

## CDA-fractie

1.

Voor de cure en voor de care dienen onderscheidende oplossingen te worden uitgewerkt. De leden van de CDA-fractie zouden het in dit kader op prijs stellen een reactie te ontvangen op de diverse aspecten, zoals aan de orde gesteld in de stukken van Woonzorg Nederland<sup>1</sup>.

1.

Ik streef er naar voor de cure en voor de care zoveel mogelijk gelijkvormige oplossingen uit te werken. Dat laat onverlet dat er verschillen zijn tussen cure en care.

De WTZi bevat een aantal belangrijke elementen voor de ordening van de zorgmarkt, die ik zo snel mogelijk in werking wil doen treden (o.a. instrumenten om zorgaanbieders aan te spreken op transparantie van bestuursstructuur en bedrijfsvoering en betere mogelijkheden om te sturen op publieke belangen als de privacy in AWBZ-verblijfsvoorzieningen).

Deze elementen staan los van de thematiek van de kapitaallasten. De brief van Woonzorg Nederland gaat naar mijn idee meer in op de gevolgen van de brief over de "Transparante en integrale tarieven" (TK 2004/05, 27 659, nr. 52). In tegenstelling tot Woonzorg Nederland verwacht ik geen stagnatie in de bouw. Wel verwacht ik dat instellingen hun vastgoedbeslissingen met een strategische blik (met oog voor de wensen van de toekomstige cliënt) gaan bekijken en langer stil staan bij de vraag of een investeringskeuze toekomstbestendig is, voordat de eerste steen gelegd wordt.

Met betrekking tot de uitwerking van de transparante integrale tarieven wil ik geen overhaaste stappen nemen en besluitvorming baseren op doordachte opties. Als vragen nog niet zijn beantwoord en meer tijd nodig is voor onderzoek, hecht ik eraan daarvoor de tijd te nemen. Tijdens het Algemeen Overleg met de Tweede Kamer over "Transparante en integrale tarieven" op 15 september jl. heb ik toegezegd dat het parlement in het voorjaar van 2006 een voortgangsrapportage ontvangt van het vervolgonderzoek dat ik op dit moment laat verrichten om een zorgvuldige invoering mogelijk te maken. Ook de door Woonzorg Nederland aangedragen aandachtspunten worden daarbij betrokken. Het hiervoor genoemde onderzoek vormt samen met een gefaseerde invoering en de transitie-instrumenten een waarborg voor een zorgvuldig invoeringstraject.

2.

Kan nog eens worden uiteengezet welke mogelijkheden worden gezien om de vermogenspositie van de instellingen in de gezondheidszorg zodanig te versterken dat er en sprake zal zijn van een gelijk speelveld en van een situatie, waarin de tarieven niet uit de hand lopen?

2.

De meest "natuurlijke" en gewenste weg voor het versterken van de solvabiliteit van instellingen is dat zij op basis van de vastgestelde tarieven (of met gebruikmaking van vrije tarieven voor zover daar sprake van is) jaarlijks een positief exploitatiesaldo creëren waarmee het eigen vermogen wordt vergroot. Dit vereist tarieven die het, bij een efficiënte exploitatie, mogelijk maken een positief bedrijfsresultaat te behalen. Omdat het vooralsnog in hoofdzaak zal gaan om door de overheid vastgestelde tarieven, is hier sprake van een situatie waarin de tarieven per definitie niet uit de hand lopen. Omdat de tarieven voorts gelden voor alle instellingen, is tevens sprake van een gelijk speelveld bij de bekostiging. Bij de beslissing om tarieven vrij of vrijer te maken zal moeten worden meegewogen of er sprake is van een evenwichtige marktsituatie.

---

<sup>1</sup> Brief Woonzorg Nederland d.d. 1 september 2005 (griffie nr.133685) ter inzage gelegd op het CIP.

3.

Al jaren wordt er gesproken over het scheiden van wonen en zorg. Op welke termijn kan deze scheiding nu worden geoperationaliseerd?

3.

Er wordt niet alleen gesproken over het scheiden van wonen en zorg. In de afgelopen jaren zijn er - in samenwerking tussen zorgaanbieders en woningbouwcorporaties en veelal ook op aandringen van de zorgkantoren - veel initiatieven geweest waarbij intramurale capaciteit geheel of gedeeltelijk is omgezet in extramurale capaciteit waar cliënten zelf huur betalen. Ook wordt er flankerend beleid gevoerd om extramuralisering te bevorderen. Ik noem bijvoorbeeld de CVZ subsidieregeling "diensten bij wonen met zorg", die het mogelijk maakt dat - aan mensen met een verblijfsindicatie die toch zelfstandig wonen - extramurale dienstverlening wordt geboden die intramuraal vanuit het instellingsbudget wordt bekostigd. Daarnaast is voor financiering van zorginfrastructuur met terugwerkende kracht per 1-4-2003 de WTG- beleidsregel

Overgangsregeling kapitaallasten extramurale zorg in werking getreden.

In de nota "Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing" (TK 29 389, nr. 5) staat beschreven dat voor het zelf betalen voor wonen bij intramurale voorzieningen een VWS-VROM-werkgroep is ingesteld die de effecten voor bestaande en nieuwe intramurale voorzieningen voor de diverse VROM-beleidsterreinen inventariseert. In het voorjaar van 2006 wordt een rapportage van de werkgroep verwacht. Op basis van de rapportage wordt het tijdspad voor de komende jaren uitgezet en wordt besloten of er voor sommige groepen toch uitzonderingen moeten worden gemaakt (verblijf blijft voor deze groepen nog wel uit de AWBZ bekostigd).

Los van de uitkomsten van de werkgroep is - zoals gezegd - ook nu al veel mogelijk op het gebied van scheiden van wonen en zorg.

4.

Hoe oordeelt de minister over het verzoek van de LOC (Landelijke Organisatie Cliëntenraden) om met betrekking tot het enquêterecht te komen tot aanpassing en aanvulling van de toelichting bij het Uitvoeringsbesluit WTZi, alsmede tot wijziging van de Regeling jaarverslaggeving zorginstellingen?

4.

In de brief van het Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC) waar de fracties van het CDA en de SP naar verwijzen, wordt een verduidelijking gevraagd van de regeling van het enquêterecht voor de zorgsector. Alvorens in te gaan op de door het LOC voorgestelde aanpassingen van het Uitvoeringsbesluit Wtzi en de Regeling Jaarverslaglegging Zorginstellingen wil ik kort de hoofdlijnen van de regeling toelichten.

Het komt een enkele keer voor dat het functioneren van een raad van toezicht zodanig tekort schiet dat daarmee het functioneren van de organisatie en de belangen van cliënten, medewerkers of anderen ernstig en duurzaam worden geschaad. In tegenstelling tot de situatie binnen een besloten of naamloze vennootschap, legt een raad van toezicht binnen een stichting formeel aan niemand verantwoording af, omdat aandeelhouders ontbreken. Het probleem doet zich voor dat, als een raad van toezicht disfunctioneert, formeel niemand van binnenuit de stichting kan ingrijpen terwijl er maatschappelijke belangen op het spel staan. De Commissie Meurs pleitte dan ook bij de overheid voor een speciale kamer voor de zorg bij het Amsterdamse Gerechtshof naar analogie van de Ondernemingskamer. Op verzoek van belanghebbenden zou die Ondernemingskamer dan voorzieningen kunnen treffen bij een tekortschietende raad van toezicht.

In overleg met het Minister van Justitie is besloten om de toegankelijkheid van de huidige Ondernemingskamer voor zorginstellingen te vergroten. Daartoe is in de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) geregeld dat alle zorginstellingen die verzekerde zorg willen leveren - zijnde een stichting of vereniging - in de statuten moeten aangeven wie bevoegd is om een enquêteverzoek bij de Ondernemingskamer van het gerechtshof in Amsterdam in te dienen. De

WTZi volgt hierbij wat is bepaald in het Burgerlijk Wetboek, boek 2, titel 8, afdeling 2 over het recht van enquête. Een verzoek tot enquête dient te voldoen aan de eisen die in het Burgerlijk Wetboek hieraan stelt.

*Voorstel 1 van het LOC:*

*Aanpassing van de toelichting bij het Uitvoeringsbesluit zodat duidelijk wordt dat alleen organen/organisaties waarop cliënten feitelijk invloed kunnen uitoefenen, kunnen worden aangemerkt als organen/organisaties die de cliënten vertegenwoordigen*

De keuze aan wie op grond van de statuten toegang wordt verleend tot de Ondernemingskamer, wordt aan de verantwoordelijkheid van de instelling gelaten. Dit is een keuze met een beperkte optie, want er moet in ieder geval een cliëntenvertegenwoordiging worden aangewezen. Deze vastlegging in het Uitvoeringsbesluit WTZi dat tenminste aan een orgaan dat de cliënten van de instellingen vertegenwoordigt de bevoegdheid tot het indienen van een enquêteverzoek moet worden toegekend, is gebeurd op uitdrukkelijk verzoek van de Tweede Kamer.

Voor wat betreft de aanwijzing van een orgaan dat de cliënten van de instellingen vertegenwoordigt, is in de toelichting van het Uitvoeringsbesluit WTZi opgenomen dat om verschillende redenen is besloten om niet wettelijk verplicht te stellen dat aan alle cliëntenraden het enquêteverzoek moet worden toegekend. Gezien de aard van de rechtsgang van de Ondernemingskamer, namelijk het ingrijpen indien het beleid van een onderneming en de gang van zaken van een rechtspersoon dit vragen, kan soms ook aan organisaties die in zijn algemeenheid patiënten en consumenten vertegenwoordigen, zoals de NP/CF of Consumentenbond worden gedacht. Vandaar de gekozen formulering in het Uitvoeringsbesluit '*orgaan dat de cliënten van de instelling vertegenwoordigt*'.

In de toelichting van het Uitvoeringsbesluit is verder opgenomen aan welke andere partijen - gezien de aard van het enquêterecht - gedacht kan worden voor het toekennen van een bevoegdheid tot het indienen van een verzoek tot enquête. Hierbij zijn genoemd de vertegenwoordiging van beroepsbeoefenaren (zoals de medische staf, de verpleegkundige/verzorgende adviesraad) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De WTZi brengt met deze bepaling een structuur tot stand waarbij het cliëntenbelang is geborgd, maar niet noodzakelijkerwijs beperkt blijft tot uitsluitend de specifieke aanwijzing van cliëntenraden.

Overigens kunnen de procureur-generaal en de vereniging van werknemers zich al op grond van het Burgerlijk Wetboek tot de Ondernemingskamer wenden.

In zeg u toe dat ik in de voorlichting over de transparantie-eisen WTZi nadrukkelijk aandacht zal besteden aan welke partijen toegang hebben tot de Ondernemingskamer, en de uitlegging van het begrip '*orgaan dat de cliënten van de instelling vertegenwoordigt*'.

*Voorstel 2 van het LOC:*

*Aanvulling van de toelichting bij het Uitvoeringsbesluit WTZi in die zin dat duidelijk wordt gemaakt dat besluiten over toekenning van het enquêterecht onder het adviesrecht van de cliëntenraad vallen*

Cliëntenraden vervullen in de zorginstellingen een waardevolle rol bij de beleidsbepaling over onderwerpen die van direct belang zijn voor het dagelijkse leven van cliënten. Het (verzwaard) adviesrecht is aan cliëntenraden krachtens de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ) toegekend voor zaken die de zorgverlening raken (voeding, behandeling van klachten, e.d.) of organisatiezaken die van invloed zijn op de zorgverlening, zoals fusies, sluiting van een zorginstelling of de wisseling van een leiding.

Het toekennen van de bevoegdheid tot enquêteverzoek betreft de inrichting van de bestuursstructuur van een zorginstelling. Voor zorginstellingen, zijnde stichtingen, gelden de regels van het Burgerlijk Wetboek en de transparantie-eisen WTZi. Hier is het adviesrecht in de WMCZ niet op van toepassing. In de transparantie-eisen WTZi is nadrukkelijk vastgelegd dat het bestuur van een zorginstelling transparant moet zijn over de inrichting van de bestuursstructuur

en de keuzes die hierbij worden gemaakt. Met de WTZi kan ik daar toezicht op houden en zonodig ook ingrijpen.

Bij goed bestuur hoort dat de inrichting van de bestuursstructuur, zoals ook vastgelegd in de zorgbrede governancecode, gebeurt in goed overleg met de stakeholders zoals de cliëntenvertegenwoordiging. Ik zeg u toe dat ik de implementatie van deze transparantie-eis van de WTZi goed in de gaten houd. Indien blijkt dat er problemen optreden bij de toekenning van het enquêterecht zal ik dat nader bezien, maar ik wil op voorhand geen extra wettelijke regels stellen.

*Voorstel 3 van het LOC:*

*Wijziging van de regeling jaarverslaglegging zorginstellingen in die zin dat bepaald wordt dat in ieder jaarverslag bepaald moet worden wie gerechtigd zijn om verzoek tot het houden van een enquête in te dienen*

Dit voorstel van het LOC is gebaseerd op het feit dat de statuten van zorginstellingen (veelal stichtingen) niet openbaar zouden zijn. Het Burgerlijk Wet boek (artikel 2:298 BW jo artikel 15 Handelsregisterwet 1996) schrijft echter voor dat een ieder statuten kan inzien bij het Handelsregister. Een regeling krachtens de Regeling Jaarverslaglegging Zorginstellingen is niet nodig.

Ik deel de onderliggende opvatting van het LOC, die overigens ook door de NP/CF is geuit, dat het voor de (vertegenwoordiging van) cliënten duidelijk moet zijn waar, welke kritische vraag over het functioneren van zorginstellingen kan worden gesteld. Met de stelselherziening zijn er immers nieuwe wetten (waaronder de WTZi en de Wet marktordening gezondheidszorg) en nieuwe toezichthouders. Ik kan u zeggen dat dit mijn aandacht heeft en dat dit ook in de voorlichting transparantie-eisen WTZi zal worden meegenomen.

5.

Is artikel 18 WTZi nu wel of niet in strijd met artikel 1 Eerste Protocol van het Europees Verdrag van de Rechten van de Mens terzake van het eigendomsrecht? Zo ja, kan dan de toezegging worden gedaan, dat hiervoor een novelle zal worden ingediend?

5.

Nee, zoals ik eerder heb aangegeven in mijn brief van 14 september (kenmerk DBO-CB-U-2616380), ontnemen artikel 18 WTZi en artikel 17a WZV als zodanig niets. Zij bieden slechts de grondslag voor het College sanering om te kunnen bepalen dat een zorginstelling een meeropbrengst ten opzichte van de boekwaarde bij onroerende zaken in het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ) moet storten. Bij de toepassing van deze grondslag in de praktijk zal uiteraard met artikel 1 Eerste Protocol van het Europees Verdrag van de Rechten van de Mens rekening dienen te worden gehouden. Dit kan zonodig aan de rechter ter toetsing worden voorgelegd. In het Algemeen Overleg over de nota Transparante en integrale tarieven in de Tweede Kamer heb ik aangegeven het eigendomsvraagstuk zorgvuldig te onderzoeken (mede in verband met het gelijke speelveld voor aanbieders en het doordenken van de beleidsgevolgen van de introductie van uitkeerbare winst). Dat onderzoek richt zich ook op de feitelijke toepassing van het wetsartikel in een concreet geval. Tevens heb ik aangegeven uw Kamer te betrekken bij de verdere beleidsontwikkelingen. Dat heeft ook betrekking op de toepassing van artikel 18 WTZi.

6.

Is de minister het met de CDA-fractie eens dat er sprake moet zijn van publieke verantwoordelijkheid voor het behouden van de bereikbaarheid van acute zorg en dat hiertoe sluitende afspraken over de organisatie van de keten van de zorg noodzakelijk zijn? Hoe verdraagt zich dit met het wetsvoorstel ambulancezorg, dat marktwerking introduceert? Is de minister bereid dit te heroverwegen?

6.

Bij acute zorg is er sprake van een levensbedreigende situatie of van een situatie waarbij uitstel van hulp ernstige gevolgen heeft voor de gezondheid. Het is daarbij niet relevant of het de zorgvrager of de zorgverlener is, die de zorgvraag als acuut ervaart. Omdat acute zorg zeer weinig uitstel duldt, moeten patiënten voor acute zorg zo dichtbij mogelijk adequate zorg kunnen ontvangen. Bij acute zorg mag het niet meespelen of een instelling al dan niet gecontracteerd is door een zorgverzekeraar. De dichtstbijzijnde adequate aanbieder moet voor de patiënt volledig vergoed worden door de verzekeraar.

De Zorgverzekeringswet verplicht zorgverzekeraars patiënten, ongeacht de vormgeving van hun polis, zo dichtbij mogelijk adequate acute zorg aan te bieden. Om ervoor te zorgen dat zorgverzekeraars dit kunnen realiseren, moet er wel voldoende aanbod van acute zorg zijn. Met de WTZi zorg ik ervoor dat continuering van de huidige goede beschikbaarheid van acute zorg blijft gegarandeerd.

In de beleidsvisie acute zorg van 10 oktober 2003 (TK 29247, nr.1) heb ik aangegeven, dat er voor acute zorg een risico bestaat dat de gewenste beschikbaarheid met de gewenste kwaliteit en doelmatigheid onvoldoende tot stand komt door onderling concurrerende aanbieders. Ik heb daarom destijds geconstateerd, dat er overheidsregulering wenselijk is voor acute zorg die verder gaat dan het opleggen van een zorgplicht aan verzekeraars en het formuleren van bepaalde kwaliteitsnormen. De ketenbenadering in de organisatie van acute zorg staat daarbij centraal. Ik onderschrijf dus volledig het belang dat de CDA-fractie hecht aan de publieke verantwoordelijkheid voor het behouden van de bereikbaarheid van acute zorg en de centrale rol die de keten van aanbieders van acute zorg hierbij speelt.

De ambulancemeldkamer en ambulancedienst(en) – samen vormen zij een regionale ambulancevoorziening (RAV) - maken deel uit van de keten van aanbieders van acute zorg. Met het wetsvoorstel ambulancezorg worden de RAV-en als zorginstellingen gekenmerkt en vallen daarmee onder de WTZi. Alle RAV-en dienen dus, conform de beleidsregels WTZi, deel te nemen aan het regionale overleg acute zorgketen. De introductie van een vergunningstelsel staat hiervan los. Door een vergunningstelsel te introduceren ontstaat er concurrentie om de markt, niet op de markt. Om een vergunning te verkrijgen dient een RAV te voldoen aan een programma van eisen. Op dit moment is het concept programma van eisen al opgesteld. Daarin is opgenomen dat de vergunninghouder zich dient te houden aan alle eisen rond de bereikbaarheid. Het deelnemen aan het regionale overleg acute zorgketen is één van de eisen. Dus zowel via het wetsvoorstel WTZi als via het wetsvoorstel ambulancezorg is gewaarborgd dat, wie de vergunning ook krijgt, RAV-deelname aan het regionale overleg acute zorgketen is gewaarborgd.

## **PvdA-fractie**

7.

Hoe zal de minister zijn toezegging dat de overheid verantwoordelijk blijft voor de organisatie van acute zorg invullen? Het is de leden van de PvdA-fractie niet duidelijk hoe voorkomen zal worden dat de kosten van acute zorg als gevolg van voorliggend wetsvoorstel sterk zullen stijgen. Kan daarbij worden vermeld in welke mate zelfstandige behandelcentra die geen acute zorg aanbieden, meer aantrekkelijke arbeidsvoorwaarden kunnen bieden dan instellingen die ook acute zorg aanbieden en daardoor genoodzaakt zijn ook buiten kantooruren schaars medisch personeel beschikbaar te hebben? Kan daarbij tevens worden vermeld in hoeverre dit zal leiden tot een hogere prijs voor electieve zorg bij deze instellingen?

7.

In mijn antwoord op vraag 6 heb ik aangegeven, dat er overheidsregulering wenselijk is voor acute zorg die verder gaat dan bij de electieve zorg. De ketenbenadering in de organisatie van acute zorg staat daarbij centraal. Via de toelating WTZi verplicht ik alle aanbieders van acute zorg deel te nemen aan de nieuw in te stellen regionale overleggen acute zorgketen. In deze regionale overleggen zorgen de aanbieders van acute zorg ervoor dat er sluitende afspraken komen over: (1) wie welke vorm van acute zorg kan leveren, (2) de overdracht bij ketenschakels

en (3) de manier waarop de huidige goede bereikbaarheid van acute zorg, daaronder vanzelfsprekend begrepen de daaraan verbonden basiszorg, gewaarborgd wordt. In eerste instantie is het dus de verantwoordelijkheid van veldpartijen zelf om te komen tot een goede borging van acute zorg. Zij hebben immers de meeste regionale kennis en kunnen actief naar oplossingen zoeken. Via de toelating WTZi zijn zorginstellingen verplicht zich te houden aan de in het regionale overleg acute zorgketen gemaakte sluitende afspraken. Als het regionale overleg niet tot goede resultaten komt, biedt de WTZi het instrumentarium om in te grijpen. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat in het regionale overleg acute zorgketen wordt vastgesteld dat het voor de bereikbaarheid van acute zorg in een regio noodzakelijk is dat een bepaalde aanbieder het leveren van acute zorg continueert, maar dat die instelling dat weigert. In dat geval kan ik aan de toelating van de betreffende instelling het voorschrift verbinden, dat de instelling de noodzakelijke zorg aanbiedt op een bepaalde locatie. Dit is een ultimum remedium dat ik alleen in zeer uitzonderlijke gevallen zal gebruiken. Met deze aanpak kunnen veldpartijen zelf tot een goede borging van acute zorg komen en is de mogelijkheid gecreëerd dat ik zelf in kan grijpen als veldpartijen daar niet in slagen. Bij de huidige Wet ziekenhuisvoorzieningen is dat niet mogelijk.

Alle betrokken partijen, Vereniging Huisartsenposten Nederland, Nederlands Huisartsen Genootschap, AmbulanceZorg Nederland, de NVZ vereniging van ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, de Landelijke Vereniging voor Traumacentra, Geestelijke Gezondheidszorg Nederland, de Stichting Opleiding Spoedeisende Geneeskunde en Zorgverzekeraars Nederland, onderschrijven deze aanpak. Op 15 september jl. hebben deze organisaties met elkaar afgesproken, hoe zij invulling gaan geven aan de beleidsregels WTZi. Ik ben erg blij met de voortvarendheid waarmee de partijen dit oppakken. Iedereen is er dan ook van overtuigd dat goede acute zorg alleen mogelijk is als alle schakels én kwalitatief goed functioneren én goed op elkaar zijn afgestemd. Op 15 september bleek dat alle partijen ervan overtuigd zijn dat iedere schakel daarbij zijn eigen verantwoordelijkheid heeft.

Ik verwacht niet dat de kosten van acute zorg als gevolg van het voorliggende wetsvoorstel zullen stijgen. Immers, de huidige goede bereikbaarheid wordt als uitgangspunt genomen. Ruim 98% van de bevolking kan op dit moment binnen 45 minuten per ambulance een ziekenhuis met Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) bereiken. Het is dus niet zo dat in het kader van deze wet het aantal ambulancestandplaatsen of het aantal SEH-afdelingen moet worden uitgebreid. Ook verwacht ik niet dat de instellingen die acute zorg leveren hogere prijzen moeten vragen voor hun electieve zorg. Instellingen krijgen de meerkosten die zij maken voor acute zorg namelijk via het FB-budget vergoed.

8.

Kan een zorginstelling verplicht worden tot het aanbieden van acute zorg?

8.

Zoals ik in mijn antwoord op vraag 7 heb aangegeven, kan ik als de WTZi van kracht wordt instellingen hier inderdaad toe verplichten. Ik zal dit instrument echter alleen in zeer uitzonderlijke gevallen gebruiken, als veldpartijen zelf niet in staat zijn de acute zorg goed te borgen.

9.

Het is de leden van de PvdA-fractie ook na lezing van de brief van de minister van VWS van 6 juni 2005 niet duidelijk in hoeverre de afname van administratieve lasten beperkt blijft als gevolg van het verplicht stellen van een leefwensenonderzoek. Graag ontvangen zij een verduidelijking.

9.

De daling van de administratieve lasten als gevolg van de WTZi is niet beperkt te noemen: er is sprake van een daling van € 12 mln als gevolg van het vervangen van de WZV door de WTZi, op een totaal bedrag aan lasten van ruim € 17 mln. De daling van de administratieve lasten zou € 1,4 mln groter zijn geweest als met ingang van de WTZi niet langer sprake zou zijn van een verplicht leefwensenonderzoek in de gehandicaptenzorg. Het bedrag aan administratieve lasten van ruim € 17 mln is gebaseerd op een nulmeting uit 2002. Toen bestond de verplichting van een leefwensenonderzoek nog niet. Deze verplichting bestaat sinds 2003. Door deze verplichting te handhaven onder de WTZi verandert er in de praktijk uiteraard niets aan de administratieve lasten. Formeel treedt een verzwaring op doordat de verplichting nog niet was meegenomen in de nulmeting.

10.

Hoe wordt de zorginfrastructuur in een woonzorgcomplex gefinancierd onder het voorliggende wetsvoorstel?

10.

Met ingang van 1 april 2003 zijn de AWBZ-aanspraken omschreven in zeven functies. Voor de huisvesting van de zorgverlening exclusief de functie verblijf, hebben instellingen per diezelfde datum geen WZV-vergunning of toestemming ingevolgde de TVWMD meer nodig. Instellingen mogen zelf beslissen over noodzakelijke investeringen. De bekostiging van de investeringen staat los van de WTZi en loopt via de tarieven, hierin zijn normatieve opslagen voor de kapitaallasten opgenomen. Voor enkele onderdelen van de zorg bestaat er al zo'n normatieve vergoeding van de kapitaallasten, voor andere onderdelen nog niet. In afwachting daarvan is met terugwerkende kracht per 1-4-2003 de WTG-beleidsregel Overgangsregeling kapitaallasten extramurale zorg in werking getreden. Hieruit wordt momenteel de zorginfrastructuur in een woonzorgcomplex gefinancierd. VWS heeft inmiddels het CTG/ZAIo verzocht een beleidsregel 'extramuraliseringsruimte' te ontwerpen voor de financiering van zorginfrastructuur bij het scheiden van wonen en zorg, als opvolger van de beleidsregel Overgangsregeling kapitaallasten extramurale zorg.

Aan het voorgaande verandert het voorliggende wetsvoorstel niets.

11.

De leden van de PvdA-fractie lezen in de nota Transparante en integrale tarieven dat de normatieve huisvestingscomponent mede gebaseerd zal zijn op de economische levensduur van zorginstellingen. In de nota wordt ook geconcludeerd dat het huidige afschrijvingsstelsel niet gebaseerd is op de economische levensduur van zorginstellingen. Hoe wordt de huidige discrepantie tussen de afschrijvingstermijn en de economische levensduur van instellingen opgeheven? Kan daarbij worden verduidelijkt hoe in de afschrijvingskosten van gebouwen waarvoor nog wel wordt afgeschreven, maar die gedeeltelijk of geheel niet meer bestaan, wordt voorzien? Welke gevolgen heeft de overwaardering van de boekwaarde van de zorginstellingen, voor de waardering van het eigen vermogen van de zorginstellingen? In hoeverre maakt deze problematiek aanvullende maatregelen ter verbetering van het eigen vermogen van zorginstellingen noodzakelijk? In welke mate bestaat er in dit kader een level playing field tussen bestaande instellingen en instellingen die nu en die over bijvoorbeeld twee jaar toegelaten worden?

11.

Tot op heden baseert het CTG/ZAIo de vergoeding van de afschrijvingskosten voor gebouwen op een levensduur van 50 jaar. Er zijn aanwijzingen dat gebouwen in de praktijk gemiddeld voor het 50e jaar door nieuwbouw worden vervangen. Bij de bestaande vergoedingsregel betekent dat, dat er boekhoudkundig een stuk restwaarde op de balans zou achterblijven die geen werkelijke waarde is. In de praktijk is dit opgelost door de restwaarde mee te financieren met het nieuwe gebouw. Dat betekent wel dat de boekwaarde van het nieuwe gebouw hoger is dan de werkelijke waarde. Voor een juiste inschatting van de balanspositie zullen financiers een correctie aanbrengen voor deze boekwaardevertekening. In die zin is de oplossing van het

boekwaardeprobleem een onderdeel van de versterking van de solvabiliteit. Instrumenten die bedoeld zijn om de solvabiliteit van instellingen te versterken (zie vraag 12) kunnen dus ook bijdragen aan de oplossing van het boekwaardeprobleem en het verbeteren van een gelijk speelveld.

12.

Hoe zal de transitiefaciliteit worden geoperationaliseerd? Op welke wijze zal worden beoordeeld of een instelling al dan niet in aanmerking komt voor de transitiefaciliteit? Is de transitiefaciliteit getoetst aan de Mededingingswet en EU-recht?

12.

In het antwoord op vraag 2 van het CDA is uiteengezet wat de gewenste "natuurlijke" weg is voor instellingen om tot een gezonde solvabiliteit te komen. Of deze weg voor iedere instelling begaanbaar is, is afhankelijk van de uitgangspositie en van de snelheid waarmee de risico's toenemen (het tempo van de transitie). Als extra maatregel voor een verantwoorde transitie is de vraag opgekomen of instellingen met een te lage uitgangssolvabiliteit niet de mogelijkheid kan worden gegeven een voorschot te nemen op de versterking van de solvabiliteit door een tijdelijke vorm van balanssteun. Het zou hier niet moeten gaan om een gift of gunst maar om een zakelijke transactie met een marktconforme prijs. Dat kan bijvoorbeeld interessant zijn voor die instellingen door de faciliteit toegang zouden krijgen tot het Waarborgfonds en zo op hun gehele leningenportefeuille een rentevoordeel kunnen behalen. Uitgaande van een dergelijk marktconform instrument zou er geen mededingingsprobleem hoeven te zijn omdat instellingen die het niet nodig hebben geen beroep op de faciliteit zullen doen. Of deze gedachte, zoals hier ruw en op hoofdlijnen is verwoord, ook daadwerkelijk nodig en goed uitvoerbaar is, is momenteel onderwerp van onderzoek en (indien nodig) overleg met NMa en Europese Commissie.

13.

Wat zijn de kosten van het verbeteren van de solvabiliteitspositie van instellingen/aanbieders?

13.

Door de wijze waarop de vraag is gesteld wordt de indruk gewekt dat het verbeteren van de solvabiliteitspositie als een kostenpost wordt gezien. Bedrijfseconomisch is dat niet juist, want het gaat bij de versterking van de solvabiliteit om het opbouwen van vermogen en niet om het accepteren van "niet vermijdbare exploitatieverliezen". Los daarvan raakt met de wijze van vraagstelling ook licht de kernvraag uit beeld: wat verliezen we aan efficiency, innovatie en kwaliteit zolang we instellingen niet op basis van prestaties gaan financieren en daarmee in een meer risicodragende positie brengen?

Voorts is een algemeen geldend antwoord op deze vraag niet te geven, want een en ander is sterk afhankelijk van de boekwaarde, exploitatie-uitkomsten op langere termijn etcetera.

14.

Het is de leden van de PvdA-fractie nog niet duidelijk hoe de reallocatie-effecten zullen worden afgebouwd. Ook daar ontvangen zij graag een toelichting op.

14.

Met reallocatie-effecten wordt bedoeld dat de totale vergoeding voor de kapitaallasten die instellingen krijgen op basis van normatieve huisvestingscomponenten, waarschijnlijk hoger of lager zal zijn dan de vergoeding die ze nu krijgen van CTG/ZAio. De huidige vergoeding is immers specifiek toegesneden op de instelling in kwestie.

Het is de bedoeling dat de instellingen hun bedrijfsvoering gaan aanpassen aan de nieuwe tarifiering. Wel kan het omwille van een ordentelijke transitie gewenst zijn de noodzakelijke aanpassingen aan de nieuwe tarifiering stapsgewijs te laten plaatsvinden. Een mogelijke (budgettair neutrale) maatregel is dat instellingen die financieel voordeel hebben van de nieuwe systematiek, gedurende de aanpassingsperiode tijdelijk compensatie leveren voor de instellingen



die er nadeel van ondervinden. Of er van zo'n verevening sprake zal moeten zijn, is afhankelijk van de reallocatieverschillen. Daar wordt op dit moment nader onderzoek naar gedaan.

15.

Hoe zullen de eisen van het waarborgfonds worden geoperationaliseerd? Hoe wordt voorkomen dat er sprake zal zijn van subsidiering van minder efficiënt draaiende instellingen door efficiëntere instellingen?

15.

In het huidige kredietwaardigheidsonderzoek van het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) komen onder meer de volgende factoren aan de orde: de organisatorische, bestuurlijke, financiële en juridische structuur; de omvang van de financiële reserves; de exploitatieontwikkelingen; de kwaliteit van de sturing en beheersing van de organisatie, alsmede voornemens, verwachtingen of ontwikkelingen terzake.

Er kan niet op voorhand gezegd worden hoe de eisen van het WfZ er in de toekomst precies uit gaan zien. De procedures en werkwijzen van het WfZ in de transitiefase dienen de beleidsmatige veranderingen op de voet te volgen. Naarmate meer wettelijke zekerheden vervallen, zeggen van wetten afgeleide toelatingscriteria minder over de financiële staat van de toetredende instellingen. Daarmee wordt voor het WfZ een gedegen financieel economische toetsing nog belangrijker.

De huidige activiteiten van het WfZ hebben niet het doel – of het effect – dat efficiënt draaiende zorginstellingen minder efficiënt draaiende instellingen subsidiëren. Het WfZ is het garantie-instituut van en voor zorginstellingen. Het WfZ verstrekt garanties op leningen aan zorginstellingen, waardoor de risico's voor de kapitaalverstrekker worden weggenomen. Deelname aan het WfZ is vrijwillig en staat slechts open voor zorginstellingen die financieel gezien voldoende 'de boel op orde hebben' en naar verwachting op orde kunnen houden. Garantstelling door het WfZ leidt ertoe dat de zorginstellingen een lagere rente over de lening betalen.

Het WfZ beschikt over een vermogen om zorginstellingen die in financiële problemen zijn geraakt bij te staan ("risicovermogen"). Dit vermogen is onder andere opgebouwd uit de zogeheten 'afsluitpremies' die zorginstellingen telkens voor garanties aan het WfZ moeten betalen. In het uiterste geval heeft de overheid zich verplicht bij te springen met renteloze leningen aan het WfZ (de zogenaamde "achtervangpositie" van de overheid).

Ook indien de procedures en werkwijzen van het WfZ in de transitiefase veranderen, is niet het doel dat minder efficiënt draaiende instellingen worden gesubsidieerd door efficiënt draaiende instellingen.

16.

Het komt deze leden voor dat de conclusie die in de nota Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg wordt getrokken dat in Nederland in de toekomst een winsttoogmerk voor zorginstellingen kan worden toegestaan, prematuur is, ook gezien het feit dat nog veel aspecten van de nota nadere uitwerking eisen, zoals ook door de minister in het Overleg hierover met de Tweede Kamer is bevestigd.

16.

Tijdens de plenaire behandeling van het voorstel voor de WTZi op 1 september 2004, vroeg de Tweede Kamer hoe wij willen omgaan met het kapitaallastenvraagstuk. Het kapitaallastenvraagstuk omvat een aantal thema's: de tarifiering van de kapitaallasten, de mogelijkheden om het bouwregime af te schaffen, het eigendom van zorginstellingen en het vergroten van de financieringsmogelijkheden via het toestaan uitkeerbare winst. Deze thema's vertonen een duidelijke onderlinge samenhang. In de brief "Transparante en integrale tarieven" (TK 2004/05, 27 659, nr. 52) is recht gedaan aan deze samenhang. Er was geen aanleiding hierbij een uitzondering te maken voor uitkeerbare winst. Ik beoog het parlement zoveel mogelijk te informeren over en te betrekken bij dit complexe vraagstuk.

De conclusie in de eerdergenoemde brief over integrale tarieven is dat indien aan een aantal voorwaarden is voldaan, bij algemene maatregel van bestuur het winsttoogmerk kan worden

toegestaan aan een zorgsector of — via een ministeriële regeling bij een experiment — aan een zorginstelling. De eerste voorwaarde is dat de sector of instelling wordt vergoed via transparante prestatiebekostiging inclusief huisvestingslasten. De tweede voorwaarde houdt in dat de sector of instelling volledig risicodragend is voor schommelingen in de afzet. De derde voorwaarde is dat er geen sprake is van weglek van publieke middelen. Voorts zijn er voorwaarden die zowel voor bestaande als op uitkeerbare winst gerichte zorgondernemingen gelden. Deze voorwaarden vloeien voort uit het kwaliteits- en markttoezicht bij gereguleerde marktwerking. Verder dienen alle instellingen te voldoen aan de gestelde transparantie-eisen.

Tijdens het Algemeen Overleg met de Tweede Kamer over integrale tarieven op 15 september jl., heb ik naar voren gebracht dat ik bij de uitwerking van de brief geen overhaaste stappen wil nemen en besluitvorming wil baseren op goed doordachte opties. Nieuwe, aanvullende inzichten worden betrokken bij de nadere vormgeving bij elk van de thema's, waaronder uitkeerbare winst.

17.

Kan worden aangegeven welke wijzigingen in het voorliggende wetsvoorstel nog zullen worden aangebracht en wanneer, naar aanleiding van de brief van de minister van VWS betreffende de positionering van zelfstandige bestuursorganen in het nieuwe zorgstelsel (MC/T&B-2588424)?

17.

De brief over de positionering van zelfstandige bestuursorganen (EK 2004/05, 29 762 onder J) heeft reeds geleid tot een voorstel tot wijziging van de WTZi. Op 13 september jl. is bij de Tweede Kamer het voorstel van wet ingediend waarin wordt geregeld dat de toelating zonder bouw in het vervolg wordt verleend door de minister van VWS en niet langer door het College voor zorgverzekeringen.

Momenteel verstrekt het CVZ toelatingen voor het leveren van ZFW- danwel AWBZ-gefinancierde zorg. Met de WTZi zoals die nu voorligt in de Eerste Kamer gaat de verlening van toelatingen met bouwregime over naar VWS. Met het wijzigingsvoorstel dat in de Tweede Kamer aanhangig is, komt het verstrekken van toelatingen in één hand en het is dan in alle gevallen de minister van VWS die, indien nodig, aan een toelating een voorschrift verbindt, bijvoorbeeld uit oogpunt van beschikbaarheid van acute zorg. Het verlenen van toelatingen past niet in de taak van het College voor Zorgverzekeringen als pakketbeheerder, zoals ik die heb geschetst in de brief over de positionering van de zelfstandige bestuursorganen.

De brief over de positionering van de zelfstandige bestuursorganen hangt samen met het beleid dat wordt geschetst in de nota Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg. Uit de beide stukken volgt dat op termijn de bouwvergunningen gaan verdwijnen en daarmee de rol van het College bouw als zelfstandig bestuursorgaan. De positie van het College sanering wordt nader bezien (zie ook het antwoord op vraag 18). Het verdwijnen van het College bouw zal zeker consequenties hebben voor de WTZi. De termijn waarop dit het geval is, wordt bepaald door de besluitvorming over de afbouw van de taken van het College bouw. Als de taken en/of de positie van het College sanering wijzigen, heeft dat eveneens gevolgen voor de WTZi. De termijn waarop dat het geval zal zijn is nog niet bekend.

18.

Hoe moeten de taken en positie van het College sanering worden gezien in het licht van de invoering van marktwerking in het nieuwe stelsel?

18.

In het geval dat de Minister op dit moment vanuit planmatige overwegingen besluit om de toelating van een instelling geheel of gedeeltelijk in te trekken, compenseert de overheid (het College sanering) een dergelijke intrekking van de toelating met een subsidie voor de kosten die verbonden zijn aan een dergelijke gedwongen sluiting. Omdat de overheid in de toekomst investeringsbeslissingen meer en meer overlaat aan de zorginstellingen zelf en de

aanbodplanning loslaat, zal zij nauwelijks of geen sluitingsbeslissingen meer nemen. Deze taak van het College sanering zal op termijn dus verdwijnen.

Een tweede wettelijke taak van het College sanering is het verlenen van goedkeuring bij verkoop van onroerende zaken van zorginstellingen. Met het toenemen van de marktvrijheden, zal deze taak vanuit het voorkomen van weglekken van collectieve middelen aan belang toenemen.

In het kader van de brief Transparante en integrale tarieven worden thans een aantal zaken uitgewerkt. Zo wordt er gewerkt aan een instrument dat instellingen in staat moet stellen ook in een risicovolle omgeving voldoende financiële middelen aan te trekken, de Transitiefaciliteit. Daarnaast wordt er gewerkt aan een saneringsinstrument, dat de Minister in staat moet stellen de toegankelijkheid van de zorg te waarborgen, ingeval een instelling failliet gaat en het systeem geen vervangende zorg genereert. Uitgangspunt is, dat dit saneringsinstrument past bij integrale tarieven inclusief kapitaallasten. Aangezien er nog geen duidelijkheid is rond deze instrumenten, kan op dit moment ook nog niet gezegd worden wat dit betekent voor de positie van het College sanering. Ik verwijs u in dit verband ook naar mijn brief over de positionering van zelfstandige bestuursorganen in het nieuwe zorgstelsel.

### **SP-fractie**

19.

Graag ontvangen de leden van de **SP**-fractie commentaar op de brief van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten<sup>2</sup> datum 26 september 2005 kenmerk SEZ/U200515410, waarin wordt aangedrongen op een novelle in de WTZi, waarin wordt vastgelegd dat instellingen besluiten over afbouw van intramurale capaciteit ter goedkeuring voorleggen aan de desbetreffende gemeenten. Hoe beoordeelt de minister de regierol van gemeenten in dezen en hoe ziet hij de relatie met de invoering van de WMO?

19.

De gemeenten hebben een regierol in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). Omdat de Wmo raakvlakken heeft met andere wet-en regelgeving in andere sectoren (jeugdzorg, huisvesting, etc.) is met de VNG afgesproken dat nader zal worden bezien of deze regierol extra instrumenten vergt, in samenwerking met andere departementen, waarbij het ministerie van BZK een coördinerende rol zal vervullen. Ook zijn er raakvlakken tussen de Wmo en de Wtzi.

Met behulp van de WTZi wil ik zorginstellingen uiteindelijk meer zelf verantwoordelijk maken voor hun investeringen. Dat neemt niet weg dat gemeenten instrumenten hebben om invloed op investeringen van zorginstellingen uit te oefenen:

- Bij de uitvoering van investeringsplannen vindt afstemming tussen zorgaanbieders en de gemeente plaats via de gebruikelijke procedures rondom de vestiging en bouw van infrastructuur van zorgaanbieders. Dit gebeurt via bestemmingsplannen en het afgeven van bouwvergunningen. Gemeenten kunnen via hun grondbeleid en verantwoordelijkheid voor bestemmingsplannen alsmede het afgeven van bouwvergunningen invloed uitoefenen op het aanbod van zorgvoorzieningen in de gemeente c.q. regio.
- Ook onder de WTZi moet een instelling een vierjaarlijks bij te stellen Lange Termijn Huisvestingsplan maken. De beleidsregel op basis waarvan hij dit doet, schrijft voor dat de aanbieder aantoonbaar alle mogelijke moeite moet hebben gedaan om bij stakeholders (waaronder de lagere overheden) steun en draagvlak te vinden.

Het instrumentarium van gemeenten in het kader van de WTZi is mijns inziens dan ook afdoende.

---

<sup>2</sup> Brief van Vereniging van Nederlandse Gemeenten d.d. 26 september 2005 (griffie nr. 132156.14) ter inzage gelegd op het CIP.

20.

Graag ontvangen zij ook commentaar op de brief van het Inter Provinciaal Overleg<sup>3</sup> van 30 augustus 2005 kenmerk 50099/2005, waarin het IPO vraagt om de minister te vragen naar een nadere invulling van het amendement van der Vlies, betreffende publieke verantwoordelijkheid voor het behouden van de bereikbaarheid van acute zorg. Waar blijft een deugdelijke beleidsvisie van de minister, die het behoud van de gelijke toegankelijkheid minimaal aannemelijk maakt? De provincies pleiten er voor om op het terrein van de acute zorg af te zien van gereguleerde marktwerking. Is de minister bereid om met provincies in overleg te treden hoe sluitende afspraken zijn te maken met alle ketenpartners op regionaal niveau?

20.

Voor het antwoord op uw vraag hoe ik de publieke verantwoordelijkheid voor het behouden van de bereikbaarheid van acute zorg wil waarborgen verwijs ik u naar mijn antwoord op vraag 7. Ook heb ik in mijn antwoord op vraag 7 uitgelegd, waarom ik er op reken dat onder de WTZi op regionaal niveau sluitende afspraken gemaakt kunnen worden tussen alle ketenpartners.

21.

Graag sluiten de leden van de SP-fractie zich aan bij het verzoek van de CDA-fractie om commentaar op de brief van Woonzorg Nederland van 1 september 2005 kenmerk CS/MM/05/087, waarin wordt gezegd dat de WTZi onherroepelijk zal leiden tot een ernstige en structurele stagnatie van de realisering van zowel intra- als extra-murale zorgvoorzieningen in Nederland. Heeft dit met name te maken met de financiële risico's waardoor banken en woningcorporaties niet meer bereid zijn geld te steken in projecten.

21.

Zie antwoord op vraag 1

22.

Voorts vragen zij commentaar op de brief van de Landelijke Organisatie van Cliëntenraden<sup>4</sup> van 9 september 2005 kenmerk 050853-kd/mjl betreffende het enquête recht in de WTZi. Zij vinden het van belang om meer duidelijkheid te krijgen met de toepassing van dat recht in de zorg. Wil de minister antwoord geven op de drie vragen aan het eind van de brief waarin een aantal toezeggingen worden gevraagd?

22.

Zie antwoord op vraag 4

---

<sup>3</sup> Brief van het Inter Provinciaal Overleg d.d. 30 augustus 2005 (griffie nr. 133660) ter inzage gelegd onder op het CIP.

<sup>4</sup> Brief Landelijke Organisatie van Cliëntenraden d.d. 9 september 2005 (griffie nr. 132745.6) ter inzage gelegd op het CIP.