

Vergaderjaar 2004–2005

27 659

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

Nr. 50

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 7 maart 2005

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 26 januari 2005 overleg gevoerd met minister Hoogervorst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

1. De Wet toelating zorginstellingen (WTZi)

Hierbij zijn aan de orde:

- de brief van de minister van VWS d.d. 28 september 2004 inzake besluitvorming bouwprioriteiten 2004 t/m 2008 (VWS-04–1273);
- de brief van de minister van VWS d.d. 8 november 2004 inzake beleidsvisie en beleidsregels WTZi (27 659, nr. 47);
- de brief van de minister van VWS d.d. 29 november 2004 inzake moment van toezending AMvB WTZi (27 659, nr. 48);
- de brief van de staatssecretaris van VWS d.d. 10 december 2004 inzake leefwensenonderzoek gehandicaptenzorg (29 355, nr. 9);
- de brief van de minister van VWS d.d. 23 december 2004 ter aanbieding van het Uitvoeringsbesluit Wet toelating zorginstellingen (WTZi) (27 659, nr. 49);
- het nader rapport op het advies van de Raad van State (bijlage bij 27 659, nr. 49).

2. Electieve Zorg/Ziekenhuiszorg Amsterdam West

Hierbij zijn aan de orde:

- de brief van de minister van VWS d.d. 20 oktober 2004 inzake liberalisering electieve zorg (29 800-XVI, nr. 25);
- de brief van de minister van VWS d.d. 14 december 2004 inzake Ziekenhuiszorg Amsterdam West (VWS-04–1665).

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

Vragen en opmerkingen uit de commissie

Mevrouw **Kant** (SP) merkt op dat in de beleidsvisie geen goed beeld wordt geschetst van het beleid dat de minister de komende tijd wil voeren, en de rol die de WTZi daarbij kan spelen. In de beleidsvisie had

¹ Samenstelling:

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

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

ingegaan moeten worden op de positie van kleine ziekenhuizen, maar er wordt vooral ingegaan op het streven naar minder regels. De minister wil meer overlaten aan het veld, maar in de praktijk zal dit erop neerkomen dat de zorgverzekeraars een grotere vinger in de pap krijgen. Wat moet er precies worden verstaan onder de zorgplicht die aan de zorgverzekeraars wordt toegeschreven? Wat hebben de patiënten daaraan, zolang dat begrip niet goed ingevuld is? Vermoedelijk zal de zorgplicht van de zorgverzekeraars ertoe leiden dat de patiënt verplicht wordt om de zorg te kiezen die zijn zorgverzekeraar heeft gecontracteerd. De vraag is dan ook wat de minister met de onderhavige beleidsregels kan en wil doen. Hij wil het veld bijvoorbeeld zelf laten bepalen wat er waar en wanneer gebouwd moet worden, maar hij stelt wel een maximum voor multifunctionele centra. Waar staat hij evenwel in de discussie over het behoud van de kleine ziekenhuizen?

Ten aanzien van de spreiding van de zorg wordt nog steeds uitgegaan van de bereikbaarheid van acute zorg. Daarmee wordt echter niet gewaarborgd dat gedeelte van de electieve zorg dat daar onlosmakelijk mee verbonden is. Bovendien gaat het om de maatschappelijke wenselijkheid van ziekenhuiszorg dichtbij huis. De eisen waaraan een basisziekenhuis moet voldoen, zijn echter niet vastgelegd in de beleidsvisie. Wil de minister de beleidsvisie op dit punt aanpassen? Verder is het de vraag of de kleinschaligheidstoelage blijft bestaan. Wat zullen de invoering van de WTZi en de beleidsvisie trouwens betekenen voor de ziekenhuizen in Velp, Oss en Veghel? Tot slot vraagt mevrouw Kant of de minister zich zal houden aan zijn toezegging dat de standstill op het punt van de fusies gehandhaafd wordt totdat de WTZi van kracht is, ook al maakt de Eerste Kamer geen haast met de behandeling van het wetsvoorstel terzake. Overigens lijkt het haar verstandig dat de minister de tussenliggende tijd benut om nieuwe beleidsregels op te stellen.

De heer **Van der Vlies** (SGP) stelt vast dat in de beleidsvisie nog niet alle punten van beleid zijn uitgekristalliseerd en dat er vooralsnog dus niet getornd mag worden aan de positie van kleine ziekenhuizen. Ingevolge de WTZi worden de zorgaanbieders verantwoordelijk voor hun infrastructuur en investeringsbeslissingen. Is het echter reëel om te verwachten dat het overleg van de stakeholders erin zal resulteren dat de risico's die hiermee samenhangen, ook aan de beleidskant, beheersbaar blijven? Aangezien de stakeholders niet alleen dezelfde belangen hebben, maar ook elkaars concurrent zijn, moeten er op dit punt waarborgen ingebouwd worden. Mede daarom moet de kleinschaligheidstoelage vooralsnog behouden worden als correctie-instrument om de kleinere ziekenhuizen in stand te houden. Uit de beleidsvisie blijkt trouwens ook niet duidelijk hoe gewaarborgd wordt dat patiënten en cliënten tijdig bij bouwvoornemens betrokken worden.

Aangezien electieve basiszorg niet spoedeisend is, hebben patiënten inderdaad de tijd om te overwegen bij welke specialist en in welk ziekenhuis zij langs willen gaan. Dat betekent echter niet dat er geen inspanning geleverd moet worden om deze basiszorg voor iedereen op een redelijke afstand beschikbaar te hebben. Door de WTZi zou een goede toegankelijkheid van de zorg, met name in dunbevolkte gebieden, in gevaar kunnen komen. Waarom meent de minister dat enige sturing op dit punt in de ggz wel noodzakelijk is? Goede bereikbaarheid van acute zorg is nog belangrijker, maar daarover bestaat nog veel onduidelijkheid. Zal de veldnorm in de praktijk gehaald kunnen worden? Waarom wil de minister de tijd waarbinnen mensen per ambulance een ziekenhuis met spoedeisende eerste hulp (SEH) moeten kunnen bereiken, trouwens niet terugbrengen naar 30 minuten? Wanneer zal hij gebruikmaken van zijn bevoegdheden om een instelling te dwingen om een afdeling SEH in stand te houden? In de beleidsvisie zou in ieder geval aangegeven moeten worden hoe een regio

de daarmee samenhangende (financiële) problemen kan opvangen en welke rol lokale overheden hierbij spelen.

