

**

*0: EK

*1: 2005-2006

*2: 3

*3: WordXP

*4: 3de vergadering

*5: Dinsdag 18 oktober 2005

*6: 13.30 uur

**

Voorzitter: Timmerman-Buck

Tegenwoordig zijn 63 leden, te weten:

Van de Beeten, Bemelmans-Videc, Van den Berg, Bierman-Beukema toe Water, Biermans, Broekers-Knol, Van den Broek-Laman Trip, Van Dalen-Schiphorst, Doek, Doesburg, Dölle, Van Driel, Dupuis, Engels, Essers, Franken, Van Gennip, De Graaf, Hamel, Hessing, Van Heukelum, Hoekzema, Ten Hoeve, Holdijk, Jurgens, Ketting, Klink, Kox, Van der Lans, Van Leeuwen, Leijnse, Lemstra, Van der Linden, Linthorst, Luijten, Maas-de Brouwer, Meindertsma, Meulenbelt, Middel, Van Middelkoop, Nap-Borger, Noten, Pastoor, Platvoet, Putters, Van Raak, Rabbinge, Rosenthal, Russell, Schouw, Schuurman, Schuyer, Slagter-Roukema, Swenker, Sylvester, Terpstra, Timmerman-Buck, Vedder-Wubben, Wagemakers, Walsma, Werner, Westerveld en De Wolff,

en de heer Hoogervorst, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

**

De **voorzitter**: Ik deel aan de Kamer mede, dat zijn ingekomen berichten van verhindering van de leden:

Engels, wegens ziekte;

Witteman, Van Thijn, Eigemann en Van den Oosten wegens verblijf buitenslands;

Thissen, wegens werkzaamheden elders.

**

Deze berichten worden voor kennisgeving aangenomen.

De **voorzitter**: De ingekomen stukken staan op een lijst, die in de zaal ter inzage ligt. Op die lijst heb ik voorstellen gedaan over de wijze van behandeling. Als aan het einde van de vergadering daartegen geen bezwaren zijn ingekomen, neem ik aan, dat de Kamer zich met de voorstellen heeft verenigd.

**

(Deze lijst is, met de lijst van besluiten, opgenomen aan het einde van deze editie.)

De **voorzitter**: Op verzoek van de fractie van de Partij van de Arbeid heb ik mevrouw Westerveld aangewezen als lid van de vaste commissie voor Sociale Zaken en

Werkgelegenheid en de heer Leijnse als plaatsvervangend lid van die commissie.

**

*B

!hamerstukken!

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Wijziging van de Tracéwet (tweede tranche) (29859).**

Dit wetsvoorstel wordt zonder beraadslaging en zonder stemming aangenomen.

De **voorzitter**: De aanwezige leden van de fractie van de SP wordt aantekening verleend dat zij geacht wensen te worden tegen Wijziging van de Tracéwet te hebben gestemd.

**

*B

!Aanbod zorginstellingen!

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Vereenvoudiging van het stelsel van overheidsbemoeienis met het aanbod van zorginstellingen (Wet toelating zorginstellingen) (27659).**

De beraadslaging wordt geopend.

De heer **Hamel** (PvdA): Voorzitter. Het voorliggende wetsontwerp is het derde voorstel ter afronding van de stelselwijziging. Het draagt alle kenmerken die deze wetgeving zo eigen is, zelfs in versterkte mate. Net als bij de voorgaande wetsvoorstellen is er sprake van een ideologisch getint kader, waarbij het maar de vraag is of de uitvoering in de praktijk ook zal leiden tot het gewenste resultaat. Bij dit wetsontwerp wringt het ook weer tussen de werkelijkheid en de gedachte werkelijkheid. Als je kijkt naar het wetsontwerp, de toelichting daarop, de memorie van antwoord, de beleidsvisie en de verschillende notities, zoals Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg, is het moeilijk een consistente lijn te ontdekken. De minister predikt marktwerking en reductie van regelgeving, maar voor ons ligt feitelijk een zwaar opgetuigde WZV, waarbij in plaats van toestemming voor bouw, toelating tot de zorgmarkt uitgangspunt van de regulering is. Er zal meer marktwerking komen, maar tegelijkertijd blijft het Budgettair kader zorg bestaan. Voor verzekeraars bestaat er straks geen contracteerplicht meer, maar wel het verbod om een contract te sluiten met een niet toegelaten instelling. Dit leidt tot een hybride wetgeving die enerzijds uitgaat van meer marktwerking en anderzijds een vergaande centrale sturing mogelijk zoniet noodzakelijk maakt. Dat maakt de beoordeling van het wetsontwerp moeilijk.

Daar komt bij dat het hier om een proceswet gaat, waarbij de inhoud in grote mate zal worden bepaald door de AMvB's en de beleidsregels. Aan belangrijke uitgangspunten, zoals een integraal tarief waarin de

kapitaalkosten zijn opgenomen, moeten nog handen en voeten worden gegeven. Hoe kan je in zo'n geval komen tot een integrale beoordeling van een wetsontwerp? Een wetsontwerp moet in de ogen van mijn fractie het sluitstuk zijn en niet een verzameling ideeën waar nog vorm aan moet worden gegeven. Zeker als je ook wilt komen tot een beoordeling van de doelmatigheid van het gekozen instrument.

Voordat ik inga op de consistentie van het wetsontwerp, zou ik eerst aan de hand van de acute zorg onze twijfels willen illustreren over het functioneren van deze wet en de gevolgen die het wetsontwerp zal hebben in de praktijk. Ter toelichting op de uitvoering van deze proceswet mochten wij op de valreep nog een notitie ontvangen die het proces beschrijft om middels een regionaal overleg te komen tot een acute zorgketen. Daarbij valt het allereerst op dat ervan wordt uitgegaan dat de verhoudingen tussen de verschillende aanbieders door de stelselwijziging niet zullen veranderen. Maar je kunt niet enerzijds marktwerking en de daarmee samenhangende prikkels introduceren en er anderzijds van uitgaan dat bestaande vormen van samenwerking onaangetast zullen blijven. Door die marktwerking zal er ook een grotere verscheidenheid aan aanbieders komen, wat consequenties zal hebben voor de organisatie van de acute zorg. Als het gaat om bijvoorbeeld de bereikbaarheid van de spoedopvang van de aanwezige ziekenhuizen, worden deze aan elkaar gelijkgesteld terwijl het rijpatroon van de ambulances in een regio een ander beeld laten zien.

Als het gaat over de acute zorg, wordt eigenlijk alleen in concrete termen gesproken over de bereikbaarheid. Niet duidelijk wordt wat er binnen een bepaalde tijdspanne bereikt moet worden. Acute zorg omvat niet alleen de traumazorg, maar alle zorg waarvoor een acute opname geïndiceerd is. Van de acute opname voor een lumbale hernia tot het herseninfarct aan toe. Deze acute zorg omvat in ziekenhuizen nu gemiddeld al meer dan 15% van de opname's. Deze omvang zal alleen maar toenemen omdat veel van de nieuwe, meer op preventie gerichte technieken juist zijn gericht op directe hulp. Ook de vergrijzing speelt een rol bij de toename van de acute zorg, omdat veel ouderen een chronische ziekte hebben. Bij een acute opname voor een ander probleem zal er ook voldoende kennis beschikbaar moeten zijn over de chronische ziekte. Ik bedoel daarmee dat niet alleen voorzien moet zijn in de kennis van de directe aanleiding voor de spoedopname, maar ook van de chronische ziekte.

In de toelichting maar ook bij de beleidsregels wordt vooral gekeken naar het punt van de bereikbaarheid van de huisarts of de tijd die heen gaat met het bereiken van een spoedeisende hulp. Het gaat er echter ook om wat er achter die spoedeisende hulppost aan voorzieningen, kennis en mensen aanwezig is en waar dat is.

De minister schuift dit probleem door naar het regionaal overleg van aanbieders dat dit moet regelen. In dit overleg moeten de partners al werkende weg tot een goede acute zorg komen. Dat is echter te veel gedacht vanuit de huidige situatie, waarbij de ziekenhuizen niet elkaars directe concurrent zijn. De ziekenhuizen zullen dus strategisch gedrag vertonen om hun marktpositie te versterken. Ziekenhuizen zullen niet alleen gericht zijn op het handhaven van de 24-uurszorg als gezichtsbepalende

functie, zoals de minister veronderstelt. Daarbij blijkt uit de notitie dat het regionaal overleg geen aparte juridische status krijgt. Het initiatief ligt bij de traumacentra, die zich individueel tot de minister kunnen wenden als het overleg niet tot de gewenste resultaten leidt. Is dit een voorbeeld van het op afstand besturen door de minister?

De vraag is wat moet men regelen en wat men elkaar kan opleggen. Antwoord is dat het doel moet zijn te komen tot ketenzorg, dat wil zeggen dat de overgang tussen de verschillende aanbieders goed geregeld moet zijn. Bij acute zorg heb je behoefte aan een keten ofwel bereikbaarheid van alle nodige specialismen en wel direct. Aangegeven wordt uiteindelijk dat de minister de individuele aanbieder kan aanspreken, net zo goed als de individuele aanbieder een beroep kan doen op de minister. Als de minister wil voorkomen dat hij zelf direct partij wordt, zal hij middels beleidsregels per regio aan moeten geven hoe hij denkt dat de acute zorg moet worden geregeld. Daarbij moet de minister zeer gespecificeerd aangeven wat op grond van die regels van de betrokken instellingen mag worden verwacht. Dat zal zeker nodig zijn als de minister samenwerking wil afdwingen middels bestuurlijke dwang, met als ultieme sanctie het intrekken van de toelating. Hoe stelt de minister zich deze bestuurlijke dwang voor?

Evenzo kan er veel bepaald worden, zoals aan de toelating van een bepaalde instelling het voorschrift te verbinden dat die instelling de noodzakelijke zorg moet bieden. Maar dat wordt natuurlijk moeilijk als die instelling daar buiten eigen schuld niet aan kan voldoen. De vraag is hoe effectief dit is, omdat ook sluiting in een aantal gevallen zodanige consequenties voor de zorg zal hebben dat dit onmogelijk is. Ik heb het dan nog niet over de financiële consequenties. Die paragraaf, zo geeft de minister aan, is ook nog niet geregeld. Wel zegt de minister toe dat er voor de beschikbaarheidsfunctie van acute zorg aparte financiering zal komen. Daarvoor zal gelden dat dit of zo onaantrekkelijk is dat niemand acute zorg aan wil bieden of dat het erg aantrekkelijk is.

Om de acute zorg niet onbetaalbaar te maken, wordt aangegeven dat de minister terecht de electieve zorg bij de acute zorg wil betrekken. Dit betekent dat hij in de beleidsregels zal moeten aangeven welke voorzieningen en dus mensen nodig zijn voor de acute zorg en hoeveel bijvoorbeeld specialisten nodig zijn per dienst en hoe de ratio diensten voor acute zorg en electieve zorg zal zijn. Wat doet de minister om de nodige electieve zorg in stand te houden met bijvoorbeeld het tarief dat de betrokken instelling in rekening brengt? En wat doet de minister als de verzekeraars gelet op het wellicht hogere tarief minder zorg inkopen bij de betrokken instelling dan nodig is voor de instandhouding van een goede acute zorg? Evenzo is de vraag wat te doen als een aantal zbc's in de regio sterk uitbreidt en die uitbreiding ten koste gaat van de instellingen die acute zorg verlenen?

Bij deze problemen en onduidelijkheden komt dat nog steeds niet duidelijk is hoe de financiering van de acute zorg gaat lopen. Als er een apart tarief komt voor de acute zorg, is dat geen oplossing omdat een kenmerk van de acute zorg de beschikbaarheid van een groot scala aan specialismen is waarvan het maar de vraag is hoe vaak hun hulp zal worden ingeroepen. Als er een specifieke

financiering komt, dan zal dat via een integrale vergoeding moeten zijn. Dan zullen weer velen in aanmerking willen komen en zal er weer planning door de overheid nodig zijn. Want hoe moeten verzekeraars dat probleem oplossen? In de notitie wordt het probleem van de financiering nog eens bevestigd als wordt opgemerkt: "Het procesmatig regelen van de acute zorg zoals bedoeld in de WTZI mag niet de illusie geven dat alles in het kader van de acute zorg ook binnen de bekostiging geregeld is".

Een volgend punt is dat het nieuwe stelsel een grotere verscheidenheid aan instellingen zal laten zien. Kortom, niemand is in het regionaal overleg gelijk. Er zullen instellingen deelnemen die geen acute zorg kunnen verlenen omdat zij zich alleen richten op een deel van de zorg. Anderen kunnen geen acute zorg verlenen omdat ze te klein zijn om een daadwerkelijke 24-uursopvang te kunnen bieden of omdat de samenstelling van het specialistenpakket onvoldoende mogelijkheden biedt. Het eventueel elders laten werken van de specialisten die daar werkzaam zijn, is geen oplossing omdat men moet werken onder omstandigheden die men niet gewend is. Dat is zeker in spoedsituaties onverantwoord. De acute zorg zal dus gepland moeten worden. Deze planning zal wel de vrije onderhandelingsruimte van aanbieders beperken, zowel van zij die acute zorg bieden als zij die dat niet zullen doen.

