

Vergaderjaar 2006–2007

27 659

Vereenvoudiging van het stelsel van overheidsbemoedienis met het aanbod van zorginstellingen (Wet toelating zorginstellingen)

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 84

BRIEF VAN DE MINISTER EN STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 9 juli 2007

Hierbij ontvangt u de toegezegde brief over de voortgang van de invoering van integrale en transparante tarieven (TK 2006/2007, 27 659, nr. 80). In deze brief zetten we onze plannen uiteen hoe we het ondernemerschap van zorgaanbieders willen versterken om te komen tot kwalitatief hoogwaardige zorgvoorzieningen die, nu en in de toekomst, aansluiten bij de behoeften van cliënten. Deze brief is een vervolg op de brief van onze ambtsvoorgangers over transparante en integrale tarieven (TK 2004/2005, 27 659, nr. 52) en sluit aan op de recente brief «Waardering voor betere zorg» (TK 2006/2007, 29 248, nr. 37).

In deze brief geven we tevens een inhoudelijke reactie op het RVZ-advies «Management van vastgoed in de zorgsector» (TK 2005/2006, 27 659, nr. 77) en gaan we in op de positie van het College bouw zorginstellingen (CBZ), het College sanering zorginstellingen (CSZ) en het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ), zoals is toegezegd in het jaarverslag 2006 (TK 2006/2007, 31 031 XVI, nr. 1). Recent is door de vaste commissie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gevraagd om een reactie op het rapport «Normatieve huisvestingscomponent» van het CBZ en SDO (07-VWS-B022) en een overzicht van de vermogensopbouw bij zorgaanbieders (07-VWS-B-012). Deze vragen beantwoorden we ook in deze brief.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. Bussemaker

1. Inleiding

Burgers hebben recht op veilige, eigentijdse zorg van goede kwaliteit en naar eigen keuze. Een belangrijk onderdeel van deze zorg betreft de locaties waarop cliënten en patiënten zorg ontvangen. Deze zorg- en woonvoorzieningen dienen aan te sluiten bij de behoeften van de mensen die gebruik maken van de zorg en moeten bovendien van goede kwaliteit, toegankelijk en betaalbaar zijn. Zorgaanbieders zijn zelf, als professionals, het beste in staat om dit, samen met de direct betrokkenen, te realiseren. De cliënt staat centraal.

De cliënt centraal

Om ervoor te zorgen dat de zorgvraag van burgers daadwerkelijk leidend kan zijn bij de investeringsbeslissingen van zorgaanbieders, hebben die aanbieders naast economische prikkels ook voldoende ruimte en het vertrouwen nodig om op eigen wijze te (kunnen) voldoen aan de zorgvraag. Verminderen van de administratieve lasten zoals het wegnemen van bureaucratie rond de bouw van zorginstellingen, vergroten van het plezier in werken in de zorg en versterken van het maatschappelijk ondernemerschap zijn speerpunten van dit kabinet om daar aan bij te dragen. Een belangrijke stap naar een vraaggericht zorgaanbod is tevens invoeren van integrale prestatiebekostiging en het afschaffen van overheidsinterventies bij (des)investeringen door zorginstellingen. De kapitaallasten van zorginstellingen zullen niet langer op basis van technische regels worden vastgesteld en vergoed, maar integraal worden opgenomen in de tarieven en zo terugverdiend moeten worden door middel van het leveren van zorg.

Door instellingen zelf de lusten en lasten te laten dragen van hun investeringsbeslissingen hebben zij een intrinsieke, economische prikkel om beter in te spelen op de individuele zorgvraag. Zorgaanbieders zullen in de nabije toekomst hun investeringen niet langer maximaliseren binnen de regelgeving, maar hun investeringen optimaliseren op basis van de zorgvraag. Het is onze overtuiging dat dit leidt tot een hogere kwaliteit van de zorgvoorzieningen tegen lagere kosten en met minder administratieve lasten. Of zoals de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) opmerkt: «De kansen voor innovatie, kwaliteit en doelmatigheid nemen toe. Goed voor de patiënt en bewoner, voor de belastingbetaler en voor de zorgaanbieder».¹

Snelle maar zorgvuldige invoering

Onze ambtsvoorgangers hebben een voorstel gepresenteerd om kapitaallasten integraal op te nemen in de tarieven en de investeringsrisico's voor instellingen stapsgewijs op te voeren (TK, 2004/2005, 27 659, nr. 52). De RVZ heeft geadviseerd instellingen veel sneller volledig verantwoordelijk te maken voor investeringsbeslissingen en bestaande vangnetfuncties zo snel mogelijk af te schaffen (TK 2005/2006, 27 659, nr. 77). Wij kiezen voor een snelle maar ook zorgvuldige invoering van integrale prestatiebekostiging, die het midden houdt tussen een «big bang» en een langdurig invoeringstraject. Dit sluit aan bij datgene wat over kapitaallasten en ondernemerschap in de zorg is vastgelegd in het coalitieakkoord. Instellingen krijgen de tijd om financiële herverdelingseffecten goed op te vangen terwijl een minimum aan overgangsregels nodig is.

¹ RVZ, Management van vastgoed in de zorgsector (p. 31).

In de afgelopen periode hebben we gemerkt dat bij zorginstellingen, maar ook bij verzekeraars, financiers en uitvoeringsorganisaties, veel draagvlak

te vinden is voor het vergroten van de vrijheid en verantwoordelijkheid van zorgaanbieders voor investeringen. Uiteraard met inachtneming van duidelijke randvoorwaarden en spelregels. De kansen worden door de meeste instellingen hoger ingeschat dan de risico's. Omdat een wijziging van het beleid ten aanzien van kapitaallasten al enkele jaren geleden is aangekondigd maar nog niet eerder duidelijk is uitgewerkt, worden investeringen soms uit- of afgesteld. Dit komt de kwaliteit van zorg niet altijd ten goede. Om die reden is snelle duidelijkheid geboden. Wij willen die door middel van deze brief geven.

Duidelijke randvoorwaarden

In deze brief zetten we uiteen op welke manier en in welk tempo ziekenhuizen, intramurale AWBZ-instellingen en GGZ-instellingen de vrijheid én verantwoordelijkheid krijgen voor het doen van de investeringen in zorgvoorzieningen om beter in te spelen op de zorgbehoefte van de individuele cliënten. In paragraaf 2 vatten we de hoofdlijnen van ons beleid samen. Vervolgens zetten we in paragraaf 3 uiteen hoe de kapitaallasten in de tarieven en prijzen van de zorg passen. In de daarop volgende paragrafen 4 t/m 7 gaan we in op de randvoorwaarden waaraan, tijdens en na de overgang naar integrale prestatiebekostiging, alle zorgaanbieders in ieder geval moeten voldoen. Deze randvoorwaarden zijn:

- de continuïteit van de zorg moet gegarandeerd zijn;
- de kwaliteit van de voorzieningen moet goed zijn;
- opgebouwd vermogen moet voor de zorg behouden blijven;

In paragraaf 8 lichten we de financiële gevolgen voor zorginstellingen en uitgangspunten bij de overgang toe. Aan het slot van deze brief bieden wij u een overzicht van de acties die we de komende tijd zullen ondernemen om het geschetste beleid ten uitvoer te brengen (paragraaf 9).