Voor de beoordeling van bouwplannen in de curatieve somatische zorg wordt van de beddennorm overgegaan naar een parameter gebaseerd op adherentie, zorgzwaarte en leeftijdsopbouw. Volgens welke maatstaven wordt een bouwinitiatief precies beoordeeld? De systeemwijziging en de kapitaallasten hangen nauw met elkaar samen. De minister wil het bouwregime uiteindelijk alleen van toepassing laten zijn op uitzonderlijk risicovolle bouwinitiatieven. Waaraan denkt hij daarbij en op welke termijn verwacht hij die situatie te bereiken? Er moeten duidelijke regels komen voor de kapitaallasten van bestaande instellingen. Het is overigens een goede zaak dat er met het oog op de privacy middelen zijn vrijgemaakt om in de care één- en tweepersoonskamers te realiseren. Wanneer zal deze doelstelling bereikt zijn? Verder is het de vraag wat kan worden aangemerkt als belangrijke ontwikkeling(en) op grond waarvan de beleidsvisie die in principe voor vier jaar geldt, eerder kan worden gewijzigd.

Mevrouw **Arib** (PvdA) merkt op dat in de beleidsvisie de eigen verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars en de patiënten wordt benadrukt, maar dat er geen duidelijke visie uit spreekt. Er wordt slechts in algemene termen gesproken over betaalbaarheid, toegankelijkheid, bereikbaarheid van acute zorg, kwaliteit en ketenzorg, terwijl er een helder beoordelingskader moet worden vastgesteld met criteria waarop zorgaanbieders, verzekeraars en ook de minister kunnen worden afgerekend. Er moet een goed systeem van benchmarking komen. Op grond van een jaarlijkse vergelijking moeten instellingen die goed functioneren, beloond worden en instellingen die dat niet doen, afgestraft worden. Mevrouw Arib verwijst hierbij naar de suggesties van de commissie-Meurs voor een wettelijke verankering van de positie van raden van toezicht. Ook moet duidelijk gemaakt worden hoe zorgverzekeraars en zorgkantoren die niet goed functioneren, kunnen worden aangepakt. Verder moet de positie van de cliënten versterkt worden, onder meer door een goede uitvoering van de motie-Heemskerck/Weekers (27 659, nr. 36) inzake de cliëntenraden in zorginstellingen.

Acute zorg moet niet alleen goed toegankelijk zijn, maar ook tijdig bereikt kunnen worden. Hiertoe dient de motie-Hermann c.s. (27 295, nr. 17) over de bereikbaarheid van acute zorg in 30 minuten uitgevoerd te worden. Dit is zo belangrijk dat dit niet aan de partijen overgelaten moet worden. Verder moeten er kwaliteitseisen worden geformuleerd om te voorkomen dat de verzekeraars bij het contracteren van zorg alleen naar de prijs kijken. Van liberalisering van electieve basiszorg kan trouwens geen sprake zijn, zolang er op dat punt geen minimumvoorwaarden zijn gesteld. Er kan namelijk niet van worden uitgegaan dat de electieve basiszorg door de actieve sturing op de acute zorg gewaarborgd is. Verder is het de vraag of het Budgettair kader zorg zal verdwijnen bij verdere liberalisering. Tot slot merkt mevrouw Arib op dat het laten vervallen van de ingewikkelde langdurige bouwvergunningsprocedure voor kleinschalige initiatieven in de AWBZ een goede zaak is. De rechtspositie van bewoners van AWBZ-instellingen moet echter verbeterd worden, bijvoorbeeld middels het leefwensenonderzoek. Wil de minister hier in een notitie nader op ingaan?

Mevrouw **Vietsch** (CDA) meent dat het aanbodgestuurde systeem door een vraaggestuurd systeem vervangen kan worden, mits er nog enkele zaken worden aangepakt. Er moet niet opnieuw worden overgegaan tot een vast aantal bedden per 1000 inwoners, omdat dit in strijd is met de concurrentiebeginselen en omdat dit de mogelijkheid beperkt om zorg in te kopen. Aangezien de indicatiecriteria nog besproken moeten worden, kan nog niet geconstateerd worden dat de indicatie wonen zal teruglopen.

Mensen moeten kunnen kiezen waar en hoe zij willen wonen binnen de gebruikelijke financiële randvoorwaarden en er mag geen afbouw en extramuralisering plaatsvinden tegen de wens van in een AWBZ-instelling wonende cliënten in. De inspectie heeft geconstateerd dat de zorg in kleinschalige verpleeghuizen slechter is dan in grootschalige. In dit licht is het bevreemdend dat er wordt gekozen voor schaalverkleining en het laten voorgaan van kleinschalige bouwinitiatieven. Wat zijn overigens de budgettaire gevolgen van schaalverkleining? Waarom vertrouwt de minister niet op vraagsturing en de uitkomsten van leefwensenonderzoek? Desgevraagd merkt mevrouw Vietsch nog op dat vraagsturing niet in de weg hoeft te staan aan kleinschaligheid, maar dat de wens van de cliënt doorslaggevend moet zijn.