Een ander probleem dat weer om een beleidsregel vraagt, is het probleem of de grotere algemene ziekenhuizen wel in staat zullen zijn om hun 24-uursdiensten in te vullen. De aantrekkingskracht voor veel specialisten om in een zbc te gaan werken is groot. Er hoeft geen dienst gedraaid te worden, er zijn overzichtelijke werktijden en je kunt het werk zodanig inrichten dat de inkomsten ook te maximaliseren zijn. Gevolg van het overstappen van personeel naar zbc's zal zijn dat een deel van het werk dat nu in de grotere ziekenhuizen wordt gedaan over zal gaan naar deze zbc's. Deze kleine instellingen zullen werk en of personeel onttrekken aan de grotere ziekenhuizen. Immers als een deel van het werk dat nu in de grotere ziekenhuizen wordt verricht door andere instellingen wordt overgenomen, zal de omvang van de maatschappen in dat ziekenhuis afnemen. Dat betekent meer diensten en meer diensten betekent dat de baan minder aantrekkelijk is. Het werken in een zbc met overzichtelijke werktijden, geen diensten en waarschijnlijk een beter salaris is des te aantrekkelijker voor het personeel. Dat dit geen theorie is, mag blijken uit de problemen die kleine ziekenhuizen nu al hebben met het aantrekken van specialisten omdat men een hoge frequentie aan diensten heeft.

Met deze voorbeelden heb ik niet willen aangeven dat mijn fractie tegen regionaal overleg is. Wij denken dat vormen van regionale planning nodig zijn voor steeds meer vormen van zorg. Ook voor de kankerzorg of de gehandicaptenzorg is het gewenst om uit het oogpunt van een doelmatige zorg te komen tot een taakverdeling tussen de verschillende aanbieders waarbij samenwerking noodzakelijk is. Dit staat echter haaks op de regulering middels de markt en zal daarom meer gedetailleerde regelgeving vergen dan bij een keuze voor een meer publiek stelsel met competitie. Waarom heeft de minister er niet voor gekozen om in aansluiting bij de huidige

structuur deze met de nodige verbeteringen vast te leggen in de beleidsregels?

Ik kom te spreken over de consistentie van het wetsontwerp. In de considerans van het wetsvoorstel staat dat om te komen van een centraal, aanbodgestuurd naar een decentraal, vraaggericht zorgstelsel het wenselijk is de regels inzake de toelating van zorginstellingen en die inzake de bouwprocedure te vereenvoudigen en samen te voegen. Dit is verwarrend omdat er een tijdelijkheid wordt gesuggereerd die er niet is en het maar de vraag is of de regelgeving vereenvoudigd kan worden gelet op de gekozen systematiek. Er zal eerder uitbreiding van regels aan de orde zijn, omdat alle voorzieningen met betrekking tot de zorg onder deze wet komen te vallen of zij nu in aanmerking willen komen voor vergoeding van zorg die tot het basispakket behoren of niet.

In notities die gebaseerd worden op deze wet, zoals de notitie over transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg, wordt gesteld dat de nieuwe ordening middels marktwerking zal worden gereguleerd. In de notitie staan echter vele aannames en is er volstrekt nog geen sprake van een sluitend systeem. Daarnaast wordt tevens teruggevallen op het BZK.

Waarom is niet gekozen voor een considerans die aangeeft dat dit wetsvoorstel er op gericht is het publiek belang van een kwalitatief en doelmatig functionerende zorg te borgen?

Daarmee zou een groot aantal artikelen een duidelijker context krijgen en een eenduidiger betekenis. Ook zou daarmee duidelijk worden welk belang de overheid met deze wet dient en bovendien dat het niet gaat om een tijdelijke situatie. Het beeld dat dit wetsvoorstel de roadmap is naar een middels markt gereguleerde zorg zou dan worden weggenomen. Bij juridische procedures rond de toelating maakt het nogal uit of de wetgever bedoeld heeft een overgangssituatie te regelen, dan wel dat de wet gericht is op een doelmatige zorg.

Waarom zegt de minister niet wat hij kennelijk bedoelt, namelijk dat hij een grotere mate van zelfregulering voorstaat dat echter het gekozen beleid niet mag verstoren? Er wordt veel meer vrijheid gesuggereerd dan reëel aanwezig zal zijn. Moet overigens de beleidsvisie ook zo opgevat worden dat de aanwijzingen aan de ZAio en het CVZ hier in principe op gebaseerd zullen zijn? Kan de minister ook nog eens duidelijk maken wat de functionele relatie is tussen de regels die de minister op grond van deze wet stelt, de bevoegdheden van de ZAio en die van het CVZ?

Het stramien in de wet van wettelijke bevoegdheden, beleidsvisie en daaruit vloeiende beleidsregels spreekt mijn fractie aan. Dit kan stimulerend zijn om te komen tot een integraal beleid. In artikel 3 staat dat de minister, ten minste eens in de vier jaar, een visie geeft op een kwalitatief goed, doelmatig, evenwichtig en voor eenieder toegankelijk stelsel van gezondheidszorg. Tevens moet in deze visie zijn vervat hoe de bereikbaarheid van de acute zorg wordt geregeld, daaronder begrepen de daarmee samenhangende basiszorg en andere vormen van zorg, waarbij bijzonder belang wordt gehecht aan de bereikbaarheid. Dat betekent nogal wat. Wat moet bijvoorbeeld op 24-uursbasis binnen een bepaalde straal van de woning aan voorzieningen aanwezig

zijn? Aangegeven moet worden wat acute zorg omvat, hoe daaraan vorm wordt gegeven en welke niet-acute zorg nodig is om de acute functie mogelijk te maken. Evenzo de verpleeghuiszorg als mensen moeten kunnen kiezen tussen te onderscheiden vormen van zorg.

Bij het voorbeeld van acute zorg heb ik al de vraag gesteld of deze functie niet zal leiden tot een regionale planning. De beleidsvisie laat zich zo lezen dat de markt de zorg in overeenstemming moet brengen met de visie van de minister en als dat niet gebeurt, zal de minister het zelf middels regulering doen. Dat is toch een grote omweg. Veel beter zou het zijn dat er een beleidsvisie wordt gegeven en dat daarbij wordt aangegeven op welke wijze daaraan en aan de daarmee samenhangende vrijheidsgraden invulling wordt gegeven. Hetzelfde probleem duikt op als bij de andere wetgeving. Waarom niet het publieke belang vooropgesteld, waarbij vormen van competitie mogelijk worden gemaakt waardoor aanbieders of instellingen die creatief zijn en het goed aanpakken worden beloond en zij die het allemaal laten lopen, om het nu maar zo te zeggen, worden gestraft? Dat is toch veel eenduidiger?

In deze visie moet het financiële kader worden aangegeven dat beschikbaar is voor de kosten, voortvloeiend uit de toelatingen die de minister verleent. Wat is de betekenis van dit kader? Is dit een financieel vierjarenplan waarin wordt aangegeven welk budget beschikbaar is voor de zorg? Als het alleen betrekking heeft op de kosten van nieuwe toelatingen, is de vraag op welke wijze deze dan worden beoordeeld. En wat is de relatie tussen het BZK en de budgetten voor de verzekeraars of wordt dit middels de verevening rechtgetrokken?

Op basis van de beleidsvisie worden beleidsregels vastgesteld. Wat is de juridische relatie tussen beleidsvisie en beleidsregels? Hebben deze regels een autonome status en vinden zij hun legitimatie in het probleem dat ermee wordt opgelost? Of vloeien zij direct voort uit de beleidsvisie? De minister geeft aan dat hij het aantal regels beperkt wil houden. Is dat echter mogelijk? Als je alleen al kijkt naar de acute zorg, dan zal er toch een omschrijving moeten komen van wat daaronder moet worden verstaan en op welke wijze en in welke omvang daaraan uitvoering moet worden gegeven. Dat is nodig, wil de minister kunnen waarmaken dat hij de betrokken instelling, op straffe van intrekking, kan verplichten acute zorg te verlenen. Evenzo zal moeten worden aangegeven wat de relatie is tussen de electieve zorg van de betrokken instelling en de acute zorgfunctie. Dat zal toch ook een niet onaanzienlijk aantal regels opleveren. Is er dan feitelijk geen sprake van een vergaande planning binnen een regio? Wat verandert er eigenlijk ten opzichte van de regionale plannen uit de WZV, waarin de behoefte aan zorgaanbod moet worden vastgelegd? Wat is het verschil tussen een regionaal plan en het ramen van de behoefte aan zorg in een regio? Is niet nu al voorspelbaar dat het ramen van de zorg in een regio zal leiden tot het ontstaan van een woud aan steeds verder verfijnde beleidsregels om zowel de markt als het aanbod te reguleren?

Hoe zal de aanvraag van een nieuw verpleeghuis worden beoordeeld in een regio waar de verzekeraars niet overtuigd zijn van de kwaliteit van de geleverde zorg van

de reeds toegelaten verpleeghuizen of waar onvoldoende differentiatie is tussen verpleeghuizen? Gesteld dat een nieuw verpleeghuis wordt toegelaten. Op welke wijze zullen dan de exploitatiegevolgen worden opgevangen die deze nieuwe toelating heeft voor de bestaande instellingen met betrekking tot de kapitaallasten, zowel in de situatie dat deze instelling heeft gebouwd onder de huidige regeling als onder de nieuwe regeling? Onder de huidige regeling is toestemming verleend door de minister, gebouwd op grond van instemming door het College Bouw en is uitgegaan van een gegarandeerde financiering. Een beroep op het huidige Waarborgfonds zal toch betekenen dat anderen meebetalen aan het slechte beleid van deze instelling, en erger, ten koste van de premie betaler.

Opmerkelijk is het dat bij de eisen tot toelating waaraan een instelling moet voldoen in de wet alleen de eisen omtrent de bestuursstructuur alsmede omtrent waarborgen van een ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering gespecificeerd zijn. Zonder meer belangrijke zaken, maar is dit wel voldoende om een verantwoorde kwaliteit en een doelmatig functioneren van de zorg te borgen? Waarom is in de wet niet de grondslag opgenomen om eisen te kunnen stellen met betrekking tot de kwaliteit? Dat er voldoende deskundigheid en ervaring aanwezig moet zijn en dat dit getoetst zal worden door de inspectie.

Waar ligt overigens de relatie tussen de inspectie, de beoordeling van de kwaliteit van de geleverde zorg en de toelating, dan wel het intrekken van de toelating als de kwaliteit onvoldoende is? Het ligt voor de hand dat de inspectie moet kunnen overgaan tot sluiting van een instelling. Eenieder weet hoe moeilijk dat nu al is. Waarom is niet aangegeven dat door de aanvrager moet worden voorzien in een aantoonbare behoefte die gelegen kan zijn in het niet goed functioneren van bestaande instellingen of aanbieders, of in een tekort aan voorzieningen, dan wel een nieuwe vorm van zorg? Of dat in de betrokken regio de kwaliteit van de acute zorg niet onder een nieuwe toelating te lijden zal hebben en dat in de beoordeling verdisconteerd zal worden of er wel voldoende arbeidsaanbod is van gespecialiseerde beroepskrachten? Het laatste is belangrijk omdat de zorg niet verbetert als er in een tekortsituatie van bijvoorbeeld bepaalde specialisten of verpleegkundigen in een dergelijke regio een instelling bijkomt om in tekorten te voorzien. Het zal voorspelbaar wel de prijs van de zorg verhogen. Kortom, onvoldoende is in dit wetsvoorstel geregeld de mogelijkheid om in het publieke belang van een adequate zorg een toelating te weigeren. Graag een reactie van de minister.

Een ander punt is de integrale zorg. Bij de behandeling van de I&A-wet kwam dit ook al aan de orde. Voor een deel speelt hierbij hetzelfde als bij de acute zorg. Onder integrale zorg versta ik dan dat twee of meer poortspecialisten bij de behandeling van een patiënt betrokken zijn, bijvoorbeeld omdat de patiënt chronisch ziek is en voor een andere lichamelijke kwaal wordt opgenomen. Het is uiterst belangrijk dat beiden goed op de hoogte zijn van de patiënt. Bij een te grote fixatie op de directe aanleiding voor de opname kunnen beoordelingen plaatsvinden die niet tot een kwalitatief adequate behandeling leiden. Ook voor oudere patiënten die met een meervoudige pathogenese worden opgenomen, waarbij

zowel psychiatrische problemen spelen als somatische, is het van groot belang dat alle problemen in samenhang worden bekeken. Dit kan gemakkelijk in het gedrang komen als bij de toelatingen alleen wordt gekeken of aan het betreffende specialisme of een specifieke behandeling behoefte bestaat, maar de samenhang, net zoals dat wel eens het geval is bij de orgaanspecialist, uit het oog wordt verloren. Voor alle duidelijkheid: integrale zorg is dikwijls betere maar ook goedkopere zorg. Hoe denkt de minister dit te bevorderen?

Hetzelfde geldt overigens voor de aansluiting van de verschillende zorgvormen die de mogelijkheid moeten bieden om thuis te blijven wonen. Vraag is ook waaraan de minister of het saneringsfonds zullen toetsen als intrekking op grond van onvoldoende kwaliteit zal plaatsvinden. In artikel 17 staat dat een beroep op het saneringsfonds kan worden gedaan indien sprake is van beperking of intrekking van een toelating. De vraag die overblijft, is of een instelling ook een beroep kan doen als de intrekking uitdrukkelijk het gevolg is van het handelen van de aanbieder of de instelling.

Ik noem bovengenoemde problemen omdat het aantrekkelijke verschiet dat de minister soms met marktwerking probeert te schilderen aan vele beperkingen onderhevig is. Hij brengt zijn eigen bedenkingen ook, zij het impliciet, middels de regelgeving tot uitdrukking. Het is de vraag of het beoogde doel met dit wetsvoorstel gerealiseerd wordt. De vraag blijft of er niet veel overhoop wordt gehaald voor een minimaal effect dat ook op een andere wijze te behalen zou zijn. Middels het door minister Borst geïntroduceerde boter-bij-de-visprincipe zou bij een verdere uitwerking misschien wel goedkoper inhoud gegeven kunnen worden aan de door de minister gekozen doelstellingen.

