

Vergaderjaar 2005–2006

27 659

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

Nr. 72

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 16 januari 2006

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 7 december 2005 overleg gevoerd met minister Hoogervorst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief d.d. 3 november 2005 inzake het Uitvoeringsbesluit WTZi (27 659, nr. 66 herdruk);**
- **de antwoorden van de minister op commissievragen en de brief van 29 november 2005 over de termijn van beantwoording van de vragen en het besluit over de inwerkingtreding van het besluit (27 659, nr. 67).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

Vragen en opmerkingen uit de commissie

Mevrouw **Vietsch** (CDA) maakt uit het antwoord op vraag 68 op dat instellingen onderling kunnen bepalen welk functieprofiel zij voor acute zorg kiezen en dat de minister noch de Kamer hierbij kan ingrijpen. De minister geeft aan dat hij wel in de toelatingseisen kan opnemen dat een instelling bepaalde functies in stand houdt, maar volgens de beleidsregels ex artikel 4 van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) kan hij slechts ingrijpen als een instelling zich verzet tegen een besluit van het overleg in de keten voor de acute zorg. Hoe en op grond waarvan kan de minister tegen zo'n besluit ingaan?

De minister wijst er volgens mevrouw Vietsch terecht op dat de Wet ambulancezorg (WAZ) nog in de Kamer besproken moet worden. Zij vindt het dan ook voorbarig dat er in het antwoord op vraag 17 wordt uitgegaan van ambulancevoorzieningen die onder de minister en de zorgverzekeraars komen te vallen en waarmee de provincies niets van doen hebben. Wat verandert er in de stukken bij het uitvoeringsbesluit als de provincies wél de verantwoordelijkheid voor de ambulancevoorziening behouden? Instellingen zoals ziekenhuizen en organisaties voor thuiszorg mogen geen winstoogmerk hebben, maar ze mogen wel alle werkzaamheden uitbesteden aan een BV. Volgens artikel 6.4 van het uitvoeringsbesluit blijft het mogelijk dat een stichting geen eigen vermogen opbouwt, dat de aandeelhouders de BV leegplunderen en dat vervolgens de kosten op het personeel verhaald worden. Wil de minister hier echt niets aan doen? Volgens de beleidsvisie van de minister moet de AWBZ-zorg vermaat-

¹ Samenstelling:

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

Plv. leden: Rouvoet (ChristenUnie), Verdaas (PvdA), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Halsema (GroenLinks), Gerkens (SP), Veenendaal (VVD), Hamer (PvdA), Weekers (VVD), Tjon-A-Ten (PvdA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Koomen (CDA), Van As (LPF), Waalkens (PvdA), Mosterd (CDA), Bussemaker (PvdA), Heemskerk (PvdA), Oplaat (VVD), Hermans (LPF), Hirsi Ali (VVD), Eski (CDA), Van Gent (GroenLinks), Bakker (D66), Nijs (VVD).

schappelijk worden. Grote instellingen moeten worden afgebouwd en er mogen binnen een postcodegebied maar een beperkt aantal cliënten wonen die deze zorg nodig hebben. Dit gaat lijnrecht in tegen de visie in de motie-Vietsch dat cliënten zelf moeten kunnen kiezen, zodat de CDA-fractie op dit punt niet kan instemmen met de beleidsvisie van de minister.

Kan de minister meer duidelijkheid verschaffen over de nieuwe normen in de bouwvoorschriften met een nog onbekende opslag voor kapitaalslasten, inclusief onderhoud, die gelden als er minder dan 25 cliënten in een postcodegebied wonen, waarbij dan geen vergunning ingevolge de WTZi meer hoeft te worden aangevraagd? En klopt het dat voor grotere instellingen renovatie vergunningvrij is, waarbij tegenvallers niet meer met geld voor vergunningplichtige activiteiten betaald kunnen worden? Wat moet een instelling doen als haar budget bij renovatie totaal ontoereikend blijkt te zijn, bijvoorbeeld omdat er asbest is aangetroffen?