Ingevolge de WTZi kunnen de vestiging van een nieuwe instelling en de uitbreiding of wijziging van een bestaande instelling worden verboden. Kan met deze wet echter ook de vestiging van een nieuwe instelling afgedwongen worden en kan daarmee bewerkstelligd worden dat de afdelingen van een instelling ook daadwerkelijk gebruikt worden, bijvoorbeeld 's avonds? Verder had niet het aantal bedden per ziekenhuis gemaximaliseerd moeten worden, maar de oppervlakte die wordt bestemd voor administratie en directie. Voorts moet de mogelijkheid om oppervlakte in budget om te zetten, gehandhaafd worden. Wil de minister de boekwaarde ondergeschikt maken aan de reden waarom bouw nodig is? Kan hij verder aangeven hoe de bouwprioriteitenlijst zich verhoudt tot de DBC's en de kapitaallasten terzake? Tot slot merkt mevrouw Vietsch op dat de constatering in de beleidsvisie dat delen van ondersteunende en activerende begeleiding zullen overgaan naar de nieuwe Wet op de maatschappelijke ondersteuning (WMO), in strijd is met de gewijzigde motie-Vietsch c.s. (29 800-XVI, nr. 68) en dus aangepast moet worden. Verder moet gevolg gegeven worden aan de uitspraak in de motie-Buijs (29 800-XVI, nr. 44) dat alleen kortdurende en op genezing gerichte zorg van de AWBZ naar de basisverzekering mag overgaan.

De heer **Buijs** (CDA) meent dat de WTZi goede mogelijkheden zal bieden voor het garanderen van bereikbaarheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg en het inbrengen van vraaggestuurde elementen. De minister moet dan ook het voordeel van de twijfel krijgen, maar hij moet wel aangeven wat hij op de onderscheiden punten met het onderhavige instrumentarium wil doen.

In de beleidsvisie wordt op het punt van de ketenzorg een belangrijke rol toegekend aan de huisarts. In dunbevolkte regio's is een huisartsenpost in een ziekenhuis echter geen haalbare kaart. Daar is de bereikbaarheid veel belangrijker. Aangezien de minister zelf heeft aangegeven dat een huisarts bij een spoedgeval binnen 15 minuten ter plaatse moet kunnen zijn, is het onbegrijpelijk dat hij de honorering volgens de plattelandsmodule van kleinschalige huisartsendiensten wil afschaffen. Blijkbaar spelen kostenoverwegingen een grotere rol dan het publieke belang, ook al zou uit het interview van de minister naar aanleiding van de acties van de huisartsen kunnen worden afgeleid dat hier toch een oplossing voor gevonden is. Als de honorering geregeld is, kan die kleinschalige zorg ook beter afgedwongen worden.

De minister stelt dat actief sturen op acute zorg automatisch ook betekent dat het gedeelte van specialismen dat daarmee onlosmakelijk verbonden is, gegarandeerd wordt. Aangezien er op grond hiervan een veelheid aan specialismen aanwezig moet zijn op de afdeling SEH, zal er ook sprake zijn van een volwaardig ziekenhuis. De Kamer heeft destijds een standstill afgedwongen om een halt toe te roepen aan de steeds verdere concentratie van ziekenhuiszorg. Daarbij stond de garantie van een goede bereikbaarheid voor de patiënten centraal. Met de WTZi kan de minister toezien op de publieke criteria van bereikbaarheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg. De Kamer kan vervolgens controleren of hij dit instrumentarium

goed toepast, ook met betrekking tot de stakeholders. Voor het overige moet het veld echter meer vrijheid krijgen bij de inrichting van de zorg. Overigens vindt ook de heer Buijs dat de motie-Heemskerk/Weekers onverkort uitgevoerd moet worden. Tot slot meldt hij nu reeds dat de ambulancezorg niet geprivatiseerd mag worden.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks) meent dat met de beleidsvisie geen goed kader wordt geboden voor het toekomstige ziekenhuisaanbod en de manier waarop gereageerd moet worden op ontwikkelingen op dit vlak. De minister wil vrijwel alles aan de markt overlaten, maar de markt zorgt niet voor spreiding. De markt selecteert, zoekt geld en mijdt plekken waar niet veel te verdienen valt. Datgene wat de minister nog wel wil doen op het punt van de acute zorg, volstaat trouwens ook niet. Bepaald wordt dat bij een spoedgeval binnen een kwartier een huisarts óf een ambulance ter plekke moet zijn, hetgeen in de praktijk kan betekenen dat er weliswaar binnen een kwartier een huisarts is, maar dat er vervolgens twee uur gewacht moet worden op een ambulance. Ingevolge de beleidsvisie zijn de verzekeraars de machtigste partij. Daardoor wordt het mogelijk dat verzekeraars ziekenhuizen straks afrekenen op hun eigen falen. Dat is een vreemde situatie.

Evaluaties van de eerste stappen op het pad van liberalisering van de zorg laten geen positief beeld zien. Het is dan ook de vraag waarom de minister de liberalisering toch wil doorzetten. De overheid moet zich ook blijven bemoeien met bouwinvesteringen van nieuwe aanbieders, omdat anders het risico bestaat van nog meer ongestructureerde zorg in privé-kliniekjes. Natuurlijk moet er wel nagedacht worden over spreiding van niet-acute zorg. Uitgangspunt daarbij moet echter zijn dat de zorg zo veel mogelijk in de buurt wordt aangeboden. Alleen voor topklinische zorg zou er enige reistijd van mensen gevraagd mogen worden. Spreiding van de zorg mag dan ook niet aan de markt overgelaten worden, zonder dat er enige randvoorwaarden zijn gesteld. In dit licht vindt mevrouw Tonkens dat de standstill voorlopig gehandhaafd moet worden.

Het leefwensenonderzoek is een instrument om vorm te geven aan de zeggenschap van cliënten in intramurale instellingen over hun woon- en leefomgeving, maar het blijkt nog niet goed te functioneren. Uit eigen onderzoek is gebleken dat driekwart van de grotere intramurale instellingen zich weinig tot niets aantrekt van de wensen van de eigen bewoners en dat meer dan de helft geen leefwensenonderzoek houdt. Wel wordt algemeen erkend dat het leefwensenonderzoek, als het gehouden wordt, een goed instrument is. Een instelling moet nu echter alleen de mening van de cliëntenraad peilen, maar de cliëntenraad kent natuurlijk niet de individuele wensen van bewoners. Daarom moet het houden van een leefwensenonderzoek verplicht gesteld worden en moeten de instellingen ook gedwongen worden om rekening te houden met de uitkomsten daarvan. Tot slot vraagt mevrouw Tonkens om meer duidelijkheid over het enquêterecht van cliëntenraden.

