

Vergaderjaar 2001–2002

27 659

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

Nr. 6

VERSLAG

Vastgesteld 26 november 2001

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹, belast met het voorbereidend onderzoek van voorliggend wetsvoorstel, brengt onderstaand verslag uit over haar bevindingen.

Met een tijdige en afdoende beantwoording door de regering van de daarin opgenomen vragen en opmerkingen acht de commissie de openbare beraadslagingen over het wetsvoorstel voldoende voorbereid.

INHOUDSOPGAVE

Algemeen	2
Inleiding	2
De Uitvoeringstoetsen	7
Hoofdpijnen van het voorstel	9
Beleidskader	9
Regiovisie	24
Reikwijdte	26
De exploitatietoestemming	27
Winstoogmerk	31
De zelfstandige bestuursorganen	32
Financiële aspecten	32
Deregulering	33
Europeesrechtelijke aspecten	34
Artikelsgewijs	35

¹ Samenstelling:

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

INLEIDING

De leden van de fractie van de PvdA hebben aangegeven dat zij het voorliggende wetsvoorstel willen behandelen vanwege de uitgangspunten deregulering en sturing op zorg, in plaats van op instituties. Deze leden vinden het belangrijk om in deze wet een uitgebalanceerd evenwicht te vinden tussen deregulering en dichtregulering, tussen het vertrouwen geven aan het veld en lagere overheden en het absoluut garanderen van voldoende zorg. Daarbij rijst de vraag wat in de wet opgenomen moet worden en daarmee absoluut gegarandeerd wordt, los van tijden, omstandigheden en regeringscoalities en wat bij AMvB kan worden vastgesteld, zodat dichtregulering en een onhandelbare wet vol regels worden voorkomen. Daarnaast achten deze leden het beleidskader, zoals dat wordt vastgelegd in deze wet, van essentieel belang. Om deze reden is tijdens het hoofdlijnen debat gevraagd om invulling van beleidskader en AMvB's. De leden van de fractie van de PvdA hechten zwaar 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. De leden van de fractie van de PvdA 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. De leden van de fractie van de PvdA hebben met belangstelling bijlage drie bij de brief van de regering van 25 september 2001 (27 659, nr. 5) gelezen, waarin een beschrijving van de inhoud van technische AMvB's ter uitvoering van de WEZ wordt verschaft. Zij 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 wordt alleen het noodzakelijke bij wet geregeld. De leden van de fractie van de PvdA vragen waarom het bij AMvB in artikel 1, tweede lid, mogelijk wordt gemaakt bepaalde instellingen of delen daarvan uit te zonderen van het wettelijk regime, te meer daar er op dit moment geen concrete voornemens bestaan om van deze mogelijkheid gebruik te maken. Op welk moment zou de mogelijkheid om bepaalde (delen van) instellingen uit te zonderen wel opportuun kunnen zijn? Welk doel wordt gediend met deze mogelijkheid bij AMvB? Deze leden zien vooralsnog geen reden om uitzonderingen op de wet mogelijk te maken, zeker niet waar het hier een kaderwet betreft die de basis vormt voor een complexe regelgeving. Van een aantal AMvB's zien de leden van de fractie van de PvdA dat deze vooral betrekking hebben op de technische uitvoering. Deze leden kunnen zich voorstellen dat deze regels niet in de wet hoeven te worden opgenomen. In artikel 5 wordt bij AMvB geregeld op welke wijze inzicht moet kunnen worden verkregen in de statuten van exploiterende instellingen en in de aard van de zorg die geleverd wordt. Ook worden capaciteitsgegevens gevraagd en afhankelijk van het beleidskader overige gegevens. Aangegeven wordt dat het daarbij gaat om locaties en bereikbaarheid van zorg. De leden van de fractie van de PvdA steunen het streven naar beperken van administratieve procedures. Zij vinden de criteria waarop de exploitatietoestemming wordt verleend echter een essentieel onderdeel van de basisgarantie op toegankelijke zorg. Deze leden vragen op welke gronden besloten is om dit punt niet in de wet op te nemen.

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van de herziening van het stelsel van overheidsbemoediging met het aanbod van zorginstellingen. De VVD-fractie ondersteunt de omslag van aanbodsturing naar vraagsturing. Echter, om een oordeel te kunnen vellen over de WEZ als instrument ten behoeve van het proces van centrale aanbodregulering naar vraaggestuurde zorg, bieden de wet en Memorie van Toelichting onvoldoende aangrijpingspunten.

De WEZ is breed, en regelt naar het inzicht van deze leden zeer veel, zo niet teveel. Naast de bouw van zorginstellingen regelt de WEZ ook de zorgsector als er niet gebouwd hoeft te worden. Ook voorziet de wet in het stellen van financiële grenzen aan met name de omvang van de exploitatie. Hiermee lijkt de WEZ eerder te leiden tot een versterking van het centrale aanbod dan tot een verzwakking.

In zijn algemeenheid vragen deze leden wat de zin is van de WEZ op het moment dat de discussie over een stelselherziening volop gaande is, en de uitkomsten daarvan nog onzeker zijn. Naar aanleiding van de voorgestelde herziening hebben de leden van de VVD-fractie dan ook een aantal zeer kritische vragen en opmerkingen, zowel over en naar aanleiding van voorliggend wetsvoorstel alsmede over de brief van de regering van 25 september 2001 over de WEZ (27 659, nr. 5).

De WEZ wordt beschouwd als een overgangswet, zo constateren de leden van de VVD-fractie. Kan de regering aangeven wat de termijn is waarbinnen de overgang van aanbod- naar vraagsturing zal plaatsvinden? Is de regering bereid een plan van aanpak op te stellen waaruit blijkt waar en wanneer de omslagpunten zich zullen voordoen?

Kan de regering aangeven hoe en in welke mate de administratieve lasten voor zorginstellingen afnemen? Heeft de Commissie Actal (EZ) zich uitgesproken over dit wetsvoorstel? Zo ja wat, wat zijn de bevindingen van deze commissie? «De op aanbodsturing gerichte WZV wordt ingeruild voor een nieuw instrumentarium waarmee de overheid tijdens de omslagperiode de genoemde randvoorwaarden kan formuleren en, indien nodig, veranderingen kan bevorderen.», aldus stelt de minister in haar brief van 25 september 2001 (blz. 2). De leden van de VVD-fractie hebben er behoefte aan de volgende vragen ter beantwoording voor te leggen.

Kunt u aangeven op welke instrumenten wordt gedoeld, en op welke wijze die bijdragen aan de vergroting van de mogelijkheid tot vraagsturing?

Denkt u daarbij in de eerste plaats aan sturing door de consument of door verzekeraars? Hoe ziet u de invloed door de consument of de verzekeraars bijeengebracht in sturing op de zorginstelling? Bestaat er een verplichting de verschillende invloeden te combineren tot één homogene sturingsinvloed, of acht u het denkbaar dat heterogene, op verschillende uitkomsten gerichte sturingsconcepten naast elkaar bestaan?

Kunt u aangeven welke randvoorwaarden bedoeld worden en op welke wijze die bijdragen aan vergroting van de vraagsturing en in welk tempo (tijdpad) deze randvoorwaarden gerealiseerd worden?

Kunt u aangeven welke veranderingen eventueel nodig worden geacht, en op welke wijze deze bevorderd kunnen worden?

Een vraaggestuurde zorg kenmerkt zich door aanbod dat flexibel inspeelt op een veranderende vraag. Het moet aantrekkelijk zijn voor nieuwe spelers om die vraag te beantwoorden en er moeten prikkels zijn voor het huidige aanbod om daadwerkelijk vraaggestuurd te werken. Onderschrijft u de stelling dat een eventueel afzwakken van de aanbodplanning op zichzelf de mogelijkheden voor vraagsturing niet vergroot?

Indien dat u deze stelling niet onderschrijft, kunt u dan uiteenzetten hoe u de relatie tussen afzwakken van aanbodplanning en versterken van vraagsturing ziet?

Op welke argumenten is de WEZ-wettekst zelf (zonder AMvB's) te typeren als een afzwakking van de aanbodplanning? Leidt de WEZ niet eerder tot een versterking van de centrale aanbodplanning, doordat deze wet nu

eveneens voorziet in het stellen van financiële grenzen aan met name de omvang van de exploitatie?

Zijn er aanvullende maatregelen nodig om de aanbodplanning te verzwakken en de vraagsturing te vergroten? Zo ja welke, en in welke samenhang?

Deelt u de mening van de leden van de VVD-fractie dat, in tijden van schaarste, het loslaten van aanbodplanning in combinatie met de uitbreiding van de meldingsregeling (tot 100% zoals aan algemene ziekenhuizen toegezegd in de Positioneringsnota Algemene Ziekenhuizen) juist de positie van het bestaande aanbod versterkt? Hoe wordt in uw visie in deze context de positie van de vraag versterkt?

Deelt u de mening dat, naast het vergroten van de capaciteiten van het bestaande aanbod, het bieden van betere toetredingsmogelijkheden voor alternatief aanbod noodzakelijk is om de positie van verzekeraars om te sturen op geleide van de vraag van de patiënt/verzekerde te verbeteren? Zo ja, op welke wijze draagt de WEZ hieraan bij?

Voor vraaggestuurde zorg is het van belang bestaande, maar vooral ook potentiële nieuwe zorgaanbieders in een positie te brengen waarin zij initiatieven kunnen ontwikkelen om die vraaggerichte zorg tot stand te brengen. Hoe wordt er in dit verband een level playing field gecreëerd, en wat is de rol van de WEZ hierin, zo vragen de leden van de VVD-fractie.

«De WEZ sluit aan bij de veranderde rol van de verzekeraars en is ontworpen om een verdere verruiming van verantwoordelijkheden te ondersteunen.» en «De ruimte die de WEZ het veld laat, scheidt tegelijkertijd meer verantwoordelijkheden voor instellingen en verzekeraars.» zo stelt de minister in haar brief van 25 september 2001 (blz. 2). De leden van de VVD-fractie hebben hierover de volgende vragen. Welke verruiming van verantwoordelijkheden van verzekeraars en instellingen heeft u voor ogen? Kunt u hiervan voorbeelden noemen? Op welke wijze wordt deze verruiming van verantwoordelijkheden in de wet ondersteund? «Het beleidskader is een beschrijving van de beleidsmatig gewenste situatie en de verschillende sectoren en de gewenste veranderingen in het zorgaanbod.» zo stelt de minister. (o.a. blz. 9 MvT)

Aan de hand van welke criteria gaat de regering vaststellen dat er een beleidsmatig gewenste situatie is en/of dat er veranderingen op het gebied van de gezondheidszorg gewenst zijn? Met andere woorden, op welke wijze houdt de regering rekening met een veranderende vraag? Kunt u per deelsector aangeven wat de relatie is tussen de WEZ en de voorgenomen modernisering van het persoonsgebonden budget? Kunt u daarbij garanderen dat de WEZ de mogelijkheden van budgethouders om zelf hun zorg te organiseren op geen enkele manier belemmert?

De leden van de CDA-fractie hebben reikhalzend uitgezien naar de inhoud van de Wet Exploitatie Zorginstellingen (WEZ), opdat eindelijk werk gemaakt kan worden van de eerder gedane belofte te dereguleren en de bureaucratie te verminderen. Met de regering zijn deze leden van mening dat in de zorg het systeem van centrale aanbodsturing moet worden vervangen door een vraaggestuurd stelsel, waarbij de zorgvrager centraal staat. De WEZ zou dit proces moeten faciliteren door het afgeven van exploitatievergunningen, waarbij niet langer de bouw of verbouw van instellingen centraal staat (conform de huidige WZV), maar de exploitatie op basis van een beleidskader zorg, waarbij regiovisies uitgangspunt vormen.

Als bijlage 3 bij de brief van de regering van 25 september wordt een motivatie gegeven op basis waarvan een aantal Algemene Maatregelen van Bestuur vorm moeten krijgen. Is de regering met ons van mening dat het grote aantal AMvB's het gevaar in zich houdt dat er mogelijk toch weer sprake zal zijn van vergaande overheidsbemoeienis? De leden van de CDA-fractie hechten eraan om op basis van de nog te formuleren inhoud van de diverse AMvB's met de regering van gedachten te kunnen

wisselen. Gaarne dan ook een toezegging van de regering om de verschillende AMvB's te willen onderwerpen aan parlementaire behandeling.

De leden van de D66-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het voorliggende wetsvoorstel. Zij kunnen van harte instemmen met het voornemen van de regering om de overstap te maken van een stelsel, waarbij de capaciteit van de zorginstellingen normatief door de centrale overheid wordt bepaald, naar een decentraal vraaggericht stelsel waarbij de capaciteit wordt bepaald door bij de zorgverlening betrokken partijen. Zij vinden dit goed aansluiten bij de leidende gedachte sinds het begin van de jaren negentig dat de patiënt en zijn hulpvraag centraal dient te staan. Zij constateren echter dat het voorliggende wetsvoorstel nog zeer veel elementen van aanbodregulering in zich heeft, wat ook door de Regering erkend wordt. Waarom kiest de regering er niet voor om de nieuwe wetgeving volledig vraaggericht te laten zijn, en vervolgens te werken met een tijdpad om de overgang toch geleidelijk te laten plaatsvinden?

Kan de regering toelichten hoe het stellen van financiële kaders en het toetsen van exploitatieaanvragen daaraan zich verhoudt tot het verzekeringskarakter van AWBZ en Ziekenfondswet?

De regering geeft aan dat het voorliggende voorstel geen veranderingen met zich meebrengt in de taken en de positie van de WBMV, de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet BIG en de WTG. Betekent dit dan omgekeerd ook dat de regering verwacht dat een eventuele modernisering van de WTG geen invloed zal hebben op het bouw- en exploitatiebeleid van zorginstellingen? Wat wordt nu precies bedoeld met de zinsnede op blz. 3: «onder de WTG wordt het proces van vraagsturing geïnstrumenteerd door het aanbodgeoriënteerde budgetteringssysteem waarin instellingen betaald worden op basis van daadwerkelijk geleverde prestaties.» Betekent dat nu dat er zorgproducten komen waar een prijskaartje aan hangt? Welke ruimte biedt de huidige WTG om een zodanig financieel beleid te voeren dat dit ook weer ingezet kan worden bij de exploitatie? Ruimte dus die de zorginstellingen mogelijkheden biedt om wat extra's te doen in het kader van het bouwen, om daarmee om kwaliteit te kunnen concurreren?

De regering geeft aan dat de overheid verantwoordelijk blijft voor de borging van de publieke belangen in de sector; de toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid en doelmatigheid. De leden van de D66-fractie vragen of onder toegankelijkheid ook wordt verstaan: de verantwoordelijkheid voor de capaciteit. Bijvoorbeeld: door de toenemende vergrijzing neemt de behoefte toe aan allerlei combinatievormen van wonen en zorg. Het College bouw heeft deze leden onlangs gemeld dat het aantal woningen voor ouderen dat er tot 2010 bij zou moeten komen om de vraag te voldoen vele malen hoger ligt dan momenteel wordt gebouwd. Dit ondanks de extra financiële middelen voor onder meer «onorthodoxe» bouwplannen op dit gebied.

Het blijkt namelijk dat het overgrote deel van deze plannen uiteindelijk niet wordt uitgevoerd, aldus het College bouw. Voelt de regering zich, ook nadat voorliggend wetsvoorstel tot wet is verheven, verantwoordelijk om ervoor te zorgen dat deze achterstand wordt ingehaald, of acht de regering dit louter een verantwoordelijkheid van de betrokken partijen in de regio onder regie van de zorgverzekeraars?

De regering werkt aan een bruteringsoperatie in de zorg. Daarmee worden instellingen zelf eigenaar van alle grond en gebouwen. Ze zijn dan niet meer financieel afhankelijk van de overheid. In financieel opzicht betekent dit dat directies zelf kunnen bepalen of ze een nieuw gebouw neerzetten, aangepaste woningen op het terrein bouwen, of op andere locaties investeren in nieuwe vormen van wonen en zorg. Deze leden juichen dit toe, maar vragen wat dit betekent voor voorliggend wetsvoorstel.

De leden van de D66-fractie vinden het van groot belang dat de regering ervoor kiest om niet de bouw het aangrijpingspunt te laten zijn voor de

vormgeving van de infrastructuur maar het proces van zorgverlening, waarbij het gebouw één van de elementen is. Op blz. 4 wordt gezegd: «in dat proces van denken en beslissen over verdere vormgeving van de zorginfrastructuur moet de rol van partijen, die functioneel bij de zorg zijn betrokken, nog worden versterkt». Kan aangegeven worden of er binnen al die betrokken partijen, die in gezamenlijkheid een visie ontwikkelen, partijen zijn die een doorslaggevende stem hebben? Kan bijvoorbeeld het regionale patiënten- en consumentenplatform een veto uitspreken over een bouwplan, of is de uiteindelijke beslissing aan de directie van die betreffende zorginstelling, of is het eindoordeel aan de zorgverzekeraar? Op welke wijze wordt er enerzijds voor gezorgd dat iedereen een stem heeft, en anderzijds onderlinge meningsverschillen er niet toe leiden dat processen om te komen tot bouw te lang gaan duren?

