

Vergaderjaar 2001–2002

27 659

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

Nr. 10

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET NADER VERSLAG

Ontvangen 7 maart 2002

Wij hebben met belangstelling kennis genomen van het nader verslag dat de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft uitgebracht over het voorstel voor de Wet exploitatie zorginstellingen (hierna aan te duiden als: WEZ). Hieronder gaan wij eerst in op een aantal hoofdlijnen en daarna op de vragen en opmerkingen die door een aantal partijen zijn geformuleerd. Wij hebben voor zoveel mogelijk de volgorde van het verslag aangehouden.

Inleiding

Wij willen op drie hoofdpunten ingaan alvorens wij de concrete, door de verschillende fracties gestelde vragen beantwoorden. Het gaat om de volgende punten:

1. Regelt de WEZ wel of niet teveel?
2. Is het verantwoord om verder te gaan met de WEZ, zonder gelijktijdige politieke besluitvorming over de nieuwe vormgeving van het verzekeringsstelsel?
3. Is verdergaande deregulering van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) wel of niet een reëel alternatief?

De antwoorden op deze vragen – die op verschillende wijze aan de orde worden gesteld door de in het nader verslag aan het woord zijnde fracties – achten wij van zo grote betekenis voor de context waarin de antwoorden op alle overige door deze fracties gestelde vragen moeten worden gezien, dat een aparte, voorafgaande bespreking ervan gerechtvaardigd is.

Regelt de WEZ wel of niet teveel?

Nee, de WEZ regelt niet teveel. Misschien ontstaat die indruk omdat er een heel nieuw begrip zijn intrede doet, namelijk de exploitatie-toestemming. Echter, het begrip mag nieuw zijn, het gaat niet over de introductie van een heel nieuw fenomeen. Het is een combinatie van de toelating op grond van de Ziekenfondswet en AWBZ en de verklaring op grond van de huidige WZV. In dit opzicht regelt de WEZ dus inderdaad meer dan de WZV, maar tegelijkertijd verdwijnen er regels uit de Ziekenfondswet en AWBZ. Alleen al de combinatie van verschillende

elementen in één exploitatietoestemming heeft grote voordelen. Het maakt het mogelijk tegemoet te komen aan wensen die ook door de Kamer al vele malen zijn geuit. Deregulering bijvoorbeeld. Twee keer een document aanvragen, wordt één keer een document aanvragen. Transparantie is een ander voorbeeld. Bij de aanvraag voor een exploitatietoestemming moet de instelling laten zien hoe haar bestuursstructuur in elkaar zit en hoe zij waarborgt dat er een ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering is. Hiermee volgen wij de aanbevelingen van de Commissie Meurs over good governance in de gezondheidszorg. Ten slotte noemen wij als voordeel van de exploitatietoestemming dat die veel betere mogelijkheden biedt dan de WZV-bouwvergunning om een goed spreidingsbeleid te voeren, zodat de bereikbaarheid voor bijvoorbeeld spoedeisende zorg niet in gevaar komt. Het gaat hier bij uitstek om zaken die goed geregeld moeten zijn, voordat verantwoordelijkheden verder worden gedecentraliseerd. Het is dus niet verantwoord om hiermee te wachten, terwijl in de tussentijd de moderniseringsprocessen in zowel de AWBZ als de curatieve zorg doorgaan.

Is het verantwoord om verder te gaan met de WEZ, zonder gelijktijdige politieke besluitvorming over de nieuwe vormgeving van het verzekeringsstelsel?

Dat is niet alleen verantwoord, het is noodzakelijk! Het zou een groot risico zijn om te wachten met de verdere behandeling van de WEZ totdat precies duidelijk is hoe de verschillende onderdelen die tezamen de vernieuwing van het verzekeringsstelsel bepalen, worden vormgegeven. De WEZ bevat immers belangrijke instrumenten die nodig zijn om het transitieproces op weg naar een nieuw stelsel goed te kunnen doorlopen. Hoe begrijpelijk de vragen die vooral de leden van de CDA-fractie op dit punt stellen ook mogen zijn, er is wel sprake van een scherp contrast met de aansporingen die de Eerste Kamerfractie van het CDA tijdens het debat over de Zorg in Nederland in oktober 2001 aan ons adres deed om toch vooral concrete stappen te zetten op de weg van deregulering, om niet de vaart in het transitieproces te verliezen. Er is op dit gebied heel veel in gang gezet, maar de vaart kan er alleen in blijven als, naast veel praktische zaken, ook enkele echte hoofdpunten tijdig op het spoor worden gezet (WEZ, herziening overeenkomstenstelsel, wijziging WTG). Anders komt de trein simpelweg tot stilstand.

Wij willen op deze plaats ook de behandeling in de Tweede Kamer van de VWS begroting 2002 in herinnering roepen. De VVD-fractie heeft bij die gelegenheid niet alleen uitspraken gedaan die qua strekking overeenkwamen met de bovengenoemde lijn uit het debat in de Eerste Kamer over de zorg in Nederland, maar heeft ook aangegeven dat het transitieproces op weg naar een nieuw stelsel, waarin veel verantwoordelijkheden die nu nog rusten bij de overheid zijn overgedragen aan de zorgverzekeraars en de partijen met wie zij overeenkomsten sluiten, op een verantwoorde wijze en in een verstandig tempo moet worden vormgegeven. De WEZ is een heel belangrijk instrument om dit te kunnen realiseren.

Is verdergaande deregulering van de WZV wel of niet een reëel alternatief?

Het is geen alternatief. In de memorie van toelichting en de nota naar aanleiding van het verslag is hierover reeds het nodige opgemerkt. Aan de hand van een concrete recente ontwikkeling kunnen wij onze stellingname in deze heel goed duidelijk maken. De Kamer zal er ongetwijfeld kennis van hebben genomen dat in de pers een bericht is verschenen over de mening van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) over dit wetsvoorstel.

Wij hebben het CBZ en het College tarieven gezondheidszorg (CTG) aan de hand van enkele specifieke vragen gevraagd te rapporteren over de uitvoerbaarheid van onze voornemens inzake het bouwregime. Het CBZ zond ons zijn uitvoeringstoets eind februari toe. Enkele dagen daarvoor had het CTG zijn toets hierover al uitgebracht. Onze vraagstelling en beide uitvoeringstoetsen zenden wij u tegelijk met deze nota naar aanleiding van het nader verslag ter kennisneming toe.¹ Wij hebben er thans geen behoefte aan hier in extenso in te gaan op de uitvoeringstoets van het CBZ of het CTG. Wij zullen de resultaten van de uitvoeringstoetsen benutten om de vormgeving van onze beleidsvoornemens zodig aan te passen en verder te concretiseren, dat de uitvoerbaarheid van die voornemens gewaarborgd is. Dit zal neerslaan in de algemene maatregel van bestuur over het bouwregime, waarvoor wij reeds bij nota van wijziging een voorhangprocedure hebben voorzien.

Wel hebben wij er behoefte aan kort in te gaan op de wijze waarop het CBZ aan de uitvoeringstoets vorm heeft gegeven. Wij constateren dat het CBZ gemeend heeft het verzoek om een uitvoeringstoets te kunnen aangrijpen om eigen beleidsopvattingen over het wetsvoorstel uitgebreid tegenover die van het kabinet te zetten. Daarbij heeft het bovendien onvoldoende antwoord gegeven op de door ons gestelde vragen. Inmiddels heb ik hierover een brief gestuurd aan het CBZ, waarin ik het College tevens verzoek de uitvoeringstoets over het bouwregime alsnog te completeren.

Ten slotte willen wij hier ingaan op het door het CBZ in zijn uitvoeringstoets gepresenteerde alternatief voor de invulling van het bouwregime. Reden hiervoor is dat anders mogelijk verwarring ontstaat die de plenaire behandeling van dit wetsvoorstel onnodig zou kunnen belasten. Zoals wij in onze eerdere stukken aangaven, hebben wij, kort samengevat, het voornemen de volgende zaken bij de inwerkingtreding van de WEZ buiten het bouwregime te laten:

- Instandhoudingsbouw onder de voorwaarde dat de kosten lager zijn dan 50% van de huidige vervangingswaarde voor de AWBZ-sectoren, respectievelijk 65% van de huidige vervangingswaarde in de ziekenhuissector en onder de voorwaarde dat er voldoende trekkingsrechten zijn opgebouwd;
- Capaciteitsuitbreidingen tot 25% in de GGZ-sector en voor de verpleeghuizen, waarbij het gaat om uitbreidingen tot maximaal 25% van de bestaande capaciteit over een periode van vijf jaar;
- Het bouwen ten behoeve van instellingen die nu niet onder het bouwregime vallen, (thuiszorginstellingen, RIAGG's, RIBW-en, SPD-en e.d.), ten behoeve van volledig privaat gefinancierde instellingen, bedoeld in artikel 4, tweede lid, van de WEZ, alsmede ten behoeve van sociaalwoningen van psychiatrische ziekenhuizen, overige instellingen voor kleinschalige woonvormen (12 mensen of minder per postcode), centrale bureaus en initiatieven in het kader van extramuralisering van de zorg.

Voornemens voor verdere vervolgstappen zullen steeds voor een uitvoeringstoets worden voorgelegd aan de betrokken ZBO's en, via de voorhangprocedure, worden voorgelegd aan de Tweede Kamer.

Het CBZ doet in zijn uitvoeringstoets een alternatief voorstel voor de deregulering en modernisering van het bouwregime. Dit alternatief komt neer op het u door het CBZ begin juni 2001 vlak voor ons hoofdlijnen debat over de WEZ toegezonden voorstel «Sturen met het LTHP». De kern van dat voorstel is de meldingsregeling geleidelijk uit te breiden onder gelijktijdige opwaardering van het langetermijnhuisvestingsplan (LTHP), zoals een zorginstelling dat moet maken. Bedacht moet worden dat dit voorstel een blijvende directe of indirecte toetsing impliceert van alle bouwinitiatieven en derhalve in bepaalde opzichten eerdere deregulering

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

(meldingsregeling 1996) terugdraait. Gelet op enkele positieve mogelijkheden in de aanloop naar de WEZ heb ik desalniettemin in het hoofdlijnen debat over de WEZ aangegeven, de aanpak voor de sector ziekenhuizen bespreekbaar te achten. Vervolgens heb ik aan het CBZ bericht dit als pilot in de sector ziekenhuizen te willen zien. Van een serieus alternatief voor de WEZ is hier evenwel geen sprake. Waar onder de WZV een meldingsregeling een serieuze deregulerende betekende in verband met het wettelijk verbod op het bouwen zonder vergunning, is dit niet het geval onder de WEZ. Immers, de WEZ gaat uit van het principe dat alleen bij algemene maatregel van bestuur aangewezen categorieën van instellingen en daarbij aangewezen vormen van bouw onder het bouwregime vallen. Dit betekent dus dat een verdere deregulerende dan onder de WZV mogelijk is. Het gaat in onze ogen niet aan deze mogelijkheid van de WEZ niet te benutten, ja zelfs, zoals het CBZ voorstelt, een verzwaring in de meldingsprocedure aan te brengen door naast de formele ook enkele inhoudelijke vereisten te stellen aan de melding.