Bij vervangende nieuwbouw gelden de beleidsregels ex artikel 4 van de WTZi, de noodzaak hiervan wordt niet bepaald door de behoefte aan zorg, maar door de boekwaarde. In de praktijk blijkt dat het boekwaarde-criterium nooit een wet van Meden en Perzen kan zijn. Mevrouw Vietsch vraagt de minister, af te zien van het hanteren van dit criterium.

De CDA-fractie is er een voorstander van, het bouwregime af te schaffen en de kapitaalslasten om te zetten in een percentage van de exploitatiekosten. Voor de AWBZ-sector heeft zij echter een voorbehoud voor het tempo gemaakt, omdat er meer rust in deze sector nodig is om het probleem van grote slaapkamers te kunnen oplossen en de bouwkundige achterstand in te lopen. Maar met de nieuwe maatregelen gaat het precies omgekeerd: de AWBZ wordt proeftuin, de ziekenhuizen hebben rust en de cliënt is het slachtoffer. Mevrouw Vietsch vraagt zich af hoe de minister dit gaat oplossen.

Met het oog op verlichting van de administratieve lasten hoeft er niet meer eens in de vier jaar een zeer veel omvattend huisvestingsplan voor de lange termijn naar het ministerie te worden opgestuurd. In plaats hiervan moet er overleg worden gevoerd met de belanghebbenden over alles wat er in dit plan is opgenomen, dus een ziekenhuis moet ook over grote beleidsbeslissingen en over elke reorganisatie overleg voeren met huisartsen, fysiotherapeuten enz. Als de belanghebbenden er niet mee instemmen, kan de instelling daar alleen gemotiveerd tegen ingaan. Maar welke status heeft dit overleg en hoe kan op deze manier de beoogde lastenverlichting bewerkstelligd worden? Leidt dit niet tot stilstand in de gezondheidszorg in plaats van tot marktwerking?

De heer **Heemskerk** (PvdA) herinnert eraan dat de WTZi eigenlijk als een vrij lege wet behandeld is. Er zijn inmiddels wat meer details van de beleidsvisie en de beleidsregels bekend, maar nog steeds ontbreken normen voor de fysieke bereikbaarheid van de acute zorg.

De minister geeft aan dat hij een verzoek om toelating of toetreding toetst aan de regels voor corporate governance en aan de beleidsvisie, maar die visie heeft geen juridische status. De PvdA-fractie vindt dat hierbij ook de behoefte in de betreffende regio een rol moet spelen. Ziet de minister hierbij nog een stimulerende rol voor de overheid of verwacht hij dat de markt het allemaal wel zal oplossen? Juist aspecten van mededinging en marktordening kunnen hierbij van belang zijn, maar volgens de minister heeft noch het College Bouw, noch het RIVM hier verstand van. Waarom is er in de beleidsregels niet bepaald dat een toelating niet tot regionaal gezien minder doelmatige zorg mag leiden en dat topklinische zorg en academische zorg op elkaar moeten worden afgestemd? En trekt de minister een toelating in als de inspectie negatief oordeelt over de kwaliteit van de aanvragen, of gaat hij ervan uit dat de markt dit wel zal oplossen?

De heer Heemskerk vindt het antwoord op vraag 79 uitstekend, hij is het ermee eens dat kruissubsidiëring geen taboe is. Er is pas echt een probleem bij te hoge of te lage prijzen in combinatie met een aanmerkelijke machtspositie.

Het is de bedoeling dat er via de regionaal geneeskundig functionaris beter overleg in de keten voor acute zorg tot stand komt. Kan de minister in het jaarverslag van de inspectie of in de zorgbalans wat meer inzicht geven in het functioneren en de resultaten van dit overleg? Komt het er niet op neer dat men elkaar de hete aardappel van het gedwongen in stand houden van overcapaciteit toeschuift? Moet er niet erkend worden dat het neerkomt op een moderne vorm van aanbodsturing en dat marktwerking hierbij in ieder geval zeer ingewikkeld is? En wanneer stelt de minister de normen voor de fysieke bereikbaarheid van acute zorg vast? Welke eisen en beleidsregels in het uitvoeringsbesluit moeten aangepast worden als de Kamer beslist dat de NVZ-code, die op vrijwilligheid gebaseerd is, wettelijk verankerd moet worden?