2. Hoofdlijnen van het beleid

Om te komen tot een zorgstelsel waarin niet de regelgeving, maar de zorgvraag leidend is bij investeringsbeslissingen van zorginstellingen, zien wij drie belangrijke speerpunten. In de eerste plaats zullen de kosten die verband houden met de investeringen – de kapitaallasten – integraal onderdeel zijn van de tarieven en prijzen die de instellingen in rekening brengen voor geleverde zorg. In de tweede plaats zal een deel van de administratieve lasten veroorzaakt door het bureaucratische proces waar instellingen bij bouw en (des)investeringen mee te maken hebben, verminderen. In de derde plaats hebben we in onze Proloogbrief aangegeven dat we onze aandacht richten op een versterking van positie van de cliënt, onder andere door de bij de nieuwe situatie horende rechten en plichten van zorgaanbieders en zorgvragers wettelijk te verankeren, zodat de publieke belangen optimaal geborgd zijn.

Beloning naar prestatie

Zoals aangegeven in de brief «Waardering voor betere zorg» (TK 2006/2007, 29 248, nr. 37) zullen de kapitaallasten vanaf 1 januari 2009 integraal onderdeel uitmaken van de tarieven en prijzen van medisch specialistische zorg en van intramurale AWBZ-instellingen en GGZ-instellingen. In de jaren na invoering van integrale tarieven wordt het risico voor de instellingen stapsgewijs opgevoerd. Uiteindelijk zullen alle zorginstellingen hun kapitaallasten grotendeels terugverdienen door middel van het leveren van zorg.

In dat perspectief kan het vergunningensysteem voor de bouw van zorginstellingen worden afgeschaft. Voor de ziekenhuissector wil ik daarmee in 2008 een begin maken. Voor dat jaar zal in deze sector al geen sprake meer zijn van nieuwe door de overheid goedgekeurde en gegarandeerde investeringen die worden verwerkt in de tarieven en budgetten. Instellingen hoeven vooraf geen toestemming meer te vragen voor bouwprojecten en de daarmee samenhangende procedures, de nacalculatie vervalt daarmee natuurlijk ook.

Het nemen van sluitingsbeslissingen – en daaraan verbonden subsidieverstrekkings – is niet langer passend in een systeem waarin instellingen zelf verantwoordelijkheid dragen voor hun huisvesting en bedrijfsvoering. De huidige regelgeving met betrekking tot de vervreemding van het vastgoed vervalt. Het College bouw zorginstellingen (CBZ) en het College sanering zorginstellingen (CSZ) worden als zelfstandig bestuursorganen (ZBO's) uiterlijk per 1 januari 2010 opgeheven. De bij deze colleges aanwezige kennis en expertise zal voor zover nodig de komende jaren beschikbaar blijven ten behoeve van de toezichthoudende taken van de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Borging publieke belangen

De kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg dienen tijdens en na de overgang naar integrale prestatiebekostiging vanzelfsprekend gewaarborgd te zijn. Versterking van de positie van de cliënt is daarbij het uitgangspunt. Ruimte en grenzen van zorgaanbieders moeten in dat licht geherdefinieerd worden. De beoogde nieuwe verhoudingen tussen cliënten en aanbieders vragen om een wettelijk instrumentarium dat plichten van zorgaanbieders en rechten van cliënten (en de handhaving daarvan) duidelijk verankerd. Dit vergt aanpassing van de wet- en regelgeving, vermindering van de lastendruk en een modern en sober toezicht door de IGZ en de NZa met een effectief instrumentarium. In de tussentijd zullen (al dan niet tijdelijke) waarborgen worden aangebracht om de continuïteit van zorg bij eventuele financiële problemen te garanderen, opgebouwd vermogen voor de zorg te laten behouden en toe te zien op de kwaliteit van zorg- en woonvoorzieningen.

3. Integrale prestatiebekostiging

Kapitaallasten zijn de kosten van rente en afschrijving als gevolg van investeringen in gebouwen. In het huidige systeem maken deze kosten onderdeel uit van de instellingsbudgetten en vindt nacalculatie plaats. Instellingen lopen dus geen risico op hun investeringen. Verzekeraars lopen ook nauwelijks of geen risico over kapitaallasten van zorginstellingen.

Vanaf 2009 vindt geen nacalculatie op de kapitaallasten meer plaats. Vanaf 1 januari 2008 zullen de ziekenhuizen voor eigen rekening en risico investeringsbeslissingen nemen waarbij vanaf 2009 sprake is van integrale prijzen en tarieven inclusief kapitaallastenvergoeding. Zoals in de meeste andere maatschappelijke sectoren gebruikelijk is, zullen de kapitaallasten vanaf 1 januari 2009 gedekt moeten worden uit de integrale tarieven die de aanbieder (via de verzekeraar) in rekening brengt. Zorgaanbieders die goed presteren krijgen meer inkomsten om investeringen te bekostigen. Slecht presterende instellingen hebben op die wijze een belangrijke financiële prikkel om beter te werken. Als gevolg van integrale prestatiebekostiging hebben instellingen er baat bij om de cliënt, als degene die op zorg is aangewezen en daarvan afhankelijk is, centraal te stellen. Instellingen zullen de bedrijfsvoering van hun zorgbedrijf, de

zorginfrastructuur, op intelligente wijze, dat wil zeggen cliëntvriendelijk inrichten, omdat het zal lonen om naar de cliënten te luisteren.

3.1 Invoering bij de ziekenhuizen

In de brief «Waardering voor betere zorg» (TK 2006/2007, 29 248, nr. 37) is uitvoerig de ontwikkeling naar integrale prestatiebekostiging voor medisch specialistische zorg geschetst. Voor de vergoeding van kapitaallasten geldt kort samengevat het volgende:

- Vanaf 2009 wordt voor een groot deel van de ziekenhuiscare (A1- en B1-segment) een tijdelijk model van maatstafconcurrentie ingevoerd. De maatstaf is de gemiddelde maximale prijs die het ziekenhuis in rekening mag brengen voor de zorg die onder de maatstaf valt. De FB-systematiek blijft in 2008 in stand. Er worden echter geen nieuwe bouwprojecten meer geprioriteerd;
- Het B-segment waarin vrije prijsvorming plaatsvindt wordt per 1 januari 2008 vergroot naar 20%. De kapitaallasten die samenhangen met de in dit segment geleverde zorg moeten gedekt worden uit de prijs die in vrije onderhandeling tussen ziekenhuis en verzekeraar tot stand komt. De nacalculatie op kapitaallasten zoals plaatsvindt in het huidige B-segment van 10% komt te vervallen;
- De kapitaallasten die samenhangen met werkzaamheden waarvoor geen prestatiebekostiging mogelijk is (het A0-segment) worden apart vergoed.

Zoals ik reeds aankondigde in de brief «Waardering voor betere zorg» (TK 2006/2007, 29 248, nr. 37) wil ik binnen de transitiereregulering de stapsgewijze invoering van maatstafconcurrentie vorm geven door de toegestane maatstaf te verschuiven van het instellingsspecifieke prijsniveau naar het marktconforme prijsniveau, en wel met jaarlijkse stappen van 25%. Concreet betekent een en ander dat in 2009, de toegestane gemiddeld in rekening te brengen prijs nog voor 75% gebaseerd is op instellingsspecifieke historische kosten en voor 25% op de landelijke maatstaf. In 2010 en 2011 zullen die verhoudingen 50%-50% respectievelijk 25%-75% zijn. De landelijke maatstaf is bij aanvang gebaseerd op de gemiddelde werkelijke integrale kosten per DBC in de gehele sector, inclusief kapitaallasten.

3.2 Invoering bij intramurale AWBZ-instellingen en de GGZ-instellingen

Per 1 januari 2009 zullen ook de kapitaallasten van intramurale AWBZ-instellingen integraal in de tarieven worden opgenomen. Vanaf die datum zal ook integrale prestatiebekostiging van GGZ-instellingen plaatsvinden. Randvoorwaarden voor de invoering van integrale tarieven in de intramurale AWBZ en de GGZ zijn de aanwezigheid van een stabiel bekostigingssysteem op basis van zorgzwaartepakketten (zpz's) en dbc's (ook die voor de forensische zorg) en voldoende inzicht in de herverdelingseffecten bij de instellingen. Gelet op deze randvoorwaarden en vanwege het grote aantal instellingen is invoering van integrale tarieven op 1 januari 2009 mogelijk. Mede naar aanleiding van de uitvoeringstoets «Care voor de toekomst» (TK 2006/2007, 30 597, nr. 6) is de NZa – vooruitlopend op nadere besluitvorming over de bekostiging van de AWBZ – gevraagd verder te gaan met de voorbereidingen om integrale prestatiebekostiging per 1 januari 2009 in te voeren. Daarbij gaat het concreet om het ontwikkelen van een methodiek om de kapitaallasten toe te rekenen aan zpz's en GGZ-dbc's en het doorrekenen van de gevolgen van invoering van integrale tarieven voor individuele instellingen op basis van te verwachten productie en de werkelijke exploitatiekosten. De ontwikkelingen tot op dit moment zijn regelmatig onderwerp van

overleg met de brancheorganisaties geweest. Zij onderschrijven de uitgangspunten in deze brief en zien deze als een belangrijke ondersteuning van de ontwikkeling die hun leden doormaken naar vraag gestuurd ondernemerschap in de zorg. Over de daadwerkelijke toerekenmethode van de kapitaallastcomponent aan de zzp's en dbc's, over de individuele effecten hiervan bij introductie en een daarbij passend invoeringstraject en overgangsregime zal ik uiteraard met hen in gesprek blijven.

Momenteel beraadt het kabinet zich nader op de toekomst van de AWBZ. Daarin past een oriëntatie op een sociale, doelmatige en efficiënte wijze van uitvoeren daarvan. Het is te vroeg om nu reeds een keuze te maken voor een bepaald reguleringssysteem. Om die reden is de NZa gevraagd haar werkzaamheden zo in te richten dat de uitkomsten kunnen worden gebruikt ongeacht de uiteindelijke keuze voor de regulering van de AWBZ. Op basis van de uitkomsten van de NZa-analyses en een doorrekening van de macrobudgettaire consequenties zal definitieve besluitvorming over de invoering plaatsvinden. Aan het begin van volgend jaar wordt u hierover nader geïnformeerd.

Sinds enkele jaren zijn binnen de AWBZ, met name in de gehandicaptenzorg en in de GGZ (sinds 2000), ervaringen opgedaan met een vorm van prestatiebekostiging voor kleinschalige woonvoorzieningen. Deze voorzieningen kunnen gerealiseerd worden zonder voorafgaande toestemming van het CBZ. Vanaf 1 januari 2006 kunnen kleinschalige woonvoorzieningen in de gehele AWBZ-sector (inclusief de sector verpleging en verzorging) gerealiseerd worden buiten het bouwregime om. Ze ontvangen in hun budget een vergoeding voor de kapitaallasten van die voorzieningen op basis van het aantal bezette plaatsen. Het aantal kleinschalige woonvoorzieningen is sinds die tijd gestaag gegroeid. Het is nog te vroeg voor een evaluatie, maar de eerste signalen zijn positief. Vooruitlopend op de afschaffing van het bouwregime voor grootschalige AWBZ-instellingen per 1 januari 2009 zal reeds per 1 januari 2008 het bouwregime voor meer woonvoorzieningen worden afschaft. Dit betreft voorzieningen in de sector Verpleging & Verzorging voor licht verblijf met maximaal 50 plaatsen (was 25) en voorzieningen voor zwaar verblijf met maximaal 24 plaatsen (was 12). In de daadwerkelijke vormgeving van deze voorzieningen dient kleinschaligheid uiteraard de leidraad te blijven. Bovendien zal samen met de minister voor Wonen, Wijken en Integratie het realiseren van meer voor zorgcliënten geschikte woningen – van nultredenwoningen tot en met woningen geschikt voor de zwaarste zorgontvangers – worden gestimuleerd. Daarnaast zal ook het financieel scheiden van wonen en zorg verder worden bevorderd. Dit maakt ook onderdeel uit van het door mij aan de SER gevraagde advies over de toekomst van de AWBZ, dat ik einde dit jaar verwacht.

4. Waarborgen voor continuïteit van de zorgverlening

De continuïteit van de zorgverlening dient altijd gewaarborgd te zijn, ook in een situatie waarin de financiële risico's voor zorginstellingen toenemen. Het vertrouwen van cliënten in zorg mag niet geschaad worden als gevolg van financiële problemen. Het is vanzelfsprekend dat instellingen zelf de gevolgen dragen van verkeerde investeringsbeslissingen en slecht financieel management. Ook nu is dat in belangrijke mate reeds het geval. Bestuurders, raden van toezicht, verzekeraars en financiers hebben elk hun eigen verantwoordelijkheid voor het laten voortbestaan van zorginstellingen en het nemen van juiste beslissingen in het belang van de instelling met het oog op de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. Deze verantwoordelijkheid zal in de toekomst nog meer dan nu gevoeld worden. De overheid staat immers borg voor de continuïteit van de zorg en niet voor de individuele zorginstellingen.

Het afbouwen van vangnetten die onderdeel zijn van de huidige aanbods-
sturing is onlosmakelijk verbonden met de eigen verantwoordelijkheid zie
zorginstellingen krijgen voor hun investeringen.

Financiële steunverlening door middel van een opslag op de tarieven bij
instellingen in de financiële problemen zal in de eindsituatie niet meer
mogelijk zijn. Op basis van artikel 17 van de WTZi kan het CSZ subsidie
verlenen om in de kostengevolgen te voorzien van een beslissing van de
Minister tot gehele of gedeeltelijke sluiting van een instelling. Afschaffing
van het saneringsregime naar aanleiding van een sluitingsbeslissing past
bij de huidige praktijk. Sinds de inwerkingtreding van de WTZi neemt de
minister van VWS al geen sluitingsbeslissingen meer op grond van de
beleidsregels WTZi; de beleidsregels bieden daar geen basis meer voor.
Instellingen beslissen voortaan zelf over eventuele sluiting of capaciteits-
vermindering en dienen zelf de consequenties daarvan te dragen. In de
regelgeving zal dit formeel worden verwerkt.

Continuïteit van zorg gegarandeerd

De bereikbaarheid van acute zorg is op dit moment goed geborgd en dat
moet in ieder geval zo blijven. De regelgeving inzake het regionaal acute
zorgketenoverleg blijft van kracht. Zoals aangegeven in de brief «Waarde-
ring voor betere zorg» zal indien nodig door middel van een beschikbaar-
heidsvergoeding de beschikbaarheid van de spoedeisende hulp gegaran-
deerd blijven. Indien de continuïteit van de zorg daarnaast nog verdere
aandacht behoeft moet de Minister de mogelijkheid hebben om tijdig in te
grijpen bij zorginstellingen in ernstige financiële problemen, onverlet de
eigen verantwoordelijkheid van de zorginstelling en andere partijen. Hier-
voor zal een juridische basis worden gecreëerd bijvoorbeeld door het
aanstellen van een bewindvoerder. Omdat nooit op voorhand duidelijk zal
zijn waar en wanneer ingegrepen moet worden en wat de oorzaak van de
problemen is, dient de wettelijke basis voor het ingrijpen voldoende ruim
te zijn om in voorkomende gevallen effectief op te kunnen treden. In het
wettelijke instrumentarium zal worden aangegeven wanneer en op welke
manier het opportuun is om in te grijpen. Primair uitgangspunt is dat het
ingrijpen zich richt op de continuïteit van zorg voor de cliënten en niet op
de continuïteit van de instelling. Naast het kunnen garanderen van de
continuïteit van de zorgverlening zijn effectiviteit, proportionaliteit en
betaalbaarheid belangrijke aandachtspunten bij de nadere uitwerking van
het wettelijke instrumentarium. Naast de verantwoordelijkheid van de
Minister voor de continuïteit van zorg op de lange termijn, wordt in para-
graaf 8 ingegaan op de verantwoordelijkheid van de Minister op korte
termijn (tijdens de overgangperiode) voor het voorkomen van onoverko-
melijke financiële problemen bij instellingen door de invoering van inte-
grale tarieven.

5. Waarborgen voor kwaliteit

De zorg- en woonvoorzieningen dienen vanzelfsprekend altijd te voldoen
aan de geldende normen voor kwaliteit en veiligheid. Zorginstellingen zijn
zelf het beste in staat om dit te realiseren, in aansluiting op de behoeften
van hun cliënten. Naast de algemeen geldende bouwnormen waar
gemeenten op toe zien zijn er ook specifieke kwaliteitsnormen waaraan
zorginstellingen moeten voldoen.

Werking van het huidige bouwregime

Op dit moment wordt bij de vergunningverlening voorafgaand aan de
nieuwbouw van een zorginstelling door het CBZ getoetst of wordt voldaan

aan de geldende kwaliteitsnormen. Het bouwregime betekent dat als een instelling bouw wil plegen die onder het bouwregime valt, desbetreffende instelling vooraf een zogenaamde «toelating met bouw» bij de Minister moet aanvragen en vervolgens voor het concrete bouwproject een vergunning van het CBZ moet hebben. Het gaat daarbij om zowel een goedkeuring van de gebouwde kwaliteit als van de gemaakte kosten.

Voor het verlenen van een toelating met bouw wint de minister advies in bij het CBZ. Op basis van dat advies, de prioriteitscriteria zoals vastgelegd in beleidsregels en de inpassing van het initiatief in het financieel kader wordt al dan niet een toelating verstrekt. De instelling dient vervolgens een vergunning aan te vragen bij het CBZ, waarbij gedetailleerde bouwplannen en kostenramingen voorgelegd moeten worden. Het CBZ toetst deze op kwaliteit en kosten aan de hand van prestatie-eisen. Dit kan leiden tot bijstelling van de plannen en/of budgetten. Na het afgeven van de vergunning door het CBZ kan de instelling de bouw aanbesteden en de bouw feitelijk laten uitvoeren. Na oplevering worden de exploitatielasten van het gebouw door de NZa verwerkt in de budgetten en tarieven van de instelling.

Van toetsing vooraf naar toezicht achteraf

Het bouwregime wordt afgeschaft en zorgaanbieders krijgen de vrijheid om voor eigen rekening en risico die investeringen in zorg- en woonvoorzieningen te doen, die nodig zijn om in te spelen op de zorgvraag van burgers. Dit betekent dat aanbieders geen toestemming vooraf meer nodig hebben voor investeringen in gebouwen en grond. De met de toestemming vooraf samenhangende procedures (afgifte van een toelating met bouw en vergunning in het kader van de WTZi) en besluitvorming over de tweejaarlijkse prioritering komen dan ook te vervallen. Dit leidt tot een forse reductie van de administratieve lasten met name voor situaties waarin zorginstellingen kiezen voor nieuwbouw.

Uiteraard blijven waar nodig kwaliteitsnormen voor zorggebouwen van kracht. Deze normen zullen onderdeel gaan uitmaken van de normen voor verantwoorde zorg waar de IGZ op toe ziet. In de plaats van de ex ante beoordeling door het CBZ treedt het ex post toezicht door de IGZ. Hiermee wordt recht gedaan aan de eigen verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en is het beter mogelijk om alle kwaliteitsaspecten van de zorgverlening integraal te beoordelen. Voor wat betreft de AWBZ is van belang op te merken dat prestatie-indicatoren voor de kwaliteit van zorg zijn vastgesteld, waarbij ook afspraken zijn gemaakt over wonen en verblijf. Zorginstellingen hebben de verantwoordelijkheid om een veilige, schone en comfortabele omgeving te bieden. De IGZ ziet toe op de naleving van deze afspraken. Door deze rol van de IGZ – in combinatie met de cliënten-toetsing – is het toezicht op wonen en verblijf voldoende geborgd.

Afschaffing van het huidige bouwregime

Door afschaffing van het bouwregime kunnen zorgaanbieders binnen hun eigen exploitatie de juiste afwegingen maken. Zij zijn vrij om te kiezen tussen koop, huur, publiek private samenwerking of lease maar ook kunnen zij er voor kiezen om te substitueren tussen verschillende categorieën investeringen (personeel, gebouw, apparatuur etc.). Deze investeringsvrijheid is een essentieel element van integrale prestatiebekostiging. Logisch gevolg hiervan is ook dat opgebouwde trekkingsrechten komen te vervallen. Renovatie-investeringen waarvoor deze trekkingsrechten benut konden worden, zullen voortaan ook verdiend moeten worden met het leveren van zorg. Ook begrippen als «adherentie» (om de hoogte van toegestane investeringen te bepalen) of «normatieve vierkante meters»

(om de hoogte van de trekkingsrechten te bepalen) verliezen bij afschaffing van het bouwregime hun relevantie.

Het bouwregime wordt voor ziekenhuizen gelijktijdig afgeschaft met de vergroting van het risico op de kapitaallasten door uitbreiding van het B-segment naar 20%. Dit betekent dat het bouwregime vanaf 1 januari 2008 niet meer van toepassing is voor de ziekenhuizen en vanaf 1 januari 2009 niet meer van toepassing is voor GGZ-instellingen en intramurale AWBZ-instellingen. Eerdaags wordt de Raad van State advies gevraagd over een voorstel tot wijziging van het Uitvoeringsbesluit WTZi. Kern van dit voorstel is het per 1 januari 2008 laten vervallen van het bouwregime voor de algemene, academische en categorale ziekenhuizen. Afschaffing van het bouwregime voor de intramurale AWBZ-instellingen en de GGZ-instellingen per 1 januari 2009 zal ook door middel van een wijziging van het Uitvoeringsbesluit WTZi gerealiseerd worden.

Opheffing CBZ als zelfstandig bestuursorgaan

Met de afschaffing van het bouwregime wordt een belangrijk deel van de WTZi buiten werking gesteld en komt de primaire taak van het CBZ te vervallen. Het CBZ als ZBO zal worden opgeheven. Definitieve opheffing van het CBZ zal, indien voorgaande data worden gerealiseerd, uiterlijk per 1 januari 2010 plaatsvinden. Dit wordt formeel geregeld door middel van het in paragraaf 2 genoemde wetsvoorstel dat in voorbereiding is. De bij het CBZ aanwezige kennis en expertise ten aanzien van onder andere gebouwkwaliteit en zorgbouwinnovatie zal worden ondergebracht bij een kennisinstituut. De IGZ en de NZa kunnen in het kader van het kwaliteits-toezicht respectievelijk het markttoezicht een beroep doen op deze expertise.

6. Behoud van vermogen voor de zorg

Naast waarborgen voor de continuïteit en kwaliteit van de zorgverlening zoals geschetst in de voorgaande paragrafen, is ook het behoud van vermogen voor de zorg een belangrijke randvoorwaarde waaraan instellingen tijdens en na de overgang naar integrale prestatiebekostiging moeten voldoen. De ruimte voor ondernemerschap die zorginstellingen wordt geboden mag er niet toe leiden dat in de zorgverlening opgebouwd vermogen niet langer aan de zorg wordt besteed.

Ex ante toezicht op vastgoedtransacties vervalt

Zorginstellingen kunnen op verschillende manieren vermogen opbouwen. Zo kunnen instellingen positieve bedrijfsresultaten behalen (en daarmee bijvoorbeeld reserves vormen). Ook kan het onroerend goed van instellingen in waarde stijgen. Het vermogen van een instelling behoort toe aan de instelling.

In de huidige situatie heeft het CSZ een rol bij de verkoop van onroerend goed door zorginstellingen. Artikel 18 van de WTZi bepaalt dat het bestuur van een instelling dat het voornemen heeft onroerende zaken niet langer blijvend voor de zorginstelling te gebruiken door het te verhuren, vervreemden of aan een beperkt recht te onderwerpen, dat meldt aan het CSZ. Het CSZ beslist vervolgens of de instelling het voornemen ten uitvoer kan brengen zonder goedkeuring van het CSZ. Bij de goedkeuring kan het CSZ bepalen dat ingeval van verkoop een eventuele meeropbrengst ten opzichte van de boekwaarde in het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten wordt gestort.

In de situatie waarin (des)investeringsbeslissingen voor eigen rekening en risico komen van de instellingen past niet langer dat de overheid (het CSZ) zich hiermee vooraf bemoeit, ex ante toezicht houdt op de weglek van vermogen en eventuele meeropbrengsten bij verkoop afroemt. Een eventuele meeropbrengst dient in de nieuwe situatie ten goede te komen aan de instelling (evenals een eventueel verlies op verkoop ten laste komt van de instelling). Deze beleidswijziging heeft tot gevolg dat boekwinsten bij verkoop niet langer door de NZa worden verrekend in de tarieven. Instellingen die op het moment van verzenden van deze brief aan de Kamer al voornemens tot verkoop van onroerend goed hebben gemeld bij het College sanering, zullen door de overgang naar het nieuwe beleid niet worden benadeeld.

Deze beleidswijziging brengt ons tevens tot het voornemen om artikel 18 WTZi per 1 januari 2008 buiten toepassing te verklaren voor ziekenhuizen en per 1 januari 2009 voor intramurale AWBZ-instellingen en GGZ-instellingen.

Vermogen blijft voor de zorg behouden

De huidige vermogenspositie van instellingen is opgebouwd in een volledig «beschermd» omgeving van nacalculatie. Daarom mag van de instellingen verlangd worden dat zij hun opgebouwde vermogen blijvend voor de zorg bestemmen. Onder de zorg versta ik in dit verband AWBZ- of Zvw-verzekerde zorg, inclusief innovaties en extramuraal zorg die het wonen in wijken ondersteunt. Behoud van vermogen voor de zorg wordt zeker gesteld in de beleidsregels WTZi (bijlage 1)¹. Deze beleidsregels gaan uit van periodieke onafhankelijke taxatie van de marktwaarde van het onroerend goed en vermelding van deze waarde in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. In overleg met de Raad voor de jaarverslaggeving zal worden onderzocht of het wenselijk en mogelijk is om te komen tot richtlijnen voor het opnemen van de waarde van onroerend goed (direct in eigendom of indirect in eigendom via zeggenschap in een andere rechtspersoon) op de balans.

De instelling dient ten minste een maal per vijf jaar de onroerende zaken die het op 1 januari 2008 (voor de ziekenhuizen) respectievelijk op het moment van invoering van integrale tarieven en afschaffing van het bouwregime (voor de AWBZ- en GGZ-instellingen), in eigendom had, door een onafhankelijk taxateur te laten taxeren. Deze taxatiewaarde vormt een belangrijk richtsnoer voor de te realiseren verkoopopbrengst. De onafhankelijkheid en betrouwbaarheid van de taxatie is dan ook essentieel. Gegeven dit richtsnoer en het belang dat de instelling krijgt bij een marktconforme verkoopprijs, is ex ante toezicht op de verkoopprijs na 1 januari 2008 respectievelijk 2009 niet langer aan de orde.

De instellingen moeten bij verkoop van onroerend goed de dan actuele marktwaarde behouden voor de zorg. De beleidsregels bevatten een anti-weglekbeding, waarbij, zorginstellingen een verbod krijgen op het laten weglekken van vermogen, verkregen door verkoop van onroerend goed dat onder het bouwregime reeds in bezit was van de instelling. Verkoop van onroerend goed blijft dan wel toegestaan, maar verkoopopbrengsten, ook in geval van bestemmingswijziging, moeten hergeïnvesteed worden in de zorg. Instellingen moeten middels het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording verantwoording afleggen over de wijze waarop zij het vermogen behouden voor de zorg.

De inhoud van deze beleidsregels zal de Minister als voorschrift aan de toelating van instellingen verbinden. Op termijn worden de regels met betrekking tot behoud van vermogen wettelijk vastgelegd.

Opheffing CSZ als zelfstandig bestuursorgaan

Zoals in paragraaf 4 uiteen is gezet, ligt het niet in de rede dat de Minister

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

in de komende jaren nog sluitingsbeslissingen zal nemen en zal ook geen sprake meer zijn van subsidieverlening aan instellingen door het CSZ. Artikel 17 van de WTZi wordt buiten toepassing verklaard op het moment van afschaffen van het bouwregime voor de betreffende sector. Door de beleidsregels met betrekking tot behoud van vermogen en het buiten toepassing verklaren van artikel 18 van de WTZi, eveneens op het moment van afschaffen van het bouwregime voor de betreffende sector, zal de wettelijke taak, die het CSZ heeft bij vervreemding van onroerend goed, komen te vervallen. Voorlopig zal het CSZ toezien op de naleving van de regels voor behoud van vermogen voor de zorg. Het CSZ zal formeel uiterlijk per 1 januari 2010 als ZBO worden opgeheven. Voor zover er taken resteren (bijvoorbeeld met betrekking tot behoud van vermogen voor de zorg) zullen deze bij de bestaande toezichthouders worden onder gebracht.

7. Waarborgen financierbaarheid

Zorginstellingen moeten tijdens en na de overgang voldoende mogelijkheden hebben om kapitaal aan te trekken om investeringen te doen. Instellingen moet daarom de mogelijkheid worden geboden om hun eigen vermogen te versterken. In de bijlage 2¹ is een overzicht opgenomen van de vermogensopbouw bij zorgaanbieders, zoals toegezegd (07-VWS-B-012).

Als gevolg van enkele in deze brief genoemde maatregelen zullen zorginstellingen over het algemeen voldoende kapitaal kunnen aantrekken om noodzakelijke investeringen te doen en de toenemende financieringsrisico's op te vangen.. Allereerst is van belang dat de risico's die instellingen lopen stapsgewijs worden opgevoerd, zodat zij de tijd krijgen om bijvoorbeeld hun vermogenspositie te versterken of de financiering aan te passen. In de tweede plaats zullen boekwinsten niet langer worden afgeroomd via de tarieven. Boekwinsten kunnen zodoende worden benut om het eigen vermogen te versterken of investeringen te doen. In beide gevallen blijft het vermogen behouden voor de zorg.

Waarborgfonds voor de Zorgsector

Het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) verstrekt garanties op leningen aan zorginstellingen. Met het oog op de overgang naar integrale prestatiebekostiging kan het WfZ een ondersteunende rol spelen.

Maatschappelijk Ondernemerschap

De minister van Justitie heeft thans een voorstel in voorbereiding waarin een maatschappelijke onderneming wettelijk vorm wordt gegeven. Ik streef ernaar de door mij gewenste maatschappelijke ondernemingsvorm zo veel mogelijk te laten aansluiten op het wetsvoorstel van de Minister Justitie. Besluitvorming over de vorm en inrichting van een maatschappelijke onderneming zal in de periode tot 1 januari 2010 plaats moeten vinden.

In de zogenaamde eerste kapitaallastenbrief van 8 maart 2005 (TK 2004/2005, 27 659, nr. 52) is aangegeven dat voordat sprake kan zijn van het uitkeren van winst aan derden door zorginstellingen, aan een aantal condities dient te worden voldaan. Er dient sprake te zijn van transparante en integrale prestatiebekostiging en zorginstellingen dienen volledig risicodragend te zijn voor schommelingen in de afzet. In dezelfde brief is er op gewezen dat die situatie zich op dat moment nog niet voordeed en dat het toestaan van uitkeerbare winst alsdan een afzonderlijk besluit zou vergen van het kabinet. In deze brief zijn de voornemens voor de transitie

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

naar een systeem van integrale prestatiebekostiging en risicodragendheid ten aanzien van schommelingen in de afzet voor zorginstellingen, geschetst.

Momenteel is de meest gebruikte rechtspersoon voor instellingen in de zorg, de stichtingsvorm. Voor een aantal categorieën van zorginstellingen is dit ook een passende rechtsvorm, omdat een winsttoegerek voor bepaalde categorieën niet is toegestaan. Indien (alle) zorginstellingen wordt toegestaan winst uit te kunnen keren is het van belang zeker te stellen dat in een beschermde omgeving opgebouwd vermogen voor zorg bestemd blijft. Dan kan de keuze voor andere rechtsvormen, zoals een besloten of naamloze vennootschap, verruimd worden. Deze vennootschapsvormen zijn voor instellingen aantrekkelijk. Zo wordt de toegang tot de kapitaalmarkt voor instellingen vergroot. Ook wordt in een dergelijke situatie meer druk (door aandeelhouders als kapitaalverschaffers) uitgeoefend op instellingen om doelmatig te opereren. Nieuwe toetreders zullen bovendien bestaande instellingen prikkelen goede en doelmatige zorg te leveren. Er kleven echter ook nadelen aan het bieden van de mogelijkheid aan instellingen om een vennootschapstructuur te voeren. De maatschappelijke betrokkenheid van zorginstellingen wordt hierdoor niet zondermeer versterkt en afhankelijk van de bedoeling van de kapitaalverschaffer kan een ontwikkeling ontstaan naar ongewenste effecten van doelmatigheidstreven, zoals snel winstbejag met daaraan verbonden risico's ten aanzien van de kwaliteit van de zorgverlening.

Het is de bedoeling per 1 januari 2010, naast de nu reeds bestaande mogelijkheden, voor ziekenhuizen ook een vorm van een maatschappelijke onderneming mogelijk te maken, waarbij we ons laten inspireren door de vennootschap met sociaal oogmerk zoals België die kent.¹ Afhankelijk van de uitwerking die dit idee krijgt, zou daarmee wellicht aan ziekenhuizen de gelegenheid geboden worden nieuw kapitaal aan te trekken, maar blijft het reeds opgebouwde vermogen voor zorg bestemd. Anders dan bij een normale vennootschap, ter voorkoming van vormen van ongewenste effecten van winststreven en het «weglekken» van in de zorg opgebouwd vermogen, is het de bedoeling om beperkingen te stellen aan de mate waarin winst op nieuw ingebracht kapitaal kan worden uitgekeerd. Of ook voor intramurale AWBZ-instellingen een vorm van een maatschappelijke onderneming mogelijk zal worden gemaakt, wordt later besloten. Dit mede op basis van de nadere uitwerking voor de ziekenhuizen.

8. Financiële inpasbaarheid

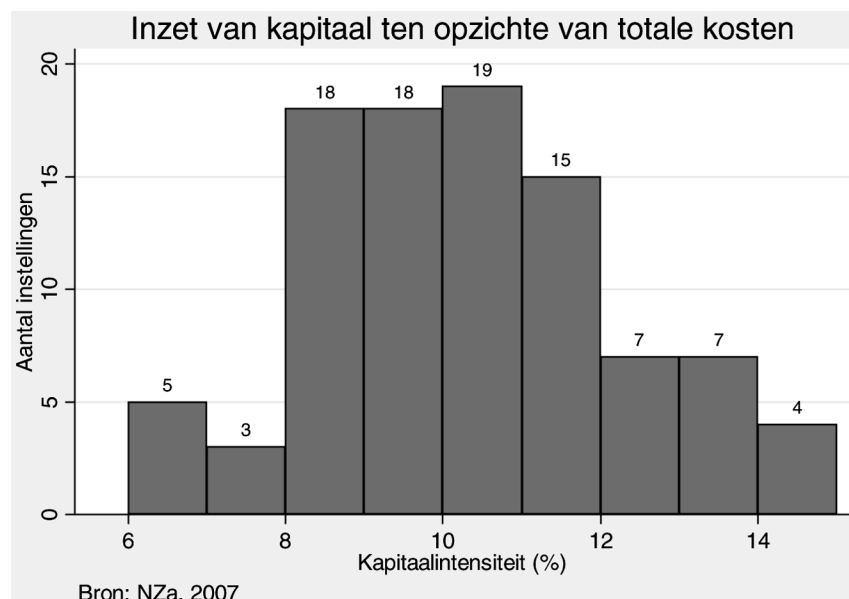
Eén van de uitgangspunten bij de invoering van integrale prestatiebekostiging is de inpasbaarheid in het budgettaire kader. De aanpassing van het bekostigingssysteem mag niet leiden tot hogere kosten. Dat ligt ook niet voor de hand omdat de doelmatigheid van investeringen in zorgvoorzieningen door deze aanpassing structureel wordt vergroot.

De NZa is gevraagd om de herverdelingseffecten bij intramurale AWBZ-instellingen in kaart te brengen. Deze berekeningen zijn eind 2007 klaar, zodat nu nog geen inzicht in de effecten kan worden gegeven. Voor de ziekenhuizen zijn analyses uitgevoerd door de NZa, het CBZ in samenwerking met de Stichting DBC Onderhoud (SDO), door het bureau Finance Ideas in opdracht van VWS en in samenwerking met de NVZ² en door het CBZ. Op deze analyses en de voor de ziekenhuizen voorgestelde overgang wordt hieronder nader ingegaan.

¹ Ru, prof. mr. H. J. de e.a., *De maatschappelijke onderneming*, Allen&Overy LLP, Amsterdam/ Boom Juridische uitgevers 2005.; mede gebaseerd op Balkenende, J.P., *De maatschappelijke onderneming*, in: Balkenende, J.P. e.a., *Onderneming & maatschappij – op zoek naar vertrouwen*, Assen: Koninklijke Van Gorcum 2003.

² De totale kosten voor dit onderzoek bedroegen € 24 157,00.

De kapitaallasten vormen een beperkt onderdeel van het ziekenhuisbudget (ca. 10%).



De NZa heeft geen relatie geconstateerd tussen de kapitaalintensiteit en de doelmatigheid van ziekenhuizen. Daarom ligt volgens de NZa een apart overgangsregime voor kapitaallasten niet voor de hand. Wel stelt de NZa een geleidelijke invoering voor van de herziene bekostigingswijze als geheel. In de brief «Waardering voor betere zorg» is daarop ingegaan.

Analyse CBZ en SDO

CBZ en SDO hebben een analyse uitgevoerd die is gebaseerd op een systeem waarbij op basis van kapitaallastenintensiteit per DBC een normatieve huisvestingscomponent berekend wordt. Die huisvestingscomponent wordt opgenomen in het tarief of de prijs van de betreffende DBC en wordt normatief berekend op basis van nieuwbouwmaatstaven en heeft geen relatie met werkelijke/historische kosten van de individuele ziekenhuizen. Een dergelijke benadering per afzonderlijke DBC past niet in het model van een maatstaf waarbinnen het ziekenhuis onderhandelt over prijs en volume van de te leveren DBC's en grotendeels zelf bepaalt welke kosten aan welke DBC's worden toegeschreven.

Dit laat onverlet dat het rapport van het CBZ en SDO waardevolle informatie heeft opgeleverd over de macrokosten die met rente en afschrijving gemoeid zijn. Zo blijkt uit de analyse van het CBZ en SDO dat de benodigde kapitaallasten van gebouwen passen binnen het beschikbare budget voor bouwkosten van ziekenhuizen.

Het rapport heeft aan individuele ziekenhuizen duidelijk gemaakt wat het te verwachten effect is van het afschaffen van de nacalculatie op kapitaallasten. Ons is ook bekend dat individuele ziekenhuizen op basis van het CBZ/SDO-model hun voorgenomen investeringsbeslissingen nog eens tegen het licht gehouden hebben. Ook in die zin heeft het rapport een positief effect gehad.

Ons uitgangspunt bij de voorgestelde overgang is dat instellingen in staat gesteld moeten worden om herverdelingseffecten op te vangen. Van belang daarbij is dat de effecten van de verschillende beleidswijzigingen integraal worden gezien en dat de mogelijkheden die instellingen zelf hebben om wijzigingen in de bekostiging op te vangen, waar nodig worden benut. Voor de ziekenhuizen is dat reeds nader uitgewerkt. Dankzij de geleidelijke invoering van de maatstaf tot en met 2011, zal het risico-profiel van instellingen niet van de ene op de andere dag veranderen.

Een tweetal rapporten over de waardebeoordeling van ziekenhuisvastgoed laat zien dat een beperkt aantal ziekenhuizen mogelijk moeite zal hebben met het dekken van de lasten. Het gaat om een rapport van het College Bouw Zorginstellingen en een rapport van onderzoeksbureau Finance Ideas. Beide rapporten geven echter aan dat er tegenover deze «minnen» ook plussen staan die in individuele gevallen tegen elkaar kunnen worden weggestreept.

Aldus gezien is het onze verwachting dat het overgrote deel van de ziekenhuizen de overgang zonder problemen zal kunnen maken. Voor een beperkt aantal is dat, mede op basis van bovengenoemde onderzoeken, op voorhand niet zeker. Ik wil voorkomen dat ziekenhuizen door deze invoering van integrale tarieven in onoverkomelijke problemen komen. In die situaties waarin een causale relatie bestaat tussen de invoering van de nieuwe wijze van bekostiging en het ontstaan van financiële problemen die niet verwijtbaar zijn aan de instelling, zal ik op basis van een zorgvuldige analyse kijken hoe aan deze problemen het hoofd geboden kan worden. In elk geval is wat mij betreft geen sprake van genoemde causale relatie indien de instelling in de afgelopen jaren tot andere investeringsbesluiten (met name de bouw) had kunnen komen als gevolg van de in 2005 aangekondigde veranderingen. Voor die gevallen waar in de overgangperiode tijdelijke maatregelen nodig zijn zal ik kiezen voor een maatwerkbenadering. Hierbij zal ik zoveel mogelijk gebruik maken van de huidige bestaande mogelijkheden. Binnen het totaal van de ruimte voor kapitaallasten zijn middelen beschikbaar voor incidentele overgangsproblemen. Na afloop van de overgangperiode eind 2011 zijn de mogelijkheden om instellingen financieel te ondersteunen niet meer aanwezig.

De combinatie van stapsgewijze opvoering van het risico, het behoud van het Waarborgfonds, het niet afnemen van boekwinsten en analyses van niet aan de instelling verwijtbare financiële problemen door de wijziging van de bekostiging laten een uitgebalanceerd overgangstraject zien. Enerzijds zijn er voldoende zekerheden om de overgang beheersbaar te laten zijn en tegelijkertijd wordt er ruimte gecreëerd om eigen investeringsbeslissingen te nemen. Overigens zal ik de NZa vragen de ontwikkelingen in de financieringskosten te monitoren.

9. Samenvatting en conclusies

In deze brief hebben we geschetst welke stappen wij de komende jaren zullen zetten in het geven van ruimte en vertrouwen aan zorgaanbieders, zodat zij hun investeringen maximaal kunnen laten aansluiten op de behoefte van de cliënt. Deze stappen vergen grote inspanningen van alle betrokken partijen. Het draagvlak is breed en wij vertrouwen erop dat de overgang naar meer maatschappelijk ondernemerschap van zorginstellingen op verantwoorde wijze gemaakt kan worden. Samenvattend zullen wij de volgende acties ondernemen om dit te realiseren:

- Vanaf 1 januari 2009 zullen de kapitaallasten integraal opgenomen zijn in de prijzen voor medisch specialistische zorg en voor intramurale

- AWBZ- en GGZ-instellingen. De NZa zal worden verzocht de ontwikkelingen in de financieringskosten te monitoren.
- De NZa is op ons verzoek bezig met het ontwikkelen van een methodiek om de kapitaallasten van intramurale AWBZ-instellingen toe te rekenen aan zzp's. Op basis van deze methodiek worden de te verwachten financiële effecten voor deze instellingen berekend. Mede op basis daarvan zal begin 2008 nadere besluitvorming plaatsvinden;
 - Eerdaags zal een voorstel tot wijziging van het Uitvoeringsbesluit WTZi voor advies worden voorgelegd aan de Raad van State. Kern van deze wijziging is het per 1 januari 2008 laten vervallen van het bouwregime voor medisch specialistische zorg en voor een groter aantal woonvoorzieningen in de AWBZ. Tevens wordt met deze wijziging de onafhankelijkheid van het toezichthoudend orgaan van de instellingen beter geborgd. Afschaffing van het bouwregime voor intramurale AWBZ-instellingen en GGZ-instellingen vindt plaats door middel van een latere wijziging van het Uitvoeringsbesluit WTZi. De voorstellen tot wijziging zullen worden voorgehangen bij beide Kamers van de Staten-Generaal;
 - We bereiden een wetsvoorstel voor waarin de rechten en plichten van cliënten en zorgaanbieders in het nieuwe stelsel worden vastgelegd. Door middel van dit wetsvoorstel zullen ook het CBZ en CSZ als aparte ZBO's formeel worden opgeheven en wordt de WTZi vervangen. We verwachten het wetsvoorstel medio 2008 ter bespreking aan u te kunnen voorleggen;
 - In het hiervoor genoemde wetsvoorstel zal een juridische basis worden opgenomen om in te grijpen bij zorginstellingen in financiële problemen indien de continuïteit van de zorg in gevaar komt;
 - Na afschaffing van het bouwregime zal het toezicht op de kwaliteit van gebouwen onderdeel worden van het integraal kwaliteitstoezicht door de IGZ. Waar nodig zullen normen voor gebouwkwaliteit onderdeel gaan uitmaken van de normen voor verantwoorde zorg;
 - Bijgevoegd is een nieuwe set beleidsregels WTZi. Dit zijn beleidsregels voor de toetsing van aanvragen om een (wijziging van de) toelating en beleidsregels waar instellingen altijd aan moeten voldoen (bijvoorbeeld die met betrekking tot de beschikbaarheid van acute zorg). Aan deze laatste beleidsregels zijn enkele regels toegevoegd waarin bepaald is dat in het huidige risicoloze systeem opgebouwd vermogen voor de zorg moet worden behouden. De beleidsregels worden direct na publicatie in de Staatscourant van kracht. De reden hiervoor is dat we instellingen zo spoedig mogelijk duidelijkheid willen bieden omtrent de exacte reikwijdte van dit voorstel. Via een collectieve beschikking worden aan alle afgegeven toelatingen deze nieuwe regels van toepassing verklaard. Alle instellingen zullen hier individueel van op de hoogte worden gesteld. De Kamerbrief is tevens te beschouwen als een actualisatie van de beleidsvisie WTZi. Op termijn worden de regels met betrekking tot behoud van vermogen wettelijk vastgelegd;
 - Naast de bestaande mogelijkheden wordt vanaf 2010 de maatschappelijke onderneming geïntroduceerd voor de ziekenhuizen. De minister van Justitie heeft thans een voorstel in voorbereiding waarin een maatschappelijke onderneming wettelijk vorm wordt gegeven. Ik streef ernaar de door mij gewenste maatschappelijke ondernemingsvorm zo veel mogelijk te laten aansluiten op het wetsvoorstel van de Minister Justitie.