Mevrouw **Schippers** (VVD) merkt op dat er een lappendeken is ontstaan van zorgspecifieke en generieke toezichthouders en dat zij zonder samenhang op overlappende domeinen opereren. Wanneer zal de terzake aangekondigde analyse afgerond zijn? Wil de minister het toezicht stroomlijnen en terugbrengen naar duidelijke spelers met ieder een afgebakend domein?

In de acute zorg werken 25 regio's samen met 10 traumacentra. Overigens houdt de overheid bijzondere taken voor aanbod, spreiding en financiering van de acute zorg. Ingevolge de WTZi worden alle zorgaanbieders die hier onder vallen verplicht betrokken bij de organisatie van acute zorg. De overige zorgaanbieders vallen niet onder de WTZi, maar zijn wel belangrijke partijen bij dit overleg. Hoe kan de minister evenwel overleg afdwingen bij bijvoorbeeld de huisartsen? Is er een basisset van afspraken die in

dit overleg over de borging van de acute zorg moeten worden gemaakt? Hebben de zorgverzekeraars hierbij de regie en kunnen zij ook zaken afdwingen? Wat gebeurt er, als een zorgverzekeraar in gebreke blijft? Wat is de rol van de overheid in dezen?

De minister heeft de motie-Heemskerk/Weekers inzake het enquêterecht van cliëntenraden niet goed uitgevoerd. Dat de cliëntenraad niet altijd een rechtspersoon is, kan consequenties hebben voor de kosten als wordt geoordeeld dat een enquêteverzoek niet op redelijke gronden is gedaan. De cliëntenraad kan de uitvoering van een enquête trouwens ook delegeren naar de NPCF of de Consumentenbond. Dat nu is bepaald dat de instelling zelf kan kiezen wie de enquête uitvoert, is vreemd omdat de instelling zelf onderwerp van het enquêteverzoek is of kan houden. Overigens dringt mevrouw Schippers erop aan dat de notitie over het gelijke speelveld van aanbieders en de notitie over de kapitaallasten in februari aan de Kamer worden gestuurd.

Het is goed dat de wettelijke voorschriften voor de interne bestuursstructuur via de toelating aan instellingen met een stichtingsvorm worden opgelegd om te voorkomen dat via algemene bepalingen ook andere stichtingen te maken krijgen met regels die daar minder opportuun voor zijn. De zorgbrede governance-code die thans wordt opgesteld, zal overigens meer moeten omvatten dan de tot nog toe genoemde basiseisen. Wanneer zal deze code klaar zijn?

GGZ-Nederland heeft erop gewezen dat de extramurale ggz weer onder het bouwregime wordt gebracht, maar dat de gehele curatieve ggz in een later stadium weer uit het bouwregime wordt gehaald. Dit lijkt een onzinnige exercitie. Wil de minister reageren op het verzoek om een uitzonderingspositie te creëren voor de extramurale ggz? Er is trouwens geen rangorde in de prioriteitencriteria voor ziekenhuizen, maar wel in die voor de ggz-instellingen. De regionale situatie zou doorslaggevend moeten zijn. Is de minister bereid om de rangorde in artikel 3.2.7 te laten vervallen? Wil hij verder ingaan op de vragen uit het veld over het ontbreken van kwaliteitseisen voor de toelating?

Met de invoering van de WTZi vervalt de tijdelijke invoering van de standstill. Dat instellingen veelvuldig overgingen tot fusie, was weliswaar te begrijpen, maar dit leidde tot een afname van de keuze uit aanbieders en een slechtere bereikbaarheid. De WTZi biedt instrumenten om in het fusiegedrag van aanbieders te sturen en dan is de standstill niet meer nodig. Met het oog op kwaliteit, bereikbaarheid en het instandhouden van keuzemogelijkheden, kunnen er trouwens ook goede motieven zijn om twee ziekenhuizen op één locatie samen te voegen of te laten fuseren. De zorgautoriteit zou een belangrijke rol moeten krijgen bij de afwegingen rond een fusie. Na het vervallen van de standstill moet bij fusies namelijk nog wel standaard getoetst worden op de marktverhoudingen, want er moeten voldoende aanbieders overblijven. Voor lopende zaken moet die toetsing dan trouwens wel snel plaatsvinden.

Logische consequentie van het gevoerde beleid is het scheiden van wonen en zorg in de AWBZ. De overheid laat de bouw en beslissingen daaromtrent terecht meer over aan de instellingen zelf. Kan in een notitie worden aangegeven wat de concrete beleidsvoornemens voor het scheiden van wonen en zorg zijn en wat de gevolgen hiervan zullen zijn?

Het antwoord van de minister De **minister** meent dat in de voorliggende stukken wel degelijk een visie is gegeven op zaken als de bouwnormen, de transparantie-eisen en de bereikbaarheid. Verder wordt daarin een instrumentarium voorgesteld op grond waarvan hij meer bevoegdheden krijgt om te sturen. Eigenlijk zijn het meer voorzorgsmaatregelen. De bereikbaarheid van de acute zorg is nu bijvoorbeeld ook al goed geborgd. In de beleidsvisie is aangesloten bij de veldnorm dat patiënten binnen een kwartier door een huisarts of ambulance bereikt kunnen worden voor een eerste behandeling, waarbij de komst van een ambulance natuurlijk de

