

Vergaderjaar 2001–2002

**27 659**

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

**Nr. 7**

### **NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG**

Ontvangen 13 december 2001

Wij hebben met belangstelling kennis genomen van het verslag dat de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport uitbracht over het voorstel voor de Wet exploitatie zorginstellingen (hierna aan te duiden als: WEZ). Het verheugt ons dat ons beleid om voort te gaan met het maken van een omslag van een systeem van centrale aanbodsturing naar een decentraal vraaggericht systeem breed wordt gesteund. Tegelijk constateren wij dat er nog vele, soms fundamentele vragen leven over de rol die de WEZ in dat proces heeft te vervullen en over de relatie met de discussie over het verzekeringsstelsel als zodanig. Ook over de werking van de WEZ en de concrete toepassing van zijn instrumentarium zijn nog veel vragen gesteld.

Alvorens alle vragen te beantwoorden, geven wij eerst een korte, inleidende beschouwing. Daarna komen de algemene vragen aan bod, waarbij wij zoveel mogelijk vragen over hetzelfde onderwerp groeperen. Vervolgens beantwoorden wij de vragen over de verschillende artikelen van het wetsvoorstel. Tegelijk met deze nota zenden wij u een nota van wijziging op het wetsvoorstel met toelichting. Waar dat aan de orde is verwijzen wij naar die nota van wijziging in deze nota naar aanleiding van het verslag.

#### **Inleidende beschouwing**

Het kabinet heeft de afgelopen zomer in de nota «Vraag aan bod» een samenhangende visie neergelegd over de sturing en verantwoordelijkheidsverdeling in de zorgsector. De centrale boodschap van die nota is dat een complexe sector als de zorg niet blijvend tot tevredenheid van de zorgvrager door de centrale overheid kan worden bestuurd. De overheid zal een aantal verantwoordelijkheden en de daarbij behorende speelruimte moeten overdragen aan partijen in de sector. Daarbij gaat het erom de vraag van de patiënt een meer centrale rol te bieden en tegelijkertijd de publieke belangen van kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid te blijven borgen. Het overgangsproces van centrale aanbodsturing naar meer decentrale vraaggerichte sturing, is al een aantal jaren gaande. Er is echter nog een lange weg te gaan. Het is van groot belang dat de verdere transitie goed wordt voorbereid en begeleid. In «Vraag aan bod» is voor de fasering van het proces dan ook gekozen voor een deelmarktgewijze

benadering. Niet alle deelsectoren zijn op hetzelfde moment toe aan dezelfde speelruimte. Omdat de voortgang voor een belangrijk deel afhankelijk is van het gedrag van partijen is de exacte fasering uiteraard met enige onzekerheid omgeven. De deelmarktgewijze benadering is dan ook geen blauwdruk.

De hier geschetste geleidelijkheid in het overgangsproces vraagt om een overheid die – zoals dat bij de behandeling van de begroting voor 2002 is aangeduid – de kunst van het loslaten beheerst. Voor het beoefenen van die kunst zal de overheid over een bestuurlijk instrumentarium moeten beschikken waarmee soepel en op maat op de ontwikkelingen kan worden ingespeeld. De WEZ is bedoeld als één van die instrumenten.

De regelgeving rondom de planning en bouw is een belangrijk onderdeel van het hele regelsysteem dat zich richt op de inrichting en financiering van ons zorgstelsel. Deze regelgeving ontstond in een periode (eind jaren '60, begin jaren '70 van de vorige eeuw), waarvan wij hier twee kenmerken naar voren willen halen. In de eerste plaats vond er zo'n onstuimige economische groei plaats, ook in het ziekenhuiswezen, dat er dringend behoefte was aan beteugeling. Een tweede kenmerk was het geloof in centrale planning. De planning- en bouwregelgeving die we nu hebben, de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV), is een duidelijk product van die tijd. Op centraal niveau het aanbod plannen en vervolgens het door een uitgewerkt systeem van verbodsbepalingen en (initiële) vergunningen centraal toestaan naar plaats en tijd van bouwinitiatieven. Deze wet heeft dan ook jarenlang goede diensten bewezen in de spreiding en beheersing van het aanbod. Tussen toen en nu is er inmiddels het nodige veranderd. Ruwweg de afgelopen tien jaar hebben opeenvolgende kabinetten op verschillende manieren gewerkt aan verbeteringen van het stelsel. Rode draad daarin is het in toenemende mate verleggen van verantwoordelijkheden naar partijen in het veld, waardoor een omslag gemaakt kan worden van een centraal aanbodgestuurd naar een decentraal vraaggericht systeem. Hierin zijn al belangrijke vorderingen gemaakt. Zowel de verzekerings- als de tarievenwetgeving boden en bieden voldoende speelruimte om het proces op weg naar vraaggerichte sturing te ondersteunen. Voor de planning- en bouwwetgeving geldt dit echter niet. De juridische mogelijkheden om de WZV instrumenteel te laten zijn voor het maken van de omslag van aanbod- naar vraaggerichte sturing zijn uitgeput, we willen immers niet meer sturen via de bouw. De WZV wordt steeds minder naar zijn doel uitgevoerd. De WZV kent de provincie als een van de belangrijkste actoren, maar niet de zorgverzekeraar, die in de praktijk een van de hoofdrolspelers is. De WEZ voorziet hierin. Voor de transparantie-eisen voor instellingen waar in diverse algemene overleggen naar is gevraagd, bestaat in de huidige wetgeving geen aanknopingspunt. De WEZ biedt dat wel. Deregulering en aanpassing van het bestaande helpen dan ook niet meer. De WEZ is ontworpen om het proces naar vraagsturing te faciliteren, de considerans laat daar geen misverstanden over bestaan. Met de WEZ en zijn ingebakken dereguleringsmogelijkheden willen we maar één kant op: die van de vraagsturing. De vrees die in nogal wat vragen doorklinkt dat de WEZ vooral gebruikt zal worden om centraal het aanbod te blijven plannen vinden wij dan ook niet terecht. Bovendien vinden wij het niet verantwoord door te gaan met de WZV en te proberen deze met veel kunst- en vliegwerk en juridische hoogstandjes zo toe te passen dat hij toch bijdraagt aan onze beleidsdoelen. Zeker niet als er geen perspectief is dat de WEZ er binnenkort komt. Wachten met de WEZ tot er duidelijkheid is over de precieze uitwerking van de kabinetsvoorstellen tot aanpassing van het verzekeringsstelsel vinden wij dan ook niet alleen onnodig, maar ook zeer ongewenst.

Tegelijkertijd hebben wij er begrip voor dat het proceskarakter van de wet vragen oproept over de wijze van invulling. We hebben daaraan al zoveel mogelijk tegemoet willen komen met de brief van 25 september jl. Maar ook daarmee is natuurlijk geen spoorboekje te bieden met invulling van eindmodellen, tussenstappen en precieze fasering. Grote, complexe veranderingsprocessen als in de zorgsector gaande zijn laten zich nu eenmaal niet zo vormgeven. Gegeven die omstandigheden hebben wij nogmaals nagedacht over de manier waarop we tegemoet kunnen komen aan de op zich begrijpelijke behoefte aan meer zekerheid die in veel vragen doorklinkt. Nu helderheid niet direct kan worden geboden, menen wij dat een grotere betrokkenheid bij het veranderingsproces uitkomst kan bieden. Daarom hebben wij besloten bij nota van wijziging de algemene maatregel van bestuur over het bouwregime van een voorhangprocedure te voorzien.

## **1. De omslag van aanbod- naar vraaggerichte sturing**

*De leden van de fractie van de VVD vroegen welke randvoorwaarden de WEZ creëert om vraagsturing en keuzevrijheid te bevorderen, welke instrumenten de WEZ voor deze omslag biedt, welke randvoorwaarden de overheid tijdens de omslagperiode formuleert en op welke wijze deze instrumenten en randvoorwaarden bijdragen aan de vergroting van de mogelijkheid tot vraagsturing. De leden van de VVD-fractie vroegen voorts of in de eerste plaats gedacht wordt aan sturing door de consument of door verzekeraars en hoe de invloed door de consument of de verzekeraars bijeengebracht in sturing op de zorginstelling wordt gezien. Deze leden vroegen of er een verplichting bestaat de verschillende invloeden te combineren tot één homogene sturingsinvloed of dat het denkbaar is dat heterogene, op verschillende uitkomsten gerichte sturingsconcepten naast elkaar bestaan. Bovendien vroegen deze leden welke veranderingen eventueel nodig geacht worden en op welke wijze deze bevorderd kunnen worden. De leden van de PvdA-fractie vroegen welke verruiming van verantwoordelijkheden van verzekeraars en instellingen wij voor ogen hebben, of wij hiervan voorbeelden kunnen noemen en op welke wijze deze verruiming van verantwoordelijkheden in de wet wordt ondersteund. De leden van de VVD-fractie vroegen hoe de verantwoordelijkheidsverdeling is geregeld tussen de overheid en het veld ten algemene en tussen overheid en verzekeraars in het bijzonder.*

Het beleid in de gezondheidszorg richt zich op het centraal stellen van de zorgvraag van de burger, opdat het zorgaanbod zich rondom de patiënt of cliënt organiseert en niet andersom. Verzekeraars, aanbieders en cliënten moeten op decentraal niveau de zorgvraag en het zorgaanbod op elkaar kunnen afstemmen. Om dit te bereiken hebben zorgaanbieders meer ruimte nodig om hun aanbod in te richten zoals dat bij de zorgvraag in hun regio past. Vraagsturing is daarmee niet een zaak van òf verzekeraars òf aanbieders òf cliënten, maar gaat uit van een gezamenlijke inspanning van deze partijen samen met de overheid. Hierna zal de rol die ieder van deze partijen in dit proces speelt nog afzonderlijk aan de orde komen.

Het op vraagsturing gerichte beleid heeft consequenties voor nagenoeg alle instrumenten uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de Ziekenfondswet en de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG), maar vereist ook een verandering in de zorginfrastructuur en de daarop gerichte regelgeving. De verzekeraar moet als scharnier tussen zorgvraag en zorgaanbod een sterkere rol krijgen en de instellingen moeten meer ruimte krijgen om de zorg conform de wensen van de cliënt in te richten, ook als het om de eigen huisvesting gaat. De WEZ richt zich daarbij op twee essentiële instrumenten: het terugdringen van de aanbodplanning, waaronder het schrappen van de capaciteiten uit de toelating/toestemming, en

het dereguleren van bouwprocedures. Na de inwerkingtreding van de WEZ gaat de deregulering verder door geleidelijk het bouw- en exploitatieregime verder los te laten. Wanneer de overheid een stapje terug doet en de instellingen meer initiatieven onder eigen verantwoordelijkheid kunnen uitvoeren, neemt het aantal procedures bij de overheid af. Dit vereist ook dat de toetsingscriteria, zoals die in het beleidskader staan, aan de nieuwe verantwoordelijkheidsverdeling worden aangepast. Het beleidskader zal dan ook geleidelijk een beperkter karakter krijgen.

*De leden van de VVD-fractie vroegen of per deelsector kan worden aangegeven welke fasering in de tijd ons voor ogen staat en hoe deze fasering in de WEZ wordt vormgegeven en of daarbij de relatie met veranderingen in de overige wetgeving concreet kan worden benoemd. Ook de leden van de fractie van D66 vroegen of er een tijdpad komt waarin het beleidskader steeds minder gedetailleerd wordt vormgegeven en of dit tijdpad kan worden weergegeven. Deze leden stelden de rol van de overheid voor het stellen van prioriteringscriteria aan de orde en vroegen of de verzekeraar hier niet zelf een afweging dient te maken. De leden van de VVD-fractie vroegen op grond van welke overwegingen/criteria zal worden besloten dat het verantwoord is om een volgende stap in het proces te nemen en of deze criteria per deelsector te specificeren zijn. Deze leden vroegen verder wat de termijn is waarbinnen de overgang van aanbodnaar vraagsturing zal plaatsvinden en of een plan van aanpak wordt opgesteld waaruit blijkt waar en wanneer de omslagpunten zich zullen voordoen. De leden van de D66-fractie vroegen wanneer ook voor andere instellingen dan de ziekenhuizen geen capaciteiten hoeven te worden opgenomen in de exploitatietoestemmingen.*

In zowel het eerste als het tweede compartiment is de ontwikkeling van vormen van gereguleerde competitie de stimulans voor het realiseren van meer vraaggerichte zorgverlening. Wil dat kunnen werken, dan zijn er effectieve prikkels nodig die de partijen stimuleren tot doelmatigheid. Ook moeten er voldoende checks en balances zijn ingebouwd in de verhoudingen tussen partijen om elkaar en de uitkomsten van de onderhandelingsprocessen in een redelijk evenwicht te houden. De opbouw van die prikkels en het creëren van die checks en balances is al geruime tijd aan de gang, maar het werk is nog verre van compleet. De aanbodregulering wordt afgebouwd in de mate en het tempo waarin de mogelijkheden aan de vraagzijde toenemen. Het kabinet zal gedurende het volledige overgangsproces voor de taak staan om op verantwoorde wijze stappen te zetten op weg naar meer ruimte en verantwoordelijkheid voor de veldpartijen, afgestemd op de feitelijke veranderingen in de verantwoordelijkheidsverdeling die zich in de zorgsector voltrekken. Het is daarbij duidelijk dat de AWBZ en de curatieve zorg vooralsnog hun eigen trajecten volgen, overeenkomstig de lijnen die zijn uitgezet in enerzijds de modernisering van de AWBZ en anderzijds de modernisering van de curatieve zorg. Het is een dynamisch proces waarin de feitelijke ontwikkelingen in de verschillende sectoren doorslaggevend zijn voor het moment waarop de overheid weer een stapje terugtreedt. Daarom kan niet op voorhand een tijdschema worden gegeven voor de te ondernemen stappen. Wel kan worden aangegeven onder welke condities verdere stappen verantwoord zijn. De criteria die hierbij horen staan uitgebreid weergegeven in paragraaf 8.2 van de memorie van toelichting, zowel voor het loslaten van het bouwregime, als voor het verder loslaten van de capaciteitsbepaling in de exploitatietoestemming, naar welke paragraaf wij hier verder verwijzen. Wat betreft het loslaten van de capaciteiten bij de exploitatietoestemming verdient hier nog vermelding dat onder het regime van de wet in overleg met partijen wordt bezien wat er, gegeven de criteria, per sector nodig is om deze stap te zetten. Daarbij wordt nu al in algemene zin gewerkt aan een aantal van de in paragraaf 8.2 van de

toelichting beschreven punten. Wij noemen hier als voorbeelden het ontwikkelen van prestatie-eisen, werken met langetermijnhuisvestingsplannen, stimuleren van voldoende aanbod, uitbouwen van een objectieve indicatiestelling en het voorzien in adequate zorgregistratie.

*De leden van de VVD-fractie vroegen of de WEZ niet eerder tot een versterking van de centrale aanbodplanning leidt, doordat deze wet nu eveneens voorziet in het stellen van financiële grenzen aan met name de omvang van de exploitatie. De leden van de fractie van D66 vroegen hoe wordt omgegaan met de spanning tussen het hanteren van een financieel kader en het uitgaan van de vraag. Verder vroegen deze leden hoe wij denken om te gaan met de spanning in de systematiek die te maken heeft met het feit dat de afstemming tussen vraag en aanbod plaatsvindt in het beleidskader «gelet op de beschikbare financiële ruimte». Zij vroegen of deze spanning kan worden opgelost doordat de financiering van wonen en zorg gescheiden wordt en uiteindelijk de bouw via het ministerie van VROM zal verlopen. Ook vroegen zij of een bijdrage aan de oplossing kan zijn dat er ook veel door particuliere organisaties wordt gebouwd in de koopsector en wat de bruteringsoperatie waar de regering op inzet voor zal invloed hebben. Zij vroegen hoe volgens ons de «markt» voor bouwen voor specifieke doelgroepen er in de toekomst uit gaat zien.*

We vertrekken vanuit een situatie waarin kostenbeheersing vrijwel exclusief het domein was van de overheid, met haar hele arsenaal aan beïnvloedingsinstrumenten. We willen naar een situatie waarin belangrijke delen van de verantwoordelijkheid voor een beheerste ontwikkeling van de zorgsector en de kosten die daarmee zijn gemoeid, in handen liggen van de partijen die zelf de zorgsector vormen. Het gaat er nu om dat er voor alle stadia van het overgangsproces een passend beheersingssysteem voorhanden is. Het mag niet zodanig knellen dat de overheid nog jarenlang strikte financiële grenzen stelt aan de uitgaven die voortvloeien uit exploitatietoestemmingen, terwijl verzekeraars en aanbieders allang grote delen van de verantwoordelijkheid daarvoor hebben overgenomen. Maar het mag zeker ook niet zo zijn dat alle financiële kaders al zijn losgelaten, voordat er voldoende waarborgen zijn dat partijen elkaar inderdaad in evenwicht houden en doelmatigheidsprikkels voelen. Vanzelfsprekend is het zo dat bij de hantering van de financiële grenzen aangesloten wordt bij het kabinetsbeleid inzake het Actieplan Zorg Verzekerd. Teneinde een maximale inspanning te leveren om wachttijden in de zorg tot een aanvaardbaar niveau terug te dringen, bekijkt het kabinet twee maal per jaar of hiertoe extra geld ter beschikking kan worden gesteld.

Het beleid op het terrein van wonen en zorg, gericht op het realiseren van meer zelfstandige woningen met zorg op maat, is niet ingezet vanuit kostenoverwegingen, maar om tegemoet te komen aan de toenemende vraag om zelfstandig te kunnen (blijven) wonen. Bouw van zelfstandige woningen voor mensen met een zorgbehoefte/beperking in de koopsector zal gezien de gunstiger inkomenspositie van de toekomstige groep ouderen voor een groeiend aantal mensen een aantrekkelijk perspectief zijn. Voor de effecten van een mogelijke bruteringsoperatie verwijzen wij naar paragraaf 25 van deze nota.

*De leden van de fractie van GroenLinks vroegen of de centrale rol van de minister in het wetsvoorstel niet synoniem is met het begrip aanbodsturing.*

Inderdaad heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, overigens niet als enige speler, een belangrijke rol in de WEZ. Dat dit synoniem zou zijn met het begrip aanbodsturing vermogen wij niet in te zien. Ook in een vraaggericht stelsel blijft de overheid in onze opvatting verantwoorde-

lijk voor de borging van de publieke belangen in de zorgsector; de toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid. De rol van de overheid krijgt in een meer vraaggericht model een andere vorm. Er vindt een verschuiving plaats van regulering en controle op input vooraf, naar kaderstelling vooraf en beoordeling op prestaties achteraf. De organisatie van het zorgaanbod wordt zo veel mogelijk daar gelaten waar men het beste op de wensen van de patiënt kan inspelen; op het decentrale niveau. Daar waar de overheid moet bijsturen, bestaat behoefte aan een instrumentarium (met name de beleidskaders) dat deze sturing mogelijk maakt en tegelijkertijd de eigen verantwoordelijkheid van het veld niet doorkruist. De WEZ is met dit doel ontworpen.

*De leden van de VVD-fractie vroegen of er aanvullende maatregelen nodig zijn om de aanbodplanning te verzwakken en de vraagsturing te vergroten. Zij vroegen hoe de relatie tussen het afzwakken van de aanbodplanning en de vraagsturing wordt gezien en hoe de WEZ-tekst zelf is te interpreteren als een afzwakking van de aanbodplanning.*

Zoals hierboven aangegeven is voor de ontwikkeling naar meer vraagsturing een herziening van bijna alle instrumenten van de AWBZ, Ziekenfondswet en de WTG aan de orde. De WEZ richt zich op twee aspecten van het wettelijk instrumentarium; de behoefteplanning en de bouwregelgeving. Het wetsvoorstel is ontworpen om de een beheerste overgang naar een vraaggericht stelsel mogelijk te maken. De WEZ is voldoende flexibel om de aanbodplanning af te zwakken en de bouwregelgeving te dereguleren. Daarvoor zijn geen aanvullende instrumenten nodig. Een belangrijk deel van de deregulering vindt plaats via de nadere regelgeving (hoe paradoxaal dit ook klinkt) en via het beleidskader. Onze concrete voornemens daarover staan in de brief van 25 september 2001 (Kamerstukken II, 2000/01, 27 659, nr. 5).

Daarenboven dereguleert de wettekst zelf ook al het nodige ten opzichte van WZV en Ziekenfondswet/AWBZ. Voorbeelden zijn de beperkte reikwijdte van de WEZ ten opzichte van de huidige WZV, de halvering van het aantal beslismomenten in de procedure en de deregulering ten aanzien van de volledig privaat gefinancierde ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra. Voor deze instellingen volgt uit de tekst van de wet zelf dat zij niet langer onder het bouwregime vallen en dat het verbod op winstoogmerk op hen niet langer van toepassing is. Bij nota van wijziging wordt hieraan toegevoegd dat deze instellingen ook niet aan de transparantie-eisen hoeven te voldoen. Maar de wettekst legt niet het hele overgangsproces naar meer vraagsturing en afzwakking van aanbodplanning vast. Voor een deel vloeit dit voort uit het kaderstellende karakter van wetgeving. Zo blijkt de precieze omvang van de aanspraken en de hoogte van de tarieven ook niet uit de teksten van de AWBZ, Ziekenfondswet of WTG. De WEZ heeft daarenboven een proceskarakter. Dit maakt dat de WEZ flexibel kan inspelen op de ontwikkelingen en op de voortgang die wordt geboekt, zonder het risico te lopen dat de zaak onbeheersbaar wordt. Deze flexibiliteit kan leiden tot onzekerheid over het tempo van de veranderingen, maar in onze ogen niet over de richting daarvan. Daar is de considerans van de wet heel duidelijk over. Het kabinet is van mening dat dit procesinstrumentarium absoluut noodzakelijk is om op verantwoorde wijze en in een verantwoord tempo van aanbodnaar vraagsturing te komen. De complexiteit van veranderingsprocessen in de zorgsector laat zich niet vangen in al dan niet wettelijk vastgelegde spoorboekjes. Een soortgelijk debat over de rol van verzekeraars bij de behandeling van de begroting en de zorgnota voor 2002 toonde dat aan. Het spreekt voor zich dat stappen in dit veranderingsproces in nauw overleg met de Staten-Generaal tot stand komen. Het parlement kan zien of de ontwikkelrichting en het tempo daarvan op het

juiste spoor zitten, doordat het daarover elke twee jaar via de beleidskaders informatie krijgt. Zoals wij in onze inleiding al aangaven creëren wij bij nota van wijziging extra betrokkenheid voor het parlement door de algemene maatregel van bestuur over het bouwregime van een voorhangprocedure te voorzien. Hierdoor kan (een wijziging van) deze algemene maatregel van bestuur pas in werking treden, nadat deze heeft voorgehangen bij beide kamers der Staten-Generaal.

*De leden van de fracties van de SGP en GroenLinks vroegen naar de verandering die het wetsvoorstel biedt ten opzichte van de huidige situatie. De leden van de SGP-fractie vroegen expliciet in te gaan op de stelling dat, vergeleken met een stelsel van aanbodsturing, in voorliggend wetsvoorstel het aanbod nog teveel de vraag bepaalt. Zij vroegen of wij het inderdaad wenselijk achten dat in voorliggend wetsvoorstel een minder ver gaande kanteling van het stelsel wordt gemaakt, of dat het geconstateerde verschil in definiëring een kwestie van semantiek is. De leden van de GroenLinks-fractie vroegen of toegelicht kan worden waarom wij niet eerst de effecten van de deregulering die in de brief van 25 september beschreven worden willen bezien alvorens nu met spoed de WEZ te doen behandelen.*

Het wettelijke systeem van WZV, WTG, AWBZ en Ziekenfondswet dateert uit de jaren '60 en '70, waarvan de vormgeving is voortgekomen uit de wens tot aanbodsturing op centraal niveau. De centrale overheid bepaalt naast de inhoud en omvang van de aanspraken ook het noodzakelijke aanbod aan de hand van de verwachte behoefte aan zorg. Het doel van de WZV was het op centraal niveau beheersen van het aanbod. De WZV is daarop geschreven en ingericht: centrale planning, het inpassen van bouwinitiatieven in die planning, het toestaan dat er gebouwd gaat worden. Na toetsing aan de behoefte en toelating door de overheid zijn instellingen in een dergelijk systeem, in combinatie met de contracteerplicht, verzekerd van een contract met een uitvoeringsorgaan AWBZ of een ziekenfonds en daarmee van hun inkomsten. Voor de doelstellingen uit het verleden is de WZV een succesvolle wet gebleken. Al sinds het begin van de jaren '90 zijn er aanpassingen binnen het hele wettelijke systeem gepleegd die in het teken stonden van een meer gereguleerde competitie op decentraal niveau. Ook binnen de WZV is het nodige gebeurd. De brief van 25 september 2001 geeft hiervan een overzicht. In de loop van de tijd is de WZV regelmatig aangepast om hem in zijn toepassing flexibeler en minder planning- en bouwwet te maken. Maar hierdoor is ook stap voor stap de bedoeling van de WZV ondergraven, waardoor hij zijn kracht verloren heeft. De uitholling en extensieve toepassing van de WZV heeft zijn grenzen bereikt. In de huidige situatie waarin de regie op decentraal niveau, bij de verzekeraar, is neergelegd past het formele, centrale aanbodgestuurde systeem van de WZV niet meer. Om verder te kunnen gaan op de weg naar vraaggerichte zorg is een flexibeler wettelijk instrumentarium voor de exploitatie en bouw van instellingen nodig dan de WZV te bieden heeft. Dat is de WEZ. De WEZ is ontworpen om op een geleidelijke en beheerste manier de overgang te maken van het huidige centrale aanbodgestuurde systeem, naar een decentraal vraaggericht systeem. Direct bij de inwerkingtreding van de WEZ wordt al de nodige ruimte aan verzekeraars en instellingen geboden en een serieuze stap in de gewenste richting gemaakt, met name gaat het om de beperking van het bouwregime en de vermindering van het aantal beslis-momenten in de procedure.

*De leden van de fractie van GroenLinks vroegen of met het regelen van alle procedures nog wel sprake is van deregulering.*

Wij menen dat er wel degelijk sprake is van deregulering. Hoofdstuk 8 van de memorie van toelichting gaat daar uitgebreid op in. In paragraaf 8.1 worden alle deregulerende aspecten van het voorstel zelf beschreven, in paragraaf 8.2. de denklijnen voor de wat verdere toekomst. Bij introductie van de WEZ vindt al meteen de volgende deregulering plaats:

- de reikwijdte van de WEZ is beperkter dan die van de huidige WZV, AWBZ en Ziekenfondswet,
- onder de WEZ hoeft een instelling maximaal drie keer, maar in de meeste gevallen slechts één keer een procedure te doorlopen, in de huidige situatie is dat zes keer,
- onder de WEZ is het bouwregime op minder categorieën van instellingen en op minder vormen van bouw van toepassing dan onder de WZV,
- indien het bouwregime van toepassing is, vindt de toetsing onder de WEZ plaats aan de hand van meer globale normen (prestatie-eisen die output gericht zijn) dan onder de WZV (bouwmaatstaven die input gericht zijn); voor vergunningverlening volstaat uitwerking op het niveau van het definitief ontwerp, in plaats van bestekstukken,
- de WEZ maakt een einde aan de versnipperde regelgeving in AWBZ, Ziekenfondswet en WZV met betrekking tot de beleids- en besluitvorming ten aanzien van zorginstellingen; de WEZ biedt een in één wet vormgegeven vergunningstelsel.

## **2. De nota «Vraag aan bod»**

*De leden van de CDA-fractie vroegen nog eens te motiveren waarom de WEZ nu, vooruitlopend op de algehele stelselherziening, moet worden ingevoerd en waarom niet gekozen is voor verdere deregulering en aanpassing van de WZV. De leden van de D66-fractie vroegen of nog weer veranderingen optreden als te zijner tijd wordt overgegaan op een basisverzekering en of kan worden aangegeven of dat en zo ja, hoe, van invloed zal zijn op voorliggend wetsvoorstel. De leden van de fractie van Groen-Links concludeerden dat op het moment van hun inbreng nog geen debat heeft plaatsgevonden over de opvattingen van het kabinet in «Vraag aan bod» en in de verkenningen voor de komende kabinetsperiode. Zij wezen in dit verband op de kritiek van de Raad van State dat het voorstel onvoldoende is genormeerd en daarmee onvoldoende waarborgen biedt voor een samenhangend zorgaanbod en voor rechtszekerheid van instellingen. Zij vroegen om hier meer in detail op in te gaan.*

Het met dit wetsvoorstel ingezette traject van verheldering en vereenvoudiging van de wet- en regelgeving over de beleids- en besluitvorming ten aanzien van zorginstellingen maakt deel uit van het totale pakket van maatregelen en voornemens van het kabinet om te komen tot een zorgstelsel waarin partijen duidelijk eigen verantwoordelijkheden hebben en daarover publiekelijk verantwoording afleggen. Met de leden van de CDA-fractie zijn wij van mening dat het hier om een samenhangend pakket van maatregelen over de herstructurering van ons zorgstelsel gaat. De invoering van een algemene verzekering voor alle ingezetenen is in dat proces als het ware het sluitstuk. De WEZ is een van de wegbereiders voor het realiseren van het transitieproces en is daarmee een voorwaarde voor het gefaseerd en genuanceerd verlopen ervan. Het succes van het veranderingsproces bepaalt of in het kader van deregulering ook de WEZ opnieuw aan de orde moet komen.

Het advies van de Raad van State was voor ons aanleiding om het oorspronkelijke voorstel nog eens fundamenteel te bekijken. Op de resultaten daarvan zijn we uitgebreid ingegaan in het nader rapport en deze zijn verwerkt in de tekst van het voorstel en de memorie van toelichting zoals ze nu bij u liggen. Om aan het bezwaar van de Raad van State tege-



moet te komen is het karakter en doel van het voorstel verhelderd. Het gaat om wetgeving, die het proces van aanbodsturing naar vraagsturing faciliteert. Dat komt in de voorliggende teksten, maar ook in de aangepaste considerans tot uitdrukking. De WEZ stelt de omslag van aanbodsturing naar vraagsturing centraal. In beide compartimenten willen we verzekeraars en zorginstellingen meer ruimte geven om in te spelen op de zorgvraag. De ontwikkeling naar vraagsturing is feitelijk al lang aan de gang. Het startte begin jaren '90 met de ziekenfondsbudgettering en de afschaffing van de contracteerplicht voor zelfstandige beroepsbeoefenaren. Sindsdien is er het nodige gebeurd. U kunt daarbij denken aan zaken als de zorg-op-maat- en flexizorgregeling, de introductie van het persoonsgebonden budget (PGB), de flexibilisering van de aanspraken en de meldingsregeling voor bouw. Al deze maatregelen passen in de realisering van de omslag naar meer vraagsturing en zouden niet zijn gerealiseerd als we hadden moeten wachten op de herziening van het verzekeringsstelsel. De WEZ is van belang voor het verder afzwakken van de aanbodplanning en het dereguleren van procedures. De overheid wil de huidige bemoeienis met de zorginfrastructuur geleidelijk kunnen overdragen aan partijen. Daarbij hoort vanzelfsprekend een verdergaande deregulering; de overheid zal veel meer kaderstellend optreden in plaats van regulerend. Dat past bij de toenemende verantwoordelijkheid van die partijen. Om dat proces in het goede spoor te houden is het herzien van de regels ten aanzien van de vormgeving van de infrastructuur een noodzakelijke en logische stap. Er moet een wet komen die het mogelijk maakt dat de overheid geleidelijk kan terugtreden en waarmee, binnen de juiste spelregels, de nodige ruimte kan worden gegeven aan instellingen en verzekeraars. Het formeel aanbodgestuurde systeem van de WZV biedt die ruimte niet.

Doorgaan met een nog verder gedereguleerde en aangepaste WZV is geen reëel alternatief voor de WEZ, dit in reactie op vragen van de leden van de CDA-fractie. Het hele planningsdeel van de WZV is al tot op het bot gedereguleerd (alleen de beleidsregels ex artikel 3 zijn daar nog van over), het bouwdeel is al verregaand gedereguleerd, vooral door de introductie en uitbouw van de meldingsregeling, en de laatste onnodige administratieve lasten en irritaties rondom de WZV worden door de Commissie De Beer opgespoord. Er valt kortom niet veel meer te dereguleren. Anderzijds is er behoefte invloed te kunnen uitoefenen op beslissingen van instellingen die niet primair met de harde infrastructuur te maken hebben, maar veeleer met het exploiteren van instellingen en de manier waarop zij het zorgaanbod organiseren. De vele overleggen over algemene ziekenhuizen tonen dat wel aan. Telkens weer blijkt dat de WZV gewoon niet het instrumentarium biedt om daar adequaat mee om te gaan. Dat is ook niet zo vreemd, want daar is de WZV destijds ook niet op gemaakt, hij was bedoeld als planning- en bouwwet. Als we dat niet meer willen, dan is het beter maar een andere wet te maken, die wel geschikt is voor het doel waar we hem voor willen gebruiken. Kortom, wij vinden verdere deregulering van de WZV zonder het perspectief van de WEZ niet gewenst en niet verantwoord. Tegen deze achtergrond bezien kunnen we het ons niet permitteren te wachten tot het nieuwe verzekeringsstelsel is voltooid. De WEZ is er op geschreven om de gewenste omslag te ondersteunen en heeft het einddoel van vraaggerichtheid wel in zich. In relatie tot de nota «Vraag aan bod» (Kamerstukken II, 2000/01, 27 855, nrs. 1–2) merken wij nog op dat «Vraag aan bod» twee pijlers kent. De eerste is die van de bestuurlijke omslag met thema's als meer keuzevrijheid voor de verzekerden en incentives voor verzekeraars en verzekerden. Dit is een proces dat zich al tien jaar steeds verder ontwikkelt en nog wel even tijd zal vergen. De WEZ is op dit moment een logische stap in dat proces. De tweede pijler van «Vraag aan bod» is de vernieuwing in de verzekering. Ook deze pijler dient om de omslag naar vraaggerichte zorg te faciliteren.

Het is niet nodig en niet verstandig om met het verder werken aan de eerste pijler te wachten totdat de tweede pijler gereed is.

### **3. Relatie met het verzekeringskarakter van de AWBZ en Ziekenfondswet**

*De leden van de fracties van de VVD en van D66 refereerden aan de uitvoeringstoets die het College voor zorgverzekeringen (CVZ) eind 1999 over het wetsvoorstel uitbracht. Zij verzochten een reactie op de opmerking van het CVZ dat het systeem van aanbodregulering op gespannen voet kan staan met het verzekeringsstelsel. De leden van deze fracties vroegen verder hoe het beleidskader, het financieel kader, de toetsing van aanvragen en het eventueel onthouden van toestemming zich verhouden tot het verzekeringskarakter van AWBZ en Ziekenfondswet. De VVD-fractie vroeg in dit verband ook naar de relatie met de particuliere verzekeringen. Verder wees de VVD-fractie op de keuzevrijheid van verzekerden en de zorgplicht van verzekeraars en vroeg hoe dit zich verhoudt met het beleidskader en de regiovisie. De leden van de fracties van de VVD en GroenLinks vroegen hoe de aanspraken van verzekerden zijn gegarandeerd. De VVD-fractie vroeg voorts naar de bevoegdheden die aan instellingen en verzekeraars worden gegeven om hun verantwoordelijkheden waar te maken, hoe die verantwoordelijkheden zich verhouden tot die van de overheid en of die verantwoordelijkheidsverdeling past in de regierol van verzekeraars, beschreven in het Actieplan Zorg Verzekerd. Bovendien vroeg deze fractie welke maatregelen in het kader van de WEZ kunnen worden genomen richting zorgaanbieders die hun leveringsafspraken niet nakomen. De fractieleden van GroenLinks ten slotte vroegen om een nadere toelichting op het uitgangspunt dat de verzekeraar de institutionele vertegenwoordiger van de vraag is.*

Het beleid is gericht op een organisatie van het zorgaanbod dat zo goed mogelijk op de zorgvraag is afgestemd. Juist om die reden is een verschuiving van een centrale aanbodsturing naar een decentrale vraaggerichte sturing gewenst. De verantwoordelijkheden van de overheid en de uitvoerders van de AWBZ en Ziekenfondswet voor de toegang tot de zorg en voor het tot gelding kunnen brengen van verzekeringsaanspraken veranderen daarbij niet. De overheid dient zorg te dragen voor een zodanige inrichting van het stelsel dat de uitvoeringsorganen hun zorgplicht waar kunnen maken, ook gedurende het proces naar een meer vraaggerichte zorg. De zorgplicht berust bij degene bij wie de verzekerde is ingeschreven; de uitvoeringsorganen AWBZ en de ziekenfondsen. Zij zijn aanspreekbaar op de levering van de als aanspraak geregelde zorg aan hun verzekerden. De zorg waarop de verzekerde is aangewezen wordt door zijn verzekeraar in natura voor hem ingekocht. In die zin is de verzekeraar op de zorgmarkt de vertegenwoordiger van de zorgvraag.

De wens om de zorg voor de verzekerden toegankelijk, doelmatig en kwalitatief goed te organiseren heeft vanzelf een zekere spanning in zich. Een toegankelijke zorg vergt immers niet alleen voldoende aanbod maar ook een voor iedereen betaalbare verzekering. Juist vanuit die wens de toegankelijkheid te waarborgen en het zorgaanbod zo doelmatig mogelijk te organiseren is destijds de WZV gemaakt. Om de toegankelijkheid te waarborgen is het van belang is het van belang op een beheerste, geleidelijke manier toe te werken naar een vraaggericht systeem. Nu ongeclausuleerd het gedachtegoed loslaten van een doelmatige organisatie van het zorgaanbod, brengt het risico van een onbeheerste kostenontwikkeling met zich mee. Daarmee komt de voor eenieder gelijke toegankelijkheid van de zorg in gevaar.

In zijn uitvoeringstoets van oktober 1999 signaleerde het CVZ dat een systeem van aanbodplanning op gespannen voet kan staan met een verzekeringsstelsel. Wij zijn het met het CVZ eens dat op macroniveau voldoende financiële middelen beschikbaar moeten zijn om ervoor te zorgen dat de verzekerde zijn aanspraken binnen een redelijke termijn tot gelding kan brengen. Met dat uitgangspunt voor ogen krijgen de financiële kaders vorm. Bij de antwoorden in paragraaf 1 van deze nota gaven wij aan dat het kabinet gedurende het gehele overgangstraject voor de taak staat om op verantwoorde wijze beheersing van de uitgaven zo nauwkeurig mogelijk af te stemmen op de feitelijke veranderingen in de verantwoordelijkheidsverdeling die zich in de zorgsector voltrekken. Het mag niet zo zijn dat de aanbodbeheersing al is losgelaten, voordat voldoende waarborgen zijn geschapen dat partijen elkaar inderdaad voldoende in evenwicht houden en doelmatigheidsprikkels voelen. Vertrekkende vanuit de huidige situatie is een financieel kader om aanvragen aan te toetsen nog noodzakelijk. Wij hechten eraan te benadrukken dat dit geen stap terug in de tijd is, maar dat de manier waarop nu al met de financiële kaders wordt omgegaan zal doorwerken in de toepassing van de WEZ. Het Actieplan Zorg Verzekerd is maatgevend voor de wijze waarop invulling wordt gegeven aan de rol van verzekeraars en aan de financiële kaderstelling. Zie hiervoor verder onze antwoorden op de vragen over het financieel kader in paragraaf 11 van deze nota.

Het op andere wijze omgaan met financiële kaders is zeker niet de enige weg om verzekeraars beter in staat te stellen een keuze te maken binnen een voldoende gevarieerd en kwalitatief goed zorgaanbod. Dit vereist ook dat instellingen adequaat en snel in kunnen spelen op de zorgvraag. Instellingen moeten waar mogelijk zonder tussenkomst van de overheid hun zorgverlening kunnen aanpassen aan de zorgvraag, ook als het om de eigen huisvesting gaat. Tegelijk moet de contractrelatie tussen verzekeraar en aanbieder van zorg zodanig transparant zijn dat voor beide partijen helder is welke prestaties over en weer zijn overeengekomen. De WEZ draagt hier, naast aanpassing van instrumenten uit AWBZ, Ziekenfondswet en WTG, in beide compartimenten in belangrijke mate aan bij. Al bij de inwerkingtreding van de WEZ wordt het aantal procedures voor instellingen beperkt tot die gevallen waarin de overheid sturend moet optreden. Zij krijgen waar mogelijk de ruimte om zonder tussenkomst van de overheid hun plannen ten aanzien van de vormgeving van het zorgaanbod, te realiseren. De transparantie van bestuursstructuur en bedrijfsvoering, zoals die via het wetsvoorstel gestalte krijgt, draagt bij aan versterking van de contractrelatie tussen verzekeraar en instelling.

De overheid heeft en houdt de taak om op basis van het beleidskader instellingen te toetsen aan de poort. In het beleidskader beschrijft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zijn visie met betrekking tot een doelmatig, evenwichtig en voor eenieder toegankelijk stelsel van gezondheidszorg dat functioneert als toetsingskader voor de beoordeling van de initiatieven van zorginstellingen. De overheid maakt bij de formulering van haar beleid gebruik van de informatie die is vastgelegd in de regiovisies (De relatie tussen verzekeraar en regiovisie komt in de paragraaf 16 (regiovisie) aan de orde). De toestemming functioneert als instrument om vooraf eisen te stellen aan de transparantie van de exploiterende instelling en om, voor zover nog nodig, af te wegen of het initiatief behoefte strookt met de in het beleidskader neergelegde uitgangspunten. Er zijn drie gronden waarop een aanvraag om een exploitatietoestemming kan worden afgewezen:

1. de aanvraag komt niet overeen met de beleidsmatige criteria uit het beleidskader,

2. honorering van de aanvraag leidt tot overschrijding van het financieel kader, of
3. de instelling voldoet niet aan de eisen omtrent de bestuursstructuur en de ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering.

De eerste situatie betekent dat het initiatief dat de instelling wil ontplooiën niet overeenkomt met de beleidsmatige uitgangspunten van de overheid. Stel bijvoorbeeld dat er een initiatief is dat gericht is op het realiseren van 100 extra plaatsen intramurale verpleeghuiszorg in een regio waar juist behoefte is aan een toename van de extramurale zorg. Verder zijn de beleidsmatige criteria waar initiatieven aan worden getoetst tot stand gekomen op basis van informatie uit de regiovisies en andere bronnen van beleidsinformatie. Over de inhoud van de beleidsvoornemens is overleg geweest met koepels, uiteraard ook met de verzekeraars en met het parlement. Omdat overheid en verzekeraars gezamenlijk streven naar een zorgaanbod dat aansluit op de zorgvraag mag aangenomen worden dat ook de individuele verzekeraar in plaats van een plan gericht op een omvangrijke uitbreiding van intramurale zorg de voorkeur geeft aan initiatieven gericht op extramuralisering. Zeker bij een investering in kostbare zorginfrastructuur die uiteindelijk ten laste van de collectieve middelen komt, dient vast te staan dat er geïnvesteerd wordt in zorg die overeenkomt met de behoefte van de patiënt. De adviesrol van verzekeraars bij deze procedure is formeel in de wettekst vastgelegd.

De tweede afwijzingsgrond is bij de beantwoording van de vorige vraag al aan de orde geweest. Ervan uitgaande dat de beschikbare financiële middelen voldoende zijn om de als aanspraak geregelde zorg aan iedereen die er op is aangewezen te realiseren, zal een afwijzing op deze grond er niet toe leiden dat de verzekeraar niet aan zijn zorgplicht kan voldoen. In dat geval is de financiële ruimte immers volledig met zorgaanbod ingevuld en is er voldoende toegelaten aanbod om te contracteren.

Ook een afwijzing op grond van het niet voldoen aan transparantie-eisen zal naar verwachting de steun van verzekeraars kunnen dragen. Een dergelijke instelling biedt immers onvoldoende inzicht in zijn organisatie en werkwijze. Met het gedane voorwerk kan de verzekeraar na de toelating zijn voordeel doen. Vanaf dat moment draagt de verzekeraar immers de volledige verantwoordelijkheid voor de invulling van de contractering.

Bij particuliere verzekeringen is geen sprake van een bij de verzekeraar rustende zorgplicht. De verzekerde draagt zelf de verantwoordelijkheid voor het inroepen van de zorg en kan op basis van zijn polisvoorwaarden alleen aanspraak maken op vergoeding van de gemaakte kosten. Hij kan zijn verzekeraar niet aanspreken op het ontbreken van zorgaanbod. Zoals aangegeven bij de vragen over de reikwijdte van het voorstel hoeven zorgaanbieders die zich uitsluitend willen richten op deze markt, met uitzondering van ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra, geen exploitatietoestemming te vragen.

In het kader van de WEZ kunnen geen maatregelen worden genomen in het geval dat een instelling haar leveringsplicht niet nakomt. Of de capaciteit nu wel of niet in de exploitatietoestemming wordt opgenomen, de exploitatietoestemming is een recht dat aan een instelling verleend wordt. Het verlenen van toestemming betekent niet dat de instelling tot productie of levering is verplicht. De verantwoordelijkheid om de instelling aan te spreken op de levering van de zorg berust bij de verzekeraar die daartoe met de betreffende instelling een overeenkomst heeft gesloten. In deze overeenkomst tot levering van zorg worden tussen verzekeraars en aanbieders onder meer afspraken gemaakt over de omvang van de te leveren zorg (productieafspraken). Het zijn de contractpartijen die ten opzichte van elkaar het recht hebben op naleving van wat in de gesloten

overeenkomst is vastgelegd. Afdwinging van de naleving kan in het uiterste geval via de rechter door middel van een actie op grond van wanprestatie.

#### **4. De Wet tarieven gezondheidszorg**

*De fractieleden van D66 vroegen of wij verwachten dat een eventuele modernisering van de WTG geen invloed zal hebben op het bouw- en exploitatiebeleid van zorginstellingen. Ook vroegen zij naar de precieze betekenis van de zinsnede dat onder de WTG het proces van vraagsturing geïnstrumenteerd wordt door het aanbodgeörienteerde budgetterings-systeem waarin instellingen betaald worden op basis van daadwerkelijk geleverde prestaties. De D66-fractieleden vroegen of dit meer betekent dan dat er zorgproducten komen waar een prijskaartje aan hangt. Bovendien vroegen zij naar de ruimte die de huidige WTG biedt om een zodanig financieel beleid te voeren dat dit ook weer ingezet kan worden bij de exploitatie. Ruimte dus, aldus deze leden, die de zorginstellingen mogelijkheden biedt om wat extra's te doen in het kader van het bouwen, om daarmee om kwaliteit te kunnen concurreren.*

De zorgsector is geregeld in een uitgebreid, samenhangend wetgevings-complex. Er zijn wetten voor de verzekeringen, de tarieven en prijzen, de planning en bouw van instellingen, de kwaliteit van de zorg en de rechten van de patiënten en cliënten. De WEZ gaat onderdeel uitmaken van dat complex aan regelgeving en beoogt onder meer samenhang aan te brengen tussen de huidige toelating op grond van de Ziekenfondswet en AWBZ en de procedures zoals die nu zijn beschreven in de WZV. Wijzigingen in de ene wet hebben bijna altijd gevolgen voor de regelgeving op een ander gebied in de zorgsector. Een liberalisering van het bouwregime zoals voorgesteld met de WEZ zal tot aanpassingen leiden in de WTG-beleidsregels. In hoeverre de WTG-beleidsregels toestaan dat er ruimte is voor bouw is onderdeel van het totale bouwbeleid op basis van de WEZ en de WTG. De ruimte wordt niet bepaald door de WTG maar door het beleid dat wordt gevoerd. De WTG kent zelf geen beperkingen anders dan de eigen doelstellingen.

De aangehaalde zinsnede over de WTG doelt op de invoering van een bekostigingssystematiek die meer aansluit op de werkelijke kostenstructuur en meer transparantie en ruimte biedt voor onderhandelingen over prijs, doelmatigheid en kwaliteit. Zoals bijvoorbeeld voor de ziekenhuizen de bekostigingssystematiek op grond van diagnose behandelcombinaties. Daaraan komt per «product» een prijskaartje te hangen. Over die ontwikkelingen wordt u separaat per sector geïnformeerd.

*De leden van de VVD-fractie vroegen de overeenkomsten en verschillen aan te geven tussen de WEZ en de WTG en daarbij te beschrijven hoe de samenloop tussen WEZ en WTG wordt gezien. Zij vroegen of de WEZ consequenties heeft voor de WTG en daarbij in te gaan op de vraag of het mogelijk zou zijn bij een bepaalde toepassing van de WEZ, al dan niet in combinatie met behulp van andere amvb's, de WTG (deels) te vervangen.*

De WEZ en de WTG kennen ieder verschillende doeleinden. De WTG regelt de manier waarop de prijzen (tarieven en budgetten) in de zorg tot stand komen, de WEZ geeft spelregels rondom het verkrijgen van exploitatietoestemmingen door zorginstellingen en geeft, waar nodig, spelregels over het bouwen. Een uitgebreide beschrijving van de doelstellingen van de WTG staat in de notitie «Speelruimte en verantwoordelijkheid» van mei 2000 (Kamerstukken II, 1999/2000, 27 156, nrs. 1–2) waarnaar hier verder zij verwezen. Of de doeleinden, instrumenten en uitvoering van de WEZ en de WTG niet kunnen worden samengevoegd

kan nader worden gezien in het kader van de vormgeving van een wettelijk kader voor de zorgverzekering zoals die is omschreven in de notitie «Vraag aan bod». Met de exploitatietoestemming ingevolge de WEZ kan sturing gegeven worden aan de organisatie van het zorgaanbod, met de WTG wordt bepaald wat de prijs is die op enig moment voor de zorg moet worden betaald. Uiteraard kan een exploitatietoestemming invloed hebben op het kostenpatroon van een instelling. Dit is echter geen één-op-één-invloed. Het ligt dan ook niet voor de hand de WTG (deels) te vervangen door de WEZ.

*De leden van de VVD-fractie vroegen of wij de mening delen van het CTG dat de voorgestelde flexibiliteit het lastig maakt om de consequenties voor de WTG in te schatten. Zij vroegen op welke mogelijke consequenties het CTG hier duidt en voorts verzochten zij in dit kader uitgebreid in te gaan op de relatie tussen de voorgestelde flexibiliteit van de wet en de toepassing van de WTG. Deze leden vroegen verder op hoe duidelijk wordt op welke wijze de WEZ aansluit op de Ziekenfondswet, de AWBZ en de WTG en waar duidelijk wordt dat de WEZ «dienend» is aan deze drie andere wetten en er geen sprake is van overlapping.*

In de vorige paragraaf is reeds ingegaan op de relatie tussen dit wetsvoorstel en de AWBZ en de Ziekenfondswet. Hierna wordt ingegaan op de relatie met de WTG. Om de effecten van de WEZ op de uitvoering van de WTG voldoende in te kunnen schatten dient het CTG te weten hoe de nadere uitwerking van de WEZ concreet vorm gaat krijgen. Onze voornemens op dit punt staan in de brief van 25 september 2001. Om te voorkomen dat de invulling van de normen en procedures van de WEZ leidt tot een onuitvoerbaarheid van de WTG, Ziekenfondswet of AWBZ betrekken wij alle colleges zoveel mogelijk bij de voorbereiding van die invulling. Het voordeel daarvan is dat in een vroegtijdig stadium kan worden bijgestuurd, de uitvoering van die wetten door de onderscheiden colleges op elkaar kan worden afgestemd en de administratieve lasten worden beperkt. Dat laatste is ook belangrijk voor ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders. Binnenkort krijgen de betrokken colleges het verzoek ons via een uitvoeringstoets te rapporteren over de consequenties van de voornemens die in de brief van 25 september staan vermeld. Om een goede uitvoering van WEZ en WTG te bevorderen is het ook van belang om de werkingssfeer van de genoemde wetten zo veel mogelijk op elkaar te laten aansluiten. In verband hiermee zij verder verwezen naar de antwoorden bij de vragen over artikel 4, eerste lid, in paragraaf 13 van deze nota.

De flexibiliteit van de WEZ sluit aan op de flexibiliteit van de WTG. Die flexibiliteit wordt benut om een geleidelijke overgang te bewerkstelligen naar een grotere speelruimte en verantwoordelijkheid voor de individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars om in hun regio een voor de patiënt doelmatige zorgorganisatie tot stand te brengen. Dat is een dynamisch proces. Bij elk relevant beleidsvoornemen gaan wij na hoe de instrumenten van WEZ en WTG en andere relevante wetgeving samenhangend moeten worden ingezet. In plaats van een uitvoerige beschrijving van alle theoretisch denkbare modaliteiten te geven, geven wij er dan ook de voorkeur aan in voorkomende concrete gevallen de samenhang tussen die instrumenten aan te geven. Pas dan is een goed en gefundeerd oordeel mogelijk.

*De leden van de VVD-fractie vroegen of wij de mening van het CBZ delen dat de financieringssystematiek medebepalend is als het gaat om het bevorderen van ontschotting, zorgketenvorming en vraaggerichte zorg. De leden van de fractie van D66 gaven aan het eens te zijn met het CBZ. Dan moet echter volgens deze leden de financieringssystematiek daartoe*

ook aanleiding geven. Zij wezen er op dat het CTG aangeeft dat de flexibi-  
liteit van het voorliggende wetsvoorstel het lastig maakt om de conse-  
quenties voor de WTG in te schatten. Zij vroegen hoe wij daarmee om  
denken te gaan.

Wij delen de mening van het CBZ dat de financieringssystematiek belang-  
rijk is voor de ontschotting, zorgketenvorming en vraaggerichte zorg. Het  
kabinet vindt dat er dan ook een fundamentele herbezinning moet komen  
op de financiering van de zorg. Die mening is uitgewerkt in de notitie  
«Vraag aan bod», waarin onder meer een voorstel voor een brede verze-  
kering wordt uitgewerkt. Die verzekering richt zich in eerste instantie op  
het verzekeren van curatieve zorg, maar waarin ten slotte ook de care kan  
worden opgenomen. Voor zover de verzekeringsvormen nog niet tot  
dezelfde resultaten leiden bij de bekostiging van zorgaanbieders worden  
in de beleidsregels van het CTG de verschillen in financieringswijzen voor  
hen zoveel mogelijk geëlimineerd. De beleidsregels en tariefbeschikkingen  
van het CTG harmoniseren en brengen thans samen wat door de onder-  
scheidene verzekeringen wordt verdeeld. Zoals in het vorige antwoord  
reeds is aangegeven worden mogelijke uitvoeringsproblemen vroegtijdig  
onderkend en voorkomen in het overleg dat met alle betrokken colleges  
wordt gevoerd.

## **5. De modernisering van de AWBZ**

*De leden van de VVD-fractie vroegen naar de gevolgen van een meer  
functionele en productgerichte benadering voor de exploitatie-  
toestemming en hoe deze benadering zich verhoudt tot beleidskaders. De  
leden van de fractie van D66 vroegen of voor AWBZ-instellingen de zorg  
die verleend mag worden en of de omvang waarin dat mag gebeuren nog  
wel in de toestemmingsbeschikking kan worden opgenomen. Deze leden  
menen dat als strikt geregeld wordt welke zorg geboden mag worden, de  
zorginstellingen de mogelijkheid verliezen om meerdere zorgproducten  
aan te bieden en vroegen hoe wij hiermee omgaan. De leden van de  
VVD-fractie vroegen op welke wijze de verschillende bouwregimes zich  
verhouden tot functiegerichte zorgaanspraken.*

De exploitatietoestemming wordt afgegeven op het niveau waarop ook de  
aanspraken zijn geformuleerd. Momenteel zijn de aanspraken in de AWBZ  
omschreven in institutionele termen (verpleeghuiszorg, verzorgingshuis-  
zorg, zorg te verlenen door een gezinsvervangend tehuis (GVT), zorg te  
verlenen door een algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ), etc.). In een  
dergelijk systeem wordt de exploitatietoestemming dus afgegeven op het  
niveau van de leverende institutie (verpleeghuis, verzorgingshuis, GVT,  
APZ, etc). Zodra door de modernisering van de AWBZ de aanspraken zijn  
omschreven in termen van losse functies, zal als gevolg daarvan ook de  
exploitatietoestemming worden afgegeven op het niveau van deze func-  
ties. De toestemming wordt dan gegeven voor het exploiteren van de  
functie verzorging, verpleging etc.

De voorgenomen vernieuwing in de omschrijving van de aanspraken  
neemt niet weg dat een nieuwe instelling, of een bestaande instelling die  
een voor hem nieuwe functie wil gaan leveren, voor deze (wijziging in de)  
exploitatie nog altijd een toestemming dient te vragen. Een oordeel over  
de investering in en de kwaliteit van het gebouw waarin de zorg verleend  
gaat worden kan onderdeel uitmaken van deze toets. De functiegerichte  
omschrijving betekent wél dat in de toestemming opgenomen functies in  
beginsel AWBZ-breed mogen worden ingezet, tenzij de toestemming is  
beperkt tot levering aan een bepaalde doelgroep. Door de functiegerichte  
omschrijving kunnen aanbieders producten op elkaars terrein aanbieden.  
Dit is, afgezien van het feit dat het een gezonde concurrentie tussen

aanbieders aanwakkert, daarom zo van belang, omdat het de keuzemogelijkheden voor klanten vergroot en aanbieders stimuleert vooral vraaggericht te gaan werken. Het is uiteraard niet de bedoeling de mogelijkheid die in de WEZ wordt geboden om in de exploitatietoestemming een omvangsbepaling op te nemen, te gebruiken om de ruimte die de functionele benadering van de aanspraken in de AWBZ biedt weer te niet te doen. Zeker waar het gaat om extramurale en/of semi-murale zorgvormen zou een omvangsbepaling de klok alleen maar terugzetten. Het vooralsnog inzetten van de mogelijkheid van een omvangsbepaling komt vooral in beeld bij de zorg die nu in intramurale settings wordt geboden (de verblijfsfunctie).

*De leden van de VVD-fractie vroegen in het kader van de modernisering van de AWBZ naar de wens om sectoren blijvend te onderscheiden, zonder dat daar een wettelijke basis voor is. Ook vroegen zij naar de relatie tussen functionele aanspraken met het op de zorginstelling gerichte WEZ-concept.*

Inderdaad is de verwachting reëel dat in de toekomst het onderscheid naar deelsectoren door de functionalisering van de aanspraken in de AWBZ zal vervagen. In de memorie van toelichting en in de brief van 25 september 2001 is aangekondigd dat de omschrijving van het beleidskader op termijn steeds globaler van karakter wordt. Overigens is het geenszins een verplichting om het beleidskader sectorgewijs in te delen. Met het functiegericht maken van de aanspraken verdwijnen als gezegd de oude instituties verpleeghuis, verzorgingshuis, APZ, GVT, etc. In hun plaats komen instellingen die zorgfuncties leveren die bovendien over het gehele terrein van de AWBZ kunnen worden ingezet. Daarmee wordt een belangrijk doel van de modernisering van de AWBZ: sectorale ontschotting, verder gefaciliteerd. Dat de WEZ start met sectorale beleidskaders is niet meer dan een gegeven van dit moment. Geleidelijk, zomogelijk al per 1 januari 2003, zal deze sectorale omschrijving van het beleidskader worden vervangen door een beleidskader met een meer functionele en AWBZ-brede insteek.

Bij de modernisering van de AWBZ worden de huidige institutionele aanspraken vervangen door functiegerichte aanspraken. In dit functiegerichte systeem wordt de aanspraak op zorg rechtstreeks omschreven in termen van de zorgfuncties zelf: in casu de verpleging, verzorging, behandeling enz.. Doorvertaald naar de toelating c.q. de exploitatietoestemming krijgt in een functiegericht systeem van aanspraken een instelling een toelating c.q. exploitatietoestemming voor het leveren van de desbetreffende functie(s). Het is dus niet zo dat met een functiegerichte benadering van de aanspraken de instelling als leverancier van zorg als zodanig verdwijnt. Wat verdwijnt is de huidige institutie waarvan van te voren is vastgesteld welk pakket aan zorg deze levert. Aldus past de instellingsgebonden benadering van de WEZ zeer wel in een systeem van functiegerichte aanspraken. Sterker nog, de WEZ is zo open geformuleerd dat hij op eenvoudige wijze de manier waarop de aanspraken zijn geformuleerd kan volgen. Onder de WZV kan dat niet. Hiermee is een van de redenen geduid om de WZV te herzien.

*De leden van de VVD-fractie wezen op de opmerking van het CVZ dat het voorgestelde systeem van aanbodregulering niet goed past bij de ontwikkelingen in het eerste compartiment. Deze leden vroegen waar het CVZ op duidt en of wij het eens zijn met het CVZ. De leden van de VVD-fractie vroegen voorts of per deelsector kan worden aangegeven wat de relatie is tussen de WEZ en de voorgenomen modernisering van het persoonsgebonden budget. Zij vroegen of wij kunnen garanderen dat de WEZ de*



*mogelijkheden van budgethouders om zelf hun zorg te organiseren op geen enkele manier belemmert.*

In de inleidende beschouwing en in paragraaf 1 van deze nota gaven wij reeds aan dat de WEZ geen wet is die bedoeld is voor het blijvend plannen van het aanbod, maar als proceswet die het mogelijk maakt de omslag van centrale aanbodsturing naar decentrale vraaggerichte sturing te maken. Wat betreft de relatie met het PGB het volgende. Na modernisering van het PGB kan iemand die is geïndiceerd voor de functies «huis-houdelijke verzorging», «persoonlijke verzorging», «verpleging», «ondersteunende begeleiding» en «activerende begeleiding», kiezen deze zorg te ontvangen in de vorm van zorg in natura of in de vorm van een PGB. Kiest iemand voor zorg in natura, dan kan hij zijn zorg halen bij iedere instelling waarmee de verzekeraar/het zorgkantoor dienaangaande een contract heeft gesloten. Voor de verzekeraar c.q. het zorgkantoor geldt dat de contractspartij in kwestie in het bezit dient te zijn van een exploitatietoestemming voor het leveren van de betreffende zorg of functie. Kiest iemand voor PGB, dan mag dat besteed worden bij alle leveranciers die de zorg in kwestie kunnen leveren. De leverancier van PGB-zorg hoeft als zodanig niet te beschikken over een exploitatietoestemming. Aan hem worden geen andere eisen gesteld dan die voortvloeien uit de Wet BIG of de Kwaliteitswet zorginstellingen. Dat geldt voor alle sectoren. Zo kan een instelling die beschikt over een exploitatietoestemming zorg leveren zowel in natura als aan PGB-houders. Een instelling die niet beschikt over een exploitatietoestemming kan alleen leveren aan PGB-houders en aan andere cliënten die de zorg volledig uit eigen portemonnee betalen. De WEZ belemmert dan ook op geen enkele manier de mogelijkheden voor budgethouders om zelf hun zorg te organiseren. Integendeel. Zoals hierboven aangegeven is de WEZ ontworpen om het beleid gericht op een ruimer en meer gevarieerd zorgaanbod dat beter tegemoet komt aan de wensen van de cliënt, te ondersteunen.

*De fractieleden van D66 vroegen of bij de modernisering AWBZ nog bezien wordt of het handhaven van de mogelijkheid subsidie te verlenen, om te voorzien in de financiële kosten van de sanering voor de AWBZ-sectoren, gewenst is. Deze leden zouden zich kunnen voorstellen dat dit kan bijdragen aan het versneld ombouwen of vervangen van verpleeg- en verzorgingshuizen tot moderne woonzorgcomplexen. Zij vinden dat dit nu vaak nog erg traag gaat. Zij vroegen of wij hier ook aan denken.*

De saneringsmogelijkheid waar de vraag op doelt is gecreëerd als tegemoetkoming in de financiële gevolgen van een door de overheid genomen beslissing over beperking of sluiting. Het gaat hier immers om private instellingen die ten gevolge van een overheidsbeslissing financieel nadeel ondervinden; met andere woorden, een vorm van planschaderegeling. Artikel 16, eerste lid, beperkt de subsidieverlening tot dit soort sanering. Het financiële nadeel bestaat uit de onvermijdbare kosten uit eerder aangegane verplichtingen, die doorlopen na de overheidsbeslissing. Deze sanering leent zich niet als facilitering van het ombouwen van verpleeg- en verzorgingshuizen tot woon/zorgcomplexen.

## **6. De verantwoordelijkheid van de overheid**

*De leden van de SGP-fractie wezen op de in hun ogen grondwettelijke taak van de overheid voor de beschikbaarheid, bereikbaarheid en toegankelijkheid van zorgvoorzieningen. Essentieel voor de steun van de leden van de SGP-fractie voor voorliggend wetsvoorstel is onder meer de wijze waarop en de voorwaarden waaronder de borging van de publieke belangen eenduidig en ondubbelzinnig worden geregeld. Deze leden onderschreven nadrukkelijk het belang van vraagsturing en deregulering*

*in de zorgsector maar wensten daarnaast met klem te wijzen op de grondwettelijke taak en verantwoordelijkheid van de overheid met betrekking tot de beschikbaarheid, bereikbaarheid en toegankelijkheid van zorgvoorzieningen. Evenals het College bouw vroegen zij zich af, of de grondwettelijke taak van de overheid ten aanzien van de gezondheidszorg via voorliggend wetsvoorstel voldoende kan worden gerealiseerd. De leden van de SGP-fractie vroegen nog eens omstandig de sturingsmogelijkheden aan te geven die de overheid in een gedereguleerde zorgsector nog resten. Deze leden vroegen in dit verband tevens in te gaan op de relatie tussen enerzijds deregulering en vraagsturing en anderzijds de grondwettelijke taak van de overheid.*

Artikel 22, eerste lid, van de Grondwet draagt de overheid op om maatregelen te treffen ter bevordering van de volksgezondheid. In artikel 20, tweede lid, van de Grondwet staat dat de wet regels stelt omtrent de aanspraken op sociale zekerheid. Beide bepalingen samen genomen legitimeren en verplichten de overheid zich met de zorg(verzekerings)sector te bemoeien. Hoever deze bemoeienis precies moet gaan is echter een zaak van de wetgever, daar doet de Grondwet geen uitspraak over. De invulling in onze huidige wetgeving gaat niet zover dat het een taak is van de overheid om zelf zorg te dragen voor voldoende zorg. Wel is nadrukkelijk gekozen voor wetgeving die waarborgt dat iedereen op gelijke basis toegang heeft tot de aanwezige zorg en dat die ook van goede kwaliteit moet zijn. Deze waarborg is vervat in onze verzekeringswetgeving, tariefwetgeving en kwaliteitswetgeving. De huidige planning- en bouwwetgeving beoogt niet te regelen dat de overheid zorgdraagt voor voldoende zorg, maar geeft de overheid een rol bij het bepalen van de plaats waar en het tempo waarin initiatieven tot realisatie van zorgaanbod, uitgevoerd kunnen worden. Ook de WEZ kent geen rol voor de overheid voor het starten van een instelling of het initiëren van bouw. Wel kent dit wetsvoorstel met meer nadruk dan de WZV een rol toe aan de overheid bij het formuleren van wat wenselijk is. Wij rekenen het tot de verantwoordelijkheid van de overheid om de kaders aan te geven waarbinnen initiatieven van aanbieders gestalte kunnen krijgen en om waar nodig hierin stimulerend op te treden. Een helder beleidskader en een slagvaardige uitvoeringspraktijk bieden hiervoor de basis. Op decentraal niveau schept de WEZ meer ruimte voor instellingen om te anticiperen en tijdig te reageren op ontwikkelingen in de zorgvraag en aldus hun maatschappelijke verantwoordelijkheid voor het voorzien in voldoende en op de vraag afgestemd zorgaanbod waar te maken.

*De leden van de VVD-fractie vroegen aan te geven welke publieke belangen de overheid bedoeld en wat hieronder wordt verstaan. Gevraagd werd of het marktwerkingsmodel een publiek belang is. Voorts verzochten deze fractieleden aan te geven hoe de publieke belangen worden geborgd en hoe dat wordt getoetst.*

De met het wetsvoorstel te borgen publieke belangen zijn toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid. Bij de toegankelijkheid gaat het om de fysieke toegankelijkheid, dit wil zeggen bereikbaarheid en beschikbaarheid van zorgaanbod. De kwaliteit heeft te maken met zaken als veiligheid en geschiktheid van een gebouw. Het betreft hier dus uitdrukkelijk niet de kwaliteit van de zorg als zodanig. Daarop ziet de Kwaliteitswet zorginstellingen. Bij doelmatigheid gaat het erom dat toegankelijkheid en kwaliteit bereikt worden met niet meer middelen dan noodzakelijk. De sectorale beleidskaders zijn bedoeld om de concrete beleidsdoelen te benoemen die invulling geven aan de hier bedoelde publieke belangen. Zo kan bijvoorbeeld aan het publieke belang van de beschikbaarheid het beleidsdoel worden gekoppeld om binnen een bepaalde periode de wachttijden met een bepaald percentage te verminderen. Een ander voor-

beeld betreft het beleidsdoel om in de sector verpleeghuizen binnen een bepaalde tijd het aantal plaatsen op 3- of meerbedskamers met een zeker percentage terug te dringen, waarmee het publieke belang van de kwalitatieve geschiktheid wordt gediend. Het marktwerkingsmodel is geen doel op zichzelf, maar kan een van de middelen zijn die bijdragen aan de borging van de publieke belangen. Bij de borging van de publieke belangen gaat het om een zodanige toedeling van publieke en private verantwoordelijkheden dat de overheid haar eindverantwoordelijkheid zo goed mogelijk kan waarmaken (*Het borgen van publiek belang*, rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, april 2000).

*De leden van de D66-fractie vroegen zich af of onder toegankelijkheid ook wordt verstaan: de verantwoordelijkheid voor de capaciteit. Zij refererden eraan dat het CBZ onlangs meldde dat het aantal woningen voor ouderen dat er tot 2010 bij zou moeten komen om de vraag te voldoen, vele malen hoger ligt dan momenteel wordt gebouwd. De leden van de D66-fractie vroegen of de overheid ook nadat voorliggend wetsvoorstel eventueel tot wet is verheven verantwoordelijk is om ervoor te zorgen dat deze achterstand wordt ingehaald of dat wij dit louter een verantwoordelijkheid vinden van de betrokken partijen in de regio onder regie van de zorgverzekeraars.*

Toegankelijkheid heeft zeker ook te maken met de beschikbaarheid van voldoende capaciteit. Naar onze mening blijft de overheid er ook onder de WEZ voor verantwoordelijk om te stimuleren dat er voldoende capaciteit wordt gerealiseerd en dat deze capaciteit ook voldoende is afgestemd op de vraag. Deze verantwoordelijkheid gaat echter niet zover dat de overheid zelf zorgt dat die capaciteit er is of instellingen kan dwingen om initiatieven te nemen. De overheid kan wel condities scheppen om dat mogelijk te maken en een stimulerende en faciliterende rol vervullen. Onder de WEZ neemt de overheid haar verantwoordelijkheid door in het beleidskader helder aan te geven welke ontwikkelingen zij wenselijk vindt, welke criteria zij in verband daarmee stelt voor het kunnen beoordelen van initiatieven van (nieuwe of bestaande) instellingen en binnen welke financiële randvoorwaarden deze ontwikkelingen gestalte kunnen krijgen. Vervolgens komt het erop aan dat de overheid (het ministerie, het CVZ en het CBZ) bij het feitelijk verlenen van (wijzigingen van) exploitatie-toestemmingen en bouwvergunningen op een slagvaardige en snelle manier reageren en waar nodig de instellingen met raad en daad terzijde staan. Een dergelijke servicegerichte benadering maakt het de instellingen gemakkelijker hun plannen snel te realiseren.

*De fractieleden van de VVD vroegen of het gezien het gewicht van de publieke belangen raadzaam is de borging daarvan vast te leggen in de wet zelf en niet in beleidskaders. De leden van de PvdA-fractie zochten naar een manier om de vraag naar zorg, de behoefte, een zo nadrukkelijk mogelijke plaats te geven in het beleidskader. Daarbij vroegen zij of een Planbureau Zorg daarbij een rol zou kunnen spelen.*

De te borgen publieke belangen hebben hun plaats gekregen in de wettekst (zie vooral artikel 2). De nadere uitwerking daarvan in concrete beleidsdoelen gebeurt in de beleidskaders. De borging van de publieke belangen krijgt gestalte in de wettelijke toedeling van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden aan de verschillende, bij de uitvoering van de WEZ betrokken partijen.

Met de leden van PvdA-fractie zijn wij van mening dat de vraag naar zorg een nadrukkelijke plaats in het beleidskader verdient. Desondanks is bewust niet gekozen voor een wettelijke verankering van de behoeftebepaling. Dat hangt samen met de doelstelling van de WEZ. Bij de overgang naar meer vraaggerichte zorg komt de verantwoordelijkheid voor

het organiseren van de zorg conform de wensen van de patiënt geleidelijk steeds meer bij verzekeraars en aanbieders te liggen. De gedachte achter de omslag naar vraaggerichte zorg is dat aanbieders en verzekeraars in staat zijn om adequaat in te spelen op de zorgvraag van de patiënt en het stelsel zo is ingericht dat verzekeraars en aanbieders voldoende geprikkeld en gefaciliteerd worden om aan die zorgvraag tegemoet te komen. De aanbodplanning zoals geregeld met de WZV verdwijnt daarmee. Daarom past centrale vaststelling van de behoefte door de overheid niet meer. Dat het wettelijk vastleggen van de behoeftenorm niet aan de orde is neemt niet weg dat de ontwikkeling van de behoefte aan zorg in Nederland van groot belang is voor het te formuleren beleid en voor de financiële consequenties van dat beleid. Dit vindt zijn weerslag in het beleidskader van de WEZ. Het beleidskader is, als toetsingskader, ontworpen en ook geschikt om initiatieven in lijn met de vraag naar zorg te kunnen honoreren en overige initiatieven op beleidsmatige gronden af te kunnen wijzen.

Wat betreft een Planbureau Zorg het volgende. De gedachte om een onafhankelijk orgaan op wetenschappelijke basis vast te laten stellen wat de behoefte aan zorg is en deze gefundeerde raming een wettelijke basis te geven, heeft een zekere aantrekkingskracht. Het zou een bijdrage kunnen leveren aan meer consensus over de uitgaven voor de zorg en daarmee vraag en aanbod beter met elkaar in overeenstemming te laten zijn. Om verdere uitwerking aan deze suggestie te kunnen geven is van belang inzicht te hebben in wat nu al op dit terrein gebeurt. Er zijn diverse instanties die zich bezighouden met zorgramingen. Deze instanties, bijvoorbeeld het CBZ, het SCP, het CPB en het RIVM, maar ook Prismant en andere private organisaties, hebben elk hun eigen invalshoek. Wij constateren dat de verschillende instanties steeds beter samenwerken en open staan voor inzichten van derden. Vandaar dat de huidige situatie, waarin het CPB als gezaghebbend en onafhankelijk ramingsinstituut zelf expertise op deze terreinen ontwikkelt respectievelijk inhuurt, ons als effectief en efficiënt over komt. Ten tweede is de gedachte dat het vaststellen van de zorgbehoefte op puur objectieve wijze kan plaatsvinden misleidend. Eén van de belangrijkste redenen van de lopende sturingsdiscussie in de zorg is immers juist de ervaring dat centraal te weinig inzicht bestaat in wat op lokaal niveau precies goed voor wie is. Daarbij komt dat het buitengewoon lastig is onderscheid te maken tussen onafhankelijke zorgbehoefte en een zorgbehoefte die is opgewekt (bijvoorbeeld omdat het aanbod er is). Ook onafhankelijke wetenschappers hebben niet de legitimiteit om dit onderscheid te maken. Op welke wijze het beste de volksgezondheid, toch het doel van de gezondheidszorg, kan worden bevorderd, is een politieke keuze. Wetenschappelijk onderzoek kan de politiek wel ondersteunen bij het maken van dergelijke keuzes in het bevorderen van de volksgezondheid, maar een Planbureau Zorg kan deze keuze niet zelf maken.

Dit alles afwegende vinden wij een wettelijke basis voor het behoefte-criterium, noch een Planbureau Zorg aangewezen. Dit alles neemt niet weg dat het van groot belang is om trends in de ontwikkeling van de zorgvraag en zorgbehoefte te kennen. In het bijzonder is dat van belang voor die sectoren van zorg waarbij aanzienlijke bouw nodig is. Die bouw vergt immers jaren voorbereiding en staat er nadien ook geruime tijd. Voor die sectoren is het van belang bij het opstellen van de beleidskaders rekening te kunnen houden met de verwachte ontwikkelingen. Het CBZ heeft en houdt zijn taak op het gebied van de raming van de bouwbehoefte.

## 7. Positie van de patiënt

*De leden van de D66-fractie verwezen naar de zinsnede «in dat proces van denken en beslissen over verdere vormgeving van de zorginfrastructuur moet de rol van partijen, die functioneel bij de zorg zijn betrokken, nog worden versterkt» en vroegen aan te geven of er binnen al die betrokken partijen, die in gezamenlijkheid een visie ontwikkelen, partijen zijn die een doorslaggevende stem hebben. Zij vroegen of bijvoorbeeld het regionale patiënten- en consumentenplatform een veto kan uitspreken over een bouwplan of dat de uiteindelijke beslissing aan de directie van die betreffende zorginstelling is. Ten slotte vroegen deze leden op welke wijze er voor wordt gezorgd dat iedereen een stem heeft en er anderzijds onderlinge meningsverschillen niet toe leiden dat processen om te komen tot bouw te lang gaan duren.*

Om de patiënt een grotere rol te geven dan hij nu heeft bij de besluitvorming rondom de ontwikkeling van de ziekenhuiszorg in zijn regio, zijn de ziekenhuizen die verwachten dat er een verandering zal optreden in de door het ziekenhuis te leveren zorg (verandering van zwaartepuntenbeleid, concentratie/déconcentratie etc.) verplicht de «stakeholders», waaronder patiënten, hierover te informeren. Dit houdt in dat het ziekenhuis onder meer patiënten- en consumentengroeperingen vooraf bij de besluitvorming moet betrekken en aantonen dat het zich serieus heeft ingespannen om met de stakeholders tot overeenstemming te komen. Daarmee wordt de besluitvorming transparant gemaakt. Het ziekenhuis moet in zijn langetermijnhuisvestingsplan (LTHP) aantonen dat expliciet aandacht is besteed aan dit aspect. Ditzelfde geldt in wezen voor alle zorginstellingen. Voor het overige verwijzen wij hier naar de antwoorden in paragraaf 25 op de verschillende vragen over het LTHP.

*De leden van de D66-fractie merkten op dat wij aangeven de betrokkenheid van patiënten/consumentenorganisaties bij de planning en besluitvorming omtrent de zorginfrastructuur belangrijk te vinden. Zij vroegen nog eens aan te geven op welke wijze de patiënten/consumentenorganisaties ondersteund worden.*

De provincies financieren, door de decentralisatie-impuls, sinds 1994 de regionale patiënten/consumentenplatforms (RP/CP's). Uit onderzoek blijkt dat alle provincies de afgelopen jaren de RP/CP's meer financiële middelen ter beschikking stelden dan er middelen werden overgeheveld naar de provincies c.q. het Provinciefonds. Extra financiering is onder andere in alle provincies uitgetrokken om de RP/CP's te laten participeren in regiovisie-trajecten. Momenteel geven de provincies circa 18 miljoen gulden (EUR 8,17) op jaarbasis aan de 28 RP/CP's. Daarnaast hebben de RP/CP's gelden gekregen vanuit de meerjarenafspraken voor de Curatieve Zorg en voor de Verpleging en Verzorging. Dit betreft respectievelijk 15,6 miljoen gulden (EUR 7,08) over de periode 1999–2002 en 13,5 miljoen gulden (EUR 6,13) over de periode 2000–2002. Deze gelden zijn onder andere bestemd voor projecten gericht op de patiënten-/consumenten-inbreng in de zorginfrastructuur in de regio. Tot slot hebben wij voor de periode 1999–2002 een convenant gesloten met de Nederlandse Patiënten/ConsumentenFederatie en de provincies. Dit convenant legt afspraken en verantwoordelijkheden vast over de rol van de verschillende partijen bij het versterken van de positie van de patiënt in de regio en het versterken van de positie van de RP/CP's. In dit convenant staan ook afspraken om de positie en het functioneren van de RP/CP's te verbeteren.

*De leden van de D66-fractie vroegen of niet in voorliggend wetsvoorstel geregeld kan worden dat cliëntenraden in verzorgings- en verpleeghuizen verplicht betrokken moeten worden bij (ver)bouwplannen. Dit om ervoor*

*te zorgen dat de bewoners via de cliëntenraden een substantiële invloed hebben op de plannen. In de praktijk is dit volgens de NPCF nog maar nauwelijks het geval door gebrekkige inschakeling van de cliëntenraden.*

Voor het antwoord op deze vraag is het nodig nieuwbouw- en verbouwplannen te onderscheiden. Bij echte nieuwbouwplannen zijn er vaak nog geen bewoners en dus nog geen cliëntenraden. Verzekerden kunnen wel toekomstige cliënten zijn. En huidige gebruikers van zorg zijn thans wel cliënt. Bij nieuwbouw kan via het opstellen van regiovisies en bij het maken van afspraken over concrete plannen tussen aanbieder en zorgkantoor aan het cliëntperspectief aandacht worden geschonken. In bestaande instellingen zijn cliëntenraden ingesteld op grond van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen. In gevolge die wet (artikel 3, eerste lid) dienen zij te worden betrokken bij tal van zaken die de instelling raken. In het onderdeel c van dat artikel staat zelfs nadrukkelijk dat dat het geval is bij voorgenomen ingrijpende verbouwingen. Op dit moment is derhalve reeds wettelijk verankerd dat cliëntenraden betrokken dienen te worden.

*De fracties van de VVD en GroenLinks vroegen hoe de aanspraken van verzekerden zijn gegarandeerd.*

Voor het antwoord hierop verwijzen wij naar paragraaf 3 van deze nota.

### **8. Positie van de verzekeraar**

*De leden van de PvdA-fractie gingen ermee akkoord dat de verzekeraars en zorgkantoren een grotere regierol krijgen, maar meenden wel dat de nieuwe verantwoordelijkheden heel duidelijk omschreven moeten zijn. Deze leden verzochten om een omschrijving van de aanvullende taken die de verzekeraars hier, naast de wettelijke bevoegdheden, toegeschreven krijgen. De VVD-fractieleden vroegen welke instrumenten verzekeraars krijgen om de planning van het zorgaanbod te beïnvloeden.*

In de paragrafen 1 en 3 van deze nota gaven wij reeds aan dat de WEZ aansluit bij de veranderde rol van de verzekeraars en is ontworpen om een verdere verruiming van verantwoordelijkheden te ondersteunen. De ruimte die de WEZ het veld laat, schept inderdaad tegelijk meer verantwoordelijkheden voor instellingen en verzekeraars. Zoals gezegd richt de WEZ zich op instellingen en wel op twee instrumenten; het afzwakken van de aanbodplanning en het geleidelijk loslaten van de capaciteiten uit de toelating. Door middel van de regierol van verzekeraar worden de instellingen geprikkeld om hun zorgaanbod daadwerkelijk beter op de zorgvraag af te stemmen. De verzekeraar vertegenwoordigt deze zorgvraag, als inkoper van zorg in natura voor zijn verzekerden en als contractpartij van de instelling. Een ongelijkwaardige verruiming van deze verantwoordelijkheden zou het systeem van countervailing powers uit evenwicht brengen. Waar de WEZ zich richt op instellingen worden de veranderingen voor verzekeraars geïnitieerd via het instrumentarium van de AWBZ en de Ziekenfondswet. Vooral de voorgenomen herziening van het overeenkomstenstelsel en de afschaffing van de contracteerplicht, de veranderingen in de verzekeraarsbudgettering en de vernieuwingen in de prijsvorming zijn hier van belang. Door deze veranderingen krijgen verzekeraars meer ruimte, maar ook meer verantwoordelijkheid om vorm te geven aan een zorgaanbod dat zo goed mogelijk is afgestemd op de zorgvraag.

*De leden van de CDA-fractie vroegen of het toegestaan is dat zorgverzekeraars instellingen in eigendom bouwen en vervolgens verhuren of leasen aan aanbieders van zorg.*

Deze vraag raakt de kwestie van de eigen instellingen van zorgverzekeraars. De hoofdregel van de huidige Ziekenfondswet is dat eigen instellingen niet zijn toegestaan. In bijzondere gevallen kan het CVZ een ziekenfonds echter toestemming verlenen tot het oprichten van een eigen instelling ten behoeve van zorgverlening aan de eigen verzekerden. Alleen voor apotheken is op dit moment sprake van een algemene vrijstelling. Er is op dit moment een wetswijziging in voorbereiding op grond waarvan het ziekenfondsen wordt toegestaan om eigen instellingen te exploiteren, dan wel financieel en bestuurlijk deel te nemen in een zorginstelling. Als die wetswijziging tot stand komt, zal het ziekenfondsen zijn toegestaan om hun financiële middelen mede voor die doeleinden aan wenden. Dat kan ook betekenen dat middelen worden gestoken in huisvesting die voor de betreffende instellingen noodzakelijk is. Zoals blijkt uit de beleidsregels die het CVZ heeft vastgesteld inzake de beleggingen van ziekenfondsen (Stcrt. 6 september 2001, nr. 172, toelichting blz. 15/16), zijn die middelen niet onderworpen aan de voorschriften die gelden voor beleggingen van ziekenfondsen. Daar staat tegenover dat een ziekenfonds wel moet kunnen aantonen dat die middelen worden aangewend in het belang van een doelmatige bedrijfsvoering. De waarde van het onroerend goed waarvan een ziekenfonds eigenaar is – of dat nu is voor de huisvesting van het ziekenfonds zelf of van een eigen instelling van dat ziekenfonds – moet wel worden betrokken bij de toetsing van de beleggingen van de wettelijke middelen van dat ziekenfonds aan de geldende beleggingsvoorschriften. Waardevastlegging in onroerend goed wordt daarbij gerekend tot de meest risicovolle beleggingscategorie die de beleggingsvoorschriften kennen (aandelen, gespreide index, actief). Deze regeling betekent in ieder geval dat een ziekenfonds dat relatief veel middelen vastlegt in onroerend goed, minder mogelijkheden overhoudt om met enig risico op andere wijze te beleggen. Daarnaast is het zo dat de in de vraag gesuggereerde constructie niet lijkt te vallen onder de categorie «eigen instellingen» of «deelnemingen». In dat geval zou sprake zijn van niet-ziekenfondseigen activiteiten (verhuur- en leaseconstructies die geen verband houden met doelmatige uitvoering van de Ziekenfondswet of met doelmatige bedrijfsvoering van het ziekenfonds zelf). In dat geval zijn de betreffende activiteiten niet toegestaan.

## **9. Positie van bestaande en nieuwe instellingen**

*De leden van de VVD-fractie vroegen of de WEZ uitnodigt om nieuw zorgaanbod in Nederland te creëren of dat het de bedoeling is met de WEZ alleen bestaand aanbod in stand te houden dan wel te versterken. Zij vroegen of wij hun mening delen dat het bieden van betere toetredingsmogelijkheden voor alternatief aanbod noodzakelijk is om de positie van verzekeraars om te sturen op geleide van de vraag van de patiënt te verbeteren en hoe de WEZ hieraan bijdraagt. In dit kader vroegen de VVD-fractieleden ook hoe een level playing field wordt gecreëerd en wat de rol van de WEZ hierin is. Tot slot vroegen de leden van deze fractie hoe de rechtszekerheid die het beleidskader biedt zich verhoudt tot de geplande marktwerking en concurrentie en wat de rechtszekerheid is van aanbieders die er niet in slagen de omslag naar vraagsturing te maken.*

Over de positie van bestaand versus nieuw aanbod kan in zijn algemeenheid worden opgemerkt dat bij een goed georganiseerd bestaand zorgaanbod het voor een nieuwe instelling lastiger is om een marktaandeel te verwerven. Daar waar het bestaande aanbod te wensen over laat, ligt de weg voor nieuwe instellingen die het beter doen open. Onder de AWBZ en Ziekenfondswet verleende toelatingen van bestaande instellingen blijven onder de WEZ van kracht. Indien een bestaande instelling zijn toelatingsbeschikking wil aanpassen, bijvoorbeeld om zijn capaciteit uit te breiden, wordt een dergelijk initiatief aan dezelfde criteria getoetst als dat van een

zich nieuw vestigende instelling. Bij deze toetsing is het criterium de mate waarin een initiatief past in het beleidskader en derhalve in welke mate het beantwoordt aan de zorgvraag. Of het initiatief van een bestaande of een nieuwe instelling afkomstig is, is daarbij niet relevant. In situaties dat twee of meer initiatieven in dezelfde zorgvraag voorzien kan het zo zijn dat uit oogpunt van doelmatigheid bijvoorbeeld wordt gekozen voor uitbreiding van een bestaande instelling in plaats van het investeren in een geheel nieuwe voorziening. Bij de beoordeling van de verschillende aanvragen om (wijziging van) de exploitatie gelden evenwel dezelfde beleidsmatige uitgangspunten; het vigerend beleid. De WEZ gaat verder op de ingeslagen weg om tot een ruimer, meer gevarieerd zorgaanbod te komen. Dat spreekt ook uit de toetsingscriteria die in de dummy-beleidskaders zijn opgenomen. De echte keuze tussen nieuw of bestaand aanbod wordt op het niveau van de verzekeraar gemaakt. Afhankelijk van de mate waarin een instelling tegemoetkomt aan zijn wensen kiest de verzekeraar met welke zorgaanbieders hij een overeenkomst tot het leveren van de zorg sluit. Instellingen die er niet in slagen om hun zorgaanbod af te stemmen op de wensen van de patiënt zullen uiteindelijk de boot missen. Wat betreft vestigingsmogelijkheden van nieuwe instellingen is nog van belang dat onder de WEZ het merendeel van de volledig privaat gefinancierde initiatieven geen toestemming van de overheid meer nodig heeft om zich te vestigen. Pas op het moment dat zij zorg ten laste van de AWBZ of Ziekenfondswet willen gaan leveren vallen zij binnen de werkingssfeer van de WEZ. Wat betreft het level playing field zij verder verwezen naar de antwoorden in paragraaf 25.

*De leden van de VVD-fractie vroegen hoe het wetsvoorstel de toegankelijkheid borgt wanneer door het veld onvoldoende initiatieven ontplooid worden om aan de zorgvraag tegemoet te komen. Zij vroegen of het inderdaad zo is dat de WEZ geen initiatieven tot stand brengt, maar slechts opgekomen initiatieven stopt, door het onthouden van toestemming. De leden van deze fractie vroegen of dit uitsluitend of vooral de kostenbeheersing betreft. De leden van de SGP-fractie vroegen hoe de overheid kan handelen als er geen particulier initiatief meer is om een gewenste zorgvoorziening te realiseren.*

Zoals in paragraaf 6 op een vraag van de leden van de D66-fractie reeds is opgemerkt heeft de verantwoordelijkheid van de overheid voor de toegankelijkheid van zorg zeker ook te maken met de beschikbaarheid van voldoende capaciteit. Deze verantwoordelijkheid houdt in dat de overheid de condities schept waarbinnen het aantrekkelijk is initiatieven tot het creëren van zorgaanbod te ontplooien. In dit kader is het van belang ook te belichten dat tegenover het vereiste van een vergunning voor de instelling die de vergunning heeft gekregen ook voordelen staan die het aantrekkelijk maken om zorg ten laste van de collectieve middelen te willen verlenen. Zo kan de instelling zijn investeringen ten laste van de collectieve middelen financieren en het daarvoor noodzakelijke kapitaal relatief goedkoop op de financiële markt lenen. Onder het regime van de WEZ neemt de overheid haar verantwoordelijkheid door in het beleidskader helder aan te geven welke ontwikkelingen zij wenselijk vindt, welke criteria zij in verband daarmee stelt voor het kunnen beoordelen van initiatieven van (nieuwe of bestaande) instellingen en binnen welke financiële randvoorwaarden deze ontwikkelingen gestalte kunnen krijgen. Samenvattend: door helderheid te geven in de beleidskaders nodigt de overheid de instellingen uit om actief te worden. Van stoppen van initiatieven is alleen sprake bij sommige soorten intramurale zorg: daar waar sprake is van voldoende beschikbare intramurale zorg, dan wel de initiatieven niet voldoen aan de prestatie-eisen.



## 10. Het Europese recht

*De leden van de VVD-fractie vroegen om verduidelijking van de Europeesrechtelijke kaders en van de wijze waarop de WEZ daarbinnen past. Ook de fractieleden van D66 vroegen of de introductie, dan wel het in stand houden van een vergunningenstelsel bij de toelating van instellingen past in de Europeesrechtelijke kaders. Zowel de fractieleden van de VVD als van D66 vroegen voorts of kostenbeheersing wel een reden van algemeen belang kan zijn op basis waarvan de overheid een dergelijk systeem wettelijk verankert. De leden van de VVD-fractie vroegen verder aan te geven hoe ontwikkelingen in merendeels en/of geheel privaat gefinancierde instellingen een dwingende reden van algemeen belang kunnen vormen om hen te beperken bij de bouw en de exploitatie.*

Om te beginnen past hier de opmerking dat de inrichting en organisatie van het sociale verzekeringsstelsel tot de autonome bevoegdheden van de individuele Europese lidstaten behoren, zij het binnen zekere kaders. Deze kaders worden gevormd door de verschillende bepalingen uit het Verdrag van de Europese Gemeenschap. Het gaat hier met name om het recht van vestiging zoals neergelegd in hoofdstuk 2 van Titel III van het Verdrag. Op grond hiervan zijn beperkingen van de vrijheid van vestiging verboden. Het stelsel van exploitatietoestemming, zoals de WEZ daarin voorziet, past binnen de bevoegdheid van de overheid om op objectieve gronden een vergunningenstelsel te hanteren voor de financiering van zorginstellingen. Hiermee bewerkstelligt de overheid een dusdanige verdeling van de beschikbare middelen dat een evenwichtig, voor iedereen toegankelijk stelsel van gezondheidszorg wordt gewaarborgd. Hoewel het onderwerpen van instellingen aan het vereiste van een exploitatietoestemming in zichzelf gezien beperkend is, gelden deze beperkingen eveneens voor in Nederland gevestigde instellingen van buitenlandse zorgaanbieders. Om in Europeesrechtelijke termen te spreken: de maatregelen worden niet-discriminatoir toegepast, dat wil zeggen ongeacht de herkomst van de zorgaanbieder. Ook een Belgisch ziekenhuis dat in Nederland een zorginstelling wil exploiteren, kan, indien aan de daarvoor in de WEZ opgenomen voorwaarden wordt voldaan, voor een exploitatietoestemming in aanmerking komen. Voor het overige zij hier verwezen naar paragraaf 9 van de memorie van toelichting over de Europeesrechtelijke aspecten. De regering is van oordeel dat de overheid als taak heeft te waarborgen dat de beschikbare middelen zo worden besteed dat een evenwichtig, voor een ieder toegankelijk stelsel van gezondheidszorg kan worden gehandhaafd. Hieruit vloeit voort dat de overheid keuzes moet maken. Deze keuzes betreffen zowel de territoriale spreiding van de zorg, als de typen instellingen. Als de voorwaarden waaronder financiering plaatsvindt en de wijze waarop keuzes worden gemaakt, gebaseerd zijn op objectieve factoren en non-discriminatoir is, is een dergelijk stelsel in overeenstemming met het Europese recht. Na de schriftelijke vraag van de heer Vincenzo Mattina van 13 januari 1992, waaraan de leden van de VVD-fractie refereerden, heeft het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschap in zijn jurisprudentie bevestigd dat kostenbeheersing een reden van algemeen belang kan zijn op grond waarvan inbreuken op het vrij verkeer kunnen worden gerechtvaardigd. In dit kader verwijzen wij allereerst naar zaken C-120/95, Decker<sup>1</sup> en C-158/96 Kohll<sup>2</sup> waarin het Hof overweegt dat zuiver economische doelstellingen geen rechtvaardiging kunnen vormen voor een belemmering van het fundamentele beginsel van het vrij verrichten van diensten maar dat niettemin een ernstige aantasting van het financiële evenwicht van het socialezekerheidsstelsel een dwingende reden van algemeen belang kan vormen waardoor een dergelijke belemmering gerechtvaardigd kan zijn. Het Hof bevestigt deze jurisprudentie in het recente arrest C-157/99 van 12 juli 2001 in de zaken Smits en Peerbooms<sup>3</sup>. Hoewel deze arresten betrekkingen hebben op de

<sup>1</sup> Jurisprudentie 1998, bladzijde I-1831, rechts-overweging 39.

<sup>2</sup> Jurisprudentie 1998, bladzijde I-1931, rechts-overweging 41.

<sup>3</sup> Rechtsoverwegingen 79 en 80.

bepalingen van het EG-verdrag inzake het vrije verkeer van diensten, mag aangenomen worden dat de in deze arresten opgenomen rechtvaardigingsgronden eveneens toepassing kunnen vinden ten aanzien van de bepalingen van het EG-verdrag inzake vrije vestiging voor zover deze bepalingen van toepassing zijn. Dienaangaande geldt overigens dat het Hof zich tot op heden niet heeft uitgesproken over de in een kwestie als in dit wetsvoorstel aan de orde is. Wel kan nog worden verwezen naar een arrest van het Hof van 5 oktober 1994 (zaak C-55/93) waarin erkenning van buitenlandse garages voor APK-keuringen aan de orde was en waarin het Hof heeft bepaald dat op een dergelijke situatie de bepalingen van het EG-verdrag inzake het vrije verkeer van diensten niet van toepassing was.

*De leden van de VVD-fractie vroegen hoe ontwikkelingen in merendeels en/of geheel privaat gefinancierde instellingen er toe kunnen leiden dat met een beroep op het algemeen belang de bouw en de exploitatie ervan kan worden beperkt.*

Wij willen hier wijzen op de verantwoordelijkheid van de centrale overheid voor de instandhouding van een evenwichtig, doelmatig en kwalitatief stelsel van gezondheidszorg dat betaalbaar is en voor eenieder gelijk toegankelijk. In het bijzonder voor de intramurale zorg gaat het om de (geografische) spreiding van gezondheidsvoorzieningen en de (financiële) toegankelijkheid. Maatregelen zoals de exploitatietoestemming zijn noodzakelijk en gerechtvaardigd om enerzijds de transparantie van de exploitierende rechtspersonen te verzekeren en anderzijds als instrument voor het afstemmen van het zorgaanbod op de behoefte. In het hiervoor genoemde recente arrest Smits en Peerbooms legitimeert het Europese Hof van Justitie alle inspanningen tot planning en rationalisering die in deze vitale sector (de ziekenhuiszorg) worden gedaan ter vermindering van overcapaciteiten van ziekenhuizen, verstoringen van het evenwicht in het aanbod van ziekenhuiszorg, verspilling en achteruitgang, zowel op logistiek als financieel vlak. Uiteindelijk is het de bedoeling dat verzekeraars bij de organisatie van het zorgaanbod een grote rol spelen, omdat zij bij uitstek in staat worden geacht om de behoefte aan intramurale voorzieningen op de vraag af te stemmen.

*De leden van de CDA-fractie gaven aan dat er in de grensregio's in toenemende mate grensoverschrijdend zorgverkeer plaatsvindt, waarbij Nederlandse patiënten met instemming van de zorgverzekeraar worden behandeld in bijvoorbeeld Belgische ziekenhuizen. Zij vroegen of deze Belgische ziekenhuizen aan dezelfde regels conform de vereiste exploitatievergunning kunnen worden onderworpen en als dat niet het geval is of er dan geen sprake is van oneerlijke concurrentie.*

Het is hier zaak twee situaties te onderscheiden, afhankelijk van de titel waarop de toestemming voor het inroepen van grensoverschrijdende zorg wordt verleend. De toestemming kan zijn gegrond op een bepaling van nationaal recht of internationaal recht.

De nationaalrechtelijke grondslag is artikel 9, vierde lid, van de Ziekenfondswet. Op grond van deze bepaling kan toestemming worden verleend om zorg in te roepen bij een instelling waarmee geen overeenkomst bestaat. Voor zover het daarbij een instelling in Nederland betreft, moet het dan gaan om een instelling die wel over een exploitatietoestemming beschikt. De reikwijdte van de WEZ is echter territoriaal beperkt. Indien de instelling waarmee geen overeenkomst bestaat derhalve in het buitenland is gelegen, wordt deze instelling niet geconfronteerd met het Nederlandse vereiste van een exploitatietoestemming. Met andere woorden, in het buitenland kan op grond van artikel 9, vierde lid, van de Ziekenfondswet bij een instelling zonder exploitatietoestemming zorg worden ingeroepen. De instelling in het buitenland (in

dit geval België) moet uiteraard wel aan de in dat land geldende wetgeving terzake voldoen.

De internationaalrechtelijke grondslag is artikel 22, eerste lid, onderdeel c, van de (EEG) sociale zekerheidsverordening nr. 1408/71. Op grond van deze verordening kan een Nederlandse verzekerde zich eveneens met toestemming van zijn ziekenfonds naar een andere lidstaat begeven voor het ondergaan van een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling. In een dergelijk geval wordt aan de Nederlandse verzekerde zorg verleend overeenkomstig de wettelijke regelgeving betreffende de sociale verzekering van de lidstaat waar de zorg wordt ingeroepen. Ook in een dergelijk geval wordt een buitenlandse instelling niet geconfronteerd met het Nederlandse vereiste van een exploitatietoestemming. Ook hier ontvangt de Nederlandse verzekerde zorg in een instelling in het buitenland (in dit geval België) die wel aan de in dat land geldende wetgeving terzake voldoet.

Gelet hierop zien wij niet in dat er bij het met toestemming van de zorgverzekeraar inroepen van zorg in een Belgisch ziekenhuis sprake is van oneerlijke concurrentie in vergelijking met het met toestemming inroepen van zorg bij een Nederlandse instelling. Er zou overigens ook geen sprake zijn van oneerlijke concurrentie ingeval een Belgisch ziekenhuis in Nederland een instelling zou gaan exploiteren. Alle zich in Nederland vestigende ziekenhuizen hebben een exploitatietoestemming nodig en worden aan dezelfde normen getoetst.

Volledigheidshalve behandelen wij hier ook nog de situatie waarin een Nederlandse zorgverzekeraar een overeenkomst sluit met een Nederlandse of een in België gevestigde zorginstelling. De reikwijdte van de WEZ is territoriaal beperkt. Op grond van de WEZ dient het ziekenhuis in Nederlandse te beschikken over een exploitatietoestemming en het ziekenhuis in België niet. Dit betekent naar ons oordeel echter nog niet dat er in een dergelijk geval sprake zou zijn van oneerlijke concurrentie. Hoewel de Belgische instelling niet is onderworpen aan het Nederlandse regime en op grond van de WEZ niet hoeft te beschikken over een exploitatietoestemming is de in België gevestigde instelling wel onderworpen aan de Belgische regelgeving terzake. Ook hier moet de toepassing van de WEZ in samenhang met de uitvoering van de AWBZ en de Ziekenfondswet worden gezien. Ingevolge de AWBZ en Ziekenfondswet is wel vereist dat een instelling waarmee een overeenkomst tot zorgverlening wordt gesloten over een exploitatietoestemming beschikt.

## **11. Financiële lasten, macrokader (BKZ) en Actieplan Zorg Verzekerd**

*De leden van de PvdA-fractie refereerden aan de brief van 25 september 2001, waarin wordt gesteld dat instellingen niet zouden behoeven te stuiten op budgettaire beperkingen bij het wegwerken van de wachtlijsten en het bekorten van de wachttijden. De leden van deze fractie vroegen wat precies wordt bedoeld met de zinsnede: «Het kabinet staat gedurende het gehele overgangstraject voor de taak om op verantwoorde wijze om te gaan met de flexibilisering van de kaders die noodzakelijk zijn om die zo nauwkeurig mogelijk af te stemmen op de feitelijke veranderingen in de verantwoordelijkheidsverdeling die zich in de zorgsector voltrekken». De leden van de D66-fractie vroegen tot welke financiële lasten voorliggend wetsvoorstel kan leiden. De leden van de VVD-fractie refereerden aan de verwachting dat het wetsvoorstel een neerwaartse invloed kan hebben op de ter beschikking te stellen bedragen. Zij vroegen op grond waarvan deze neerwaartse invloed verwacht wordt. Ook vroegen zij wat de investerings- en exploitatietechnische gevolgen zijn van dit beleid, wat dit betekent voor de macrokosten, op welke wijze dit gefinancierd wordt en welk tempo (tijdpad) wordt voorzien. Bovendien vroegen deze leden hoe straks het budgettair kader zorg tot stand komt en hoe de werking ervan is in*

*relatie tot de WEZ. De leden van de SGP-fractie vroegen hoe de koppeling van de beleidsvisie aan een financieel kader zich verhoudt met de uitgangspunten zoals die in het Actieplan Zorg Verzekerd zijn neergelegd. De fractieleden van het CDA vroegen of met het bepalen van een bouw-kader in het wetsvoorstel niet een fundamentele fout wordt herhaald, waarbij het toch financiële kaders zijn die aanbodsturend bepalend zullen zijn. Zij vroegen voorts of aangegeven kan worden welke criteria zullen worden gehanteerd op grond waarvan deze prioritering plaatsvindt en of het jaarlijks toe te kennen financieel kader conform art 2 lid 4 bepalend is voor deze prioritering. Deze leden vroegen verder hoe dit zich verhoudt tot beleid zoals verwoord in «Zorg verzekerd» waarbij op basis van goede productievoorstellen het financieel kader kan worden aangepast. De leden van de CDA-fractie merkten op dat het blijven hanteren van financiële kaders en stellen van prioriteiten tezamen met het hanteren van veelal kwantitatieve criteria, zonder dat blijkt dat maatschappelijk ondernemerschap daadwerkelijk vorm krijgt hen voorkomt als het inruilen van de ene overregulering voor de andere. Een goede bereikbaarheid en toegankelijkheid alsmede aansluiting op andere voorzieningen kan naar de mening van deze leden ook worden bereikt door hier vooral kwalitatieve criteria toe te passen, de budgettering af te schaffen en productie te honoreren waarbij het maatschappelijk ondernemerschap vorm wordt gegeven door een versterking van de invloed van gebruikers en direct betrokken andere hulpverleners. Deze leden vroegen onze mening hierover.*

Dit wetsvoorstel heeft geen financiële taakstelling. De overgang van de WZV naar de WEZ geschiedt dan ook budgettair neutraal. Dat wil zeggen, de overgang heeft geen gevolgen voor de macrokosten en het budgettair kader zorg (BKZ). De WEZ dient ter begeleiding van de overgang van een stelsel van centrale aanbodsturing naar een decentraal vraaggericht stelsel. Het is van belang dat voor alle stadia van het overgangstraject een passend beheersregime voor handen is. Het kabinet zal gedurende het gehele overgangproces voor de taak staan om op verantwoorde wijze beheersing van de uitgaven zo nauwkeurig mogelijk af te stemmen op de feitelijke veranderingen in de verantwoordelijkheidsverdeling die zich in de zorgsector voltrekken. Het is daarbij duidelijk dat de AWBZ en de curatieve zorg vooralsnog hun eigen trajecten volgen, overeenkomstig de lijnen die zijn uitgezet in enerzijds de modernisering van de AWBZ en anderzijds de modernisering van de curatieve zorg. Met het uitkomen van het Actieplan Zorg Verzekerd in november 2000 markeerde het kabinet een nieuwe aanpak van het wachttijdenvraagstuk. Teneinde een maximale inspanning te leveren om wachttijden in de zorg tot een aanvaardbaar niveau terug te dringen, bekijkt het kabinet twee maal per jaar of hiertoe extra geld ter beschikking kan worden gesteld. Dit is een duidelijk voorbeeld van aanbod afstemmen op de vraag. Deze benadering van de wachttijstaanpak zal uiteraard ook doorwerken in de exploitatiekaders op grond van de WEZ bij het honoreren van wachttijstplannen die met bouw gepaard gaan. De toename van de flexibiliteit van het afstemmen van aanbod op vraag en dientengevolge van de financiële kaders op grond van de WEZ zal echter het eerst te zien zijn bij het jaarlijks vast te stellen financiële kader waaraan het CVZ initiatieven zonder bouw toetst op hun exploitatiegevolgen. Daar is immers het eerst te verwachten dat verzekeraars en aanbieders zelf invulling kunnen geven aan hun verantwoordelijkheid om voldoende zorg voor de verzekerden tot stand te brengen en dat op een beheerste en niet verspillende wijze te doen.

*De leden van de VVD-fractie vroegen op grond waarvan op het niveau van budgettair bouwen een kostenbesparend effect valt te verwachten.*

Budgettair bouwen houdt in dat de initiatiefnemer voor de bouw een taakstellend budget krijgt. Na vaststelling van het budget is geen wijziging

meer mogelijk. De initiatiefnemer dient binnen dit budget te bouwen: overschrijdingen zijn voor eigen rekening en onderschrijdingen kunnen terugvloeien in de instellingskas. Het effect van budgettair bouwen ligt vooral in het terugdringen van administratieve lasten en het effectueren van de deregulering. Een kostenbesparend effect kan optreden doordat instellingen nog zorgvuldiger hun plannen gaan voorbereiden en de kosten strenger gaan bewaken. Mogelijk treed hierdoor ook het effect op dat extreme financiële tegenvallers minder zullen voorkomen.

*De leden van de fractie van GroenLinks merkten op dat de paragraaf «Budgettaire gevolgen, planning- en bouwbeleid in de Zorgnota 2002» zeer summier is. De fractie noemde het volledig ontbreken van beleidsvoornemens anders dan het stimuleren van wonen en zorg een ernstig manco.*

De reden voor de summiere paragraaf in de Zorgnota 2002 over het bouwbeleid is, dat op verzoek van de Tweede Kamer een splitsing is gemaakt tussen terugblik en vooruitblik. In lijn met VBTB (van beleidsbegroting tot beleidsverantwoording) is de Zorgnota 2002 vooral vormgegeven als beleidsdocument, waarin de vooruitblik centraal staat. Hierdoor is per sector minder achtergrondinformatie opgenomen dan voorheen. De intentie is dat de cijfers op termijn hun plaats kunnen krijgen in de brancherapporten. Daarnaast geldt dat ten opzichte van de Zorgnota 2001 er rondom de uitgangspunten en ontwikkelingen van het beleid en procedures aangaande de bouw niet veel veranderd is. De beleidsvoornemens per sector zijn opgenomen in Deel D van de Zorgnota 2002, waarin de specifieke beleidsvoornemens in de verschillende deelsectoren van de zorg nader zijn toegelicht.

## **12. Doel van het vergunningstelsel**

*De leden van de VVD-fractie vroegen waarom gekozen is voor een exploitatietoestemming en of niet volstaan kan worden met een exploitatiemelding.*

Wij hebben twee hoofdredenen om te kiezen voor een toestemming in plaats van een melding. In de eerste plaats is de ontwikkeling naar een meer vraaggerichte zorg weliswaar gaande, maar zeker nog niet afgerond. Een vergunningstelsel dat de mogelijkheid biedt om te beslissen en te bewaken waar dat vanuit de huidige verantwoordelijkheden nog nodig is, is essentieel. De overheid heeft immers tot taak te waarborgen dat de beschikbare financiële middelen zo verdeeld worden dat een evenwichtig, voor iedereen toegankelijk stelsel van gezondheidszorg kan worden gehandhaafd. Vertrekkende vanuit het huidige systeem van aanbodsturing moet de overheid regels kunnen stellen gericht op spreiding van gezondheidszorgvoorzieningen en kostenbeheersing. In paragraaf 1 gaven wij al aan dat elementen van centrale aanbodsturing pas kunnen worden verlaten naarmate de mogelijkheden aan de vraagkant toenemen. Tot dat moment moet de overheid keuzes kunnen maken, zowel over de territoriale spreiding van de zorg, als de soort zorg die gewenst is. In tegenstelling tot het alles-of-niets-systeem van de WZV biedt de WEZ een genuanceerd instrumentarium waarmee het proces begeleidt kan worden en instellingen waar nodig (bij)gestuurd kunnen worden. Tijdens het proces verschuift het accent van beleidsmatige toetsing en kostenbeheersing van overheidswege door capaciteitsbepalingen in toelatingen, naar een toetsing op transparantie en monitoring na de toelating. Ook gedurende deze periode dient een adequaat instrumentarium voorhanden te zijn. In beide situaties is het nodig dat de overheid passende bevoegdheden ten aanzien van instellingen heeft. In de tweede plaats hebben wij gekozen voor een exploitatietoestemming en niet voor een exploitatiemelding om

voorafgaand aan de daadwerkelijke zorgverlening/exploitatie een oordeel te kunnen vormen over de aanbieder die zich op de zorgmarkt wil gaan begeven. Met name in een systeem dat uitgaat van vraagsturing en maatschappelijk ondernemerschap is een toets vooraf op wie zich op die markt wil begeven en daarvoor uit de collectieve middelen betaald wil gaan worden, onontbeerlijk. In lijn met de aanbevelingen van de Commissie Health Care Governance (de zogenoemde Commissie-Meurs) worden nieuwe aanbieders getoetst op de transparantie van de bestuursstructuur en van de bedrijfsvoering. Dit geldt te meer zolang een exploitatie-toestemming direct recht geeft op een contract met een uitvoerder van de AWBZ of ziekenfonds, dat wil zeggen zolang de contracteerplicht nog onverkort geldt.

*De leden van de VVD-fractie vroegen te illustreren op welke wijze het voortbestaan van instellingen in gevaar komt of medische deskundigheid kan verdwijnen als de WEZ het niet mogelijk zou maken om de bouw of exploitatie van instellingen te verhinderen. Ook vroegen zij waarom voor zorgaanbieders/natuurlijke personen niet soortgelijke maatregelen worden getroffen. Zij vroegen verder of het mogelijk is op grond van de WEZ toestemming te onthouden aan een instelling die voor een klein deel zorg verleent aan ziekenfondsverzekerden en verder voornamelijk aan particulier verzekerden en zo ja, hoe dit overheidsoptreden dan is gelegitimeerd. Zij vroegen daarbij de stelling te betrekken in de memorie van toelichting, dat er geen reden is om vast te houden aan het verbod op winstoogmerk, als de hogere kosten niet aan ziekenfondsen of uitvoeringsorganen AWBZ worden gepresenteerd.*

In zijn advies van september 1995 over het concept van een eerder wetsvoorstel tot herziening van de WZV toonde de toenmalige Ziekenfondsraad (thans het CVZ) aan dat de uitwijk van patiënten (en verzekeraars) naar private ziekenhuizen en privé-klinieken de grondslag van het systeem, zowel de planning als de financiering, ondergraaft. Deze private instellingen kunnen namelijk slechts de directe kosten in rekening brengen en hoeven geen rekening te houden met de beschikbaarheidskosten van de onrendabele delen van een ziekenhuis (het zgn. krenten uit de pap pikken). Omdat dan ook verzekeraars uitwijken naar private arrangementen (zoals we zagen bij enkele particuliere verzekeraars) dragen ze niet meer bij aan de financiering van «het ziekenhuis» als voorziening met 24-uurs beschikbaarheid en met (onrendabele) opleidingstaken. Dit holt het draagvlak uit voor de financiering van de Ziekenfondswet, hetgeen noodzakelijkerwijs moet leiden tot premieverhoging. Dit versterkt dan weer de neiging de bijdrage aan het systeem als geheel te ontlopen. In tijden van aanbodschaarste zal dit effect minder groot zijn. Dat is dan ook de reden om toch zelfstandige behandelcentra toe te laten in geval zij een bijdrage leveren tot het bekorten van wachtlijsten; verzekeraars contracteren dan feitelijk productie die zij niet kunnen inkopen bij de reguliere ziekenhuizen. Bovendien kan van het (beperkt) functioneren van zelfstandige behandelcentra een doelmatigheidsprikkel uitgaan op de reguliere ziekenhuizen.

De WEZ maakt geen onderscheid tussen instellingen die uitsluitend zorg verlenen aan ziekenfonds- of AWBZ-verzekerden en instellingen die daarbij ook voor een (zeer groot) deel aan particuliere patiënten of cliënten.

*De VVD-fractieleiden vroegen waarom exploitatie niet boven de verleende toestemming mag uitgaan. Ook vroegen zij in dit verband wat dit betekent voor de vrijheid van instellingen die hun productieaanspraken willen verhogen*

Voor het antwoord op het tweede deel van deze vraag verwijzen wij naar het eerste antwoord in paragraaf 24.

Het vereiste van een vergunning voor een bepaalde handeling impliceert dat er niet buiten die vergunning om gehandeld mag worden. Vergelijk de situatie dat een vergunning wordt verleend voor de bouw van een woning van maximaal 6 meter hoog. Met de realisatie van een hoger gebouw wordt er in strijd met de afgegeven vergunning gehandeld. Met de exploitatietoestemming is het niet anders. Zoals aangegeven in de memorie van toelichting zijn wij van plan om capaciteiten geleidelijk uit de exploitatietoestemming te halen. Daarvoor is nodig dat de kosten-beheersing en de bewaking van de kleinschaligheid van instellingen niet meer langs deze weg gewaarborgd hoeft te worden, maar dat er voldoende prikkels aan de vraagzijde zijn ingebouwd om deze sturing van overheidswege los te laten. Indien instelling en verzekeraar tot de conclusie komen dat er een meer zorg nodig is, die niet met een verhoging van de productieafspraken gerealiseerd kan worden, dan is een aanvraag om aanpassing van exploitatietoestemming op het onderdeel capaciteit aan de orde.

### **13. De werkingssfeer van de WEZ**

*De leden van de VVD-fractie vroegen waarom de sector thuiszorg onder de WEZ wordt getrokken. De leden van de fractie van D66 vroegen op welke zorginstellingen het wetsvoorstel geen betrekking heeft. De leden van de VVD-fractie merkten op dat met het wetsvoorstel gepoogd lijkt te worden alle openingen voor privaat gefinancierde zorg die in het huidige systeem zitten te sluiten. Deze leden concludeerden dat alle instellingen (intra- en extramuraal) die zorg verlenen zoals omschreven krachtens de ZFW/AWBZ een exploitatietoestemming nodig hebben, ongeacht de vraag of die instelling daadwerkelijk een beroep doet op deze sociale verzekeringen. De VVD-fractieleden vroegen aan te geven hoe dit zich verhoudt tot de huidige maatschappelijke ontwikkelingen, waarbij er steeds meer vraag naar zorg is.*

De WEZ voegt de huidige toelating ingevolge de AWBZ en Ziekenfondswet samen met de huidige verklaring ingevolge de WZV tot één document: de exploitatietoestemming. Dit betekent onder meer dat alle instellingen die nu op grond van de AWBZ of Ziekenfondswet een toelating nodig hebben van het CVZ, straks een toestemming nodig hebben op grond van de WEZ. In deze zin is de werkingssfeer van de WEZ gelijk aan die van de AWBZ en Ziekenfondswet. Een thuiszorginstelling of RIAGG krijgt derhalve niet met een nieuw regime te maken. Na inwerking-treding van de WEZ verandert enkel de naam en de grondslag van de «oude» toelatingsbeschikking.

De reikwijdte van de WEZ is wel anders dan de reikwijdte van de WZV. De WZV vereist immers dat alle ziekenhuisvoorzieningen, zoals gedefinieerd in het Besluit aanwijzing inrichtingen Wet ziekenhuisvoorzieningen, een vergunning vragen, ongeacht of zij zorg verlenen die ten laste van de collectieve middelen wordt gefinancierd. Dus ook voor louter privaat gefinancierde zorg is onder de WZV een vergunning vereist, bijvoorbeeld ook voor instellingen die derde-compartimentszorg leveren. De WEZ beperkt de reikwijdte tot instellingen die zorg verlenen die op grond van de AWBZ of Ziekenfondswet ten laste komt van de collectieve middelen. Het tweede lid van artikel 4 van de WEZ voegt hier nog twee categorieën van instellingen aan toe, namelijk volledig privaat gefinancierde ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra. Anders dan de leden van de VVD-fractie veronderstellen, valt, met uitzondering van de hiervoor bedoelde ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra, volledig privaat gefinancierde zorg dus niet onder de werkingssfeer de WEZ. Instellingen die dergelijke zorg verlenen behoeven dus geen «boterbriefje» van de

overheid. Bovendien zullen de vrije beroepsbeoefenaren die enkel om zakelijke redenen een organisatorisch verband vormen, net als onder de huidige AWBZ en Ziekenfondswet, ook onder de WEZ bij algemene maatregel van bestuur als toegelaten worden aangemerkt.

*De leden van de PvdA-fractie vroegen waarom een volledig privaat gefinancierd verpleeghuis geen exploitatietoestemming nodig heeft terwijl een ziekenhuis wel een toestemming dient te hebben.*

Anders dan ten aanzien van de algemene ziekenhuizen zijn er geen redenen om aan te nemen dat er in de sector verpleging en verzorging een reëel risico is, dat volledig privaat (dit wil zeggen niet ten laste van de AWBZ) gefinancierde zorg ertoe zal leiden dat in de reguliere zorg leegstand zal ontstaan en dure investeringen voor niets zijn geweest. Bovendien: in de ontwikkeling van scheiden van wonen en zorg hebben dergelijke instellingen juist belang bij een aanvraag om een exploitatietoestemming. Dan kan immers de geïndiceerde zorg uit de AWBZ betaald worden, terwijl de «luxere» woonvoorziening voor rekening van de bewoner komt.

*De leden van de fracties van de PvdA en de VVD vroegen of het zo is dat maatschappen van specialisten die collectief gefinancierd worden, niet onder de werkingssfeer van het voorstel komen te vallen.*

Ook het CTG wees erop dat het gebruik van het begrip «rechtspersoon» het risico inhoudt dat een instelling, door zich bijvoorbeeld als maatschap of een andere niet-rechtspersoonlijkheid bezittende vorm te organiseren, zich tegen de bedoeling van de wet aan het vereiste van een exploitatietoestemming zou kunnen onttrekken. Om dit risico weg te nemen vervangen wij door de bijgevoegde nota van wijziging het begrip «rechtspersoon» door het begrip «instelling» (zijnde een organisatorisch verband). Dit begrip is echter veel minder strak omljnd dan het begrip rechtspersoon. Om het nadeel hiervan te ondervangen en rechtsonzekerheid te vermijden zal bij algemene maatregel van bestuur een «positieve lijst» van categorieën van instellingen worden vastgesteld. Dit is dezelfde wijze waarop nu de reikwijdte van de WZV nader wordt vastgesteld. Deze algemene maatregel van bestuur zal voor het nader definiëren van de werkingssfeer nauw aansluiten bij het Besluit zorgaanpakken bijzondere ziektekostenverzekering en het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering, eventueel gespecificeerd aan de hand van het Besluit werkingssfeer WTG 1992, zodat wijzigingen in het stelsel gelijktijdig in alle betrokken wetten kunnen worden doorgevoerd en er een naadloze aansluiting tussen deze wetten wordt gerealiseerd. Overigens is het uitdrukkelijk niet de bedoeling elke maatschap van individuele hulpverleners (specialisten of anderszins) onder de werkingssfeer van de WEZ te brengen. Integendeel. Het gaat erom die maatschappen en andere niet-rechtspersoonlijkheid bezittende organisatievormen onder de WEZ te definiëren die materieel alle kenmerken van een instelling hebben.

*De leden van de fractie van de PvdA vroegen waarom geen definitie van het begrip ziekenhuis in het wetsvoorstel is opgenomen.*

Ook de huidige wetgeving kent geen definitie van het begrip «ziekenhuis». Het is de vraag of een sluitende én tegelijk werkbare omschrijving is te geven. Het gevaar immers van een definitie is dat men onder het voor de daarmee omschreven organisatie geldende regime uit kan komen door op een enkel punt niet aan de definitie te voldoen. Maar ook los hiervan zie wij geen reden voor nadere definiëring. Behalve ziekenhuizen zijn ook de zelfstandige behandelcentra onder het wetsvoorstel gebracht; deze zijn in artikel 1, eerste lid, onder h, gedefinieerd en wel zodanig dat, naast ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra, een derde organisatievorm van



samenwerkende medische specialisten in instellingsverband niet denkbaar lijkt. Mede in het licht van de hierboven gemelde wijziging in verband met de leemte die in artikel 4, eerste lid, bestond wat betreft niet-rechtspersoonlijkheid bezittende, collectief gefinancierde instellingen, achten wij een definitie van ziekenhuis overbodig.

*De leden van de fracties van de VVD en D66 vroegen waarom een zelfstandig behandelcentrum en ziekenhuis een exploitatietoestemming nodig hebben. De fractieleden van D66 vroegen of deze instellingen niet ook al onder de Kwaliteitswet vielen op basis waarvan de Inspectie voor de gezondheidszorg hen kan controleren. De leden van de fracties van de VVD en het CDA vroegen naar de gevolgen van het toestemmingsvereiste voor de volledig privaat gefinancierde ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra. De leden van de fracties van de VVD en D66 vroegen waarom de volledig privaat gefinancierde ziekenhuizen en zelfstandig behandelcentra gecontroleerd worden op hun bestuursstructuur en op een ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering.*

De werkingssfeer van de WEZ komt wat betreft de volledig privaat gefinancierde ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra overeen met die van de WZV. Net als onder de WZV hebben deze categorieën instellingen onder de WEZ een toestemming nodig. Wij zijn van mening dat de schaarse middelen, ruimtelijke voorzieningen en personeel in de eerste plaats ingezet moeten worden voor de zorg waaraan behoefte is in het eerste en tweede verzekeringscompartiment. Zoals gemotiveerd in paragraaf 4.2.1 van de memorie van toelichting achten wij het zeer van belang dat het exploiteren van deze zorg kan worden betrokken bij het te formuleren beleid voor de zorginfrastructuur. Om die reden is in 1998 de Regeling zelfstandige behandelcentra in werking getreden. In de toelichting op die regeling is beschreven dat het wenselijk regels te kunnen stellen over het bestaan van dergelijke instellingen en de voorwaarden waaronder zij hun zorg mogen gaan verlenen, mede gelet op de grote samenhang met de collectief gefinancierde ziekenhuiszorg in Nederland. De vergunning die nodig is en blijft voordat een dergelijke zorginstelling zich mag vestigen is van andere orde dan het toezicht op de kwaliteit van de zorgverlening in de zin van de Kwaliteitswet. Het instrumentarium van de WEZ biedt, in tegenstelling tot dat van de WZV, de mogelijkheid om een genuanceerde keuze te maken in de eisen die voor instellingen gaan gelden. Om de genoemde doelstellingen te bereiken is er onder de WEZ voor deze categorieën instellingen gekozen voor een minder zwaar regime. Daarbij is rekening gehouden met het feit dat er met de exploitatie van deze instellingen geen collectieve middelen zijn gemoeid. Ingevolge artikel 4, tweede lid, van de WEZ, vallen deze instellingen niet onder het bouwregime. Met andere woorden: de toestemming van het CVZ is voldoende. Die toestemming komt er indien de beoogde exploitatie past binnen het beleidskader. De criteria die in het beleidskader worden gesteld zijn voornog gelijk aan de criteria die onder de WZV bij de beoordeling van de aanvraag om een WZV-vergunning worden gehanteerd. Artikel 4, vierde lid, regelt dat het verbod op winsttoegmerk niet geldt voor de volledig privaat gefinancierde ziekenhuizen en zelfstandig behandelcentra. Kortheidshalve zij hiervoor verwezen naar paragraaf 4.3.2 van de memorie van toelichting en naar het nader rapport. In aansluiting op het voorstel van de leden van de D66-fractie is bij nota van wijziging geregeld dat ook de eisen voor de bestuursstructuur en de ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering niet voor deze instellingen zullen gelden. Hiermee is het regime van de WEZ voor de volledig privaat gefinancierde ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra tot het minimum beperkt.

*De leden van de VVD-fractie merkten op dat ook privaat gefinancierde instellingen en zelfstandige behandelcentra, zonder verbod op winsttoeg-*

*merk, onder de WEZ komen te vallen. Dit houdt in dat deze instellingen ook beoordeeld worden op grond van het beleidskader en het financieel kader. Zij vroegen welke gevolgen dit heeft voor deze instellingen ten opzichte van de oude situatie.*

Ook in de oude situatie werden de zelfstandige behandelcentra beoordeeld op grond van de beleidsregels en het financieel kader. Voor hen verandert er in dit opzicht dus niets.

*De leden van de VVD-fractie vroegen waarom in artikel 4, vierde lid, alleen over een rechtspersoon zonder winstoogmerk wordt gesproken.*

De bepaling is overgenomen uit de WZV en sluit aan bij de oorspronkelijke tekst van het eerste lid van artikel 4, dat het toestemmingsvereiste beperkte tot rechtspersonen. Nu bij nota van wijziging het begrip «rechtspersoon» wordt vervangen door het begrip «instelling» (zijnde een organisatorisch verband) is bij die nota van wijziging ook het vierde lid aangepast.

*De leden van de PvdA-fractie deelden de veronderstelling van het CTG dat, als gevolg van artikel 4, ziekenhuizen gestimuleerd kunnen worden zich te splitsen in een particulier gefinancierd en een collectief gefinancierd deel, onder twee rechtspersonen. Zij vroegen of de mogelijke splitsing voorzien en wenselijk is en zo ja, wat hiervan de gevolgen zouden kunnen zijn.*

Wij menen dat de schaarse middelen, ruimtelijke voorzieningen en personeel in de eerste plaats ingezet moeten worden voor de zorg waaraan behoefte is in het eerste en tweede verzekeringscompartiment. Pas wanneer daaraan is voldaan kan gedacht worden aan een splitsing met gevolgen voor het bouwen tarifieringsregime. Dat moet dan te merken zijn aan het volstrekt afwezig zijn wachtlijsten voor het in een afzonderlijke entiteit af te splitsen medisch specialisme. Als er behoefte is bij het ziekenhuis om commercieel te ondernemen kan dat maar het beste duidelijk zijn. Dat is transparant ondernemerschap. De vrees van het CTG kan mede ingegeven zijn doordat wij van plan zijn conform de wens van de Tweede Kamer de tarieven voor privéklinieken los te laten. In het antwoord op de vragen van de leden Van Blerck-Woerdman en Oudkerk inzake niet-geïndiceerde cosmetische en refractiechirurgie is aangegeven dit nader te zullen bezien bij de herbezinning op de werkingssfeer van de WTG (Kamerstukken II, 1999/00, aanhangsel 672). In de notitie «Speelruimte en verantwoordelijkheid» van mei 2000 is, onder daarbij vermelde criteria, aangegeven dat niet alle prestaties in de gezondheidszorg onder de tariefstelling van het CTG hoeven te vallen. In de brief die hierover op 1 juni 2001 (Z/P-2186145) naar de Tweede Kamer is gestuurd, is concreet voorgesteld om organisatorische verbanden van medisch specialisten die uitsluitend derde compartimentszorg leveren van de tarifiering door het CTG vrij te stellen. Naar aanleiding van die brief heeft het CTG aandacht gevraagd voor de transparantie binnen instellingen voorzover eerste en tweede compartimentzorg geheel gescheiden wordt van derde compartimentzorg door voor deze laatste zorg een aparte rechtspersoon in het leven te roepen, waarbij de tarifiering van de eerste en tweede compartimentzorg wel onder de WTG blijft vallen, terwijl dat voor de derde compartimentzorg niet meer het geval zal zijn. Ook in die situatie moeten kosten op een juiste wijze worden doorberekend zodat geen sprake is van subsidie van derde compartimentzorg door het eerste of tweede compartiment. Dit laatste werkt volgens het CTG bovendien concurrentieverstorend in het derde compartiment in relatie tot instellingen die uitsluitend deze zorg leveren. Natuurlijk moet de transparantie goed worden geregeld. De bedoelde instellingen blijven verplicht ge-

vens en inlichtingen te verschaffen waardoor het CTG de financiële relatie en de juiste kostentoerekening tussen de onderscheiden instellingen kan beoordelen. De splitsing van ziekenhuizen levert in het kader van de WEZ meestal niets op als niet ook gesplitst wordt naar locatie en ruimtelijke voorziening. Splitsing is alleen zinvol wanneer een ziekenhuis ook ruimtelijk in tweeën te verdelen is, in een collectief gefinancierd deel en een privaat deel. Dat laatste deel valt namelijk niet onder het bouwregime. De vrees van het CTG voor de splitsingsgevolgen in de WEZ is mede ingegeven doordat het CTG het begrip «ziekenhuis» definieert als een ziekenhuis dat een toelating heeft. Wijziging in die toelating heeft ook effect op de door het CTG aldus zelf begrensde werkingssfeer van de WTG. Een deel van de mogelijke problemen kan worden ondervangen door goede afstemming van de werkingssfeer tussen Ziekenfondswet, AWBZ, WTG en WEZ. Hierin wordt voorzien door de bijgaande nota van wijziging. In de reeds genoemde brief van 1 juni jl. is aangegeven, en dat geldt ook nu nog, dat er geen signalen zijn die wijzen op ongewenst strategisch gedrag waarbij de toegankelijkheid van eerste en tweede compartimentszorg in het gedrang komt.

#### **14. Het beleidskader**

*De leden van de VVD-fractie vroegen waarom wij kiezen voor een beleidskader. Zij vroegen of artikel 2, lid 2, geen overbodige bepaling is.*

In paragraaf 12 van deze nota illustreerden wij al het doel van het vergunningenstelsel, waarnaar hier korthedshalve wordt verwezen. Om een aanvraag te kunnen toetsen aan beleidsmatige uitgangspunten is een normenstelsel essentieel. Hiertoe dient het beleidskader.

*De leden van de CDA-fractie vroegen naar de status van het beleidskader. Zij vroegen of de definitieve versie naar aard en opzet vergelijkbaar wordt met de dummy en of alle criteria richtinggevend cq. juridisch afdwingbaar zijn. De leden van de D66-fractie vroegen of het klopt dat het beleidskader een «verdunde versie» van de zorgnota is. Verder vroegen zij hoe de systematiek van het beleidskader gaat werken.*

In grote lijnen zal de structuur en opzet van het dummy-beleidskader terugkeren in het definitieve beleidskader. Hierbij zij aangetekend dat de dummy als voorbeeldexemplaar in relatief korte tijd en in een vroege fase van het wetgevingsproces is opgesteld. Zeer binnenkort zullen de betrokken zelfstandige bestuursorganen een verzoek om ontvangen om de opzet en structuur van het dummy-beleidskader op uitvoerbaarheid te toetsen. De aanbevelingen die daaruit voortvloeien, alsmede de opvattingen van uw Kamer, nemen wij mee bij het opstellen van het definitieve beleidskader.

Aangezien het beleidskader de beleidsvisie bevat, uitmondend in toetsingscriteria, hebben niet alle passages in het kader een gelijk juridisch afdwingbaar karakter. De eerste hoofdstukken dienen om de latere criteria in een goed perspectief te plaatsen en ze te motiveren. Met name de laatste hoofdstukken vormen letterlijk de concretisering van het beleid. Hierin staan de criteria die bij toetsing gehanteerd worden. Bij de beantwoording hierna van de vragen over de noodzaak van aanvullende beleidsregels wordt dieper op de juridisch status ingegaan. De overeenkomst tussen beleidskader en Zorgnota is gelegen in het feit dat voor beide documenten het beleid voor de zorgsector de leidraad vormt. Dat neemt echter niet weg dat het beleidskader een heel eigen juridische functie en status heeft; die van toetsingskader voor de beoordeling van aanvragen in het kader van het vergunningenstelsel van de WEZ.

*De leden van de D66-fractie vroegen of de publieke belangen zo gedetailleerd vertaald worden dat precies voorgeschreven wordt hoeveel en op welke wijze er gebouwd moet worden en hoeveel personeel er nodig is. Zij vroegen hoe dit zich verhoudt naar verdere liberalisering van het exploitatie- en bouwbeleid. Deze leden maakten zich zorgen dat regering zich laat verleiden tot vergaande bemoeienis. Zij vroegen of dit louter gelegen is in het feit dat het beleidskader niet erkend is in het kader van de Algemene wet bestuursrecht, zoals deze leden meenden te lezen.*

Wij nemen aan dat de leden van de D66-fractie refereren aan het oordeel van het CBZ in zijn uitvoeringstoets van 1999 naar aanleiding van een conceptversie van het onderhavige wetsvoorstel. Het CBZ meende dat het beleidskader als beleidsdocument niet geschikt was voor het fungeren als primair toetsingskader voor het nemen van beschikkingen, omdat een dergelijk document volgens het CBZ bestuursrechtelijk onvoldoende herkenbaar was voor de Algemene wet bestuursrecht (AWB). Het CBZ deed daarom de aanbeveling het beleidskader op die onderdelen waar het wetsvoorstel een toetsing veronderstelt, om te zetten in beleidsregels. In onze reactie op de uitvoeringstoets, opgenomen in de memorie van toelichting, is te lezen dat in het voorgestelde systeem het beleidskader geen beleidsdocument is maar het toetsingskader, en als zodanig naar onze opvatting voldoende herkenbaar is in het kader van de AWB. Wij voelen ons op dit punt gesteund door het advies dat de Raad van State over het wetsvoorstel uitbracht. Wat de gedetailleerdheid van de criteria aangaat verwijzen wij naar de paragrafen 1 en 6 van deze nota over de vormgeving van de omslag naar meer vraaggerichte zorg. Wat betreft het voorschrijven wat en hoeveel er gebouwd moet worden is in paragraaf 9 van deze nota uiteengezet dat de bemoeienis van de overheid ook nu al beperkt is tot het stroomlijnen van de initiatieven van het veld aan de hand van de beleidsmatig gewenste ontwikkelingen. De invloed van de overheid gaat niet zover dat de overheid kan voorschrijven welke initiatieven op welke wijze tot ontwikkeling moeten komen. Het beleidskader gaat uit van de verantwoordelijkheden die de overheid heeft zoals eerder in deze nota beschreven. Naarmate het proces van een centraal aanbod-gestuurd naar een decentraal vraaggericht stelsel zich verder ontwikkelt, verandert de wijze waarop de overheid haar verantwoordelijkheid voor het borgen van publieke belangen waarmaakt. In een decentraal vraaggericht stelsel worden deze belangen geborgd door het bepalen van de randvoorwaarden waarbinnen de decentrale partijen kunnen handelen. Deze verandering zal ook tot uitdrukking komen in de omschrijving van het beleidskader. Het beleidskader zal zich steeds minder richten op het aanbod en steeds meer op de randvoorwaarden voor het handelen van partijen in het veld en de spelregels waaraan deze partijen zich moeten houden.