De minister heeft aangegeven dat hij, voordat hij meer categorieën instellingen of organisatorische verbanden in termen van deze wet de mogelijkheid wil bieden om met winstoogmerk te gaan werken, dat per AMvB met voorhang zal doen. Op het winstoogmerk en de daarmee samenhangende problemen zal ik nu ook niet verder ingaan. Wel ga ik ervan uit dat, gelet op de toezegging van de minister en de vele onzekerheden die samenhangen met een nog niet voldragen instrumentarium, de minister geen voorschot zal nemen op de uitkomst van het debat rond een dergelijke maatregel. Te veel wordt aangegeven dat er bijvoorbeeld vanaf 2012 integrale tarieven zullen zijn of dat er sprake zal zijn van de mogelijkheid tot winstuitkering. Dit leidt gemakkelijk tot valse verwachtingen en het kan ook tot een anticiperend gedrag leiden dat later weer moeilijk te repareren is.

Wij zien feitelijk voor ons een uitgebreide WZV, waarbij het de vraag is of de indertijd gesneuvelde WVG niet weer tot leven wordt gebracht en er in weerwil van het gekozen principe van marktwerking toch middels een omvangrijke regelgeving gewoon centraal sturing wordt gegeven aan de zorg. Het is aan de minister ons te overtuigen van het tegendeel. Wij denken dat door een duidelijker opzet van de wet het aantal regels aanzienlijk zou kunnen worden beperkt en vele juridische procedures rond het weigeren van een toelating kunnen worden voorkomen. Verder wil mijn fractie zekerheid hebben over de volgende punten. Duidelijk moet zijn dat het doel van

dit wetsvoorstel op de eerste plaats is het borgen van het publieke belang van een kwalitatief voldoende en voor een ieder toegankelijke, doelmatig functionerende zorg. Tevens zal in de wet verankerd moeten worden dat er bij de beoordeling van toelating garanties zijn dat de te leveren zorg van voldoende kwaliteit zal zijn. Dat bij onvoldoende kwaliteit van de geboden zorg de toelating kan worden ingetrokken. Voor een positief oordeel over toelating moet duidelijk zijn dat de aanvrager zal voorzien in een aantoonbare behoefte. Die behoefte kan gelegen zijn in een tekort aan voorzieningen, dan wel in het ontbreken van de nieuw te bieden zorg of het niet goed functioneren van bestaande voorzieningen. Daarnaast moet de toelating geen belemmering vormen voor een adequate acute zorg in de regio en er moet voldoende aanbod van gespecialiseerd personeel in de regio voorhanden zijn.

Aangezien het om een proceswet gaat, behoeft de uitkomst niet in de wet besloten te liggen. De minister tracht in de met deze wet samenhangende brieven en notities wel aan te geven wat de uitkomst zou moeten zijn. Toch geeft hij ook toe dat er nog veel onderzoek moet worden gedaan om te bezien of de gewenste uitkomst wel haalbaar is. Het is nog maar de vraag of de gekozen instrumenten geschikt zijn. Dat maakt de beoordeling van deze wet lastig. Wij zouden wel willen abstraheren van de inhoud van deze brieven en notities, maar dat moet de minister ons dan wel mogelijk maken. Evenzo vormen de beleidsregels geen garantie voor een doelmatige zorg. Daar komt bij dat voor de financiering van meerdere met deze wet samenhangende essentiële onderwerpen nog geen oplossing is gevonden. Hoe stelt de minister zich voor daarmee om te gaan in de periode die ligt tussen morgen en het moment waarop wel effectieve regelingen voorhanden zullen zijn? Of wordt de werking van de wet opgeschort totdat op grond van verder onderzoek duidelijk is geworden dat de nadere invulling en de gekozen instrumenten in de praktijk werkbaar zijn en aantoonbaar zullen bijdragen aan een kwalitatief verantwoorde en doelmatig functionerende zorg?

Wij wachten de antwoorden van de minister met belangstelling af.

*N

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Voorzitter. De discussie die wij vandaag voeren, heeft nogal wat onzekere kanten, om niet te zeggen glibberige kanten. Wij bespreken immers een proceswet of kaderwet, die al op 22 september van het vorige jaar in de Tweede Kamer is aangenomen. Na meer dan een heel jaar oogt ze weliswaar nog steeds als een indrukwekkend wetsvoorstel, klaar voor de plenaire behandeling; maar als ik goed kijk naar wat werkelijk voorligt, doet het toch denken aan het sprookje van de kleren van de keizer. Dan heb ik het niet over de persoon maar over het onderwerp. En dus voel ik mij genoodzaakt om hier hardop te zeggen dat wij vandaag kijken naar een blote keizer, oftewel een uitermate uitgekleeft voorstel. Daarvan zouden wij ons horen af te vragen of wij zo'n wet hier wel willen. Hadden de zaken die deze wet nu wel gaat regelen niet veel handiger en sneller op een andere manier geregeld kunnen worden? Toen mijn fractievoorzitter mij gisteren de indringende

vraag stelde wat gewone mensen gaan merken als dit voorstel wordt aangenomen, stond ik met de mond vol tanden.

In principe zou je met deze wet heel wat goede dingen voor de mensen kunnen regelen. Het was immers de bedoeling om met dit wetsontwerp de mogelijkheid te hebben, luisterend naar de vraag en met inspraak van de burger, acute en basiszorg dichtbij te regelen. Met de WTZi zouden kleinschalige ziekenhuisvoorzieningen behouden kunnen worden waar dat wenselijk en mogelijk is. Ook worden besturen van zorginstellingen verplicht tot maatschappelijke verantwoording middels het jaarverslag, waarbij zeker ook de hoogte van de topinkomens openbaar zou worden gemaakt, evenals de manier waarop cliënten hun zegje binnen de instelling kunnen doen. Vooral was het de bedoeling zorg op maat te kunnen leveren -- van centrale aanbesteding naar vraaggericht werken -- en zou er bijvoorbeeld de mogelijkheid komen om verantwoorde moderne verpleeghuiszorg met oog voor privacy te organiseren in plaats van de grootschalige oude zorg. Dat zijn allemaal ambities waar mijn partij achter staat.

Tot zover nog niets aan de hand, maar het heeft er naar de mening van mijn fractie alle schijn van dat de minister en zijn ambtenaren zich stevig hebben verkeken op het onderwerp. Is de minister het met mij eens dat er gedurende het traject in ieder geval nogal wat van zijn eigen ambities verloren zijn gegaan? Ik denk met name aan de ambitie om op termijn de mogelijkheid tot winstoordeel voor zorginstellingen te introduceren en het streven om kapitaallasten van instellingen in integrale tarieven te verwerken; ambities waaraan overigens mijn fractie ook weinig geloof heeft gehecht. We zijn er niet rouwig om dat het tempo van verandering ten aanzien van deze kwestie behoorlijk langzamer is geworden. Het gaat immers om complexe vraagstukken, waarover de komende jaren nog belangrijke nadere keuzes moeten worden gemaakt. Daarbij zijn zeker ook de ervaringen tot nu toe met het werken met DBC's niet erg hoopgevend. Is het ook de analyse van de minister dat de roep om verandering, de ideologie van de markt, de zorgvuldigheid van het wetgevingstraject in ieder geval in eerste instantie ernstig negatief heeft beïnvloed?

Ten aanzien van het vraagstuk kapitaallasten heeft de minister toegezegd geen overhaaste stappen te zullen nemen en besluitvorming te baseren op goeddoordachte opties. Kan de minister toezeggen dat hij bij de voortgangsrapportage ten aanzien van de Transparante en Integrale tarieven die hij in het voorjaar van 2006 wil laten verschijnen, alle tot nu toe veelal zeer zinnige opmerkingen uit het veld zal meenemen? Dan willen wij de minister best enige tijd geven en zullen wij niet op de keuzes vooruitlopen. Dat zou hij dan zelf ook moeten doen: niet op de keuzes vooruitlopen en het niet over een invoerdatum in 2006 hebben. Collega Hamel wees hier al op.

Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan de opmerkingen uit het veld, bijvoorbeeld vanuit de intramurale AWBZ-gefinancierde zorginstellingen of aan de relatie met de WMO of aan het verschil in positie tussen cure- en care-instellingen -- willen we wel concurrentie tussen instellingen voor gehandicapten of psychiatrische patiënten? -- of aan de positie van UMC's of aan de

invulling van de normatieve huisvestingscomponent, die toch zeker gedifferentieerd zal moeten worden als we kijken naar grondprijzen of aan de boekwaardeproblematiek. Er is nog veel te veel onduidelijk en niet doordacht. Een streefdatum van voorjaar 2006 lijkt mij ook dan weer erg ambitieus. Maar goed, we wachten af want het is een voortgangsrapportage.

Ik kom bij de zaken die de WTZi wel zal regelen; zaken die in het verlengde liggen van onze eigen ambities, maar waarvan naar het zich laat aanzien weinig terecht lijkt te komen. Ik doel op de, zoals de minister die omschreef, waarborg van publieke belangen, de voorwaarden voor goed bestuur, de maatschappelijke verantwoording, de toelating van zorginstellingen en de grotere betrokkenheid van het parlement.

De publieke belangen in de gezondheidszorg die de overheid moet waarborgen, zijn zoals we allen weten de toegankelijkheid van alle verzekerde zorg -- de beschikbaarheid en bereikbaarheid van voldoende capaciteit -- en daarnaast de continuïteit en de kwaliteit van de zorg. De WTZi kent meer dan de Wet Ziekenhuis Voorzieningen een rol toe aan de overheid bij het formuleren van wat wenselijk is. In de beleidsvisie moet de overheid helder aangeven welke ontwikkelingen zij wenselijk vindt, welke criteria zij in verband daarmee stelt voor het kunnen beoordelen van initiatieven van nieuwe of bestaande instellingen en binnen welke randvoorwaarden deze ontwikkelingen gestalte kunnen krijgen. De minister spitst dit in zijn toelichting toe op de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg en komt daarbij niet verder dan de uitspraak dat via beleidsregels WTZi zal worden geregeld dat instellingen moeten deelnemen aan het ketenoverleg acute zorg. Naar het oordeel van mijn fractie is dat veel te mager. Zoals de minister zelf ook wel weet, is beschikbaarheid van alleen acute zorg een wassen neus. Acute zorgverlening is ingebed in een structuur; er is naast een goede ambulancevoorziening ook een instelling voor nodig die beschikt over met acute zorg samenhangende basiszorg en ondersteunende zorg. Naast een verantwoordelijkheid voor de acute zorg dichtbij heeft de minister ook een verantwoordelijkheid voor basiszorg dichtbij. Het een is onlosmakelijk met het andere verbonden. Daar moet hij niet voor weg lopen. Is de minister het met mij eens dat er naast een landelijk spreidingskader acute zorg ook een spreidingskader basiszorg nodig is? Schaarste aan geld en personeel zal in het concurrentiemodel ongetwijfeld leiden tot fusies en concentratie en dientengevolge tot mindere bereikbaarheid van zorg. De casus-Bernhoven in Noordoost-Brabant is daar een goed voorbeeld van. Kan de minister uitleggen waarom zijn voorganger nog een standstill van fusies heeft afgekondigd en waarom hijzelf nu denkt dat de WTZi voldoende waarborgen heeft om fusies die alleen schaalvergroting ter wille van de medisch specialisten en de managers beogen en niet de wens zijn van de burgers, kan voorkomen? Volgens mij leggen financiële afwegingen meer gewicht in de schaal dan maatschappelijke. Het zou mooi zijn als de minister ons op dit punt kon geruststellen. Want waar heeft hij de criteria neergelegd die in ieder geval bepalen wat de ondergrens van een volwaardig ziekenhuis moet zijn als je denkt in termen van adherentie, zorgzwaarte, leeftijdsopbouw,

beschikbaarheid van basiszorg en ondersteunende specialismen? Waarom verwacht hij overigens dat ziekenhuizen die moeten concurreren op het aanbod, dat opeens niet meer doen als het om acute zorg gaat? Er spreekt een groot geloof uit de uitspraak van de minister dat een vergaderplicht van betrokken partijen met tegengestelde belangen zal leiden tot sluitende afspraken over de organisatie van de keten van acute zorg. Ik vind dit echter naïef en ik denk ook dat het niet zal werken. Collega Hamel wees hier ook al uitgebreid op. Een voorbeeld: als een regionaal overleg bepaalt dat er een teveel aan beschikbare acute zorg is, zou het in theorie over het voortbestaan van een ziekenhuis kunnen oordelen. Nodig zijn voor de levering van acute zorg is voor sommige ziekenhuizen een reden van bestaan. Graag een reactie van de minister.

Er zijn ook gebieden waar beschikbaarheid financieel gefaciliteerd zal moeten worden, zoals in Zeeland of op de Waddeneilanden. Als dat niet mogelijk is, kan de regionale keten praten tot sint-juttemis. Graag ook commentaar op de uitspraak van het IPO dat in de visie van de minister iedereen -- en dus niemand -- verantwoordelijk is. Hoe is het voornemen van de minister om in de ambulancezorg marktwerking te introduceren via vierjaarlijkse aanbesteding van vergunningen te rijmen met de wens om binnen de keten met elkaar te komen tot duurzame lange termijn afspraken? Dat lijkt me langer dan vier jaar overigens.

In de WTZi wordt ook geregeld dat instellingen toestemming van de minister nodig hebben om AWBZ- of ZVW-verzekerde zorg te leveren. Deze exploitatietoestemming geldt zowel voor instellingen met als zonder bouw of huur van gebouwen. Ook zelfstandige behandelcentra die privaats gefinancierd worden, vallen onder het toestemmingsvereiste. Ik vermoed dat het veel aantrekkelijker en doelmatiger kan zijn voor een private partij om ook op een andere locatie te starten en dan te concurreren met een verouderde AWBZ-instelling dan de oude inboedel over te kopen en te reorganiseren. Op welke manier denkt de minister dit te kunnen voorkomen? Ik ben bang dat er een categorie mensen achter blijft in verouderde instellingen die langzaam leeglopen, waarbij aantrekkelijker vormen van wonen met zorg gevuld worden met mensen met een ruime gevulde portemonnee. Kan de minister dit met de WTZi voorkomen?

De laatste maanden lijken er megaconcentraties van thuiszorg, woonzorg en GGZ-instellingen en daaraan verbonden zorgverzekeraars te ontstaan. Ik denk als voorbeeld aan het samengaan van Icare Thuiszorg, Eevan Zorggroep en Achmea en de mogelijkheid dat hier nog andere instellingen bij aanhaken. Wie bewaakt nu en in de toekomst -- dan zal het waarschijnlijk de zorgautoriteit zijn -- dat hierdoor een te grote marktmacht ontstaat? Moet er voor dit soort gefuseerde instellingen ook een nieuwe toelating worden aangevraagd? Zou op dit moment nu ook de WMG nog niet is aangenomen, een standstill niet op zijn plaats zijn?

De aanvraag voor toelating wordt in ieder geval getoetst aan de voorwaarden voor goed bestuur. Instellingen moeten inzicht bieden in hun bestuursstructuur en een ordelijke bedrijfsvoering hebben. De transparantie-eisen in het uitvoeringsbesluit WTZi bevatten een aantal

voorwaarden voor het verkrijgen en behouden van de toelating. De eisen sluiten nauw aan bij de corporate-governancecode van de commissie-Meurs; wij juichen dat toe.

Wat is de stand van zaken ten aanzien van de begrenzing van de topinkomens in de zorgsector? Is de minister van plan verrijking met publiek geld tegen te gaan en geeft de WTZi hem hiervoor instrumenten in handen?

De Regeling jaarverslaggeving zorginstellingen gaat met het aanvaarden van de WTZi ook gelden voor extramurale AWBZ-leverende instellingen, waardoor zowel de intra- als extramurale instellingen verplicht zijn maatschappelijke verantwoording af te leggen in het jaarverslag. Ook dat juichen wij toe. Wat in het veld toch nog vragen oproept, is hoe de invloed van de cliënten geregeld wordt. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om disfunctionerend management van een instelling en de mogelijkheid om bij de ondernemingskamer in Amsterdam om een enquête te verzoeken, ook door cliënten of hun vertegenwoordigers. De Landelijke Organisatie van Cliëntenraden heeft nogmaals aangegeven dat zij niet tevreden is met de beantwoording van de vragen over de toepassing van het enquêterecht. Ook de NPCF ondersteunt de bezwaren. Zij verzoekt de minister de toelichting bij het uitvoeringsbesluit zodanig te wijzigen dat met het begrip "orgaan dat de cliënten vertegenwoordigt" wordt bedoeld cliëntenraden dan wel organisaties die in zijn algemeenheid patiënten en consumenten vertegenwoordigen, zoals de NPCF of de Consumentenbond. Is de minister bereid dit te doen en tevens instellingen te verplichten in het jaarverslag te vermelden wie gerechtigd zijn om een verzoek tot het houden van een enquête in te dienen?

Kan de minister daarnaast nog eens uiteenzetten op welke manier burgers hun mening kunnen geven als het gaat om het sluiten of juist openen van zorginstellingen, verpleeghuizen dan wel ziekenhuizen? Volgens mij is in de WTZi de positie van de lokale overheid volstrekt ondergewaardeerd. Als we het hebben over het behoud van een bepaald voorzieningenniveau dan dient de vestigingsgemeente en/of centrumgemeente een duidelijke sterke positie in te nemen als hoeder van het algemeen of regionaal belang.

Tot slot wijst de minister erop dat met de WTZi een grotere betrokkenheid mogelijk is van het parlement, omdat voor aanpassingen van het uitvoeringsbesluit WTZi een voorhangprocedure geldt bij de Eerste en Tweede Kamer. Omdat, zoals ik al heb aangegeven, deze Kaderwet WTZi, de erop gestoelde beleidsvisie, de beleidsregels en het uitvoeringsbesluit naar de mening van mijn fractie veel onduidelijkheden, onvolkomenheden en foute vooronderstellingen kennen, kan ik dat alleen maar toejuichen. Wij krijgen als Eerste Kamer dan in ieder geval de kans het slechte te voorkomen, waarbij ik aanteken dat ik het wel een omslachtige manier vind. Ik geef de minister daarom bij zijn beantwoording graag de gelegenheid om nog het een en ander recht te zetten! Ik wacht de beantwoording van de minister af.

*N

De heer **Schouw** (D66): Voorzitter. Over de WTZi is veel gesproken en geschreven. De behandeling van het

wetsvoorstel door deze Kamer is meerdere malen uitgesteld. Het lijkt er al met al op dat de complexiteit van het wetsvoorstel alleen maar toeneemt naarmate er meer over wordt gesproken en de behandeling langer wordt uitgesteld. En dat terwijl het een beknopt en eenvoudig wetsvoorstel is met slechts 68 artikelen!

Het is goed om ons nog eens te buigen over de essentie van het wetsvoorstel, het realiseren van een nieuw stelsel voor de planning en bouw van zorginstellingen. Verder wil men met dit wetsvoorstel het oude stelsel, gebaseerd op zekerheden, ombouwen tot een stelsel waarin instellingen zelf verantwoordelijk zijn voor de manier waarop zij tegemoetkomen aan de zorgvraag van hun klanten. In een bepaald opzicht is dit wetsvoorstel dan ook een oude wens van Paars II.

Het wetsvoorstel valt eigenlijk in drie punten uiteen. Dat zijn: 1. de deregulering van het bouwregime; 2. de inrichting van een decentrale overlegstructuur: regionaal overleg acute zorgketen; 3. het stellen van eisen van goed bestuur. Er zijn goede redenen om het zorgstelsel om te bouwen van een aanbodgestuurd naar een vraaggestuurd stelsel, gezien het huidige verstikkende systeem van budgettering, de bureaucratie, de wachtlijsten en het vrije verkeer in Europa. Al veel wetsvoorstellen met het doel het Nederlandse zorgstelsel grondig te hervormen zijn het parlement gepasseerd. Vandaag behandelen wij weer zo'n wetsvoorstel.

De fracties van D66 en OSF steunen de doelstellingen van de WTZi van harte. Het bieden van meer vrijheid en meer verantwoordelijkheid aan zorginstellingen is dan ook een logische stap. Verder beoogt het wetsvoorstel deregulering en transparantie te bevorderen. Dat zijn nobele doelen, waarmee wij het volledig eens zijn. Maar naast alle vreugde over het wetsvoorstel hebben wij ook enkele zorgen. Dat zijn er drie en wel: 1. het regionaal overleg acute zorgketen; 2. transparantie en integrale tarieven; 3. de publieke verantwoording.

De zorgketen. Een van de hoofdpunten van het wetsvoorstel is de invoering van een decentrale overlegstructuur. Wij zijn daarom blij met de brief van 7 oktober 2005 over het WTZi-ketenoverleg. Wij zijn blij met de brief, maar over de inhoud van de brief maken wij ons grote zorgen. En dan druk ik mij nog vriendelijk uit. Zo is de definitie van acute zorg wel erg breed. Verder worden er in de notitie vooral procesafspraken gemaakt, in tegenstelling tot prestatieafspraken, zijn de besprekingen richtinggevend en is er geen juridische structuur. Als je je positief wilt opstellen, zeg je wellicht: nou ja, een lekker lichte structuur met weinig bureaucratie, fantastisch. Een goed functionerende zorgketen staat of valt echter met een duidelijke structuur, een duidelijke taakafbakening en een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling. Een zichzelf coördinerende keten is vooral een tandeloze keten, waar de fut snel uit gaat.

Ketens worden beter en sterker als er gestuurd wordt. Wie heeft het stuur vast in deze keten? Wie is waarvoor bevoegd? En welke afspraken zijn verplichtend voor de deelnemers aan de keten? De sprekers die mij voorafgingen, hebben hierover ieder op hun eigen manier indringende vragen gesteld. Onze fracties verwachten dan ook van de minister dat hij op dit punt duidelijke

uitspraken zal doen, uitspraken die onze fracties meer zekerheid bieden over het succes van de ketenaanpak.

De transparantie van de integrale tarieven en de reserves. Onze fracties steunen de minister in zijn streven te komen tot een transparant en integraal beleid voor tarieven. Het zou mooi zijn als dat lukt, maar dat vergt nog wel enig denkwerk, vooral omdat het -- het mag dus niet gaan als bij de DBC's -- eenvoudig moet blijven. Daarvoor is tijd nodig en dat begrijpen wij heel goed.

Onze fracties zijn niet gerustgesteld door het antwoord van de minister op de vragen over de vorming van reserves door de zorginstellingen. Wij zouden ons geen zorgen hoeven te maken -- zo schrijft de minister in de memorie van antwoord -- omdat: "er door toenemende vraagsturing en marktwerking een hogere financiële buffer nodig is, waardoor de vermogenspositie moet verbeteren bij het merendeel van de sectoren". Verder staat in deze memorie van antwoord dat het begrenzen van vermogensvorming ongewenst is, omdat het een premie is op ondoelmatigheid. Grote reservevorming is volgens de redenering van de minister dus wenselijk. Dat zal in het begin ook wel waar zijn, maar wanneer slaat het opbouwen van een weerstandsreserve om in het oppotten van geld?

Het bestrijden van reservevorming is voor de D66-fractie geen doel op zichzelf. Een goede solvabiliteitspositie van zorginstellingen is verstandig, maar daarbij moet natuurlijk wel in het oog worden gehouden dat zorginstellingen niet onnodig geld oppotten. Als dat gevaar dreigt, moeten wij tijdens de oorzaken daarvan kunnen wegnemen. Richtlijnen en financieel toezicht zijn volgens onze fracties dan ook nodig. Is de minister bereid om hierop te reageren?

En nu ik het toch over geld heb: een vraag over de mogelijke opwaartse druk van marktprikkels op de collectieve lasten. In antwoord op vragen van de PvdA-fractie zegt de minister dat het niet zo'n vaart zal lopen. Tegenover het Amerikaanse onderzoek, dat de opwaartse druk zou aantonen, staat ander onderzoek dat het tegenovergestelde zou aantonen. Deze reactie in de memorie van antwoord is iets te gemakkelijk en stelt onze fracties niet gerust. Wij vinden eigenlijk dat de Nederlandse empirie object van onderzoek moet zijn. Hoe denkt de minister hierover?

De publieke verantwoording. Bij meer marktprikkels past een betere publieke verantwoording. Het publiek, consumenten- of patiëntenorganisaties, moeten inzicht krijgen in de kwaliteit van de zorgorganisaties. Verder moet er publieke controle kunnen worden uitgeoefend op de jaarverslagen, zowel inhoudelijk als financieel.

In de Tweede Kamer heeft de fractie van de ChristenUnie een motie ingediend, en later weer ingetrokken, waarin wordt voorgesteld om te komen tot een openbaar register. Consumenten zouden dit register moeten kunnen inzien om erachter te komen welke instellingen welke zorg geven, welke toelatingen verleend zijn, op welke locaties instellingen werken en met welke andere instellingen men zich juridisch verbonden heeft. De fracties van D66 en OSF staan positief tegenover dit in de Tweede Kamer geboren idee. Wij willen dan ook graag nader ingaan op een instrument om consumenten meer inzicht te geven in het wel een wee van de

zorginstellingen. Een dergelijk instrument zou een openbaar digitaal register kunnen zijn. In dit register kunnen bovendien de jaarverslagen van de zorginstellingen worden opgenomen. Op deze manier kunnen eenvoudig de bevoegdheden en het reilen en zeilen van de zorginstellingen transparanter en beter controleerbaar worden. Al met al zien onze fracties in dit wetsvoorstel eigenlijk te weinig aandacht terug voor die betere publieke verantwoording. Een digitaal openbaar register zou een goede eerste stap zijn. Hoe staat de minister tegenover het idee om te komen tot zo'n register?

Ten slotte een enkele opmerking over artikel 66. In dit artikel staat dat de Eerste Kamer binnen vijf jaar verslag zal worden gedaan over de doeltreffendheid en de doelmatigheid van het wetsvoorstel en de zorginstellingen. Ik vraag de minister om over deze punten na twee jaar een tussentijdsverslag naar de Eerste Kamer te sturen.

*N

Mevrouw **Swenker** (VVD): Voorzitter. Enkele jaren geleden diende voormalig minister Borst het wetsontwerp exploitatie zorginstellingen in. Doel hiervan was te komen tot verdere deregulering van de toelating van zorginstellingen. Het wetsvoorstel was echter zo vormgegeven dat de artikelen ook gebruikt zouden kunnen worden om het aanbodgestuurde systeem te handhaven en in bepaalde categorieën instellingen in te voeren. De VVD fractie was hier, op zijn zachtst gezegd, niet gelukkig mee.