voorkeur verdient. Die veldnorm is overigens een vuistregel, omdat de bereikbaarheid niet overal zo goed te regelen is, bijvoorbeeld op de Waddeneilanden. Ingevolge de beleidsregels zijn de zorginstellingen verplicht om deel te nemen aan het ketenoverleg acute zorg. Het ketenoverleg moet ervoor zorgen dat het systeem voor het vervolgtraject na de eerste behandeling zeven maal 24 uur werkt. Vastgelegd moet worden wie welke acute zorg mag leveren, bij de ketenschakels moeten protocollen gemaakt worden voor de overdracht en voorkomen moet worden dat de bereikbaarheid van de acute zorg verslechtert. De betrokken partijen zijn al bezig om hier vorm aan te geven en stellen daar ook eer in. Vooralsnog mag verwacht worden dat zij hiervoor net als voor de traumazorg tot afspraken zullen komen. Mochten zij hier onverhoopt niet gezamenlijk uitkomen, dan kan de minister aanwijzingen geven. Als ultimium remedium kan hij zelfs de toelating intrekken, bijvoorbeeld als een ziekenhuis geen SEH-faciliteiten wenst te verzorgen. Dergelijke ingrepen zullen weliswaar voorafgegaan worden door een kosten-batenanalyse, maar er zal altijd een afweging worden gemaakt in het licht van de bereikbaarheid, die in Nederland trouwens nog altijd heel goed is. Verder kan een verzeke- raar in het geval van een faillissement van een instelling voor steun aan kloppen bij CTG/ZAio.

Het is onbestaanbaar dat een ziekenhuis een SEH-afdeling heeft, als het geen adequate electieve basiszorg kan bieden. In de praktijk komt dit ook niet voor, ook niet in het buitenland. Het amendement-Van der Vlies (27 659, nr. 22) is dan ook afgehandeld conform de verwachting dat er geen enkele reden is om aan te nemen dat er gaten gaan vallen in het zorgaanbod. Het past ook in het streven naar beperking van de administratieve lasten om zaken die niet geregeld behoeven te worden, ook niet te regelen. Al met al is de basiszorg in Nederland goed bereikbaar. De minister is trouwens ook de mening toegedaan dat niet alle specialismen in de buurt voorhanden behoeven te zijn. In dit verband wijst hij erop dat sommige mensen er vanwege de snelheid zelfs voor kiezen om in het buitenland geholpen te worden. Overigens zal de Kamer geen blauwdruk ontvangen voor de bouw van ziekenhuizen in Nederland.

De positie van de stakeholders zal in de nieuwe situatie niet veel veranderen. Zij hebben weliswaar geen vetorecht, maar zij zullen wel weer betrokken worden bij de opstelling of verandering van het langetermijn- huisvestingsplan. De ziekenhuizen hebben daarmee een belangrijke inspanningsverplichting. Aan de wensen van lokale actiegroepen wordt ook niet zo maar voorbijgegaan. Aangezien er meestal bredere belangen spelen, zal daar echter lang niet altijd aan tegemoetgekomen kunnen worden. De criteria op het punt van bijvoorbeeld transparantie en bereikbaarheid blijven evenwel onverkort voor alle ziekenhuizen en AWBZ- instellingen gelden. Overigens zullen de financiële instrumenten die voor de kleine ziekenhuizen zijn gecreëerd, zoals de beschikbaarheidstoeslag, blijven bestaan.

Als de WTZi eenmaal door de Eerste Kamer is aangenomen, zal de standstill opgeheven kunnen worden. De standstill heeft een goede functie gehad, maar begint nu knellend te werken voor ziekenhuizen, ook op het financiële vlak. Er zal bijvoorbeeld al snel een oplossing moeten worden gevonden voor de twee locaties van het ziekenhuis in Oss en Veghel. De Kamer zal uiteraard op de hoogte gehouden worden van beslissingen dienaangaande. Overigens zal bij de behandeling van het wetsvoorstel inzake de zorgautoriteit bekeken kunnen worden of de NMa blijft beoordelen of fusies de marktverhoudingen verstoren of dat de zorgautoriteit dit gaat doen.

Op de huidige bouwprioriteitenlijst staan veel projecten om de privacy van mensen in de care te vergroten. Hier is al geld voor uitgetrokken. Op die manier zal het probleem van het gebrek aan privacy grotendeels kunnen worden opgelost, maar het kost tijd. Voor grote en kleine ziekenhuizen gelden dezelfde bouwmaatstaven. Het CBZ (College bouw

ziekenhuisvoorzieningen) controleert daarop bij het verlenen van de vergunning. Overigens is de positie van de raden van toezicht van stichtingen in de zorg conform het advies van de commissie-Meurs wettelijk verankerd in de AMvB transparantie-eisen. In het kader van het project Sneller Beter wordt aandacht besteed aan benchmarking. Naar verwachting zal 85% van de electieve zorg geliberaliseerd kunnen worden. Daarbij zal echter de nodige zorgvuldigheid betracht moeten worden. De Kamer heeft de criteria terzake ontvangen. Overigens zal marktwerking waarschijnlijk bijdragen aan verhoging van de kwaliteit van de zorg. Verzekeraars zullen ruim voldoende zorg contracteren, omdat zij maar één grote vrees hebben, namelijk dat zij hun klanten niet kunnen bedienen. De Kwaliteitswet zorginstellingen blijft echter onverkort van kracht. Verder zijn er nieuwe indicatoren ontwikkeld waarmee de inspectie nog beter toezicht kan houden op de kwaliteit. De Kamer kan in mei de uitwerking van de nieuwe toezichts- en uitvoeringsstructuur tegemoet zien. De minister heeft trouwens al eerder aangegeven dat hij ter uitvoering van de motie-Heemskerck/Weekers zou bepalen dat in ieder geval een lichaam dat de cliënt vertegenwoordigt, toegang moet krijgen tot de Ondernemingskamer. Het is op basis van het Burgerlijk Wetboek onmogelijk om iedereen die zich aanmeldt als cliëntvertegenwoordiger, daar toegang toe te geven. Een instelling moet al een cliëntvertegenwoordigend lichaam aanwijzen op het moment dat de statuten worden opgesteld, dus op een moment dat er nog geen sprake is van een conflict. De mogelijkheden tot misbruik zijn dus heel gering. Overigens zal de minister met de staatssecretaris van VWS contact opnemen over de opstelling van een notitie over de rechtspositie van bewoners van AWBZ-instellingen. Het is niet de bedoeling dat uit de beleidsvisie een onomkeerbare voorkeur voor kleinschaligheid spreekt. Misschien moet de tekst op dit punt aangepast worden. Vermaatschappelijking en kleinschaligheid zijn wel een trend, maar grootschalige instellingen kunnen onder omstandigheden ook voordelen hebben. Die moeten dus niet bij voorbaat onmogelijk gemaakt worden. Het streven naar kleinschaligheid leidt er ook niet toe dat er geen geld meer beschikbaar is voor grootschalige bouwprojecten. Het is overigens ook niet de bedoeling dat uit de beleidsvisie gelezen kan worden dat delen van de ondersteunende en activerende begeleiding overgaan naar de WMO. Verder merkt de minister op dat de overheveling van de ggz naar de cure geen consequenties mag hebben voor de PGB-systematiek.

