorgverzekeraar kan daar zijn voordeel mee doen bij het sluiten van een contract met een instelling.

Zoals toegelicht in paragraaf 4.2.1 geldt het verbod op winstoogmerk niet voor de privaat gefinancierde ziekenhuizen en zelfstandig behandelcentra. Voor deze instellingen geldt immers dat een eventueel uit winstoogmerk voortvloeiende hogere rekening niet aan de ziekenfondsen of uitvoeringsorganen AWBZ kan worden gepresenteerd. De hierboven aangegeven redenen om vast te houden aan het verbod op winstoogmerk doen hier dus niet ter zake.

### 4.3.3 Geldigheidsduur

De geldigheidsduur van een exploitatietoestemming is in beginsel onbeperkt. Hierop zijn echter uitzonderingen mogelijk. Het is denkbaar dat aan een instelling een exploitatietoestemming voor een bepaalde periode wordt afgegeven, indien dat uit beleidsmatig oogpunt wenselijk is. De argumentatie voor een dergelijke beslissing dient zijn basis te vinden in het beleidskader.

In de exploitatietoestemming staat de startdatum van de (wijziging van de) exploitatie vermeld. In de regel zal dat 1 januari zijn van het jaar volgende op het jaar waarin de toestemming is verleend. Bij bouw ligt, afhankelijk van de verwachte bouwvoorbereidings- en bouwtijd, de startdatum van de exploitatie doorgaans verder in de toekomst. Om te voorkomen dat er een te lange periode kan ontstaan tussen de afgifte van de exploitatietoestemming en de daadwerkelijke start van de exploitatie, wordt aan de exploitatietoestemming de eis verbonden dat zij vervalt indien hiervan niet binnen een bepaalde termijn gebruik wordt gemaakt. Hiervoor is gekozen omdat het ongewenst is dat middelen gereserveerd blijven voor projecten die niet of niet tijdig worden uitgevoerd.

### 4.3.4 Verlening exploitatietoestemming door het College voor zorgverzekeringen

Er zijn twee situaties te onderscheiden waarin het College voor zorgverzekeringen de exploitatietoestemming verleent:

- 1) bij initiatieven ten behoeve van instellingen die niet behoren tot een categorie die voor het bouwregime is aangewezen;
- 2) bij een initiatief ten behoeve van een instelling die wel behoort tot een voor het bouwregime aangewezen categorie, maar waarbij geen sprake is van een bij algemene maatregel van bestuur aangegeven vorm van bouw.

Een instelling hoeft een initiatief waar geen bouw mee gemoeid is, enkel aan het College voor zorgverzekeringen voor te leggen wanneer de inhoud van de verleende exploitatietoestemming daardoor wijziging behoeft. De inhoud van de exploitatietoestemming is afhankelijk van de mate waarin de overheid nog wil sturen. Deregulering en overdracht van verantwoordelijkheden worden bereikt wanneer de exploitatietoestemming minder elementen bevat. In de kern gaat de exploitatietoestemming over de aard en de omvang van de zorg. De aard van de zorg zal altijd onderdeel blijven uitmaken van de toestemming. Uit de toestemming zal immers moeten blijken waarvoor deze is verleend. Wat betreft de omvang van de zorg (capaciteit in termen van bedden/plaatsen) is de dereguleringsvraag al nadrukkelijk in beeld. In de huidige situatie wordt in een groot aantal sectoren niet alleen het aantal instellingen bepaald, maar ook de hoeveelheid bedden, plaatsen voor dagopvang, verblijf etc. Het streven is om de kwantitatieve bepalingen in de exploitatietoestemming geleidelijk te laten vervallen waar dat mogelijk is. Naarmate de omvang van de te leveren zorg in de exploitatietoestemming ruimer wordt omschreven of wordt losgelaten, neemt de eigen vrijheid en verantwoordelijkheid van de instelling overeenkomstig toe. Dit is een van de essentiële elementen om de verschuiving van verantwoordelijkheden naar verzekeraars en zorgaanbieders te kunnen ondersteunen. In het hoofdstuk 8 wordt aandacht besteed aan de voorwaarden waaraan voldaan moet zijn alvorens dergelijke elementen uit de exploitatietoestemming los kunnen worden gelaten.

Het beleidskader is het toetsingskader voor het beoordelen van initiatieven. Voor de toestemmingen zonder bouw regelt het wetsvoorstel dat

de Minister jaarlijks het financieel kader aangeeft dat beschikbaar is voor de kosten voortvloeiend uit deze toestemmingen.

#### 4.3.5 Verlening exploitatietoestemming door de Minister

De Minister beoordeelt aanvragen om een exploitatietoestemming wanneer het gaat om:

- a. bij algemene maatregel van bestuur aangewezen vormen van bouw ten behoeve van
- b. bij die maatregel aangewezen categorieën van instellingen.

De Minister legt de aanvraag ter advisering voor aan het College bouw zorginstellingen. Het College bouw geeft in zijn advies een beoordeling ten aanzien van de toepassing van het beleidskader en de eventuele nadere omschrijving daarvan in beleidsregels, van de praktische uitvoerbaarheid en de geraamde kosten van het initiatief, gerelateerd aan de prestatie-eisen en de bekostigingsbeleidsregels op basis van de WTG. Daarbij is het van belang dat het College bouw ook zijn oordeel geeft over andere, mogelijk betere alternatieven om zorginhoudelijk hetzelfde doel te bereiken.

Na ontvangst van het advies toetst de Minister het verzoek aan het beleidskader en het hierin opgenomen financieel kader voor de kosten die voortvloeien uit de toestemmingen voor bouw. Hierbij worden de verzoeken in onderlinge samenhang gezien en wordt de onderlinge prioriteit bepaald. Deze afweging van de verschillende initiatieven geschiedt sectoraal. Ook aanvragen van academische ziekenhuizen worden in hun onderlinge samenhang gezien; zij worden aan een eigen financieel kader getoetst. De uitkomst van het afwegingsproces wordt ter advisering voorgelegd aan de verzekeraars. In de volgende paragraaf komt de rol van verzekeraars aan de orde.

Verzoeken die op de hiervoor beschreven manier beoordeeld, binnen het financieel kader passen, krijgen een exploitatietoestemming. Verzoeken die inhoudelijk gezien binnen het beleidskader passen, maar waarvan honorering als gevolg zou hebben dat het financiële kader wordt overschreden, worden geweigerd. Op grond van artikel 7 bestaat de mogelijkheid dat de Minister in geval een exploitatietoestemming in verband met overschrijding van het financiële kader niet kan worden gehonoreerd, op verzoek van de initiatiefnemer de besluitvorming aanhoudt tot het eerstvolgende besluitvormingsmoment.

Het financieel kader voor initiatieven zonder bouw, alsmede het financieel kader voor initiatieven met bouw vloeien voort uit de Zorgnota.

#### 4.3.6 Rol van de ziektekostenverzekeraars bij exploitatietoestemming

In het veranderingsproces van een centraal aanbodgestuurd naar een decentraal vraaggericht stelsel spelen verzekeraars een essentiële rol. In paragraaf 1.1 is deze rol reeds besproken. Om bij deze ontwikkelingen aan te sluiten krijgt de verzekeraar met dit wetsvoorstel een adviesrol bij de aanvragen om een exploitatietoestemming waar sprake is van bouw en bij de intrekking van en het verbinden van beperkingen aan een exploitatietoestemming. Daarmee is het oordeel van de verzekeraar/het gemandateerde zorgkantoor van groot gewicht bij de besluitvorming door het College voor zorgverzekeringen en de Minister.

#### 4.3.7 Goedkeuringsprocedure voor bouw

Toestemmingverlening door de Minister betekent dat de initiatiefnemer

aan de bouwvoorbereiding kan beginnen. De goedkeuringsprocedure voor de bouw bestaat uit twee onderdelen:

- 1) vergunningverlening door het College bouw zorginstellingen;
- 2) goedkeuring eindverantwoording door het College bouw zorginstellingen.

Bij de algemene maatregel van bestuur op grond van artikel 1, tweede lid, kan worden bepaald dat voor de beoogde bouw geen vergunning is vereist. Ook kan worden bepaald dat het goedkeuringsvereiste voor de eindverantwoording niet geldt.

Het College bouw verleent een vergunning indien de beoogde bouw overeenkomt met de verleende exploitatietoestemming (zowel inhoudelijk als financieel) en wordt voldaan aan de prestatie-eisen. Bij ministeriële regeling wordt bepaald welke gegevens ten behoeve van de besluitvorming door het College bouw moeten worden ingediend. In de regel zal uitwerking op het niveau van het definitief ontwerp vereist zijn. Het definitief ontwerp geeft inzicht in de ruimtelijke en architectonische bepaling van het bouwproject; de bouwkundige integratie van de constructies en werktuigbouwkundige en elektrotechnische installaties; de materialisering en dimensionering van het bouwkundige werk en principe-detailering voor zover nodig voor de architectonische bepaling, en bevat een raming van de bouwkosten in basiselementen. Het definitief ontwerp legt het bouwproject vast wat betreft de verschijningsvorm, de interne en externe structuur, constructieve opbouw en de financiële aspecten. Het geeft een beeld per element wat betreft opbouw, materiaal en afmetingen en geeft een compleet beeld per ruimte.

In bijzondere gevallen kan het College bouw aan de vergunning voorschriften verbinden. Dergelijke voorschriften kunnen alleen betrekking hebben op de bouw, bijvoorbeeld op de doelmatigheid daarvan. Wanneer het College bouw meent dat andere voorschriften of beperkingen van belang zijn, kan het de Minister daarop attenderen in zijn advies met betrekking tot het verzoek om afgifte van een exploitatietoestemming.

Bij goedkeuring van de eindverantwoording toetst het College bouw of de gerealiseerde bouw overeenkomt met hetgeen waarvoor vergunning is verleend. Indien een vergunning niet is voorgeschreven, toetst het College bouw de eindverantwoording aan hetgeen de Minister in de exploitatietoestemming heeft bepaald.

#### 4.3.8 Beëindiging exploitatie

Als keerzijde van de exploitatietoestemmingsregeling voor de start van de exploitatie, is in dit wetsvoorstel ook voorzien in een regeling voor de beëindiging van de exploitatie. Het gaat daarbij om de gevallen waarin de Minister of het College voor zorgverzekeringen op inhoudelijke gronden heeft besloten om de exploitatietoestemming van een instelling geheel of gedeeltelijk in te trekken. In die situatie kunnen instellingen in aanmerking komen voor een subsidie om te voorzien in de financiële gevolgen van deze beslissingen die kunnen worden samengevat onder de term «sanering». Ook is subsidieverlening mogelijk bij beëindiging van de uitvoering van bijzondere medische verrichtingen of beëindiging van het gebruik van apparatuur op grond van artikel 6, vijfde lid, van de WBMV. Het College sanering zorginstellingen is belast met de vaststelling van de hoogte van de subsidie. Overigens kan het ook voorkomen, met name bij gedeeltelijke beëindiging van de exploitatie, dat geen sprake is van een negatief saldo, waarvoor subsidie zou moeten worden verleend, maar van een positief saldo. Zo'n saldo kan worden betrokken bij het resterende deel van de

instelling, maar het College sanering kan ook bepalen dat het in het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten wordt gestort.