De minister heeft de wet op een groot aantal punten ten goede gewijzigd, maar ook nu is de angel er volgens de VVD fractie niet uit. Een kabinet van een andere signatuur kan het wetsvoorstel namelijk zo invullen dat er opnieuw een aanbodgestuurd systeem ontstaat, hoewel dat volgens de minister uitdrukkelijk niet de bedoeling is.

Doel van de wet is meer vrijheid om een zorginstelling op te richten en zorg te verlenen. Daarnaast worden de soms toch verstikkende regels voor de bouw fors gedereguleerd. Met deze uitgangspunten is de VVD-fractie het eens. Desondanks blijven voor mijn fractie ook enkele cruciale vragen onbeantwoord.

Het wetsvoorstel bevat eigenlijk drie onderwerpen. Het eerste onderwerp zijn de eisen die worden gesteld aan de exploitatie en dan meer in het bijzonder de eisen die worden gesteld aan goed bestuur. Het tweede onderwerp zijn de regelingen voor de organisatie van de keten van acute zorg en het derde onderwerp is, last but not least, de wijze waarop in de toekomst omgegaan wordt met investeringsbeslissingen voor de bouw van instellingen en alle problemen die zich daarbij kunnen voordoen, bijvoorbeeld de kapitaallastenproblematiek.

De eisen van de minister voor de transparantie van bestuur. De VVD-fractie acht het een goede zaak dat de governance code, zoals indertijd door de commissie-Meurs voor de gezondheidszorg vertaald, wettelijk verplicht wordt voor de zorginstellingen. Deze eisen mogen inderdaad aan de instellingen worden gesteld. Onafhankelijk toezicht op en transparantie van de bedrijfsvoering behoren de normale gang van zaken te zijn. Het is met het oog hierop niet bemoedigend dat het onderzoek van enige tijd geleden naar de toepassing van de

code in de non-profit sector zo'n droevig resultaat opleverde.

Bijna alle sectoren, waaronder de gezondheidszorg, scoorden een onvoldoende. Het is en blijft dan ook de vraag welke mogelijkheden de minister heeft om ervoor te zorgen dat de code in de toekomst wel wordt toegepast. Hij kan als ultimum remedium de toelating intrekken, maar dat is een wel heel rigoureuze maatregel. Het niet geheel naleven van de code betekent immers niet automatisch dat er geen goede zorg wordt verleend.

Medezeggenschapsorganen en dan met name de cliëntenraad krijgen het recht van enquête en toegang tot de ondernemingskamer. Dat zijn belangrijke instrumenten die ertoe kunnen bijdragen dat onwillige bestuurders tot inkeer komen. De VVD-fractie is hierbij wel van mening dat cliënten dan ook echt door een cliëntenvertegenwoordiging moeten worden vertegenwoordigd en niet door een vertegenwoordiging van beroepsbeoefenaren of de Inspectie. Het is namelijk niet ondenkbeeldig dat een klacht over het gevoerde medische of verpleegkundige beleid wordt ingediend. Dat is dan een probleem, want je kunt moeilijk namens cliënten een klacht indienen tegen je eigen beleid.

De Inspectie heeft hierbij een eigen rol te vervullen. Zij beschikt daarvoor over een eigen instrumentarium. Ook hier moet rolvermenging naar de mening van de VVD-fractie worden voorkomen. Indien een instelling geen cliëntenraad heeft, kan worden overwogen om de NPCF een rol te geven. Ik hoor graag het standpunt van de minister. Is hij verder bereid om dit standpunt schriftelijk vast te leggen?

De voorgestelde organisatie van de keten acute zorg. De acute zorg moet een keten worden van huisarts, ambulancezorg, ziekenhuis tot traumacentrum. De minister wil dat de traumacentra de regierol vervullen en overeenkomsten sluiten met de ziekenhuizen. Eerder heeft de Inspectie onderzocht hoe spoedeisende eerste hulp van de ziekenhuizen functioneert en wat de kwaliteit van deze hulp was. De Inspectie trok uit dit onderzoek de conclusie dat een "level" indeling van de eerste hulp door de ziekenhuizen gewenst was. Op die manier zou namelijk duidelijk kunnen worden waar de spoedeisende hulp voor een bepaalde aandoening het beste kan worden gegeven. Dat is een logisch en kwaliteitsbevorderend uitgangspunt. De VVD-fractie kan zich echter niet aan de indruk onttrekken dat er nog steeds ketenpartners zijn die hier moeite mee hebben. De VVD-fractie heeft begrepen dat er inmiddels een landelijke werkgroep is ingesteld die moet onderzoeken hoe die "level" indeling tot stand kan worden gebracht. Wij zijn zeer geïnteresseerd in de uitkomsten van dit onderzoek.

Het is waar dat niet alle regio's volkomen gelijk en vergelijkbaar zijn. Het moet dan ook mogelijk zijn dat de ketenzorg wordt toegesneden op de eisen van een bepaalde regio. Wat gebeurt er echter als een traumacentrum in de regio er niet in slaagt om goede afspraken met ziekenhuizen te maken of een ziekenhuis gewoon zijn gang blijft gaan? Grijpt de minister dan in en, zo ja, welke maatregelen kan hij dan nemen? Het intrekken van een vergunning kan ertoe leiden dat de spreiding van de ziekenhuiszorg in gevaar komt. Is in een dergelijke

situatie bestuursdwang het geëigende middel en, zo ja, waaruit bestaat die dan precies?

Mijn laatste en belangrijkste punt: de manier waarop de minister in de toekomst omgaat met bouwinvesteringen. Uitgangspunt van het beleid van de minister is dat er meer vrijheid moet komen om instellingen op te richten en, waar nodig, te bouwen. De huisvestingslasten, waaronder rente en afschrijving, zullen in de vorm van een opslag in de tarieven worden verwerkt. Hierdoor zullen de instellingen bepaalde risico's zelf moeten gaan dragen. Een en ander vereist wel dat de instellingen in de eindsituatie te maken hebben met een level playing field. Alleen dan is immers goed ondernemerschap mogelijk en doelmatig handelen zinvol. Als een level playing field de gewenste eindsituatie is, rijst bij mij nog wel de vraag langs welke weg deze situatie zal worden bereikt. Waarschijnlijk zal de minister verschillende wegen moeten bewandelen voor enerzijds de cure en anderzijds de AWBZ-instellingen.

De minister stelt beleidsregels op waaraan de instellingen moeten voldoen om in aanmerking te komen voor toelating met bouw van een instelling. Als een instelling voldoet aan de good governance-regelingen en, in het geval van de cure, een instelling goed meewerkt aan de keten voor acute zorg, welke nadere eisen kunnen dan nog aan deze instellingen worden gesteld? In de beleidsvisie van de minister, die eens per vier jaar wordt opgesteld, zijn criteria te vinden die ongetwijfeld worden verwerkt in de nog op te stellen beleidsregels. Aan de hand van de criteria van de beleidsvisie moet een instelling inzicht geven in de adherente bevolking, de zorgzwaarte en de leeftijdsopbouw van de bevolking.

Bij de prioriteitscriteria gaat het om betere spreiding en bereikbaarheid, verschuiving van klinische zorg naar dagbehandeling enzovoorts. Eigenlijk zijn het de bestaande WZV-criteria, maar dan aangepast aan de nieuwe ontwikkelingen in de zorg.

Nog belangrijker is dat gesproken wordt over prioritering van bouwinitiatieven in verband met de beschikbare budgettaire ruimte, ofwel in het huidige spraakgebruik: het beschikbare bouwplafond blijft gehandhaafd, hetgeen een duidelijke relatie heeft met het door de minister ieder jaar vast te stellen budgettair kader zorg. Voor de AWBZ-instellingen geldt mutatis mutandis hetzelfde. Hoe wil de minister op basis van deze criteria een gelijk speelveld voor de instellingen creëren? Stel dat iemand een klein ziekenhuis wil bouwen omdat hij denkt dat hij sneller, doelmatiger en klantvriendelijker zorg kan verlenen dan het ernaast gelegen grote, misschien wel logge ziekenhuis. Als je kijkt naar de criteria, wordt hij hoogst waarschijnlijk nooit een toegelaten. Dat betekent ook dat de bestaande instellingen, als zij met hun tijd meegaan en aannemelijk kunnen maken dat zij binnen de gestelde criteria opereren, in feite hun monopoliepositie behouden.

Het budgettair kader zorg blijft bestaan en kennelijk ook het bouwplafond. In feite betekent dit dus geen verandering ten aanzien van de bestaande situatie waarbij de minister beslist welke zorginstelling, waar en wanneer en onder welke condities een toelatingsvergunning krijgt dan wel mag bouwen of grootschalig verbouwen. Met andere woorden, de minister

behoudt de mogelijkheid om het zorgaanbod zeer gericht te sturen. Klopt deze constatering in de ogen van de minister?

De volgende belangrijke vraag betreft of het haalbaar is de slag te maken naar het onderbrengen van de huisvestingslasten in een opslag op het tarief. De VVD-fractie beperkt zich daarbij tot twee punten. Allereerst, zorginstellingen zullen in de toekomst zelf hun bouw of verbouwing moeten gaan financieren. Dit betekent dat zij een beroep zullen moeten doen op de kapitaalmarkt. Commerciële banken kennen vaak een normsolvabiliteit van ongeveer 25%. In 2002 hadden alle ziekenhuizen, op twee na, een solvabiliteit die onder de 12% lag, waarvan de helft ook nog lager dan 5%. De meeste andere zorginstellingen schommelden rond de 10%. Weliswaar zijn de reserves het laatste jaar bij met name de ziekenhuizen toegenomen, maar deze bevinden zich nog lang niet op het niveau dat de banken graag zien. Het kan niet anders zijn dan dat de banken hun rente voor leningen zullen verhogen voor nieuwe leningen, dan wel gebruik zullen maken van hun opzegclausule omdat de situatie op basis waarvan zij indertijd de lening hebben verstrekt, essentieel wijzigt. Zij zullen een nieuwe lening aanbieden tegen een hoger tarief, wat een kostenstijging betekent voor de instellingen.

De minister stelt dan ook voor om transitiefaciliteiten ter beschikking te stellen in de vorm van achtergestelde leningen voor instellingen met een zwakke solvabiliteit teneinde hen te helpen weer financieel gezond te worden. Maar ook deze leningen zullen eens terugbetaald moeten worden. Als dat niet de bedoeling zou zijn, kan de minister beter een bedrag á fond perdu geven. Het betekent dat instellingen dus wel erg veel "winst" moeten maken om deze leningen af te lossen. Bovendien rijst hier de vraag of een dergelijke transitiefaciliteit niet als staatssteun zou kunnen worden aangemerkt door de EU.

Mijn tweede punt is het boekwaardeprobleem. Het is de bedoeling dat de normatieve vergoeding voor rente en afschrijving onder meer uitgaat van een vergoeding voor een economische levensduur van zorginstellingen. Echter de huidige afschrijvingstermijn is gebaseerd op 50 jaar. Al jarenlang spoort dit niet meer met de realiteit omdat zeer veel instellingen na twintig jaar tot ingrijpende renovaties of deels vervangende bouw overgaan en hiervoor geld lenen. Per saldo worden zij geconfronteerd met een boekwaardeprobleem. De kosten van rente en afschrijving zijn beduidend hoger dan de economische waarde van het gebouw. En al moge de locaties waarop deze gebouwen staan zeer aantrekkelijk voor projectontwikkelaars zijn, je kunt niet alle gezondheidszorginstellingen naar industrieterreinen verplaatsen of in de polder zetten, waar je dan overigens wel weer moet bouwen!

De VVD-fractie heeft begrepen dat het terugbrengen van de afschrijvingstermijn van bijvoorbeeld ziekenhuizen naar een meer reële termijn erg veel kost, zo niet honderden miljoenen euro. Dit zou betekenen dat ofwel dit bedrag via extra middelen ineens zou moeten worden opgebracht ter aflossing, dan wel dat instellingen tot in lengte der jaren ook de rente over dit bedrag en de aflossing ervan moeten betalen. Dit leidt volgens de VVD-fractie tot zware liquiditeitsproblemen.

De minister denkt in zijn brief van 7 oktober aan een extra maatregel ter versterking van de solvabiliteit door een tijdelijke vorm van balanssteun. Wat bedoelt hij daarmee? Als dit een zakelijke transactie met marktconforme prijs moet zijn -- zoals de minister stelt -- dan moet de instelling toch te eniger tijd gaan betalen. Het is maar zeer de vraag of dit helpt. Kortom, acht de minister dit alles een begaanbare weg?

