

Vragen CDA-fractie

Algemeen

1. *Welke instrumenten geeft de WTZi de minister extra ten opzichte van de WZV met betrekking tot spreiding functies e.d.?*

2. *De minister heeft in discussies over sluiten van spoedeisende hulp, de klinische functie en het niet langer aanwezig zijn van specialismen op een ziekenhuislocatie aangegeven dat de WZV geen middelen tot ingrijpen gaf. Zijn deze middelen nu wel aanwezig? Zo ja, welke? Zo neen, wat gaat de minister daar aan doen?*

De Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) gaf niet de uitdrukkelijke bevoegdheid aan de minister om voorschriften inzake de exploitatie van instellingen aan de verklaring of de vergunning te verbinden. In het verleden heb ik dan ook meermalen met u geconstateerd dat de WZV mij onvoldoende instrumenten biedt om te sturen op bereikbaarheid. Als een instelling acute zorg functies concentreert zonder dat er sprake is van bouw, kan ik onder de WZV formeel niets doen. De Wet toelating zorginstellingen (WTZi) geeft zodanige bevoegdheid wel. In principe wordt de spreiding van acute zorg geborgd via het regionaal overleg acute zorgketen. Via de beleidsregels zijn aanbieders van acute zorg verplicht deel te nemen aan het regionaal overleg. Daarnaast kan ik, bijvoorbeeld als één van de regionale overleggen toch niet goed zou werken, aan de toelating, ook na het verlenen ervan, voorschriften of beperkingen verbinden. Zo biedt de WTZi mij de mogelijkheid, als ultimum remedium, een instelling te verplichten de acute zorg op een bepaalde locatie in stand te houden. Het in acht nemen van de voorschriften of beperkingen kan worden afgedwongen door bestuursdwang of een dwangsom. In het uiterste geval kan de toelating worden ingetrokken. Bij de spreiding van niet-acute zorgvoorzieningen is het uitgangspunt dat de betrokken regionale partijen zelf de variatie en differentiatie vormgeven. Zorgkantoren en verzekeraars hebben een wettelijke zorgplicht.

3. *De acute zorg wordt bepaald door de traumacentra. In hoeverre is de minister bereid dit aan te passen, met name op het gebied van de Spoedeisende Hulp in ziekenhuizen en de ambulances?*

De taak die het traumacentrum krijgt is het regionale overleg acute zorgketen te initiëren. Tijdens het overleg is het traumacentrum echter een gelijkwaardige gesprekspartner. Het is dan ook een misverstand dat de traumacentra de acute zorg zouden bepalen. Iedere aanbieder van acute zorg houdt zijn eigen verantwoordelijkheid.

4. *Uitgegaan wordt van aanbodsgestuurde in plaats van een vraaggestuurde zorg. De zorg moet vermaatschappelijkt worden, hetgeen inhoudt dat mensen met beperkingen zoveel mogelijk geschikte woonruimte moeten vinden buiten de instelling. Is de minister bereid deze visie om te zetten in een visie waarbij de wens van de cliënt voorop staat en geen onderscheid meer gemaakt wordt in kleinschalige en grootschalige zorg en elke instelling voor een bepaald bedrag vergunningsvrij mag bouwen? Is de minister bereid om dit te verwerken in de voorliggende stukken?*

18. *Is de volgende visie niet totaal achterhaald: mensen met beperkingen moeten zoveel mogelijk geschikte woonruimte vinden buiten de instelling en vermaatschappelijking van de zorg houdt in dat afstand genomen wordt van grootschalige instellingszorg? Is deze visie niet in strijd met de motie Vietsch van 28 okt. 2004 waarin de Kamer gesteld heeft dat afbouw van instellingen tegen de wens van de cliënten in niet mag plaatsvinden? Staat de keuze van de cliënt niet voorop? Gaan we niet uit van een vraaggestuurd in plaats van een aanbodgestuurd concept?*

Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen grootschalige en kleinschalige zorg in de WTZi, wel wordt bij de bouwprocedures onderscheid gemaakt tussen groot- en kleinschalige bouw. Bij de eerste is het bouwregime van toepassing, bij de tweede niet. De cliënt staat hierbij wel degelijk voorop door de

verplichting bij grootschalige initiatieven zoveel mogelijk de wensen van de cliënt te volgen. Bij kleinschalige woonvoorzieningen wordt in de regel de keuze van de cliënt reeds gevolgd. Bovendien betreffen kleinschalige voorzieningen veelal 'genormaliseerde' woningbouw die al aan allerlei regelgeving onderhevig is, bijvoorbeeld vanuit de volkshuisvesting. Bij grootschalige initiatieven is het nog niet altijd zo dat de keuze van de cliënt gevolgd wordt, ook gelden hier vaak niet reeds de 'genormaliseerde' woningbouwregels. Vandaar de verplichting bij grootschalige instellingen van zowel het bouwregime als het leefwensenonderzoek in de gehandicaptensector en de raadpleging van de cliëntenraden in de ouderensector bij grootschalige initiatieven.

5. Een stakeholdersoverleg, zoals bijvoorbeeld voorzien bij het Lange termijn huisvestingsplan, is in strijd met de economische mededinging. Is de minister bereid hiervan af te zien en dit te verwerken in de voorliggende stukken?

121. (VVD) Het Lange Termijn Huisvestingsplan (LTHP) dient, zo blijkt uit de beleidsregels, op initiatief van de zorginstelling met de direct betrokkenen te worden afgestemd in het zgn. 'stakeholdersoverleg'. Doel is om te komen tot een breed gedragen visie. Is het juist dat dit 'stakeholdersoverleg' niet overeenkomstig is met de eisen voortvloeiend uit de mededingingswet? Zo ja, is de minister voornemens deze onderlinge tegenstrijdigheid tussen twee zeer belangrijke wetten voor de zorgsector op te heffen? Zal één van de twee betrokken wetten op dit punt aangepast worden? Zo ja, welke? Zo nee, waarom niet?

Het stakeholdersoverleg laat zich vergelijken met een marktonderzoek. Ook als een willekeurige onderneming in de markt lange termijn plannen heeft die gepaard gaan met investeringen vindt een marktonderzoek plaats. Het spreekt daarom voor zich dat een zorgaanbieder zijn Lange termijn huisvestingsplan (LTHP) bespreekt met gemeente, provincie, verzekeraars en patiënten. Vraag die daarbij onder andere speelt, is of de afnemers van de zorg behoefte hebben aan de uitbreiding of vervanging van de infrastructuur van de instelling. Ook de visie van zorgaanbieders in de keten waarmee een verticale samenwerkingsrelatie bestaat, zoals paramedici en huisartsen, zijn van belang voor het LTHP. Dit zijn de andere zorgaanbieders waarover in de beleidsregel wordt gesproken. Tot de stakeholders behoren niet concurrerende instellingen in hetzelfde segment. Er nemen dus geen directe concurrenten deel aan het stakeholdersoverleg. Dit zou namelijk in strijd zijn met de mededingingswet.

Ik verwacht dat er een evenwichtige afweging wordt gemaakt. Het streven is er dan ook op gericht om te komen tot overeenstemming over het LTHP. Daarbij is nadrukkelijk ruimte gelaten voor afwijkende visies. Zo kan een zorginstelling altijd gemotiveerd afwijken van de visie van de stakeholders.

6. De boekwaarde geeft niet aan wat de bouwtechnische of functionele kwaliteit van het gebouw is. Is de minister bereid de voorwaarde ten aanzien van boekwaarde te laten vervallen?

De doelstelling van het boekwaardecriterium is om onnodige kapitaalvernietiging te voorkomen. Als er sprake is van functiewijziging of noodsituaties zal daar zeker rekening mee worden gehouden. Zolang het bouwregime geldt is een dergelijk criterium als richtlijn noodzakelijk; na afschaffing van het bouwregime wordt ook deze norm afgeschaft.

Brief

7. Wat betekent de overgang van de ZBC's voor de eigendomsbepaling van het gebouw? Moet bij verkoop van het gebouw de gelden of een deel van de gelden worden ingeleverd zoals dit bij ziekenhuizen moet gebeuren volgens de brief inzake transparante en integrale tarieven?

Zelfstandige behandelcentra (ZBC's) hebben nooit een aparte vergoeding voor hun rente- en afschrijvingskosten voor huisvesting ontvangen. De overgang van WZV-vergunning naar WTZi-toelating heeft op dit punt dus geen consequenties voor ZBC's, ook niet bij verkoop van het gebouw.

8. Wat is de stand van zake van het overleg ketenzorg acute zorg? Zijn de ziekenhuizen bereid om mee te werken? Werkt de toekenning van acute zorg door een traumacentrum niet concurrentievervalsend? Hoe is de acute psychiatrische zorg geregeld?

De regionale overleggen acute zorg worden opgestart, zodra de WTZi in werking treedt. De koepelpartijen van de acute zorg aanbieders hebben dit op 15 september 2005 met elkaar afgesproken. De NVZ vereniging van ziekenhuizen (hierna: NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) hebben zich tijdens die bijeenkomst namens de ziekenhuizen aan deelname gecommitteerd.

Het is een misverstand dat de traumacentra toekenningen zouden afgeven voor acute zorg. Zoals ik in antwoord op vraag 3 heb aangegeven, zijn de traumacentra 'slechts' initiator van de regionale overleggen acute zorgketen.

Zoals ik in de beleidsvisie heb aangegeven, is de acute psychiatrie een speciale vorm van acute zorg. Acute psychiatrie kan namelijk zowel op vrijwillige basis als gedwongen plaatsvinden, op grond van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz). Binnen de keten van acute geestelijke gezondheidszorg worden afspraken gemaakt over voldoende plaatsen in de regio. Dit is een ander overleg dan het regionale overleg acute zorgketen. In het regionale overleg acute zorgketen wordt alleen gesproken over acute zorg met een somatisch karakter waarbij meer dan één aanbieder van acute zorg is betrokken. Omdat de geestelijke gezondheidszorginstellingen (GGZ-instellingen) beide vormen van acute zorg verlenen, nemen zij aan beide overleggen deel.

Beleidsvisie d.d. 31 oktober 2005

Algemeen

9. In de beleidsvisie wordt ingegaan op de uitvoeringstaak van toelating. In de brief wordt erop gewezen dat de wet nog moet worden aangenomen en er dus niet op dit onderwerp wordt ingegaan. Betekent dit dat de beleidsvisie na behandeling van de wet zal worden aangepast indien er wijzigingen in het wetsvoorstel worden aangebracht?

De wijziging van de WTZi die momenteel in behandeling is bij de Tweede Kamer heeft betrekking op de overheveling van de toelatingen waarop geen bouwvergunning volgt, van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) naar VWS. Deze overheveling heeft geen inhoudelijke gevolgen voor de beleidsvisie en is dan ook geen zelfstandige aanleiding om de beleidsvisie te wijzigen. Bij de eerstvolgende wijziging van de beleidsvisie zullen tekstuele aanpassingen als gevolg van de overheveling van de toelatingstaak verwerkt worden.

Borging toegankelijkheid zorgaanbod

10. Wie zijn de regionale partijen die een rol spelen bij het bepalen van spreiding en hoe is de machtsverdeling tussen deze partijen? Op welke wijze kunnen zorgaanbieders ingaan tegen de wensen van het zorgkantoor over spreiding? Op welke wijze kunnen ziekenhuizen ingaan tegen de wensen van de regionale verzekeraars? Betekent dit dat de verzekeraars c.q. het zorgkantoor een

ziekenhuis, c.q. AWBZ-instelling bij bouwplannen kunnen dwingen bedden in te leveren? Is dit niet in strijd met de economische mededinging?

134. (SP) *Hoe kijkt de minister tegen de tegenstrijdigheid aan dat ziekenhuizen met elkaar moeten concurreren maar op het vlak van acute hulpverlening moeten samenwerken? Is de minister van mening dat hierdoor (samenwerkings)problemen kunnen ontstaan? Zo neen, waarom niet?*

Bij een onvoorziene en onmiddellijke behoefte aan diagnostiek en behandeling is sprake van acute zorg. Uitstel van hulp heeft ernstige gevolgen voor de gezondheid. Daarom stel ik met de WTZi eisen aan de regionale spreiding van zorginstellingen die acute zorg leveren. Hierdoor wordt de bereikbaarheid van acute zorg in de regio geborgd. Daarvoor wordt in elke regio een regionaal overleg acute zorgketen geëntameerd. Ziekenhuizen, de crisisfunctie in GGZ-instellingen, regionale ambulancevoorzieningen, verloskundigen, huisartsenposten en huisartsen hebben daarin zitting. In dat overleg wordt, met behoud van ieders eigen verantwoordelijkheid, gesproken over verbetering van de kwaliteit van de acute zorgketen en over voornemens die de zorgaanbieders daarover hebben. Als een ziekenhuis bijvoorbeeld van plan is de afdeling spoedeisende hulp te sluiten, moet dat voornemen worden ingebracht in het regionale overleg acute zorgketen. Vervolgens wordt nagegaan wat de consequenties van dat voornemen zijn voor de bereikbaarheid van acute zorg in de regio.

In dat overleg hebben alleen aanbieders zitting. Verzekeraars worden geïnformeerd over de uitkomsten van het overleg. Verzekeraars maken productieafspraken met ziekenhuizen en het ziekenhuis maakt op basis daarvan bouw- en capaciteitsplannen.

De door mij beoogde afspraken in het ketenoverleg zijn niet in strijd met het mededingingsrecht. De afspraken zijn namelijk medisch inhoudelijk van aard of geven een invulling aan de door mij gestelde bereikbaarheidseisen. Ik vind het noodzakelijk dat instellingen die acute zorg aanbieden deze afspraken maken. Ik verwacht zolang de gemaakte afspraken binnen dit beleidskader plaatsvinden dan ook geen mededingingsproblemen. Mochten in het ketenoverleg concurrentiebeperkende afspraken worden gemaakt, is het mededingingstoezicht gewoon van toepassing.

Toestaan winstoogmerk

11. *ZBC's hebben nu vaak een winstoogmerk. Mogen zij deze behouden als zij onder de WTZi komen te vallen?*

ZBC's hebben momenteel een vergunning nodig uit hoofde van de WZV. Voor instellingen die onder de WZV vallen geldt een verbod op het winstoogmerk, dus ook voor ZBC's. Onder de WTZi mogen ZBC's die zorg leveren die wordt vergoed op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) evenmin winst uitkeren aan derden. Alleen privé-klinieken die geen zorg leveren die wordt vergoed op grond van de Zvw of de AWBZ mogen winst uitkeren aan derden.

12. *Waarom wordt bij de verdeling care en cure niet uitgegaan van de verdeling naar verzekering (Zvw en AWBZ)?*

In de indeling van de beleidsvisie en de beleidsregels wordt bij de verdeling cure en care vooruitgelopen op de overheveling van de curatieve GGZ naar de Zvw per 1 januari 2007.

Curatieve zorg

13. *Bij de ruimtebepaling wordt uitgegaan van adherentie, zorgzwaarte en leeftijdsopbouw. Geldt dit ook voor RIBW's?*

Voor de Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW's) bestaat geen normering voor wat betreft het totale aantal plaatsen van de instelling; de vraag naar zorg is bepalend voor het aantal plaatsen. In overleg met het zorgkantoor kan uitbreiding van de capaciteit worden gevraagd wanneer dat nodig is.

Voor nieuwe beschermde woonvormen zijn de regels van de kleinschaligheid van toepassing van maximaal 25 plaatsen per postcodegebied in geval van "licht" verblijf en 12 plaatsen in geval van "zwaar" verblijf. Waarbij "licht" en "zwaar" verwijst naar het type bouw en niet naar de zorgzwaarte. Het huisvestingsbudget van de RIBW's is daarbij genormeerd. Per plaats worden kosten van huisvesting en van de zorg in het budget van de instelling verwerkt. Voor de component zorg in het budget wordt een onderscheid gemaakt in de zorgzwaarte (4 categoriën) die moet worden geleverd.

14. Waar moet de afstemming tussen de direct betrokkenen over het lange huisvestingsplan aan voldoen? Kan volstaan worden met het toesturen van een document, is instemming van de direct betrokkenen nodig of zit het er tussen in? Indien dat laatste op welke wijze?

De zorginstelling moet alle mogelijke moeite doen om tot overeenstemming te komen met de stakeholders. De instelling moet dit ook kunnen aantonen. Als slechts een document is toegestuurd aan betrokkenen, heeft de instelling niet alle mogelijke moeite gedaan. Als één of meer stakeholders een afwijkend standpunt hebben, is overleg noodzakelijk. Instemming van de betrokkenen is niet noodzakelijk, wel gewenst. De zorginstelling kan afwijken van de visie van één of meer stakeholders, maar moet zo'n afwijking onderbouwen.

Ketenzorg

15. Ziekenhuizen gebruiken nu vaak hun overbodige verpleegafdelingen als transferafdeling of als verpleeghuisafdeling. Waarom mogen delen van een ziekenhuis niet langer gebruikt worden voor AWBZ-functies? Hoe verhoudt het niet langer toestaan om deze ruimten voor AWBZ-zorg te gebruiken zich tot de motie Buijs d.d. 28 oktober 2004 waarin de kortdurende AWBZ-zorg overgeheveld wordt naar de Zvw?

In de meeste gevallen waarbij overbodige verpleegafdelingen als verpleeghuisafdeling gebruikt worden, vindt ook formeel overdracht van verantwoordelijkheid plaats door het ziekenhuis aan het verpleeghuis dat de verpleeghuiszorg levert. Ook een ziekenhuis kan evenwel een AWBZ-toelating aanvragen en dan delen van het ziekenhuis voor AWBZ-functies gebruiken.

16. Geldt dit ketenzorgprincipe ook voor de GGZ? Betekent dit dat een GGZ-patiënt na een jaar moet verhuizen naar een AWBZ-instelling?

De op genezing gerichte zorg zal per 1 januari 2007 worden overgeheveld naar de Zvw. Na 365 dagen opname zal de financiering voor het vervolg van de opname plaatsvinden via de AWBZ. De patiënt zal hier geen consequenties van ondervinden. De zorgverlening en daarmee ook de plaats van behandeling kunnen dezelfde blijven.

Electieve complexe zorg

17. Wordt de verantwoordelijkheid voor de ambulance bij de traumacentra gelegd? Wat is de rol van de provincies ten aanzien van ambulances? Is de minister bereid om indien de verantwoordelijkheid niet langer is gelegen bij de provincies, de beleidsvisie en het uitvoeringsbesluit aan te passen op dit punt?

In de nieuwe Wet op de ambulancezorg (Waz) gaat de minister de vergunningen verlenen en krijgen de zorgverzekeraars en het bestuur van de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR-bestuur) een zwaarwegende adviesrol over de kandidaat-vergunninghouders. Het voorstel

voor wet ligt sinds vorig jaar bij uw Kamer en wacht op behandeling. Traumacentra en provincies hebben dus geen rol.

Care

18. *Is de volgende visie niet totaal achterhaald: mensen met beperkingen moeten zoveel mogelijk geschikte woonruimte vinden buiten de instelling en vermaatschappelijking van de zorg houdt in dat afstand genomen wordt van grootschalige instellingszorg? Is deze visie niet in strijd met de motie Vietsch van 28 okt. 2004 waarin de Kamer gesteld heeft dat afbouw van instellingen tegen de wens van de cliënten in niet mag plaatsvinden? Staat de keuze van de cliënt niet voorop? Gaan we niet uit van een vraaggestuurd in plaats van een aanbodgestuurd concept?*

Zie de beantwoording onder vraag 4.

