

Vergaderjaar 2003–2004

27 659

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

Nr. 17

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 29 april 2004

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft over de derde nota van wijziging bij bovengenoemd wetsvoorstel ter voorbereiding van de plenaire behandeling nog een aantal vragen ter beantwoording aan de regering voorgelegd.

De regering heeft de vragen bij brief van 29 april 2004 beantwoord. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

Vragen en opmerkingen van de commissie

1. Inleiding

De leden van de CDA-fractie hebben kennis genomen van de derde nota van wijziging betreffende de Wet exploitatie zorginstellingen (WEZ), nu overigens tot de Wet toelating zorginstellingen (WTZ) vernoemd. Alvorens meer specifiek in te gaan op de memorie van toelichting willen deze leden in algemene zin hun commentaar leveren op deze derde nota van wijziging in de context van de eerder gevoerde beraadslagingen, inbrengen en adviezen. Zij nodigen de regering uit ook op dit onderdeel haar mening te geven.

Het is voor de leden van de CDA-fractie moeilijk, zo niet onmogelijk, om op grond van het thans voorliggende wetsvoorstel zich een definitief oordeel te vormen over de uitwerking van de nu gepresenteerde herziening ten opzichte van het aanvankelijk ingediende wetsvoorstel. Wat ontbreekt, is een toelichting op de nu gepresenteerde herziening in het licht van de bezwaren welke door de verschillende fracties bij de behandeling van WEZ in 2001 naar voren zijn gebracht, ofwel op welke wijze komt deze herziening tegemoet aan de bezwaren welke eerder door onder andere de leden van de CDA-fractie naar voren zijn gebracht. De beraadslagingen in 2001 vonden mede plaats op grond van het zogenaamde «dummy beleidskader», waarbij juist aan de hand van een praktische uitwerking de Kamer beter in staat was zich een oordeel te vormen. Deze leden verzoeken de regering dan ook, alvorens dit wetsvoorstel plenair te behandelen, een nieuwe dummy samen te stellen, tenzij de regering van mening is, wat deze leden zich niet kunnen voorstellen, dat ditzelfde (dummy) beleidskader nog van toepassing is. Zij vragen een toezegging op dit punt. Mede gelet op het feit dat dit wetsvoorstel vooral een

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA), Rijpstra (VVD), Lambrechts (D66), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Halsema (GL), Kant (SP), Blok (VVD), voorzitter, Smits (PvdA), Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), Van Oerle-van der Horst (CDA), ondervoorzitter, Vergeer (SP), Vietsch (CDA), Tonkens (GL), Joldersma (CDA), Van Heteren (PvdA), Smilde (CDA), Nawijn (LPF), Van Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van Miltenburg (VVD), Hermans (LPF), Schippers (VVD) en Omtzigt (CDA).

Plv. leden: Rouvoet (CU), Verdaas (PvdA), Griffith (VVD), Bakker (D66), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Vendrik (GL), Gerkens (SP), Veenendaal (VVD), Van Nieuwenhoven (PvdA), Weekers (VVD), Tjon-A-Ten (PvdA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), De Ruiter (SP), Ormel (CDA), Van Gent (GL), Koomen (CDA), Waalkens (PvdA), Mosterd (CDA), Varela (LPF), Bussemaker (PvdA), Heemskerk (PvdA), Oplaat (VVD), Kraneveldt (LPF), Hirsi Ali (VVD) en Eski (CDA).

raamwet of proceswet is, waarbij de inhoud van de nog in te dienen AMvB's pas dan een definitieve beoordeling mogelijk maakt, kan zo'n dummy daarbij van grote waarde zijn.

Nu al willen de leden van de CDA-fractie de regering duidelijk maken dat de nog op te stellen AMvB's ter uitwerking van het voorliggende wetsvoorstel een behandeling in de Tweede Kamer daarvan noodzakelijk maken. Daar waar de Raad van State in 2002 nogal indringende bezwaren had tegen de inhoud van het wetsvoorstel is het de leden van de CDA-fractie niet duidelijk of met deze herziening deze bezwaren zijn weggenomen. Is de regering bereid om de Raad van State nader om advies te vragen of weer te geven op welke punten de regering met deze herziening is tegemoet gekomen aan het advies van de Raad van State?

In algemene zin zijn de leden van de CDA-fractie benieuwd of dit wetsvoorstel is of wordt getoetst op administratieve lasten. Samenvattend zijn deze leden van mening dat het doel dat dit wetsvoorstel beoogd kan worden onderschreven, maar dat er nog te veel onduidelijkheid bestaat over de wijze waarop met deze WtZ dit doel kan worden bereikt. Zij nodigen de regering dan ook uit om aan de hand van de hierboven gestelde vragen en opmerkingen haar opvattingen te verduidelijken.

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de derde nota van wijziging bij het wetsvoorstel betreffende de herziening van het stelsel van overheidsbemoediging met het aanbod van zorginstellingen (Wet exploitatie zorginstellingen). Zij hebben er behoefte aan daarop in te gaan. In het verloop van dit verslag plaatsen zij daarbij een aantal vragen en opmerkingen.

Ook de leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van de derde nota van wijziging. Zij vinden het van groot belang dat de aanbodkant van de zorg wordt gedereguleerd, en dat meer aanbod van zorginstellingen tot stand komt. Zonder een ruim aanbod valt er voor de patiënt weinig te kiezen en komt vraagsturing niet van de grond. Dit wetsvoorstel vervangt centrale sturing door de overheid door meer decentrale vraagsturing door bij zorgverlening betrokken partijen. De kritiek op het oorspronkelijke wetsvoorstel betrof in de ogen van de leden van de VVD-fractie onder andere: het beleidskader, de exploitatietoestemming, de regiovisie en het winstverbod. De leden van de VVD-fractie zijn blij met de inhoudelijke wijzigingen met betrekking tot een aantal van deze kritiekpunten: de exploitatietoestemming wordt vervangen door een toelatingsstelsel, de regiovisie wordt geschrapt, en er komt meer ruimte voor winstoogmerk in het nieuwe voorstel. Toelating in plaats van toestemming maakt dat de rol van de overheid een meer passieve wordt in plaats van een actieve. Het schrappen van regiovisies maakt dat verzekeraars ook echt regisseur van de zorg kunnen worden en dat deze zijn zorginkooptaken beter kunnen vervullen. Datzelfde geldt voor het vervangen van het beleidskader door een tweemaaljaarlijkse zorgvisie. Meer mogelijkheden voor winstoogmerk maakt dat patiënten in de toekomst meer gebruik kunnen maken van de totale capaciteit van instellingen (dus ook van privé-klinieken). Minder blij zijn de leden van de VVD-fractie nog steeds met de gekozen opzet. Deze opzet maakt dat veel nader geregeld moet worden via AMvB's. Hierdoor is niet op voorhand duidelijk hoe de wet zal uitpakken voor de verschillende sectoren in de zorgsector. De derde nota van wijziging heeft ook bij de leden van de VVD-fractie geleid tot vragen. Allereerst valt op dat de derde nota van wijziging niet voor advies naar de Raad van State is gestuurd. Hoe verhoudt zich dit tot de «substantiële» verbeteringen die in de nota van wijziging worden gepresenteerd?

De WTZ is een raamwet waarin kaders voor regelgeving worden aangegeven. Veel invulling van de kaders gebeurt bij AMvB's. Eisen aangaande de bestuursstructuur, toelatingseisen voor ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering, en de categorieën instellingen met winstoogmerk die worden toegelaten worden bij AMvB vastgesteld. Dit maakt het moeilijk om te komen tot een gedegen politiek inhoudelijke afweging. Waarom is voor deze opzet gekozen? Waarom worden deze zaken niet in de wet geregeld, opdat helder en duidelijk voor een ieder is wat de consequenties zijn van deze wet voor de zorgpraktijk? Wordt de sector betrokken bij de totstandkoming van de AMvB's?

De leden van de SP-fractie hebben met interesse de derde nota van wijziging van de WEZ, de toekomstige WTZ, gelezen. Deze leden stellen vast dat in dit wetsvoorstel een duidelijke keuze wordt gemaakt voor meer marktwerking, hetgeen zij vinden een ongewenste ontwikkeling vinden. Zo vrezen zij onder meer dat door de keuze voor meer marktwerking het moeilijker zal worden de zowel maatschappelijk als politiek gewenste kleine basisziekenhuizen, ziekenhuizen op menselijke maat en daarmee een goede bereikbaarheid van ziekenhuiszorg, ook in de toekomst te behouden.

De leden van de SP-fractie stellen vast dat de Raad van State zich over het oorspronkelijke wetsvoorstel zeer kritisch heeft uitgesproken. Het wetsvoorstel zou onvoldoende waarborgen bieden voor een samenhangend zorgaanbod als ook onvoldoende rechtszekerheid voor de instellingen. De Raad van State gaf mede daarom geen positief advies. De leden van de SP-fractie vinden het dan ook noodzakelijk om het vernieuwde wetsvoorstel aan de Raad voor te leggen.

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van de derde nota van wijziging betreffende het onderhavige wetsvoorstel. Zij achten het verhelderend om voortaan over de Wet toelating zorginstellingen te spreken, maar vragen zich wel af of in het spraakgebruik geen verwarring ontstaat met de bestaande Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen. Zij suggereren om de wet daarom af te korten tot WTZi.

Het wetsvoorstel maakt deel uit van een veelomvattend traject van vernieuwing van het zorgstelsel, dat in het teken staat van de overgang van een centraal aanbodgestuurd naar een decentraal vraaggestuurd systeem, oftewel de introductie van meer marktwerking in de zorg. De leden van de ChristenUnie-fractie hebben al eerder te kennen gegeven dit traject kritisch te willen volgen, en hebben dan ook enkele vragen bij deze wetswijziging.

Met belangstelling hebben de leden van de SGP-fractie kennis genomen van de derde nota van wijziging bij het wetsvoorstel Wet exploitatie zorginstellingen. Op verschillende belangrijke onderdelen van het voorstel zijn er wijzigingen voorgesteld waarover deze leden graag meer duidelijkheid ontvangen. In het verloop van dit verslag stellen zij dit aan de orde.

2. Transitie en samenhang

De leden van de CDA-fractie zijn het met de regering eens dat de centrale aanbodsturing is vastgelopen en dat deze plaats moet maken voor gereguleerde marktwerking waarvan invoering deelmarktgewijs zal plaatsvinden. Welke criteria zullen worden gehanteerd, en op welke wijze vindt besluitvorming plaats over het benoemen/aanwijzen van deelmarkten? Ook in de beschrijving van de verschillende markttypen (blz. 9) komt dit niet duidelijk naar voren.

Het aanbod van zorg moet voldoende zijn om gereguleerde marktwerking toe te laten, aldus de regering. Hoe wordt dit bepaald, en is dit een

functiegerichte benadering waarbij niet voorop staat welke aanbieder deze zorg levert? Is de mogelijkheid tot kostenbeheersing het belangrijkste criterium om te worden toegelaten tot een deelmarkt met gereguleerde marktwerking?

Waar mogelijk kan het winstoogmerk worden toegestaan, aldus de regering. Kan de regering duidelijk maken op welke wijze en door wie dit besluit wordt genomen? (blz. 5 en 6).

Voor contracten met uitvoeringsorganen komen alleen instellingen in aanmerking die voldoen aan de wettelijke voorschriften ten aanzien van de spreiding en behoefte op grond van de WZV, aldus de regering. Heeft de regering voldoende rekening gehouden met het feit dat ook de Tijdelijke Verstrekkingen Wet Maatschappelijke Dienstverlening (TVWMD) in de WTZ zal moeten opgaan? Zo ja, waaruit blijkt dit? Wat zijn de wettelijke voorschriften (voor spreiding en behoefte) in de WTZ en op welke wijze is deze afdwingbaar bij monopolisten in bepaalde regio's (bijvoorbeeld ziekenhuizen)? Welke sancties denkt de regering op te leggen indien een monopolist niet aan deze criteria voldoet?

Met de regering zijn de leden van de CDA-fractie van mening dat in een gereguleerde markt prijzen ook een afspiegeling zullen zijn van relatieve schaarste. Onbedoelde prijsstijgingen kunnen het gevolg zijn. Er zal dus ook een verruiming moeten komen van de beschikbare capaciteit, aldus de regering. Wil de regering aangeven welk beleid er door wie moet worden ingezet om de capaciteit te verruimen? Zijn de hiervoor benodigde financiële middelen gebonden aan het door de overheid te bepalen budgettaire kader?

In een meer open systeem nemen bedrijfsrisico's toe, en zullen hogere eisen aan de financiële weerbaarheid van instellingen (hogere reserves) moeten worden gesteld, zo stelt de regering. Deze leden willen graag meer duidelijkheid op dit punt. Wat betekent dit in de praktijk voor wat betreft de te hanteren financiële reserves, en welk bedrag is daarmee gemoeid?

De huidige WTG bevat onvoldoende prijsinstrumenten om de relatie tussen prijs en prestatie meer tot uitdrukking te laten komen. De WTG dient daarom te worden aangepast. Op welke wijze zal dit plaatsvinden? Is dit voor alle sectoren bijvoorbeeld conform een zogenaamde DBC-systeem of ziet de regering andere mogelijkheden? Wanneer zal de aanpassing van de WTG naar de kamer worden verzonden? (blz. 7, 8). De regering onderscheidt een drietal verschillende deelmarkten in de zorg op grond waarvan de budgettering/WTG meer of minder zal worden losgelaten. Per markttype worden enkele voorbeelden genoemd. Hebben de leden van de CDA-fractie goed begrepen dat indeling in deze verscheidene markttypen vooral is ingegeven door de mate waarin op dit moment kostenbeheersing kan plaatsvinden? Kan de regering ook aangeven wat in haar visie de meest wenselijke situatie is waarnaar moet worden gestreefd? Betekent dit dat er beleid moet worden ontwikkeld om uiteindelijk een tweetal markttypen na te streven, bijvoorbeeld type I en III? Wie bepaalt uiteindelijk of en wanneer een zorgmarkt tot type I, II of III behoort? Wat is de rol van de Zorgautoriteit i.o. en de NMa in dit proces? In hoeverre lopen de kerndoelen van de overheid op het gebied van bereikbaarheid, toegankelijkheid en betaalbaarheid parallel met de verdere ontwikkeling van markttypen? Daar waar sprake is van het toelaten van een beroepsgroep uit de eerste lijn tot markttype I wordt daarmee de fysiotherapie bedoeld? Hebben de leden van de CDA-fractie goed begrepen dat in markttype I inderdaad geen vorm van prestatie-bekostiging wordt ingevoerd? Zo ja, betekent dit dat voor de intramurale AWBZ-zorg niet langer wordt gestreefd naar het vervangen van instellingsbekostiging door enigerlei vorm van (outputgerichte) zorg-bekostiging? Hoe verhoudt zich dit tot de uitgangspunten in het kader van de modernisering AWBZ? In hoeverre wordt voor markttype I en II het bouwregime aangepast? (blz. 9 en 10).

De leden van de fractie van de PvdA zien de begrippen «voldoende aanbod» en «zoveel mogelijk ruimte voor verzekeraars» graag nader ingevuld. Wat is de minister precies van plan te ondernemen om te komen tot een verruiming van de beschikbare capaciteit, zowel vanwege de schaarste in het zorgaanbod als ter voorkoming van ongewenste prijsstijgingen? Deze leden zien een uitgebreid antwoord op deze vraag graag tegemoet. Hoe is de «ruimte voor verzekeraars» te rijmen met het geneesmiddelenbeleid, waarbij de ruimte voor verzekeraars om preferentiebeleid te kunnen voeren, ook wanneer apothekers weigeren een contract te sluiten, niet wettelijk wordt geregeld?

Wat wordt precies bedoeld met «waar mogelijk, winstoogmerk kan worden toegestaan»? Waar ziet de regering dit als mogelijkheid? Zou de winst gemaximaliseerd worden? Wordt geregeld dat de winst weer aan de zorg wordt besteed?

Bij selectieve onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorginstellingen, dient in het kader van de zorgplicht van verzekeraars duidelijk te zijn welke grenzen de regering aangeeft voor spreiding en bereikbaarheid (aanbod) van zorg. De leden van de fractie van de PvdA vragen hoe dit vorm wordt gegeven.

Het volledig loslaten van de aanbodsturing in één keer kan leiden tot explosieve kostenstijgingen. De leden van de PvdA-fractie steunen de gefaseerde doorvoering van marktwerking. De WTZ krijgt op deze manier het karakter van een proceswet. Kunt u een overzicht geven waarin het tijdspad van dit proces aangeven wordt en waarbij aangegeven wordt welke wetswijzigingen, wanneer en in welke volgorde zullen plaatsvinden in de verschillende bestaande wetten?

De leden van de fractie van de PvdA vragen hoe ervoor wordt gezorgd dat er voldoende capaciteit is, er geen sprake meer is van aanbodschaarste, voordat bijvoorbeeld de (omgekeerde) contracteerplicht wordt losgelaten. Daar de afschaffing van de contracteerplicht al in een gevorderd stadium is, vragen deze leden hoe de regering in korte tijd denkt zorg te kunnen dragen voor het oplossen van aanbodschaarste en invoering van meer marktconforme bekostiging van instellingen.

Op welke manier is de regering van plan een versteviging van de solvabiliteit van zorginstellingen te verwezenlijken, zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit, de innovativiteit en de continue capaciteitsgroei van het zorgaanbod, denkend ook aan de door de regering aangegeven trend naar kortdurend verblijf en verblijf thuis en naar meer poliklinische behandelingen, en dus de vraag naar (de bouw van) meer poli's?

Welke oplossing draagt de regering aan voor zorginstellingen die ten gevolge van de hogere solvabiliteitseisen van kapitaalverschaffers niet de gewenste financiële middelen tot hun beschikking krijgen gedurende de «overgangperiode»? De leden van de PvdA-fractie denken dan bijvoorbeeld aan de ver- en aanbouw van verzorgingshuizen, waarvan de toekomstige capaciteit wel in de regioplannen is meegenomen of onzekerheid over de inkomsten ten gevolge van de nog onduidelijke uitkomsten van de onderhandelingen van ziekenhuizen met zorgverzekeraars over het vrije segment van de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's).

De leden van de PvdA-fractie vragen welke middelen en instrumenten de Zorgautoriteit i.o. in handen krijgt om in de deelmarkten type II ex-ante te zorgen voor een efficiënte prijsstelling. Waarin zal de methode die de Zorgautoriteit i.o. daarvoor gaat gebruiken verschillen van de werkwijze van de manier waarop het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) de WTG handhaaft? Indien de situatie zal ontstaan van een tegengesteld belang tussen de verantwoordelijkheden van het CTG – hoeder van de tarifiering in de zorg – en de Zorgautoriteit i.o. – hoeder van eerlijke marktwerking – hoe wordt dit dan opgelost? Hoe wordt bij een dergelijke belangenverstremming naar de buitenwacht duidelijk gemaakt of er sprake is geweest van een evenwichtige afweging en een transparant besluitvormingsproces? Op welke manier bereiden de NMa en de Zorg-

autoriteit i.o. zich voor op prijsstijgingen, oneerlijke concurrentie en faillissementen? Welke van deze twee instellingen is van plan om wat te ondernemen als er zich ten gevolge van de gereguleerde concurrentie toch onmatige prijsstijgingen voordoen? Heeft de NMa instrumenten en middelen in handen om faillissement te voorkomen of af te wenden? De leden van de fractie van de PvdA steunen de stelling dat het noodzakelijk is dat de overheid een visie heeft op de publieke belangen van iedere deelmarkt, en de wijze waarop deze belangen in een marktomgeving gewaarborgd zullen worden. Graag horen deze leden wat de visie van de regering in deze is, en hoe ze dit zal bewerkstelligen. De leden van de PvdA-fractie hebben met tevredenheid kennisgenomen van het voornemen van de minister de zorgmarkt onder te verdelen in deelmarkten, en per deelmarkt apart te bekijken welke al dan niet geschikt is om over te gaan op meer marktwerking. Op basis van welke criteria acht de minister de deelmarkt van de hulpmiddelen geschikt om deze tot ontwikkelde deelmarkt te bestempelen (markttype III)? Op welke beroepsgroep uit de eerste lijn doelt de regering wanneer zij aankondigt dat deze mogelijk in 2005 tot markttype III gaat behoren? Hoe gaat de regering controleren of er sprake is van strategisch gedrag – zoals bij voorbeeld kruissubsidiëring – indien een zorgaanbieder zich beweegt op verschillende deelmarkten? De leden van de fractie van de PvdA vragen welk tijdspad wordt gehanteerd ten aanzien van de aanpassing van de verzekeringswetgeving, de WTG en WZV?

De leden van de VVD-fractie zijn blij dat de toestemming uit de WEZ is vervangen door een toelating. Een toelating veronderstelt een meer terughoudende overheid in plaats van een actieve overheid die op verzoek toestemming voor iets geeft. Niet duidelijk is wat deze wijziging precies omhelst. Hoe gaat het WTZ-toelatingsbeleid er concreet uit zien? Welke principiële uitgangspunten liggen ten grondslag aan het nieuwe WTZ-toelatingsbeleid? Wat zijn de juridische gevolgen van dit nieuwe beleid en in welk opzicht vervangt het nieuwe toelatingsbeleid de gedetailleerde regelgeving van de WEZ? Betekent het systeem van toelatingen dat een zorginstelling zonder reactie, binnen een bepaalde termijn, van de overheid deze instelling automatisch wordt toegelaten? Binnen welke termijn dient de overheid uitsluitel te geven over verzoeken tot toelating? Graag een uitgebreide toelichting op dit onderdeel! Niet duidelijk is welke onderdelen van de verschillende zorgsectoren onder de WTZ gaan vallen. Kan de regering schematisch aangeven welke onderdelen allemaal onder de WTZ gaan vallen en waarom, en welke niet en de redenen daarvan? Niet duidelijk is ook wat de rol van verzekeraars en het zorgkantoor in de WTZ zijn. Kan de regering ingaan op de (regie-)rol die zij hebben in het kader van de WTZ? Wat is de toekomstige rol van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen? Wat is de rol van het zorgkantoor in de WTZ ten opzichte van de WEZ? Hoe maakt de minister aan het veld duidelijk wat de gevolgen zijn van de WTZ voor de zorgpraktijk in verschillende deelsectoren als gevolg van de gedifferentieerde benadering? Volgens de WTZ vallen renovatie en vervangende nieuwbouw onder de verantwoordelijkheid van de instelling. Hoe worden beide gefinancierd volgens de WTZ nu het systeem van trekkingsrechten komt te vervallen? Een belangrijke overheidstaak is het bewaken van de toegankelijkheid van de zorg. Niet duidelijk is welk normatief kader hiervoor gaat gelden. Kan worden aangegeven welke normen geformuleerd gaan worden op het niveau van functies, locaties of zorgvormen? Volgens de nieuwe WTZ is het de bedoeling dat de minister per twee jaar zijn visie kenbaar maakt ten aanzien van behoefte- en spreidingscriteria van zorginstellingen. Waarom is gekozen voor een termijn van twee jaar? Is dit niet te vaak, met als gevolg dat om de twee jaar beleidswijzigingen optreden? Waarom kan niet worden volstaan met bijvoorbeeld éénmaal

per tien jaar, mede in het licht van veranderende marktverhoudingen? Wat is de juridische status van deze visie, en waarin onderscheidt zich deze visie van het beleidskader, zoals neergelegd in de WEZ?

Is de WTZ een tijdelijke wet? Zo nee, waarom niet?

Hoe ziet de overgang, in de tijd bezien, van aanbod- naar vraagsturing er volgens de WTZ uit? Op welke momenten worden welke vormen van aanbodsturing losgelaten?

Op basis van welke criteria wordt wanneer en waar in de zorgsector winst-oogmerk toegestaan?

Welke deelmarkten worden thans onderzocht in het kader van de systematische marktanalyse? Zijn er deelmarkten uitgezonderd van dit onderzoek en, zo ja, welke redenen liggen hieraan ten grondslag? Hoe wordt bepaald of sprake is van een «markt» in een bepaalde sector? (blz. 7)

Welk overheidsbeleid gaat de beschikbare capaciteit verruimen? Met hoeveel moet de beschikbare capaciteit per deelsector worden verruimd om de overgang van aanbodsturing naar optimale vraagsturing te bewerkstelligen? (blz. 8)

In een meer open systeem nemen de bedrijfsrisico's toe, en zullen navenant ook hogere eisen aan de financiële weerbaarheid van zorginstellingen worden gesteld. Deze veranderingen vergen tijd. Welke mogelijkheden hebben zorginstellingen om hun financiële weerbaarheid te vergroten als gevolg van de toenemende risico's?

Hebben zorginstellingen volgens de huidige planning voldoende tijd om te voldoen aan de strengere solvabiliteitseisen? Wat is de stand van zaken op dit moment als het gaat om de financierbaarheid van de zorgsector in het licht van de overgang van aanbod- naar vraagsturing?

Kan de regering aangeven hoe instellingen worden gefaciliteerd om hun nieuwe rol in een marktsituatie waar te maken? Hierbij valt te denken aan de noodzaak van een groter eigen vermogen, en bijvoorbeeld de DBC-systematiek waar al dan niet de kapitaallasten in meegenomen worden. Om hoeveel geld gaat het hier naar schatting?

Waar is de indeling in drie deelmarkten op gebaseerd? Zijn deze uitkomst van de systematische marktanalyse? Wat betekent deze indeling voor de toelatingseisen? Hoe zien deze er per deelmarkt uit? Hoe verhouden deze zich tot andere wet- en regelgeving; bijvoorbeeld de Kwaliteitswet? Welke deelmarkten maken deel uit van de lopende analyse?

Al naar gelang de macrobudgettaire situatie het toestaat worden markten vrijgelaten.

Is het vrijlaten van deelmarkten alleen afhankelijk van de macrobudgettaire situatie? Op grond waarvan kan nog meer worden besloten om een deelmarkt gedeeltelijk of geheel vrij te laten? Welke typen overheidsregulering gelden voor de verschillende deelmarkten?

Wie bepaalt tot welk type I, II of III een zorgmarkt behoort? Is dit alleen de overheid? Wat is de rol van de Zorgautoriteit i.o. in deze? Wat is de rol van de NMa, die momenteel tot een eigen toetsingsdocument ten behoeve van de AWBZ wil komen?

Kan de overheid besluiten om bij een verslechterende macro-economische situatie haar greep weer te versterken? Wat betekent dit voor de voorspelbaarheid van overheidsbeleid?

Wat betekent dit voor het gedrag van instellingen die geacht worden met elkaar te concurreren? Wie draagt de financiële consequenties van overheidsingrijpen?

Een belangrijke vorm van marktfalen komt voort uit een ongelijke verdeling van informatie (asymmetrische informatie) tussen aanbieder en afnemer (patiënt). Dit probleem doet zich voor wanneer de markt onvoldoende transparant is en partijen geen gelijke informatie hebben over bijvoorbeeld de kwaliteit van het verhandelde product. Er komen dan transacties tot stand die niet gebaseerd zijn op juiste kennis over het product en die om die reden minder efficiënt zijn. Als de kwaliteit van het

aanbod op de markt moeilijk waarneembaar is, kan dat de kwaliteit van de hele markt schaden. Hoe gaat de regering deze vorm van marktfalen minimaliseren? Wat gaat de regering doen om de positie van patiënten te versterken?

In het kader van het voorkomen van marktfalen is een toezichthouder essentieel. Wat worden de taken van deze toezichthouder? Hoe verhoudt zich de rol van de toezichthouder tot de rol van de overheid?

De leden van de SP-fractie stellen vast dat de overheid daar waar mogelijk instellingen met winstoogmerk wil toestaan. Deze leden vragen onder welke voorwaarden de minister dit mogelijk acht. Zij zijn van mening dat winstoogmerk niet thuishoort in een publieke voorziening als de gezondheidszorg. Allereerst dient collectief bijeengebracht geld niet in zakken van aandeelhouders te verdwijnen. Ten tweede is het risico groot dat het maken van winst een grotere rol gaat spelen dan het publiek belang; in dit geval het bewaken van de kwaliteit en gelijke toegankelijkheid van de zorg. Wat is de mening van de minister hierover en hoe wil hij deze gevolgen voorkomen?

De leden van de SP-fractie stellen voorts vast dat de omgekeerde contracteerplicht afgeschaft gaat worden om plaats te maken voor selectieve onderhandelingen. Ervaringen uit bijvoorbeeld de huisartsenzorg leren dat de onderhandelingen extra werkdruk en bureaucratie met zich mee brengen. Zij zouden graag vernemen hoe dit voorkomen gaat worden.

Hoewel het voorliggende voorstel niet het oogmerk heeft de (omgekeerde) contracteerplicht op te heffen, besteedt de toelichting terecht aandacht aan dit onderwerp. De leden van de SGP-fractie constateren dat er wordt gesproken over de noodzakelijke behoedzaamheid die bij dit onderwerp is vereist. Gezien de vaak lange gebruiksduur van gebouwen moet er voldoende duidelijkheid zijn over de financiële gevolgen, voordat er eventueel overgegaan wordt tot beëindiging van de contracteerplicht. Zij hebben de indruk dat de toelichting te gemakkelijk voorbijgaat aan de mogelijke gevolgen voor de op blz. 7 genoemde «instellingen met hoge verpleegdagentarieven». Zij willen daarom graag een duidelijk antwoord op de volgende vragen. Welke betekenis heeft het voorliggende wetsvoorstel voor bestaande instellingen die als gevolg van de opheffing van de contracteerplicht, te kampen krijgen met hoge kapitaallasten als zorgverzekeraars niet bereid zijn met die instelling een contract af te sluiten? Welke mogelijkheden heeft een dergelijke instelling om de toelating alsnog te gelde te maken? Wie is dan verantwoordelijk voor de eventueel optredende financiële tekorten?