Tot slot nog twee meer toegespitste vragen die ook verband houden met het level playing field. Als je een zorginstelling wilt beginnen, heb je zoals gezegd een toelatingsvergunning nodig. Op het ogenblik is er echter een vreemde eend in de bijt, te weten de zorgverzekeraar. Tot op heden kon een ziekenfonds een ontheffing krijgen op grond van de Ziekenfondswet om een zorginstelling te exploiteren. Het meest bekende voorbeeld is de Azivo-apotheek hier in Den Haag, maar ook de zorgverzekeraar CZ neemt deel in de exploitatie van een deel van een ziekenhuis in Eindhoven. De minister heeft eerder gesteld dat een zorgverzekeraar in de toekomst geen vergunning nodig heeft om een zorginstelling te exploiteren. Hij stelt dat een zorgverzekeraar die zorg in eigen beheer wil geven aan verzekerden, niet onder de WTZi valt maar op grond van de verzekeringswetgeving verantwoording moet afleggen en transparantie moet geven. Op deze wijze ontstaan echter wel twee categorieën instellingen. Zij die een vergunning tot toelating nodig hebben ex artikel 4 en zij die deze niet nodig hebben. In de beleidsregels ex artikel 4 is, als het gaat over de vergunningsplicht, sprake van instellingen in het algemeen en wordt geen uitzondering gemaakt voor zorgverzekeraars. Voor de helderheid in de discussie laat ik de derde compartimentzorg maar even buiten beschouwing. De vraag is dan ook of ook voor de zorgverzekeraar het bouwregime geldt als deze een instelling wil gaan bouwen. Kan de minister hierover meer duidelijkheid geven? Indien de zorgverzekeraar niet onder de werkingssfeer van de WTZi zou vallen, betekent dit dat een zorgverzekeraar vrijelijk een ziekenhuis kan bouwen en zorg kan leveren die in het basispakket zit, terwijl een "klassieke" zorgverlener wel gebonden is aan de WTZi. Voor de een gelden de transparantie-eisen van dit wetsvoorstel en voor de ander de transparantie-eisen voortvloeiend uit de verzekeringswetgeving. Kortom, wat is de positie van zorgverzekeraars indien zij een zorgvoorziening willen exploiteren? De VVD-fractie wil graag van de minister horen hoe hij de monniken en hun kappen in dit kader ziet.

Ik kom bij mijn tweede voorbeeld. Zullen er in de eindsituatie nog grootschalige instellingen zijn die op basis van een bouwvergunning hun bouw- en huisvestingskosten nagecalculeerd krijgen en derhalve geen "integraal tarief" kennen? Zo ja, dan zou dit betekenen dat er uiteindelijk aanbieders van zorg zijn die dezelfde producten leveren als andere zorgaanbieders maar die wel ten aanzien van hun huisvestingslasten een verschillend financieel regime kennen. Zowel een academisch ziekenhuis als een perifeer ziekenhuis als een behandelcentrum kan dezelfde heupoperatie leveren, om maar eens een voorbeeld te noemen. Hun overhead en infrastructuur verschillen echter aanzienlijk. Kortom, dit is een vraag die betrekking heeft op een gelijkwaardige uitgangspositie van de instellingen als het gaat over de huisvestingskosten.

Samenvattend bestaat er bij de VVD-fractie bezorgdheid over het transitieproces om van een aanbodgestuurd bouwbeleid te komen tot een systeem waar relatief grote vrijheid bestaat voor zorgaanbieders om zelf te beslissen hoe zij met hun huisvestingskosten omgaan. De problemen die nog overwonnen moeten worden om tot een gelijk speelveld te komen voor de instellingen, zijn groot. De VVD-fractie acht het niet helemaal denkbeeldig dat het proces halverwege ergens vastloopt. Graag krijg ik hierop een duidelijk antwoord van de minister. Dat geldt ook voor mijn laatste vraag: hoe gaat een en ander zich verhouden tot het budgettaire kader zorg?

*N

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Voorzitter. Ik moet mijn collega Thissen verontschuldigen. Hij zou hier aanvankelijk het woord voeren over dit wetsvoorstel, maar door de verschuiving in de agenda -- dit wetsvoorstel zou aanvankelijk vorige week worden behandeld -- ben ik weer opgenomen in de vertrouwde opstelling van sprekers bij debatten over de gezondheidszorg. Dat voelt goed, maar ik moet mijn collega wel verontschuldigen.

Misschien is het, om te beginnen, goed nog eens terug te gaan naar de intentie van de WTZi. Die komt er kort en goed op neer dat dit wetsvoorstel het mogelijk moet maken dat zorgaanbieders een grotere zelfverantwoordelijkheid kunnen nemen als het gaat om investeringen met betrekking tot hun zorginfrastructuur. De overheid, in de vorige eeuw de grote planner in de gezondheidszorg, trekt zich terug om alleen dan nog op te treden als de publieke belangen aantoonbaar in het gedrang komen. Minder regels (deregulering) plus meer zelfverantwoordelijkheid moet leiden tot meer doelmatigheid, dat is zo ongeveer de basisformule. De instellingen moeten dan wel geheel transparant gaan functioneren, maar daar staat tegenover dat zij, op termijn, met winst oogmerk mogen gaan opereren. In het kort is dat de intentie van het wetsvoorstel dat vandaag aan de orde is. Je zou het kunnen samenvatten onder de slogan: van publieke overheidssturing naar institutionele vrijheid.

Het is in dit kader cruciaal dat er een helder beeld is van hoe wij denken over de manier waarop de zorgaanbieders deze vrijheid moeten gaan waarmaken. Wij moeten dus niet alleen over hun nieuwe vrijheid praten maar ook over de maatschappelijke verwachtingen, of misschien moeten wij het wel maatschappelijke verplichtingen noemen. Wanneer handelen ze goed en wanneer handelen ze slecht? En wat kunnen wij nog sturen in het nieuwe tijdvak dat wij gaan binnentreden? De discussie gaat te vaak louter over de nieuwe vrijheden, maar het is net zo belangrijk om te praten over de nieuwe sturingsmogelijkheden. Wij moeten dus ook over de condities en omstandigheden praten, waarbij sturing onder de nieuwe condities van de vrijheid volgens de politiek nog steeds nodig is. Daarbij moeten wij ons de vraag stellen of dit wetsvoorstel ons daartoe ook voldoende instrumenten levert.

Dat vraagstuk mag niet veronachtzaamd worden, want precies dat is wat in andere sectoren wel is gebeurd. Het is goed om op dat punt een klein uitstapje te maken. In 1995 dacht men in de volkshuisvesting op basis van het

BBSH, het Bijzonder Besluit Sociale Huisvesting -- zeg maar een soort WTZi voor de volkshuisvesting -- de verhouding tussen vrijheid en sturing in deze sector adequaat te hebben geregeld. Dat bleek allerm minst het geval. De grote weeffout van de zogenaamde verzelfstandigingsoperatie bleek dat er geen heldere richtlijn was vastgesteld over de aanwending van het kapitaal van woningbouwcorporaties. Vandaar dat wij nu in de situatie verzeild zijn geraakt waarin corporaties wel over een fors vermogen beschikken maar de stedelijke herstructurering en de gewenste woningbouwproductie niet op gang komen. De politiek is niet in staat om deze laatste publieke belangen te koppelen aan de inzet van de corporaties.

Wij hebben, met andere woorden, onvoldoende richting gegeven aan de investeringen van corporaties en ondervinden vandaag de dag daarvan de gevolgen, namelijk een toenemende schaarste op de woningmarkt van woonruimte voor mensen met een lager inkomen, en een fors toegenomen huurquote voor mensen die van het aanbod van de sociale huursector afhankelijk zijn. Dat was natuurlijk absoluut niet de bedoeling van de hele operatie tien jaar geleden, maar is wel het effect. En toen dat effect optrad, waren er geen instrumenten voorhanden om corrigerend op te treden, met alle gevolgen van dien.

Van dat soort voorbeelden zouden wij moeten leren. Er is in de publieke sfeer -- de gezondheidszorg mogen wij daar zeker toe rekenen -- geen vrijheid zonder sturing. Daarom is het essentieel dat er een helder kader is waarbinnen zorgaanbieders hun vrijheid kunnen gaan waarmaken. En precies op dat punt heeft mijn fractie een aantal bedenkingen tegen dit wetsvoorstel. Ik noem drie hoofdproblemen, en vraag aan de minister om daarop in zijn eerste termijn te reflecteren.

De eerste bedenking sluit op het voorafgaande aan. Wat zijn eigenlijk nog de publieke correctiemechanismen in de zorg en wanneer worden die toegepast? Waar moeten wij dan aan denken en hoe praktisch zijn deze nog? De minister meldt fier dat hij kan optreden als publieke belangen aantoonbaar worden verwaarloosd, maar waar moeten wij dan eigenlijk aan denken? Hoe moeten wij dat in de praktijk zien? Wat is bijvoorbeeld "aantoonbare verwaarlozing"? Wat is een "wezenlijk publiek belang"? Wat valt daaronder? Vallen daar ook de zaken onder waarover mensen zich de laatste jaren erg druk maken?

Je kunt wel in zijn algemeenheid het publieke belang formuleren als toegankelijkheid of spreiding, maar hoe bepaal je dat dan precies? Als bijvoorbeeld een streekziekenhuis als gevolg van een fusie tussen meerdere ziekenhuizen qua functies wordt gestript, waardoor mensen voor zorg die zij in de buurt konden krijgen nu plotsklaps naar een andere stad moeten, is er dan een publiek belang in het geding? Is dat het kleine leed van het nieuwe zorgstelsel of kunnen lokale overheden of gemeenschappen daar ook invloed op uit oefenen? Om dat soort vragen gaat het. Wanneer dan een hele regio te hoop loopt tegen zo'n plan, moeten wij dan als politici zeggen dat wij daar niet meer over gaan of hebben wij dan nog wat in de melk te brokkelen?

Juist gezien het feit dat dit wetsvoorstel de aanzet levert voor instellingen om zelf kapitaalbeslissingen te

nemen, mag men de komende jaren beslissingen verwachten die vanuit het oogpunt van het kapitaal goed te verdedigen zijn, maar die voor burgers wellicht moeilijk te verteren zijn.

Deze wet maakt hen daarbij niet sterker, want ze kunnen zich -- anders dan te protesteren -- niet goed mengen in de feitelijke besluitvorming, althans, ik zie nog niet de plek in het proces waar dat goed zou kunnen. Wij zouden graag zien dat de minister deze vrees van mijn fractie geheel ontzenuwt.

En dan mag hij meteen een ander voorbeeld meenemen: stel -- dit is eveneens een bekend voorbeeld -- het salaris van de raad van bestuur van een grote zorgaanbieder rijst de pan uit. Ook iets waarover bij de verzelfstandiging van de woningcorporaties geen enkele nadere correctieafpraak is gemaakt, met als direct gevolg dat het salarisoniveau van de directie het eerste was wat sinds 1995 in de corporatiewereld is gaan stijgen. Nu is het salarisoniveau in de zorg altijd al hoger geweest, maar wat vinden wij betamelijk? Wanneer zeggen wij, of zegt de publieke opinie, dit kan niet? En welke instrumenten hebben wij dan om in de institutionele vrijheid te treden? Wij weten inmiddels dat zelfregulering alleen werkt als er sancties op staan en als er dus gecorrigeerd kan worden. Het is mijn fractie onduidelijk of de minister dat bijvoorbeeld in de onderhavige kwestie kan met de instrumenten die deze wet biedt. En zou hij dat willen?

Het gaat dus niet alleen om grote begrippen zoals de publieke waarborg van toegankelijkheid, maar ook om zaken zoals streekgebondenheid en zelfverrijking. Het gaat ook om de verplichting om in de vormgeving van de zorg te luisteren naar de publieke stemming, om rekening te houden met de maatschappelijke omgeving, om te luisteren naar cliënten, om reële medezeggenschap. De vraag is of deze wet daar voldoende aanzetten en stimuli toe biedt. Is er een balans in de besluitvorming van instellingen, waardoor er voldoende counterparts aanwezig zijn om te zeggen dat het publieke belang daarmee gediend is?

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Voorzitter. Wij zijn op weg naar nieuwe wetgeving. Vindt de heer Van der Lans dat die balans in de oude wetgeving er dan wel is?

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Nee. Dat is een heel duidelijk antwoord. Als wij nieuwe wetgeving maken, willen wij datgene wat wij logisch vinden in die nieuwe wetgeving vertaald zien. De balans, de medezeggenschap van cliënten, moet er in de nieuwe wet komen. Wij moeten toch vooruitgang boeken? Het kan toch niet zo zijn dat wij stil blijven staan in de huidige situatie? Ik vind dus niet zozeer de oude wet het richtinggevend of bepalende criterium, maar de vraag wat wij zouden willen in de toekomst. Wij moeten kijken naar wij noodzakelijk achten voor beslissingen in de gezondheidszorg. En dan vraag ik mij dus ernstig af of deze wet daar het juiste kader voor biedt, maar goed, de minister is nog aan zet om mij gerust te stellen.

Voorzitter. Dat heeft overigens alles te maken -- en daarmee kom ik op mijn tweede punt, een punt dat ook de CDA-fractie nauw ter harte gaat -- met de nadere definiëring van wat voor institutionele spelers je eigenlijk

toe zou moeten laten in de zorgmarkt. Wat vinden wij eigenlijk verantwoord institutioneel gedrag en wat niet? Mijn fractie sluit zich daarbij graag aan bij de wijze woorden die de heer Werner tijdens de APB vorig jaar in deze Kamer heeft gesproken.

De heer Werner sprak over maatschappelijke ondernemingen, waarmee hij doelde op private, niet op winstuitkering gerichte ondernemingen die specifiek zijn toegesneden op het op private basis uitvoeren van geheel of gedeeltelijk publieke taken. Scholen, woningbouwcorporaties en ziekenhuizen behoren daartoe. En hij zegt: "Met name in de hervormingsplannen voor de gezondheidszorg lijkt afgekoerst te worden op pure vrije marktwerking met daarbij behorende op winstuitkering gerichte instellingen." Voor de heer Werner was het toestaan van uitkeerbare winst aan ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra en instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg toen nog een brug te ver. Hij zei: "De CDA-fractie is er nog even niet aan toe dat de winst die gemaakt wordt op de behandeling van psychiatrische patiënten, wordt uitgekeerd in de vorm van dividend aan de aandeelhouders. De directie die dergelijke voorstellen zal moeten voorleggen aan de cliëntenraad zal het waarschijnlijk niet overleven. Ik beveel de heer Hoogervorst dan ook aan om kennis te nemen van het artikel in Onderneming en Maatschappij van de hand van J.P. Balkenende, getiteld: De maatschappelijke onderneming. Er is meer dan alleen maar markt of overheid." Aldus de heer Werner.