Het College sanering moet ook bij het saneringsproces betrokken worden in gevallen waarbij het instellingsbestuur niet verwacht dat een subsidie uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten noodzakelijk zal zijn. Aan deze verplichting, die ook nu geldt onder de WZV, liggen drie overwegingen ten grondslag. In de eerste plaats geldt dat de infrastructuur (in belangrijke mate) met collectieve middelen is gefinancierd. Het is gewenst dat een positief saldo bij het afstoten van deze infrastructuur ook weer terugvloeit in het algemeen fonds. In de tweede plaats kan in de praktijk blijken dat verwachtingen niet uitkomen of dat met factoren geen rekening is gehouden. Vaak blijkt dat er aan het eind van het saneringstraject toch behoefte te bestaan aan een subsidie. Op dat moment zijn beslissingen van het instellingsmanagement niet meer terug te draaien. Tot slot worden locaties die geschikt en bestemd zijn voor de zorgverlening steeds schaarser. Het College sanering is behulpzaam bij het zoeken naar herbestemmingsmogelijkheden binnen de zorgsector.

Om er zeker van te zijn dat het College sanering zorginstellingen zo vroeg mogelijk bij het saneringsproces wordt betrokken, is op aanbeveling van het College sanering ziekenhuisvoorzieningen, in het voorstel bepaald dat het bestuur van een instelling zich binnen zes weken na bekendmaking van een beslissing tot beperking of intrekking van een toestemming of beëindiging van de uitvoering van bijzondere medische verrichtingen, tot het College sanering wendt. In het aan de uitvoeringsorganen voorgelegde conceptwetsvoorstel was bepaald dat men zich binnen zes weken na het onherroepelijk worden van dergelijke beslissingen tot het College sanering diende te wenden.

Met betrekking tot de zes-wekentermijn beval het College sanering aan te bepalen dat dit een fatale termijn is, inhoudende dat het College sanering de bevoegdheid heeft bij overschrijding daarvan een subsidie te weigeren. Met betrekking tot de sanctie bestuursdwang merkte het College sanering op dat bestuursdwang voor de hand ligt ter handhaving van een verbod tot exploitatie of een verbod van bouw, maar dat de praktische betekenis in het kader van de saneringsregeling minder duidelijk is. Het College sanering wees in dit verband op een mogelijk praktische betekenis van de last onder dwangsom. In artikel 36 is aan het College sanering de bevoegdheid toegekend om in voorkomende gevallen bestuursdwang toe te passen. De bevoegdheid een dwangsom op te leggen komt op grond van artikel 5:32 van de Awb toe aan diegene die bevoegd is bestuursdwang uit te oefenen. De door het College sanering voorgestelde sanctie van het weigeren van subsidie heeft in dit verband geen meerwaarde.

Het College sanering ziekenhuisvoorzieningen wees op de op grond van artikel 18b, tweede lid, onder d, van de WZV, bestaande mogelijkheid om subsidie te verstrekken in het geval van vrijwillige sluiting. Het College sanering stelde vast dat deze mogelijkheid in het nu voorliggende voorstel niet expliciet is opgenomen. Het College nam aan dat dit de facto wel mogelijk zal blijven doordat een instelling zich tot het ministerie wendt met het verzoek een sluitingsbeslissing af te geven, waarna deze sluitingsbeslissing wordt genomen. Die veronderstelling is juist, maar het College sanering gaat er voorbij dat de WZV reeds met ingang van 1 januari 2000 op dit onderdeel is gewijzigd. De nu voorgestelde regeling sluit aan bij de situatie zoals die geldt vanaf die datum. In het kader van de modernisering AWBZ wordt nog bezien of het handhaven van de mogelijkheid subsidie te verlenen om te voorzien in de financiële kosten van een sanering, voor de AWBZ-sectoren gewenst is.



Het College sanering merkte voorts op dat het niet duidelijk is waarom voor de bevoegdheid van het College sanering ten aanzien van het ambulancevervoer een afzonderlijke grondslag nodig is. Een ambulancevervoerder zal immers als instelling in de zin van artikel 1, onder d, moeten worden aangemerkt, aldus het College. Het College merkte op dat dit niet geldt ten aanzien van de centrale posten ambulancevervoer. Niet duidelijk is, aldus het College, hoe moet worden omgegaan met de binnenkort tot stand te brengen Regionale Ambulance Voorzieningen. Het College sanering vroeg hiervoor nu reeds aandacht, omdat het haar verwachting is dat er anders in de nabije toekomst problemen zullen rijzen met de toegang van deze instellingen tot het College sanering. Instellingen die ambulancevervoer verrichten als bedoeld in de Wet ambulancevervoer zijn in het kader van de Ziekenfondswet als toegelaten aangemerkt. In het nu voorgestelde systeem zullen deze instellingen worden aangemerkt als in het bezit zijnde van een exploitatietoestemming. Sanering in de ambulancesector zal niet plaatsvinden op basis dit wetsvoorstel, maar op basis van de Wet ambulancevervoer. Om die reden is een afzonderlijke grondslag noodzakelijk. Op dit moment is nog niet volledig uitgekristalliseerd op welke wijze een herstructurering van de ambulancesector vorm krijgt. Besluitvorming over een eventuele uitbreiding van de taken van het College sanering zorginstellingen op dit terrein, is op dit moment niet aan de orde.

## **5 DE ZELFSTANDIGE BESTUURSORGANEN**

### *5.1 Het College voor zorgverzekeringen*

Positie en taken van het College voor zorgverzekeringen zijn geregeld in de AWBZ en Ziekenfondswet. Onderhavig wetsvoorstel schrapt in deze beide wetten de bepalingen die betrekking hebben op de toelating van instellingen. Het College voor zorgverzekeringen wordt belast met de afgifte van exploitatietoestemmingen voor initiatieven van instellingen die niet zijn aangewezen voor de toepassing van het bouwregime en voor initiatieven van instellingen die wel zijn aangewezen voor de toepassing van het bouwregime, maar die niet gepaard gaan met bouw of waarvoor de bouw niet valt onder de op grond van dit voorstel aangewezen vormen van bouw.

### *5.2 Het College bouw zorginstellingen*

Met dit wetsvoorstel wordt de naam van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen vervangen door het College bouw zorginstellingen (hierna: College bouw). Het College bouw adviseert de Minister in de fase van aanvraag om een exploitatietoestemming. Het College bouw beoordeelt de praktische uitvoerbaarheid en de geraamde kosten van het initiatief, gerelateerd aan de prestatie-eisen en aan de beleidsregels voor bekostiging op basis van de WTG.

Hoofdtak van het College bouw is de afgifte van vergunningen. Het College bouw toetst of de beoogde bouw past in de inhoudelijke en financiële omschrijving van het project in de exploitatietoestemming. Het College bouw pleitte in zijn uitvoeringstoets in dit verband voor het opnemen van een redelijke beoordelingsmarge in de toestemming. Voor het vormen van een oordeel over de zorginhoudelijke doelmatigheid, de technisch/bouwkundige doelmatigheid en de kwaliteit van de bouw, toetst het College bouw ook aan de prestatie-eisen. Een zorginstelling moet immers niet alleen uit bouwkundig oogpunt functioneel zijn, maar ook uit zorginhoudelijk oogpunt.

Het ontwikkelen en vaststellen van prestatie-eisen is een taak van het College bouw. Deze prestatie-eisen zijn niet hetzelfde als de bouwmaatstaven die het College bouw onder de WZV opstelde. Bouwmaatstaven zijn de vertaling van beleidsmatig en inhoudelijk gewenste ontwikkelingen in het zorgaanbod in technisch hanteerbare termen. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan het ontwikkelen van bouwnormen ter realisering van vergroting van privacy in verpleeghuizen. Bouwmaatstaven bevatten bijvoorbeeld toegestane vloeroppervlakten, gerelateerd aan de uitoefening van bepaalde functies. Daarnaast zijn kostennormen, bijvoorbeeld prijzen per vloeroppervlakte, van belang. Om te kunnen komen tot een verantwoorde vaststelling van de kosten die zijn toegestaan per vierkante meter vloeroppervlakte is het noodzakelijk dat de bouwmaatstaven op onderdelen tamelijk gedetailleerd zijn. Ook na inwerkingtreding van dit wetsvoorstel wordt er van uitgegaan dat het College bouw bouwmaatstaven en kostennormen ontwikkelt. De beoordeling van individuele projecten hoeft echter niet op een dergelijk gedetailleerd niveau plaats te vinden. Om die reden worden van de bouwmaatstaven en kostennormen prestatie-eisen afgeleid die worden gehanteerd bij de beoordeling van bouwprojecten.

Na afronding van het bouwproces stelt de initiatiefnemer de eindverantwoording op. Het College bouw keurt de eindverantwoording goed. Wanneer het een academisch ziekenhuis betreft, informeert het College bouw de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen omtrent zijn bevindingen. Het College bouw controleert door middel van de beoordeling van de eindverantwoording of de bouw heeft plaatsgevonden binnen de kaders die in de vergunning zijn aangegeven en of de exploitatietoestemming met betrekking tot de startdatum voor de exploitatie en eventueel andere gestelde voorschriften of beperkingen is nageleefd. Deze toets kan het College bouw tegelijkertijd met de beoordeling van de eindverantwoording uitvoeren, omdat de eindverantwoording altijd enige tijd na ingebruikname van het gebouw wordt opgesteld. In die gevallen waarbij een uitzondering is gemaakt op het vergunningvereiste toetst het College bouw of aan de exploitatietoestemming met de daarin vermelde startdatum van de exploitatie en eventueel andere gestelde voorschriften of beperkingen, is voldaan. Bij een negatieve uitkomst van deze toets, bericht het College bouw de Minister.

### *5.3 Het College sanering zorginstellingen*

Met dit wetsvoorstel wordt de naam van het College sanering ziekenhuisvoorzieningen vervangen door het College sanering zorginstellingen (hierna: College sanering). Het College sanering kan subsidie verstrekken om te voorzien in de financiële gevolgen van sanering. De basis voor deze taak ligt in eerste instantie in de beslissing van de Minister of het College voor zorgverzekeringen tot het beperken, dan wel intrekken van de exploitatietoestemming. De instelling is in beginsel zelf verantwoordelijk voor het bereiken van een zo laag mogelijk liquidatiesaldo. Hierbij blijft de instelling verantwoordelijk voor het continueren van verantwoorde zorg tijdens het saneringsproces. Het College sanering heeft tot taak om beslissingen van de instelling die gevolgen hebben voor de hoogte van het liquidatiesaldo te autoriseren. Op deze wijze beoordeelt het College sanering de naleving van de subsidievoorwaarden.

