

Vergaderjaar 2004–2005

**27 659**

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

**Nr. 51**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 3 maart 2005

Tijdens het Algemeen overleg over het uitvoeringsbesluit en de beleidsvisie WTZi, over electieve zorg en de ziekenhuissituatie Amsterdam West op 26 januari jl. (27 659, nr. 50) heb ik u een aantal toezeggingen gedaan. In deze brief rapporteer ik u daarover.

#### *Groot- en kleinschalig wonen in de beleidsvisie WTZi*

Ik heb toegezegd te bezien of in de beleidsvisie tot uitdrukking komt dat grootschalig wonen voordelen kan hebben.

Het overgrote deel van de huisvesting in de care is grootschalig vormgegeven. De inzichten over de wijze van zorgverlening is wat dat betreft in de afgelopen 20 jaar ingrijpend gewijzigd. Uiteraard hebben deze gebouwen in een behoefte voorzien, maar of ze tegemoet komen aan de wensen van de cliënten van nu is zeer de vraag. De promotie van kleinschaligheid in de beleidsvisie heeft dan ook vooral te maken met het vergroten van de keuzemogelijkheden van cliënten. Dit in de wetenschap dat een groot aantal van de cliënten en toekomstige cliënten graag in een meer op een woonhuis gelijkende instelling zou verblijven – als vaststaat dat ze niet langer zelfstandig kunnen wonen. Uitgaande van het feit dat het huidige aanbod vooral grootschalig is gebouwd, ligt de nadruk mijns inziens terecht op het vergroten van het aandeel kleinschalige voorzieningen. Daarmee diskwalificeer ik geenszins die grootschalige voorzieningen. Uiteraard kan het zo zijn dat cliënten de voorkeur geven aan het verblijven in een groot complex – om welke reden dan ook – en ik zou het om die reden betreuren als die mogelijkheid er niet zou zijn. Dat lijkt voornog ook volkomen uitgesloten, omdat op de korte tot middellange termijn deze grootschalige voorzieningen voorzien in een behoefte aan capaciteit. Als de bouwkundige of functionele kwaliteit van een grootschalige instelling aanleiding geeft tot het overwegen van ver- of nieuwbouw,

dan dient een nieuwe kleinschalige opzet ook tot de mogelijkheden te behoren en moeten bewoners en cliënten ook die keuze voorgelegd krijgen.

In aansluiting op het vorenstaande heb ik de beleidsvisie aangepast. De tweede alinea in de paragraaf «*Ook meer afstand overheid bij intramurale capaciteit*» komt als volgt te luiden: «Ook deze grote(re) instellingen moeten de zorg kleinschalig kunnen aanbieden. Nederland beschikt nu nog over heel veel grootschalige intramurale instellingen. Die kunnen onmogelijk op korte termijn worden omgezet in kleinschalige voorzieningen op wijkniveau. Er komen steeds meer mensen met (ernstige) beperkingen en het ligt in verband daarmee niet voor de hand deze capaciteit compleet te sluiten of af te stoten. Bovendien voorzien grootschalige voorzieningen ook in een behoefte, zeker in die van de huidige cliënten. Als er in de toekomst vraag naar grootschalige voorzieningen is, dan moet bij voorkeur daaraan worden voldaan door kwalitatief en functioneel geschikte voorzieningen.»

*Tekst over de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) in de beleidsvisie WTZi in relatie tot de motie Vietsch*

In de beleidsvisie staat aangegeven dat (delen) van ondersteunende en activerende begeleiding overgaan naar de WMO. Deze constatering op pag. 12 (hoofdstuk 4 Care, paragraaf over WMO) riep vragen op in relatie tot de motie Vietsch inzake de WMO.

De tekst van de beleidsvisie op dit punt zal ik aanpassen aan de tekst van de Wet maatschappelijke ondersteuning zoals die naar de Tweede Kamer zal gaan.

*Tekst in de beleidsvisie WTZi over de bereikbaarheid van huisarts/ambulance binnen 15 minuten*

Tijdens het debat bleek dat er naar aanleiding van de tekst in de beleidsvisie enige onduidelijkheid bestaat over wie binnen een kwartier aanwezig moet zijn.

De tekst in de beleidsvisie is op dit punt als volgt aangepast: «Uitgangspunt is de «veldnorm»: patiënten die acute zorg nodig hebben moeten binnen een kwartier door een ambulance bereikt worden om de primaire behandeling te kunnen laten beginnen. Bij huisartsen rust de inspanningsverplichting om binnen 15 minuten bij de patiënt te zijn.»

*Bekostiging bereikbaarheid huisartsenposten*

Naar aanleiding van de problematiek met betrekking tot de kleine huisartsendienstenstructuren (HDS'en) bericht ik u als volgt.

In 2001 zijn de HDS'en met een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) ingevoerd. Tot die tijd werden de diensten met name in een traditionele waarneemgroep verricht. Door de diensten in de avond, nacht en weekenden in een HDS te organiseren behoefde de huisarts minder vaak diensten te draaien.

Hoewel de AMvB daar niet voor bedoeld was, konden ook de van oudsher bestaande vormen van waarneming op voet van die AMvB meer geld krijgen. Het doel van de invoering van de HDS, werkvermindering voor de individuele arts, werd daarmee echter niet bereikt.

In 2003 heb ik aan het CTG een aanwijzing gegeven om de bekostiging van de HDS'en te normeren.

Uit onderzoek door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) naar de doelmatigheid van de HDS'en en onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) naar de kwaliteit van de HDS'en bleek dat kleine HDS'en weinig doelmatig zijn en in ieder geval zorgen voor onevenwichtigheid in de kosten- en honorariumsfeer. De resultaten van deze onderzoeken zijn mede als input gebruikt bij de nieuwe bekostigingssystematiek voor de HDS'en.

Per 1 januari 2005 is de CTG-beleidsregel in werking getreden, op grond waarvan de infrastructurele kosten van de HDS'en met ingang van die datum zijn genormeerd. Die normering is onder andere gebaseerd op voorstellen van Landelijke Huisartsen Vereniging en Zorgverzekeraars Nederland.

Met het oog op de onderzoeksresultaten van de IGZ en het CVZ, was er de wens bij partijen om de kleine HDS'en te stimuleren aansluiting te zoeken bij de grote HDS'en.

Daarom is door het CTG vastgelegd dat kleine HDS'en, waarin huisartsen meer dan 450 uur anw-diensten per jaar per huisarts draaien, niet in aanmerking komen voor twee additionele modules. Dat betekent dat zij nog wel in aanmerking blijven komen voor vergoeding van de infrastructurele kosten en honorarium.

De effecten van deze beleidsregel worden, onder andere door CTG, gemonitord. Halverwege dit jaar verwacht ik de eerste uitkomsten.

Op dit moment zie ik geen aanleiding het CTG te verzoeken de onlangs in werking getreden beleidsregel aan te passen. Ik kan mij vinden in de door LHV en ZN gekozen benadering.

Vanzelfsprekend houd ik wel een vinger aan de pols. Vooralsnog voorzie ik echter geen problemen voor de continuïteit.

#### *Eventueel dreigende versnippering van specialistische curatieve geestelijke gezondheidszorg*

Om versnippering van de specialistische curatieve geestelijke gezondheidszorg te voorkomen ga ik uit van de volgende instrumenten die mij ter beschikking staan.

In het kader van de WTZi heb ik een minimum aantal beleidsregels opgenomen. Ik laat de veldpartijen waar mogelijk vrij om te zorgen dat de verzekeraar de mogelijkheid heeft om zorg in te kopen die de verzekerden nodig hebben en om aanbieders de ruimte te bieden op de vraag in te spelen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet op basis van de Kwaliteitswet toe of de zorg die wordt aangeboden aan de eisen voldoet. Als blijkt dat partijen geen overeenstemming bereiken over een voldoende concentratie van de beschikbare specialistische zorg, zal ik een passende oplossing zoeken.

#### *Kraamzorg en toetsing van de kwaliteit*

Mevrouw Arib vroeg aandacht voor kwaliteitseisen in de kraamzorg.

Kraamzorg is een vorm van zorg die is omschreven bij of krachtens de Ziekenfondswet. Daarom vallen instellingen die die zorg leveren onder de Kwaliteitswet. Overigens moeten kraamzorginstellingen ook voldoen aan de transparantie-eisen als neergelegd in het Uitvoeringsbesluit WTZi.

Ik heb toegezegd nog terug te komen op de invulling die ik geef aan de motie Heemskerk/Weekers (27 659 nr. 36 herdruk) omtrent de toegang tot de Ondernemingskamer voor cliëntenraden. Dat doe ik bij deze.

In de WTZi is geregeld dat een zorginstelling die een stichting of vereniging is, in haar statuten moet aangeven aan wie zij de bevoegdheid toekent een enquêteverzoek bij de Ondernemingskamer in te dienen. Naar aanleiding van de motie Heemskerk/Weekers is daarbij in de tekst van de AMvB opgenomen dat tot degene aan wie de statuten deze bevoegdheid toekennen, in ieder geval een orgaan dat de cliënten van de instelling vertegenwoordigt, moet worden gerekend.

De reden om de cliëntenraden niet verplichtend aan te wijzen in de AMvB, kent meerdere gronden. Allereerst gaat het bij de Ondernemingskamer om een rechtsgang als het beleid van een onderneming en de gang van zaken van een rechtspersoon hiertoe aanleiding geven. In het Burgerlijk Wetboek is deze bevoegdheid aan de procureur-generaal en de vereniging van werknemers toegekend. In de WTZi wordt deze toegang tot de Ondernemingskamer verruimd. Gezien de aard van het enquêterecht zal een zorginstelling soms eerder aan de volgende partijen denken voor het toekennen van een bevoegdheid tot het indienen van een verzoek tot enquête:

- 1) de inspecteur van de inspectie van gezondheidszorg;
- 2) vertegenwoordiging van beroepsbeoefenaren (zoals de medische staf, de verpleegkundige/verzorgende adviesraad);
- 3) vertegenwoordiging van de cliënten/verzekerden (zoals de NP/CF, een koepel van cliëntenraden en Consumentenbond).

De keuze aan wie, naast de cliëntenvertegenwoordiging, op grond van de statuten toegang wordt verleend tot de Ondernemingskamer, wordt conform de regeling van het Burgerlijk wetboek aan de verantwoordelijkheid van de instelling gelaten.

Ten tweede heeft meegewogen dat de Raad van State er terecht op heeft gewezen dat de cliëntenraad geen rechtspersoonlijkheid bezit en daardoor de leden van de cliëntenraad een financieel risico lopen als zij worden veroordeeld in de kosten. Dit kostenverhaal is mogelijk indien het verzoek niet op redelijke grond wordt gedaan. Deze verhaalsmogelijkheid is een aandachtspunt, maar vormt geen beletsel om cliëntenraden in statuten een enquêtebevoegdheid toe te kennen. De verhaalsmogelijkheid bevestigt wel dat bij deze rechtsgang beter kan worden gedacht aan de Consumentenbond, de NP/CF of een koepel van cliëntenraden. Indien een instelling er niettemin voor kiest om de cliëntenraad aan te wijzen, dan dienen beide partijen (de instelling en de cliëntenraad) zich wel bewust te zijn van een mogelijke veroordeling in de kosten indien een verzoek niet op redelijke grond is gedaan. Naar aanleiding van het advies van de Raad van State is de toelichting van dit artikel aangepast.

Ten derde is het de vraag of van bewoners van een verpleeghuis of een gehandicapteninstelling, of kortdurend verblijvende cliënten in een ziekenhuis, in redelijkheid kan worden verwacht dat deze als cliëntenraad voldoende geëquipeerd zijn om te bepalen of er een zodanige patstelling tussen het bestuur en de toezichthouders is dat een onderzoek van de Ondernemingskamer nodig is. Ook om deze reden kan mijns inziens eerder aan de Inspectie, de NP/CF, een koepel van cliëntenraden of de Consumentenbond worden gedacht voor het indienen van een verzoek tot enquête.

Dit alles overwegende blijf ik bij de opvatting om de cliëntenraden niet automatisch aan te wijzen in de AMvB transparantie-eisen WTZi, maar de keuze over te laten aan de instelling. Een keuze met een beperkte optie, want er moet in ieder geval een orgaan dat de cliënten van de instelling vertegenwoordigt, worden aangewezen als bevoegd tot het indienen van een enquêteverzoek.

#### *De rechtspositie van cliënten in AWBZ-voorzieningen*

Mevrouw Arib heeft gevraagd om een verduidelijking van de rechtspositie van cliënten in de AWBZ-zorg.

In de brief over betere verpleeghuiszorg (kenmerk DVVO-ZA-U-2560508 d.d. 10 februari 2005) is de staatssecretaris ingegaan op de positie van cliënten. De brief gaat weliswaar over verpleeghuiszorg, maar wat in de bijlage is opgesomd over de positie van de cliënt geldt in het algemeen voor de hele zorgsector. Ik meen dat met deze brief, de genoemde bijlage en met wat hierna volgt over het leefwensenonderzoek aan uw vraag om verduidelijking is voldaan.

#### *Leefwensenonderzoek*

Op vragen van mevrouw Vietsch en mevrouw Tonkens heb ik aangekondigd met de staatssecretaris te spreken over het al dan niet verplicht stellen van een leefwensenonderzoek in de gehandicaptenzorg.

Volgens de huidige beleidsregels WTZi moet de zorgaanbieder zich vergewissen van het standpunt van de cliënten bij het indienen van een bouw-aanvraag. De aanbieder moet laten zien wat hij met het standpunt van de cliënten gedaan heeft en hij moet een goed onderbouwd verhaal hebben als hij afwijkt van dat standpunt. Een van de mogelijkheden om hieraan te voldoen is het houden van een leefwensenonderzoek.

Conform de huidige beleidsregels WTZi bevelen wij voor de care het houden van een leefwensenonderzoek, bij een heroverweging van het huisvestingsbeleid, van harte aan. In de brief van de staatssecretaris aan uw Kamer van 10 december 2004 (29 355 nr. 9) zijn criteria opgenomen waaraan een goed leefwensenonderzoek moet voldoen. Ook komt er binnenkort een handreiking beschikbaar voor cliëntenraden om het leefwensenonderzoek te toetsen.

Gezien het grote belang dat de staatssecretaris en ik, vanwege de lange verblijfsduur van cliënten in de gehandicaptenzorg, hechten aan het raadplegen van individuele cliënten in deze sector bij bouw, gezien ook de wensen uit de Tweede Kamer en het veld, zal ik de beleidsregels op dit punt aanpassen. In afwijking van beleidsregel 4.1.1 voor de care zal voor de gehandicaptenzorg gelden dat het houden van een leefwensenonderzoek onder individuele cliënten verplicht is. In de gehandicaptenzorg zal het standpunt van de cliënten blijken uit het leefwensenonderzoek en niet zoals voor het overige in de care, uit het standpunt van de cliëntenraad. (Vertegenwoordigers van) cliënten en cliëntenraden kunnen de bovengenoemde criteria voor een goed leefwensenonderzoek en de handreiking gebruiken voor het toetsen van het leefwensenonderzoek.

*Aanpassingen in de beleidsvisie en beleidsregels*

Langs bovenstaande lijnen pas ik de beleidsvisie en de beleidsregels dus op een aantal punten aan. Ik zal zorgen dat bij de in werkingtreding van de WTZi een geactualiseerde versie van deze stukken openbaar wordt gemaakt.

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