In paragraaf 2.3 worden verschillende markt vormen geschetst die op de deelmarkten voor zullen komen. Terecht constateert de minister dat definiëring en analyse van die deelmarkten nodig is, en vooral ook dat de overheid een visie dient te hebben op de publieke belangen in die deelmarkten en de manier waarop die belangen zullen worden geborgd. Op welke termijn is deze analyse te verwachten? Wat betekent die analyse voor de totstandkoming van dit wetsvoorstel? Op welke manier wordt de uiteindelijke beslissing genomen welk markttype voor een bepaalde deelmarkt zal gelden? Hoe is de relatie met de tweejaarlijkse «visie» van het kabinet?

3. Verschuiving van verantwoordelijkheden

Met de regering zijn de leden van de CDA-fractie van mening dat vraaggerichte sturing een verschuiving van verantwoordelijkheden vereist. Maar daar waar de regering duidelijk maakt dat de overheid voorwaarden stelt ter bewaking van de publieke belangen (kwaliteit, bereikbaarheid, doelmatigheid) wordt tegelijkertijd gesteld dat «instellingen vrij zijn in het

nemen van hun investeringsbeslissingen en als het gaat om wat of wanneer te bouwen wordt dit aan de instellingen overgelaten» (blz. 12). Het komt de leden van de CDA-fractie voor dat op dit punt tussen overheid en instellingen enige frictie zou kunnen ontstaan. Hoe kan de overheid (bijvoorbeeld) een ziekenhuis dwingen om de bereikbaarheid van ziekenhuiszorg ook in dunbevolkte regio's te garanderen, daar waar instellingen zelf de investeringsbeslissingen mogen nemen? Wat zijn bijvoorbeeld de sancties, indien instellingen weigeren de gewenste bereikbaarheidsnormen na te leven? Wat is de betekenis van het lange termijn huisvestingsplan bij de te nemen investeringsbeslissingen? Betekent het «vrij zijn» om te investeren dat dit niet langer afhankelijk is van het Budgettaire Kader Zorg met de daarin tot nu toe bepaalde ruimte? Kortom, de leden van de CDA-fractie nodigen de regering uit om aan de hand van enkele bestaande knelpunten (bijvoorbeeld Emmeloord, Oldenzaal) zichtbaar te maken hoe en op welke wijze deze WTZ een beter instrument is dan de huidige WZV.

De leden van de PvdA-fractie vragen de regering welke criteria zij hanteert bij het bepalen van de ondergrens als het gaat om beschikbaarheid. Wanneer is er voldoende capaciteit? Als het gaat om bereikbaarheid; wat is een reële afstand om te moeten bereizen, bijvoorbeeld voor een geriatrische patiënt? Op welke manier is de regering van plan de ondergrenzen van kwaliteit in de zorg te definiëren? Wat wordt precies verstaan onder basisfuncties?

De leden van de SP-fractie zijn voorstander van vraaggestuurde zorg. Zij vragen of dit niet beter door de overheid geregeld kan worden dan door de markt. De markt zal zich wel op de vraag richten, maar ook op het grote geld. De markt heeft geen belang bij een eerlijke verdeling van het zorgaanbod. Hoe wil de regering voorkomen dat er een verschuiving plaatsvindt van intensieve en noodzakelijke zorg, zoals geriatrie, naar zorg die snel veel geld opbrengt maar wellicht minder noodzakelijk is? De leden van de SP-fractie stellen vast dat instellingen vrij zijn in het nemen van hun investeringsbeslissingen en zelf verantwoordelijk zijn voor de financiering. Deze leden vragen wat hier precies mee bedoeld wordt. Kunnen instellingen zich bijvoorbeeld deels afhankelijk maken van sponsoring? In het wetsvoorstel wordt aangegeven dat de speelruimte van de instellingen als het gaat om verantwoordelijkheden waar maken niet oneindig is. Waar ligt voor de regering de grens, en wat zijn de mogelijkheden om in te grijpen?

In de verdeling van de verantwoordelijkheden kent de centrale overheid zich in dit wetsvoorstel een beperkte rol toe in de borging van de publieke belangen. Graag ontvangen de leden van de SGP-fractie meer duidelijkheid over de manier waarop het huidige kabinet de toegankelijkheid, de kwaliteit en de doelmatigheid concreet denkt in te vullen. Met andere woorden: waar ligt de ondergrens?

Voor de leden van de SGP-fractie is het bij de beoordeling van het wetsvoorstel van groot belang om duidelijkheid te hebben over de manier waarop de bovenregionaal werkende instellingen in de voorstellen een plaats krijgen. Betekent het afschaffen van de regiovisie naar de mening van de regering een voor- of een nadeel voor dergelijke instellingen? Is het risico niet groot dat geen enkele verzekeraar zich echt verantwoordelijk voelt om met die instellingen een contract te sluiten?

4. Instrumenten

Met de regering zijn de leden van de CDA-fractie van mening dat er eisen gesteld dienen te worden aan goed bestuur en management (Good Governance). Welke concrete voorstellen staan de regering voor ogen om

dit te bereiken, en vooral welke sancties zijn mogelijk om slecht management aan te pakken? Kan of mag een instelling in de komende jaren ook failliet gaan?

De leden van de fractie van de PvdA hechten zeer aan het helder en eenduidig vaststellen van de verantwoordelijkheid van de overheid in het garanderen van voldoende toegankelijke zorg van goede kwaliteit. Daarbij is het van belang dat de overheid over instrumenten beschikt om die garantie af te kunnen geven. In het hoofdlijnen debat is gesproken over het behoeftebegrip. Deze leden denken dat het opnemen van het behoeftebegrip in de wet ervoor kan zorgen dat de basiszorg gewaarborgd blijft, ook in gebieden buiten de randstad. Het gaat er daarbij om dat een Kamerbrede consensus over een absolute garantie van basiszorg in Nederland in de wet wordt vastgelegd. In het wettelijke beleidskader worden de criteria vastgelegd waarop de aanvragen worden beoordeeld. De leden van de fractie van de PvdA zien het beleidskader als de invulling van de verantwoordelijkheid van de overheid betreffende het waarborgen van voldoende goede en toegankelijke zorg en als instrument voor vraagsturing. Zij zoeken dus naar een manier om de behoefte, de vraag naar zorg een zo nadrukkelijk mogelijke plaats te geven in het beleidskader. Deze leden stellen vast dat in de afgelopen jaren het capaciteitsprobleem een belangrijke rol heeft gespeeld, en dat de ideale situatie van een lichte overcapaciteit nog.

De leden van de fractie van de PvdA gaan er van uit dat de beleidsregels ex artikel 3 WZV op dit moment in de praktijk het door jurisprudentie erkende kader vormen waaraan wordt getoetst bij aanvragen van ziekenhuizen voor fusie en functieherverdeling. Beleidsregels zijn de basis voor het beleid van de minister betreffende functieherverdelingsvoornemens van ziekenhuisdirecties.

De uitgangspunten hierbij zijn regionale context, effecten van nabijgelegen ziekenhuizen, noodzaak tot concentratie en de noodzaak om de stakeholders bij besluitvorming te betrekken en daarmee besluitvorming transparant te maken.

Deze leden vragen in hoeverre deze uitgangspunten in de nieuwe WTZ tot uitdrukking komen. Waar zitten de verschillen?

In de memorie van toelichting wordt gesteld dat geregeld kan worden dat (bepaalde) ziekenhuizen hun spoedeisende eerste hulp niet mogen sluiten of op een andere locatie onderbrengen, zonder toestemming van de centrale overheid. De leden van de fractie van de PvdA vragen waarom wordt uitgegaan van een mogelijkheid daartoe en waarom niet wettelijk wordt vastgelegd dat de centrale overheid hier toestemming voor moet geven. Immers de overheid is verantwoordelijk voor publieke belangen als toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid.

Deze leden zouden graag zien dat in de WTZ wordt geregeld dat zorginstellingen bepaalde diensten, zoals spoedeisende eerste hulp, niet mogen sluiten of op een andere locatie mogen onderbrengen, zonder toestemming van de centrale overheid. Juist vanwege het feit dat er sprake is van een juridisch ingewikkeld thema, waarbij verschillende interpretatiemogelijkheden aan de orde zijn maakt dat de leden van de fractie van de PvdA vinden dat de grenzen van de juridische houdbaarheid helder moeten zijn en wettelijk moeten worden vastgelegd in plaats van te laten worden bepaald door eventuele jurisprudentie.

Welke functie beoogt de minister een eventuele Zorgkamer toe te delen, en hoe zou deze functie zich verhouden tot de Zorgautoriteit i.o. en de NMa?

Op welke wijze maakt de WTZ het mogelijk om voorschriften te verbinden aan toelating, zo vragen de leden van de VVD-fractie? Om welke voorschriften gaat het hierbij?

De leden van de SP-fractie zijn blij te vernemen dat er in de toelichting aandacht is voor de onrust onder de bevolking. Aangegeven wordt dat de huidige WZV geen afdoende oplossing biedt om de bereikbaarheidsproblematiek voor bepaalde essentiële functies aan te pakken. Voor deze leden is het echter niet geheel duidelijk hoe, concreet, de WTZ deze oplossing wel gaat bieden. Op basis van welke artikelen in dit wetvoorstel kan de minister een dreigende sluiting van een ziekenhuis of een afdeling, straks tegenhouden? Was om de bereikbaarheid van ziekenhuiszorg te bewaken het niet beter en eenvoudiger geweest om te kiezen voor een aanpassing van de WZV?

Volgens de memorie van toelichting gaat het decentraal vraaggericht zorgstelsel samen met de mogelijkheid om voorwaarden te verbinden aan de toelating. Deze regels zullen vastgelegd worden in beleidsregels. De leden van de SGP-fractie zijn een voorstander van de mogelijkheid om bijvoorbeeld in het kader van een goede spreiding van voorzieningen regels te stellen. Tegelijkertijd moet ervoor worden gewaakt dat er niet opnieuw een zeer gedetailleerd stelsel van regels ontstaat. Hoe ver kunnen deze beleidsregels gaan? Wat is de concrete inzet van de Minister op dit punt? Graag ontvangen deze leden inzicht in deze beleidsregels. Belangrijk is ook voor deze leden om helder te hebben hoe de verantwoordelijkheden precies zijn verdeeld. Waarom heeft de minister op dit punt voor beleidsregels gekozen? Verdient het geen aanbeveling om voorwaarden die soms zeer sterk kunnen ingrijpen op het stelsel, vast te leggen in hogere vormen van regelgeving?

5. Wijzigingen in het wetsvoorstel

5.1. Meer ruimte voor winstoogmerk

De regering beperkt in dit voorstel tot wetswijziging het verbod op winstoogmerk tot die instellingen die er voor kiezen zorg te verlenen als bedoeld in de ZFW en AWBZ (collectief gefinancierde zorg), terwijl instellingen die geen contract willen met een ziekenfonds of zorgkantoor niet meer vallen binnen het verbod op winstoogmerk, aldus de leden van de PvdA-fractie. Bovendien streeft de regering ook binnen de categorie instellingen die collectief gefinancierde zorg verlenen naar verdergaande vrijheden op het gebied van winstoogmerk. Deze leden vragen waarom er niet voor is gekozen dat de reikwijdte van de wet zich uitstrekt over alle instellingen die zorg verlenen die verzekerd is op grond van de AWBZ of de ZFW, ongeacht de wijze waarop de kosten van de zorgverlening worden vergoed. Bij AMVB zouden dan (categorieën van) instellingen kunnen worden aangewezen waarop de WTZ (gedeeltelijk) niet van toepassing is.

Welke situatie zal in de praktijk nopen tot verdere regulering (overheidsbemoeyenis) ten aanzien van het winstoogmerk?

Hoe gaat u bewerkstelligen dat zorginstellingen met winstoogmerk sneller kunnen toetreden tot de zorgmarkt, zo vragen de leden van de VVD-fractie. Waarom is de toelating van zorginstellingen met een winstoogmerk niet in de wet zelf geregeld, maar bij AMvB? Blijft als gevolg van deze aanpak niet een belangrijke toetredingsdrempel voor instellingen met winstoogmerk bestaan?

Wat bedoelt de regering met verdergaande vrijheden op het punt van winstoogmerk? Aan welke categorieën van collectief gefinancierde instellingen wordt gedacht? Aan welke voorwaarden moeten deze instellingen voldoen?

Met de nota van wijziging worden de mogelijkheden tot winstoogmerk verruimd. Naar de leden van de ChristenUnie-fractie aannemen, gaat het

hier om winst in de zin van uitkeringen aan directie en/of aandeelhouders. Deze ontvangen daarmee een rendement op de door hun geïnvesteerde middelen, maar lopen daarmee ook meer risico. Is het voor de bedrijfsvoering van zorginstellingen inderdaad nodig meer eigen kapitaal aan te trekken? Is de financiering met vreemd kapitaal (banken) op dit moment een probleem?

In hoeverre is het toegestaan dat werknemers en specialisten investeren in de eigen zorginstelling door medeaandeelhouder te worden, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie. Kan dit betekenen dat op den duur de zorg-CAO's komen te vervallen of niet meer voor iedereen geldend zijn?

De leden van de ChristenUnie-fractie begrijpen het voorgestelde artikel 4 zo, dat het winstoogmerk slechts toegestaan wordt voor bepaalde deelmarkten. Zij vragen of een ziekenhuis zich hierdoor genoodzaakt moet zien op te splitsen in twee zelfstandige rechtspersonen, waarvan de één een winstoogmerk heeft en de ander niet. Zo ja, dient dan ook al het personeel een keuze te maken tussen indiensttreding bij één van beide rechtspersonen, en zo nee, welke (minder ingrijpende) constructies zijn dan mogelijk, zo vragen deze leden.

Een van de voorgestelde wijzigingen is om de mogelijkheid te openen om winstoogmerk toe te staan. Graag ontvangen de leden van de SGP-fractie een nauwkeuriger motivering voor deze wijziging. Wat is de betekenis hiervan voor zeggenschap van de rijksoverheid over het budget van de Ziekenfondswet en de AWBZ? Aan welke voorwaarden wordt gedacht bij het bieden van de mogelijkheid om winst te maken? Moet ook gedacht worden aan specifieke kwaliteitsvoorwaarden?

Vooralsnog staan er in de toelichting geen concrete plannen op dit punt. Hoe ver denkt de regering te gaan? Wat zijn de verwachte ontwikkelingen? De keerzijde van winstoogmerk is de mogelijkheid van faillissement van een zorginstelling. Deelt de regering deze gedachte? Wat betekent dit voor het toekomstige beleid?

Er kunnen zich problemen voordoen met de relatie tussen de mogelijkheid om beleidsregels te stellen en de financiële verantwoordelijkheid van de zorginstelling. De voorwaarden die de regering stelt aan de exploitatie van een instelling kunnen immers negatieve financiële gevolgen hebben voor een instelling. Hoe zal hiermee in de toekomst worden omgegaan? Betekent het winstoogmerk automatisch dat de regering ook niet meer zal overgaan tot het bieden van extra budgetten voor bijvoorbeeld de instandhouding van spoedeisende eerste hulp of kleine ziekenhuizen?

5.2 Verantwoordelijkheid voor spreiding en bereikbaarheid

In hoofdstuk 5.2 zegt de regering dat daar waar de bereikbaarheid in het geding komt de overheid met het instrumentarium dat dit wetsvoorstel biedt effectiever zal zijn dan met het huidige instrumentarium. Zoals eerder in dit verslag opgemerkt zagen de leden van de CDA-fractie graag wat meer praktische toelichting op deze stellingname. Vooraf zullen door de overheid criteria (voor bijvoorbeeld) spreiding worden gesteld welke worden vastgelegd in beleidsregels. Hoe komen deze criteria tot stand en heeft de Kamer het recht om beleidsregels te wijzigen of af te keuren?

Voor welke terreinen van zorg hecht de regering een bijzonder belang aan de bereikbaarheid? Welke instrumenten heeft de overheid ter beschikking om spreiding te verwezenlijken (behalve artikel 2), zo vragen de leden van de PvdA-fractie.

De leden van de PvdA-fractie hechten er zeer aan dat wettelijk wordt vastgelegd dat de regering verplicht is inrichting te geven aan de beschikbaarheid en kwaliteit van zorg bij die terreinen van zorg waarvan zij de bereik-

baarheid van bijzonder belang acht. Door inhoud te geven aan een behoeftebegrip kunnen garanties voor goede basiszorg die invulling geeft aan die behoeftes wettelijk worden vastgelegd. Deelt de regering de mening van deze leden dat het definiëren van een behoeftebegrip hierbij een rol kan spelen? De leden van de PvdA-fractie achten het van belang de garanties voor spreiding en bereikbaarheid in de wet op te nemen. Zij zijn van mening dat het aanbeveling verdient slechts zaken via AMvB's te regelen die de garantie van goede toegankelijke zorg niet direct beïnvloeden. Op die manier blijft de wet immers overzichtelijk en wordt alleen het noodzakelijke bij wet geregeld. De specifieke en gedetailleerde wijze waarop de invulling van bereikbaarheid door de zorginstellingen zelf wordt gegeven, kan bij AMvB worden geregeld. Deelt de regering deze visie op de verhouding tussen vastleggen bij wet en AMvB? Welke criteria hanteert de regering voor de onderverdeling tussen invulling bij wet enerzijds en invulling via AMvB anderzijds?

Waarom acht de regering dit nieuwe instrumentarium effectiever? Wie stelt wanneer de objectieve criteria vast, op basis waarvan de minimumvoorwaarden worden vastgesteld waaraan zorginstellingen dienen te voldoen om zorg te mogen aanbieden?

De leden van de ChristenUnie-fractie constateren dat de minister in beleidsregels eisen zal stellen ten aanzien van de spreiding van die vormen van zorg ten aanzien waarvan aan de bereikbaarheid een bijzonder belang moet worden gehecht. Daarvan wordt in de memorie van toelichting slechts het voorbeeld van de spoedeisende eerste hulp genoemd. Kan de regering aangeven aan welke vormen van zorg nog meer gedacht wordt? Bij kleine streekziekenhuizen gaat het immers gewoonlijk om meer basisspecialismen.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen een reactie op de suggestie om de instellingen die verantwoordelijk zijn voor het spoedeisend ambulancevervoer onder te brengen in de WTZ. Kan de regering ingaan op de voor en nadelen van integratie van de Wet ambulancevervoer in de WTZ?

«De overheidssturing ten aanzien van de individuele instellingen dient altijd zijn basis te vinden in de vooraf in de beleidsregels vastgelegde criteria», aldus de memorie van toelichting. De leden van de ChristenUnie-fractie herkennen zich in dit uitgangspunt, maar vragen naar de betekenis ervan in de praktijk. Bij de recente commotie rond de IJsselmeerziekenhuizen wees de minister van VWS al naar onderhavige wetswijziging (brief aan de Tweede Kamer, 27 295, nr. 56), waarbij hij nadrukkelijk wees op de mogelijkheid om in individuele situaties te kunnen sturen. Daarom leggen de leden van de ChristenUnie-fractie de regering de situatie in de IJsselmeerziekenhuizen voor als casuspositie: als de WTZ in de nu voorgestelde vorm had bestaan ten tijde van de reorganisatie van deze ziekenhuizen, had de minister dan kunnen ingrijpen? Kan de minister aangeven in welk detail de toelatingen van instellingen worden beschreven. Is het mogelijk daarvan enkele voorbeelden te geven voor de verschillende sectoren, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie?

Op blz. 14 van de toelichting lezen de leden van de SGP-fractie dat de overheidsbemoediging beperkt blijft tot het basisniveau. Zoals al eerder aangegeven is het belangrijk om van tevoren duidelijkheid te hebben over de inzet van de regering op dit punt. Aan welke minimumvoorwaarden moet worden gedacht? Op welke wijze krijgen die voorwaarden bekendheid, zodat er daadwerkelijk transparantie is?

5.3 Kostenbeheersing

De leden van de fractie van de PvdA vragen een overzicht waarin wordt aangegeven wat per deelmarkt de huidige capaciteit is, hoe de ontwikkeling van de capaciteit wordt ingeschat en welke maatregelen genomen worden om te zorgen voor de gewenste overcapaciteit.

Deze leden vragen welke verantwoordelijkheid instellingen hebben ten aanzien van doelmatigheid. Hoe wordt ervoor gezorgd dat instellingen worden afgerekend op prestaties?

Gesteld wordt dat de overheid nog twee instrumenten heeft om de betaalbaarheid van de premie te bewaken, de omvang van het pakket en de vaststelling van eigen betalingen. Er wordt echter ook gesteld dat de verzekeraar de productie en prijs afspreekt. Betekent dit dat eigenlijk alleen de verzekeraar verantwoordelijk is voor de hoogte c.q. betaalbaarheid van de premie? Betekent dat dat de overheid er alleen voor kan zorgen dat de verzekerde hetzelfde premiebedrag gaat betalen voor minder zorg (verkleining van «omvang van het verzekerde pakket») of dat de verzekerde naast het betalen van dezelfde premie voor hetzelfde pakket zorg extra eigen betalingen kan gaan verrichten wanneer hij zorg nodig heeft («vaststelling eigen betalingen»)?

Over de rol van de verzekeraars willen de leden van de PvdA-fractie de regering nog het volgende vragen. Hoe wordt bereikt dat voor de consument transparant wordt wat de inhoud van een pakket, behorende bij een bepaalde (aanvullende) verzekering is, zodat de consument inderdaad kan stemmen met de voeten? Welke sancties zijn er voor verzekeraars die hun zorgplicht niet of niet voldoende invullen, terwijl verzekerden niet gedurende het jaar kunnen overstappen naar een andere verzekeraar en bovendien geconfronteerd worden met een aanvullende verzekering waarvoor geen acceptatieplicht geldt? Waar het ziekenfondspakket recent is beperkt en een verdere beperking door het kabinet niet wordt uitgesloten, wordt het belang van toegankelijkheid en betaalbaarheid van een aanvullende verzekering groter. Hoe is dit te rijmen met de recent bekend geworden weigering door verzekeraars van veel ouderen tot de aanvullende verzekering?

Een overcapaciteit op de zorgmarkten is een belangrijke voorwaarde om te zorgen dat marktwerking tot lagere prijzen leidt. Het zou de leden van de ChristenUnie-fractie niet verbazen wanneer het zorgaanbod zich na inwerkingtreding van deze wet juist behoedzamer zal ontwikkelen als gevolg van de toegenomen risico's voor zorginstellingen. Zij vragen wat de verwachtingen van de regering zijn op dit punt: verwacht zij een toename van het zorgaanbod nadat deze wet van kracht wordt, en zo ja, waarop is deze verwachting gebaseerd?

Indien bij bestaande of toekomstige lacunes in het aanbod van zorg, vooral de acute zorg, geen sprake is van opvulling van die lacune door een particulier initiatief, hoe voorziet dan de overheid in die lacune, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie. Geeft de WTZ de mogelijkheid om (bestaande) zorginstellingen te verplichten een bepaalde vorm van zorg (nieuw) aan te bieden? Zo niet, is het inbouwen van die mogelijkheid in de wet gewenst?

Wat zijn de gevolgen voor de hoogte van administratieve kosten als de gezondheidszorg wordt opgesplitst in diverse deelmarkten, waarvoor verschillende regels gelden?

De bouwkundige en functionele staat van de instellingen die verantwoordelijk zijn voor die vormen van zorg waarvan de bereikbaarheid kritisch is, wordt in artikel 3 expliciet genoemd. De eisen worden vastgelegd in de beleidsregels. Hoe verhouden zich deze eisen tot de prestatie-eisen zoals genoemd in artikel 9 lid 1, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie. Is de minister van mening dat controle achteraf op de kwaliteit van een (recent) gerealiseerd zorggebouw minder effectief is dan vooraf controle

te voren, omdat een eenmaal gerealiseerd zorggebouw gewoonlijk niet anders dan met hoge kosten aangepast kan worden? Indien er sprake is van bouw- of verbouw van zorggebouwen waarvoor geen vergunning van het CBZ nodig is, wie beoordeelt vooraf, dus in het ontwerpproces, de kwaliteit van de bouw? Speelt in dit verband de complexiteit van het te realiseren of te verbouwen zorggebouw of gedeelte ervan (zoals operatiekamers) een rol bij het bepalen van de scheidslijn tussen de bouw die wel en niet getoetst wordt door het CBZ?

In paragraaf 5.3 is te lezen dat het exploitatiekader uit het vierde lid van artikel 2 wordt geschrapt. De verwachte productie van nieuwe toetreders wordt hierdoor niet meer getoetst aan het exploitatiekader. Tegelijkertijd constateren de leden van de SGP-fractie dat in het nieuwe eerste lid van artikel 2 gesproken wordt over het beschikbare financiële kader. Hoe moet dit begrip precies worden verstaan, mede in het licht van het vervallen van een exploitatiekader? Verandert er werkelijk iets aan het stelsel op dit punt, of gaat het om een terminologisch verschil?

5.4 Regiovisie

Hoe ziet de regering voor zich dat de provincies en vier grote steden tot regionale coördinatie komen over het zorgaanbod, wanneer een regiovisie niet in de wet wordt opgenomen, zo vragen de leden van de PvdA-fractie.

De wettelijke verplichting voor partijen om in hun regio te overleggen over een regiovisie vervalt. De leden van de SGP-fractie ontvangen graag verduidelijking over de vraag wat dit betekent voor de positie van de provincies in dit verband. Is de conclusie juist dat de provincies na inwerkingtreding van deze wet geen enkele bevoegdheid meer hebben op het terrein van de exploitatie? Worden de provincies in de toekomst nog gekend bij de totstandkoming van de beleidsvisie op basis van artikel 2?

5.5 Naamswijziging

De leden van de PvdA-fractie verbazen zich over de beslissing de WEZ voortaan WTZ te noemen. Met de WEZ wordt al 3 jaar gewerkt. Waarom is nu gekozen voor WTZ of WTZi (Wet Toelating Zorginstellingen), terwijl er al een WTZ bestaat die in het kader van de stelselherziening ingetrokken moet gaan worden?

De leden van de SP-fractie stellen vast dat de afgelopen jaren is gebleken dat, ook al wil de bevolking en de politiek een andere richting op dan de bestuurders van een ziekenhuis, zij daar niet naar luisteren. Het is dan ook goed te vernemen dat er in het onderhavige wetsvoorstel aandacht voor is. Deze leden vragen hoe de situaties van de afgelopen periode voorkomen gaan worden op het moment dat de verzekeraar een transparantie-keurmerk geeft. In hoeverre is de overheid betrokken bij de opstelling van dit keurmerk, en hoe gaat voorkomen worden dat er verschillende keurmerken ontstaan omdat er met verschillende zorgverzekeraars onderhandeld moet worden? Waarom is er dan niet gekozen voor een keurmerk vanuit de overheid?

Hoewel deze leden op zichzelf geen bezwaar hebben tegen de voorgestelde wijziging van de naam van de toekomstige wet, roept de afkorting WTZ de praktische vraag op of deze naam wel gelukkig is gekozen. Deze afkorting lijkt namelijk te suggereren dat deze wet een vervanging is van de Wet op de toegang tot de ziektekostenverzekeringen (WTZ 1998). Het verdient daarom aanbeveling een andere naam danwel afkorting te gebruiken.

6. Artikelsgewijze toelichting

Onder de Algemene Bepalingen (artikel 1) wordt er onder een instelling een organisatorisch verband dat een toelating heeft, bedoeld. De leden van de SP-fractie vragen of hiermee wordt bedoeld dat een gefuseerd ziekenhuis, bestaande uit meerdere locaties, geen verantwoording meer hoeft af te leggen over de functies per locatie.

E

Artikel 2

Dit artikel stelt dat de minister tweejaarlijks zijn visie (etc.) bekendmaakt en dat deze visie tevens het financiële kader bevat dat beschikbaar is etc. De leden van de CDA-fractie vragen hoe zich dit verhoudt tot de huidige begrotingssystematiek. Is dit financiële kader nu inclusief exploitatie of uitsluitend investeringen? Op welke wijze wordt omgegaan met opgebouwde (trekkings)rechten en al gedane investeringen? Komt er een overgangsregeling?

In artikel 2 wordt gesproken over een twee jaarlijkse visie van de minister, zo constateren ook de leden van de SP-fractie. Zij vragen wat de minister met deze visie wil bereiken, en of op basis van deze visie ook conclusies getrokken kunnen worden bijvoorbeeld om het beleid bij te stellen.

F

Artikel 3

Moeten in dit artikel «bouwcriteria» wel worden opgenomen, en zo ja waarom, zo vragen de leden van de CDA-fractie. Is het niet eenvoudiger dit in de kwaliteitswet te regelen? Ofwel hoe verhoudt zich dit artikel nu tot de kwaliteitswet. Op welke wijze wordt overtreding van deze criteria gestraft? Is de Wet Economische Delicten nog steeds van toepassing?

De leden van de fractie van de PvdA zijn van mening dat het aanbeveling verdient die zaken via AMvB's te regelen die garantie van goede toegankelijke zorg niet direct beïnvloeden. Op die wijze blijft de wet immers overzichtelijk en worden alleen het noodzakelijke bij wet geregeld. Deze leden vragen waarom bereikbaarheidsnormen van basiszorg wettelijk worden opgenomen. Dit behoort naar hun mening tot de verantwoordelijkheid van de centrale overheid.