Met betrekking tot het onderwerp toezicht merkte het College sanering op dat in onderhavig wetsvoorstel twee begrippen toezicht door elkaar worden gebruikt. Het College sanering vroeg zich af of het gelet op de tekst van het voorgestelde artikel 34 geoorloofd is dat het College gemachtigden aanwijst als toezichthouders. Het College gaf aan dat het gevolg zou zijn dat er drie toezichthouders zijn, nl. de Minister, het College sanering

en de gemachtigden, waarbij de gemachtigden door de Minister zouden moeten worden aangewezen. Dit leek het College sanering onpraktisch. Het College achtte het gewenst dat het College sanering de bevoegdheid heeft gemachtigden aan te wijzen. Het houden van toezicht op de sanering zoals in artikel 16, elfde lid, aan het College sanering is opgedragen en welke bevoegdheid het College sanering aan een gemachtigde kan opdragen, onderscheidt zich van het houden van toezicht op de naleving van de wet, zoals neergelegd in artikel 34. Bij dat artikel wordt het toezicht op de naleving van de wet opgedragen aan het Staatstoezicht. In de algemene maatregel van bestuur op grond van artikel 16, vierde lid, kunnen gemachtigden eveneens als toezichthouder op de naleving van onderdelen van de wet, zoals artikel 16 zelf, worden aangewezen. Het feit dat er in dat geval met betrekking tot artikel 16 twee toezichthouders zijn (één voor de hele wet en één voor dat artikel), is niet bezwaarlijk. Zonodig maken zij over de taakafbakening afspraken.

Bij algemene maatregel van bestuur wordt aangegeven wat onder de financiële gevolgen van sanering wordt verstaan en worden de kaders gegeven waarbinnen de hoogte van de subsidie moet worden vastgesteld. Op basis hiervan ontwikkelt het College sanering een beoordelingskader voor de subsidieverlening. Dit beoordelingskader behoeft de goedkeuring van de Minister.

Het is mogelijk dat een instelling – los van de vraag of daar vervangende nieuwbouw tegenover staat – een onroerende zaak niet meer wenst te gebruiken voor de zorgverlening. De instelling dient in deze gevallen het College sanering hiervan onverwijld op de hoogte te stellen. Het College sanering bepaalt voorts of de inschatting van de financiële omvang die afstoting van een gebouw of een terrein met zich meebrengt (de geraamde opbrengst in relatie tot de boekwaarde) reëel is. Het College sanering kan bepalen dat gebouwen of terreinen niet zonder zijn goedkeuring mogen worden vervreemd. Het College sanering kan tevens bepalen dat bij verkoop de meeropbrengst ten opzichte van de boekwaarde wordt gestort in het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. Wanneer er geen sprake is van een meeropbrengst, maar van een negatief resultaat, kan het College sanering subsidie verstrekken.

#### *5.4 Sturing en toezicht*

Evenals in de WZV beschikt de Minister over instrumenten voor de aansturing van en het houden van toezicht op de zelfstandige bestuursorganen. Dit zijn:

- a) het vaststellen van beleidsregels;
- b) het goedkeuringsvereiste voor bepaalde categorieën van besluiten;
- c) de bevoegdheid over informatie te beschikken;
- d) de bevoegdheid bepaalde besluiten te vernietigen en
- e) het kunnen treffen van een taakverwaarlozingsregeling.

##### *a) het vaststellen van beleidsregels*

De Minister kan beleidsregels vaststellen betreffende de werkwijze en de uitoefening van taken van het College bouw en het College sanering. Met een beleidsregel kan de Minister de kaders waarbinnen het orgaan de wettelijk opgedragen taken dient uit te voeren, nader aangeven. Die kaders kunnen inhoudelijk, financieel en procedureel van aard zijn. Zo kan de Minister regels stellen inzake de marges die het College bouw mag hanteren bij de vergunningverlening in relatie tot de exploitatietoestemming.

##### *b) het goedkeuringsvereiste voor bepaalde categorieën van besluiten*

In het kader van de aansturing van de uitvoeringsorganen door de

Minister is geregeld dat de door het College bouw vast te stellen prestatie-eisen en het door het College sanering vast te stellen beoordelingskader voor de subsidieverlening, de goedkeuring van de Minister behoeven. In het kader van de toezichthoudende taak van de Minister zijn de volgende goedkeuringsvereisten opgenomen. Met betrekking tot de interne inrichting van deze beide Colleges is bepaald dat zij een bestuursreglement vaststellen dat zodanig is ingericht dat een doelmatig functioneren is gewaarborgd. Deze bestuursreglementen behoeven de goedkeuring van de Minister. Ook de begroting en jaarrekening worden door de onderscheiden Colleges vastgesteld en behoeven de goedkeuring van de Minister, evenals de jaarlijkse goedkeuring van de werkprogramma's van de colleges.

*c) de bevoegdheid over informatie te beschikken*

Vastgelegd is dat de Minister kan beschikken over alle bij de uitvoeringsorganen beschikbare informatie.

*d) de bevoegdheid bepaalde besluiten te vernietigen*

In bijzondere situaties kan de Minister een besluit van de onderscheiden Colleges vernietigen. Artikel 10:35 van de Awb bepaalt dat vernietiging alleen kan plaatsvinden wegens strijd met het recht of het algemeen belang.

*e) het kunnen treffen van een taakverwaarlozingsregeling*

In gevallen waarin uit de wet voortvloeiende verplichtingen niet naar behoren worden nagekomen kan bij algemene maatregel van bestuur een taakverwaarlozingsregeling worden getroffen.

De aansturing van en het toezicht op het College voor zorgverzekeringen is op vergelijkbare wijze geregeld in de Ziekenfondswet.

## **6 OVERGANGSSITUATIE**

### *6.1 Op grond van de AWBZ of Ziekenfondswet toegelaten instellingen*

Instellingen die op grond van de AWBZ of Ziekenfondswet zijn toegelaten, worden op grond van dit wetsvoorstel aangemerkt als in het bezit te zijn van een exploitatietoestemming: de eerder verleende toelating is met een exploitatietoestemming gelijk gesteld. Op grond van de artikelen 12 en 13 kunnen aan die exploitatietoestemmingen voorschriften en beperkingen worden gesteld. Voor instellingen die op grond van het Besluit zorgaanpakken bijzondere ziektekostenverzekering of op grond van het Besluit toelating instellingen als bedoeld in artikel 8a, tweede lid, van de Ziekenfondswet als toegelaten zijn aangemerkt, zal – behoudens voor instellingen die medisch specialistische zorg verlenen als bedoeld in artikel 8, eerste lid, onder c, van de Ziekenfondswet – op grond van artikel 1, derde lid, worden bepaald dat zij voor de toepassing van artikel 4, eerste of tweede lid, als in het bezit van een exploitatietoestemming worden aangemerkt.

### *6.2 Instellingen in bezit van een WZV-vergunning, maar nog niet in het bezit van een toelating op grond van de AWBZ of Ziekenfondswet*

Instellingen die op grond van de WZV een vergunning hebben ontvangen, maar nog geen toelating op grond van de AWBZ of Ziekenfondswet, worden op grond van dit wetsvoorstel geacht in het bezit te zijn van een exploitatietoestemming: de eerder verleende WZV-vergunningverlening, inclusief de daaraan verbonden voorschriften en beperkingen, is met een exploitatietoestemming gelijk gesteld.

### 6.3 Instellingen in het bezit van een WZV-verklaring

Een aanvraag om afgifte van een verklaring op grond van de WZV en een op grond van die wet afgegeven verklaring waarin de mededeling is opgenomen, dat binnen een bepaalde termijn een aanvraag om goedkeuring van een programma van eisen of schetsontwerp, of om een vergunning, niet in behandeling wordt genomen, zijn gelijkgesteld met een aanvraag om een exploitatietoestemming als bedoeld in dit wetsvoorstel. Bij de beoordeling van de tweede categorie aanvragen vindt geen toetsing aan het beleidskader meer plaats; uit de verleende verklaring blijkt immers dat aan de voorgenomen bouw behoefte bestaat. Een op grond van de WZV afgegeven verklaring waarin een dergelijke mededeling niet is opgenomen en een dergelijke verklaring waarvan de daarin genoemde termijn is verstreken, zijn met een exploitatietoestemming gelijkgesteld. Afhankelijk van de vraag of het bouwregime van toepassing is, dient een vergunning als bedoeld in artikel 10 te worden aangevraagd.

## 7 FINANCIËLE ASPECTEN

Dit wetsvoorstel heeft geen financiële taakstelling. Het kan echter een neerwaartse invloed op de ter beschikking te stellen bedragen hebben. De besluitvormingsprocedures worden aanzienlijk vereenvoudigd doordat de bestuurlijke besluitvorming minder gelaagd is. Daarnaast wordt de bouwkundige beoordeling aanmerkelijk ingeperkt door in de regel uitwerking op het niveau van het definitief ontwerp te eisen. Hiernaast valt van het systeem van budgettair bouwen een kostenbesparend effect te verwachten. We verwachten geen toename van kosten voor de organen die bij de uitvoering betrokken zijn.

Met betrekking tot de wijze waarop de academische ziekenhuizen in staat gesteld zullen worden de instandhouding van bestaande gebouwen zelf te financieren, geldt het volgende. Wanneer deze regeling op dezelfde manier wordt vormgegeven als bij de overige intramurale sectoren, zal dat voor de eerstkomende jaren tot meerkosten leiden in de sfeer van rente en afschrijvingen ten opzichte van de huidige Planning bouwvolume academische ziekenhuizen (PBA). De technische uitwerking van een dergelijke regeling is inmiddels gestart. Onderdeel daarvan is de manier waarop de meerkosten worden gedragen door ons en de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen. De meerkosten die voor onze rekening komen, worden opgevangen binnen de totaalkaders van de Zorgnota. De budgettaire ruimte van de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen wordt bepaald door het meerjarenkader van de PBA.

## 8 DEREGULERING

### 8.1 Deregulering ten opzichte van de WZV

Dit wetsvoorstel sluit aan bij het regeerakkoord waarin met betrekking tot de WZV is opgenomen dat die wet wordt gedereguleerd en niet meer van toepassing zal zijn op kleinschalige woonvormen en andere voorzieningen waar de woon- en verblijfsfunctie centraal staat.

Onderhavig wetsvoorstel kent beduidend minder beslismomenten dan de huidige WZV. Op grond van de WZV vindt besluitvorming plaats met betrekking tot documenten als verklaring, programma van eisen, schetsontwerp, bestedingsgerede stukken en vergunning, noodzakelijkerwijs gevolgd door een toelating op grond van de AWBZ of Ziekenfondswet. In plaats van deze zes beslismomenten kent dit wetsvoorstel er maximaal

drie: de toestemming, de vergunning en de eindverantwoording. Voor de meeste situaties bevat dit voorstel echter slechts één beslismoment. Dit, omdat de vergunning en de eindverantwoording onderdeel uitmaken van het bouwregime, dat alleen van toepassing is op instellingen die daarvoor expliciet zijn aangewezen. Kleinschalige voorzieningen waar de woon- en verblijfsfunctie centraal staat, worden, conform het regeerakkoord, niet onder het bouwregime gebracht.

Indien het bouwregime van toepassing is, vindt de toetsing op grond van dit voorstel plaats aan de hand van meer globale normen dan onder de WZV gebruikelijk was. Prestatie-eisen komen in de plaats van gedetailleerde bouwmaatstaven; voor vergunningverlening volstaat uitwerking op het niveau van het definitief ontwerp, in plaats van bestekstukken.