Voorzitter, onze vraag is niet alleen of de heer Hoogervorst het artikel van de heer Balkenende inmiddels tot zich heeft genomen en wat hij daarvan vindt, maar vooral wat voor consequenties hij daaruit trekt. Weliswaar heeft hij in zijn februaribrief over de kapitaalslasten en de winstuitkering de beslissingstermijn opgeschoven naar 2012 -- dat is misschien rechtstreeks terug te voeren op de opmerkingen van de heer Werner -- maar ten principale heeft hij nooit een syllabe teruggenomen van zijn standpunt dat winstoogmerk een normaal verschijnsel zou moeten zijn in de zorg. Met deze wet zet hij de deur open voor wat ik maar even noem allerhande commercialiseringstendenzen in de zorg.

Voor mijn fractie is dat nog steeds een burg te ver. Mijn fractie is een groot voorstander van het feit dat private instellingen die publieke taken uitvoeren met publiek geld, eventuele meeropbrengsten niet privaat laten wegvloeien, maar deze ten behoeve van hun publieke taken inzetten. Die richting wordt met deze wet niet ingeslagen, integendeel. Er wordt een Paard van Troje binnengelaten met de belofte dat de vreemde bezetters pas in 2012 de zorg naar hun hand mogen zetten, maar ondertussen weten wij wel dat zij onder ons zijn. Hier dreigt dus een onomkeerbare ontwikkeling in gang te worden gezet en wij begrijpen niet goed -- maar mevrouw Van Leeuwen is nog aan de beurt -- dat de CDA-fractie daar eventueel mee zou kunnen instemmen.

De minister betreft de stelling dat een commerciële omgeving een prikkel vormt voor een niet-commerciële omgeving om doelmatiger te werken. Dat lijkt mijn fractie een verkooppraatje. Wat mij betreft, mag de minister straks met overtuigende voorbeelden daarvan komen. Dan mag hij ook meteen onze vrees wegnemen dat

er in de praktijk iets gaat gebeuren wat veel meer voor de hand ligt, namelijk dat een commerciële omgeving zich vooral zal ontwikkelen in en rondom zorgpraktijken waar het meeste te verdienen valt. Het is heel wel denkbaar, en het begin van die ontwikkelingen zien wij nu al, dat bepaalde medische handelingen in een bv worden ondergebracht die als afzonderlijke onderneming op de markt gaat opereren. Deze nieuwe zorgondernemingen richten zich op het -- ik zeg het maar even oneerbiedig -- lopendebandwerk: zij specialiseren zich in een paar handelingen (röntgenonderzoek, heupoperaties, ooglaserbehandelingen), die zij efficiënt kunnen organiseren, waardoor zij een hoge productie kunnen draaien en een hoog rendement kunnen maken.

Dat kun je toejuichen -- er zijn mensen die dat doen -- maar het risico is dat er een tendens op gang komt, waarmee de commerciële krenten uit de pap worden gevist. Alles waar snel geld mee te verdienen valt, wordt in bv's ondergebracht, alles waar dat niet kan, blijft in handen van maatschappelijke ondernemingen zonder winstoogmerk. Dat is niet een ontwikkeling waar wij enthousiast van worden. Als het waar is dat de commerciële omgeving een positieve prikkel moet hebben op de niet-commerciële omgeving, hoe zou die er dan in dit geval uit moeten zien? Hoe voorkom je dat de vruchtbare grond die rijp is gemaakt met behulp van maatschappelijk kapitaal alleen maar ontgonnen wordt door commerciële partijen? Als de minister zich in zijn eerste termijn uitvoerig uitlaat over het vraagstuk van winstoogmerk in de zorg -- al heeft hij dat pas nog op de lange baan geschoven -- dan mag hij wat mij betreft op deze vragen uitvoerig antwoord geven.

Voorzitter. Ik kom tot een derde punt, de kapitaalslasten. Dat past allemaal in de met deze wetgeving beoogde omslag van publieke overheidssturing naar institutionele vrijheid. Daarbij poogt de minister dit onderdeel van de omslag te verkopen als een operatie die doorgevoerd zou kunnen worden los van de introductie van marktwerking, waar wij de afgelopen maanden meermalen over hebben gesproken. Daarmee wekt hij de suggestie dat de gedachtegang op zichzelf staat en niets met marktwerking van doen heeft.

Daarmee vraagt de minister ons, een denkoefening te doen die eigenlijk volkomen irreëel is. Het probleem zit juist in het feit dat deze systematiek niet toevallig tegelijkertijd met de introductie van marktwerking wordt geïmplementeerd, en dat deze twee processen daardoor onvermijdelijk met elkaar zullen gaan interveniëren. De risico's die daardoor optreden zijn het ongeschreven hoofdstuk van de notitie Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg. Mij lijkt het namelijk onvermijdelijk dat op het moment dat de verantwoordelijkheid en dus ook het risico voor kapitaalsbeslissingen bij zorgaanbieders zelf komen te liggen, deze onvermijdelijk interveniëren in de beslissingen over de zorgorganisatie en dus de zorginhoud. Dat levert naar mijn mening een lange reeks problemen op. Ik kan mij aansluiten bij wat mevrouw Swenker daarover heeft gezegd. Ook ik zie deze problemen door deze wet niet meteen opgelost. Graag op dit punt nadere opheldering van de minister.

Ik leg u de redenering voor van een directeur van een grote instelling van verpleeg- en verzorgingshuizen. Hij stelt dat de overheveling van de verantwoordelijkheid van de kapitaalslasten praktisch betekent dat de zorgaanbieder bij nieuwe investeringen een beroep moet doen op kapitaalverschaffers, die begrijpelijkerwijs zekerheden zullen vragen, bijvoorbeeld over de hoogte van het eigen vermogen. Voor de meeste zorgaanbieders wordt dat buitengewoon problematisch. De financiële reserves van zorgaanbieders voldoen bij lange na niet aan de eisen die kapitaalverstrekkers daaraan stellen. De organisatie van mijn informant heeft bijvoorbeeld een toelating bij het Waarborgfonds Zorginstelling gekregen met een solvabiliteitsnorm van 8%. De verwachting is nu dat door de toegenomen risico's in de zorgmarkt, onder meer als gevolg van de afschaffing van de contracteerplicht, bankinstellingen een eigen vermogen zullen verlangen dat tussen de 15 en 25 % ligt. Dat is een vermogen dat door een zorgorganisatie binnen de AWBZ met de huidige tarieven niet opgebouwd kan worden. Dat is dus een probleem. Het betekent immers dat zij, als zij toch aan de criteria moeten voldoen, het ergens zouden moeten gaan verdienen.

En zo ziet mijn zagsman veel meer problemen op zich afkomen. Wat hij in ieder geval niet ziet gebeuren, is het dichterbijkomen van het uitgangspunt van de minister dat zorgaanbieders allemaal vanuit een gelijke financiële uitgangspositie kunnen beginnen aan de prestatiegerichte bekostiging. Dat kan namelijk alleen als er geld bij komt om ongelijkheden en ongelijksoortigheden glad te strijken. Een ruwe berekening leert dat daar kennelijk miljarden euro's voor nodig zijn. Wij hebben de berekening niet zelf gedaan, ik heb dit van iemand anders gehoord, maar ik geloof het graag, anders moet de minister het maar tegenspreken. Dat geld komt er niet en dus valt te vrezen dat wij met deze nieuwe systematiek toe gaan naar een situatie waarin zorgaanbieders geconfronteerd worden met kapitaalslasten die dus onvermijdelijk een negatieve of ongunstige invloed zullen uitoefenen op de zorg. Managers kunnen immers met deze problemen maar een kant op in hun instelling, namelijk ze versleutelen met hun inkomsten, zijnde het genormeerde prestatietarief. Dat betekent dus de facto dat de nieuwe kapitaalsproblemen een restrictieve werking krijgen op de organisatie van de zorg. Mijn fractie daagt de minister uit, het tegendeel daarvan te bewijzen.

Voorzitter. Daarmee ben ik gekomen aan het einde van mijn eerste termijn. Zoals altijd zijn wij nieuwsgierig naar de antwoorden van de minister.

*N

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Voorzitter. Wie de brief van 7 oktober 2005 van de minister goed op zich laat inwerken, zou wel tot de verzuchting kunnen, ja móeten komen, waarom een parlementaire behandeling van vierenhalf jaar nodig is geweest om vandaag tot deze afronding te komen.

Immers, de minister geeft nog eens precies aan wat de nu voorliggende WTZi zal regelen: ten eerste de waarborg van publieke belangen, zoals acute zorg; in de tweede plaats de voorwaarden voor goed bestuur, de

maatschappelijke verantwoording; vervolgens de toelating van instellingen, beschreven in een drietal situaties die niet de indruk wekken dat grote spoed is geboden; en ten slotte wordt er dan nog gewezen op de grotere betrokkenheid van het parlement.

Al met al lijkt dit thans nog een magere oogst, die de eerder geslaakte verzuchting rechtvaardigt. Is dat een terechte conclusie? Het is dan toch wel van essentieel belang om eerst kort na te gaan wat zich in feite tijdens de parlementaire behandeling heeft afgespeeld.

Het voorliggende wetsvoorstel -- ook collega's memoreerden het al -- is reeds onder het kabinet Kok II op 29 maart 2001 bij de Tweede Kamer ingediend onder de naam Wet Exploitatie Zorginstellingen (WEZ). Het wetsvoorstel strekte ertoe, een nieuw stelsel voor de planning en bouw van zorginstellingen te introduceren, ter vervanging van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen en van de Tijdelijke Verstrekkingenwet Maatschappelijke Dienstverlening.

Kort samengevat, beoogde het wetsvoorstel -- en deze considerans is in het huidige gewijzigde wetsvoorstel nog exact dezelfde als toen voormalig minister Borst het wetsontwerp indiende -- de overgang van een stelsel van centrale aanbodsturing, waarbij de capaciteit van zorginstellingen normatief door de centrale overheid wordt bepaald, te begeleiden naar een decentraal vraaggericht stelsel, waarbij de capaciteit wordt bepaald door bij de zorgverlening betrokken partijen (de consumenten, de instellingen en de verzekeraars). De centrale overheid zou zich gaan beperken tot het stellen van randvoorwaarden, waarbinnen decentrale partijen moesten handelen. Het ging hierbij ook toen om een proceswet.

De bouw zou niet langer het aangrijpingspunt voor de verdere vormgeving van de zorginfrastructuur vormen, maar het proces van de zorgverlening, waarbij het gebouw één van de elementen is. De rol van de partijen, die functioneel bij de zorg zijn betrokken, diende hiertoe te worden versterkt, vooral ook de rol van de uitvoerder van de AWBZ.

Het beleidskader, zo heette het toen nog, en de exploitatie-toestemming kwamen centraal te staan. Het beleidskader moest worden gezien als een beschrijving van een door de minister beleidsmatig gewenste ontwikkeling per sector van de gezondheidszorg, die ook het toetsingskader voor de afgifte van een exploitatie-toestemming moest opleveren.

Het beleidskader, waaronder het financiële kader, zou dus het toetsingskader voor de toelating vormen. Bij het opstellen ervan zouden de regiovisies, die door de provinciale besturen en de gemeentebesturen van de vier grote steden worden vastgesteld, in acht worden genomen. Voor alle instellingen, die zorg verlenen waarvan de kosten worden vergoed op grond van de AWBZ of Ziekenfondswet, was een exploitatietoestemming vereist. Deze was afhankelijk van transparantie-eisen met betrekking tot onder meer de bestuursstructuur en zou bovendien een instrument moeten worden voor het afstemmen van de behoefte op de vraag. Alleen niet-winstbeogende instellingen konden een dergelijke exploitatietoestemming krijgen. Het instrument van de vergunning was voorts vereist bij bouwprojecten waarvan de uitvoering uit een oogpunt van kwaliteit en

doelmatigheid risicovol werd geacht. Tot zover de beknopte samenvatting, die van essentieel belang is voor de conclusies die de CDA-fractie later zal trekken.

Het wetsvoorstel kreeg geen zachte landing. Het begon al met het advies van de Raad van State. Die was van oordeel dat het wetsvoorstel toen -- de adviezen waren van 6 november 2000 en 27 maart 2001 -- niet gemotiveerd vooruitliep op de ontwikkelingen op het terrein van de zorg in het algemeen, die in de gezondheidszorg in het bijzonder en op de maatschappelijke discussie hierover. Omdat het wetsvoorstel in onvoldoende mate was genormeerd, bood het inhoudelijk onvoldoende waarborgen voor een samenhangend zorgaanbod en onvoldoende rechtszekerheid voor de instellingen. De Raad van State was daarom van oordeel dat over het wetsvoorstel in deze vorm niet positief kon worden geadviseerd. Het toenmalige kabinet heeft vervolgens volstaan met in de memorie van toelichting uitgebreider in te gaan op de redenen om juist toen een voorstel tot vervanging van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) in te dienen. Het toepassingsgebied van de wet werd, gelet op de kritiek, wel in de wettekst opgenomen.