De versnippering van regelgeving met betrekking tot de beleids- en besluitvorming ten aanzien van zorginstellingen in AWBZ, ziekenfondswet en WZV wordt in onderhavig wetsvoorstel opgeheven. De leden van de D66-fractie zijn daar blij mee. Zij zouden nog wel willen weten of daarin nog weer veranderingen optreden als te zijner tijd wordt overgegaan op een basisverzekering. Kan de regering aangeven of en zo ja, hoe dit van invloed zal zijn op voorliggend wetsvoorstel?

Bij AMvB kan een nadere invulling aan het toepassingsgebied van voorliggend wetsvoorstel worden gegeven. Zo kunnen delen van de wet niet of niet langer van toepassing worden verklaard op bepaalde (categorieën) van instellingen; ze kunnen worden aangemerkt als in het bezit van een exploitatietoestemming of ze kunnen voor het bouwregime aangewezen worden. Doel van de regering lijkt om op termijn de zeer gedetailleerde aanbodsturing verder te dereguleren. De ruimte die hiermee op termijn gecreëerd kan worden waarderen de leden van de D66-fractie. Om er echter van verzekerd te zijn dat die deregulering ook echt tot stand komt, zouden zij liever een overgangstermijn vastgelegd zien zodat instellingen zich hierop kunnen voorbereiden, maar wel reeds duidelijk in een wetsartikel vastgelegd zien om welke (categorieën van) instellingen het hier gaat. Waarom heeft de regering hier niet voor gekozen en is zij niet bang dat door deze ruimte te geven ook het omgekeerde wel eens zou kunnen plaatsvinden: door middel van de AMvB alles verder dichtregelen?

Met belangstelling hebben de leden van de fractie van GroenLinks kennis genomen van het wetsvoorstel Herziening van het stelsel van overheidsbemoeyenis met het aanbod van zorginstellingen (WEZ). Dit wetsvoorstel strekt ertoe de Wet ziekenhuisvoorzieningen in te trekken, en de centrale rol van de overheid bij de bepaling van de intramurale zorgcapaciteit te wijzigen in een stelsel waarbij decentrale partijen (consumenten, instellingen en verzekeraars) de capaciteit bepalen binnen door de overheid te stellen randvoorwaarden.

De regering meent hiermee door middel van een nieuw systeem een bijdrage te leveren aan de in gang gezet zijnde deregulering van de gezondheidszorg. De leden van de fractie van GroenLinks staan hier positief kritisch tegenover. Positief, in de zin dat deregulering gewenst is, omdat de vigerende regelgeving allerwegen als te knellend en demotiverend wordt ervaren. Kritisch, omdat dereguleren risico's met zich mee brengt, in de zin van onvoldoende garanties voor gelijke toegankelijkheid voor alle burgers, onvoldoende waarborgen voor een samenhangend zorgaanbod en onvoldoende rechtszekerheid voor instellingen.

Dit betekent dat steeds gezocht moet worden naar een optimale balans tussen de verantwoordelijkheden van de overheid en de speelruimte voor het particulier initiatief. De centrale vragen zijn dan ook of dit wetsvoorstel een substantiële verbetering zal bieden ten opzichte van de huidige Wet ziekenhuisvoorzieningen, en of, en zo ja hoe, het past binnen de stelselherzieningsvoorstellen die door het kabinet, diverse adviesorganen en politieke partijen zijn gedaan.

De regering gaat slechts in algemene termen in op de fundamentele kritiek van de Raad van State dat het wetsvoorstel niet gemotiveerd voortloopt op de ontwikkelingen op het terrein van de zorg in het algemeen en die in de gezondheidszorg in het bijzonder. Meer in het bijzonder heeft op het moment van deze inbreng nog geen debat plaats gevonden over de opvattingen van het kabinet in «Vraag aan bod» en in de verkenningen voor de komende kabinetsperiode. Ook meent de Raad dat het voorstel onvoldoende is genormeerd en daarmee onvoldoende waarborgen biedt voor een samenhangend zorgaanbod en voor rechtszekerheid van instellingen. Wil de regering hier meer in detail op ingaan?

De leden van de fractie van de ChristenUnie hebben met belangstelling kennisgenomen van het onderhavige wetsvoorstel. In het hoofdlijnen-debat over dit wetsvoorstel heeft deze fractie al aangegeven de invoering van deze wet noodzakelijk te achten. In dit debat zijn, wat deze leden betreft, belangrijke aandachtspunten geformuleerd die van belang zijn bij de verdere behandeling van dit wetsvoorstel. Daarop komen de aan het woord zijnde leden nu terug.

De wet zal na invoering een centrale rol vervullen bij het tot stand brengen van een adequaat stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen in Nederland. In die zin staat het wetsvoorstel heel dicht bij artikel 22 van de Grondwet: «De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid». Hoe dat plaats vindt is uiteraard een onderwerp van verdere wetgeving. Duidelijk is dat deze wet daarvoor zeer belangrijk is. Om die grondwettelijke taak te vervullen moet de overheid voldoende sturings-elementen hebben en houden. Dat is des te meer van belang in de Nederlandse situatie waar zorginstellingen private instellingen zijn. Een belangrijke casus op dit terrein is de volgende. In het beleidsplan wordt uitgegaan van een bepaalde voorziening. Dat betekent dat de noodzaak daarvan is aangetoond en dat de financiële middelen er zijn. Het is evenwel allerm minst denkbeeldig dat, zeker als het gaat om grootschalige voorzieningen als ziekenhuizen, er geen particulier initiatief (meer) is om een dergelijke voorziening te realiseren. Deze leden vragen hoe de regering in een dergelijke situatie kan handelen.

Ook de leden van de SGP-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van het wetsvoorstel. Zij hebben er behoefte aan een aantal vragen en opmerkingen ter beantwoording aan de regering voor te leggen, die in het vervolg van dit verslag aan de orde worden gesteld.

DE UITVOERINGSTOETSEN

Naar het oordeel van het College voor zorgverzekeringen dreigen fricties met betrekking tot de eisen die het verzekeringssysteem aan het beleidskader stelt met name waar initiatieven voor exploitatie uitsluitend geweigerd worden wegens overschrijding van het budgettaire kader. De leden van de VVD-fractie stellen hierover de volgende vragen. Deelt de regering dit oordeel van het college? Op welke fricties duidt het college? Welke eisen stelt het verzekeringssysteem aan het beleidskader? Welke eisen stelt het verzekeringssysteem specifiek met betrekking tot het budgettaire kader?

Het college stelt voorts dat het voorgestelde systeem van aanbodregulering niet goed past bij de ontwikkelingen in het eerste compartiment. Kan de regering aangeven waar het college precies op duidt? Deelt de regering deze mening? Zo nee, waarom niet?

Het College bouw ziekenhuisvoorzieningen stelt dat de financierings-systematiek medebepalend is als het gaat om het bevorderen van ontschotting, zorgketenvorming en vraaggerichte zorg. Deelt de regering deze mening? Zo nee, waarom niet?

Deelt de regering de mening van het College tarieven gezondheidszorg (CTG) dat de voorgestelde flexibiliteit het lastig maakt om de consequenties voor de WTG in te schatten? Op welke mogelijke consequenties duidt het CTG hier? Kan de regering uitgebreid ingaan op de relatie tussen de voorgestelde flexibiliteit van de wet en de toepassing van de WTG, zo vragen de leden van de VVD-fractie.

Het voorliggende voorstel heeft betrekking op rechtspersonen die zorg verlenen ten laste van de AWBZ en de Ziekenfondswet en op een tweetal categorieën instellingen (ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra), waarvan de kosten van de zorgverlening niet in het kader van de AWBZ of Ziekenfondswet worden vergoed. Kan de regering aangeven op welke instellingen die zorg verlenen het voorliggende wetsvoorstel geen betrekking heeft, zo vragen de leden van de D66-fractie.

De regering geeft aan dat in het conceptwetsvoorstel was vastgelegd dat in beginsel elke zorginstelling dient te beschikken over een exploitatie-toestemming – en indien er sprake was van bouw – over een vergunning. In het onderhavige wetsvoorstel is met betrekking tot het bouwregime bepaald dat alleen instellingen die bij algemene maatregel van bestuur daartoe zijn aangewezen onder het bouwregime vallen.

De leden van de D66-fractie gaan ervan uit dat de regering hiervoor heeft gekozen om op termijn bepaalde instellingen de verplichting van een exploitatie- en/of bouwvergunning niet te hoeven opleggen, of heeft iedere instelling die verplichting en kan via artikel 1, tweede lid, en artikel 1, derde lid, ervoor gezorgd worden dat respectievelijk delen van het wettelijk regime voor die instellingen niet tellen en/of aangemerkt worden als in bezit van een exploitatietoestemming? De tekst hierover in de Memorie van Toelichting geplaatst naast de tekst van bijlage 3 bij de brief van de minister van 25 september 2001 (27 659, nr. 5) heeft bij deze leden voor enige verwarring gezorgd. Tevens vragen zij hoe reëel de regering het acht dat op termijn voor bepaalde zorginstellingen geen exploitatie-toestemming en/of bouwvergunning meer nodig is, gezien het feit dat in bijlage 3 bij artikel 1, tweede lid, de opmerking wordt gemaakt: «op dit moment zijn er geen concrete voornemens om van deze mogelijkheid gebruik te maken»? Deze leden hebben het beeld dat de regering er vooralsnog niet zoveel voor voelt, en daarom heeft gekozen voor de AMvB-constructies.

Nu zij twee voorgenomen AMvB's aan de orde hebben gesteld, zouden deze leden op twee andere voorgenomen AMvB's ook graag toelichting van de Regering krijgen. Kan ten eerste uitgelegd worden waarom voor het stellen van eisen aan de bestuursstructuur en aan de ordelijkheid en controleerbaarheid van de bedrijfsvoering een AMvB nodig is. Wordt deze AMvB ingevuld zodra de uitvoeringstoetsen van het College voor zorgverzekeringen en het College sanering afgerond zijn?

Ten tweede zegt de minister in bijlage 3 van haar brief d.d. 25 september 2001 over artikel 14: «het ligt in het voornemen de instellingen (die jaarstukken dienen te publiceren) aan te wijzen die thans onder de WZV vallen en ingevolge artikel 23 van die wet reeds tot de publicatie van de jaarstukken verplicht zijn.» Als de minister reeds duidelijk weet hoe zij dit artikel 14 wil gaan invullen, is het dan niet beter met een Nota van Wijziging te komen, zodat dit meegenomen kan worden in de discussie tussen Regering en Tweede Kamer?

De term zorgvisie is vervangen door beleidskader om verwarring te voorkomen met regiovisie. De leden van de D66-fractie zijn voorstander van het instrument beleidskader, zij komen daar later nog op terug. Ook begrijpen zij dat het beleidskader deels gebaseerd moet zijn op gegevens uit het land en zich daarvoor de zogenaamde regiovisie gebruikt wordt. Maar zij vragen of deze regiovisie onder verantwoording van de provincie opgesteld dient te worden, of dat dit ook heel goed kan door de zorgverzekeraar de betrokken partijen bij elkaar te laten zetten. De zorg-

verzekeraar heeft immers een regierol en zal vanuit die functie graag willen vernemen hoe in zijn regio wordt gedacht over de toekomst van de zorg (capaciteit). Deze leden hebben dit ook reeds opgebracht bij de discussie over de modernisering van de AWBZ. Zij zijn namelijk bang dat wanneer ook nog eens op provinciaal niveau een overlegstructuur blijft bestaan, dit leidt tot te veel lagen van overleg en daardoor tot bureaucratie en vertraging. Uiteraard is het wel noodzakelijk dat zowel gemeenten als provincies vertegenwoordigers afvaardigen om mee te praten over de regiovisie, net zoals bijvoorbeeld patiënten/cliënten-organisaties afgevaardigden sturen. Zij zouden graag de mening van de regering hierover vernemen.

Kan de regering ook aangeven hoe een lange-termijnhuisvestingsplan van een instelling zich verhoudt tot de regiovisie van de regio waar deze instelling zich bevindt? Komt het langetermijnhuisvestingsplan voort uit de regiovisie (en uiteraard het beleidskader), of is de regiovisie eigenlijk niet meer dan een optelsom van langetermijnhuisvestingsplannen?

De leden van de D66-fractie hebben bij de inleiding al aangegeven zich af te vragen hoe het voorliggende wetsvoorstel zich verhoudt tot een basisverzekering. Nu geeft het College voor zorgverzekeringen aan dat het systeem van aanbodregulering, zoals dat in het wetsvoorstel is vastgelegd, op gespannen voet kan staan met een verzekeringsstelsel. Kan de regering op deze opmerking ingaan, nogmaals gekoppeld aan het toekomstig verzekeringsstelsel, namelijk de basisverzekering?

Het College bouw stelt dat het wetsvoorstel ontschotting, zorgketenvorming in het aanbod en vraaggerichte zorg kan bevorderen. De leden van de D66-fractie delen die mening met het College bouw. Echter, zoals zij in de inleiding ook al aangaven, dan moet de financieringssytematiek daartoe ook aanleiding geven. Het College tarieven gezondheidszorg geeft aan dat de flexibiliteit van het voorliggende wetsvoorstel het lastig maakt om de consequenties voor de WTG in te schatten. Hoe denkt de regering daarmee om te gaan?

HOOFDLIJNEN VAN HET WETSVORSTEL

Beleidskader

In het wettelijk 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 inzake 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 vragen of een Planburo Zorg hier een oplossing voor kan bieden. Zij constateren dat in de afgelopen jaren het capaciteitsprobleem een belangrijke rol heeft gespeeld, en dat de ideale situatie van een lichte overcapaciteit nog te ver verwijderd is. Zij zien als rol voor een Planburo Zorg het deugdelijk ramen van de behoefte. Het Planburo zou een duidelijk en gefundeerde raming geven over ontwikkeling van de vraag naar verschillende vormen van zorg, benodigde volumegroei, en ontwikkeling van prijzen, lonen en kosten van de zorg. Daarbij kunnen verschillende parameters gehanteerd worden en daarbij speelt ook de regiovisie een belangrijke rol. Door in de wet vast te leggen dat het beleidskader zorg gebaseerd dient te zijn op de aanwijzingen van het Planburo Zorg wordt basiszorg bij wet gegarandeerd. Afhankelijk van de economische stand van zaken en de prioriteitsstellingen van het zittende kabinet kunnen variaties naar boven optreden in het beleidskader zorg. Daarbij is de basis, goede spreiding en toegankelijkheid, echter altijd gegarandeerd. Bovendien verwachten deze leden dat op deze wijze het behoeftebegrip wel bij wet wordt vastgelegd, terwijl de precieze invulling

plaatsvindt op basis van de dan geldende behoefte. Daarnaast wordt op deze wijze voorkomen dat individuele ziekenhuizen afzonderlijke visies op basiszorg ontwikkelen zonder dat de samenhang van het gehele zorgaanbod in een regio daarbij wordt betrokken. Een Planburo zou een soort helicopterview over de behoefte aan zorg in Nederland kunnen bieden. Daarmee hebben de verschillende veldpartijen ook belang bij het aanleveren van hun visie en te meer bij het aanleveren van een breed gedragen visie.

De leden van de fractie van de PvdA ontvangen graag een reactie op bovenstaande gedachten, en met name op de mogelijkheid van het functioneren van een voorgesteld Planburo Zorg.

Beoogd wordt alle medisch specialisten die zorg leveren binnen instellingen onder de WEZ te brengen. De leden van de fractie van de PvdA vragen of met de huidige formulering in de wet dat ook is gelukt. Zij denken daarbij met name aan de door het CTG geopperde mogelijkheid dat maatschappen van specialisten in een ziekenhuis, die zorg leveren die vergoed wordt via het ziekenfonds, buiten de WEZ zouden vallen, en geen exploitatietoestemming zouden hoeven hebben. Ook vragen deze leden naar de definitie van «ziekenhuis». Waarom wordt deze niet in de wet opgenomen? Hoe kan het door het CTG gesignaleerde probleem inzake een ontsnappingsmogelijkheid, waarbij een maatschap van medisch specialisten ziekenfondsachtige zorg levert, maar toch geen exploitatietoestemming nodig heeft, worden ondervangen?

De leden van de fractie van de PvdA vragen de regering nog eens uiteen te zetten hoe de verhoudingen liggen tussen het in het beleidskader opgenomen financiële kader, de door het CVZ gehanteerde methode om de individuele kostengevolgen van een individuele aanvraag vast te stellen, de door het CTG vastgestelde budget naar aanleiding van door instelling en zorgkantoor gemaakte afspraken en vervolgens de gevolgen van de geclausuleerde openeinderegeling. Er kan een situatie ontstaan, zo veronderstellen deze leden, dat de initiële budgetten, die door het CVZ in overeenstemming zijn gebracht met de in het beleidskader aangegeven financiële randvoorwaarden op basis van het BKZ, door het CTG hoger worden vastgesteld, naar aanleiding van gemaakte productieafspraken. Kunnen deze leden de conclusie trekken dat dit bijvoorbeeld voor de prioriteringscriteria gevolgen kan hebben? Wat zijn de rechtsgevolgen voor de instellingen, die als gevolg van extra productieafspraken hun toegestane productie in de loop van een jaar overschrijden? Welke gevolgen kan dit hebben voor het BKZ?

In genoemde brief van 25 september jl. (toezeggingen n.a.v het debat op hoofdlijnen WEZ) wordt gesteld dat instellingen niet zouden behoeven te stuiten op budgettaire beperkingen bij het wegwerken van de wachtlijsten en het bekorten van de wachttijden. De leden van de fractie van de PvdA vragen in dit kader wat precies wordt bedoeld met de zinsnede: «Het kabinet staat gedurende het gehele overgangstraject voor de taak om op verantwoorde wijze om te gaan met de flexibilisering van de kaders die noodzakelijk zijn om die zo nauwkeurig mogelijk af te stemmen op de feitelijke veranderingen in de verantwoordelijkheidsverdeling die zich in de zorgsector voltrekken». De leden van de fractie van de PvdA delen de veronderstelling van het CTG dat ziekenhuizen gestimuleerd kunnen worden om zich te splitsen in een particulier gefinancierd deel en een collectief gefinancierd deel; onder twee rechtspersonen, als gevolg van artikel 4.

Kan de regering aangeven of de mogelijke splitsing voorzien en wenselijk is, en zo ja, wat de gevolgen van deze tweedeling zouden kunnen zijn? Tevens vragen zij waarom een verpleeghuis, die AWBZ-zorg levert, en particulier gefinancierd wordt, geen exploitatietoestemming behoeft, terwijl een ziekenhuis deze wel dient te hebben.

De leden van de fractie van de PvdA gaan ermee akkoord dat de zorgverzekeraars en zorgkantoren een grotere rol krijgen, maar menen

wel dat de nieuwe verantwoordelijkheden heel duidelijk omschreven moeten zijn. Behalve de bevoegdheden die genoemd zijn in het wetsvoorstel wordt gesproken van meer ruimte voor het veld waarbij de verzekeraars expliciet voor ogen staan. Kan een omschrijving worden gegeven van de aanvullende taken en bevoegdheden die de verzekeraars hier – naast de wettelijke bevoegdheden – toegeschreven krijgen.

Verzorgingshuizen krijgen een lager normbedrag voor instandhoudingsinvestering dan verpleeghuizen. Dit heeft tot doel het scheiden van wonen en zorg te stimuleren. De leden van de fractie van de PvdA menen echter dat deze «externe prikkel» niet ten koste mag gaan van de kwaliteit van noodzakelijke instandhoudingsinvesteringen. Op basis van welke criteria wordt het normbedrag voor verzorgingshuizen vastgesteld? Geldt dit lagere normbedrag ook voor andere sectoren (geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg)?

Het scheiden van wonen en zorg vergt een goede zorginfrastructuur en voorzieningen in de directe woonomgeving. De leden van de fractie van de PvdA vragen welke instrumenten de overheid in handen heeft om bij te sturen, indien deze voorzieningen tekort schieten.

Het College bouw ziekenhuisvoorzieningen heeft een verzwaring van de functie van het lange-termijnhuisvestingsplan voorgesteld. De leden van de fractie van de PvdA vragen waarom wordt gearzeld over toepassing van dit voorstel in de care-sectoren.

Tenslotte vragen de leden van de fractie van de PvdA waarom het recht op enquête wel aan cliëntenraden wordt gegeven en niet aan de regionale patiënten-/consumentenplatforms.

De leden van de VVD-fractie zien gaarne een antwoord tegemoet op de volgende vragen.

Waarom kiest de regering voor een beleidskader? Gezien de dummy is het maar zeer de vraag waartoe dit leidt. De kans op deregulering is bijzonder klein gelet op de Memorie van Toelichting, en de invloed van de overheid blijft onbeperkt. Deze leden duiden daarvoor ook op de artikelen 6 tot en met 9. Deelt de regering deze mening?

Als er al een beleidskader komt dan zou dat moeten dienen als weergave van trends en alleen van toepassing moeten zijn op beperkte onderdelen van de gezondheidszorg: bijvoorbeeld de acute zorg en preventieve zorg. Als er een systeem van marktwerking komt, is een stringent beleidskader en meerjarenafspraken en een macrokader overbodig. Hoe verhoudt zich deze constatering tot de keuze voor een beleidskader?

Kan de regering aangeven op welke manier een beleidskader dat twee jaar geldt zich verhoudt tot de gemiddelde doorlooptijd van bouwinitiatieven? Welke versnelling van de doorlooptijd van bouwinitiatieven acht de regering gewenst dan wel haalbaar? Welke instrumenten heeft de regering daarvoor in gedachten?

Zijn er aanvullende maatregelen nodig om de aanbodplanning te verzwakken en de vraagsturing te vergroten? Zo ja, welke en in welke samenhang en omvang? Nodigt de WEZ uit om nieuw zorgaanbod in Nederland te creëren, of is het de bedoeling met de WEZ alleen bestaand aanbod in stand te houden dan wel te versterken?

Welke randvoorwaarden creëert de WEZ om vraagsturing en keuzevrijheid te bevorderen? Welke instrumenten krijgen zorgverzekeraars en zorgvragers om de planning van (het) zorgaanbod te beïnvloeden?

Het beleidskader wordt tweejaarlijks bekend gemaakt door de regering, zo constateren de leden van de VVD-fractie. Waarom is hier gekozen voor een termijn van twee jaar, en bijvoorbeeld niet voor een termijn van drie, vier, vijf jaar of nog langer? Welke gevolgen heeft de termijn van twee jaar voor de genoemde colleges?

Eventuele beleidsregels normeren de toepassing van de ruimte voor belangenafweging die het beleidskader biedt. Hoe kan worden voorkomen

dat juist deze beleidsregels weer een veelheid aan regelgeving veroorzaken en vraagsturing belemmeren?

Bij het formuleren van het beleidskader worden de regiovisies als één van de belangrijkste informatiebronnen gehanteerd. Hoe verhoudt zich in dat geval het beleidskader tot de keuzevrijheid en flexibiliteit die voor patiënten en zorgbehoevenden voorop dient te staan, zo vragen de leden van de VVD-fractie.

In de beleidskaders wordt de beleidsmatig gewenste (richting van de) ontwikkeling in de diverse sectoren beschreven, en worden bovendien de financiële kaders vastgelegd, zo constateren de leden van de VVD-fractie. Deelt de regering de mening dat een inhoudelijke beschrijving van de gewenste ontwikkeling, en met name een nadrukkelijk financieel kader, zich slecht tot in het geheel niet verhoudt met het herstel van het verzekeringskarakter van de Ziekenfondswet en de AWBZ? Zo nee, waarom niet?

Voorts ontvangen de leden van de VVD-fractie antwoord op de volgende vragen.

Kunt u aangeven op welke wijze wordt vastgesteld wat de beleidsmatig gewenste situatie is, en hoe dit zich verhoudt tot een veranderende vraag? Kunt u aangeven op welke wijze wordt vastgesteld dat er veranderingen op het gebied van het zorgaanbod gewenst zijn? Kunt u daarbij aangeven hoe daarbij de verantwoordelijkheidsverdeling is geregeld tussen de overheid en het veld in het algemeen en tussen overheid en verzekeraars in het bijzonder? «De beleidsmatig gewenste situatie in de verschillende sectoren en de gewenste veranderingen op het gebied van het zorgaanbod worden in het beleidskader vertaald in toetsingscriteria.», zo stelt de minister. (o.a. blz. 11 e.v. MvT en blz. 3 van de brief van de minister van 25 september 2001).

In hoeverre is het mogelijk dat op landelijk niveau geformuleerde toetsingscriteria het oplossen van lokale problemen belemmert/frustreert of vergroot?

Is het, gezien het feit dat initiatieven ter oplossing van lokaal gerezen problemen divers van aard zijn, op grond van de lokale mogelijkheden om tot oplossingen te komen wel wenselijk dat de criteria centraal en op algemeen niveau worden geformuleerd? Anders geformuleerd; is het denkbaar dat toepassing van de criteria initiatieven belemmeren die lokaal wel degelijk leiden tot oplossingen voor problemen? Hoe komt het dat in de conceptbeleidskaders de criteria per sector verschillen, niet alleen voor de sectorspecifieke inhoud, maar ook qua diepgang en sturingsachtergrond? Bij de sector ziekenhuizen zijn de criteria vooral gebaseerd op normering van capaciteit, bij de verpleging en verzorging vooral op beschikbare financiële middelen terwijl bij de sector verstandelijk gehandicapten de criteria vooral (een onmogelijke combinatie van) gewenst beleid benadrukken.

Kan worden aangegeven hoe een beleidskader dat 2 jaar geldt zich verhoudt met een gemiddelde doorlooptijd van bouwinitiatieven van vele jaren? Kan een latere neerwaartse aanpassing van het beleidskader leiden tot vermindering van (potentiële) rechten van bouwinitiatieven? Welke versnelling denkt de regering door middel van de WEZ in de doorlooptijd van bouwinitiatieven te krijgen? Welke instrumenten gaat de regering hiervoor toepassen?

Welke bevoegdheden worden aan instellingen en verzekeraars gegeven om hun verantwoordelijkheden waar te maken? Hoe verhouden deze bevoegdheden zich tot die van de regering en het CVZ op basis van het gestelde beleidskader?

Past deze verantwoordelijkheids- en bevoegdheidsverdeling tussen instellingen en verzekeraars bij de in de beleidsnota «zorg verzekerd» beschreven regierol voor verzekeraars?

Kan een overzicht worden gegeven van de mate waarin op dit moment, per deelsector, lange-termijnhuisvestingsplannen zijn ontwikkeld? Wat is

hierbij de inbreng van verzekeraars en patiënten/cliënten geweest? «Het beleidskader biedt rechtszekerheid voor instellingen die onder de reikwijdte van de WEZ vallen», zo stelt de minister in haar brief van 25 september 2001.

Hoe verhoudt zich dat tot de geplande marktwerking en concurrentie en wat is de rechtszekerheid van aanbieders die er niet in slagen de omslag naar vraagsturing te maken? Wat is dan de rechtszekerheid van verzekeren met hun zorgvraag?

Hoe kan de verzekerde zijn recht op zorg tot gelding brengen als de WEZ beperkingen heeft opgelegd aan zorginstellingen? Welke beperkingen kunnen in dat verband volgen uit (het onthouden van) de ministeriële toestemming bij bouw en welke uit (het onthouden van) een exploitatietoestemming door College voor zorgverzekeringen?

Is de regering van mening dat het bevorderen van de toegankelijkheid een «dwingende reden van algemeen belang» kan vormen, dan wel vormt? Zo ja, kan worden geïllustreerd op welke wijze het voortbestaan van een zorginstelling in gevaar komt of medische deskundigheid kan verdwijnen, als de WEZ het niet mogelijk zou maken om de bouw of exploitatie van zorginstellingen te verhinderen? Er van uitgaande dat de regering er in slaagt dit te illustreren, waarom worden voor zorgaanbieders/natuurlijke personen niet soortgelijke maatregelen getroffen als voor zorginstellingen in de WEZ, opdat ook het voortbestaan van deze zorg niet in gevaar komt? Bij functionele aanspraken is de verzekeringsaanspraak losgekoppeld van de vorm waarin de zorg wordt geleverd. Hoe is dit te rijmen met de beleidskaders waarin (sectoraal en centraal) expliciet wordt bepaald welke aanbieders tot de zorgmarkt worden toegelaten? Hoe kunnen voorts functionele aanspraken met het op de zorginstelling gerichte WEZ-concept worden gerijmd?

Kan per deelsector worden aangegeven wat de gevolgen zijn van het geven van meer vrijheden in het bouwregime in relatie tot de functionele aanspraken?

Op welke manier wordt duidelijk op welke wijze de WEZ aansluit op respectievelijk de Zfw, de AWBZ en de WTG? Waar wordt duidelijk dat de WEZ «dienend» is aan deze drie andere wetten en er geen sprake is van overlapping?

«De WEZ is niet het enige voertuig om de mogelijkheden voor verzekeraars tot vraagsturing te vergroten. In de Memorie van Toelichting worden onder meer de herziening van het overeenkomstenstelsel, de afschaffing van de contracteerplicht, de veranderingen in de verzekeraarsbudgettering en de vernieuwingen in de prijsvorming genoemd.», zo stelt de minister in haar brief van 25 september 2001.

Voorts stelt de minister: «Voor alle betrokken partijen is geleidelijkheid een noodzakelijke voorwaarde om het proces (omslag van aanbodgestuurd naar een vraaggericht stelsel) te kunnen laten slagen.»

De gebruikte terminologie van «geleidelijkheid» en «proces» geven aan dat ook de minister geen «big-bang-scenario» voor ogen staat. Verondersteld mag dus worden dat het proces gefaseerd zal worden vormgegeven. Kunt per deelsector worden aangegeven welke fasering in de tijd de minister voor ogen staat, en hoe deze fasering in de WEZ wordt vormgegeven, en daarbij de relatie met de noodzakelijk of wenselijk geachte veranderingen in de overige wetgeving (ZFW/AWBZ, WTG e.d.) concreet benoemen? Wie is in dat kader in welk fase waarop aanspreekbaar?

Op grond van welke overwegingen/criteria kan/zal worden besloten dat het verantwoord is om een volgende stap in het voor ogen staande proces te nemen en kunt u, zo daar per deelsector andere overwegingen een rol spelen, deze per deelsector specificeren? Wie is in de overgangperiode verantwoordelijk voor de waarborging van de rechten van verzekerden? Waarom wordt de huidige systematiek van bestedingsvoorstellen in de sectoren verpleging en verzorging en GGZ niet als vernieuwend beschreven en gecontinueerd? Wordt deze systematiek nu verlaten? Zo ja,

waarom? Hoe wordt dan omgegaan met de bestaande (tot 2006 lopende) plannen en met de monitoring daarvan.

Hoe wordt het veld geïnstrumenteerd? Is er een implementatieplan voor 2002? Wat is voor de instrumentering en de implementatie nodig? Welke kosten en inspanningen zijn daarmee gemoeid en wie gaat dat doen? Overweegt de regering, als in het kader van een overgangsregeling een categorale exploitatietoestemming van bestaande instellingen plaatsvindt, bij deze toestemming te verwijzen naar de bestaande vergunningen/toelatingen/beschikkingen? Zo ja, kunnen daardoor wijzigingen plaatsvinden die veroorzaakt worden doordat de bestaande vergunningen/toelatingen/beschikkingen niet langer actueel zijn of afwijken van de bestaande praktijk?

Als bestaande instellingen niet passen in een beleidskader, wat kunnen de gevolgen voor deze instelling zijn? Kan dit van invloed zijn op nieuwe instellingen die om een exploitatietoestemming of toestemming voor bouw vragen?

De minister stelt in haar brief van 25 september 2001 o.m.: «In de systematiek van de WEZ krijgt de verantwoordelijkheid voor de borging van de publieke belangen door de overheid concreet gestalte in het beleidskader».

Kan de minister aangeven welke publieke belangen worden bedoeld en wat verstaat zij hieronder? Zijn er concrete doelstellingen benoemd? Behoort het marktwerkingsmodel ook tot deze publieke belangen? Zo ja, hoe verhoudt dit doel zich dan met de andere? Kan worden aangegeven op welke wijze deze publieke belangen concreet worden geborgd en hoe zal worden getoetst?

De WZV regelt de vergunning voor toegelaten instellingen. De WZV is een verbodswet, waarbij al dan niet vergunning wordt verleend voor een initiatief dat door de instelling (in oprichting) wordt genomen. Kan worden uiteen gezet op welke wijze het voorstel van wet de toegankelijkheid borgt, wanneer door het veld onvoldoende initiatieven worden ontplooid om aan de zorgvraag tegemoet te komen?

Zien de leden van de VVD-fractie het goed dat de WEZ niet bij machte is nieuwe initiatieven tot stand te brengen, maar slechts opgekomen initiatieven te stoppen, door het onthouden van toestemming? Zo ja, wat wordt dan bedoeld met het voor eenieder toegankelijk houden van zorg? Betreft dit uitsluitend of vooral kostenbeheersing? Is het gezien het gewicht van de publieke belangen raadzaam de borging daarvan vast te leggen in de wet zelf en niet in beleidskaders?

Kan worden aangegeven op welke wijze de WEZ de toegankelijkheid in de verpleging en verzorging beter waarborgt dan de huidige systematiek, regionale besluitvorming, bestedingsplannen en versnelde procedures? Kan, gezien het feit dat het beleidskader tweejaarlijks wordt opgesteld en het feit dat het zorgveld voortdurend in beweging is, worden aangegeven op welke wijze voorkomen kan worden dat de criteria starheid in de hand werken?

Kan per deelsector een overzicht worden gegeven van de instellingen die, ondanks de opgebouwde trekkingrechten, alsnog een vergunning hebben moeten aanvragen voor renovatiebouw?

Kan voorts worden aangegeven hoeveel initiatieven de afgelopen 5 jaar door middel van een WZV-procedure zijn behandeld, die in het nieuwe regime daar niet onder zouden hebben gevallen?

Zijn er initiatieven die de afgelopen 5 jaar zijn gehonoreerd, die in het WEZ-regime wellicht zouden worden afgewezen? Zo nee, is dit ondenkbaar? Zo dit ondenkbaar is, kunnen nieuwe initiatieven die vergelijkbaar zijn met onder de WZV toegelaten initiatieven zich dan op deze vergelijkbaarheid beroepen en op grond daarvan toestemming krijgen onder de WEZ?

Is het mogelijk de toetsingscriteria, op grond waarvan de aanvraag om (een wijziging van) een exploitatietoestemming wordt getoetst, zo

eenduidig te omschrijven dat deze voldoende «discriminerend» zijn om helder onderscheid te maken tussen initiatieven die wel en initiatieven die niet gehonoreerd worden? Is het denkbaar dat daarbij het criterium «wie het eerst komt» een rol kan spelen?

De minister stelt in haar brief van 25 september 2001 (blz. 5): «Bovendien biedt het vastgestelde kader rechtszekerheid voor de instellingen die onder de reikwijdte van de WEZ vallen.» Deelt de minister de mening dat er voor instellingen slechts sprake is van rechtszekerheid voor de periode waarop het beleidskader van toepassing is?

Indien de minister die mening niet deelt, kan dan worden aangegeven waarop de veronderstelde rechtszekerheid voor instellingen dan gebaseerd is? Houdt dit een garantie in voor de instellingen?

Kan worden geduid waarom en hoe, gezien de ontwikkelingen in het traject modernisering AWBZ, de sectorale onderscheiden, waarvoor niet langer een wettelijke basis bestaat, blijvend wilt onderscheiden?

Kan voorts worden aangegeven wat de financiële gevolgen zijn van het verhogen van de trekingsrechten tot 65%, en wat hiervan de exploitatiegevolgen zijn?

Waarom is voor een grens van f 15 mln. voor uitbreidingsinitiatieven gekozen?

Kan worden geduid wat de verwachting is voor de bouwexploitatiekaders van deze nieuwe richtlijn?

Waarom wordt er voor de verzorgingshuizen een uitzonderingssituatie gecreëerd?

Bestaat de mogelijkheid om op te komen tegen regiovisies of beleidskaders? Kunnen beleidskaders gevolgen hebben voor reeds afgegeven bouw- en/of exploitatietoestemmingen?

In het licht van hun inleidende opmerkingen hebben de leden van de CDA-fractie met meer dan gewone belangstelling kennis genomen van het dummy beleidskader en de globale vormgeving van de nog nader in te vullen AMvB's.

In wezen vormt dit beleidskader het hart van het nu voorliggende wetsvoorstel.

Deze leden willen, naast enkele algemene opmerkingen in navolging van het hoofdlijnen debat, dit beleidskader en de voorgestelde AMvB's dan ook nadrukkelijk betrekken bij dit verslag, vooral om na te kunnen gaan of het ene pakket regelgeving niet vervangen wordt door het andere.

De leden van de CDA-fractie zijn met de Raad van State van mening dat de WEZ niet los gezien kan worden van de geplande algehele herstructurering van het bestaande zorgstelsel. De WEZ heeft daarnaast een directe relatie met de wijze waarop besluitvorming zal plaatsvinden over het BKZ, de WTG, de budgettering van zorgverzekeraars en aanbieders van zorg.

Ook de nog steeds bestaande budgettering van de instroomcapaciteit artsen zal invloed hebben op de overgang van aanbod- naar vraagsturing.

Definitieve besluitvorming over de WEZ zal naar de mening van de CDA-fractie dan pas kunnen plaatsvinden, indien dit in samenhang gebeurt met besluitvorming op de hierboven genoemde beleidsterreinen.

Dit laat onverlet dat de leden van de CDA-fractie waardering hebben voor de wijze waarop de regering het proces van aanbod- naar vraagsturing door middel van de WEZ en het dummybeleidskader in kaart heeft gebracht. De WEZ moet dan ook volgens deze leden gezien worden als een wet die een proces beschrijft, een proces dat niet langer kan worden losgezien van een totale herstructurering van ons zorgstelsel. Wil de regering nog eens motiveren waarom de WEZ nu, vooruitlopend op de algehele stelselherziening, moet worden ingevoerd, en waarom niet gekozen is voor verdere deregulering en aanpassing van de WZV?

Het beleidskader bevat tevens het financieel kader dat beschikbaar is voor de kosten welke voortvloeien uit de doelstellingen die de regering verleent (artikel 2, eerste lid).

Wordt hier niet een fundamentele fout herhaald, waarbij het toch financiële kaders zijn die aanbodsturend bepalend zullen zijn, zo vragen deze leden.

Volgens artikel 2, tweede lid, stelt de regering in het beleidskader de criteria vast voor het bepalen van de prioriteit van de aanvragen. Kan aangegeven worden welke criteria zullen worden gehanteerd op grond waarvan deze prioritering plaatsvindt? Is het jaarlijks toe te kennen financieel kader conform artikel 2, vierde lid, bepalend voor deze prioritering, en zo ja, hoe verhoudt zich dit tot het regeringsbeleid zoals verwoord in «Zorg verzekerd» waarbij op basis van goede productievoorstellen het financieel kader kan worden aangepast?

De leden van de fractie van het CDA waarderen het, zoals eerder gezegd, dat de regering een dummy beleidskader heeft gepresenteerd. Tegelijkertijd hechten deze leden eraan om aan de hand van deze dummy op verschillende punten een nadere toelichting te verkrijgen.

Allereerst betreft het de status van een beleidskader. Wordt het definitieve beleidskader in aard en opzet vergelijkbaar met deze dummy, en zo ja, zijn alle hierin genoemde criteria nodig voor een exploitatievergunning, richtinggevend c.q. juridisch afdwingbaar? Op welke wijze zal dit beleidskader worden verbonden met het jaarlijks vast te stellen financieel kader, alsmede de daarbij behorende prioriteiten, ofwel, zijn er criteria in dit beleidskader welke een hogere of lagere prioriteit kennen?

In de Memorie van Toelichting bij het wetsvoorstel wordt in paragraaf 4.3.1 (blz. 19) gesteld – zo lezen de leden van de CDA-fractie – dat «voor ziekenhuizen geldt in de huidige situatie al dat de capaciteit niet meer is opgenomen in de toelating» (exploitatietoestemming) terwijl later in deze Memorie van Toelichting in paragraaf 4.3.4 (blz. 21) wordt gesteld dat «het streven is om de kwantitatieve bepalingen in de exploitatietoestemming geleidelijk te laten vervallen waar dat mogelijk is». Kan de regering een verduidelijking geven welke invulling voor de exploitatietoestemming nu maatgevend wordt? Deze vraag klemt te meer omdat in het dummy-beleidskader zowel in de tekst als in de nader geformuleerde criteria wel degelijk kwantitatieve uitgangspunten worden gekozen, zoals bijv. een bedden capaciteit ziekenhuizen van 2 promille, een minimum-aantal van 20 fte specialistenplaatsen, waarvan 2 fte's per specialisme, en een capaciteit die bij vervangende nieuwbouw ziekenhuizen niet meer dan 750 bedden mag bedragen. Zonder daar nu een waardeoordeel over uit te spreken, vragen deze leden op welke wijze de tekst van de Memorie van Toelichting zich verhoudt tot in dit beleidskader vermelde kwantitatieve bepalingen.

In het dummy-beleidskader zijn voor de diverse sectoren zorg criteria verwoord, welke benut zullen worden bij het al dan niet afgeven van exploitatievergunningen. Los van het feit dat de diverse ZBO's nog verzocht zal worden om dit beleidskader op zijn uitvoerbaarheid te toetsen hechten de leden van de CDA-fractie eraan om ook in dit stadium de regering verduidelijking te vragen aangaande een aantal genoemde criteria. Volgens criterium 1 (blz. 23 dummy-beleidskader) dient een ziekenhuisorganisatie tenminste te beschikken over 20 fte specialistenplaatsen. Hebben de leden van de CDA-fractie goed begrepen dat bijv. twee zelfstandige ziekenhuizen waarbij een structureel samenwerkingsverband bestaat (conform criterium 2) tussen specialisten ook in dit kader wordt aangemerkt als ziekenhuisorganisatie?

Volgens criterium 3 dient in zijn algemeenheid de inzet van 2 fte's per specialisme gegarandeerd te zijn. Op blz. 14 van het dummy-beleidskader wordt gesteld dat er «tenminste» twee fte's per specialisme dienen te zijn. Kan een verduidelijking alsmede een toelichting worden verschaft of dit eveneens van toepassing is op bijv. de dermatologie en bijv. de pulmonologie?

In criterium 4 (blz. 23) wordt gesteld dat de norm voor bedden capaciteit op termijn vermindert naar 2 procent. Los van het feit dat hier waarschijn-

lijk 2 promille wordt bedoeld vragen de leden van de CDA-fractie op welke wijze in dit criterium «op termijn» wordt vormgegeven? Bestaat hier ook niet het gevaar dat bij het fixeren op dit promillage de keuzevrijheid van de cliënt in een regio met meerdere wat kleinere ziekenhuizen in gevaar komt? Waarom wordt deze norm gehanteerd, daar waar ziekenhuizen (in de toekomst) zelf risicodragend zullen worden?

De leden van de CDA-fractie nemen met genoegen kennis van het feit dat uit criterium 5 blijkt dat het de regering ernst is met het in stand houden van de wat kleinere ziekenhuizen, en gaan er daarbij van uit dat de hierin genoemde aantallen bedden ook van toepassing zijn op gefuseerde ziekenhuisinstellingen, te meer daar de regering in paragraaf 1.4.2 (blz. 20) uitspreekt dat fusies tussen algemene ziekenhuizen niet wenselijk zijn. Het feit dat dan slechts een ziekenhuis mogelijk is indien er een adherentie bestaat van 60 000 personen zoals gesteld onder 1.3.2 (op blz. 14) is niet opgenomen als criterium. De leden van de CDA-fractie gaan er dan ook vanuit dat de vast te stellen adherentie bij het toekennen van een exploitatievergunning geen rol zal spelen.

Als criterium 7 wordt nog niet weergegeven hoeveel minuten de maximale aanrijtijd en transporttijd bij acute tweedelijnsverloskunde zal mogen bedragen. Deze leden hechten eraan nu al de opvatting kenbaar te maken dat niet de door de regering eerder gehanteerde 45 minuten hier maatgevend kan zijn, doch dat maximaal 30 minuten, of zoveel eerder als mogelijk is, de norm moet zijn; dit om thuisbevellingen ook in de toekomst zonder verhoogd risico te kunnen laten plaatsvinden.

De leden van de CDA-fractie hebben met instemming kennis genomen van de criteria 13 en 14 op basis waarvan herallocatie van functies dient plaats te vinden. Toch is het voor deze leden nog niet duidelijk welke consequenties (sancties) deze criteria zullen hebben voor het al dan niet toekennen van een exploitatievergunning. Op welke wijze kan een ziekenhuis gedwongen worden om te voldoen aan deze beide criteria, daar waar bijvoorbeeld een ziekenhuis vasthoudt aan zelfstandige interne besluitvorming?

Uit het voorgaande moge blijken dat de leden van de CDA-fractie kritisch staan tegenover de geformuleerde criteria, welke noodzakelijk zijn t.b.v. het verkrijgen van een exploitatievergunning.

Het blijven hanteren van financiële kaders en het stellen van prioriteiten, tezamen met het hanteren van veelal kwantitatieve criteria, zonder dat blijkt dat maatschappelijk ondernemerschap daadwerkelijk vorm krijgt komt de leden van de CDA-fractie voor als het inruilen van de ene overregulering voor de andere.

Een goede bereikbaarheid en toegankelijkheid, alsmede aansluiting op andere voorzieningen kan naar de mening van deze leden ook worden bereikt door hier vooral kwalitatieve criteria toe te passen, de budgettering af te schaffen en productie te honoreren, waarbij het maatschappelijk ondernemerschap vorm wordt gegeven door een versterking van de invloed van gebruikers en direct betrokken andere hulpverleners. Graag ontvangen de leden van de CDA-fractie de mening van de regering hierover.

De criteria voor vaststelling van het beleidskader gehandicaptenzorg spreken de leden van de CDA-fractie aan. Opvallend is evenwel dat de hier gehanteerde criteria veel meer een vraaggericht karakter hebben dan de criteria welke bij de curatieve zorg werden gehanteerd. Voor deze leden is nog niet duidelijk op welke wijze de uitvoering van de WEZ zal interfereren met het scheiden van wonen en zorg, alsmede of een bruteringsoperatie daadwerkelijk zal worden uitgevoerd, en op welke wijze dit van invloed zal zijn op de toepassing van de WEZ. Zij nodigen de regering uit hier meer duidelijkheid over te geven en wachten voor verder commentaar de uitvoeringstoets ZBO's af.

De voor de GGZ geformuleerde beleidsdoelen kunnen de leden van de CDA-fractie ten volle onderschrijven. De hiermee weergegeven herstructu-

rering en modernisering van deze sector spreekt hen aan. Het komt hen voor dat de WEZ hier mede gebruikt wordt om deze beleidsdoelen te verwezenlijken.

Ook hier staat sterk het vraaggerichte karakter van de gekozen criteria om de beleidsdoelen te verwezenlijken voorop.

In de financieringsparagraaf wordt een aantal prioriteringscriteria opgesomd. Graag zouden deze leden inzicht verkrijgen in de wezenlijke kosten welke aan deze initiatieven verbonden zijn, dit om meer inzicht te verkrijgen in de financiële behoefte. Voor het overige constateren deze leden dat in dit beleidskader nog geen rekening is gehouden met een mogelijke overgang van delen van de GGZ naar het tweede compartiment. Welke invloed zou een en ander hebben op het hier gepresenteerde beleidskader GGZ?

Ook hier willen de leden van de CDA-fractie dan pas definitief een standpunt innemen na ommekomst van de uitvoeringstoets ZBO's.

Voor wat betreft de sector verpleging en verzorging wordt in dit beleidskader een analyse van de wachtlijsten verpleeghuissector weergegeven (blz. 69). «Er zouden nog zo'n 9000 bedden in de traditionele verpleeghuissfeer moeten worden gerealiseerd. Daarvan kunnen er ultimo 2010 4500 gerealiseerd zijn», aldus het beleidskader. Waarom wordt niet ten doel gesteld om in 2010 de realisatie van alle 9000 bedden te laten plaatsvinden, dit tevens met het oog op de toenemende vergrijzing?

De leden van de CDA-fractie wijzen er ten overvloede op dat juist de verpleeghuissector als schakel tussen thuiszorg en ziekenhuiszorg van eminent belang is in de transmurale keten. Wachtlijsten in de verpleeghuissector hebben derhalve grote gevolgen voor knelpunten in ziekenhuiszorg (verkeerde bedden) en de thuiszorg (intensievere zorg). Wat deze leden dan ook pijnlijk missen in de beleidsdoelen en de daaraan afgeleide criteria is een extra impuls om bijvoorbeeld leegstaande afdelingen in een ziekenhuis als tussenoplossing voor deze wachtlijstproblematiek in te zetten. Gaarne ontvangen zij dan ook een nadere toelichting van de regering, ook al moet deze tussenoplossing worden gezien als zijnde van mindere kwaliteit dan volwaardige verpleeghuiszorg.

Ook hier zal voor deze leden de uitvoeringstoets maatgevend zijn.

Samenvattend zijn de leden van de CDA-fractie van mening dat het nu voorliggende wetsvoorstel nog veel onduidelijkheden in zich heeft. Daarnaast is de relatie met de voorgenomen wijzigingen in structuur en financiering van de zorg niet of nauwelijks aanwezig. Weliswaar is in het hierbij gepresenteerde beleidskader (als dummy) een goede poging ondernomen om de kanteling in de zorg van aanbod- naar vraagsturing vorm te geven, maar blijft het financiële kader en de daarbij behorende prioritering toch dominant aanwezig. Het gevaar is dan ook groot dat de WEZ een nieuw financieel planningsinstrument dreigt te worden. De leden van de CDA-fractie verzoeken de regering dan ook de WEZ als proceswet te willen zien, en nodigen de regering uit dit als zodanig ook controleerbaar in de WEZ vast te leggen en de door deze leden gemaakte opmerkingen bij de verdere voortgang te betrekken.

De leden van de D66-fractie danken de regering voor het toezenden van het dummy-beleidskader. Zij vinden dit zeer duidelijk opgesteld, alhoewel bij hen wel enigszins het beeld is ontstaan dat het beleidskader een verdunde versie van de Zorgnota is. Klopt dit?