Het houden van een leefwensenonderzoek is in de beleidsvisie bestempeld als wenselijk. Er is bewust voor gekozen om instellingen hier niet toe verplichten, mede in het kader van het streven naar terugdringing van de administratieve lasten. In dit licht is het ook niet wenselijk om een maximum te stellen aan de oppervlakte die per instelling mag worden uitgetrokken voor de administratie en de directie. De instellingen moeten zelf tot een doelmatige inrichting van de ruimte zien te komen. Wel blijft de mogelijkheid om oppervlakte in budget om te zetten, bestaan. Verder wordt er, zolang de kapitaallasten nog niet in de DBC's zitten, met de bouwprioriteitenlijst gewerkt. Hierover kan nader gesproken worden aan de hand van de notitie die de Kamer binnenkort zal ontvangen inzake de kapitaallasten. De zorgbrede governance-code verwacht de minister in het voorjaar te ontvangen.

De minister wil niet treden in de overeenstemming die de LHV en Zorgverzekeraars Nederland onlangs hebben bereikt over kleinschalige huisartsenposten. De budgettaire kaders moeten natuurlijk wel in acht genomen worden en de bereikbaarheid moet ook gegarandeerd worden. Overigens zal hij een huisarts niet beletten om op een traditionele manier te werken en veel uren te maken. Verder merkt hij op dat hij de ambulancezorg niet wil nationaliseren of privatiseren.

Zelfstandige curatieve ggz-poliklinieken worden behandeld als zelfstandige behandelcentra en vallen dus niet onder het bouwregime. Polikli-

nieren die in combinatie met verblijfsfuncties worden gerealiseerd, vallen in principe wel onder het bouwregime. In de praktijk zal dit echter geen grote consequenties hebben, omdat bouwplannen van die poliklinieken tegelijk met bouwplannen van het hele ziekenhuis behandeld zullen worden. Naar verwachting zal de ggz in dit kader dan ook niet te maken krijgen met additionele administratieve lasten. Bij de vaststelling van prioriteitenlijstjes wordt trouwens al rekening gehouden met regionale aspecten. Tot slot meldt de minister dat aan de bestaande eisen voor de toelating van instellingen een aantal nieuwe is toegevoegd, zoals bestuurlijke transparantie en een ordelijke bedrijfsvoering. Op de kwaliteit van de huisvesting zal na de versoepeling van het bouwregime van de WTZi worden toegezien middels prestatie-eisen.

Nadere gedachtenwisseling

De **voorzitter** merkt op dat in dit deel van de vergadering ook nog vragen gesteld kunnen worden over het antwoord inzake de WTZi.

Mevrouw **Schippers** wil weten wanneer het wetsvoorstel inzake de zorgautoriteit de Kamer zal bereiken. Zij heeft overigens niet bepleit dat iedereen zich als cliëntvertegenwoordiger bij de Ondernemingskamer kan melden, maar zij vindt wel dat de instelling niet zelf moet kunnen bepalen wie de enquête uitvoert maar de cliëntenraad.

De minister baseert zijn keuzes voor de electieve zorg terecht op deelmarktanalyses. Er zijn echter nog geen deelmarktanalyses die aantonen dat in de ggz dezelfde kenmerken van electieve zorg gelden als in de somatische curatieve zorg. GGZ Nederland heeft de Erasmus Universiteit gevraagd, zo'n marktanalyse uit te voeren. Het is van belang dat de resultaten, die in maart bekend zullen worden, een rol spelen bij de afwegingen ten aanzien van deze deelmarkt. De specialistische zorg in de ggz voor een kleine groep patiënten behoeft niet in iedere regio in dezelfde mate aanwezig te zijn. Medisch-inhoudelijk en organisatorisch kan het zelfs beter zijn om deze zorg bovenregionaal te organiseren. Hoe wordt gewaarborgd dat er geen kennis verloren gaat?

Het is een goede gedachte om een separaat opleidingsfonds voor de curatieve zorg te creëren voor die opleidingen die marktverstoring kunnen werken. Komt dit er ook voor curatieve ggz-opleidingen? Overigens zou de werkplaatsfunctie van de opleidingsinstellingen in het gedrang kunnen komen doordat de casemix verandert als gevolg van de inkoopstrategie van zorgverzekeraars. De minister verwacht dat de samenwerkingsverbanden tussen opleidingsinstellingen en andere instellingen ervoor zorgen dat de werkplaatsfunctie niet in gevaar komt, maar hij moet wel een handvat hebben om deze belangrijke functie ook op de langere termijn breed in stand te kunnen houden. Tot slot merkt mevrouw Schippers op dat de voorliggende stukken over de ziekenhuiszorg in Amsterdam-West bij haar geen vragen hebben opgeroepen.

Mevrouw **Kant** beaamt dat de minister ingevolge de WTZi instrumenten krijgt om in te grijpen als de bereikbaarheid van de zorg in het geding komt, maar de vraag blijft wanneer die instrumenten aangewend zullen worden. De minister moet hier meer duidelijkheid over geven om te voorkomen dat er iedere keer debatjes moeten worden gevoerd over ongewenste ontwikkelingen op dit punt.