19. *Op welke wijze wordt rekening gehouden met PGB bij het uitvoeringsbesluit WTZi?*

Niet, de WTZi regelt de toelating voor het leveren van verzekerde zorg door een organisatorisch verband.

20. *Bij kleinschalige voorzieningen is een toeslag aanwezig om de exploitatie te dekken, de zogenaamde postcodetoeslag. De staatssecretaris heeft in een algemeen overleg aangegeven dat bij kleinschalige voorzieningen in de ouderenzorg ook een toeslag komt. Wanneer wordt deze gerealiseerd, en wat betekent de verdere schaalverkleining budgettair?*

De postcode toeslag geldt momenteel alleen de kapitaallastenvergoeding, dan wel huurvergoeding, in de gehandicaptenzorg. De verbreding van de definitie van kleinschalige woonvoorzieningen heeft vooral gevolgen voor de wijze waarop instellingen hun kapitaallasten, dan wel huurvergoeding, vergoed krijgen. Het College tarieven gezondheidszorg / Zorgautoriteit in oprichting (CTG/ZAio) is momenteel nog bezig met het opstellen van een beleidsregel hiervoor. Het onderzoekt daarbij de meerwaarde van een AWBZ-brede regiotoeslag. Ook kijkt het CTG/ZAio naar eventuele budgettaire gevolgen. Het streven is dat de beleidsregel per 1 januari aanstaande ingaat.

21. *Op welke wijze komt in de indicatiestelling tot uiting dat in het kader van de vermaatschappelijking van de zorg en een houdbaar systeem van zorg voor zwaar zorgbehoevende verzekerden er een inperking komt van de functie verblijf?*

In de brief over de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)/AWBZ van 23 april 2004 is het voornemen verwoord om de functie verblijf aan te scherpen. Daarbij is tevens aangegeven dat een dergelijke wijziging van de aanspraak niet van de ene op de andere dag is te regelen en dat zorgvuldig moet worden omgegaan met de belangen van de zittende populatie. Zoals toegezegd, ontvangt de Tweede Kamer in het voorjaar een plan van aanpak voor het scheiden van wonen en zorg. In dit plan van aanpak zal ook worden ingegaan op eventuele aanpassingen van de aanspraak op de functie verblijf.

MFC

22. *Op welke wijze wordt omgegaan met de IQ-grens bij de bepaling van het aantal plaatsen voor licht verstandelijk gehandicapten?*

Het aantal plaatsen bij een Multifunctioneel centrum (MFC) wordt bepaald aan de hand van de omvang van de doelgroep. De IQ-bepaling is één van de factoren die de doelgroep bepaalt. De doelgroep van een MFC bestaat uit kinderen en jongeren in de leeftijdscategorie van 4 jaar tot en met 21 jaar met

- een verstandelijk niveau tussen IQ 50/55 en IQ 80/85 of met een verstandelijk niveau tussen IQ 80/85 en IQ 90 waarbij de voorwaarde geldt dat er sprake is van autisme of een aan autisme verwante stoornis, of - van een psychiatrische stoornis of een ernstig vermoeden daarvan en er is behoefte aan inzet van zowel orthopedagogische als van psychiatrische deskundigheid.

Bijlage 2

23. *Kunnen de verschillende intramurale plaatsen per doelgroep aangegeven worden en zijn er voldoende plaatsen in de verschillende regio's per doelgroep?*

In de bijlage treft u voor verschillende sectoren overzichten aan, in de vorm van een kaart van Nederland, van het aantal plaatsen per regio. In principe wordt het aanbod afgestemd op de vraag per regio op enkele (zeer) specialistische plaatsen als uitzondering.

Uitvoeringsbesluit

Hoofdstuk I aanwijzing instellingen

Artikel 1.2

24. *Waarom zijn hospices en Fokus-woningen niet opgenomen als instellingen?*

Hospices en Fokus-woningen zijn geen intramurale zorgvoorzieningen. De cliënten die in hospices verblijven of in Fokuswoningen wonen, verblijven daar niet op grond van een indicatie voor AWBZ-zorg inclusief de functie verblijf.

Hoofdstuk V Bouw

25. *Hoe wordt omgegaan met meldingsgelden en instandhoudingsgelden (opbouw, besteding, etc.)?*

Alleen de zorgaanbieders die onder het bouwregime vallen, bouwen instandhoudingsgelden op. De instellingen die niet onder het bouwregime vallen hebben namelijk integrale tarieven inclusief kapitaallasten. De instellingen die onder het bouwregime vallen, ontvangen jaarlijks een bedrag voor de jaarlijkse instandhouding in hun budget. Dit bedrag is 0,8% van de vervangende nieuwbouwwaarde. Tussen hun tiende en twintigste levensjaar bouwen deze instellingen voorts trekkingsrechten op tot 50% van de vervangende nieuwbouwwaarde. Als de instellingen deze trekkingsrechten gebruiken, krijgen ze de kosten door het CTG/ZAio in hun budget vergoed. Voor zowel de jaarlijkse instandhouding als de trekkingsrechten geldt dat het aan de instelling is wanneer deze ze besteedt. Natuurlijk moeten de middelen wel eerst zijn opgebouwd.

De uitzondering op deze regel vormen de voormalige verzorgingshuizen. Deze vallen pas sinds 2001 onder de WZV en bouwen geen trekkingsrechten op. Ze ontvangen wel jaarlijks een bedrag voor instandhouding in hun budget. Omdat ze geen trekkingsrechten opbouwen is, zoals in de toelichting op het Uitvoeringsbesluit staat, het CTG/ZAio verzocht het bedrag dat voormalige verzorgingshuizen jaarlijks ontvangen voor hun jaarlijkse instandhouding te verhogen. Dit is zo geregeld, opdat de verzorgingshuizen ook zelf in het kleine onderhoud (zoals onderhoud aan een lift), kunnen voorzien. Reden dat de voormalige verzorgingshuizen geen trekkingsrechten opbouwen is dat VWS de vinger aan de pols wil houden met betrekking tot het scheiden van wonen en zorg.

De belangrijkste wijzigingen ten opzichte van de situatie onder de WZV zijn, dat:

- Instellingen het gebruik van de trekkingsrechten niet meer vooraf hoeven te melden.
- De verzorgingshuizen jaarlijks een hoger bedrag ontvangen voor hun jaarlijkse instandhouding dan andere zorginstellingen. De Verkorte Procedure voor de verzorgingshuizen kon hierdoor worden afgeschaft.

Artikel 5.4

26. *Waarom wordt niet bouw tot een bepaalde kostenomvang vrijgesteld van artikel 5.3 in plaats van een bepaalde, mogelijk niet door cliënten gewenste bouw?*

De instellingen die onder het bouwregime vallen, zijn grofweg de grootschalige intramurale instellingen die de functie verblijf bieden. Instellingen die alleen extramurale zorg bieden of die kleinschalig zijn, vallen er niet onder. In antwoord op de vragen 4 en 18 is reeds aangegeven dat bij grootschalige instellingen de wens van de cliënt zoveel mogelijk gevold dient te worden, dit is geborgd door middel van het leefwensenonderzoek in de gehandicaptensector en de raadpleging van de cliëntenraden in de ouderensector. Artikel 5.3 regelt ten eerste dat er voor (vervangende) nieuwbouw een vergunning nodig is. Dit komt grosso modo neer op alle bouw die duurder is dan 50%-65% vervangende nieuwbouwwaarde. Bouw tot 50% vervangende nieuwbouwwaarde is meestal renovatie en kan uit de trekkingsrechten bekostigd worden.

Voor de voormalige verzorgingshuizen geldt dat ze geen trekkingsrechten opbouwen. Ze hebben alleen geld in hun budget voor het jaarlijkse onderhoud. De voormalige verzorgingshuizen hebben dan ook voor zowel renovatie als voor (vervangende) nieuwbouw een vergunning nodig. Zo houdt VWS meteen een vinger aan de pols met betrekking tot het scheiden van wonen en zorg. Daarnaast regelt artikel 5.3 dat er voor uitbreidingsbouw een vergunning nodig is.

27. *Waarom worden alle initiatieven die tot doel hebben meerbedskamers om te bouwen tot eenbedskamers niet vrijgesteld van artikel 5.3?*

Een instelling die meerbedskamers wil ombouwen naar eenpersoonskamers heeft twee opties. De instelling kan kiezen voor kleinschalige oplossingen (maximaal 25 plaatsen). In dat geval valt de bouw buiten artikel 5.3.

Als de instelling kiest voor een oplossing in een grootschalige setting valt de bouw wel onder artikel 5.3. Dan geldt dat pas op het moment dat het bouwinitiatief wordt ingediend, kan worden beoordeeld of het om ombouw van meerbedskamers naar eenpersoonskamers gaat. Als het in het bouwinitiatief om ombouw van meerbedskamers naar eenpersoonskamers gaat, zal het bouwinitiatief conform de beleidsregels een hogere prioriteit krijgen.

Transparantie-eisen

28. *Op welke wijze wordt een helder toerekeningssysteem van kosten geïntroduceerd, zoals de heer Kennedie aangaf?*

In 2007 krijgen de intramurale AWBZ-instellingen een nieuw bekostigingssysteem. Het AWBZ-geld wordt specifiek (gericht) verdeeld. Zorgaanbieders krijgen een bedrag dat verband houdt met de zwaarte van de zorg voor een cliënt. Instellingen met 'zware' cliënten (meer en intensieve zorg) krijgen straks meer geld dan instellingen met cliënten die met minder zorg toe kunnen. Het jaar 2006 is een overgangsjaar; de bekostiging wordt in 2007 geheel van kracht.

Artikel 6.4

29. *Dient een instelling een RAK op te bouwen?*

In de budgetsystematiek voor zorginstellingen dient een overschot dan wel een tekort te worden geboekt op reserve aanvaardbare kosten (RAK). De RAK heeft het karakter van een schommelfonds, een soort buffer. Deze budgetregels voor zorginstellingen zijn met name vastgelegd in de Regeling Jaarverslaglegging Zorginstellingen en in een beleidsregel van het CTG/ZAio.

30. *Is er een maximum aan het percentage werk dat hij kan doorgeven aan derden?*

Het is aan toegelaten zorginstellingen krachtens de WZV toegestaan om werkzaamheden uit te besteden. Dit uitbesteden is vaak noodzakelijk voor het goed kunnen leveren van een totaalpakket (denk aan catering, schoonmaak, beveiliging, en dergelijke). Ook voor het leveren van de zorg zelf kan een instelling een derde nodig hebben. Aan het inhuren van derden zijn geen beperkingen gesteld. Het inhuren van een derde ontslaat uiteraard de toegelaten instelling niet van de plicht om zijn wettelijke en contractverplichtingen na te komen, zoals de naleving van de Collectieve arbeidsovereenkomst (CAO), de verantwoording aan het CTG/ZAio en de levering van gegevens aan het Centraal administratiekantoor bijzondere zorgkosten (CAK). Daarbij is én blijft de toegelaten zorginstelling verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorgverlening en de naleving van de wetgeving die verbonden is aan de levering van verzekerde zorg (zoals AWBZ, Ziekenfondswet, Kwaliteitswet, Wet tarieven gezondheidszorg (WTG), WZV/WTZi en het Burgerlijk Wetboek). Deze aansprakelijkheid geldt onverkort indien de zorgverlening is uitbesteed aan een andere organisatie, zoals een B.V. voor thuiszorg of een uitzendbureau.

31. Moet er een verschil gemaakt worden in de financiën waarvoor een monopoliepositie geldt, en waarvoor via bijvoorbeeld DBC's ingekocht worden en dus de instelling risico loopt?

Nee. De transparantie-eisen over een ordelijke bedrijfsvoering schrijven voor dat de activiteiten van de zorginstelling waarvoor de toelating geldt in ieder geval financieel worden onderscheiden van andere activiteiten van de instelling. Dit om te voorkomen dat financiële verliezen bij deze andere activiteiten drukken op de zorggerelateerde activiteiten. Hierbij is ook de beleidsregel van het CTG/ZAio van toepassing "Aanvullende inkomsten", waarbij aan deze inkomsten een aantal voorwaarden wordt gesteld. Eén van die voorwaarden is dat de totale kosten van de niet-zorggerelateerde activiteiten minimaal gedekt moeten worden uit de opbrengsten.

Gegevensverstrekking

Artikel 7.4

32. Op welke wijze wordt geregeld dat het jaarverslag met salarissen Raad van Bestuur en Raad van Toezicht op internet openbaar zijn?

De openbaarheid van de jaarverslagen van zorginstellingen is geregeld in de Regeling Jaarverslaglegging zorginstellingen (RJZ). De verslagen van zorginstellingen zijn op internet te vinden onder: www.jaarverslagenzorg.nl. Het format van verantwoording over de bezoldiging bestuurders en toezichthouders is kenbaar gemaakt via de RJZ-circulaire van 22 december 2004.

Hoofdstuk VIII sanering

Artikel 8.6

33. Beschikt het College sanering over een apart fonds voor het verlenen van voorschotten? Zo ja, hoe groot is dat fonds en hoe wordt dat fonds gevuld? Zo neen, hoe worden de voorschotten gefinancierd?

In geval een zorginstelling te maken krijgt met een sluitingsbeslissing van de rijksoverheid kan het College sanering ziekenhuisvoorzieningen (CSZ) subsidie verlenen om in de kostengevolgen daarvan te voorzien. De bedoeling van deze faciliteit is een soepele afwikkeling van het sluitingsproces mogelijk te maken. Aangezien een zorginstelling al tijdens het sluitingsproces, bijvoorbeeld als gevolg van een teruglopende bedrijfsdrukke, te maken kan krijgen met financiële problemen, is de mogelijkheid gecreëerd dat het CSZ voorschotten kan verstrekken. Hiervoor is geen apart fonds beschikbaar. De subsidies die het CSZ verleent, worden gefinancierd ten laste van het Algemeen

Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ). Hier vallen derhalve ook de voorschotten onder. Alvorens het CSZ uitgaven doet wordt het CVZ als beheerder van het AFBZ gehoord.

Nota van toelichting

Winstoogmerk

34. *Op welke wijze wordt vastgelegd of een instelling al dan niet een winstoogmerk mag hebben? En op welke wijze wordt bij uitbreiding van taken hiermee rekening gehouden?*

Welke categorieën van instellingen winstoogmerk mogen hebben, is vastgelegd in artikel 3.1 van het Uitvoeringsbesluit. Uit de statuten van de instelling moet blijken of het winstoogmerk wordt gevoerd. Stichtingen en verenigingen mogen op basis van het Burgerlijk Wetboek geen winstoogmerk hebben. Als de instelling één of meer zorgfuncties verleent waarvoor geen winstoogmerk is toegestaan, mag de instelling geen winstoogmerk hebben. Ook niet als de zorg wordt uitgebreid met functies, die als ze door een separate instelling zouden worden verleend, wel gepaard zouden mogen gaan met een winstoogmerk.

Administratieve lasten

35. *Er wordt uitgegaan van besparing van administratieve lasten omdat het Ministerie een aantal zaken niet langer hoeft te zien. Betekent dit dat ook de zorgverzekeraars of de ZBO's geen inzage kunnen (gaan) eisen van deze papieren?*

De belangrijkste vermindering van de administratieve lasten doordat het ministerie bepaalde documenten niet meer hoeft te zien, heeft betrekking op het feit dat instellingen niet langer elke vier jaar een LTHP hoeven in te dienen. Instellingen moeten alleen bij het indienen van een aanvraag om een toelating met bouw waarvoor een bouwvergunning van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) is vereist, een LTHP overleggen. Zorgverzekeraars geven hun visie op een dergelijke aanvraag. Het ministerie vraagt het CBZ om een advies bij diezelfde aanvraag. Ministerie, zorgverzekeraars en CBZ zijn dus alle in dezelfde periode, rondom een bepaald bouwinitiatief, geïnteresseerd in het LTHP. Ik zie geen aanleiding voor verzekeraars of het CBZ om op andere momenten of periodiek een LTHP op te vragen bij een instelling.

Hoofdstuk IV Aanvraag toelating

36. *Hoe wordt omgegaan met de bouwprioriteitenlijst bij instellingen die om een nieuwe toelating vragen? Moeten zij altijd wachten tot er een nieuwe lijst wordt samengesteld? Is de prioriteitenlijst niet in strijd met economische mededinging?*

Vervangende nieuwbouw wordt bekostigd uit de nominale ruimte en uitbreidingsbouw uit de volumeruimte. Voor vervangende nieuwbouw geldt momenteel een financieel kader. Instellingen die vervangende nieuwbouw willen plegen, dienen eerst op de bouwprioriteitenlijst te worden geplaatst voordat de toelating met bouw kan worden afgegeven. De uitbreidingsbouw kan op dit moment zonder problemen worden ingepast. Dit betekent dat nieuwe instellingen die om een toelating met bouw vragen nu dus niet hoeven te wachten op een prioriteitenlijst. De minister vraagt natuurlijk wel over de ingediende plannen advies aan bij het CBZ en toetst ze aan de beleidsregels. Aanvragen die binnen het beleidskader passen, krijgen een toelating met bouw.

37. *Hoe wordt voorkomen dat in de toekomst zowel een wachtlijst van initiatieven als een onderbesteding van de prioriteitenlijst plaatsvindt?*

Vervangende nieuwbouw wordt bekostigd uit de nominale ruimte en de uitbreidingsbouw uit de

volumeruimte. Voor vervangende nieuwbouw geldt momenteel een financieel kader. Instellingen die vervangende nieuwbouw willen plegen, dienen eerst op de bouwprioriteitenlijst te worden geplaatst voordat de toelating met bouw kan worden afgegeven. Instellingen zien meestal ruim van te voren aankomen wanneer vervangende nieuwbouw nodig is. In hun planvorming kunnen ze dan ook rekening houden met de indieningstermijn voor de volgende bouwprioriteitenlijst.

Het financieel kader voor de instandhoudingsbouw wordt gevuld aan de hand van de reeds ingediende plannen. Het financiële kader is een raming van de afschrijving- en rentekosten die er in een bepaald jaar bijkomen, doordat bouwinitiatieven worden opgeleverd. Als een bouwinitiatief eerder wordt opgeleverd dan gepland, is er overbesteding. Als een bouwinitiatief later wordt opgeleverd dan gepland, is er onderbesteding. Deze overbesteding of onderbesteding zal altijd incidenteel zijn. Immers als het bouwinitiatief een jaar te vroeg wordt opgeleverd, zitten na dat jaar de bouwgeden wel al in het financiële kader. Als een bouwinitiatief een jaar later wordt opgeleverd, zijn de afschrijving- en rentekosten voor dat jaar al gereserveerd. De afgelopen jaren is VWS steeds scherper gaan ramen. Maar het is en blijft altijd een raming. In de toekomst zal er dan ook altijd een risico op overbesteding dan wel onderbesteding blijven bestaan. De uitbreidingsbouw kan op dit moment zonder problemen worden ingepast. Dit betekent dat nieuwe instellingen die om een toelating met bouw vragen nu dus niet hoeven te wachten op een volgende prioriteitenlijst. Deze plannen worden ingepast binnen de beschikbare volumeruimte.

38. Wie stelt de bouwprioriteitenlijst samen en op welke gronden en procedures?

In artikel 4.2 van het Uitvoeringsbesluit staat de indieningstermijn voor de bouwprioriteitenlijst en de procedure rondom de bouwprioriteitenlijst beschreven. Om de onderlinge prioriteit te kunnen bepalen moet de minister de aanvragen in onderlinge samenhang kunnen bezien. Elke twee jaar vindt er een prioriteitsstelling plaats. De termijn voor indiening voor de eerste prioriteitstelling is 16 maanden na de inwerkingtreding van de WTZi. De minister vraagt over de ingediende plannen advies aan bij het CBZ. Daarna toetst hij ze aan de beleidsregels en het bouwkader. Voorzover aanvragen binnen het beleids- en bouwkader passen, krijgen ze een toelating met bouw.

Hoofdstuk V Bouw

39. Welke invloed hebben zorgverzekeraars op de bouwplannen?

In de beleidsregels is onder de algemeen geldende beleidsregels opgenomen dat:

- Bij de aanvraag om een toelating met bouw door de zorgaanbieder het standpunt van de (met de instelling contracterende) zorgverzekeraar of het zorgkantoor moet worden meegezonden.
- Bij de aanvraag om een toelating met bouw het LTHP als bijlage bij het aanvraagformulier dient te worden overgelegd. Het LTHP is een afgeleide van de ontwikkelingen in de zorg, de organisatie daarvan en de wensen van patiënten. Het LTHP dient gebaseerd te zijn op het medische beleidsplan, op samenwerkingsafspraken met andere zorgverleners (zoals huisartsen en paramedici) en op afspraken met zorgverzekeraars over de invulling van de ziekenhuiszorg in de regio. Het LTHP dient, op initiatief van de zorginstelling, met de direct betrokkenen (zorgaanbieders waarmee in de keten verticaal wordt samengewerkt, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraar en lagere overheden) te worden afgestemd in het stakeholdersoverleg. Streven is te komen tot een door alle stakeholders gedragen visie. Indien dit niet mogelijk blijkt, dient de zorginstelling aan te kunnen tonen dat zij alle mogelijke moeite heeft gedaan om tot overeenstemming te komen. Hier zij ook verwezen naar het antwoord op vraag 5.

40. Verdient het niet meer de voorkeur om de GGZ-sector te laten aansluiten bij de AWBZ of te behandelen als een aparte sector in verband met de slechte huisvestingssituatie van GGZ-instellingen en de soort bouw (ook woongebouwen)?

De overheveling van de GGZ naar de Zvw heeft betrekking op de curatieve GGZ voor de duur van 365 dagen. Deze zorg komt overeen met de specialistische zorg die in de somatische curatieve zorg wordt aangeboden. De patiënten die langdurige zorg nodig hebben (dit zijn overwegend de chronische patiënten die in een instelling verblijven) zijn langer dan 365 dagen opgenomen en vallen door deze duur van de intramurale zorg onder de AWBZ. Voor dit gebouwenbestand en patiëntendoelgroep verandert er in feite niets.

Overigens maakt de WTZi geen onderscheid tussen Zvw en AWBZ voor wat betreft de aard van de infrastructuur. De instelling heeft de taak de huisvesting op een verantwoord peil te houden. Wanneer deze onvoldoende is, zoals het onderzoek naar de huisvesting heeft uitgewezen, dient zij daar verbetering in aan te brengen. Dit geldt zowel voor de grootschalige als de kleinschalige instellingen. Het feit dat de kleinschalige woonvoorzieningen met de inwerkingtreding van de WTZi volledig buiten het bouwregime worden geplaatst, houdt niet in dat slechte huisvesting is geoorloofd. De Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) toetst de kwaliteit van de zorg, waarvan huisvesting onderdeel uitmaakt, in het kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen (hierna: Kwaliteitswet).

Extramurale AWBZ-zorg

41. *Voor welke ruimten van instellingen die verblijf bieden, worden de kapitaalslasten niet meer gegarandeerd?*

Voor ruimtes in grootschalige, deels intramurale, instellingen waar extramurale zorg verleend wordt, gaat een normatieve kapitaallastenvergoeding gelden, gekoppeld aan de extramurale zorgproductie. Voor kleinschalige woonvoorzieningen gaat een normatieve kapitaallastenvergoeding gelden, gekoppeld aan de als kleinschalig aangemerkte toegelaten plaatsen.

42. *Op welke wijze wordt rekening gehouden met onderbezetting en dus compensatie van de kapitaalslasten van lege plaatsen?*

Het CTG/ZAio is momenteel bezig met het opstellen van een beleidsregel voor alle kleinschalige woonvoorzieningen. In deze regeling kleinschalige woonvoorzieningen wordt door het CTG/ZAio voorzien dat er rekening gehouden gaat worden met een bepaald percentage onderbezetting. Hoe hoog dat percentage is, is op dit moment nog niet te zeggen. Bij de grootschalige voorzieningen zijn de volledige kapitaallasten voorlopig nog nacalculerbaar, dus is de vergoeding voorlopig nog onafhankelijk van de bezette plaatsen.

43. *Kan verduidelijkt worden waarom de Wmo tot gevolg heeft dat kinderdagcentra onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van OCW komt te vallen? Betekent dit ook dat dagcentra voor volwassenen tot 65 jaar onder verantwoordelijkheid van het Ministerie van SZW komt te vallen?*

In de brief van 23 april 2004 over de Wmo is aangegeven dat de dagbesteding voor gehandicapten vanuit het principe van *inclusief beleid* het beste zou passen in het onderwijsdomein (leerplichtige kinderen) en in het arbeidsdomein (volwassenen). VWS, SZW en OCW onderzoeken de mogelijkheden daarvoor. Het deel van de dagbesteding voor chronisch psychiatrische patiënten dat het karakter heeft van arbeidsmatige bezigheden gaat samen met de dagbesteding voor niet-leerplichtige gehandicapten mogelijk naar het 'arbeidsdomein'. Ook dat onderzoeken we nog.

Grootschalige intramurale voorzieningen

44. *Kunt u een aantal voorbeelden geven van capaciteitsuitbreiding die niet met bouw gepaard gaat?*

Nee, daar kan ik op dit moment geen voorbeelden van geven.

Verzorgingshuizen

45. *Op welke wijze kunnen instellingen na afschaffing van de contracteerplicht in beroep gaan tegen besluiten van het zorgkantoor waar zij het niet mee eens zijn?*

Een instelling die het niet eens is met het besluit van het zorgkantoor kan dit geschil voorleggen aan de burgerlijke rechter. Deze rechtsgang is nu de gebruikelijke rechtsgang en zal dat ook zijn na afschaffing van de contracteerplicht. Overigens kunnen zorgkantoor en instelling ook via de weg van bemiddeling of mediation proberen het geschil te beslechten. Over het gebruik van mediation bij het beslechten van geschillen heeft de staatssecretaris afspraken gemaakt met de branches van zorgaanbieders en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Artikel 6.2

46. *Waarom wordt het niet verplicht dat de medische staf en de inspecteur van de IGZ zich tot de Ondernemingskamer kan wenden? Waarom is dit beleidsvrijheid van een instelling?*

De keuze aan wie, naast de vertegenwoordiging van cliënten, op grond van de statuten toegang wordt verleend tot de Ondernemingskamer, wordt uitdrukkelijk aan de verantwoordelijkheid van de instelling gelaten. Dit conform het principe zoals neergelegd in het Burgerlijk Wetboek. Overigens kunnen de procureur-generaal en de vereniging van werknemers (namelijk de vakbonden) zich al op grond van het Burgerlijk Wetboek tot de Ondernemingskamer wenden.

Artikel 6.4

47. *Is het toegestaan dat een zorginstelling garant staat voor niet-zorggerelateerde activiteiten van de instelling? Bestaat er dan niet nog steeds kans op kruissubsidie?*

79. (PvdA) *Hoe wordt toezicht op het voorkomen van kruissubsidiëring door winstmotief precies vormgegeven? Betekent dit dat gegarandeerd kan worden dat kruissubsidiëring niet zal voorkomen? Zo neen, waarom niet?*

Ter inleiding vermeld ik allereerst dat het niet de bedoeling is dat een zorginstelling garant staat voor niet-zorggerelateerde activiteiten. Dit blijkt onder andere uit de CTG/ZAio-beleidsregel "Aanvullende inkomsten". Voorts is het toezicht op het voorkomen van kruissubsidiëring door het winstmotief onderdeel van het algemene toezicht op het voorkomen van kruissubsidiëring.

Voor het voorkomen van ongewenste vormen van kruissubsidiëring is integrale prestatiebekostiging in het gereguleerde segment een belangrijke stap. Bij kostenefficiënte tarieven — en in sommige delen van de zorg kostenefficiënte prijzen via het concurrentiemechanisme van vrije prijzen — resteert alleen voor relatief efficiënte instellingen gedurende een beperkte tijd mogelijk enige ruimte voor kruissubsidiëring. De kruissubsidiëring presenteert zich in de vorm van hogere prijzen/winsten of lagere prijzen. Deze vorm van kruissubsidiëring hoeft niet per definitie ongewenst te zijn. Door middel van kruissubsidiëring kunnen zorgaanbieders inspelen op behoeften van afnemers, of reageren op concurrenten. Dit komt de doelmatigheid van de zorg ten goede. Kruissubsidiëring is alleen een probleem als het leidt tot te hoge en/of te lage prijzen, die gehanteerd worden door zorgaanbieders met aanmerkelijke marktmacht. In plaats van kruissubsidiëring spreek ik in dit verband daarom liever van te hoge en te lage prijzen.

Prijzen zijn te laag wanneer een zorgaanbieder met aanmerkelijke marktmacht door die te lage prijs concurrenten uit de markt kan drukken of nieuwe toetreders kan belemmeren. Prijzen zijn te hoog wanneer een zorgaanbieder met aanmerkelijke marktmacht een prijs in rekening brengt die aanmerkelijk hoger is dan de prijs die in een competitieve markt tot stand zou zijn gekomen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zal toezicht houden op de ongewenste effecten van kruissubsidiëring: te hoge of te lage prijzen. Daarnaast ziet de NMa erop toe dat geen misbruik wordt gemaakt van een economische machtspositie.

Beleidsregels ex artikel 4 WTZi, versie 31 oktober 2005

Artikel 2.3

48. *Wat wordt verstaan onder afstemming in het stakeholdersoverleg? Hoe wordt voorkomen dat er marktverdeling in plaats van marktwerking gaat plaatsvinden? Wat wordt verstaan onder alle mogelijke moeite om tot overeenstemming te komen?*

Hiervoor zij verwezen naar de antwoorden op de vragen 5 en 14.

Artikel 2.5

49. *Wat is de sanctie indien een instelling geen aanvraag indient?*

Een organisatorisch verband dat zorg als bedoeld in artikel 5 van de WTZi verleent zonder daarvoor te zijn toegelaten, kan door middel van bestuursdwang of een dwangsom tot de orde worden geroepen.

Artikel 2.6

50. *Voor het uitwerken van de Verklaring in het programma van eisen, een schetsontwerp en bestedingsgerede stukken waarop de vergunning aangevraagd kan worden, is meer dan een jaar nodig. Hoeveel verklaringen gaan er vervallen? Wat is de schadeloosstelling voor de gemaakte plankosten?*

Bestaande verklaringen worden gelijkgeschakeld met een toelating mét bouw. Daar waar geen geldigheidstermijn in de oorspronkelijke verklaring wordt genoemd, zijn deze nog één jaar geldig. In dat jaar dient een instelling de vergunning aangevraagd te hebben. Overigens zijn een programma van eisen en bestedingsgerede stukken niet nodig voor de vergunningsaanvraag. Instellingen die binnen het genoemde jaar inzien, dat ze deze termijn niet halen kunnen een herijking van de oorspronkelijke verklaring aanvragen. Hierbij komt de oorspronkelijke verklaring niet persé te vervallen, maar vindt herijking plaats aan de hand van de nieuwe (WTZi-) regelgeving. Valt het bouwinitiatief onder de WTZi niet langer onder het bouwregime, dan leidt deze herijking ertoe dat de verklaring wordt omgezet in een toelating zonder bouw. Als een plan dat oorspronkelijk een verklaring had geen doorgang meer kan vinden door de nieuwe (WTZi-) regelgeving, verloopt de schadeloosstelling langs de regels van het CBZ voor oude plankosten.

Beleidsregels voor de cure

51. *Hoe wordt de zorgwaarde bij ziekenhuizen bepaald?*

De zorgwaarde is een correctiefactor en wordt bepaald door de feitelijke ligduur per categorie patiënten te vergelijken met de landelijk verwachte ligduur voor die categorie. Het begrip klinische adherentie wordt hierdoor verfijnd en ziekenhuizen met een langere, dan landelijk te verwachten, feitelijke ligduur profiteren dus niet van de feitelijk langere ligduur.

52. *Waarom wordt het niet aan het ziekenhuis zelf over gelaten hoeveel bedden het wil bouwen indien het maar binnen het maximale aantal m2 is?*

Deze afweging mogen ziekenhuizen ook nu al maken. De facto worden er in geval van nieuwbouw al minder bedden daadwerkelijk gebouwd dan volgens de huidige norm van 2,8 promille zou kunnen. Gezien het nog steeds afnemende gebruik van bedden ten gevolge van de verschuiving van klinische

opname naar dagverpleging, en van dagverpleging naar poliklinische behandeling, is verlaging van de maximale beddenorm naar 2 promille mogelijk. Zolang het bouwregime geldt is een dergelijk criterium als richtlijn noodzakelijk; na afschaffing van het bouwregime wordt ook deze norm afgeschaft.

53. Waarom wordt niet vanuit de cliënt geredeneerd en dus vanuit de noodzaak om te bouwen? Is de boekwaarde niet het gevolg van door de minister goedgekeurde besluiten? Wie en wanneer kan het boekwaardecriterium overruled worden? Wanneer kan overgegaan worden tot versneld afschrijven?

De doelstelling van het boekwaardecriterium is om onnodige kapitaalvernietiging te voorkomen. Zolang het bouwregime geldt is een dergelijk criterium als richtlijn noodzakelijk, opdat gebouwen niet te snel weer worden verlaten of vervangen door nieuwe gebouwen. Het overrulen van het boekwaardecriterium kan alleen door de minister gebeuren. Dat kan, volgens de beleidsregels, alleen vanwege ingrijpende functiewijziging en noodsituaties. In die gevallen is versnelde afschrijving nodig. Na afschaffing van het bouwregime wordt het boekwaardecriterium afgeschaft.

Artikel 4.2.2

54. Waarom zijn de termijnen voor het vragen voor toestemming in de WTZi niet fataal zoals voorgesteld in de motie Verhagen?

Ik ga ervan uit dat met deze vraag wordt bedoeld wordt dat wanneer niet binnen een bepaalde termijn op een aanvraag om toelating besloten is, die toelating automatisch wordt verleend. Indirect is hier het afschaffen van het prioriteitenstelsel (een der onderdelen van het "negentig puntenplan") aan de orde. Immers, het automatisch verlenen van een toelating met bouw bij een te late beslissing op de aanvraag, zou een onaanvaardbare bres in het financiële kader (bouwplafond) kunnen slaan en het stelsel van de prioriteitstelling ondergraven. Dit zou ten koste kunnen gaan van initiatieven van andere instellingen die een hogere prioriteit moeten krijgen. Het stelsel van prioriteiten zal ik verlaten, zodra het bouwregime kan worden afgeschaft. Wanneer dit is hangt af van de snelheid waarmee integrale tarieven inclusief kapitaallasten en risicodragendheid worden ingevoerd voor de cure en de care.

Overigens teken ik hierbij aan dat momenteel alleen instellingen die vervangende nieuwbouw willen plegen, eerst op de bouwprioriteitenlijst dienen te worden geplaatst voordat de toelating met bouw kan worden afgegeven. Instellingen zien overigens de vervangende nieuwbouw meestal ruim van te voren aankomen. Ze kunnen dan ook in hun planvorming rekening houden met de indieningstermijn voor de volgende bouwprioriteitenlijst.

Verder wil ik hierbij aantekenen dat de uitbreidingsbouw op dit moment zonder problemen financieel kan worden ingepast. Dit betekent dat nieuwe instellingen die om een toelating met bouw vragen nu dus niet hoeven te wachten op een volgende prioriteitenlijst. Deze plannen worden ingepast binnen de beschikbare volumeruimte. Ik vraag natuurlijk wel over de ingediende plannen advies aan bij het CBZ en toets ze aan de beleidsregels. Aanvragen die binnen het beleidskader passen, krijgen een toelating met bouw.

Vragen PvdA-fractie

Algemeen

55. In welke fase van het overgangsproces van een systeem van centrale aanbodssturing naar gereguleerde marktwerking bevindt het zorgstelsel zich op dit moment volgens de minister?

Het zorgstelsel bevindt zich op dit moment in een transitiefase. Zowel aan de verzekeringskant als aan de aanbodbkant worden stappen gezet om het stelsel verder vraaggericht te maken. Daar waar dat kan en waar dat nuttig is, zijn en worden marktconforme prikkels geïntroduceerd. Zeker waar het

aanbod van zorg betreft, verwacht ik in de toekomst nog verdere ontwikkelingen. Ik denk daarbij aan de modernisering van de bekostiging van de AWBZ en aan de mogelijke verdere liberalisering van onderdelen van het A-segment van de Diagnose-behandelcombinaties (DBC's). Zoals ik u heb toegezegd zullen deze stappen behoedzaam worden gezet, steeds afhankelijk van de marktomstandigheden en van de marktstructuren, uiteraard met de noodzakelijke betrokkenheid van het Parlement.

56. Het verbieden van een nieuwe instelling of een verbod op uitbreiding/wijziging van een bestaande instelling zal alleen gebruikt worden waar publieke belangen aantoonbaar in het gedrang komen. Wat wordt in deze stelling precies bedoeld met "publieke belangen" en wat wordt precies bedoeld met "aantoonbaar in het gedrang komen"? Over welke publieke belangen gaat het hier concreet? Wanneer is er sprake van "in gedrang komen"? Kunnen voorbeelden gegeven worden?

De essentiële publieke belangen in de zorg waar de overheid voor staat zijn de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Bij toegankelijkheid gaat het zowel om de bereikbaarheid als de financiële toegankelijkheid. De overheid bewaakt deze publieke belangen langs verschillende wegen. Verschillende ordenende wetten dragen bij aan de realisatie van de verschillende publieke belangen: de Kwaliteitswet, de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ), de WTG en niet in de laatste plaats de Zw en de AWBZ. De WTZi, zoals die thans zijn beslag krijgt in het Uitvoeringsbesluit, de beleidsvisie en de beleidsregels, richt zich ook op het waarborgen van publieke belangen. Daar gaat het met name om de bereikbaarheid en organisatie van de acute zorg en bepaalde randvoorwaarden voor de kwaliteit van zorg (niet om de kwaliteit van de zorg zelf, die is geregeld in de Kwaliteitswet). Zo zullen instellingen met een adequate interne toezichtsstructuur beter in staat zijn kwalitatief goede zorg te leveren.

Publieke belangen komen aantoonbaar in het gedrang als niet aan het Uitvoeringsbesluit of de beleidsregels is voldaan. Een voorbeeld is de sluiting van het onderdeel acute zorg in een instelling terwijl die acute zorg op die plek in verband met de bereikbaarheid niet kan worden gemist. Een ander voorbeeld is een inadequate consultatie van cliënten bij bouwinitiatieven. In dergelijke gevallen kan een toelating worden geweigerd of kan een voorschrift aan een toelating verbonden worden. Bij niet naleven van een voorschrift kan bestuursdwang uitgeoefend worden of kan, in het uiterste geval, een toelating ingetrokken worden.

De toelating geeft het recht om verzekerde zorg te mogen leveren. Een toegelaten instelling is getoetst op transparantie en op een aantal beleidsregels. De toelating is echter geen "kwaliteitskeurmerk".

57. Wordt bij de "bewaking" van publieke belangen uitgegaan van gemiddelde burgers, zoals bij het nieuwe zorgstelsel en de zorgtoeslag gedaan is?

De WTZi spreekt zorgaanbieders aan. De eisen die in het Uitvoeringsbesluit en de beleidsregels aan instellingen worden gesteld, zijn gericht op de belangen van alle burgers en (potentiële) cliënten. Alle burgers en (potentiële) cliënten kunnen gebaat zijn bij een inzichtelijke bestuursstructuur en bedrijfsvoering.

Sommige beleidsregels zijn gericht op de belangen van specifieke burgers. Een cliëntenraad zal zeker niet uitgaan van de belangen van de gemiddelde burger, maar van de huidige (en toekomstige) cliënten. Dit geldt ook voor het leefwensenonderzoek in de gehandicaptenzorg dat moet worden gehouden onder individuele cliënten.

58. Kan een overzicht gegeven worden van de instrumenten die de overheid nu en na invoering van de WTZi heeft om voldoende toegankelijke zorg van goede kwaliteit te garanderen?

De toegankelijkheid van de zorg wordt bewaakt door de beleidsregels, met name die inzake acute zorg. Op grond daarvan kunnen voorschriften of beperkingen aan de toelating worden verbonden, te

handhaven door bestuursdwang. Het bewaken van de kwaliteit van de zorg blijft onveranderd geschieden op grond van de Kwaliteitswet, met de instrumenten die in die wet zijn neergelegd (aanwijzing, bevel).

59. Welke regels zijn de afgelopen jaren reeds versoepeld?

De volgende versoepelingen hebben de afgelopen jaren al plaatsgevonden:

- Sinds 1 januari 2001 is voor de RIBW's het bouwregime niet meer van toepassing.
- Sinds juli 2002 is voor kleinschalige woonvoorzieningen in de gehandicaptenzorg (voorzieningen met maximaal 12 plaatsen) het bouwregime niet meer van toepassing.
- Sinds 1 april 2003 is voor extramurale AWBZ-zorg het bouwregime eveneens niet meer van toepassing.
- In 2003 is een convenant met academische ziekenhuizen gesloten over instandhouding van infrastructurele voorzieningen. Het convenant, dat in 2004 is ingegaan, leidt ertoe dat alleen nog een bouwvergunning nodig is voor volledig vervangende nieuwbouwprojecten en voor initiatieven waarbij sprake is van een substantiële capaciteitsuitbreiding.

60. Tot welke wijzigingen in het zorgaanbod moet het overgangsproces de komende jaren gaan leiden? Welke versoepeling van regels heeft de minister voor ogen voor de komende vijf jaar?

Het is de bedoeling van het nieuwe zorgstelsel dat het zorgaanbod meer gedifferentieerd wordt en beter afgestemd op de wens van de cliënten. De belangrijkste versoepeling voor de toekomst is opgenomen in de nota "Transparante en integrale tarieven" en betreft het afschaffen van het systeem van bouwvergunningen. In het voorjaar van 2006 ontvangt uw Kamer een voortgangsrapportage over de uitwerking van deze nota.

61. Kan in een schematisch overzicht worden aangegeven wat precies het verschil, in regelgeving en in de praktijk, is tussen de situatie vóór de WTZi, met het voorliggende uitvoeringsbesluit WTZi en bij de mogelijkheden die "in de rede liggen" om de regels verder te versoepelen?

Onderstaand schema heeft betrekking op het Uitvoeringsbesluit zoals dat nu voorligt.

WAS (Zfw/AWBZ/WZV)	WORDT (WTZi)
<p>Reikwijdte WZV Alle grootschalige intramurale instellingen die bouwen en ZBC's die zorg leveren als omschreven in de Zfw.</p> <p>Reikwijdte Zfw en AWBZ-toelatingen Alle instellingen die Zfw of AWBZ-verzekerde zorg leveren.</p>	<p>Reikwijdte WTZi Alle instellingen die zorg leveren die wordt vergoed op basis van de Zfw of de AWBZ, dus intra- en extramuraal; dit omvat alle instellingen die Zfw of AWBZ-toelating nodig hadden.</p>
<p>Procedure bij bouw waarvoor vergunning is vereist WZV-instellingen hebben (1) verklaring, (2-3-4) goedkeuring van programma van eisen, schetsontwerp en bestedingsgerede stukken, (5) vergunning, (6) goedkeuring eindverantwoordings en (7) toelating nodig. Bij alle momenten is bezwaar en beroep mogelijk.</p>	<p>Minder procedures en administratieve lasten. De volgende momenten komen te vervallen</p> <ul style="list-style-type: none"> - indienen bestedingsgerede stukken - schetsontwerp komt te vervallen als aparte fase (is wel indieningsvereiste bij de vergunning) - goedkeuring programma van eisen - verklaring en toelating worden één
<p>Reikwijdte bouwregime Intramurale instellingen hebben verklaring en vergunning nodig voor alle bouw (m.u.v. RIBW, gezinsvervangende tehuizen, kleine woonvormen tot en met 12 personen per postcode in gehandicaptenzorg en extramurale zorg AWBZ). Instandhouding kan na meldingsprocedure bij CBZ uit de trekkingsrechten gedaan worden. Instelling kan</p>	<p>Beperkt bouwregime.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grootschalige instellingen zelf geheel verantwoordelijk voor instandhouding van bestaande bouw. Melding verdwijnt. Zelf beschikken over trekkingsrechten. Terugvallen op vergunning kan niet meer bij onvoldoende trekkingsrechten (m.u.v. verzorgingshuizen die geen trekkingsrechten opbouwen). - Meer kleine woonvormen uit bouwregime. Tot

bij tekorten nog terugvallen op vergunningaanvraag.	en met 25 plaatsen licht verblijf, en tot en met 12 plaatsen zwaar geen bouwregime. Dit geldt ook voor de ouderenzorg.
Transparantie Regels voor de inrichting van de jaarverslaggeving.	Transparantie Instellingen moeten inzicht bieden in bestuursstructuur en bedrijfsvoering. Verantwoording daarover wordt afgelegd in het jaardocument op basis van de Regeling verslaggeving WTZi.
Winstoogmerk Winstoogmerk verboden voor WZV-instellingen (dus wel toegestaan voor extramurale AWBZ-zorg, kraamzorg, RIBW en kleinschalige woonvoorzieningen).	Geen veranderingen m.b.t. winstoogmerk Zelfde categorieën instellingen als vóór de WTZi mogen winstoogmerk hebben.

In het antwoord op vraag 60 is aangegeven dat de verdere versoepeling betrekking heeft op het afschaffen van het systeem van bouwvergunningen. Ook kan in de toekomst het winstoogmerk voor meer categorieën instellingen worden toegestaan (na besluitvorming in het kabinet en met betrokkenheid van het Parlement).

62. *Hoe verandert de verantwoordelijkheid van de overheid ten aanzien van kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg en hoe zal deze in de toekomst veranderen? Betekent e.e.a. dat de verantwoordelijkheid van de overheid voor kwaliteit en toegankelijkheid vermindert? Zo ja, tot welk niveau?*

De overheid behoudt een belangrijke rol bij het waarborgen van de kwaliteit, de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg. Wel worden in het kader van de stelselherziening de verantwoordelijkheden zo dicht mogelijk gelegd bij de mensen en de instituties waar het om gaat: patiënten, verzekeraars en zorgaanbieders. Hier zij ook verwezen naar de antwoorden op de vragen 56 en 58.

Toelating instellingen

63. *Wanneer zal er een nieuwe uitvoeringstoets spreiding ziekenhuiszorg plaatsvinden? In hoeverre zal het RIVM/CBV hierbij mededingingsaspecten meenemen? Wat is de rol van CTG/ZAio in dit geheel?*

Er is geen nieuwe uitvoeringstoets spreiding ziekenhuiszorg voorzien. Uitgaande van het feit dat in de tweede vraag bedoeld wordt op het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en CBZ, kan ik aangeven dat geen van beide organisaties deskundigheid heeft op het terrein van de mededinging. Het CTG/ZAio heeft in deze context geen andere rol dan het vaststellen van de beleidsregels waarmee de beschikbaarheidstoets wordt toegekend.

64. *Op welke gronden kan een toelating worden geweigerd als een instelling wel voldoet aan de in artikel 9 van de wet gestelde eisen, bijvoorbeeld als toelating zal leiden tot een regionaal bezien minder doelmatige zorg?*

Als een instelling wat betreft de exploitatie past in de beleidsregels en voldoet aan de transparantie-eisen, is er geen grond om de toelating te weigeren. Zou "regionaal bezien minder doelmatige zorg" een reden moeten zijn om de toelating te weigeren, dan moet een beleidsregel van die strekking daar de grond voor bieden. Zoals ik ook in de beleidsvisie heb aangegeven is mijn uitgangspunt echter dat de betrokken regionale partijen zelf de variatie en differentiatie vormgeven. Zij kunnen het beste rekening houden met regionale variabelen en bijzonderheden. Zorgkantoren en verzekeraars moeten er, als gevolg van hun wettelijke zorgplicht, in ieder geval op letten dat er voldoende en voldoende gedifferentieerd aanbod is.

65. *Hoe wordt het standpunt van cliënten meegewogen bij de behandeling van een aanvraag om (wijziging van) een toelating?*

Het standpunt van cliënten is van groot belang, met name als het gaat om verblijfsvoorzieningen waar cliënten gedurende lange tijd verblijven, zoals in de ouderenzorg en in de gehandicaptenzorg. Dit belang is niet alleen groot voor VWS, maar ook voor de instelling zelf, die moet weten dat er vraag is naar het verblijf dat geleverd gaat worden. Zowel in de cure als in de care moeten instellingen die bouw plegen waarvoor een bouwvergunning noodzakelijk is, een LTHP bij hun aanvraag voegen. In het kader van het LTHP moeten patiëntenorganisaties worden gehoord. De instelling moet aantonen dat zij alle mogelijke moeite heeft gedaan om tot overeenstemming te komen met de stakeholders. In de ouderenzorg moet bovendien de cliëntenraad geraadpleegd worden en in de gehandicaptenzorg moet een leefwensenonderzoek gehouden worden onder individuele cliënten. In beide gevallen moet het standpunt van de cliënten bij de aanvraag gevoegd worden.

66. *Welke componenten worden onderscheiden bij de beschikbaarheidsfunctie?*

Conform het amendement Van der Vlies (Kamerstukken II, 2003/2004, 27 659, nr. 39), kan goede acute zorg alleen geboden worden als er ook een goede basiszorgverlening is in een instelling. De beschikbaarheidsfunctie betreft dus zowel de beschikbaarheid van een SEH-afdeling als de beschikbaarheid van de daaraan verbonden basiszorg in het achterliggende ziekenhuis. Tijdens de behandeling van de WTZi in de Tweede Kamer op 7 september 2004, heb ik aangegeven dat basiszorg gedefinieerd wordt als de veel voorkomende vormen van ziekenhuiszorg. Het omvat alle poortspecialismen¹ en de onmisbare ondersteunende specialismen², en het biedt hiervoor klinische verpleging en dagverpleging, alsmede de hiermee verbonden 7x24-uurs spoedeisende zorg.

67. *Betekent inwerkingtreding van de WTZi dat het per 1-1-2006 mogelijk wordt dat een maatschap van medisch specialisten ook zorg levert buiten het ziekenhuis en daarvoor geen exploitatietoestemming nodig heeft? Zo ja, is het denkbaar/mogelijk dat specialisten-maatschappen buiten het ziekenhuis zorg gaan aanbieden, zodat reguliere ziekenhuizen te maken krijgen met teruglopende aantallen patiënten en met een uittocht van specialisten die liever, met winst en zonder knellende regels, buiten de muren werken? Hoe wordt de kwaliteit binnen dergelijke constructies gecontroleerd en gewaarborgd?*

Een organisatorisch verband dat zelfstandig zorg verleent, heeft daarvoor een toelating nodig. Een specialistenmaatschap die los van een ziekenhuis opereert, is te beschouwen als een zelfstandig behandelcentrum of privé-kliniek. Indien die maatschap zorg verleent als bedoeld in artikel 5 van de WTZi, is daarvoor een toelating vereist. Zoals aangegeven in mijn antwoord op vraag 11 mogen ZBC's die zorg leveren die wordt vergoed op basis van de Zvw of de AWBZ geen winst uitkeren aan derden. Alleen privé-klinieken die geen zorg leveren die wordt vergoed op grond van de Zvw of de AWBZ mogen winst uitkeren aan derden. Op de kwaliteit van een dergelijk centrum of kliniek wordt toegezien op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen.

68. *Hoe wordt de situatie opgevangen waarin instellingen buiten hun schuld niet meer over voldoende personeel beschikken om acute zorg te verlenen?*

Indien, om welke reden dan ook, de instelling het functieprofiel aanpast, dient de instelling dit te bespreken in het regionale overleg acute zorgketen. Het regionale overleg bekijkt of de aanpassing van het functieprofiel een gevaar vormt voor de goede spreiding van acute zorg. Als de aanpassing een gevaar vormt voor de bereikbaarheid van acute zorg, bekijkt het regionale overleg hoe de

¹ interne geneeskunde, chirurgie, gynaecologie/obstetrie, kindergeneeskunde, neurologie, kno-heelkunde, oogheelkunde, dermatologie

² radiodiagnostiek, anesthesiologie, medische microbiologie, klinische pathologie, klinische chemie, klinische neurofysiologie

gevolgen binnen de regio kunnen worden opgevangen. Het regionale overleg zou bijvoorbeeld kunnen besluiten dat de inzet van een extra ambulance het geconstateerde probleem oplost. Ook zou een samenwerking met een andere instelling uit het regionale overleg het personeelsprobleem kunnen oplossen. Het is dus niet zo dat een instelling zich aan de verplichting van de beleidsregels kan onttrekken met het argument dat er onvoldoende personeel beschikbaar is.

69. *Wat betekent het feit dat ziekenhuizen die DBC's in het B segment aanbieden met verblijf wel en ZBC's die DBC's in het B segment met verblijf aanbieden niet onder de WTZi vallen voor de onderlinge concurrentiepositie?*

119. (VVD) *De minister geeft in zijn brief aan dat er een wijziging is aangebracht in het uitvoeringsbesluit in artikel 5.2. De wijziging betreft de rol van de DBC's; die namelijk met de invoering van de WTZi niet meer onder het bouwregime vallen, ondanks het feit dat zij zorg leveren in combinatie met verblijf. Ziekenhuizen blijven voor het overgrote deel van hun bouw, wel onder het bouwregime vallen. In hoeverre heeft deze wijziging invloed op het gelijke speelveld tussen ziekenhuizen en DBC's?*

Beide in de vraag 69 onderscheiden categorieën vallen onder de WTZi. Ziekenhuizen vallen zowel onder WZV als WTZi onder het bouwregime. ZBC's vallen onder de WZV weliswaar niet onder het bouwregime, maar dienen wel te beschikken over een vergunning. Onder de WTZi dienen ZBC's te beschikken over een toelating zonder bouw. Zowel de WZV-vergunning als de toelating zonder bouw onder de WTZi betekenen voor ZBC's niet dat kapitaallasten worden nagecalculeerd. Het verschil op dit punt tussen ziekenhuizen en ZBC's verandert dan ook niet bij de invoering van de WTZi. Dit verschil wordt pas opgeheven door de introductie van risicodragendheid. Laatstgenoemde stap vindt plaats tegelijkertijd met of na de invoering van integrale tarieven.

Tot nu toe mogen ZBC's geen klinische zorg aanbieden. Bij invoering van de WTZi mogen deze instellingen de klinische DBC's uit het B-segment aan gaan bieden. Daarmee krijgen ZBC's en ziekenhuizen een meer vergelijkbare concurrentiepositie. Het invoeren van de beleidsvoornemens uit de nota "Transparante en integrale tarieven" zorgt voor een verder toenemende vergelijkbaarheid van de concurrentiepositie en verbetering van het gelijke speelveld.

70. *Op basis van welke criteria kan de minister besluiten om tot sturing in de geestelijke gezondheidszorg over te gaan? Wat bedoelt de minister precies met 'onvoldoende afspraken over spreiding en bereikbaarheid'?*

71. *Waarom is er niet reeds nu een passage over toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid van de electieve complexe ggz-zorg opgenomen in de beleidsregels van de WTZi?*

Het uitgangspunt van de WTZi is om zo weinig mogelijk beleidsregels te stellen en pas in te grijpen wanneer dat noodzakelijk is. Door stimulering van de marktwerking wordt het aan partijen overgelaten om aan de vraag naar zorg te kunnen voldoen. In het kader van de Kwaliteitswet heeft de IGZ eveneens een alarmeringsfunctie. Een dergelijke alarmering of reacties uit het veld (vraag- of aanbodzijde) kunnen aanleiding zijn een aanpassing van de beleidsregels te overwegen.

72. *Hoe wordt de acute ggz geregeld? Gebeurt dit instellingsafhankelijk of wordt aangegeven dat instellingen op dit terrein moeten samenwerken?*

De beschikbaarheid van acute GGZ-zorg wordt in beginsel overgelaten aan instellingen in de regio. Wanneer blijkt dat er onvoldoende aanbod is en partijen dit niet kunnen oplossen, zullen de beleidsregels op dit punt worden aangepast.

73. *Waarom is er niet voor gekozen alle huidige erkende instellingen automatisch toe te laten en een overgangstermijn van 1 à 2 jaar te geven?*

Zoals ik al eerder bij de schriftelijke behandeling van het wetsvoorstel heb aangegeven, bepalen de artikelen 41 en 43 van de WTZi dat bestaande toelatingen en vergunningen zijn gelijkgesteld met een toelating ingevolge de WTZi. Dit is hetzelfde als een “automatische” toelating; een hernieuwde toelating(saanvraag) is dus niet nodig. Voor bestaande instellingen geldt daarbij een overgangperiode van een jaar om te voldoen aan de transparantie-eisen.

74. *Zijn zorgverzekeraars verplicht zich te houden aan de level-indeling om acute zorg in te kopen?*

De level-indeling dient vooral om inzichtelijk te maken wie welke zorg kan leveren. De zorgplicht van de verzekeraar is de garantie dat verzekerden de (acute) zorg krijgen die zij nodig hebben.

75. *Wat gebeurt er als de minister een SEH-locatie sluit? Op welke manier denkt de minister de problemen die ten grondslag liggen aan eventuele intrekkingen op te lossen?*

In het kader van de WTZi zal ik niet een locatie voor Spoedeisende Eerste Hulp (SEH-locatie) sluiten. In het uiterste geval, als een instelling er werkelijk een potje van maakt én alle andere instrumenten hebben niet gewerkt, kan ik de toelating intrekken. Dat is echter een allerlaatste dwangmiddel. In dat geval wordt niet alleen de SEH-locatie gesloten, maar is de instelling de volledige toelating om zorg te leveren kwijt. Ik verwacht dat instellingen dit op alle mogelijke manieren zullen proberen te voorkomen.

Winstoogmerk

76. *Kan in een overzicht worden aangegeven voor welke instellingen, nu en op het moment van invoering van de WTZi, geldt dat zij winst mogen maken, voor welke instellingen dat niet geldt en voor welke instellingen zal gaan gelden dat zij winst mogen maken, waarbij wordt aangegeven op welke termijn dat gewenst wordt?*

Het Uitvoeringsbesluit verandert niets aan de manier waarop categorieën instellingen winst kunnen bestemmen. Op dit moment en direct na het invoeren van de WTZi geldt een winstverbod voor instellingen die thans onder de reikwijdte van de WZV vallen. In de toekomst wil het kabinet de mogelijkheden tot het winstoogmerk verruimen. De brief “Transparante en integrale tarieven” (Kamerstukken II, 2004/2005, 27 659, nr. 52) beschrijft de voorwaarden voor de introductie van het winstoogmerk bij intramurale zorginstellingen. Het streven is de voorwaarden uiterlijk in 2012 te realiseren. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de instellingen waarbij het winstoogmerk is toegestaan en de instellingen waarbij dat niet het geval is bij inwerkingtreding van de WTZi.

Categorie instellingen waarop WTZi van toepassing is³	Winstoogmerk toegestaan		Categorie instellingen waarop WTZi van toepassing is³	Winstoogmerk toegestaan
Instellingen voor medisch-specialistische zorg	Nee ⁴		Erfelijkheidsadviseur	Nee
Audiologische centra	Ja		Niet-klinische hemodialyse	Nee

³ Militaire instellingen als ziekenboegen, gezondheidscentra en operationele geneeskundige instellingen vallen niet onder de WTZi.

⁴ Privé-klinieken die uitsluitend derde compartimentszorg leveren, vallen buiten WTZi en mogen winst maken.

Categorie instellingen waarop WTZi van toepassing is ³	Winstoogmerk toegestaan		Categorie instellingen waarop WTZi van toepassing is ³	Winstoogmerk toegestaan
Trombosediensten	Ja		Chronisch intermitterende beademing	Ja
Niet-klinische revalidatie	Nee		Huishoudelijke verzorging	Ja
Huisartsenzorg	Ja		Persoonlijke verzorging	Ja, indien zonder verblijf Ja, indien kleinschalige woonvoorziening ⁵
Verloskundige zorg	Ja		Verpleging	Ja, indien zonder verblijf Ja, indien kleinschalige woonvoorziening
Kraamzorg	Ja		Ondersteunende begeleiding	Ja, indien zonder verblijf Ja, indien kleinschalige woonvoorziening
Tandheelkundige zorg	Ja		Activerende begeleiding	Ja, indien zonder verblijf Ja, indien kleinschalige woonvoorziening
Paramedische zorg	Ja		Behandeling	Ja, indien zonder verblijf Ja, indien kleinschalige woonvoorziening
Verstrekken hulpmiddelen	Ja		Dieetadvisering	Ja
Verlenen farmaceutische zorg	Ja		Prenatale zorg	Ja
Ziekenvervoer	Ja		Uitleen verpleegartikelen	Ja

77. Indien winstoogmerk toegestaan mocht worden, bij welke categorie instellingen wil de minister eventueel experimenten met winstoogmerk beginnen?

Na invoering van de WTZi kan bij algemene maatregel van bestuur het winstoogmerk worden toegestaan aan een intramurale zorgsector. De brief "Transparante en integrale tarieven" (Kamerstukken II, 2004/2005, 27 659, nr. 52) beschrijft de voorwaarden voor de introductie van het winstoogmerk bij categorieën instellingen die intramurale zorg verlenen. In dezelfde brief is vermeld dat er naar wordt gestreefd de voorwaarden uiterlijk in 2012 te realiseren. In dat geval is echter geen sprake van een WTZi-experiment.

⁵ Voor definitie kleinschalige woonvoorziening zie Uitvoeringsbesluit, art. 5.4 eerste lid. Geldt ook voor verpleging, ondersteunende en activerende begeleiding en behandeling.

Op basis van artikel 2, eerste lid, van de WTZi kan — via een ministeriële regeling — bij een experiment het winstoogmerk worden toegestaan aan een zorginstelling. Het initiatief voor zo'n experiment ligt bij de zorginstelling. Een experiment vereist expliciete goedkeuring van kabinet en zal worden voorgelegd aan het Parlement.

78. Er wordt gesteld dat de mogelijkheid om winst te maken wordt toegestaan om financieringsmogelijkheden van de zorg te vergroten; naar welk percentage private financiering wordt gestreefd? Gaat het om private financiering van collectieve zorg of om private financiering van private zorg?

Op dit moment is de toegang tot de kapitaalmarkt van intramurale zorginstellingen beperkt tot het aantrekken van vreemd vermogen (leningen). Indien het winstoogmerk wordt toegestaan, kunnen intramurale zorginstellingen gebruik maken van risicodragende kapitaalverschaffers (aandelen) bij de financiering van collectieve zorg.

Indien de overheid het winstoogmerk toestaat, is elke zorginstelling vrij van deze mogelijkheid gebruik te maken. Het mag, maar het is niet verplicht. Hetzelfde geldt voor de financiers. Het is niet aan de minister om een verwachting of streefcijfer uit te spreken over het percentage dat dient te worden gefinancierd via risicodragend kapitaal. In de ons omringende landen waar het winstoogmerk voor intramurale zorgaanbieders is toegestaan, is het marktaandeel van for-profit zorgverlening (uitgedrukt in ziekenhuisbedden) maximaal 20%.

79. Hoe wordt toezicht op het voorkomen van kruissubsidiëring door winstmotief precies vormgegeven? Betekent dit dat gegarandeerd kan worden dat kruissubsidiëring niet zal voorkomen? Zo neen, waarom niet?

Deze vraag wordt beantwoord onder 47.

80. Hoe wordt toezicht op het voorkomen van kwaliteitsvermindering door winstmotief precies vorm gegeven? Betekent dit dat gegarandeerd kan worden dat kwaliteitsverlies ten gevolge van winstmotief niet zal voorkomen? Zo nee, waarom niet?

De eisen van de Kwaliteitswet blijven onverkort van kracht, ongeacht of de instelling winst mag maken of niet. Het winststreven mag dus niet ten koste gaan van de kwaliteit.

81. Wil het feit dat winstoogmerk voor een aantal functies die niet onder de WZV vielen, maar die wel zorg leveren die via Ziekenfonds of AWBZ wordt vergoed, op dit moment niet voorkomt, ook zeggen dat dit in de toekomst, onder de WTZi, zo zal blijven? Zo neen, waarom sluit het besluit op deze, op dit moment bestaande, praktijk aan?

Dat winstoogmerk soms niet voorkomt, wil niet zeggen dat het verboden is. Op dit moment geldt geen winstverbod voor functies die niet onder de WZV vallen, maar wel zorg leveren die via Ziekenfondswet of AWBZ wordt vergoed. Het winstoogmerk is dus toegestaan bij de vrije beroepsbeoefenaren in het eerste en tweede compartiment (onder andere specialisten, fysiotherapeuten, apothekers). Vrije winstbestemming of uitkeerbare winst is eveneens toegestaan bij de instellingen die niet onder de reikwijdte van de WZV vallen, bijvoorbeeld thuiszorg of kraamzorginstelling. Het Uitvoeringsbesluit handhaaft de huidige praktijk.

82. Betekent de inwerkingtreding van de WTZi dat het per 1-1-2006 mogelijk wordt dat er centra voor niet-klinische revalidatie, erfelijkheidsadviesing en niet-klinische hemodialyse opgericht kunnen worden met winstoogmerk? Zou het mogelijk kunnen zijn dat per 1-1-2006 dergelijke centra productie-afspraken met verzekeraars maken die onder de prijs liggen die bestaande ziekenhuizen hanteren, dat zorgverzekeraars, zoals VGZ, dergelijke centra in hun exclusieve naturapolissen

opnemen en patiënten/cliënten op den duur aangewezen zijn op centra die winstoogmerk hebben, ook als dit ten koste gaat van de kwaliteit?

Op dit moment mogen genoemde categorieën instellingen geen winst maken, dat verandert onder de WTZi niet. Daarmee is de rest van de vraag ook in ontkennende zin beantwoord.

83. Betekent de inwerkingtreding van de WTZi dat door het opkopen van huisartsenpraktijken en verloskundigenpraktijken door zorgverzekeraars, patiënten/cliënten daardoor ook aangewezen zijn op centra met een winstoogmerk, ook als dit ten koste gaat van de kwaliteit?

Het opkopen van huisartsenpraktijken en verloskundigenpraktijken door zorgverzekeraars wordt door de inwerkingtreding van de WTZi noch makkelijker noch moeilijker. Op dit moment vindt het opkopen van praktijken door zorgverzekeraars alleen in uitzonderlijke (probleem)gevallen plaats. Huisartsenpraktijken en verloskundigenpraktijken mogen ook nu al winst maken maar zijn gebonden aan de tarieven van CTG/ZAio. De komst van de WTZi brengt geen verandering op deze punten.

84. Wie toetst de kwaliteit van huisartsenpraktijken en verloskundigenpraktijken die zijn opgekocht door zorgverzekeraars?

De toetsing van de kwaliteit van zorginstellingen vindt in alle gevallen plaats op grond van de Kwaliteitswet door de IGZ. De kwaliteit van individuele beroepsbeoefenaars vindt plaats op grond van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Door wie of welke organisatie een zorginstelling wordt geëxploiteerd, doet daarbij niet ter zake.

85. Wat verstaat de minister onder het begrip 'economische waarde'? Behoren vastgoed, merknaam en goodwill ook tot deze economische waarde?

De term 'economische waarde' heeft betrekking op het vermogen van zorginstellingen. Ten behoeve van de oprichting van een zorginstelling is vermogen bijeengebracht met een bepaald statutair doel, in dit geval zorgverlening. Bij de waardebepaling van het vermogen spelen de huidige waarde van het vastgoed en de te verwachten toekomstige opbrengsten een rol. Indien de huidige bestemming van de zorginstelling wordt voortgezet, worden de te verwachten toekomstige opbrengsten mede bepaald door merknaam en goodwill.

86. Welke inschatting hanteert de minister over de gevolgen van de grotere marktwerking voor de solvabiliteit en het eigen vermogen van zorginstellingen in cure en care?

Bij de meeste zorginstellingen schommelt de solvabiliteit tussen de 0 en 10%. Commerciële banken kennen een normsolvabiliteit van ongeveer 25%.

Het is niet te verwachten dat instellingen voor ziekenhuiszorg of AWBZ op korte termijn te maken krijgen met solvabiliteitseisen van 25%. Solvabiliteitsratio's van 25% zijn voor commerciële banken immers gebruikelijk in een vrije marktsituatie. Voorlopig is er in de zorgsector echter geen sprake van substantiële risicodragendheid bij volume en/of vrije prijzen. De integrale prestatiebekostiging inclusief risicodragendheid wordt geleidelijk geïntroduceerd. Hierdoor kunnen de zorginstellingen wennen aan de nieuwe vergoedingssystematiek en de toenemende (financiële) verantwoordelijkheid. Daarnaast is een geleidelijke verbetering van de eigenvermogenspositie / solvabiliteitsratio onderdeel van het transitieproces.

Tot slot is relevant hier te vermelden dat solvabiliteit geen absolute maatstaf is. Minstens zo belangrijk is het oordeel van de financiers over de wijze waarop de onderneming wordt bestuurd.

87. Is nu duidelijk hoe aan de transparante en integrale tarieven vorm gegeven zal worden? Hoe zal het overgangsregime van vergoeding voor kapitaallasten naar integraal tarief vorm krijgen?

Voor de vormgeving van en het overgangsregime naar transparante, integrale tarieven verwijs ik naar mijn brief "Transparante en integrale tarieven" (Kamerstukken II, 2004/2005, 27 659, nr. 52). Tijdens het Algemeen Overleg met uw Kamer op 15 september jongleden heb ik toegezegd u in het voorjaar van 2006 te informeren over de stand van zaken bij de verdere uitwerking.

Bouw

88. *Hoe en op welke wijze wordt de acute zorg waarover afspraken zijn gemaakt in het regionaal overleg, gefinancierd?*

De WTZi verandert niets aan de bekostiging van acute zorg. Op dit moment zit de financiering van de acute zorg verwerkt in de Functiegerichte budgetteringssystematiek (FB-systematiek). Over de financiering van de acute zorg in de toekomst heb ik een uitvoeringstoets aan het CTG/ZAio gevraagd. Die hoop ik binnenkort te ontvangen.

Het ketenoverleg acute zorg helpt zorgaanbieders hun reguliere taak gemakkelijker te kunnen uitvoeren. Een zorgaanbieder is immers niet alleen verantwoordelijk voor de zorg in de eigen instelling, maar moet er ook voor zorgen dat de zorg goed aansluit op de zorg die de volgende zorgaanbieder in de keten levert.

89. *Hoe kan bestuurlijke dwang worden gehanteerd als er sprake is van een zeer gedifferentieerd aanbod van acute zorg?*

Bestuurlijke dwang kan worden gehanteerd wanneer de wijze van zorgverlening in strijd is met de beleidsregels of met de op basis van de beleidsregels aan de toelating verbonden voorschriften of beperkingen. Eventuele differentiatie van het aanbod van acute zorg staat los van dit formele criterium; differentiatie is alleen mogelijk voor zover de beleidsregels daar ruimte voor bieden.

90. *Hoe bepaalt de minister de noodzakelijke verhouding tussen acute zorg en electieve zorg? Hoe bepaalt u in relatie deze noodzakelijke verhouding de tarieven van de basiszorg in het licht van de vrije prijsvorming?*

Zoals ik antwoord op vraag 88 heb aangegeven, verandert de WTZi niets aan de bekostiging van acute zorg. Als in de toekomst eventueel voor een groter deel van de productie vrije prijsvorming gaat gelden, kan het wel nodig zijn de bekostiging van acute zorg aan te passen. Ik heb CTG/ZAio mede daartoe gevraagd een uitvoeringstoets op te stellen.

91. *Hoe zal in de regio voldoende ruimte worden gegarandeerd voor opname in het kader van de Wet bopz?*

Indien een persoon in het kader van de Wet Bopz moet worden opgenomen, bestaat er een opnameplicht voor de instellingen. Aangezien de Bopz-opnamen slechts een fractie vormen van alle opnamen, leiden zij in de praktijk niet tot problemen. Ik ga ervan uit dat de huidige opvangvoorzieningen en opnamecapaciteit in het kader van de Wet Bopz voldoende zijn.

92. *Vindt er afstemming plaats tussen de academische ziekenhuizen en de topklinische ziekenhuizen over bouw en capaciteit?*

Van een dergelijke afstemming is mij niets bekend.

93. *In hoeverre beschikken alle instellingen over een LTHP (Lange Termijn Huisvestingsplan) en kan worden voldaan aan de eis om bij de aanvraag voor toelating het LTHP als bijlage bij het aanvraagformulier te overleggen? Dient het LTHP vóór 1 januari 2006 te worden ingediend? Zo neen, wanneer dan wel?*

Het LTHP moet overlegd worden bij een aanvraag om een toelating met bouw waarvoor een bouwvergunning van het CBZ is vereist. Instellingen hoeven dus niet voorafgaand aan de inwerkingtreding van de WTZi een LTHP in te dienen.

94. *Hoe kan de zwaarte van de zorgpopulatie van een ziekenhuis bij de berekening van de normatieve ruimtebehoefte worden meegewogen?*

Dit gebeurt door een weging van de klinische adherentie met de voor het ziekenhuis geldende "verwachte verpleegduur". De "verwachte verpleegduur" is de landelijke verpleegduur gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw en het morbiditeitspatroon van het patiëntenbestand van het ziekenhuis. Een ziekenhuis krijgt een relatief hoge verwachte verpleegduur niet op grond van het feit dat hij een hoge ligduur heeft maar vanwege de samenstelling van het patiëntenbestand naar leeftijd en morbiditeit die landelijk gezien aanleiding zou geven tot een hoge ligduur.

95. *Welke algemene uitgangspunten liggen ten grondslag aan het beleid? Is er zorginhoudelijke noodzaak tot verdere schaalvergroting in de ziekenhuissector? Zijn fusies tussen algemene ziekenhuizen wenselijk, en worden deze gestimuleerd?*

Algemene uitgangspunten van mijn beleid in de ziekenhuissector zijn, voor zover het de WTZi betreft: deregulering, differentiatie in verschijningsvormen en bereikbaarheid van acute zorg. De differentiatie in verschijningsvormen zal, naar ik verwacht, eerder leiden tot schaalverkleining dan schaalvergroting. Tegelijkertijd sluit ik niet uit dat voor sommige zorgvormen schaalvergroting en/of concentratie noodzakelijk zal zijn. Fusies tussen ziekenhuizen worden niet gestimuleerd. De afgelopen jaren heb ik de financiële incentives tot schaalvergroting via aanpassing in het FB-systeem en het ter beschikking stellen van een beschikbaarheidstoeslag weggenomen.

96. *Als een ziekenhuis op meerdere locaties is gevestigd en zorg wil concentreren, gelden dan de volgende voorwaarden: 1) concentratie moet gezien worden in regionale context, 2) er moet aandacht zijn voor het effect op het functioneren van nabijgelegen ziekenhuizen, 3) er moet noodzaak zijn tot concentratie, 4) bevolking, patiënten/consumenten en gemeentebesturen worden bij besluitvorming betrokken en daarmee wordt besluitvorming transparant gemaakt maken? Zo neen, waarom niet?*

In de beleidsregels staat opgenomen dat een voornemen tot concentratie van acute zorg besproken moet worden in het acute zorg ketenoverleg. Deze en andere vormen van concentraties dienen bovendien terug te komen in het LTHP dat, nog steeds volgens de beleidsregels, met stakeholders besproken dient te worden. De in de vraag genoemde voorwaarden zijn ruimer geformuleerd dan in de beleidsregels staat verwoord.

97. *Is het mogelijk adherentiegebieden van ziekenhuizen te wijzigen?*

Adherentiegebieden worden niet door de minister bepaald maar door de keuzes van de patiënten.

98. *Welke gevolgen van een opgelegde verandering van adherentiegebieden, met name voor de directe patiëntenzorg en de medische en paramedische opleidingen zijn mogelijk?*

Zoals uit het antwoord op vraag 97 blijkt is kan van een opgelegde verandering van adherentiegebieden geen sprake zijn.

99. *Wat betekent de veranderde positie van instellingen op de kapitaalmarkt voor hun reservevorming? Betekent dit dat (premie)geld in plaats van aan zorg aan reservevorming wordt uitgegeven?*

Bij de meeste zorginstellingen schommelt de solvabiliteit tussen de 0 en 10%. Commerciële banken kennen een normsolvabiliteit van ongeveer 25%. Het is niet te verwachten dat instellingen voor ziekenhuiszorg of AWBZ op korte termijn te maken krijgen met solvabiliteitseisen van 25%. Solvabiliteitsratio's van 25% zijn voor commerciële banken immers gebruikelijk in een vrije marktsituatie. Voorlopig is er in de zorgsector echter geen sprake van substantiële risicodragendheid bij volume en/of vrije prijzen. Bovendien is solvabiliteit geen absolute maatstaf. Minstens zo belangrijk is het oordeel van financiers over de wijze waarop de onderneming wordt bestuurd.

Zorginstellingen worden stapsgewijs zelf verantwoordelijk voor de bekostiging en financiering van investeringen. De bedrijfsrisico's zullen enigszins toenemen. In het algemeen geldt dat er in aansluiting op de toenemende bedrijfsrisico's hogere eisen gesteld zullen worden aan de financiële weerbaarheid van zorginstellingen. Bestuurders zouden hierop moeten anticiperen door hun financiële reserves te vergroten. Het vergroten van de financiële reserves kan door positieve exploitatiesaldi aan te wenden voor vermogensvorming. Deze positieve exploitatiesaldi worden gerealiseerd door op een efficiënte manier zorg te leveren. Reservevorming en zorglevering staan niet tegenover elkaar.

Meer eigen vermogen brengt ook financiële voordelen met zich mee, die aangewend kunnen worden voor de zorg. Een instelling met veel eigen vermogen kan ervoor kiezen minder vreemd vermogen aan te trekken bij het doen van een investering, hetgeen betekent dat over een kleiner bedrag rente wordt betaald. Daarnaast betalen instellingen met veel eigen vermogen ook een lagere rente over het vreemd vermogen, omdat hun financiële weerbaarheid sterker en daarmee het risico voor de kapitaalverschaffer kleiner is. Het is aan de instellingen om een gezonde balans te vinden tussen het leveren van kwalitatief goede zorg en een financieel gezond beleid mede in voorbereiding op verdere vraagsturing en gereguleerde marktwerking.

Het systeem wordt zo vormgegeven dat onverantwoorde vermogensvorming wordt tegengegaan. Immers in deelmarkten met vrije prijsvorming en voldoende concurrentie zullen nooit gedurende langere tijd omvangrijke positieve exploitatiesaldi gerealiseerd kunnen worden. Op een concurrerende markt zullen instellingen, die besparingen op zorgkosten níet doorgeven aan de klanten en verzekeraars, marktaandeel verliezen. Overwinsten zullen nieuwe toetreding uitlokken, waardoor eventuele overwinsten van zittende aanbieders zullen verdwijnen. Bovendien kan ik, indien nodig, besluiten het prijsregime te wijzigen.

In deelmarkten waar geen vrije prijsvorming mogelijk is, zal het een belangrijke taak van de NZa worden om met nieuwe vormen van prijsregulering een efficiënte bekostiging van zorgaanbieders te realiseren. Een efficiënte bekostiging veronderstelt dat overwinsten en onverantwoorde vermogensvorming worden tegengegaan.

100. Kan de stelling dat het geïsoleerd aanbieden van eenvoudige en planbare zorg de doelmatigheid en productiviteit ten goede kan komen worden onderbouwd? Wordt hier de doelmatigheid en effectiviteit van het gehele zorgveld bedoeld of worden individuele instellingen bedoeld? Hoe is de relatie van deze stelling tot het gegeven dat wanneer kleine privé-klinieken de krenten uit de pap halen met eenvoudige en planbare zorg, dit ertoe zal leiden dat de reguliere ziekenhuizen dan niet meer rendabel kunnen zijn?

Het geïsoleerd aanbieden van eenvoudige en planbare zorg leidt zonder enige twijfel tot verhoging van de doelmatigheid en productiviteit van de betreffende zorgvorm. Daar zijn inmiddels voldoende voorbeelden van. De stelling dat reguliere ziekenhuizen niet meer rendabel kunnen zijn als privé-klinieken de krenten uit de pap halen, geldt mogelijkerwijs zolang de FB-systematiek van kracht is. Zodra elk product, via DBC's, reëel geprijsd is, bestaat dat risico niet meer.

101. Waarop is de verwachting dat extra sturing door de overheid, ten aanzien van electieve basiszorg niet noodzakelijk is gebaseerd? Betekent dit ook dat wanneer ziekenhuizen het niet voor elkaar krijgen zich aan de Treeknormen te houden de overheid niet zal ingrijpen? Zo ja, wat betekent dit concreet voor consumenten/patiënten?

In de context van de betreffende passage uit de beleidsvisie wordt bedoeld dat voor de bereikbaarheid van electieve zorg extra sturing niet noodzakelijk is. De onderbouwing hiervoor is te vinden in de Nota Liberalisering electieve zorg (Kamerstukken II, 2004/2005, 29 800 XVI, nr. 25) en komt er kort gezegd op neer dat partijen (verzekeraars en aanbieders) voor een voldoende aanbod zullen zorgen. Overheidssturing vanuit het perspectief van bereikbaarheid acht ik daarbij niet nodig. Dit in tegenstelling tot de bereikbaarheid van acute zorg. Voor de realisering van de Treeknormen zijn andere mechanismen beschikbaar. Indien Treeknormen niet gehaald worden kan de consument/patiënt zijn verzekeraar aanspreken.

102. Hoe zwaar weegt overleg met cliënten/patiënten inzake nieuwbouw en renovatie? Welke mogelijkheden hebben instellingen om niet te overleggen? Hoe wordt gecontroleerd of voldoende overleg met stakeholders heeft plaatsgevonden? Kan een instelling toch overgaan tot nieuwbouw/renovatie bij het ontbreken van goedkeuring van cliënten/patiënten? Wat wordt in de beleidsregels ex artikel 4 WTZi bedoeld met “alle mogelijke moeite” die een instelling moet hebben gedaan om tot een unanieme beslissing van de stakeholders te komen? Hoe is de nieuwe situatie ten opzichte van de beleidsregels ex artikel 31 WZV? Wat is er precies veranderd?

Onder de WZV moesten instellingen elke vier jaar een LTHP indienen, onder de WTZi alleen nog bij een aanvraag om een toelating met bouw waarvoor een bouwvergunning van het CBZ vereist is. Voor het overige zij verwezen naar het antwoord onder 14.

103. Op welke wijze wordt de WTZi gebruikt om de relatie tussen zorgaanbieder en patiënt te versterken? Wat wordt verstaan onder versterken, betekent dit dat de patiënt meer inspraak krijgt in deze relatie of dat de patiënt afhankelijker wordt in deze relatie?

De WTZi maakt het mogelijk om op termijn het bouwregime verder los te laten. De nota “Transparante en integrale tarieven” schetst het perspectief van het afschaffen van het systeem van bouwvergunningen. De bevoegdheden ten aanzien van de huisvesting komen dan te liggen daar waar ook de verantwoordelijkheid ligt: bij de instelling zelf. In een situatie van normatieve bekostiging van huisvesting is het cruciaal dat gebouwd wordt waar vraag naar is. Een bekostiging van huisvesting op basis van zorgprestaties maakt het voor instellingen noodzakelijk om in te spelen op wensen van cliënten. Doel is dan ook dat de patiënt meer invloed krijgt en niet dat deze in een afhankelijker positie komt ten opzichte van de zorgaanbieder. Ik verwijs hier voorts naar het antwoord op vraag 112.

104. Hoe kan regionale afstemming worden bewerkstelligd als doelmatige zorg door samenwerking, in plaats van concurrentie, tussen ziekenhuizen kan worden bereikt? Op welke wijze kan door middel van beleidsregels een kwalitatief en doelmatig behandelingsaanbod gerealiseerd worden in een bepaalde regio?

Het regionale overleg acute zorgketen is in de eerste plaats ingesteld om de kwaliteit en de toegankelijkheid van de acute ketenzorg beter te waarborgen. Op het gebied van acute zorg moet hiervoor worden samengewerkt. Het instellen van een regionaal overleg acute zorgketen bevordert deze samenwerking. De WTZi verandert echter niets aan de bekostiging en sturing van de acute zorg waardoor de acute zorg doelmatiger georganiseerd zou kunnen worden.

Transparantie-eisen en gegevensverstrekking

105. Wie zijn er betrokken bij het zgn. stakeholdersoverleg in de curatieve gezondheidszorg? Op welke manier is het ministerie van VWS bij dit overleg betrokken? Biedt het ministerie van VWS ondersteuning aan dit zgn. stakeholdersoverleg?

Een limitatieve lijst van stakeholders bestaat niet, het is aan het ziekenhuisbestuur om te bepalen wie voor deelname aan het stakeholdersoverleg wordt uitgenodigd. Daarbij is het, zoals in het antwoord op vraag 5 aangegeven, niet de bedoeling dat concurrerende ziekenhuizen uit de regio deelnemen aan het overleg. Bij de beoordeling van de aanvraag om een toelating (met of zonder bouw) wordt beoordeeld of sprake is geweest van een op overeenstemming gericht overleg met de stakeholders. Het ministerie van VWS biedt geen ondersteuning aan dit stakeholdersoverleg.

106. Hoe rapporteert de minister de Kamer over de uitkomsten van het regionaal overleg acute ketenzorg? Hoeveel regio's zijn er en waarom?

Er wordt geen nieuw toezichtinstrumentarium opgezet om de uitkomsten van de regionale overleggen acute zorgketen te monitoren. Het is immers een van de reguliere taken van de IGZ om toezicht uit te oefenen op de kwaliteit van de (keten)zorg. De IGZ is voornemens hierbij gebruik te maken van de kwaliteitsindicatoren voor de aansluiting tussen verschillende ketenpartners acute zorg die de IGZ samen met het RIVM ontwikkelt. Daarnaast rapporteren instellingen in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording of zij deelnemen aan het regionale overleg acute zorgketen. Deze informatie kan ik gebruiken als ik signalen krijg dat de bereikbaarheid van acute zorg in een bepaalde regio dreigt te verslechteren.

Het regionale overleg zal volgens de grenzen van de veiligheidsregio's plaatsvinden. Om te voorkomen dat de traumacentra meerdere regionale overleggen tegelijkertijd voeren, voegen zij de veiligheidsregio's die tot hun gebied horen samen tot één regionaal overleg acute zorgketen. Er zijn tien traumacentra en er zullen daarom ook tien regionale overleggen acute zorgketen zijn. Op deze wijze worden de grenzen van de veiligheidsregio's aangehouden die van belang zijn voor de regionale amulancevoorzieningen (RAV) en de GHOR.

107. Aan wie is de Regionaal Geneeskundig functionaris verantwoording verschuldigd?

Ingevolge de Wet geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen is de regionaal geneeskundig functionaris verantwoording verschuldigd aan het openbaar lichaam dat door de bij de gemeenschappelijke regeling betrokken gemeenten is ingesteld.

108. Wat zijn precies de transparantie-eisen zijn waarover de minister in de beleidsvisie spreekt? Waarop zijn deze eisen gebaseerd? Zijn ze de laatste jaren nog veranderd c.q. aangepast? In hoeverre passen de prestatie-indicatoren van de IGZ hierin?

120. (VVD) In het Uitvoeringsbesluit wordt een aantal transparantie-eisen ten aanzien van zorginstellingen geformuleerd. Deze eisen zorgen, samen met de regels voor de jaarverslaglegging, voor een optimale transparantie van zorginstellingen. In het besluit wordt als enige transparantie-eis genoemd de eis dat instellingen worden verplicht hun 'stakeholders' inzicht te bieden in de keuzes die zij hebben gemaakt op het terrein van bestuursstructuur. Welke overige transparantie-eisen zijn er geformuleerd?

De transparantie-eisen voor de bestuursstructuur betreffen:

- er is een orgaan dat toezicht houdt op het beleid van de dagelijkse of algemene leiding van de instelling en deze met raad ter zijde staat;
- geen persoon kan tegelijk deel uitmaken van het toezichthoudend orgaan en de dagelijkse of algemene leiding;
- de leden van het toezichthoudend orgaan hebben geen directe belangen bij de instelling, bijvoorbeeld als directeur, werknemer of beroepsbeoefenaar die zijn praktijk voert in de instelling;
- de instelling legt schriftelijk en inzichtelijk de verantwoordelijkheidsverdeling tussen het toezichthoudend orgaan en de dagelijkse of algemene leiding vast, alsmede de wijze waarop interne conflicten tussen beide organen worden geregeld;

- indien de instelling de rechtsvorm van stichting of vereniging als bedoeld in artikel 344 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek heeft, kent zij in de statuten aan een orgaan dat de cliënten van de instelling vertegenwoordigt, de in artikel 346, onder c, van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek bedoelde bevoegdheid toe tot het indienen van een verzoek als bedoeld in artikel 345 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek. De instelling kan die bevoegdheid daarnaast ook aan anderen toekennen.

De transparantie-eisen voor de bedrijfsvoering zijn:

- de instelling heeft schriftelijk vastgelegd welk orgaan of welke organen van de instelling welke bevoegdheden heeft, onderscheidenlijk hebben, ten aanzien van welk onderdeel of aspect van de bedrijfsvoering;
- de instelling heeft schriftelijk en inzichtelijk vastgelegd hoe de zorgverlening georganiseerd wordt, van welke andere organisatorische verbanden daarbij gebruik wordt gemaakt en wat de aard is van de relaties met die andere verbanden, waaronder begrepen verantwoordelijkheden, taken en beslissingsbevoegdheden;
- de activiteiten van de instelling waarvoor de toelating geldt, worden in ieder geval financieel onderscheiden van andere activiteiten van de instelling;
- in de financiële administratie van de instelling zijn ontvangsten en betalingen duidelijk traceerbaar naar bron en bestemming, en duidelijk is wie op welk moment welke verplichtingen voor of namens de instelling is aangegaan.

Deze eisen zijn opgesteld overeenkomstig de aanbevelingen voor de overheid van de commissie Health Care Governance (commissie Meurs, 1999). Instellingen worden verplicht hun “stakeholders” inzicht te bieden in de keuzes die zij hebben gemaakt op het terrein van de bestuursstructuur. De transparantie-eis met betrekking tot het toekennen van het enquêterecht is aangepast zoals toegezegd tijdens het Algemeen Overleg over het Uitvoeringsbesluit van 26 januari 2005. De prestatie-indicatoren van de IGZ worden gesteld op grond van de Kwaliteitswet.

109. Welke rechten hebben patiënten en patiëntenorganisaties en patiëntenverenigingen om openbaarheid van informatie af te dwingen?

Welke mogelijkheden hebben deze organisaties en individuele patiënten als deze informatie niet door de instellingen gepubliceerd wordt?

Ik ga er vanuit met de vraag over de openbaarheid van gegevens de transparantie-eisen bedoeld worden. Zorginstellingen dienen in hun jaarverslag verantwoording af te leggen over de transparantie-eisen voor de bestuursstructuur en de transparantie-eisen over een ordelijke bedrijfsvoering. De inhoud van het jaarverslag is onderworpen aan de goedkeuring van de eigen accountant van de instelling. Hierdoor maakt de zorginstelling openbaar welke veranderingen hebben plaatsgevonden die van invloed kunnen zijn op de transparantie van de bestuursstructuur en op de ordelijkheid en controleerbaarheid van de bedrijfsvoering. Betreffende de statuten van zorginstellingen schrijft het Burgerlijk Wetboek (artikel 2:298 BW juncto artikel 15 Handelsregisterwet 1996) voor dat een ieder deze statuten kan inzien bij het Handelsregister.

110. Wat bedoelt de minister precies met ‘een orgaan dat de cliënten van de instelling vertegenwoordigt’ (art.6.2)?

De keuze aan wie op grond van de statuten toegang wordt verleend tot de Ondernemingskamer, wordt aan de verantwoordelijkheid van de zorginstelling overgelaten. Op verzoek van de Tweede Kamer (motie Heemskerk/Weekers, Kamerstukken II, 2003/2004, 27 659, nr. 36 herdruk) is besloten om in de wettekst op te nemen dat ten minste aan een orgaan dat de cliënten van de instellingen vertegenwoordigt de bevoegdheid tot het indienen van een enquêteverzoek moet worden toegekend. Daarbij kan gedacht worden aan vertegenwoordigingen op lokaal, regionaal of landelijk niveau. Dat kan dus de cliëntenraad zijn, maar ook de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NP/CF), de Consumentenbond, de Regionale Patiënten Consumenten Platforms (RP/CP) of andere

categorale cliëntenorganisaties die mogelijk beter passen bij de aard van de instelling (zoals in de GGZ).

111. *Betekent het feit dat het enquêterecht moet worden toegekend aan een orgaan dat de cliënten vertegenwoordigt dat de motie Heemskerk/Weekers (27 659, nr. 36H) waarin de regering wordt verzocht krachtens algemene maatregel van bestuur te regelen dat instellingen zelf belanghebbenden kunnen aanwijzen, onder voorwaarde dat de cliëntenraad in ieder geval als belanghebbende wordt aangewezen, niet wordt uitgevoerd? Zo ja, waarom niet? Zo nee, wordt de tekst in deze aangepast?*

In overleg met de minister van Justitie is besloten om de toegankelijkheid van de huidige Ondernemingskamer voor zorginstellingen te vergroten. Daartoe is in de WTZi geregeld dat alle zorginstellingen die verzekerde zorg willen leveren - zijnde een stichting of vereniging - in de statuten moeten aangeven wie bevoegd is om een enquêteverzoek bij de Ondernemingskamer van het Gerechtshof in Amsterdam in te dienen. De WTZi volgt hierbij wat is bepaald in Boek 2, Titel 8, Afdeling 2, van het Burgerlijk Wetboek over het recht van enquête. Een verzoek tot enquête dient te voldoen aan de eisen die in het Burgerlijk Wetboek hieraan stelt.

Naar aanleiding van de motie Heemskerk/Weekers (motie Heemskerk/Weekers, Kamerstukken II, 2003/2004, 27 659, nr. 36 herdruk) is het artikel van het Uitvoeringsbesluit over het enquêterecht aangepast. De keuze over de toekenning van het enquêterecht is gereduceerd tot een beperkte optie. In ieder geval moet een orgaan dat de cliënten van de instelling vertegenwoordigt, worden aangewezen als bevoegd tot het indienen van een enquêteverzoek (Kamerstukken II, 2004/2005, 27659, nr. 51).

In de toelichting van het Uitvoeringsbesluit is vervolgens opgenomen dat om verschillende redenen is besloten om niet wettelijk verplicht te stellen dat aan alle cliëntenraden het enquêteverzoek moet worden toegekend. Gezien de aard van de rechtsgang van de Ondernemingskamer, namelijk het ingrijpen indien het beleid van een onderneming en de gang van zaken van een rechtspersoon dit vragen, kan soms ook aan organisaties die in zijn algemeenheid patiënten en consumenten vertegenwoordigen, zoals de NP/CF of Consumentenbond worden gedacht. Voor een ziekenhuis kan bijvoorbeeld het RP/CP het orgaan zijn dat de belangen van de cliënten vertegenwoordigt. Vandaar de gekozen formulering in het Uitvoeringsbesluit 'orgaan dat de cliënten van de instelling vertegenwoordigt'.

In de toelichting van het Uitvoeringsbesluit is verder opgenomen aan welke andere partijen – gezien de aard van het enquêterecht – gedacht kan worden voor het toekennen van een bevoegdheid tot het indienen van een verzoek tot enquête. Hierbij zijn genoemd de vertegenwoordiging van beroepsbeoefenaren (zoals de medische staf, de verpleegkundige/verzorgende adviesraad) en de IGZ. De WTZi brengt met deze bepaling een structuur tot stand waarbij het cliëntenbelang is geborgd, maar niet noodzakelijkerwijs beperkt blijft tot uitsluitend de specifieke aanwijzing van cliëntenraden. In de voorlichting over de transparantie-eisen WTZi zal nadrukkelijk aandacht worden besteed aan welke partijen toegang hebben tot de Ondernemingskamer, en de uitleg van het begrip 'orgaan dat de cliënten van de instelling vertegenwoordigt'.

112. *Waarop is het vertrouwen gebaseerd dat een toetsende in plaats van een preventief-regulerende rol van de overheid voldoende waarborg biedt aan patiënten? Zou dat vertrouwen op dit moment al gerechtvaardigd zijn?*

113. *Waarop is de overtuiging gebaseerd dat cliënten in de care voldoende in staat zijn om hun wensen gehonoreerd te zien door de instellingen?*

114. *Hoe dwingend is consultatie door de cliëntenraad? Als de cliëntenraad negatief adviseert wat zijn dan de gevolgen wanneer de instelling dit advies naast zich neerlegt?*

124. (VVD) *In het algemeen overleg over de WTZi d.d. 26 januari 2005 is gesproken over de rechtspositie van cliëntenraden van zowel grootschalige als kleinschalige instellingen. In hoeverre is de WTZi van invloed op deze rechtspositie? Wordt de onafhankelijkheid van de cliëntenraden geregeld in de Wet Medezeggenschap Zorginstellingen? Zo ja, op welke manier? Zo neen, waarom niet?*

Bij brief heb ik aanvullende informatie aan uw Kamer doen toekomen naar aanleiding van het in het algemeen overleg op 26 januari 2006 gestelde over de (rechts)positie van de cliënt en de cliëntenraden (Kamerstukken II, 2004/2005, 27659, nr. 51). Naar aanleiding van dit algemeen overleg hebben aanpassingen in de beleidsvisie en beleidsregels plaatsgevonden. Zo is bijvoorbeeld geregeld dat voor de gehandicaptenzorg het houden van een leefwensenonderzoek onder individuele cliënten verplicht is. In de gehandicaptenzorg zal het standpunt van de cliënten blijken uit het leefwensenonderzoek en niet zoals voor het overige in de care, uit het standpunt van de cliëntenraad. De (vertegenwoordigers van) cliënten en cliëntenraden kunnen de criteria voor een goed leefwensenonderzoek en de handreiking gebruiken voor het toetsen van het leefwensenonderzoek. In de beleidsvisie is door mij gesteld dat de mening van de cliënt in het nieuwe zorgstelsel steeds belangrijker wordt. Het is van belang dat de zorgaanbieder zijn voornemens goed op de wensen van de cliënt afstemt. De WMCZ legt bestuurders van zorginstellingen een aantal wettelijke verplichtingen op wat betreft de adviezen die een cliëntenraad mag geven en de plichten die het bestuur heeft ten aanzien van de adviezen. Conform de wens van uw Kamer is het verzwaarde adviesrecht van de cliëntenraden uitgebreid naar de zaken die te maken hebben met de directe levenssfeer van cliënten (fusies, verhuizingen, huisregels). Bestuurders hebben hiermee de plicht de cliëntenraden goed te informeren over de beleidsvoornemens, zodat cliëntenraden op hun beurt in staat worden gesteld de voor hen relevante zaken vanuit het cliëntenperspectief te beoordelen en daarover te adviseren. Als de cliëntenraad en het bestuur van een instelling van mening verschillen over een besluit dat valt onder verzwaard adviesrecht, dan kunnen zij naar een commissie van vertrouwenslieden stappen. Zowel het bestuur als de cliëntenraden zijn aldus verantwoordelijk voor de inbreng van het cliëntenperspectief in het beleid van de instelling. Als deze samenwerking met de cliënten(raad) goed vorm krijgt, heb ik er vertrouwen in dat op lokaal niveau de juiste afwegingen gemaakt kunnen worden. De WTZi versterkt aldus de relatie tussen zorgaanbieder en cliënt. In de beleidsvisie heb ik neergelegd dat als zorginstellingen voldoende rekening houden met de belangen en wensen van cliënten op termijn de regulerende overheidsrol op dit gebied kan verdwijnen. Wel zal de overheid altijd de ontwikkelingen volgen en zondig bijsturen als de cliëntenbelangen onvoldoende tot hun recht komen. Dat wordt bedoeld met het op termijn innemen van een preventief-regulerende rol van de overheid.

Over twee jaar zal een beleidsevaluatie worden verricht waarbij ik zal bekijken in hoeverre rekening wordt gehouden met de wensen van de cliënten.

115. *Hoe lang is de "afzienbare termijn" waarop alleen nog maar één- en splitsbare tweepersoonskamers aanwezig zijn?*

Wat betekent een en ander concreet voor de ontwikkeling van het aantal beschikbare plaatsen in de ouderenzorg en in de gehandicaptenzorg?

Zoals de staatssecretaris in haar brief van 4 november jongstleden (Kamerstukken II, 2005/2006, 30 300 XVI, nr. 58) heeft geschreven naar aanleiding van het monitoronderzoek in de verpleging & verzorgingssector (V&V-sector) gaat zij ervan uit dat, gelet op alle inspanningen, het mogelijk moet zijn dat alle meerbedskamers in 2010 tot het verleden behoren. In de gehandicaptensector geldt een actieprogramma waarbij alle meerbedskamers in 2008 tot het verleden behoren.

In de V&V-sector heeft het sluiten van meerbedskamers geen gevolgen voor het aantal beschikbare plaatsen omdat alle inspanningen gericht zijn op vervanging van de meerbedskamers door één- en splitsbare tweepersoonskamers met behoud van capaciteit. Daarnaast vindt capaciteitsuitbreiding plaats. In de gehandicaptenzorg betreft het een beperkt aantal plaatsen. In de oplossingen voor de

meerbedskamers zullen alle plaatsen worden vervangen dan wel gerenoveerd. Waar nodig vindt ook nog capaciteitsuitbreiding plaats.

116. *Bij wie ligt de bewijslast in het geval van “verkeerde beddenproblematiek”? Wat betekent dit voor de (administratieve) belasting van ziekenhuizen?*

Ik zou niet willen spreken van “bewijslast”. De praktijk leert dat ziekenhuis en verpleeghuis er in de meeste gevallen uitkomen in de zin dat het verpleeghuis verantwoordelijkheden overneemt. Er is dan dus geen sprake meer van “verkeerde bedden” in het ziekenhuis. Er moeten inderdaad “transactiekosten” gemaakt worden in de zin dat ziekenhuis en verpleeghuis afspraken moeten maken over de overname van verantwoordelijkheden.

117. *In hoeverre wordt al voldaan aan de eis voor zorgaanbieders om transparant te zijn over hun bestuursstructuur en bedrijfsvoering? Welke prikkels/sancties zijn en worden gebruikt om ervoor te zorgen dat alle zorgaanbieders zich aan de transparantie-eisen houden?*

Aan bestaande instellingen gunt artikel 44 van de WTZi een termijn van één jaar om aan de in dit hoofdstuk opgenomen eisen te gaan voldoen. Indien na dat jaar blijkt dat de instelling niet, of niet volledig, aan de eisen voldoet, zullen (nadere) voorschriften aan de toelating worden verbonden. In het uiterste geval kan intrekking van de toelating volgen.

118. *Kan aangegeven worden hoe gedetailleerd instellingen schriftelijk moeten vastleggen hoe de zorgverlening georganiseerd wordt?*

Voor de beoordeling van de aanvraag voor toelating, of later voor het toezicht op de transparantie-eisen voor de bedrijfsvoering, geldt dat gebruik kan worden gemaakt van de financiële en niet-financiële informatie die zorginstellingen toch al dienen te verzamelen op basis van al bestaande wetgeving (de WVG, de Regeling verslaglegging zorginstellingen, de Kwaliteitswet, de Zvw en de AWBZ).

Vragen VVD-fractie

119. *De minister geeft in zijn brief aan dat er een wijziging is aangebracht in het uitvoeringsbesluit in artikel 5.2. De wijziging betreft de rol van de DBC's; die namelijk met de invoering van de WTZi niet meer onder het bouwregime vallen, ondanks het feit dat zij zorg leveren in combinatie met verblijf. Ziekenhuizen blijven voor het overgrote deel van hun bouw, wel onder het bouwregime vallen. In hoeverre heeft deze wijziging invloed op het gelijke speelveld tussen ziekenhuizen en DBC's?*

Deze vraag wordt beantwoord onder 69.

120. *In het Uitvoeringsbesluit wordt een aantal transparantie-eisen ten aanzien van zorginstellingen geformuleerd. Deze eisen zorgen, samen met de regels voor de jaarverslaglegging, voor een optimale transparantie van zorginstellingen. In het besluit wordt als enige transparantie-eis genoemd de eis dat instellingen worden verplicht hun 'stakeholders' inzicht te bieden in de keuzes die zij hebben gemaakt op het terrein van bestuursstructuur. Welke overige transparantie-eisen zijn er geformuleerd?*

Deze vraag wordt beantwoord onder 108.

121. *Het Lange Termijn Huisvestingsplan (LTHP) dient, zo blijkt uit de beleidsregels, op initiatief van de zorginstelling met de direct betrokkenen te worden afgestemd in het zgn. 'stakeholdersoverleg'. Doel is om te komen tot een breed gedragen visie. Is het juist dat dit 'stakeholdersoverleg' niet overeenkomstig is met de eisen voortvloeiend uit de mededingingswet? Zo ja, is de minister*

voornemens deze onderlinge tegenstrijdigheid tussen twee zeer belangrijke wetten voor de zorgsector op te heffen? Zal één van de twee betrokken wetten op dit punt aangepast worden? Zo ja, welke? Zo neen, waarom niet?

Deze vraag wordt beantwoord onder 5.

122. Geeft de WTZi gemeenten ten aanzien van de Wmo instrumenten om betrokken stakeholders te stimuleren om regelmatig met de gemeente om de tafel te gaan zitten om te komen tot een breed gedragen visie? Oftewel, kunnen gemeenten eventueel structureel overleg met de stakeholders afdwingen? Zo ja, op welke manier is dit in de WTZi geregeld? Zo neen, waarom niet? Mocht 'stakeholdersoverleg' niet in overeenstemming te zijn met de mededingingswet, wat zijn dan de gevolgen voor de totstandkoming van een breed gedragen visie? In hoeverre verandert hiermee de positie van stakeholders?

De gemeente is in de WTZi een van de stakeholders bij het stakeholdersoverleg. Dit overleg dient door de instelling te worden geraadpleegd bij het ontwikkelen van de lange termijnplannen die worden vastgelegd in het LTHP. De gemeente heeft in dit overleg geen bijzondere of leidende positie. Het belang en de positie van de gemeente in dit overleg wordt vooral bepaald door de regierol op het terrein van de samenhang tussen wonen, zorg en welzijn. Deze regierol wordt in het kader van de Wmo aan de gemeente toegedicht. Voor de mededingingsaspecten van het stakeholdersoverleg verwijs ik naar het antwoord op vraag 5.

123. De komende periode gaat de minister benutten om te bezien of de beleidsregels voldoende concreet geformuleerd zijn, om de toetsing van aanvragen om een toelating zo eenvoudig en objectief mogelijk te laten verlopen. Dit kan eventueel leiden tot een aanvulling of aanpassing van de beleidsregel. Op welke wijze wordt de Kamer hierover geïnformeerd?

Ik zal de Kamer bij brief informeren over eventuele aanpassingen in de beleidsregels. De beleidsregels dienen om in werking te kunnen treden tevens te worden gepubliceerd in de Staatscourant.

124. In het algemeen overleg over de WTZi d.d. 26 januari 2005 is gesproken over de rechtspositie van cliëntenraden van zowel grootschalige als kleinschalige instellingen. In hoeverre is de WTZi van invloed op deze rechtspositie? Wordt de onafhankelijkheid van de cliëntenraden geregeld in de Wet Medezeggenschap Zorginstellingen? Zo ja, op welke manier? Zo neen, waarom niet?

Deze vraag wordt beantwoord onder 112.

125. In datzelfde overleg gaf de minister aan dat het niet de bedoeling was dat uit de beleidsvisie WTZi een onomkeerbare voorkeur voor kleinschaligheid spreekt. Hij gaf daarbij aan dat de beleidsvisie op dit punt misschien aangepast dient te worden. Is de beleidsvisie op dit punt aangepast? Zo ja, waar? Zo neen, waarom niet?

In het algemeen overleg van 26 januari 2005 heb ik toegezegd te bezien of in de beleidsvisie tot uitdrukking komt dat grootschalig wonen voordelen kan hebben. In mijn brief van 3 maart 2005 (Kamerstukken II, 2004/2005, 27 659 nr. 51) heb ik aangegeven dat ik de beleidsvisie op dit punt heb aangepast (de tweede alinea van de paragraaf "Ook meer afstand overheid bij intramurale capaciteit"). Deze aanpassing is verwerkt in de versie van de beleidsvisie die ik op 6 juni 2005 aan de beide Kamers heb gestuurd. In de versie die u op 3 november hebt ontvangen is deze tekst niet gewijzigd.

Een gedegen leefwensenonderzoek in de gehandicaptensector en een consultatie van de cliëntenraad in de ouderenzorg maken dat een instelling de wensen van de cliënten kan volgen.

Naarmate de wensen van cliënten beter gevolgd worden door instellingen kan de overheidsrol op dat gebied geleidelijk aan verdwijnen.

Vragen SP-fractie

126. De beoogde datum voor inwerkingtreding is 1 januari 2006 is dit dan ook de datum waarop de in 2001 afgesproken stand still opgeheven zal worden? Betekent uitstel van de inwerkingtredingsdatum ook uitstel van het opheffen van de stand still?

De standstill is na aanvaarding van de WTZi in de Eerste Kamer op 18 oktober 2005 opgeheven. De inwerkingtreding van de WTZi heeft daarom ook geen gevolgen voor de standstill.

127. Wat betekent de opheffing van de stand still concreet voor het veld? Is er al zicht op de plannen die dan voorgelegd zullen worden te goedkeuring? Zo ja, wat is de strekking van de plannen en welke kleine ziekenhuizen zullen dan mogelijk te maken krijgen met concentratie van functies waardoor een locatie zal verdwijnen?

Zoals ik in de nota naar aanleiding van het verslag bij de wijziging van de WTZi van 18 november 2005 (Kamerstukken II, 2005/2006, 30245, nr. 5) heb aangegeven, betekent de opheffing van de standstill concreet dat de oproep aan de Raden van Bestuur van algemene en academische ziekenhuizen om een pas op de plaats te maken met betrekking tot fusie- en concentratievoornemens, is vervallen.

Mij worden geen fusie- en/of concentratieplannen meer voorgelegd. Zoals ik heb aangegeven in de eerder genoemde nota van 18 november 2005, oordeelt de NMa over de overgang van zeggenschap naar één bestuur. Het kabinet doet niets met dergelijke overgangen. Ook de WTZi bepaalt niet of een fusie wel of niet is toegestaan. Uiteraard moet de nieuwe organisatie, als die zorg verleent die op basis van de Zvw of de AWBZ wordt gefinancierd, wel voldoen aan de transparantie-eisen onder de WTZi. Daarnaast dienen instellingen, via de beleidsregels, concentratievoornemens in het regionale overleg acute zorgketen te bespreken.

In de nota van 18 november 2005 heb ik aangegeven welke fusie- en/of concentratie initiatieven nu al bij mij bekend zijn. Ook heb ik daarbij aangegeven wat de gevolgen van de invoering van de WTZi voor deze initiatieven zijn. Sindsdien zijn mij geen nieuwe plannen bekend geworden.

128. Bestaat er een kans dat de wet in werking zal treden zonder dat er een goede visie/regeling is voor de kapitaallastenproblematiek? Zo ja, welke gevolgen zal dit voor het veld hebben?

Met het in werking treden van de WTZi verandert de huidige praktijk bij de kapitaallasten nauwelijks. Op termijn beoogt de WTZi echter niet langer te sturen op stenen (bouw) bij grootschalige intramurale instellingen, maar uitsluitend op voorwaarden voor goed ondernemerschap. Bij de plenaire behandeling van het voorstel voor de WTZi in september 2004 vroeg uw Kamer hoe ik wil omgaan met het kapitaallastenvraagstuk. Het kapitaallastenvraagstuk omvat een aantal thema's: de tarifiering van de kapitaallasten, de mogelijkheden om het bouwregime af te schaffen, het eigendom van zorginstellingen en het vergroten van de financieringsmogelijkheden via het toestaan van uitkeerbare winst. De brief "Transparante en integrale tarieven" (Kamerstukken II, 2004/2005, 27 659, nr. 52) schetst mijn visie op deze onderling samenhangende thema's. Daarmee zijn ook de hoofdlijnen van het toekomstige beleid bij de kapitaallasten bekend vóórdat de WTZi in werking treedt. Bij het concretiseren van de toekomstige (de)regulering van de kapitaallasten wil ik geen overhaaste stappen nemen. Besluitvorming moet worden gebaseerd op goed doordachte opties. Bovendien wil ik dit traject zoveel mogelijk gezamenlijk met de betrokkenen in het veld en het Parlement doordenken en doorlopen. Daarom heb ik, tijdens het Algemeen Overleg met uw Kamer op 15 september jongstleden, toegezegd dat het Parlement in het voorjaar van 2006 een voortgangsrapportage van het vervolgonderzoek ontvangt.

129. *Hoeveel tijd denkt de minister nodig te hebben om te bezien of de beleidsregels voldoende concreet zijn m.a.w. wat wordt concreet bedoelt met “de komende periode”?*

Met de komende periode bedoel ik concreet het jaar 2006. De WTZi is een nieuwe wet met nieuwe beleidsregels. Het komende jaar wordt ervaring opgedaan met de nieuwe beleidsregels om na te gaan op welke onderdelen eventueel aanpassing van de beleidsregels noodzakelijk is, zodat vanaf 1 januari 2007 toetsing van toelatingsaanvragen door het agentschap CIBG van VWS kan plaatsvinden.

130. *Hoe denkt de minister inzicht te krijgen of de beleidsregels voldoende concreet zijn? Wie of welke partijen worden hierbij betrokken?*

Het inzicht of de beleidsregels voldoende concreet zijn, verkrijg ik op verschillende manieren. Allereerst wordt in 2006 ervaring opgedaan met de nieuwe beleidsregels om na te gaan op welke onderdelen eventueel aanpassing van de beleidsregels noodzakelijk is, zodat vanaf 1 januari 2007 toetsing van toelatingsaanvragen door het agentschap kan plaatsvinden. Zowel eigen ervaringen van VWS-medewerkers als ervaringen van aanvragers zijn daarbij van belang. Ten tweede wordt een ‘simulatie’ georganiseerd waarbij relatieve buitenstaanders hypothetische aanvragen aan de beleidsregels toetsen. Vanzelfsprekend wordt daarbij ook het CVZ betrokken.

131. *Gemaakte afspraken in het georganiseerde ketenoverleg acute zorg dienen te worden nagekomen. Wat gebeurt er als partijen niet tot afspraken kunnen komen?*

In dat geval zal ik als eerste contact opnemen met het traumacentrum voor extra informatie. Bij ziekenhuizen en GGZ-instellingen heb ik vervolgens de mogelijkheid om via de toelating in te grijpen. De instrumenten variëren van overleg met betrokkenen, toevoegen van een voorschrift aan een toelating (dat de instelling bijvoorbeeld de acute zorg op een bepaalde locatie moet continueren), een dwangsom tot uiteindelijk het intrekken van de toelating. Bij ambulances zal in het programma van eisen, voor het verwerven van een vergunning voor een regionale ambulancevoorziening, opgenomen worden dat men deel moet nemen aan het regionale overleg acute zorgketen. Huisartsen zijn via de Wet BIG verplicht verantwoorde zorg te leveren. Deelnemen aan het regionale overleg acute zorgketen is hier onderdeel van. Hoewel ik dus verwacht dat instellingen hun eigen verantwoordelijkheid nemen met betrekking tot het waarborgen van de bereikbaarheid van acute zorg, geeft de WTZi mij voldoende instrumenten om in te grijpen als instellingen niet aan die verwachting voldoen.

132. *Het verzoek tot het gebruik van bestuursdwang moet dat altijd door en zowel de zorgverzekeraar en het traumacentrum worden ingediend? Zo ja, hoe wordt voorkomen dat een van de partijen vanuit een eigen belang de aanvraag van de andere partij niet zal steunen?*

Het toepassen van bestuursdwang of het opleggen van een dwangsom hoeft niet plaats te vinden op verzoek van een veldpartij. Wanneer de minister op grond van signalen uit het veld, eventueel bevestigd door onderzoek van de IGZ, de indruk heeft dat de voorschriften niet worden nageleefd, kan hij uit eigen beweging tot dwangmaatregelen besluiten.

133. *Wat zijn de mogelijkheden om in te grijpen bij een conflict tussen de zorgverzekeraar en een traumacentrum welke mogelijk tot gevolg hebben dat er geen afspraken worden gemaakt?*

In het regionaal overleg acute zorgketen hebben alleen aanbieders zitting. Verzekeraars worden geïnformeerd over de uitkomsten van het overleg. Verzekeraars maken op hun beurt productieafspraken met zorgaanbieders. Als een ziekenhuis voornemens is de afdeling spoedeisende hulp te sluiten, dient dat voornemen te worden ingebracht in het genoemde regionale overleg acute zorgketen en dient daarbij nagegaan te worden wat de consequenties van dat voornemen zouden zijn voor de bereikbaarheid van acute zorg in de regio.

134. *Hoe kijkt de minister tegen de tegenstrijdigheid aan dat ziekenhuizen met elkaar moeten concurreren maar op het vlak van acute hulpverlening moeten samenwerken? Is de minister van mening dat hierdoor (samenwerkings)problemen kunnen ontstaan? Zo neen, waarom niet?*

Deze vraag is beantwoord onder 10.

135. *Welke verantwoordelijkheid heeft de minister, buiten de bereikbaarheid van 45 minuten, ten aanzien van de acute zorg?*

Het leveren van kwalitatief goede zorg is in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders. De overheid heeft daarbij een faciliterende rol. Bij het ketenoverleg acute zorg heeft de centrale overheid vier taken:

1. De IGZ houdt toezicht op de levering van verantwoorde zorg door de acute zorgketen, zoals omschreven in de Kwaliteitswet.
2. Als het regionale overleg acute zorgketen mij het signaal afgeeft dat een zorgaanbieder weigert mee te werken aan het ketenoverleg acute zorg, gebruik ik het instrumentarium dat de WTZi mij biedt om in te grijpen.
3. Ik zal normen ontwikkelen voor de fysieke bereikbaarheid van acute zorg (dit kan bijvoorbeeld de 45 minuten norm worden).
4. Ik zal zorgen dat er een werkgroep opgezet wordt die de landelijke criteria voor de level-indeling voor SEH-afdelingen van ziekenhuizen ontwikkelt.

136. *Op welke manier borgt de overheid de bereikbaarheid zonder dat er eerst ongelukken gebeuren voordat men inziet dat de acute zorg niet meer zo bereikbaar en toegankelijk is, door bijvoorbeeld het sluiten van kleine ziekenhuizen of het niet kunnen komen tot afspraken in het ketenoverleg acute zorg als men dacht?*

Ten eerste is er de veldnorm dat patiënten die acute zorg nodig hebben binnen een kwartier door een ambulance of huisarts bereikt worden voor een eerste behandeling. Vervolgens weten de zorgaanbieders, op basis van de eerder gemaakte afspraken in het regionale overleg acute zorgketen, bij welke ziekenhuizen de acute patiënt terecht kan voor een adequate vervolgbehandeling. Deze vervolgbehandeling moet bereikbaar zijn binnen de door mij gestelde bereikbaarheidsnorm. Als een instelling weigert mee te werken aan het regionale overleg acute zorgketen, biedt de WTZi mij verschillende instrumenten om in te grijpen. De huidige WZV biedt die mogelijkheden niet.

Beleidsvisie Wet Toelating Zorginstellingen

Versie 31 oktober 2005

Algemeen

137. *Wat bedoelt de minister concreet met publieke belangen? Over welk belang wordt dan gesproken, wordt hier bijvoorbeeld ook mee bedoeld het maatschappelijke en sociale belang van een "ziekenhuis dichtbij huis"?*

Ik verwijs hier korthedshalve naar de antwoorden op de vragen 56 en 152.

138. *Deelt de minister de mening dat de gevolgen van een uitbreiding/ wijziging van een bestaande instelling voor de publieke belangen niet altijd van tevoren aantoonbaar zijn en/of dat het na de wijziging wel eens anders uit kan pakken dan vooraf werd gedacht? Zo ja, is de minister van mening dat na het verstrijken van een bepaalde wijziging, bijvoorbeeld fusie of concentratie, gekeken moet*

worden of de vooropgestelde van de instelling doelen wel gehaald zijn en wat deze uiteindelijk voor het publieke belang in de praktijk betekenen?

139. Welke gevolgen zou het voor een instelling kunnen hebben als naderhand blijkt dat met de wijziging het publieke belang niet gediend is?

De WTZi gaat niet over fusies. Daarover oordeelt de NMa. Voor een concentratie van de zorgverlening of een herverdeling van functies over locaties is een wijziging van de toelating nodig. Een aanvraag om een (wijziging van een) toelating wordt getoetst aan het Uitvoeringsbesluit en de beleidsregels. Aan de transparantie-eisen uit het Uitvoeringsbesluit moet een instelling blijven voldoen, ook nadat de toelating is verstrekt. Ook aan bepaalde beleidsregels moet een instelling blijven voldoen, bijvoorbeeld aan de verplichting deel te nemen aan het ketenoverleg acute zorg. Als blijkt dat een instelling niet langer aan de transparantie-eisen of aan deze beleidsregel voldoet, kan aan een toelating een voorschrift worden verbonden. Indien nodig kan bestuursdwang uitgeoefend worden en in het uiterste geval kan de toelating ingetrokken worden.

140. Is de minister van mening dat, wanneer instellingen hun winst terug laten vloeien naar de zorg die zij leveren, er voor de instelling meer financiële ruimte ontstaat om te investeren in zorg en personeel? Zo ja, wat is dan de reden dat winsten ook uitgekeerd zouden moeten kunnen worden aan aandeelhouders?

Waar het om gaat is of we willen toestaan dat particuliere investeerders risicodragend kapitaal verstrekken aan instellingen die zorg willen aanbieden. Een effect hiervan is de versterking van de financiële positie van de instelling. De keuze voor risicodragende financiering brengt onlosmakelijk met zich mee dat de kapitaalverstrekkers hiervoor een vergoeding ontvangen, dividend genaamd. Deze vergoeding is niet wezenlijk anders dan de rentevergoeding voor (relatief risicoarme) leningen die bijvoorbeeld banken verstrekken.

141. Is de minister van mening dat iedere premiebetaler direct of indirect investeert in de instellingen? Zo ja, waarom zouden dan niet per definitie alle premiebetalers aandeelhouder zijn in de gezondheidszorg?

Het is van belang een helder onderscheid te maken tussen een vergoeding voor geleverde diensten aan de ene kant en een vergoeding voor het financieren van investeringen aan de andere kant. De zorgverzekeraars vergoeden de door zorginstellingen geleverde zorgdiensten. De patiënt/cliënt betaalt een premie aan de zorgverzekeraar, en vergoedt daarmee indirect de zorginstelling voor de geleverde diensten.

Om zorgdiensten te kunnen leveren, nemen zorginstellingen verplegend personeel in dienst, worden medicijnen ingekocht, etc. Daarnaast dienen de zorginstellingen te investeren in (onder andere) het gebouw waarin de zorg wordt verleend. Aangezien de financiële middelen hiervoor veelal niet contant beschikbaar zijn, wordt de investering gefinancierd door een bank of door een aandeelhouder. Tegenover het beschikbaar stellen van kapitaal staat een vergoeding: de banken ontvangen een rentevergoeding voor leningen, aandeelhouders een vergoeding in de vorm van dividend. Het voorgaande heeft tot gevolg dat het vergoeden van zorgdiensten niet impliceert dat de zorgontvanger aandeelhouder wordt van een zorginstelling. Ter illustratie, het regelmatig inkopen doen bij een supermarkt betekent evenmin dat de klanten aandeelhouder worden van die supermarkt.

Hoofdpijnen van het beleid

142. Wanneer zorg zoveel mogelijk moet aansluiten bij de wensen en behoeften van cliënten en patiënten wordt er dan ook bedoeld dat een instelling zijn eigen belang, welke mogelijk om bedrijfsvoerende reden niet strookt met die behoeften, aan de kant moet zetten voor de behoefte van cliënten en patiënten?

Het uitgangspunt is dat het belang van cliënten en patiënten op hoofdlijnen tevens het belang is van de instellingen. Die moeten immers de zorg leveren waar vraag naar is.

143. Is het niet zo dat een instelling zelfs officieel gehoorde behoeften en wensen van cliënten en patiënten naast zich neer kan leggen daar er volgens afspraken alleen maar aangetoond hoeft te worden dat stakeholders gehoord zijn bij de besluitvorming? Zo ja, hoe kan dan gegarandeerd worden dat zorg aansluit op behoeften en wensen?

Een aanvraag om een toelating met bouw zal vergezeld moeten gaan van een LTHP en in gehandicaptenzorg en ouderenzorg respectievelijk een leefwensenonderzoek en een raadpleging van de cliëntenraad. Een zorginstelling moet motiveren waarom wordt afgeweken van de standpunten van stakeholders (bij het LTHP) en cliënten. Op deze wijze wordt inzichtelijk wanneer en op welke gronden is afgeweken van de wensen van cliënten en patiënten.

Curatieve zorg

144. Hoe kan voorkomen worden dat te veel instellingen zich meer gaan richten op specifieke zorgproducten of categorieën patiënten waardoor brede zorginstellingen schaars worden?

Alleen als de bereikbaarheid van de acute zorg door de in de vraag vervatte ontwikkeling in het gedrang zou komen heb ik via de WTZi mogelijkheden tot sturing. Spreiding en differentiatie van het zorgaanbod is voor het overige in de eerste plaats als gevolg van de wettelijke zorgplicht een verantwoordelijkheid van verzekeraars.

145. Wordt bij de beoordeling van wijzigingsplannen bekeken wat het plan voor de totale aanbieding van gezondheidszorg in de regio of in het land betekent en wordt hier dan ook rekening gehouden met reisafstanden voor mensen los van de acute zorg?

Het regionale overleg acute zorgketen beoordeelt wijzigingsplannen. Het regionale overleg bekijkt de plannen vanuit het oogpunt van acute zorg. Goede acute zorg kan echter alleen geboden worden als er ook een goede basiszorgverlening is in een instelling. Daarom is, conform het amendement Van der Vlies (Kamerstukken II, 2003/2004, 27 659, nr. 39), met de WTZi automatisch ook een goede spreiding gewaarborgd van niet acute basiszorg.

146. Is de minister van mening dat het kunnen ontvangen van bezoek van dierbaren een positieve rol kan spelen tijdens een genezingsproces? Zo neen, waarom niet? Zo ja, wat bedoelt de minister precies met dat de afstand die een patiënt moet afleggen voor een behandeling, die valt onder electieve basiszorg, van minder belang is? Is er in de visie van de minister een maximale afstand, reisduur, die mensen zouden moeten afleggen voor een opname in het ziekenhuis of vervolg behandelingen in het kader van een chronische aandoening?

Het krijgen van bezoek van dierbaren heeft meestal een positief effect op het genezingsproces. Vanuit het perspectief van de patiënt is het snel kunnen bereiken van een ziekenhuis bij een acute zorgvraag evenwel van groter belang dan in het geval van een electieve zorgvraag. Aldus dient de passage in de beleidsvisie dan ook gelezen te worden. Een maximale reisduur voor een electieve opname of voor een chronische aandoening is niet te geven.

147. Welke vormen van electieve basiszorg zijn volgens de minister gekoppeld aan acute zorg?

Ik verwijs hiervoor naar mijn antwoord op vraag 66.

148. *Wanneer een instelling verplicht wordt tot het openhouden van zijn SEH-functie, wordt deze dan ook verplicht de functies te behouden die volgens de minister gekoppeld zijn aan het kunnen verlenen van acute zorg? Wordt een instelling daarmee ook verplicht de SEH-functie voor 24 uur 7 dagen in de week open te stellen?*

Ik kan beide vragen bevestigend beantwoorden. Zoals ik in antwoord op vraag 66 heb aangegeven, omvat acute zorg meer dan de SEH-afdeling van een ziekenhuis alleen. Door de instelling te verplichten een SEH-afdeling 7x24 uur open te houden, is daardoor automatisch ook de daarmee verbonden basiszorg gegarandeerd. Ik weet dat er bepaalde SEH-afdelingen zijn die beperkte openingstijden hebben, dit is alleen denkbaar wanneer het 7x24-uur open zijn van die locatie niet noodzakelijk is voor de bereikbaarheid. Als een locatie noodzakelijk is voor de bereikbaarheid, is het niet acceptabel dat die bereikbaarheid op bepaalde uren niet geborgd is. Daarom geldt de verplichting inderdaad voor 7x24 uur.

Care

149. *Het belang van patiënten en cliënten zou met invoering van marktprikkels steeds meer voorop komen te staan. Is de staatssecretaris van mening dat het na een leven lang samen niet in belang is van mensen om gedwongen gescheiden te worden door een zorgvraag van één van de twee? Biedt de WTZi mogelijkheden instellingen ertoe te bewegen zich zo te organiseren en in te richten dat een gedwongen scheiding, door een zorgvraag, niet meer nodig is? Zo ja, welke?*

In het Besluit zorgaanpakken is in artikel 9, tweede lid, geregeld dat niet geïndiceerde partners met hun wel geïndiceerde levensgezel in toegelaten verblijfsvoorzieningen kunnen verblijven. Het CTG/ZAio heeft een beleidsregel tot stand gebracht waarmee het mogelijk wordt in instellingen voor verblijf zonder behandeling en instellingen voor verblijf met behandeling, voor het verblijf van de niet geïndiceerde partner alleen de kosten die samenhangen met het verblijf te vergoeden. Op deze wijze zijn de noodzakelijke voorwaarden geschapen voor instellingen om deze mogelijkheid te bieden. Gedwongen scheiding ten gevolge van een zorgvraag behoeft daarom niet meer plaats te vinden. De voorwaarden voor verblijf van de partner zijn hiermee afdoende geregeld. Ik ga er vanuit dat deze mogelijkheid bij de productieafspraken tussen de instellingen en het zorgkantoor wordt benut.

150. *Welke mogelijkheden heeft de staatssecretaris met de WTZi om in te grijpen wanneer blijkt dat instellingen te kleine kamers bouwen of toch liever grootschalig bouwen dan kleinschalig?*

Onder de WTZi zullen gebouwen waarvoor een bouwvergunning van het CBZ is vereist, net als nu onder de WZV, moeten voldoen aan de prestatie-eisen (nu nog bouwmaatstaven) van het CBZ. Voor een bouwplan waarin de kamers te klein zijn ontworpen ten opzichte van de desbetreffende prestatie-eis, zal door het CBZ geen vergunning worden afgegeven.

Als naar de mening van de IGZ bij een kleinschalige voorziening (maximaal 25 plaatsen) die buiten het bouwregime kan worden gerealiseerd, kamers worden gebouwd waarvan de grootte een negatief effect heeft op de kwaliteit van de geleverde zorg, kan de IGZ ingrijpen. De IGZ beoordeelt immers ook in deze voorzieningen de kwaliteit van de zorg. De IGZ zou daarbij de prestatie-eisen van het CBZ als norm kunnen hanteren voor de grootte van de kamers. Initiatieven groter dan 25 plaatsen lopen via het bouwregime. Daarbij kan het ook gaan om zeer grote initiatieven (in de ouderenzorg groter dan 150 plaatsen), deze initiatieven noemen we grootschalig. Een instelling die liever grootschalig bouwt in de ouderenzorg zal met dit initiatief bij de afweging van prioriteiten op basis van de beleidsregels een lagere prioriteit krijgen dan een initiatief kleiner dan 150 plaatsen.

In de gehandicaptenzorg geldt de bovengrens van 150 niet. Hier geldt dat de mate waarin een initiatief leidt tot vervanging van grootschalige door kleinschalige voorzieningen mede de prioriteit bepaalt. Initiatieven waarmee grootschalige voorzieningen worden vervangen door kleinschalige,

hebben prioriteit boven initiatieven waarbij grootschalige voorzieningen door grootschalige voorzieningen worden vervangen.

151. *Hoe gaat de staatssecretaris na of zorgaanbieders en zorgkantoren voldoen aan haar verwachting dat er voor voldoende overbruggingszorg wordt gezorgd bij een tekort aan MFC-plaatsen? Wat als deze partijen niet voldoen aan haar verwachting is ze dan bereid en heeft ze dan mogelijkheden om in te grijpen? Waar ligt uw verantwoordelijkheid in deze?*

De staatssecretaris heeft geen extra bemoeienis rond de MFC's. Er zijn geen signalen bekend over knelpunten rond de overbruggingszorg. Dit is ten principale de verantwoordelijkheid van regionale partijen zoals het zorgkantoor en de zorginstelling zelf. Wel is het zo dat de stand van zaken rond de MFC's op dit moment onderzocht wordt door de IGZ, waarvan binnenkort een analyse wordt verwacht. Daarnaast is ook het heropgerichte platform MFC momenteel bezig met een inventarisatie en analyse van alle MFC's.

Beleidsregels ex artikel 4 Wet toelating zorginstellingen

Algemeen geldende beleidsregels

152. *Wordt bij een aanvraag om (wijziging van) een toelating voor een bouwinitiatief dat onder het bouwregime valt ook gekeken naar de maatschappelijke en sociale gevolgen voor de omwonenden, buiten beschouwing gelaten dat de bereikbaarheid van acute zorg altijd een criterium is?*

Gemeenten zijn als stakeholder betrokken bij het LTHP. De cliëntenraad kan marktonderzoek doen om te weten wat er leeft bij (potentiële) toekomstige cliënten. Omwonenden kunnen hun mening kenbaar maken in het kader van de bouwvergunning die de gemeente verleent. De maatschappelijke en sociale gevolgen voor omwonenden zijn niet als criterium opgenomen in de beleidsregels.

153. *Vallen onder punt 2.6 instellingen die door de stand still geen veranderingen hebben kunnen doorvoeren? Worden deze plannen weer bekeken, of krijgen de instellingen per definitie toestemming voor hun plannen? Om hoeveel eerder afgegeven verklaringen gaat het, en hoeveel kleine ziekenhuizen zijn hierbij betrokken en in welke zin?*

Nee, er zijn geen instellingen die door de standstill wel een verklaring zonder uitstelpassage hebben ontvangen voor bouwinitiatieven, maar nog geen vergunning hebben aangevraagd.

Beleidsregels voor de cure

154. *In hoeverre telt maatschappelijke en sociale wenselijkheid van een ziekenhuis dichtbij huis mee, naast de criteria voor de borging en bereikbaarheid van acute zorg, in de beoordeling van een toelating?*

Maatschappelijke en sociale wenselijkheid van een ziekenhuis dichtbij huis spelen, naast de borging en bereikbaarheid van acute zorg, geen rol bij de beoordeling van de toelating. Wel wordt bij een toelating met bouw beoordeeld of de stakeholders genoegzaam betrokken zijn geweest bij het besluitvormingsproces.