

Besluit van

houdende uitvoering van enige bepalingen van de Wet toelating zorginstellingen (Uitvoeringsbesluit WTZi)

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 27 september 2004, kenmerk Z/PB-2519449;

Gelet op de artikelen 1, tweede en derde lid, 5, eerste, tweede en derde lid, 6, 7, derde lid, onder c, 9, eerste lid, onder b, 16 en 17, vierde lid, van de Wet toelating zorginstellingen;

De Raad van State gehoord (advies van 23 november 2004, nummer W13.04.0473/III);

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van _____, kenmerk MC/MO-2547681;

Hebben goedgevonden en verstaan:

HOOFDSTUK I AANWIJZING INSTELLINGEN

Artikel 1.1

In dit besluit wordt, tenzij anders bepaald, verstaan onder:

- a. de wet: de Wet toelating zorginstellingen;
- b. verblijf: de zorg, omschreven in artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ.

Artikel 1.2

Voor de toepassing van artikel 5, eerste lid, van de wet worden de volgende categorieën van instellingen aangewezen:

1. instellingen voor medisch-specialistische zorg;
 2. audiologische centra;
 3. trombosediensten;
- alsmede instellingen voor:
4. niet-klinische revalidatie;
 5. huisartsenzorg;
 6. verloskundige zorg;
 7. kraamzorg;
 8. tandheelkundige zorg;
 9. paramedische zorg;
 10. het verstrekken van hulpmiddelen;
 11. het verlenen van farmaceutische zorg;

12. ziekenvervoer;
13. erfelijkheidsadvisering;
14. niet-klinische hemodialyse;
15. chronisch intermitterende beademing;
16. huishoudelijke verzorging;
17. persoonlijke verzorging;
18. verpleging;
19. ondersteunende begeleiding;
20. activerende begeleiding;
21. behandeling;
22. dieetadvisering;
23. prenatale zorg;
24. de uitleen van verpleegartikelen.

HOOFDSTUK II UITZONDERINGEN

Artikel 2.1

1. Niet tot de in artikel 1.2 genoemde instellingen behoren militaire instellingen als ziekenboegen, gezondheidscentra en operationeel geneeskundige instellingen.
2. Op de instellingen, genoemd in artikel 1.2, onder nummer 1, voor zover het betreft militaire ziekenhuizen en militaire revalidatiecentra, zijn de artikelen 7, derde lid, onder c, 9, eerste lid, onder b, en 13, eerste lid, eerste volzin, van de wet niet van toepassing.
3. Op de instellingen, genoemd in artikel 1.2, onder nummer 1, voor zover het betreft academische ziekenhuizen, zijn de artikelen 6.1 en 6.2 van dit besluit niet van toepassing.
4. Artikel 16 van de wet is uitsluitend van toepassing op de instellingen, bedoeld in artikel 1.2, onder de nummers 1 en 16 tot en met 21.
5. De artikelen 17 en 18 van de wet zijn uitsluitend van toepassing op de instellingen, bedoeld in artikel 5.2, met uitzondering van de kleinschalige woonvoorzieningen, bedoeld in artikel 5.4.

Artikel 2.2

De instellingen, genoemd in artikel 1.2, onder de nummers 5 tot en met 13 worden voor de toepassing van artikel 5, eerste of tweede lid, van de wet aangemerkt als in het bezit van een toelating.

HOOFDSTUK III WINSTOOGMERK

Artikel 3.1

Als instellingen waarvoor winstoogmerk is toegestaan, worden aangewezen:

- a. de instellingen, behorend tot de categorieën, genoemd in artikel 1.2, onder de nummers 2, 3 en 5 tot en met 12;
- b. de instellingen, behorend tot de categorieën, genoemd in artikel 1.2, onder de nummers 15 tot en met 24, voor zover de desbetreffende zorg niet wordt verleend in combinatie met verblijf;
- c. de instellingen, bedoeld in artikel 5.4, eerste lid.

HOOFDSTUK IV AANVRAAG TOELATING

Artikel 4.1

1. De aanvraag aan het College zorgverzekeringen om een toelating wordt ingediend onder gebruikmaking van een door dat college beschikbaar te stellen formulier.
2. De aanvraag aan Onze Minister om een toelating wordt ingediend onder gebruikmaking van een door Onze Minister beschikbaar te stellen formulier.

Artikel 4.2

Een aanvraag als bedoeld in artikel 5, tweede lid, van de wet wordt, om in behandeling te worden genomen met het oog op het toepassen van de beleidsregels op grond van artikel 4 van de wet, ingediend binnen zestien maanden na de aanvang van de in artikel 6, onder c, van de wet bedoelde periode van twee jaar.

HOOFDSTUK V BOUW

Artikel 5.1

1. In dit hoofdstuk wordt verstaan onder:
 - a. *het bouwen of de bouw*: het ten behoeve van een instelling plaatsen, aanbrengen, geheel of gedeeltelijk oprichten, vergroten, vernieuwen of veranderen van een bouwwerk, het aanleggen of veranderen van tot een instelling behorende terreinen, alsmede het treffen van alle voorbereidingen daartoe, daaronder niet begrepen die voorbereidingen die noodzakelijk zijn om voor dat doel te voldoen aan het bepaalde bij of krachtens de wet. Voorts zijn onder bouw niet begrepen de werkzaamheden die worden verricht ten behoeve van het onderhoud, zijnde het handhaven van een gebouw en het daartoe behorende terrein in een redelijke staat, alsmede het voorkomen van het ontstaan van schade daaraan, een en ander voor zover dit geen bouwkundige ingrepen omvat.
 - b. licht verblijf: woningen met lichte aanpassing ten opzichte van reguliere woningbouw;
 - c. zwaar verblijf: woningen met ingrijpende aanpassing ten opzichte van reguliere woningbouw.
2. Onder bouw wordt mede verstaan het in gebruik nemen van een ruimte.

Artikel 5.2

Als categorieën van organisatorische verbanden waarvoor ingevolge artikel 5, tweede lid, van de wet een toelating door Onze Minister is vereist in geval van een bij artikel 5.3 aangewezen vorm van bouw, worden aangewezen:

- a. instellingen als bedoeld in artikel 1.2, onder 1, indien:
 - de zorg wordt verleend in combinatie met verblijf als bedoeld in artikel 10, onder g, van de Zorgverzekeringswet;
 - voor de zorg op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg een tarief is vastgesteld en
 - de zorg behoort tot de ingevolge de Zorgverzekeringswet te verzekeren prestaties,

een en ander met uitzondering van militaire ziekenhuizen en militaire revalidatiecentra;

b. AWBZ-instellingen die een of meer vormen van zorg verlenen als bedoeld in artikel 1.2, nummers 17 tot en met 21, in combinatie met verblijf, in verband met:

- 1°. een somatische aandoening of beperking;
- 2°. een psychogeriatrische aandoening of beperking;
- 3°. een psychiatrische aandoening;
- 4°. een verstandelijke handicap;
- 5°. een lichamelijke handicap;
- 6°. een zintuiglijke handicap, of
- 7°. een psychosociaal probleem;

c. kinderdagcentra, zijnde AWBZ-instellingen die zorg verlenen als bedoeld in artikel 1.2, nummers 17 tot en met 20, niet in combinatie met verblijf, aan kinderen in verband met een verstandelijke en een lichamelijke of zintuiglijke handicap.

Artikel 5.3

Als vormen van bouw ten behoeve van de instellingen, genoemd in artikel 5.2, worden aangewezen:

- a. bouw, gericht op de oprichting van een nieuwe instelling;
- b. vervangende nieuwbouw;
- c. bouw, gericht op uitbreiding van het aantal vierkante meters, voor zover de kosten hoger zijn dan het bedrag dat voor de betrokken instelling beschikbaar is ingevolge de op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel inzake instandhoudingsinvesteringen;
- d. bouw, gericht op de uitbreiding van het aantal bedden of plaatsen van een bestaande instelling;
- e. bouw, gericht op instandhouding van het gebouw van een instelling als bedoeld in artikel 5.2, onder b, die zorg verleent als bedoeld in artikel 1.2, onder nummer 17, 18 of 19, ten behoeve van de doelgroepen, genoemd in de punten 1° en 2°, voor zover de kosten hoger zijn dan het bedrag dat voor de betrokken instelling beschikbaar is ingevolge de op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel inzake instandhoudingsinvesteringen;
- f. bouw, gericht op instandhouding van het gebouw van een academisch ziekenhuis, voor zover de kosten meer bedragen dan voor het desbetreffende ziekenhuis voor instandhoudingsinvesteringen beschikbaar is op grond van een besluit krachtens artikel 2.25, zesde lid, van het Bekostigingsbesluit WHW;
- g. bouw ten behoeve van kinderdagcentra;
- h. bouw naar aanleiding van het verkrijgen van een vergunning als bedoeld in artikel 2 van de Wet op bijzondere medische verrichtingen.

Artikel 5.4

1. Artikel 5.3 is niet van toepassing voor zover het betreft bouw ten behoeve van kleinschalige woonvoorzieningen, zijnde instellingen of delen daarvan waar de desbetreffende zorg wordt verleend:

- a. uitsluitend aan de categorieën van doelgroepen, bedoeld in artikel 5.2, aanhef en onder b, punt 3° en 7°, gepaard gaande met een beschermende woonomgeving;

- b. aan een of meer van de overige categorieën van doelgroepen, al dan niet in combinatie met de onder a genoemde doelgroepen, en
- die bestaan uit zelfstandige woningen, dat wil zeggen woningen die naast één of meer privé-vertrekken een eigen voordeur, een eigen keuken, een eigen toilet en een eigen badkamer hebben,
 - die een beperkte omvang hebben, dat wil zeggen dat zij huisvesting bieden aan ten hoogste zes personen,
 - met voor zover het gaat om zwaar verblijf ten hoogste twaalf personen per postcode en voor zover het gaat om licht verblijf ten hoogste 25 personen per postcode, dat wil zeggen dat zij samen met andere zodanige woonvoorzieningen in een gebied met dezelfde postcode aan niet meer dan twaalf onderscheidenlijk 25 personen huisvesting bieden, met dien verstande dat het totaal van licht en zwaar verblijf tezamen per postcode ten hoogste 25 personen bedraagt; en
 - die niet zijn gelegen op het terrein van de Stichting Het Dorp of een andere niet-kleinschalige instelling.
2. Onder postcode als bedoeld in het eerste lid, onder b, wordt verstaan de combinatie van vier cijfers en twee letters.
3. Artikel 5.3 is voorts niet van toepassing voor zover het betreft bouwen ten behoeve van het verlenen van zorg aan personen aan wie niet tevens verblijf wordt geleverd.

HOOFDSTUK VI TRANSPARANTIE-EISEN

§ 1. Bestuursstructuur

Artikel 6.1

Met betrekking tot de bestuursstructuur van instellingen gelden de volgende eisen:

- a. er is een orgaan dat toezicht houdt op het beleid van de dagelijkse of algemene leiding van de instelling en deze met raad ter zijde staat; geen persoon kan tegelijk deel uitmaken van het toezichthoudend orgaan en de dagelijkse of algemene leiding;
- b. de leden van het toezichthoudend orgaan hebben geen directe belangen bij de instelling, bijvoorbeeld als directeur, werknemer, beroepsbeoefenaar die zijn praktijk voert in de instelling;
- c. de instelling legt schriftelijk en inzichtelijk de verantwoordelijkheidsverdeling tussen het toezichthoudend orgaan en de dagelijkse of algemene leiding vast, alsmede de wijze waarop interne conflicten tussen beide organen worden geregeld.