Artikel 3 regelt geeft aan dat in de beleidsregels criteria opgenomen worden over de spreiding van die vormen van zorg ten aanzien waarvan aan de bereikbaarheid een bijzonder belang moet worden gehecht. De leden van de SP-fractie vragen welke vormen van zorg en aan welke criteria hierbij wordt gedacht. Kan de regering hierover meer duidelijkheid geven? Zij vragen tevens welke groepen worden betrokken bij het vaststellen hiervan, en stellen voor hierbij zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten, provincies en ouderen- en patiëntenorganisaties te betrekken. Deze leden vragen voorts of de regering van plan is een uiteindelijk voorstel hierover aan de Kamer voor te leggen.

Artikel 2 en 3

De leden van de SGP-fractie vragen of de conclusie juist is dat de criteria voor het bepalen van de prioriteit zijn vervallen. Hoe zal er naar verwachting worden gehandeld als er twee min of meer vergelijkbare initiatieven ter beoordeling voorliggen?

Artikel 5

De leden van de SGP-fractie hebben de indruk dat de verwijzing in artikel 5, onderdeel c onjuist is, en vervangen moet worden door artikel 3.

P

De leden van de fractie van de PvdA vragen of een overzicht kan worden gegeven van de verantwoordelijkheden van de centrale overheid en decentrale overheden.

Beantwoording door de minister

Ik heb met belangstelling kennis genomen van het verslag dat de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport op 16 februari 2004 uitbracht naar aanleiding van de derde nota van wijziging op bovengenoemd wetsvoorstel.

Voor ik inga op de andere vragen, merk ik op dat ik graag de suggestie van de leden van de fracties van de ChristenUnie en de SP overneem om de nieuwe naam van de wet (Wet toelating zorginstellingen) af te korten tot WTZi, zodat zo min mogelijk verwarring ontstaat met de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (WTZ 1998). Bij het beantwoorden van de vragen hanteer ik de indeling van het verslag. Ik heb de vragen, in de volgorde waarin ze zijn gesteld, ingedeeld in groepen en die van een nummer voorzien. Deze nota gaat vergezeld van een vierde nota van wijziging.

1. Inleiding

1

De leden van de CDA-fractie vroegen hoe de derde nota van wijziging tegemoet komt aan de bezwaren die eerder onder andere door deze leden naar voren zijn gebracht bij het aanvankelijk ingediende voorstel.

Tijdens het hoofdlijnen debat van 13 juni 2001¹, in het verslag van 26 november 2001² en het nader verslag van 28 februari 2002³ zijn door de verschillende fracties, waaronder de CDA-fractie, indringende vragen gesteld over het wetsvoorstel. Ook zijn op 8 april 2002 door de leden Van Vliet en Arib drie amendementen ingediend⁴. De eerste had betrekking op het schrappen van het afzonderlijk financieel kader voor exploitatie-toestemmingen, de tweede op het vervangen van de evaluatietermijn van de wet in het noemen van een vaste datum en de derde op het tijdelijk maken van de wet.

Het hoofdlijnen debat ging over de kernvraag of de Tweede Kamer het wetsvoorstel in behandeling wilde nemen. Alle fracties ondersteunden het uitgangspunt dat het nodig is over te stappen van een centraal aanbod-gestuurd stelsel naar een decentraal, vraaggericht stelsel. De discussie spitste zich vervolgens toe op de vraag of het voorliggende voorstel daartoe het juiste instrument bood. Veel leden gaven aan het moeilijk te vinden zich daarover een oordeel te vormen omdat er naar hun mening nog veel zaken niet ingevuld waren. De belangrijkste punten waren:

- de algemene maatregelen van bestuur (amvb's) die nodig zijn ter uitvoering van de wet;
- de werking en juridische status van het beleidskader;
- de manier waarop de overheid in concreto zijn verantwoordelijkheid voor de borging van de publieke belangen (kwaliteit, toegankelijkheid

¹ TK 86, 86–5431 tot en met 86–5455.

² Kamerstukken II, 27 659, nr. 6.

³ Kamerstukken II, 27 659, nr. 9.

⁴ Kamerstukken II, 27 659, nrs. 11 tot en met 13.

- en betaalbaarheid) kan waarmaken en, meer in het bijzonder, de mogelijkheden om de bereikbaarheid van essentiële ziekenhuiszorg goed te regelen;
- de suggestie van centrale aanbodsturing die in de wet zou liggen en, in samenhang daarmee, de betekenis van de regiovisie;
 - de regierol van de verzekeraars in samenhang met het afzonderlijk financieel kader voor exploitatietoestemmingen;
 - de diepgang van de bemoeienis van de overheid met de bedrijfsvoering van instellingen;
 - het tijdpad waarin de verdere dereguleringsstappen worden gezet;
 - de mogelijkheden tot doorgaan met een verder te dereguleren Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV).

Conform de toezeggingen tijdens het hoofdlijnen debat is bij brief van 25 september 2001 aangegeven hoe de uitwerking van de nieuwe wet eruit zou zien¹. Daarbij kwamen de rol van de overheid en die van de verzekeraars aan bod. Ook werd ingegaan op de invulling van het beleidskader en ging de brief vergezeld van een dummy van zo'n beleidskader, opdat de werking van dit instrument zou kunnen worden beoordeeld. Bovendien ging de brief in op de inhoud van de belangrijkste algemene maatregelen van bestuur (amvb's) en was er een bijlage toegevoegd over de inhoud van de technische amvb's. Ten slotte ging de brief in op de deregulering van de WZV.

In de nota naar aanleiding van het verslag van 13 december 2001² en de nota naar aanleiding van het nader verslag van 7 maart 2002³ is opnieuw uitgebreid stilgestaan bij de vragen en opmerkingen van de kant van de verschillende fracties. Die betroffen voor een belangrijk deel de punten die ook al naar voren waren gebracht tijdens het hoofdlijnen debat. Bovendien is naar aanleiding van de vragen onder meer apart aandacht besteed aan het al dan niet toestaan van winstoogmerk aan zorginstellingen. Tegelijk met de nota naar aanleiding van het verslag van december 2001 is bij nota van wijziging de amvb over de invulling van het bouwregime van een voorhangprocedure voorzien, opdat het parlement daarover zijn oordeel kan geven⁴.

Het kabinet heeft zich dit alles overziende bezonnen op de vraag hoe verder te gaan met dit wetsvoorstel. Het uitgangspunt dat de wet de overgang moet faciliteren van centrale aanbodsturing naar een meer decentraal vraaggericht systeem stond daarbij buiten kijf. Het kabinet is van oordeel dat dit wetsvoorstel cruciaal is om op een verantwoorde manier de overstap te kunnen maken naar gereguleerde marktwerking. Wel vond het kabinet dat het oorspronkelijke wetsvoorstel op een aantal punten aangepast moest worden.

De eerste aanpassing betreft een accentwijziging ten opzichte van het beleid van het kabinet dat dit wetsvoorstel oorspronkelijk indiende. In dat voorstel stond geen expliciete bepaling over de mogelijkheid om aan instellingen winstoogmerk (in de zin van aan derden uitkeerbare winst) toe te staan. Het nieuwe vierde lid van artikel 4 voorziet hierin.

De tweede aanpassing hangt samen met de zorg die breed bestaat in de Tweede Kamer over de bereikbaarheid van vooral essentiële ziekenhuiszorg, die uitgebreid aan de orde kwam tijdens het hoofdlijnen debat en in de schriftelijke behandeling van het wetsvoorstel. Om er geen twijfel over te laten bestaan dat de overheid hierin een verantwoordelijkheid heeft en voldoende instrumenten heeft om die waar te maken, is in het nieuwe artikel 3 over de beleidsregels opgenomen dat die ten minste criteria bevatten over de spreiding van die vormen van zorg ten aanzien waarvan aan de bereikbaarheid een bijzonder belang moet worden gehecht.

¹ Kamerstukken II, 27 659, nr. 5

² Kamerstukken II, 27 659, nr. 7

³ Kamerstukken II, 27 659, nr. 9

⁴ Kamerstukken II, 27 659, nr. 8

De derde aanpassing betreft het schrappen uit het oorspronkelijke artikel 2 van een afzonderlijk financieel kader voor de toetsing van verzoeken om toelating waar het bouwregime niet van toepassing is (het zgn. exploitatiekader). Dit in reactie op de geuite bezwaren in de schriftelijke behandeling van het wetsvoorstel en het amendement terzake van de leden Van Vliet en Arib¹.

De vierde aanpassing komt tegemoet aan de door het kabinet herkende angst van veel fracties dat de wet teveel mogelijkheden zou bieden voor centrale planvorming en aanbodsturing. Die hing samen met de onduidelijkheid die blijkbaar bleef bestaan over de werking en de juridische status van het beleidskader en, in relatie daarmee, de rol van de regiovisie. Daarom is het artikel over het beleidskader (het oorspronkelijke art. 2) in twee nieuwe artikelen gesplitst. Dat de overheid het aan de burger verplicht is beleid te voeren ten aanzien van een doelmatig, evenwichtig en voor iedereen toegankelijk stelsel van gezondheidszorg, komt tot uitdrukking in het nieuwe artikel 2. Uiteraard moet zo'n visie concrete invulling krijgen. Dit gebeurt via de beleidsregels op grond van het nieuwe artikel 3, waarin de criteria voor de toelating van instellingen een plaats krijgen. Als tweede element om de indruk van centrale planvorming weg te nemen is de bepaling over de regiovisie geschrapt.

De vijfde aanpassing ten slotte komt voort uit de vrees van veel fracties dat de wet ertoe zou leiden dat de overheid zich indringend gaat bemoeien met de bedrijfsvoering van instellingen. Dit kwam vooral door het gebruik van de term «exploitatietoestemming» voor de toestemming een instelling in bedrijf te mogen hebben, en van de term «exploitatie» in de naam van de wet. Daarom is «exploitatietoestemming» vervangen door «toelating». Dit noopte meteen tot wijziging van de naam en de considerans van de wet. Deze wijziging brengt tot uitdrukking dat het gaat om toelating tot de markt van de collectief gefinancierde ziektekostenverzekeringen en niet om indringende bemoeienis met de bedrijfsvoering van instellingen.

2

De leden van de CDA-fractie vroegen om de toezegging dat er een nieuwe dummy van het beleidskader beschikbaar is vóór de plenaire behandeling van het wetsvoorstel. Dit mede omdat de uitwerking van de wet plaatsvindt via amvb's. Ook gaven zij aan het noodzakelijk te vinden de nog op te stellen amvb's in de Tweede Kamer te kunnen behandelen.

Tijdens het hoofdlijnen debat kwam de vraag op hoe het beleidskader als instrument zou werken. Om dit te illustreren is toen een dummy opgesteld. Omdat niettemin toch onduidelijkheid over de werking van dit instrument bleef bestaan is nu gekozen voor een andere vormgeving. Het beleidskader is gesplitst in een algemene visie enerzijds en beleidsregels anderzijds. Ik zie niet in wat een nieuwe dummy kan toevoegen aan de helderheid die zo geboden is over de werking van het instrumentarium. Niettemin heb ik er begrip voor er vóór de plenaire behandeling van het onderhavige wetsvoorstel behoefte bestaat aan enige richting over de inhoud van het beleid.

Zoals bekend heeft het kabinet de beleidsdoelstelling dat de zorg verleend kan worden op de plaats en de manier die het beste aansluit bij de behoefte van de patiënt of cliënt, zowel vanuit medisch oogpunt als vanuit het oogpunt van maatschappelijk welbevinden van de betrokkene. Dit betekent dat mensen waar mogelijk in hun eigen woonomgeving de zorg moeten kunnen krijgen die zij nodig hebben. Die woonomgeving kan aangepast zijn. Mensen worden opgenomen, al dan niet tijdelijk, als zij

¹ Kamerstukken II, 27 659, nr. 11

niet in staat zijn de regie over hun eigen leven te voeren, of als de aard van de behandeling een opname vereist.

Voor de caresectoren (met name de doelgroepen ouderen en gehandicapten) betekent dit dat het beleid zich enerzijds richt op het extramuraliseren van de zorg. Kleinschalige woonvormen, scheiden van wonen en zorg en vermaatschappelijking van de zorg zijn hierbij de kernbegrippen. Voor de doelgroep gehandicapten bijvoorbeeld dienen de zorgaanbieders rekening te houden met keuzevrijheid en zeggenschap van de cliënt voor de vormgeving van diens leven en voor variatie in het aanbod bij de zorgrealisatie. Daarom is het van belang dat de zorgrealisatie van cliënten wordt gebaseerd op leefwensenonderzoek, waarbij ook de woonvorm aan de orde komt (zorg aan huis, kleinschalige of grootschalige intramurale omgeving). Anderzijds is het van belang dat daar waar intramurale capaciteit nodig is, bijvoorbeeld in verband met de verwachte groei van het aantal dementerenden, deze tijdig op voldoende niveau wordt gebracht. In de ziekenhuissector blijft de nota Positionering algemene ziekenhuizen en het concept van het ziekenhuis van de toekomst leidraad voor het te voeren beleid. Voor de curatieve geestelijke gezondheidszorg zal zoveel mogelijk aansluiting worden gezocht bij het beleid inzake de curatieve somatische zorg.

De forensische geestelijke gezondheidszorg neemt een uitzonderingspositie in. Het gaat hier om zorg aan patiënten op grond van een strafrechtelijke titel. De behandeling vindt plaats in een beveiligde intramurale omgeving en is erop gericht herhaling van het delict te voorkomen. Indien echter genezing van de stoornis niet mogelijk is, dan is langdurige zorg in een gesloten setting noodzakelijk. De zorg wordt verleend door een afgebakend aantal aangewezen specialistische aanbieders. De spreiding van de voorzieningen is gekoppeld aan de ressorten van de vijf Gerechtshoven.

Zowel in de cure-, als in de caresectoren is het streven zorginstellingen zoveel mogelijk zelf verantwoordelijk te laten zijn voor hun eigen infrastructuur en de daarmee samenhangende investeringsbeslissingen. Op die manier kunnen instellingen zich sneller en beter aanpassen aan de vraag van hun cliënten en patiënten. De overheid blijft ervoor verantwoordelijk dat de publieke belangen (kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid) geborgd zijn.

De hoofdlijnen van het beleid, waarvan ik hierboven enkele belangrijke voorbeelden gaf, krijgen hun plaats in de beleidsvisie als bedoeld in artikel 2 van het wetsvoorstel. Zoals ook eerder tijdens de schriftelijke behandeling is gezegd, ligt het voor de hand dat de visie van de overheid onderwerp van gesprek is tussen het kabinet en het parlement.

Wat betreft het verzoek om de noodzakelijke amvb's in de Tweede Kamer te kunnen behandelen het volgende. Zoals ik hiervoor opmerkte, is al voorzien in een voorhangprocedure voor de amvb die over het bouwregime gaat¹. Ik kan mij voorstellen dat ook de amvb over het toestaan van winstoogmerk aan de Kamer wordt voorgelegd. Daarom stuur ik met deze nota een vierde nota van wijziging mee, waarin ook voor die amvb een voorhangprocedure wordt geregeld (zie onderdeel D van de nota van wijziging). De derde amvb die verder gaat dan het regelen van technische zaken is die over de zogenoemde transparantie-eisen op grond van de artikelen 6 en 8 van het wetsvoorstel. De materiële inhoud van deze amvb is al aan de Kamer voorgelegd bij de brief van 25 september 2001. De overige amvb's betreffen meer technische zaken. Ook daarvan is de materiële inhoud al aangegeven. Dit gegeven zijnde, en gezien de aard van de in deze amvb's te regelen materie, zie ik geen dwingende reden ook voor deze amvb's een voorhangprocedure te regelen.

¹ zie artikel 4, vijfde lid, ingevoegd bij eerste nota van wijziging; Kamerstukken II, 27 659, nr. 8, onderdeel B, sub 3

3

De leden van de CDA-fractie vroegen een nader advies van de Raad van State over de derde nota van wijziging, dan wel een uitleg hoe deze wijziging tegemoet komt aan het kritische advies van de Raad op het oorspronkelijke voorstel.

Zoals uit het antwoord op vraag 1 blijkt, is de derde nota van wijziging niet bedoeld om tegemoet te komen aan de kanttekeningen van de Raad van State bij het oorspronkelijke voorstel zoals dat aan hem werd voorgelegd in juni 2000. Hoe daarmee is omgegaan en tot welke aanpassingen dat heeft geleid staat in het nader rapport¹ en de memorie van toelichting bij het oorspronkelijke voorstel².

Ik heb mij, alvorens de derde nota van wijziging naar de Tweede Kamer te sturen, afgevraagd of het noodzakelijk was daarover afzonderlijk advies te vragen aan de Raad. In het algemeen is een nieuw advies aangewezen indien de inhoud van het wetsvoorstel zodanig wordt gewijzigd, dat daardoor het oorspronkelijke voorstel (of onderdelen daarvan) fundamenteel van karakter verandert. Dit is naar mijn overtuiging niet het geval. Zoals ik bij vraag 1 aangaf, ging het vooral om aanpassingen om onduidelijkheden weg te nemen. Wat betreft de nieuwe bepaling over het al dan niet toestaan van winstoogmerk zou men nog kunnen menen dat het om een fundamentele ingreep gaat. Maar dat is niet zo, omdat ook het oorspronkelijke voorstel al impliciet de mogelijkheid bood bij amvb winstoogmerk toe te staan³. Hoewel dus gesproken zou kunnen worden van een zekere beleidsmatige koerswijziging, is het geen fundamentele wijziging in de strekking van het oorspronkelijke voorstel. Ik ben dan ook van oordeel dat het alleszins gerechtvaardigd was de derde nota van wijziging niet ter advisering aan de Raad van State voor te leggen.

4

De leden van de CDA-fractie waren benieuwd of dit wetsvoorstel is of wordt getoetst op administratieve lasten.

Het oorspronkelijke wetsvoorstel is niet getoetst op administratieve lasten. De reden staat vermeld in de nota naar aanleiding van het verslag⁴. Ook de derde nota van wijziging is niet getoetst op administratieve lasten.

Volgens de nulmeeting die in 2003 plaatsvond (peildatum december 2002) gaat het bij de WZV om een administratieve lastendruk van € 17,7 miljoen. Voor de Tijdelijke Verstrekkingenwet Maatschappelijke Dienstverlening (TVWMD) gaat het om € 0,5 miljoen. Dit wetsvoorstel beoogt verdere deregulering mogelijk te maken. Zo zal het bouwregime ingeperkt worden, zowel in reikwijdte (wat valt eronder) als in diepgang (aantal beslismomenten in de procedure, hoeveelheid informatie). Het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) is bezig de aanvraagformulieren te digitaliseren en om te zetten in «intelligente formulieren» (vergelijk de formulieren van de Belastingdienst). De huidige meldingsregeling vervalt. Rondom de toelating zullen wat meer eisen worden gesteld (ik denk hierbij vooral aan de transparantie-eisen).

Alles overziende verwacht ik dat de administratieve lastendruk zal dalen. Ik ben van plan om een meting te doen naar de lastendruk die door de WTZi ontstaat. Deze meting zal nog indicatief zijn, omdat de noodzakelijke lagere regelgeving preciezer uitgewerkt moet worden.

¹ advies van 6 november 2000, Kamerstukken II, 27 659, A.

² Kamerstukken II, 27 659, nr. 3

³ zie bijvoorbeeld de uitleg in Kamerstukken II, 27 659, nr. 10, blz. 19/20

⁴ Kamerstukken II, 27 659, nr. 7, blz. 66.

5

Voor het antwoord op de vraag van de leden van de VVD-fractie over het ontbreken van een advies van de Raad van State over de derde nota van

wijziging, verwijst ik naar mijn antwoord op vraag 3.

6

De leden van de VVD-fractie vroegen waarom ervoor is gekozen veel zaken bij amvb te regelen en niet in de wet zelf. Ook vroegen zij of de sector betrokken wordt bij de totstandkoming van de amvb's.

In het algemeen komen die zaken voor regeling bij amvb (dan wel lagere regelgeving) in aanmerking die de hoofdlijnen en toedeling van bevoegdheden in de wet zelf verder detailleren. Relevante criteria daarbij zijn: betreft het zaken die, naar gelang de ontwikkelingen in het veld, regelmatige aanpassing noodzakelijk maken of betreft het zaken die slechts een marginale toetsing vereisen. Ook is van belang of de lagere regelgeving dwingende voorschriften moet bevatten (dan is regeling bij amvb of ministeriële regeling aangewezen), of ruimte moet laten om, indien de omstandigheden dat vereisen, afwijkingen toe te staan. In dat laatste geval ligt een keuze voor beleidsregels voor de hand. Beleidsregels zijn regels ten behoeve van de afweging van belangen, de vaststelling van feiten of de uitleg van wettelijke voorschriften bij het gebruik van een bevoegdheid (zie art. 1:3, vierde lid, Algemene wet bestuursrecht).

De onderwerpen «bouwregime» en «winstoogmerk» komen voor regeling bij amvb in aanmerking omdat hierdoor een flexibel inspelen op ontwikkelingen in de verschillende deelmarkten mogelijk is. De betrokkenheid van de Raad van State bij amvb's garandeert dat deze niet buiten de oevers van de wet treden. Door de voorhangprocedure die bij deze amvb's is voorzien is ook nog een meer beleidsinhoudelijke garantie ingebakken, omdat het parlement zijn oordeel kan geven over die amvb's. Wat betreft de amvb over de «transparantie-eisen» en de overige technische amvb's gaat het om zaken die vooral een marginale toetsing vereisen, in die zin dat ook hier de betrokkenheid van de Raad van State bij amvb's de nodige garanties biedt. De criteria die gelden voor het beoordelen van verzoeken om toelating vereisen regeling in beleidsregels. Ten eerste vanwege de noodzaak snel te kunnen inspelen op ontwikkelingen in de deelmarkten. Ten tweede omdat de ervaring leert dat juist hier het gebruik van strikte voorschriften goede initiatieven in de kiem kunnen smoren en tot onnodige starheid leiden. Ik betrek zowel de zelfstandige bestuursorganen als het veld bij het opstellen van de amvb's.

7

Zoals blijkt uit mijn antwoord op vraag 3 deel ik de mening van de leden van de SP-fractie niet dat het noodzakelijk zou zijn om het gewijzigde wetsvoorstel opnieuw aan de Raad van State voor te leggen.

8

Ik verwijst naar de aanhef van deze nota voor de suggestie van de leden van de ChristenUnie-fractie om de wet af te korten tot WTZi.

2. Transitie en samenhang

9

De leden van de CDA-fractie zeiden het ermee eens te zijn dat de centrale aanbodsturing is vastgelopen en dat deze plaats moet maken voor gereuleerde marktwerking waarvan invoering deelmarktgewijs zal plaatsvinden. Zij vroegen welke criteria zullen worden gehanteerd en op welke wijze besluitvorming plaatsvindt over het benoemen/aanwijzen van deelmarkten.

Er zijn grosso modo twee kenmerken aan de hand waarvan men deelmarkten kan onderscheiden: productkenmerken en geografische reikwijdte.

Ik heb voor zeven deelmarkten in de extramurale zorg analyses laten uitvoeren. Het gaat om fysiotherapeutische zorg (inclusief oefentherapie Caesar en Mensendieck), logopedische zorg, ergotherapeutische zorg, psychologische zorg, mondzorg, verloskundige zorg en kraamzorg. Wat betreft de zorg die door instellingen wordt verleend, ben ik de analyse begonnen op het terrein van de specialistische curatieve somatische zorg. Daarbij onderken ik, op basis van globale productkenmerken, de volgende deelmarkten: acute zorg, planbare zorg in dagbehandeling, klinische planbare zorg en complexe zorg/topzorg. Ik heb nog geen deelmarkten onderscheiden op het terrein van de AWBZ-gefinancierde zorg.

Uitgangspunt bij de analyse van de deelmarkten is, dat ook bij (gereguleerde) concurrentie de publieke belangen (kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid) voldoende geborgd moeten worden. Vanuit de hypothese van vergaande deregulering wordt per deelmarkt nagegaan welke factoren deze borging in de weg kunnen staan. Op basis van economisch onderzoek worden vier groepen mogelijk belemmerende factoren onderscheiden (ook wel aangeduid als marktfalen).

- Ten eerste de marktmacht. Dit kan voortkomen uit een te beperkte omvang van de markt, de aanwezigheid van schaal- en synergie-effecten, onvoldoende betwistbaarheid van de markt, onevenwichtigheid in onderhandelingsmacht en uit informatieproblemen. Een aanbieder met te veel marktmacht kan ongestraft beslissingen nemen die tot suboptimale prestaties leiden. Hierbij valt te denken aan het vaststellen van te hoge prijzen, het leveren van een te lage kwaliteit, onvoldoende innovatie of het aanbieden van een te gering aantal producten.
- Ten tweede het fenomeen dat specifieke kapitaalgoederen en een gebrekkige specificatie van eigendomsrechten tot onderinvesteringen kunnen leiden. In dat geval bestaan onvoldoende prikkels om te investeren, omdat onzeker is of de kosten daarvan kunnen worden terugverdiend.
- Ten derde kunnen niet houdbare prijzen verhinderen dat optimaal kan worden geprofiteerd van schaafeffecten.
- Ten vierde ten slotte de tijd die verstrijkt tussen een investeringsbeslissing en de uitkomst daarvan, wat tot een «varkenscyclus» kan leiden. Tijdelijke tekorten worden dan voortdurend afgewisseld met tijdelijke overschotten.

Het sluitstuk van de aanpak is na te gaan hoe eventuele belemmerende factoren (marktfalen) kunnen worden weggenomen. De manier waarop deze correctie vorm krijgt is afhankelijk van het markttype waartoe de deelmarkt behoort.

Markttype III is het rijpe markttype waarin met vergaande deregulering (vrije prijzen, productie en capaciteit) kostenefficiënte prijzen en een goede allocatie kunnen ontstaan door onderling concurrerende zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Er is sprake van concurrentie op de markt.

Markttype II gaat evenals markttype III uit van onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, waarin niettemin regulerend optreden nodig is om bepaalde vormen van marktfalen te weg te nemen. Dat optreden kan uitmonden in de vaststelling van een efficiënt prijsniveau. In verschillende netwerksectoren wordt dit bijvoorbeeld toegepast. Een andere mogelijkheid is de onderhandelingen tussen de zorg-

verzekeraars en zorgaanbieders te prikkelen door toepassing van vormen van maatstafconcurrentie (benchmarking). Hier is een rol weggelegd voor het College tarieven gezondheidszorg/de Zorgautoriteit i.o. (CTG/ZAio). Markttype II is bedoeld als transitie markt, maar kan ook een gewenste permanente tussenoplossing zijn tussen markttypen I en III.

Markttype I is het type waarin de drie genoemde publieke belangen niet vanzelfsprekend worden geborgd door onderling concurrerende zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Er is echter wel concurrentie óm de markt mogelijk. De overheid kan in dit markttype bijvoorbeeld optreden als verlener van een concessie van een bepaald zorgaanbod in een bepaald gebied voor een bepaalde tijd. Mits competitief uitgevoerd kan een concessieverlening voor een meer efficiënte besteding van een bepaald beschikbaar budget.

De eerste resultaten van de deelmarktanalyses in de intramurale specialistische zorg zien er als volgt uit. Voor de planbare zorg in dagbehandeling zijn de mogelijkheden voor vergaande deregulering relatief groot. Daarvoor ligt indeling in markttype III voor de hand. Voor de acute zorg lijken de dereguleringsmogelijkheden relatief klein. De resultaten van de deelmarktanalyse voor de klinische planbare zorg zijn recent beschikbaar gekomen. Deze deelmarkt vervult een belangrijke scharnierfunctie voor een efficiënte sturing van de acute zorg.

10

De fractieleden van het CDA vroegen hoe bepaald wordt of het aanbod van zorg voldoende is om gereguleerde marktwerking toe te laten. Ook vroegen zij of dit een functiegerichte benadering is waarbij niet voorop staat welke aanbieder deze zorg levert. Bovendien wilden zij weten of de mogelijkheid tot kostenbeheersing het belangrijkste criterium is om te worden toegelaten tot een deelmarkt met gereguleerde marktwerking.

Gereguleerde marktwerking doet zich in verschillende verschijningsvormen voor. In het antwoord op vraag 9 is kort beschreven dat er drie markttypen zijn te onderscheiden waarin alle deelmarkten ingedeeld kunnen worden. Voor alle drie de markttypen wordt gereguleerde marktwerking voorbereid. Alleen voor markttype III, waar vrije prijsvorming mogelijk is, is het noodzakelijk dat er een evenwichtige verhouding tussen vraag en aanbod is. Het bepalen van een evenwichtige verhouding tussen vraag en aanbod gebeurt indirect. De afwezigheid van onevenredige wachttijden is een goede indicatie voor het bestaan van evenwichtige verhoudingen. In markttype III is de regulering van de deelmarkten beperkt tot de regulering van de toelating op basis van de WTZi en regulering van de kwaliteit op basis van de kwaliteitswetgeving.

De mogelijkheid tot kostenbeheersing zal in de verschillende markttypen verschillend vorm moeten worden gegeven. Rechtstreekse kostenbeheersing van de kapitaallasten door de centrale overheid speelt alleen nog een rol wanneer een nieuwe toetredende of bestaande zorgonderneming bouw wil plegen die onder het bouwregime valt en zo een beroep doet op gegarandeerde collectieve financiering van zijn kapitaallasten. Ik streef ernaar om het bouwregime fasegewijs te beperken tot die onderdelen van de infrastructuur waarvan de kapitaallasten niet via productprijzen gefinancierd kunnen worden.