Voor zover bij enkele fracties de indruk mocht bestaan dat het CBZ met zijn stellingname over de WEZ daarvoor een reëel alternatief heeft gepresenteerd, wijst het vorenstaande wel uit dat dit niet het geval is. De CBZ-voorstellen leiden niet tot betekenisvolle deregulerende.

Tijdens het hoofdlijnen debat is het al gezegd en in de nota naar aanleiding van het verslag hebben wij het opgeschreven: het is niet verantwoord door te gaan met de WZV en te proberen deze wet met veel kunst- en vliegwerk en juridische hoogstandjes zo toe te passen dat die wet toch nog bijdraagt aan onze beleidsdoelen.

Algemeen

De leden van de VVD-fractie waren van mening dat de WEZ op dit moment onvoldoende aanknopingspunten biedt om de door deze leden zo gewenste deregulerende van de aanbodzijde in de gezondheidszorg daadwerkelijk mogelijk te maken. Deze leden menen dat deze wet te breed is omdat naast de bouw van zorginstellingen de WEZ ook de zorgsector regelt als er niet gebouwd hoeft te worden. De leden van deze fractie vroegen zich ten eerste af waarom is gekozen voor een exploitatie-toestemming en of er niet volstaan kan worden met een exploitatiemelding.

Dat de WEZ onvoldoende aanknopingspunten biedt voor deregulerende bestrijden wij ten ene male. In paragraaf 8 van de memorie van toelichting staat uitgebreid beschreven welke deregulerende wordt bereikt bij de inwerkingtreding van de WEZ en op welke gebieden daarna deregulerende stappen gezet kunnen worden onder de WEZ, zonder daarvoor de wet te hoeven wijzigen. De WEZ is ontworpen om te kunnen deregulerende, het gaat dan ook niet aan te zeggen dat de WEZ daarvoor onvoldoende aanknopingspunten biedt. Toegegeven kan worden dat WEZ meer regelt dan alleen de bouw. Daar hebben wij ook goede redenen voor. Door het toelatingssysteem ingevolge de Ziekenfondswet en AWBZ om te bouwen tot een exploitatiestoestemmingssysteem zoals thans in de WEZ voorzien, kunnen een aantal problemen worden aangepakt waar onder de huidige wetgeving geen of nauwelijks mogelijkheden voor bestaan. Wij noemen hier de eisen aan de bestuursstructuur en de ordelijkheid en controleerbaarheid van de bedrijfsvoering opdat de instellingen zich optimaal transparant maken. Als tweede noemen wij de mogelijkheden die de WEZ biedt om ongewenste herallocatie van zorgfuncties (bijvoorbeeld op het gebied van de spoedeisende zorg) tegen te gaan. Indien de toestemming alleen een melding zou worden, zouden geen eisen kunnen worden gesteld om

te voorkomen dat bepaalde vormen van zorg in bepaalde gebieden onvoldoende bereikbaar worden.

De leden van de VVD-fractie waren van mening dat de overheid met de WEZ, naast de rol van regisseur, de hoofdrol krijgt. Zij meenden dat de WEZ nu eerder lijkt te leiden tot een versterking van het centrale aanbod dan tot een verzwakking en dat kan niet de bedoeling zijn, aldus deze leden. Bovendien, zo vonden deze leden, frustreert de WEZ de discussie over een nieuw zorgstelsel. In deze discussie staat de zorgvraag van de patiënt centraal en niet de rol van de overheid. Hoe verhoudt zich het een tot het ander, zo wilden deze leden weten.

De WEZ begeleidt de overstap van een systeem van centrale aanbodssturing naar een systeem van decentrale vraaggerichte sturing. De rol van de centrale overheid zal dan ook geleidelijk kleiner worden naarmate de partijen in het veld beter toegerust raken en in staat blijken te zijn de speelruimte die zij krijgen (bijvoorbeeld door opheffing van de contracteerplicht) op een verantwoorde wijze op te pakken. Wij bestrijden dan ook dat met de WEZ de overheid de hoofdrol krijgt of houdt. Daar waar bijvoorbeeld het beleidskader globaler zal worden omschreven, de exploitatietoestemming minder gedetailleerd zal worden en minder categorieën van instellingen en vormen van bouw onder het bouwregime vallen, neemt de rol van de overheid automatisch af en die van de partijen in het veld navenant toe. Dit spoort geheel met de gedachte de zorgvraag van de klant centraal te stellen. Wij vermogen dan ook niet in te zien hoe de WEZ de stelseldiscussie zou belemmeren.

Mogelijk duiden deze leden er op dat met de WEZ niet in één keer het grootste deel van de huidige regelgeving vervalft. Naast een aantal dereguleringen bij de start, waar wij bij de beantwoording op uw vraag over de reikwijdte van de WEZ verder op in zullen gaan, biedt de WEZ het kader voor gefaseerde deregulering en overdracht van verantwoordelijkheden aan aanbieders en verzekeraars. In het debat dat wij bij de begrotingsbehandeling hierover met de Tweede Kamer hebben gevoerd is er op aangedrongen om stappen te zetten, maar dit wel in een zodanig tempo te doen dat partijen die veranderingen goed op kunnen vangen. Vanuit de fractie van de VVD is daarbij aangegeven dat al te onverhoedse deregulering tot wanordelijke situaties kan leiden die het beeld oproepen dat «verzekeraars het niet aankunnen».

De leden van de VVD-fractie vroegen of wij hun opvatting delen dat de WEZ een overgangsmaatregel is en of wij bereid zijn dit in de WEZ vast te leggen.

De WEZ faciliteert de overgang van een centraal aanbodgestuurd naar een decentraal vraaggericht systeem. Deze gedachte ligt vast in de considerans van de WEZ.

De leden van de VVD-fractie vroegen of wij, gelet op het SER-advies omtrent een nieuw stelsel, kunnen aangeven hoe wij denken over de verantwoordelijkheid van de overheid ten aanzien van de doelmatigheid van de sector en de vraagsturing.

In de nota «Vraag aan bod» heeft het kabinet zijn standpunt neergelegd over de hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel. Deze vernieuwing loopt langs twee sporen. Het eerste spoor leidt door invoering van meer marktwerking tot een doelmatiger en meer op de wensen van de cliënt gerichte sturing van de zorg. Het tweede spoor betreft de invoering van een basisverzekering curatieve zorg met acceptatieplicht en zorgplicht voor de verzekeraar. De overheid is en blijft verantwoordelijk voor het borgen van de publieke belangen als de toegankelijkheid van de zorg (en de verzekering), de kwaliteit van de (geleverde) zorg en de doelmatige en

rechtmatige uitvoering. Het realiseren van die belangen ligt in handen van marktpartijen, de zorgaanbieders c.q.- instellingen en de zorgverzekeraars. Door middel van toezicht stelt de overheid vast of de doelstellingen zijn gerealiseerd en grijpt zij zondig in. De verantwoordelijkheid van de overheid ligt zowel in het bieden van kaders en het leveren van instrumenten waarbinnen en waarmee de zorgaanbieders/-instellingen en de zorgverzekeraars hun taken en verantwoordelijkheden kunnen realiseren als in het organiseren van voldoende toezicht. Met name de nieuwe verzekeringswetgeving biedt heldere kaders voor het borgen van de toegankelijkheid (acceptatieplicht en zorgplicht), een doelmatige en rechtmatige uitvoering. Een doelmatige uitvoering die bovendien bevordert wordt door de marktwerking; op de deelmarkten van zorg waar aanbieders van zorg met elkaar concurreren om de gunst van de cliënt en op de verzekeringsmarkt waar de zorgverzekeraars met elkaar concurreren om de gunst van de verzekerden. De keuze van het kabinet in de nota «*Vraag aan bod*» voor een publiekrechtelijke verzekering met private uitvoerders koppelt de zekerheden van toegankelijkheid en solidariteit aan vrijheid van partijen om in een competitieve omgeving doelmatig uitvoering te geven aan het taken en daarover publiekelijk verantwoording af te leggen. Hierin onderscheidt het kabinetsvoorstel zich van het SER-advies dat uitgaat van volledige private verzekering met publieke randvoorwaarden. Een dergelijke vormgeving van de zorgverzekering bergt, naar de mening van het kabinet, risico's in zich ten aanzien van de houdbaarheid en handhaafbaarheid van het verzekeringsstelsel in verband met Europese regelgeving en dus ook voor het kunnen waarborgen van de publieke belangen.

De fractieleden van de VVD vroegen hoe meer vraaggerichte zorg zich verhoudt tot een financieel beleidskader waaraan het CVZ de exploitatie-toestemmingen moet toetsen en hoe wordt voorkomen dat een financieel toetsingskader vraagsturing belemmert?

Wij zijn van mening dat een financieel toetsingskader en vraagsturing elkaar bepaald niet hoeven te bijten. Zoals wij in de nota naar aanleiding van het verslag reeds aangaven zal het kabinet voor de taak staan om op verantwoorde wijze beheersing van de uitgaven zo nauwkeurig mogelijk af te stemmen op de feitelijke veranderingen in de verantwoordelijkheidsverdeling die zich in de zorgsector voltrekken. Wij noemden als voorbeeld van aanbod afstemmen op vraag dat het kabinet twee maal per jaar bekijkt of extra geld beschikbaar kan worden gesteld met het oog op onze inspanning om wachttijden in de zorg tot een aanvaardbaar niveau terug te dringen. De toename van de flexibiliteit van het afstemmen van aanbod op vraag zal eerst goed te zien zijn bij het jaarlijks vast te stellen financiële kader waaraan het CVZ initiatieven zonder bouw toetst op hun exploitatiegevolgen. Daar is immers het eerst te verwachten dat verzekeraars en aanbieders zelf invulling kunnen geven aan hun verantwoordelijkheid om voldoende zorg voor de verzekerden tot stand te brengen en dat op een beheerste en niet verspillende wijze te doen.

De leden van de VVD-fractie vroegen in welk opzicht de reikwijdte van de WEZ beperkter is dan die van de WZV.