Artikel 6.2

Indien de instelling de rechtsvorm van stichting of vereniging als bedoeld in artikel 344 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek heeft, kent zij in de statuten aan een orgaan dat de cliënten van de instelling vertegenwoordigt, de in artikel 346, onder c, van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek bedoelde bevoegdheid toe tot het indienen van een verzoek als bedoeld in artikel 345 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek. De instelling kan die bevoegdheid daarnaast ook aan anderen toekennen.

§ 2. Bedrijfsvoering

Artikel 6.3

De instelling heeft schriftelijk vastgelegd welk orgaan of welke organen van de instelling welke bevoegdheden heeft onderscheidenlijk hebben ten aanzien van welk onderdeel of aspect van de bedrijfsvoering.

Artikel 6.4

1. De instelling heeft schriftelijk en inzichtelijk vastgelegd hoe de zorgverlening georganiseerd wordt, van welke andere organisatorische verbanden daarbij gebruik wordt gemaakt en wat de aard is van de relaties met die andere verbanden, waaronder begrepen verantwoordelijkheden, taken en beslissingsbevoegdheden.

2. De activiteiten van de instelling waarvoor de toelating geldt, worden in ieder geval financieel onderscheiden van andere activiteiten van de instelling.

Artikel 6.5

In de financiële administratie van de instelling zijn ontvangsten en betalingen duidelijk traceerbaar naar bron en bestemming, en duidelijk is wie op welk moment welke verplichtingen voor of namens de instelling is aangegaan.

HOOFDSTUK VII GEGEVENSVERSTREKKING

Artikel 7.1

Dit hoofdstuk heeft betrekking op de in artikel 16 van de wet bedoelde gegevens van de in artikel 2.1, vierde lid, bedoelde instellingen, voor zover die betreffen:

- de structuur van de instellingen;
- het gebruik van de instellingen;
- de investeringen en de exploitatiekosten van de instellingen, in de volgende artikelen "gegevens" genoemd.

Artikel 7.2

1. Onze Minister geeft per categorie van instellingen en per categorie van personen die bij de exploitatie van een instelling betrokken zijn, aan, welke gegevens jaarlijks dienen te worden verstrekt.

2. Onze Minister kan voor instellingen gelegen binnen een door hem aan te wijzen gebied en voor personen die bij de exploitatie van die instellingen betrokken zijn, aangeven welke gegevens op zijn desbetreffend verzoek dienen te worden verstrekt.

3. Met betrekking tot academische en militaire ziekenhuizen geeft Onze Minister in overeenstemming met Onze Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen onderscheidenlijk in overeenstemming met Onze Minister van Defensie aan welke gegevens dienen te worden verstrekt.

Artikel 7.3

1. De gegevens bedoeld in artikel 7.2, eerste lid, dienen jaarlijks uiterlijk zes maanden na het verstrijken van het jaar waarop zij betrekking hebben te worden verstrekt.

2. De gegevens, bedoeld in artikel 7.2, tweede lid, dienen te worden verstrekt telkens uiterlijk zes maanden na een desbetreffend verzoek van Onze Minister.

3. Met betrekking tot academische ziekenhuizen en militaire ziekenhuizen geeft Onze Minister in overeenstemming met Onze Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen onderscheidenlijk in overeenstemming met Onze Minister van Defensie aan, op welke termijn de gegevens bedoeld in artikel 7.2, derde lid, dienen te worden verstrekt.

Artikel 7.4

1. Onze Minister kan regels vaststellen over de wijze waarop en de vorm waarin de gegevens dienen te worden verstrekt.

2. Onze Minister wijst instanties aan die de te verstrekken gegevens verzamelen en verwerken. Hij stelt voorschriften die door die instanties in acht worden genomen.

Artikel 7.5

De gegevens kunnen door Onze Minister op door hem te bepalen wijze ter beschikking worden gesteld van de organen genoemd in of betrokken bij de uitvoering van de wet. Onze Minister stelt nadere regels omtrent het beheer van de gegevens die onder hem berusten.

Artikel 7.6

De gegevens mogen slechts in een zodanige vorm worden opgevraagd en verstrekt, dat zij niet tot individuele patiënten of cliënten herleidbaar zijn. Onze Minister stelt terzake, voor zover hij zulks nodig acht, nadere regels ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Artikel 7.7

Onze Minister stelt regels omtrent de wijze van vergoeding van de kosten, verbonden aan de verstrekking van de gegevens.

Artikel 7.8

1. Het Besluit informatievoorziening artikel 22 Wet ziekenhuisvoorzieningen en het Besluit langetermijnhuisvestingsplan WZV worden ingetrokken.

2. Na de inwerkingtreding van dit artikel berusten de regels ter uitvoering van het Besluit informatievoorziening artikel 22 Wet ziekenhuisvoorzieningen op de overeenkomstige bepalingen van dit hoofdstuk.

HOOFDSTUK VIII SANERING

Artikel 8.1

In dit hoofdstuk wordt verstaan onder sanering: het geheel van de maatregelen die worden genomen:

1°. op grond van een besluit als bedoeld in artikel 17, eerste lid, van de wet;

2°. ter uitvoering van een beslissing als bedoeld in artikel 18 van de wet, of

3°. op grond van een besluit als bedoeld in artikel 12a, onder a en b, van de Wet ambulancevervoer.

Artikel 8.2

1. De financiële gevolgen van sanering, bedoeld in artikel 17, eerste lid, van de wet bestaan uit het verschil tussen de door het College sanering aanvaardbaar geachte lasten terzake van de sanering en de door het College sanering vastgestelde opbrengsten daarvan. Het College sanering stelt het verschil niet vast dan nadat de liquidatiebegroting is geverifieerd door een accountant als bedoeld in artikel 393, eerste lid, van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek.

2. Bij het vaststellen van de lasten terzake van sanering neemt het College sanering in beschouwing:

a. onderbezettingsverliezen;

b. uitkeringen aan werknemers of gewezen werknemers;

c. uitkeringen aan personen die krachtens overeenkomst met de instelling voor eigen rekening een medisch beroep uitoefenen of hebben uitgeoefend;

d. boekverliezen als gevolg van de vervreemding van zaken;

e. andere uitgaven ten behoeve van de sanering.

3. Voor de toepassing van het tweede lid blijven buiten beschouwing lasten die in aanmerking zijn genomen of kunnen worden genomen bij de goedkeuring of vaststelling van een tarief of een maximumtarief als bedoeld in de Wet tarieven gezondheidszorg.

4. Bij het vaststellen van de opbrengsten van sanering neemt het College sanering in beschouwing de opbrengsten van vermogensbestanddelen die als gevolg van de sanering niet meer bij de instelling in gebruik zullen zijn, met uitzondering van de vermogensbestanddelen die naar het oordeel van het College sanering, gelet op hun herkomst en bestemming, behoren te worden uitgezonderd, alsmede opbrengsten die in aanmerking zijn genomen of kunnen worden genomen bij de goedkeuring of vaststelling van een tarief of een maximumtarief als bedoeld in de Wet tarieven gezondheidszorg.

5. Het College sanering kan nadere regels stellen terzake van de lasten en opbrengsten bedoeld in de voorgaande leden.

Artikel 8.3

1. Het College sanering kan ten behoeve van de sanering en het toezicht daarop een gemachtigde aanwijzen.

2. De gemachtigde is onder verantwoordelijkheid van het College sanering belast met het toezicht op de naleving van de bij of krachtens artikel 17 van de wet gestelde regels.

Artikel 8.4

1. De instelling is verplicht aan het College sanering de gegevens en bescheiden te verstrekken die het in verband met de sanering nodig acht.

2. Het College sanering kan nadere regels stellen terzake van het verstrekken van de gegevens en bescheiden bedoeld in het vorige lid.

3. Het College sanering kan de instelling verplichtingen opleggen als bedoeld in artikel 4:38 van de Algemene wet bestuursrecht.

Artikel 8.5

1. Het College sanering kan de instelling aanwijzingen geven ten behoeve van het goede verloop van de sanering.
2. De instelling is verplicht uitvoering te geven aan aanwijzingen als bedoeld in het eerste lid.

Artikel 8.6

Het College sanering kan de instelling voorschotten verlenen.

Artikel 8.7

1. De artikelen 8.2 tot en met 8.6, met uitzondering van artikel 8.2, tweede lid, onder c, zijn van overeenkomstige toepassing ten aanzien van de financiële gevolgen van sanering als bedoeld in artikel 12a van de Wet ambulancevervoer.
2. De subsidieverlening in het kader van het eerste lid kan worden geweigerd indien de aanvraag wordt gedaan nadat met de sanering een aanvang is gemaakt.

Artikel 8.8

1. Het Besluit sanering instellingen voor gezondheidszorg wordt ingetrokken.
2. Na de inwerkingtreding van dit artikel berusten de regels ter uitvoering van het Besluit sanering instellingen voor gezondheidszorg op de overeenkomstige bepalingen van dit hoofdstuk.

HOOFDSTUK IX SLOTBEPALINGEN**Artikel 9.1**

Dit besluit treedt in werking op het tijdstip waarop de Wet toelating zorginstellingen in werking treedt.

Artikel 9.2

Dit besluit wordt aangehaald als: Uitvoeringsbesluit WTZi.

Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende bijlage en nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

H. Hoogervorst

Nota van toelichting

Inleiding

De Wet toelating zorginstellingen (WTZi) vervangt de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV), de Tijdelijke Verstrekkingenwet maatschappelijke dienstverlening (TVWMD) en delen van de Ziekenfondswet (inmiddels vervangen door de Zorgverzekeringswet) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Evenals bij de genoemde (delen van) wetten het geval was, dienen onderdelen van de WTZi te worden uitgewerkt bij algemene maatregel van bestuur; het gaat daarbij in het bijzonder om onderwerpen die, naar gelang de ontwikkelingen in het veld, regelmatig aan wijziging onderhevig zijn. Voor de overzichtelijkheid heb ik ervoor gekozen om alle uitvoeringsmaatregelen, voor zover op amvb-niveau, in het onderhavige besluit bijeen te brengen.

Achtereenvolgens komen de volgende hoofdstukken aan de orde:

I *Aanwijzing instellingen*, dat de werkingssfeer van de WTZi aangeeft;

II *Uitzonderingen*, dat categorieën van instellingen uitzondert van de wet of delen daarvan;

III *Winstoogmerk*, dat de categorieën van instellingen aangeeft waarvoor een winstoogmerk is toegestaan;

IV *Aanvraag toelating*, dat de basis is voor de aanvraagformulieren voor een toelating;

V *Bouw*, dat aangeeft voor welke instellingen en welke vormen van bouw het bouwregime geldt;

VI *Transparantie-eisen*, dat de eisen betreffende de bestuursstructuur en de ordelijkheid en inzichtelijkheid van de bedrijfsvoering bevat;

VII *Gegevensverstrekking*, dat een basis geeft voor de periodieke verstrekking van gegevens ten behoeve van de beleidsbepaling door de minister;

VIII *Sanering*, dat aangeeft in welke gevallen saneringssubsidie kan worden verleend.

De onderwerpen in dit besluit leenden zich niet voor regeling op het niveau van de WTZi zelf. Enerzijds omdat het vastleggen in een wettekst niet overeenkomt met de wens om enkele zaken geleidelijk en gefaseerd te dereguleren. Anderzijds omdat voor een juiste toepassing van de WTZi aanwijzingen en opsommingen nodig zijn die omwille van de leesbaarheid van de wettekst beter niet in de wet zelf kunnen worden opgenomen. Om de parlementaire betrokkenheid bij de nadere invulling van de WTZi te waarborgen zijn alle onderwerpen die op grond van de WTZi nader bij algemene maatregel van bestuur geregeld worden, op grond van artikel 65 van de WTZi aan een voorhangprocedure bij beide kamers der Staten-Generaal onderworpen.

Met dit Uitvoeringsbesluit WTZi worden belangrijke eerste stappen gezet op weg naar een meer vraaggestuurd stelsel, waarbij zorgaanbieders optimaal geprikkeld worden om tegemoet te komen aan de wensen van cliënten. Die koers is in deze algemene maatregel van bestuur zichtbaar door een beperkt bouwregime (V Bouw) en de introductie van de eisen voor transparant management en een ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering van zorginstellingen (VI Transparantie-eisen).

Deregulering van het bouwregime

Het kabinet heeft een eindsituatie voor ogen waarbij instellingen als maatschappelijk ondernemer volledig zelf verantwoordelijk zijn voor hun zorgverlening, met als doel om instellingen goed en snel in te kunnen laten spelen op de steeds veranderende zorgvraag. Om instellingen meer verantwoordelijkheid te kunnen geven over de vormgeving en bekostiging van hun eigen huisvesting worden, waar mogelijk, bouwprocedures afgeschaft. Het bouwregime wordt met dit besluit als volgt beperkt ten opzichte van de huidige situatie onder de WZV: overal waar instandhoudingsmiddelen zijn opgebouwd en waar kapitaallasten genormeerd in het tarief worden opgenomen, gaan instellingen zelf verantwoordelijkheid dragen voor de eigen huisvesting. Het resultaat is dat bij de inwerkingtreding van de WTZi voornamelijk grote bouwprojecten van grootschalige instellingen nog een bouwvergunning nodig hebben, waarbij de investeringskosten nog worden nagecalculeerd. Overigens wordt ook voor deze categorie verdergaande deregulering voorbereid. De brief "Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg" van 8 maart 2005 (de zogenoemde "februarinota"; Kamerstukken II 2004/05, 27 659, nr. 52) biedt de basis voor verdere deregulering.

Voor zorginstellingen betekent het ingeperkte bouwregime ten eerste meer zeggenschap over de eigen huisvesting. Die zeggenschap gaat gepaard met de bijbehorende financiële verantwoordelijkheid voor de bekostiging van de huisvesting. Het aantal gevallen waar nog een bouwvergunning en eindverantwoording van het College bouw nodig is, neemt af. Dit leidt tot een vermindering van administratieve lasten.

Transparantie-eisen

De gewenste verschuiving van verantwoordelijkheden van overheid naar zorginstellingen vraagt in toenemende mate om transparant management en een ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering van zorginstellingen. Overeenkomstig de aanbevelingen voor de rijksoverheid van de commissie Health Care Governance (commissie Meurs, 1999) stelt dit besluit op grond van de WTZi een aantal basis-eisen. Instellingen worden verplicht hun "stakeholders" inzicht te bieden in de keuzes die zij hebben gemaakt op het terrein van de bestuursstructuur. Samen met de regels voor de jaarverslaglegging zorgen deze eisen voor een optimale transparantie van zorginstellingen.

Winstoogmerk

Op grond van de WTZi zullen de mogelijkheden tot winstoogmerk voor zorginstellingen op termijn toenemen. Het kabinet beziet de mogelijkheid tot winstperspectief voor instellingen voor medisch-specialistische zorg in relatie tot de nieuwe zorgverzekeringswetgeving en de oprichting van de Zorgautoriteit. Ik wijs op dit punt nog eens op de hierboven genoemde brief "Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg" van 8 maart 2005.

Vooralsnog wordt in hoofdstuk III (Winstoogmerk) van het onderhavige besluit de bestaande situatie gecontinueerd. Dit betekent dat op het moment van inwerkingtreden van de WTZi alle instellingen die dat nu mogen, straks ook winstoogmerk mogen hanteren en alle instellingen voor wie het verbod uit de WZV nu geldt, ná de inwerkingtreding van de WTZi vooralsnog geen winstoogmerk mogen hanteren.

Verder bevat dit besluit bestaande regelgeving, die op grond van de WTZi wordt gehandhaafd. Zo leidt de inhoud van de hoofdstukken I (Aanwijzing instellingen), II (Uitzonderingen), IV (Aanvraag toelating), VII (Gegevensverstrekking) en VIII (Sanering) voor de zorginstellingen niet tot wezenlijke veranderingen ten opzichte van de situatie van vóór de inwerkingtreding van de WTZi.

Administratieve lasten

De lasten van de WZV bedragen ruim € 17 mln. Als gevolg van de invoering van de WTZi zal per saldo € 12 mln. van dat bedrag verdwijnen, wat als volgt wordt toegelicht.

Het verdwijnen van de verplichting om iedere vier jaar een Langetermijn-huisvestingsplan bij de minister in te dienen levert een besparing van de administratieve lasten op van € 3,8 mln. De vereenvoudiging van de toelatingsprocedure levert een besparing van € 5,0 mln. op. Deze besparing is een gevolg van de vereenvoudiging van de vergunningprocedure (geen schetsontwerp en bestek meer) en de mogelijkheid om de aanvraag digitaal in te dienen. Het vervallen van de melding (Besluit uitzondering toestemmingsprocedures WZV) levert een besparing op van € 3,6 mln. De modernisering van de jaarverantwoording brengt een verdere besparing van € 1 mln. met zich mee.

De verplichting tot het verrichten van een leefwensenonderzoek betekent echter een verzwaring van de administratieve lasten van €1,4 mln voor instellingen en van 25000 uur voor de burgers. De sinds 2003 onder de WZV bestaande verplichting was niet opgenomen in de nulmeting administratieve lasten uit 2002.

De Tijdelijke verstrekkingenwet maatschappelijke dienstverlening (TVWMD) komt met de WTZi te vervallen. Dit levert formeel ten opzichte van de nulmeting een vermindering van de administratieve lasten op van € 23 mln. De administratieve lasten van de TVWMD zijn meegenomen in de nulmeting, omdat de meting is gebaseerd op officiële regelingen. Ten tijde van de nulmeting werd de regeling echter al niet meer uitgevoerd, zodat de administratieve lasten met de formele afschaffing van de TVWMD niet daadwerkelijk verminderen.

De lasten zijn gemeten volgens de huidige kabinetsdefinitie met als peildatum 31 december 2002 en hebben geen relatie met de 'Commissie de Beer'. Dit betekent niet dat niets met de aanbevelingen van die Commissie is gedaan: een aantal aanbevelingen is reeds gerealiseerd¹ of loopt mee in de vereenvoudiging van de bouwvergunningprocedure.

¹ De toestemmingsprocedure is vereenvoudigd; het programma van eisen en de bestekplanfase zijn facultatief geworden. Daarnaast is voor de verkorte procedure-regeling voor verzorgingshuizen een afzonderlijk formulier ontwikkeld.

Hoofdstuk I Aanwijzing instellingen

Artikel 1.2

Artikel 5, eerste lid, van de WTZi is de basis voor artikel 1.2 van dit besluit, dat de categorieën van organisatorische verbanden aanwijst die een toelating nodig hebben en daarmee in feite de werkingssfeer van de WTZi aangeeft. Voor de omschrijving van de organisatorische verbanden is in beginsel aangesloten bij de praktijk van de toelating door het College zorgverzekeringen in het kader van de Ziekenfondswet en de AWBZ. Waar nodig zal binnen de categorieën onderscheid worden gemaakt naar sub-categorieën; zo zijn instellingen voor medisch-specialistische zorg (artikel 1.2, onder 1) te onderscheiden in ziekenhuizen (algemene, academische en militaire), categorale instellingen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's). Onder de categorale instellingen vallen de volgende instellingen, die in het Besluit aanwijzing inrichtingen WZV nog afzonderlijk werden genoemd:

- categorale ziekenhuizen;
- inrichtingen waarin een enkelvoudige onderzoek- of behandel functie wordt uitgeoefend, waaronder dialyse-centra, radiotherapeutische instituten, centrale laboratoria en centrale apotheken;
- klinische revalidatie-inrichtingen;
- centra voor epileptici;
- brandwondencentra;
- astmacentra.

Hoewel met de invoering van de functioneel omschreven zorg in artikel 10 van de Zorgverzekeringswet de begrippen ziekenhuis en zelfstandig behandelcentrum uit de wet verdwenen zijn, hanteer ik die begrippen toch in deze toelichting waar dat de duidelijkheid ten goede komt.

Hoofdstuk II Uitzonderingen

Dit hoofdstuk is bedoeld voor het opnemen van de uitzonderingen op het wettelijk stelsel of delen daarvan.

In het eerste lid van artikel 2.1 worden enige militaire instellingen van de in artikel 1.2 opgesomde reeks instellingen uitgezonderd; het gaat hier om doorgaans mobiele instellingen, die vaak in het buitenland worden ingezet. Voor het wettelijk stelsel zijn ze niet van belang; zij behoeven geen toelating en vallen dus niet onder de WTZi.

In het tweede lid worden, op basis van artikel 1, tweede lid, van de WTZi, de militaire ziekenhuizen en de militaire revalidatiecentra uitgezonderd van de "transparantie-eis". Deze instellingen zijn geen privaatrechtelijke rechtspersoon, kennen geen statuten en het merendeel van de werknemers is in dienst van het Ministerie van Defensie. Voor het overige vallen zij dus wel onder de wet (behoudens wat betreft de bouw, zie artikel 5.2). Het derde lid zondert de academische ziekenhuizen uit van de eisen inzake de bestuursstructuur zoals opgenomen in de artikelen 6.1 en 6.2. De bestuursstructuur van een academisch ziekenhuis wordt geregeld in de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek.

Het vierde lid bepaalt dat artikel 16 van de wet, dat een plicht bevat tot het periodiek verstrekken van gegevens betreffende de exploitatie, uitsluitend geldt voor de instellingen die voorheen onder de WZV vielen, die een

soortgelijke verplichting kenden, alsmede voor thuiszorginstellingen en vroegere RIAGG's. Deze eis, alsmede die tot het indienen van een jaarverslag op grond van artikel 15 van de wet, zal vooralsnog worden beperkt tot deze groep instellingen.

Het vijfde lid zondert een aantal categorieën van instellingen uit van de bepalingen inzake de sanering en het afstoten van gebouwen, en wel die categorieën die niet onder het bouwregime vallen. Voorshands wordt hiermee de onder de WZV bestaande overeenkomst in reikwijdte tussen het bouwregime en de sanering gehandhaafd. De kinderdagcentra, die tot nu toe onder de TVWMD vielen, worden ook onder het bouwregime gebracht, met inbegrip van de bepalingen inzake sanering of afstoten van gebouwen; dat laatste sluit aan bij de onder de TVWMD gehanteerde praktijk. (zie ook hieronder, hoofdstuk V, Extramurale AWBZ-zorg).