11

De leden van de CDA-fractie vroegen hoe en door wie het besluit wordt genomen of winstoogmerk kan worden toegestaan.

Het toestaan van winstoogmerk is één van de prikkels om de efficiëntie in de zorg te versterken. Het toestaan van winstoogmerk betekent dat de winst vrij mag worden bestemd, dus ook mag worden uitgekeerd aan derden (eigenaren of aandeelhouders). Indien het winstoogmerk voor een categorie van instellingen wordt toegestaan, hoeft het overigens niet zo te zijn dat elke instelling van deze mogelijkheid gebruik wil maken. De keuze hiervoor hoort tot de eigen verantwoordelijkheid van de instelling. Specifieke voordelen van uitkeerbare winst zijn snellere of meer toetreding van nieuwe zorgaanbieders (dus meer concurrentie) en ruimere toegang tot privaat kapitaal. Verder zet winstoogmerk instellingen aan tot rationele bedrijfsvoering, hogere productiviteit en tot klantgericht, efficiënt en innovatief gedrag.

Winstoogmerk in de zorg is op zichzelf niet nieuw. Er wordt winst gemaakt door leveranciers van producten en diensten aan zorginstellingen. Ook in het eerste en tweede compartiment is feitelijk het winstoogmerk al gangbaar bij de vrije beroepsbeoefenaar die als zelfstandige ondernemer optreedt. Verder geldt voor instellingen die niet onder de reikwijdte van de WZV vallen geen wettelijk verbod op winstoogmerk (bijvoorbeeld kraamzorginstellingen). Ik ben van plan deze situatie onder de WTZi te continueren.

Met dit wetsvoorstel wil het kabinet stapsgewijs ook de mogelijkheden tot het winstoogmerk verruimen voor instellingen die intramurale zorg verlenen. Ik denk hierbij in eerste instantie aan categorieën instellingen die curatieve somatische zorg verlenen, te weten ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (zbc's). Volgens artikel 4, tweede en vierde lid, van het wetsvoorstel geldt het verbod op winstoogmerk al niet voor ziekenhuizen en zbc's waarvan de door hen verleende zorg volledig privaat gefinancierd wordt. Ik overweeg ook winstoogmerk toe te staan aan de andere ziekenhuizen en zbc's (zij die vallen onder art. 4, eerste lid). Hierdoor ontstaan voor deze categorieën instellingen meer gelijke kansen op de markt. Daarnaast speelt een rol dat deze categorieën instellingen al een behoorlijk eind op streek zijn met de introductie van prestatiefinanciering. De academische ziekenhuizen zouden vooralsnog uitgezonderd moeten worden vanwege hun wettelijke positie.

Aan het introduceren van meer marktprikkels zijn ook risico's verbonden, die mogelijk versterkt worden bij het toestaan van winstoogmerk. Zo wordt wel het risico genoemd dat winststreven leidt tot minder aandacht voor de kwaliteit en verminderde toegankelijkheid van de zorg. Ik ben van mening dat winstoogmerk op zichzelf niet hoeft te leiden tot suboptimale kwaliteit, evenzogoed kan gesteld worden dat een meer rationele bedrijfsvoering, hogere productiviteit en een meer klantgericht, efficiënt en innovatief gedrag leidt tot betere kwaliteit. Niettemin heb ik begrip voor de geuite zorgen over de kwaliteit van de geleverde zorg. Bij het toestaan van winstoogmerk zal ik dan ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) vragen extra aandacht te besteden aan de kwaliteit van de zorg bij die instellingen die winstoogmerk nastreven. Daarnaast verwacht ik ook van de zorgverzekeraars dat zij alert zijn en blijven op de kwaliteit van de door hen gecontracteerde zorg. Wat betreft de toegankelijkheid wijs ik erop dat op zorgverzekeraars een zorgplicht rust; zij moeten bewaken dat hun verzekerden de zorg kunnen krijgen waar zij recht op hebben.

Een tweede risico dat aandacht verdient is dat van de kruissubsidiëring. Dit risico doet zich vooral voor indien een instelling in verschillende markttypen tegelijk actief is. Er kan namelijk oneerlijke concurrentie ontstaan als de instelling kosten afwentelt van het geliberaliseerde deel van de productie op het nog gereguleerde deel. Om dit te ondervangen

zal het CTG/ZAio kostprijsmodellen voorschrijven opdat kan worden getoetst dat er geen sprake is van kruissubsidiëring. Ook ben ik op dit moment aan het bekijken welke andere, aanvullende eisen eventueel aan instellingen moeten worden gesteld om ervoor te zorgen dat er geen ontoelaatbare kruissubsidiëring plaatsvindt.

Een derde risico is, is dat de markt onvoldoende transparant is voor vragers (verzekeraars en patiënten) om weloverwogen keuzen te kunnen maken. Om verantwoord te kunnen kiezen is inzicht nodig in de kwaliteit/prijsverhouding van de aangeboden zorg. Wat ik op dit vlak onderneem staat in het antwoord op vraag 52. Verder zijn in dit verband het sector-specifiek toezicht, de marktordenende regulering en het algemeen mededingingstoezicht van belang. Dit behoort tot het takenpakket van het CTG/ZAio respectievelijk de NMa.

Ten slotte verdienen enkele fiscale aspecten aandacht. Indien instellingen uitkeerbare winst mogen maken, dan vervalt voor hen de vrijstelling voor de vennootschapsbelasting (vpb). Dit roept de vraag op hoe moet worden voorkomen dat hierdoor een ongelijk speelveld ontstaat met instellingen die ervoor kiezen geen winst na te streven. Wat betreft de BTW-plicht het volgende. Sommige in de wet aangewezen medische prestaties zijn vrijgesteld van omzetbelasting. Bij enkele hiervan geldt als voorwaarde dat geen winst wordt beoogd. Het creëren van een gelijk speelveld door het laten vervallen van de vrijstellingen voor de relevante medische prestaties is waarschijnlijk in strijd met de zesde Europese BTW-richtlijn. Een andere mogelijkheid om een gelijk speelveld te behouden/creëren is om de betreffende BTW-vrijstellingen niet meer aan de voorwaarde te koppelen dat geen winst wordt beoogd. De fiscale aspecten verdienen nog nader onderzoek.

Zoals ik bij vraag 2 aangaf wordt het toestaan van winstoogmerk geregeld bij amvb, die zal worden voorgehangen bij het parlement. Bij die gelegenheid zal ik ook dieper ingaan op de maatregelen die ik tref op de bovengenoemde onderwerpen.

12

De leden van de CDA-fractie vroegen of er voldoende rekening mee is gehouden dat de TVWMD in de WTZi zal moeten opgaan. Daarbij verwezen zij naar de opmerking in de toelichting op de derde nota van wijziging dat in het huidige stelsel alleen instellingen in aanmerking komen voor een contract met een zorgverzekeraar die voldoen aan de voorschriften van spreiding en behoefte op grond van de WZV. Ook vroegen zij wat de wettelijke voorschriften zijn (voor spreiding en behoefte) in de WTZi, op welke wijze deze afdwingbaar zijn bij monopolisten in bepaalde regio's (bijvoorbeeld ziekenhuizen) en welke sancties opgelegd kunnen worden indien een monopolist niet aan deze criteria voldoet.

De leden van de CDA-fractie verwijzen naar een passage waarin kort wordt beschreven hoe in het huidige stelsel rond de contracteerplicht een gesloten systeem is gecreëerd op basis van de verzekeringswetgeving, de planning- en bouwwetgeving en de tarievenwetgeving. Dat bij de planning- en bouwwetgeving alleen de WZV is genoemd, betekent niet dat bij de WTZi onvoldoende rekening zou zijn gehouden met de TVWMD.

De WTZi regelt via de beleidsregels op grond van artikel 3 dat, waar dat uit een oogpunt van bereikbaarheid noodzakelijk is, ten minste criteria worden gesteld waaraan verzoeken om toelating worden getoetst. De voorschriften over spreiding worden gekoppeld aan de toelating die een bepaalde instelling krijgt, indien dat bij die instelling uit het oogpunt van

bereikbaarheid van bijzonder belang is. Dit betekent dat de instelling, indien zij zich niet houdt aan de voorschriften, in het uiterste geval haar toelating kwijt kan raken (art. 12, tweede lid). Minder vergaand is de mogelijkheid om bestuursdwang (i.c. last onder dwangsom) toe te passen bij het niet naleven van de voorschriften (art. 36).

13

De leden van de CDA-fractie wilden weten welk beleid er door wie moet worden ingezet om de capaciteit te verruimen teneinde schaarste te voorkomen. Ook vroegen zij of de hiervoor benodigde financiële middelen gebonden zijn aan het door de overheid te bepalen budgettaire kader.

Ik wil de komende jaren op verschillende manieren het aanbod vergroten. Ik teken hierbij aan dat het vergroten van het aanbod zeker niet alleen betrekking heeft op het verhogen van de capaciteit. Het aanbod kan ook vergroot worden door het verbeteren van de productieprikkelers door het boter-bij-de-vis-principe voor zorgondernemingen en door het loon-naar-werken te introduceren bij medisch specialisten. Daarnaast is het ook mogelijk de potentiële arbeidsreserve in deze sector aan te boren en het ziekteverzuim terug te brengen. Verder wijs ik op de substitutie-mogelijkheden die ontstaan tussen behandelplaatsen en beroepsgroepen wanneer de verzekeringsaanspraken in de nieuwe zorgverzekeringswet in functiegerichte termen worden omschreven. Een doelmatiger organisatie van het behandelaanbod wordt dan mogelijk en schaarste bij een beroepsgroep kan verminderd worden door het werk anders te organiseren. Het beleid om de komende jaren nieuwe beroepen te introduceren en taakherschikking bij bestaande beroepen mogelijk te maken draagt hieraan bij.

Daarnaast zal de fysieke capaciteit de komende jaren verruimd worden. De uitbreiding van de opleidingscapaciteit voor een aantal beroepen en de verkorting van de opleiding van medisch specialisten zal hieraan bijdragen. De fysieke capaciteit kan de komende jaren ook verruimd worden door de toetredingsdrempels tot een deelmarkt te verlagen. Als voorbeelden noem ik het versoepelen van de toelatingscriteria voor zelfstandige behandelcentra en het dereguleren van het bouwregime. Bovendien zullen de prikkels voor investeren in het zorgaanbod en het aantrekken van eigen vermogen worden vergroot. Voorbeelden hiervan zijn het toestaan van winsttoegerek en het mogelijk maken van vrije prijs- onderhandelingen in het zogenaamde B-segment van de ziekenhuisproductie.

Ongeacht de mate van liberalisering van markten zal de uitkomst, in termen van uitgaven, prijzen en productie worden getoetst aan het budgettair kader zorg. Instrumenten voor de beïnvloeding van de zorg- uitgaven zijn, naast marktprikkels, onder meer prijsmaatregelen, pakket- maatregelen en maatregelen in verband met de hoogte van de eigen betalingen.

14

De leden van de CDA-fractie vroegen wat de toenemende bedrijfsrisico's in een meer open systeem in de praktijk betekenen voor de te hanteren financiële reserves. Ook vroegen zij welk bedrag daar mee gemoeid is.

Dit betekent in de praktijk dat de financiële reserves van instellingen op een wat hoger niveau moeten komen dan nu vaak het geval is. In het gesloten systeem van aanbodregulering zijn de zorginstellingen lange tijd ingesteld geweest op «risicoarm» ondernemen. Het management van zorginstellingen zal tijd moeten worden gegund om zich meer markt-conform te gaan gedragen. Onderdeel daarvan is het opbouwen van

hogere financiële reserves. Financiële reserves zijn geen «dood geld» dat ten onrechte onttrokken wordt aan de zorg, maar getuigen van verantwoordelijkheidsbesef van instellingen om een financiële buffer te hebben om hun bedrijfscontinuïteit veilig te stellen. De regelgeving moet het mogelijk maken dat instellingen een gezonde vermogenspositie realiseren. Een voor de hand liggend instrument hiervoor is het hanteren van meer marktconforme bekostigingssystemen. Ook de mogelijkheid om het aantrekken van eigen vermogen toe te staan (winstoogmerk) kan niet onvermeld blijven.

Welke bedragen precies gemoed zijn met de te hanteren financiële reserves is niet exact aan te geven. Dit is afhankelijk van de mate van deregulering, van het soort instelling en van de dan actuele vermogenspositie van de instellingen.

15

De leden van de CDA-fractie vroegen hoe de noodzakelijke aanpassing van de WTG eruit gaat zien en wanneer deze wijziging naar de Kamer zal worden gezonden.

De bedoelde wijziging van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) is op 22 december 2003 ingediend bij de Tweede Kamer¹. Het wijzigingsvoorstel is bekend onder de naam WTG ExPres. Het wijzigt de WTG in verband met het kunnen houden van experimenten inzake bekostiging van zorgaanbieders of prestaties, het bevorderen van prestatiebekostiging, het terugdringen van administratieve lasten en het voorkomen van fraude. De antwoorden op de vragen die op 26 februari 2004 over dit wetsvoorstel zijn gesteld² zullen de Kamer spoedig bereiken.

16

De leden van de CDA-fractie vroegen of zij het goed hadden begrepen dat indeling in de verschillende markttypen op grond waarvan de budgettering/WTG meer of minder zal worden losgelaten, vooral is ingegeven door de mate waarin op dit moment kostenbeheersing kan plaatsvinden.

De indeling in markttypen is niet ingegeven door de mate waarin op dit moment kostenbeheersing kan plaatsvinden. Die is ingegeven door een analytische verkenning van de mogelijkheden om het concept van gereguleerde marktwerking deelmarktgewijs toe te passen. Gereguleerde marktwerking is een middel om zo efficiënt mogelijk in de vraag naar noodzakelijke zorg van goede kwaliteit te kunnen voorzien. Doel van de beschrijving van de drie markttypen is geweest te illustreren dat gereguleerde concurrentie zich in verschillende gedaanten kan voordoen. Bij de keuze voor de vorm en mate van regulering op een deelmarkt, is de inschatting van de mogelijkheden voor een efficiënte zorgverlening via marktprikkels belangrijk omdat dat ook het perspectief op een beheerste ontwikkeling van de kosten bepaalt. Zie ook het antwoord op vraag 9.

17

De leden van de CDA-fractie vroegen of er beleid moet worden ontwikkeld om uiteindelijk twee markttypen na te streven, bijvoorbeeld type I en III. Ook vroegen zij wie bepaalt of en wanneer een zorgmarkt tot type I, II of III hoort en wat de rol hierbij is van de Zorgautoriteit i.o. en de NMa. Bovendien vroegen zij in hoeverre de kerndoelen van de overheid op het gebied van bereikbaarheid, toegankelijkheid en betaalbaarheid parallel lopen met de verdere ontwikkeling van markttypen.

¹ Kamerstukken II, 29 379, nrs. 1–3.

² Kamerstukken II, 29 379, nr. 5.

Voor de betekenis van de markttypen en de gevolgde aanpak van deelmarktgewijze (de)regulering verwijs ik naar het antwoord op vraag 9.

Daarin staat ook aangegeven dat het wegen van de publieke belangen een integraal onderdeel is van de aanpak. Voor het CTG/ZAio zie ik een belangrijke rol weggelegd voor het ontwikkelen van instrumenten in de praktijk. Een belangrijk onderwerp voor het CTG/ZAio is bijvoorbeeld het bepalen van efficiënte prijzen voor deelmarkten die nog niet toe zijn aan markttype III. Een andere taak voor het CTG/ZAio ligt bij instellingen die op verschillende markttypen tegelijk actief zijn. Dat kan onder andere leiden tot hinderlijke vormen van kruissubsidiëring. Dit is het afwentelen van kosten van het geliberaliseerde deel van de productie op het nog gereguleerde deel, waardoor oneerlijke concurrentie kan ontstaan. Het CTG/ZAio kan in zo'n geval bijvoorbeeld kostengeoriënteerde prijzen voorschrijven.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) bepaalt of en wanneer voor een bepaalde deelmarkt de stap naar meer vrijheden kan worden gezet. Voor zover het gaat om vrije prijsvorming ligt het voor de hand dat een zodanig besluit wordt vastgelegd in een aanwijzing aan het CTG/ZAio; een aanwijzing die op grond van artikel 14 van de WTG wordt voorgehangen bij het parlement.

18

De leden van de CDA-fractie vroegen of daar waar sprake is van het toelaten van een beroepsgroep uit de eerste lijn tot markttype I, daarmee de fysiotherapie wordt bedoeld.

De beroepsgroep in de eerste lijn waaraan wordt gerefereerd is de groep van fysiotherapeuten. Overigens is deze in markttype III ingedeeld en niet in markttype I (zie ook het antwoord op vraag 32).

19

De leden van de CDA-fractie vroegen of zij het goed begrepen hadden dat in markttype I inderdaad geen vorm van prestatiebekostiging wordt ingevoerd. Zij wilden weten of dit betekent dat voor de intramurale AWBZ-zorg niet langer wordt gestreefd naar het vervangen van instellingsbekostiging door enigerlei vorm van (outputgerichte) zorgbekostiging. Ook vroegen zij hoe zich dit verhoudt tot de uitgangspunten in het kader van de modernisering AWBZ

Met de toelichting op markttype I is niet bedoeld te zeggen dat prestatiebekostiging daar geen rol zou spelen. Integendeel, ook binnen dat markttype is het belangrijk dat bekostiging plaatsvindt op basis van prestaties. Dat is onder andere zichtbaar in de gemoderniseerde AWBZ waarin een systeem van functiegerichte bekostiging wordt geïntroduceerd. Het systeem van functiegerichte bekostiging is een vorm van prestatie-financiering binnen door de overheid gestelde grenzen aan de uitgaven. De werking hiervan staat beschreven in het plan van aanpak voor de functiegerichte bekostiging, dat de staatssecretaris op 29 augustus 2003 naar de Tweede Kamer zond¹.

20

De leden van de CDA-fractie vroegen in hoeverre voor markttype I en II het bouwregime wordt aangepast.

In de beschrijving van de markttypen I en II is aangegeven ten aanzien van welke aspecten op deelmarkten die tot deze typen horen een meer of iets minder indringende aanbodregulering noodzakelijk zal blijven. Hierbij werd ook het bouwregime genoemd. Bedoeld is hier aan te geven dat het bouwregime in deze deelmarkten er niet hetzelfde uitziet als thans het geval is onder de WZV (en TVWMD), maar dat ook hier de inhoud van het

¹ Kamerstukken II, 26 631, nr. 55.

bouwregime verandert naar minder gedetailleerde bemoeienis en naar meer vrijheidsgraden dan nu het geval is.

21

De leden van de PvdA-fractie zagen de begrippen «voldoende aanbod» en «zoveel mogelijk ruimte voor verzekeraars» graag nader ingevuld. Zij vroegen wat de minister precies van plan is te ondernemen om tot een verruiming van de beschikbare capaciteit te komen, zowel vanwege de schaarste in het zorgaanbod als ter voorkoming van ongewenste prijsstijgingen.

Ik verwijs in de eerste plaats naar het antwoord op vraag 13. Bij «zoveel mogelijk ruimte voor verzekeraars» valt te denken aan de opheffing van de (omgekeerde) contracteerplicht. Een ander voorbeeld betreft de vrije prijsonderhandelingen in de B-segment van de ziekenhuisproductie.

22

De leden van de PvdA-fractie vroegen hoe de «ruimte voor verzekeraars» te rijmen is met het geneesmiddelenbeleid, waarbij de ruimte voor verzekeraars om preferentiebeleid te kunnen voeren niet wettelijk wordt geregeld, ook wanneer apothekers weigeren een contract te sluiten.

Anders dan deze leden aannemen, hebben verzekeraars wel de wettelijke mogelijkheid om een preferentiebeleid te voeren. In de wijziging van onder meer het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering¹ is geregeld dat een ziekenfonds (binnen randvoorwaarden) zelf geneesmiddelen kan aanwijzen waarop aanspraak bestaat. Daardoor is dat ziekenfonds niet langer afhankelijk van de bereidheid van apothekers om aan zo'n preferentiebeleid mee te werken. Ziekenfondsen kunnen zo de aanspraak van hun verzekerden per werkzame stof nader preciseren tot specifieke geneesmiddelen (varianten) met die werkzame stof. Deze bevoegdheid staat los van het al of niet sluiten van overeenkomsten tussen apothekers en ziekenfondsen. Overigens is in het kortgeleden afgesloten geneesmiddelenconvenant opgenomen dat Zorgverzekeraars Nederland en de KNMP zullen bevorderen dat hun leden (individuele zorgverzekeraars en individuele apotheekhoudenden) overeenkomsten afsluiten. Hoe dit uitpakt zal worden bekeken in het onderzoek naar de juridische mogelijkheden van zorgverzekeraars dat in het kabinetsstandpunt van 31 oktober 2003 over het (middel)lange termijn geneesmiddelenbeleid is aangekondigd².

23

De leden van de PvdA-fractie vroegen wat precies bedoeld wordt met «waar mogelijk, winstoogmerk kan worden toegestaan». Zij vroegen ook waar de regering dit als mogelijkheid ziet, of de winst gemaximaliseerd wordt en of wordt geregeld dat de winst weer aan de zorg wordt besteed.

Het toestaan van winstoogmerk betekent dat de winst vrij mag worden bestemd, dus ook mag worden uitgekeerd aan derden (eigenaren of aandeelhouders). Bij het toestaan van winstoogmerk past niet dat er een maximum wordt gesteld aan de winst of dat wordt geregeld dat de winst weer aan de zorg wordt besteed. Een onderneming die winst nastreeft deelt bij succes (een deel van) het positieve exploitatieresultaat met degenen die financieel hebben bijgedragen of financieel risico hebben gelopen (voor wat, hoort wat). Zie verder het antwoord op vraag 11.

24

De leden van de PvdA-fractie vroegen hoe wordt vormgegeven dat in het kader van de zorgplicht van verzekeraars duidelijk moet zijn welke grenzen de regering aangeeft voor spreiding en bereikbaarheid (aanbod) van zorg.

¹ KB van 4 december 2003, Stb. 523.

² Bijlage bij Kamerstukken II, 29 200 XVI, nr. 21.

De minister maakt op grond van artikel 2 periodiek zijn visie bekend over de doelmatigheid, evenwichtigheid en toegankelijkheid van het stelsel van gezondheidszorg. Deze visie is de basis voor de beleidsregels bedoeld in artikel 3. De beleidsregels vormen vervolgens weer de basis voor het al dan niet honoreren van een verzoek van een instelling tot (wijziging van haar) toelating. Door in de visie en de daarop gebaseerde beleidsregels duidelijk aan te geven waar de grenzen liggen, weten ook de zorgverzekeraars wat die grenzen zijn. Daarop kunnen zij dan inspelen bij het voldoen aan hun zorgplicht.

25

De leden van de PvdA-fractie steunen de gefaseerde doorvoering van marktwerking, omdat het volledig loslaten van de aanbodsturing in één keer kan leiden tot explosieve kostenstijgingen. De WTZi krijgt op deze manier het karakter van een proceswet, aldus deze leden. Zij vroegen naar het tijdpad van dit proces waarbij ook aangegeven wordt welke wetswijzigingen, wanneer en in welke volgorde zullen plaatsvinden.

Het proces van gefaseerde doorvoering van gereguleerde marktwerking is al in 1992 begonnen met landelijk werkende ziekenfondsen, maximumtarieven voor vrije beroepsbeoefenaren, het opheffen van de contracteerplicht jegens vrije beroepsbeoefenaren en het stapsgewijze vergroten van het ondernemersrisico voor de ziekenfondsen. Dat proces heeft een nieuwe impuls gekregen met de besluiten om de bekostiging van het intramurale aanbod te baseren op functiegerichte tarieven en prijzen van diagnose-behandelcombinaties (dbc's). De volgende stap is dat er daadwerkelijk onderhandeld wordt in termen van functietarieven, dbc-prijzen of productprijzen. Deze stap wordt gezet in het zogenaamde B-segment in de ziekenhuissector per 1 januari 2005, in de extramurale AWBZ-zorg vanaf 2005 en met een experiment in 2005 in de deelmarkt van de fysiotherapie.

Er liggen thans drie wetsvoorstellen bij de Tweede Kamer die van belang zijn voor de gefaseerde doorvoering van marktwerking.

– Herziening overeenkomstenstelsel zorg (wijziging Ziekenfondswet en AWBZ)

In dit wetsvoorstel is van belang dat bij amvb kan worden geregeld voor welke «vormen van zorg of categorieën instellingen» de (omgekeerde) contracteerplicht niet geldt. In de toelichting bij deze wetswijziging is duidelijk gemaakt dat de toepassing van deze bepaling in verband moet worden gezien met het voornemen om op korte termijn op beperkte schaal de prijsvorming van de ziekenhuiszorg vrij te laten.

– Aanpassing Wet tarieven gezondheidszorg (WTG ExPres)

Voor het op beperkte schaal vrij kunnen laten van de prijsvorming van de ziekenhuiszorg (dbc's in het zogenoemde B-segment), is uitbreiding van het tarievenarsenaal in de WTG nodig. Het betreffende wetsvoorstel biedt hiervoor de instrumenten.

– De onderhavige WTZi (vervanging WZV)

Via de toelating, het geleidelijk toestaan van winstoogmerk en de deregulering van het bouwregime kunnen met deze wet aan zorgverlenende ondernemingen gedifferentieerde vrijheidsgraden worden verleend al naar gelang de mogelijkheden op de verschillende deelmarkten.

Hoe het verdere proces zich precies gaat voltrekken is niet exact aan te geven. Bepalende factoren voor de te nemen vervolgstappen zijn onder meer de ervaringen die worden opgedaan met de voorgenomen vrije prijsvorming voor een deel van de ziekenhuismarkt en met het tempo

waarin adequate instrumenten door de het CTG/ZAio worden ontwikkeld om nieuwe stappen op een verantwoorde wijze te kunnen zetten.

Waar het gaat om verdere wetgeving zal de nieuwe zorgverzekeringswet per 1 januari 2006 naar verwachting een verdere impuls kunnen geven aan meer marktgericht gedrag van partijen en zal een nieuwe wijziging van de WVG aan de Zorgautoriteit i.o. de bestuurlijke positie geven waar een verdere goede begeleiding van zich ontwikkelende markten om vraagt.

26

De leden van de PvdA-fractie vroegen hoe ervoor wordt gezorgd dat er voldoende capaciteit is, er geen sprake meer is van aanbodschaarste, voordat bijvoorbeeld de (omgekeerde) contracteerplicht wordt losgelaten. Omdat de afschaffing van de contracteerplicht volgens deze leden al in een gevorderd stadium is, vroegen zij hoe de regering in korte tijd denkt zorg te kunnen dragen voor het oplossen van aanbodschaarste en invoering van meer marktconforme bekostiging van instellingen.

In de curatieve zorg heeft het afschaffen van de (omgekeerde) contracteerplicht vooralsnog betrekking op een beperkt aantal dbc's. Het gaat daarbij om dbc's op het terrein van planbare zorg. Die behandelingen kunnen bijvoorbeeld ook door zelfstandige behandelcentra geleverd worden. De contracteerplicht wordt opgeheven voor vormen van zorg waaraan niet direct schaarste is. De keuze voor vrije dbc's is gemaakt omdat voor die dbc's de voorwaarden aanwezig zijn voor een redelijk functionerende markt, waardoor er marktconforme prijzen tot stand kunnen komen waarmee de instelling wordt gefinancierd. Overigens leidt de invoering van dbc's (zowel de «vaste» als de «vrije») tot meer prestatiegerichte financiering en transparantie bij instellingen.

Wat betreft de AWBZ-gefinancierde zorg heeft de staatssecretaris op 10 februari 2004 het College voor zorgverzekeringen (CVZ) verzocht om een uitvoeringstoets te doen naar het loslaten van de (omgekeerde) contracteerplicht voor extramurale zorg per 1 januari 2005¹. Het CVZ is gevraagd deze toets vóór 1 mei klaar te hebben.

27

De fractieleden van de PvdA wilden weten hoe de regering van plan is een versteviging van de solvabiliteit van zorginstellingen te verwezenlijken, zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit, de innovativiteit en de continue capaciteitsgroei van het zorgaanbod. Zij dachten daarbij ook aan de trend naar kortdurend verblijf en verblijf thuis en naar meer poliklinische behandelingen, en dus de vraag naar (de bouw van) meer poli's.

Zorginstellingen zijn vóór alles zelf verantwoordelijk voor het doelmatig organiseren van de zorg en voor hun bedrijfsvoering en daarmee ook voor hun financiële weerbaarheid. De overgang naar een vraaggericht systeem geeft zorginstellingen meer vrijheid en verantwoordelijkheid om in te spelen op de zorgvraag. De overheid borgt de publieke belangen. Zo blijft de Kwaliteitswet zorginstellingen ook in het nieuwe systeem van toepassing.

De overgang naar een meer vraaggericht systeem brengt mee dat de bedrijfsrisico's toenemen. Zorginstellingen dienen zich hierop voor te bereiden, onder andere door het realiseren van een gezonde vermogensstructuur. Allereerst moeten instellingen de tijd krijgen worden om hun financiële weerbaarheid te vergroten. Bovendien moeten zij in die periode de vrijheid krijgen om zich op de nieuwe situatie voor te bereiden; belemmingen die niet passen in een marktsituatie moeten fasegewijs worden

¹ DGB/ZVG/2451285.

opgeheven. Ook kan de overheid instellingen stimuleren en ondersteunen door ze nu al van zo marktconform mogelijke prikkels te voorzien. Een voor de hand liggend instrument daarbij is het hanteren van een meer marktconforme bekostigingssystematiek (prestatiebekostiging en vrije prijsvorming).

Ten slotte mag niet onvermeld blijven dat in 1999 het Waarborgfonds voor de zorgsector (WfZ) is opgericht¹. Instellingen kunnen hierdoor hun kredietwaardigheid belangrijk versterken. Een toenemend aantal instellingen sluit zich bij het WfZ aan.

28

De leden van de PvdA-fractie vroegen naar de oplossing voor zorginstellingen die door de hogere solvabiliteitseisen van kapitaalverschaffers niet de gewenste financiële middelen tot hun beschikking krijgen gedurende de «overgangsperiode». Zij dachten bijvoorbeeld aan de veren aanbouw van verzorgingshuizen, waarvan de toekomstige capaciteit wel in de regioplannen is meegenomen, of onzekerheid over de inkomsten ten gevolge van de nog onduidelijke uitkomsten van de onderhandelingen van ziekenhuizen met zorgverzekeraars over het vrije segment van de dbc's.

Ik verwijs naar het antwoord op vraag 27.

29

De leden van de PvdA-fractie vroegen welke middelen en instrumenten de Zorgautoriteit i.o. in handen krijgt om in de deelmarkten type II ex-ante te zorgen voor een efficiënte prijsstelling. Ook vroegen zij waarin de methode die de Zorgautoriteit i.o. daarvoor gaat gebruiken, zal verschillen van de manier waarop het CTG de WTG handhaaft. Zij wilden verder weten hoe het wordt opgelost, indien de situatie ontstaat van een tegengesteld belang tussen de verantwoordelijkheden van het CTG – hoeder van de tarifiering in de zorg – en de Zorgautoriteit i.o. – hoeder van eerlijke marktwerking. In vervolg daarop vroegen zij hoe bij een dergelijke belangenverstrengeling naar de buitenwacht duidelijk wordt gemaakt of er sprake is geweest van een evenwichtige afweging en een transparant besluitvormingsproces.

In deelmarkten van het type II is vrije prijsvorming (nog) niet mogelijk. Het CTG/ZAio zal bij de toepassing van het prijsinstrumentarium aanbieders stimuleren de prijs-kwaliteitverhouding te vergroten. Dat kan op verschillende manieren. In het algemeen zal hierbij gekeken worden naar de prijs-kwaliteitverhouding van de verschillende aanbieders in de desbetreffende deelmarkt en zal het prijsniveau stapsgewijs zo worden aangepast dat er druk op aanbieders ontstaat te innoveren en zo hun eigen prijs-kwaliteitverhouding (hun efficiency) te verbeteren. Het CTG heeft op dit moment een andere taak, namelijk het vaststellen van adequate tarieven. In beide gevallen gaat het om tarieven, maar deze worden op een andere manier bepaald.

Uit de vraag zou het misverstand kunnen ontstaan dat het CTG en de Zorgautoriteit i.o. naast elkaar gaan functioneren. Dat is niet het geval. Per 1 april jongstleden is het CTG/ZAio onder één bestuur gebracht, dat mede tot taak heeft om de Zorgautoriteit voor te bereiden. Het CTG zal opgaan in de per 1 januari 2006 op te richten Zorgautoriteit (zie mijn brief van 21 november 2003 over de zorgautoriteit²). Binnen het CTG/ZAio zullen de belangen op een concrete deelmarkt dan ook niet verschillen. Wel zullen verschillende deelmarkten onder verschillende typen prijsregulering vallen. Zoals ook in het antwoord op vraag 50 is vermeld, is het aan de

¹ Wet van 26 maart 1999, Stb. 203.

² Kamerstukken II, 29 324, nr. 1.

Minister van VWS om te bepalen onder welk markttype een bepaalde deelmarkt valt.

30

De fractieleden van de PvdA vroegen op welke manier de NMa en de Zorgautoriteit i.o. zich voorbereiden op prijsstijgingen, oneerlijke concurrentie en faillissementen. Zij vroegen ook welke van deze twee instellingen van plan is om wat te ondernemen als er zich ten gevolge van de gereguleerde concurrentie toch onmatige prijsstijgingen voordoen. Verder vroegen zij of de NMa instrumenten en middelen in handen heeft om faillissement te voorkomen of af te wenden.

De NMa en het CTG/ZAio hebben beide instrumenten om oneerlijke concurrentie en ongewenste prijsstijgingen tegen te gaan. De NMa houdt bijvoorbeeld toezicht op misbruik van een economische machtspositie en toetst fusies om ongewenste machtsconcentraties te voorkomen. Daarmee draagt de NMa ook bij aan het op langere termijn voorkomen van ongewenste prijsstijgingen. Het CTG/ZAio kan oneerlijke concurrentie door kruissubsidiëring tegengaan door bijvoorbeeld, op grond van de WTG ExPres, voor te schrijven dat onderhandelde prijzen in verhouding moeten staan tot de kosten (kostengeoriënteerde prijzen). Daarnaast draagt het CTG/ZAio door de prijsregulering bij aan een betere prijs-kwaliteitverhouding op de deelmarkten type II.

De NMa en het CTG/ZAio hebben geen bijzondere rol bij faillissementen, vooralsnog met uitzondering van de rol die het huidige CTG nu in bepaalde gevallen heeft bij saneringen van instellingen met financiële problemen.

31

De leden van de PvdA-fractie steunen de stelling dat het noodzakelijk is dat de overheid een visie heeft op de publieke belangen van iedere deelmarkt en op de wijze waarop deze belangen in een marktomgeving gewaarborgd zullen worden. Zij wilden graag weten wat deze visie is en hoe de publieke belangen geborgd worden.

In zijn algemeenheid is de visie van de overheid dat noodzakelijke zorg van goede kwaliteit voor iedereen in Nederland toegankelijk moet zijn. In het antwoord op vraag 9 is uiteengezet dat de borging van de publieke belangen een integraal onderdeel is van de deelmarktgewijze transitie naar gereguleerde concurrentie. Per deelmarkt wordt geanalyseerd of en zo ja, welk (concurrentie)mechanisme de publieke belangen voldoende kan borgen.

32

De leden van de PvdA-fractie vroegen op basis van welke criteria de minister de deelmarkt van de hulpmiddelen geschikt acht om deze tot ontwikkelde deelmarkt te bestempelen (markttype III). Ook vroegen zij op welke beroepsgroep uit de eerste lijn wordt gedoeld wanneer de regering aankondigt dat deze mogelijk in 2005 tot markttype III gaat behoren. Zij wilden bovendien weten hoe gecontroleerd gaat worden of er sprake is van strategisch gedrag – zoals kruissubsidiëring – indien een zorg-aanbieder zich beweegt op verschillende deelmarkten.

Bij de beschrijving van markttype III zijn de hulpmiddelen genoemd als deelmarkt dat onder type III valt. Dit is gebaseerd op het feit dat noch de prijs, noch de hoeveelheid, noch de productiecapaciteit van hulpmiddelen wordt gereguleerd. De beroepsgroep in de eerste lijn waaraan wordt gerefereerd is de groep van fysiotherapeuten (zie ook het antwoord op vraag 18).

Strategisch gedrag zoals kruissubsidiëring is een belangrijk aandachtspunt. Zoals ik in het antwoord op vraag 17 vermeldde zie ik hier een cruciale rol voor het CTG/ZAio. Ook verwijst ik naar de passage over kruissubsidiëring bij vraag 42.

33

De leden van de fractie van de PvdA vroegen welk tijdspad wordt gehanteerd ten aanzien van de aanpassing van de verzekeringswetgeving, de WVG en WZV.

Ik verwijst naar het antwoord op vraag 25.

34

De leden van de VVD-fractie vroegen om een uitgebreide toelichting over de vormgeving, inhoud en werking van het toelatingsbeleid volgens de WTZi.

Het uitgangspunt dat aan het toelatingsbeleid ten grondslag ligt is, dat de overheid alleen daar stuurt waar dat nodig is. Voorop staat dat de instelling die zich als een maatschappelijk ondernemer gedraagt, de overheid zo min mogelijk op haar pad vindt. Ik ben wars van onnodige bureaucratie. Met de wijziging ten opzichte van de oorspronkelijke tekst onderstreep ik dat het mij niet te doen is om gedetailleerde regelgeving. De term «exploitatietoestemming» is vervangen door «toelating» om duidelijk tot uitdrukking te brengen dat het niet gaat om indringende overheidsbemoeienis met de bedrijfsvoering van individuele zorginstellingen, maar om toelating tot de «markt» van collectief gefinancierde ziektekostenverzekeringen. Ook in de huidige Ziekenfondswet en AWBZ heeft het deze betekenis. Juridisch heeft de terminologiewijziging geen zelfstandige waarde.

Het toelatingsbeleid is het best te illustreren door enkele voorbeelden te geven van wat bij de start van de WTZi in de toelatingsbeschikkingen zal komen te staan.

Voor de categorie ziekenhuizen bijvoorbeeld wordt het volgende opgenomen:

- de naam van de instelling,
- de aard van de zorg en het functieprofiel,
- eventueel specifieke doelgroepen (bijv. brandwondenslachtoffers).

Voor AWBZ-instellingen gaat het om:

- de naam van de instelling,
- de aard van de zorg in termen van de zeven functiegerichte aanspraken,
- alleen als de functie verblijf wordt geleverd: de doelgroepen waar de verblijfsfunctie zich op richt en het aantal plaatsen per doelgroep per locatie.
- alleen indien de instelling een aanmerking heeft vanwege de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ): het aantal plaatsen per BOPZ-locatie.

Voor de geestelijke gezondheidszorg wordt zonnodig ook in de toelating van de instelling opgenomen het aantal crisisplaatsen en het aantal plaatsen voor intensieve behandeling, voor forensische psychiatrie en voor forensische verslavingszorg.

Het systeem van toelating betekent in beginsel niet dat een individuele instelling automatisch is toegelaten indien de overheid een bepaalde termijn laat verstrijken. Anders gezegd, indien een instelling niet behoort

tot een categorie die als toegelaten is aangemerkt (een mogelijkheid die bestaat op grond van art. 1, derde lid, voor toelatingen waar geen «bouw» mee gepaard gaat), dan moet de instelling wachten tot de overheid een beslissing heeft genomen. De termijnen die gelden voor individuele toelatingen staan voor zover nodig in de WTZi; voor het overige gelden de normale termijnen van de Algemene wet bestuursrecht.

35

De leden van de VVD-fractie vroegen schematisch aan te geven welke onderdelen van de verschillende zorgsectoren onder de WTZi gaan vallen en welke niet en waarom.

Onder de WTZi vallen ten eerste alle instellingen die zorg verlenen als waarop volgens de Ziekenfondswet of de AWBZ aanspraak bestaat. De reden is dat de toelating ingevolge de WTZi werkt als toegang tot de poort van het overeenkomstenstelsel. Alleen toegelaten instellingen komen in aanmerking voor een contract met een zorgverzekeraar of zorgkantoor. Ten tweede geldt de WTZi voor ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra die weliswaar vergelijkbare zorg verlenen als omschreven in de Ziekenfondswet of AWBZ, maar die geen contract willen sluiten met een ziekenfonds (dus waarvan de verleende zorg volledig privaat vergoed wordt). De reden hiervoor is dat zo het bestaan van deze instellingen kan worden betrokken bij de ordening van de zorgmarkt teneinde het financieel evenwicht van de zorgsector in zijn geheel te kunnen bewaken.

Niet onder de WTZi vallen ten eerste instellingen die zich louter op derde-compartimentszorg richten. De reden hiervoor is dat deze instellingen niet in aanmerking komen voor contracten met zorgverzekeraars of zorgkantoren. Ten tweede geldt de WTZi niet voor alle andere volledig privaat gefinancierde instellingen dan privaat gefinancierde ziekenhuizen en zbc's die eerste- of tweedecompartimentszorg verlenen. Deze instellingen wensen immers geen contract te sluiten met zorgverzekeraars of zorgkantoren. Ook is gebleken dat het bestaan van deze instellingen geen invloed uitoefent op het financieel evenwicht van de zorgsector in zijn geheel.

36

De VVD-fractieleden vroegen naar de (regie)rol van verzekeraars en zorgkantoren in de WTZi en wat het verschil is met hun rol in het oorspronkelijke voorstel. Ook vroegen zij naar de toekomstige rol van het CBZ. Tevens wilden zij weten hoe aan het veld duidelijk wordt gemaakt wat de gevolgen zijn van de WTZi voor de zorgpraktijk in de verschillende deelsectoren als gevolg van de gedifferentieerde benadering.

De (regie)rol van de zorgverzekeraars/zorgkantoren is niet veranderd door de derde nota van wijziging. De regierol van de verzekeraar komt primair tot uiting in zijn rol als inkoper van zorg ten behoeve van zijn verzekerden. De verzekeraars zullen meer ruimte krijgen, en daarmee ook meer verantwoordelijkheid, om vorm te geven aan een zorgaanbod dat zo goed mogelijk is afgestemd op de zorgvraag. Ook de afschaffing van de modelovereenkomst, de (gefaseerde) afschaffing van de (omgekeerde) contracteerplicht, verdere ontwikkeling van risicodragendheid van verzekeraars in het tweede compartiment, het toewerken naar prestatiegerichte bekostiging van instellingen in het tweede compartiment en functiegerichte bekostiging van instellingen in het eerste compartiment, alsmede het geleidelijk toestaan van vrije prijsvorming zijn in dit verband van belang. In de WTZi hebben verzekeraars en zorgkantoren een expliciete rol bij het tweejaarlijkse bouwprogramma (art. 6) en bij beslissingen van de overheid om een bestaande toelating van een instelling te beperken of in te trekken (art. 13).

Het CBZ houdt in de WTZi de rol die het heeft in de WZV. Uiteraard is het wel zo dat, naarmate het bouwregime in de loop van de tijd verder beperkt wordt in reikwijdte en diepgang, de omvang van de werkzaamheden van dit college zal afnemen. Overigens is het CBZ bezig zijn expertisefunctie verder te ontwikkelen.

Het veld wordt via de koepel- en brancheorganisaties en via gerichte informatierondes (al dan niet op verzoek) op de hoogte gehouden van de ontwikkelingen rondom de WTZi.

37

Volgens de WTZi vallen renovatie en vervangende nieuwbouw onder de verantwoordelijkheid van de instelling, aldus de leden van de VVD-fractie. Zij vroegen hoe beide gefinancierd worden nu het systeem van trekkingsrechten komt te vervallen.

Voor bouw die niet onder het bouwregime van de WTZi valt zullen instellingen zelf (vreemd of eigen) vermogen moeten aantrekken. Bij de start van de WTZi betreft dit grof gezegd instandhoudingsbouw, renovatie tot 50 procent van de kosten van vervangende nieuwbouw, alsmede kleinschalige woonvormen. Dit geldt zowel voor de ziekenhuissector als voor de AWBZ-instellingen die de functie verblijf leveren. Op dit moment verwerkt het CTG de aanvaardbare kapitaallasten die gemoeid zijn met het aantrekken van vreemd vermogen in de budgetten van de WZV-instellingen. Op basis van de WTG heeft het CTG hiertoe beleidsregels afschrijving, rente en instandhoudingsinvesteringen vastgesteld. In de laatstgenoemde beleidsregel is de huidige systematiek van trekkingsrechten vastgelegd. Dit systeem komt te vervallen. Daarvoor in de plaats komt een ander systeem van vergelijkbare financiële omvang en met een soepeler procedure. Hiervoor zijn verschillende technische opties die op dit moment nog worden uitgewerkt.

38

De leden van de VVD-fractie vroegen welk normatief kader gaat gelden voor het bewaken van de toegankelijkheid van de zorg op het niveau van functies, locaties of zorgvormen.

Er gaat niet één normatief kader gelden voor het bewaken van de toegankelijkheid (beschikbaarheid en bereikbaarheid) van de zorg. Het bewaken van de beschikbaarheid van zorg (is het er?) is primair een zaak van de zorgverzekeraars. Zij kunnen bijvoorbeeld constateren dat zij onvoldoende in staat blijken om binnen redelijke termijnen aan hun zorgplicht te voldoen omdat er te weinig aanbod van zorg is. In de medisch specialistische zorg hanteren de zorgverzekeraars en de aanbieders de zogenoemde Treeknormen. Deze variëren naar specialisme en ernst van de aandoening. Ook in de caresectoren hanteren partijen Treeknormen. In deze sectoren zijn aantallen geïndiceerde personen die langer dan een bepaalde periode op de geïndiceerde zorg wachten een belangrijk ijkpunt voor de zorgkantoren en de aanbieders. In de geestelijke gezondheidszorg is het aanbod van crisisinterventie voor het zorgkantoor de beste indicator voor de beschikbaarheid van zorg in de praktijk. Wat betreft de bereikbaarheid (kan ik er komen?) gaat het vooral om vormen van acute zorg. Hoe ik dit wil aanpakken staat in het antwoord op vraag 58.

39

De VVD-fractieleden vroegen waarom gekozen is voor een termijn van twee jaar voor de visie van de minister ten aanzien van behoefte- en spreidingscriteria van zorginstellingen. Ook vroegen zij of dit niet te vaak was en waarom niet kan worden volstaan met bijvoorbeeld éénmaal per tien jaar. Verder vroegen zij naar de juridische status van deze visie en

waarin deze zich onderscheidt van het beleidskader, zoals neergelegd in het oorspronkelijke wetsvoorstel.

In de visie staat hoe de Minister van VWS aankijkt tegen de doelmatigheid, evenwichtigheid en toegankelijkheid van het stelsel van gezondheidszorg, welke ontwikkelingen en trends hij daarin signaleert en waar en hoe hij globaal genomen wil (bij)sturen. Daarnaast is van belang dat de WTZi beoogt de overstap te faciliteren naar een meer decentraal en vraaggericht stelsel. De voortschrijdende ontwikkelingen in de verschillende deelmarkten die mede door deze wet geïnitieerd worden zullen vragen om keuzes ten aanzien van te nemen stappen naar verdere deregulering en meer marktwerking. Deze keuzes worden vervolgens in het kader van deze wet vertaald naar de beleidsregels, het verder versoepelen van het bouwregime en het toestaan van winstoogmerk voor meer categorieën van instellingen. Het is zaak een goed evenwicht te vinden tussen snel en flexibel inspelen op de ontwikkelingen enerzijds en het uitdragen van een bestendig beleid anderzijds. Bij nader inzien is de frequentie van twee jaar voor het bekend maken van de visie inderdaad te hoog, een frequentie van éénmaal per tien jaar is echter wel erg laag. De manier waarop de overheid haar verantwoordelijkheid waarmaakt voor de borging van de publieke belangen verandert naarmate het proces van centrale aanbodssturing naar decentrale vraaggerichte sturing zich verder ontwikkelt. Deze verandering zal zich ook vertalen in de beleidsvisie. Deze zal zich steeds minder richten op het aanbod en steeds meer op de randvoorwaarden voor het handelen van partijen in het veld en op de spelregels waaraan deze partijen zich moeten houden. Alles afwegende ben ik van mening dat een frequentie van ten minste vier jaar voor de beleidsvisie ook voldoet. Doordat de beleidsregels snel aangepast kunnen worden kan snel en adequaat gereageerd worden op kleinere ontwikkelingen, ook al verandert de hoofdrichting van het beleid niet. In de meegezonden vierde nota van wijziging breng ik deze aanpassing aan (onderdeel B).

De beleidsvisie heeft geen zelfstandige juridische betekenis; instellingen kunnen geen rechtstreekse rechten ontleen aan de visie. Nieuwe beleidsinzichten komen tot uitdrukking in een aangepaste visie en worden concreet gemaakt in de beleidsregels ex artikel 3. Het beleidskader zoals voorzien in het oorspronkelijke voorstel omvatte niet alleen de visie van de minister, maar tevens de criteria waaraan verzoeken om een toelating worden getoetst. Deze combinatie was blijkbaar de oorzaak van verwarring over de juridische status van het beleidskader. In het huidige gewijzigde voorstel is, om aan die verwarring een eind te maken, een duidelijk onderscheid aangebracht tussen enerzijds de beleidsvisie (art. 2) en anderzijds de daaruit voortvloeiende beleidsregels (art. 3).

40

De VVD-fractieleden wilden weten of de WTZi een tijdelijke wet is.

De WTZi is geen tijdelijke wet, in die zin dat de wet niet op een tevoren vastgesteld tijdstip vervalt. De reden is dat op voorhand niet voorspeld kan worden hoe lang het duurt voordat een meer decentraal en vraaggericht stelsel met gereguleerde marktwerking is gerealiseerd op een zodanig niveau, dat aan de WTZi geen zelfstandige betekenis meer toekomt. Overigens voorziet artikel 56, eerste lid, in evaluatie van de wet vijf jaar na inwerkingtreding.

41

De leden van de VVD-fractie vroegen hoe, in de tijd bezien, de overgang van aanbod- naar vraagsturing er volgens de WTZi uitziet. Zij vroegen op welke momenten welke vormen van aanbodssturing worden losgelaten.

Het zou niet verstandig zijn op dit moment vast te leggen wanneer precies welke vormen van aanbodssturing worden losgelaten. Het transitieproces zal voor de verschillende deelmarkten een verschillend verloop en inhoud kennen. De verschillen tussen deelmarkten in marktstructuur en marktgedrag, de wijze waarop de publieke belangen geborgd kunnen worden, het aanbrengen van een gelijk speelveld en ander voorwaarden betekenen dat er per deelmarkt maatwerk zal worden geleverd. In iedere deelmarkt zijn in het transitieproces wel een aantal kritische momenten aan te wijzen. Ik wijs bijvoorbeeld op de noodzaak van een functionerende zorgautoriteit die instrumenten heeft om, indien nodig, markten te ontwikkelen en efficiënte prijsvorming tot stand te brengen. Ook noem ik het kunnen toestaan van winstmotief, verdere deregulering van het bouwregime, opheffing van de contracteerverplichting en vrijheid van prijsvorming. Deze kritische momenten in het transitieproces zullen niet in iedere deelmarkt worden doorlopen. Analyse en ervaringsgegevens kunnen verantwoordelijk zijn voor de keuze om een deelmarkt permanent in markttype II te houden: blijvende regulering van de prijzen. Ook is mogelijk dat concurrentie op de markt op enkele deelmarkten het verkeerde allocatiemechanisme is. Het budgetmechanisme dat op deze deelmarkten zijn werk moet doen kan leiden tot het in concessie geven, veilen of aanbesteden van marktrechten (concurrentie om de markt). Het CTG/ZAio kan efficiënte prijzen vaststellen indien er producten te onderscheiden zijn, anders kan benchmark of maatstafconcurrentie op dit type deelmarkten zijn disciplinerende werk doen.

De keuze voor de deelmarkten, de voorlopige indeling van deelmarkten in de drie markttypen, de keuze voor het reguleringsregime dat past bij de karakteristieken van een specifieke deelmarkt en de timing en inhoud van de dereguleringsstappen zijn activiteiten die de komende maanden en jaren worden ondernomen. Per 1 januari 2005 wordt een belangrijke eerste stap gezet met de vrije prijsonderhandelingen op een relatief klein deel van de ziekenhuismarkt.

42

De leden van de VVD-fractie vroegen op basis van welke criteria wanneer en waar in de zorgsector winstoogmerk wordt toegestaan.

Ik verwijs naar het antwoord op vraag 11.

43

De VVD-fractieleiden informeerden welke deelmarkten thans onderzocht worden in het kader van de systematische marktanalyse. Ook vroegen zij of er deelmarkten zijn uitgezonderd van dit onderzoek en zo ja, welke redenen hieraan ten grondslag liggen. Bovendien wilden zij weten hoe wordt bepaald of sprake is van een «markt» in een bepaalde sector.

Voor het eerste deel van de vraag verwijs ik naar het antwoord op vraag 9. Op voorhand is geen deelmarkt uitgezonderd van de reeks onderzoeken. Er zijn echter enkele deelmarkten waar publieke belangen en marktfalen voldoende bekend zijn om de keuze voor een specifiek reguleringsregime ook zonder uitgebreid onderzoek te maken. De deelmarkt van de complexe zorg/topzorg is hier een voorbeeld van. Voor het onderscheiden van een «markt» in de zorgsector moet er sprake zijn van een aanbod-en-vraagrelatie en van verhandelbare producten of diensten. Aanvullende criteria hebben onder meer betrekking op de substitueerbaarheid van de producten en de onderlinge prijsgevoeligheid van de producten.

44

De leden van de VVD-fractie vroegen welk overheidsbeleid de beschikbare capaciteit gaat verruimen. Ook vroegen zij met hoeveel de beschikbare

capaciteit per deelsector moet worden verruimd om de overgang van aanbodsturing naar optimale vraagsturing te bewerkstelligen.

Voor het eerste deel van de vraag verwijs ik naar het antwoord op vraag 13. Wat betreft het tweede deel van de vraag het volgende. Er bestaat geen kwantitatieve formule volgens welke bepaald kan worden of en wanneer de overgang van aanbodsturing naar vraagsturing kan plaatsvinden. Vraagsturing kan in vele vormen gerealiseerd worden. Zoals in het antwoord op vraag 9 is aangegeven is markttype III de vorm die de partijen de meeste vrijheid geeft om hun relaties vorm en inhoud te geven. Bij dit markttype moet sprake zijn van evenwichtige verhoudingen tussen vraag en aanbod.

45

De VVD-fractieleden vroegen naar de mogelijkheden van zorginstellingen om hun financiële weerbaarheid te vergroten als gevolg van de toenevende risico's in een meer open systeem.

Ik verwijs naar het antwoord op vraag 27.

46

De leden van de VVD-fractie informeerden of zorginstellingen volgens de huidige planning voldoende tijd hebben om te voldoen aan de strengere solvabiliteitseisen. Zij vroegen ook naar de stand van zaken op dit moment als het gaat om de financierbaarheid van de zorgsector in het licht van de overgang van aanbod- naar vraagsturing.

Het op een verantwoorde manier meer ruimte geven aan partijen houdt ook in dat de deregulering van de aanbodzijde gefaseerd en gedifferentieerd moet kunnen verlopen. Het management van zorginstellingen dient voldoende tijd te krijgen om zich een meer marktconforme manier van ondernemen eigen te maken en ervoor te zorgen dat de financiële weerbaarheid van de zorginstelling voldoende op orde is. Zie ook mijn antwoord op de vragen 14 en 27.

Wat betreft de financierbaarheid van de zorg merk ik op dat het van belang is dat voor alle stadia van het overgangstraject een passend beheersingsregime voorhanden is. Het kabinet staat gedurende het gehele overgangstraject voor de taak om op verantwoorde wijze beheersing van de macro-uitgaven zo nauwkeurig mogelijk af te stemmen op de feitelijke veranderingen in de verantwoordelijkheidsverdeling die zich in de zorgsector voltrekken. Verder verwijs ik naar het slot van het antwoord op vraag 13.

47

De leden van de VVD-fractie vroegen aan te geven hoe instellingen worden gefaciliteerd om hun nieuwe rol in een marktsituatie waar te maken. Zij dachten hierbij aan de noodzaak van een groter eigen vermogen, en bijvoorbeeld de dbc-systematiek waar al dan niet de kapitaallasten in meegenomen worden. Ook vroegen zij om hoeveel geld het hier naar schatting gaat.

Voor het eerste deel van deze vraag verwijs ik naar het antwoord op de vragen 14 en 27. Wat betreft het tweede deel van de vraag: ik ben het eens met deze leden dat een overgang naar een meer prestatiegerichte financiering, zoals de dbc-systematiek, aangewezen is. Ik stimuleer en faciliteer de ontwikkeling van de dbc-systematiek op diverse manieren. Hiervoor verwijs ik naar mijn brief van over de invoering van de dbc's van 10 oktober 2003.¹

¹ Kamerstukken II, 29 248, nr. 1.

Ik kan niet aangeven hoeveel geld naar schatting gemoeid is met het faciliteren van instellingen om hun nieuwe rol in een marktsituatie waar te maken. Zelfs een schatting zou zeer gedetailleerd onderzoek vergen, dat bovendien betrekking moet hebben op een toekomstige situatie.

48

De VVD-fractieleden waren benieuwd naar de indeling in drie deelmarkten op gebaseerd is. Zijn deze uitkomst van de systematische marktanalyse, zo vroegen zij. Ook wilden zij weten wat deze indeling betekent voor de toelatingseisen en hoe deze er per deelmarkt uit zien. Verder vroegen zij hoe deze eisen zich verhouden tot andere wet- en regelgeving, bijvoorbeeld de Kwaliteitswet. Ten slotte vroegen zij welke deelmarkten deel uitmaken van de lopende analyse.

Het onderscheid tussen de markttypen I, II en III is gebaseerd op algemene economische theorieën. Door systematische analyse wordt nagegaan welke deelmarkten binnen welke markttypen thuishoren. In het antwoord op de vragen 9 en 10 is hier uitgebreider bij stilgestaan; ook is daar aangegeven welke deelmarkten zijn en worden onderzocht.