Wij wijzen de leden van de VVD-fractie erop dat deze vraag in de nota naar aanleiding van het verslag ruimschoots aan bod is gekomen. In paragraaf 13 zijn wij uitvoerig ingegaan op de vraag in welk opzicht de reikwijdte van de WEZ beperkter is dan die van de WZV. Kort samengevat komt het op het volgende neer. De reikwijdte van de WEZ betreft de instellingen die zorg verlenen ten laste van de AWBZ of Ziekenfondswet, met daaraan toegevoegd twee extra categorieën instellingen, te weten, de privaat gefinancierde ziekenhuizen en ZBC's. De WEZ voegt als het ware

de huidige toelating ingevolge de AWBZ en de Ziekenfondswet samen tot één document: de exploitatietoestemming. De WZV is van toepassing op alle ziekenhuisvoorzieningen die bouwen ongeacht of zij zorg verlenen die ten laste van de collectieve middelen wordt gefinancierd. Dus ook voor louter privaat gefinancierde zorg is onder de WZV een vergunning vereist. De volledig privaat gefinancierde zorg, met uitzondering van de privaat gefinancierde ziekenhuizen en ZBC's valt niet meer onder de reikwijdte van de WEZ.

De reikwijdte van de WEZ is gelijk getrokken met de huidige reikwijdte van de AWBZ en Ziekenfondswet. Deze reikwijdte is een stuk beperkter dan de reikwijdte van de WZV. Daarbij komt nog eens dat het bouwregime een nog beperktere reikwijdte heeft. Dit is ook tot uitdrukking gebracht in het gehanteerde principe: de WZV gaat uit van een vergunningsplicht tenzij een uitzondering is aangewezen; de WEZ gaat uit van géén vergunningsplicht, tenzij aangewezen.

Een duidelijk kleiner aantal categorieën instellingen heeft toestemming van de Minister nodig om te kunnen bouwen. Het ligt in het voornemen om direct bij de inwerkingtreding van de wet een aantal categorieën bouw niet onder het bouwregime te laten vallen. In de inleiding zijn wij hier al nader op ingegaan. Ook voor bepaalde vormen van bouw is straks geen toestemming meer nodig van de minister, zoals de instandhoudingbouw bij ziekenhuizen, voor zover dit binnen de opgebouwde trekkingrechten valt. Beoogd wordt om vervolgens de categorieën die buiten het bouwregime vallen, uit te breiden.

De leden van de VVD-fractie vroegen wie de behoefte heeft «invloed uit te kunnen oefenen op beslissingen van instellingen die niet primair met de harde infrastructuur te maken hebben, maar veeleer met het exploiteren van instellingen en de manier waarop zij het zorgaanbod organiseren» en waarom deze behoefte er is.

Wij brengen hier in herinnering dat in de afgelopen periode op initiatief van verschillende fracties in de Tweede Kamer en vaak gevoed vanuit lokale groeperingen, veelvuldig van gedachten is gewisseld over de (on)mogelijkheden voor de overheid om invloed uit te oefenen op beslissingen van instellingen (vooral ziekenhuizen) met betrekking tot concentraties, opheffing van locaties en dergelijke. Dergelijke beslissingen van instellingen hebben niet primair met de harde infrastructuur te maken (dus met het gebouw), maar met de vraag hoe het zorgaanbod het beste georganiseerd kan worden. De discussies in de Kamer werden gevoerd vanuit een breed gevoelde bezorgdheid over mogelijk onvoldoende bereikbaarheid van in het bijzonder spoedeisende zorg. Herhaalde malen is vanuit de kant van het kabinet, alsook vanuit de kant van de Kamer gezocht en gevraagd naar mogelijkheden in de huidige wetgeving daar enige vorm en richting aan te geven. Hieruit mogen wij toch wel gevoeglijk afleiden dat er een breed levende behoefte is dat de overheid zonodig invloed kan uitoefenen op de exploitatie van instellingen, zeker daar waar mogelijk de bereikbaarheid in het geding is.

De leden van de VVD-fractie vroegen ons of wij hun mening delen dat de op p.11/12 genoemde criteria arbitrair zijn.

Wij delen deze mening niet. Met de criteria wordt op een gepaste wijze invulling gegeven aan de bestuurlijke opvatting dat de rijksoverheid zoveel mogelijk ruimte creëert voor partijen in het veld om zelf de aansluiting te vinden tussen vraag en aanbod. De overheid stelt daarbij over de lijn van de WEZ eisen aan spelers en speelveld in termen van maatschappelijke wenselijkheid, financiële haalbaarheid en bedrijfsvoeringtechnische transparantie. Deze eisen gelden zowel in een systeem van institu-

tioneel omschreven aanspraken als in een systeem van functiegerichte aanspraken.

De leden van de VVD-fractie vroegen in hoeverre de stelling dat bij particuliere verzekeringen er geen sprake is van een bij de verzekeraar rustende zorgplicht houdbaar is in het licht van een stelsel­discussie waar­binnen wordt gesproken over acceptatieplicht voor een standaardpolis en verzekerings­plicht voor een basispolis.

Bij de bestaande particuliere verzekeringen is inderdaad geen sprake van een bij de verzekeraar rustende zorgplicht. In de stelsel­discussie wordt niet gesproken over een particuliere verzekering, maar over een algemene van rechtswege verzekering. Bij deze sociale verzekering zijn de verze­kerden al van rechtswege verzekerd, maar moeten ze zich nog wel laten inschrijven bij de zorgverzekeraar, die tot taak heeft te voorzien in de zorg. Deze zorgverzekeraar moet de verzekerde, die zich bij hem wil laten inschrijven, ook daadwerkelijk inschrijven (acceptatieplicht). De verze­kerde kan hierna zijn recht op zorgprestaties geldend maken. Die zorg­prestaties zijn in de wet vastgelegd. In de aanpak zoals geschetst in «Vraag aan bod» komt derhalve geen standaardpolis tot stand, noch een basispolis.

De leden van de VVD-fractie vroegen op welke wijze de flexibiliteit van de WEZ aansluit op de flexibiliteit van de WTG.

De WTG en de WEZ moeten samenhangend worden ingezet. Daarom gaan wij bij elk relevant beleidsvoornemen na hoe deze twee instru­menten in samenhang moeten worden gezien, waarbij, kort samengevat, de WTG de manier regelt waarop prijzen in de zorg tot stand komen en de WEZ de spelregels geeft rondom het verkrijgen van exploitatie­toestemmingen door zorginstellingen. Bij een verandering op het gebied van de WEZ zal per concreet geval worden onderzocht hoe dit samen­hangt met de WTG en omgekeerd.

Voorts vroegen de leden van de VVD-fractie uit te leggen hoe het verschil in behandeling tussen een PGB-zorgleverancier en een PVB-leverancier zich verhoudt in het kader van een voor de WEZ benodigde exploitatiever­gunning.

Bij de modernisering van de AWBZ wordt een onderscheid gemaakt tussen PGB en zorg in natura. Na indicatie kan iemand kiezen zijn zorg te consumeren in de vorm van een PGB of in de vorm van natura-zorg. Iemand die kiest voor een PGB krijgt een budget uitgekeerd en kiest er daarbij nadrukkelijk voor om zelf financieel en inhoudelijk verantwoorde­lijk te zijn voor zijn zorginkoop. Hij kan zich wenden tot alle aanbieders die kunnen leveren wat hij vraagt, ongeacht of die aanbieder een exploitatie­toestemming heeft of niet. Daarbij zal het overigens veelvuldig gaan om personen en niet om instellingen. Iemand die kiest voor zorg in natura krijgt geen budget en koopt ook niet zelf zorg in. Hij maakt gebruik van de zorg die de verzekeraar/het zorgkantoor heeft ingekocht. Voor de verzekeraar/het zorgkantoor geldt dat deze slechts zorg kan inkopen bij aanbieders die beschikken over een exploitatietoestemming. Op de reden voor het stellen van een exploitatietoestemming is hiervoor reeds inge­gaan.

In het natura-systeem geldt vervolgens op het punt van de bekostiging dat in de toekomst een aanbieder slechts betaald krijgt voor wat hij daadwer­kelijk aan zorg heeft geleverd. Net als in het PGB-systeem wordt dus ook in het natura-systeem de zorg op termijn persoonsvolgend bekostigd (PVB).

De VVD-fractie merkte op dat over de rol van het zorgkantoor op dit moment de nodige discussie bestaat en dat in de WEZ het zorgkantoor een rol van belang te vervullen heeft. In de stelsel­discussie staat de rol van het zorgkantoor ter discussie en wordt voorgesteld het zorgkantoor te vervangen door zorgverzekeraars, aldus deze fractie. Deze leden vroegen of wij kunnen aangeven hoe wij in de nabije toekomst de rol van het zorgkantoor zien, hoe de WEZ zich op dit punt verhoudt tot de stelsel­discussie en of ook hier de WEZ niet vooruit loopt op de uitkomsten van de stelsel­discussie.

De WEZ loopt ook wat betreft de rol van de zorgkantoren niet vooruit op de uitkomsten van de stelsel­discussie. De voorgestelde wettekst gebruikt niet de term «zorgkantoor», maar de term «uitvoeringsorgaan» onder verwijzing naar de definitie daarvan in de Ziekenfondswet. De WEZ legt derhalve geen taken vast voor zorgkantoren. Wel is het zo dat ingevolge onder meer het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering de zorgkantoren thans, via mandaatconstructies, een belangrijke rol spelen bij de uitvoering van de AWBZ. Mocht op enig moment besloten worden dat daarin verandering moet komen, dan verhindert de WEZ dat op geen enkele wijze.

De leden van de VVD-fractie vroegen wat bedoeld werd met de zinsnede «Bij doelmatigheid gaat het er om dat toegankelijkheid en kwaliteit worden bereikt met niet meer middelen dan noodzakelijk», en in hoeverre deze definitie afwijkt van die in de Kwaliteitswet zorginstellingen en wat de reden daarvan is.

Het begrip doelmatigheid wordt in het algemeen gebruikt om aan te geven dat er een optimale verhouding moet zijn tussen de ingezette middelen (bijvoorbeeld in de vorm van geld, personeel, tijd, apparatuur, materiaal) en de daarmee bereikte resultaten. De zorg moet toegankelijk zijn en van goede kwaliteit. Het is in onze ogen evident dat dit niet meer zou mogen kosten dan nodig is. Het gaat dus om het voorkomen van verspilling. De Kwaliteitswet zorginstellingen gebruikt op deze wijze het woord doelmatigheid in de definitie van het begrip «verantwoorde zorg».

Voorts vroegen deze leden hoe de noodzakelijke overcapaciteit in de zin van de Ziekenfondswet en AWBZ vanwege de keuzevrijheid van de patiënt zich verhoudt tot de geformuleerde definitie van doelmatigheid.

Zoals wij hiervoor al aangaven gaat het om het zonder verspilling van middelen bereiken van toegankelijkheid en kwaliteit. Mocht blijken dat een zekere overcapaciteit noodzakelijk is om de vereiste toegankelijkheid en kwaliteit te waarborgen, dan zijn de middelen die daarmee gepaard gaan natuurlijk niet noodzakelijkerwijs verspild.

Het verheugt ons dat de leden van de fractie van GroenLinks de beweging richting vraagsturing in de gezondheidszorg ondersteunen, evenals de deelmarktbenadering waar het kabinet voor pleit. De leden van de GroenLinks fractie vroegen zich echter af of het wetsvoorstel WEZ niet vooruitloopt op de resultaten van die deelmarktanalyses met name omdat nog geen analyse is gemaakt van de (on-)mogelijkheden van vraagsturing voor de sectoren ziekenhuiszorg en verpleeghuiszorg en de planning van grootschalige infrastructuur.

Voorts leeft, zo maken wij uit de inbreng op, bij de fractie van GroenLinks nadrukkelijk de wens om bij de discussie over het wetsvoorstel WEZ ook de herziening van het verzekeringssysteem als zodanig te betrekken.

Een en ander komt tot uitdrukking in de vraag aan het kabinet om zich nader uit te spreken over:

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

In de door het kabinet voorgestane en inmiddels ingezette omslag van centrale aanbodsturing naar een systeem van decentrale vraagsturing in de zorgsector kiest het kabinet ervoor om voor de realisatie van de publieke belangen private partijen in te schakelen. Deze te borgen publieke belangen zijn de kwaliteit van de geleverde zorg, de toegankelijkheid tot de zorg en een doelmatige uitvoering ten behoeve van een beheerste kostenontwikkeling. Het realiseren van die publieke belangen ligt in een systeem van decentrale vraagsturing dus in handen van marktpartijen, zorgaanbieders/-instellingen en zorgverzekeraars.

De leden van de fractie van GroenLinks vroegen voorts of het wetsontwerp in een behoefte voorziet, omdat voor hen niet bij voorbaat vaststaat dat verdergaande deregulering niet meer mogelijk is binnen de huidige wetgeving.

Uiteraard is met de huidige WZV deregulering mogelijk. Dit gebeurt nu al door kleinschalige voorzieningen onder de wet uit te halen. Maar de wet laat geen ruimte tussen alles of niets. Zowel bij de vergunning als bij de melding vindt toetsing plaats.

De WEZ maakt het mogelijk om per categorie van instellingen de voor het bouwregime relevante vorm van bouw aan te geven. Anders gezegd: de WEZ biedt meer mogelijkheid voor deregulering op maat. Daarnaast zijn er andere redenen om tot wetsherziening over te gaan. Om een aantal voorbeelden te geven: de WZV gaat uit van het toetsen van aanvragen aan plannen. In de praktijk wordt getoetst aan de beleidsregels op grond van artikel 3. De WEZ sluit hierbij aan door de toetsing aan het beleidskader van artikel 2. De WZV kent de provincies als belangrijkste actor, maar niet de verzekeraars. Deze laatsten krijgen hun plaats in de WEZ. Voorts gaat de WZV ervan uit dat de prioriteit van projecten wordt neergelegd in plannen; in de praktijk fungeert een stelsel van prioriteitstelling. De WEZ neemt dit praktijkgebruik over. Verder gaan met de WZV achten wij niet verantwoord, en daarom is gekozen voor de weg van de WEZ.

De leden van de CDA vroegen de regering nog eens duidelijk maken wanneer en onder welke condities de verzekeraars en aanbieders volledige verantwoordelijkheid zowel financieel als inhoudelijk, zullen verkrijgen. De leden van de CDA-fractie vroegen of zij het goed hebben begrepen dat deze transformatie volledig afhankelijk is van de bereidheid van de overheid zulks te realiseren. De leden van de VVD fractie vroegen hoe de overheidsinvloed tot een minimum kan worden beperkt.

In de nota naar aanleiding van het verslag gaven wij al aan dat de overgang naar meer vraagsturing een dynamisch proces is waarin de feitelijke ontwikkelingen in de verschillende sectoren doorslaggevend zijn voor het moment waarop de overheid weer een stapje terug doet. Voor een dergelijk complex veranderingsproces in de zorg kan geen blauwdruk worden gegeven. De condities voor het verder verruimen van de verschillende verantwoordelijkheden van de veldpartijen zijn opgesomd in hoofdstuk 8.2 van de memorie van toelichting. Deze voorwaarden vereisen een inspanning van overheid en veldpartijen gezamenlijk. Als de situatie in het veld aan de genoemde condities voldoet, is aanpassing van de bijbehorende ruimte in de regelgeving een logische consequentie. Wanneer aan alle voorwaarden wordt voldaan, kan de overheidsinvloed tot een minimum worden beperkt. In die zin is het transformatieproces zeker niet volledig afhankelijk van de bereidheid van de overheid om deze overgang vorm te geven. In dit verband kan worden opgemerkt dat de noodzaak om de verantwoordelijkheden in regelgeving beter af te stemmen op de situatie in de praktijk ook nu al bestaat. Als voorbeeld noemen wij de al in het vorige antwoord genoemde rol van de verzekeraar. Formeel kent de WZV geen enkele rol toe aan de verzekeraar bij de besluitvorming ten

aanzien van investeringen in de bouw van zorginstellingen. De doelstellingen en bepalingen van de WEZ sluiten aan bij de regierol van de verzekeraar die hij in de praktijk al uitoefent.

Uit de considerans en de dereguleringsmogelijkheden die het wetsvoorstel WEZ volgt de richting waarin wij zijn vertrokken; de ingeslagen weg is die van meer vraagsturing. Voor een stevige fundering van de moderniseringstrajecten in de zorg die tot meer vraagsturing moeten leiden, is het van belang dat er bij het opzetten van één van de essentiële peilers niet al onnodige vertraging ontstaat. Om die reden hebben wij geprobeerd tegemoet te komen aan de begrijpelijke behoefte aan meer zekerheid over de nadere uitwerking van het onderhavige wetsvoorstel door een grotere betrokkenheid van het parlement in de tekst van het wetsvoorstel te regelen. Wij hebben bijvoorbeeld bij de eerder ingediende nota van wijziging aan artikel 4 een vijfde lid toegevoegd, op grond waarvan de AMvB inzake het bouwregime bij de beide Kamers der Staten-Generaal wordt voorgehangen. Ook het beleidskader willen wij eerst met de Tweede Kamer bespreken alvorens het voor de eerste maal toe te passen.

De leden van de GroenLinks-fractie vonden het onduidelijk of de zorgverzekeraar ook regisseur zou moeten zijn voor kostbare langetermijninvesteringen. Zij merkten op dat verzekeraars meer macht verwelkomen maar tegelijk aangeven dat ze die primair zullen benutten voor de eigen verzekerden. Zij vroegen of kostbare voorzieningen zoals ziekenhuizen met een levensduur van minstens veertig jaar wel aantrekkelijk zijn voor de verzekeraar. Ook vernamen zij graag hoe wij denken dat verzekeraars in staat zullen zijn «free-riders»-gedrag van concurrerende verzekeraars te voorkomen als zij algemene taken op zich moeten nemen en of wij hier een rol weggelegd zien voor de regiovisie of het beleidskader, bijvoorbeeld door hier juridische verplichtingen voor de verzekeraars uit voort te laten vloeien.

De WEZ ondersteunt een verruiming van bestaande verantwoordelijkheden van verzekeraars die de sociale ziektekostenverzekeringen uitvoeren. De verzekeraar, als zorginkoper en in die zin ook vertegenwoordiger van de zorgvrager, krijgt in een vraaggericht stelsel een meer centrale rol. De taak van de verzekeraar als zorginkoper verandert hierbij niet, maar de invloed van de verzekeraar als countervailing power ten opzichte van de zorgaanbieder wordt in de overgang naar vraagsturing wel steeds groter. Vanuit het perspectief van de instelling bezien betekent deze overgang dat voor de dekking van kapitaal- en exploitatielasten als gevolg van door de instelling geplande investeringen in haar gebouwen steeds minder de kant van de overheid en steeds vaker de kant van de verzekeraar op moet worden gekeken. Door de beperkte reikwijdte van het bouwregime van de WEZ wordt bij de inwerkingtreding van dit voorstel de eigen verantwoordelijkheid van de instelling en de controlerende macht van de verzekeraar al sterk verruimd. Met de leden van de fractie van GroenLinks zijn wij van mening dat nog niet alle beslissingen over grote investeringen in de zorginfrastructuur aan de eigen verantwoordelijkheid van instellingen, gecontroleerd door verzekeraars, kunnen worden overgelaten. In mijn brief van 25 september 2001 aan uw Kamer en in de nota naar aanleiding van het verslag is reeds aangegeven waar en om welke redenen de beoogde deregulering van het bouwregime op dit moment zijn grenzen vindt. Waar de overheid nog wel beslist ten aanzien van investeringen in gebouwen verdient de countervailing power van de verzekeraar echter ook een plek. In de overgang naar vraagsturing past het immers niet dat met goedkeuring van de overheid een kostbare investering plaatsvindt die nog tientallen jaren op de collectieve middelen drukt, terwijl de verzekeraars die de zorg voor hun verzekerden moeten inkopen niet op uitvoering van dat ene plan zaten te wachten en wellicht

aan andere initiatieven de voorkeur hadden willen geven. Met de nog geldende contracteerplicht zijn instellingen er in die situatie immers van verzekerd dat de noodzakelijke investeringen voor hun, door de overheid goedgekeurde, bouwplannen in hun tarief worden verwerkt en via de verzekeraar kunnen worden geïnd. Met de inspraak van de verzekeraars bij de bouwprocedure zoals geregeld in de WEZ wordt de countervailing power van verzekeraar ten opzichte van bouwplannen van instellingen waarover de overheid nog beslist zo optimaal mogelijk vormgegeven. Daarbij is het in de praktijk reeds bestaande systeem van advisering geformaliseerd, waarmee de gezamenlijke verzekeraars zich uitspreken over de wenselijke prioritering van bouwplannen van individuele instellingen.

De fractieleden van GroenLinks merkten op dat verzekeraars een zorgplicht hebben, maar dat tussen het constateren dat daar niet aan voldaan kan worden en het stichten van bijvoorbeeld een nieuw ziekenhuis veel tijd zal verlopen. Ook memoreerden zij dat in het verleden met de toenmalige Wet Voorzieningen Gezondheidszorg getracht is een regionale vorm van planning te realiseren, maar dat dit idee verlaten is. Zij vroegen hoe de overheid haar verantwoordelijkheid voor de spreiding in het WEZ-regime waarmaakt, nu de regiovisie geen juridisch karakter krijgt.