Het is goed dat de standstill gehandhaafd wordt totdat de WTZi in werking treedt. Er is echter geen reden om een uitzondering te maken voor Oss en Veghel. De situatie daar verschilt namelijk niet veel van die bij andere instellingen. Wel kan overwogen worden om instellingen met grote financiële problemen een handreiking te doen. Overigens wil mevrouw Kant weten of zij uit de gang van zaken rond het Slotervaartziekenhuis mag opmaken dat dit ziekenhuis niet gesloten zal worden.

Mensen moeten ook voor electieve zorg bij een ziekenhuis in de buurt terecht kunnen. Met name ouderen stellen hier prijs op. Verder moet voorkomen worden dat zorgverzekeraars – CZ heeft dit al aangekondigd – mensen korting op hun premie gaan aanbieden als zij naar een verder weg gelegen ziekenhuis willen gaan. Het mag niet gebeuren dat mensen alleen maar keuzevrijheid hebben als zij bereid zijn om meer premie te betalen. Tot slot merkt mevrouw Kant op dat liberalisering een gevaar vormt voor de samenwerking in de zorg.

De heer **Van der Vlies** vermoedt dat de minister slechts terughoudend gebruik zal maken van de instrumenten die hij ingevolge de WTZi heeft om in te grijpen, maar vindt dat echt voorkomen moet worden dat de kwaliteit en de bereikbaarheid van de zorg in het geding komen. In dit licht zal de Kamer vermoedelijk weer met casuïstiek geconfronteerd worden. Duidelijk moet zijn dat daarbij groot gewicht zal worden toegekend aan de bereikbaarheid, maar er moet wel voor gewaakt worden dat het ketenoverleg niet gefrustreerd wordt.

Het is een goede zaak dat de standstill gehandhaafd wordt totdat de WTZi kracht van wet heeft gekregen. Als instellingen hierdoor het water tot aan de lippen komt te staan, moet geprobeerd worden om hier op een andere wijze in te voorzien en tevens recht te doen aan de standstill. Tot slot vraagt de heer Van der Vlies hoe het verder moet met het Slotervaartziekenhuis, nu het overleg tussen de verschillende partijen niet tot een oplossing heeft geleid.

Mevrouw **Arib** vraagt de minister om de motie-Heemskerk/Weekers conform de bedoeling van de indieners uit te voeren en aan te geven hoe hij dat gaat doen. Verder merkt zij op dat het een gemiste kans is dat kwaliteitseisen geen onderdeel uitmaken van de criteria voor toelating. In dit verband vraagt zij specifieke aandacht voor de kraamzorg.

Vanaf de jaren '80 is er, om verschillende redenen, gesproken over sluiting of fusie van het Slotervaartziekenhuis, maar het is daar nooit van gekomen. Mede daarom is het bevreemdend dat de minister zich in december direct achter het voorstel van zorgverzekeraar Agis tot sluiting van het Slotervaartziekenhuis heeft geschaard. Er moet met alle Amsterdamse ziekenhuizen gezocht worden naar een reële oplossing van het probleem van de overcapaciteit in Amsterdam. Indien nodig, moet de minister de ziekenhuizen hier zelfs toe dwingen. Verder moet hierbij betrokken worden dat in Amsterdam twee grote academische ziekenhuizen zijn gevestigd. Alle ziekenhuizen moeten gelijkwaardig beoordeeld worden op hun prestaties en kwaliteit van zorg. Ook zou objectief onderzocht moeten worden hoe het precies staat met de overcapaciteit in Amsterdam. In het licht van de overcapaciteit is het trouwens vreemd dat ingestemd is met het aanbouwen van afdelingen bij het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis (SLAZ) en het VU medisch centrum (VUmc) en renovatie van het Slotervaartziekenhuis.

De heer **Buijs** meent dat de werking van de WTZi afgemeten zal kunnen worden aan de manier waarop de publieke verantwoordelijkheid voor de thans voorgestane structuur van de zorg gezuwust wordt met de verantwoordelijkheid van de markt c.q. de verzekeraars. Zo zal de minister zijn instrumentarium moeten aanwenden om te bewerkstelligen dat de huisartsenzorg, op de bekende uitzonderingen na, binnen een kwartier te bereiken is, ongeacht het voorstel van Zorgverzekeraars Nederland en de LHV voor grootschalige financiering. Verder moet hij ervoor zorgen dat de honorering van de huisartsen binnen het Budgettair kader zorg geregeld wordt. De heer Buijs overweegt op dit punt een Kameruitspraak te vragen. Er moet inderdaad een oplossing gevonden worden voor de overcapaciteit in Amsterdam, maar het is vreemd dat de minister direct akkoord is gegaan met het voorstel van Agis om het Slotervaartziekenhuis te

ontmantelen. Onderzocht moet worden of het SLAZ, het VUmc en het Slotervaartziekenhuis het probleem niet gezamenlijk kunnen oplossen. Vervolgens moet de minister conform de WTZi bekijken of de stakeholders en de cliëntenorganisaties hierbij betrokken zijn en toetsen of een eventuele oplossing aan de criteria voldoet. De drie ziekenhuizen hebben inmiddels trouwens het initiatief genomen om met elkaar rond te tafel te gaan zitten.

Mevrouw **Tonkens** blijft van mening dat de minister weinig instrumenten heeft om in te grijpen. Hij gaat er vanuit dat in het ketenoverleg acute zorg goede afspraken gemaakt zullen worden over de bereikbaarheid, maar mevrouw Tonkens vreest dat dit in de praktijk anders zal uitpakken. Hetzelfde geldt voor de veronderstelling van de minister dat de aanwezigheid van een afdeling SEH de aanwezigheid van vrijwel alle specialismen garandeert.

De minister heeft in zijn brief van 20 oktober zelf geconstateerd dat het huidige zorgstelsel onvoldoende aan de vraag van patiënten tegemoetkomt. Daarom mag het niet verplichten van een leefwensenonderzoek niet worden afgedaan onder het mom van het terugdringen van de administratieve lasten. Het leefwensenonderzoek is op dit moment het enige instrument om naar de mening van patiënten en cliënten te vragen, en dat moet dan ook gebruikt worden. Aangezien er bij de liberalisering van de zorg zeer zorgvuldig gehandeld moet worden, vraagt mevrouw Tonkens tot slot waarom al doorgedaan wordt met de liberalisering voordat de proef die terzake bij 10% van de DBC's is gehouden, is geëvalueerd.