Wat de indeling in markttypen exact betekent voor de toelatingseisen is niet op voorhand te zeggen. Wel ligt het bijvoorbeeld voor de hand om de toelatingseisen in markttype III te beperken tot de zogenoemde transparantie-eisen. In het antwoord op vraag 34 staan voorbeelden over wat er bij de start van de WTZi in de toelatingsbeschikking komt te staan. De Kwaliteitswet zorginstellingen blijft gelden voor alle drie de markttypen. Dit is niet afhankelijk van de toelatingseisen op grond van de WTZi.

49

De leden van de VVD-fractie vroegen of het vrijlaten van deelmarkten alleen afhankelijk is van de macrobudgettaire situatie en op grond waarvan nog meer kan worden besloten om een deelmarkt gedeeltelijk of geheel vrij te laten. Ook vroegen zij welke typen overheidsregulering gelden voor de verschillende deelmarkten.

Alle markten in onze economie zijn in meer of mindere mate gereguleerd. Het vrijlaten van deelmarkten in de gezondheidszorg is niet primair afhankelijk van de macrobudgettaire situatie, maar heeft betrekking op het proces van deregulering en herregulering van de relaties tussen verzekeraars, aanbieders en verzekerden/patiënten. Deze relaties hebben betrekking op de vrije vestiging, investeringsbeslissingen, prijsvorming, keuze voor het openen of sluiten van functies, kwaliteitsafspraken etc. De deregulering krijgt bijvoorbeeld de vorm van het buiten de WTG plaatsen van een deelmarkt of via een experiment onderzoeken van de mogelijkheden van vrije prijsvorming zoals voor 2005 met de fysiotherapie is voorgenomen. Herregulering krijgt bijvoorbeeld vorm in het vastleggen, op basis van de WTG, van de productenstructuur in een deelmarkt. Partijen krijgen de vrijheid om hun relaties vorm te geven voorzover deze vrijheid in overeenstemming is met de specifieke publieke randvoorwaarden die de overheid in de deelmarkten in deze bedrijfstak aan het ondernemen stelt.

De analyse van het marktfalen in een deelmarkt en de publieke belangen die door marktfalen eventueel niet langer geborgd zijn leiden tot uiteenlopende reguleringsregimes per deelmarkt. Ieder reguleringsregime heeft als doel om de vrijheid die in beginsel aan de marktpartijen wordt gegeven af te stemmen op maatschappelijk gewenste uitkomsten van een deelmarkt. De overheidsregulering kan daarbij bijvoorbeeld uiteenlopen van het uitschakelen van de concurrentie op deelmarkten tot deelmarkt-specifieke vormen van prijsregulering die het CTG/ZAio zal ontwikkelen.

50

De leden van de VVD-fractie vroegen wie bepaalt tot welk type I, II of III een zorgmarkt behoort en of dit alleen de overheid is. Ook vroegen zij naar de rol van de Zorgautoriteit i.o. en die van de NMa, die bezig is een eigen toetsingsdocument voor de AWBZ te ontwikkelen.

De Minister van VWS bepaalt tot welk type een markt behoort, zij het dat het CTG/ZAio de minister hierbij wel van advies kan dienen. Bij elk type hoort een instrumentarium voor toezicht op en/of regulering van prijzen en (achterliggend) gedrag. Het CTG/ZAio past dat instrumentarium in de praktijk toe. Het CTG/ZAio werkt hierbij nauw samen met de NMa, die de algemene mededingingswetgeving handhaaft. De NMa heeft in haar recente visiedocumenten aangegeven dat zij de mededingingswetgeving voor de ziekenhuissector en voor de AWBZ grotendeels van toepassing acht.

51

De VVD-fractieleden vroegen of de overheid kan besluiten om haar greep weer te versterken bij een verslechterende macro-economische situatie en wat dit betekent voor de voorspelbaarheid van overheidsbeleid. Ook vroegen zij wat dit betekent voor het gedrag van instellingen die geacht worden met elkaar te concurreren. Bovendien wilden zij weten wie de financiële consequenties draagt van overheidsingrijpen.

Het is niet uit te sluiten dat ook in een vraaggericht stelsel een sterke ontwikkeling van de zorgvraag, ondanks een realistische raming van de totale zorguitgaven, tot een onaanvaardbaar hoog macrobeslag op de collectieve middelen leidt. Het kabinet heeft bij verschillende gelegenheden gesteld dat wanneer het model van gereguleerde marktwerking is ingevoerd, de sturingsmogelijkheden van de overheid in beginsel beperkt zullen zijn tot besluiten over de omvang en samenstelling van het verplicht verzekerde pakket en besluiten tot wijziging van de eigen betalingen. Voor zover beleidsbeslissingen van de overheid nopen tot ander gedrag van instellingen, komen de financiële consequenties daarvan voor hun rekening (zowel de nadelen als de voordelen). Voor de gevallen dat door een expliciete beslissing van de overheid een bestaande toelating van een individuele instelling wordt ingetrokken of beperkt, is voorzien in een financiële regeling (zie art. 16).

52

De leden van de VVD-fractie vroegen hoe marktfalen in de vorm van informatieasymmetrie geminimaliseerd kan worden. Ook vroegen zij naar de maatregelen om de positie van patiënten te versterken.

Ik onderschrijf volledig de noodzaak om de transparantie van de zorgmarkten te versterken, vooral in het belang van patiënten en cliënten. Een belangrijke stap is het definiëren van een duidelijke productstructuur, zoals met de dbc's. Dit verbetert de mogelijkheden om zicht te krijgen op de prijs-kwaliteitverhouding van de geleverde zorg. Verder is het nodig de verantwoording van zorginstellingen over de geleverde kwaliteit te verbeteren. Uit de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen en uit de Staat van de gezondheidszorg bleek dat de Kwaliteitswet op dit punt nog onvoldoende verbetering heeft gebracht. Ik wil de kwaliteitsverslaggeving minder vrijblijvend maken en inhoudelijk verbeteren. Daarbij denk ik aan duidelijker voorschriften over de inrichting van die verslagen, mede om ze onderling beter vergelijkbaar te maken. Ook denk ik aan het voorschrijven van het gebruik van bepaalde kwaliteitsindicatoren waarover in ieder geval moet worden gerapporteerd. Aan de Raad voor de Jaarverslaggeving is gevraagd een model te ontwikkelen voor de maatschappelijke verantwoording van zorginstellingen. Daarbij wordt onder meer

geput uit de ervaringen met het convenant maatschappelijke verantwoording in de sector verpleging en verzorging. Dit convenant heeft tot doel de jaarlijkse verantwoording eenvoudiger en uniformer te maken, mede vanwege het beter kunnen informeren van patiënten en cliënten. Overigens zal de Kamer dit voorjaar een brief bereiken over de ontwikkelingen rondom het patiëntenbeleid. Daarin zal het onderwerp keuze-informatie voor patiënten en consumenten prominent naar voren komen.

Hiernaast werk ik aan verbeteringen aan de verzekeraarskant. De Consumentenbond ontwikkelt, met subsidie van mijn departement, een publieks-informatiesysteem waarmee consumenten de zorgverzekeraars onderling kunnen gaan vergelijken. Dit informatiesysteem zal naast algemene gegevens, de premies en pakketten per verzekeraar, ook informatie bevatten over onder meer aanmeld- en opzegprocedures, zorginkoop, klachtenafhandeling, keuzevrijheid en inspraakmogelijkheden.

53

De leden van de VVD-fractie merken op dat een toezichthouder essentieel is in het kader van het voorkomen van marktfalen. Zij vroegen wat de taken worden van deze toezichthouder. Ook vroegen zij hoe de rol van de toezichthouder zich verhoudt tot de rol van de overheid.

Marktfalen is helaas niet altijd te voorkomen, het kan een intrinsiek onderdeel van een specifieke deelmarkt zijn. Vaak gaat het daarom eerder om het omgaan met marktfalen. In de zorg wordt stapsgewijs de overgang gemaakt van een aanbodgestuurd systeem naar een meer vraaggericht systeem. In deze transitiefase is het algemene mededingingstoezicht niet toereikend. Ook op langere termijn zal als gevolg van het (blijvende) marktfalen sectorspecifiek toezicht nodig blijven. Voor de taken van deze sectorspecifieke markttoezichthouder en de relatie met de Minister van VWS verwijs ik naar mijn brief van 21 november 2003 over de Zorgautoriteit¹.

54

De leden van de SP-fractie vroegen onder welke voorwaarden ik het mogelijk acht instellingen winstoogmerk toe te staan. Zij zijn van mening dat winstoogmerk niet thuishoort in een publieke voorziening als de gezondheidszorg. Zij vroegen mijn mening over hun stelling dat collectief bijeengebracht geld niet in zakken van aandeelhouders moet verdwijnen en dat het risico groot is dat het maken van winst een grotere rol gaat spelen dan het publiek belang; in dit geval het bewaken van de kwaliteit en gelijke toegankelijkheid van de zorg. Ook vroegen zij hoe wordt voorkomen dat de kwaliteit en toegankelijkheid onvoldoende bewaakt worden.

Ik deel de vrees van deze leden niet dat door het toestaan van winstoogmerk collectief bijeengebracht geld ten onrechte in zakken van aandeelhouders verdwijnt. Een winstuitkering is een normale vergoeding voor ondernemend, initiatiefrijk gedrag (voor wat, hoort wat). Voor het overige verwijs ik naar het antwoord op vraag 11.

55

De leden van de SP-fractie vroegen hoe extra werkdruk en bureaucratie worden voorkomen bij afschaffing van de (omgekeerde) contracteerplicht en introductie van selectieve onderhandelingen.

Ik verwijs hier naar mijn uitgebreide beantwoording in de nota naar aanleiding van het verslag bij het wetsvoorstel Herziening overeenkomstenstelsel zorg².

¹ Kamerstukken II, 29 324, nr. 1.

² Kamerstukken II, 28 994, nr. 5.

56

De leden van de SGP-fractie vroegen welke betekenis het voorliggende wetsvoorstel heeft voor bestaande instellingen die als gevolg van de opheffing van de contracteerplicht, te kampen krijgen met hoge kapitaallasten als zorgverzekeraars niet bereid zijn met die instelling een contract af te sluiten, welke mogelijkheden een dergelijke instelling heeft om de toelating alsnog te gelde te maken, wie dan verantwoordelijk is voor de eventueel optredende financiële tekorten.

Voor de korte termijn zal de opheffing van de contracteerplicht betrekking hebben op de extramurale AWBZ-zorg en de vrij onderhandelbare dbc's van de ziekenhuisproductie (het zgn. B-segment). Bij extramurale zorg spelen kapitaallasten geen noemenswaardige rol. Voor de vrije dbc's wordt voorlopig een opslag voor kapitaallasten gehanteerd, die, afhankelijk van de gerealiseerde productie, via het budget wordt verrekend; dit om het gevaar van dubbele financiering van de kapitaallasten te voorkomen. Zie verder de nota naar aanleiding van het verslag over de Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg waarin ik uitvoerig ben ingegaan op de gevolgen van de opheffing van de contracteerplicht¹.

57

De leden van de SGP-fractie vroegen wanneer de analyse van de deelmarkten te verwachten is. Ook vroegen zij naar de betekenis van die analyse voor de totstandkoming van dit wetsvoorstel. Verder wilden zij weten op welke manier de uiteindelijke beslissing wordt genomen over welk markttype voor een bepaalde deelmarkt zal gelden en hoe de relatie is tussen de analyse en de tweejaarlijkse visie.

In het antwoord op vraag 9 is uiteengezet wat de stand van zaken is met betrekking tot de deelmarktgewijze analyse. De analyse is in zoverre van belang voor de WTZi, dat de resultaten daarvan een rol zullen spelen bij het beoordelen welke verdere dereguleringsstappen gezet kunnen worden met deze wet. De WTZi maakt, anders dan de huidige WZV, een gedifferentieerde benadering mogelijk. Voor de relatie tussen de analyse en de beleidsvisie verwijs ik naar het antwoord op vraag 39.

3. Verschuiving van verantwoordelijkheden

58

De leden van de CDA-fractie vroegen hoe de overheid (bijvoorbeeld) een ziekenhuis kan dwingen om de bereikbaarheid van ziekenhuiszorg ook in dunbevolkte regio's te garanderen, daar waar instellingen zelf de investeringsbeslissingen mogen nemen. Ook vroegen zij wat de sancties zijn, indien instellingen weigeren de gewenste bereikbaarheidsnormen na te leven. Zij vroegen dit te illustreren aan de hand van enkele bestaande knelpunten.

Ik wil voorop stellen dat het bij het bereikbaarheidsvraagstuk vooral gaat om de bereikbaarheid van de acute zorg. Met andere woorden: het gaat er niet om dat voor de volle 100% overal ziekenhuiszorg aanwezig is, maar om professioneel transport er naar toe. Het is bijvoorbeeld vanuit een goede kosten-batenafweging niet verstandig een ziekenhuis te willen hebben op één van de waddeneilanden. Wel is duidelijk dat voor iedereen die dat nodig heeft tijdig acute zorg bereikbaar moet zijn. Het streven is binnen vijftien minuten professionele hulp ter plekke te hebben. Nederland heeft zeer goed opgeleid ambulancepersoneel, dat uitstekend in staat is alle noodzakelijke handelingen te verrichten om de patiënt te stabiliseren. Na stabilisatie kan vervolgens vervoer naar een geschikt ziekenhuis plaatsvinden. Enerzijds is daarbij snelheid van belang. Anderzijds moet een ziekenhuis passende zorg kunnen bieden; iemand met een ernstig

¹ Kamerstuk II, 28 994, nr. 5.

hoofdletsel moet anders behandeld worden dan een kind met een lichte vergiftiging. De huidige situatie rondom acute zorg is niet slecht. 93% van de gevallen waarin acute zorg nodig is kan binnen vijftien minuten worden bereikt. Met het nieuwe referentiekader voor ambulances moet dat 95% worden.

Bijna alle fracties gaven aan het niet wenselijk te vinden alles vanuit Den Haag te plannen. Ik ben het ermee eens dat we niet naar een systeem moeten á la de National Health Service in het Verenigd Koninkrijk. Alles vanuit Den Haag plannen is niet wenselijk, omdat dat leidt tot doorgeschoten regulering die zich slecht verhoudt met de dynamiek in de praktijk. Ook het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) over de acute zorg wijst hierop¹. Volgens de RVZ gaat het er primair om passende zorg te bieden, afhankelijk van de aard van de zorgvraag. Soms is dat dichtbij, soms is dat verder weg, omdat zeer specialistische zorg geconcentreerd moet worden aangeboden. De dynamiek in de praktijk laat zich illustreren door de evolutie die de ziekenhuizen en ambulance-diensten de laatste decennia hebben laten zien. In de loop der jaren heeft zich op informele basis een taakverdeling tussen en differentiatie van ziekenhuizen ontwikkeld, waardoor binnen een regio voor de ambulance duidelijk werd welke patiënten het best naar welk ziekenhuis gebracht kunnen worden. Die differentiatie ontstond bijvoorbeeld door de specifieke deskundigheid van individuele specialisten of afdelingen. Andere ziekenhuizen zijn zich bijvoorbeeld meer gaan toeleggen op poliklinische en dagbehandelingen. De ambulances hebben in de afgelopen steeds geavanceerder technische mogelijkheden kregen, ook het kwaliteitsniveau van het ambulancepersoneel is enorm toegenomen. Een voorbeeld van een meer recente ontwikkeling betreft de inzet van traumahelicopters, waardoor zonder af te doen aan de snelheid, grotere afstanden overbrugd kunnen worden.

Naar mijn mening is het bovendien niet mogelijk om alles vanuit Den Haag te regelen, omdat acute zorg vooral een kwestie is van goede werkafspraken tot op de werkvloer en van een adequaat management van elk onderdeel van de keten en de keten als geheel (huisartsen, ambulance-diensten, meldkamer, ziekenhuizen en traumacentra).

Om de acute zorg goed bereikbaar te houden moet een aantal randvoorwaarden worden vervuld. Het gaat hierbij om:

- het versterken van de financiële mogelijkheden,
- het versterken van de corporate governance,
- het versterken van de samenhang in de keten van acute zorg,
- het versterken van het sanctieinstrumentarium als ultimum remedium.

Wat betreft de financiële mogelijkheden zijn de maatregelen al genomen. Vanaf 2004 is €18 miljoen uitgetrokken om de beschikbaarheid van ambulances te vergroten. Ook is vanaf 1 januari 2004 een beschikbaarheid-toeslag geïntroduceerd waar tien ziekenhuislocaties van profiteren; daarmee is maximaal € 15 miljoen gemoeid. Tevens is de opbouw van de CTG-investeringsrichtlijn zodanig aangepast dat kleine ziekenhuizen gelijk geschakeld zijn met ziekenhuizen van een gemiddelde omvang van 450 bedden. Hiermee is in 2004 € 2,6 miljoen gemoeid, oplopend tot € 26 miljoen in 2014.

Instellingen hebben ieder voor zichzelf en gezamenlijk een maatschappelijke verantwoordelijkheid voor de continuïteit van de zorgverlening in de toekomst, ook wat betreft de spoedeisende zorg. Versterking van de corporate governance draagt bij aan dit besef van maatschappelijke verantwoordelijkheid. Wat ik in dat kader voor ogen heb staat in het antwoord op vraag 67.

¹ Acute zorg; advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Zoetermeer, december 2003; zie voor het standpunt van het kabinet Kamerstukken II, 29 247, nr. 10.

De noodzakelijke samenhang tussen alle schakels van de keten van acute zorg moet beter. Dat vereist inspanningen van alle partijen en dat is moeilijk, want waar velen verantwoordelijk zijn, dreigt het gevaar dat niemand zich verantwoordelijk voelt. Ik zie de traumacentra als de spil waar die verbetering van de samenhang om draait. Traumacentra hebben al de taak gekregen om een netwerk te vormen ten behoeve van de traumazorg. Het ligt daarom voor de hand die positie ook te gebruiken voor het organiseren van de keten van acute zorg. Wanneer één van de schakels van deze keten de zorgdienstverlening wil aanpassen, bijvoorbeeld door het verminderen van de inzetbaarheid van de spoedeisende hulp, dan kan dat alleen maar wanneer daar met de andere schakels in de regio sluitende afspraken over zijn gemaakt. Het traumacentrum bewaakt aldus dat de keten van acute zorg sluitend is. In de beleidsregels als bedoeld in artikel 3 van de WTZi wordt opgenomen dat de overheid kan bepalen dat een door een ziekenhuis voorgenomen aanpassing van een afdeling voor spoedeisende eerste hulp (SEH) niet kan doorgaan, indien geen sluitende afspraken zijn gemaakt met de rest van de keten van acute zorg. Doet zo'n situatie zich voor dan wordt aan de toelating van de desbetreffende instelling een daartoe strekkend voorschrift verbonden.

De WTZi versterkt het sanctieinstrumentarium, omdat, als zo'n voorschrift als hiervoor bedoeld wordt overtreden, als ultimum remedium op grond van artikel 63 bijvoorbeeld een last onder dwangsom kan worden opgelegd. Deze mogelijkheden biedt de WZV niet.

59

De leden van de CDA-fractie vroegen naar de betekenis van het langetermijnhuisvestingsplan bij de te nemen investeringsbeslissingen.

In een langetermijnhuisvestingsplan (LTHP) beschrijft een instelling, gegeven haar voornemens over hoe zij in de toekomst zorg wil verlenen, welke consequenties dat heeft voor de huisvesting. Dat heeft betrekking op alle huisvestingsvraagstukken die zich op de langere termijn voordoen, zoals de noodzaak tot groot of minder groot onderhoud, verbouw, (gedeeltelijke) nieuwbouw, huur enzovoorts. Dit wordt in tijd, volgorde en financieringsbehoefte aangeduid. Voornemens voor de kortere termijn worden uiteraard concreter uitgewerkt dan voornemens voor de langere termijn. Daar waar het om investeringsbeslissingen gaat die onder het bouwregime vallen, biedt het LTHP de overheid inzicht in hoe het desbetreffende bouwinitiatief past in het huisvestingsbeleid van de instelling.

60

De leden van de CDA-fractie wilden weten of het «vrij zijn» om te investeren betekent dat dit niet langer afhankelijk is van het Budgettaire Kader Zorg met de daarin tot nu toe bepaalde ruimte.

De WTZi dient ter begeleiding van de overgang van een stelsel van centrale aanbodsturing naar een decentraal meer vraaggericht stelsel met meer marktprikkels. Het is van belang dat voor alle stadia van het overgangstraject een passend beheersingsregime voor handen is. Het kabinet staat gedurende het gehele overgangstraject voor de taak 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. Daar waar bepaalde vormen van bouw niet onder het bouwregime vallen, dus waar de instelling vrij is in haar investeringsbeslissingen, speelt het afzonderlijk financieel kader voor de bouw geen rol. Uiteraard tellen de exploitatiegevolgen van dergelijke investeringsbeslissingen wel mee bij het bepalen van de totale uitgaven die relevant zijn voor het bewaken van budgettair kader zorg.

61

De CDA-fractieleden vroegen om aan de hand van enkele bestaande knelpunten (bijvoorbeeld Emmeloord, Oldenzaal) zichtbaar te maken hoe en op welke wijze de WTZi een beter instrument is dan de huidige WZV.

Ik verwijs naar het antwoord op vraag 58.

62

De leden van de PvdA-fractie vroegen naar de criteria die gehanteerd gaan worden bij het bepalen van de ondergrens als het gaat om beschikbaarheid. Zij vroegen wanneer er voldoende capaciteit is en, als het gaat om bereikbaarheid, wat een reële afstand is om te moeten bereizen, bijvoorbeeld voor een geriatrische patiënt. Ook wilden zij weten hoe de regering van plan is de ondergrenzen van kwaliteit in de zorg te definiëren. Ten slotte vroegen zij wat precies verstaan wordt onder basisfuncties.

Wat betreft de beschikbaarheid verwijs ik naar het antwoord op vraag 38. Voor de bereikbaarheid verwijs ik naar vraag 58.

De IGZ formuleert de ondergrenzen van kwaliteit in de zorg en ziet hier ook op toe.

Een basisziekenhuis legt zich toe op 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.

63

De leden van de SP-fractie vroegen of vraaggestuurde zorg niet beter door de overheid geregeld kan worden dan door de markt. Zij merkten op dat de markt zich wel op de vraag zal richten, maar ook op het grote geld en dat de markt geen belang heeft bij een eerlijke verdeling van het zorgaanbod. Zij vroegen hoe voorkomen wordt dat er een verschuiving plaatsvindt van intensieve en noodzakelijke zorg, zoals geriatrie, naar zorg die snel veel geld opbrengt maar wellicht minder noodzakelijk is.

De bedoeling van gereguleerde marktwerking is dat zowel de kosten-efficiëntie (waar voor je geld) als de allocatieve efficiëntie (afstemming van aanbod op vraag) van de gezondheidszorgsector verbeteren. Voor een verbetering op beide fronten zie ik meer in versterking van marktprikkels dan in versterking van verdeling van functies en capaciteiten door de overheid. Het (recente) verleden toont aan dat de overheid onvoldoende bij machte is op centraal niveau het aanbod op een flexibele manier op de vraag van de klant af te stemmen. Zoals ik in het antwoord op vraag 9 uiteenzette maakt de borging van de publieke belangen integraal deel uit van de deelmarktgewijze analyse. Als er bepaalde vormen van zorg zijn waarvoor het marktmechanisme voor een tekortschietende allocatie zorgt, komt dat in die analyse aan het licht en zal dat met gepaste regulering worden gecorrigeerd.

64

De leden van de SP-fractie vroegen wat precies bedoeld wordt met de passage in de toelichting dat instellingen vrij zijn in het nemen van hun investeringsbeslissingen en zelf verantwoordelijk zijn voor de financiering. Zij vroegen of instellingen zich bijvoorbeeld deels afhankelijk kunnen maken van sponsoring. Naar aanleiding van de passage dat de speelruimte van de instellingen niet oneindig is als het gaat om het waarmaken van hun verantwoordelijkheden, vroegen zij waar de grens ligt en wat de

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

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

mogelijkheden zijn om in te grijpen.

Mijn beleid is er op gericht dat instellingen op hun zorgprestaties worden afgerekend. Daar hoort bij dat zij zo veel mogelijk zelf verantwoordelijk worden gemaakt voor hun investeringsbeslissingen. Met andere woorden: daarvoor is dan geen toestemming van de overheid nodig. Een instelling zal dan zelf zorgvuldiger afwegen met welke kapitaalintensiteit de zorg moet worden verleend. Als sponsoring een nuttige financieringsbron is om de financiering van de investering mede mogelijk te maken zie ik dat niet als een probleem.

De grens van de speelruimte van instellingen ligt daar waar de door de overheid te borgen publieke belangen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid in gevaar komen. Op welke wijze het best kan worden ingegrepen is afhankelijk van het markttype waarin de instelling opereert.

65

Volgens de leden van de SGP-fractie kent de centrale overheid zich in dit wetsvoorstel in de verdeling van de verantwoordelijkheden een beperkte rol toe in de borging van de publieke belangen. Zij wilden meer duidelijkheid over de manier waarop het huidige kabinet de toegankelijkheid, de kwaliteit en de doelmatigheid concreet denkt in te vullen; met andere woorden, waar de ondergrens ligt.

De door de overheid te borgen publieke belangen hebben in het kader van de WTZi de volgende betekenis. Bij toegankelijkheid gaat het om fysieke toegankelijkheid, dit wil zeggen beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorgaanbod. De kwaliteit heeft te maken met zaken als veiligheid en geschiktheid van een gebouw voor de daarin te verlenen vormen van zorg. Het gaat hier dus niet om de kwaliteit van de zorg als zodanig, daarover gaat de Kwaliteitswet zorginstellingen. Bij de doelmatigheid gaat het erom dat toegankelijkheid en kwaliteit bereikt worden met niet meer middelen dan noodzakelijk is (geen verspilling), opdat de zorg betaalbaar blijft.

Een algemene, meetbare ondergrens is niet te geven; in ieder geval is er een kritische ondergrens genaderd wanneer vormen van zorg waar de bereikbaarheid van bijzonder belang is, onvoldoende aanwezig is (zie ook het antwoord op vraag 58). Overigens is het goed zich te realiseren dat kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid geen absolute begrippen zijn die in alle gevallen dezelfde betekenis hebben. Ook wil ik er op wijzen dat het gaat om het vinden van een goed evenwicht tussen de verschillende belangen.

66

De leden van de SGP-fractie vroegen of het afschaffen van de regiovisie een voor- of een nadeel is voor bovenregionaal werkende instellingen. Ook vroegen zij of het risico niet groot is dat geen enkele verzekeraar zich echt verantwoordelijk voelt om met die instellingen een contract te sluiten.

Het schrappen van de regiovisie uit het oorspronkelijke voorstel is niet voor- of nadelig voor bovenregionaal werkende instellingen. Ik deel de ongerustheid van deze leden niet dat geen enkele verzekeraar zich verantwoordelijk zal voelen om met bovenregionale instellingen zaken te doen. Waar er voldoende vraag is naar zorg door dergelijke instellingen zal de verzekeraar er niet omheen kunnen dat zijn verzekerden daar ook gebruik van willen kunnen maken.

4. Instrumenten

67

De leden van de CDA-fractie vroegen welke concrete voorstellen de regering voor ogen staan om te bereiken dat er sprake is van goed bestuur en management van instellingen. Vooral wilden zij weten welke sancties mogelijk zijn om slecht management aan te pakken. Ook vroegen zij of een instelling in de komende jaren ook failliet kan of mag gaan.

Concreet betreffen de voorstellen voor het bereiken van goed bestuur en management het volgende.

In de eerste plaats worden op grond van de artikelen 6 en 8 van de WTZi bij amvb eisen gesteld betreffende de bestuursstructuur en de ordelijkheid en controleerbaarheid van de bedrijfsvoering van instellingen (dit is de amvb over de transparantie-eisen). Bijlage 2 bij de brief van 25 september 2001¹ bevat een eerste uitwerking daarvan. Deze amvb is onder andere een antwoord op de aanbeveling van de Commissie Meurs om de raden van toezicht van zorginstellingen wettelijk te verankeren. In de tweede plaats is de Regeling jaarverslaggeving zorginstellingen van belang. Ik bezie op dit moment de mogelijkheid om de kwaliteitsverslaggeving in de jaarverslaggeving te integreren en de regels daarover aan te scherpen. Verder noem ik hier het feit dat ook voor zorginstellingen inmiddels geldt dat zij de salarissen van bestuurders openbaar moeten maken.

Overigens is goed bestuur en intern toezicht bovenal een zaak van het veld. Daarbij hebben cliënten en patiënten een stem via de cliëntenraden en hebben de medewerkers een stem via de ondernemingraden. Ook zij kunnen de raad van bestuur en de raad van toezicht aanspreken op hun functioneren. Tevens verwacht ik van zorgverzekeraars dat zij nagaan of een zorginstelling de gemaakte afspraken over de zorgverlening en de kwaliteit daarvan naleven.