*De leden van de fractie van de ChristenUnie pleitten voor een andere indeling van criteria in het beleidskader. Zij stelden een indeling voor aan de hand van generieke criteria die voor alle zorginstellingen gelden, waar nodig aangevuld met sectorspecifieke criteria. Door deze indeling wordt de systematiek van het beleidskader transparanter, zo menen deze leden. Bovendien kan het een signaal naar zorgaanbieders zijn om bepaalde zorgvormen te integreren, wat de doelmatigheid van de zorgverlening ten goede komt.*

Wij delen de mening van de leden van de fractie van de ChristenUnie en nemen hun voorstel voor een verbeterde opzet graag over. Het definitieve beleidskader zal conform de door deze fractie voorgestelde opzet worden vormgegeven.

*De leden van de SGP-fractie zeiden bezorgd te zijn dat het beleidskader de mogelijkheid biedt om de greep van de overheid op instellingen te vergroten. Zij vroegen of de invulling van het beleidskader niet al te zeer afhankelijk wordt gesteld van factoren als de politieke kleur van de zittend bewindspersoon.*

Langs twee wegen is gegarandeerd dat de inhoud van het beleidskader niet zomaar van de opvattingen van een enkele bewindspersoon afhangt. Allereerst is het door het parlement geaccordeerde beleid input voor de te formuleren toetsingscriteria. Vervolgens biedt de expliciete aanbieder van het geactualiseerde beleidskader aan de beide Kamers der Staten-Generaal het parlement de gelegenheid na te gaan of zij zich daarin voldoende herkennen. Aangezien het normenkader zoals geformuleerd wordt in het beleidskader afhangt van de beleidsmatige ontwikkelingen in de verschillende sectoren alsmede van de ontwikkelingen in het proces naar vraagsturing in brede zin, zijn er geen alternatieven. Het is uitgesloten dat voor de hele werkingsduur van de wet het normenkader in de wettekst zou kunnen worden vastgelegd. Door de noodzakelijke inbedding en motivering van de criteria in beleidsmatige bewoordingen is een algemene maatregel van bestuur evenmin een geschikt voertuig.

*De leden van de VVD-fractie vroegen waarom het beleidskader tweejaarlijks bekend wordt gemaakt en hier niet gekozen is voor een termijn van bijvoorbeeld drie, vier, vijf jaar of nog langer*

Voor het antwoord hierop verwijzen wij naar de eerste antwoordenreeks in paragraaf 19 van deze nota.

*De leden van de fractie van GroenLinks vroegen hoe tweejaarlijkse vaststelling van het beleidskader zich verhoudt met een lange termijnbeleid dat voor bouwbeslissingen essentieel is. Zij vroegen hoe het staat met de rechtszekerheid van instellingen die voor de voorbereiding van nieuwbouw meer jaren nodig hebben. De leden van de VVD-fractie vroegen of de rechtszekerheid voor instellingen alleen geldt voor de periode waarop het beleidskader van toepassing is. De leden van de VVD-fractie vroegen of een neerwaartse bijstelling van het beleidskader kan leiden tot vermindering van potentiële rechten van bouwinitiatieven. Deze leden vroegen voorts hoe voorkomen wordt dat criteria starheid in de hand werken.*

De beste garantie voor het voorkomen van starheid is het vergroten van de mogelijkheden voor vraagsturing voor het veld. Het instrumentarium dat de WEZ biedt, waaronder het beleidskader, is ontworpen om de gewenste verschuiving van verantwoordelijkheden vorm te geven. In de memorie van toelichting is geschetst dat het beleidskader gaande dit proces geleidelijk beperkter van karakter zal worden. Voor de vormgeving van het instrument beleidskader geldt dat een systeem van tweejaarlijkse actualisatie van een beleidskader enerzijds is gekozen voor een zekere stabiliteit, terwijl anderzijds minimaal ééns per twee jaar een beleidskader moet worden geactualiseerd naar de jongste inzichten in de gewenste ontwikkelingen en de verdeling van verantwoordelijkheden tussen overheid en veld van dat moment.

De aanvraag om exploitatietoestemming met bouw in de zin van artikel 6 van de WEZ wordt getoetst aan het beleidskader zoals van kracht is op het moment van toetsing. Indien het initiatief past in het beleidskader wordt vervolgens de toestemming verleend. In het vergunningentraject bij het CBZ wordt bezien of de voorgenomen realisatie van het bouwplan past in de verleende toestemming. Bij oplevering van de bouw toetst het CBZ of de gerealiseerde bouw overeenkomt met hetgeen waarvoor vergunning is verleend. Een actualisatie van het beleidskader na verlening van de

toestemming heeft geen invloed op de verdere procedure die de instelling bij het CBZ doorloopt. Een actualisatie van het kader kan derhalve niet leiden tot vermindering van rechten van reeds verleende toestemmingen.

*De leden van de fracties van de VVD en D66 vroegen waarom, naast het beleidskader, de mogelijkheid wordt voorgesteld om het beleidskader nader te omschrijven in beleidsregels. Zij vroegen wat hierin wordt beschreven en of er een voorbeeld kan worden gegeven. De VVD-fractieleden vroegen hoe voorkomen wordt dat juist deze beleidsregels een veelheid aan regelgeving veroorzaken die vraagsturing belemmert.*

Wij willen voorop stellen dat het niet de bedoeling is om gedetailleerd voor te schrijven hoe het veld van de gezondheidszorg zich dient in te richten. In beginsel hoort het beleidskader voldoende te zijn om de ruimte aan te geven waarbinnen de zorg zich de komende jaren kan ontwikkelen. Er zullen echter beslissingen moeten worden genomen over aanvragen, waarbij objectieve, algemeen kenbare criteria moeten worden gehanteerd. Het beleidskader zal niet op alle punten zodanige criteria kunnen bevatten; op die punten zullen beleidsregels nodig zijn. De leden van de fractie van D66 vroegen om een voorbeeld ter verduidelijking. Wij verwijzen hiervoor naar de dummy-beleidskaders. De hoofdstukken «Terreinbeschrijving», «Huidige situatie» en «Hoofdlijnen van het beleid» kunnen worden beschouwd als het beleidskader. Het hoofdstuk «Concretisering van het beleid» bevat de beleidsregels die nodig zijn om een verantwoorde beslissing te kunnen nemen of aanvragen passen binnen de eerste drie hoofdstukken.

*De VVD-fractieleden vroegen aan te geven op welke wijze wordt vastgesteld wat de beleidsmatig gewenste situatie is en hoe dit zich verhoudt tot een veranderende vraag. Deze leden vroegen verder aan de hand van welke criteria vastgesteld gaat worden dat er een beleidsmatig gewenste situatie is en/of dat er veranderingen op het gebied van de gezondheidszorg gewenst zijn, met andere woorden hoe de minister rekening houdt met een veranderende vraag. De leden van de VVD-fractie vroegen ten slotte of aangegeven kan worden op welke wijze wordt vastgesteld dat er veranderingen op het gebied van het zorgaanbod gewenst zijn.*

In een wettelijk systeem dat niet langer uitgaat van aanbodregulering maar meer en meer de vraag naar zorg centraal stelt, dient de maatschappelijk gewenste situatie aanleiding te zijn geformuleerd beleid te herijken en waar nodig bij te stellen. Is nog geen beleid voorhanden dan dient dat te worden ontwikkeld. De beleidsvisie, neergelegd in het beleidskader, komt op de gebruikelijke wijze tot stand. Uitgangspunt bij het te formuleren beleid is de maatschappelijk gewenste situatie, zoals die door cliënten samen met zorgverzekeraars en zorgaanbieders wordt bepaald en op tal van manieren met u en mij wordt gecommuniceerd. Daarnaast wordt het beleid mede ingegeven door het regeerakkoord, het reguliere overleg met alle veldpartijen en met uw Kamer, rapportages van adviesorganen enzovoorts. Na inwerkingtreding van de WEZ wordt daar een nieuwe, gestructureerde, informatiebron aan toegevoegd; de regiovisie.

*De leden van de SGP-fractie vroegen naar de mate van vraagsturing die met de dummy-beleidskaders wordt bereikt. Zij vonden dat het invullen van vraagsturing en het tegelijkertijd waarborgen van aspecten als toegankelijkheid, doelmatigheid en kwaliteit via een beleidsvisie in de dummy leidt tot een soms wel heel erg dicht aanleunen tegen de oude gedachte van de planningsnormen. Mede in het licht van hun opmerkingen over de reikwijdte van de grondwettelijke overheidstaak vroegen deze leden hoe dit zich verhoudt tot het idee van een leidende zorgvraag.*

Terecht merken de leden van de SGP-fractie op dat in de dummy-beleidskaders nog duidelijke elementen te vinden zijn die eerder horen bij een systeem van aanbodsturing dan van vraaggerichte sturing. Bij start van de WEZ is er immers nog sprake van een systeem met een behoorlijk aanbodgestuurd karakter. Zoals in paragraaf 1 van deze nota aangegeven, zal de omzetting naar een vraaggericht systeem geleidelijk plaatsvinden. De toekomstige beleidskaders zullen, naarmate de ontwikkelingen richting vraagsturing voortschrijden, steeds minder dicht aanleunen tegen de gedachte van planningsnormen.

*De leden van de VVD-fractie vroegen hoe landelijke toetsingscriteria het oplossen van lokale problemen kunnen belemmeren, frustreren of vergroten*

Het formuleren van een regiovisie biedt de regionale partijen de gelegenheid om aan de minister kenbaar te maken wat de specifieke kenmerken van de zorgsituatie in hun regio zijn en op welke wijze vraagsturing en maatschappelijk verantwoord ondernemen vorm heeft gekregen in de regio. Naarmate de minister over meer informatie beschikt over specifieke regionale situaties wordt het risico kleiner dat het landelijk geformuleerde beleidskader geen rekening houdt met specifiek regionale situaties en behoeften.

*De leden van de VVD-fractie vroegen hoe het komt dat in de concept-beleidskaders de criteria per sector verschillen, niet alleen voor de sector-specifieke inhoud, maar ook qua diepgang en sturingsachtergrond. Zij merkten op dat bij de sector ziekenhuizen de criteria vooral gebaseerd zijn op normering van capaciteit, bij de verpleging en verzorging vooral op beschikbare financiële middelen terwijl bij de sector verstandelijk gehandicapten de criteria vooral (een onmogelijke combinatie van) gewenst beleid benadrukken.*

De diverse sectoren waarvoor de WEZ van kracht zal zijn, verschillen qua doelgroepen en beleidsuitgangspunten in een mate dat de ontwikkeling van sectorspecifiek beleid voor de hand ligt. Door middel van een sector-gewijze omschrijving van het beleidskader kunnen sectorspecifieke kenmerken en criteria vastgelegd worden. De verschillen in beleidsuitgangspunten tussen de sectoren verklaren de verschillen in diepgang en sturingsachtergrond. Met bepaald beleid hangen vaak specifieke implementatiemethoden samen. Sommige beleidsontwikkelingen zijn al door het veld opgepakt en behoeven weinig tot geen reclame, andere beleidsontwikkelingen kunnen op minder enthousiasme van partijen in het veld rekenen en moeten om die reden anders worden aangepakt en ingevoerd. Ook binnen de WEZ is het mogelijk al naar gelang de sectorspecifieke kenmerken maatwerk te leveren. Zo kan er tevens rekening worden gehouden met de stand van de ontwikkeling in een bepaalde sector ten aanzien van zaken als maatschappelijk verantwoord ondernemen en dergelijke.

*De leden van de VVD-fractie vroegen of de criteria zo omschreven kunnen worden dat zij voldoende «discriminerend» zijn om helder onderscheid te maken tussen initiatieven die wel en die niet gehonoreerd worden. Zij vroegen voorts of het denkbaar is dat daarbij het criterium «Wie het eerst komt ...» een rol kan spelen.*

De WEZ introduceert het instrument beleidskader waarmee op eenduidige wijze de toetsingscriteria voor de nabije toekomst bijeen worden gebracht. Het formuleren van criteria voor de toetsing van aanvragen is evenwel niet nieuw. Daarmee is op het terrein van de bouwregelgeving ruimschoots ervaring opgedaan met de huidige beleidsregels ex artikel 3

WZV. Gelet op het ontbreken van provinciale plannen waren de beleidsregels lange tijd het enige beschikbare voertuig voor het afwegen van plannen. Er vanuit gaande dat ook in de toekomst voldoende discriminatoire criteria ontwikkeld kunnen worden, die zijn gestoeld op inhoudelijke overwegingen en rekening houden met de regionale afstemming, dan zal het door de VVD-fractie gedeelde criterium niet worden gehanteerd.

*De leden van de VVD-fractie vroegen of de mogelijkheid bestaat op te komen tegen het beleidskader of de regiovisie. Tevens vroegen deze leden of beleidskaders gevolgen kunnen hebben voor reeds afgegeven toestemmingen.*

Tegen besluiten van algemene strekking is geen beroep mogelijk. Zowel het beleidskader als de eventueel ter uitwerking daarvan vastgestelde beleidsregels zijn besluiten van algemene strekking, waartegen in beginsel geen beroep kan worden ingesteld. Denkbaar is echter een geval waarin het beleidskader betrekking heeft op een terrein waarop slechts van één zorgaanbieder sprake is. Indien het beleidskader op dat terrein een concreet beleidsvoornemen bevat, zou dat voornemen door de rechter kunnen worden aangemerkt als een beschikking. Uiteraard kunnen belanghebbenden bij het beleidskader hun wensen via de geëigende kanalen aan ons ter kennis brengen. Bovendien brengen wij ingevolge artikel 2, derde lid, het kader ter kennis van beide kamers der de Staten-Generaal.

Omdat de regiovisie geen rechtsgevolg heeft, is ook daartegen geen beroep of bezwaar mogelijk. Zij vormt zoals gezegd ook geen zelfstandig toetsingskader bij de aanvraag om een toestemming. Wel voorziet artikel 3 van het wetsvoorstel erin dat van de regiovisie afwijkende opvattingen van deelnemende partijen ter kennisneming van de minister moeten worden gebracht.

*De leden van de fractie van het CDA stelden een serie zeer specifieke, inhoudelijke vragen over de dummy-beleidskaders. Ook de leden van de fracties van de PvdA en de VVD stelden daarover enkele inhoudelijke vragen.*

De hier gestelde vragen betreffen de inhoud van de dummy-beleidskaders en niet zozeer de werking van het instrument. Om die reden willen wij hier volstaan met een relatief beknopt antwoord op de gestelde vragen.

De teksten in de dummy voor de sector ziekenhuizen zijn gebaseerd op de nu nog geldende beleidsregels ex artikel 3. Eerder al is aangekondigd dat die beleidsregels aangepast zullen worden, waarbij de uitkomsten van de gevraagde uitvoeringstoets over gewenste ziekenhuisspreiding zullen worden meegenomen. In die uitvoeringstoets zal aandacht worden besteed aan verschillende ziekenhuiscategorieën en daarbij behorende omvangen. In die nieuwe beleidsregels zal waarschijnlijk ook een gemoderniseerd adherentiebegrip gehanteerd gaan worden. Inzake de bereikbaarheidsnorm op het terrein van de verloskunde zij verwezen naar de brief van 6 september 2001 (CZ/IZ-2210225).

De uitvoering van de WEZ zal niet interfereren met het scheiden van wonen en zorg, dit tevens in reactie op de vragen van de leden van de fracties van de PvdA en de VVD hierover. Zoals in de brief «Wonen en zorg op maat» van 27 juni 2001 al staat, wordt via de geleidelijke weg van het stimuleren van nieuwe initiatieven voor zelfstandig wonen met zorg en van het toetsen van plannen voor (nieuwe) initiatieven voor intramurale bouw op de mogelijkheden voor scheiden van wonen en zorg, bereikt dat er meer mogelijkheden komen voor zelfstandig wonen met zorg op maat. Zelfstandig wonen valt uiteraard buiten het bouwregime van de WEZ. Ook



de (intramurale) kleinschalige woonvormen voor gehandicapten zullen niet onder het bouwregime van de WEZ vallen.

Besluitvorming over de eventuele uitvoering van een «bruteringsoperatie» en de wijze waarop die zou moeten worden uitgevoerd kan pas plaatsvinden na afronding van het onderzoek, zoals aangegeven in het antwoord in paragraaf 25 op de vragen de leden van de D66-fractie hierover. Daarbij zal uiteraard ook een kosten-baten afweging plaatsvinden. De vraag op welke wijze voor de implementatie van daaruit volgend beleid het instrumentarium van de WEZ wordt ingezet kan daarom op dit moment niet worden beantwoord.

Wat betreft de sector verpleging en verzorging het volgende. Gelet op de ontwikkelingen zoals die zich het afgelopen decennium hebben voorgedaan in de realisering van verpleeghuizen en de situatie op de bouwmarkt meer in het algemeen is het niet verantwoord te veronderstellen dat er nog veel sneller dan waarvan thans wordt uitgegaan met dit streefcijfer, verpleeghuiscapaciteit kan worden gerealiseerd. Bijkomend kan het zo zijn dat in steeds toenemende mate wijzigingen kunnen en zullen optreden in de vraag van verzekeren en de mogelijkheden om daaraan op een verantwoorde manier tegemoet te kunnen komen. Dat zou kunnen betekenen dat dat niet in traditionele verpleeghuizen het geval zal zijn. Overigens is het overigens zo dat elke twee jaar een actualisatie zal plaatsvinden van het beleidskader. Dit doel kan gelet op de veranderende omstandigheden zowel neerwaarts als omhoog worden bijgesteld. Op dit moment wordt dit een reëel aantal geacht te zijn.

Wat betreft de verpleeghuissector als schakel tussen thuiszorg en ziekenhuiszorg het volgende. Het is geenszins de bedoeling reeds in gang gezette ontwikkelingen en bestaande mogelijkheden om capaciteit te realiseren stop te zetten of in te perken. Het ontwikkelen van plannen om delen van ziekenhuizen in gebruik te nemen als verpleeghuisvoorzieningen, wat overigens niet eens langer als onorthodox kan worden bestempeld, om enerzijds de keten gestalte te geven en anderzijds tegemoet te komen aan de enorme behoefte aan verpleeghuiszorg, wordt vooralsnog onverkort voortgezet. Een en ander zal derhalve in het definitieve beleidskader worden verwoord.

*De leden van de GroenLinks-fractie citeerden enkele passages uit de dummy van het beleidskader voor de sector verpleging en verzorging en merkten op het vooral een uitgebreide beschrijving is van situaties, overwegingen en algemeen onderschreven uitgangspunten. Zij misten een operationalisering en vroegen in dit kader wat het inhoudt dat de bouwprioriteitenlijst wordt heroverwogen.*

Anders dan voorheen het geval was, wordt in het kader van de WEZ uitgegaan van verantwoordelijkheden die partijen in de regio's dragen voor het realiseren van voldoende zorgaanbod en het aanbieden daarvan tegen redelijke prijzen en de hoogst mogelijk kwaliteit. Voor de sector verpleging en verzorging betekent dit dat wordt uitgegaan van de vraag in een bepaalde regio die zich manifesteert in een regiovisie of in concrete aanvragen om exploitatietoestemmingen. Vooralsnog dienen die inspanningen vooral te zijn gericht op het realiseren van meer aanbod. Hoe dat gerealiseerd moet worden weten partijen het beste, waar het op aan komt is dat er voor het realiseren van dat aanbod financiële middelen voorhanden zijn en dat er zo min mogelijk administratieve belasting optreedt op de weg daarnaar toe. Door dezelfde overwegingen ingegeven, namelijk het veld weet zelf het best waar behoefte aan bestaat en is in staat te peilen hoe de vraag naar zorg zich ontwikkelt en met name met welke omvang de instelling verantwoord te exploiteren is, staat in de dummy van het beleidskader dat de hoeveelheid zorg niet op voorhand wordt

begrenst, zoals nu wel het geval is, door het aantal bedden of plaatsen aan te geven die een instelling minimaal intramuraal dient te hebben. Maar voor elke eenheid zorg die een instelling wenst te realiseren geldt uiteraard wel een standaard investerings- en daarvan afgeleid exploitatiebedrag. Het bedrag dat in het beleidskader staat is bedoeld om instellingen die een kleinere voorziening willen realiseren, wat beleidsmatig wenselijker is dan grotere instellingen bouwen, buiten de bouwprocedures die een grotere administratieve belasting met zich brengen dan alleen een exploitatietoestemming, te houden.

Van een heroverweging van «de» bouwprioriteitenlijst is geen sprake. Voor de sector verpleging en verzorging is voorzien in een overgangsregeling die partijen in de regio's in staat stelt om reeds ingediende initiatieven te herijken. Beoordeeld kan worden of de initiatieven zoals ze werden ingediend in een ander tijdsbestek nog actueel zijn. Als ze dat het oordeel van partijen nog steeds zijn, dan zullen ze onder de WEZ worden behandeld. De initiatieven die eerder werden bekendgemaakt aan het ministerie en die in latere jaren (2004, 2005 en 2006) zullen worden gerealiseerd, waarvoor nog geen aanvragen zijn ingediend en die niet stroken met de beleidsuitgangspunten zoals die op dat moment gelden, dienen in hun uitwerking (als concrete aanvraag) wel in overeenstemming te zijn gebracht met dat nieuwe beleid. Overigens een normale, meer gebruikte overgangsregeling.

*De leden van de SGP-fractie memoreerden hun bezorgdheid over de toegang tot en de positie van de levensbeschouwelijke zorginstellingen die veelal een typisch regio-overschrijdend karakter hebben. Deze leden riepen de toezegging tijdens het hoofdlijnen debat in herinnering, waarbij de minister stelde dat zij in de stukken expliciet aandacht zou schenken aan de wijze waarop de positie van genoemde organisaties in het nieuwe stelsel kan worden gewaarborgd. Zij drongen er op aan dit tijdig te doen en vroegen derhalve op korte termijn een nadere uitwerking van de door de minister gedane toezegging.*

De positie van landelijke, bovenregionale voorzieningen zal uitgewerkt worden in de definitieve beleidskaders. Daarbij is de huidige situatie het uitgangspunt.

In de sector verpleging en verzorging hebben een aantal verzorgingshuizen en een uitermate gering aantal verpleeghuizen een bijzondere functie. In de sector ziekenhuizen komen dergelijke regio-overstijgende instellingen met een levensbeschouwelijk karakter niet voor. In de gehandicaptenzorg zijn er zowel regionaal, als bovenregionaal (landelijk) instellingen met een levensbeschouwelijk karakter. Vooralsnog verandert er voor bestaande instellingen met een landelijke functie niets door invoering van de WEZ, aangezien het om bestaande instellingen gaat en de contracteerplicht vooralsnog niet is opgeheven op het moment dat de WEZ in werking treedt. Voor het overige is het zo dat in de verschillende sectoren het leidend principe wordt gevormd door de wens van de cliënt en het beleid ten aanzien van wonen met zorg op maat. Met andere woorden, aan de vraag van bepaalde cliënten zal door bepaalde aanbieders tegemoet gekomen moeten worden (voor zover dit tot nu toe nog niet is verwoord in de dummy van het beleidskader, dan zal dat alsnog worden gedaan in de definitieve versie). Verzekeraars zullen uit dien hoofde gehouden zijn voldoende contracten te sluiten met aanbieders van die bepaalde zorg. Voor zover die vraag te gering is om op regionaal niveau georganiseerd te kunnen worden, zullen aanbieders en verzekeraars op een bredere schaal ter zake met elkaar afspraken moeten maken. Dit geldt ook voor aanbieders met een levensbeschouwelijke grondslag.

## 15. De exploitatietoestemming

*De leden van de PvdA-fractie vroegen welke gegevens die in de huidige beschikkingen voorkomen bij de inwerkingtreding van de WEZ geen onderdeel meer zullen uitmaken van de aanvraag om exploitatietoestemming. Deze leden vroegen een reactie op hun voorstel in het eerste jaar van toekenning van de exploitatietoestemming een quick scan onderzoek te laten uitvoeren naar de kwaliteit van de nieuw toegelaten instellingen, dit omdat deze leden het belangrijk vinden dat er ook een toets op kwaliteit van de zorgaanbieders plaatsvindt.*

De WEZ beoogt onder meer het aantal procedures tot een minimum te beperken. Dit betekent dat ook het aantal gegevens in de exploitatietoestemming tot het hoogst noodzakelijke beperkt zal blijven. Immers, elke keer als een initiatief van een instelling leidt tot wijziging van een onderdeel van de afgegeven beschikking, moet weer een procedure tot wijziging van die beschikking worden gestart. In dit kader moet een onderscheid gemaakt worden tussen de gegevens die door de instelling aangeleverd moeten worden bij de aanvraag om (wijziging van) een exploitatietoestemming en gegevens die in de beschikking zelf worden vastgelegd. Om een initiatief van een instelling te kunnen toetsen aan de criteria uit het beleidskader, aan de eisen omtrent de bestuursstructuur en omtrent de ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering en zo nodig aan de prestatie-eisen, moet het bestuursorgaan dat zijn oordeel moet vormen beschikken over ter zake doende informatie. De hiervoor noodzakelijke gegevens worden vastgelegd in de algemene maatregel van bestuur op grond van artikel 5. Als voorbeeld noem wij hier de statuten van de instelling. In de exploitatietoestemming zelf wordt echter alleen die informatie opgenomen die voor de overheid dusdanig relevant is dat zij bij wijziging van die gegevens wil kunnen controleren of de instelling nog conform de criteria van het beleidskader handelt. Zo zal in de sector ziekenhuizen het aantal bedden van een ziekenhuis niet in de toestemming worden opgenomen omdat ziekenhuis en verzekeraar in de huidige situatie er prima in slagen om hierover adequate afspraken te maken. De door het ziekenhuis uit te oefenen zorgfuncties worden wel in de toestemming opgenomen om te kunnen blijven controleren of de spreiding van deze functies in lijn is met de beleidsmatige uitgangspunten gericht op het borgen van een goede toegankelijkheid van de ziekenhuiszorg in Nederland. Ook de omvang van AWBZ-instellingen blijft vooralsnog opgenomen in de toestemmingen. Dit gegeven is van belang om het beleid gericht op het scheiden van wonen en zorg te kunnen vormgeven.

In samenwerking met het CVZ heeft een inventarisatie van de gegevens in de huidige toelatingen plaatsgevonden. Afhankelijk van het beleid per 2003 (vast te leggen in het definitieve beleidskader) en de uiteindelijke invulling van het bouwregime wordt afgewogen welke gegevens per 2003 uit de toelatingen kunnen worden geschrapt.

De gedachte om in verband met de kwaliteit van de zorg bij nieuwe toetreders een quick scan te laten uitvoeren door de IGZ is lastig in praktijk te brengen. Immers, deze leveren nog geen zorg. De Kwaliteitswet zorginstellingen gaat er bovendien vanuit dat een instelling zelf verantwoordelijk is voor zijn kwaliteit. In verband daarmee met elke instelling jaarlijks een kwaliteitsverslag uitbrengen.

*De leden van de VVD-fractie vroegen waarom het CVZ bij de procedure is betrokken. Zij merkten op dat de IGZ toezicht houdt op de naleving van de WEZ en vroegen of dit niet tot een extra administratieve belasting leidt.*

De taaktoedeling van het CVZ en de IGZ komt overeen met de rol die beide instanties onder de huidige regelgeving hebben. De WEZ brengt

geen verandering in het toezicht op de kwaliteit, waarvoor de IGZ verantwoordelijk is. Ook de taken van het CVZ blijven met de WEZ in beginsel ongewijzigd. Er is geen sprake van een wijziging in de toedeling van taken en derhalve ook niet van een extra administratieve belasting. Voor de toedeling van taken aan het CVZ zij korthedshalve verwezen naar de memorie van toelichting bij de Wet uitvoeringsorganen volksgezondheid (Kamerstukken II, 1997/98, 26 011, nr. 3). Voor de volledigheid zij tevens verwezen naar de antwoorden over uitbreiding van het budget en de menskracht van het CVZ in paragraaf 24 en naar het antwoord met betrekking tot de toets door Actal in paragraaf 25 van deze nota.

*De leden van de VVD-fractie vroegen of instellingen om een exploitatie-toestemming te krijgen aan alle criteria moeten voldoen of dat er sprake is van partiële toestemming. Zij vroegen of ook bestaande instellingen aan alle criteria moeten voldoen om een exploitatietoestemming te krijgen en of bestaande en nieuwe instellingen aan dezelfde criteria worden getoetst. Deze leden vroegen of er overgangsregels worden gesteld en of die regels leiden tot beperkingen ten opzichte van de WZV.*

De artikelen 40 en 42 van de WEZ regelen dat de toelating van bestaande instellingen van rechtswege wordt omgezet in een exploitatie-toestemming. Deze instellingen hebben immers eerder de procedure van WZV, AWBZ of Ziekenfondswet al doorlopen. Er vindt geen nieuwe toets aan het beleidskader plaats. De verleende vergunning blijft rechtsgeldig, evenals de op basis van die vergunning gesloten contracten met zorgverzekeraars. Voor zover er aan de WZV-vergunning voorschriften of beperkingen waren verbonden, worden deze gehandhaafd; zij gelden als voorschriften of beperkingen op grond van de artikelen 12 en 13. Pas als een aanpassing van de aan bestaande instellingen verleende vergunning aan de orde is vindt de toets aan het beleidskader plaats. Voor alle vergelijkbare initiatieven van instellingen waarvoor een toestemming moet worden gevraagd geldt hetzelfde regime en gelden dezelfde objectieve toetsingscriteria. Het is mogelijk dat de toepassing van deze objectieve criteria er toe leidt dat het ene initiatief wel en het andere niet wordt gehonoreerd. Bij beperkte financiële ruimte kan het uit een oogpunt van doelmatigheid en het zo snel mogelijk beantwoorden aan de vraag bijvoorbeeld nodig zijn de uitbreiding van het aanbod te gunnen aan instellingen die daarvoor geen bouw hoeven te realiseren ten koste van instellingen die voor dezelfde zorg (nieuw)bouw willen plegen. Hierdoor is het denkbaar dat een bestaande instelling die al een gebouw exploiteert zijn zorgverlening mag uitbreiden ten koste van een nieuwe aanbieder die daarvoor eerst nog in bouw had moeten investeren. Overigens brengen de procedures van de WEZ op dit punt geen verandering aan ten opzichte van de huidige situatie. Uiteraard profiteren ook de bestaande instellingen bij het ontplooiën van nieuwe initiatieven van de deregulering die met de WEZ zijn intrede doet. Het nieuwe vergunningstelsel met maximaal drie beslismomenten, het beperkte bouwregime, en de vermindering van de gegevens in de exploitatietoestemming zijn onverkort op hen van toepassing. Voor bestaande instellingen gelden vanaf het moment van inwerkingtreding van de WEZ wel de eisen als bedoeld in artikel 12, eerste volzin (de transparantie-eisen). Dit zijn algemene, krachtens de wet geformuleerde eisen, waar instellingen met een exploitatietoestemming aan moeten blijven voldoen. Bij nota van wijziging wordt een nieuw artikel 42a ingevoegd om bestaande instellingen een extra termijn van een jaar te gunnen om aan de transparantie-eisen te gaan voldoen. Zoals beschreven in paragraaf 13 van deze nota worden de instellingen als bedoeld in artikel 4, tweede lid, met de nota van wijziging van de transparantie-eisen uitgezonderd.

*De leden van de VVD-fractie vroegen welke beroepsmogelijkheden er zijn voor zorgaanbieders die geen toestemming krijgen.*

Een zorginstelling die geen exploitatietoestemming krijgt, kan ingevolge artikel 8:1 van de Algemene wet bestuursrecht tegen de weigering beroep instellen bij de rechtbank; daaraan vooraf gaat een bezwaarschrift-procedure. Bij het bezwaar of beroep zullen de gronden voor de weigering worden getoetst; deze staan opgesomd in de artikelen 6, derde lid, en 8, eerste lid. In voorkomend geval zal de weigering dus worden getoetst aan het beleidskader. De regiovisie vervult slechts een indirecte rol. De informatie uit de regiovisies kan bij een afwijzing op grond van het beleidskader een rol spelen voorzover deze informatie door de minister nadrukkelijk is overgenomen en in toetsingscriteria is vastgelegd in het beleidskader.

*De leden van de VVD-fractie vroegen hoe in de WEZ is geregeld wanneer een zorgaanbieder zijn exploitatietoestemming verliest, wie daartoe het initiatief neemt, wie besluit en welke criteria worden gehanteerd. Ook vroegen deze leden of een instelling gecompenseerd wordt voor het verlies van zijn toestemming.*

Op grond van artikel 13, eerste lid, aanhef en onder d, kan een toestemming worden ingetrokken; het initiatief daarvoor en de bevoegdheid daartoe ligt volgens dat artikel bij de minister c.q. het CVZ, die hun beslissing moeten baseren op het beleidskader, bedoeld in artikel 2. De instelling kan uiteraard ook zelf om intrekking vragen. Indien de minister of het CVZ een besluit tot intrekking van de toestemming neemt als hier bedoeld, dan kan de instelling via artikel 16 eventueel een subsidie krijgen van het College sanering, om de financiële gevolgen van de intrekking van de toestemming op te vangen.

*De leden van de VVD-fractie vonden artikel 13 overbodig, zij achten wel een stimuleringsregeling nodig. Bovendien meenden deze leden dat de artikelen 14 en 15 niet passen in een wet die beoogt te dereguleren. Zij vroegen of de regering deze mening deelt.*

Wij zijn het niet eens met deze opvatting. Artikel 13 is nodig om scheefgroei ten opzichte van het beleidskader tegen te kunnen gaan. Ook onder de WZV is het mogelijk capaciteiten te beperken. Overigens is daar, afgezien van de beddenreductie-operaties van een aantal jaren geleden, spaarzaam gebruik van gemaakt. «Witte vlekken» zullen in het beleidskader worden aangegeven; het is aan de partijen in het veld om deze op te vullen. Het wetsvoorstel beoogt het proces te faciliteren waarmee meer ruimte en verantwoordelijkheid aan de zorginstellingen kan worden gegeven. Juist in een wet die het veld vrijheid geeft om de zorg binnen zekere kaders naar eigen goeddunken in te richten zonder voor iedere beslissing de goedkeuring van de minister te hoeven vragen, kunnen bepalingen met behulp waarvan de stakeholders en de overheid kunnen afleiden hoe de instellingen met hun verantwoordelijkheid omgaan, niet worden gemist. Hoe zou ik mij immers voor het parlement kunnen verantwoorden over de ontwikkelingen in de zorg, als ik niet de nodige informatie daarover zou kunnen vragen?

*De leden van de D66-fractie stelden voor bij nota van wijziging de reikwijdte van artikel 14 nu reeds vast te leggen.*

Aan dit voorstel is minder gemakkelijk te voldoen dan de leden wellicht veronderstellen. De WZV bepaalt weliswaar in artikel 23 dat ieder die een «ziekenhuisvoorziening» exploiteert, verplicht is jaarstukken in te dienen, maar om te weten wat een ziekenhuisvoorziening is, is het nodig kennis te

nemen van de algemene maatregel van bestuur op grond van artikel 1, eerste lid, onder c, van die wet. Omdat de WZV bij dit wetsvoorstel wordt ingetrokken, kan voor de werkingssfeer van artikel 14 van de WEZ niet naar de WZV worden verwezen. Gekozen zou kunnen worden voor een opsomming in artikel 14 van alle «oud-WZV-instellingen», maar dat zou weer tot gevolg hebben dat iedere verandering in de uitvoeringsregelingen op grond van de Ziekenfondswet, de AWBZ of de WVG wat betreft de aanduiding van instellingen, voor de WEZ een wetswijziging nodig maakt. Onze voorkeur gaat daarom uit naar één gelijk regelniveau voor alle met elkaar samenhangende wetten, te weten de algemene maatregel van bestuur.

*De leden van de fractie van D66 vroegen of het denkbaar is dat een instelling een exploitatietoestemming voor een bepaalde periode krijgt omdat dat vanuit beleidsmatig oogpunt wenselijk wordt gevonden. De leden nemen aan dat dit alleen kan samenhangen met de aard en omvang van de zorg, waar het in de kern van de exploitatietoestemming om gaat. Zij vroegen een voorbeeld te geven waarbij dat wenselijk zou kunnen zijn. De leden van de fractie van de ChristenUnie vroegen of het geen aanbeveling verdient om een exploitatietoestemming onder voorwaarden toe te kennen. De fractieleden van de SGP nodigden ons uit om, uit oogpunt van rechtszekerheid, de normen op grond waarvan voorschriften aan de exploitatietoestemming verbonden kunnen worden, vooraf te expliciteren. De leden van de fractie van de ChristenUnie merkten op dat uit oogpunt van bewaking van kwaliteit een exploitatievergunning altijd slechts voor een bepaalde tijd moet worden verstrekt. Zij vroegen hierop een reactie.*

Wij zijn het met de leden van de SGP-fractie eens dat het de rechtszekerheid ten goede komt wanneer instellingen vooraf weten welk beleid er ten aanzien van afgegeven exploitatietoestemmingen gevoerd wordt. Zeker als dat voorschriften, beperkingen of een intrekking van de toestemming tot gevolg kan hebben. Wij menen dat de introductie van het beleidskader in belangrijke mate aan die rechtszekerheid bijdraagt. Voorzover de overheid zich onder de WEZ nog bezighoudt met de beoordeling van instellingen gebeurt dit op basis van normen, beleidsmatig en financieel, die voor de komende jaren schriftelijk kenbaar worden gemaakt en expliciet aan het parlement worden meegedeeld. Samen met de transparantie-eisen en de prestatie-eisen voor bouw vormen de criteria uit het beleidskader een eenduidig kader waaraan de exploitatie van instellingen in de nabije toekomst beoordeeld wordt. In reactie op de opmerking van de D66-fractieleden merken wij op dat wij ons inderdaad geen andere redenen voor een tijdelijke toestemming denken dan samenhangend met aard en omvang van de zorg. Als voorbeeld van een beleidsmatige gewenste tijdelijke exploitatietoestemming noemen wij het exploiteren van V&V-zorg in een tijdelijke huisvesting, bijvoorbeeld in een deel van een andere gezondheidszorginstelling. Wij zullen graag gebruik maken van de suggestie van de leden van de fractie van de ChristenUnie indien dat past bij de beleidsmatig gewenste situatie. Hierbij kan gedacht worden aan instellingen wier organisatie van de zorgverlening niet meer passen bij de hedendaagse beleidsuitgangspunten en die uit eigen beweging geen aanstalten maken om initiatieven in de gewenste richting te ontplooiën. De voordelen van een periodieke exploitatietoestemming moeten echter goed afgewogen worden tegen de nadelen. Bij die nadelen valt te denken aan mogelijke rechtsonzekerheid, een nadeligere positie op de financiële markt en de administratieve belasting die met het periodiek verlenen van een toestemming gemoeid kan zijn. Hierbij moet ook in gedachten worden gehouden dat het wetsvoorstel er op is gericht om dergelijke zorginhoudelijke afwegingen te verplaatsen naar de decentrale markt. Hierbij past steeds minder dat de overheid regulerend optreedt.

## 16. Regiovisie

*De leden van de PvdA-fractie vroegen of wij hun mening delen dat de wens tot afstemming bij partijen op regionaal niveau een vanzelfsprekendheid zou behoren te zijn en dat verwacht mag worden dat partijen zelf komen tot opstelling van een regiovisie, in de wetenschap dat deze regiovisie bijdraagt aan de opstelling van het beleidskader. Zij vroegen nog eens uiteen te zetten waarom een regiovisie met de voorgestelde status opgenomen dient te worden in de WEZ. De leden van de VVD-fractie vroegen of een regiovisie noodzakelijk is en of wij de mening delen dat door het bestaan van regiovisies afstemmingsproblemen kunnen ontstaan. Deze leden vroegen verder hoe de vaststelling van de regiovisie door de Provincie zich verhoudt met de verantwoordelijkheden van partijen die al dan niet de inhoud van de regiovisie onderschrijven. De VVD-fractieleden vroegen ook wat er gebeurt als één der partijen die deelnemers zijn aan de regiovisie, het niet eens is met het uiteindelijke resultaat, welke beroepsmogelijkheid er is, met andere woorden: wat de juridische betekenis is van de regiovisie als vastgesteld document. Zij wilden weten welke partijen moeten ontbreken bij het opstellen van de regiovisie om niet langer te kunnen spreken van een regiovisie, wat het karakter is van deze visie en of partijen vrij zijn om in de praktijk een geheel andere opstelling te betrekken dan hun inbreng bij de totstandkoming van de regiovisie. Ook de leden van de D66-fractie vroegen naar de betekenis van de regiovisie. Zij vroegen of kan worden aangegeven wat een regiovisie is en of het feit dat het instrument niet als wettelijk bindend is opgenomen in voorliggend wetsvoorstel, betekent dat wij vinden dat de regiovisie niet doorslaggevend kan zijn in de uiteindelijke besluitvorming. De leden van de fractie van GroenLinks vroegen waarom partijen zich veel moeite zouden getroosten een dergelijk vrijblijvend stuk te produceren.*

Gezien de vele vragen over de regiovisie is het nodig om een aantal aspecten van die regiovisie nog eens helder neer te zetten; de functie en status van de regiovisie, de rollen van de provincies, verzekeraars en andere partijen, de verhouding tot het beleidskader en de positie van regio-overschrijdende instellingen.

In het regeerakkoord staat al aangegeven dat wij zeer veel waarde hechten aan een goede afstemming van zorg in de regio. Het introduceren van de regiovisie als officieel document is hier een uitwerking van. De regiovisie heeft twee functies. De voornaamste doelstelling van de regiovisie is het bereiken van afstemming op regionaal niveau tussen zorgaanbieders, verzekeraars, en andere partijen. Op het decentrale vlak is een groot aantal partijen op diverse zorgterreinen actief. Het gaat hier niet alleen om zorgaanbieders die zorg uit het eerste en tweede compartiment leveren, maar ook om zorgaanbieders die welzijnsgerichte voorzieningen aanbieden, gemeenten die de voorzieningen uit de Wet voorzieningen gehandicaptten verstrekken, woningbouwcorporaties etc. De functie van de regiovisie is al deze partijen bij elkaar te brengen om tot onderlinge afstemming te komen over de wijze waarop die partijen hun «zorg-activiteiten» organiseren. Het overleg moet leiden tot een document dat bijvoorbeeld informatie geeft over de aard en omvang van de huidige en verwachte zorgvraag, de manier waarop daaraan tegemoet kan worden gekomen en wat dat betekent voor de organisatie van de zorgverlening en de relaties tussen zorgvormen. Ook kan in de regiovisie inzichtelijk worden gemaakt wat de knelpunten zijn tussen vraag en aanbod en aan welke oplossingsrichtingen valt te denken. De regiovisie biedt bovendien de gelegenheid om aan te geven welke vormen van zorg prioriteit verdienen en welke relaties er zijn met andere vormen van dienstverlening met een publiek belang, zoals wonen, vervoer etc.

De totstandgekomen regiovisies hebben geen rechtsgevolgen voor de partijen in de regio. Ook wanneer er geen regiovisie in het kader van de WEZ tot stand komt heeft dit geen juridische gevolgen. De regiovisie is een verantwoordelijkheid voor de regionale actoren. Met de wettelijke opdracht aan de provincies en vier grote steden om regiovisies tot stand te brengen, willen wij echter wel het regio-overleg stimuleren. Hoewel er geen rechtsgevolgen zijn aan het ontbreken of het niet meepraten over een regiovisie, verwachten wij toch dat er degelijke regiovisies tot stand zullen komen. Omdat een regiovisie en de daardoor bereikte afstemming voordelen meebrengen voor de zorginstanties en doordat de regionale partijen met de regiovisie aandacht kunnen vragen voor specifieke regionale kenmerken, zijn er volgens ons genoeg incentives om in elke regio een regiovisie tot stand te brengen.

Het is niet mogelijk om in beroep te gaan tegen het document regiovisie. Van partijen die de vastgestelde regiovisie niet kunnen of willen onderschrijven, stuurt de provincie de afwijkende mening separaat mee. Het is wel zo dat partijen die zich verbinden aan de regiovisie een afspraak met elkaar maken. Het ligt uiteraard in de lijn der verwachting dan men zich aan zijn onderlinge afspraken houdt, ieder met behoudt van zijn eigen verantwoordelijkheid.

*De leden van de VVD-fractie vroegen hoe de in de WEZ genoemde regiovisie zich verhoudt tot de concurrentiepositie van verzekeraars en zorgaanbieders. Tevens vroegen deze leden of de regiovisies leidend zijn voor het landelijk op te stellen beleidskader of dat het andersom is. Ook vroegen zij waar verzekeraars zich bij het inkopen van zorg dan op moeten richten en of verzekeraars gehouden zijn rekening te houden met de regiovisie en/of het beleidskader. De leden van de D66-fractie vroegen of de regiovisie onder verantwoordelijkheid van de provincie opgesteld dient te worden of dat dit niet ook heel goed kan door de zorgverzekeraar de betrokken partijen bij elkaar te laten zetten. De leden van de D66-fractie vroegen verder op welke wijze zorginstellingen en hun regionale partners dan nog ruimte hebben om hun eigen specifieke invulling aan de zorginfrastructuur te geven en of dit uit het langetermijnhuisvestingsplan moet blijken. De leden van de SGP-fractie waren stellig van mening dat een wettelijke verankering van de regiovisie niet te rijmen valt met de doelstelling van voorliggend wetsvoorstel en vroegen hierop onze reactie. Net als deze leden wezen de leden van de VVD-fractie op de regierol van de zorgverzekeraars. De VVD-fractieleden vroegen of wij hun mening delen dat de regiovisie verhindert dat de zorgverzekeraar als regisseur van zorg zijn (inkoop)taken niet goed zal kunnen vervullen, dat daardoor de vraagsturing gefrustreerd raakt en de verantwoordelijkheidsverdeling nog diffuser. Ook vroegen deze leden op welke wijze regiovisies passen in plannen als «zorg verzekerd» en «Vraag aan bod» waar de regionale insteek juist verlaten is.*

Uit de vragen van de verschillende fracties maken wij op dat er onduidelijkheid bestaat over rol van verzekeraars en provincies bij de vorming van de regiovisie. De regisseursrol van de verzekeraar en de rol van de provincie bij het opstellen van de regiovisie zijn van verschillende orde en hoeven elkaar dan ook zeker niet te hinderen, integendeel. De regisseursrol van de verzekeraar betreft de zorginkoop omdat hij verantwoordelijk is voor de levering van de zorg in natura waar verzekerden krachtens de AWBZ en Ziekenfondswet aanspraak op hebben. Besprekingen die tussen verzekeraars en aanbieders in dit kader gevoerd worden zijn van geheel andere orde dan het met het wetsvoorstel WEZ voorgestelde afstemmingsoverleg in de vorm van de regiovisie. Dit volgt ook uit de veel bredere samenstelling van het overleg over de regiovisie, dat plaatsvindt onder voorzitterschap van de provincie. Bij het regio-overleg



gaat het niet alleen om zorgaanbieders die zorg uit het eerste en tweede compartiment leveren, maar ook om zorgaanbieders die welzijnsgerichte voorzieningen aanbieden, gemeenten die de voorzieningen uit de Wet voorzieningen gehandicapten verstrekken, woningbouwcorporaties etc. De functie van de regiovisie is al deze partijen om één tafel te brengen om te praten over de manier waarop alle partijen hun «zorgactiviteiten» zo kunnen organiseren dat de vraag van de daarin optimaal tot zijn recht komt. De afstemming tussen het eerste en tweede compartiment is daarbij van niet minder belang. Als voorbeeld noemen wij de verkorte opnametijden van ziekenhuizen waardoor een andere inzet en organisatie van thuiszorg noodzakelijk wordt. Door het stimuleren van de ontwikkeling van regiovisies, door provincies een wettelijke taak te geven, krijgt de vraagkant een belangrijke plaats in het systeem van de WEZ. Via de regiovisie kan worden aangegeven wat de vraag is binnen een regio. Dit geeft de nodige informatie bij de opstelling van de beleidskaders om beter te kunnen inspelen op de vraag.

*De leden van de VVD-fractie stelden dat bij het formuleren van het beleidskader de regiovisies als één van de belangrijkste informatiebronnen worden gehanteerd en vroegen hoe in dit geval het beleidskader zich verhoudt tot de keuzevrijheid en flexibiliteit die voor patiënten en zorgbehoevenden voorop dient te staan. De leden van de fractie van het CDA vroegen welke status de regiovisie heeft in relatie tot het door de minister in het beleidskader vastgestelde financiële kader alsmede de daarop van toepassing zijnde prioritering. Zij vroegen of van de provincies, respectievelijk grote steden, verondersteld wordt dat zij zelf prioritering aanbrengen binnen een vooraf vastgesteld budgettair kader. De leden van de CDA-fractie vroegen ook of het beleidskader gezien moet worden als een optelsom van regiovisies waarbinnen een prioritering wordt aangebracht en hoe zich dit dan verhoudt tot de wenselijkheid van vraaggestuurde zorg.*

De sectorale beleidskaders en de regiovisies staan als volgt tot elkaar in relatie. De regiovisies houden rekening met het beleid dat de minister in zijn sectorale beleidskaders neerlegt; het eindproduct van afstemming in de regio fungeert op zijn beurt als informatiebron bij het actualiseren van de sectorale beleidskaders. De regiovisie is meer dan een vertaling van het beleidskader naar een lager abstractieniveau, maar geeft aan wat in de regio van belang gevonden wordt door de bij de zorg betrokken partijen. Het beleidskader is bedoeld om criteria aan te geven zodat de minister dan wel het CVZ aanvragen voor (wijziging van) een exploitatie-toestemming kunnen beoordelen. De regiovisies leveren input om deze criteria op te kunnen stellen. Het kan zijn dat criteria in het beleidskader worden bijgesteld aan de hand van specifieke regionale omstandigheden die om specifieke criteria vragen. De regio's kunnen aan de hand van hun kennis over specifieke regionale omstandigheden aangeven hoe vraag en aanbod in hun regio het beste op elkaar kunnen worden afgestemd. In de regiovisie kan bijvoorbeeld worden aangegeven welke opstelling er in die regio heerst ten opzichte van kleine ziekenhuizen of ten opzichte van een specifiek voor die regio bijzondere demografische ontwikkeling. Het is niet zo dat in de regiovisie een prioritering moet worden opgenomen zoals de leden van de CDA-fractie veronderstellen. Hoe de partijen de regiovisie opstellen is de verantwoordelijkheid van de regionale partijen. In de memorie van toelichting gaven wij al aan welke elementen een plaats zouden kunnen krijgen in een regiovisie. Bij de antwoorden in het begin van deze paragraaf noemden wij ook een aantal mogelijke elementen.

Het beleidskader is zeker geen optelsom van de regiovisies. Wel zullen elementen uit de verschillende regiovisies doorklinken in het beleidskader,

inclusief de aspecten als keuzevrijheid en flexibiliteit voor patiënten en zorgbehoevenden.

*De leden van de fractie van de ChristenUnie pleitten in beginsel voor één regionaliseringprincipe in de gezondheidszorg. Zij vroegen hoe het onderhavige voorstel zich daarmee verhoudt. Zij vroegen of wij het haalbaar achten om dezelfde regio-indelingen momenteel worden gehanteerd binnen het beleidsterrein van de gezondheidszorg. De fractieleden van de ChristenUnie stelden verder voor een verplichting in de wet op te nemen dat voor bovenregionale zorgvoorzieningen interregionaal overleg verplicht is, door vast te leggen dat in een regiovisie verplicht een paragraaf «bovenregionale voorzieningen» moet worden opgenomen. De leden van de CDA-fractie vroegen in hoeverre bij het opstellen van een regiovisie rekening moet worden gehouden met zorgverlening over de grens. De leden van de GroenLinks-fractie vroegen of wij kunnen onderzoeken of de (inter)gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid een functie in dit kader zouden kunnen vervullen.*

In de gezondheidszorg wordt nu vooral de WZV-regioindeling gehanteerd. Deze heeft echter een andere functie dan het regiobegrip in de WEZ. De WEZ gaat uit van een natuurlijke regio-indeling. Met andere woorden, er wordt geen indeling in regio's opgelegd of gekoppeld aan bepaalde verantwoordelijkheidsgebieden zoals van de GGD'en. Dat betekent dat partijen de regio kunnen indelen zoals dat «natuurlijk» het beste past, bijvoorbeeld gegeven bestaande patiëntenstromen en adherentiegebieden. Wat betreft de regiovisie en regiogrens overschrijdende instellingen het volgende. De provincie of de grote stad heeft de verantwoordelijkheid om de partijen aan de overlegtafel uit te nodigen. De deelnemers aan het overleg kunnen zelf bepalen hoe om te gaan met regio overstijgende voorzieningen. Hierbij kan de provincie het voortouw nemen. Wij kunnen ons voorstellen dat regio-overstijgende voorzieningen door meerdere provincies worden uitgenodigd deel te nemen aan het regio-overleg. Hetzelfde geldt wanneer een regio grenst aan de landsgrenzen. Het is de verantwoordelijkheid voor de partijen in de regio om er ook afstemmingsafspraken kunnen worden gemaakt met partijen van over de grens. Wij vinden het niet passend om van bovenaf op te leggen hoe er moet worden omgegaan met bovenregionale voorzieningen in de regiovisie. Ingevolge artikel 3, tweede lid, regelt het provinciaal bestuur dan wel het bestuur van de grote stad het overleg over de totstandkoming van de regiovisie. De suggestie om daarin mee te nemen hoe om te gaan met bovenregionale voorzieningen zou daarin een plaats kunnen krijgen. De leden van de GroenLinks-fractie constateerden terecht dat goed onderbouwde (inter) gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid een belangrijke bijdrage kunnen aan leveren aan de regiovisie. Het is aan de regio te bepalen hoe dit vorm moet krijgen.

## **17. Winstoogmerk**

*De leden van de VVD-fractie vroegen waarom instellingen die ziekenfonds- of AWBZ-zorg leveren geen winstoogmerk mogen hebben en wat dit betekent voor de instellingen die op dit moment wel winstoogmerk hebben. Ook vroegen zij hoe dit verbod zich verhoudt tot de mogelijkheid voor natuurlijke personen om wél winstoogmerk na te streven, ook als zij ten behoeve van de sociale verzekering werken.*

Een organisatie die een winstoogmerk heeft, stelt zich ten doel winst te maken en deze winst vervolgens uit te keren aan de aandeelhouders. Zoals wij in de memorie van toelichting (paragraaf 4.3.2) al uitgebreid aangaven, achten wij het niet gepast dat instellingen, wier kosten ten laste

van de collectieve middelen komen (ziekenfonds- of AWBZ-premie), als doelstelling hebben positieve exploitatieresultaten aan de aandeelhouders ten goede laten komen en niet aan de zorg. Ook onder de WZV c.q. de Ziekenfondswet en AWBZ geldt thans het verbod op winstoogmerk. Voor de (overigens weinige) instellingen die wel een winstoogmerk hebben betekent het bestaande verbod op winstoogmerk als doelstelling van de onderneming dat zij slechts onder voorwaarden toegelaten worden voor het leveren van zorg die ten laste van de ziekenfondsverzekering of de AWBZ wordt gefinancierd. Dat is nu bijvoorbeeld het geval met zelfstandige behandelcentra die een bijdrage leveren aan het wegwerken van de wachtlijsten in de zorg. Een verbod op winstoogmerk is voor natuurlijke personen niet aan de orde, omdat het daarmee een natuurlijke persoon verboden zou worden inkomen te verwerven om in zijn levensonderhoud te voorzien en een oudedagsvoorziening te treffen.

*De leden van de D66-fractie vroegen welke activiteiten zorginstellingen mogen ondernemen om een positief exploitatieresultaat te krijgen. Zij wilden weten of dat louter de activiteiten zijn op basis waarvan een exploitatietoestemming is gekregen of mogen ook aanpalende bezigheden gedaan worden. Ook vroegen zij waar de ruimte zit om tot zo'n positief exploitatieresultaat te komen.*

Instellingen kunnen een positief exploitatieresultaat halen door zo de aangeboden zorg zo doelmatig en doeltreffend mogelijk te organiseren en door een prudente bedrijfsvoering. Voorbeelden zijn: het optimaliseren van de inrichting van het zorgproces, een «stevig» inkoopbeleid voeren, een goed en pro-actief gebouwenbeheer, een op terugdringing van ziekteverzuim gericht personeelsbeleid en dergelijke. Instellingen die een exploitatietoestemming hebben moeten binnen de grenzen van die toestemming blijven.

## **18. Nadere regelgeving op grond van de WEZ**

*De leden van de CDA-fractie vroegen of wij hun mening delen dat het grote aantal AMvB's het gevaar in zich houdt dat er mogelijk toch weer sprake zal zijn van verregaande overheidsbemoeienis. Deze leden hechten eraan om op basis van de nog te formuleren inhoud van de diverse AMvB's met de regering van gedachten te kunnen wisselen. De leden van de D66-fractie merkten op dat bij AMvB een nadere invulling aan het toepassingsgebied van dit wetsvoorstel kan worden gegeven. Deze leden waardeerden de ruimte die hiermee op termijn gecreëerd kan worden. Zij zouden echter liever een overgangstermijn vastgelegd zien zodat instellingen zich hierop kunnen voorbereiden, maar wel reeds duidelijk in een wetsartikel vastgelegd zien om welke (categorieën van) instellingen het hier gaat. Deze leden vroeg waarom wij hier niet voor hebben gekozen en of wij niet bang zijn dat door deze ruimte te geven ook het omgekeerde wel eens zou kunnen plaatsvinden: door middel van de AMvB alles verder dichtregelen.*

Bij de vormgeving van de WEZ als proceswet is zorgvuldig afgewogen hoe de noodzakelijke flexibiliteit met de nodige rechtszekerheid kon worden vormgegeven. Het advies van de Raad van State heeft hier een belangrijke bijdrage aan geleverd. Dit heeft naar onze mening geleid tot een adequaat instrumentarium, gebaseerd op een wettelijk geregeld vergunningenstelsel, een bevoegdheidsverdeling en procedures met zo weinig mogelijk beslismomenten als elementen die de rechtszekerheid bepalen. Maar een regeling alleen op wetsniveau is niet toereikend. Het voorliggende voorstel kent drie algemene maatregelen van bestuur die de werking van de WEZ mede bepalen. Zoals eerder aangegeven is in reactie op een signaleringstoets van het CTG bij nota van wijziging een delegatie-

bepaling getroffen voor de reikwijdte van WEZ. Dit in verband met de noodzakelijke harmonisatie met de wetten waarmee de WEZ (evenals de WZV) nauw samenhangt, te weten de Ziekenfondswet, de AWBZ en de WTG. De tweede algemene maatregel van bestuur is die waarin de «transparantie-eisen» (ook wel «kwaliteitseisen bedrijfsvoering» genoemd) worden vastgelegd. De derde algemene maatregel van bestuur betreft het bouwregime. Hoewel de formele tekst van de algemene maatregelen van bestuur pas later in het wetgevingstraject beschikbaar zal zijn is de materiële inhoud van de eerste twee algemene maatregelen van bestuur op dit moment voldoende bekend om hierover van gedachten te kunnen wisselen. Met de algemene maatregel van bestuur over de reikwijdte van de WEZ wordt uiteraard precies die werkingsfeer geregeld zoals dat tot op heden in alle voorliggende stukken is beschreven en toegelicht. De voorgenomen materiële inhoud van de algemene maatregel van bestuur over de transparantie-eisen staat in bijlage 2 bij de brief van 25 september 2001. De vragen die daarover zijn gesteld, worden beantwoord in paragraaf 23 van deze nota.

Anders dan de genoemde algemene maatregelen van bestuur, die een meer statisch karakter hebben, draagt de algemene maatregel van bestuur over het bouwregime inhoudelijk bij aan het proceskarakter van het wetsvoorstel. Met de nadere vormgeving van het bouwregime krijgt het vergroten van de verantwoordelijkheden van instellingen voor de eigen huisvesting vorm. De in dit kader geregelde verruiming van bevoegdheden zijn belangrijke stappen in de richting van meer vraaggestuurde zorg. In paragraaf 1 gaven wij reeds aan waarom wij daaraan geen termijn en tijdstippen koppelen. Wij kunnen ons goed voorstellen dat het parlement, naast de voornemens voor het bouwregime per 2003 zoals beschreven in de brief van 25 september, ook ná de inwerkingtreding van de WEZ een vinger aan de pols wil houden. Graag voldoen wij aan het verzoek van de leden van de CDA-fractie om uw Kamer de gelegenheid te bieden over de vormgeving van dit proces met de regering van gedachten te wisselen. Bij nota van wijziging is voor de algemene maatregel van bestuur inzake het bouwregime dan ook een voorhangprocedure geregeld. In het hierna volgende antwoord op een vraag van de D66-fractie wordt dieper op de bedoelingen van deze algemene maatregel van bestuur ingegaan.

*De leden van de fractie van de VVD stelden dat ten aanzien van de (kostbare) bouw van instellingen op dit moment een vergunningstelsel in de vorm van een toestemming wel zou kunnen functioneren. Zij vroegen of wij de mening delen dat op termijn ook dit systeem ter discussie moeten worden gesteld en moeten kunnen verdwijnen.*

De criteria voor het loslaten van het bouwregime, zoals verwoord in paragraaf 8.2 van de memorie van toelichting geven de randvoorwaarden weer waar aan voldaan moet zijn om de instellingen op dit punt meer ruimte te geven. Naarmate de mogelijkheden voor vraagsturing op het decentrale niveau groter worden zal het bouwregime steeds beperkter van karakter worden. Waar deze verruiming van bevoegdheden voor het veld uiteindelijk zijn grenzen vindt is moeilijk te voorspellen, aangezien de feitelijke ontwikkeling in de diverse sectoren hiervoor bepalend zijn. Om de parlementaire betrokkenheid en de discussiemogelijkheden hierover te expliciteren is voor de regelgeving op dit punt bij nota van wijziging een voorhangprocedure geregeld.

*De leden van de PvdA-fractie vroegen waarom het in artikel 1, lid 2, mogelijk wordt gemaakt bepaalde instellingen of delen bij AMvB uit te zonderen van het wettelijk regime. Te meer daar er nu geen concrete voornemens bestaan om van deze mogelijkheid gebruik te maken.*

Het wetsvoorstel kent een aantal algemene maatregelen van bestuur van technisch van aard. Hoewel essentieel voor de vormgeving van de uitvoering van de WEZ betreft het regelingen op detailniveau, die zich niet lenen voor opname in de wettekst. In het antwoord op vragen van de fractieleden van de PvdA over de gegevens in de exploitatietoestemming (paragraaf 15) is dat voor de algemene maatregel van bestuur gebaseerd op artikel 5 geïllustreerd. In bijlage 3 bij de brief van 25 september 2001 staat op welke wijze de technische regelingen bij de inwerkingtreding van het wetsvoorstel worden ingevuld. Ook de delegatiebepaling van artikel 1, tweede lid, kan niet worden gemist. Hoewel het voor de uitvoering van de WEZ binnen het huidige stelsel niet nodig is om technische correcties aan te brengen, voorzien wij dat dat op een later moment in het proces naar vraagsturing wel het geval kan zijn. Als voorbeeld valt te denken aan het verbod op winstoogmerk dat voor alle collectief gefinancierde instellingen geldt. In afwachting van het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg inzake «profijtelijk zorgverleners» en bespreking van het kabinetsstandpunt daarop met uw Kamer, is het denkbaar dat in de nabije toekomst voor bepaalde categorieën van instellingen het vereiste van het ontbreken van winstoogmerk wordt losgelaten.

*De leden van de fractie van D66 vroegen waarom voor de aanwijzing voor het bouwregime een AMvB nodig is. Tevens vroegen deze leden hoe reëel wij het achten dat op termijn voor bepaalde zorginstellingen geen exploitatie- en/of bouwvergunning meer nodig is, gezien het feit dat in bijlage 3 bij artikel 1, tweede lid, de opmerking wordt gemaakt: «op dit moment zijn er geen concrete voornemens om van deze mogelijkheid gebruik te maken».*

Zoals in de inleidende beschouwing al is aangegeven moet het wetsvoorstel faciliterend werken voor de overgang van aanbodnaar vraagsturing. Die overgang verloopt niet voor alle sectoren op dezelfde wijze of even snel. Om de ontwikkelingen in het veld niet te hinderen, is het nodig dat belemmeringen daarbij zo snel mogelijk worden opgeruimd. Zo gauw blijkt dat het bouwregime voor bepaalde vormen van bouw of voor bepaalde soorten van instellingen meer hinder dan voordeel oplevert, is het zaak daar een eind aan te maken. Een wijziging van een algemene maatregel van bestuur is dan sneller doorgevoerd dan een wetswijziging. Anders dan de leden van de D66-fractie mogelijk veronderstellen, wordt het bouwregime al bij de inwerkingtreding van de WEZ beperkt. De voorgenomen invulling van het nieuwe bouwregime is beschreven in paragraaf 1.4.1 van de brief van 25 september 2001. In paragraaf 20 van deze nota wordt de inhoud van de algemene maatregel van bestuur inzake het bouwregime kort samengevat in antwoord op een vraag van de VVD-fractie. Om de verwarring van de leden over de invulling van de artikelen 1, tweede en derde lid, weg te nemen en de bedoelingen van de verschillende delegatiebepalingen te verduidelijken is het van belang aan te geven dat het bouwregime wordt vormgegeven op grond van artikel 4, derde lid, van het wetsvoorstel. Artikel, 1, tweede lid, is bedoeld om onderdelen van de werking van de wet niet van toepassing te verklaren op bepaalde instellingen of delen daarvan. In het voorgaande antwoord is naar aanleiding van een vraag van de PvdA-fractie nader op de bedoelingen van deze bepaling ingegaan. De delegatiebepaling in artikel 1, derde lid, dient om aan een hele categorie instellingen een exploitatietoestemming te kunnen verstrekken. Korthedshalve zij verwezen naar paragraaf 4.2.3 van de memorie van toelichting.

## 19. Bouwprioritering en bouwkaders

*De leden van de VVD-fractie vroegen hoe een beleidskader dat twee jaar geldt zich verhoudt met een gemiddelde doorlooptijd van bouwinitiatieven van vele jaren en of een latere neerwaartse aanpassing van het beleidskader kan leiden tot vermindering van (potentiële) rechten van bouwinitiatieven. Ook de GroenLinks-fractieleden vroegen hoe een tweejaarlijkse vaststelling van het beleidskader zich met een lange termijnbeleid verhoudt, dat nu juist voor bouwbeslissingen essentieel is. Deze leden vroegen verder naar de rechtszekerheid voor instellingen, die voor de voorbereiding van nieuwbouw meer jaren nodig hebben. De VVD-fractieleden vroegen welke versnelling van de doorlooptijd van bouwinitiatieven gewenst dan wel haalbaar wordt geacht en welke instrumenten de minister daarvoor in gedachten heeft. De leden van de D66-fractie refereerden aan de uitvoeringstoets die het CVZ in 1999 over de WEZ uitbracht, waarin het een tijdsperiode van twee jaar voor het beleidskader als werkbaar beoordeelde mits er tussentijdse actualisering mogelijk is. Een langere geldigheidsduur kon ook volgens het CVZ. De leden van de D66-fractie drongen er op aan om ieder geval voor de hoofdlijnen een langere geldigheidsduur als uitgangspunt te nemen. Deze fractie gaf aan aarzelingen te hebben over de keuze om de geldigheidsduur niet vast te leggen. Dat, zo vinden zij, geeft nog meer onzekerheid. Zij vroegen wat de reden is om hier op deze wijze mee omgaat.*

Het beleidskader legt een relatie tussen de ontwikkelingen in de zorgvraag en de daarmee samenhangende benodigde ontwikkelingen in het zorgaanbod. Het beleidskader functioneert als toetsingskader voor de initiatieven van instellingen die vragen om de afgifte of wijziging van een exploitatietoestemming. Wij nemen graag de gedachte over om voor de hoofdlijnen van het beleidskader uit te gaan van een geldigheidsduur van vier jaar. Dit neemt niet weg dat het nuttig en nodig kan zijn om op onderdelen na twee jaar tot aanpassingen te komen. Men kan immers op voorhand niet uitsluiten dat tussentijds informatie beschikbaar komt die aanpassing nodig maakt. In concreto betekent dit dat in een vierjaarsperiode als volgt wordt gewerkt. Bij de start is sprake van een volledig beleidskader, na twee jaar vindt herbevestiging plaats met daarbij een beschrijving van de noodzakelijke aanpassingen en aanvullingen.

Nadat de minister, ingeval er sprake is van bouw, een exploitatietoestemming heeft verleend, verleent het CBZ vervolgens een bouwvergunning. Daarbij kijkt het CBZ of de beoogde bouw overeenkomt met de verleende exploitatietoestemming (zowel inhoudelijk als financieel). Bij oplevering van de bouw toetst het CBZ of de gerealiseerde bouw overeenkomt met hetgeen waarvoor vergunning is verleend. Een in de tussentijd gerealiseerde actualisatie van het beleidskader heeft geen invloed op de verleende bouwvergunning en kan dus niet leiden tot vermindering van rechten. Daarbij is het goed onderscheid te maken tussen vertraging ten gevolge van wettelijk voorgeschreven procedures of vertraging in de praktische uitvoering van het bouwplan van de instelling. Hoe nuttig een vergunningenstelsel ook is, wij zijn het er van harte mee eens dat vertraging ten gevolge van procedures waar mogelijk voorkomen moet worden. Het onderhavige voorstel beoogt de regelgeving op het terrein van het bouwen van zorginstellingen dan ook aanzienlijk te dereguleren. Zie hiervoor paragraaf 1 waarin wij als antwoord op een vraag van de fractieleden van GroenLinks aangegeven hoe de deregulering met dit voorstel vorm krijgt. De oorzaak van vertragingen in de realisatie van bouwplannen is echter zeker niet alleen gelegen in de procedures die gevolgd moeten worden. Om de vertraging tijdens de WZV-vergunningenbouw zoveel mogelijk in te dammen heeft het CBZ vorig jaar een aanjaagteam ingesteld. Uit een eerste evaluatie van het CBZ blijkt dat de hoofdoorzaak voor

vertraging van bouwinitiatieven is gelegen in concernvorming en directiewisselingen. Daarnaast heeft de verschuiving van aanbodsturing naar vraagsturing tevens tot veranderde uitgangspunten van zorgverlening geleid. Instellingen hebben hierdoor hun bouwinitiatieven heroverwogen waardoor een incidentele vertraging is ontstaan. Uit de evaluatie van het CBZ blijkt verder dat het aanjaagteam nuttige werkzaamheden verricht om de voortgang van projecten praktisch te bevorderen. Over de eerste helft van 2001 is 27% van de verraagde projecten een fase verder gekomen.

*De leden van de CDA-fractie gaven aan de in de dummy-beleidskaders voor de GGZ geformuleerde beleidsdoelen ten volle te onderschrijven. Deze leden zouden graag inzicht krijgen in de wezenlijke kosten welke aan deze initiatieven verbonden zijn, dit om meer inzicht te verkrijgen in de financiële behoefte. Voor het overige constateerden deze leden dat in dit beleidskader nog geen rekening is gehouden met een mogelijke overgang van delen van de GGZ naar het tweede compartiment. Zij vroegen welke invloed het een en ander zou hebben op het gepresenteerde beleidskader GGZ.*

Wij willen graag voorop stellen dat de dummy-beleidskaders zijn geschreven om de structuur en de werking van het instrument beleidskader te illustreren. Er is bij het schrijven van de dummy voor de sector geestelijke gezondheidszorg nadrukkelijk uitgegaan van het bestaande, door de Tweede Kamer geaccordeerde beleid dat overigens op hoofdlijnen in belangrijke mate nog altijd voldoet. In het beleidskader is geen rekening gehouden met overgang van delen van de GGZ naar het tweede compartiment. Dit is thans ook niet aan de orde.

Op dit moment wordt voor de geestelijke gezondheidszorg het nieuwe bouwprogramma voor de periode 2001 tot en met 2004 voorbereid. Het bouwprogramma bevat een limitatieve opsomming van bouwinitiatieven waarvoor de uitvoering gewenst is, beslaat een periode van vier jaar en geeft de geprioriteerde initiatieven weer die in een van deze vier jaren met de uitvoering van de bouw kan starten. Het bouwprogramma (de bouw-prioriteiten) wordt in principe één keer in de twee jaar door de minister vastgesteld. Daarbij moeten de exploitatiegevolgen van het bouwprogramma passen binnen het bouwkader dat voor de sector beschikbaar is. Het bouwkader geeft voor een periode van acht jaar de gereserveerde ruimte voor de exploitatiegevolgen van bouw aan, waarbij wordt opgemerkt dat voor de laatste vier jaar het bouwkader niet volledig wordt vastgelegd. Dit om voldoende flexibiliteit te behouden. In de financieringsparagraaf van de geestelijke gezondheidszorg wordt beschreven hoe met initiatieven die reeds geprioriteerd zijn en dus in het bouwprogramma zijn opgenomen op het moment van inwerkingtreden van de WEZ wordt omgegaan. Er wordt hierbij een onderscheid gemaakt tussen initiatieven die zullen worden gerealiseerd in 2003 en initiatieven die worden gerealiseerd in 2004–2006. Grofweg komt het erop neer dat de initiatieven die zullen worden gerealiseerd in 2003 worden afgehandeld als ingediend. De initiatieven die zullen worden gerealiseerd in 2004–2006 moeten in overeenstemming met het beleidskader worden gebracht. Overgang van delen van de GGZ naar het tweede compartiment heeft geen invloed op de bouwkaders. Nadrukkelijk dient hier vermeld te worden dat de invoering van de WEZ geen invloed heeft op de bouwkaders. Immers het wetsvoorstel heeft geen financiële taakstelling. De overgang van de WZV naar de WEZ geschiedt dan ook budgettair neutraal.

## **20. Bouwregime**

*De leden van de VVD-fractie vroegen aan te geven hoeveel initiatieven de afgelopen 5 jaar via een WZV-procedure zijn behandeld, die in het nieuwe regime daar niet onder zouden zijn gevallen. Ook vroegen zij of er initia-*

*tieven zijn die de afgelopen 5 jaar zijn gehonoreerd, die in het WEZ-regime wellicht zouden worden afgewezen. Zij vroegen voorts of nieuwe initiatieven die vergelijkbaar zijn met onder de WZV toegelaten initiatieven zich dan op deze vergelijkbaarheid kunnen beroepen en op grond daarvan toestemming kunnen krijgen onder de WEZ.*

Uitspraken over het aantal initiatieven dat in vergelijking met WZV niet meer onder het bouwregime valt, kunnen niet worden gedaan. Het bouwregime zal met de inwerkingtreding van de WEZ beperkter worden dan onder de WZV het geval is. Voor de algemene ziekenhuizen zal op termijn alleen voor volledig vervangende nieuwbouw en voor nieuwe ziekenhuizen een vergunning vereist zijn. Voor de sector verpleging en verzorging is het de bedoeling een grensbedrag te hanteren voor de bepaling of het bouwregime van toepassing is. Voor verzorgingshuizen wordt thans nog overleg gevoerd. Alle vormen van bouw in de gehandicaptenzorg, uitgezonderd kleinschalige woonvormen, zullen onder het bouwregime vallen. Voor de sector GGZ ligt het in de bedoeling alleen uitbreidingsbouw met een capaciteitsvergroting van meer dan 25% en vervangingsnieuwbouw die de 25% van de instellingscapaciteit te boven gaat onder het bouwregime te laten vallen.

Het is niet erg waarschijnlijk dat er in de afgelopen vijf jaar projecten zijn gehonoreerd, die in het nieuwe regime zouden worden afgewezen. Deze situatie is op zich echter niet ondenkbaar. Voor de besluitvorming zijn immers de op dat moment geldende toetsingscriteria doorslaggevend. Dit normenkader is een weerslag van het vigerend beleid en dus aan veranderingen onderhevig. In verband hiermee wordt het beleidskader immers ook elke twee jaar geactualiseerd. Aangezien aanvragen worden getoetst aan de dan geldende wettelijke bepalingen, kan een initiatief zich niet beroepen op een in het kader van de WZV voor een vergelijkbaar initiatief afgegeven verklaring.

*De leden van de fractie van de PvdA merkten op dat verzorgingshuizen een lager normbedrag voor instandhoudingsinvesteringen krijgen dan verpleeghuizen, teneinde het scheiden van wonen en zorg te stimuleren. Deze leden meenden echter dat deze «externe prikkel» niet ten koste mag gaan van de kwaliteit van de noodzakelijke instandhoudingsinvesteringen. Zij vroegen op basis van welke criteria het normbedrag voor verzorgingshuizen wordt vastgesteld. De leden van de VVD-fractie vroegen waarom voor de verzorgingshuizen een uitzonderingssituatie wordt gecreëerd.*

De gedachte dat bij verzorgingshuizen een lager normbedrag voor instandhouding wordt gehanteerd dan bij verpleeghuizen als externe prikkel om het scheiden van wonen en zorg te stimuleren, berust op een misverstand. Er zijn wel verschillen in de wijze waarop instandhoudingsmiddelen beschikbaar worden gesteld. Deze verschillen komen voort uit het gegeven dat op de verzorgingshuizen tot het jaar 2001 een ander wettelijk regime van toepassing was dan voor de verpleeghuizen. Pas vanaf 1 januari 2001 vallen beide instellingen onder hetzelfde wettelijk kader (AWBZ en voor de bouw de WZV).

De instandhouding van verpleeghuizen wordt gerealiseerd uit twee verschillende geldstromen. Dit is geregeld via de WTG-beleidsregel instandhoudingsinvesteringen. Deze beleidsregel bestaat uit twee delen. Het ene deel (jaarlijkse instandhoudingsinvesteringen) levert direct een afschrijvingsvergoeding op voor kleinere investeringen (circa f 1800,- (EUR 816,8) per plaats per jaar). Het andere deel levert trekkingsrechten op. Deze zijn bestemd voor de incidentele grote instandhoudingsinvesteringen: de middelgrote aanpassingen en de grote renovaties die na 20 jaar plaatsvinden. De trekkingsrechten bedragen maximaal 50% van de



nieuwbouwkosten van een verpleeghuis. Indien deze middelen voor een bepaald project niet toereikend zijn, dan moet het initiatief worden geplaatst op de prioriteitenlijst omdat de benodigde middelen in het macrokader gereserveerd moeten worden.

De instandhouding van verzorgingshuizen wordt gerealiseerd uit drie geldstromen. De eerste geldstroom is ook bij verzorgingshuizen geregeld via een WTG-beleidsregel. Deze beleidsregel levert direct een afschrijvingsvergoeding op voor kleinere investeringen (f 1564,- (EUR 709,71) per plaats per jaar). De tweede geldstroom is geregeld via een zogenoemde verkorte procedure. De verzorgingshuizen kunnen, naast de kleinere investeringen, per periode van 12 maanden éénmaal een investering doen ter grootte van maximaal f 4000,- (EUR 1 815,12) per plaats (excl. BTW). Bij de verzorgingshuizen is geen systeem van trekkingsrechten ingevoerd. Voor de grote instandhoudingsprojecten wordt daarom een bouwprioriteitenlijst gehanteerd. Dit jaar is voor het eerst een macro financieel kader beschikbaar voor de instandhouding van verzorgingshuizen. In voorgaande jaren werden de kosten van renovatie van verzorgingshuizen binnen het provinciale kader voor de verzorgingshuizen opgevangen door capaciteitsreductie.

Het verschil in systematiek en budgetten voor de financiering van instandhouding van verzorgingshuizen en verpleeghuizen komt derhalve voort uit het verleden en is niet ingegeven door het stimuleren van scheiden van wonen en zorg. In beide sectoren zijn de middelen in principe toereikend. In het kader van het beleid voor het scheiden van wonen en zorg worden de verzorgingshuizen overigens wel aangemoedigd om het moment van renovatie of vervangende nieuwbouw aan te grijpen om een keuze voor het scheiden van wonen en zorg te maken. Indien men tot de keuze van scheiden van wonen en zorg komt wordt het verzorgingshuis niet meer in stand gehouden. Het is in dat kader dat niet is overgegaan tot het introduceren van trekkingsrechten voor verzorgingshuizen. Het zou immers kunnen leiden tot overbodige reserveringen voor instandhouding voor gebouwen die niet in stand gehouden zullen worden maar vervangen door wooncomplexen.

*De leden van de VVD-fractie vroegen waarom voor een grens van 15 mln. voor uitbreidingsinitiatieven is gekozen en of aangegeven kan worden wat als gevolg hiervan de verwachting is voor de bouwexploitatiekaders. De leden de PvdA-fractie vroegen of het lagere normbedrag ook geldt voor andere sectoren (geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg).*

De grens in de sector verpleging en verzorging van f 15 mln. (EUR 6,81) voor uitbreidingsinitiatieven is in zekere zin arbitrair. De bedoeling is om hierdoor de totstandkoming van beleidsmatige gewenste kleinschalige intramurale voorzieningen met zo min mogelijk overheidsbemoedening te stimuleren. Immers, beperkte uitbreidingsinitiatieven worden zo buiten het bouwregime gehouden (een exploitatietoestemming is altijd nodig) en alleen de grotere initiatieven vallen in het bouwregime onder andere om de doelmatigheid van het initiatief te kunnen toetsen. Het gaat hierbij tenslotte om aanzienlijke investeringen ten laste van de collectieve middelen. Op dit moment kunnen nog geen indicaties worden gegeven van de vermoedelijke omvang van het hiervoor ter beschikking te stellen bouwkader.

In de Bouwkostennota 2001 van het CBZ staan de kostennormen voor de gehandicapt- en geestelijke gezondheidszorg opgenomen. Voor woningen is een lager bedrag opgenomen dan voor instellingsbouw. De reden hiervoor is dat de bouw van woningen over het algemeen goedkoper is dan de bouw van instellingen, waarin ook behandelruimten en

dergelijke zijn opgenomen. Deze lagere normen staan los van het beleid inzake scheiding wonen en zorg. Voor instandhoudingsinvesteringen geldt 50% van de nieuwbouwwaarde van het gebouw als norm.

*De leden van de CDA-fractie merkten op dat volgens de toelichting op vraag 7 van de RvSt, in het kader van het toekennen van een exploitatievergunning het huren of leasen van een gebouw als bouw in de zin van de wet kan worden aangemerkt. Zij vroegen welke criteria worden gehanteerd om al dan niet te bepalen of een en ander als bouw wordt aangemerkt.*

Wat als bouw zal worden aangemerkt komt in de algemene maatregel van bestuur op grond van artikel 4, derde lid, te staan. Daarin komt niet alleen te staan op welke categorieën van instellingen het bouwregime van toepassing is, maar ook (per instellingscategorie) voor welke vormen van bouw dat geldt. Bij vormen van bouw gaat het om begrippen als nieuwbouw, uitbreidingsbouw, instandhoudingsbouw, functiewijziging en ingebruikneming (huur of lease). Onder de WZV wordt nu ook met dergelijke begrippen gewerkt.

*De leden van de SGP-fractie vroegen onze reactie op het voorstel van GGZ Nederland om bij invoering van dit wetsvoorstel de uitbreiding groter dan 25% van de bestaande capaciteit en de vervangende nieuwbouw, die uitgaat boven 75% van de nieuwbouwkosten, van klinische voorzieningen, niet zijnde afzonderlijke woon-, kantoor- en therapievoorzieningen aan te merken voor het bouwregime. Daarbij zou dan voor alle andere initiatieven geen nadere bouwkundige beoordeling meer nodig zijn. De leden van de SGP-fractie vonden het verder van belang dat GGZ-instellingen voldoende trekkingsrechten kunnen opbouwen. Zij vroegen een reactie op hun suggestie om bij inwerkingtreding van voorliggend wetsvoorstel de trekkingsrechten verder te verhogen naar 75% van de nieuwbouwwaarde.*

Het voorstel van GGZ Nederland wijkt af van wat in de brief van 25 september over het bouwregime staat. Die brief gaat uit van het onder het bouwregime brengen van vervangende nieuwbouw van meer dan 25% van de bestaande capaciteit. Voor initiatieven tot vervangende nieuwbouw voor minder dan 25% van de bestaande capaciteit is derhalve het bouwregime niet van toepassing, en dus ook geen vergunning. Wij beogen hiermee verdergaande deconcentratie te bevorderen. In feite gaat het bij de instandhouding van gebouwen, waarvoor trekkingsrechten in het kader van de meldingsregeling zijn opgebouwd, om een keuze tussen renovatie en vervangende nieuwbouw. Het voorstel van GGZ Nederland is gebaseerd op een opbouw van trekkingsrechten tot 75% kosten nieuwbouw. Wij gaan echter vooralsnog uit van een opbouw tot 50%. Tegen het uitzonderen van woon-, kantoor- en therapievoorzieningen van het bouwregime bestaat in beginsel geen bezwaar. Overigens zijn wij over een en ander nog in gesprek met GGZ Nederland.

Voor instandhoudingsbouw bestaan per sector afzonderlijke kaders voor bouwinitiatieven volgens de vergunningsprocedure en voor de meldingsprocedure (trekkingsrechten). Het voordeel van de meldingsprocedure is dat instellingen voor instandhoudingsinvesteringen geen vergunning hoeven aan te vragen. In geval van nieuwbouw, uitbreiding van het zorgniveau, bestemmingswijziging of onvoldoende budgetruimte ter financiering van instandhoudingsinvesteringen is wel sprake van vergunningplicht. Met andere woorden, als een instelling onvoldoende trekkingsrechten heeft opgebouwd om de instandhoudingsbouw te bekostigen kan ze via de vergunningsprocedure een beroep doen op het bouwkader voor vergunningplichtige bouwinitiatieven. Wij menen dan ook dat er geen

reden is om bij inwerkingtreding van de WEZ de trekkingsrechten te verhogen naar 75% van de nieuwbouwwaarde.

## **21. De bouwprocedure**

*De leden van de VVD-fractie vroegen waarom de huidige systematiek van bestedingsvoorstellen in de sectoren verpleging en verzorging en GGZ niet als vernieuwend wordt beschreven en gecontinueerd. Zij vroegen of deze systematiek nu verlaten wordt en hoe dan wordt omgegaan met de bestaande (tot 2006 lopende) plannen en met de monitoring daarvan. Deze leden vroegen verder of aangegeven kan worden op welke wijze de WEZ de toegankelijkheid in de verpleging en verzorging beter waarborgt dan de huidige systematiek, regionale besluitvorming, bestedingsplannen en versnelde procedures.*

De systematiek van de bestedingsplannen zoals die tot dit voorjaar in de sector verpleging en verzorging gold is in april 2001 buiten werking gesteld. Dit wil zeggen, dat weliswaar de grondgedachten achter de bestedingsplannen nog recht overeind staan, maar dat de uitwerking in een overzicht van regionaal gewenste intensiveringen in de sfeer van de thuiszorg, de verzorgingshuiszorg en de verpleeghuiszorg niet langer plaatsvindt. Er zijn geen per regio vastgestelde kaders meer en elke geïndiceerde zorgvraag moet door de verzekeraar worden gehonoreerd, maar er is niet afgestapt van de idee om partijen op regionaal niveau gezamenlijk te laten oordelen over gewenste capaciteitsuitbreiding en andere beleidsintensiveringen. Inmiddels is het in deze sector zo, dat alle extra productie in de thuiszorg direct tussen instelling en verzekeraar mag worden overeengekomen. De betaling gaat conform het principe van boter bij de vis. Ook voor initiatieven met bouw geldt op dit moment dat die in procedure worden genomen als is komen vast te staan dat de verzekeraar instemt met het voorgenomen project. Binnen de regio dient consensus te bestaan, zeker over instellingen die voor een langere duur worden gerealiseerd.

De initiatieven die mede door tussenkomst van de zorgkantoren op de bouwprioriteitenlijst 2001–2006 terecht zijn gekomen zullen in principe worden gerealiseerd. De huidige systematiek pas goed binnen de mogelijkheden van de WEZ. De nadruk komt daarin te liggen op de omvang en inhoud van de vraag en hetgeen regionale partijen daarover gezamenlijk belangrijk vinden. Daarenboven is het deel van de huidige bouwinitiatieven dat de volledige WZV-procedure moet doorlopen, straks beduidend beperkt, omdat onder een bepaald bedrag (f 15 mln; EUR 6,81) bouwinitiatieven niet langer onder het bouwregime vallen. Voor de systematiek van de wachtlijstaanpak in de geestelijke gezondheidszorg wordt continuering bezien in het kader van de nieuwe trajecten rond vraaggerichte zorg.

In de GGZ wordt niet gewerkt met bestedingsvoorstellen, maar met regionale wachtlijstplannen. Een verschil met de aanpak bij de sector verpleging en verzorging is dat, vanwege het budgetmaximum, de reguliere bouwprioriteiten en de wachtlijstaanpak twee aparte trajecten zijn met ieder een eigen kader. In de loop van 2002 zal worden bekeken in hoeverre het werken met regionale wachtlijstplannen moet worden voortgezet.

*De leden van de VVD vroegen waarom er sprake is van prioriteitscriteria. De zorginstelling moet zelf verantwoordelijk zijn om al dan niet tot bouw te willen overgaan.*

Wij zijn het met de leden van de VVD-fractie eens dat een zorginstelling zoveel mogelijk zelf verantwoordelijk dient te zijn voor het nemen van bouwbeslissingen. De WEZ heeft dan ook uitdrukkelijk de bedoeling via een beheerst proces toe te groeien naar een situatie waarin instellingen

steeds meer eigen verantwoordelijk krijgen op dit gebied. Zolang echter de overheid op onderdelen nog zijn instemming dient te geven aan bouwinitiatieven van instellingen, heeft zij ook de verantwoordelijkheid om een afweging te maken indien zich meer initiatieven aandienen dan er passen binnen de financiële kaders. De initiatiefnemers hebben recht op een zorgvuldige en objectieve besluitvorming over wat er wel en wat er niet gehonoreerd zal worden door de overheid. Daartoe dienen de prioriteitscriteria.

*De leden van de fractie van D66 gaven aan er moeite mee te hebben dat het College bouw aan de bouwvergunning bepaalde voorschriften kan verbinden. Zij merkten op dat indien het bouwplan niet voldoet aan hetgeen in de verleende exploitatietoestemming is vastgelegd of niet overeenkomt met het beleidskader, de vergunning toch gewoon geweigerd wordt. Deze leden denken niet dat daar bovenop nog extra controle-middelen nodig zijn.*

Het CBZ kan slechts in bijzondere gevallen, met het oog op een goed verloop van de bouw, voorschriften verbinden aan de vergunning. Dit is vastgelegd in artikel 10, vierde lid, van het wetsvoorstel. Zoals ook in paragraaf 4.3.6 van de memorie van toelichting, alsmede in de toelichting op het artikel is vermeld, kunnen dergelijke voorschriften alleen betrekking hebben op de bouw zelf. Het kan bijvoorbeeld nodig zijn voorschriften te geven als het gaat om grote bouwprojecten of ingewikkelde bouwprocessen (denk aan vervangende nieuwbouw op dezelfde locatie). De voorschriften kunnen zowel van organisatorische (bijvoorbeeld het aanstellen van een verantwoordelijke voor het bouwproces of het instellen van bouwbegeleiding) als van bouwtechnische aard (bijvoorbeeld het vaststellen van de volgorde van te slopen en te bouwen gebouwonderdelen) zijn. Het is overigens uitdrukkelijk de bedoeling dat van deze bevoegdheid terughoudend gebruik wordt gemaakt. Indien het CBZ van mening is dat andere voorschriften of beperkingen van belang zijn, kan het de minister daarop attenderen in zijn advies met betrekking tot het verzoek om afgifte van een exploitatietoestemming.

*Ten aanzien van de doorlooptijd van bouwinitiatieven vroegen de VVD-fractieleden welke versnelling gewenst wordt geacht en welke instrumenten de minister in gedachten heeft.*

De WZV kent na de verklaring maximaal vijf documenten die voor het mogen bouwen benodigd zijn: een programma van eisen, een schetsontwerp, bestedingsgerede stukken, een vergunning en een eindafrekening. De WEZ kent na de toestemming nog maximaal twee beslissingsmomenten: een vergunning en een goedkeuring van de eindverantwoording. Verwacht mag worden dat dit zal leiden tot een versnelling van de doorlooptijd van bouwprojecten.

## **22. Prestatie-eisen voor de bouw**

*De leden van de VVD-fractie vroegen waarvoor prestatie-eisen van het College bouw noodzakelijk zijn.*

Het waarborgen dan wel zorgdragen voor een basiskwaliteit in de zorg wordt door alle betrokken partijen nadrukkelijk gewenst. De kwaliteit van de huisvesting bepaalt mede de gewenste kwaliteit in de zorg. Omdat huisvesting als een duurzaam bedrijfsmiddel is aan te merken dat niet eenvoudig vervangen kan worden (de levensduur van gebouwen beslaat vaak meer dan 40 jaar) zijn de prestatie-eisen noodzakelijk. Deze eisen zijn gebaseerd op functionele eisen die aan de verschillende, soms zeer speci-

fieke, gezondheidszorggebouwen gesteld worden en zijn derhalve aanvullend op de algemene prestatie-eisen uit het Bouwbesluit van VROM.

*De leden van de D66-fractie vonden het van het grootste belang dat niet te makkelijk wordt opgeschreven dat «het noodzakelijk is dat de bouwmaatstaven op onderdelen tamelijk gedetailleerd zijn». Zij vroegen of hun zorg hierover kan worden wegnemen en of aangegeven kan worden hoe dit bedoeld is.*

Het is uitdrukkelijk niet in de bedoeling dat de prestatie-eisen benauwend zijn of de creativiteit doden. De methodiek van prestatie-eisen aan de ontwikkeling die nu in de maatstaven wordt geïmplementeerd komt overeen met de methodiek die ook voor het Bouwbesluit bij het Ministerie van VROM gebruikt wordt. Prestatie-eisen beogen een kwaliteitsniveau aan te geven in plaats van oplossingen voor te schrijven. Het is dus mogelijk creatieve oplossingen te ontwerpen als die resulteren in het gewenste kwaliteitsniveau. Speciale wensen van instellingen kunnen eveneens gerealiseerd worden binnen deze kaders. Het voornemen bestaat om in de prestatie-eisen enige harde kwaliteitseisen op te nemen waaraan minimaal moet worden voldaan. Verder zal vooral een niveau beschreven worden dat gemiddeld gehaald moet worden zonder grote uitschieters naar beneden.

*De leden van de fractie van de ChristenUnie vroegen of de Kwaliteitswet zorginstellingen wel voldoende mogelijkheden biedt de kwaliteit van de bouwkundige voorzieningen te garanderen. Zo is het zelfs al de vraag of bijvoorbeeld de woonkwaliteit wel valt onder het begrip kwaliteit zoals bedoeld wordt in die wet. De leden van deze fractie brachten in dit verband de exploitatietoestemming naar voren. Dit betekent huns inziens dat een exploitatievergunning altijd slechts voor een bepaalde tijd moet worden verstrekt. De geldigheidsduur kan variëren afhankelijk van de aard van de zorginstelling aan wie de vergunning wordt verleend. Elke zorginstelling wordt zo verplicht om na verloop van tijd een nieuwe vergunning aan te vragen, die wordt getoetst aan de dan geldende criteria. Een huisvestingsplan is een verplicht onderdeel van een vergunningaanvraag. Op deze wijze kunnen gewijzigde opvattingen over de zorguitvoering – die vertaald worden in toetsingscriteria – dwingend opgelegd worden aan de zorgaanbieders. Dit betreft dan ook de bouwkundige voorzieningen. Zij vroegen een reactie hierop.*

Terecht wijzen de fractieleden van de ChristenUnie erop dat de Kwaliteitswet zorginstellingen geen betrekking heeft op de bouwkundige staat van de gebouwen waarin de zorg verleend wordt, hoewel de kwaliteit van de infrastructuur wel degelijk van grote invloed kan zijn op de kwaliteit van de geleverde zorg en het welbevinden van hen die (langdurig) in een instelling verblijven. In dit verband doen deze leden de suggestie om een exploitatietoestemming altijd slechts voor een bepaalde tijd te verlenen en een huisvestingsplan tot een verplicht onderdeel te maken van de aanvraag om een (verlenging van een) exploitatietoestemming. Wij zijn het met de leden van de fractie van de ChristenUnie eens dat het voor een instelling van belang is te beschikken over een goed huisvestingsplan, waarin zij aandacht besteedt aan de afstemming tussen de beoogde zorgontwikkeling enerzijds en huisvesting anderzijds. Sinds begin 1996 geldt dan ook de verplichting voor instellingen die onder de WZV vallen om met een langetermijnhuisvestingsplan (LTHP) te werken. Deze verplichting is nu nog uitsluitend gebaseerd op de meldingsregeling. Nog dit jaar zal de juridische grondslag worden verstevigd door de verplichting in een afzonderlijke algemene maatregel van bestuur ex artikel 22 van de WZV neer te leggen. Onder de WEZ zal deze algemene maatregel van bestuur dan komen te berusten op artikel 15. Voor instellingen waarvoor de huisves-

ting slechts van ondergeschikt belang is (bijvoorbeeld een thuiszorginstelling) zal een uitzondering worden gemaakt. De gedachte om een exploitatietoestemming slechts voor een bepaalde tijd te verlenen spreekt ons in het algemeen aan. Dit dwingt iedereen die bij de instelling betrokken is, zich te bezinnen op de vraag of men nog op de goede weg is, dat wil zeggen nog bezig is zo goed mogelijk aan de zorgvraag tegevoet te komen. Overigens dient een instelling blijvend te voldoen aan de prestatie-eisen als bedoeld in artikel 9 van de WEZ. Deze eisen zijn zowel gericht op de technische als de functionele kwaliteit van zorggebouwen. Hierdoor wordt een bodem gelegd in de kwaliteit van de gebouwen waarin (al dan niet langdurige) zorg wordt verleend of waarin de verblijfsfunctie centraal staat.

### **23. Transparantie-eisen**

*De leden van de SGP-fractie vroegen of het nodig is dat de overheid in alle gevallen inzicht moet hebben in alle strategische allianties en samenwerkingsverbanden die de instellingen zijn aangegaan. Deze leden vroegen of wij daarmee niet verder gaan nodig is. Deze leden verwezen in dit verband naar de verantwoordelijkheid van de NMa in dezen, en stellen de noodzaak van het definiëren van duidelijke en ondubbelzinnige grenzen aan de transparantie-eisen aan de orde.*

Bij een versterking van het verzekeringskarakter en een vergroting van de decentrale mogelijkheden voor vraagsturing past een transparante contractrelatie tussen verzekeraar en instelling. De bereidheid van instellingen tot het bevorderen van een transparante organisatie en het afleggen van openbare verantwoording is een belangrijke voorwaarde in de ontwikkeling naar meer vraaggerichte zorg. In haar rapport van november 1999 geeft de Commissie Health Care Governance (Commissie-Meurs) aanbevelingen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording. Om de wettelijke en maatschappelijke verankering van deze uitgangspunten te vergroten heeft de Commissie enkele aanbevelingen aan de overheid gedaan. Met het wetsvoorstel wordt het uitgangspunt van transparantie opgenomen als criterium voor de toegang tot de collectieve middelen. Een instelling dient inzichtelijk te maken hoe de instelling is georganiseerd, wat ze zich ten doel stelt en hoe dat doel verwezenlijkt gaat worden, alvorens een exploitatietoestemming wordt verleend en een contract met uitvoeringsorganen van de AWBZ of Ziekenfondswet kan worden gesloten. Het voldoen aan de transparantie-eisen die ingevolge dit voorstel worden gesteld vergroot het inzicht in de keuzen die de instelling ten aanzien van zijn organisatie maakt. Zowel de cliënt, de contractpartij als de verschillende toezichthouders (waaronder de NMa) kunnen hiermee hun voordeel doen.

*De leden van de PvdA-fractie merkten op dat de eisen op grond van artikel 12 van de WEZ pas bekend zijn bij instellingen na aanneming van dit wetsvoorstel. Zij vroegen of de instellingen, gelet op de beoogde ingangsdatum van deze wet voldoende tijd hebben om aan deze eisen te voldoen. De leden van de D66-fractie vroegen waarom voor het stellen van de transparantie-eisen een AMvB nodig is en of deze AMvB wordt ingevuld zodra de uitvoeringstoetsen van het CVZ en het CTG afgerond zijn.*

Met de algemene maatregel van bestuur op grond van de artikelen 6, derde lid, onder c, en 8, eerste lid, onder c, worden eisen gesteld aan de bestuursstructuur en de ordelijkheid en controleerbaarheid van de 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 de brief van 25 september 2001 zijn de

brieven aan het CTG en het CVZ gevoegd, waarin de eisen die ons voor ogen staan concreet zijn vastgelegd. Het regelen van een dergelijk pakket aan eisen leent zich niet voor opname in een wettekst. Bovendien kan het na verloop van tijd aangewezen zijn om de eisen aan te scherpen of te versoepelen, afhankelijk van de mate waarin instellingen het maatschappelijk verantwoord ondernemen ter harte nemen. Zo spoedig als enigszins mogelijk zal een ontwerp van een algemene maatregel van bestuur aan de Raad van State worden voorgelegd. Hierin zullen eventuele aanvullingen en suggesties van de colleges op de genoemde criteria worden meegenomen. Wij hopen dat de inhoud van deze algemene maatregel van bestuur in het najaar van 2002 kan worden gepubliceerd, maar uiteraard is dit mede afhankelijk van behandeling van dit wetsvoorstel in de Eerste Kamer. Instellingen die voornemens zijn om na 1 januari 2003 een aanvraag om exploitatietoestemming in te dienen hebben dan enkele maanden de tijd om hun statuten en bedrijfsvoering, voorzover dat nog nodig is, aan de eisen aan te passen. Een voorbereidingsperiode van twee maanden voorkomt dat dergelijke aanvragen als gevolg van deze eisen vertraging zouden oplopen. In paragraaf 15 van deze nota is reeds aangegeven dat bestaande instellingen een jaar extra de tijd krijgen om eventueel noodzakelijke aanpassingen te plegen. Bij nota van wijziging is terzake in een overgangstermijn voorzien.

*De leden van de VVD-fractie vroegen waarom artikel 12, eerste lid, zo strikt is geformuleerd en of wij hun mening delen dat hierdoor geen ruimte is voor andere/nieuwe toetreders.*

Wij nemen aan dat deze leden met name doelen op de eerste volzin; voor het overige geeft de bepaling slechts de bevoegdheid aan een toestemming voorschriften te verbinden. Deze bevoegdheid is bijna letterlijk uit de WZV overgenomen en zal, zoals ook nu geschiedt, met terughoudendheid worden gehanteerd. De eerste zinsneden over de transparantie-eis beoogt vast te leggen dat de instellingen, die bij hun toetreding zijn getoetst aan die eisen, ook na het verkrijgen van de toestemming aan die eisen moeten blijven voldoen. Wij zien niet in waardoor op deze wijze de overheid alle zorgaanbod zou regelen en er geen prikkel voor vernieuwing zou ontstaan. Instellingen worden niet verplicht vast te houden aan de bestuursstructuur en bedrijfsvoering die zij bij de toetreding hadden; het staat hen vrij daarin veranderingen te brengen. Het enige dat artikel 12, eerste lid, eerste volzin, vraagt is dat, hoe de instelling zich ook reorganiseert na het verkrijgen van de toestemming, de nieuwe organisatie transparant blijft.

*De leden van de PvdA-fractie vroegen waarom het recht van enquête wel aan cliëntenraden wordt gegeven en niet aan regionale patiënten/consumentenplatforms.*

Wij gaan ervan uit dat de vraag doelt op een passage op bladzijde 3 van de brief van 23 augustus 2001, waarin het CVZ een uitvoeringstoets werd gevraagd inzake de transparantie-eisen. Eén van die eisen zou naar onze mening moeten inhouden dat instellingen in hun statuten aangeven welk orgaan of welke belanghebbende een bevoegdheid tot het indienen van een verzoek tot een enquête wordt toegekend. Daarbij is als voorbeeld de cliëntenraad genoemd, maar het staat de instelling vrij om elke organisatie aan te wijzen die haar goeddunkt. Het ging erom; dat kan dus ook een patiënten/consumentenplatform zijn.

#### **24. De rol van de zelfstandige bestuursorganen**

*De leden van de PvdA-fractie vroegen nog eens uiteen te zetten hoe de verhoudingen liggen tussen het in het beleidskader opgenomen financiële kader, de door het CVZ gehanteerde methode om de individuele kosten-*

*gevolgen van een individuele aanvraag vast te stellen, de door het CTG vastgestelde budget naar aanleiding van door instelling en zorgkantoor gemaakte afspraken en vervolgens de gevolgen van de geclausuleerde openeinderegeling. Er kan een situatie ontstaan, zo veronderstelden deze leden, dat de initiële budgetten, die door het CVZ in overeenstemming zijn gebracht met de in het beleidskader aangegeven financiële randvoorwaarden op basis van het BKZ, door het CTG hoger worden vastgesteld, naar aanleiding van gemaakte productieafspraken. Deze leden vroegen of zij de conclusie konden trekken dat dit bijvoorbeeld voor de prioriteringscriteria gevolgen kan hebben. Voorts vroegen zij naar de rechtsgevolgen voor de instellingen, die als gevolg van extra productieafspraken hun toegestane productie in de loop van een jaar overschrijden en welke gevolgen dit kan hebben voor het BKZ. De leden van de VVD-fractie vroegen om meer duidelijkheid over de inhoud van de exploitatiebeoordeling die door het CVZ zal plaatsvinden en over de relatie tussen die beoordeling en de individuele kostenbeoordeling die bij het CTG plaatsvindt. Deze leden vroegen verder of een instelling zich in zijn exploitatie op grond van art. 4 WEZ dient te richten naar een eventueel bij de exploitatietoestemming bepaald financieel kader. Voorts vroegen deze leden of het voor verzekeraars mogelijk is afspraken te maken die tot een financieel hogere exploitatie leiden dan de exploitatietoestemming toelaat en of het CTG dergelijke tarieven kan honoreren. Deze leden stelden ten slotte de volgende vragen: «Als er in de exploitatietoestemming capaciteiten zijn vastgelegd, kunnen verzekeraars dan tariefafspraken maken met instellingen die uitgaan van grotere capaciteiten? Ook als dit leidt tot kosten die hoger zijn dan het eventueel gestelde financieel kader in de exploitatietoestemming?». Ook de leden van de D66-fractie vroegen of de exploitatietoestemming niet beperkend werkt om bijvoorbeeld extra productie te draaien om wachtlijsten weg te werken en vroegen of een ziekenhuis hiervoor een nieuwe exploitatietoestemming moet aanvragen.*

Ook het CTG stelde in zijn signaleringstoets van 1 oktober 2001 de taakafbakening tussen het CTG en het CVZ bij de uitvoering van de WEZ aan de orde. Daarbij vroeg het CTG naar de precieze relatie tussen de taak van het CVZ om een aanvraag om (wijziging van een) exploitatietoestemming aan het financieel kader te toetsen en de taak van het CTG om de exploitatielasten van een instelling te beoordelen. Het CTG gaf aan dat de exploitatielasten van een instelling naar zijn opvatting niet in de exploitatiebeschikking van het CVZ zouden moeten worden vastgelegd. Wij delen deze opvatting van het CTG.

Om te toetsen of het verlenen van de exploitatietoestemming niet leidt tot overschrijding van het beschikbare financiële kader (het exploitatiekader) is het noodzakelijk dat het CVZ een inschatting maakt van de verwachte exploitatielasten van een instelling. Om te realiseren dat bij de uitvoering van de WEZ en de uitvoering van de WTG aan dezelfde normen wordt getoetst, ligt het in de rede dat het CVZ gebruik maakt van de beleidsregels die op grond van de WTG zijn gesteld. In overleg met het CVZ en het CTG wordt de komende periode bezien hoe de samenwerking tussen het CVZ en het CTG op dit onderwerp het beste gestalte kan krijgen. Voor het antwoord op de gestelde vragen is verder nog van belang dat het CVZ voor de toets aan het financiële kader gebruik maakt van een raming van de verwachte exploitatielasten. Zoals het CTG al aangaf in zijn signaleringstoets, worden de kosten die ná verlening van de toestemming en na de contractering daadwerkelijk met de exploitatie van een instelling gemoeid zijn bepaald door de productieafspraken (prijs x volume) die de instelling met de verzekeraar maakt. In het geval er in de exploitatietoestemming een maximaal aantal bedden of plaatsen (de zogenaamde bandbreedte) is opgenomen, kan de instelling geen productieafspraken met de verzekeraar maken die nopen tot overschrijding van die capaci-



teitsmaat. De verzekeraar mag de instelling immers slechts contracteren voorzover die instelling toestemming heeft tot het exploiteren van zorg. Dat neemt niet weg dat verzekeraar en instelling, met inachtneming van de bandbreedte uit de toestemming, zelf de productie kunnen afspreken. De capaciteit aan bedden of plaatsen is daarbij weliswaar een belangrijk gegeven, maar uiteindelijk gaat het om het aantal verrichtingen, verpleeg- of ligdagen dat op enig moment met die capaciteit gerealiseerd kan worden. Dat is bepalend voor de productie. Wanneer beide partijen productieafspraken willen maken die niet binnen de verleende toestemming gerealiseerd kunnen worden moet de instelling een uitbreiding van zijn toestemming aanvragen. Die aanvraag wordt getoetst aan de huidige beleidsuitgangspunten, gericht op het verruimen van het zorgaanbod en het wegwerken van de wachtlijsten, die vertaald naar toetsingscriteria in het beleidskader tot uitdrukking komen.

*De leden van de VVD-fractie vroegen waarom het College bouw en het College sanering ZBO's moeten zijn.*

Ingevolge de Wet van 27 maart 1999 tot wijziging van de Ziekenfondswet, de Wet tarieven gezondheidszorg en de Wet ziekenhuisvoorzieningen in verband met wijzigingen in de taak, samenstelling en werkwijze van de in die wetten geregelde bestuursorganen, alsmede wijziging van andere wetten in verband daarmee (uitvoeringsorganen volksgezondheid) (Stb. 1999, 185) hebben het College bouw en het College sanering de positie die zij thans innemen. Dit betekent onder meer dat beide colleges zelfstandige bestuursorganen zijn. Er is geen reden om, gegeven het takenpakket dat deze colleges ingevolge de WEZ zullen hebben en welk pakket nauwelijks afwijkt van het huidige, om hun status als ZBO te heroverwegen.

*De leden van de D66-fractie meenden dat het verlopen van de exploitatietoestemmingen via het CVZ de procedures kan versnellen. Deze leden vroegen of dit betekent dat het college hiervoor uitbreiding van budget en mankracht krijgt.*

Verschillende beleidsvoornemens zijn van invloed op de werkzaamheden van het CVZ, waaronder de modernisering van de AWBZ. Voorzien is dat vanaf 2002 het CVZ ondermeer aanvullende capaciteit nodig heeft voor de (voorbereiding van) de uitvoering van de functiegerichte toelatingen. Voor de gevolgen van deze en andere modernisering is al, zoals aangegeven in de zorgnota 2002, besloten tot een uitbreiding van het budget van het CVZ. Wij verwachten niet dat de uitvoering van een deel van de exploitatietoestemmingen thans een nog verdere uitbreiding van het budget van het CVZ zal vereisen.

*De leden van de D66-fractie merkten op dat het hen niet duidelijk is wat het College bouw bedoelt met «een redelijke beoordelingsmarge». Zij vroegen of dit toegelicht kan worden en of de regering dat verzoek overneemt.*

Het is ons bekend dat het CBZ van mening is dat het voor het optimaal functioneren noodzakelijk is «een redelijke beoordelingsmarge» te kunnen hanteren. Wij zijn het met het CBZ eens dat het rigide hanteren van voorschriften geen werkbare situatie geeft en een snelle efficiënte realisatie van projecten kan belemmeren. Voorschriften waaraan bouwplannen moeten voldoen kunnen immers nooit volledig voorzien in alle complexe factoren (van medisch-technische ontwikkelingen tot bijzondere lokale omstandigheden) die het ontwerp mede hebben vormgegeven. Het is echter uiteraard niet de bedoeling dat het CBZ de exploitatietoestemming van een eigenstandige interpretatie voorziet.

## 25. Overige onderwerpen

*De leden van de VVD-fractie vroegen of aangegeven kan worden hoe en in welke mate de administratieve lasten voor zorginstellingen afnemen. Zij vroegen ook of de Commissie Actal (EZ) zich heeft uitgesproken over dit wetsvoorstel en zo ja wat, wat de bevindingen van deze commissie zijn.*

Het Adviescollege toetsing administratieve lasten (Actal) selecteert voorgenomen wet- en regelgeving om deze te toetsen op mogelijke administratieve lastendruk waar bedrijven mee te maken krijgen. De voorbereidingen van het wetsvoorstel voor WEZ dateren van 1998. Ten tijde van de installatie van het Adviescollege op 1 mei 2000 was de voorbereiding van het voorstel het stadium van voorgenomen regelgeving reeds gepasseerd. In die maand is het wetsvoorstel aan de Raad van State voor advies aangeboden. Actal heeft derhalve geen advies over het onderhavig voorstel uitgebracht. Dat neemt niet weg dat de inhoud van het wetsvoorstel strookt met de doelstelling van Actal; het verminderen van administratieve lasten. Zoals aangegeven in de memorie van toelichting (paragraaf 8) en beschreven in de brief van 25 september 2001 beoogt het wetsvoorstel de planning- en bouwregelgeving in de zorgsector te dereguleren. In paragraaf 1 van deze nota worden in antwoord op een vraag van de fractie van GroenLinks de dereguleringsaspecten van het wetsvoorstel opgesomd.

*De leden van de VVD-fractie vroegen of wij hun mening delen dat, in tijden van schaarste, het loslaten van aanbodplanning in combinatie met de uitbreiding van de meldingsregeling (tot 100% zoals aan algemene ziekenhuizen toegezegd in de Positioneringsnota Algemene Ziekenhuizen) juist de positie van het bestaande aanbod versterkt. Zij vroegen hoe in deze context de positie van de vraag wordt versterkt. Voorts vroegen deze leden of wij kunnen aangeven wat de financiële gevolgen zijn van het verhogen van de trekkingsrechten tot 65% en wat hiervan de exploitatiegevolgen zijn.*

De (gefaseerde) uitbreiding van de meldingsregeling heeft niet tot doel ziekenhuizen te stimuleren om hun gebouwenbestand in de huidige constellatie in stand te houden. Onder de definitie van instandhouding hoort ook de substitutie van bedden voor poliklinieken, huisartsenposten, transmurale activiteiten en andere vormen van zorgvernieuwing. Dergelijke dynamiek moet in het langetermijnhuisvestingsplan tot uiting komen. Na invoering van de WEZ zal de stap tot het niveau van vervangende nieuwbouw worden gezet. Gezien het feit dat het optrekken van de grens van 50% naar 65% budgettair neutraal binnen het sectorale nominaal bouwkader gebeurt, heeft dit geen financiële consequenties.

*De fractieleden van D66 merkten op dat wij aangeven dat in de huidige situatie de instandhoudingsinvesteringen voor het grootste deel buiten de bouwprioritering vallen. Deze leden vroegen wanneer dat niet het geval is.*

Indien de opgebouwde trekkingsrechten onvoldoende zijn om het voorgenomen plan van de instelling te financieren, dan moet de instelling ingevolge de WZV voor het resterende deel een verklaring en vergunning aanvragen. Zo'n initiatief wordt betrokken bij de bouwprioritering. Overigens vindt sinds 1996 een gefaseerde opbouw van trekkingsrechten plaats, zodat steeds minder vaak een verklaring en vergunning nodig zijn wegens ontoereikende opbouw van trekkingsrechten.

*De leden van de VVD-fractie vroegen of per deelsector een overzicht kan worden gegeven van de instellingen die, ondanks de opgebouwde trek-*

*kingsrechten, alsnog een vergunning hebben moeten aanvragen voor renovatiebouw.*

In de achter ons liggende periode (vanaf 1996) dienden instellingen voor vrijwel elke grootschalige renovatie alsnog een vergunning aan te vragen. Dit heeft te maken met het feit dat de meldingregeling pas per 1 januari 1996 werd ingevoerd. Het systeem van opbouw van trekkingsrechten, dat direct met de meldingsregeling samenhangt, gaat uit van een geleidelijke opbouw vanaf het tiende jaar na ingebruikname van het gebouw tot het twintigste jaar. In dat jaar is de opbouw volledig en bedraagt dan 50% van de nieuwbouwkosten. Voor de overgang naar deze systematiek is bij de invoering van de huidige meldingsregeling voor bestaande gebouwen gekozen voor een versnelde opbouw van trekkingsrechten. Dit betrof alleen de gebouwen waarbij een renovatie nog uitkomst bood. Het CBZ heeft daarvoor een bouwkundig en functioneel onderzoek gedaan. Voor oudere gebouwen waarvoor vervanging vanuit een functioneel en of bouwkundig opzicht de enige optie was, werden geen trekkingsrechten meer opgebouwd, omdat vervangende nieuwbouw te allen tijde via de vergunningprocedure dient te verlopen. Naarmate de opbouw van trekkingsrechten meer volledig is, verlopen meer renovaties via de meldingsregeling.

Voor de sector verpleging en verzorging geldt dat het beleid gericht op het aanpakken van 3-en 4-bedskamers op korte termijn er toe kan leiden dat sneller dan in het meldingssysteem is voorzien moet worden overgegaan tot renovatie. Daardoor kan het aantal renovaties waarvoor alsnog een vergunning moet worden aangevraagd toenemen.

In de GGZ-sector is sprake van een gebouwenbestand dat voor een belangrijk deel aan vervanging toe is of de nieuwbouw heeft afgerond. Daar waar sprake is van renovatie zal de instelling in de meeste gevallen de renovatie kunnen uitvoeren binnen de meldingsprocedure.

Voor de ziekenhuissector geldt dat vooral het aantal «kleine» aanvragen voor een verklaring de afgelopen jaren aanzienlijk is afgenomen; naar schatting gaat het hierbij om ongeveer 75%. Grote projecten moeten nog steeds bij gebrek aan voldoende opgebouwde trekkingsrechten een aanvraag om een verklaring indienen. De verhoging van de trekkingsrechten van 50 naar 65% heeft juist ook tot bedoeling het aantal aanvragen en verklaringen terug te brengen. In de gehandicaptensector wordt niet «gedifferentieerd» ingegroeid, dat wil zeggen dat voor alle (in 1996) bestaande gebouwen tegelijk en in hetzelfde tempo de trekkingsrechten worden opgebouwd, dus ook geen versnelde ingroei voor slechte gebouwen. Net als bij verpleging en verzorging geldt dat de gebouwen in een hoger tempo functioneel verouderen dan technisch, hierdoor is het meestal eerder nodig de gebouwen te vervangen (bijvoorbeeld door woningen in de wijk) en zal renovatie minder aan de orde zijn. Instellingen plannen hun trekkingsrechten wel op grote schaal in voor benodigde renovatie voor die onderdelen die niet vervangen hoeven te worden.

*De fractieleden van D66 vroegen of instellingen reserves mogen opbouwen om wat extra's te kunnen doen bij bouw, zo ja, tot welke hoogte, en zo nee, of het dan niet erg lastig is voor een directie om vergaand zelf verantwoordelijk te zijn voor het bouwen.*

In paragraaf 4 van deze nota is aangegeven dat de ruimte wordt bepaald door het beleid ten aanzien van bouw. De vraag of er reserves kunnen worden opgebouwd is dus afhankelijk van de wijze waarop de financiering van de bouw geregeld is. Op dit moment krijgen in een aantal sectoren instellingen uitsluitend een normatief bedrag in hun budget (bijvoorbeeld RIAGG, thuiszorg). Dit mogen zij besteden aan bouw of reserveren voor bouw, maar ook substitueren met andere kostenposten.

Binnen de totale exploitatie zijn geen grenzen gesteld aan de reservepositie. In andere sectoren wordt deels een normatief bedrag ter beschikking gesteld, maar vindt deels ook de vergoeding van kapitaallasten plaats op basis van de werkelijke kosten. Als de werkelijke kosten vergoed worden, dan is het niet toegestaan te substitueren met andere kostenposten en kan er niet worden gereserveerd. Inderdaad wordt het dan moeilijk instellingen zelf vergaand verantwoordelijk te maken.

*De leden van de D66-fractie constateerden dat de regering aan een brute-ringsoperatie in de zorg werkt, waarmee instellingen zelf eigenaar van alle grond en gebouwen worden en dan niet meer financieel afhankelijk zijn van de overheid. Dit betekent, aldus deze leden, dat directies in financieel opzicht zelf kunnen bepalen of ze een nieuw gebouw neerzetten, aangepaste woningen op het terrein bouwen of op andere locaties investeren in nieuwe vormen van wonen en zorg. De fractieleden van D66 vroegen wat dit betekent voor voorliggend wetsvoorstel. De leden van de VVD-fractie vroegen aan te geven op welke wijze de knelpunten opgelost gaan worden die geconstateerd worden op het gebied van financiering van de zorginfrastructuur en de boekwaarde van bestaande zorgaanbieders. Zij vroegen voorts of dit voor alle zorgaanbieders geldt, of alleen voor zorgbieders die nieuwe plannen ontwikkelen.*

Voor het realiseren van noodzakelijke zorginfrastructuur in de sectoren verpleging en verzorging, geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg worden op dit moment financieringsmogelijkheden geboden. WZV-instellingen kunnen hiervoor via de gebruikelijke wegen bij het CBZ terecht, niet WZV-instellingen kunnen een aanvraag indienen in het kader van de Woonzorgstimuleringsregeling. Voor de laatste categorie instellingen is in 2001 en 2002 jaarlijks bijna f 30 miljoen beschikbaar gesteld. Voor de periode na 2002 wordt een structurele oplossing voorbereid. Het voornemen is de kosten van de direct zorggerelateerde zorginfrastructuur bij de zorginstellingen in de tarieven te verwerken.

Om te komen tot een oplossing voor het probleem van de boekwaarde wordt in reactie op de motie-Dankers (Kamerstukken II, 2000/01, 24 036 en 26 631, nr. 204) een analyse uitgevoerd van de positie van het vastgoed in de zorg, in het perspectief van een vraaggestuurde sector en in het licht van de ontwikkelingen op het gebied van wonen en zorg. Zoals beschreven in bijlage 3 bij de brief «Wonen en zorg op maat» van 27 juni 2001, vindt onderzoek plaats naar de mogelijkheden in de vorm van verschillende scenario's, waarbij ook de consequenties en mogelijke vervolgstappen in kaart worden gebracht. Doel is na te gaan hoe een evenwichtige uitgangspositie van bestaande zorginstellingen in relatie tot nieuwe aanbieders op de markt kan worden bereikt en wat daarbij de voordelen en mogelijkheden zijn van verzelfstandiging van het vastgoed. Deze analyse moet in het voorjaar van 2002 gereed zijn.

*De leden van de VVD-fractie vroegen hoe het veld geïnstrumenteerd wordt, of er een implementatieplan voor 2002 is, wat voor de instrumentering en de implementatie nodig is en welke kosten en inspanningen daarmee zijn gemoeid en wie dat gaat doen.*

De beleidsvoornemens voor de nadere invulling van de WEZ zoals die in de brief van 25 september 2001 staan, zijn te beschouwen als het implementatieplan voor 2003. Over de brief is overleg gevoerd met de koepels van instellingen en zorgverzekeraars. De voornemens om de veldpartijen per 2003 meer ruimte te geven om bepaalde initiatieven zonder tussenkomst van de overheid te ontplooien zijn gebaseerd op de verwachting dat die partijen de nieuwe verantwoordelijkheden op dat moment ook kunnen dragen. De beoogde veranderingen zijn gericht op toenemende

verantwoordelijkheden van de veldpartijen, niet op een uitbreiding van taken. Bij nieuwe verantwoordelijkheden dient een passende bekostigingssystematiek te worden ontworpen. Hier ligt een belangrijke taak voor het CTG. Aangezien de WEZ niet tot een uitbreiding van taken leidt, is een tegemoetkoming in de kosten voor verzekeraars of instellingen wegens de inwerkingtreding van de WEZ niet aan de orde.

*De leden van de PvdA-fractie vroegen waarom wij aarzelen over toepassing van het voorstel van het College bouw over een verzwaring van de functie van het langetermijnhuisvestingsplan in de care-sectoren. De fractieleden van D66 vroegen om een toelichting waarom wij het voorstel van het College bouw om – in afwachting van de WEZ – de WZV reeds te dereguleren slechts toepasbaar achten voor de ziekenhuissector.*

Het langetermijnhuisvestingsplan (LTHP) is een goed instrument waarmee instellingen hun toekomstige huisvestingsbehoefte kunnen beschrijven, inclusief het daarbij behorende (functionele-) kwaliteitsniveau. Op basis van het LTHP kunnen de noodzakelijke werkzaamheden gepland worden. Sinds 1996 geldt ingevolge de meldingsregeling voor alle WZV-instellingen de verplichting om met een LTHP te werken. Nog dit jaar zal de verplichting om over een LTHP te beschikken van een steviger juridische grondslag worden voorzien, namelijk via een algemene maatregel van bestuur op grond van artikel 22 van de WZV.

De functieverzwaring die het CBZ voor het LTHP ogen heeft betreft, beleid-sinhoudelijk gezien, een uitbreiding van de meldingsregeling in de care-sector. Dit voorstel opent de mogelijkheid voor instellingen zich blijvend bouwkundig in stand te houden juist op het moment dat wij samen met de staatssecretaris van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer het stimuleringstraject van het scheiden van wonen en zorg krachtiger neerzetten. Ook belemmert het voorstel de noodzakelijke flexibiliteit die nodig is om zoveel mogelijk vraaggestuurd te werken. In bijvoorbeeld de gehandicaptenzorg is het beleid erop gericht zo min mogelijk afspraken te maken over de kleinschalige voorzieningen. Hierbij is het de bedoeling dat een deel van de huidige huisvesting afgestoten gaat worden. Voor de sector geestelijke gezondheidszorg is met GGZ Nederland en het CBZ afgesproken dat men samen beziet welke meerwaarde eventueel nog te behalen is voor het cure-deel van de ggz-sector, indien het voorstel van het CBZ op vergelijkbaar wijze als voor de algemene ziekenhuizen zou worden toegepast.

*De fractieleden van de VVD waren van mening dat het langetermijnhuisvestingsplan een tussenstap is, die in principe al noodzakelijk zou zijn vanwege de Kwaliteitswet zorginstellingen, omdat dit transparant maakt waar zorginstelling voor staat. De leden van de VVD-fractie vroegen zich wel af wat erin moet staan en wat het noodzakelijk maakt.*

Het LTHP kan niet los worden gezien worden van een totale visie van de instelling op haar toekomst. Een instelling zou dan ook eigenlijk over een LTHP moeten beschikken ook zonder dat dit vereist zou zijn. Een LTHP beschrijft hoe de zorgbehoefte waarin de instelling wil/zal voorzien, beschreven in de exploitatietoestemming, zijn vertaling vindt in een doelmatig, kwalitatief en kwantitatief verantwoorde huisvesting. Het LTHP dient een integraal beeld geven van de ontwikkeling van de huisvesting, rekening houdend met alle relevante invloeden zoals beleidsvisie van de overheid, marktinvloeden, regiovisie en (technische) ontwikkelingen in de zorg maar ook die ten gevolge van andere regelgeving (bijvoorbeeld Arbo en milieu). Overigens zal in overleg met de desbetreffende sectoren worden afgesproken hoe een LTHP er voor de instellingscategorieën in die sector het beste uit kan zien. Dit zal niet voorgeschreven worden in de bij

het antwoord op de vorige vraag bedoelde algemene maatregel van bestuur.

Zoals wij in paragraaf 8.2 van de memorie van toelichting aangaven is het werken met een LTHP een belangrijke voorwaarde voor het verder loslaten van het bouwregime.

*De leden van de fractie van de VVD vroegen wat de inbreng van zorgverzekeraars, zorgvragers en anderen in de langetermijnhuisvestingsplan zal zijn.*

Het LTHP is een document dat onder volledige verantwoordelijkheid van het instellingsbestuur wordt gemaakt. Inbreng van anderen (de «stakeholders») is daarbij echter wel zeer gewenst. In de brief van 8 juni 2001 (DBO-CB-U-2187969) staat hierover dat ziekenhuizen (en dit geldt uiteraard ook andere soorten zorginstellingen) zich als maatschappelijke onderneming meer en meer rekenschap hebben te geven van de maatschappelijke consequenties die hun besluiten kunnen hebben. Dat betekent dat hun voorstellen onderbouwd en toetsbaar horen te zijn, zodat andere partijen zich daarover een oordeel kunnen vormen. Andere partijen, de stakeholders, kunnen zijn de zorgverzekeraar/het zorgkantoor, de ondernemingsraad en de cliëntenraad, maar bijvoorbeeld ook gemeente- en provinciebesturen en de adherente bevolking of patiënten/consumentenorganisaties.

*De fractieleden van de VVD vroegen naar een overzicht van de mate waarin op dit moment, per deelsector, LTHP's zijn ontwikkeld en wat de inbreng van verzekeraars en patiënten/cliënten hierbij is geweest.*

Een LTHP wordt onder de huidige regelgeving pas verlangd als een instelling van de meldingsregeling gebruik maakt. Dit geldt voor alle sectoren behoudens de verzorgingshuizen. Inbreng van verzekeraars en patiënten/cliënten wordt tot op heden hierbij niet verlangd. Wat hierbij de inbreng van de verzekeraars is wordt door het CBZ dan ook niet geïnventariseerd. Wel weten we dat deze vaak om een visie worden gevraagd. Inbreng van patiënten/cliënten is tot op heden duidelijk minder. Van de GGZ-sector is het bekend dat individuele instellingen de LTHP's soms voorleggen aan de cliëntenraden. Het overgrote deel van de ziekenhuizen heeft inmiddels de beschikking over een LTHP met vaak inclusief een visie van de verzekeraar. Het gaat daarbij om een officieel document van het ziekenhuis dat om die reden ook voorgelegd wordt aan de cliënten. Pas als spraken is van functie(her)verdeling of functieconcentratie treedt de nieuwe bepaling uit de beleidsregels ex artikel 3 van de WZV in werking die voorschrijft dat over dergelijke voornemens met stakeholders overleg is gevoerd. Voor de sector ziekenhuizen loopt nu een pilot waarvoor nu nadere afspraken worden gemaakt over een format van het LTHP. In dit format wordt aangegeven hoe het overleg met de stakeholders vorm krijgt en hoe de resultaten van dat overleg in het LTHP worden opgenomen. Het wordt onder volledige verantwoordelijkheid van het instellingsbestuur opgesteld, dit betekent dat de stakeholders formeel noch feitelijk een vetorecht krijgen. In het algemene maatregel van bestuur over het LTHP zoals die binnenkort in het Staatsblad komt te staan zijn alleen de minimale indieningsvereisten opgenomen.

*De leden van de D66-fractie wilden weten of wij aan kunnen geven hoe een langetermijnhuisvestingsplan van een instelling zich verhoudt tot de regiovisie van de regio waar deze instelling zich bevindt. Zij vroegen of het langetermijnhuisvestingsplan voortkomt uit de regiovisie (en uiteraard het beleidskader) of dat de regiovisie eigenlijk niet meer is dan een optelsom van langetermijnhuisvestingsplannen.*

De regiovisie en een LTHP zijn twee volledig verschillende documenten. De regiovisie is een gezamenlijk product van vele organisaties en groepen in een regio, inclusief de zorginstellingen. Het LTHP is een document van een individuele instelling over haar strategische beleid en de huisvestingsconsequenties die daaraan zijn verbonden. Instellingen zullen hun mening, beschreven in de LTHP's, kunnen inbrengen in de discussie over de regiovisie, maar het LTHP blijft het product van de instelling zelf. Anderzijds mag worden aangenomen dat een instelling in zijn LTHP rekening houdt met regiovisies waaraan zij heeft bijgedragen.

## **26. Artikelsgewijs**

### **Artikel 1, eerste lid**

*De leden van de VVD-fractie vroegen of de definitie van «instelling» in de praktijk niet tot toepassingsproblemen zal leiden, bijvoorbeeld indien een zelfstandig behandelcentrum geen rechtspersoonlijkheid heeft.*

Voor het antwoord op deze vraag zij verwezen naar paragraaf 13 van deze nota.

### **Artikel 4**

#### *– Algemeen*

*De leden van de VVD-fractie stelden verschillende vragen over de relatie tussen de toets aan een financieel kader bij het verlenen van een exploitatietoestemming en de consequenties die dit heeft voor de mogelijkheden om afspraken te maken met zorgverzekeraars.*

Voor het antwoord op deze vragen zij verwezen naar paragraaf 24 van deze nota.

#### *– Eerste lid*

*De leden van de VVD-fractie vroegen of het niet vreemd was dat specialistenmaatschappen die ziekenfondszorg leveren geen exploitatietoestemming nodig hebben en hoe wij ervoor gaan zorgen dat zij wel een toestemming behoeven. De leden van de fracties van de PvdA en de VVD vroegen of het zo is dat maatschappen van specialisten die collectief gefinancierd worden, niet onder de werkingssfeer van het voorstel komen te vallen.*

Voor het antwoord op deze vragen zij verwezen naar paragraaf 13 van deze nota.

#### *– Tweede lid*

*De leden van de VVD-fractie vroegen waar dit lid op doelt. Ook vroegen zij, evenals de leden van de D66-fractie hoe met deze bepaling moet worden omgegaan als er sprake is van functioneel omschreven zorg.*

Zie voor het antwoord op deze vragen paragraaf van deze nota.

#### *– Vierde lid*

*De leden van de VVD-fractie meenden dat de tekst van deze bepaling en die van de memorie van toelichting niet met elkaar sporen en vroegen hierop een reactie.*

Voor het antwoord op deze vraag zij verwezen naar paragraaf 13 van deze nota.

### **Artikelen 8, 10 en 11**

*De leden van de D66-fractie vroegen waarom niet is vastgelegd binnen welke termijn bekend moet zijn hoe de beslissingen uitpakken waar het in deze artikelen om gaat (exploitatietoestemming, bouwvergunning, goedkeuring eindverantwoording).*

Ook op dit moment is niet in de Ziekenfondswet of de AWBZ vastgelegd binnen welke termijn een toelating wordt verleend. Dat is ook niet nodig indien wordt aangesloten bij de Algemene wet bestuursrecht. Die wet gaat in artikel 4:13 uit van een «redelijke termijn»; het tweede lid van dat artikel spreekt in dat verband van een termijn van acht weken.

### **Artikel 9, derde lid**

*De leden van de D66-fractie wilden weten wat bedoeld wordt met «verzending».*

Hiermee is bedoeld de verzending aan de minister met het verzoek om goedkeuring, vereist ingevolge het eerste lid.

### **Artikel 12, eerste lid**

*De leden van de fracties van de VVD en D66 vroegen of deze bepaling betekent dat er weinig of geen ruimte is voor nieuwe toetreders.*

De eerste volzin van deze bepaling heeft uitsluitend tot doel ervoor te zorgen dat instellingen die in het bezit zijn gesteld van een toestemming, ook daarna aan de transparantie-eisen blijven voldoen. Dit betekent niet dat de statuten en bedrijfsvoering, zoals die zijn getoetst bij de verlening van de toestemming, niet zouden mogen worden gewijzigd. Maar, hóé ze er ook komen uit te zien, transparant moeten ze blijven. Het gaat hier dus niet om het belemmeren van nieuwe toetreders. Zie overigens de antwoorden in paragraaf 23 van deze nota.

### **Artikel 13**

*De leden van de VVD-fractie vonden deze bepaling overbodig en zagen liever een stimuleringsregeling door middel waarvan de overheid eventuele «witte vlekken» kan aantonen en proberen in te vullen.*

Voor de reactie hierop verwezen wij naar paragraaf 15 van deze nota.

### **Artikel 14 en 15**

*De leden van de fracties van de VVD en D66 vroegen of deze bepalingen wel passen in een wetsvoorstel dat beoogt te dereguleren.*

Voor het antwoord hierop zij verwezen naar paragraaf 15 van deze nota.

### **Artikel 16**

*De leden van de VVD-fractie gaven aan dat dit artikel moet zien op instellingen die voorzieningen exploiteren die met publieke middelen zijn gefinancierd. Mocht dit niet het geval zijn, dan is een saneringsregeling overbodig volgens deze leden. Komt er een privaatrechtelijk zorgstelsel waar sprake is van vermindering van collectieve lasten, dan zou het streven*



*moeten zijn dat instellingen meer en meer met private middelen worden gefinancierd, zo meenden de leden van de VVD-fractie. Zij vroegen of wij het hiermee eens zijn en zo nee, waarom niet.*

We kunnen ons moeilijk verplaatsen in de achtergrond waartegen de VVD-fractie deze vraag stelt, namelijk een privaatrechtelijk zorgstelsel waar sprake is van vermindering van collectieve lasten. Zowel in de kabinetsvisie op het toekomstige zorgstelsel die is neergelegd in de nota «Vraag aan bod» als in het advies van de SER «Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen» verplicht de overheid burgers zich te verzekeren voor een door de overheid vastgesteld basispakket en stelt aan de uitvoering van de verzekering zodanige solidariteitseisen dat de premies niet de werkelijke risico's weerspiegelen. Zo bezien achten wij het niet realistisch om van de situatie uit te gaan dat de ziektekostenpremies in de toekomst geen collectieve lasten meer zullen zijn. Voor het hypothetische geval dat het zorgstelsel volledig privaatrechtelijk zou zijn vormgegeven zoals de VVD-fractie kennelijk bedoeld, lijkt het ons vanzelfsprekend dat zorginstellingen voor hun financiering, op eigen kracht, private middelen aantrekken.

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