Ten slotte geeft de heer Heemskerk aan dat hij vindt dat de motie-Heemskerk en Weekers niet is uitgevoerd. Een falende zorginstelling kan zelf beslissen of zij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of de cliëntenraad inschakelt; de heer Heemskerk vindt dat de cliëntenraad moet kunnen beslissen of hij naar de Ondernemingskamer stapt of de kwestie aan de NPCF delegeert.

Mevrouw **Smits** (PvdA) begrijpt niet waarom mevrouw Vietsch een verband legt tussen vermaatschappelijking van de zorg en het versoepelde bouwregime. Zij vindt het prima dat kleinschalige instellingen geen uitvoerige vergunningprocedures behoeven te doorlopen.

Het baart de fractie van de PvdA veel zorgen dat er in de AWBZ-sector wellicht andere instellingen zullen kunnen worden aangewezen die winst mogen beogen. Men gaat bij marktwerking voortdurend uit van de omstandigheden in de curatieve sector en men wil op basis daarvan ook in de AWBZ-sector marktwerking, al weet men nog niet goed hoe die haar beslag zou moeten krijgen. Mevrouw Smits prijst de minister voor zijn doorgaans goede analyses, maar er is geen analyse van de voordelen, de risico's en de nadelen voor de AWBZ-sector voorhanden, terwijl die zich er inmiddels wel op voorbereidt. Zij verwacht dat er over enige tijd nog maar enkele grote zorgaanbieders zullen zijn en dat die dan vermogens opgebouwd zullen hebben met collectief opgebracht premiegeld, terwijl de zorg er niet door zal verbeteren. Zij meent dat hier geen behoorlijke discussie over gevoerd wordt; vragen van haar fractie over dit onderwerp worden vooral geruststellend beantwoord, terwijl de AWBZ-sector flink in beweging is en de vermogens van zorgaanbieders tamelijk snel toenemen, zodat uiterste zorgvuldigheid vereist is. Marktwerking is bedoeld om de cliënten meer keuzevrijheid te geven, maar juist in deze sector is er geen keuzevrijheid, want cliënten verhuizen niet elk jaar naar een andere instelling. De fractie van de PvdA wil dan ook niet verder op deze weg zonder een gedegen analyse en een goede discussie.

Mevrouw **Schippers** (VVD) is het net als de heer Heemskerk niet eens met de keuze van de minister om een falende zorginstelling zelf te laten bepalen of zij de NPCF of de cliëntenraad inschakelt. De Kamer heeft hierover ook al een uitspraak gedaan.

Het regionale overleg in de keten voor acute zorg kent geen hiërarchie; wat gebeurt er bij een impasse of bij ongewenste uitkomsten van dit overleg? Wie kan er dan ingrijpen en op basis waarvan? Waaraan wordt getoetst of er sprake is van voldoende spreiding van acute zorg?

Wie heeft het laatste woord bij de spreiding en het aanbod van intramurale AWBZ-instellingen? De praktijk heeft inmiddels geleerd dat het overleg hierover op lokaal niveau goed vast kan zitten. Tot wie kan men zich wenden bij huisvestingsproblemen?

Is de bouwprioriteitenlijst niet in strijd met het beginsel van economische mededinging? De antwoorden op dit punt vindt mevrouw Schippers zeer mager, zo niet teleurstellend.