Zoals ik tijdens het hoofdlijnen debat van 15 april 2004 over de herziening van het zorgstelsel aangaf ben ik van mening dat een disfunctionerende raad van toezicht of raad van bestuur voor de rechter moet kunnen worden gebracht. In die zin spreekt de motie van de leden Schippers en Arib van november 2003² mij aan. Dit wil ik echter regelen zonder daar een aparte zorgkamer bij een rechtbank voor op te richten. Bij slecht functionerend management staan nu al onder meer de volgende wegen open. Op grond van het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn er mogelijkheden tot ingrijpen in het bestuur van een stichting. Op grond van artikel 2:298 BW komt aan de rechter de mogelijkheid toe om bestuurders te ontslaan in die gevallen dat de bestuurder bijvoorbeeld iets doet of nalaat in strijd met de bepalingen van de wet of de statuten, dan wel zich schuldig maakt aan wanbeheer. De rechter heeft in dit verband ook de bevoegdheid om de bestuurder te schorsen. Als het gaat om een disfunctionerende raad van toezicht van een zorginstelling, komt de Ondernemingskamer van het Amsterdamse Gerechtshof in beeld. Die kan op verzoek van belanghebbenden een enquête starten bij slecht functionerende stichtingen waar meer dan 50 personen werken (art. 346, onder c, BW). Indien nodig kan de Ondernemingskamer vervolgens voorzieningen treffen, gericht tegen de raad van toezicht of tegen besluiten van de raad. In de amvb over de transparantie-eisen wil ik opnemen dat een instelling in zijn statuten moet opnemen welk orgaan of welke belanghebbenden de bevoegdheid heeft c.q. hebben een enquêteverzoek in te dienen. Ik denk hier onder meer aan patiënten- en consumentenorganisaties. Ik zal de Kamer eind juni van dit jaar een beleidsbrief sturen over de nadere ontwikkelingen op het terrein van de health care governance.

¹ Kamerstukken II, 27 659, nr. 5.

² Kamerstukken II, 29 200 XVI, nr. 30.

De IGZ ziet toe op de kwaliteit van zorg en kan mij zonodig voorstellen om maatregelen te treffen als de kwaliteit van zorg in het geding komt.

Slecht functionerende instellingen moeten in mijn ogen failliet kunnen gaan. Wel is daarbij het vraagstuk van de continuïteit van zorg van belang. Indien mocht blijken dat door een (dreigend) faillissement de beschikbaarheid van zorg voor een grote populatie bedreigd wordt, dan moet de overheid zonodig behulpzaam zijn in het faciliteren van oplossingen. Dit kan bijvoorbeeld door actief te helpen zoeken naar een overnamekandidaat.

68

De leden van de PvdA-fractie denken dat het opnemen van het behoeftebegrip in de wet ervoor kan zorgen dat de basiszorg gewaarborgd blijft, ook in gebieden buiten de randstad. Het gaat er daarbij volgens deze leden om dat een Kamerbrede consensus over een absolute garantie van basiszorg in Nederland in de wet moet worden vastgelegd. Zij zien het beleidskader als de invulling van de verantwoordelijkheid van de overheid betreffende het waarborgen van voldoende goede en toegankelijke zorg en als instrument voor vraagsturing. Zij zoeken naar een manier om de behoefte, de vraag naar zorg een zo nadrukkelijk mogelijke plaats te geven in het beleidskader.

Uiteraard dient de vraag naar zorg zoals die zich ontwikkelt een plaats te krijgen in de beleidsvisie. Zoals reeds opgemerkt in de nota naar aanleiding van het verslag is bewust niet gekozen voor een wettelijke verankering van het behoeftebegrip¹. Bij de overgang naar een meer vraaggericht systeem en gereguleerde marktwerking, waar ook deze leden een voorstander van zeggen te zijn, komt de verantwoordelijkheid voor het organiseren van de zorg conform de wensen van de patiënt geleidelijk steeds meer bij verzekeraars en aanbieders te liggen. Centrale vaststelling van de behoefte door de overheid past daar niet bij. Voor het overige verwijs ik wat betreft de bereikbaarheid van acute zorg naar vraag 58.

69

De leden van de PvdA-fractie gaan ervan uit dat de beleidsregels ex artikel 3 WZV op dit moment het kader vormen waaraan wordt getoetst bij aanvragen van ziekenhuizen voor fusie en functieherverdeling. De uitgangspunten hierbij zijn regionale context, effecten van nabijgelegen ziekenhuizen, noodzaak tot concentratie en de noodzaak om de stakeholders bij besluitvorming te betrekken en daarmee besluitvorming transparant te maken. Deze leden vroegen in hoeverre deze uitgangspunten in de nieuwe WTZi tot uitdrukking komen.

Inderdaad worden nu, noodgedwongen en bij gebrek aan beter, de beleidsregels ex artikel 3 WZV gebruikt om fusies en functieverdeling bij ziekenhuizen te beoordelen in verband met de bereikbaarheid van zorg. Met de huidige regelgeving is het echter niet mogelijk fusies en functieherverdelingen te toetsen, als daar geen «bouw» in de zin van de WZV aan te pas komt. Met de WTZi zijn er wel instrumenten (in casu de beleidsregels en de toelating) om eventuele ongewenste uitkomsten van fusies en functieherverdelingen te voorkomen. In antwoord op vraag 58 heb ik aangegeven hoe ik met het bereikbaarheidsvraagstuk om wil gaan en in de beleidsregels ex WTZi wil vastleggen.

70

De leden van de PvdA-fractie refereerden aan de toelichting bij de derde nota van wijziging waarin staat dat geregeld kan worden dat (bepaalde) ziekenhuizen hun spoedeisende eerste hulp niet mogen sluiten of op een andere locatie onderbrengen, zonder toestemming van de centrale over-

¹ Kamerstukken II, 27 659, nr. 7, blz. 19/20.

heid. Deze leden vroegen waarom wordt uitgegaan van een mogelijkheid daartoe en waarom niet wettelijk wordt vastgelegd dát de centrale overheid hier toestemming voor moet geven. Immers, de overheid is verantwoordelijk voor publieke belangen als toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid, aldus deze leden.

In de tekst van de wet is nu vastgelegd dat de beleidsregels in ieder geval criteria bevatten over de spreiding van die vormen van zorg ten aanzien waarvan aan de bereikbaarheid een bijzonder belang moet worden gehecht. Dit onderstreept in mijn ogen de verantwoordelijkheid van de overheid voor het borgen van het publieke belang van de toegankelijkheid. Het zou echter onnodige bureaucratie en administratieve lastendruk meebrengen, als in de wet wordt voorgeschreven dat de overheid altijd toestemming moet geven voor het sluiten of verplaatsen van een locatie voor spoedeisende eerste hulp. Immers, daar waar daar geen problemen mee zijn zou elke locatiewisseling of sluiting niettemin het doorlopen van de toelatingsprocedure betekenen. Door in de beleidsvisie de toegankelijkheid van de zorg te beschouwen, in de beleidsregels de criteria op te nemen over de bereikbaarheid kan op de lokale situatie gericht beleid worden gevoerd. Voor het overige verwijs naar het antwoord op vraag 58.

71

De leden van de PvdA-fractie wilden weten welke functie een eventuele Zorgkamer krijgt en hoe deze functie zich verhoudt tot de Zorgautoriteit i.o. en de NMa

Ik ga er van uit dat de vraag doelt op het voornemen het CTG/ZAio op termijn in te varen bij de NMa. Dat kan als zogenaamde zorgkamer, net zoals er bijvoorbeeld een Vervoerkamer is bij de NMa. Tot die tijd bestaat het CTG/ZAio als aparte toezichthouder, die nauw samenwerkt met de NMa. De zorgkamer bij de NMa en de Zorgautoriteit zullen niet tegelijkertijd naast elkaar bestaan.

72

De leden van de VVD-fractie wilden weten op welke wijze de WTZi het mogelijk maakt om voorschriften te verbinden aan toelating. Ook vroegen zij om welke voorschriften het hierbij gaat.

De Minister van VWS maakt periodiek zijn visie bekend op een doelmatig, evenwichtig en voor iedereen toegankelijk stelsel van gezondheidszorg (art. 2). Uit die visie leidt hij af welke criteria van belang zijn voor het toetsen van verzoeken van instellingen om (wijziging van) hun toelating. Deze criteria komen in de beleidsregels ex artikel 3 te staan. Op grond van artikel 12 kunnen voorschriften worden verbonden aan een toelating. Artikel 13 regelt dat op grond van de beleidsregels een toelating onder beperkingen kan worden verleend. Om welke voorschriften of beperkingen het gaat is afhankelijk van de situatie. Moeten bijvoorbeeld in een bijzonder geval aan een bepaalde instelling eisen worden gesteld in verband met de bereikbaarheid van acute zorg, dan heeft het voorschrift betrekking op het niet mogen verplaatsten of sluiten van die voorziening zonder toestemming van de overheid (zie ook vraag 58). Een voorbeeld van een beperking kan zijn een beperking van de termijn waarvoor de instelling wordt toegelaten; daarvoor moet dan wel een basis liggen in de beleidsregels.

73

De leden van de SP-fractie vroegen op basis van welke artikelen in dit wetvoorstel de minister een dreigende sluiting van een ziekenhuis of een afdeling kan tegenhouden. Ook vroegen zij of het niet beter en eenvoudiger

diger was geweest om te kiezen voor aanpassing van de WZV om de bereikbaarheid van ziekenhuiszorg te bewaken.

Ik wil graag voorop stellen dat sluiting van een ziekenhuis of afdeling primair een zaak is van de instelling zelf. Er kunnen vele goede redenen zijn waarom een instelling daartoe besluit, niet elke sluiting is per definitie ongewenst. Voorwaarde voor het kunnen tegenhouden door de overheid van een ongewenste sluiting of fusie is uiteraard dat in de beleidsvisie en de beleidsregels expliciete aangrijpingspunten aanwezig zijn om te kunnen bepalen of een bepaalde fusie of sluiting onwenselijk is. Daarbij is de bereikbaarheid van belang, maar ook overwegingen van kwaliteit en doelmatigheid (macrobetaalbaarheid) spelen daarbij een rol. De artikelen waar het om gaat zijn die over de periodieke beleidsvisie (art. 2), in combinatie met de artikelen over de beleidsregels (art. 3), over de het kunnen verbinden van voorschriften aan de toelating (art. 12) en over het onder beperking verlenen van een toelating (art. 13). Zie overigens ook vraag 58.

Volgens mij was het niet beter en eenvoudiger geweest om de WZV aan te passen. Zoals in de loop der tijd al vaker aangegeven, biedt de WZV geen geschikt kader, omdat het nu eenmaal een bouwwet is. Alleen als er sprake is van bouw in de zin van die wet, zijn er mogelijkheden om invloed uit te oefenen op het sluiten of verplaatsen van locaties. Bovendien en nog belangrijker: de WZV is in mijn ogen inmiddels «uitgewoond» en is niet geschikt om de overstap te kunnen maken naar een meer decentraal vraaggericht stelsel met gereguleerde marktwerking.

74

De leden van de SGP-fractie gaven aan voorstander te zijn van de mogelijkheid om bijvoorbeeld in het kader van een goede spreiding van voorzieningen regels te stellen. Tegelijkertijd moet ervoor worden gewaakt dat er niet opnieuw een zeer gedetailleerd stelsel van regels ontstaat. Zij vroegen hoever de beleidsregels kunnen gaan en wat de concrete inzet is. Ook vroegen zij om inzicht in de beleidsregels.

Ik steun van harte de oproep van deze leden een gedetailleerd stelsel van regels te vermijden. Ik wil alleen dat regelen wat nodig is daar waar dat nodig is. Zoals ik in het antwoord op vraag 69 aangaf, gaat het erom dat specifiek op de lokale situatie gericht beleid kan worden gevoerd. De beleidsregels zullen een vertaling zijn in concrete, toetsbare criteria, van de periodieke beleidsvisie.

Het ligt voor de hand dat deze meer algemene visie van de overheid onderwerp van gesprek is tussen het kabinet en het parlement (zie ook het antwoord op vraag 2). Omdat de beleidsregels niet meer of minder zijn dan een vertaling van de meer algemene beleidslijnen in concrete, toetsbare criteria ben ik van mening dat de beleidsregels, zoals ook nu gebruikelijk met de beleidsregels op grond van de WZV, zonder tussenkomst van de Kamer vastgesteld kunnen worden.

75

De leden van de SGP-fractie vroegen waarom op het punt van de bereikbaarheid van zorg voor beleidsregels is gekozen en of het geen aanbeveling verdient om voorwaarden die soms zeer sterk kunnen ingrijpen op het stelsel, vast te leggen in hogere vormen van regelgeving.

Aanvragen om een toelating worden getoetst aan strikte en aan minder strikte voorwaarden. Strikt zijn bijvoorbeeld de transparantie-eisen; deze worden bij amvb vastgesteld. Het niet voldoen aan die eisen leidt tot afwijzing van de aanvraag. Minder strikt zijn de criteria inzake spreiding die worden bedoeld in artikel 3; bij de toetsing hieraan moet ruimte

bestaan om in voorkomend geval een afwijking toe te staan. Ook gaat het hier niet om criteria waarvan de naleving met de meetlat kan worden gecontroleerd; deze criteria zijn een nadere uitwerking van de visie die de minister op grond van artikel 2 bekend maakt. Mede omdat deze criteria nogal eens moeten worden gewijzigd naar aanleiding van ontwikkelingen in de verschillende deelmarkten, is op dit punt gekozen voor beleidsregels.

5. Wijzigingen in het wetsvoorstel

5.1. Meer ruimte voor winstoogmerk

76

De leden van de PvdA-fractie stelden dat de regering in dit wetsvoorstel het verbod op winstoogmerk beperkt tot die instellingen die er voor kiezen zorg te verlenen als bedoeld in de Ziekenfondswet en AWBZ (collectief gefinancierde zorg), terwijl instellingen die geen contract willen met een ziekenfonds of zorgkantoor niet meer vallen binnen het verbod op winstoogmerk. Bovendien streeft de regering ook binnen de categorie instellingen die collectief gefinancierde zorg verlenen naar verdergaande vrijheden op het gebied van winstoogmerk. Deze leden vroegen waarom er niet voor is gekozen dat de reikwijdte van de wet zich uitstrekt over alle instellingen die zorg verlenen die verzekerd is op grond van de AWBZ of de Ziekenfondswet, ongeacht de wijze waarop de kosten van de zorgverlening worden vergoed. Bij amvb zouden dan (categorieën van) instellingen kunnen worden aangewezen waarop de WTZi (gedeeltelijk) niet van toepassing is. Ook vroegen zij welke situatie in de praktijk zal nopen tot verdere regulering (overheidsbemoediging) ten aanzien van het winstoogmerk.

De WTZi strekt zich uit over alle instellingen die zorg verlenen waarop ingevolge de Ziekenfondswet of AWBZ aanspraak bestaat. Dit impliceert dat het in beginsel alleen gaat om de zogenoemde collectief gefinancierde zorg. Dit beginsel leidt uitzondering, doordat ook ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra die vergelijkbare zorg verlenen, maar die volledig privaat vergoed worden, onder de werkingssfeer van de WTZi vallen. Voor deze twee categorieën van instellingen geldt ingevolge de wettekst zelf overigens een zeer licht regime, omdat zij niet gefinancierd worden via de collectief gefinancierde verzekeringen. Voor hen geldt slechts de eis dat zij een toelating nodig hebben, waarbij die toelating alleen aan de beleidsregels wordt getoetst. Het bouwregime, het verbod op winstoogmerk en de transparantie-eisen zijn niet op hen van toepassing. Hiermee is op wetsniveau duidelijk welke reikwijdte die de WTZi ten hoogste heeft. Dit was ook een belangrijk punt in het advies van de Raad van State over het aan hem voorgelegde wetsvoorstel.

Verder is kennelijk sprake van een misverstand. Aan het slot van paragraaf 5.1 van de toelichting op de derde nota van wijziging is aangegeven dat bij de eerste evaluatie van deze wet zal worden bezien in hoeverre overheidsregulering ten aanzien van het mogen hanteren van een winstoogmerk op dat moment nog aan de orde is. Daarmee is bedoeld te zeggen, dat dan in ieder geval een moment aanbreekt om te kijken wat de ervaringen zijn en of niet over een brede linie winstoogmerk kan worden toegestaan.

77

De leden van de VVD-fractie vroegen hoe ik ga bewerkstelligen dat zorginstellingen met winstoogmerk sneller kunnen toetreden tot de zorgmarkt. Ook vroegen zij waarom de toelating van zorginstellingen met een winstoogmerk niet in de wet zelf wordt geregeld, maar bij amvb. Zij wilden

weten of als gevolg hiervan niet een belangrijke toetredingsdrempel voor instellingen met winstoogmerk blijft bestaan.

De mogelijkheid om winstoogmerk toe te staan voor bepaalde categorieën van instellingen is niet in de wet zelf geregeld, omdat het dan moeilijker zou zijn flexibel in te spelen op de ontwikkeling naar meer marktwerking.

Uiteraard blijft een drempel bestaan voor instellingen die winstoogmerk willen nastreven als zij behoren tot een categorie waarvoor dat niet is toegestaan. Immers, zij voldoen dan niet aan één van de toelatingsvoorwaarden. Dat heeft echter niet te maken met het feit dat het toestaan van winstoogmerk bij amvb wordt geregeld.

78

De leden van de VVD-fractie vroegen wat wordt bedoeld met verdergaande vrijheden op het punt van winstoogmerk. Zij wilden weten aan welke categorieën van collectief gefinancierde instellingen wordt gedacht en aan welke voorwaarden deze instellingen moeten voldoen.

Ik verwijs naar het antwoord op vraag 11.

79

De leden van de ChristenUnie-fractie merkten op dat met de nota van wijziging de mogelijkheden tot winstoogmerk worden verruimd. Zij nemen aan dat het hier gaat om winst in de zin van uitkeringen aan directie en/of aandeelhouders. Zij vroegen of het voor de bedrijfsvoering van zorginstellingen inderdaad nodig is meer eigen kapitaal aan te trekken en of de financiering met vreemd kapitaal (banken) op dit moment een probleem is.

Het verruimen van het winstoogmerk betekent inderdaad dat het hier gaat om vrije bestemming van winst, waarbij kan worden gekozen voor uitkeringen aan derden. Het «nieuwe» kapitaal (aandelen) is nodig omdat de beschikbaarheid van leningen dreigt af te nemen, onder andere door de grotere onzekerheid bij vraagsturing en de vaak nog beperkte financiële buffers bij zorginstellingen. Dit is echter niet de enige reden. Het toestaan van winstoogmerk is vooral bedoeld om meer prikkels in te bouwen om de efficiëntie in de zorg te versterken. Zie verder het antwoord op vraag 11.

80

De leden van de ChristenUnie-fractie vroegen in hoeverre het is toegestaan dat werknemers en specialisten investeren in de eigen zorginstelling door medeaandeelhouder te worden. Ook wilden zij weten of dit kan betekenen dat op den duur de zorg-CAO's komen te vervallen of niet meer voor iedereen geldend zijn.

Het staat werknemers en specialisten vrij om aandeelhouder te worden in de eigen zorginstelling. Deze keuze staat los van het al dan niet toepasselijk zijn van zorg-CAO's.

81

De leden van de ChristenUnie-fractie begrijpen het voorgestelde artikel 4 zo, dat het winstoogmerk slechts toegestaan wordt voor bepaalde deelmarkten. Zij vroegen of een ziekenhuis zich hierdoor genoodzaakt moet zien zich op te splitsen in twee zelfstandige rechtspersonen, waarvan de één een winstoogmerk heeft en de ander niet. Zo ja, dient dan ook al het personeel een keuze te maken tussen indienstreding bij één van beide rechtspersonen, en zo nee, welke (minder ingrijpende) constructies zijn

dan mogelijk, zo vroegen deze leden.

Op grond van artikel 4 worden categorieën van instellingen aangewezen waar winstoogmerk is toegestaan. Dit is niet per definitie gekoppeld aan een deelmarkt (zie het antwoord op vraag 11). Indien de situatie zich mocht voordoen dat een instelling zowel tot een categorie behoort waar winst is toegestaan, als tot een categorie waar dat niet het geval is, dan kan de instelling de categorie activiteiten met winstoogmerk en die zonder winstoogmerk eventueel in afzonderlijke rechtspersonen onderbrengen. In dat geval zal voor elk van de instellingen een afzonderlijk arbeidscontract gelden; ook bij twee deeltijdbanen is het natuurlijk mogelijk dat met beide instellingen een dienstverband wordt overeengekomen. Er kan dus voor aparte rechtspersonen worden gekozen, maar dit is waarschijnlijk niet noodzakelijk. Via de statuten kan worden bepaald dat een instelling die (bijvoorbeeld) als rechtsvorm voor een besloten vennootschap kiest, niettemin geen winst nastreeft, dan wel voor een deel van zijn activiteiten geen winstoogmerk heeft.

82

De leden van de SGP-fractie vroegen om een nauwkeuriger motivering van de wijziging in het wetsvoorstel om de mogelijkheid te openen om winstoogmerk toe te staan. Verder vroegen zij wat de betekenis hiervan is voor de zeggenschap van de rijksoverheid over het budget van de Ziekenfondswet en de AWBZ. Ook wilden zij weten aan welke voorwaarden wordt gedacht bij het bieden van de mogelijkheid om winst te maken en of ook gedacht moet worden aan specifieke kwaliteitsvoorwaarden.

Het is een misverstand dat eerst door de derde nota van wijziging de mogelijkheid is geopend winstoogmerk toe te staan. Ook in het oorspronkelijke voorstel bestond die mogelijkheid. Het verschil met het voorstel zoals het er nu uitziet, is dat deze mogelijkheid nu expliciet in de wet staat in plaats van impliciet (zie ook het antwoord op vraag 3). De overheid blijft ook in de toekomst verantwoordelijk voor de borging van de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg (de verantwoordelijkheid van de overheid voor het budget van de ZFW en AWBZ). Er wordt niet gedacht aan specifieke kwaliteitsvoorwaarden; ook voor winstbeoogende instellingen geldt de Kwaliteitswet zorginstellingen waar de IGZ op toeziet. Voor het overige verwijs ik naar het antwoord op vraag 11.

83

De leden van de SGP-fractie constateerden dat er in de toelichting vooralsnog geen concrete plannen staan voor het toestaan van winstoogmerk. Zij vroegen hoever de regering denkt te gaan en wat de verwachte ontwikkelingen zijn.

Ik verwijs naar het antwoord op vraag 11.

84

Volgens de leden van de SGP-fractie is de mogelijkheid van faillissement van een zorginstelling de keerzijde van winstoogmerk. Zij vroegen of de regering deze gedachte deelt en wat dit betekent voor het toekomstige beleid.

De overheid borgt de publieke belangen, waaronder de toegankelijkheid. De overheid moet zich er daarom van vergewissen dat ten algemene de continuïteit van zorg voldoende wordt verzekerd. De overheid is er echter niet voor de continuïteit van iedere individuele instelling. Zorginstellingen zijn zelf verantwoordelijk voor hun bedrijfsvoering. Indien een instelling failliet dreigt te gaan, kan de instelling in samenspraak met de verzeke-

raars in de regio tot een oplossing komen die de continuïteit van zorg in die regio waarborgt, eventueel kan hierbij de hulp worden ingeroepen van het CTG/ZAio. Faillissementen vloeien voort uit een niet sluitende exploitatie en een onvoldoende financieel weerstandsvermogen. Ook nu kunnen zorginstellingen failliet gaan (en er gaan ook instellingen failliet). Faillissementen zijn daarmee niet de keerzijde van het winstoogmerk. Indien een (dreigend) faillissement van een zorginstelling betekent dat de continuïteit van zorg ernstig bedreigd wordt, dan kan er reden zijn voor de overheid om in te springen, bijvoorbeeld door te helpen zoeken naar een overnamekandidaat.

85

De leden van de SGP-fractie stelden dat er zich problemen kunnen voordoen met de relatie tussen de mogelijkheid om beleidsregels te stellen en de financiële verantwoordelijkheid van de zorginstelling. Dit omdat in hun ogen de voorwaarden die de regering stelt aan de exploitatie van een instelling immers negatieve financiële gevolgen kunnen hebben voor een instelling. Zij vroegen hoe hiermee in de toekomst zal worden omgegaan. Ook vroegen zij of winstoogmerk automatisch betekent dat ook niet meer overgaan zal worden tot het bieden van extra budgetten voor bijvoorbeeld de instandhouding van spoedeisende eerste hulp of kleine ziekenhuizen.

De overheid kan gebruik maken van haar regulerende bevoegdheden op basis van bijvoorbeeld de WTZi, WTG of de WBMV waardoor de plaats, inhoud of omvang van een investeringsbeslissing, de exploitatie of leveringsvoorwaarden eenzijdig door dezelfde overheid wordt bepaald. Deze regulerende bevoegdheden worden ingezet in de markttypen I en II.

Op basis van de WTZi kunnen bepaalde functies, bijvoorbeeld forensische zorg, worden aangewezen die de zorginstelling naar het oordeel van de overheid op een bepaalde plaats moet blijven exploiteren. De instelling is verantwoordelijk voor een doelmatige exploitatie van deze functie. De prijsvorming voor deze gereguleerde activiteiten kan dan niet op de markt worden bepaald. Voor zover er duidelijk te typeren producten of investeringen met deze overheidsregulering samenhangen, zal het CTG/ZAio een rol spelen bij het bepalen van de efficiënte prijs of een doelmatige investeringsomvang. Voor zover er bouw aan de orde is die onder het bouwregime valt speelt het CBZ een rol bij het vaststellen van het investeringsbedrag.

5.2. Verantwoordelijkheid voor spreiding en bereikbaarheid

86

De leden van de CDA-fractie merkten op dat in hoofdstuk 5.2 van de toelichting op de derde nota van wijziging staat dat daar waar de bereikbaarheid in het geding komt de overheid met het instrumentarium dat dit wetsvoorstel biedt effectiever zal zijn dan met het huidige instrumentarium. Deze leden verwezen hier naar hun eerder vraag om een wat meer praktische toelichting op deze stellingname. Zij merkten verder op dat vooraf door de overheid criteria voor (bijvoorbeeld) spreiding zullen worden gesteld welke worden vastgelegd in beleidsregels. Zij vroegen hoe deze criteria tot stand komen en of de Kamer het recht heeft om beleidsregels te wijzigen of af te keuren.

Voor de praktische toelichting verwijs ik naar mijn antwoord op de vragen 61 en 62. De criteria voor bijvoorbeeld spreiding leg ik vast in de beleidsregels. Ik baseer deze criteria op de periodieke beleidsvisie waarop ik uitgebreid ben ingegaan bij vraag 39. Beleidsregels zijn een vorm van lagere regelgeving waar het parlement formeel niet bij betrokken is. In die

zin heeft de Tweede kamer niet het recht om beleidsregels te wijzigen of af te keuren. Zie ook mijn antwoord op vraag 74.

87

De leden van de PvdA-fractie vroegen voor welke terreinen van zorg de overheid een bijzonder belang hecht aan de bereikbaarheid. Ook wilden zij weten welke instrumenten (behalve artikel 2) de overheid heeft om spreiding te verwezenlijken.

De bereikbaarheid is van bijzonder belang voor acute zorg. Zie hiervoor mijn antwoord op de vraag 58. Ook voor de forensische zorg is de bereikbaarheid van belang. Deze zorg moet in elk van de ressorten van de vijf Gerechtshoven worden aangeboden. Wat betreft de instrumenten (naast art. 2) om de spreiding te verwezenlijken verwijs ik naar vraag 73.

88

De leden van de PvdA-fractie hechten er zeer aan dat wettelijk wordt vastgelegd dat de regering verplicht is inrichting te geven aan de beschikbaarheid en kwaliteit van zorg bij die terreinen van zorg waarvan zij de bereikbaarheid van bijzonder belang acht. Door inhoud te geven aan een behoeftebegrip kunnen garanties voor goede basiszorg die invulling geeft aan die behoeftes wettelijk worden vastgelegd. Deze leden vroegen of de regering hun mening deelt dat het definiëren van een behoeftebegrip hierbij een rol kan spelen. Zij achten het van belang de garanties voor spreiding en bereikbaarheid in de wet op te nemen. Verder zijn zij van mening dat het aanbeveling verdient slechts zaken via amvb's te regelen die de garantie van goede toegankelijke zorg niet direct beïnvloeden. De specifieke en gedetailleerde wijze waarop de invulling van bereikbaarheid door de zorginstellingen zelf wordt gegeven, kan volgens deze leden bij amvb worden geregeld. De PvdA-fractieleden vroegen of de regering deze visie op de verhouding tussen vastleggen bij wet en amvb deelt. Ook vroegen zij wel criteria gehanteerd worden voor de onderverdeling tussen invulling bij wet enerzijds en invulling via amvb anderzijds.

Artikel 2 vermeldt expliciet dat de beleidsregels in ieder geval criteria bevatten over de spreiding van die vormen van zorg ten aanzien waarvan aan de bereikbaarheid een bijzonder belang moet worden gehecht. Ik ben van mening dat hiermee voldoende wettelijk is vastgelegd wat de eigen verantwoordelijkheid van de overheid in deze is. Zoals geantwoord op vraag 68, deel ik de mening niet dat het definiëren van een behoeftebegrip hierbij een rol moet spelen.

Wat betreft de meer algemene vraag naar de criteria voor de onderverdeling tussen invulling bij wet enerzijds en invulling via amvb anderzijds verwijs ik naar het antwoord op vraag 6.

89

De leden van de PvdA-fractie vroegen waarom de regering dit nieuwe instrumentarium effectiever acht dan het huidige.

De WTZi is beter geschikt dan de het huidige instrumentarium van de Ziekenfondswet en AWBZ omdat het met die wetten niet mogelijk is om voorschriften te verbinden aan een toelating. De WZV is niet effectief genoeg, omdat alleen als er sprake is van bouw in de zin van de WZV voorschriften meegegeven kunnen worden aan instellingen. Als een instelling een locatie wil verplaatsen of sluiten, terwijl daar geen bouw mee gemeoid is, is het met de WZV, noch met de Ziekenfondswet of AWBZ mogelijk om daar invloed op uit te oefenen. De WTZi maakt het wel mogelijk om aan de toelating voorschriften te verbinden in verband met de bereikbaarheid van zorg. Zie ook het antwoord op de vragen 61 en 62.