Het is hen ook nog niet duidelijk hoe vervolgens de systematiek van het beleidskader gaat werken? Op blz. 6 van de Memorie van Toelichting staat het volgende: «In het beleidskader beschrijft de regering zijn visie met betrekking tot een doelmatig, evenwichtig en voor eenieder toegankelijk stelsel van gezondheidszorg dat functioneert als toetsingskader voor de beoordeling van de initiatieven van zorginstellingen.» Vervolgens wordt aangegeven dat het beleidskader dient als basis voor de besluitvorming van de regering en het College voor zorgverzekeringen met betrekking tot

de exploitatietoestemmingen. Tot zover bestaat bij de leden het beeld dat er dus één beleidskader komt, waarin in algemene termen de toekomst voor de (gezondheids)zorg wordt beschreven. Zo ziet de dummy er ook uit, menen deze leden. Vervolgens worden op dezelfde bladzijde van de Memorie van Toelichting ineens sectorale beleidskaders ter tafel gebracht. Daaruit maken de leden van de D66-fractie dan weer op dat de algemene terminologie: doelmatig, evenwichtig en voor eenieder toegankelijk heel gedetailleerd vertaald gaan worden naar hoeveel er gebouwd moet worden, op welke wijze en hoeveel personeel daarvoor nodig is. Klopt dit? Zo ja, hoe verhoudt zich dit dan tot een verdere liberalisering van het exploitatie- en bouwbeleid? Op welke wijze hebben zorginstellingen en hun regionale partners dan nog ruimte om hun eigen specifieke invulling aan de zorginfrastructuur te geven? De dummy van het beleidskader, die de regering de Kamer heeft doen toekomen, neemt deze verwarring bij deze leden niet weg. Moet dit uit het langetermijnhuisvestingsplan blijken? Graag ontvangen zij hierover een toelichting.

Vervolgens vragen zij welke gegevens uit de regio – via de regiovisie – de regering nodig heeft om zo'n beleidskader op te kunnen stellen. Tenslotte willen zij weten uit welke informatiebronnen nog meer geput gaat worden.

De regering geeft aan dat het beleidskader zich steeds minder zal gaan richten op het aanbod, en steeds meer op de randvoorwaarden voor het handelen van partijen in het veld en de spelregels waaraan deze partijen zich moeten houden. Hoe verhoudt het begrip «randvoorwaarden» zich tot de door deze leden geconstateerde gedetailleerdheid van de sectorale beleidskaders? Kan tevens toegelicht worden wat bedoeld wordt met «steeds minder»?

Betekent dit dat er, nadat voorliggend wetsvoorstel eventueel tot wet is verheven, er een soort tijdpad komt waarbij de beleidskaders steeds minder gedetailleerd worden geformuleerd? Zo ja, kan de regering dit tijdpad weergeven?

Het College voor zorgverzekeringen heeft in zijn uitvoeringstoets een tijdsperiode van twee jaar voor het beleidskader als werkbaar geoordeeld. Een langere geldigheidsduur kan ook, mits er tussentijdse actualisering mogelijk is. De leden van de D66-fractie willen er op aandringen om in ieder geval voor de hoofdlijnen een langere geldigheidsduur als uitgangspunt te nemen. Zij horen erg vaak van directies van zorginstellingen dat zij er vaak mee geconfronteerd worden dat hun bijna goedgekeurde bouwplan ineens achterhaald blijkt te zijn, omdat de ideeën omtrent de zorginfrastructuur steeds wisselen. Dit werkt erg demotiverend, waardoor directies aanhikken tegen het hoe dan ook starten van de procedure. Deels wordt dit natuurlijk ondervangen als onderhavige wetsvoorstel ertoe leidt dat de procedures sneller verlopen. Deze leden zijn echter van mening dat ook een langere geldigheidsduur van het beleidskader stimulerend kan werken. Hoe oordeelt de regering op dit punt?

Het mag duidelijk zijn dat de leden aarzelingen hebben over de keuze van de regering om de geldigheidsduur niet vast te leggen. Dat, zo vinden zij, geeft nog meer onzekerheid. Wat is de reden dat de regering hier op deze wijze mee omgaat?

Zij zijn overigens niet van mening dat de hier te berde gebrachte problematiek opgelost zou moeten worden door naast het beleidskader ook een planningshorizon te laten bestaan. Zij zijn er groot voorstander van dat het aantal documenten betreffende één en hetzelfde onderwerp zo minimaal mogelijk moet zijn, omdat dit de overzichtelijkheid voor de sector ten goede komt.

De leden van de D66-fractie gingen hierboven in op de vraag of een beleidskader nu op hoofdlijnen wordt geschreven of meer gedetailleerd. Zij concludeerden dat het niet anders kan, dan dat het gedetailleerd wordt, omdat er een beleidskader per sector komt. Zij vragen dan ook waarom er daarnaast ook nog eens de mogelijkheid wordt voorgesteld om het

beleidskader nader te omschrijven in beleidsregels. Wat wordt in de beleidsregels neergeschreven wat nog niet in de sectorale beleidskaders staat? Kan de regering dit toelichten aan de hand van een voorbeeld? Deze leden maken zich zorgen dat de regering zich hier toch weer laat verleiden tot zeer vergaande bemoeienis, ondanks het goede voornemen om met de WEZ meer verantwoordelijkheid aan de sector te laten dat de WZV momenteel biedt. Of heeft dit er louter mee te maken dat het beleidskader niet erkend is in het kader van de Algemene Wet Bestuursrecht, zoals deze leden lijken te lezen uit hetgeen op blz. 12 is neergeschreven.

Kan tevens uitgelegd worden wat bedoeld wordt met «genormeerde behoefte»?

Als de regering aangeeft dat in het voorgestelde systeem de afstemming tussen vraag en aanbod plaatsvindt in het beleidskader gelet op de beschikbare financiële ruimte, dan concluderen de leden van de D66-fractie dat er niet geheel en al sprake zal zijn van uitgaan van de vraag, tenzij het plafond van de beschikbare financiële ruimte heel hoog wordt gelegd. Hoe denkt de regering met deze spanning in de systematiek om te gaan? Kan dit bijvoorbeeld opgelost worden doordat de financiering van wonen en zorg gescheiden wordt, en uiteindelijk de bouw via het ministerie van VROM gaat lopen? Kan een bijdrage aan de oplossing zijn dat er ook veel door particuliere organisaties wordt gebouwd in de koopsector?

En wat zal de bruteringsoperatie waar de regering op inzet voor invloed hebben? Kortom, hoe gaat volgens de regering de «markt» voor bouwen voor specifieke doelgroepen er in de toekomst uitzien?

Bij prioriteringscriteria wordt gedacht aan criteria die betrekking hebben op de inhoud van de zorg, de spreiding, de doelmatigheid van de zorginstelling en de bouwkundige en functionele staat. De leden van de D66-fractie vragen of de zorgverzekeraar voor wat betreft deze punten, duidelijke knelpunten dus, niet zelf een afweging dient te maken. Waarom is het noodzakelijk dat het beleidskader nu nog verder wordt dichtgeregeld en de landelijke overheid zich ook hiermee bemoeit? Een zorgverzekeraar en alle partijen in de regio waar hij mee praat zullen op basis van de algemene randvoorwaarden uit het beleidskader toch heus wel kijken naar de specifieke knelpunten in hun regio. En als dit niet gebeurt kan de zorgverzekeraar toch op basis van datzelfde beleidskader op de vingers getikt worden. Wederom stellen zij de vraag waarom de regering hier toch moeite heeft een deel verantwoordelijkheid los te laten, en over te dragen aan partijen in het veld? Het argument van de regering dat prioritering nodig is omdat als er verschillende initiatieven zijn die willen voorzien in dezelfde zorgvraag, een keuze maken nodig is overtuigt in deze niet. Deze leden erkennen natuurlijk dat steeds keuzen nodig zullen zijn, maar vragen zich af of die keuze niet reeds regionaal gemaakt dient te zijn op basis van prijs en kwaliteit van de plannen. Welke taak heeft de landelijke overheid hier nu nog?

De leden van de D66-fractie kunnen hooguit begrijpen dat een aantal criteria nodig is als, zoals het College voor zorgverzekeringen aangeeft, als blijkt dat het geheel van de projecten niet inpasbaar is in het financieel kader. Maar dan zouden deze leden er toch voor willen kiezen om zodanig realistisch te begroten, dat dit niet voorkomt.

De Regering geeft aan dat in de huidige situatie de instandhoudingsinvesteringen voor het grootste deel buiten de bouwprioritering vallen.

Wanneer is dat niet het geval, zo vragen de leden.

De regering geeft aan de betrokkenheid van patiënten/consumentenorganisatie bij planning en besluitvorming omtrent de zorginfrastructuur belangrijk te vinden. Deze leden delen die mening zeer maar hebben wel meermalen hun zorg uitgesproken of deze organisaties reeds voldoende geëquipeerd zijn om deze zware taak temidden van allerlei vanuit hun professie bij zorg betrokkenen te vervullen. Kan nog

eens aangegeven worden op welke wijze de patiënten/consumenten-organisaties ondersteund worden?

De leden van de D66-fractie vragen tevens of niet in voorliggend wetsvoorstel geregeld kan worden dat cliëntenraden in verzorgings- en verpleeghuizen verplicht betrokken moeten worden bij (ver)bouwplannen, om ervoor te zorgen dat de bewoners via de cliëntenraden een substantiële invloed hebben op de plannen. In de praktijk is dit volgens de NPCF nog maar nauwelijks het geval door gebrekkige inschakeling van de cliëntenraden. Graag ontvangen zij een reactie van de regering.

In het hoofdlijnen debat over het wetsvoorstel zijn door de onderscheiden fracties opmerkingen en vragen naar voren gebracht, zo merken de leden van de fractie van GroenLinks op. De omslag van aanbodsturing naar vraagsturing wordt door allen onderschreven. Men is voorstander van meer deregulering, maar of de hier voorgestelde uitwerking wezenlijk bevredigend zal zijn is nog niet voor iedereen helder. De regering zegde toe de uitwerking toe te lichten door middel van een zgn. dummybeleidskader en een uitwerking van de Algemene Maatregelen van Bestuur te geven in de nota naar aanleiding van het verslag. Dit houdt in dat niet alleen de wetgevingssystematiek wordt gewijzigd, maar ook de beleidsvisie. Daarnaast verdient het ook aandacht of de voorgestelde flexibiliteit voor de uitvoerders niet ten koste gaat van de inzichtelijkheid voor en de rechtsgelijkheid van de cliënten. Vanuit dat kader hebben de leden van de fractie van GroenLinks dit voorstel becommentarieerd.

Inmiddels is het dummy-beleidskader opgesteld, en heeft de regering door middel van de brief van de minister van VWS van 25 september 2001 aangegeven hoe zij zich voorstelt dat het wetsvoorstel zal worden uitgewerkt in nadere regelgeving.

Het dummybeleidskader imponeert vooral als een uitgebreide beschrijving van situaties, overwegingen en algemeen onderschreven uitgangspunten. Zinsneden als «in deze ongewenste situatie dient op de kortst mogelijke termijn verbetering gebracht te worden» (blz. 66) of «van het rijk mag worden verwacht dat hij de behoefteontwikkeling op middellange termijn adequaat in beeld brengt» (blz. 67) maken een vrijblijvende indruk omdat niet wordt vermeld hoe één en ander geoperationaliseerd wordt. Zinsneden als «er wordt geen uitspraak meer gedaan over de wenselijkheid van een bepaalde omvang van instellingen voor zorg met verblijf (blz. 70)» versus «voor zorg met verblijf zal een financiële grens worden bepaald waaronder men niet in het bouwregime terecht komt» (blz. 74) geven verwarring. De bouwprioriteitenlijst wordt heroverwogen (blz. 78). Wat houdt dit precies in, zo vragen de leden van de GroenLinks-fractie. Al met al hechten deze leden aan de principes die destijds geleid hebben tot de WZV: kwaliteit, kostenbewaking, spreiding en toegankelijkheid van voorzieningen. Zij hecht aan de eindverantwoordelijkheid van de overheid voor de toegankelijkheid, beschikbaarheid en kwaliteit van zorg. Voor lange termijn aspecten als huisvesting van zorgactiviteiten is een sturende en beslissende rol van de overheid onontbeerlijk. Dat daarbij de uitvoeringsprocedures aanzienlijk vereenvoudigd kunnen en moeten worden staat buiten kijf. Consumenten en zorgaanbieders hebben op korte termijn behoefte aan de nodige duidelijkheid. Daarbij is een geleidelijke en zorgvuldige overgangsregeling zowel wat betreft termijnen als wat betreft facilitering cruciaal. De leden van de fractie van GroenLinks zijn door dit wetsvoorstel nog niet overtuigd dat de WEZ meer te bieden zal hebben en beter aan zal sluiten bij de zorgvraag van de patiënt op micro-, meso- en macroniveau dan een gedereguleerde en vereenvoudigde WZV.

Het niet verstrekken van een vervolexploitatievergunning zal uiteraard alleen in zeer bijzondere situaties plaatsvinden. De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen of het geen aanbeveling verdient de mogelijkheid in te voeren een exploitatievergunning onder voorwaarden toe te

kennen. Daardoor wordt de zorginstelling verplicht binnen een gestelde termijn te voldoen aan de eisen die in de voorwaarden zijn geformuleerd. De leden van de fractie van de ChristenUnie zijn voornamelijk van opvatting dat onderscheid moet worden gemaakt tussen een bouwvergunning en bouwadvies. Een bouwadvies moet worden gegeven in die situaties waarbij een bouwvergunning niet verplicht is, maar waar het wel gaat om bouwkundige voorzieningen die direct de zorgverlening raken. Het mag niet zo zijn dat bouwkundige voorzieningen worden gecreëerd of worden gewijzigd, die achteraf van inferieure kwaliteit blijken te zijn en die heel direct de kwaliteit van de zorg negatief beïnvloeden.

De leden van de fractie van de ChristenUnie pleiten voor een ander indelingsconcept voor de toetsingscriteria van een vergunningaanvraag, zoals opgenomen in het beleidskader. Er zijn criteria die vrijwel onveranderd gelden voor alle zorginstellingen. Deze kunnen als generiek worden bestempeld. Daarnaast zijn er toetsingscriteria die betrekking hebben op een groep van zorginstellingen. Een voorbeeld daarvan is de langere verblijfsituatie van de patiënt in een zorginstelling. In essentie behoeven de criteria voor verblijfszorg in de verstandelijk gehandicaptenzorg, de psychogeriatric en de verblijfspsychiatrie niet te verschillen. Uiteraard zijn er ook criteria die zeer specifiek zijn voor een bepaalde zorgsituatie. Maar door deze indeling wordt de systematiek van het beleidskader transparanter. Daarbij wordt tevens duidelijk gemaakt dat er sectoroverstijgende zorgvoorzieningen zijn die onderling grote overeenkomsten vertonen. Dit kan een signaal zijn naar de zorgaanbieders om bepaalde zorgvormen te integreren, waardoor de doelmatigheid van de zorg kan worden verhoogd. Graag ontvangen zij een reactie op dit voorstel.

In het kader van de omslag van aanbodsturing naar vraagsturing in de zorg vinden de leden van de SGP-fractie het van essentieel belang dat er voor de zorgaanbieders meer ruimte komt om meer en beter in te kunnen spelen op de vraag van de cliënt. Het is om die reden dat deze leden met veel belangstelling hebben kennisgenomen van voorliggend wetsvoorstel dat ter begeleiding van genoemde overgang moet dienen. Refererend aan het hoofdlijnen debat van 13 juni 2001 en aan de nadien ontvangen stukken als het dummy-beleidskader en de beschrijving van de inhoud van de technische AMvB's constateren zij dat er meer inzicht is ontstaan in de bedoelingen en de werking van voorliggend wetsvoorstel. Desalniettemin resteren bij de aan het woord zijnde leden nog vragen die zij gaarne aan de regering wensen voor te leggen.

De leden van de SGP-fractie constateren dat zowel in de Memorie van Toelichting bij voorliggend wetsvoorstel als tijdens het hoofdlijnen debat waar zij reeds eerder aan refereerden, vrij consequent gesproken wordt gesproken van een overgang van een stelsel van centrale aanbodsturing naar een decentraal vraaggerichte ordening. Deze leden kunnen zich op zichzelf wel in deze overgang vinden, maar de vraag doet zich direct voor of de regering in het voorliggende wetsvoorstel wel de juiste omslag maakt. Zij menen zich namelijk te herinneren dat in diverse achterliggende debatten over de structuur en bekostiging van de zorg nadrukkelijk een onderscheid werd gemaakt tussen enerzijds vraaggerichte en anderzijds vraaggestuurde zorg. Daarbij gold het systeem van vraagsturing nadrukkelijk als het meest ver gaand; een slag verder dan een vraaggericht systeem. De aan het woord zijnde leden memoreren ook het ambitieniveau van het project Modernisering van de AWBZ – de omslag van aanbodsturing naar vraagsturing – en refereren tevens aan de geest van het rapport «De ontvoogding van de AWBZ». Daarentegen lijkt de regering blijkens de inleidende volzin van de Memorie van Toelichting bij dit wetsvoorstel de lat minder hoog te leggen. Reeds tijdens het hoofdlijnen debat hebben deze leden de regering ertoe uitgenodigd om eventueel onduidelijkheden hieromtrent weg te nemen. In hun optiek is dat toen echter niet afdoende gebeurd. Zij vragen de regering expliciet in te gaan

op de stelling dat, vergeleken met een stelsel van aanbodsturing, in voorliggend wetsvoorstel het aanbod nog teveel de vraag bepaalt. Acht de regering het inderdaad wenselijk dat in voorliggend wetsvoorstel een minder ver gaande kanteling van het stelsel wordt gemaakt, of is het door de aan het woord zijnde leden geconstateerde verschil in definiëring een kwestie van semantiek?