In hoeverre bevat het beleid een voorkeur voor kleinschaligheid? Wordt er rekening mee gehouden dat een grootschalige intramurale instelling in sommige gevallen zeer goed werkt? Geven de enorme fusiebewegingen van de afgelopen tien jaar geen aanleiding om in verband met de keuzemogelijkheden extra aandacht te besteden aan mogelijkheden voor nieuwe aanbieders om eenvoudig tot de markt toe te treden?

De toelating van nieuwe zorginstellingen was vroeger sterk gerelateerd aan de behoefte aan zorg in een regio, die bepaald werd op basis van de adviezen van een dominante zorgverzekeraar en van instellingen met hetzelfde aanbod. Mevrouw Schippers is blij dat er anderhalf jaar geleden een einde is gekomen aan deze uiterst ongewenste situatie, die zij vooral voor de zorg waarbij keuze belangrijk is, niet meer zou willen zien terugkeren. Zij vindt het zeer belangrijk dat nieuwe toetreders niet buiten de deur gehouden kunnen worden.

Het is mevrouw **Kant** (SP) uit de antwoorden op de vragen nog steeds niet duidelijk of het met het nieuwe uitvoeringsbesluit mogelijk is, greep te krijgen op het behoud van kleine ziekenhuizen. Een meerderheid van de Kamer vindt al jarenlang dat er ingegrepen moet kunnen worden als de bereikbaarheid van zorg in een regio in de knel komt. In discussies en uit de antwoorden blijkt dat de minister het instrument dat hij met de WTZi in handen heeft, gaat inzetten voor het behoud van acute zorg. Mevrouw Kant acht dit te beperkt, want zij vindt dat ook kleine ziekenhuizen die dichtbij zijn voor de mensen, behouden moeten blijven.

Er gold een standstill voor functieconcentratie en concentratie van ziekenhuizen, maar de minister vindt dat deze kan worden opgeheven nu de Eerste Kamer de WTZi behandeld heeft. Mevrouw Kant zou toch aan de standstill willen vasthouden tot de minister en de Kamer dit instrument ook echt kunnen gebruiken om ongewenste ontwikkelingen tegen te gaan. Zij noemt als voorbeeld de bestuurlijke fusie waarbij het ziekenhuis in Velp betrokken is. De minister ziet hier geen probleem in, maar mevrouw Kant vreest voor een steeds verdergaande ontmanteling van dit ziekenhuis. Daarnaast stelt de minister dat in Zeeland ziekenhuizen alleen mogen concentreren als de acute ziekenzorg door de voornemens niet in gevaar komt. Ook hierbij vreest mevrouw Kant voor het verdwijnen van ziekenhuizen die basiszorg dichtbij de mensen kunnen bieden. Hetzelfde geldt volgens haar voor de situatie in Delfzijl.

Hoe gaat de minister met de WTZi werken? Zal hij de Kamer geregeld een overzicht verstrekken van de beslissingen die hij neemt? Kan de Kamer een beslissing nog terugdraaien als zij vindt dat de zorg te veel verschaalt? Mevrouw Kant vindt in tegenstelling tot mevrouw Vietsch dat de minister met het uitvoeringsbesluit al een instrument in handen heeft, maar zij steunt haar als mocht blijken dat er een extra instrument nodig is. Daarnaast is zij het niet met de heer Heemskerk eens dat kwaliteit en bereikbaarheid van de zorg veel belangrijker zou zijn dan zorg dichtbij de mensen. Zij vindt dit laatste criterium even relevant als de andere.

Antwoord van de minister

De **minister** vindt dat het te ver zou gaan om een soort maatschappelijke norm voor zorg in de buurt te hanteren, want hij wil de zorg niet tot op elke vierkante kilometer reguleren en hij vindt de bereikbaarheidsnorm van 45 minuten voor acute zorg het belangrijkste. Bovendien is het in de praktijk onmogelijk om acute zorg te leveren zonder een goed ziekenhuis met basiszorg op een fatsoenlijk niveau. De vuistregel voor de bereikbaarheid is duidelijk en deze norm is haalbaar voor 98,8% van de Nederlandse bevolking; op de Waddeneilanden is het onmogelijk om aan deze norm te

voldoen, tenzij daar ziekenhuizen zouden worden gebouwd. Maar in de sector wil men wel weten wat de nieuwe instrumenten in de praktijk zullen betekenen en waarop men zal worden afgerekend. De minister heeft al toegezegd, in het komende voorjaar de bereikbaarheidsnorm nader in een beleidsregel te zullen concretiseren. Hij zal deze met de Kamer bespreken.

De regionale keten kan op geen enkele manier de hand lichten met de bereikbaarheidsnorm; zo nodig zal de minister niet aarzelen om in te grijpen, ook al zou men in de keten volledige overeenstemming hebben bereikt. Hij heeft met de beleidsvisie en het uitvoeringsbesluit in zulke gevallen ook zonder beleidsregel al voldoende instrumenten, want hij kan dan een aanwijzing geven, gevolgd door het opleggen van een dwangsom en desnoods door intrekking van de toelating. Elk geval zal daarbij afzonderlijk beoordeeld worden, met inachtneming van de factoren die specifiek zijn voor de betreffende regio. De minister geeft aan dat hij nog niets kan zeggen over de situatie in Zeeland, maar hij zal zeker met een aanwijzing ingrijpen als met een bepaald plan de bereikbaarheid van de acute zorg in gevaar komt. Als de Kamer het in een bepaald geval niet met het beleid van de minister eens is, kan zij er altijd nog moties over indienen. Hij bevestigt de veronderstelling van de heer Heemskerk dat ook de NMa hierbij nog wel een rol kan spelen als er bijvoorbeeld door een fusie minder keuzevrijheid ontstaat. Daarnaast toont hij zich bereid, de Kamer schriftelijk meer inzicht te geven in de acute zorgregio's. In de nieuwe WAZ krijgen gemeenten het in bepaalde omstandigheden voor het zeggen bij de ambulancezorg, maar niet bij de reguliere zorg. Als de Kamer de verantwoordelijkheid voor de ambulancezorg bij de provincies wilde laten, zou de ambulancevoorziening nog steeds een onderdeel van de keten moeten vormen. Hierover kan de Kamer bij de behandeling van dit wetsvoorstel verder discussiëren.

Verder geeft de minister aan dat instellingen verplicht zijn, wijzigingen van een functieprofiel te bespreken in het ketenoverleg. Als er ook maar iets in de keten voor acute zorg gebeurt waarmee een negatieve spiraalbeweging wordt ingezet, komt het ter kennis van de minister, zo heeft de ervaring in de afgelopen twee en een half jaar geleerd.

Vermaatschappelijking van de AWBZ-zorg kan worden gezien als een streven naar kleinschaligheid in deze sector, op basis van de gedachte dat dit voor de meeste mensen de beste oplossing is. Dit laat onverlet dat cliënten zeer tevreden kunnen zijn in een grotere instelling met goede voorzieningen. Als een instelling kan aantonen dat haar cliënten erachter staan, zal de minister er dan ook mee instemmen als zij bijvoorbeeld bij vervangende nieuwbouw de grootschaligheid ook in verband met de voordelen daarvan wil handhaven. Kleinschaligheid is dus geen dogma, maar omdat hiermee wel de toetreding van nieuwe zorgaanbieders zo snel mogelijk bevorderd kan worden terwijl de budgettaire risico's dan nog enigszins beperkt zijn, heeft de minister er een voorkeur voor, ook in andere sectoren van de zorg. Hiervoor moeten eerst nog belangrijke beslissingen genomen worden en hij zal hierbij zeker niet doldriest te werk gaan.

Handhaving van het boekwaardecriterium is belangrijk om kapitaalvernietiging te kunnen voorkomen zolang de bouw van zorginstellingen nog op basis van nacalculatie gefinancierd wordt; het probleem is opgelost als er eenmaal integrale tarieven zijn ingevoerd, want dan is een instelling zelf verantwoordelijk voor dit soort zaken. Het boekwaardecriterium is inderdaad geen wet van Meden en Perzen, het kan volgens de beleidsregels in uitzonderlijke omstandigheden soepel gehanteerd worden.

De minister is op dit moment niet voornemens om veranderingen teweeg te brengen in het beleid inzake het toestaan van een winstoogmerk. Eventuele verdere stappen zullen niet zonder raadpleging van de Kamer worden gezet. Er zijn inderdaad ook nu al bepaalde constructies mogelijk,

zoals volledige doormandatering, waarvan bij Curadomi sprake is geweest. In antwoord op Kamervragen daarover heeft de minister aangegeven dat de toegelaten stichting in ieder geval volledig verantwoordelijk blijft voor de kwaliteit van de zorgverlening en de naleving van de regelgeving voor de AWBZ-zorg. Hij heeft wel aan het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) gevraagd, een verdiepingsonderzoek naar deze materie in te stellen. Aan de hand van het resultaat hiervan zal de minister nagaan of er nadere maatregelen nodig zijn. Hij wil hierbij ook niet meteen een valbijl hanteren, want uitbesteden kan ook in de AWBZ-sector uitermate nuttig zijn.

Een instelling hoeft niet meer eens in de vier jaar een huisvestingsplan te maken, maar de minister acht het wel uitermate nuttig en echt noodzakelijk bij nieuwe plannen. Zo heeft hij ziekenhuis Bernhoven toestemming gegeven om verder te gaan met zijn plannen, maar wel met de voorwaarde dat er goede zorgondersteuningspunten voor chronisch zieken in Oss en Veghel blijven en dat er overleg wordt gevoerd met de belanghebbenden. De minister is bereid om een verhelderende notitie te schrijven over de betekenis van het belanghebbendenoverleg.

Bij een besluit over toetreding let de minister vooral op de transparantie die een aanvrager zal kunnen leveren. Het lijkt hem niet nodig om daarbij ook de behoefte aan een nieuwe voorziening in de betreffende regio een rol te laten spelen, want hij gaat ervan uit dat een potentiële toetredster zich er toch zeker van zal vergewissen dat hij een contract met een verzekeraar zal kunnen sluiten voordat hij zware investeringen doet. En een verzekeraar zal toch alleen een nieuw contract kunnen afsluiten als hij een ander ziekenhuis als een baksteen laat vallen.

De NVZ-code is eigenlijk alweer achterhaald door de zorgbrede governancecode. Deze code verhoudt zich uitstekend tot de wettelijke regels, hij gaat zelfs nog verder.

Ook de minister vindt dat een cliëntenraad zich tot de Ondernemingskamer moet kunnen wenden. Daarom heeft hij in het uitvoeringsbesluit vastgelegd dat de instelling mag bepalen of de NPCF of de cliëntenraad dit kan doen. Het moet in ieder geval een instantie zijn die de cliënten vertegenwoordigt. Hij heeft ook geen enkel principieel bezwaar tegen het voorstel van de heer Heemskerck op dit punt, maar er is een praktisch probleem bij ziekenhuizen, die veelal geen cliëntenraad hebben, zodat de medezeggenschap op regionaal niveau georganiseerd is. De opzet die de minister heeft gekozen, heeft hij zeer uitvoerig besproken met de NPCF, die ook geld heeft gekregen om dit te organiseren. De NPCF en de Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC) zijn geheel tevreden met deze regeling. De minister stelt voor om samen met deze instanties na te gaan hoe deze regeling functioneert. Mocht aan het eind van het jaar blijken dat er aanpassingen nodig zijn, dan is hij daar graag toe bereid.

Het overleg van belanghebbenden is niet in strijd met de mededingingswetgeving, want het is min of meer vergelijkbaar met marktonderzoek. Het gaat ook maar om één zorgaanbieder die overleg voert met belanghebbenden.

Als de kwaliteit van een zorginstelling onder de maat is, geeft de minister een aanwijzing op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen.

De minister herinnert in verband met de opmerkingen van mevrouw Smits over de vermogensopbouw bij zorgaanbieders aan dat hij al een keer heeft toegezegd, deze kwestie nader te zullen bekijken in het kader van de Kapitaalslastenbrief. Er zijn allerlei onderzoeken gaande en de minister zal de Kamer in het komende voorjaar hierover nader rapporteren. Er zullen in de tussentijd in ieder geval geen onomkeerbare besluiten genomen worden en er is ook nog geen sprake van het toelaten van een winstoogmerk voor zorginstellingen. Hij heeft geen aanwijzingen dat AWBZ-instellingen bezig zouden zijn met een enorme inhaalslag bij de vermogensopbouw. De vermogenspositie van ziekenhuizen is vrij slecht, dus het lijkt hem geen ongewenste ontwikkeling als die wat beter wordt.

De overheid heeft de tarieven nog grotendeels in eigen handen, zodat men die niet zo maar even kan opschroeven. Ook dit aspect zal bij het onderzoek betrokken worden, net als de vraag of zorgaanbieders hun vermogen vergroten door de kwaliteit van de zorg te verminderen. Er wordt bij de toelating van AWBZ-instellingen zo veel mogelijk rekening gehouden met de capaciteitsbehoefte, maar de provincie en de gemeenten beslissen over de aspecten van ruimtelijke ordening. De bouwprioriteitenlijst geldt alleen voor vervangende nieuwbouw; de minister denkt dan ook niet dat het hiervoor beschikbaar stellen van geld door de overheid de mededinging beïnvloedt, zeker niet zolang nieuwe toetreders vrij baan hebben, zij het natuurlijk met inachtneming van de regels die hiervoor gelden. Hij zegt toe, nog schriftelijk te zullen terugkomen op de vraag of een zorginstelling door nieuwbouw zo veel aantrekkelijker wordt dat dit invloed kan hebben op de mededinging. De minister heeft er geen bezwaar tegen om de standstill te handhaven tot 1 januari aanstaande, als de WTZi in werking zal treden. Verder wacht hij af of de Kamer er nog tot een nader oordeel over zal komen of de beleidsregels voldoende zijn om ongewenste ontwikkelingen tegen te gaan. Bij de door mevrouw Kant genoemde voorbeelden zal hij de ontwikkelingen toetsen aan de bereikbaarheidsnormen. Het lijkt hem vanwege het grote aantal niet werkbaar om alle beslissingen in het kader van het uitvoeringsbesluit aan de Kamer voor te leggen, maar hij zegt toe dat hij het tijdig zal aangeven als er een beslissing over een belangrijke kwestie moet worden genomen.

Nadere gedachtewisseling

Mevrouw **Kant** (SP) maakt zich er nog steeds zorgen over dat de minister bij beslissingen in het kader van het uitvoeringsbesluit de bereikbaarheidsnormen voldoende vindt en dat hij ook geen andere mogelijkheden heeft. Zij herinnert aan de geest van het amendement-Van der Vlies over de bereikbaarheid van basiszorg. Ten slotte vraagt zij aan de hand van de situatie in Delfzijl nogmaals aandacht voor het gevaar van sluipende ontmanteling van een ziekenhuis.

Mevrouw **Vietsch** (CDA) is blij met de toezeggingen op allerlei punten; in het nog komende planningsoverleg wil zij nog wel graag vernemen wanneer een en ander zijn beslag zal krijgen, omdat de meeste zaken toch wel spoed vereisen. Verder deelt zij de zorgen van mevrouw Kant over de gevolgen van het afstoten van bepaalde functies door een ziekenhuis. Zij wijst er nogmaals op dat grootschalige instellingen die goed functioneren, niet zonder meer vanwege het streven naar kleinschaligheid zouden moeten verdwijnen. Haar fractie wil dit streven dan ook uit de beleidsvisie geschrapt zien. Ten slotte dringt zij er nogmaals op aan, het boekwaarde-criterium uit de beleidsregels te schrappen.

De heer **Heemskerk** (PvdA) vindt het belangrijk voor de duidelijkheid dat de bereikbaarheidsnorm zal worden omgezet in een beleidsregel en hij is blij dat de Kamer daar nog bij betrokken zal worden. Verder is hij er tevreden mee dat de motie-Heemskerk in ieder geval naar de geest wordt uitgevoerd. Ten slotte geeft hij aan dat het uitvoeringsbesluit van de WTZi naar het oordeel van zijn fractie heldere regels bevat en dat de nieuwe wet veel meer instrumenten biedt dan de WZV.

Mevrouw **Smits** (PvdA) gaat ervan uit dat er algemene overeenstemming over is dat er instemming van de bewoners nodig is voor veranderingen in een instelling en dat de keuzevrijheid intact blijft. Zij ziet in verband met het uitvoeringsbesluit dan ook geen reden tot zorg over de gevolgen van de nagestreefde vermaatschappelijking van de zorg. Ten slotte vraagt zij er aandacht voor dat het opheffen van de contracteerplicht in de huidige

omstandigheden er weliswaar toe leidt dat slechte en dure aanbieders geweerd kunnen worden, maar dat de keuzevrijheid daardoor vermindert. Zonder persoonsvolgend budget kunnen de mensen ook niet «kiezen met de voeten». Is de minister bereid om een analyse te maken van de invloed van de huidige marktontwikkelingen op de keuzevrijheid?

Mevrouw **Schippers** (VVD) constateert dat de WTZi stapsgewijze en flexibel zal worden ingekleurd en dat de minister met de nieuwe wet voldoende instrumenten in handen heeft. Zij vindt het zeer belangrijk dat de op te stellen beleidsregels voor de bereikbaarheid van de acute zorg aan de Kamer zullen worden voorgelegd, want met de daarin vast te leggen normen kan de Kamer het resultaat van het regionale overleg beoordelen. Net als de heer Heemskerk gaat mevrouw Schippers ervan uit dat er in de praktijk naar de geest van zijn motie gehandeld zal worden. Zo nodig zal haar fractie hierop terugkomen, want zij ziet de bepaling op dit punt toch als een weeffout.

De **minister** gaat er eveneens van uit dat er naar de geest van de motie-Heemskerk gehandeld zal worden. Zo nodig zal hij er zelf op terugkomen, hij zal de ontwikkelingen samen met de patiëntenorganisaties in de gaten houden.

Verder wijst hij erop dat het amendement-Van der Vlies in de wet is vastgelegd, zodat er volgens hem duidelijkheid is over de bereikbaarheid van de basiszorg. Hij stelt dat hij ook kan ingrijpen als een ziekenhuis door het afstoten van een functie in de basiszorg de acute zorg in gevaar brengt. Dit zal tot uiting komen in de beleidsregels.

De minister vindt dat de voorkeur voor kleinschaligheid in de beleidsvisie het zeker niet onmogelijk maakt om goed functionerende grootschalige instellingen te handhaven, maar hij toont zich bereid om de teksten hierover nog eens aan een kritische beschouwing te onderwerpen. Voor het overige ziet hij dit meer als een zaak van de staatssecretaris van VWS. Het boekwaardecriterium staat niet in het uitvoeringsbesluit, maar in de beleidsregels, zodat het eventueel aan te passen is. Zolang de financiering op basis van nacalculatie plaatsvindt, hecht de minister hier toch wel aan, maar dit betekent niet dat andere overwegingen zoals schaalverkleining niet zwaarder kunnen wegen. Dit criterium wordt dus met de nodige flexibiliteit gehanteerd.

De minister toont zich ten slotte bereid, een nadere analyse te maken van het dilemma dat mevrouw Smits schetst. Hij zal daarbij ook de mogelijkheid van een persoonsvolgend budget betrekken.

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

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