

Vergaderjaar 2003–2004

27 659

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

Nr. 16

DERDE NOTA VAN WIJZIGING

Ontvangen 5 december 2003

Het voorstel van wet wordt gewijzigd als volgt:

A

Het opschrift komt te luiden: Vereenvoudiging van het stelsel van overheidsbemoeienis met het aanbod van zorginstellingen (Wet toelating zorginstellingen)

B

In de aanhef komt de considerans te luiden:

Alzo Wij in overweging hebben genomen, dat het ter bevordering van de overgang van een centraal aanbod gestuurd naar een decentraal vraaggericht zorgstelsel wenselijk is de regels inzake de toelating van zorginstellingen en die inzake de bouwprocedure te vereenvoudigen en samen te voegen;

C

Artikel 1 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het eerste lid, onderdeel f, wordt «exploitatietoestemming» vervangen door: toelating.

2. In het derde lid vervallen de woorden «tot exploitatie».

D

Het opschrift van hoofdstuk II komt te luiden:

HOOFDSTUK II. VISIE EN BELEIDSREGELS

E

Artikel 2 komt te luiden:

Artikel 2

1. Onze Minister maakt, gelet op de ontwikkelingen in de gezondheidszorg, tweejaarlijks zijn visie op een doelmatig, evenwichtig en voor eenieder toegankelijk stelsel van gezondheidszorg bekend. Deze visie bevat tevens het financieel kader dat beschikbaar is voor de kosten voortvloeiend uit toelatingen die Onze Minister verleent op grond van artikel 6.

2. Onze Minister zendt een afschrift van zijn visie aan beide kamers der Staten-Generaal, het College zorgverzekeringen en aan het College bouw.

F

Artikel 3 komt te luiden:

Artikel 3

Onze Minister stelt beleidsregels vast omtrent de beoordeling van aanvragen om toestemming als bedoeld in artikel 4, eerste, tweede en derde lid. Deze beleidsregels bevatten in ieder geval criteria omtrent de spreiding van die vormen van zorg ten aanzien waarvan aan de bereikbaarheid een bijzonder belang moet worden gehecht. Wat betreft de toelating die wordt verleend op grond van artikel 6 bevatten de beleidsregels bovendien criteria omtrent de bouwkundige en functionele staat van de instellingen.

G

Het opschrift boven hoofdstuk III komt te luiden:

HOOFDSTUK III. TOELATING EN BOUWPROCEDURE

H

Artikel 4 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het eerste en tweede lid wordt telkens «exploitatietoestemming» vervangen door: toelating.

2. In het derde lid wordt «toestemming» vervangen door: een toelating.

3. Het vierde lid komt te luiden:

4. Een toelating als bedoeld in het eerste en derde lid kan aan instellingen met een winstoogmerk slechts worden verleend indien de instelling behoort tot een bij algemene maatregel van bestuur aangegeven categorie.

I

Artikel 5 wordt gewijzigd als volgt:

1. In onderdeel a wordt «toestemming» vervangen door: toelating.

2. In onderdeel c wordt »toestemming»: vervangen door: «toelating» en wordt «prioriteitscriteria» vervangen door: beleidsregels.

J

Artikel 6 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het eerste en tweede lid wordt «toestemming» telkens vervangen door: toelating.

2. In de aanhef van het derde lid wordt «zijn toestemming» vervangen door: een toelating.

3. In het derde lid, onderdeel a, wordt «het beleidskader» vervangen door: zijn visie.

4. In het derde lid, onderdeel b, wordt «prioriteitscriteria» vervangen door: «beleidsregels» en wordt «toestemming» vervangen door: een toelating.

5. In het vierde lid wordt «toestemmingen» vervangen door: toelatingen.

K

Artikel 7 wordt gewijzigd als volgt:

1. In de eerste zinsnede wordt «toestemming» vervangen door: een toelating.

2. In de tweede zinsnede wordt «toestemming» vervangen door: toelating

L

Artikel 8 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het eerste lid, onderdeel a, wordt «het beleidskader» vervangen door: de visie.

2. In het eerste lid vervalt onderdeel b, onder vernummering van onderdeel c in b.

3. In het tweede lid wordt «toestemmingen» vervangen door: toelatingen.

M

In artikel 10, tweede lid, onderdeel a, wordt «toestemming» vervangen door: toelating.

N

In artikel 11 wordt «toestemming» telkens vervangen door: een toelating.

O

Artikel 12 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het eerste lid, eerste volzin, wordt «artikel 8, eerste lid, onder c» vervangen door: «artikel 8, eerste lid, onder b»; in de tweede volzin wordt «exploitatietoestemming» vervangen door: «toelating»; in de derde volzin wordt «toestemming» vervangen door: toelating.

2. In het tweede lid wordt «toestemming» vervangen door: «toelating» en na «voorschriften» toegevoegd:, gesteld bij of krachtens het eerste lid.

P

In artikel 13, tweede lid, wordt de zinsnede «het bestuur van de gemeente» vervangen door: het college van burgemeester en wethouders van de gemeente.

Q

In artikel 14 vervalt de zinsnede «, behorende tot een bij algemene maatregel van bestuur aangewezen categorie,».

R

In de artikelen 16, eerste lid, onderdeel a, 30, eerste lid, onderdeel c, en 36, wordt «toestemming» telkens vervangen door: toelating.

S

Artikel 38 wordt gewijzigd als volgt:

1. In onderdeel A wordt «Wet exploitatie zorginstellingen» vervangen door: Wet toelating zorginstellingen.

2. Na verlettering van de onderdelen B, C en D tot D, E en F, worden twee nieuwe onderdelen ingevoegd, die luiden als volgt:

B

In artikel 1a, tweede lid, vervallen de woorden «de Overgangswet verzorgingshuizen,» en wordt «de Wet ziekenhuisvoorzieningen» vervangen door: de Wet toelating zorginstellingen.

C

In artikel 1z wordt de zinsnede «het College bouw ziekenhuisvoorzieningen en het College sanering ziekenhuisvoorzieningen, bedoeld in de Wet ziekenhuisvoorzieningen» vervangen door: het College bouw zorginstellingen en het College sanering zorginstellingen, bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen.

T

Artikel 39, onder A, komt te luiden:

A

Artikel 1, eerste lid, onder d, komt te luiden:

d. instelling: een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen.

U

In de artikelen 40, eerste en tweede lid, 42 en 43, eerste, tweede en derde lid, wordt «toestemming» telkens vervangen door: toelating.

V

In de artikelen 48, onder A en B, 51, onder A en B, 52, 52b en 52c wordt «Wet exploitatie zorginstellingen» vervangen door: Wet toelating zorginstellingen.

W

Na artikel 52c worden twee artikelen ingevoegd, luidende:

Artikel 52d

Indien het bij koninklijke boodschap van 24 oktober 2002 ingediende voorstel van wet tot wijziging van de Brandweerwet 1985, de Wet rampen en zware ongevallen en de Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen in verband met de bevordering van de kwaliteit van de rampenbestrijding door middel van een planmatige aanpak en de aanscherping van het provinciale toezicht en tot wijziging van de Wet ambulancevervoer (Wet kwaliteitsbevordering rampenbestrijding), Kamerstuk nr. 28 644, nadat het tot wet is verheven, in werking treedt, wordt in artikel 1 van de Wet geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen de puntkomma aan het slot van onderdeel d vervangen door een punt en vervalt onderdeel e.

Artikel 52e

In artikel III, tweede lid, van de wet van 24 december 1998 tot wijziging van de Ziekenfondswet en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen in verband met het invoeren van de aanspraak op medisch-specialistische zorg, verleend door of vanwege een ziekenhuis (Stb. 1999, 16) wordt «Ziekenfondswet» vervangen door: Wet toelating zorginstellingen.

X

In artikel 54 wordt «het beleidskader» vervangen door: de visie.

IJ

In artikel 58 wordt «Wet exploitatie zorginstellingen» vervangen door: Wet toelating zorginstellingen.

TOELICHTING

1. Inleiding

Het Kabinet constateert in het Hoofdlijnenakkoord dat de centrale aanbodsturing van de zorgsector is vastgelopen en dat zo snel als verantwoord is de overgang naar gereguleerde marktwerking moet plaatsvinden zodat de wensen van de zorgvragers beter aan bod komen. Deze overgang zal deelmarktgewijs plaatsvinden. De eigen verantwoordelijkheid en het initiatief van veldpartijen moeten voorop komen te staan. De overheid blijft de hoedster van de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Het voorliggende wetsvoorstel, dat dient ter vervanging van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV), is cruciaal om die overstap verantwoord te kunnen maken.

In de begroting van VWS voor 2004 is aangegeven dat gestreefd wordt naar invoering van het wetsvoorstel tot vervanging van de WZV per 1 juli 2004. De voorliggende nota van wijziging brengt een aantal verbeteringen in het wetsvoorstel aan, die in deze tekst worden toegelicht. Ook de naam van de wet verandert in het voorstel, die wordt: «Wet toelating zorginstellingen». Om u zo snel mogelijk te laten wennen aan de nieuwe naam en nieuwe afkorting, WTZ, gebruik ik deze vanaf het begin van deze toelichting.

2. Transitie en samenhang

De vernieuwing van het zorgstelsel verloopt langs twee sporen. Het eerste spoor leidt door invoering van meer marktwerking tot een doelmatiger en meer op de wensen van de cliënt gerichte sturing van de zorg. Het tweede spoor betreft de invoering van een basisverzekering curatieve zorg met acceptatieplicht en zorgplicht voor de verzekeraar. De vervanging van de WZV door een nieuwe wet hoort in het eerste spoor. Voor gereguleerde marktwerking is het van belang dat er voldoende aanbod van zorg is en instellingen en verzekeraars hiervoor zoveel mogelijk ruimte krijgen en eigen verantwoordelijkheid gaan dragen. Met de nieuwe wet wordt de aanbodsturing gefaseerd losgelaten, afhankelijk van de kansen tot marktwerking in de verschillende deelmarkten. Met een verantwoorde overgang wordt voorkomen dat het kind van de kostenbeheersing met het badwater door de afvoer verdwijnt. Meer ruimte en verantwoordelijkheid voor de veldpartijen en een overheid die op afstand de publieke belangen borgt vereist tegelijk dat de governance-gedachte bij instellingen ingang vindt en dat, waar mogelijk, winstoogmerk kan worden toegestaan.

Het onderhavige wetsvoorstel staat niet op zichzelf. Het is een onderdeel van een bredere aanpassing van de gezondheidszorgwetgeving om gereguleerde concurrentie mogelijk te maken. Om dat duidelijk te maken belicht ik allereerst de verwevenheid tussen de bestaande verzekeringswetgeving en de aanbodwetgeving. Door deze verwevenheid is een gesloten systeem ontstaan dat we kennen als de centrale aanbodsturing. Met deze beschrijving wordt duidelijk dat het op verantwoorde wijze introduceren van gereguleerde concurrentie de keerzijde is van het op verantwoorde wijze openen van het bestaande systeem en dat dat een simultane aanpassing vergt van verschillende wetten. Een thema dat zeer relevant is voor een goed begrip van de noodzaak tot opening van het systeem is de introductie van een bekostigingssystematiek die is gerelateerd aan prestaties. In het samenhang hiermee zullen ondernemingen in de zorg zelf ook meer verantwoordelijk moeten worden voor hun investeringsbeslissingen. Vervolgens ga ik nader in op het aspect dat de zorgsector niet over de hele linie dezelfde mogelijkheden heeft om vormen van vraagsturing en concurrentie te introduceren. Dat stelt nog een aanvullende eis aan de aanpassing van de wetgeving, namelijk dat de deregulering en vitalisering van de aanbodzijde gefaseerd en gedifferentieerd moet kunnen verlopen. Met deze beschrijvingen hoop ik de bredere context te hebben duidelijk gemaakt waarin het moet worden gezien en waarom dit wetsvoorstel noodzakelijk is voor de door mij nagestreefde vitalisering en deregulering van de aanbodzijde van de zorgmarkt(en).

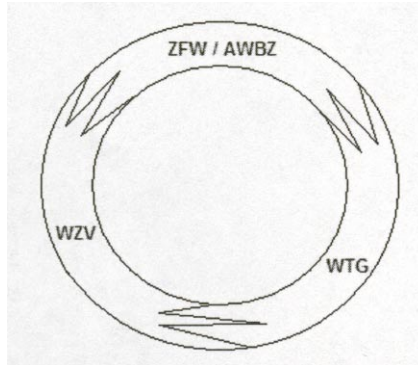
2.1 Verwevenheid van de aanbodsturing in de bestaande wetgeving

Het perspectief van een stelsel dat beter en doelmatiger tegemoet komt aan de vraag van burgers, zoals hiervoor uiteengezet, betekent dat concurrerende zorgverzekeraars meer in vrijheid en meer in concurrentie met elkaar zaken moeten kunnen doen met zorgaanbieders die ook meer elkaars concurrenten zijn. De centrale belemmering daarvoor in de bestaande regelgeving is de, in de verzekeringswetgeving verankerde, (omgekeerde) contracteerplicht voor zorgverlenende instellingen .

De contracteerplicht houdt in dat de ziekenfondsen en uitvoeringsorganen AWBZ (uitvoeringsorganen van de verzekeringswetgeving) verplicht zijn met iedere instelling binnen hun werkgebied, die zorg kan verlenen die tot het wettelijk pakket behoort, overeenkomsten te sluiten, als die instelling dat wenst. De omgekeerde contracteerplicht impliceert dat een instelling die met een uitvoeringsorgaan een overeenkomst heeft,

een gelijke overeenkomst met een ander uitvoeringsorgaan moet sluiten als dat andere uitvoeringsorgaan dat wenst.

Voor een goed begrip van de uitwerking van de (omgekeerde) contracteerplicht zijn nog twee wettelijk geregelde zaken van belang. Ten eerste komen voor contracten met uitvoeringsorganen alleen instellingen in aanmerking die voldoen aan de wettelijke voorschriften ten aanzien van spreiding en behoefte op grond van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV). Ten tweede is op die categorie instellingen de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) van toepassing, waarmee jaarlijks de «aanvaardbare kosten» voor de instellingen worden vastgesteld en de daarop gebaseerde tarieven die ze bij verzekeraars in rekening mogen brengen. Tot de aanvaardbare kosten behoren ondermeer de kosten die met de gedane investeringen verband houden, zoals rente, afschrijving en onderhoud.



Rond de (omgekeerde) contracteerplicht is aldus een gesloten systeem gecreëerd op basis van de vier genoemde wetten; Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), Ziekenfondswet, WZV en WTG. De contracteerplicht leidt ertoe dat de dekking van lasten die voortvloeien uit uitbreidingsinvesteringen min of meer gegarandeerd is. Weliswaar schrijft de verzekeringswetgeving geen te contracteren hoeveelheden voor, maar het aanbod is door toepassing van de behoefte- en spreidingscriteria van de WZV zodanig beperkt dat de afzet van instellingen met veel zekerheden is omgeven. De omgekeerde contracteerplicht maakt selectief contracteren onmogelijk, waardoor een meer marktconforme prijsvorming wordt verhinderd. Daarbij komt nog dat de «aanvaardbare kosten systematiek» die is voortgekomen uit toepassing van de WTG, ervoor heeft gezorgd dat de prijzen die er zijn, geen reële afspiegeling zijn van de onderliggende kosten.

In het model van gereguleerde concurrentie zal a) de (omgekeerde) contracteerplicht plaats moeten maken voor selectieve onderhandelingen, zullen b) zorgaanbieders zelf verantwoordelijkheid moeten dragen voor hun investeringsbeslissingen en zullen c) prijzen een afspiegeling moeten zijn van de kosten. Het gesloten systeem zal op een aantal plaatsen moeten worden geopend: a) vereist een aanpassing van de Ziekenfondswet en AWBZ en b) en c) vereisen aanpassingen van WZV en WTG.

Bij het doorbreken van het gesloten systeem is behoedzaamheid geboden. Het zonder meer loslaten van de (omgekeerde) contracteerplicht met instandhouding van de bestaande WTG-bekostiging kan allerlei ongewenste gevolgen hebben. Instellingen met hoge verpleegdagtarieven zullen bijvoorbeeld als eerste in aanmerking komen voor het niet meer afsluiten van contracten. Behalve een drukkend effect op het exploitatie-

saldo op korte termijn leidt dit – gegeven de systematiek van de «aanvaardbare kosten»- tot een nog hoger verpleegdagentarief in het volgende jaar. Het loslaten van de (omgekeerde) contracteerplicht zal derhalve hand in hand moeten gaan met een meer marktconforme bekostiging van instellingen. Ook dan is behoedzaamheid geboden. Prijzen zijn behalve een afspiegeling van kosten ook een afspiegeling van relatieve schaarste. In de bestaande marktverhoudingen zijn onbedoelde prijsstijgingen niet denkbeeldig. Er zal dus ook een verruiming moeten komen van de beschikbare capaciteit.

Ook vanuit het oogpunt van continuïteit van het aanbod is een geleidelijke en begeleide overgang gewenst. Instellingen zijn gedurende lange periode ingesteld op het «risico-arme» ondernemen. Het management zal aanpassingstijd moeten worden gegund om zich marktconform te gaan gedragen. Ook de balanspositie van instellingen behoeft aanpassing. Financiers hebben door het gesloten systeem – en de rol van de overheid op de achtergrond – altijd genoeg genomen met een geringe solvabiliteitseis. In een meer open systeem nemen de bedrijfsrisico's toe en zullen navenant ook hogere eisen aan de financiële weerbaarheid van instellingen worden gesteld. Die veranderingen vergen tijd.

2.2 Bekostigen op basis van prestaties

Een belangrijke voorwaarde om het concept van gereguleerde concurrentie te laten werken is de aanpassing van het bestaande bekostigingssysteem. De centraal gestuurde allocatie van de beschikbare middelen op basis van de «aanvaardbare kosten systematiek» zal plaats moeten maken voor een bekostiging die is gerelateerd aan geleverde prestaties. Deze prestaties zullen daarbij zoveel mogelijk integrale kostendragers zijn. Voor deze overgang moeten 5 stappen worden gezet:

- Vaststellen van een producten-/dienstenstructuur. Een voorbeeld van zo'n structuur zijn de DBC's voor de ziekenhuizen. Ook in de andere sectoren zal gekozen moeten worden voor een gepast systeem. De huidige WVG bevat onvoldoende prijsinstrumenten om hieraan tegemoet te komen. Aanpassing van die wet is dan ook een noodzakelijk onderdeel van deze stap.

- Maken van de administratieve omslag. De gedefinieerde prestaties moeten kostendragers worden binnen de (administraties van de) ondernemingen.

- Het zorgdragen voor een efficiënte prijsvorming. In sommige delen van de zorg zal het concurrentiemechanisme hier wellicht zelf voor kunnen zorgdragen, in andere delen zal voor een efficiënte prijsstelling een belangrijke taak zijn weggelegd voor de Zorgautoriteit. In de volgende paragraaf zal nader worden ingegaan op de verschillende typen markten.

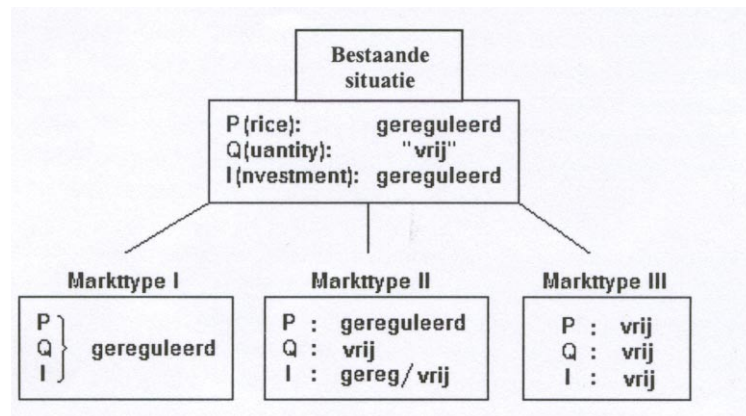
- Maken van de omslag naar concurreren door de instellingen. Dit proces zal de nodige tijd vergen. Los van de cultuuromslag die het management moet maken zal ook de solvabiliteit van de ondernemingen (als buffer voor tegenslagen) moeten worden verstevigd. Als het «risico-arm ondernemen» van het gesloten systeem plaatsmaakt voor meer onzekerheid over omzet en bedrijfsresultaat zullen de kapitaalverschaffers – ook het Waarborgfonds voor de zorgsector – hogere eisen aan de solvabiliteit gaan stellen.

- Voorbereiding op en correctie van onbedoelde effecten zoals prijsstijgingen, oneerlijke concurrentie en faillissementen. Hier is vooral een taak weggelegd voor de overheid en in het bijzonder de Nederlandse Mededingingsautoriteit en de op te richten Zorgautoriteit.

2.3 De zorgmarkt bestaat niet.

De bedrijfstak gezondheidszorg kent uiteenlopende deelmarkten. Deze verschillen in de marktstructuur, productkenmerken en in de vorm en mate van marktfalen. Dat kan leiden tot een verschil in de wijze waarop de publieke belangen geborgd kunnen worden. Deze verschillen vragen om maatwerk in wet- en regelgeving en bepalen de vormgeving van het transitieproces naar meer of minder marktwerking. Voor maatwerksturing op iedere deelmarkt is nodig dat de deelmarkten gedefinieerd en geanalyseerd zijn en dat de overheid een visie heeft op de publieke belangen in iedere deelmarkt en de wijze waarop deze belangen in een marktomgeving geborgd zullen worden. Ook is nodig dat deze visie op de toekomstige ordening en sturing van een deelmarkt gerealiseerd wordt door adequate instituties en passende wetgeving. De daarvoor benodigde systematische marktanalyse is momenteel gaande. Om vooruitlopend op de afronding daarvan al enig gevoel te krijgen voor de verschillende transitieprocessen en de differentiatie in het (nieuwe) regulerings-instrumentarium onderscheid ik ten behoeve van deze toelichting een drietal markttypen dat vanuit de bestaande situatie zal gaan ontstaan.

De huidige situatie kan worden getypeerd met gereguleerde prijzen en investeringen en «vrije» hoeveelheden. De aanhalingstekens geven aan dat de productie niet echt vrij is maar politiek op ad hoc basis vrijgegeven wordt al naar gelang de macro-budgettaire afweging het toelaat (zoals bijvoorbeeld met de boter-bij-de-vis-afspraken).



2.4 Markttype III staat voor ontwikkelde deelmarkten

Dit markttype bevat de deelmarkten met een voldoende evenwichtige verhouding tussen aanbod en vraag, transparantie, lage toetredingsdrempels, een duidelijke productstructuur, een goede prikkelstructuur en afdoende borging van de publieke belangen die in het geding zijn. De specifieke regulering voor deze deelmarkten blijft beperkt tot de kwaliteit en de algemene toelatingsvoorwaarden in verband met verantwoording, verslaglegging en corporate governance eisen. Op dit type markt kunnen door het vrij laten van P, Q en I kostenefficiënte prijzen ontstaan. Op dit moment kent dit markttype nog weinig vertegenwoordigde zorgvormen: kraamzorg, zittend ziekenvervoer en hulpmiddelen. Per 1 juli 2004 wordt hier segment B van de DBC productie aan toegevoegd. In 2005 wordt het mogelijk aangevuld met een tweede tranche DBC's en een beroepsgroep uit de eerste lijn.

2.5 Markttype I : blijvende aanbodsturing maar dan anders

Tot dit type markt rekenen we de deelmarkten waar prestatiebekostiging

niet mogelijk is of waar marktpartijen, door aanmerkelijk marktfalen, niet tot maatschappelijk gewenste prestaties kunnen komen. Concurrentie op de markt wordt voor deelmarkten in dit markttype uitgeschakeld. Primair leidend is een beleidsmatig bepaald budget. Een efficiënte besteding van dit budget zal zoveel mogelijk worden bevorderd door aanbesteding, benchmarking en maatstafconcurrentie. Binnen het beleidsmatig bepaalde budget hoeven productieomvang en/of investeringen niet afzonderlijk gereguleerd te zijn; daarom is de regulering met een accolade aangegeven.

Denkbare voorbeelden van deelmarkten die bij dit markttype passen zijn: medisch onderzoek, topreferente (academische) zorg; WBMV-voorzieningen, ziekenhuisproducten waarvoor geen efficiënte prijsstelling mogelijk is, mogelijk de acute zorg en de kostbare en te concentreren voorzieningen die onder de functie verblijven in de AWBZ vallen. De rol van de verzekeraar op de deelmarkten die onder dit markttype vallen is beperkt; budgettering, bouwregime – zij het aangepast – en de contracteerplicht blijven gehandhaafd. De transitie van dit type deelmarkten is gericht op het ontwikkelen van concessieën aanbestedingsvormen, maatstaven en benchmarks.

2.6 Markttype II: deelmarkten in transitie

Hierin zitten de deelmarkten die voorbereid zullen worden op vrije prijsvorming en investeringsvrijheid; kortom de markt. De productieomvang is in principe vrij maar de contracteerplicht blijft voor dit markttype nog gehandhaafd. Het nog niet vrije A-segment voor de DBC's, de eerste lijn, de extramurale zorg in de AWBZ en de geneesmiddelenmarkt zijn hiervan voorbeelden. Aanbodsschaarste, het ontbreken van producttyperingen, marktfalen en het ontbreken van een level playing field, passende wetgeving of passend instrumentarium van de Zorgautoriteit, noodzaken nog tot een efficiënte regulering van de productprijzen door de zorgmarktregulator en daarmee samenhangende tijdelijke budgettering. Deze wordt in het licht van de transitie naar markttype III zoveel mogelijk gebaseerd op outputparameters en marktconforme inputparameters.

Op deelmarkten van het type II kan ook sprake zijn van permanent marktfalen dat dusdanig is dat vrije prijsvorming niet in het verschieft ligt, maar niet ernstig genoeg is om over te gaan op volledige aanbodssturing. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn in deelmarkten waar aanbieders een permanente marktpositie hebben, maar verzekeraars wel in staat zijn om afspraken over het productievolume te maken. Het is dan mogelijk om via permanente (efficiënte) prijsregulering, zoals ook in verschillende netwerksectoren gebeurt, te komen tot doelmatige productie.

Een aandachtspunt bij de hierboven beschreven markttypen is dat veel zorgondernemingen op alle markttypen tegelijk actief zullen zijn. Dit stelt bijzondere eisen aan de begeleiding van het transitieproces. Met name gaat het hierbij om het voorkomen van kruissubsidiëring of andere vormen van misbruik van relatieve marktvoordelen; een situatie die overigens niet onbekend is in andere delen van het publieke domein waar markten worden geïntroduceerd. De aanwezigheid van een goed toegeruste marktmeester is in deze gevallen altijd een cruciaal onderdeel van de oplossing.

Een belangrijke consequentie van de voorgestane versterking van marktprikkels is dat de ondernemingen zelf verantwoordelijk worden voor hun investeringsbeslissingen. De afweging tussen de inzet van de productiefactoren arbeid en kapitaal horen thuis op het niveau van de onderneming. Hiervoor is in de eerste plaats nodig dat de overheid de toelating van ondernemingen tot de markt loskoppelt van het geven van

toestemming om te bouwen. In de tweede plaats is hiervoor nodig dat de ondernemingen zelf de rentabiliteit van hun investeringen moeten afwegen. Waar sprake is van vrije concurrentie op (Type III) of om de markt (mogelijk Type I), doen zij dit op basis van een eigen inschatting hoe de huisvestings- en apparatuurlasten het best kunnen worden terugverdiend. In het andere markttype (II) moeten ze dit doen op basis van de vernieuwde budgettering c.q. efficiënte prijsregulering waarin een marktconforme vergoeding voor huisvestings- en apparatuurlasten zal zijn begrepen.

2.7 Stand van zaken bij de opening van het gesloten systeem

In het voorafgaande is beschreven dat een aanpassing van de verzekeringswetgeving nodig is om selectieve onderhandelingen mogelijk te maken en dat de WTG en WZV moeten worden aangepast om de daarbij behorende vrijere prijsvorming en eigen verantwoordelijkheid voor de investeringsbeslissingen mogelijk te maken.

– Aanpassing verzekeringswetgeving

Onder de naam Herziening overeenkomstenstelsel in de zorg is dit jaar bij de Kamer een wetsvoorstel ingediend om (onder meer) in de Ziekenfondswet de bepaling op te nemen dat bij algemene maatregel van bestuur kan worden geregeld voor welke «vormen van zorg of categorieën instellingen» de (omgekeerde) contracteerplicht niet geldt. In de toelichting bij deze wetswijziging is duidelijk gemaakt dat de toepassing van deze bepaling in verband moet worden gezien met het voornemen om op beperkte schaal de prijsvorming van de ziekenhuiszorg vrij te laten.

– Aanpassing Wet tarieven gezondheidszorg

Voor de hierboven beschreven efficiënte prijsvorming (zoals de diagnose behandel combinaties (DBC's) is een verruiming van het tarievenarsenaal in de WTG nodig. Het betreffende wetsvoorstel is in vergaande staat van voorbereiding en zal op afzienbare termijn aan de Kamer worden voorgelegd.

– Vervanging Wet ziekenhuisvoorzieningen

De door mij noodzakelijke geachte verandering van de planning- en bouwwetgeving heeft u voorgelegd gekregen in de vorm van het onderhavige wetsvoorstel. Hierna wordt het belang van dit voorstel verder gemotiveerd en wordt aangegeven op welke onderdelen het voorstel is verbeterd.

3. Verschuiving van verantwoordelijkheden

Naast het denken over de economische sturing van de gezondheidszorg is ook de visie op wat de beste manier is om zorg te verlenen de laatste decennia fors veranderd. Ziekenhuisopnames moeten zoveel mogelijk worden voorkomen of zo kort mogelijk zijn. Er is een duidelijke trend naar minder ziekenhuisbedden en minder verpleegdagen per opname. Tegelijkertijd is er een toename van poliklinische behandeling en dagbehandeling. Ook in de care is er een duidelijke trend van (langdurig) verblijf naar kortdurend verblijf en zorg thuis. Dit komt tegemoet aan de behoefte van de mensen. Alleen als mensen, al dan niet tijdelijk, niet (meer) in staat zijn de regie over het eigen leven te voeren, of indien de aard van de behandeling dit vereist, worden zij opgenomen in een instelling. Deze trend maakt dat het gebouw waarin de zorg wordt verleend steeds meer aan belang inboet als aangrijpingspunt voor de sturing. Ook betekent deze trend een verandering in het soort gebouwen dat nodig is. Meer privacy, een meer huiselijke omgeving en (zeker in ziekenhuizen) meer hoog technologische voorzieningen. Toch blijft

intramurale capaciteit nodig, bijvoorbeeld in verband met de verwachte groei van het aantal dementerenden. In de ziekenhuissector gaat het aan de ene kant van het spectrum om de beschikbaarheid van hoogwaardige klinische zorg, aan de andere kant gaat het om een goede geografische spreiding van bepaalde basisfuncties, zoals spoedeisende eerste hulp en verloskundige hulp.

We willen de huidige aanbodsturing omzetten in vraaggerichte sturing. In plaats van dat de centrale overheid zegt welke instelling wat wanneer mag bouwen en hoeveel die bouw mag kosten, wordt dit overgelaten aan de instellingen zelf. De overheid stelt alleen voorwaarden ter bewaking van de publieke belangen (kwaliteit, bereikbaarheid, doelmatigheid). De instellingen zijn vrij in het nemen van hun investeringsbeslissingen en zijn dan ook zelf verantwoordelijk voor de financiering. Ze moeten er voor zorgen dat ze op de zorginkoopmarkt een aantrekkelijke partner zijn en een goede prijs/kwaliteitverhouding bieden. De allocatie van middelen wordt niet meer primair door de overheid bepaald, maar door de markt.

Het aanbod aan zorg moet flexibel kunnen inspelen op de vraag naar zorg. Van de kant van de instellingen vergt dit klantgerichtheid en wendbaarheid. Maar ook: waar voor je geld leveren (kwalitatief én kwantitatief), zorgen voor een gezonde bedrijfsvoering, continuïteit en transparantie. De instellingen hebben speelruimte nodig om deze verantwoordelijkheden waar te kunnen maken, ook als het gaat om belangrijke beslissingen over de bedrijfsvoering. Maar de speelruimte van de instellingen is niet oneindig. De centrale overheid heeft de taak de publieke belangen van toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid te borgen. De overheid beperkt zich daarbij tot het minimum, bewaakt de ondergrens. Bij toegankelijkheid gaat het om beschikbaarheid (is het er?) en bereikbaarheid (kan ik er komen?). Kwaliteit heeft te maken met de zorg zelf, maar ook met veiligheid, geschiktheid van het gebouw en klantgerichtheid (bijvoorbeeld privacy). Bij doelmatigheid gaat het zowel om de microdoelmatigheid, sober en efficiënt, als de macrodoelmatigheid. Bij dat laatste gaat het om de balans tussen de totale hoeveelheid middelen en het realiseren van een kwalitatief en toegankelijk zorgaanbod.

4. Instrumenten

4.1. Toetreding tot de aanbiedersmarkt/toelating aanbieder

De bereikbaarheid van ziekenhuiszorg is al geruime tijd onderwerp van het politieke gesprek. Dit uit zich in onvrede over fusies van ziekenhuizen, opheffing van ziekenhuislocaties of het beëindigen van bepaalde klinische functies in ziekenhuislocaties. In mijn beleidsstandpunt Bereikbare ziekenhuiszorg (CZ/IZ/2413590, 26 september 2003) gaf ik aan dat er hierbij twee onderwerpen kunnen worden onderscheiden. Ten eerste gaat het om een goede bereikbaarheid van bepaalde essentiële basisfuncties, zoals spoedeisende eerste hulp en verloskundige hulp. Ten tweede gaat het om het fenomeen «kleine ziekenhuizen», aan het behoud waarvan veel mensen erg hechten. De huidige wetgeving is niet geschikt om dit type vraagstukken goed aan te pakken. De WZV biedt geen afdoende oplossing, omdat die alleen toepasbaar is als het ziekenhuis een vergunning in verband met bouw nodig heeft; het niet langer bieden van zorg op een bepaalde locatie is geen «bouw» in de zin van de WZV. Bovendien gaat het natuurlijk niet om het bouwen als zodanig, maar om de vraag op welke locatie een instelling zijn bedrijf wil en mag uitoefenen. De huidige regelgeving over de toelating biedt geen oplossing, omdat de Ziekenfondswet en AWBZ er niet in voorzien dat aan de toelating van instellingen voorschriften kunnen worden verbonden. Het wetsvoorstel

Wet toelating zorginstellingen (WTZ), dat het in bedrijf mogen hebben van een instelling als aangrijpingspunt heeft, maakt het wel mogelijk om voorschriften te verbinden aan de toelating. Dat kan collectief of individueel. Hiermee kan bijvoorbeeld geregeld worden dat (bepaalde) ziekenhuizen hun spoedeisende eerste hulp niet mogen sluiten of op een andere locatie mogen onderbrengen, zonder toestemming van de centrale overheid.

4.2. Good governance/goed bestuur

Er zijn met enige regelmaat problemen met instellingen die de vraag oproepen of instellingen wel goed bestuurd worden en wie er eigenlijk op moet letten dat ze goed bestuurd worden. Die incidenten gaan bijvoorbeeld over het «weglekken» van collectief geld naar private activiteiten, een dreigend faillissement waardoor de continuïteit van de zorg in het gedrang raakt, disfunctionerende bestuurders en langdurige ruzies tussen leiding en (medische) staf. Zodra de kwaliteit van de geleverde zorg in het geding is komt de Inspectie voor de Gezondheidszorg in beeld. Als het gaat over de kwaliteit van het management dan is het minder eenduidig. Op grond van het overeenkomstenstelsel zijn het de verzekeraars die goed in de gaten moeten houden wat de managementprestaties van hun contractpartner zijn. In de huidige praktijk zijn de feitelijke mogelijkheden van verzekeraars op dit punt begrensd. Waar geen sprake is van ruim aanbod, concurrentie en contracteervrijheid zijn partijen immers nog tot elkaar veroordeeld.

Met het oog hierop is in het wetsvoorstel geregeld dat instellingen die een toelating wensen, moeten voldoen aan eisen over hun bestuursstructuur en over hun bedrijfsvoering. Deze eisen staan ook bekend als de transparantie-eisen. Ze sluiten aan bij de aanbevelingen van de Commissie Health Care Governance (Commissie-Meurs) die in november 1999 een rapport uitbracht over goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording bij zorginstellingen. Wat betreft de bestuursstructuur gaat het bijvoorbeeld om de eis dat elke instelling een orgaan moet hebben dat toezicht houdt op het beleid van het bestuur en dat niemand van beide organen tegelijk lid mag zijn. Wat betreft de bedrijfsvoering gaan de eisen over de ordelijkheid en controleerbaarheid daarvan. In de financiële administratie moeten bijvoorbeeld de diverse geldstromen duidelijk traceerbaar zijn. Samen met de eisen rondom de jaarverslaggeving zorgen de eisen voor de bestuursstructuur en de bedrijfsvoering voor een optimale waarborging van de transparantie van een instelling. Daarnaast onderzoek ik de wenselijkheid van en mogelijkheden tot het creëren van een Zorgkamer, naar analogie van de Ondernemingskamer.

5. Wijzigingen in het wetsvoorstel

In de aanloop van de geplande mondelinge behandeling in de Tweede Kamer in het voorjaar van 2002 hebben de fracties van de PvdA en D66 drie amendementen ingediend. De inhoud van deze amendementen, de opvattingen die de verschillende fracties bij de schriftelijke behandeling te kennen hebben gegeven en onze actuele beleidsvoornemens zijn reden om een aantal wijzigingen aan te brengen in het wetsvoorstel.

5.1 Meer ruimte voor winstoogmerk

Het kabinet wil de marktwerking in de zorg verder stimuleren. Het beleid is gericht op een uitbreiding van het aantal deelmarkten waar sprake is van transparante prestatiebekostiging zodat verzekeraars de doelmatigheid kunnen bewaken. Waar veldpartijen meer vrijheid en verantwoordelijkheid kunnen dragen voor de organisatie van de zorg kunnen ook de mogelijkheden tot winstoogmerk worden verruimd. De inhoud van het

voorgestelde vierde lid van artikel 4 van het wetsvoorstel, dat gaat over het winstoogmerk bij zorginstellingen, laat goed zien dat de wet geschreven is om op verantwoorde wijze gereguleerde marktwerking in de zorgsector te introduceren. Waar de Wet ziekenhuisvoorzieningen een absoluut verbod op winstoogmerk kent voor alle zorginstellingen, beperkt dit wetsvoorstel het verbod op winstoogmerk tot die instellingen die er voor kiezen om zorg te willen verlenen als bedoeld in de Ziekenfondswet en AWBZ (collectief gefinancierde zorg). Instellingen die geen contract willen met een ziekenfonds of zorgkantoor vallen niet meer onder het verbod op winstoogmerk. Met de onderhavige wijziging van het vierde lid van artikel 4 wordt duidelijker dan in het oorspronkelijke voorstel onderstreept dat het kabinet ook binnen de categorie instellingen die collectief gefinancierde zorg verlenen, streeft naar verdergaande vrijheden op het punt van het winstoogmerk. Binnen deze categorie worden op grond van de resultaten van verschillende deelmarktstudies bij de inwerkingtreding van het wetsvoorstel categorieën van instellingen of delen van instellingen aangewezen waar winstoogmerk is toegestaan. Ruimte bieden op een pragmatische manier is daarbij de leidraad. Het streven is op zo kort mogelijke termijn in zo veel mogelijk deelmarkten de keuze om een winstoogmerk te hanteren vrij te laten. Daarbij is de rol van de toezichthouder, de Zorgautoriteit, onmisbaar. In de begroting van VWS voor 2004 is reeds beschreven dat deze toezichthouder het ontwikkelen van «markten» in de zorg moet gaan stimuleren. Bij de eerste, in artikel 56, voorgeschreven evaluatie van de wet zal vervolgens worden gezien in hoeverre overheidsregulering ten aanzien van het mogen hanteren van een winstoogmerk op dat moment nog aan de orde is.

5.2 Verantwoordelijkheid voor spreiding en bereikbaarheid

Voor het proces naar vraagsturing en een goed functionerende zorgmarkt is tijdens de overgangperiode een duidelijke afbakening nodig tussen dat waar de overheid op stuurt en de beslissingen waar de veldpartijen zelf verantwoordelijk voor zijn. Zo blijft het bewaken van de bereikbaarheid van de ziekenhuiszorg een taak van de overheid. Het kabinet benadrukt deze verantwoordelijkheid door in artikel 2 van het wetsvoorstel op te nemen dat de overheid criteria moet vaststellen voor de spreiding van die vormen van zorg ten aanzien waarvan aan de bereikbaarheid een bijzonder belang moet worden gehecht. Denk met name aan de spoedeisende eerste hulp. Mits aan deze criteria wordt voldaan, zijn instellingen vrij in de vormgeving van hun zorgaanbod. Waar de bereikbaarheid in het geding komt kan de overheid met het instrumentarium dat dit wetsvoorstel biedt toch effectiever zijn dan met de huidige verklaring, vergunning en toelatingsprocedures. Ondanks het feit dat dit voorstel uitgaat van een terugtrekkende overheid en dus dereguleert, grijpt het resterende instrumentarium tegelijk beter aan op de beslissingen waarvoor de overheid verantwoordelijkheid blijft dragen. De overheidsbemoediging op grond van deze wet blijft, zoals gezegd, beperkt tot het basisniveau. Dit zal ook blijken uit mijn visie op een doelmatig, evenwichtig en toegankelijk stelsel van gezondheidszorg die bij de inwerkingtreding van de wet wordt geformuleerd. Onderdeel van deze visie zijn objectieve criteria, de beleidsregels bedoeld in het tweede lid van artikel 2, waaruit blijkt aan welke minimumvoorwaarden de instellingen worden gehouden. De overheidssturing ten aanzien van individuele instellingen dient altijd zijn basis te vinden in de vooraf in de beleidsregels vastgelegde criteria. Hiermee is de transparantie ten aanzien van de overheidssturing op grond van deze wet gewaarborgd.

5.3 Kostenbeheersing

In een vraaggericht systeem zijn prestatie, productie en prijs onderwerp

van onderhandeling tussen verzekeraar en zorgaanbieder. Waar aanbodplanning wordt verlaten en gekozen wordt voor vraagsturing maken aantal bedden en aantal plaatsen geen deel meer uit van de toelating en wordt de kostenbeheersing op andere wijze gerealiseerd. In een vraaggestuurd systeem wordt kostenbeheersing geëffectueerd door de inkooprol van verzekeraars. Het beleid dat gericht is op een toename van het aanbod (overcapaciteit) en de stimulering van marktwerking (prijsconcurrentie) sluit daarbij aan. In dat systeem rusten er voor de overheid nog twee instrumenten om de betaalbaarheid van de premie te bewaken; te weten de omvang van het verzekerd pakket en de vaststelling van eigen betalingen. Het kabinet maakt een duidelijke keuze voor een vraaggericht systeem. In reactie op de schriftelijke behandeling van het voorstel en het amendement van de leden Arib en Van Vliet meent het kabinet dat het toetsen van aanvragen van nieuwe toetreders op basis van hun voorgenomen productie aan een exploitatiekader hier niet in past. Bovendien zeggen de eigen verwachtingen van de instelling bij zijn toetreding (het moment van toetsing aan het exploitatiekader) niets over de omvang en kosten van de productie ná toetreding. Het is immers de verzekeraar die de productie en prijs afspreekt.

5.4 Regiovisie

Met de onderhavige nota van wijziging is de wettelijke opdracht aan partijen in de regio om te overleggen over samenhangkwesties en te komen tot een zogenaamde regiovisie geschrapt. In de schriftelijke behandeling van het wetsvoorstel heeft deze bepaling veel vragen en weerstand opgeroepen. Het resultaat van dit overleg had echter geen ander rechtsgevolg, dan de afspraken die partijen daar zelf maakten. Niets weerhoudt partijen om in overleg tot een betere samenhang te komen. Dat kan ook zonder wettelijke opdracht.

5.5 Naamswijziging

Tot slot voorziet de onderhavige nota van wijziging in een aanpassing van de naam van het wetsvoorstel. De naam is gewijzigd in Wet toelating zorginstellingen. Gebleken is dat de term «exploitatie» de indruk kan wekken dat het wetsvoorstel de overheid mogelijkheden geeft zich te mengen in de bedrijfsvoering van individuele zorginstellingen. De term «toelating» is daarentegen een bekend begrip en drukt uit dat het hier slechts gaat om het toelaten van zorginstellingen tot de «markt» van de collectief gefinancierde ziektekostenverzekeringen. De term toelating sluit goed aan bij de twee functies die deze beschikking nog heeft in deelmarkten waar de verzekeraar als inkoper en kostenbeheerder volledig waar kan maken; de registratiefunctie en de functie van transparantiekeurmerk. De verleende toelatingen bieden de uitvoeringsinstanties en toezichthouders duidelijkheid over welke rechtspersoon bevoegd is welke soort zorg te leveren. Het transparantiekeurmerk geeft de verzekeraar die de instelling wil contracteren de zekerheid dat de betreffende instelling een ordelijke bestuursstructuur heeft, dat de bedrijfsvoering ordelijk en controleerbaar is, en dat de aanwezige samenwerkingsverbanden bekend en inzichtelijk zijn.

6. Artikelsgewijze toelichting

E

Met deze wijziging wordt het begrip «beleidskader», dat voor verwarring zorgde, vervangen door «visie».

In paragraaf 5.3 is het schrappen van het exploitatiekader (artikel 2, vierde lid) toegelicht.

F

Met het laten vervallen van artikel 3 is de opdracht aan partijen in de regio om te komen tot een regiovisie geschrapt uit het wetsvoorstel. De vrijgekomen ruimte wordt opgevuld door de (aanvankelijk in artikel 2 opgenomen) opdracht aan de overheid, bereikbaarheidsnormen ten aanzien van bepaalde vormen van zorg op te stellen en waar nodig toe te passen bij aanvragen om (wijziging van de) toelating van zorginstellingen. Het gaat hierbij met name om die vormen van zorg waarvan aan de bereikbaarheid een bijzonder belang moet worden gehecht.

H

Met de wijziging van het vierde lid van artikel 4 is geregeld dat bij de inwerkingtreding van het wetsvoorstel de categorieën van instellingen worden aangewezen waar winsttoegmerk is toegestaan. Zie hiervoor ook de toelichting in paragraaf 5.1.

O

Artikel 12, eerste lid, geeft in de eerste twee volzinnen voorschriften waaraan instellingen moeten voldoen. Krachtens de derde en vierde volzin kunnen voorschriften worden toegevoegd, gewijzigd of ingetrokken. Het tweede lid maakt intrekking van de toelating mogelijk wanneer niet aan de voorschriften wordt voldaan. De toevoeging aan dit tweede lid maakt duidelijk dat daarbij bedoeld wordt zowel op de bij het eerste lid (in de eerste twee volzinnen) gestelde voorschriften, als op die, gesteld krachtens het eerste lid.

P

In verband met de dualisering van het bestuur van provincie en gemeente is het wenselijk dat duidelijk wordt aangegeven bij welk orgaan van die overheden de verschillende bevoegdheden liggen. Wat betreft het in de gelegenheid stellen om opmerkingen te maken over een voorgenomen intrekking van een toelating (artikel 13) ligt het in de rede daarvoor te kiezen voor gedeputeerde staten onderscheidenlijk burgemeester en wethouders.

Q

In het licht van de gewenste transparantie is het noodzakelijk dat alle zorginstellingen openheid van zaken geven over hun jaarstukken, en niet alleen de bij algemene maatregel van bestuur aangewezen categorieën. De praktijk wijst uit dat de niet onder de WZV vallende categorieën van instellingen jaarstukken indienen overeenkomstig artikel 23 WZV. Mocht bij nader inzien een uitzondering op de verplichting wenselijk blijken, kan deze plaatsvinden op grond van artikel 1, tweede lid.

S, T en W

Bij de aanpassing van de Ziekenfondswet aan dit wetsvoorstel zijn een paar verwijzingen naar wetten en colleges over het hoofd gezien. In de AWBZ wordt de verwijzing naar dit wetsvoorstel van de juiste letteraanduiding voorzien. Voorts wordt een wijziging van de Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen, opgenomen in artikel 52a, doorgetrokken naar een wetsvoorstel dat beoogt die wet te wijzigen en dat

vermoedelijk eerder in werking zal treden dan het wetsvoorstel Wet
toelating zorginstellingen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst