

Vergaderjaar 2001–2002

27 659

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

Nr. 5

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 25 september 2001

Op 29 maart 2001 is het wetsvoorstel Wet exploitatie zorginstellingen (Kamerstukken II, 2000–2001, 27 659, nrs. 1–3) bij de Tweede Kamer ingediend. Uw Kamer heeft op 13 juni jongstleden met mij op hoofdlijnen over dit voorstel gedebatteerd. Tijdens dit debat heb ik toegezegd meer inzicht te zullen verschaffen in de inhoud van de op het voorstel gebaseerde algemene maatregelen van bestuur. Tevens heb ik toegezegd een dummy-beleidskader te ontwerpen, om de Kamer een zo goed mogelijke indruk te geven van de werking van dit instrument. Zie ook mijn brieven van 26 juni 2001 (Z/PB-2193734) en van 17 juli 2001 (Z/PB-2198172). Ik heb hierin toegezegd de gevraagde informatie vóór 1 oktober te verstrekken. Met deze brief wil ik deze toezegging nakomen.

De informatie in deze brief valt in twee delen uiteen. In het eerste deel geef ik aan op welke wijze het wetsvoorstel Wet exploitatie zorginstellingen (WEZ) nader wordt uitgewerkt. Daarbij schenk ik achtereenvolgens aandacht aan het beleidskader en aan de op het wetsvoorstel gebaseerde nadere regelgeving.

In het tweede deel van de brief komt de deregulering van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) aan bod. De WEZ is een belangrijke stap in de deregulering van de regelgeving met betrekking tot de zorginfrastructuur. In het hoofdlijnen debat is door de woordvoerders van de diverse fracties dan ook uitgebreid aandacht besteed aan de deregulering van de WZV in aanloop tot de WEZ. Van deze gelegenheid maak ik graag gebruik om te beschrijven op welke wijze de WZV, in afwachting van de WEZ, verder zal worden gedereguleerd. Om u een volledig beeld te geven, schets ik ook het punt waarop het dereguleringsproces van de WZV zich nu bevindt.

1. DE UITWERKING VAN DE WEZ

1.1. De rol van de overheid

In de systematiek van de WEZ krijgt de verantwoordelijkheid voor de borging van de publieke belangen door de overheid concreet gestalte in het beleidskader. Zoals in de memorie van toelichting op het voorstel wordt uitgelegd, is het beleidskader een beschrijving van de beleidsmatig gewenste situatie in de verschillende sectoren en de gewenste veranderingen op het gebied van het zorgaanbod. Dit wordt in het beleidskader vervolgens vertaald in toetsingscriteria. Deze criteria worden toegepast bij het beoordelen van aanvragen van instellingen om (wijziging van) de exploitatietoestemming. Bij het formuleren van de criteria komen de thema's toegankelijkheid, doelmatigheid en kwaliteit aan de orde. Dat zijn zaken die niet in één keer voor altijd uitgewerkt en geregeld zijn. Voortdurend blijft de vraag aan de orde of bij voortgaande deregulering de publieke belangen voldoende gewaarborgd blijven. Het beleidskader brengt structuur aan in de hierbij noodzakelijke keuzen en biedt de mogelijkheid deze keuzen met de Kamer te bespreken. Bovendien biedt het vastgestelde kader rechtszekerheid voor de instellingen die onder de reikwijdte van de WEZ vallen. In het kader is te lezen of en zo ja aan welke criteria de initiatieven van het veld de komende jaren getoetst worden.

Bij het vergroten van de mogelijkheden tot vraagsturing is de herziening van de WZV een essentieel element. De op aanbodsturing gerichte WZV wordt ingeruild voor een nieuw instrumentarium waarmee de overheid tijdens de omslagperiode de genoemde randvoorwaarden kan formuleren en, indien nodig, veranderingen kan bevorderen. De ontwikkeling van een aanbodgestuurd stelsel naar een vraaggericht stelsel is gaande. De rollen van overheid, verzekeraars en aanbieders veranderen sterk. We bevinden ons nu in een overgangperiode. Voor alle betrokken partijen is geleidelijkheid een noodzakelijke voorwaarde om het proces te laten slagen. De veranderende verantwoordelijkheden scheppen nieuwe relaties en veranderen ook de onderlinge krachtsverhoudingen tussen de partijen. De overheid blijft uiteindelijk verantwoordelijk voor de goede werking van het stelsel van zorgverzekeringen. De overheid concentreert zich daarbij op de borging van publieke belangen als goede toegankelijkheid, doelmatigheid en kwaliteit en treedt in dit proces terug door minder gedetailleerde regels uit te vaardigen en uit te voeren.

1.2 Verzekeraars

De WEZ sluit aan bij de veranderde rol van de verzekeraars en is ontworpen om een verdere verruiming van verantwoordelijkheden te ondersteunen. Dit komt ook tot uitdrukking in de considerans van het voorstel. De centrale rol van verzekeraars is in de tekst van het voorstel geformaliseerd in een aantal wettelijk geregelde bevoegdheden. Ik noem hier de artikelen 6, eerste lid, en 13, tweede lid, en de betrokkenheid van verzekeraars bij de regiovisie (artikel 3, tweede lid). De verantwoordelijkheden van verzekeraars gaan echter verder dan deze bevoegdheden. Bij het meer ruimte geven aan het veld heb ik uitdrukkelijk ook de verzekeraars voor ogen. De ruimte die de WEZ het veld laat, schept tegelijk meer verantwoordelijkheden voor instellingen en verzekeraars. Waar de overheid terugtreedt ten aanzien van het zorgaanbod, komt de verzekeraar in beeld. De WEZ is niet het enige voertuig om de mogelijkheden voor aanbieders en verzekeraars tot vraagsturing te vergroten. In de memorie van toelichting worden onder meer het flexibiliseren en de -institutionaliseren van de aanspraken, de herziening van het overeenkomstenstelsel, de afschaffing van de contracteerplicht, de veranderingen in de verzekeraarsbudgettering en de vernieuwingen in de prijsvorming genoemd. De

WEZ richt zich op twee instrumenten; het afzwakken van de aanbodplanning en het geleidelijk loslaten van de capaciteiten uit de toelating. Het beperken van de procedures ten aanzien van de huisvesting van instellingen en het halveren van het aantal beslismomenten leveren daarnaast een bijdrage aan de mogelijkheden van de verzekeraar en instelling om snel in te spelen op de zorgvraag van de verzekerde. Dat maakt de inwerkingtreding van de WEZ een reële stap in het dereguleringsproces.

1.3 De invulling van het beleidskader

De sectorgewijze omschrijving van het beleidskader biedt de ruimte om beleid op maat te maken. De onderwerpen die vertaald worden naar toetsingscriteria in het beleidskader zijn onderwerpen die veelal eerder in de Tweede Kamer aan de orde zijn geweest. U vindt hierin onder meer de volgende beleidsvoornemens terug: de nota positionering algemene ziekenhuizen, het aanpakken van de wachtlijsten in de diverse sectoren, het scheiden van wonen en zorg, het plan van aanpak modernisering AWBZ en de modernisering van de curatieve zorg. Het beleidskader bevat de normen aan de hand waarvan de aanvragen om een beschikking beoordeeld kunnen worden. De criteria, vastgelegd in het beleidskader, zijn eveneens herkenbaar. Ook in het huidige vergunningenstelsel worden aanvragen getoetst aan criteria, vastgelegd in de beleidsregels op grond van artikel 3 WZV. In de criteria van het beleidskader zal de ontwikkeling naar vraaggerichte zorg tot uitdrukking komen.

Voor de formulering van het beleidskader is een financiële afweging noodzakelijk. Hierbij geldt dat verzekeraars voldoende zorg moeten kunnen contracteren om hun zorgplicht waar te kunnen maken. Het financieel kader voor initiatieven zonder bouw, alsmede initiatieven met bouw, vloeien voort uit de zorgnota. De wijze waarop de financiële kaders in het wetsvoorstel zijn opgenomen sluit aan bij de moderniseringstrajecten die het kabinet heeft ingezet, enerzijds in de AWBZ, anderzijds in de curatieve zorg. Zo heeft het kabinet in het actieplan Zorg Verzekerd in november 2000 (Kamerstukken II; 2000–2001, 27 488, nr. 1) bijvoorbeeld aangegeven dat goed onderbouwde voorstellen van en afspraken tussen verzekeraars en aanbieders die zouden leiden tot het leveren van zorg, teneinde wachtlijsten weg te werken en wachttijden te bekorten, niet zouden behoeven te stuiten op budgettaire beperkingen. Deze andere wijze van omgaan met financiële kaders dan tot nu toe gebruikelijk was, zal ook doorwerken in de exploitatiekaders op grond van de WEZ. Budgettaire spelregels zijn in deze fase van het overgangstraject essentieel, maar vereisen de nodige flexibiliteit conform het actieplan Zorg Verzekerd. Het kabinet staat gedurende het volledige overgangstraject voor de taak om op verantwoorde wijze om te gaan met de flexibilisering van de kaders die noodzakelijk is en om die zo nauwkeurig mogelijk af te stemmen op de feitelijke veranderingen in de verantwoordelijkheidsverdeling die zich in de zorgsector voltrekken.

Om u een indruk te geven van de werking van het beleidskader heb ik een «dummy» als bijlage 1 bij deze brief gevoegd. Het doel van de dummy is u inzicht te verschaffen in de structuur en de werking van het beleidskader voor de verschillende sectoren.

Binnenkort zal ik de betrokken zelfstandige bestuursorganen vragen om, aan de hand van de dummy, de structuur van het beleidskader op zijn uitvoerbaarheid te toetsen en zo nodig voorstellen tot verdere verbetering te doen. Een definitief beleidskader zal, na overleg met de partijen uit het veld, bij de inwerkingtreding van de WEZ worden vastgesteld en aan de Tweede Kamer worden voorgelegd.

1.4 De uitwerking van de WEZ in nadere regelgeving

Tijdens het debat op hoofdlijnen heb ik toegezegd dat ik meer inzicht zal verschaffen in de inhoud van de AMvB's die op het wetsvoorstel gebaseerd zijn. Bij deze toezegging heb ik meegewogen dat het in dit stadium van het wetgevingsproces nog niet mogelijk is om de precieze inhoud van AMvB's aan u voor te leggen. Met de kanttekening dat het overleg met de partijen in het veld nog gaande is en de uitvoerbaarheid van deze voornemens nog niet is getoetst, beschrijf ik hierna mijn voornemens ten aanzien van de nadere regelgeving bij inwerkingtreding van de WEZ.

Ten opzichte van het oorspronkelijke voorstel is het aantal mogelijkheden om onderwerpen op het niveau van een algemene maatregel van bestuur te regelen na het advies van de Raad van State, zo veel mogelijk beperkt. In het nader rapport werd dit punt toegelicht. Het voorstel zoals dat aan de Tweede Kamer is aangeboden kent, naast een beperkt aantal AMvB's met een overwegend technisch karakter, twee mogelijkheden om de procedures voor instellingen nader vorm te geven. Ik doel hiermee op de AMvB waarmee het bouwregime wordt geregeld en de AMvB waarin de «transparantie-eisen» (ook wel «kwaliteitseisen bedrijfsvoering») genoemd, worden vastgelegd. Beide AMvB's zijn inhoudelijk bepalend voor de mate van regulering van het voorstel. Hierna beschrijf ik alle in het voorstel resterende delegatiebepalingen, te beginnen met het bouwregime.

1.4.1 Het bouwregime

Naast huisvesting, verdienen bij het exploiteren van instellingen ook andere zaken de aandacht van instellingsmanagement en overheid, zoals de organisatie van zorg, ICT, opleiding en transparantie. Vooral de laatste 5 jaar is het accent verschoven; bouw staat veel minder centraal; exploitatie is beleidsmatig interessanter dan bouw. Het gaat om het leveren van functies zoals opgenomen in de functionele aanspraken. Om dat te kunnen doen is bouw soms nodig, maar vaak ook niet. Het vergunningensysteem van de WZV correspondeert niet meer met de werkelijkheid. Om die reden ligt het voor de hand om de bouwbesluitvorming te vereenvoudigen en meer in handen te leggen van het instellingsmanagement, zodat zij ook de kans krijgt om al die aspecten van bedrijfsvoering in de zorg evenwichtig tot hun recht te laten komen. Het streven is om de situatie te bereiken waarin instellingen volledige verantwoordelijkheid dragen voor de eigen huisvesting en waarbij langs andere wegen dan de bouwvergunning een toegankelijke, doelmatige en kwalitatief goede zorg gegarandeerd is. In hoofdstuk 8 van de memorie van toelichting staan enkele technische en beleidsmatige criteria die ik hanteer bij de besluitvorming omtrent verdere deregulering van het bouwregime. Om de verantwoordelijkheid van instellingen voor de eigen huisvesting geleidelijk te kunnen vergroten is de mogelijkheid om het bouwregime bij algemene maatregel van bestuur te regelen essentieel. Kort samengevat ziet het bouwregime voor de vier sectoren er bij de aanvang van de WEZ als volgt uit.

In de sector curatieve zorg kan met een ruime eigen verantwoordelijkheid van instellingen op het punt van de huisvesting worden bereikt dat de organisatie van de behandeling flexibeler en vraaggerichter kan worden vormgegeven. Ik denk hierbij aan huisartsenposten, poliklinieken en de accommodatie van zorgvernieuwing. Deze ruime eigen verantwoordelijkheid is al beschreven in de beleidsvoornemens voor de curatieve zorg (o.m. Kamerstukken II, 2000–2001, 23 619, nr. 18, en Kamerstukken II, 1999–2000, 27 295, nrs. 1–2). In de ziekenhuissector is veelal sprake van langdurige renovatieprocessen waarbij de huisvesting geleidelijk vernieuwd wordt. Nu hebben ziekenhuizen vrijheid ten aanzien van reno-

vatie binnen de beschikbare trekkingsrechten. Het voornemen bestaat om bij de inwerkingtreding van de WEZ de vrijheid te geven om een dergelijk renovatieproces te verrijken met stukken nieuwbouw. Dat sluit aan de bij de praktijk; sommige gebouwdelen zijn nog zeer geschikt om na renovatie lange tijd mee te kunnen, andere kunnen beter vervangen worden. Dit betekent dat alleen initiatieven voor geheel nieuw toetredende ziekenhuizen en plannen voor volledig vervangende nieuwbouw per 2003 worden aangemerkt voor het bouwregime. Voor alle andere initiatieven is met de inwerkingtreding van de WEZ geen bouwvergunning meer vereist. Voorwaarde is dat de instelling voldoende trekkingsrechten op heeft kunnen bouwen en dat een lange-termijnhuisvestingsplan beschikbaar is. Om deze ruimte in de regelgeving ook financieel inhoud te kunnen geven, heb ik een opbouw van het trekkingsrecht per 1 januari 2002 in voorbereiding van 50% naar 65% van de nieuwbouwwaarde. Op termijn zal verdere ontwikkeling tot een volledig nominaal kader per ziekenhuis plaatsvinden. Conform de nota positionering algemene ziekenhuizen wordt op dat moment de stap tot het niveau van de volledig vervangende nieuwbouw gezet. Bij het kunnen overdragen van de verantwoordelijkheid voor het instandhouden aan het ziekenhuis zelf, speelt het door het instellingsmanagement op te stellen lange-termijnhuisvestingsplan een belangrijke rol. Het huisvestingsplan dient gebaseerd te zijn op het medisch beleidsplan. Ook dienen samenwerkingsafspraken met andere zorgverleners en met verzekeraars over de invulling van de ziekenhuiszorg in de regio meegenomen te worden in het huisvestingsplan. Tevens dient het plan aan te sluiten bij de beleidsvoornemens van de minister van VWS, vastgelegd in het beleidskader. Deze werkwijze geeft voldoende zekerheid dat het beleidsplan van VWS zijn vertaling krijgt in de huisvesting van ziekenhuizen. Op dit moment ben ik met de NVZ en de VAZ in gesprek over de uitwerking van het bovenstaande. Zie ook de tekst in paragraaf 2.2 over de deregulering van de WZV in aanloop tot de WEZ.

Ook voor de caresectoren (verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg) streef ik naar een, op termijn, vergaande deregulering en volledige eigen verantwoordelijkheid voor de huisvesting. Hier is de term «op termijn» wel op zijn plaats. Om alle instellingen te bewegen de zorg kleinschaliger en dichter bij de patiënt te organiseren en een scheiding tussen wonen en zorg aan te brengen, is in de caresectoren nog een «actiever» overheid nodig. Ik ben voornemens in deze sectoren het bouwregime van de WEZ stapsgewijs te beperken. In eerste instantie wordt gestart met de niet complexe bouwinitiatieven. In hoofdlijn geldt voor de caresectoren dat de individuele beoordeling van projecten waar mogelijk wordt vervangen door een impuls via normbedragen. Wat betreft investeringen ten behoeve van capaciteitsuitbreiding kan een instelling binnen vooraf door de overheid gestelde normen, beslissingen nemen na een akkoord van verzekeraars. In de sectoren verpleging en verzorging en geestelijke gezondheidszorg worden daartoe normbedragen gekoppeld aan capaciteiten. In de sector gehandicaptenzorg wordt een norm voor kleinschaligheid als grens gehanteerd. Voor de instandhoudingsinvesteringen wordt in overwegende mate al gewerkt met normbedragen (de zogeheten trekkingsrechten), waarmee de instellingen middelen opbouwen om alle investeringen, behalve vervangende nieuwbouw, te kunnen doen. Een uitbreiding naar vervangende nieuwbouw, zoals bij de ziekenhuizen gestart wordt, ligt hier in de rede nadat een aantal ingezette beleidsontwikkelingen ver genoeg tot realisatie zijn gebracht. Ik doel hier op de kwaliteitsaspecten privacy, kleinschaligheid en scheiden van wonen en zorg. Concreet betekent dit in de drie sectoren het volgende.

Ten aanzien van verpleeghuizen is op dit moment een systeem in opbouw waarin verpleeghuizen volledige zeggenschap hebben over hun instandhouding. Met de inwerkingtreding van de WEZ worden in omvang

bepaalde uitbreidingsinitiatieven daaraan toegevoegd. Bij de instandhoudingsinvesteringen vergen de verzorgingshuizen nog bijzondere aandacht, omdat daar de systematiek van trekkingsrechten met meldingsregeling niet van toepassing is. Het voornemen is om ook voor die sector een dergelijk systeem in te voeren, zij het met lagere bedragen. Reden daarvan is dat ook bij grote renovaties een externe prikkel moet bestaan om tot het scheiden van wonen en zorg over te gaan. Met Arcares, ZN en Aedes ben ik in overleg over de systematiek en de hoogte van het genoemde grensbedrag. Afhankelijk van het gewenste beleid zal ik bezien of de genoemde bedrag kan worden verhoogd.

Voor de gehandicaptenzorg wordt een belangrijke stap in het dereguleringsproces gezet met het beleidsvoornemen om de kleinschalige woonvormen onder het bouwregime uit te halen. De staatssecretaris streeft er naar deze stap al per 1 januari aanstaande, in de aanloopperiode tot de WEZ, te zetten. Momenteel wordt met de koepels gesproken over de invulling van de daarop volgende dereguleringsstap, die genomen wordt op het moment van inwerkingtreding van de WEZ. Voor deze besluitvorming is het nodig alle zorg- en bouwfuncties in samenhang voor de verschillende beslismomenten in de WEZ-procedures te bezien. De zorgaanbieders willen een zo groot mogelijke vrijheid van handelen. Zoals hierboven aangegeven wil de staatssecretaris vasthouden aan het ingezette beleid van zo normaal mogelijk wonen voor gehandicapten, hetgeen het sturen naar een reductie van de capaciteit op instellingsterreinen met zich meebrengt. In vervolg op het uitschakelen van het bouwregime voor het realiseren van centrale kantoren en kleinschalige woonvoorzieningen per 2002, onderzoeken wij of het mogelijk is ook gebouwen met andere functies die voor plaatsen zijn die met kleinschalig verblijf zijn vormgegeven (bijvoorbeeld dagbesteding) vrij van de vergunningsplicht te maken. Dit aspect zou op zijn vroegst met de inwerkingtreding van de WEZ kunnen ingaan.

Voor de sector geestelijke gezondheidszorg wordt gestreefd naar vergaande deregulering op termijn. Sinds 1 januari 2001 valt de regionale instelling voor beschermd wonen (RIBW) niet meer onder de WZV. Vertrekkende vanuit deze situatie, worden met de WEZ bepaalde vormen van bouw stapsgewijs uit het bouwregime gehaald. Bij de inwerkingtreding van de WEZ zullen de sociowoningen van het algemeen psychiatrisch ziekenhuis niet langer onder het bouwregime vallen. Daarnaast kan met de WEZ ruimtelijke uitbreiding van gebouwen evenals ingebruikname van nieuwe ruimte zonder capaciteitswijzigingen, van het bouwregime worden uitgezonderd. Hiervoor is het nodig dat de omvang bewaakt kan worden via de exploitatietoestemming. Dat betekent dat de capaciteit voorlopig nog onderdeel uitmaakt van de exploitatiebeschikking. Initiatieven gericht op uitbreiding van de capaciteit worden door het College voor zorgverzekeringen beoordeeld aan de hand van (normbedragen in het) beleidskader van de Minister van VWS. Twee soorten initiatieven kunnen hierdoor worden uitgezonderd van het bouwregime. Voor initiatieven gericht op vervangende nieuwbouw, al dan niet op dezelfde plaats, tot een maximum van 25% van de bestaande capaciteit van de instelling, is geen bouwvergunning vereist. Dat geldt ook voor initiatieven tot uitbreiding van de capaciteit, voorzover deze uitbreiding niet groter is dan maximaal 25% van de bestaande capaciteit van de instelling. Voordat deze voornemens in een AMvB worden vastgelegd dient aan een aantal randvoorwaarden te zijn voldaan. Zo moet het lange-termijnhuisvestingsplan het beleid en de ruimtebehoefte door de instelling kenbaar maken, moet het College tarieven gezondheidszorg in staat zijn een systeem van beleidsregels op te stellen dat recht doet aan deze dereguleringsgedachte en zullen de financiële kaders per 1 januari 2003 de noodzakelijke ruimte moeten bieden. Over de uitwerking van de WEZ, in het bijzonder de

uitwerking daarvan in de AMvB met betrekking tot het bouwregime, is een aantal malen overleg gevoerd met de koepelorganisatie GGZ-Nederland.

Zoals gezegd, bespreek ik momenteel een aantal elementen van de invulling van het bouwregime met de vertegenwoordigers van de instellingen. Bij deze besprekingen zijn ook de zorgverzekeraars en de patiëntenorganisaties betrokken. Binnenkort zal ik het College tarieven gezondheidszorg en het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (hierna: College bouw) verzoeken om mijn voornemens op hun uitvoerbaarheid te toetsen. Over mijn definitieve voornemens zal ik u vervolgens volgens de gebruikelijke procedures informeren.

1.4.2 De «transparantie-eisen» of «kwaliteitseisen bedrijfsvoering» (bijlage 2).

Bij de omslag van een aanbodgestuurd stelsel naar een decentraal vraaggericht stelsel is het de taak van de overheid om zich te concentreren op de borging van publieke belangen als toegankelijkheid, doelmatigheid en kwaliteit. Om deze eindverantwoordelijkheid waar te kunnen maken kent het wetsvoorstel WEZ, naast een groot aantal deregulerende effecten, ook regulerende aspecten. Ik doel hiermee op de algemene maatregel van bestuur die wordt getroffen op grond van de artikelen 6, derde lid, onder c, en 8, eerste lid, onder c. Hiermee worden eisen gesteld aan de bestuursstructuur en de ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering van de instelling die een exploitatietoestemming aanvraagt. Deze eisen sluiten aan op de aanbevelingen voor de rijksoverheid van de Commissie Health Care Governance (Commissie-Meurs) van november 1999. In bijlage 2 bij deze brief heb ik brieven aan het College tarieven gezondheidszorg en het College voor zorgverzekeringen gevoegd, waarin ik de eisen die mij voor ogen staan concreet heb vastgelegd. Korthedshalve verwijs ik u naar de inhoud van deze brieven.

Het Nederlandse stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen is gebaseerd op particulier initiatief. Dat wil zeggen dat de instellingen die actief zijn op het terrein van de gezondheidszorg, op enkele uitzonderingen na, een private rechtsvorm hebben. Om een evenwichtig stelsel voor gezondheidszorg in stand te houden, dat betaalbaar en voor iedereen toegankelijk is, is het nodig om eisen te stellen ten aanzien van het exploiteren van instellingen. Bij het formuleren van deze eisen houd ik er rekening mee dat de kracht van het particulier initiatief niet wordt aangetast en dat de administratieve lasten zo laag mogelijk blijven.

Op het moment dat een instelling een exploitatietoestemming vraagt moet de instelling duidelijk maken hoe de instelling is georganiseerd, wat ze zich ten doel stelt en hoe dat doel verwezenlijkt gaat worden. Het gaat hier om de kwaliteit van de bedrijfsvoering, niet om de kwaliteit van de zorg. De normen voor kwaliteit van de zorg gelden ingevolge de Kwaliteitswet. Hierop wordt toegezien door de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Het voldoen aan de eisen op grond van de WEZ zorgt samen met het voldoen aan de regels voor de jaarverslaggeving, voor een optimale transparantie van de bestuursstructuur en bedrijfsvoering van zorginstellingen. Dat wordt belangrijker naarmate de eigen verantwoordelijkheden van het instellingsmanagement toenemen. De beoordeling van de aanvraag kan plaatsvinden aan de hand van de statuten van instellingen die, ook nu al, overgelegd moeten worden bij een aanvraag om toelating ingevolge de AWBZ of Ziekenfondswet.

Na de bovenstaande beschrijving van mijn beleidsvoornemens ten aanzien van de nadere invulling van de WEZ, resteren er nog enkele mogelijkheden voor nadere regelgeving. Deze regelgeving heeft een overwegend technisch karakter en is nodig om de werking van de WEZ zoals hierboven en in de bijlagen beschreven, vorm te geven. In bijlage 3 treft u een opsomming van de mogelijkheden tot nadere regelgeving aan. In deze bijlage wordt aangegeven hoe deze technische AMvB's worden ingevuld op het moment van inwerkingtreding van de WEZ.

2. DEREGULERING WZV

2.1 Deregulering van de WZV tot nu toe

In het debat op hoofdlijnen heeft de Kamer mij gevraagd naar mijn voornemens om de WZV, in aanloop tot de WEZ, verder te dereguleren. De leden van de Eerste Kamer hebben gevraagd welke deregulering er onder de WZV is bereikt. Mijn antwoord op deze vragen heb ik in afschrift aan de Tweede Kamer gezonden (brief van 24 augustus 2001). Ik heb in mijn antwoord op vraag 11a verwezen naar deze brief, waarin ik de huidige stand van zaken met betrekking tot de deregulering schets. Om de deregulering die het kabinet met de WEZ nastreeft in een goed perspectief te plaatsen, besteed ik in deze brief aandacht aan de dereguleringsstappen die tot op heden onder de WZV zijn gezet.

In de aanloop tot de inwerkingtreding van de WEZ staat de ontwikkeling naar meer vraagsturing niet stil. Deregulering van de WZV blijft dan ook een punt van aandacht. Daarbij is het vooruitzicht van de WEZ wel noodzakelijk. De laatste tien jaren is er fors gesleuteld aan de WZV. Dat is gebeurd om de toepassing van die wet zo goed mogelijk aan te passen aan de beleidswensen van de afgelopen jaren en van nu. Dit alles heeft ertoe geleid dat het formele systeem van de WZV nauwelijks meer in verhouding staat tot de uitvoeringspraktijk. De WEZ zorgt er voor dat wet en werkelijkheid weer met elkaar in overeenstemming worden gebracht. Vanaf het begin van de jaren negentig zijn er twee trajecten te onderscheiden die hebben geleid tot een verschuiving van verantwoordelijkheden op het terrein van de WZV. Enerzijds is de beoordeling van de noodzaak van bouwinitiatieven van de (rijks- en provinciale) overheid verlegd naar de ziektekostenverzekeraars, waarbij het regime van provinciale planning verlaten is. Anderzijds is er een dereguleringstraject ingezet waarin de instelling centraal staat. Met de stappen die de afgelopen jaren gezet zijn, is het einde van de mogelijkheden van de WZV in zicht gekomen. Bij het ontwerpen van de WEZ zijn deze twee ontwikkelingen als vertrekpunt genomen. De deregulering onder de WZV heeft inmiddels voor instellingen geresulteerd in een beperking van de reikwijdte van de WZV, een vereenvoudiging van procedures en in een vergroting van de eigen verantwoordelijkheid van de instelling voor instandhoudingsbouw. Hierna vat ik de belangrijkste stappen samen.

Om met de reikwijdte van de WZV te beginnen meld ik dat de WZV sinds 1 januari 2001 niet meer van toepassing is op de regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW-en). Momenteel wordt een vergelijkbare verandering voor de kleinschalige woonvormen op het terrein van de gehandicaptenzorg voorbereid.

Om de procedures onder de WZV te vereenvoudigen is de mogelijkheid van de zogenoemde ingekorte procedure geïntroduceerd, waardoor het aantal goedkeuringsfasen is teruggebracht van vier naar twee. Dit houdt in dat de vergunning kan worden verleend nadat de verklaring van

behoefte is afgegeven en het schetsontwerp is goedgekeurd. Slechts voor meer complexe bouwinitiatieven kan, na afgifte van de verklaring, goedkeuring van een programma van eisen dan wel, na goedkeuring van het schetsontwerp, goedkeuring van de bestedingsgerede stukken worden voorgeschreven.

Van belang is ook de verruimde, soms verplichte, toepassing van het systeem van budgettair bouwen, waarbij de instelling binnen het taakstellende budget vrij is het beoogde bouwinitiatief te realiseren. Budgettair bouwen markeert de eigen verantwoordelijkheid van het bestuur van een instelling voor de realisatie van het bouwinitiatief binnen de voorwaarden en het budgettaire kader van de vergunning. Het is niet meer nodig dat de instelling tijdens het bouwproces zijn beslissingen met betrekking tot de bouw ter goedkeuring aan het College bouw voorlegt. Er wordt achteraf verantwoording afgelegd over de resultaten. Volstaan kan worden met het toezenden van de aanbestedingsresultaten en de eindafrekening, alsmede een halfjaarlijkse rapportage omtrent de stand van zaken van de bouw. Dat betekent ook dat het bij de vergunning vastgestelde bedrag van de investeringskosten niet meer aan de hand van de eindafrekening wordt aangepast. Ook niet ten aanzien van de posten rente loon- en prijsontwikkelingen tijdens de bouw. De financiële tegenvallers en meevallers komen voor rekening van de initiatiefnemer. Overschrijdingen van posten binnen het totaalbedrag van de investeringskosten zijn toegestaan, mits zij volledig worden gecompenseerd door meevallers op andere posten («interne compensatie») en niet ten koste gaan van de functionaliteit.

Tot slot heeft met name de verruiming van de eigen verantwoordelijkheid van instellingen voor instandhoudingsbouw een sterk deregulerend effect. Dit is gerealiseerd door voor instandhoudingsbouw de vergunningplicht te vervangen door een meldingsplicht. De zorginstellingen behoeven hun instandhoudingsinitiatieven niet meer ter beoordeling aan toetsende instanties voor te leggen, waardoor die initiatieven sneller en meer naar eigen inzicht kunnen worden gerealiseerd. Op basis van de ervaringen met de meldingsregeling, zoals die gold tot medio jaren negentig is zij per 1 januari 1996 nog eens fors uitgebreid. Vanaf die datum mochten alle instandhoudingsinvesteringen, waarvoor middelen op grond van de WTG waren opgebouwd, worden gemeld en derhalve zonder vergunning worden gerealiseerd. Uiteraard toetst het College bouw wel of inderdaad met een melding kan worden volstaan.

2.2 Deregulering van de WZV in aanloop tot de WEZ

In afwachting van de deregulering die met de inwerkingtreding van het wetsvoorstel WEZ kan worden bereikt, blijft deregulering onder de WZV een actueel onderwerp.

Allereerst meld ik dat ik momenteel een uitbreiding van de meldingsregeling voor algemene ziekenhuizen voorbereid, waarmee ik met ingang van 1 januari 2002 de reikwijdte van deze regeling in financiële zin wil uitbreiden van 50% tot 65% van de (vervangende) nieuwbouwwaarde. Deze stap is aangekondigd in de nota positionering algemene ziekenhuizen (Kamerstukken II, 1999–2000, 27 295, nrs. 1–2).

Ten tweede heb ik eind vorig jaar een commissie ingesteld met de taak mij te adviseren over de mogelijkheden om de administratieve lasten in de zorgsector terug te dringen (brief van 26 oktober 2000 (MEVA/AEB/2120558) en Regeling instelling Commissie terugdringing administratieve lasten zorgsector, Stcrt. 22 januari 2001, nr. 15). De tussenrapportage van de Commissie-De Beer is onlangs aan de Tweede Kamer aangeboden. De

commissie zal mij eind van dit jaar rapporteren. Bij haar rapportage zal de commissie ruimschoots aandacht besteden aan mogelijkheden om de bouwregelgeving te dereguleren.

Verder heeft het College bouw enkele interessante gedachten neergelegd over verdere deregulering van de WZV-uitvoeringspraktijk in het perspectief van de WEZ. Centraal in het voorstel van het College bouw staat een verzwaring van de functie van het lange-termijnhuisvestingsplan. Zoals ik tijdens het hoofdlijnen debat al aangaf moet er per sector een logische en praktische dereguleringslijn worden gevolgd. Beleidsinhoudelijk gezien ligt het voorstel in de ene sector meer voor de hand dan in de andere. In vervolg hierop heb ik het College bouw meegedeeld dat het voorstel in de sector ziekenhuizen een interessante mogelijkheid is. Voor mij is daarbij, naast het toekomstperspectief van de WEZ, uiteraard het gedachtegoed van de nota positionering algemene ziekenhuizen een belangrijke leidraad. Tussen VWS, het College bouw en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) vindt overleg plaats om het voorstel voor de ziekenhuizen uit te werken. Een en ander uiteraard met het oog op een naadloze overgang naar de WEZ.

In de brief aan het College bouw heb ik mijn aarzelingen geuit ten aanzien van de toepassing van het voorstel van het College in de caresectoren. Op dit moment zie ik dat in de caresectoren voor de implementatie van het beleid, gericht op een kwalitatief goede woonsituatie, nog druk op de instellingen mogelijk moet zijn. Daarnaast geldt voor de care dat het beleid gericht op het scheiden van wonen en zorg niet «vanzelf» gerealiseerd zal worden. Ook daarvoor zal nog een actieve overheid nodig zijn. Daarbij komt dat het niet zinvol is veel geld uit trekkingsrechten aan instellingen ter beschikking te stellen als die instellingen op termijn voor het woondeel niet meer passen in ons beleid. Afhankelijk van de resultaten in de curatieve sector, bezien de staatssecretaris en ik de toepassing van het voorstel in de caresectoren. De uitwerking van het voorstel voor de ziekenhuizen functioneert hiervoor als pilot.

Als laatste traject om de WZV in de komende periode verder te dereguleren noem ik nogmaals het voornemen om de kleinschalige woonvoorzieningen met ingang van 1 januari aanstaande onder de WZV uit te halen. Ik verwijs u hiervoor naar het voorjaarsakkoord meerjarenafspraken gehandicaptenzorg dat ik u op 2 juli 1999 toezond (Kamerstukken II, 1998–1999, 24 170, nr. 43) en hetgeen ik hierover in paragraaf 1.4.1 heb gemeld.

Wat de WZV betreft wil ik in de komende periode verder werken aan dereguleringsmaatregelen die passen bij vraagsturing en keuzevrijheid. Vanuit het perspectief van de WEZ blijven we kijken naar wat er onder de WZV nog gedaan kan worden. Tijdens het debat op hoofdlijnen heb ik al aangegeven dat het uithollen en extensief toepassen van de WZV juridisch steeds lastiger wordt. Een nieuw samenhangend instrumentarium is absoluut noodzakelijk. Om het proces naar vraaggerichte zorg vooruit te helpen en in het goede spoor te houden hebben we een wet nodig die hierop is toegesneden.

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

Bijlage 1: Dummy-beleidskader VWS september 2001¹
Bijlage 2: Brieven aan CTG en CVZ; verzoek tot uitvoeringstoets
«transparantie-eisen» of «kwaliteitseisen bedrijfsvoering»¹
Bijlage 3: Beschrijving inhoud technische AMvB's¹

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.