De **minister** merkt op dat de financiële positie van het SLAZ, het VUmc en het Slotervaartziekenhuis wordt uitgehold door de overcapaciteit aan bedden en specialistenplaatsen in Amsterdam. Dit probleem speelt al jaren, ondanks dat er veel geld is uitgetrokken voor oplossing ervan. Het hanteren van de kaasschaafmethode zal geen soulaas bieden en het is ook niet mogelijk om de verzekeraar te dwingen, ongeremd zorg in te kopen bij die ziekenhuizen. Verder verdient het samenvoegen van de twee academische ziekenhuizen in Amsterdam ook niet direct aanbeveling. Er zullen nu eindelijk stevige maatregelen genomen moeten worden. Daarmee is trouwens niet gezegd dat de Amsterdamse ziekenhuizen de afgelopen jaren niets gedaan hebben ter verbetering van de situatie of dat het management van de ziekenhuizen slecht gefunctioneerd heeft.

De minister kon snel op de brief van Agis van 13 december reageren, omdat hij al wist dat hij die brief zou krijgen en omdat hij er begrip voor had dat Agis vanwege alle commotie die verwacht werd, graag wilde weten of hij akkoord zou gaan met stevige maatregelen. Overigens heeft Agis niet voorgesteld om het Slotervaartziekenhuis te sluiten, maar om het in te richten voor poliklinische activiteiten. Aangezien 65% van de ziekenhuiszorg poliklinische zorg is, zou het Slotervaartziekenhuis als polikliniek nog een belangrijke rol kunnen spelen voor de mensen in de omgeving. Agis voert momenteel overleg met alle betrokken partijen om nog voor de zomer te komen tot een plan van aanpak waarmee door middel van zorgvernieuwing en herverdeling van capaciteit een gezonde en kwalitatief hoogstaande situatie wordt gecreëerd. Overigens gaat de minister ervan uit dat Agis er geen belang bij heeft om te streven naar een dure oplossing, zoals sluiting van het Slotervaartziekenhuis. Desgevraagd voegt de minister hier nog aan toe dat er geen situatie zoals in Emmeloord dreigt, omdat de bereikbaarheid hier niet in het geding is.

Het voorstel voor de Wet op de zorgautoriteit ligt thans voor advies voor bij de Raad van State en zal daarna, in mei, aan de Kamer worden gezonden. Waar het gaat om het enquêterecht, zal de minister zich nader bezinnen op de uitvoering van de motie-Heemskerk/Weekers.

Als de deelmarktanalyse van de ggz verschenen is, kan bekeken worden wat voor consequenties daaraan moeten worden verbonden voor de

bekostiging van de bouw en de kapitaallasten. Overigens betwijfelt de minister of er versnippering van de specialistische curatieve ggz dreigt. Hij zal zich hierin verdiepen en de Kamer over zijn bevindingen rapporteren. Volgens hem is ook de werkplaatsfunctie van de opleidingsinstellingen niet in gevaar. In de nieuwe bekostigingssystematiek voor de opleidingen is namelijk rekening gehouden met de kosten daarvan.

De minister gaat er vooralsnog vanuit dat de bereikbaarheid en de kwaliteit van de zorg niet in het geding komen en dat hij de instrumenten van de WTZi dus niet hoeft te gebruiken om in te grijpen. Hij wil dan ook een afwachtende houding innemen maar, waar nodig, zal hij met ijzeren hand ingrijpen. Overigens gaat hij nader bekijken of op de standstill een uitzondering gemaakt moet worden om een oplossing te vinden voor de locaties van het ziekenhuis in Oss en Veghel.

Het heeft niet de hoogste prioriteit dat electieve zorg dichtbij geleverd kan worden. De inrichting van die zorg en het bundelen van ervaring zijn van groter belang. Wat is er trouwens op tegen dat verzekeraars mensen een korting aanbieden als zij een ingreep in een bepaalde locatie, wat verder van huis, laten verrichten? Een dergelijke ontwikkeling kan tot prijsverlaging leiden en moet dus niet op voorhand afgewezen worden. Ook mensen met een smallere beurs kunnen hiervan profiteren. Overigens hoeft liberalisering helemaal niet ten koste te gaan van de samenwerking in de zorg. Vooralsnog zal hier ook nog niet toe overgegaan worden, omdat hier nog onderzoek naar gedaan wordt. De Kamer zal daar nader over geïnformeerd worden.

Bij de toelating van nieuwe instellingen zal gekeken worden naar bepaalde kwaliteitsaspecten. In het kader van het project Sneller Beter wordt hier de nodige aandacht aan besteed. De minister zegt toe dat hij nader zal bekijken of er op dit terrein problemen zijn in de kraamzorg. Aangezien de minister net weer in gesprek is met de huisartsen, betwijfelt hij of het verstandig is om nu het punt van de huisartsenposten aan te kaarten. Hij is daar echter wel toe bereid in het belang van de patiënten. Ziekenhuizen met een afdeling SEH zijn gehouden om die hulp en de daarvoor benodigde specialismen in stand te houden. Mocht er afbreuk gedaan worden aan die voorwaarden, dan kan de minister ingrijpen. Hij zal dan echter een noodgreep moeten toepassen en hij hoopt dan ook dat hij daar niet toe over hoeft te gaan.

De AWBZ-voorzieningen zijn de meest laagdrempelige in de zorg. AWBZ-instellingen die diensten leveren waar niemand op zit te wachten, zullen het dan ook niet lang volhouden in deze competitieve sector. In dit licht is het ook de vraag of cliënten er beter van worden dat er een leefwensenonderzoek wordt gehouden. De minister is evenwel bereid om met de staatssecretaris van VWS te bespreken of het houden daarvan wellicht verplicht moet worden.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Blok

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen