

Vergaderjaar 2001–2002

27 659

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

Nr. 9

NADER VERSLAG

Vastgesteld 28 februari 2002

Na kennis te hebben genomen van de inhoud van de nota naar aanleiding van het verslag bij voorliggend wetsvoorstel en de daarbij gevoegde nota van wijziging bleek er in de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ bij enkele fracties nog behoefte te bestaan een aantal aanvullende vragen en opmerkingen ter beantwoording aan de regering voor te leggen, die hieronder zijn opgenomen. Met een tijdige beantwoording acht de commissie de openbare behandeling van het wetsvoorstel voldoende voorbereid.

Algemeen

De leden van de VVD-fractie hebben enige tijd geleden met belangstelling kennis genomen van de herziening van het stelsel van overheidsbemoeienis met het aanbod van zorginstellingen (Wet exploitatie zorginstellingen verder WEZ).

Zij vinden het van primair belang dat een gedegen basis wordt gelegd van waaruit deregulering van de aanbodzijde in de gezondheidszorg daadwerkelijk mogelijk wordt gemaakt. Of onderhavig wetsvoorstel het juiste instrument is om dit proces te begeleiden wordt door deze leden betwijfeld. De WEZ biedt op dit moment onvoldoende aangrijpingspunten. De nota naar aanleiding van het verslag heft de aanvankelijk geuite bezwaren tegen het wetsvoorstel niet op. Integendeel, nog steeds zijn deze leden van mening dat de WEZ te breed is. Naar hun inzicht regelt de WEZ zeer veel; zo niet teveel. Immers, naast de bouw van zorginstellingen regelt de WEZ ook de zorgsector als er niet gebouwd hoeft te worden.

De leden van de VVD-fractie zien de WEZ als een tijdelijke wet.

De WEZ is bedoeld om in een overgangstermijn naar een ander stelsel helderheid en duidelijkheid te bieden. De wet zou in dat geval moeten gelden tot de invoeringsdatum van een nieuw stelsel. Deze tijdelijkheid dient volgens deze leden ook in de WEZ te worden verankerd. Hiernaast dient de wet er zorg voor te dragen dat de zorgsector financieel blijft. Deelt de regering de opvatting van deze leden dat de WEZ een overgangsmaatregel is? Is regering bereid dit ook in de tekst van de WEZ vast te leggen?

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Swildens-Rozendaal (PvdA), ondervoorzitter, Middel (PvdA), Van Lente (VVD), voorzitter, Dankers (CDA), Oudkerk (PvdA), Bakker (D66), Rouvoet (ChristenUnie), Van Vliet (D66), Van Blerck-Woerdman (VVD), Passtoors (VVD), Gortzak (PvdA), Hermann (GroenLinks), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Spoelman (PvdA), Kant (SP), E. Meijer (VVD), Van der Hoek (PvdA), Blok (VVD), Mosterd (CDA), Rijpstra (VVD), T. Pitstra (GroenLinks) en Cörüz (CDA).
Plv. leden: Lambrechts (D66), Rehwinkel (PvdA), Apostolou (PvdA), Örgü (VVD), Verburg (CDA), Noorman-den Uyl (PvdA), Ravestein (D66), Slob (ChristenUnie), Van 't Riet (D66), Terpstra (VVD), Udo (VVD), Belinfante (PvdA), Harrewijn (GroenLinks), Ross-van Dorp (CDA), Th. A. M. Meijer (CDA), Duijkers (PvdA), Smits (PvdA), Marijnissen (SP), O. P. G. Vos (VVD), Hamer (PvdA), Cherribi (VVD), Rietkerk (CDA), Weekers (VVD), Van Gent (GroenLinks) en Visser-van Doorn (CDA).

«Ook in een vraaggericht stelsel blijft de overheid verantwoordelijk voor de borging van de publieke belangen in de zorgsector», zo stelt de nota naar aanleiding van het verslag. Meer concreet gaat het dan om de toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid. Kan de regering aangeven, gelet op het SER-advies omtrent een nieuw stelsel, hoe zij denkt over de verantwoordelijkheid van de overheid ten aanzien van de doelmatigheid van de sector en vraagsturing?

Deelt de regering de mening van deze leden dat overheidsinvloed op beheersbaarheid en doelmatig gebruik van financiële middelen geen juiste prikkel is? Op welke wijze introduceert de WEZ juiste prikkels voor doelmatig gebruik van financiële middelen? Hoe kan overheidsinvloed tot een minimum worden beperkt?

Hoe verhoudt zich meer vraaggerichte zorg tot een financieel beleidskader waaraan het CVZ de exploitatietoestemmingen moet toetsen? Hoe wordt voorkomen dat een financieel toetsingskader vraagsturing belemmert, zo vragen de leden van de VVD-fractie.