Artikel 2.2 geeft op grond van artikel 1, derde lid, van de wet aan welke organisatorische verbanden worden aangemerkt als instelling, dat wil zeggen als in het bezit te zijn van een toelating ingevolge artikel 5 van de WTZi. Voorshands gaat het hier om dezelfde categorieën van instellingen als die welke onder de Ziekenfondswet en de AWBZ als toegelaten werden aangemerkt. Opgemerkt zij dat het aanmerken van een organisatorisch verband als instelling betekent dat de gehele wet op zo'n instelling van toepassing is; zo dient ook een als toegelaten aangemerkte instelling te voldoen aan de bij of krachtens artikel 13 van de wet gestelde eisen.

Hoofdstuk III Winstoogmerk

Artikel 3.1 geeft aan welke categorieën van instellingen winst mogen maken.

In de toelichting bij de derde nota van wijziging op het voorstel van de WTZi (Kamerstukken II 2003/4, 27 659, nr. 16) heb ik gesteld dat het kabinet de marktwerking in de zorg verder wil stimuleren. Toelating van het winstoogmerk past daarin. Het kan een welkome impuls geven aan de efficiency in de sector. In de eerste plaats vergroot het perspectief van winst de financieringsmogelijkheden van nieuw aanbod. Daarnaast zal de efficiencyprikkel die van op rendement gebaseerde zorgondernemingen uitgaat, doorwerken naar de niet op winst gerichte zorgaanbieders. Denkbaar is dat door het winstmotief de kwaliteit meer onder druk komt of dat de neiging tot kruissubsidiëring wordt versterkt. Adequaat toezicht kan ontoelaatbare kwaliteitsvermindering en kruissubsidiëring voorkomen.

Uit artikel 5, eerste juncto derde lid, van de WTZi volgt al dat het verbod op winstoogmerk sowieso niet geldt voor zorginstellingen waarvan de geleverde zorg niet in het kader van de Zorgverzekeringswet of de AWBZ wordt vergoed. Ingevolge het derde lid van artikel 5 van de WTZi worden in artikel 3.1 van dit besluit de categorieën genoemd van instellingen die winstoogmerk mogen hanteren bij de levering van zorg die wel via de Zorgverzekeringswet of de AWBZ wordt vergoed. Kortweg gezegd zijn dat de instellingen die niet onder de WZV vielen. Daartoe behoren weliswaar ook de instellingen voor niet-klinische revalidatie, erfelijkheidsadviesing en niet-klinische hemodialyse (genoemd in artikel 1.2, onder de nummers 4, 13 en 14), maar in de praktijk zijn de voor deze functies toegelaten instel-

lingen uitsluitend ziekenhuizen of revalidatiecentra. Winstoogmerk komt voor deze functies dus tot nu toe niet voor; het besluit sluit bij deze praktijk aan.

Zoals aangekondigd in het verslag van het schriftelijk overleg van 29 april 2004 (Kamerstukken II, 2003/4, 27659, nr. 17) wordt met dit besluit het bestaande beleid gecontinueerd. Het blijft zo dat instellingen die voorheen niet onder de WZV vielen, en dus ook niet onder het verbod op winstoogmerk van de WZV, ook onder de WTZi mogen kiezen voor het hantieren van een winstoogmerk. Het gaat hier bijvoorbeeld om de kraamcentra, RIAGG's en thuiszorginstellingen. De beleidsregels van het College tarieven gezondheidszorg (CTG/ZAio) met betrekking tot de aanwending van exploitatiesaldi die voor deze AWBZ-instellingen gelden, worden overigens vooralsnog gecontinueerd.

De brief "Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg" (TK 2004-2005, 27 659, nr. 52) gaat in op de introductie van uitkeerbare winst bij intramurale instellingen in de gezondheidszorg. Het kabinet hanteert nu en in de toekomst het beleidsuitgangspunt dat economische waarde die is opgebouwd in een door overheidsregels gecreëerde omgeving met weinig risico's, niet mag "weglekken" naar commerciële partijen. Voor het toestaan van uitkeerbare winst bij intramurale zorginstellingen moet er sprake zijn van integrale prestatiebekostiging. Verder dienen de desbetreffende zorginstellingen volledig risicodragend te zijn voor schommelingen in de afzet. Voor het daadwerkelijk toestaan van winstuitkering is bovendien een afzonderlijk kabinetsbesluit noodzakelijk. Deze beleidslijn wordt verder uitgewerkt.

Hoofdstuk IV Aanvraag toelating

Artikel 4.1 legt de grondslag voor het vaststellen van de aanvraagformulieren die moeten worden gebruikt bij het verzoek om een toelating.

Bij nota van wijziging op het voorstel van de WTZi is het begrip "rechtspersoon die zorg verleent" vervangen door: een organisatorisch verband dat behoort tot een bij amvb aangewezen categorie van instellingen die zorg verlenen. Reden voor deze verandering was dat er ook collectief gefinancierde organisatorische verbanden zijn die niet de vorm van een rechtspersoon zijn opgezet, zoals maatschappen. Het begrip "organisatorisch verband" wordt ook in de Kwaliteitswet zorginstellingen gehanteerd en omvat alle verschijningsvormen van instellingen. Om te voorkomen dat de werkingssfeer hierdoor te vaag wordt en het voor instellingen onduidelijk is of zij nu wel of niet onder de WTZi vallen, is gekozen voor een bij amvb op te stellen positieve lijst van categorieën van instellingen; die lijst staat in artikel 1.2 van dit besluit.

Het bovenstaande betekent voor de toelating dat een aspirant-instelling een toelating moet vragen als instelling, behorende tot een of meer categorieën die zijn genoemd in artikel 1.2. De toelating vermeldt dezelfde categorie(ën). Een organisatorisch verband dat niet in dit besluit wordt genoemd, valt niet onder de wet. Zo heeft een specialistenmaatschap die niet een instelling is voor "medisch-specialistische zorg", geen toelating

nodig; in het algemeen gaat het daarbij om een maatschap die werkt in een ziekenhuis op basis van een contract. Het ziekenhuis valt als instelling voor medisch-specialistische zorg met verblijf wel onder het toelatingsver-eiste; de in het ziekenhuis werkzame specialistenmaatschap valt dus onder de toelating van het ziekenhuis. Het maakt voor de werkzaamheden in dit ziekenhuis geen verschil of die in het ziekenhuis werkende specialisten zich als BV hebben georganiseerd; zij horen nog steeds niet tot een aangewezen categorie, maar vallen ook dan onder de toelating van het ziekenhuis.

De toelating van instellingen waarbij sprake is van bouw, vindt plaats volgens het systeem van een tweejaarlijkse prioriteitsstelling. Nadat de minister over aanvragen advies heeft ingewonnen van het College bouw, toetst hij ze aan de beleidsregels van artikel 4 WTZi en het bouwkader. De minister dient hierbij de aanvragen in onderlinge samenhang te kunnen bezien om de onderlinge prioriteit te kunnen bepalen. Aanvragen die binnen het beleids- en het bouwkader passen, krijgen een toelating; aanvragen die beleidsinhoudelijk binnen de regels passen, maar waarvan de honorering als gevolg zou hebben dat het bouwkader wordt overschreden, worden geweigerd of op verzoek aangehouden. Om de aanvragen in onderlinge samenhang te kunnen bezien, is het noodzakelijk dat zij binnen een bepaald tijdsbestek worden ingediend. Artikel 4.2 stelt de termijn voor indiening op zestien maanden na de vorige prioritering. Op dat moment zijn er nog acht maanden te gaan voor het eerstvolgende moment van prioriteren. In deze acht maanden wordt de hierboven beschreven procedure gevolgd. Aanvragen die later worden ingediend dan de in dit artikel genoemde termijn worden in beginsel voor de volgende tweejaarlijkse periode in behandeling genomen.

Hoofdstuk V Bouw

Algemeen

Het hoofdstuk Bouw van dit besluit bepaalt welke instellingen voor welke vormen van bouw een toelating door de minister nodig hebben en in het vervolg daarop een bouwvergunning van het College bouw. De WTZi is ontworpen om geleidelijk het bouwregime verder los te kunnen laten. De bevoegdheden ten aanzien van de eigen huisvesting moeten komen te liggen waar ook de verantwoordelijkheid ligt; bij de instelling, in samenwerking met cliënt en verzekeraar. De WTZi werkt toe naar de situatie dat partijen in het veld bepalen wat er wanneer gebouwd wordt en hoe het gebouw wordt vormgegeven. De ontwikkeling naar meer marktwerking betekent dat zorginstellingen zelf nadenken en beslissen over de vormgeving van en investeringen in de eigen huisvesting, om zó goed in te spelen op de wensen van cliënten. Hierbij past een zorgvuldig overgangstraject. Het afstappen van het vooraf beoordelen van de functionaliteit en doelmatigheid van een bouwplan en het stellen van een maximum investeringsbedrag betekent dat de cirkel aanbodsturing, contracteerplicht en aanbodfinanciering wordt opgebroken. Sinds jaar en dag bestaat er immers een automatisme dat voor WZV-instellingen in het WTG-budget een kapitaal-lastenvergoeding is opgenomen op basis van het toegestane investeringsbedrag in de bouwvergunning/eindafrekening. De WZV-instellingen lopen dus geen risico met betrekking tot bouwinvesteringen. Waar nu het bouwregime wordt losgelaten, volgt een aanpassing in de bekostiging van de

huisvestingslasten en verdwijnt het systeem van nacalculatie van de kapitaallasten. Zolang er nog geen vrij onderhandelbare tarieven zijn is het logische alternatief hiervoor om (normatief) kapitaallasten te vergoeden via de prestatiebekostiging. Naast het beperken van de bouwvergunningplicht zal er derhalve ook wijziging worden aangebracht in de bekostiging van de kapitaallasten en zal de contracteerplicht voor intramurale voorzieningen in de AWBZ worden opgeheven.

Om het verandertraject echt kans van slagen te geven kan niet alles tegelijk worden losgelaten, maar moeten de instellingen de kans krijgen om gaandeweg ervaring op te doen. Dit proces is al enkele jaren gaande; nadat eerste de kleinschalige woonvoorzieningen onder de WZV zijn uitgehaald, is recentelijk de bouw voor extramurale AWBZ-zorg uit de WZV geschrapt. Met dit besluit wordt de overheidsbemoeienis met de bouw in beginsel beperkt tot de grootschalige intramurale voorzieningen in de cure en care, en dan nog alleen voor volledige nieuwbouw en bouwplannen die zo ingrijpend zijn dat vervangende nieuwbouw overwogen moet worden. Op deze hoofdregel gelden enkele uitzonderingen, die hierna in deze toelichting aan de orde komen.

Achtereenvolgens wordt voor de extramurale AWBZ-zorg, de dagbesteding aan gehandicapten, de kleinschalige woonvormen in de AWBZ, de instellingen voor medisch-specialistische zorg en tot slot voor de grootschalige intramurale voorzieningen in de cure en care aangegeven in welke mate hun verantwoordelijkheden voor de eigen huisvesting bij de inwerkingtreding van de WTZi toenemen. Om voor te sorteren op de overheveling van de curatieve geestelijke gezondheidszorg is voor het bouwregime voor deze zorg aansluiting gezocht bij de curatieve zorg.