Naast een halvering van het aantal beslismomenten ten opzichte van de WZV, is ook de reikwijdte van onderhavig voorstel ten opzichte van de huidige situatie beperkt. De WZV heeft betrekking op alle ziekenhuisvoorzieningen, ongeacht de wijze van bekostiging van de zorgverlening en ongeacht de vraag of de verleende zorg is verzekerd op grond van de AWBZ of Ziekenfondswet. Onderhavig voorstel beperkt zich tot instellingen die ten laste van de collectieve middelen krachtens de AWBZ of Ziekenfondswet verzekerde zorg leveren, alsmede ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra die dergelijke zorg zuiver privaat bekostigd leveren. Zij vallen overigens niet langer onder het bouwregime zoals bij de huidige WZV het geval is. Daarnaast geldt de bemoeienis van onderhavig voorstel alleen instellingen die eerste en tweede compartimentzorg verlenen: instellingen die derde compartimentzorg bieden, vallen niet onder de reikwijdte.

Dit wetsvoorstel sluit voort aan op het vanaf 1990 in gang gezette dereguleringstraject van de WZV. In het kader van functionele decentralisatie zijn onder de WZV diverse wijzigingen doorgevoerd die zijn gericht op het steeds meer faciliteren van de overdracht van bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de overheid naar het veld. De belangrijkste dereguleringsstap die in de voorgaande regeerperiode gezet is, is de «nieuwe» meldingsregeling. Tot 1 januari 1996 waren specifieke voorzieningen aangewezen als niet-vergunningplichtig op grond van de WZV, maar vanaf 1 januari 1996 valt de gehele instandhoudingsbouw onder de melding. Met deze uitbreiding van de melding zijn de instellingen in beginsel verantwoordelijk geworden voor de instandhoudingsbouw: hiervoor is geen WZV-vergunning meer vereist. Het onderhavige wetsvoorstel sluit aan op deze functionele decentralisatie. Daarbij is er voor gekozen om de reikwijdte van de wet breed te houden en gelijktijdig de instandhouding van bestaande gebouwen waarvan de geraamde kosten de beschikbare budgetruimte niet overschrijden bij algemene maatregel van bestuur van het bouwregime uit te zonderen. Bij algemene maatregel van bestuur kan als tussenstap naar het buiten het bereik van het bouwregime brengen, ook een kennisgevingsplicht geïntroduceerd worden. Op deze wijze kan de geleidelijke overdracht van verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de overheid naar de zorgaanbieders die met de meldingsregeling is ingezet, worden voltooid. Instandhoudingsbouw waarvan de geraamde kosten de budgetruimte te boven gaan, blijft voorts nog binnen de werkingssfeer van dit wetsvoorstel; dit hangt samen met het zogenoemde ingroeitraject. Dit ingroeitraject houdt in dat afhankelijk van de bouwkundig-functionele staat van de instelling, de ene instelling sneller instandhoudingsmiddelen opbouwt dan de andere. Voor een instelling met kwalitatief goede gebouwen duurt de ingroei naar het structurele instandhoudingsbudget langer dan voor een instelling die op korte termijn instandhoudingsinvesteringen moet plegen.

Het CTG gaf in zijn uitvoeringstoets aan het vanuit wettechnisch oogmerk meer voor de hand liggend te achten om voor de meldingsprocedure een bepaling op te nemen die een uitzondering op de vergunningplicht mogelijk maakt. Het CTG meende dat het aangrijpingspunt in het wetsvoorstel, zijnde uitzondering van het begrip bouw, maakt dat geen voorwaarden met betrekking tot de uitgezonderde bouw, zoals een melding, kunnen worden gesteld.

Wanneer instandhoudingsbouw buiten de reikwijdte van dit wetsvoorstel wordt gebracht, blijven instellingen via de informatieverplichting zoals opgenomen in de voorgestelde artikelen 14 en 15, gehouden zich ook op dit punt te verantwoorden. Hiervoor is een afzonderlijke meldplicht niet noodzakelijk. Vanuit beleidsmatig oogpunt vinden wij het handhaven van een meldplicht onwenselijk. Een dergelijke stap zou geen recht doen aan het ingezette dereguleringsbeleid.

De versnippering van regelgeving met betrekking tot de beleids- en besluitvorming ten aanzien van zorginstellingen in AWBZ, Ziekenfondswet en WZV wordt met dit wetsvoorstel opgeheven. Het wetsvoorstel introduceert een in één wet vormgegeven kader teneinde beter dan met de huidige instrumenten te kunnen komen tot het maken van op elkaar afgestemde keuzen – zowel op centraal als op decentraal niveau – waarbij het gehele scala van zorgaanbod wordt betrokken: overbodige bepalingen worden geschrapt en dubbele bepalingen worden samengevoegd. Hierbij biedt het wetsvoorstel de noodzakelijke instrumenten om de bestaande bestuurlijke verhoudingen te wijzigen en verantwoordelijkheden en bevoegdheden over te dragen naar partijen. Onderhavig voorstel biedt diverse aangrijpingspunten om zonder wetswijziging verdergaande deregulering te realiseren.

De bepalingen omtrent de toelating van instellingen in de AWBZ en Ziekenfondswet worden geschrapt. De WZV en TVWMD worden geheel ingetrokken.

Het College bouw ziekenhuisvoorzieningen constateerde in zijn uitvoeringstoets dat het wetsvoorstel in potentie de mogelijkheid voor een vergaande deregulering biedt. Het College merkte op dat juist op het vlak van de uitvoeringsregelingen grote dereguleringswinst is te boeken. Met name met betrekking tot het bouwregime kan de nagestreefde deregulering door de flexibele toepassing van uitzonderingsregimes worden bereikt. Bij het geheel van sectorale beleidskaders, beleidsregels, prioriteringscriteria en financiële sturing op bouwprogramma's noemde het College deregulering minder zeker. Deze visie van het College delen wij niet. Het beleidskader komt in de plaats van de gedetailleerde provinciale planning op grond van de WZV. In tegenstelling tot de provinciale plannen is de beschrijving in het beleidskader globaal. De provinciale planning daarentegen was sterk instellingsgericht. Ook de prioriteringscriteria en de door het College genoemde financiële sturing op bouwprogramma's zijn deregulerend ten opzichte van de huidige situatie. Het hanteren van voor iedereen kenbare prioriteringscriteria vergroot de transparantie van de besluitvorming. Hetzelfde geldt voor het niet langer hanteren van het huidige systeem van verklaringafgifte met een uitstelpassage: gelijktijdig met het verlenen van de toestemming wordt in onderhavig systeem vastgelegd wanneer de exploitatie kan starten. Dit is verre te prefereren boven het verlenen van beginselverklaringen zonder concreet zicht op een realiseringstermijn, waarbij separate besluitvorming daaromtrent is vereist.

## *8.2 Proces van deregulering na de inwerkingtreding van het wetsvoorstel*

Zoals gezegd beoogt dit wetsvoorstel de overgang te faciliteren van een

centraal aanbod gestuurd naar een decentraal vraaggericht systeem. Dit is een proces waarin, afhankelijk van de voortgang in de ontwikkelingen in de betrokken beleidssectoren of bij bepaalde categorieën van instellingen, stappen worden gezet om meer verantwoordelijkheden te laten aan de instellingen. Hierna wordt aandacht besteed aan het dereguleringsproces rondom het bouwregime en de exploitatietoestemming.

Bij algemene maatregel van bestuur wordt bepaald voor welke categorieën van instellingen het bouwregime van toepassing is, alsmede voor welke vormen van bouw dat geldt. Zoals aangegeven in paragraaf 4.2.3. zijn wij op de korte termijn voornemens om instellingscategorieën waarvoor ook nu geen voorschriften gelden op grond van de WZV, de privaot bekostigde instellingen, bedoeld in artikel 4, tweede lid, alsmede kleinschalige woonvormen en andere voorzieningen waar de wonen verblijfsfunctie centraal staat, niet onder het bouwregime te laten vallen. Wat betreft de vormen van bouw, zal ook instandhoudingsbouw, inclusief grote renovaties, waarvan de geraamde kosten de budgetruimte (de zogeheten trekkingsrechten) niet overschrijden, niet onder het bouwregime worden gebracht.

Een belangrijk moment in de deregulering van het bouwregime is het moment dat de eigen verantwoordelijkheid van instellingen kan worden uitgebreid tot en met de vervangende nieuwbouw. Op dat moment vervalt de vergunningplicht en het vereiste van een exploitatietoestemming door de Minister onder gelijktijdige verhoging van de trekkingsrechten tot een zodanig niveau dat de instellingen de verantwoordelijkheid voor de vervangende nieuwbouw ook redelijkerwijs kunnen dragen. De criteria op grond waarvan per sector beoordeeld zal worden of tot deze stap kan worden overgegaan vallen uiteen in technische en beleidsmatige.

Technische criteria:

- beschikbaarheid van heldere prestatie-eisen voor de bouw;
- gezonde en professionele bedrijfsvoering (blijkt b.v. uit toelating tot het Waarborgfonds voor de zorgsector);
- de bouwtechnische, logistieke en bestuurlijke complexiteit van de bouwprojecten;
- de ervaringen met bouwmanagement (o.a. onder de huidige meldingsregeling);
- het werken met lange-termijnhuisvestingsplannen;
- beschikbaarheid van een monitoringsysteem.

Beleidsmatige criteria:

- beschikbaarheid van voldoende countervailing power in de relevante omgeving van de instelling;
- bereidheid tot het betrachten van transparantie en het afleggen van openbare verantwoording;
- het hebben van zicht op de op lange termijn beschikbaar te houden capaciteit; als duidelijk is dat de huidige intramurale capaciteit in een bepaalde sector in de komende jaren moet afnemen door de beleidsmatige wens om mensen veel langer zorg thuis of in speciale woningbouwcomplexen te bieden (scheiden wonen en zorg), dan is het onverstandig om instellingen al snel verantwoordelijk te maken voor vervangende nieuwbouw; zowel beleidsmatig als financieel kan dat tot ongewenste uitkomsten leiden.

Onder het regime van de wet zal in overleg met de veldpartijen worden gezien wat er, gegeven deze criteria, per sector nodig is om deze stap te zetten.



Bij de exploitatietoestemming gaat het in wezen om de vraag hoe indringend de overheid nog wil sturen. Omdat het verlenen van een (wijziging van een) toestemming altijd getoetst dient te worden aan het beleidskader, zegt dit ook iets over de mate van gedetailleerdheid van dat kader. Hoe globaler het beleidskader, hoe minder gedetailleerd de exploitatietoestemming. In de kern gaat de exploitatietoestemming over de aard en de omvang van de zorg. De aard van de zorg zal altijd onderdeel blijven uitmaken van de toestemming. Ook zullen de eisen inzake de bestuursstructuur en kwaliteit van de bedrijfsvoering blijven gelden voor elke instelling die onder de reikwijdte van de WEZ valt. Wat betreft de omvang van de zorg (capaciteit in termen van bedden/plaatsen) is de dereguleringsvraag nadrukkelijk in beeld. Daar is een belangrijk moment van deregulering en overdracht van verantwoordelijkheden bereikt wanneer in de exploitatietoestemming geen hoeveelheden zorg meer worden vermeld. In de huidige situatie worden in een groot aantal sectoren niet alleen het aantal instellingen bepaald, maar ook de hoeveelheid bedden, plaatsen voor dagopvang, verblijf en dergelijke. Het oogmerk is om onder deze wet de kwantitatieve bepalingen in de exploitatietoestemming geleidelijk te laten vervallen waar dat mogelijk is. Criteria die bij de beoordeling daarvan worden gehanteerd zijn:

- reële onderhandelingsruimte tussen verzekeraar/uitvoeringsorgaan en instelling over de omvang van het productieniveau (voldoende aanbieders; verschillend aanbod);
- adequate zorgregistratie op basis van objectieve indicatiestelling;
- prikkels voor en mogelijkheden van verzekeraar/uitvoeringsorgaan voor het vormen van tegenkrachten (countervailing power);
- transparante informatie zowel t.b.v. de keuze van de patiënt/cliënt als t.b.v. het contracteren
- beschikbaarheid van een monitoringsysteem.

Een verdergaande vorm van deregulering is het bij algemene maatregel van bestuur aanmerken van bepaalde categorieën van instellingen als in het bezit van een exploitatietoestemming. Dit betekent dat op individueel instellingsniveau de overheidsbemoediening wordt losgelaten.

## **9 EUROPEESRECHTELIJKE ASPECTEN**

Het wetsvoorstel moet ook gezien worden in het licht van het Verdrag van de Europese Gemeenschap, in het bijzonder het recht van vestiging. Voor grensoverschrijdende dienstverlening is het wetsvoorstel minder relevant. Het wetsvoorstel heeft als zodanig geen betrekking op individuele beroepsbeoefenaren. Bij dienstverlening gaat het voorts ten principale om tijdelijke dienstverlening, zonder duurzame aanwezigheid op het grondgebied van de lidstaat waar de economische activiteit wordt uitgevoerd, hetgeen vanwege de beoogde reikwijdte van dit voorstel minder relevant is; voor het overige kan iedere dienstverrichter in Nederland als gastland diensten verrichten onder dezelfde voorwaarden als die welke in Nederland voor de eigen onderdanen gelden, zodat discriminatie ook in dit opzicht niet zal optreden.

Omdat de markttoegangsregelingen in het wetsvoorstel van toepassing zijn ongeacht het land van herkomst van de instelling voor gezondheidszorg is er geen strijdigheid met het verbod van directe discriminatie. Er worden geen andere voorwaarden gesteld dan die uit hoofde van dit voorstel.

Ook niet-discriminerende voorschriften voor de bedrijfs- of beroepsuitoefening zouden de vestiging van instellingen van elders binnen de EU sterker kunnen belemmeren dan in geval van eigen onderdanen. Dit kan zich voordoen indien in vergelijking met de wetgeving van andere lidstaten de Nederlandse wet- en regelgeving veeleisender zou zijn voor

wat betreft de vestiging. Dan geldt overigens wel het evenredigheidsbeginsel. Het enkele feit dat de ene lidstaat minder strikte bepalingen kent dan de andere betekent nog niet dat deze laatste onevenredig zijn.

De instandhouding van een evenwichtig, doelmatig en kwalitatief stelsel van gezondheidszorg dat betaalbaar is en voor eenieder gelijk toegankelijk, maakt het nodig dat de overheid regels kan stellen gericht op spreiding van gezondheidszorgvoorzieningen en kostenbeheersing. Dat betekent in de context van het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg onder meer dat wettelijke regeling van planning en spreiding van medische voorzieningen nodig kan zijn. Ten einde het financiële evenwicht van het stelsel in stand te houden kan met name in dat opzicht aanbodbeheersing zijn aangewezen. Dit mede tegen de achtergrond dat aanbod aanzuigende werking heeft op de vraag en dat een onbeheerst aanbod vanuit financieel en zorginhoudelijk oogpunt de doelstelling van voor een ieder gelijkmatig toegankelijke kwalitatief verantwoorde gezondheidszorg in gevaar kan brengen. Dit doel wordt in het onderhavige voorstel onder meer nagestreefd met een toestemmingsinstrumentarium voor exploitatie van een zorginstelling, waarbij slechts twee categorieën privaats bekostigde instellingen onder het toestemmingsvereiste zijn gebracht, in verband met de ontwikkelingen in het strikt privaats bekostigde aanbod die kunnen leiden tot een bedreiging voor een doelmatig, evenwichtig, en voor eenieder toegankelijk stelsel van gezondheidszorg.

Kort samengevat gelden voor buitenlandse instellingen die zich in Nederland willen vestigen dezelfde regels als voor Nederlandse instellingen. Indien de instelling zorg wil verlenen ten laste van de AWBZ en de Ziekenfondswet is een exploitatietoestemming vereist. Dit geldt ook voor ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra die overeenkomstige zorg willen verlenen, maar die niet ten laste van de AWBZ en Ziekenfondswet wordt vergoed. De argumenten hiervoor zijn uiteengezet in paragraaf 4.2.1. Privaats bekostigde ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra hebben een exploitatietoestemming nodig, maar vallen niet onder het bouwregime. Voor alle overige privaats bekostigde instellingen geldt dat geen exploitatietoestemming is vereist. Met betrekking tot de eis dat instellingen die in aanmerking willen komen voor een exploitatietoestemming geen winstoogmerk mogen hebben, geldt dat de toegang van buitenlandse instellingen tot de collectief gefinancierde zorg hiermee op overeenkomstige normen beoordeeld als de toegang van Nederlandse instellingen. De norm is objectief en non-discriminatoir, en dus Europeesrechtelijk degelijk. In zijn jurisprudentie heeft het Europese Hof van Justitie geconcludeerd dat het gemeenschapsrecht zich er niet tegen verzet dat een Lidstaat, in het kader van zijn bevoegdheid om zijn stelsel van sociale zekerheid in te richten, alleen particuliere aanbieders zonder winstoogmerk toestaat aan de uitvoering van zijn stelsel van sociale bijstand deel te nemen door middel van het sluiten van overeenkomsten die recht geven op vergoeding door de overheid van kosten van sociale dienstverlening op het gebied van de gezondheidszorg.

De huidige aanbodregulering krijgt in dit voorstel vorm in een genuanceerde exploitatietoestemming met als onderscheiden functies de toelating en de toestemming voor bouwprojecten, waarbij de bouwregulering van de WZV sterk wordt vereenvoudigd. Het betreft een evenredig, adequaat instrumentarium voor een integrale afweging van de benodigde infrastructuur in de zorg. Het wetsvoorstel legt daarmee tegelijkertijd de basis voor een geïntegreerd zorgbeleid voor de hele bevolking, gericht op het faciliteren van doelmatige patiëntgerichte zorg via zorgketens. Met name vanwege de nauwe verwevenheid met zorginhoudelijke doelstellingen, maar ook in relatie tot andere nauw onderling samenhangende wetgeving gericht op het stelsel van gezondheidszorg, zou de doelstelling

van het wetsvoorstel niet bereikt kunnen worden met een regime dat uitsluitend in relatie zou staan tot het wettelijk ziektekostenverzekeringsstelsel. Het wetsvoorstel is, in tegenstelling tot de WZV, voldoende in staat om de overgang naar een vraaggericht zorgstelsel te faciliteren.

De maatregelen zijn gegeven het Nederlandse gezondheidszorgstelsel, objectief noodzakelijk uit een oogpunt van algemeen belang, namelijk de volksgezondheid en daarmee tegelijkertijd het sociaal beleid in brede zin, gaan niet verder dan voor het beoogde doel noodzakelijk, dienen niet ter bescherming van economische belangen van marktdeelnemers en hebben geen uitstraling naar het vrije verkeer van personen of goederen. De maatregelen worden voorts, als gezegd, niet-discriminatoir toegepast, dat wil zeggen dat ongeacht de herkomst van de zorgaanbieder de regels zonder onderscheid worden toegepast.

## **10 HANDHAAFBAARHEID EN UITVOERBAARHEID**

Overtreding van voorschriften gesteld bij of krachtens de artikelen 6, 15, vijfde en zesde lid, 22, 23 en – voor zover aangeduid als strafbare feiten 28, van de WZV geldt op grond van artikel 1, onder 4o, van de Wet op de economische delicten als een economisch delict. Deze vorm van strafbaarstelling van overtredingen is in dit wetsvoorstel niet overgenomen. Dit wetsvoorstel geeft de Minister en, voor zover relevant, de onderscheiden colleges, in plaats daarvan de bevoegdheid bestuursdwang toe te passen ter handhaving van de gestelde verboden en verplichtingen. Artikel 5:21 van de Awb bevat de definitie van bestuursdwang: het door feitelijk handelen door of vanwege een bestuursorgaan optreden tegen hetgeen in strijd met bij of krachtens enig wettelijk voorschrift gestelde verplichtingen is of wordt gedaan, gehouden of nagelaten. Belangrijk voordeel hiervan is dat het bestuursorgaan voor de handhaving niet afhankelijk is van de bereidheid bij het Openbaar Ministerie om over te gaan tot vervolging. In de WZV-praktijk is meermalen gebleken dat Minister en Openbaar Ministerie niet in dezelfde mate prioriteit hechten aan het vervolgen van overtredingen van de WZV. Dat bezwaar is met dit voorstel opgeheven, hetgeen de handhaafbaarheid vergroot. Hiernaast zijn wij van mening dat bestuursdwang meer recht doet aan het karakter van de in deze wet gestelde regels. Bij de handhaving van deze wet gaat het immers om het realiseren van de wettelijke norm en niet om het sanctioneren van de overtreder vanwege zijn strafbaar handelen. Dat laat overigens onverlet dat ook bestuursdwang als straf kan worden ervaren.

In de uitvoeringspraktijk werd het buitenwettelijke stelsel van bouwprioritering als belangrijke aanvulling op de WZV gehanteerd. Dat stelsel bestaat uit het periodiek vaststellen van de bouwbehoefte, gevolgd door een prioriteitsbepaling van de verschillende bouwprojecten op basis van beleidsoverwegingen en tenslotte het afzetten daarvan tegen de beschikbare financiële middelen. Gelet op het feit dat deze handelwijze al enige jaren tot bevredigende resultaten leidt en in het algemeen door het veld wordt geaccepteerd, mag worden aangenomen dat het onderhavige wetsvoorstel, dat bij deze praktijk aansluit, op dit punt handhaafbaar en uitvoerbaar is.

## **B ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING**

### **Artikel 1**

Onder de werkingssfeer van dit wetsvoorstel vallen instellingen die zorg verlenen uit het eerste en het tweede compartiment. Hiervoor verwijst

artikel 1, eerste lid, onderdeel f, naar artikel 4, waarin het begrip instelling wordt gedefinieerd als een rechtspersoon die zorg verleend waarop ingevolge de AWBZ en de Ziekenfondswet aanspraak bestaat. Naast instellingen waarvan de kosten in het kader van de AWBZ of Ziekenfondswet worden vergoed, worden twee categorieën van instellingen die voor particuliere rekening dezelfde zorg verlenen als waarop AWBZ- en ziekenfondsverzekerden aanspraak hebben, onder de reikwijdte van dit voorstel gebracht, te weten ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra. Op de redenen hiervoor is in het algemeen deel van deze toelichting reeds ingegaan.

Bij de algemene maatregel van bestuur op grond van het tweede lid van artikel 1 kan de reikwijdte van het wetsvoorstel worden ingeperkt. Op die manier kan maatwerk worden geboden voor bepaalde categorieën van instellingen of bepaalde delen van die instellingen, bijvoorbeeld door (delen van) de vergunningsfase (artikelen 10 en 11) niet van toepassing te verklaren op bepaalde initiatieven.

Bij de algemene maatregel van bestuur op grond van het derde lid van artikel 1 kunnen bepaalde categorieën van instellingen voor de toepassing van artikel 4, eerste lid of tweede lid, als in het bezit van een toestemming worden aangemerkt. Het niet voldoen aan daarbij gestelde randvoorwaarden of beperkingen heeft tot gevolg dat de betrokken instelling artikel 4 overtreedt omdat de categorale toestemming alleen geldt zolang aan de gestelde voorwaarden of beperkingen wordt voldaan.

De in artikel 1, eerste lid, onderdelen e, f en g, van de WZV opgenomen omschrijvingen van bed, functie-eenheid en ziekenhuis kunnen vervallen. Zij hielden verband met een in 1988 in gang gezette capaciteitsreductieoperatie, die inmiddels vrijwel geheel is voltooid. Voor het afwikkelen van enkele maatregelen is in artikel 45 een overgangsbepaling opgenomen. De omschrijving van academische ziekenhuizen is evenmin overgenomen; zij behoren tot de categorie algemene ziekenhuizen. Academische ziekenhuizen werden in de WZV apart genoemd, omdat zij aanvankelijk van de reikwijdte van de WZV waren uitgezonderd. Eerst bij wet van 4 oktober 1990 zijn zij in de WZV opgenomen. Vaststelling van besluiten die academische ziekenhuizen raken of andere instellingen die (mede) tot de verantwoordelijkheid van andere ministers behoren, zal plaatsvinden in overeenstemming of na overleg met hen. Voor de academische ziekenhuizen is dit met zoveel woorden in artikel 54 vastgelegd.

## **Artikel 2**

Het stelsel van door de provincie opgestelde en door de Minister vastgestelde plannen wordt verlaten. Doel van die planning was het bieden van een kader waaraan aanvragen om een verklaring van behoefte konden worden getoetst. Het totstandbrengen van provinciale plannen is in de praktijk echter moeizaam gebleken. Voor de sector gehandicaptenzorg zijn zelfs nooit plannen opgesteld. In het wetsvoorstel functioneren de sectorale beleidskaders als toetsingskader. Hierin beschrijft de Minister, gelet op de ontwikkelingen in de gezondheidszorg, aan welke eisen een doelmatig, evenwichtig en voor eenieder toegankelijk stelsel van gezondheidszorg moet voldoen. De regiovisies vormen een belangrijke informatiebron bij het totstandbrengen van die beleidskaders. Als een regiovisie niet of niet tijdig tot stand komt, staat dit vaststelling van de beleidskaders door de Minister echter niet in de weg.

Het beleidskader bevat tevens de beleidsvoornemens met betrekking tot academische ziekenhuizen. Om die reden is er niet langer behoefte aan een aparte regeling zoals was neergelegd in artikel 5a van de WZV.

De Minister stelt in het beleidskader het financieel kader vast, dat beschikbaar is voor de kosten voortvloeiend uit wijzigingen in de exploitatie van instellingen, die gepaard gaan met bouw. Anders gezegd: het bedrag tot hetwelk hij toestemmingen verleent op grond van artikel 6. Het gaat hier om het bedrag dat naar verwachting op het moment van verwezenlijking van die bouwprojecten daadwerkelijk beschikbaar is voor de vergoeding van de jaarlijkse exploitatiegevolgen, voortvloeiend uit de voor die wijzigingen gedane investeringen. Ook het bedrag dat beschikbaar is voor de kosten, voortvloeiend uit wijzigingen in de exploitatie van academische ziekenhuizen, wordt in het beleidskader opgenomen. Met de term «beschikbaar bedrag» wordt niet bedoeld te suggereren dat dat bedrag bij wijze van subsidie verstrekt zal worden. Gedoeld wordt hiermee op het totaal van de geraamde exploitatiekostengevolgen als gevolg van de te verlenen toestemmingen. De berekening van de aanvaardbare exploitatiekosten bij de budgetbepaling voor individuele instellingen geschiedt aan de hand van de WTG-beleidsregels. De ziektekostenverzekeraars betalen deze exploitatiekosten uiteindelijk aan de instelling.

Het beoordelen van een verzoek om (wijziging van) een exploitatietoestemming vindt zijn grondslag in het, op hoofdlijnen geformuleerde, beleidskader. De Minister kan het beleidskader nader omschrijven in beleidsregels. Beleidskader en beleidsregels vormen samen het toetsingskader voor toestemmingsaanvragen. Beleidsregels kunnen onder meer betrekking hebben op de genormeerde behoefte en gebiedsindeling. Zowel het College voor zorgverzekeringen als het College bouw ziekenhuisvoorzieningen hebben in hun uitvoeringstoets geoordeeld dat de huidige gebiedsindeling op grond van de WZV voldoet.

De Minister stelt in ieder geval de prioriteringscriteria vast die worden gehanteerd bij het beoordelen van aanvragen om een exploitatietoestemming. Bij prioriteringscriteria denken wij aan criteria die betrekking kunnen hebben op de inhoud van de zorg, de spreiding, de doelmatigheid van de zorginstelling en de bouwkundige en functionele staat.

De Minister maakt jaarlijks het financieel kader dat beschikbaar is voor de kosten die voortvloeien uit de exploitatietoestemmingen waarmee geen bouw gemoeid is, separaat bekend aan het College voor zorgverzekeringen.

### **Artikel 3**

Dit artikel bepaalt dat de provincies verantwoordelijk zijn voor de totstandkoming van de regiovisies. De vier grote steden Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht worden in dit verband gelijk gesteld met provincies. De provincies en grote steden regelen het overleg over de totstandkoming van de regiovisie en regelen op welke wijze deze visie tot stand komt indien partijen niet tot overeenstemming komen. Van de visie afwijkende standpunten worden samen met de visie door provincies en grote steden aan de Minister gezonden. De regiovisie geldt als belangrijke informatiebron voor de volgende actualisatie van de sectorale beleidskaders. De regiovisie geldt primair als beleidsdocument voor de deelnemende partijen; een document waarin zij hun beleid expliciteren en bespreekbaar maken om zo te kunnen komen tot een betere onderlinge afstemming van het zorgaanbod én een betere afstemming van het zorgaanbod op de zorgvraag. De Minister gebruikt de informatie die in de regiovisies is vastgelegd voor de ontwikkeling van het beleidskader. De regiovisie kan hierdoor een uitstralingseffect hebben naar de individuele besluitvorming, op grond van het beleidskader, door de Minister of het College voor zorgverzekeringen.

#### **Artikel 4**

Dit artikel geeft aan wat het aangrijpingspunt is voor de overheid: het exploiteren van een instelling, zijnde een rechtspersoon die zorg verleent. Door het bewaken van vorm en eventueel omvang van de exploitatie («wat en hoeveel mag er zijn») kan de overheid haar streven naar een doelmatig, evenwichtig en voor eenieder toegankelijk stelsel kracht bijzetten.

Het wetsvoorstel vervangt de toelating in het kader van de AWBZ en de Ziekenfondswet en de verklaring van de WZV door één (exploitatie-) toestemming. Een exploitatietoestemming wordt in beginsel gegeven door het College voor zorgverzekeringen. Slechts indien voor de exploitatie van een instelling die behoort tot een bij algemene maatregel van bestuur aangewezen categorie, bouw nodig is van een bij die maatregel aangewezen vorm, wordt de toestemming aangevraagd bij de Minister.

De noodzaak om bouw aan regels te onderwerpen is aanwezig, aangezien met bouw de wijze van zorgverlening en omvang van een instelling en daarmee de exploitatielast vaak voor jaren vastligt. Dit geldt thans vooral voor grote, hoofdzakelijk intramurale instellingen die onder de WZV vallen; de betrokken categorieën zullen bij algemene maatregel van bestuur worden aangewezen.

Ingevolge het vierde lid, geldt dat collectief gefinancierde instellingen die een exploitatietoestemming nodig hebben geen winstoogmerk mogen hebben. In paragraaf 4.3.2 is hierop uitvoerig ingegaan. Uit de formulering van het vierde lid volgt dat het verbod niet geldt voor de privaat gefinancierde instellingen, genoemd in het tweede lid.

Met nadruk wordt erop gewezen dat het bij de toestemming om één document gaat, ongeacht welke instantie het oorspronkelijk heeft afgegeven. Het kan dus gebeuren dat een toestemming, in eerste instantie afgegeven door de Minister, in een latere fase, bijvoorbeeld bij een vergroting van de omvang van de exploitatie zonder bouw, door het College voor zorgverzekeringen wordt gewijzigd. Dit is in overeenstemming met de huidige praktijk, waarin het College een toelating, verleend na een ministeriële WZV-vergunning, naderhand kan wijzigen bij mutaties zonder bouw. Zoals het College bij de toelating van ziekenhuisvoorzieningen acht moest slaan op de WZV-voorschriften, hanteren volgens dit wetsvoorstel Minister en College bij hun beslissing als criterium het beleidskader van artikel 2.

#### **Artikelen 5 en 6**

Er worden eisen vastgesteld waaraan de aanvragen, gericht tot de Minister of het College voor zorgverzekeringen, moeten voldoen. Deze eisen gelden als voorschriften voor het in behandeling nemen van een aanvraag. Het niet voldoen aan deze eisen kan ingevolge artikel 4:5 van de Awb voor de Minister of het College aanleiding zijn te besluiten de aanvraag niet in behandeling te nemen.

De Minister beoordeelt de aanvragen om een exploitatietoestemming waarbij bouw een rol speelt in onderlinge samenhang. De praktijk van de afgelopen jaren liet zien dat er gewoonlijk minder geld beschikbaar is dan er aan bouwprojecten wordt aangemeld. Het zou billijk noch doelmatig zijn om uit te gaan van het beginsel «wie het eerst komt, het eerst maalt». De Minister beoordeelt allereerst of een initiatief past in het beleidskader. Hierbij beoordeelt hij tevens, aan de hand van het advies van het College bouw, dat de aanvraag onder meer heeft gezien in het licht van de prestatie-eisen, de realiteitswaarde van het initiatief. Op dit punt is slechts sprake van een globale beoordeling in het licht van de prestatie-eisen; een

werkelijke toetsing vindt eerst plaats bij de beoordeling van de bouw door het College bouw (artikel 10, tweede lid, onder b). Vervolgens beziet de Minister de projecten die aan de genoemde voorwaarden voldoen, in onderling verband om aan de hand van de prioriteitscriteria op grond van artikel 2, tweede lid, de mogelijkheid en volgorde van verwezenlijking vast te stellen. In de volgorde die hieruit voortvloeit, worden de projecten op een lijst gezet (het bouwprogramma), tot de som van de kosten van de afzonderlijke projecten de voor het programma beschikbare financiële ruimte heeft bereikt. Vóór het verlenen van zijn toestemming raadpleegt de Minister de ziektekostenverzekeraars. Dit past bij de beleidsvoorname om de rol van deze partijen in de regio te versterken. Voor de projecten die ingevolge deze procedure «boven de streep» eindigen, verleent de Minister een exploitatietoestemming.

Juridisch gezien bestaat het bouwprogramma niet; het is slechts een hulpmiddel voor de Minister om te bepalen voor welke projecten hij een exploitatietoestemming verleent. Die toestemming wordt, evenals de weigering, uiteraard overeenkomstig de Awb aan de aanvrager bekend gemaakt. Wel is de beslissingstermijn gekoppeld aan het totstandkomen van het bouwprogramma; verlening van de exploitatietoestemming of weigering daarvan is immers afhankelijk van het al dan niet kunnen plaatsen van het betrokken project op dat programma. Gegrondverklaring van een beroep tegen weigering van een toestemming of tegen verlening tot een lager bedrag dan door de aanvrager opgegeven, kan tot gevolg hebben dat de Minister het voor de desbetreffende periode beschikbaar gestelde kader moet verhogen met de kosten van het betrokken project; hij heeft niet de mogelijkheid de kosten te compenseren door schrapping van een ander project op het programma.

Een bouwproject kan zowel het tot stand brengen van een geheel nieuwe instelling inhouden als ook wijziging van een bestaande instelling. Of er voor wijzigingen in de exploitatie wijziging van de toestemming moet worden aangevraagd, is afhankelijk van de inhoud van de afgegeven exploitatietoestemming en de aard van de voorgenomen wijziging. Naar mate de toestemming ruimer is omschreven, is de vrijheid van instellingen om de exploitatie binnen die ruimte in te vullen groter.

Opdat de Minister de aanvragen gebundeld kan beoordelen om zodoende de onderlinge prioriteit te kunnen vaststellen, bepaalt artikel 5, eerste lid, onderdeel c, dat een termijn wordt vastgesteld waarbinnen, na de bekendmaking van het beleidskader, een aanvraag moet zijn ingediend. Dit is nodig om de Minister in staat te stellen het betrokken project mee te wegen in het eerstvolgende programma.

Voor de beoordeling of bouw waarvoor een toestemmingsaanvraag is ingediend, op het bouwprogramma kan worden opgenomen, moet de aanvrager zodanige gegevens aanleveren dat de Minister daaruit kan opmaken in hoeverre het project past binnen het beleidskader en of de voorziene kosten reëel zijn geschat. Indien de Minister van oordeel is dat het project voor minder geld kan worden uitgevoerd kan dit tot gevolg hebben dat de Minister in zijn exploitatietoestemming een lager bedrag opneemt dan door de aanvrager was opgegeven. Onder «kosten» worden verstaan een raming van de jaarlijkse exploitatiegevolgen, voortvloeiend uit de voor de bouw gedane investering: niet alleen de rente- en afschrijvingscomponenten, maar ook de personele en materiële kosten.

## **Artikel 7**

Leidt een project bij de opstelling van een bouwprogramma tot overschrijding van het beschikbare financiële kader, eindigt het project derhalve

«onder de streep», dan zou de exploitatietoestemming moeten worden geweigerd. Ingevolge artikel 7 kan de aanvrager van het betrokken project de Minister echter verzoeken de beslissing aan te houden en het project te laten meedingen naar de opname op het eerstvolgende programma. Bij die volgende ronde wordt het project dan uiteraard weer getoetst aan het dan geldende beleidskader en overige criteria.

### **Artikel 8**

Het College voor zorgverzekeringen neemt een beslissing over aanvragen om een exploitatietoestemming waarmee geen bouw is gemoeid of waarvoor het bouwregime niet geldt. Het College toetst eveneens aan het beleidskader van artikel 2, de beleidsregels mede in acht nemend. De Minister geeft jaarlijks het bedrag aan dat beschikbaar is voor de kosten voortvloeiend uit deze toestemmingen.

### **Artikel 9**

In artikel 15, tweede lid, van de WZV staan de gronden vermeld waarop een WZV-vergunning kan worden geweigerd. Deze gronden hebben betrekking op de doelmatigheid, de noodzakelijkheid en de kosten. Ingevolge het vierde lid van dat artikel kan de Minister deze «maatstaven» nader omschrijven. Op basis hiervan zijn in de loop der jaren voor tal van ziekenhuisvoorzieningen of onderdelen daarvan zogenaamde bouwmaatstaven ontwikkeld.

De praktijk was dat het College bouw ziekenhuisvoorzieningen als ter zake kundige instantie deze maatstaven opstelde, waarna ze door de Minister als regeling werden vastgesteld. Bouwmaatstaven zijn echter gedetailleerder dan nodig om als toetsingskader voor bouwprojecten te dienen en zijn bovendien meer gericht op de technische uitvoering van de infrastructuur. Het wetsvoorstel regelt dat het College bouw voor de beoordeling van de bouwinitiatieven prestatie-eisen opstelt. Deze prestatie-eisen, die hun basis vinden in de bestaande en actueel gehouden bouwmaatstaven en kostennormen, zijn gedefinieerd in termen van prestaties die de infrastructuur moet leveren om als een bepaalde zorgvoorziening te kunnen functioneren. Prestatie-eisen geven evenwel een andere invalshoek bij de beoordeling dan de voormalige bouwmaatstaven. Prestatie-eisen zijn output in plaats van input gericht. Om die reden kunnen prestatie-eisen globaler omschreven worden dan bouwmaatstaven en bieden ze meer ruimte voor gelijkwaardige (bouwkundig/technische) oplossingen. De prestatie-eisen worden per gebouwfunctie (verschillend) ingevuld. Het zal duidelijk zijn dat de infrastructuur van een polikliniek andere prestaties moet leveren dan die van een gebouw waarin de administratie is gehuisvest. Ook aan een verpleegafdeling in een ziekenhuis worden andere eisen gesteld dan aan die van een verpleeghuis. Met deze verandering in de wijze van beoordeling wordt aangesloten op de in het kader van de Woningwet gebruikelijke wijze.

De prestatie-eisen behoeven de goedkeuring van de Minister. Hij toetst daarbij aan het stelsel zoals hij dat in zijn beleidskader en de eventueel daarop gebaseerde beleidsregels heeft verwoord.

### **Artikel 10**

Ten aanzien van bouw waarvoor de Minister toestemming heeft verleend, is in beginsel een vergunning van het College bouw vereist. Het College bouw toetst of de voorgenomen bouw een uitwerking is van het project waarvoor toestemming is gegeven en of wordt voldaan aan de prestatie-eisen. Het College moet voor de uitoefening van deze taak de beschikking



hebben over zodanige gegevens dat het kan beoordelen of daadwerkelijk wordt gebouwd zoals in de aanvraag is aangegeven en of de kosten niet meer zullen gaan bedragen dan die waarvoor de toestemming is verleend. In het algemeen zal uitwerking van het initiatief tot de fase van het definitief ontwerp daarvoor voldoende zijn. In de ministeriële regels op basis van het derde lid kan zonodig een meer of minder gedetailleerde uitwerking worden voorgeschreven.

In de aanwijzingen die de Minister op grond van artikel 28 aan het College bouw kan geven met betrekking tot de uitvoering van zijn taak, zal worden aangegeven in hoeverre het College bouw de ruimte heeft om bij verschil tussen exploitatietoestemming en definitief ontwerp toch een vergunning te verlenen.

In uitzonderlijke gevallen kan het College bouw aan de vergunning voorschriften verbinden. Met uitzonderlijke gevallen wordt bedoeld op ingewikkelde bouwprocessen, zoals bijvoorbeeld vervangende nieuwbouw op dezelfde locatie. Het is uitdrukkelijk de bedoeling dat van deze bevoegdheid terughoudend gebruik wordt gemaakt. De voorschriften mogen uitsluitend betrekking hebben op de bouw, bijvoorbeeld op de doelmatigheid daarvan. Hierbij kan het zowel gaan om organisatorische aspecten, bijvoorbeeld het aanstellen van een verantwoordelijke voor het bouwproces, als om bouwtechnische aspecten, bijvoorbeeld het voorschrift dat sloop en bouw van de verschillende gebouwonderdelen in een bepaalde volgorde plaatsvindt. Bij grote bouwprojecten waar sprake is van langdurige bouwprocessen of bestuurlijk complexe situaties kan het College bouw voorschrijven dat bouwbegeleiding plaatsvindt. Deze bouwbegeleiding houdt in dat het College bouw het instellingsbestuur tijdens het bouwproces en op de bouwplaats adviseert over de oplossing van tijdens de bouw optredende problemen.

Bouwbegeleiding heeft tot doel de inhoudelijke en budgettaire grenzen van een bouwproject te helpen bewaken. Het gaat daarbij niet om het houden van toezicht. Bij bouwbegeleiding gaat het om ondersteuning bij de daadwerkelijke bouwuitvoering conform de exploitatietoestemming en de vergunning. De bouwbegeleider heeft hierbij een adviserende rol. Hij kan geen bevoegdheden van de Minister of het College bouw overnemen. Het is uitgesloten dat een bouwbegeleider een instelling toestemming zou verlenen om van de exploitatietoestemming of vergunning af te wijken. Ingeval de bouwbegeleider knelpunten signaleert, dient hij deze terug te koppelen naar de instelling. De begeleiding geldt alleen als hulpmiddel; de instelling zelf blijft te allen tijde verantwoordelijk voor de resultaten. Wij achten het enkel noodzakelijk dat bepaalde heel specifieke bouw-situaties worden begeleid. De bemoeienis kan zich beperken tot begeleiding van extreem kostbare, zeer langdurige of bestuurlijk complexe bouwprocessen. Doel van de bouwbegeleiding in deze specifieke situaties is om na afgifte van de vergunning de inhoud van de vergunning te realiseren voor het bedrag waarvoor de vergunning verleend is. Voor alle overige bouwprocessen kan worden volstaan met goedkeuring van de eindverantwoording door het College bouw ziekenhuisvoorzieningen.

Ingevolge artikel 36 heeft het College bouw de bevoegdheid tot toepassing van bestuursdwang ter handhaving van het bouwregime en de eventueel aan een vergunning verbonden voorschriften. Op grond van artikel 37 staat tegen beslissingen van het College bouw beroep open op de Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State.

## **Artikel 11**

De bouw zelf zal «budgettair» plaatsvinden. Het behoort tot de verantwoordelijkheid van de instelling ervoor te zorgen dat de kosten van de bouw de door het College bouw met de vergunningverlening goedgekeurde investeringskosten niet overschrijden. Na het gereedkomen van de bouw beziet het College bouw of het gebouwde overeenstemt met hetgeen waarvoor het vergunning heeft verleend – waaronder begrepen de kosten – alvorens het de eindverantwoording goedkeurt. Indien vergunningverlening niet is vereist, toetst het College bouw de eindverantwoording aan de exploitatietoestemming.

## **Artikelen 12 en 13**

Zoals bij artikel 4 is gezegd, is de exploitatie van instellingen het aangrijpingspunt voor de overheid bij haar streven naar een doelmatig, evenwichtig en voor eenieder toegankelijk stelsel. Aan de exploitatietoestemming kunnen de Minister en het College voor zorgverzekeringen voorschriften verbinden om dat streven kracht bij te zetten. In het eerste lid van artikel 12 is geregeld dat instellingen dienen te blijven voldoen aan de eisen omtrent de bestuursstructuur en kwaliteit van de bedrijfsvoering, bedoeld in artikel 6, derde lid, onder c, onderscheidenlijk artikel 8, eerste lid, onder c. Voorts kunnen aan de toestemming voorschriften worden verbonden die op andere zaken betrekking hebben, zoals bijvoorbeeld de eigendomsverhoudingen of samenwerkingsrelaties.