Gesteld wordt dat de reikwijdte van de WEZ beperkter is dan die van de WZV. Kan de regering uitvoerig aangeven in welk opzicht dit het geval is? «Anderzijds is er behoefte invloed uit te kunnen oefenen 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», zo wordt door de regering gesteld. Wie heeft deze behoefte en waarom?

Kan de regering uitvoerig aangeven waarom de overheid de taak heeft en houdt op basis van het beleidskader instellingen te toetsen aan de poort? Deelt de regering de mening van de leden van de VVD-fractie dat de opgesomde criteria onder 1 en 2 (blz. 11/12) arbitrair zijn? Hoe moet met de criteria worden omgegaan bij functioneel omschreven zorg?

«Bij particuliere verzekeringen is geen sprake van een bij de verzekeraar rustende zorgplicht», zo wordt gesteld. In hoeverre is deze stelling houdbaar in een stelseldiscussie waarbinnen wordt gesproken over acceptatieplicht voor een standaardpolis en verzekeringsplicht voor een basispolis? «De flexibiliteit van de WEZ sluit aan op de flexibiliteit van de WTG», zo wordt gesteld op blz. 14. Kan de regering aangeven op welke wijze deze aansluiting is vorm gegeven? Op welke wijze wordt stagnatie voorkomen? Een PGB-zorgleverancier heeft met de WEZ geen exploitatietoestemming nodig, maar een PVB-leverancier wel. Kan de regering aangeven hoe het een zich tot het ander verhoudt?

Over de rol van het zorgkantoor bestaat op dit moment de nodige discussie, zo constateren de leden van de VVD-fractie. In de WEZ heeft het zorgkantoor een rol van belang te vervullen. In de stelseldiscussie staat de rol van het zorgkantoor ter discussie, en wordt voorgesteld het zorgkantoor te vervangen door zorgverzekeraars. Kan de regering aangeven hoe zij in de nabije toekomst de rol van het zorgkantoor ziet? Hoe verhoudt zich de WEZ op dit punt tot de stelseldiscussie? Loopt ook hier de WEZ niet vooruit op de uitkomsten van de stelseldiscussie? Zo nee, waarom niet?

«Bij doelmatigheid gaat het er om dat toegankelijkheid en kwaliteit worden bereikt met niet meer middelen dan noodzakelijk», zo stelt de regering. Kan de regering aangeven wat zij hiermee bedoelt? In hoeverre wijkt deze definitie af van de definitie in de Kwaliteitswet zorginstellingen? Wat is hiervan de reden?

Hoe verhoudt zich doelmatigheid tot de noodzakelijke overcapaciteit in de zin van de Ziekenfondswet en AWBZ, vanwege de keuzevrijheid van de patiënt tot de geformuleerde definitie van doelmatigheid?

Kan de regering aangeven op welke wijze zij een gelijkwaardige uitgangspositie wil creëren voor iedereen (nieuw en oud)? Acht de regering een bruteringslag noodzakelijk? Zo nee, waarom niet?

De leden van de CDA-fractie zijn de regering erkentelijk voor de uitgebreide beantwoording van de vele vragen die er bij de diverse fracties leven ten aanzien van voorliggend wetsvoorstel. Ondanks deze uitgebreide beantwoording heeft de regering deze leden nog niet kunnen overtuigen van nut en noodzaak om dit wetsvoorstel nu te willen invoeren. Met de regering zijn zij van mening dat het noodzakelijk is om aanbodsturing te laten plaatsmaken voor vraagsturing en dat deregulering noodzakelijk is.

Volgens de regering moet de WEZ worden gezien als een proceswet 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.

Maar tegelijkertijd deelt de regering de mening van de leden van de CDA-fractie dat de WEZ in nauwe samenhang moet worden gezien met een pakket van maatregelen over de herstructurering van ons zorgstelsel (blz. 8 en 9).

De regering gaat zelfs zo ver dat ze stelt dat de herstructurering van ons zorgstelsel zoals beschreven in «vraag aan bod» twee pijlers kent. De eerste is die van meer keuzevrijheid, de WEZ zou dit proces moeten faciliteren. De tweede pijler van «vraag aan bod» is de vernieuwing in de verzekering. Ook deze (tweede) pijler dient om de omslag naar vraaggerichte zorg te faciliteren, aldus de regering.

Daar waar de regering desondanks van mening is dat deze twee pijlers afzonderlijk van elkaar kunnen worden beschouwd delen de leden van de CDA-fractie deze mening niet.

Met de Raad van State en mede gelet op de beantwoording door de regering van de vragen zijn deze leden van mening dat het nu voorliggende wetsvoorstel onvoldoende waarborgen biedt voor een samenhangend zorgaanbod en onvoldoende rechtszekerheid biedt voor instellingen.

Er is onvoldoende duidelijkheid over de wijze waarop het budgettair kader Zorg (BKZ), de budgettering van instellingen, de WTG alsmede de Capaciteitsplanning artsen invloed zullen blijven hebben op de verder ontwikkeling van vraaggestuurde zorg. De regering is van mening dat in alle stadia van het overgangsproces van aanbodsturing naar vraagsturing er een passend beheersingssysteem moet zijn wat niet zodanig mag knellen dat de overheid nog jarenlang strikte financiële grenzen stelt aan de uitgaven die voortvloeien uit exploitatiebestemmingen, terwijl verzekeraars en aanbieders allang grote delen van de verantwoordelijkheid daarvoor hebben overgenomen. (blz. 5) De WEZ zou dit overgangsproces moeten faciliteren, maar nagelaten wordt om (via een spoorboekje) duidelijk te maken wanneer en afhankelijk van welke criteria (beslismomenten) deze knellende financiële kaders zullen worden losgelaten.

Een dergelijk «spoorboekje» achten de leden van de CDA-fractie onontbeerlijk bij het op gang brengen van een zo ingrijpend proces. Het risico op «chaos op het spoor» is anders veel te groot. Veel partijen zijn betrokken bij de gezondheidszorg. Die dienen niet alleen zicht te hebben op de abstract geformuleerde koers, maar ook op de concrete (juridische) consequenties. Dit alles om goede zorg voor de mensen in ons land ook tijdens het proces beschikbaar te houden.

Wil de regering nog eens duidelijk maken wanneer en onder welke condities de verzekeraars en aanbieders volledige verantwoordelijkheid, zowel financieel als inhoudelijk, zullen verkrijgen?

De WEZ maakt onderscheid tussen instellingen welke al dan niet privaat zijn gefinancierd. Wil de regering, mede naar aanleiding van het onlangs verschenen advies van de RVZ, nog eens duidelijk maken of de WEZ (bijv. artikel 4) enige aanpassing behoeft indien het advies van de RVZ (profijtelijk zorg verlenen) zal worden opgevolgd waardoor winst maken door instellingen niet langer ingeperkt wordt, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

Vooralsnog menen de leden van de fractie van GroenLinks dat er nog veel vragen blijven bestaan over het nut, de noodzaak en de wenselijkheid van dit wetsvoorstel.

Zo blijkt uit de nota naar aanleiding van het verslag volgens hen dat er veel vragen leven over de rol die dit wetsvoorstel in het proces van «de omslag van een systeem van centrale aanbodsturing naar een decentraal vraaggericht systeem» zou moeten vervullen en over de relatie tussen dit wetsontwerp en de voornemens voor herziening van het verzekerings-systeem als zodanig.

De vraag die deze leden met referte aan het advies van de Raad van State stelden of het niet van wijsheid zou getuigen eerst de discussie over het verzekeringsstelsel ten principale te voeren alvorens in te gaan op de overheidsbemoeienis met het stelsel van voorzieningen wordt door de regering nadrukkelijk ontkennend beantwoord. De regering stelt dat er, anders dan bij de verzekerings- en de tarievenwetgeving als het om bouw gaat, geen verdere mogelijkheden binnen de huidige wetgeving zijn om geaccordeerde stappen naar deregulering en vraagsturing te implementeren. Anders gezegd, men meent dat het schip aan de grond zit en dat we over moeten stappen op een nieuw vaartuig.

De leden van de fractie van GroenLinks zijn niet overtuigd door deze redenering. Uitgebreid overleg met het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen laat zien dat wel degelijk deregulering met de huidige wet mogelijk is. Zo heeft het CBZ het probleem onderschrijding bouwkaders plus lange doorlooptijden aangepakt met een «aanjaagteam» wat een forse versnelling gaf, terwijl een groot deel van de vertraging op lokaal niveau bleek te liggen. De in 1996 ingestelde meldingsregeling waarbij voor verbouwingen geen vergunning meer hoeft te worden aangevraagd werd pas in 2001 volledig operationeel. De effecten worden pas nu landelijk zichtbaar. Deze leden ondersteunen de beweging richting vraagsturing in de gezondheidszorg, evenals de benadering wat betreft deelmarkten van het kabinet. De WEZ loopt in zoverre op de zaken vooruit dat geen analyse is gemaakt van de (on)mogelijkheden van vraagsturing in de ziekenhuiszorg en verpleeghuiszorg, in het bijzonder van de planning van grootschalige infrastructuur. Zij verzoeken daarom de regering zich nader uit te spreken over:

- de spreiding van voorzieningen door concurrerende verzekeraars;
- kostenstijging bij concurrerende aanbieders.

Veelvuldig wordt het begrip «vraagsturing» genoemd als argument dat hiermee beter dan met een centraal (=door Den Haag) gestuurd systeem problemen als wachtlijsten opgelost zouden kunnen worden. Waar het gaat om de infrastructuur is het de vraag of deze redenering hout snijdt. Wachtlijsten zijn met name de laatste 5 à 10 jaar opgetreden en de oorzaken zijn velerlei. Zo heeft de regering lange tijd het aanbod op de nullijn geplaatst om te bezuinigen werd alle zorg die niet volgens de regels gegeven werd van betaling uitgesloten. Vanaf 1998 is er weer wat lucht in de begroting gekomen maar dat is volstrekt onvoldoende om de achterstand in te lopen. Bovendien wordt de laatste jaren het tekort aan geld en bewegingsvrijheid van aanbieders en verzekeraars verergerd door een toenemend tekort aan personeel. Niet het systeem van de zorgvoorzieningen als zodanig maar de toepassingen ervan hebben de stagnatie veroorzaakt.

Bij het pogen om de verschraling op te heffen moet de toverspreuk «vraagsturing» uitkomst brengen en krijgt de zorgverzekeraar als regisseur het heft in handen. Voor zorgverlening op individueel niveau is daar wat voor te zeggen al weten we helemaal niet of de patiënt zich vertegenwoordigt weet door de verzekeraar. Volstrekt onduidelijk is echter of de zorgverzekeraar ook regisseur zou moeten zijn voor kostbare lange termijn investeringen. Verzekeraars verwelkomen meer macht maar geven tegelijk aan dat ze die primair zullen benutten voor de eigen verzekerden.

Collectieve voorzieningen gaan ten koste van die voor eigen premiebetalers. Zijn kostbare voorzieningen zoals ziekenhuizen met een levensduur van minstens veertig jaar wel aantrekkelijk voor de verzekeraar? Waarschijnlijk zullen alleen samenwerkende verzekeraars grootschalige voorzieningen kunnen financieren, de concurrentie zal hen er echter toe dwingen risico's te vermijden, waar mogelijk op elkaar af te wentelen. Gaarne vernemen de leden van de fractie van GroenLinks van de regering hoe zij meent dat verzekeraars in staat zullen zijn «free-rider»gedrag van concurrerende verzekeraars te voorkomen als zij algemene taken op zich moeten nemen. Ziet de regering hier een rol weggelegd voor de regiovisie of het beleidskader, bijvoorbeeld door hier juridische verplichtingen voor de verzekeraars uit voort te laten vloeien?

Verzekeraars hebben zorgplicht, maar tussen een constatering dat daar niet aan voldaan kan worden en het stichten van bijv. een nieuw ziekenhuis zal veel tijd vergen. In het verleden is met de toenmalige Wet Voorzieningen Gezondheidszorg getracht een regionale vorm van planning te realiseren, maar dat idee is verlaten. Nu wil de regering een regiovisie zonder juridisch karakter. Hoe maakt de overheid haar verantwoordelijkheid voor de spreiding in het WEZ regime waar?

Het beleidskader/de exploitatietoestemming

Gesteld wordt dat elementen van centrale aanbodsturing pas verlaten kunnen worden naarmate de mogelijkheden aan de vraagkant toenemen. De leden van de VVD-fractie vinden deze stelling uiterst arbitrair. Deelt de regering deze mening? Zo nee, waarom niet? Is de regering met deze leden niet van mening dat centrale aanbodsturing ook kan verdwijnen als het zorgaanbod exacter is geformuleerd, zodat de vrager op transparante wijze kan zien wat het zorgaanbod is? Zo nee, waarom niet?

Waarom is het nodig dat de overheid zich een oordeel vormt over de daadwerkelijke zorgverlening/exploitatie vordad de zorgvrager toetreedt tot de zorgmarkt? Kan een uitvoerige reactie worden gegeven?

Vanuit welke gedachte acht de regering het beleidskader essentieel?

De leden van de VVD-fractie vragen zich ten eerste af waarom is gekozen voor een exploitatietoestemming. Kan er ten aanzien van de exploitatie van een instelling niet worden volstaan met een exploitatiemelding? Heeft het beleidskader een juridisch afdwingbaar karakter? Zo niet, hoe kan het beleidskader dan publieke belangen waarborgen?

Wat de rol van de overheid betreft krijgt de overheid met de WEZ, naast de rol van regisseur, de hoofdrol. Deze leden vinden dit opmerkelijk. De WEZ lijkt nu eerder te leiden tot een versterking van het centrale aanbod dan tot een verzwakking en dat kan niet de bedoeling zijn. Bovendien, zo vinden deze leden, frustreert de WEZ de discussie over een nieuw zorgstelsel. In deze discussie staat de zorgvraag van de patiënt centraal, en niet de rol van de overheid. Hoe verhoudt zich het een tot het ander?