De leden van de SGP-fractie waarderen dat met het beschikbaar komen van het dummy-beleidskader er enig zicht is gekomen op de wijze waarop de regering in de praktijk denkt om te willen gaan met het instrumentarium van voorliggend wetsvoorstel. Door middel van dit dummy-beleidskader wordt de complexiteit van de omslag van aanbod- naar vraagsturing inzichtelijk gemaakt, hetgeen bij deze leden vragen oproept naar de mate van vraagsturing die met dit beleidskader wordt bereikt en omtrent de maatschappelijke inbedding van bouw- en exploitatiebesluiten. Zij constateren dat het invullen van vraagsturing en het tegelijkertijd waarborgen van aspecten als toegankelijkheid, doelmatigheid en kwaliteit via een beleidsvisie in de dummy leidt tot een soms wel heel erg dicht aanleunen tegen de oude gedachte van de planningsnormen. Dit is bijvoorbeeld het geval met betrekking tot de GGZ-sector in paragraaf 3.4. Mede in het licht van hun eerdere opmerkingen met betrekking tot de reikwijdte van de grondwettelijke overheidstaak vragen de aan het woord zijnde leden hoe dit zich verhoudt tot het idee van een leidende zorgvraag, ook met het oog op de benodigde capaciteiten.

De regering is er met het beschikbaar stellen van het dummy-beleidskader er niet geheel in geslaagd de scepsis van de leden van de SGP-fractie met betrekking tot het voorgestelde tweejarig beleidskader weg te nemen. Deze leden constateren dat uit het dummy-beleidskader niet duidelijk blijkt welke zaken nu wel en niet in het beleidskader kunnen worden vastgelegd en in welke mate. Het gepresenteerde dummy-beleidskader komt hen voor als een globale invulling van de structuur die voor de instellingen voldoende ruimte laat. Daartegenover zou het beleidskader ook de mogelijkheden in zich hebben om via de inhoud de door zorginstellingen gewenste speelruimte in te perken en de overheid een grotere greep op het zorgaanbod te geven. Naar de mening van de aan het woord zijnde leden draagt een dergelijk tweeledig gebruik van het beleidskader bij aan een extra stuk onzekerheid in het veld dat toch al ten gevolge van voorliggend wetsvoorstel aan grotere bedrijfsrisico's wordt blootgesteld. Worden de mogelijkheden met betrekking tot de exploitatie van zorginstellingen straks niet al te zeer afhankelijk gesteld van factoren als de politieke kleur van de zittende bewindspersoon? Deze leden vragen de regering nader op dit soort subjectieve elementen in het beleidskader in te gaan.

Tevens vragen de leden van de SGP-fractie of de regering voor de goede orde omstandig wil uiteenzetten hoe de koppeling van de beleidsvisie aan een financieel kader zich verhoudt met de uitgangspunten zoals die in het Actieplan Zorg Verzekerd zijn neergelegd.

Met betrekking tot het bouwregime vragen de leden van de SGP-fractie een reactie van de regering op het voorstel van GGZ Nederland om bij invoering van voorliggend wetsvoorstel de uitbreiding groter dan 25% van de bestaande capaciteit en de vervangende nieuwbouw – die uitgaat boven 75% van de nieuwbouwkosten – van klinische voorzieningen, niet zijnde afzonderlijke woon-, kantoor-, en therapievoorzieningen aan te merken voor het bouwregime. Daarbij zou voor alle andere initiatieven geen nadere bouwkundige beoordeling meer nodig zijn.

De leden van de SGP-fractie vinden het van belang dat instellingen voldoende trekkingsrechten moeten kunnen opbouwen. Deze leden vragen een reactie van de regering op hun suggestie om bij inwerkingtreding van voorliggend wetsvoorstel de trekkingsrechten verder te verhogen naar 75% van de nieuwbouwwaarde.

Regiovisie

De leden van de fractie van de PvdA zijn voorstander van een regionale ordening van de zorg. Zij staan dan ook positief tegenover het formuleren van een regiovisie door de provincies. De regiovisie kan twee functies vervullen, namelijk afstemming van de zorg in de regio, en het leveren van informatie voor de invulling van de sectorale beleidskaders. De regering heeft in het hoofdlijnen debat op 13 juni 2001 tevens aangegeven dat de regiovisie niet opgesteld hoeft te worden als de provincie daar geen behoefte aan heeft. De provincies en de partijen in de provincie hebben dan genoeg te nemen met de invulling van het beleidskader door de regering. Aan het niet opstellen van de regiovisie zijn geen rechtsgevolgen verbonden. Deze leden vragen dan ook wat de meerwaarde is van het wettelijk vastleggen van de regiovisie, anders dan het uiten van de wens van de regering aan partijen om op regionaal niveau te komen tot afstemming van de zorg in de regio. Deelt de regering de mening van deze leden dat de wens tot afstemming bij partijen op regionaal niveau een vanzelfsprekendheid zou behoren te zijn en dat verwacht mag worden dat partijen zelf komen tot opstelling van een regiovisie, in de wetenschap dat deze regiovisie bijdraagt aan de opstelling van het beleidskader? Kan de regering nog eens uiteenzetten waarom een regiovisie met de voorgestelde status opgenomen dient te worden in deze wet?

De leden van de VVD-fractie stellen de volgende vragen.

Is een regiovisie noodzakelijk? Deelt de regering dat als gevolg van het bestaan van regiovisies afstemmingsproblemen kunnen ontstaan? Hoe passen de regiovisies binnen de toekomst die in «Vraag aan bod» wordt geschetst, waarbij de regionale insteek juist verlaten wordt?

Hoe verhoudt zich een regiovisie met de concurrentiepositie van verzekeraars en zorgaanbieders? Op welke wijze verhoudt zich keuzevrijheid van zorgvragers tot de inspanningsverplichting van verzekeraars om zijn verzekerden zorg te leveren als de verzekeraar rekening dient te houden met een regiovisie, een beleidskader en een exploitatietoestemming? Op welke wijze passen regiovisies in plannen als «zorg verzekerd» en «Vraag aan Bod» waar de regionale insteek juist verlaten is?

Zijn de regiovisies leidend voor het landelijk op te stellen beleidskader of is het andersom? Waar moeten verzekeraars zich bij het inkopen van zorg dan op richten? Zijn verzekeraars gehouden rekening te houden met de regiovisie en/of het beleidskader? Hoe verhoudt de vaststelling van de regiovisie door de provincie zich tot de verantwoordelijkheden van partijen die al dan niet de inhoud van de regiovisie onderschrijven? Wat gebeurt er als één der partijen die deelnemers zijn aan de regiovisie het niet eens is met het uiteindelijke resultaat. Welke beroepsmogelijkheid is er? Met andere woorden: wat is de juridische betekenis van de regiovisie als vastgesteld document? Welke partijen moeten ontbreken bij het opstellen van de regiovisie om niet langer te kunnen spreken van een regiovisie? Wat is het karakter van deze visie? Zijn partijen vrij om in de praktijk een geheel andere opstelling te betrekken dan hun inbreng bij de totstandkoming van de regiovisie?

De regiovisie doet met de WEZ ook haar intrede in het tweede compartiment. De leden van de VVD-fractie achten dit een onwenselijke ontwikkeling. In de curatieve zorg is de concurrerende zorgverzekeraar de regisseur van de zorg. De in de WEZ voorgestelde regiovisies en het beleidskader zullen dit beleid ernstig frustreren. De zorgverzekeraar zal als regisseur van zorg zijn (inkoop)taken niet goed kunnen vervullen. Daardoor raakt de vraagsturing gefrustreerd, en de verantwoordelijkheidsverdeling nog diffuser. Door het ontbreken van keuzen, zullen de effecten – die in theorie gevolg van bepaald beleid kunnen zijn – anders uitpakken. Deelt de regering deze mening? Zo nee, wil zij hier dan op ingaan?

Voorts stellen de leden van de VVD-fractie beantwoording van de volgende vragen op prijs. Hoe verhoudt zich de in de WEZ genoemde regiovisie met de concurrentiepositie van verzekeraars en zorgaanbieders? Hoe beoordeelt de regering de keuzevrijheid van verzekerden en de inspanningsverplichting van verzekeraars om verzekerden binnen redelijke termijn zorg te leveren in het licht van de regiovisie, het beleidskader en een eventueel onthouden van ministeriële toestemming bij bouw en het onthouden van een exploitatietoestemming door het CVZ?

Conform artikel 3, eerste lid, wordt in brede zin een regiovisie vastgesteld met betrekking tot een doelmatig, evenwichtig en voor iedereen toegankelijk stelsel van gezondheidszorg. De leden van de CDA-fractie vragen welke status deze regiovisie heeft in relatie tot het door de regering in het beleidskader vastgestelde financiële kader alsmede de daarop van toepassing zijnde prioritering. Wordt van de provincies, respectievelijk grote steden, verondersteld dat deze zelf prioritering aanbrengen binnen een vooraf vastgesteld budgettair kader?

Zien deze leden het goed dat het beleidskader meer gezien moet worden als een optelsom van regiovisies waarbinnen een prioritering wordt aangebracht? Hoe verhoudt zich dit dan tot de wenselijkheid van vraaggestuurde zorg?

Op welke wijze wordt door minister in het beleidskader en de budgettaire ruimte c.q. prioritering rekening gehouden met regio-overlappende zorgvoorzieningen? Welke ruimte heeft een regio in het vaststellen van een eigen prioritering, en is het voor een regio mogelijk zelfstandig met alternatieven te komen (bijv. substitutie van zorg, onorthodoxe initiatieven etc.) welke de prioritering kunnen wijzigingen?

Aan het ontbreken van een regiovisie zijn geen rechtsgevolgen verbonden en dient niet als planningsinstrument. Ook is het geen aanvullend beleidskader. Kan aangegeven worden wat het dan eigenlijk wel is en of het feit dat het instrument niet als wettelijk bindend is opgenomen in voorliggend wetsvoorstel, betekent dat de regering vindt dat de regiovisie niet doorslaggevend kan zijn in de uiteindelijke besluitvorming, zo vragen de leden van de D66-fractie.

De regiovisie blijft een onduidelijk begrip, zo vinden de leden van de GroenLinks-fractie. Enerzijds is het uiteraard gewenst dat partijen breed overleggen over aard en omvang van de aanwezige en gewenste zorgvraag en trachten daarover tot overeenstemming te komen, anderzijds is de status vaag. Geen toetsingskader, maar een aanduiding van een moreel commitment. Geen consequenties als het ontbreekt, geen planningsinstrument, geen barrière tegen de toetreding van nieuwe aanbieders. De vraag rijst waarom partijen zich veel moeite zouden getroosten een dergelijk vrijblijvend stuk te produceren. Daarentegen merken wij geregeld dat gemeentebesturen heel goed weten wat er onder de bevolking leeft wat betreft zorgbehoefte en zorgwensen, en dat zij het betreuren zo weinig zeggenschap te hebben over het al dan niet aanwezig zijn van gezondheidszorgvoorzieningen in hun gebied. Via de epidemiologische deskundigheid van de GGD en de beleidsontwikkeling bij de (samenwerkende) gemeenten zouden waardevolle inzichten over gewenste zorgverlening ingebracht kunnen worden. Kan de regering onderzoeken of de (inter)gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid een functie in dit kader zouden kunnen vervullen?

Het wetsvoorstel gaat sterk uit van de gedachte dat de regionale visies de basis vormen voor het beleidskader, dat een landelijke reikwijdte heeft, zo constateren de leden van de fractie van de ChristenUnie. Een opdeling in regio's heeft altijd bepaalde beperkingen, welke indeling ook gekozen wordt. Mensen houden zich nu eenmaal niet aan regiogrenzen en zorg-

instellingen ook lang niet altijd. De leden van deze fractie pleiten in dit verband in beginsel voor één regionaliseringsprincipe in de gezondheidszorg. Hoe verhoudt zich het onderhavige voorstel daarmee? Deze leden brengen naar voren dat er het een en ander voor te zeggen is dat bijvoorbeeld de GGD's dezelfde regiogrenzen hanteren, temeer omdat een GGD in hun visie een bijdrage moet leveren aan het totstandkomen van een regiovisie. Acht de regering dit haalbaar? Een vraag die zij hieraan verbinden is de volgende: welke regio-indelingen worden momenteel gehanteerd binnen het beleidsterrein van de gezondheidszorg? Grenzen worden problematisch bij regio-overstijgende voorzieningen. De leden van de fractie van de ChristenUnie stellen in dit verband voor een verplichting in de wet op te nemen – zoals in de huidige WZV ook het geval is – dat voor bovenregionale zorgvoorzieningen interregionaal overleg verplicht is. Dit kan verder tot uitdrukking worden gebracht door vast te leggen dat in een regiovisie verplicht een paragraaf «bovenregionale voorzieningen» dient te worden opgenomen. Wat is de opvatting van de regering over deze suggestie?

Als het gaat om de geleverde zorgkwaliteit dan zijn de bouwkundige voorzieningen die een zorginstelling gebruikt – en breder de infrastructuur – veelal van grote invloed op die kwaliteit. Dat is het bijzonder het geval als een patiënt opgenomen is of ergens langdurig verblijft. De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen of de Kwaliteitswet zorginstellingen wel voldoende mogelijkheden biedt die kwaliteit te garanderen. Zo is het zelfs al de vraag of bijvoorbeeld de woonkwaliteit wel valt onder het begrip kwaliteit zoals bedoeld wordt in die wet. De leden van deze fractie brengen in dit verband de exploitatietoestemming naar voren. Dit betekent huns inziens dat een exploitatievergunning altijd slechts voor een bepaalde tijd moet worden verstrekt. De geldigheidsduur kan variëren afhankelijk van de aard van de zorginstelling aan wie de vergunning wordt verleend. Elke zorginstelling wordt zo verplicht om na verloop van tijd een nieuwe vergunning aan te vragen, die wordt getoetst aan de dan geldende criteria. Een huisvestingsplan is een verplicht onderdeel van een vergunningaanvraag. Op deze wijze kunnen gewijzigde opvattingen over de zorguitvoering – die vertaald worden in toetsingscriteria – dwingend opgelegd worden aan de zorgaanbieders. Dit betreft dan ook de bouwkundige voorzieningen. Zij vragen hierop een reactie.

Met betrekking tot de regiovisie constateren de leden van de SGP-fractie dat deze met voorliggend wetsvoorstel zijn intrede doet in het tweede compartiment. Daarmee wordt naar het oordeel van deze leden het begrip regiovisie nog onduidelijker. In het tweede compartiment zijn toch immers de concurrerende zorgverzekeraars de regisseurs van de zorg? Zelfs in het eerste compartiment is het belang en het gewicht van de regiovisie in de discussies in het kader van de modernisering van de AWBZ – terecht – gereduceerd. Regionale sturing en ordening staan in de visie van de aan het woord zijnde leden immers haaks op het principe van het centraal stellen van de cliënt en zijn zorgvraag. Deze leden zijn dan ook stellig van mening dat een wettelijke verankering van de regiovisie niet valt te rijmen met de doelstelling van voorliggend wetsvoorstel. Zij vragen een reactie van de regering.

Reikwijdte

Waarom worden sectoren zoals de thuiszorg nu ook onder de reikwijdte van de WEZ getrokken, zo vragen de leden van de VVD-fractie.

Onder de reikwijdte van de wet worden ook gerekend privaat gefinancierde ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra daar waar het de exploitatievergunning betreft. De regering heeft hiervoor gekozen, zo begrijpen de leden van de D66-fractie, om de wijze van zorgverlening door

deze instellingen te kunnen bewaken. Nu vinden deze leden het belangrijk dat ook deze instellingen gecontroleerd worden op de kwaliteit van de door hen geboden zorg. Wat zij echter niet begrijpen is dat hiervoor het voorliggende wetsvoorstel als kader wordt genomen. Vallen deze instellingen dan niet ook de Kwaliteitswet zorginstellingen, op basis waarvan de Inspectie voor de gezondheidszorg hen kan controleren? En waarom acht de regering het van belang om privaat gefinancierde ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra te controleren op hun bestuursstructuur en een ordelijke bedrijfsvoering? Er is toch geen overheidsgeld gemoeid met de exploitatie van deze instellingen? Deze leden begrijpen niet dat daar waar de regering wel hun redentatie volgt voor wat betreft het bouwregime, zij dit niet doet voor wat betreft de «exploitatievergunning». Kan de regering dit toelichten?

De exploitatietoestemming

Met betrekking tot de exploitatietoestemming vragen de leden van de fractie van de PvdA welke gegevens die in de huidige beschikkingen voorkomen bij de inwerkingtreding van deze wet geen onderdeel meer zullen uitmaken van de aanvraag van de exploitatietoestemmingen. De exploitatietoestemming is bedoeld om eisen te stellen aan de bestuursstructuur en ter controle van een ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering. De leden van de fractie van de PvdA vinden het echter belangrijk dat er eveneens een toets op kwaliteit van de zorgaanbieders plaatsvindt, en stellen voor in het eerste jaar van toekenning van de exploitatietoestemming een quick scan onderzoek te laten uitvoeren naar de kwaliteit van de nieuw toegelaten instellingen. Wat is de reactie van de regering hierop? De leden van de fractie van de PvdA hebben vastgesteld dat de huidige toegelaten instellingen een exploitatietoestemming verkrijgen op grond van dit wetsvoorstel. Met instemming stellen deze leden tevens vast dat op grond van artikel 12 van de Wet exploitatie zorginstellingen (WEZ) aan de instellingen eisen kunnen worden gesteld met betrekking tot de bedrijfsvoering en bestuursstructuur. Deze leden stellen vast dat deze definitieve eisen pas bekend zijn bij de instelling na aanname van deze wet. De ingangsdatum van deze wet is voorzien voor 1 januari 2003. Is de regering van mening dat de instellingen voldoende tijd hebben om aan de eisen te voldoen? Binnen welke termijn, na vaststelling van de eisen, dienen deze instellingen aan deze eisen te voldoen?