De overheidsverantwoordelijkheid voor de spreiding van het zorgaanbod krijgt gestalte via het beleidskader en de exploitatietoestemming. Het beleidskader bestaat in wezen uit twee onderdelen. Het eerste onderdeel bevat de visie van de minister op een doelmatig, evenwichtig en voor eenieder toegankelijk stelsel van gezondheidszorg. Bij het opstellen hiervan betreft de minister de ontwikkelingen in de gezondheidszorg en de informatie zoals die via de regiovisies tot hem komt. Het tweede onderdeel van het beleidskader bevat de criteria waaraan de aanvragen om exploitatietoestemmingen zullen worden getoetst. Spreidingscriteria zullen hierin hun plaats kunnen krijgen, zoals bijvoorbeeld voor spoedeisende curatieve zorg. De instelling die voor het leveren van dergelijke zorg een exploitatietoestemming heeft verkregen, dient zich dan ook bij het exploiteren van haar instelling te houden aan die spreidingscriteria. Voor het overige zij verwezen naar het antwoord op de vraag van de CDA-fractie over de mogelijkheden van de WEZ en de WZV inzake spreiding.

De leden van de VVD-fractie merkten op dat de stelling dat elementen van centrale aanbodsturing pas verlaten kunnen worden als de mogelijkheden aan de vraagkant toenemen naar hun opvatting uiterst arbitrair is. Zij vroegen of de Minister niet van mening is dat centrale aanbodsturing ook kan verdwijnen als het zorgaanbod exacter is geformuleerd zodat de vrager op transparante wijze kan zien wat het zorgaanbod is.

Alle sectoren van de huidige zorgpraktijk kennen aanwijsbare voorbeelden waar de vormgeving van het zorgaanbod te wensen over laat. Kern van de zo breed gedragen wens om het zorgaanbod meer vraaggericht vorm te geven is dat het vergroten van de invloed aan de vraagkant er voor zal zorgen dat het zorgaanbod beter overeenkomstig de wensen van de gebruiker van die zorg georganiseerd zal worden. Terecht merkt de VVD-fractie op dat een exact geformuleerd en transparant zorgaanbod voor de noodzakelijke verbeteringen een belangrijke voorwaarde is. Een exacter geformuleerd en transparant zorgaanbod zorgt er voor dat prestaties en producten van zorgaanbieders beter met elkaar vergeleken kunnen worden. Het zijn belangrijke doelstellingen van het beleid dat is vastgelegd in de beide moderniseringstrajecten in de zorg. De eisen die op grond van artikelen 6, derde lid, onder c, en 8, eerste lid, onder c, van de WEZ aan instellingen worden gesteld, dragen in belangrijke mate aan de gewenste transparantie bij. Op grond hiervan wordt van de collectief

gefinancierde instellingen in de zorg immers gevraagd dat zij inzichtelijk maken op welke wijze zij hun zorg organiseren en dat hun bedrijfsvoering op een ordelijke en controleerbare manier is vormgegeven. Om de keuzevrijheid van de cliënt verder te kunnen vergroten streeft het kabinet, naast het beter definiëren van het zorgaanbod en het bevorderen van de transparantie, tevens naar een ruimer en meer divers zorgaanbod. Pas dan valt er binnen een goed gedefinieerd en transparant zorgaanbod voor de cliënt ook echt wat te kiezen. Uitgaande van de huidige praktijksituatie en gelet op deze doelstellingen is het in het huidige stelsel nog nodig dat de overheid beschikt over een adequaat instrumentarium om private zorgaanbieders te stimuleren om hun maatschappelijke taak op een vraaggerichte wijze uit te voeren. Daar waar dat nog onvoldoende gebeurt en de werking van de markt nog niet voor de nodige correcties kan zorgen, is het nodig dat de overheid dergelijke instellingen bij kan sturen. In antwoord op de volgende vraag van de VVD-fractie wordt geïllustreerd om welke concrete beleidsdoelstellingen het dan kan gaan. Vertaald naar het instrumentarium van het wetsvoorstel WEZ worden de beleidsdoelstellingen op het terrein van de organisatie van de zorg vastgelegd in het beleidskader en zo nodig geïmplementeerd met gebruikmaking van de exploitatietoestemming.

De leden van de fractie van de VVD vroegen om uitvoerig aan te geven waarom de overheid een taak heeft en behoudt om naar aanleiding van het beleidskader te toetsen aan de poort, waarmee de overheid zich feitelijk een oordeel vormt over de daadwerkelijke zorgverlening. Voorts vroegen zij om aan te geven waarom dit kader door ons essentieel wordt geacht.

In paragraaf 12 van de nota naar aanleiding van het verslag beschreven wij de noodzaak van een vergunningstelsel. Voor de uitvoering van de zorgverlening, een publieke taak, zijn wij in het Nederlandse stelsel afhankelijk van private zorginstellingen. De vergunning (onder de WEZ is dat de exploitatietoestemming) is het centrale document waarmee de beleidsdoelstellingen van de overheid ten aanzien van zorginstellingen gerealiseerd kunnen worden, voor zover dit nog een actieve rol van de rijksoverheid op het niveau van individuele zorginstellingen vergt. Een vergunningstelsel biedt de overheid de mogelijkheid om te beslissen en te bewaken waar dat vanuit de huidige verantwoordelijkheden nog nodig is. Ook gedurende de overgangperiode naar meer vraaggerichte zorg heeft de overheid passende bevoegdheden ten aanzien van zorginstellingen nodig. De overheid heeft vitale belangen te bewaken. Het beleidskader is het centrale document onder de WEZ waarmee de overheid invulling geeft aan haar taak op het gebied van de toegankelijkheid, doelmatigheid en kwaliteit van de zorg. De overheid kan niet dereguleren zonder goed na te denken over de verantwoordelijkheden die zij als overheid heeft, en hoe zij die verantwoordelijkheid dient in te vullen.

Voorop staat dat de instelling die zich als maatschappelijk ondernemer gedraagt conform de gekregen verantwoordelijkheden, de overheid zo min mogelijk op zijn pad vindt. Juist in die gevallen waar verzekeraar en cliënt nog niet in staat zijn om gewenste veranderingen in het zorgaanbod af te dwingen, dient de overheid over een genuanceerd instrumentarium te beschikken waarmee zij de instellingen op hun maatschappelijke verantwoordelijkheid aan kan spreken. Aangezien de beantwoording in de nota naar aanleiding van het verslag, gelet op de vragen in dit nader verslag, naar de mening van de VVD-fractie kennelijk onvoldoende was, wordt de werking van het vergunningstelsel hierna geïllustreerd aan de hand van enkele concrete beleidsdoelstellingen.

In de geestelijke gezondheidszorg bijvoorbeeld wordt gestreefd naar vermaatschappelijking van de zorg. Dit houdt onder meer in dat de zorg zo dicht mogelijk in de woonomgeving van de cliënten wordt aangeboden. Dit proces van vermaatschappelijking is nog niet voltooid. Via het beleidskader kan worden gestuurd op de vermaatschappelijking van de zorg, omdat bij de afgifte van de exploitatietoestemming aan het beleidskader wordt getoetst. Ook is het de taak van de overheid te zorgen voor een goede spreiding en bereikbaarheid van zorg. In antwoord op een eerdere vraag van de VVD-fractie hebben wij in deze nota naar aanleiding van het nader verslag reeds uiteengezet op welke wijze met de WEZ beter een goede spreiding van ziekenhuiszorg bewaakt kan worden.

Als een instelling die verantwoordelijkheid niet waarmaakt, dan hebben wij onder de WEZ betere mogelijkheden om dit aan te pakken dan onder de WZV. De exploitatietoestemming is straks de titel om een instelling in zo'n geval aan te spreken. Desnoods kunnen we, gekoppeld aan die toestemming, maatregelen nemen; bijvoorbeeld een extra voorwaarde aan de toestemming verbinden of, in het uiterste geval, de toestemming intrekken.

Evenzeer kan het de komende tijd nodig zijn om gericht het instrumentarium in te zetten om het zogeheten scheiden van wonen en zorg te bevorderen.

Naarmate het optimale eindplaatje van vraaggerichte zorg dichterbij komt zal de noodzaak om van overheidswege bij te sturen, verminderen. De wijze waarop de instelling zijn zorg georganiseerd heeft zal in dat geval gebaseerd zijn op de behoefte in de zorgmarkt. Het karakter van de vergunningverlening op grond van de WEZ zal vrijwel gereduceerd zijn tot het verlenen van een keurmerk. Instellingen die over een toestemming beschikken hebben aangetoond de aanspraak te kunnen leveren, hebben een transparante structuur en beschikken over een ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering. Verzekeraars en cliënten kunnen hier bij hun keuze binnen het zorgaanbod hun voordeel mee doen.

De leden van de VVD-fractie vroegen naar het juridische karakter van het beleidskader.

Het beleidskader van artikel 2 is niet een «normenstelsel» waar instellingen zich permanent naar hebben te richten. Het ontleent zijn afdwingbare karakter aan zijn functie als toetsingskader bij aanvragen om een exploitatietoestemming; initiatieven die in strijd zijn met het beleidskader, worden niet gehonoreerd. Het kader is overigens niet statisch; het wordt regelmatig bijgewerkt of herzien. Een gewijzigd beleidskader kan aanleiding zijn om op grond van artikel 13, eerste lid, een eerder verleende toestemming in te trekken of daaraan (alsnog) beperkingen te stellen. Het beleidskader als uitdrukking van het publieke belang is dan ook een essentieel instrument bij het waarborgen door de overheid van die belangen, wanneer zij exploitatie-toestemmingen verleent die met het beleidskader in overeenstemming zijn, en toestemmingen weigert, beperkt of intrekt wanneer die het publieke belang dreigen te ondergraven.

De leden van de VVD-fractie vroegen op welke termijn en aan de hand van welke criteria het niet langer de overheid zal zijn die financiële grenzen stelt aan de uitgaven die voortvloeien uit exploitatietoestemmingen en welke waarborgen wij bedoelen als het gaat om het loslaten van financiële kaders. Voorts vroegen deze leden of wij de mening delen dat overheidsinvloed op beheersbaarheid en doelmatig gebruik van financiële middelen geen juiste prikkel is en op welke wijze de WEZ de juiste prikkels introduceert voor doelmatig gebruik van financiële middelen.

De leden van de fractie van GroenLinks vroegen naar de problematiek rond de omvang en aard van de behoefte aan zorg en hoe dit zich verhoudt tot het huidige regeringsstandpunt. In de nota Vraag aan bod heeft het kabinet een toekomstig decentraal sturingsmodel geschetst. In deze visie plaatst de overheid zichzelf meer op afstand; hoeveelheden en prijzen in de zorg zullen meer de uitkomst moeten worden van gereguleerde marktwerking. In de mate waarin marktwerking is gerealiseerd kan de bemoeienis van de overheid met de zorg globaler worden. Deze veranderingen zullen geleidelijk gestalte krijgen, waarbij de agenda voor de komende jaren met name in het teken staat van het scheppen van de condities voor marktwerking. Typerend voor dit proces zijn de grote verschillen in complexiteit tussen de onderscheiden deelmarkten en, daarmee samenhangend, het verschil in tempo van verandering. Het terugtreden van de overheid zal steeds per deelmarkt worden gezien. Een kabinetsbesluit om op een deelmarkt over te gaan tot vraagsturing betekent concreet dat voor die deelmarkt niet langer de overheid hoeveelheden en prijzen vaststelt of nog financiële grenzen stelt aan de uitgaven die voortvloeien uit exploitatietoestemmingen. Dat is een verantwoorde stap wanneer voor die deelmarkt producten zijn gedefinieerd, transparantie ten behoeve van verzekeraars, zorgconsumenten en toezichthouder is gecreëerd, sprake is van een toereikend aanbod en de verzekeraars voldoende expertise hebben opgebouwd om als countervailing power ten opzichte van het aanbod op te treden. In die omstandigheden is de markt een doelmatig en doeltreffend allocatiemechanisme en is aan een noodzakelijke voorwaarde voor betaalbare zorg voldaan. Hoewel het veranderingsproces reeds enige jaren geleden is gestart, en de eerste concrete resultaten bij het scheppen van marktcondities nu worden geboekt, is op dit moment het aanbodinstrumentarium nog grotendeels intact en noodzakelijk voor het beheersen van de zorguitgaven. Naar verwachting kunnen in de komende kabinetsperiode de eerste stappen naar liberalisering van deelmarkten worden gezet. Met alleen doelmatig werkende markten is overigens de betaalbaarheid van de zorg niet voldoende gewaarborgd. Het is mogelijk dat een sterke ontwikkeling van de zorgvraag in een vraaggestuurd stelsel ondanks een realistische raming van de totale zorgvraag, leidt tot een onaanvaardbaar hoog macro-beslag op de collectieve middelen. In dat geval moet worden gezien hoe dit beslag kan worden teruggedrongen, zonder af te doen aan het model van vraagsturing. Macro-budgettaire risico's zullen daarbij worden vermeden. De instrumenten die daarbij dan zullen worden gehanteerd zijn de hoogte van de eigen betalingen, de omvang en samenstelling van het verzekerde pakket en stelselcorrecties, bijvoorbeeld waar sprake is van tekortschietende marktwerking. Dergelijke maatregelen zullen naar verwachting ook doorwerken in de capaciteitsbeslissingen van marktpartijen. In dit stelsel wordt rechtsgelijkheid gewaarborgd door een wettelijke regeling van de zorgaanspraken en een wettelijke zorgplicht van verzekeraars. De risicosolidariteit komt naar voren in het verbod op premie-differentiatie voor de basisverzekering en de vereveningssystematiek als onderdeel van de financiering van verzekeraars.

De leden van de CDA-fractie hebben over het dummybeleidskader een aantal zeer specifieke inhoudelijke vragen gesteld welke tot doel hadden meer duidelijkheid te verkrijgen over de wijze waarop de overheid enerzijds haar kerntaken zou kunnen realiseren en anderzijds partijen meer verantwoordelijkheid zou toekennen in de opmaat naar een vraaggestuurd systeem. Deze leden hebben aangegeven te betreuren dat wij op dit punt niet alle vragen van het CDA hebben beantwoord.

Wij zijn in de beantwoording zo zorgvuldig mogelijk te werk gegaan. Het is ons niet duidelijk op welke vragen de fractie van het CDA hier doelt. Wij

hebben de vragen over de dummy beantwoord om duidelijkheid te geven over de werking van het beleidskader.

De leden van de CDA-fractie vroegen voorts onze toezegging zo snel mogelijk de uitkomst van de uitvoeringstoetsen op de dummy van het beleidskader te mogen vernemen, zodat daarna het debat over de WEZ voortgezet zou kunnen worden. Zij vroegen dit vanwege hun behoefte te kunnen beoordelen of de WEZ daadwerkelijk een bijdrage kan leveren aan de omslag naar vraaggestuurde zorg.

Wij hebben er alle begrip voor dat er behoefte bestaat te beoordelen of de WEZ en het instrumentarium dat daarin is voorzien, ook echt zal bijdragen aan een meer vraaggerichte sturing in de zorg. Wij zien echter niet in waarom deze behoefte ertoe zou moeten leiden dat de verdere behandeling van dit wetsvoorstel wordt opgeschort tot het moment dat de betrokken Colleges hun uitvoeringstoets gereed hebben. Hun is met name gevraagd of de criteria in het beleidskader voldoende concreet zijn om aanvragen aan te kunnen toetsen en of er voldoende aansluiting is tussen de criteria in het beleidskader en de voornemens omtrent het bouwregime.

Gelet op het instrumentele karakter van de uitvoeringstoetsen zullen de resultaten daarvan dan ook niet de informatie bevatten waaraan de leden van het CDA blijk geven behoefte te hebben.

De opmerkingen over de gewenste omslag worden evenwel meegenomen bij het opstellen van het eerste definitieve beleidskader zoals dat moet gaan gelden bij de inwerkingtreding van de WEZ. De tekst van de WEZ zelve, alsmede de toelichtingen daarop en het debat dat wij nog zullen voeren bieden in onze ogen voldoende materiaal om te kunnen beoordelen of de WEZ het «in zich heeft» om de omslag naar een vraaggestuurd systeem te faciliteren. Het ligt vervolgens aan de toepassing van het instrumentarium (naast alle overige niet-WEZ-gebonden maatregelen) hoe en in welke tempo de omslag ook feitelijk gemaakt wordt. Overigens kunnen wij ons wel voorstellen dat wij over het beleidskader zoals dat voor de eerste maal bij de inwerkingtreding van de WEZ zou moeten gelden, eerst nog eens met de Kamer spreken.

De leden van de CDA-fractie vroegen nog eens duidelijk te maken op grond van welke gegevens in het beleidskader de raming van de zorgbehoefte tot uitdrukking komt en wat de status is van de adviezen van de diverse organen welke hier een bijdrage leveren (zoals bijv. het CBZ en het Capaciteitsorgaan artsen).

Voor een goed begrip dient de zorgbehoefte als normstelling bij het beoordelen van aanvragen om een exploitatietoestemming en de zorgbehoefte in de zin van herkenbare trends en ontwikkelingen in de zorgvraag van elkaar te worden onderscheiden. In de nota naar aanleiding van het verslag is aangegeven dat centrale vaststelling van de behoefte (als norm) door de overheid niet past in een vraaggericht stelsel. Het blijft uiteraard van belang inzicht in de ontwikkeling van de zorgvraag te hebben, de trends in die ontwikkeling te signaleren en te stimuleren dat instellingen tijdig op die ontwikkelingen inspelen. Deze ontwikkelingen blijven een rol spelen bij het te formuleren beleid en voor het ramen van de financiële consequenties van dit beleid. Zeker als verwacht wordt dat grote investeringen in de bouw van instellingen nodig zijn is het van belang dat de kosten die daarmee gemoeid zullen zijn tijdig geraamd kunnen worden. De inhoud van de adviezen die wij over de verwachte ontwikkelingen in de zorgvraag ontvangen zullen worden meegewogen bij de formulering van het kabinetsbeleid op het terrein van de zorg. Zoals aangegeven in de nota naar aanleiding van het verslag kan wetenschap-

pelijk onderzoek de politiek ondersteunen bij keuzes ten aanzien van het bevorderen van de volksgezondheid.

Of de raming van de zorgbehoefte als zodanig nog herkenbaar in het beleidskader tot uitdrukking komt hangt af van deze politieke keuzen en de mate waarin de verantwoordelijkheden voor het organiseren van de zorg aan het veld zijn overgedragen. Daar waar de keuzemogelijkheden aan de vraagzijde voldoende tot stand gekomen zijn is de overheidsbemoeienis immers tot een minimum beperkt. Ten aanzien van de zeer kostbare en complexe bouwprojecten waarop het bouwregime van de WEZ nog van toepassing zal zijn, zullen er in het eerste beleidskader, maar mogelijk ook op langere termijn, nog criteria worden opgenomen om aanvragen aan te kunnen toetsen. Daarnaast kan de overheid door middel van het beleidskader de instellingen uitnodigen om op gesignaleerde trends en ontwikkelingen in te spelen. Door in het beleidskader dergelijke beleidsmatige wensen te koppelen aan criteria kunnen initiatieven van instellingen die met de gewenste ontwikkelingen in lijn zijn hoger geprioriteerd worden dan andere initiatieven en kunnen zelfs initiatieven die in strijd zijn met de gesignaleerde ontwikkelingen in de zorgvraag worden afgewezen.

Regiovisie

De leden van de CDA-fractie hebben een nadere toelichting gevraagd over de financiële kaderstelling en prioritering van de regiovisie. De leden van de fractie van GroenLinks hebben in dit verband gevraagd of er nieuwe inzichten zijn met betrekking tot het terrein van de spreiding van ziekenhuiszorg. Deze leden vroegen ook of het nu een goede gelegenheid is om de verschillende regiogrenzen door één indeling te vervangen.

De regiovisie is het resultaat van overleg in de regio tussen partijen die betrokken zijn bij zorgverlening in brede zin. De status van het document wordt vooral bepaald door wat de regio er zelf van maakt. Een goed afgewogen en afgestemde regiovisie zal een duidelijker status en meer waarde hebben dan een slecht tot stand gekomen visie. Zoals aangegeven kunnen de partijen in de regio met dit document bijvoorbeeld voor de zorg belangrijke ontwikkelingen en regiospecifieke prioriteiten aangeven. Ook kunnen de partijen afspraken maken hoe de zorg in de regio beter op elkaar kan worden afgestemd. De minister kan deze informatie als input gebruiken voor het financiële kader en de prioritering in het beleidskader. In het antwoord op de vorige vraag van de CDA fractie is reeds geschetst hoe beleidsmatige afwegingen die tot stand komen op basis van signalen uit de praktijk verwerkt kunnen worden in het beleidskader. De ontwikkelingen op het terrein van de spreiding van ziekenhuiszorg brengen mij niet tot nieuwe inzichten met betrekking tot de regiovisie. Wel onderstreept dit onderwerp nogmaals het belang van het regionaal aanpakken van regionale problemen. Het laat zien wat de mogelijkheden zijn van het ontwikkelen van visies op regionaal niveau, zoals ook het IPO dat verwoordt. Op basis van een analyse van de per regio of groep ziekenhuizen geconstateerde knelpunten kan worden gezocht naar specifieke oplossing. Dit is te vergelijken met de door mij voorgestane functie van de regiovisie. Omdat de verzekeraars, maar ook de patiënten, belangrijke stakeholders zijn, is het van belang hen te betrekken bij de ontwikkeling van een plan van aanpak «spreiding en bereikbaarheid ziekenhuiszorg». Dit is niet anders dan bij de totstandkoming van regiovisies. Ook daar is het van belang een ontwikkelrichting in de regio tot stand te brengen met alle stakeholders uit de regio.

Zoals gezegd kunnen partijen de regio zo indelen zoals dat «natuurlijk» het beste past. Dit betekent ook dat wij niet de regiogrenzen willen en kunnen vaststellen.

Financiële aspecten

De leden van de fractie van VVD en GroenLinks vroegen hoe het beleidskader zich verhoudt tot het financiële kader en de mogelijke beperking die uit financiële overwegingen voortvloeit.

Er dient onderscheid te worden gemaakt tussen de instrumenten die de overheid heeft om te zorgen dat er geen overschrijding van het financiële kader plaatsvindt en de wenselijkheid van de inzet van deze instrumenten. Dat er een spanningsveld is tussen enerzijds het hanteren van financiële kaders en anderzijds de wenselijkheid van de inzet van de instrumenten, is duidelijk. Dit spanningsveld is in de huidige situatie reeds aanwezig. Daarom is het van belang dat, zoals in paragraaf 11 in de nota naar aanleiding van het verslag is geschreven, voor alle stadia van het overgangstraject een passend beheersregime voorhanden is.

De leden van de fractie van het CDA meenden dat in paragraaf 11 van de nota naar aanleiding van het verslag nog geen antwoord was gegeven op hun vraag waarom door het toepassen van kwalitatieve criteria (en aldaar genoemde andere maatregelen) niet beter een goede bereikbaarheid en toegankelijkheid kan worden gegarandeerd dan door gebruik te maken van deze WEZ.

Het beleidskader is het document waarin de minister zijn visie neerlegt over een doelmatig, evenwichtig en voor eenieder toegankelijk stelsel van gezondheidszorg. Daarnaast bevat het de criteria waaraan aanvragen voor (wijziging van) een exploitatietoestemming worden getoetst. Blijkens de dummy van het beleidskader worden zowel kwalitatieve als kwantitatieve criteria voorgesteld. In deze zin zijn de beleidsregels ex artikel 3 van de WZV en het beleidskader ingevolge de WEZ vergelijkbaar. Met andere woorden: zowel onder de WEZ als onder de WZV is het mogelijk om zowel kwalitatieve als kwantitatieve als een mix van beide te gebruiken. In de WZV ligt het aangrijpingspunt echter bij de bouw, in de WEZ bij de exploitatie. Daardoor kan onder de WEZ veel beter dan onder de WZV het publieke belang van de bereikbaarheid en toegankelijkheid worden geborgd.

De leden van de fractie van de VVD vroegen in hoeverre wij de zorg over non-financierbaarheid van instellingen delen. Voorts vroegen deze leden en de leden van de CDA-fractie naar de wenselijkheid van een eventuele bruteringsoperatie ten behoeve van onder meer een gelijkwaardige uitgangspositie voor alle instellingen.

De leden van de fractie van GroenLinks hebben een reactie gevraagd over eventueel te verwachten hogere kosten ten gevolge van stijging van de risico's zoals rentelasten en noodzaak tot eigen vermogen.

Er dient onderscheid gemaakt te worden tussen de WEZ en de introductie van marktwerking in de zorg. De WEZ faciliteert de moderniseringstrajecten AWBZ en Curatieve zorg.

Onder de WEZ is het zowel mogelijk dat de infrastructuur (afschrijvingen en rentekosten) door de overheid wordt gefinancierd als dat de infrastructuur (afschrijvingen en rentekosten) integraal in de tarieven die de instellingen vragen worden verwerkt. Verder is het onder de WEZ zowel mogelijk dat er sprake is van overheidsregulering als van marktwerking. De introductie van de WEZ geschiedt budgettair neutraal.

In hoeverre de introductie van marktwerking budgettair neutraal zal kunnen gebeuren is nog onderwerp van studie. Een en ander hangt ook af van hoe de marktwerking vormgegeven zal worden. Voor die sectoren waarin de marktwerking decentralisatie van investeringsbeslissingen impliceert, zal alvorens tot marktwerking kan worden overgegaan, de

solvabiliteitspositie (daarvoor is de hoogte van het eigen vermogen waarvan RAK een onderdeel is van belang) van de zorgaanbieders zodanig moeten zijn dat zij in een concurrerende omgeving kunnen overleven. Ook de concurrentiepositie van bestaande stichtingen ten opzichte van nieuwe toetreders is een punt van aandacht. Deze items worden op dit moment nader uitgewerkt in het kader van «Vraag aan Bod».

Deregulering

De leden van de VVD-fractie vroegen naar onze visie met betrekking tot de dereguleringsvoorstellen van de Commissie De Beer en vroegen zich af of naar aanleiding daarvan op korte termijn verdergaande deregulering mogelijk is.

Ik heb de Commissie De Beer gevraagd onderzoek te doen naar dereguleringsmogelijkheden in de zorgsector. Ik ben verheugd met het rapport dat deze commissie mij op 29 januari jl. heeft aangeboden. Een aantal van de voorgestelde dereguleringsmogelijkheden voor de korte termijn is zeker toepasbaar. Op de aanbeveling m.b.t. het in de wacht zetten van de bouwprioritering na, nemen wij de voorstellen die de commissie doet in de bijlage van de deelgroep bouw voor de korte termijn, graag over. Ik bekijk momenteel op welke manier deze voorstellen met betrekking tot de korte termijn kunnen worden geïmplementeerd.

Het Europese recht

De leden van de VVD-fractie vroegen in hoeverre een vergunningensysteem op basis van het Europees recht noodzakelijk is.

Op basis van het Europese recht is een vergunningensysteem zoals neergelegd in de WEZ niet noodzakelijk. Het Europese recht staat er echter ook niet aan in de weg. Het is kortom een zaak van beleid en politieke keuze.

De leden van de fractie van de VVD vroegen voorts hoe zich het vergunningenstelsel verhoudt tot een systeem van functioneel omschreven zorg.

Het gestelde op pag. 26/27 in de nota naar aanleiding van het voorlopig verslag geldt evenzeer in een systeem waarin de aanspraken functiegericht zijn omschreven.

Winstoogmerk

De leden van de fractie van het CDA vroegen of de regering, mede naar aanleiding van het onlangs verschenen advies van de RVZ, nog eens duidelijk kan maken of de WEZ enige aanpassing behoeft indien het advies van de RVZ inzake profijtelijk zorg verlenen zal worden opgevolgd. De leden van de CDA-fractie wijzen in dit verband op de werkingssfeer van de WEZ waarin onderscheid wordt gemaakt tussen instellingen die al dan niet privaat zijn gefinancierd.

De leden van de VVD-fractie vroegen welke gevolgen dit advies heeft voor de WEZ en of zij er vanuit kunnen gaan dat de minister het verbod op winst uit de WEZ schrapt.

In het kader van de ontwikkeling naar een nieuw stelsel heeft de RVZ in zijn advies «Winst in de gezondheidszorg» gepleit voor een gefaseerde en beheerste verdere introductie van het winstoogmerk. Het kabinet sluit zich graag aan bij deze opvatting. Het proceskarakter van het wetsvoorstel WEZ komt tot uitdrukking in een instrumentarium dat voldoende flexibel is om de veranderingen in het zorgstelsel te ondersteunen. Dit geldt ook

ten aanzien van het per deelmarkt versoepelen van het verbod op winst-oogmerk, zoals de RVZ voorstelt. De systematiek van de WEZ behoeft dan ook geen aanpassing

Door middel van artikel 4, vierde lid, in combinatie met artikel 1, tweede lid, kunnen categorieën van instellingen van het verbod op winst-oogmerk worden uitgezonderd. Ten aanzien van de volledig private zorg merken wij op dat het verbod op winst-oogmerk op deze zorgaanbieders niet van toepassing is. Voor de twee categorieën volledig private zorgaanbieders die binnen de werkingssfeer vallen (de ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra) volgt dat uit de formulering van artikel 4, vierde lid. Derde compartimentzorg en overige volledig privaaf gefinancierde zorg valt niet binnen de werkingssfeer van de WEZ, en derhalve ook niet onder het bepaalde in artikel 4, vierde lid.

De verantwoordelijkheid van de overheid

De leden van de CDA-fractie waren verbaasd over onze mening dat het «geen taak van de overheid is om zelf zorg te dragen voor voldoende zorg». Deze leden wezen daarbij op de rol van de overheid bij het toe te laten aantal studenten geneeskunde, de instroomcapaciteit beroepsopleiding, bij de vaststelling van de budgettaire kaders zorg en de budgettering van ziekenhuizen.

Wij willen op geen enkele wijze afdoen aan de verantwoordelijkheid van de overheid bij het al dan niet bepalen van aantallen opleidingsplaatsen, budgettaire kaders en budgetteringssysteem. Wat wij bedoelden aan te geven is, dat de overheid wel een taak heeft in het faciliteren, ruimte scheppen, accommoderen, stimuleren en instrumenteren opdat er voldoende zorg zal kunnen zijn, maar wat de overheid niet kan is mensen verplichten in de zorg te gaan of blijven werken of een zorginstelling te beginnen of in stand te houden.

De leden van de CDA-fractie vroegen welke mogelijkheden de WEZ biedt boven de WZV om een goede bereikbaarheid van ziekenhuiszorg af te dwingen. Zij nodigden ons uit duidelijk te maken welke (juridische) mogelijkheid de WEZ biedt om ongewenste concentraties van ziekenhuizen, fusies en ontmanteling van ziekenhuizen tegen te gaan.

Ingevolge de WZV (artikel 6, eerste lid) is het verboden een ziekenhuisvoorziening te bouwen (inclusief verbouwen, huren, in gebruik nemen etc.) zonder vergunning van de overheid (in casu het College bouw ziekenhuisvoorzieningen, CBZ). Ook is het verboden een ziekenhuisvoorziening te exploiteren, voor zover ten aanzien daarvan is gehandeld in strijd met het eerstbedoelde verbod. Uitgangspunt van de WZV is dus het gebouw, de harde infrastructuur. Zodra de voorziening gebouwd is, is de vergunning als het ware «uitgewerkt».

De WEZ (artikel 4) kiest de exploitatie van een instelling als vertrekpunt. Een instelling die zorg wil verlenen ten laste van de sociale ziektekostenverzekeringen heeft daarvoor een exploitatietoestemming nodig. De toestemming om een zorginstelling te exploiteren is niet «uitgewerkt» op het moment dat de exploitatie aanvangt, maar blijft gedurende de exploitatie van kracht. Dit verschil tussen WZV en WEZ maakt dat het onder de WEZ juridisch vele malen makkelijker is voor de overheid om ongewenste concentraties, fusies en ontmanteling van ziekenhuizen (of andere zorginstellingen) tegen te gaan. Op welke locatie of locaties een instelling zijn bedrijf wil of mag uitoefenen is immers primair een exploitatievraag, de eventuele huisvestingsconsequenties zijn daarbij uiteraard relevant, maar betreffen in essentie niet méér dan de vraag met welke middelen de instelling zijn bedrijf denkt zo goed mogelijk te kunnen voeren.

Wat betreft de bereikbaarheid biedt de WEZ dus de mogelijkheid om het instrument exploitatietoestemming zo te hanteren, dat instellingen verplicht zijn een wijziging van hun toestemming te vragen alvorens zij een locatie opheffen met het oogmerk de daar geleverde zorg op een andere locatie te concentreren. Voorwaarde daarvoor is dat het beleidskader de nodige criteria bevat op het gebied van bereikbaarheid. Overigens, een instelling die geen gebruik meer wil maken van zijn exploitatietoestemming en deze als het ware «terug» wil geven, kan uiteraard niet gedwongen worden toch te blijven functioneren.

De leden van de CDA-fractie vroegen duidelijk te maken op welke wijze wij een goede bereikbaarheid van zorg willen realiseren, indien de overheid instellingen niet kan dwingen initiatieven te nemen.

De bereikbaarheidsvraag bestaat uit twee componenten: de beschikbaarheid (is het er) en de spreiding (wáár is het). Wat betreft de beschikbaarheid, kan de overheid uiteraard een particuliere persoon of organisatie niet verplichten zorgaanbod een instelling te beginnen of een bepaalde vorm van zorg aan te gaan bieden. Dan gaat het er dus om dat de overheid de condities schept en stimulerend en faciliterend optreedt, opdat het voldoende aantrekkelijk is initiatieven te ontwikkelen en er voldoende capaciteit kan worden gerealiseerd. Wat betreft de spreiding kan de overheid wel enige sturing uitoefenen. Hiervoor gaven wij al aan dat de WEZ hiertoe betere mogelijkheden zal bieden dan de WZV.

Nadere regelgeving op grond van de WEZ

De CDA-fractieleden vroegen of wij hun mening delen dat een definitieve uitspraak over de uitvoerbaarheid van de WEZ pas kan plaatsvinden indien zowel de beleidskaders als bijvoorbeeld de AMvB inzake het bouwregime nader zal zijn uitgewerkt, omdat anders immers het zicht ontbreekt op de zich ontwikkelende praktijk van alle dag.

Wij delen deze mening niet. Het is bepaald niet ongebruikelijk dat wetgeving dient te worden uitgewerkt in algemene maatregelen van bestuur en andere vormen van lagere regelgeving en kaders voor de beleidsuitvoering. Niettemin hebben wij er wel begrip voor dat er aan deze wet relatief meer onzekerheden kleven dan aan een gemiddelde andere wet. Dit heeft alles te maken met het proceskarakter van de wet. Om die reden hebben wij dan al voorzien in een voorhangprocedure bij de AMvB over het bouwregime; ook hebben wij in de brief die wij u op 25 september stuurden er alles aan gedaan om materieel aan te geven hoe de WEZ nader zal worden uitgewerkt. Ook gaven wij hiervoor al aan bereid te zijn eerst te praten over het beleidskader alvorens het bij inwerkingtreding van de WEZ toe te passen.

De leden van de CDA-fractie meenden te moeten constateren dat ondanks de verplichting ex WZV tot het opstellen van een lange-termijn-huisvestingsplan (LTHP) de concentratie van ziekenhuiszorg, met de daaraan verbonden afname van de bereikbaarheid, op vele plaatsen in ons land doorgaat. Zij vroegen of de algemene maatregel van bestuur al is verschenen inzake de verplichting een LTHP in te dienen. Ook vroegen zij welke sanctiemogelijkheden er zijn indien niet wordt voldaan aan de procesvorming zoals beschreven in het LTHP.

De algemene maatregel van bestuur over het LTHP is, met de daarbij behorende nota van toelichting, op 8 januari 2002 gepubliceerd (Stb. 2002, 3). Daarin staat dat WZV-instellingen één maal per vier jaar een LTHP moet indien bij de minister en, in afschift, bij het CBZ. Ingevolge de per 13 september 2001 gewijzigde beleidsregels voor ziekenhuizen ex. artikel

3 WZV (Stcrt. 2001, 175), moet een ziekenhuis ingeval van voorgenomen plannen tot concentratie van zorg of herallocatie van zorg, in zijn LTHP aantonen dat expliciet aandacht is besteed aan vier uitgangspunten. Deze hebben betrekking op de regionale context, de effecten op nabijgelegen ziekenhuizen, de omstandigheden die noodzaken tot functieherverdeling en ten slotte het serieus betrekken van de stakeholders bij de besluitvorming over de voorgenomen plannen. Indien hieraan niet is voldaan en indien met de voorgenomen plannen vergunningplichtige bouw in de zin van de WZV gepaard zou gaan, dan speelt dat een rol bij de beoordeling of voor die bouw een verklaring van behoefte afgegeven moet worden. Indien de voorgenomen plannen niet leiden tot bouw in de zin van de WZV, rest de overheid onder de WZV niet anders dan een dringend beroep op de desbetreffende ziekenhuizen. Hiervoor gaven wij al aan dat de WEZ wel voldoende mogelijkheden bevat. Overigens willen wij hier wijzen op het Zorghandvest voor ziekenhuizen dat door de ziekenhuissector is opgesteld dat op 31 januari 2002 is uitgebracht. Daarin geeft de Nederlandse vereniging van ziekenhuizen (NVZ) aan dat de sector bereid is indien nodig nieuwe ziekenhuisvoorzieningen tot stand te brengen en tevens geen besluiten over concentratie, herallocatie en herverdeling van functies de ziekenhuizen te willen nemen alvorens de stakeholders voldoende te hebben geraadpleegd.

De werkingssfeer van de WEZ

De leden van de fractie van GroenLinks vroegen -met een verwijzing naar de situatie in Engeland- of in het algemeen de groei van het derde compartiment bij schaarste (bijvoorbeeld op het gebied van de arbeidsmarkt) ten koste gaan van de zorg in het eerste en tweede compartiment en welke mogelijkheden resp. instrumenten het kabinet heeft om dit fenomeen te voorkomen? Zij vragen of het niet raadzaam is om hiervoor het instrument van de toelating ook voor instellingen die uitsluitend derde compartimentzorg leveren in stand te houden.

De situatie in Engeland kan niet geheel worden vergeleken met de situatie in Nederland. In de WEZ staat immers bepaald dat ook privaat gefinancierde ziekenhuizen en ZBC's onder de reikwijdte van de WEZ vallen. Het zijn juist deze categorieën instellingen die verantwoordelijk zijn voor de uitholling van het publieke stelsel in Engeland. Wij zijn van mening dat wij met de WEZ een evenwichtig systeem hebben ontwikkeld, waar de spelregels ervoor zorgen dat er plaats is voor zowel collectief gefinancierde zorg als voor privaat gefinancierde zorg, zonder dat het één ten koste gaat van het ander. Op het gebied van de derde compartimentzorg hebben wij geen sturingsmogelijkheden op basis van de WEZ. Dat is ook niet wat wij willen. Wij zijn van mening dat het niet de overheid is die de derde compartimentzorg moet sturen. Deze zorg is volledig privaat gefinancierd en is van een andere aard dan zorg in het eerste en tweede compartiment, waardoor het publieke stelsel niet zal ondergraven. Dit is momenteel ook niet het geval. Wij zijn het met u eens dat schaarste op de arbeidsmarkt een probleem is in de gehele zorgsector. Wij doen er dan ook alles aan dat in onze mogelijkheden ligt om dit probleem het hoofd te bieden.

De lange termijn visie

De leden van de GroenLinks-fractie merkten voorts op dat steeds het uitgangspunt terugkomt dat wij streven naar een eindsituatie waarbij veldpartijen de zorgsector besturen. Naast de fundamentele vraag of dit voor de infrastructuur niet een onvervreembare taak van de overheid zou moeten zijn, vroegen deze leden ook nog naar de helderheid en uitvoerbaarheid van dit wetsvoorstel en naar de financiële consequenties.

Wij hebben de overtuiging dat op zichzelf beschouwd de zorg voor de infrastructuur een onvervreemdbare taak is van de overheid. Hoewel de Raad van State kritisch was over het hem voorgelegde oorspronkelijke voorstel, had hij daar geen bedenkingen bij. De WEZ gaat ervan uit dat de overheid zich vooralsnog bemoeit met beslissingen rondom de gebouwde infrastructuur, zij het dat het uitdrukkelijk de bedoeling is deze bemoeienis geleidelijk verder te doen afnemen. Deze bedoeling is ook weergegeven in de considerans van de WEZ.

Wat betreft de helderheid en uitvoerbaarheid vroeg de GroenLinks-fractie of wij, door te stellen dat de onzekerheid die gepaard gaat met het proceskarakter van de wet geaccepteerd moet worden, niet voorbij aan een essentieel aspect van wetgeving namelijk dat het toekomstbeeld helder moet zijn om overtuigingskracht te hebben.

Wij menen dat het toekomstbeeld van de WEZ helder is, ondanks het feit dat de weg daar naartoe nog met onzekerheden is omgeven. De considerans geeft onomstotelijk de richting aan die wij op willen: decentrale vraaggerichte sturing, waarin de behoeften en gerechtvaardigde wensen van de klant serieus worden genomen en tot hun recht kunnen komen. Onzekerheden over tempo, volgorde en exacte omvang van de te zetten stappen op weg naar die toekomst kunnen niet volledig worden weggenomen, maar wel zo goed mogelijk worden voorzien van procedurele waarborgen opdat ongelukken worden voorkomen.

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