90

De leden van de PvdA-fractie vroegen wie wanneer de objectieve criteria vaststelt, op basis waarvan de minimumvoorwaarden worden vastgesteld waaraan zorginstellingen moeten voldoen om zorg te mogen aanbieden.

De beleidsregels bedoeld in artikel 3 bevatten de objectieve criteria waarnaar deze leden vragen. Die beleidsregels worden door mij vastgesteld.

91

De leden van de ChristenUnie-fractie vroegen aan welke vormen van zorg nog meer wordt gedacht dan spoedeisende eerste hulp, bij die vormen van zorg ten aanzien waarvan aan de bereikbaarheid een bijzonder belang moet worden gehecht. Bij kleine streekziekenhuizen gaat het immers gewoonlijk om meer basisspecialismen, aldus deze leden.

Ik verwijs naar het antwoord op de vragen 62 en 87.

92

De leden van de ChristenUnie-fractie deden de suggestie om de instellingen die verantwoordelijk zijn voor het spoedeisend ambulancevervoer onder te brengen in de WTZi. Zij vroegen in te gaan op de voor- en nadelen daarvan.

Het ambulancevervoer wordt uitgevoerd door organisatorische verbanden, die op zich kunnen worden begrepen onder instellingen in de zin van de WTZi. Zij worden op dit moment voor de toepassing van de Ziekenfondswet als toegelaten aangemerkt. Dit zal ook gebeuren onder de WTZi.

In de ambulancezorg staat het een en ander te gebeuren. Een nieuw besturingssysteem, een nieuwe organisatievorm en verbeterde spreiding en beschikbaarheid op basis van landelijke uitgangspunten. In november 2003 heeft de Kamer met deze wijzigingen ingestemd en dit zal zo spoedig mogelijk in wetgeving worden verankerd. Dit rechtvaardigt dat voor het ambulancevervoer een eigen wettelijke regeling blijft bestaan.

93

De leden van de ChristenUnie-fractie legden de situatie in de IJsselmeerziekenhuizen voor als casuspositie. Zij vroegen of de minister had kunnen ingrijpen als de WTZi in de nu voorgestelde vorm had bestaan ten tijde van de reorganisatie van deze ziekenhuizen.

Ik verwijs naar het antwoord op vraag 58.

94

De leden van de ChristenUnie-fractie vroegen aan te geven in welk detail de toelatingen van instellingen worden beschreven. Ook vroegen zij om enkele voorbeelden te geven voor de verschillende sectoren.

Ik verwijs naar het antwoord op vraag 34.

95

De leden van de SGP-fractie lazen op blz. 14 van de toelichting dat de overheidsbemoeienis beperkt blijft tot het basisniveau. Zij vroegen aan welke minimumvoorwaarden moet worden gedacht en op welke wijze die voorwaarden bekendheid krijgen, zodat er daadwerkelijk transparantie is.

Voor het eerste deel van de vraag verwijs ik naar het antwoord op vraag 2. Wat betreft het tweede deel van de vraag: de bekendmaking van de periodieke beleidsvisie en die van de beleidsregels vindt plaats op de manier

die gebruikelijk is voor de bekendmaking van beleidsdocumenten en regelgeving van de overheid.

5.3. Kostenbeheersing

96

De leden van de PvdA-fractie vroegen om een overzicht waarin wordt aangegeven wat per deelmarkt de huidige capaciteit is, hoe de ontwikkeling van de capaciteit wordt ingeschat en welke maatregelen genomen worden om te zorgen voor de gewenste overcapaciteit.

Zoals in het antwoord op vraag 44 is aangegeven, wordt de voortgang in het proces van geleidelijke deregulering in een deelmarkt niet bepaald door een kwantitatieve formule waarin de getallen voor de huidige, de toekomstige en de gewenste overcapaciteit bepalend zijn voor een omslag in de aanbodsturing. Het bestaan van niet aanvaardbare wachttijden is wel een sterke contra-indicatie om de prijzen vrij te geven of een experiment met vrije prijsvorming te starten.

Het transitieproces per deelmarkt is een complex proces waarin verschillende stappen moeten zijn gezet alvorens vrije prijsvorming, als sluitstuk van dit proces, kan werken. Deze stappen zijn onder meer: er moet een heldere productstructuur bestaan, de kapitaallasten moeten integraal in de prijsvorming zijn opgenomen, er moet voldoende transparantie in de markt zijn om verschillen in prestaties waar te nemen en nakoming van afspraken vast te stellen, er moet een gelijk speelveld tussen aanbieders en tussen verzekeraars zijn, de toetredingsdrempels moeten laag zijn, de publieke belangen afdoende geborgd. Tevens is duidelijk dat er niets zal bewegen wanneer de eis wordt gesteld dat eerst alle stappen allemaal moeten zijn doorlopen alvorens de contracteerplicht wordt opgeheven en vrije prijsvorming mogelijk wordt. De transitie per deelmarkt is daarom een dynamisch proces waarbij de overheid geleidelijk de teugels laat vieren in de mate dat een krachtige zorgautoriteit de dynamiek bewaakt en op gang houdt.

97

De PvdA-fractieleiden vroegen welke verantwoordelijkheid instellingen hebben ten aanzien van doelmatigheid. Ook wilden zij weten hoe ervoor wordt gezorgd dat instellingen worden afgerekend op prestaties.

Instellingen hebben een eigen verantwoordelijkheid voor hun doelmatigheid. Zij moeten zelf zorgen voor doelmatige kwalitatieve zorgverlening en voor een efficiënte bedrijfsvoering. De inrichting van een adequaat systeem van prestatiebekostiging op basis van de WTG en de tucht van de markt zal instellingen aanmoedigen doelmatige keuzes te maken. Het boter-bij-de-vis-principe zorgt ervoor dat instellingen worden afgerekend op basis van hun prestaties. Geen klanten betekent geen geld. Met de WTZi kunnen instellingen ook wat betreft hun keuzes omtrent investeringsbeslissingen worden aangezet tot meer bedrijfseconomische afwegingen. Doelmatigheidsoverwegingen en kosten-batenanalyses zullen in toenemende mate een rol spelen naarmate instellingen meer vrijheid krijgen zelf te beslissen over hun huisvesting en zelf meer met de financiële consequenties daarvan worden geconfronteerd.

98

De leden van de PvdA-fractie refereerden aan de opmerking dat de overheid nog twee instrumenten heeft om de betaalbaarheid van de premie te bewaken, de omvang van het pakket en de vaststelling van eigen betaallijnen. Ook verwezen zij naar de opmerking dat de verzekeraar de productie en prijs afspreekt. Zij vroegen of dit betekent dat eigenlijk alleen

de verzekeraar verantwoordelijk is voor de hoogte c.q. betaalbaarheid van de premie. Ook vroegen zij of dit betekent dat de overheid er alleen voor kan zorgen dat de verzekerde hetzelfde premiebedrag gaat betalen voor minder zorg (verkleining pakketomvang) of dat de verzekerde naast het betalen van dezelfde premie voor hetzelfde pakket zorg extra eigen betalingen kan gaan verrichten wanneer hij zorg nodig heeft (vaststelling eigen betalingen).

De stelling dat iedere zorgverzekeraar verantwoordelijk is voor de hoogte van de premie voor het verplicht verzekerde pakket is juist, in die zin dat dit geldt voor zijn eigen verzekerden. Het gezondheidszorgstelsel zal zo worden ingericht dat de individuele afweging van elke verzekeraar onder concurrentiedruk tot stand komt. Die druk zal er naar verwachting toe leiden dat de (gemiddelde) premiehoogte op een niveau komt te liggen dat correspondeert met een efficiënte verlening van zorg.

De suggestie die in de vraag wordt gewekt dat de overheid de premiehoogte alleen kan beïnvloeden door het pakket te beperken of de eigen betalingen te verhogen gaat voorbij aan de primaire taak van de overheid om het systeem zo in te richten dat de genoemde concurrentiedruk tot stand komt. Het onderhavige wetsvoorstel dient er toe, samen met het wetsvoorstel Herziening overeenkomstenstelsel zorg en de WTG ExPres, om op korte termijn met die efficiënte inrichting van het systeem te kunnen beginnen. Naast een efficiënte inrichting van het systeem resteren dan als directe overheidsinstrumenten voor beïnvloeding van de premie, wijzigingen in het verplicht verzekerd pakket en/of de eigen betalingen.

99

De leden van de PvdA-fractie stelden over de rol van de verzekeraars een aantal vragen over de transparantie van aanvullende verzekeringspakketten, over het niet gedurende het jaar kunnen overstappen naar een andere verzekeraar, over het feit dat er geen acceptatieplicht geldt voor de aanvullende verzekering en over het belang van de toegankelijkheid van de aanvullende verzekering.

Eerlijk gezegd ontgaat mij het verband dat de leden van de PvdA-fractie kennelijk zien tussen het voorliggende wetsvoorstel en de hier door hen gestelde vragen. Verder wijs ik erop dat ik de afgelopen maanden al uitvoerig met de Tweede Kamer heb gesproken over het karakter van de aanvullende verzekeringen. Dit is bijvoorbeeld aan de orde geweest bij de algemene politieke beschouwingen in september 2003, bij de begrotingsbehandeling van mijn ministerie en op 4 februari 2004 bij het debat over aanvullende verzekeringen.

100

De leden van de ChristenUnie-fractie vroegen of de regering een toename van het zorgaanbod verwacht nadat deze wet van kracht wordt, en zo ja, waarop deze verwachting is gebaseerd.

Ik verwijs ten eerste naar het antwoord op vraag 13. Wat betreft de toename van de risico's voor de zorgondernemer waar deze leden op wijzen, verwacht ik dat deze het ondernemerschap niet in de weg staan. De zorgsector is immers een weinig conjunctuurgevoelige markt die zich grotendeels ontwikkelt in een beschutte, veelal regionale markt met een structureel toenemende en goed voorspelbare vraag. Ik meen dat de goede risico's die samenhangen met de toenemende prikkels en vrijheid voor ondernemerschap meer dan voldoende opwegen tegen de slechte risico's voor zorgondernemingen die samenhangen met de tucht van de markt.

101

De leden van de ChristenUnie-fractie vroegen hoe de overheid voorziet in lacunes, indien bij bestaande of toekomstige lacunes in het aanbod van zorg, vooral de acute zorg, geen sprake is van opvulling van die lacune door een particulier initiatief. Zij vroegen of de WTZi de mogelijkheid biedt om (bestaande) zorginstellingen te verplichten een bepaalde vorm van zorg (nieuw) aan te bieden en of het inbouwen van die mogelijkheid in de wet gewenst is.

De overheid voorziet niet zelf in eventuele lacunes. Het gaat erom dat (mede met behulp van het CTG/ZAio) markten zodanig worden ontwikkeld, dat eventuele lacunes door de markt zelf worden ingevuld. De overheid moet daarvoor de condities scheppen door de belemmeringen voor nieuwe toetreders zoveel mogelijk weg te nemen. Het gaat er dus om een klimaat te scheppen waarin het aantrekkelijk is initiatieven tot het creëren van nieuw zorgaanbod te ontplooiën.

De WTZi biedt de mogelijkheid om bepaalde bestaande instellingen te verplichten om bepaalde vormen van zorg in stand te houden (zie voor de acute zorg het antwoord op vraag 58). De WTZi biedt echter niet de mogelijkheid om iemand tot de oprichting van een nieuwe instelling te verplichten of om een bestaande instelling te verplichten een bepaalde vorm van zorg nieuw aan te bieden. Niemand kan in Nederland gedwongen worden tegen zijn zin een bepaald bedrijf te beginnen of een bepaald beroep uit te gaan oefenen. Het is in mijn ogen ongewenst zo'n mogelijkheid in de wet in te bouwen.

102

Wat zijn de gevolgen voor de hoogte van administratieve kosten als de gezondheidszorg wordt opgesplitst in diverse deelmarkten, waarvoor verschillende regels gelden?

Dit is op voorhand niet exact aan te geven. Hier moet de afweging plaatsvinden tussen enerzijds de behoefte aan flexibele deregulering (daar alleen dat regelen wat nodig is) en anderzijds het mogelijke gevolg daarvan voor een individuele instelling die in verschillende «regelsystemen» tegelijk opereert. Met andere woorden: het gaat erom wat op een bepaald ogenblik zwaarder weegt, het voordeel van meer vrijheidsgraden voor zorgondernemingen of het mogelijke nadeel van onvoldoende daling van de administratieve lasten voor deze ondernemingen.

103

De leden van de ChristenUnie-fractie merkten op dat de bouwkundige en functionele staat van de instellingen die verantwoordelijk zijn voor die vormen van zorg waarvan de bereikbaarheid kritisch is, in artikel 3 expliciet wordt genoemd en dat de eisen worden vastgelegd in de beleidsregels. Zij vroegen hoe deze eisen zich verhouden tot de prestatie-eisen bedoeld in artikel 9, eerste lid.

Anders dan deze leden veronderstellen worden in artikel 3 de bouwkundige en functionele staat van instelling niet rechtstreeks gekoppeld aan die vormen van zorg waarvan de bereikbaarheid kritisch is. Het gaat hier om criteria die hoe dan ook, kritische bereikbaarheid of niet, van belang zijn voor het toetsen van aanvragen voor een (wijziging van een) toelating waarmee bouw gemoeid is die onder het bouwregime van de WTZi valt. Met de criteria inzake de bouwkundige en functionele staat kan worden bepaald hoe bestaande gebouwen eraan toe zijn. Zijn zij technisch en/of functioneel er zodanig aan toe dat opname in het bouwprogramma als bedoeld in artikel 6 gerechtvaardigd is. De prestatie-eisen bedoeld in artikel 9 beogen vast te leggen welke bouwkundige en technische «presta-

ties» een nieuw gebouw in de gezondheidszorg ten minste moet kunnen leveren.

104

De leden van de fractie van de ChristenUnie vroegen naar mijn mening over de effectiviteit van controle achteraf op de kwaliteit van een (recent) gerealiseerd zorggebouw, versus controle vooraf. Zij vroegen wie de kwaliteit van de bouw beoordeelt, indien er sprake is van bouw- of verbouw van zorggebouwen waarvoor geen vergunning van het CBZ nodig is. Ook vroegen zij of in dit verband de complexiteit van het te realiseren of te verbouwen zorggebouw of gedeelte ervan (zoals operatiekamers) een rol spelen bij het bepalen van de scheidslijn tussen bouw die wel en niet getoetst wordt door het CBZ.

Uiteraard is het waar dat een eenmaal gerealiseerd gebouw soms niet anders dan met relatief hoge kosten aangepast kan worden. Constructiefouten of fundamentele ontwerpfouten kunnen behoorlijk in de papieren lopen. Maar dat speelt niet alleen bij zorginstellingen. Ook in de woningbouw, utiliteitsbouw en bij infrastructurele werken is technische en functionele kwaliteit van belang. En daar is geen instantie die zoals het CBZ vooraf toetst op deze aspecten. Hierbij is het van belang op te merken dat ook voor zorggebouwen het Bouwbesluit van VROM geldt en dat ook voor zorggebouwen een gemeentelijke bouwvergunning nodig is. Daarnaast is in de loop van de afgelopen decennia, mede overigens dankzij de inspanningen van het CBZ, een steeds beter en breder inzicht ontstaan in de kwaliteitseisen die aan zorggebouwen gesteld moeten worden. Naast het CBZ zijn er in de zorgbouw gespecialiseerde adviesbureaus ontstaan. Ook zijn er architectenbureaus die zich sterk op deze sector richten. Ten slotte vermeld ik dat instellingen steeds vaker een speciale projectdirecteur of projectleider benoemen voor de meer omvangrijk bouw.

Overigens vindt nu al vaak onder de meldingsregeling instandhoudingsbouw plaats die behoorlijke omvangrijk en complex is. Hierop vindt geen voorafgaande inhoudelijke controle plaats door het CBZ, zoals wel bij vergunningplichtige bouw het geval is. Veel instellingen maken hierbij gebruik van de zogenoemde referentiekaders die het CBZ heeft ontwikkeld en die zijn afgeleid van de maatstaven voor (vervangende) nieuwbouw.

105

De leden van de SGP-fractie vroegen hoe het begrip «beschikbaar financieel kader» in artikel 2 precies moet worden verstaan, mede in het licht van het vervallen van het exploitatiekader.

Het financieel kader bedoeld in artikel 2 heeft, zoals blijkt uit de verwijzing naar artikel 6, alleen betrekking op zogenoemde «toelatingen met bouw». Het gaat hier om het totaal van de voor een bepaalde periode beschikbare middelen voor de met bouw gemoeide investeringen. Die investeringen vertalen zich als rente en afschrijving in de exploitatielasten nadat de bouw in gebruik is genomen.

5.4. Regiovisie

106

De leden van de PvdA-fractie vroegen hoe de provincies en vier grote steden tot regionale coördinatie komen over het zorgaanbod, wanneer een regiovisie niet in de wet wordt opgenomen.

De bepaling over de regiovisie in het oorspronkelijke voorstel had tot doel het overleg in de regio over de samenhang tussen wonen, zorg en welzijn te stimuleren. Het document dat daaruit zou kunnen voortvloeien had

geen juridische gevolgen en partijen die aan het overleg deelnamen konden er ook geen rechten aan ontlennen anders dan dat zij elkaar op de gemaakte afspraken konden aanspreken. Partijen die niet aan het overleg zouden hebben deelgenomen of er een andere visie op na hielden, konden daar geen juridisch nadeel van ondervinden. Omdat er verder tijdens de schriftelijke behandeling ook veel vragen waren over wie nu eigenlijk de regierol zou krijgen, de verzekeraars of de provincies/vier grote steden en vanwege het odium van planvorming is de bepaling over de regiovisie geschrapt. Dit verhindert niet dat een provincie, grote stad of een andere partij die zich sterk wil maken voor de coördinatie van en de samenhang tussen wonen, zorg en welzijn, het initiatief kan nemen om partijen uit te nodigen om daarover te overleggen. Het verhindert ook niet dat een document dat als uitkomst van zo'n overleg wordt opgesteld, naar de centrale overheid of andere geïnteresseerden wordt gestuurd. Daar is geen wettelijke bepaling voor nodig.

107

De leden van de SGP-fractie wilden graag verduidelijking over de vraag wat het vervallen van de bepaling over de regiovisie betekent voor de positie van de provincies. Zij vroegen of het juist is dat de provincies na inwerkingtreding van deze wet geen enkele bevoegdheid meer hebben op het terrein van de exploitatie. Ook wilden zij weten of de provincies in de toekomst nog gekend worden bij de totstandkoming van de beleidsvisie op basis van artikel 2.

Inderdaad komen aan de provincies en de vier grote steden geen wettelijke taken of bevoegdheden meer toe op grond van de WTZi. Overigens verwijs ik naar het antwoord op vraag 106.

5.5. Naamswijziging

108

De leden van de PvdA-fractie verbazen zich over de beslissing de WEZ voortaan WTZ te noemen; met de WEZ wordt al 3 jaar gewerkt. Zij vroegen waarom nu is gekozen voor WTZ of WTZi (Wet toelating zorginstellingen), terwijl er al een WTZ bestaat die in het kader van de stelselherziening ingetrokken moet gaan worden.

Ik verwijs naar de aanhef van deze nota en naar het antwoord op vraag 2.

109

De leden van de SP-fractie merkten op dat de afgelopen jaren is gebleken dat, ook al wil de bevolking en de politiek een andere richting op dan de bestuurders van een ziekenhuis, zij daar niet naar luisteren. Zij vroegen hoe de situaties van de afgelopen periode voorkomen gaan worden op het moment dat de verzekeraar een transparantiekeurmerk geeft. Ook vroegen zij naar de betrokkenheid van de overheid bij de opstelling van dit keurmerk, hoe voorkomen gaat worden dat er verschillende keurmerken ontstaan omdat er met verschillende zorgverzekeraars onderhandeld moet worden en waarom niet gekozen is voor een keurmerk vanuit de overheid.

Kennelijk hebben de leden van de SP-fractie uit de stukken afgeleid dat zorgverzekeraars een transparantiekeurmerk zouden gaan geven aan instellingen. Dit is een misverstand. Op grond van de wet worden bij amvb eisen gesteld aan de bestuursstructuur en de ordelijkheid en controlebaarheid van de bedrijfsvoering van instellingen. Samen met de eisen inzake de jaarverslaggeving zorgen de eisen voor de bestuursstructuur en de bedrijfsvoering voor een optimale waarborging van de transparantie van een instelling. Op deze wijze biedt de toelating door de overheid van

een zorginstelling als het ware een «keurmerk» dat die instelling aan de gestelde transparantie-eisen voldoet.

110

Voor het antwoord op de vraag van de leden van de SP-fractie over de naam en afkorting van dit wetsvoorstel, verwijs ik naar de aanhef van deze nota.

6. Artikelsgewijze toelichting

Onderdeel C, artikel 1

111

De leden van de SP-fractie verwezen naar de definitie van het begrip «instelling» in artikel 1 waar staat dat een instelling een organisatorisch verband is dat een toelating heeft. Zij vroegen of hiermee wordt bedoeld dat een gefuseerd ziekenhuis, bestaande uit meerdere locaties, geen verantwoording meer hoeft af te leggen over de functies per locatie.

Deze definitie van het begrip «instelling» is geïntroduceerd in de eerste nota van wijziging¹. De definitie sluit aan bij de Kwaliteitswet zorginstellingen en omvat alle verschijningsvormen van instellingen, dus ook instellingen die niet in de vorm van een rechtspersoon zijn opgezet. Met deze definitie van «instelling» wordt niet geregeld of een instelling die vanuit verschillende locaties werkt, al dan niet verantwoording aflegt per locatie.

Onderdeel E, artikel 2

112

Dit artikel stelt dat de minister tweemaal zijn visie (etc.) bekendmaakt en dat deze visie tevens het financiële kader bevat dat beschikbaar is etc. De leden van de CDA-fractie vroegen hoe zich dit verhoudt tot de huidige begrotingssystematiek. Zij vroegen of dit financiële kader nu inclusief exploitatie is of uitsluitend investeringen betreft. Ook wilden zij weten hoe wordt omgegaan met opgebouwde (trekkings)rechten en al gedane investeringen en of er een overgangsregeling komt.

Het financieel kader verhoudt zich als volgt tot de begrotingssystematiek. Net als in de huidige situatie zullen in de VWS-begroting ook het zorgbeleid en de daarmee gemoeide kosten worden opgenomen. Voor het gehele terrein waarvoor de Minister van VWS verantwoordelijk is geldt zo dezelfde budgetcyclus. Echter, omdat de kosten die samenhangen met het zorgbeleid grotendeels gefinancierd uit premiemiddelen, heeft het parlement op dit onderdeel niet het budgetrecht. Een deel van de premiegefinancierde uitgaven dient ter dekking van de kapitaallasten van zorginstellingen (de rente- en afschrijvingskosten zoals ze in de exploitatie tot uitdrukking komen). Het financieel kader genoemd in artikel 2 heeft uitsluitend betrekking op die toelatingen waarmee bouw gemoeid is die onder het bouwregime valt (zie ook het antwoord op vraag 105). Dit kader moet passen in het totaal van de voor de zorg beschikbare middelen.

Wat betreft de trekkingsrechten verwijs ik naar het antwoord op vraag 37.

Voor instellingen die al een verklaring of vergunning op grond van de WZV hebben gekregen verandert er niets. Lopende aanvragen worden beschouwd als aanvragen in de zin van de WTZi. De artikelen 42 en 43 van het wetsvoorstel voorzien hierin.

¹ Kamerstukken II, 27 659, nr. 8.

113

In artikel 2 wordt gesproken over een tweejaarlijkse visie van de minister constateerden de leden van de SP-fractie. Zij vroegen wat de minister met deze visie wil bereiken en of op basis van deze visie ook conclusies getrokken kunnen worden bijvoorbeeld om het beleid bij te stellen.

In de visie staat hoe de Minister van VWS aankijkt tegen de doelmatigheid, evenwichtigheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg, welke ontwikkelingen en trends hij daarin signaleert en waar en hoe hij globaal genomen wil (bij)sturen. Dit is vooral van belang omdat de WTZi beoogt de overstap te faciliteren naar een meer decentraal en vraaggericht stelsel. De voortschrijdende ontwikkelingen in de verschillende deelmarkten die mede door deze wet geïnitieerd worden zullen vragen om keuzes ten aanzien van te nemen stappen naar verdere deregulering en meer marktwerking. Deze keuzes worden vervolgens in het kader van deze wet vertaald naar de beleidsregels, het verder versoepelen van het bouwregime en het toestaan van winstoogmerk voor meer categorieën van instellingen.

Onderdeel F, artikel 3

114

Moeten in dit artikel «bouwcriteria» wel worden opgenomen, en zo ja waarom, zo vroegen de leden van de CDA-fractie. Ook vroegen zij of het niet eenvoudiger is dit in de Kwaliteitswet te regelen en hoe dit WTZi zich verhoudt met tot Kwaliteitswet. Tevens vroegen zij op welke wijze overtreding van deze criteria wordt gestraft en of de Wet op de economische delicten nog steeds van toepassing is.

Het gaat hier om criteria die van belang zijn voor het toetsen van aanvragen voor een (wijziging van een) toelating waarmee bouw gemoeid is die onder het bouwregime van de WTZi valt. Met de criteria inzake de bouwkundige en functionele staat kan worden bepaald hoe bestaande gebouwen eraan toe zijn. Zijn zij technisch en/of functioneel zodanig verouderd dat opname in het bouwprogramma als bedoeld in artikel 6 gerechtvaardigd is.

De Kwaliteitswet zorginstellingen ziet op de kwaliteit van de zorg zelf. Uiteraard is het mogelijk ook de technische en functionele kwaliteit van de gebouwen via andere wetgeving te regelen, dan de WTZi. Daar is echter niet voor gekozen, omdat het hier gaat om criteria aan de hand waarvan moet worden bepaald of een aanvraag voor (wijziging van) een toelating die gepaard gaat met bouw die onder het bouwregime van de WTZi valt, kan worden gehonoreerd. Het is dus juist eenvoudiger om dit via de WTZi te regelen en niet via andere wetgeving. Omdat de criteria worden gebruikt om een aanvraag voor «toelating met bouw» aan te toetsen, kan er geen sprake zijn van overtreding van deze criteria.

Zoals reeds in de memorie van toelichting aangegeven, vallen overtredingen van de WTZi niet onder de Wet op de economische delicten (WED)¹. In plaats daarvan heeft de overheid de bevoegdheid bestuursdwang toe te passen ter handhaving van de gestelde verboden en verplichtingen.

115

De leden van de fractie van de PvdA zijn van mening dat het aanbeveling verdient die zaken via amvb's te regelen die garantie van goede toegankelijke zorg niet direct beïnvloeden. Op die wijze blijft de wet immers overzichtelijk en worden alleen het noodzakelijke bij wet geregeld. Deze leden vragen waarom bereikbaarheidsnormen van basiszorg niet wettelijk

¹ Kamerstukken II, 27 659, nr. 3, par. 10.

worden opgenomen. Dit behoort naar hun mening tot de verantwoordelijkheid van de centrale overheid.

Ik verwijs naar de antwoorden op de vragen 68 en 88.

116

De leden van de SP-fractie vroegen aan welke vormen van zorg uit het oogpunt van bereikbaarheid een bijzonder belang moet worden gehecht. Ook vroegen zij aan welke criteria hierbij wordt gedacht. Tevens vroegen zij welke groepen worden betrokken bij het vaststellen hiervan. Zij stelden voor hierbij zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten, provincies en ouderen- en patiëntenorganisaties te betrekken. Ten slotte vroegen deze leden of de regering van plan is een uiteindelijk voorstel hierover aan de Kamer voor te leggen.

Voor het eerste deel van deze vraag verwijs ik naar het antwoord op de vragen 62 en 87. Voor het tweede deel van de vraag verwijs ik naar het antwoord op de vragen 74 en 86.

Onderdelen E en F, artikelen 2 en 3

117

De leden van de SGP-fractie vroegen of de conclusie juist is dat de criteria voor het bepalen van de prioriteit zijn vervallen. Zij wilden weten hoe zal worden gehandeld als er twee min of meer vergelijkbare initiatieven ter beoordeling voorliggen.

De prioriteitscriteria met betrekking tot de verzoeken om «toelating zonder bouw» zijn inderdaad vervallen, omdat immers ook het financieel kader hiervoor is vervallen. Wat betreft de verzoeken om «toelating met bouw» is het niet noemen ervan in artikel 3 een omissie, die is hersteld in de meegezonden vierde nota van wijziging.

Onderdeel I, artikel 5

118

De leden van de SGP-fractie hadden de indruk dat de verwijzing in artikel 5, onderdeel c, onjuist is, en vervangen moet worden door artikel 3.

Deze indruk is juist. De meegezonden vierde nota van wijziging herstelt deze fout.

Onderdeel P, artikel 13

119

De leden van de PvdA-fractie vroegen om een overzicht van de verantwoordelijkheden van de centrale overheid en decentrale overheden.

In de WTZi hebben van de lagere overheden alleen de gemeenten een (bescheiden) positie, namelijk die zoals vermeld in artikel 13, tweede lid. De overige overheidsverantwoordelijkheden berusten bij de centrale overheid.

De voorzitter van de commissie,
Blok

De griffier van de commissie,
Teunissen