De exploitatietoestemming kan onder beperkingen worden verleend. Beperkingen zullen veelal de aard en omvang van de te verlenen zorg betreffen. Het is ook mogelijk dat een exploitatietoestemming voor een bepaalde periode wordt verleend. Beperkingen moeten beargumenteerd worden in het licht van het beleidskader. Dit geldt ook voor het intrekken van de exploitatietoestemming (artikel 13, eerste lid, onder d). Op aanbeveling van het College sanering ziekenhuisvoorzieningen is ook de bevoegdheid om beperkingen te wijzigen expliciet in de wet opgenomen.

Het derde lid van artikel 13 voorziet in een voorbereidingsprocedure ingeval van het naderhand beperken of intrekken van een exploitatietoestemming, vergelijkbaar met de te volgen procedure bij sluiting op grond van artikel 18a WZV. Deze voorbereidingsprocedure geldt niet voor het opheffen van een beperking of het wijzigen daarvan in een minder vergaande beperking. Overigens ligt het niet in het voornemen om van de mogelijkheid tot intrekken of het naderhand beperken van de toestemming lichtvoetig gebruik te maken. De bevoegdheid dient meer als ultimatum remedium voor de toepassing waarvan een duidelijke grondslag in het beleidskader moet zijn opgenomen.

Zoals ook geldt voor de advisering over de bouwprioritering, is hier een adviesrol toebedeeld aan de betrokken ziektekostenverzekeraars. Een wijziging in de aard en de omvang van een exploitatietoestemming heeft immers consequenties voor de omvang van de door de ziektekostenverzekeraars gecontracteerde zorg.

Het verbod een instelling te exploiteren zonder toestemming geldt ook ten aanzien van bestaande instellingen. Ingevolge het overgangsrecht (zie de artikelen 40 en 42) staan verleende toelatingen en vergunningen gelijk met een exploitatietoestemming op grond van artikel 4. In het verleden aan de afgegeven vergunningen verbonden voorschriften of beperkingen blijven in stand; op grond van de artikelen 12 en 13 kunnen ook nieuwe voorschriften of beperkingen worden vastgesteld.

## **Artikelen 14 en 15**

De artikelen 14 en 15 zijn ontleend aan de WZV. Onder die wet golden zij uiteraard alleen voor ziekenhuisvoorzieningen. Gelet op de reikwijdte van het begrip «instelling» is het mogelijk de bepalingen bij algemene maatregel van bestuur nu een ruimere werkingssfeer te geven. In het kader van artikel 14 worden in ieder geval eisen gesteld aan de financiële verantwoording: de jaarrekening moet helder aantonen waar de financiële middelen vandaan komen en waaraan zij zijn besteed. Gegevens omtrent de organisatiestructuur die transparant dient te zijn, alsook het langetermijn-huisvestingsplan vallen in ieder geval onder de documentatiegegevens die op grond van artikel 15 dienen te worden verstrekt.

## **HOOFDSTUKKEN V EN VI**

De bepalingen inzake de werkzaamheden van het College bouw en het College sanering en hun verhouding tot de Minister van VWS zijn, op enkele technische punten na, overgenomen uit de WZV.

### **Artikel 16**

Bij intrekking of beperking om beleidsinhoudelijke redenen (ex artikel 13, eerste lid, onder b en d) kan een instelling zich voor sanering wenden tot het College sanering. Hieruit volgt dat bij een intrekking of beperking van de toestemming vanwege niet naleving van voorschriften (ex artikel 12, tweede lid) geen saneringssubsidie gegeven kan worden.

### **Artikel 17**

In artikel 2.13 van de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek is een soortgelijke verplichting voor de academische ziekenhuizen opgenomen. Om die reden zijn academische ziekenhuizen in artikel 17 uitgezonderd.

### **Artikelen 18 en 31**

Het tweede lid van deze artikelen geeft aan dat het College bouw en het College sanering alleen zijn belast met wettelijk opgedragen taken.

### **Artikelen 38 en 39**

In de AWBZ en de Ziekenfondswet vervallen de bepalingen inzake de toelating nu die in dit wetsvoorstel is geïntegreerd met de exploitatie-toestemming.

### **Artikelen 40 en 42**

In deze artikelen worden toelatingen en vergunningen gelijkgesteld met toestemmingen op grond van dit wetsvoorstel. In de toelichting bij artikel 4 is al opgemerkt dat bij de toestemming sprake is van één document, ongeacht of het oorspronkelijk door de Minister is afgegeven en later door het College voor zorgverzekeringen is gewijzigd. Dit betekent voor de instellingen die tot nu toe onder de WZV vielen dat ook de op grond van de artikelen 40 en 42 gehandhaafde en met een toestemming gelijkgestelde documenten voor die instellingen als één document moeten worden gezien. Aangezien zowel de ministeriële WZV-vergunning als de daarna door het College voor zorgverzekeringen verleende toelating (en de wijzigingen daarvan) gebaseerd zijn op de WZV-voorschriften mag ervan worden uitgegaan dat er geen strijdigheid tussen beide docu-

menten zit en dat zij zonder bezwaar tot één document, de exploitatietoestemming, kunnen worden samengevoegd.

### **Artikel 43**

Het eerste lid gaat over bouw, voorzien van een verklaring met de bepaling dat een aanvraag om goedkeuring van de vervolgfases na de verklaring of een aanvraag om afgifte van een vergunning niet in behandeling wordt genomen binnen een door de Minister te bepalen termijn. In de praktijk werd deze «uitstelpassage» in de verklaring opgenomen tot uit het bouwprioriteitenoverzicht bleek wanneer het desbetreffende project in uitvoering kon worden genomen. Deze projecten waarvoor de bouw dus nog niet kon worden gestart vóór de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel, zullen min of meer worden behandeld overeenkomstig de praktijk van de afgelopen jaren: zij worden getoetst aan de prioriteringscriteria, bedoeld in artikel 2, tweede lid. Zodra die criteria toelaten dat het project wordt opgenomen op het bouwprogramma, wordt de exploitatietoestemming van artikel 4 verleend. Het project wordt niet meer getoetst aan het beleidskader; uit de verleende verklaring blijkt immers dat aan de voorgenomen bouw behoefte bestaat. Het verschil met de huidige praktijk is dat niet telkens een bouwprioriteitenoverzicht voor vier jaar verschijnt, waarop bouwprojecten zijn opgenomen of worden geschrapt al naar gelang de financiële ruimte en onderlinge prioriteit, maar dat elke twee jaar voor nieuwe projecten wordt bepaald of zij op het bouwprogramma kunnen worden opgenomen.

Bouw waarvoor vóór het tijdstip van inwerkingtreding van deze wet een verklaring is afgegeven zonder «uitstelpassage» of waarvoor die temporeringstermijn is verlopen, doch waarvoor nog geen vergunning is verleend, heeft een vergunning van het College bouw. De verklaring wordt gelijkgesteld met de exploitatietoestemming. Bij de ministeriële regels op grond van het derde lid van artikel 10 wordt aangegeven op welk niveau uitwerking van dergelijke projecten is vereist.

Aanvragen om een verklaring, waarop op het tijdstip van inwerkingtreding van deze wet nog niet is beslist, worden – aangezien vanaf dat tijdstip de verklaring niet meer bestaat – in behandeling genomen als aanvragen om een exploitatietoestemming. De behandelingsvereisten van artikel 5, eerste lid, gelden voor deze aanvragen niet, aangezien ervan wordt uitgegaan dat bij de verklaringsaanvraag zodanige gegevens zijn aangeleverd dat materieel wordt voldaan aan die behandelingsvereisten.

### **Artikel 44**

De voorwaarden om voor een subsidie in aanmerking te komen (artikel 18b WZV), vinden ingevolge dit artikel nu hun basis in het onderhavige wetsvoorstel (artikel 16); zij behoeven dus niet opnieuw te worden vastgesteld. Dit geldt ook voor de regels inzake de periodieke verstrekking van documentatiegegevens (artikel 22 WZV) en de jaarrekening (artikel 23 WZV), die ingevolge dit wetsvoorstel hun basis vinden in de artikelen 15 onderscheidenlijk 14.

### **Artikel 49**

Nu wordt voorgesteld in de AWBZ en de Ziekenfondswet de toelating te laten vervallen, heeft de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen, waarin naar die toelating wordt verwezen, aanpassing.

## **Artikel 50**

De Tijdelijke Verstrekkingenwet maatschappelijke dienstverlening voorziet in een planningsregime voor dagverblijven voor gehandicapten en gezinsvervangende tehuizen. Een erkenning van deze instellingen, benodigd voor financiering in het kader van de AWBZ, kan worden verleend na toetsing aan het plan en aan kwaliteitseisen. De bepalingen omtrent de kwaliteit zijn vervallen bij het inwerkingtreden van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Voorgesteld wordt de wet nu ook voor het overige in te trekken; wat betreft de behoefte vallen de betrokken inrichtingen onder de werkingssfeer van dit wetsvoorstel.

## **Artikel 51**

In artikel 53 van de Woningwet is bepaald dat burgemeester en wethouders de beslissing omtrent een aanvraag om een bouwvergunning aanhouden indien voor het gebouw een vergunning is vereist ingevolge artikel 6 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen. Deze tekst wordt hierbij aangepast aan het voorliggende wetsvoorstel.

## **Artikel 54**

In dit artikel is vastgelegd dat de Minister met betrekking tot het vaststellen van zijn beleidskader en het daarbij behorende financieel kader en met betrekking tot het goedkeuren van de prestatie-eisen, een en ander voor zover zulks (mede) de academische ziekenhuizen betreft, overeenstemming moet hebben bereikt met zijn ambtgenoot van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen. Dergelijke overeenstemming geldt eveneens ten aanzien van de besluitvorming door de Minister op grond van de artikelen 6, 12 en 13.

## **Artikel 56**

Gezien het nogal afwijkende karakter van dit wetsvoorstel ten opzichte van de WZV is een evaluatie van de praktijk van belang. Hoewel de termijn van vijf jaar kort is, gelet op de in het wetsvoorstel gehanteerde termijnen voor de verschillende procedurestappen, zal toch naar verwachting uit de dan beschikbare gegevens een beeld van de praktijk kunnen worden gevormd. Bij de evaluatie wordt in ieder geval aandacht besteed aan het risico dat het College bouw zorginstellingen in zijn uitvoeringstoets signaleerde ten aanzien van de besluitvormingscyclus van twee jaar voor initiatieven waarop het bouwregime van dit wetsvoorstel van toepassing is. Het College bouw zorginstellingen verwachtte dat deze tweejaarlijkse cyclus ertoe zal leiden dat aanvragen niet gespreid in de tijd, maar in het laatste jaar voor de besluitvorming worden ingediend. Een ander belangrijk onderwerp dat in de evaluatie in ieder geval aan de orde komt, heeft betrekking op de wijze waarop deze wet in de praktijk daadwerkelijk bijdraagt aan de implementatie van de beleidsvoornemens inzake de modernisering van de AWBZ en van de curatieve zorg. Daarbij zal tevens de vraag worden betrokken in hoeverre regulering op grond van deze wet nog gewenst is.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. Borst-Eilers

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
A. M. Vliegthart