Op welke termijn en aan de hand van welke criteria is het niet langer de overheid die financiële grenzen stelt aan de uitgaven die voortvloeien uit exploitatietoestemmingen? Op welke waarborgen doelt de regering als het gaat om het loslaten van financiële kaders?

Het toetsingskader voor de beoordeling van aanvragen in het kader van het vergunningsstelsel van de WEZ is het beleidskader. De leden van de CDA-fractie hebben over het dummy beleidskader een aantal zeer specifieke inhoudelijke vragen gesteld, welke tot doel hebben meer duidelijkheid te verkrijgen over de wijze waarop de overheid enerzijds haar kerntaken zou kunnen verwezenlijken en anderzijds partijen meer verantwoordelijkheid zou toekennen in de opmaat naar een vraaggestuurd systeem.

De leden van de CDA-fractie betreuren het dat de regering op dit punt, te weten het beleidskader als hart van dit wetsvoorstel, niet alle vragen van

deze leden heeft beantwoord. Graag nodigen zij de regering uit hier alsnog op in te gaan.

Het in september 2001 uitgebrachte (dummy) beleidskader kan ons in staat stellen te beoordelen of de WEZ daadwerkelijk een bijdrage kan leveren aan de omslag naar vraaggestuurde zorg. Aangekondigd werd dat ook de zelfstandige bestuursorganen verzocht zou worden dit beleidskader te toetsen op uitvoerbaarheid. Tot op heden heeft de Kamer nog niet kennis kunnen nemen van de resultaten van deze toetsing. De leden van de CDA-fractie hechten eraan zo snel mogelijk de uitkomst van deze uitvoeringstoets te mogen vernemen alvorens het debat over de WEZ voort te zetten, gaarne dan ook een toezegging van de regering op dit punt.

De regering erkent in het dummy beleidskader nog duidelijk elementen te vinden zijn die eerder behoren bij een systeem van aanbodssturing dan van vraaggerichte zorg. De WEZ heeft nu nog een behoorlijk aanbod gestuurd karakter wat geleidelijk zal worden omgezet in een vraaggericht systeem aldus de regering.

Onvoldoende wordt duidelijk gemaakt wat het traject is op weg naar vraagsturing en aan welke voorwaarden moet worden voldaan om zulks te bereiken. Hebben de leden van de CDA-fractie het goed begrepen dat deze transformatie volledig afhankelijk is van de bereidheid van de overheid zulks te verwezenlijken?

Welke invloed kan bijv. de economische situatie van ons land hebben op dit transformatieproces? (blz. 38 en 39) Besluitvorming over het eventueel uitvoeren van een «bruteringsoperatie» zal plaatsvinden na afronding van het onderzoek. Een kosten-baten afweging zal alsdan plaatsvinden (blz. 41). Onduidelijk blijft, los van de financiële consequenties, welke invloed het al dan niet doorvoeren van een bruteringsoperatie voor consequenties kan hebben voor het al dan niet bijstellen van de WEZ. Wil de regering nog eens duidelijk maken welke mogelijke samenhang er zou kunnen zijn tussen de WEZ en de bruteringsoperaties?

De regering erkent, zo constateren de leden van de CDA-fractie, dat het van groot belang is om de ontwikkeling van de zorgvraag en de zorgbehoefte te kennen voor het opstellen van een beleidskader. Tegelijkertijd maakt de regering duidelijk dat zij geen behoefte heeft aan een Planbureau Zorg. Wil de regering nog eens duidelijk maken op grond van welke gegevens in het beleidskader de raming van de zorgbehoefte tot uitdrukking komt en wat de status is van de adviezen van de diverse organen welke hier een bijdrage leveren (zoals bijv. het CBZ en het Capaciteitsorgaan artsen)

De leden van de GroenLinksfractie geven het voorgestelde beleidskader de volgende interpretatie: de overheid houdt de koorden van de beurs vast, zonder aan te geven wat betaald zal worden.

Onomstreden is dat de overheid zich garant blijft stellen voor een doelmatig, evenwichtig en voor ieder toegankelijk stelsel van gezondheidszorg. In de WEZ formuleert de regering daartoe een beleidskader dat fungeert als toetsingskader voor de beoordeling van initiatieven van zorginstellingen. Dit beleidskader bevat tevens het financiële kader.

Desgevraagd geeft de regering (blz. 12) aan dat het beleidskader (mede) gebaseerd is op de behoefte aan zorg maar dat een aanvraag die past binnen het beleidskader maar leidt tot overschrijding van het financiële kader kan leiden tot afwijzing. De zorgverzekeraar zal echter ondanks een afwijzing aan zijn zorgplicht moeten kunnen voldoen. Op blz. 11 schrijft de regering dat de financiële kaders vorm krijgen met als uitgangspunt dat de verzekerde zijn aanspraken tot gelding kan brengen, dan lijkt een afwijzing louter op financiële gronden niet correct. Hoe moet dit verstaan?

Regiovisie

Een groot punt van zorg van de leden van de VVD-fractie betreft de regiovisie. De regiovisie doet met de WEZ ook haar intrede in het tweede compartiment. Deze leden achten dit een zeer onwenselijke ontwikkeling. In de curatieve zorg is de concurrerende zorgverzekeraar de regisseur van de zorg. De in de WEZ voorgestelde regiovisies en het beleidskader zullen dit beleid ernstig frustreren. De zorgverzekeraar zal als regisseur van zorg zijn (inkoop)taken niet goed kunnen vervullen. Gevolg is dat vraagsturing hierdoor gefrustreerd raakt, en dat de verantwoordelijkheidsverdeling nog diffuser wordt.

Tenslotte willen de leden van de VVD-fractie dat het winstverbod, conform het advies van de RVZ, in de WEZ wordt geschrapt. Schrappen van het winstverbod leidt er toe dat de patiënten gebruik kunnen maken van de totale capaciteit van alle zorginstellingen; dus ook de privéklinieken. Deze leden vinden dat beperkende regelgeving moet worden opgeheven, zodat in de gehele zorgsector wachtlijsten sneller kunnen worden weggewerkt.

Uit de beantwoording van de vragen met betrekking tot de regiovisie is het de leden van de CDA-fractie nog steeds niet duidelijk welke status deze regiovisie heeft.

De voorgestelde regiovisie achten de leden van de fractie van GroenLinks nog steeds niet helder.

Al in de 70er jaren probeerde toenmalig staatssecretaris Hendriks met regionalisering de zorg regionaal overzichtelijk en samenhangend te maken. Het begrip is sindsdien vele malen terug gekomen maar nooit werkelijkheid geworden. Nu staat «regiovisie» weer als centraal begrip in de WEZ. De provincies zijn verantwoordelijk voor de totstandkoming, en alle partijen die volgens de provincie betrokken zijn bij de zorgverlening in brede zin moeten er aan bijdragen. De regering wil de regiovisie betrekken bij het beleidskader. De rol van de provincie is in tegenstelling tot de huidige wet niet afgebakend, noch bij degenen die betrokken worden, noch bij het afbakenen van regiogrenzen. Bovendien heeft de regiovisie geen bindende juridische werking; het is een informatiebron waar de regering inhoudelijk en financieel niet aan gebonden is en geen planningsinstrument. Als er geen regiovisie tot stand komt heeft dat geen gevolgen. Wel ziet de regering de rol van de provincie met de regiovisie als breder dan de regisseursrol van de verzekeraar omdat in de regiovisie ook welzijn, wonen e.d. meegenomen kunnen worden.

Zijn er nieuwe inzichten nu de regering in de laatste brief over de ziekenhuisspreiding het IPO en de NVZ (ziekenhuizen) gevraagd heeft een plan van aanpak voor spreiding en bereikbaarheid te maken, af te stemmen met ZN (verzekeraars)?

Zou dit niet een goede gelegenheid zijn om de verschillende regiogrenzen (WZV, GHOR/GGD, GGZ etc) door één indeling te vervangen? De vele verschillende grenzen geven verwarring.

Aspecten als het steeds meer landelijk gaan werken van verzekeraars en de toegenomen mobiliteit van de bevolking ontbreken in de discussie.

Financiële aspecten

Een punt van bijzondere aandacht voor de leden van de VVD-fractie betreft de financierbaarheid van de zorgsector. Kan de regering aangeven in hoeverre zorgaanbieders reserves mogen opbouwen om een op winst gerichte benadering mogelijk te maken, dan wel het «boter-bij-de-vis-principe» hanteerbaar te maken?

Regelgeving ten aanzien van Reserve aanvaardbare kosten (RAK's), die binnen AWBZ-sectoren niet meer dan 6 procent mogen zijn, kan mogelijk

leiden tot onfinancierbaarheid van instellingen. Deelt de regering dit punt van zorg? Zo ja, wat wil zij hieraan doen? Zo nee, waarom niet? Kan de regering ingaan op de vraag hoe via de beleidskaders dan wel via AMvB een eventuele financiële taakstelling kan worden verwezenlijkt?

De leden van de CDA-fractie ontvangen graag antwoord op hun eerder gestelde vraag waarom door het toepassen van kwalitatieve criteria (en aldaar genoemde andere maatregelen) niet beter een goede bereikbaarheid en toegankelijkheid kan worden gegarandeerd dan door gebruik te maken van deze WEZ.

De leden van de CDA-fractie achten hun vraag over de financiële kaderstelling en prioritering onderbelicht. Het is toch op zijn minst noodzakelijk om de financiële gevolgen van plannen en initiatieven in de regio duidelijk te maken? Een van de gevolgen van het mislukken van de provinciale planvorming en WZV was toch ook het ontbreken van een duidelijke financiële kaderstelling. Graag ontvangen zij alsnog een uitgebreide beantwoording.

Uitgangspunt t.a.v. financiering is dat er geen meerkosten zouden zijn. (blz. 27 e.v.) Het CBZ geeft echter aan, zo constateren de leden van de fractie van GroenLinks, dat instellingen (noodzaak vermogensopbouw, stijging rentelasten) op veel hogere kosten zullen komen. Bovendien vraagt het om nadere toelichting hoe de regering dit standpunt onderbouwt, nu – gegeven het proceskarakter – er nog zoveel onduidelijk is. Zullen de kosten niet sterk stijgen wanneer de overheid niet langer als borger van het publiek belang de verantwoordelijkheid neemt voor de grootschalige infrastructuur voor de zorg? Nu al kunnen bijv. gezondheidscentra geen geld lenen van banken omdat zij de risico's te hoog achten. Wil de regering met name ingaan op de te verwachten hogere kosten ten gevolge van stijging van de risico's zoals rentelasten en noodzaak tot eigen vermogen?

Deregulering

Onlangs presenteerde de commissie-de Beer haar bevindingen. In bijlage 1 van haar rapport is een aantal dereguleringsvoorstellen opgenomen welke op korte termijn in te voeren zijn. De leden van de VVD-fractie hebben hierover de volgende vragen. Is de regering op de hoogte van deze voorstellen? Is de regering voorts van mening dat op basis van deze voorstellen verdergaande deregulering op korte termijn mogelijk is? Hoe denkt zij over deze aanbevelingen van de Commissie de Beer?

Het Europese recht

De leden van de VVD-fractie wensen antwoord op de volgende vragen. Is op basis van het Europees recht een vergunningensysteem, zoals neergelegd in de WEZ, noodzakelijk? Hoe verhoudt zich een vergunningenstelsel tot een systeem van functioneel omschreven zorg?

Winstoogmerk

De RVZ heeft onlangs geadviseerd om instellingen met winstoogmerk niet langer uit te sluiten in de strijd tegen de wachtlijsten. De regering heeft welwillend gereageerd op dit advies. Welke gevolgen heeft dit advies voor de WEZ? Kunnen de leden van deze fractie er vanuit gaan dat de regering het verbod op winst schrapt uit de WEZ? Zo nee, waarom niet?

De verantwoordelijkheid van de overheid

Uit de beantwoording wordt naar de mening van de leden van de CDA-fractie onvoldoende duidelijk op welke wijze de overheid haar verantwoordelijkheid voor wat betreft de beschikbaarheid, bereikbaarheid en toegankelijkheid van zorg wil vorm geven, en welke rol de WEZ hierbij zal kunnen spelen.

Met enige verbazing hebben de leden van de CDA-fractie kennis genomen van het feit dat de regering van mening is dat het «geen taak van de overheid is om zelf zorg te dragen voor voldoende zorg».

Het is toch juist onze overheid die verantwoordelijk is voor het toe te laten aantal studenten geneeskunde alsmede de instroomcapaciteit beroepsopleiding. En het is toch ook onze overheid die de budgettaire kaders zorg en de budgettering van ziekenhuizen vorm geeft. Kan een nadere toelichting worden gegeven? In het antwoord wordt overigens niet ingegaan op de bereikbaarheid van de zorg en de rol welke de WEZ daarbij zou kunnen vervullen.

Eerder werd aangegeven dat de werking van de WZV haar maximum had bereikt (uitgeput was). Welke mogelijkheden, zo vragen deze leden zich af, biedt nu de WEZ boven de WZV om een goede bereikbaarheid van ziekenhuiszorg af te dwingen? Wij nodigen de regering uit om duidelijk te maken welke (juridische) mogelijkheid de WEZ biedt om ongewenste concentraties van ziekenhuizen, fusies en ontmanteling van ziekenhuizen tegen te gaan.

Op blz. 19 wordt gesteld dat de overheid verantwoordelijk is om te stimuleren dat er voldoende capaciteit wordt verwezenlijkt, en dat deze capaciteit voldoende is afgestemd op de vraag. Maar tegelijkertijd wordt gesteld dat de overheid instellingen niet kan dwingen zelf initiatieven te nemen. Wil de regering duidelijk maken op welke wijze zij dan een goede bereikbaarheid van de zorg wil verwezenlijken?

De vraag naar omvang en aard van de behoefte (blz. 19–20) aan zorg is al jaren aan de orde, zo stellen de leden van de fractie van GroenLinks. Het probleem daarbij is dat afhankelijk van de vraagstelling en de wijze van beantwoording de uitkomst kan verschillen: het CPB, het RIVM, het SCP, het CBZ, Prismant komen met verschillende ramingen. In 1998 was de regering voornemens één ramingsmodel voor de zorg te gaan hanteren. Het standpunt van de regering lijkt echter geheel gewijzigd als daar staat te lezen:

«er is bewust niet gekozen voor een wettelijke verankering van de behoeftebepaling» (blz. 19)

«aanbieders en verzekeraars worden in staat geacht om in te spelen op de zorgvraag» (blz. 20)

«centraal bestaat te weinig inzicht in wat op lokaal niveau precies goed voor wie is» (blz. 20)

Hoe verhouden dergelijke uitspraken zich met begrippen als rechtsgelijkheid en risicosolidariteit? De ervaringen met bijzondere bijstand, de WVG en andere terreinen waarbij de regering de behoeftebepaling overlaat aan het lokale of regionale samenspel zijn een waarschuwing voor deze redenering. Behoeftbepaling overlaten aan lagere niveaus maar wel een centraal financieel kader is toch vragen om moeilijkheden zodra het economisch tegenzit?

Nadere regelgeving op grond van de WEZ

De leden van de CDA-fractie zijn erkentelijk voor het feit dat de regering te kennen geeft over de inhoud van de diverse AMvB's met de Kamer van gedachten te willen wisselen. Zij merken daarbij op dat een definitieve uitspraak over de uitvoerbaarheid van de WEZ pas kan plaatsvinden indien zowel de beleidskaders als bijv. de AMvB inzake het bouwregime

nader zal zijn uitgewerkt. Anders ontbreekt immers het zicht op de zich ontwikkelende praktijk van alle dag. Deelt de regering deze opvatting? De leden van de CDA-fractie menen te moeten constateren dat ondanks de verplichting ex WZV tot het opstellen van een lange termijn huisvestingsplan (LTHP) de concentratie van ziekenhuiszorg, met de daaraan verbonden afname van de bereikbaarheid, op vele plaatsen in ons land toch doorgaat.

Is de in de nota genoemde AMvB LTHP inmiddels al verschenen, en kan de Kamer van de inhoud kennis nemen? Welke sancties kan de regering toepassen indien niet wordt voldaan aan de procesvorming zoals beschreven in het LHTP?

De werkingssfeer van de WEZ

Private instellingen die uitsluitend werken in het derde compartiment vallen buiten de werkingssfeer van de WEZ, zo constateren de leden van de fractie van GroenLinks. Tegelijkertijd stelt de regering dat de noodzakelijke zorg in het eerste en tweede compartiment gegarandeerd moet zijn. Ervaringen in o.a. Engeland hebben laten zien dat een volksverzekering met een publiek stelsel naast een aantrekkelijk privaat stelsel kunnen leiden tot uitholling van het publieke stelsel. Dan blijven de «slechte risico's» aangewezen op het publieke stelsel terwijl de mensen met een betere prognose, betere herstelkansen en een ruimere portemonnee zorgen voor voldoende omzet in de private sector. Meer in het algemeen kan de groei van het derde compartiment bij schaarste (bijv. op het gebied van de arbeidsmarkt) ten koste gaan van de zorg in het eerste en tweede compartiment. Welke mogelijkheden resp. instrumenten heeft de regering om dit fenomeen te voorkomen? Is het niet raadzaam om hiervoor het instrument van de toelating ook voor instellingen die uitsluitend derde compartimentszorg leveren in stand te houden?

De lange termijn visie

Steeds komt het uitgangspunt terug dat de regering streeft naar een eind-situatie waarbij veldpartijen de zorgsector besturen, zo constateren de leden van de fractie van GroenLinks. Naast de fundamentele vraag of dit voor de infrastructuur niet een onvervreembare taak van de overheid zou moeten zijn, zijn er twee andere vragen. Is het wetsvoorstel helder en uitvoerbaar en wat zijn de financiële consequenties.

Over het eerste schrijft de regering (blz. 3) dat geaccepteerd moet worden dat een wet met proceskarakter weinig zekerheid geeft, maar dat hier aan wordt tegemoet gekomen door betrokkenheid via voorhangprocedures van de vele AMvB's. Gaat de regering hiermee niet voorbij aan een essentieel aspect van wetgeving namelijk dat het toekomstbeeld helder moet zijn om overtuigingskracht te hebben?

De voorzitter van de commissie,
Van Lente

De griffier van de commissie,
Teunissen