De leden van de VVD-fractie stellen een antwoord op de volgende vragen op prijs.

Waarom is gekozen voor een exploitatietoestemming? Kan er ten aanzien van de exploitatie van een instelling niet volstaan worden met een exploitatiemelding? Een melding waaruit locatie en in welke omvang welke zorgvorm geleverd zal gaan worden, toont namelijk al aan of er wel of geen tekort/lacune is, en worden ook «witte plekken» zichtbaar. Is artikel 2, tweede lid, geen overbodige bepaling?

Wat zijn de gevolgen van een meer functionele en productgerichte benadering voor de exploitatietoestemming?

Onduidelijk is in de WEZ zelf wat onder exploitatietoestemming wordt verstaan, en wat de meerwaarde is van deze administratieve handeling. Kan de regering expliciet aangeven wat de meerwaarde is van een exploitatietoestemming?

Kan de regering meer duidelijkheid geven over de inhoud van de exploitatiebeoordeling die door het CVZ zal plaatsvinden, en over de relatie tussen die beoordeling en de individuele kostenbeoordeling die bij het CTG plaatsvindt?

Ten aanzien van de (kostbare) bouw van instellingen zou op dit moment een vergunningstelsel in de vorm van een toestemming wel kunnen functioneren. Op termijn zal ook dit systeem ter discussie moeten worden

gesteld en moeten kunnen verdwijnen. Deelt de regering deze mening? Zo nee, waarom niet?

Exploitatie die verder gaat dan de verleende toestemming is op grond van artikel 4 verboden. Kan de regering aangeven waarom dit het geval is? Wat betekent dit voor de vrijheid van instellingen die hun productieaanpakken willen verhogen?

Het wetsvoorstel ontnemt de, in het huidige stelsel nog beperkt bestaande, ruimte om een puur privaat gefinancierd zorgaanbod op te zetten, zo menen de leden van de VVD-fractie. Immers, alle instellingen (intra- en extramuraal) die zorg verlenen zoals omschreven in ZFW/AWBZ hebben een exploitatietoestemming nodig. Dat geldt ongeacht de vraag of die instelling daadwerkelijk voor de bekostiging van die zorg een beroep zal doen op deze sociale verzekeringen. Zelfs indien men voornemens is deze zorg geheel privaat te laten financieren (denk bijvoorbeeld aan private verpleeghuiszorg) dan nog is een boterbriefje van VWS nodig. Hiermee lijkt gepoogd te worden proberen de openingen voor private zorg die in het huidige systeem zitten alsnog zo snel mogelijk te sluiten. Kan de regering aangeven hoe zich dit verhoudt tot de huidige maatschappelijke ontwikkelingen, waarbij er steeds meer vraag is naar zorg die nu niet kan worden geboden onder het regime van ZFW/AWBZ, omdat daarvoor door de overheid de middelen onvoldoende beschikbaar worden gesteld. Kan een uitvoerige reactie op dit punt worden verschaft? Deelt de regering de bezorgdheid van de VVD-fractie?

Moet een instelling om een exploitatietoestemming te krijgen aan alle criteria voldoen, of is er sprake van partiële toepassing? Indien dat laatste het geval is, welke criteria worden dan tenminste toegepast?

Moeten ook bestaande instellingen aan alle criteria voldoen om een exploitatietoestemming te krijgen? Indien dit niet het geval is, aan welke dan wél?

Worden er overgangsregels voor bestaande instellingen gesteld? Zo ja, welke? Kunnen deze overgangsregels tot een beperking voor de bestaande instellingen leiden ten opzichte van de situatie onder de WZV? Worden voor bestaande en nieuwe aanbieders dezelfde criteria gehanteerd voor een exploitatietoestemming? Indien dat niet zo is (bijvoorbeeld generale toelating), hoe gaat u dan om met de rechtsongelijkheid die u hiermee creëert en de verschillende concurrentieposities?

Hoe verhoudt het eventueel onthouden van bouw- en exploitatietoestemmingen zich tot het verzekeringskarakter van de Ziekenfondswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, en de particuliere ziektekostenverzekering? Is het mogelijk dat op grond van de WEZ toestemming wordt onthouden aan een instelling die voor een klein deel zorg verleent aan ziekenfondsverzekerden en verder voornamelijk aan particulier verzekerden? Zo ja, hoe is dit overheidsoptreden dan gelegitimeerd? Wilt u daarbij uw stelling betrekken in de Memorie van Toelichting (blz. 20) dat er geen reden is om vast te houden aan het verbod op winstoogmerk als de hogere kosten niet aan ziekenfondsen of uitvoeringsorganen AWBZ worden gepresenteerd?

Op basis van beleidskaders kan de exploitatietoestemming op financiële gronden aan instellingen worden onthouden, en kunnen er op dezelfde financiële gronden voorschriften aan worden verbonden. Kunt u de overeenkomsten en de verschillen aangeven in dit kader tussen de WEZ en de WTG? Hoe ziet u de samenloop tussen WEZ en WTG? Heeft de WEZ consequenties voor de WTG? Zo ja, welke? Wilt u daarbij ingaan op de vraag of het mogelijk zou zijn bij een bepaalde toepassing van de WEZ, al dan niet in combinatie met behulp van andere AMvB's, de WTG (deels) te vervangen?

Hoe verhoudt het eventueel onthouden van bouw- en exploitatietoestemmingen zich tot het verzekeringskarakter van de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten? Evenzo met de particuliere ziektekostenverzekering? Is het mogelijk dat op grond van de WEZ

toestemming onthouden wordt aan een instelling die voor een klein deel zorg verleent aan ziekenfondsverzekerden en verder voornamelijk aan particulier verzekerden? Zo ja, hoe is dit overheidsoptreden dan gelegitimeerd? Wilt u daarbij uw stelling betrekken in de Memorie van Toelichting bij de WEZ (27 659, nr. 3, blz. 20) dat er geen reden is om vast te houden aan het verbod op winstoogmerk, als de hogere kosten niet aan ziekenfondsen of uitvoeringsorganen AWBZ worden gepresenteerd?

Op basis van beleidskaders kan de exploitatietoestemming op financiële gronden aan instellingen worden onthouden en er kunnen op dezelfde financiële gronden voorschriften aan worden verbonden. Kunt u de overeenkomsten en de verschillen aangeven in dit kader tussen de WEZ en de WTG? Hoe ziet u de samenloop tussen WEZ en WTG? Heeft de WEZ consequenties voor de WTG? Zo ja, welke? Wilt u daarbij ingaan op de vraag of het mogelijk zou zijn bij een bepaalde toepassing van de WEZ, al dan niet in combinatie met behulp van andere AMvB's, de WTG (deels) te vervangen?

In de grensregio's vindt in toenemende mate grensoverschrijdend zorgverkeer plaats, waarbij bijvoorbeeld Nederlandse patiënten met instemming van de zorgverzekeraar worden behandeld in bijv. Belgische ziekenhuizen, zo constateren de leden van de CDA-fractie. Kunnen aan deze Belgische ziekenhuizen dezelfde regels conform de vereiste exploitatietoestemming worden opgelegd? Zo nee, ontstaat er dan geen oneerlijke concurrentie? In hoeverre moet bij het opstellen van een regiovisie rekening worden gehouden met zorgverlening over de grens?

In het kader van het verlenen van een exploitatietoestemming kan het huren of leasen van een gebouw als bouw in de zin van de wet worden aangemerkt volgens de toelichting op vraag 7 van de Raad van State. Welke criteria worden gehanteerd om al dan niet te bepalen of een en ander als bouw wordt aangemerkt? Is het toegestaan dat zorgverzekeraars instellingen in eigendom bouwen, en vervolgens verhuren of leasen aan aanbieders van zorg?

In de exploitatietoestemming wordt in ieder geval de aard van de zorg beschreven die de exploiterende instelling mag leveren. Daarnaast kan de toestemming in de omvang van de zorg vermeld staan. De leden van de D66-fractie vragen of dit voor wat betreft de AWBZ-gefinancierde instellingen wel zo geformuleerd kan worden. In het kader van de modernisering AWBZ wordt het vanaf 2003 immers mogelijk dat instellingen meerdere zorgproducten aanbieden als zij daar «brood in zien». Zo kan dan bijv. een verzorgingshuis ook thuiszorgproducten aanbieden. Als zeer strikt geregeld wordt welke zorg geboden mag worden, verliezen de zorginstellingen deze mogelijkheid volgens deze leden. Zij zouden dit zeer betreuren, ten eerste omdat het aanbieden van meer zorgproducten kan bijdragen aan het wegwerken van wachtlijsten, ten tweede omdat er binnen een regio meer concurrentie zal ontstaan waarmee kwaliteit en prijs beïnvloed kunnen worden en zorgverzekeraars en patiënten keuze krijgen waar zij hun zorg willen inkopen. Hoe denkt de regering met deze, in de ogen van deze leden, tegenstelling om te gaan?

Maar ook voor wat betreft ziekenhuiszorg vragen zij of de exploitatietoestemming niet beperkend werkt om bijvoorbeeld extra productie te draaien in het kader van het wegwerken van de wachtlijsten. Moet een ziekenhuis een nieuwe exploitatietoestemming hiervoor aanvragen? Het niet langer opnemen van capaciteiten in de exploitatietoestemmingen is een belangrijke stap in het transitieproces. De leden van de D66-fractie delen deze mening. Zij vragen waarom het voorstel slechts de ruimte biedt en dit niet – desnoods met een overgangstermijn – is vastgelegd. In ziekenhuizen wordt de capaciteit al niet meer opgenomen in de toelating, en dit heeft ervoor gezorgd dat scherper duidelijk wordt welke verantwoordelijkheden een zorginstelling als zelfstandig bedrijf in zijn regio

heeft. Acht de regering de andere zorginstellingen op dit moment nog niet in staat deze eigen verantwoordelijkheid te dragen? Zo ja, op welke termijn denkt de regering dan dat deze stap wel gezet kan worden? Het is denkbaar dat een instelling een exploitatietoestemming voor een bepaalde periode krijgt, omdat dat vanuit beleidsmatig oogpunt wenselijk wordt gevonden. Kan de regering een voorbeeld geven waarbij dat wenselijk zou kunnen zijn? De leden van de D66-fractie nemen aan dat dit alleen kan samenhangen met de aard en omvang van de zorg omdat dit in de kern is waar de exploitatietoestemming om gaat. Is het overigens zo dat de omvang van de zorg in de toekomst wordt gebaseerd op enige overcapaciteit om ruimte te geven aan concurrentie op kwaliteit, omdat een patiënt kan kiezen waar hij zijn zorgt krijgt? Deze leden zouden hier een voorstander van zijn.

Zij denken dat het feit dat een deel van het verlenen van exploitatietoestemmingen verloopt via het College voor zorgverzekeringen de procedures kan versnellen. Betekent dit dat het College hiervoor uitbreiding van budget en menskracht krijgt?

Bij AMvB wordt vastgelegd bij welke initiatieven van een instelling die wel behoort tot een voor het bouwregime aangewezen categorie, al dan niet sprake is van een aangegeven vorm van bouw. Afhankelijk daarvan wordt de exploitatietoestemming verleend door het College voor zorgverzekeringen of door de regering. Het bevreemdt de leden dat niet reeds in voorliggend wetsvoorstel aangegeven kan worden hoe deze verdeling wordt. Kan toegelicht worden waarom hiervoor een AMvB nodig is? Kan dezelfde toelichting gegeven worden voor de AMvB betreffende beoogde bouw waarvoor geen vergunning nodig is?

De leden van de D66-fractie hebben er moeite mee dat het College bouw aan de bouwvergunning bepaalde voorschriften kan verbinden. Indien het bouwplan niet voldoet aan hetgeen in de verleende exploitatietoestemming is vastgelegd of niet overeenkomt met het beleidskader, dan wordt toch gewoon de vergunning geweigerd? Zij denken niet dat daar bovenop nog extra controlemiddelen nodig zijn. Zij kunnen instemmen met hetgeen wordt voorgesteld omtrent beëindiging van de exploitatie. Zij vinden het goed dat het College sanering ongeveer dezelfde rol heeft behouden als in de WZV. Zij vinden het een interessante vraag of in het kader van de modernisering AWBZ nog bezien wordt of het handhaven van de mogelijkheid subsidie te verlenen, om te voorzien in de financiële kosten van de sanering voor de AWBZ-sectoren, gewenst is. Zij zouden zich kunnen voorstellen dat dit kan bijdragen aan het versneld ombouwen of vervangen van verpleeg- en verzorgingshuizen tot moderne woonzorgcomplexen. Zij vinden dat dit nu vaak nog erg traag gaat. Is dit ook waar de regering aan denkt?

Centraal begrip wordt de exploitatietoestemming in plaats van de bouwtoestemming, zo constateren de leden van de fractie van GroenLinks. Slechts grote nieuwe projecten behoeven bouwtoestemming en exploitatietoestemming van de regering; de doorsnee-instelling die ZFW of AWBZ zorg levert heeft genoeg aan exploitatietoestemming van het College voor zorgverzekeringen. Het tweejaarlijks vast te stellen beleidskader en financieel kader van de regering geeft de ruimte hiervoor aan. Ook legt de regering de toetsingscriteria voor de prioritering vast. Deze hebben betrekking op de aard van zorg, de spreiding, de doelmatigheid en de bouwkundige en functionele staat.

Dit roept bij de leden van de GroenLinks-fractie de volgende vragen op. Hoe verhoudt een tweejaarlijkse vaststelling zich met een lange termijnbeleid, dat nu juist voor bouwbeslissingen essentieel is? Hoe staat het met de rechtszekerheid voor instellingen die voor de voorbereiding van nieuwbouw ook meer jaren nodig hebben? Hoe wordt de garantie voor de cliënt, dat hij voor zijn verzekeringsaanspraken terecht kan, gehonoreerd?

En tenslotte, is deze zeer centrale rol van de regering niet volkomen synoniem met het begrip aanbodsturing?

De verzekeraar wordt in het wetsvoorstel beschouwd als de personificatie van de vraagsturing. Met de Raad van State menen de leden van de fractie van GroenLinks dat hier sprake is van een verwarrende formulering. Vraagsturing is toch bedoeld als tegemoet komen aan de diversiteit van voorkeuren ten aanzien van de verzekeringsaanspraken van cliënten, niet van verzekeraars? Het adagium dat de verzekeraar, die gehouden is de voorkeuren van zijn cliënten te kunnen honoreren daarmee ook de institutionele vertegenwoordiger van de vraag is, wordt door deze leden niet gedeeld. Kan dit worden toegelicht?

De leden van de SGP-fractie kunnen instemmen met het uitgangspunt van de regering dat het nodig is eisen te stellen ten aanzien van het exploiteren van instellingen om een evenwichtig stelsel voor gezondheidszorg in stand te houden, dat betaalbaar en voor iedereen toegankelijk is. Ook voor deze leden zijn belangrijke voorwaarden daarbij, dat de kracht van het particulier initiatief niet wordt aangetast en dat de administratieve lastendruk zo minimaal mogelijk blijft. In het licht daarvan vragen zij zich echter af, of het daadwerkelijk nodig is dat de regering in alle gevallen inzicht moet hebben in alle strategische allianties en samenwerkingsverbanden die de betreffende instellingen zijn aangegaan. De aan het woord zijnde leden vragen of de regering daarmee niet verder gaat dan in het kader van de uitvoering van voorliggend wetsvoorstel noodzakelijk is. Leidt het immers niet tot bureaucratie? Deze leden verwijzen in dit verband naar de verantwoordelijkheid van de NMA in dezen, en stellen de noodzaak van het definiëren van duidelijke en ondubbelzinnige grenzen aan de transparantie-eisen aan de orde.

De leden van de SGP-fractie zijn van mening dat de normen op grond waarvan de regering conform artikel 12 van voorliggend wetsvoorstel achteraf en tussentijds voorschriften aan de reeds verleende toestemming kan verbinden, bijvoorbeeld met betrekking tot eigendomsverhoudingen en samenwerkingsrelaties, dienen te worden geëxpliciteerd. Volgens deze leden komt dit immers de rechtszekerheid ten goede. Zij nodigen de regering daartoe uit.

De leden van de SGP-fractie memoreren hun bezorgdheid over de toegang tot en de positie van de levensbeschouwelijke zorginstellingen die veelal een typisch regio-overschrijdend karakter hebben, zoals zij die bij diverse gelegenheden alsook recentelijk bij het hoofdlijnen debat over voorliggend wetsvoorstel hebben geuit. Deze leden roepen de toezegging van de minister van VWS tijdens genoemd hoofdlijnen debat in herinnering, waarbij zij stelde dat zij in de stukken expliciet aandacht zou schenken aan de wijze waarop de positie van genoemde organisaties in het nieuwe stelsel kan worden gewaarborgd. Zij dringen er op aan dat de regering dit tijdig doet en vragen derhalve op korte termijn een uitwerking van de door de gedane toezegging.

Winstoogmerk

De leden van de VVD-fractie ontvangen gaarne antwoord op de volgende vragen.

Waarom mogen instellingen die ziekenfonds- of AWBZ-zorg leveren geen winstoogmerk hebben? Wat betekent dit voor de instellingen die op dit moment wel een winstoogmerk hebben? Hoe verhoudt zich het verbod op winstoogmerk voor instellingen tot de mogelijkheid voor natuurlijke personen om wél winstoogmerk na te streven, ook als zij ten behoeve van de sociale verzekering werken?

Ook privaat gefinancierde instellingen en zelfstandige behandelcentra, zonder verbod op winstoogmerk, komen onder de WEZ te vallen, zo constateren de leden van de VVD-fractie. Dit houdt in dat deze instellingen

ook beoordeeld worden op grond van het beleidskader en het financieel kader. Welke gevolgen heeft dit voor deze instellingen ten opzichte van de oude situatie?

Hebben de leden van de CDA-fractie goed begrepen dat privéklinieken conform de toelichting op artikel 4, tweede lid, een winstoogmerk mogen nastreven doch tegelijkertijd een exploitatietoestemming nodig hebben alsmede een voorgeschreven bestuursstructuur. Gaarne ontvangen zij hierover een toelichting van de regering.

Het verbod op winstoogmerk betekent niet dat een instelling geen positief exploitatieresultaat zou mogen behalen. De leden van de D66-fractie stellen de volgende vragen. Welke activiteiten mogen zorginstellingen ondernemen om een positief exploitatieresultaat te krijgen? Zijn dat louter de activiteiten op basis waarvan zij de exploitatietoestemming hebben gekregen of mogen ook aanpalende bezigheden gedaan worden, zoals eerder door deze leden genoemd bij AWBZ-instellingen of bijvoorbeeld het bieden van commerciële zorg in een ziekenhuis, zolang er geen sprake is van voorrangszorg? Waar zit de ruimte om tot zo'n positief exploitatieresultaat te komen? Mogen zorginstellingen, om wat extra's te kunnen doen bij bouw, reserves opbouwen? Zo ja, tot welke hoogte, of is daar geen limiet aan gesteld? Zo nee, is het dan niet erg lastig voor een directie om vergaand zelf verantwoordelijk te zijn voor het bouwen?

DE ZELFSTANDIGE BESTUURSORGANEN

De leden van de VVD-fractie stellen de volgende vragen. Waarom moet het College bouw zorginstellingen een ZBO zijn? De taak van het College is toch uitsluitend uitvoerend? Waarvoor zijn prestatie-eisen van dit College noodzakelijk? Waarom is het College sanering zorginstellingen een ZBO?

Het is de leden van de D66-fractie niet duidelijk wat het College bouw bedoelt met «een redelijke beoordelingsmarge». Kan dit toegelicht worden, en neemt de regering dat verzoek over? Als zij lezen wat er op blz. 26 van de Memorie van Toelichting wordt geschreven over het ontwikkelen en vaststellen van prestatie-eisen en bouwmaatstaven, krijgen zij het lichtelijk benauwde gevoel dat de regering hier kiest voor een zodanige mate van gedetailleerdheid dat er geen enkele ruimte meer is voor creativiteit van architect en speciale wensen van directie, personeel en patiënten van de zorginstelling. Het deed hen enigszins denken aan de jaren zeventig. Als voorbeeld noemen zij het automatisme van indertijd dat een verzorgingshuis een gang kreeg waar demente ouderen kunnen wandelen en die zodanig is gebouwd dat die ouderen altijd weer bij het beginpunt uitkomen om ze een veilig gevoel te geven. Uiteraard chargeren de leden van de D66-fractie de situatie hiermee. Zij weten dat een dergelijke situatie al lang niet meer voorkomt. Maar zij vinden het van grootste belang dat niet te makkelijk wordt opgeschreven dat «het noodzakelijk is dat de bouwmaatstaven op onderdelen tamelijk gedetailleerd zijn». Kan de regering deze zorg wegnemen en aangeven hoe deze alinea en zinsnede bedoeld zijn?

FINANCIËLE ASPECTEN

Gesteld wordt dat het wetsvoorstel een neerwaartse invloed kan hebben op het ter beschikking te stellen bedragen. Kan de regering aangeven hoe groot die neerwaartse invloed naar verwachting zal zijn? Op grond waarvan wordt mag deze neerwaartse invloed verwacht worden? Op

grond waarvan valt op het niveau van budgettair bouwen een kostenbesparend effect te verwachten?

Hoe komt straks het budgettair kader zorg tot stand, en hoe is de werking ervan in relatie tot de WEZ?

De leden van de D66-fractie vragen tot welke financiële lasten voorliggend wetsvoorstel kan leiden. Kan de regering dit aangeven?

DEREGULERING

Het langetermijnhuisvestingsplan: een tussenstap. Dit is volgens de leden van de VVD-fractie in principe al noodzakelijk vanwege de Kwaliteitswet Zorginstellingen; transparant moet worden gemaakt waar een zorginstelling voor staat. Maar wat moet erin staan en wat maakt het noodzakelijk, zo vragen deze leden.

Voorts hebben deze leden nog de volgende vragen.

Wat is de inbreng van zorgverzekeraars, zorgvragers en anderen in de lange-termijnhuisvestingsplannen?

Wat is de reden dat het CVZ bij deze procedure is betrokken? Houdt de Inspectie voor de Gezondheidszorg toezicht op de WEZ? Leidt dit niet tot een extra administratieve belasting, zo vragen de leden van de VVD-fractie.

Kan de regering voorts aangeven op welke wijze de verschillende sectorale bouwregimes zich verhouden tot functiegerichte zorgaanspraken?

Welke instellingen, die daartoe zijn aangewezen, maken wel en welke geen onderdeel uit van het bouwregime?

Deze leden verwachten dat naar de toekomst toe het onderscheid naar deelsectoren niet meer zal bestaan: een ziekenhuis dat verpleegafdelingen leeg heeft staan kan daar verpleeghuiszorg aanbieden.

Kan de regering aangeven op welke wijze de knelpunten opgelost gaan worden die geconstateerd worden op het gebied van financiering van de zorginfrastructuur en de boekwaarde van bestaande zorgaanbieders?

Waarom is er sprake van prioriteitscriteria? De zorginstelling moet zelf verantwoordelijk zijn om al dan niet tot bouw te willen overgaan.

Kunt u aangeven hoe de verschillende sectorale bouwregimes zich verhouden tot de geplande functiegerichte aanspraken, waarbij het onderscheid naar deelsectoren feitelijk niet meer bestaat?

Kunt u aangeven op welke manier u het beleid op het terrein van scheiden van wonen en zorg in de WEZ wilt vormgeven en stimuleren en op welke wijze u de besluitvorming hierover laat plaatsvinden?

Kunt u in dat kader aangeven op welke wijze u knelpunten gaat oplossen die daarbij geconstateerd worden op het gebied van financiering van de zorginfrastructuur en de boekwaarde? Geldt dit voor alle zorgaanbieders, of alleen voor aanbieders die nieuwe plannen ontwikkelen?

Kunt u aangeven wat de investerings- en exploitatietechnische gevolgen zijn van dit beleid? Wat betekenen deze gevolgen voor de macrokosten?

Op welke wijze wordt dit gefinancierd, en welk tempo (tijdpad) voorziet u hierin?

Kan de regering toelichten waarom zij het voorstel van het College bouw om – in afwachting van de WEZ – de WZV reeds te dereguleren slechts toepasbaar acht voor de ziekenhuissector, zo vragen de leden van de D66-fractie. Aldus begrijpen zij tenminste de brief van 25 september van de minister (27 659, nr. 5).

Het feit dat volgens de artikelen 4 t/m 11 voldaan moet worden aan procedurele eisen van het ministerie, het College bouw, het College zorgverzekeringen en de verzekeraars roept de vraag op in hoeverre hier nu

sprake is van deregulering. Kan dit met voorbeelden worden toegelicht, zo vragen de leden van de fractie van GroenLinks.

De uitspraak van de regering dat de WZV al langere tijd niet meer aansluit op de uitvoeringspraktijk (nader rapport blz. 3) roept de vraag op of het de huidige toepassing is die niet meer aansluit dan wel de wet als zodanig? De terugblik op 25 jaar WZV (Dynamiek in steen, CZV 1972–1997) geeft tal van voorbeelden hoe steeds wijzigende omstandigheden en uitvoeringsregelingen de uitkomst beïnvloeden. Kan toegelicht worden waarom of de regering niet eerst de effecten van de deregulering die in genoemde brief van 25 september jl. beschreven worden wil bezien alvorens nu met spoed de WEZ te behandelen? Bij herhaling blijkt immers bij navraag van vertraging in de uitvoering van bouwprojecten dat het niet zozeer de wettelijke eisen maar de onduidelijkheid in het samenspel tussen de vele actoren zijn die voor vertraging zorgen. Zou deregulering niet veel meer moeten zijn dat één College gemachtigd is om binnen het vigerende kader zelfstandig beslissingen te nemen, in plaats van een verzameling van actoren met verschillende posities en verantwoordelijkheden? De hier uitgesproken twijfel wordt versterkt door de wel zeer summiere paragraaf. Budgettaire gevolgen, plannings- en bouwbeleid in de Zorgnota 2002. Het volledig ontbreken van beleidsvoornemens anders dan het stimuleren van wonen en zorg is een ernstig manco, zo vinden de leden van de fractie van GroenLinks.

Essentieel voor de steun van de leden van de SGP-fractie voor voorliggend wetsvoorstel is onder meer de wijze waarop en de voorwaarden waaronder de borging van de publieke belangen eenduidig en ondubbelzinnig worden geregeld. Deze leden onderschrijven nadrukkelijk het belang van vraagsturing en deregulering in de zorgsector maar wensen daarnevens met klem te wijzen op de grondwettelijke taak en verantwoordelijkheid van de overheid met betrekking tot de beschikbaarheid, bereikbaarheid en toegankelijkheid van zorgvoorzieningen. Evenals het College voor de zorgvoorzieningen vragen zij zich af, of de grondwettelijke taak van de overheid ten aanzien van de gezondheidszorg via voorliggend wetsvoorstel voldoende kan worden gerealiseerd. De aan het woord zijnde leden vragen de regering nog eens omstandig de sturingsmogelijkheden aan te geven die de overheid in een gedereguleerde zorgsector nog resten. Deze leden vragen de regering in dit verband tevens in te gaan op de relatie tussen enerzijds deregulering en vraagsturing en anderzijds de grondwettelijke taak van de overheid.

EUROPEESRECHTELIJKE ASPECTEN

De leden van de VVD-fractie is het niet geheel duidelijk op welke wijze het wetsvoorstel WEZ past in de Europees rechtelijke kaders. Kan de regering aangeven om welke kaders het hier gaat en op welke wijze de WEZ daarbinnen past?

Een vergunningstelsel bij de toelating van instellingen is Europeesrechtelijk slechts aanvaardbaar, als dit geschiedt op basis van «dwingende redenen van algemeen belang». De leden van de VVD-fractie leggen de regering de volgende vragen voor. Bent u van mening dat het belang van kostenbeheersing een dergelijke «dwingende reden» vormt? Wilt u aangeven hoe ontwikkelingen in merendeels en/of geheel privaat gefinancierde instellingen een dwingende reden van algemeen belang kunnen vormen om hen te beperken bij bouw en exploitatie? Kunt u bij beantwoording van deze vragen betrekken de jurisprudentie van het Europees Hof van Justitie van na de door u aangehaalde vraag van de heer Vincenzo Mattina aan de Commissie in 1992?

De leden van de D66-fractie vragen of de introductie, dan wel het in stand houden van een vergunningstelsel bij de toelating van instellingen past in de Europeesrechtelijke kaders. Kan kostenbeheersing wel een reden

van algemeen belang zijn op basis waarvan de overheid een dergelijk systeem wettelijk verankerd?

ARTIKELSGEWIJS

Artikel 1, eerste lid

De WEZ definieert «exploitatie» uitsluitend met betrekking tot de «instelling», zo constateren de leden van de VVD-fractie. De «instelling» is een rechtspersoon die exploitatietoestemming heeft. Zal deze definitie in de praktijk naar de verwachting van de regering niet tot toepassingsproblemen leiden? Hoe past het zelfstandig behandelcentrum in de eis dat het een exploitatietoestemming moet hebben als dit centrum geen rechtspersoonlijkheid heeft?

Artikel 4

Algemeen

De leden van de VVD-fractie stellen de volgende vragen. Dient een instelling zich in zijn exploitatie op grond van dit artikel te richten naar een eventueel bij de exploitatietoestemming bepaald financieel kader? Is het voor verzekeraars mogelijk afspraken te maken die tot een financieel hogere exploitatie leiden dan de exploitatietoestemming toelaat? Kan het CTG dergelijke tarieven honoreren? Als er in de exploitatietoestemming capaciteiten zijn vastgelegd, kunnen verzekeraars dan tariefafspraken maken met instellingen die uitgaan van grotere capaciteiten? Ook als dit leidt tot kosten die hoger zijn dan het eventueel gestelde financieel kader in de exploitatietoestemming?

Eerste lid

Ingevolge het eerste lid van dit artikel behoeven collectief betaalde maatschappen van medisch specialisten die ziekenfondszorg leveren geen exploitatievergunning. De leden van de VVD-fractie stellen de volgende vragen. Deelt de regering de mening dat dit op zich vreemd is? Hoe gaat de regering er voor zorgen dat ook collectief betaalde maatschappen een exploitatievergunning behoeven?

Tweede lid

De leden van de VVD-fractie ontvangen gaarne antwoord op de volgende vragen.

Waar doelt het tweede lid op? Hoe dient met deze bepaling te worden omgegaan als er sprake is van functioneel omschreven zorg?

Hoe moet met deze bepaling worden omgegaan als er sprake is van functioneel omschreven zorg, zo vragen de leden van de D66-fractie.

Vierde lid

Waarom wordt in dit lid alleen gesproken over een rechtspersoon zonder winstoogmerk, zo vragen de leden van de VVD-fractie. De tekst van het wetsvoorstel en de tekst van de Memorie van Toelichting sporen niet met elkaar. Gaarne ontvangen deze leden een reactie van de regering op dit punt.

Artikel 8

Het College zorgverzekeringen verleent zijn toestemming. Waarom is niet vastgelegd binnen welke termijn bekend moet zijn of de vergunning verleend wordt, zo vragen de leden van de D66-fractie.

Artikel 9, derde lid

Wat wordt bedoeld met «verzending»: verzending door wie of wat, zo vragen de leden van de D66-fractie.

Artikel 10

Het College bouw verleent de vergunning. Waarom is niet vastgelegd binnen welke termijn bekend moet zijn of een vergunning verleend wordt, zo vragen de leden van de D66-fractie.

Artikel 11

Voor de eindverantwoording van bouw is goedkeuring vereist. Waarom is niet vastgelegd binnen welke termijn de toetsing moet zijn afgerond, zo vragen de leden van de D66-fractie.

Artikel 12, eerste lid

Waarom is het eerste lid zo strikt geformuleerd, vragen de leden van de VVD-fractie. De overheid regelt op deze wijze alle zorgaanbod. De kans is zeer groot dat uitsluitend de huidige status quo wordt vastgelegd, en er geen ruimte is voor andere/nieuwe toetreding. Dit vergroot wachtlijsten en wachttijden en er ontstaat geen enkele prikkel tot vernieuwing. Kan de regering hierop ingaan? Deelt de regering deze mening?

Betekent deze bepaling dat er geen ruimte meer is voor andere/nieuwe toetreders, zo vragen de leden van de D66-fractie.

Artikel 13

Dit artikel is naar de opvatting van de leden van de VVD-fractie overbodig als er sprake is van exploitatie. Wel is er een stimuleringsregeling nodig waar door middel van deze regeling de overheid eventuele «witte vlekken» kan aantonen, en proberen te vullen. Is de regering het eens met deze constatering?

Artikel 14 en 15

Deze artikelen zijn volgens de leden van de VVD-fractie niet passend in een wet die beoogt te dereguleren. Is de regering het hiermee eens? Wat wil de regering doen om hier verandering in aan te brengen?

Waarom is voor deze bepalingen gekozen in een wetsvoorstel dat beoogt te dereguleren, zo vragen de leden van de D66-fractie.

Artikel 16

Dit artikel moet zien op instellingen die voorzieningen exploiteren die met publieke middelen zijn gefinancierd. Mocht dit niet het geval zijn, dan is een saneringsregeling overbodig. Komt er een privaatrechtelijk zorgstelsel waar sprake is van vermindering van collectieve lasten, dan zou het streven moeten zijn dat instellingen meer en meer met private middelen worden gefinancierd, zo menen de leden van de VVD-fractie. Is de regering het hiermee eens? Zo niet, waarom niet?

De voorzitter van de commissie,
Van Lente

De griffier van de commissie,
Teunissen