Het loslaten van het bouwregime betekent dat de beoordeling van de kwaliteit en functionaliteit van gebouwen niet langer vooraf plaatsvindt. Dit laat onverlet dat de gebouwelijke omgeving kwalitatief in orde moet zijn. De omgeving waarin de zorg verleend wordt is immers een belangrijk onderdeel van de totale kwaliteit van de te leveren zorg. De Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) neemt op basis van de Kwaliteitswet zorginstellingen de gebouwelijke omgeving mee in de beoordeling van de kwaliteit van zorg. Ik zal hierover met de IGZ in overleg blijven.

Extramurale AWBZ-zorg

Er zijn momenteel twee soorten aanbieders van extramurale AWBZ-zorg. (1) De aanbieders van AWBZ-zorg die niet ook de functie verblijf bieden en (2) de aanbieders van AWBZ-zorg die verblijf bieden en daarnaast ook extramurale zorg aanbieden aan mensen die niet bij hen verblijven. Het bouwregime is met ingang van 1 april 2003 voor beide categorieën aanbieders gelijk gesteld: bouw ten behoeve van huisvesting die gebruikt wordt voor het leveren van extramurale zorg valt niet onder de WZV en met dit besluit ook niet onder het bouwregime van de WTZi. Het op goede wijze verwerken van deze maatregel per 1 april 2003 in de bekostiging is een complexe zaak die het CTG/ZAio thans in voorbereiding heeft. Thans geldt nog de Beleidsregel overgangsregeling kapitaallasten op basis waarvan in de meeste gevallen de oude situatie nog van kracht is. Om voor alle aanbieders van extramurale AWBZ-zorg een volledig gelijk speelveld te creëren, is het noodzakelijk stappen te zetten ten aanzien van de bekostiging. Ik heb het CTG/ZAio verzocht uniforme tarieven (of budgetparame-

terwaarden) met een integrale huisvestingscomponent te ontwikkelen voor alle aanbieders van extramurale AWBZ-zorg. Voor instellingen die verblijf bieden en onder het bouwregime vallen, worden de kapitaallastenvergoedingen enkel nog gegarandeerd voor ruimten waar verblijf aan de eigen bewoners wordt aangeboden, of voor ruimten die voor het verblijf ondersteunend zijn (bijv. de keuken). Verder is per 31 augustus 2004 de contracteerplicht voor alle aanbieders van extramurale AWBZ-zorg opgeheven.

Voor de zelfstandige aanbieders van dagbesteding aan gehandicapten worden eveneens de huisvestingslasten normatief in het tarief opgenomen. Deze kunnen alleen geïnd worden als productie wordt geleverd. Vanwege de specifieke doelgroep die gebruik maakt van de niet-maatschappelijke vormen van dagbesteding, de functionele eisen die dit stelt aan het gebouw en de kosten die hiermee gepaard gaan zullen de effecten van het buiten het bouwregime plaatsen van deze vorm van dagbesteding onderwerp zijn van monitoring. Een andere bijzondere groep wordt gevormd door de kinderdagcentra. Kinderdagcentra zijn bedoeld voor kinderen met een meervoudig complexe handicap en vervullen een belangrijke rol in het voorkomen dat kinderen vroegtijdig intramuraal moeten worden opgenomen en daarmee zo lang mogelijk thuis kunnen wonen. De complexiteit van de handicaps stelt hoge bouwfunctionele eisen aan het gebouw waarin de zorg wordt geboden. Mede door de complexiteit vallen kinderdagcentra voornamelijk onder het bouwregime. In het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning is het de bedoeling dat kinderdagcentra te zijner tijd komen te vallen onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van OC&W.

Kleinschalige woonvormen (care)

Ten aanzien van het kleinschalige verblijf in de AWBZ zijn in het verleden al de nodige stappen gezet. Regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW-en) en woonvormen voor gehandicapten tot 12 plaatsen zijn eerder al onder de werking van de WZV uitgehaald. Dit besluit bevat een verdere inperking van de vergunningplicht waar het gaat om verblijf dat het normale wonen dicht benadert en waar het zwaar verblijf van beperkte omvang betreft. Ik kies daarbij voor een onderscheid tussen "licht" en "zwaar", niet naar doelgroepen, maar naar de mate waarin de betrokken woonvoorziening, veelal een reguliere woning, is aangepast aan de zorgbehoefte van de bewoners. Dit besluit bestempelt, naast de RIBW-en, als kleinschalig: licht AWBZ-verblijf tot maximaal 25 plaatsen en zwaar AWBZ-verblijf tot maximaal 12 plaatsen per postcodegebied. Deze lichte woonvormen tot en met 25 plaatsen en zware woonvormen tot en met 12 plaatsen zijn daarmee vergunningvrij. Bij woonvormen van 13 tot 25 plaatsen zwaar verblijf blijft de voorafgaande kwalitatieve bouwkundige beoordeling gehandhaafd. Om aan te sluiten bij deze inperking van de vergunningplicht en om voor de kleinschalige woonvormen verdergaande eigen verantwoordelijkheid voor de eigen huisvesting te creëren is een aanpassing in de bekostiging van de kapitaallasten aan de orde. Ik heb het CTG/ZAio verzocht voor alle AWBZ-woonvoorzieningen tot 25 plaatsen de kapitaallasten in het tarief te normeren en daarbij rekening te houden met het gemiddelde bezettingspercentage. Kapitaallasten worden niet meer nagecalculeerd.

Tot slot ben ik voornemens om de contracteerplicht op te heffen. Het normeren van de kapitaallasten in het tarief is een belangrijke eerste stap,

waarmee de infrastructuur in beginsel pas via premie gefinancierd wordt als er daadwerkelijk zorg geleverd is. De cirkel van aanbodsturing en -financiering is echter pas echt doorbroken als ook de contracteerplicht is opgeheven. Tot dat moment moet immers een redelijk deel van de capaciteit van deze woonvormen gecontracteerd worden, waardoor vanzelf ook een deel van de huisvestingslasten gegarandeerd is. Na opheffing van de contracteerplicht gaan instellingen pas daadwerkelijk volledig risico lopen over de investeringsbeslissing. Vanaf dat moment kan de overheid echt terugtreden en hoeft zij niet langer (op advies van het zorgkantoor) te bepalen of en waar nieuwe aanbieders zich mogen vestigen. In verband met de toenemende financiële risico's die het opheffen van de contracteerplicht voor de kleinschalige voorzieningen meebrengt, wordt bestaande aanbieders enige tijd gegeven om zich op deze nieuwe verantwoordelijkheden voor te bereiden. Ik streef er naar de contracteerplicht zo spoedig mogelijk op te heffen. Zolang de contracteerplicht geldt moet een aanvraag om toelating van een nieuwe kleinschalige woonvoorziening vergezeld gaan van een verklaring van het zorgkantoor dat op de betreffende locatie daadwerkelijk vraag is naar de aan te bieden zorgvorm.

Instellingen voor medisch-specialistische zorg

Hieronder vallen, zoals gezegd, onder meer de ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's). Voor het onderscheid tussen die twee is de Diagnose Behandel Combinatie (DBC) van belang. De DBC kent twee segmenten: A en B. In segment A vallen prestaties waarvoor ingevolge de Wet tarieven gezondheidszorg een landelijk tarief wordt vastgesteld. Zorg, behorend tot DBC-A, kan zowel in dagbehandeling, poliklinisch, worden verleend als in combinatie met verblijf in de zin van artikel 10, onder g, van de Zorgverzekeringswet. Over de tarieven voor de zorg in het DBC-B-segment kunnen de zorgaanbieders en verzekeraars vrij onderhandelen. Ook die zorg kan zowel poliklinisch als met verblijf worden verleend. ZBC's konden tot nu toe alleen DBC's A en B zonder verblijf verlenen. Instellingen die DBC's met verblijf verleenden, werden beschouwd als ziekenhuizen en vielen onder het bouwregime. Beleidsmatig bestaat er echter geen bezwaar meer tegen als ZBC's DBC's B verlenen met verblijf. Verruiming van de toetreding in het B-segment is namelijk gewenst om een dynamische en marktconforme situatie met voldoende aanbieders te creëren. Daarvoor is het van belang dat aanbieders van segment B-DBC's gemakkelijk kunnen toetreden en uitbreiden. Om toetreding makkelijker te maken wordt met de invoering van de WTZi het bouwregime voor nieuwe aanbieders van het klinische B-segment DBC's niet meer van toepassing verklaard.

In artikel 5.2 wordt daarom het bouwregime beperkt tot die instellingen voor medisch-specialistische zorg, die zorg verlenen waarvoor het CTG een tarief vaststelt, die wordt verleend in combinatie met verblijf, en die behoort tot het ingevolge de Zorgverzekeringswet te verzekeren pakket. Het bovenstaande betekent dat alleen ziekenhuizen voor sommige vormen van bouw onder het bouwregime vallen, en dat ZBC's, ook al leveren zij voor sommige vormen van zorg verblijf, niet onder het bouwregime vallen.

Een aandachtspunt blijft de bewaking van de kwaliteit van de hoogwaardige technisch-bouwkundige voorzieningen waar ook de ZBC's gebruik van maken (bijvoorbeeld operatiekamers). Dit is een aandachtspunt voor de Inspectie voor de gezondheidszorg, die op basis van de Kwaliteitswet de gebouwelijke omgeving meeneemt in de beoordeling. Ik zal hierover in overleg blijven met de Igz.

Grootschalige intramurale voorzieningen in de cure en care

De laatste categorie instellingen wordt gevormd door de grootschalige intramurale voorzieningen in de cure en care. Tot de inwerkingtreding van dit besluit was alleen instandhoudingsbouw die uit opgebouwde trekkingsrechten gefinancierd kan worden, vergunningvrij. Onder de WZV moest een instelling, indien de middelen voor instandhoudingsbouw niet toereikend bleken te zijn en de instelling niet alsnog van de bouw afzag, daarvoor een verklaring-vergunningprocedure starten. Onder de WTZi is voor bouwinitiatieven waar alleen sprake is van renovatie, de vergunningplicht vervallen, ongeacht of er voldoende trekkingsrechten zijn opgebouwd. Dit blijkt in de praktijk niet tot problemen te leiden, aangezien de bouwprioriteitenlijsten geen 100% renovatieprojecten bevatten. Daaruit is af te leiden dat de huidige normen voor instandhouding toereikend zijn. Met dit besluit wordt voor dit moment een maximale stap gezet: capaciteitsuitbreiding zonder bouw, zelf te bekostigen uitbreiding van vierkante meters en alle instandhoudingsbouw wordt vrijgegeven. Dat betekent dat geen vergunning nodig is voor:

- renovatie (instandhouding zonder uitbreiding van capaciteit of vierkante meters),
- uitbreiding van capaciteit, in zoverre die niet gepaard gaat met bouw,
- uitbreiding van het aantal vierkante meters, in zoverre deze bekostigd kan worden uit de trekkingsrechten.

Academische ziekenhuizen

Op 9 december 2003 hebben de Minister van VWS, de Staatssecretaris van OCW, de Raden van Bestuur van de academische ziekenhuizen en de Vereniging Academische Ziekenhuizen een convenant ondertekend over de voortaan te volgen procedures inzake de instandhouding van infrastructurele voorzieningen van academische ziekenhuizen. Het met ingang van 1 januari 2004 van kracht geworden convenant geeft de raden van bestuur een grote mate van verantwoordelijkheid voor instandhoudingsbouw binnen afgesproken budgettaire kaders.

Op grond van hun gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de instandhouding van de infrastructurele voorzieningen van de academische ziekenhuizen nemen de Minister van VWS en de Staatssecretaris van OCW jaarlijks een besluit over de meerjarige fasering van het beschikbare bouwbudget over de acht academische ziekenhuizen. De door VWS en OCW vastgestelde verdeling wordt op basis van artikel 2.25, zesde lid, van het Bekostigingsbesluit WHW (Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek) voor het begin van het volgende begrotingsjaar bij zogenaamd PBA-besluit (Planning van het Bouwvolume Academische Ziekenhuizen) bekend gemaakt. De NFU (Nederlandse Federatie van Universitaire medische centra) kan voorstellen doen voor verdeling van het beschikbare bouwbudget over de acht academische ziekenhuizen.

De Raden van Bestuur van de academische ziekenhuizen dienen VWS en OCW voor het begin van het begrotingsjaar te melden hoe het beschikbare bouwbudget zal worden ingezet. De voorgenomen besteding dient aan te sluiten bij het Langetermijnhuisvestingsplan (LTHP) dat elk academisch ziekenhuis moet opstellen. Indien het voor een bepaald bouwproject gereserveerde budget niet of slechts ten dele wordt aangewend, kan in overleg met VWS en OCW worden besloten dat het resterende budget (de zgn. "vrijval") zowel door het desbetreffende academische ziekenhuis als door een ander academisch ziekenhuis wordt gebruikt voor andere bouwprojecten. VWS en OCW hebben jaarlijks overleg over de invulling en de voortgang van de in het convenant gemaakte afspraken.

Verzorgingshuizen bouwen geen trekkingsrechten op. In het verleden is voor de kleine instandhouding in verzorgingshuizen de zogenaamde verkorte procedure in het leven geroepen. Deze procedure is met dit besluit vervallen. Ik heb het CTG/ZAiO verzocht de vergoedingen voor instandhoudingsinvesteringen rechtstreeks in de instellingsbudgetten te verwerken. Voor de combiprojecten tussen verpleeg- en verzorgingshuis geldt dat als deze uit de trekkingsrechten van het verpleeghuis gefinancierd kunnen worden, er geen vergunning nodig is.

Uit het besluit volgt dat instellingen volledige eigen verantwoordelijkheid dragen voor hun instandhoudingsbouw. De mogelijkheid om bij ontoereikende trekkingsrechten via de bouwvergunning alsnog de instandhoudingsbouw te bekostigen is vervallen.

De meldingsplicht bij het CBZ vervalt met de WTZi. Zolang er nog een bouwregime van kracht is, blijf de jaarlijkse vergoeding in het budget voor klein onderhoud en het systeem van trekkingsrechten voor groot onderhoud gehandhaafd.

De jaarlijkse vergoeding verwerkt het CTG/ZAiO jaarlijks in het budget van de instellingen. Voor de trekkingsrechten geldt dat de zorgaanbieders in hun jaarrekening verantwoording moeten afleggen over de inzet van trekkingsrechten. Het CTG/ZAiO voegt dan de benodigde middelen uit de door de instelling opgebouwde trekkingsrechten toe aan het budget van de instelling. De verantwoordelijkheid voor een doelmatige en doeltreffende inzet van trekkingsrechten ligt bij de instelling zelf. De "hardheidsclausule" (terugval-optie op het bouwregime) is derhalve alleen van toepassing op vervangende nieuwbouw en uitbreidingsbouw (capaciteit en vierkante meters), en niet op renovatie.

Het is mijn bedoeling dat instellingen meer verantwoordelijk worden voor hun bedrijfsvoering, waaronder begrepen hun investeringsbeslissingen. Grotere verantwoordelijkheid betekent meer risico's en meer vrijheden. Opheffen van de contracteerplicht is een noodzakelijke voorwaarde in dit proces. Zoals reeds opgemerkt ben ik van plan de contracteerplicht voor de gehele intramurale AWBZ-zorg op te heffen.

Artikelsgewijs

Artikel 5.1

Het onderscheid tussen licht en zwaar verblijf (eerste lid, onder b en c) is enkel van belang voor de kleinschalige woonvoorzieningen, omdat daar voor "zware" woonvoorzieningen het bouwregime anders luidt dan voor de "lichte" woonvoorzieningen. Het onderscheid wordt gekenmerkt door de mate waarin de betrokken woonvoorziening, veelal een reguliere woning, is aangepast aan de zorgbehoefte van de bewoners.

Licht verblijf betreft a-specifieke voorzieningen, dat wil zeggen voorzieningen die naar vormgeving, afwerkingsniveau en investeringskosten lijken op reguliere woningbouw. Deze voorzieningen variëren van voorzieningen in bestaande oude gebouwen tot bijvoorbeeld nieuw gebouwde levensloopbestendige voorzieningen. In het algemeen zijn ze afstootbaar naar de reguliere woningmarkt. Voorzieningen voor ouderen en lichamelijk gehandicapten houden rekening met de beperkte mobiliteit, zijn vooral gelijk-

vloers zijn en kennen aangepast sanitair. Licht verblijf voor de overige doelgroepen kan ongelijkvloers zijn. Een kamer en sanitair in een groepsverblijf voor mindervaliden in deze doelgroepen kunnen eveneens tot licht verblijf behoren.

Zwaar verblijf betreft specifieke voorzieningen, dat wil zeggen voorzieningen die naar vormgeving, afwerkingsniveau en investeringskosten duidelijk uitstijgen boven reguliere woningbouw. Bij de bouw of huur van voorzieningen voor zwaar verblijf wordt rekening gehouden met het huisvesten van doelgroepen waarvoor extra kosten gemaakt moeten worden vanwege bijvoorbeeld 1) zware of complexe bouwkundige aanpassingen, bijvoorbeeld veel extra vierkante meters, 2) een verzwaarde bouwkundige uitvoering of 3) extra voorzieningen in de vorm van technische maatregelen of vaste inrichting, bijvoorbeeld domotica. Van zwaar verblijf is ook sprake wanneer ruimten voor één of meer andere AWBZ-functies dan verblijf fysiek gekoppeld moeten zijn aan, en binnendoor bereikbaar zijn vanuit, de verblijfsvoorziening.

Het in het tweede lid genoemde "in gebruik nemen" van een ruimte kan plaatsvinden bijvoorbeeld door huur, koop, lease, van een bestaand gebouw of door het voor zorgverlening in gebruik nemen van een aanvankelijk voor andere doeleinden gebruikte ruimte binnen de instelling. Dit laatste kan ook inhouden het vergroten van het aantal bedden of plaatsen in bestaande verpleegafdelingen, waardoor in de praktijk iedere capaciteitsuitbreiding van een grootschalige instelling als "bouw" zal worden aangemerkt.

Artikel 5.2

Uit onderdeel a volgt dat van de instellingen voor medisch-specialistische zorg alleen de "ziekenhuizen" in beginsel onder het bouwregime vallen. Zoals in de toelichting bij artikel 1.2 is gezegd, behoren tot deze categorie de algemene, academische en militaire ziekenhuizen alsmede de categoriale instellingen. De militaire ziekenhuizen en de militaire revalidatiecentra worden in artikel 5.2 van het bouwregime uitgezonderd.

Ook zelfstandige behandelcentra vallen, zoals gezegd, niet onder het bouwregime.

Door artikel 5.2, onderdeel b, te beperken tot instellingen die verblijf leveren, valt in ieder geval de (vroegere) RIAGG, die wel vormen van zorg verleent als in dat onderdeel bedoeld, niet onder het bouwregime.

In onderdeel c worden de geen verblijf leverende kinderdagcentra onder het bouwregime gebracht. In het algemeen deel van de toelichting op dit hoofdstuk is ingegaan op de reden om deze in feite extramurale zorginstellingen voorshands onder het bouwregime te houden.

Artikel 5.3

Onderdeel c noemt als relevante vorm van bouw "uitbreiding van het aantal vierkante meters". Indien deze gepaard gaat met renovatie, dienen de daarop betrekking hebbende stukken eveneens ter beoordeling te worden voorgelegd.

In onderdeel d wordt voor het bouwregime onder meer bouw aangewezen waarbij de capaciteit, gemeten in bedden of plaatsen toeneemt. Er zijn met name op het terrein van de GGZ instellingen in het kader waarvan verschillende vormen van zorg worden verleend; APZ'en bijvoorbeeld exploiteren vaak zowel een inrichting in enge zin als een kleinschalige woonvoorziening. Bouw ten behoeve van de laatste is in artikel 5.4 uitgezonderd. Voor het bepalen van de capaciteit zijn dan ook alleen de plaatsen in het "inrichtingsdeel" van het APZ relevant. In de toelating dient derhalve een zodanig onderscheid te worden gemaakt tussen beide zorgvormen, dat alleen de "inrichtingsplaatsen" meetellen voor de capaciteit, bedoeld in artikel 5.3.

In onderdeel e wordt voor de (vroegere) verzorgingshuizen een uitzondering gemaakt. Aangezien ze minder trekkingsrechten opbouwen, kunnen zij wel een beroep doen op de vergunningsprocedure bij instandhoudingsbouw.

Bouwiniciatieven in het kader van de uitvoering van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (WBMV) vallen eveneens onder het bouwregime. Indien een instelling op grond van de WBMV een vergunning krijgt om bepaalde medische verrichtingen uit te voeren, betekent dit niet dat daarmee automatisch toestemming wordt verkregen om de met de verkregen vergunning samenhangende bouwactiviteiten uit te (laten) voeren. Hiervoor is een separate toelating vereist.

Artikel 5.4

In dit artikel worden de kleinschalige woonvoorzieningen uitgezonderd van het bouwregime: in onderdeel a de (vroegere) RIBW-en, in onderdeel b de overige kleinschalige woonvoorzieningen. Het gaat hier om gewone woningen, zij het soms aangepast aan de zorgbehoefte van de bewoners, die door de exploiterende instelling worden gehuurd of gekocht.

Voor het niet van toepassing zijn van het bouwregime wordt een bovengrens gehanteerd van het aantal personen waarvoor per postcodegebied huisvesting wordt geboden. Voor de categorie "licht verblijf" is die bovengrens gesteld op 25 personen; voor de categorie "zwaar verblijf" ligt de grens bij twaalf. In totaal, voor licht en zwaar gezamenlijk, mag het aantal niet boven de 25 uitkomen. Wil een instelling toch meer dan het hier aangegeven aantal personen in één postcodegebied huisvesten, dan is daar een toelating door de minister en een daaropvolgende bouwkundige beoordeling door het College bouw voor nodig.

Als "postcodegebied" wordt beschouwd het gebied waarvoor een combinatie van vier cijfers en twee letters geldt; in het algemeen is dat een straat. De bedoeling is namelijk te voorkomen dat het aantal woningen dat in gebruik is bij een instelling, te groot wordt ten opzichte van het aantal reguliere woningen in dezelfde buurt. Tegen clusters van kleinschalige woonvoorzieningen, verspreid over een wijk, is geen bezwaar.

Het is onwenselijk dat bij aan elkaar grenzende postcodegebieden de kleinschalige woonvoorzieningen in beide gebieden zó dicht bij elkaar liggen dat feitelijk clusters van meer dan 25 personen ontstaan. In de beleidsregels op grond van artikel 4 van de wet zal hierover een bepaling worden opgenomen.

Hoofdstuk VI Transparantie-eisen

Algemeen

Hoofdstuk VI van dit besluit stelt op de voet van de artikelen 7, derde lid, onder c, en 9, eerste lid, onder b, van de WTZi eisen aan de bestuursstructuur en aan de ordelijkheid en controleerbaarheid van de bedrijfsvoering van zorginstellingen die een toelating aanvragen. Deze eisen worden kortweg aangeduid als de transparantie-eisen. De instelling moet duidelijk maken hoe de instelling is georganiseerd, wat ze zich ten doel stelt en hoe dat doel verwezenlijkt gaat worden. Samen met de regels voor de jaarverslaggeving zorgen deze eisen voor een optimale transparantie van zorginstellingen. Voor alle duidelijkheid merk ik op dat het bij de transparantie-eisen niet gaat om een kwalitatieve toets op het feitelijk functioneren van het bestuur of om de bedrijfsvoering zelf, maar om –het woord zegt het al– het afdwingen van transparantie over door de instelling gemaakte keuzes aan hen die met die instelling van doen hebben. Dit betekent uiteraard niet dat instellingen niet op disfunctioneren of slechte bedrijfsvoering kunnen worden aangesproken. Dat gebeurt echter op grond van andere regelgeving en op grond van de overeenkomsten die instellingen sluiten met zorgverzekeraars.

De inhoud van dit hoofdstuk komt tegemoet aan twee belangrijke aanbevelingen aan de rijksoverheid in het rapport Health Care Governance van de Commissie Health Care Governance, onder voorzitterschap van prof.dr. P.L. Meurs (1999).

De regering is voorstander van een grotere mate van verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en doelmatigheid van zorg door de veldpartijen. De overheid stuurt op hoofdlijnen en is verantwoordelijk voor de borging van het publieke belang. Van zorgaanbieders wordt verwacht dat ze zich als maatschappelijk ondernemer gedragen, van zorgverzekeraars dat ze zich als een goede zorginkoper waarmaken en van patiënten/consumenten dat ze voor hun rechten opkomen, maar ook dat ze meer verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen gezondheid(szorg). Deze veranderingen, zeker met de komende stelselherziening, vragen om aandacht voor de verantwoordelijkheidsverdeling door de overheid. Wie kan waarop worden aangesproken? En welke instrumenten zijn voorhanden? Hoever reikt de speelruimte van zorgaanbieders? En wat zijn passende vormen van sturing door de overheid waar de uitvoering van de zorgverlening met een publiek karakter in handen is van private partijen? Deze vragen raken het hart van het debat over “governance”.

Goed bestuur en intern toezicht van zorginstellingen (“governance”) staat maatschappelijk, ook in de gezondheidszorg, sterk in de belangstelling. Verschillende koepels van de zorgaanbieders, alsmede de Nederlandse vereniging van toezichthouders in de zorg hebben in de praktijk inmiddels initiatieven voor verdere professionalisering van bestuurders en toezichthouders genomen. De noodzaak tot verbetering en ontwikkeling van het debat over goed bestuur en intern toezicht lijkt breed te worden gedragen.

Goed bestuur en intern toezicht van zorginstellingen is in eerste instantie een zaak van het veld en niet van de overheid. Zeker gezien de ontwikke-

lingsrichting naar gereguleerde marktwerking - het geven van meer ruimte aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars - is het van belang dat de sector tot een goede vorm van zelfregulering komt op het gebied van bestuur, toezicht en verantwoording. Het is daarbij de verantwoordelijkheid van de overheid om de kaders aan te geven, condities te scheppen en stimulerend op te treden. Transparantie, verantwoording en een rol voor belanghebbenden ("stakeholders", zijnde onder meer cliënten, patiënten, medewerkers, lokale overheden) zijn daarbij kenmerken van een goed functionerende governance.

Zoals ik al aangaf in mijn brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer van 1 juli 2004 (Kamerstukken II 2003/4, 29 689 nr. 1) over Health care governance heeft de overheid onder meer tot taak een aantal basiseisen te stellen waardoor het voor partijen die met de zorginstelling te maken hebben, inzichtelijker wordt welke keuzes de zorginstelling heeft gemaakt, mede in relatie tot het eventuele grotere organisatorische verband waarvan de instelling deel uitmaakt. Het belang van deze eisen neemt toe naar de mate waarin zorgaanbieders vaker worden gefinancierd uit deels private en deels collectieve middelen.

Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om instellingen te belasten met extra werkzaamheden doordat er informatie nodig is om een aanvraag om toelating te kunnen toetsen aan de transparantie-eisen. Het CVZ geeft in zijn uitvoeringstoets over dit onderwerp (rapport Transparantie-eisen instellingen op grond van de artikelen 6 en 8 van de WEZ, documentnr. CAK00833a, d.d. 20 december 2001) aan van mening te zijn dat gebruik kan worden gemaakt van de financiële en niet-financiële informatie die instellingen toch al dienen te verzamelen op basis van de bestaande wetgeving.

De eisen met betrekking tot de bestuursstructuur en bedrijfsvoering hebben een permanent karakter. Artikel 13, eerste lid, eerste volzin, van de WTZi bepaalt dat het organisatorisch verband ook na het verkrijgen van de toelating moet blijven voldoen aan de transparantie-eisen. Zoals ook al tijdens de parlementaire behandeling van het voorstel van de WTZi is gezegd, (Kamerstukken II, 2001-2002, 27 659, nr. 7, blzn. 63 en 72) verhindert artikel 13 niet dat de instelling de statuten verandert, bijvoorbeeld ter gelegenheid van een fusie of een uitbreiding van zorgtaken. Het doel van artikel 13 is dat, hoe de instelling ook wordt ge(re)organiseerd, te allen tijde documenten kunnen worden getoond waaruit blijkt dat ook in de nieuwe opzet aan de transparantie-eisen wordt voldaan. Instellingen moeten wijzigingen die substantieel relevant zijn met betrekking tot de afgegeven toelating, ter kennis brengen van het CVZ/VWS. Op de naleving van artikel 13 wordt, evenals op eventuele aan de toelating verbonden voorschriften, ingevolge artikel 35 van de WTZi toegezien door het Staatstoezicht op de volksgezondheid of de door de minister aangewezen personen; onder die laatsten kunnen functionarissen van het CVZ of CTG/ZAio (in de toekomst wellicht de Zorgautoriteit) zijn. Het spreekt vanzelf dat het voldoen aan de eisen zal moeten blijken uit documenten die door de toezichthouder kunnen worden opgevraagd. Zo nodig kan het CVZ of de minister van VWS op grond van artikel 13 WTZi voorschriften

aan de toelating verbinden en in het uiterste geval de toelating intrekken als niet (meer) aan de transparantie-eisen wordt voldaan.

In de Regeling jaarverslaggeving zorginstellingen zal worden bepaald dat instellingen in hun jaarverslag melden of er, en zo ja welke, veranderingen in statuten of bedrijfsvoering hebben plaatsgevonden. De inhoud van het jaarverslag is onderworpen aan de goedkeuring van de eigen accountant van de instelling. Hierdoor maakt de zorginstelling openbaar welke veranderingen hebben plaatsgevonden die van invloed kunnen zijn op de transparantie van de bestuursstructuur en op de ordelijkheid en controleerbaarheid van de bedrijfsvoering.

De minister zal voorlichting verzorgen aan de instellingen over de wijze waarop zij aan de transparantie-eisen kunnen voldoen.

Aan bestaande instellingen gunt artikel 44 van de wet een termijn van een jaar om aan de in dit hoofdstuk opgenomen eisen te gaan voldoen. Indien na dat jaar blijkt dat de instelling niet, of niet volledig, aan de eisen voldoet, zullen (nadere) voorschriften aan de toelating worden verbonden. In het uiterste geval kan intrekking van de toelating volgen.

Artikelsgewijs

Artikel 6.1

In het algemeen zullen de instellingen rechtspersoonlijkheid hebben; de bestuursstructuur zal dan blijken uit de statuten. Ook is denkbaar dat de instelling de structuur vastlegt in een bestuursreglement. De desbetreffende documenten zal de instelling bij de aanvraag om een toelating moeten tonen; deze eis zal gesteld worden op grond van artikel 4.1 van dit besluit.

Onderdelen a en b

Zoals de Commissie-Meurs constateert, is als gevolg van de schaalvergroting en de professionalisering van de organisaties het klassieke bestuursmodel van een stichting niet meer toereikend. Daardoor ontstond de behoefte om de bevoegdheidsverdeling tussen directie en bestuur te wijzigen. De directie wordt dan de Raad van Bestuur en het toezichthoudend orgaan de Raad van Toezicht. Op dit moment vigeren er twee modellen: het klassieke model waarin het bestuur als het toezichthoudend orgaan functioneert en de directie de dagelijkse leiding uitoefent, en het model Raad van Toezicht en Raad van Bestuur, waarbij de laatste de dagelijkse leiding heeft dan wel deze overlaat aan een directie en zich meer met de algemene leiding bezighoudt. De leden van de Raad van Bestuur zijn over het algemeen werknemer bij de instelling. Met het CVZ constateer ik dat beide modellen mogelijk zijn, mits aan de in artikel 6.1, onderdelen a en b, gestelde eisen wordt voldaan.

Artikel 6.2

Dit artikel schrijft voor dat zorginstellingen die de rechtsvorm van stichting of vereniging hebben in de statuten de mogelijkheid openen voor het recht op enquête bij de ondernemingskamer van het gerechtshof in Amsterdam.

Dit artikel volgt hetgeen reeds is bepaald in het Burgerlijk Wetboek, titel 8, afdeling 2 over het recht van enquête. Die bepalingen zijn van toepassing op de stichting en de vereniging met volledige rechtsbevoegdheid die een onderneming in stand houden waarvoor ingevolge de wet een ondernemingsraad moet worden ingesteld (artikel 2: 344 Bw). Artikel 6.2 vult artikel 2: 346, sub c Bw aan door voor te schrijven dat bedoelde stichting en vereniging in de statuten aangeven aan wie de bevoegdheid is toegekend tot het indienen van een enquêteverzoek.

Volledigheidshalve wijs ik erop dat de artikelen van Boek 2, titel 8, afdeling 2 Bw van toepassing zijn op een dergelijk verzoek.

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 een vennootschap of vereniging, legt een raad van toezicht bij een stichting formeel aan niemand verantwoording af, omdat aandeelhouders of leden ontbreken. Het probleem doet zich voor dat, als een raad van toezicht disfunctioneert, formeel niemand kan ingrijpen terwijl er maatschappelijke belangen op het spel staan. De Commissie Meurs pleitte dan ook voor een speciale kamer voor de zorg bij het Amsterdamse Gerechtshof naar analogie van de Ondernemingskamer. Op verzoek van belanghebbenden zou die zorgkamer dan voorzieningen treffen bij een tekortschietende raad van toezicht. In de motie Schippers en Arib (Kamerstukken II, 2003/4, 29 200 XVI, nr. 30) ligt dit uitgangspunt ook besloten. Zoals ik tijdens het hoofdlijnen debat over de herziening van het zorgstelsel aangaf, ben ik van mening dat een disfunctionerende raad van bestuur of raad van toezicht voor de rechter moet kunnen worden gebracht. De oprichting van een aparte zorgkamer bij het Gerechtshof heeft echter belangrijke nadelen. Immers het BW moet dan alleen voor de gezondheidszorg worden aangepast; aanpassing kost veel tijd en een aparte zorgkamer vereist dat een specifieke gerechtelijke competentie moet worden toebedeeld. In een zorgkamer moet vervolgens ervaring worden opgebouwd. In overleg met de Minister van Justitie is besloten om in plaats van een aparte zorgkamer in te stellen, de toegankelijkheid van de huidige Ondernemingskamer voor stichtingen en verenigingen te vergroten. Daartoe is in artikel 6.2 geregeld dat een zorginstelling die een stichting of vereniging is, in haar statuten moet aangeven aan wie zij de bevoegdheid toekent een enquêteverzoek bij de Ondernemingskamer in te dienen. Tot degene aan wie de statuten deze bevoegdheid toekennen, behoort in ieder geval een orgaan dat de cliënten van de instelling vertegenwoordigt.

Het enquêterecht is het geëigende middel om in te grijpen indien het beleid van een onderneming en de gang van zaken van een rechtspersoon dit vragen. Het gaat dan vaak om grote financiële belangen die geen uitstel kunnen lijden. Hoewel het enquêterecht er oorspronkelijk niet voor geschreven is, kan dit recht ook dienst doen bij situaties waar er bij het bestuur of toezichthouders "ruzie in de tent" of een patstelling is. De Ondernemingskamer kan een of meer personen benoemen die een onderzoek

instellen. Het is voor te stellen dat deze zogenaamde enquêteurs spreken met bijvoorbeeld raden van bestuur, raden van toezicht, medische staf en cliëntenraden. Bij geconstateerd wanbeleid kan de Ondernemingskamer voorzieningen treffen, welke zij op grond van de uitkomst van het onderzoek geboden acht. Deze voorzieningen zijn:

- a) schorsing of vernietiging van een besluit van de bestuurders, van commissarissen of enig ander orgaan van de rechtspersoon;
- b) schorsing of ontslag van een of meer bestuurders of commissarissen;
- c) tijdelijke aanstelling van een of meer bestuurders of commissarissen;
- d) tijdelijke afwijking van de door de ondernemingskamer aangegeven bepalingen van de statuten;
- e) tijdelijke overdracht van aandelen ten titel van beheer;
- f) ontbinding van de rechtspersoon.

De keuze aan wie, naast de cliëntenvertegenwoordiging, op grond van de statuten toegang wordt verleend tot de Ondernemingskamer, wordt uitdrukkelijk aan de verantwoordelijkheid van de instelling gelaten. Overigens kunnen de procureur-generaal en de vereniging van werknemers zich al op grond van het Burgerlijk Wetboek tot de Ondernemingskamer wenden. Gezien de aard van het enquêterecht, namelijk het ingrijpen indien het beleid van een onderneming en de gang van zaken van een rechtspersoon dit vragen, zal een zorginstelling veelal aan de volgende partijen denken voor het toekennen van een bevoegdheid tot het indienen van een verzoek tot enquête: 1) vertegenwoordiging van beroepsbeoefenaren (zoals de medische staf, de verpleegkundige/verzorgende adviesraad), 2) vertegenwoordiging van de cliënten/verzekerden (zoals de NP/CF en Consumentenbond), 3) de inspecteur van de IGZ.

Gesteld kan worden dat het enkel aanwijzen van de cliëntenraden voor een enquêteverzoek niet altijd het gewenste effect zal hebben dat disfunctionerende raden van toezicht of besturen door de rechter worden aangesproken. De Raad van State heeft er namelijk terecht op gewezen dat de cliëntenraad geen rechtspersoonlijkheid bezit en daardoor de leden van de cliëntenraad een financieel risico lopen als zij worden veroordeeld in de kosten. Dit kostenverhaal is mogelijk indien het verzoek niet op redelijke grond wordt gedaan. Dit was een reden om de cliëntenraden niet dwingend aan te wijzen in onderhavig besluit, zoals verzocht in de motie Heemskerk en Weekers (Kamerstukken II, 2003/4, 27 659 nr. 36 herdruk). In plaats daarvan kan soms beter de NP/CF of de Consumentenbond worden aangewezen.

Overigens zijn alle partijen aan wie de bevoegdheid is toegekend om een verzoek tot enquête in te dienen bij de Ondernemingskamer, procesbevoegd.

In verband met de gevolgen van deze eis voor de Ondernemingskamer heb ik advies gevraagd aan de Raad voor de Rechtspraak. De Raad ziet geen reden tot het maken van op- of aanmerkingen. (Advies d.d. 23 september 2004: "Uitvoeringsbesluit van de Wet toelating Zorginstellingen – advies", kenmerknr: UIT 4699/ONTW RCH).

Artikel 6.3

De zorginstelling draagt zorg voor een eenduidige verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden ten aanzien van een beheerste bedrijfsvoering en legt deze goed in regels vast. Deze verdeling dient alle niveaus en onderdelen van het organisatorisch verband te omvatten. Er dient een eenduidige verdeling van taken te zijn tussen intern uitvoerende en toezicht- of toetsingsfuncties.

Artikel 6.4

Het eerste lid bepaalt dat de zorginstelling de organisatie en uitvoering van de zorg nader uitwerkt in heldere documenten. Uiteraard zorgt de instelling ervoor dat deze regelmatig worden geactualiseerd en ter beschikking worden gehouden voor het toezichthoudend orgaan. Indien ten aanzien van de uitvoering van de zorg wordt samengewerkt met andere organisatorische verbanden, dient een zodanige aansluiting van de zorg te zijn gewaarborgd dat geen afbreuk wordt gedaan aan een beheerste en kwalitatief goede zorgverlening, waarbij rekening wordt gehouden met de naleving van wet- en regelgeving alsmede met maatschappelijke normen ten aanzien van integer handelen. De zorginstelling legt de afspraken met een ander organisatorisch verband schriftelijk vast in een overeenkomst. Een voorbeeld van zo'n samenwerkingsovereenkomst is het geval waarin een ziekenhuis de functie orthopedie uitbesteedt aan een BV.

Een zorginstelling kan naast activiteiten die samenhangen met de zorgverlening en waarvoor zij een toelating heeft gekregen, andere activiteiten verrichten; te denken valt aan winkels binnen het gebouw van de instelling, maaltijdverzorging voor derden, parkeergarage, enzovoorts. Met name om te voorkomen dat financiële verliezen bij die andere activiteiten drukken op de zorggerelateerde activiteiten, dienen de verschillende activiteiten ten minste financieel te worden onderscheiden. Ook kan een rechtspersoonlijkheid bezittende instelling de niet-zorggerelateerde activiteiten in een afzonderlijke rechtspersoon onderbrengen. Overigens heeft het CTG/ZAio reeds voor dergelijke activiteiten een "Beleidsregel aanvullende inkomsten zorginstellingen" vastgesteld, waarbij ten aanzien van deze inkomsten een aantal voorwaarden wordt gesteld. Eén van die voorwaarden is dat de totale kosten van de bedoelde activiteiten minimaal gedekt dienen te worden uit de opbrengsten.

Artikel 6.5

De zorginstelling beschikt over helder geformuleerde beleidsuitgangspunten ter beheersing van de (financiële) administratie. De instelling werkt deze uitgangspunten uit in organisatorische en administratieve procedures en maatregelen en integreert deze in systemen en de dagelijkse werkzaamheden van alle relevante geledingen. Van belang is tevens dat er duidelijk omschreven autorisatieprocedures zijn ontwikkeld en ingevoerd. De zorginstelling beschikt over een informatiesysteem dat toereikend is voor de systematische meting, bewaking en rapportage van alle financiële risico's.

Hoofdstuk VII Gegevensverstrekking

In dit hoofdstuk zijn de bepalingen overgenomen van het Besluit informatievoorziening artikel 22 Wet ziekenhuisvoorzieningen. In deze artikelen zijn alleen de voor de overgang van WZV naar WTZi noodzakelijke terminologische veranderingen aangebracht; de reikwijdte is hetzelfde als onder de WZV.

Artikel 22 WZV bepaalde dat de exploitatiegegevens in beginsel aan de minister werden verstrekt; de gegevens betreffende de bouwkundige en functionele staat van de ziekenhuisvoorzieningen werden aan het College bouw verstrekt. Dit laatste is niet overgenomen in artikel 16 van de WTZi. Per categorie van instellingen zal worden bezien of deze gegevensverstrekking nodig is; zo ja, dan zal een daartoe strekkende bepaling worden opgenomen in het desbetreffende gegevensbesluit. Ook zal per categorie van instellingen de noodzaak om alle tot nu toe gevraagde gegevens te blijven leveren, worden bezien.

Ingevolge artikel 22 Wet ziekenhuisvoorzieningen dienden ziekenhuisvoorzieningen tevens om de vier jaar een langetermijnhuisvestingsplan (LTHP) in te dienen. In verband met de wens om de administratieve lasten terug te dringen is besloten die verplichting niet over te nemen in dit Uitvoeringsbesluit. Dit sluit aan bij de opmerking van de Raad van State in zijn advies op dit punt en past bij de verschuiving van de verantwoordelijkheid met betrekking tot de huisvesting van overheid naar zorginstellingen. Het indienen van het LTHP is voortaan pas vereist op het moment dat de instelling een aanvraag om toelating met bouw bij de minister van VWS indient. Het LTHP dient als bijlage bij het aanvraagformulier te worden overgelegd. De minister benut op dat moment het LTHP als motivering bij de aanvraag om toelating met bouw. Gekeken wordt hoe het initiatief waar men een toelating en vergunning voor vraagt past in de keuzes van de instelling ten aanzien van het huisvestingsbeleid op de langere termijn. Het niet opnemen van de verplichting in dit besluit neemt niet weg dat zorginstellingen nog steeds verplicht zijn een LTHP op te stellen en dit plan af te stemmen met hun stakeholders. Dit is echter geregeld in de beleidsregels op grond van de WTZi. Het betekent echter wel dat het enkel insturen van het LTHP door instellingen die geen actuele bouwplannen hebben, vervalft. Het LTHP wordt zo meer een instrument dat de eigen bedrijfsvoering van de zorginstellingen dient en de administratieve lasten nemen af.

Hoofdstuk VIII Sanering

In dit hoofdstuk zijn de bepalingen overgenomen van het Besluit sanering instellingen voor gezondheidszorg, dat berustte op artikel 18b van de WZV. De artikelen zijn aangepast aan de terminologie van de WTZi; zo is "ziekenhuisvoorziening" vervangen door "instelling". Voor het overige is het besluit ongewijzigd, op artikel 8.3, tweede lid, na; daarin is benadrukt dat de gemachtigde niet op eigen titel optreedt, maar onder verantwoordelijkheid van het College sanering.

Hoofdstuk IX Slotbepalingen

Voor de duidelijkheid heb ik ervoor gekozen alle op het niveau van een algemene maatregel van bestuur vast te stellen uitvoeringsregels op grond van de WTZi in één besluit onder te brengen. Hierin zijn ook de twee uitvoeringsbesluiten op grond van de Wet ziekenhuisvoorzieningen opgenomen, die ingevolge artikel 46 WTZi worden gehandhaafd en voortaan op de WTZi berusten (hoofdstukken VII en VIII); zij zijn aangepast aan de nieuwe terminologie en reikwijdte. De uitvoeringsregelingen op grond van beide besluiten worden gehandhaafd en waar nodig aangepast.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

H. Hoogervorst