In de Tweede Kamer bestond eveneens grote kritiek op het wetsvoorstel. Die werd toegespitst op een aantal punten. Het bleek dat de verschillende fracties zich geen oordeel konden vormen omdat naar hun mening veel zaken nog niet waren ingevuld. De belangrijkste kritiekpunten betroffen de volgende zaken:

- de AMvB's die nodig waren ter uitvoering van de wet;
- de werking en juridische status van het beleidskader;
- de manier waarop de overheid in concreto zijn verantwoordelijkheid voor de borging van publieke belangen, namelijk kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid, kon waarmaken en, meer in het bijzonder, de mogelijkheden om de bereikbaarheid van essentiële ziekenhuiszorg goed te regelen;
- de suggestie van centrale aanbodsturing die in de wet zou liggen en, in samenhang daarmee, de betekenis van de regiovisie;
- de rol van de verzekeraars in samenhang met het afzonderlijk financieel kader voor exploitatietoestemmingen;
- de diepgang van de bemoeienis van de overheid met de bedrijfsvoering van instellingen;
- het tijdpad waarlangs de verdere dereguleringsstappen zouden worden gezet;
- de mogelijkheden om door te gaan met een verder te dereguleren WZV.

Met een tweede beperkte nota van wijziging op 6 mei 2002 kwam een voorlopig einde aan de parlementaire behandeling. Anderhalf jaar later, op 5 december 2003, bood de huidige minister een derde nota van wijziging aan die vergezeld ging van een naamswijziging. De wet zou voortaan worden aangeduid als Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). In het oorspronkelijke wetsvoorstel waren, naast de naamswijziging, nog vier min of meer belangrijke wijzigingen aangebracht, te weten meer ruimte voor winstoogmerk, de nadrukkelijke uitwerking dat de bereikbaarheid van ziekenhuiszorg een taak van de overheid blijft, het effectueren van de kostenbeheersing door het waarmaken van de inkooprol

door de verzekeraars en het schrappen van de wettelijke opdracht om te komen tot een regiovisie. Het beleidskader werd een beleidsvisie en het exploitatiekader kwam te vervallen. De exploitatietoestemming werd dientengevolge vervangen door een toelatingssysteem. Hierdoor werd de rol van de overheid van een actieve naar een nog meer passieve teruggebracht.

De regiovisie werd afgeschaft om aan te geven dat het terdege de bedoeling is om de verzekeraars een bepalende rol te geven. Zij dienen immers op de uitvoering van hun rol als zorginkoper te kunnen worden aangesproken en hiermee ook aan de kostenbeheersing inhoud te geven. Bovendien werd ruimte gemaakt voor het maken van winst binnen bepaalde voorwaarden. De bedoeling hierachter is mede dat de patiënten meer gebruik kunnen maken van bijvoorbeeld privé-klinieken. De bereikbaarheid van ziekenhuiszorg is bovendien duidelijk als een blijvende taak van de overheid vastgelegd. De Tweede Kamer heeft na vijf maanden de verdere behandeling weer ter hand genomen. Zij had het echter, buiten de aangebrachte wijzigingen, nog steeds moeilijk met dezelfde vragen, met name die over de zo overheersende uitwerking via AMvB's en de betekenis van de beleidsvisie. Dwars door alle partijen heen bestond grote bezorgdheid die vooral was ingegeven door de grote onzekerheid over de concrete uitwerking. Dit leidde in de Tweede Kamer tot een aantal duidelijke toezeggingen, zoals dat alle AMvB's de Kamers zullen passeren en dat naast de beleidsvisie ook de beleidsregels zullen worden voorgelegd. Het wetsvoorstel werd hierna met een grote meerderheid aanvaard, door zowel de oude als de nieuwe coalitiepartners.

De Eerste Kamer verkeert nu in de gelukkige omstandigheid dat een aantal toezeggingen thans reeds is ingelost. Hierdoor is het mede een gegeven -- dat is een van de moeilijkheden bij proceswetten van deze aard -- dat ook de Tweede Kamer thans nog in gesprek is over belangrijke onderdelen. Ik heb goed geluisterd naar de heer Van der Lans in voorgaande discussies. Ik zal dan ook geen enkel voorschot nemen op de discussie over concrete onderwerpen die nog in de Tweede Kamer behoort plaats te vinden. Dit alles rechtvaardigt wel de vraag of de minister toch niet beter even had kunnen wachten met het indienen van zijn nota van wijziging tot de WTZi meer voorstelde dan alleen een casco. Zal de moeizame wordingsgeschiedenis deze wet niet blijven achtervolgen? Hoe kan dat worden voorkomen?

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): De vraag stellen is hem beantwoorden. De minister heeft de wet ingediend, dus kennelijk vond hij zelf dat er niet hoefde te worden verwacht. Ik ben benieuwd naar uw antwoord op deze vraag.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Dat komt in het vervolg van mijn betoog nog aan de orde. Ik stel deze vraag omdat wij er bij de eerste inbrengen over deze wet zo hebben ingestaan.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Het is nooit de bedoeling van mijn interventies geweest dat mevrouw Van Leeuwen al haar aspiraties met betrekking tot

gezondheidszorg achter zou houden in verband met de discussie in de Tweede Kamer. Dat lijkt mij een heel ongewenste ontwikkeling. Ik zou graag genoteerd zien dat dit dus niet moet gebeuren.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Waarvan akte. Ik ga door met mijn verhaal.

De minister en de CDA-fractie blijven ook van mening verschillen over de noodzaak van een door de Raad van State uit te brengen nader advies. De onder dit kabinet aangebrachte wijzigingen zijn niet overwegend van technische aard, zoals de minister in zijn antwoord op onze vragen naar voren brengt. Zij sluiten ook niet naadloos aan bij de strekking van het oorspronkelijke wetsvoorstel. Het introduceren van het winstmotief lijkt de CDA-fractie bijvoorbeeld toch een kwestie van meer principiële aard. Zij moet wel erkennen dat dit aansluit bij de introductie van geregleerde marktwerking. De uitspraak dat er slechts sprake is van enige beleidsmatige koerswijziging volstaat echter niet. Ik hoor gaarne een nadere beschouwing. De minister drukt overigens wel uit dat de voornemens van het kabinet-Kok II en het kabinet-Balkenende II naar zijn mening in dit opzicht op hoofdlijnen overeenstemmen.

Is aanvaarding van het wetsvoorstel na het honoreren van een aantal toezeggingen gemakkelijker geworden? Vanuit de beoogde doelstelling van het wetsvoorstel bepaald nog niet, maar vanuit de feitelijke situatie met de daarbij verkregen waarborgen toch wel. Dit hangt samen met de aan dit wetsvoorstel inherente spanning tussen vrijheid en regelgeving. Voor wie de WTG ExPres en de Wet Herziening overeenkomstenstelsel zorg (Wet Hoz) met enige moeite heeft aanvaard, staat vast dat dit wetsvoorstel hiermee een duidelijke samenhang heeft. De allesbeheersende vraag blijft toch of in de zorgsector deregulering over de gehele linie uiteindelijk wel kan worden aanvaard.

De heer **Hamel** (PvdA): Hoe beantwoordt u of uw fractie die vraag zelf?

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Op welke vraag doelt u nu? Die over de inherente spanning?

De heer **Hamel** (PvdA): U zegt dat de allesoverheersende vraag blijft hoe ver de overheidsbemoeienis moet gaan. U zegt dat er minder overheidsbemoeienis moet zijn, maar waar legt u de grens?

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik heb al gezegd dat wij met moeite de WTG ExPres en de Wet Hoz hebben aanvaard, zij het binnen bepaalde randvoorwaarden. De afspraak was dat wij gaande het traject in discussie komen over alles waarmee mogelijk de grenzen worden overschreden. Ik geef daar straks een voorbeeld van. Ik wilde de spanning aangeven. De transitiefase bij het overgaan naar een ander systeem roept ongelooflijk veel spanningen op. Het is de vraag of wij die spanningen beheersbaar kunnen maken. De CDA-fractie heeft in de Tweede Kamer en hier de Wet Hoz en de WTG ExPres aanvaard. Het is bekend welke grondbeginselen daarin zijn neergelegd. Die discussie wil ik niet overdoen. Het

antwoord is dus duidelijk. Er zal steeds spanning in blijven zitten. Daar zullen wij mee moeten leren leven in de context van het uitwerken van geregleerde marktwerking in de gezondheidszorg in de praktijk.

De heer **Hamel** (PvdA): U zegt dus dat het in dit wetsontwerp niet is geregeld en dat het later komt? Of bevat dit wetsvoorstel voor u voldoende garanties daarvoor?

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Er zijn de afgelopen tijd in de Tweede Kamer allerlei toezeggingen gedaan en die worden stuk voor stuk uitgewerkt. De wet is moeders mooiste niet, vandaar mijn vraag naar het casco en of het toch niet anders had gemoeten. Ik denk echter dat wij er langs deze weg ook kunnen komen, al is de problematiek erg ingewikkeld. Wij moeten hier dan wel van minuut tot minuut de vinger aan de pols kunnen houden.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): U zei dat er in de transitiefase een spanning bestaat tussen vrijheid en gebondenheid. Het gaat er natuurlijk om wat het doel van de transitiefase is. Het is mij niet helemaal duidelijk of uw doel en dat wat de minister voor ogen heeft hetzelfde is.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ons doel -- daartoe hebben wij ons in een coalitie verbonden -- is om te komen tot een vraaggericht stelsel. Dat betekent dus toch een zekere afbraak van de huidige verworvenheden voor alle partijen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Is uw doel een vraaggericht stelsel met winstoogmerk?

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): De passage over het winstoogmerk komt straks nog. Die past in mijn betoog. Ik ga opnieuw aan geen enkele problematiek voorbij.

Ik had het over de WTG ExPres en de Wet Hoz. Die hebben wij met enige moeite aanvaard. Er is sprake van een duidelijke samenhang. Deze drie wetten vormen een trits. Er dienen binnen een systeem van geregleerde marktwerking daadwerkelijk grenzen te worden gesteld aan de bemoeienis van de overheid, maar anderzijds dient diezelfde overheid wel verantwoordelijk te blijven voor de borging van publieke belangen. Deze discussie heeft zich niet alleen binnen het parlement voltrokken, maar ook daarbuiten in bijvoorbeeld adviescolleges. De CDA-fractie wil hierbij onder meer wijzen op de uitvoeringstoets van het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen van 25 februari 2002. Daarin werd gesuggereerd dat met een vereenvoudiging van de WZV als alternatieve route zou kunnen worden volstaan. Die zou toereikend zijn. Soortgelijke suggesties werden daarna ook in de Tweede Kamer gehoord.

In de nota naar aanleiding van het verslag van 7 maart 2002 slaat de toenmalige minister Borst echter hard terug: "Verdergaan met de WEZ is niet alleen verantwoord, het is noodzakelijk" Het zou uiterst riskant zijn om te wachten, want de WEZ omvat belangrijke instrumenten. Die zijn nodig om de transitiefase op weg naar een nieuw stelsel goed te kunnen doorlopen. Zij wijst hierbij ook op de aansporingen van

mijn oud-collega Boersma tijdens het debat over Zorg in Nederland, gehouden in 2001, om toch vooral concrete stappen te zetten op weg naar deregulering om niet de vaart in het transitieproces te verliezen. Desalniettemin heeft de CDA-fractie zich verstout, deze vraag nogmaals voor te leggen aan minister Hoogervorst, zij het concreter en beperkter. Zij heeft de minister gevraagd om nogmaals uit te leggen waarom de eerste fase van de overgang naar een vraaggericht stelsel zich niet binnen een gewijzigde WZV had kunnen voltrekken. Na lezing en herlezing van het antwoord komt de CDA-fractie nog steeds niet uit de beoogde verklaring voor een intrigerende passage. Ik citeer: “De overheid bleek niet succesvol in het jaren vooruit bepalen van de behoefte. Het ramen van de behoefte en de zorgvraag blijft moeilijk. De regio’s slaagden er dan ook niet in om de genoemde plannen tot stand te laten komen.” Dit is het antwoord op vraag 133. Het staat op pagina 57 van de memorie van antwoord. Een wereld van gedachten kan hierop worden losgelaten. Om elke schijn van subjectiviteit uit te sluiten, ook met het oog op de beleidsvisie en de beleidsregels, zeg ik thans niet welke conclusies hieruit te trekken zijn. Zou de CDA-fractie de minister willen uitdagen om deze passage nog eens toe te lichten in het licht van zijn beleidsvoornemens? Ik vraag dit temeer daar de minister op blz. 75 van de memorie van antwoord blijft inzetten op realistische ramingen van de totale zorgvraag -- dat is nu kennelijk wel mogelijk -- en wijst op het risico dat het Budgettair Kader Zorg wordt overschreden. Een viertal instrumenten wordt hiertoe nog steeds in de lucht gehouden, terwijl bij diverse gelegenheden hierover andere uitspraken zijn gedaan. Zo wordt over de omvang en samenstelling van het verzekerde pakket in deze kabinetsperiode geen discussie meer gevoerd. Dat heeft de minister ons heel duidelijk toegezegd.

Eerder sprak ik over de feitelijke situatie en de daarbij verkregen waarborgen. Deze maken aanvaarding van het wetsvoorstel mogelijk. De minister bevestigt dat nog eens door, ongevraagd, nader in te gaan op de relatie tussen beleidsvisie, beleidsregels en het Budgettair Kader Zorg. De minister zal hiertoe ongetwijfeld zijn aangespoord door de vragen die onder meer de CDA-fractie tijdens de ambtelijke briefing over de Nota Transparante en integrale tarieven en de WTZi heeft gesteld. Overigens stel ik ook die nota nu niet aan de orde. Welnu, de minister blijft benadrukken dat hij op geen enkele wijze zal anticiperen op de beleidsvoorstellen in die nota. Daarvan neemt de CDA-fractie dan maar akte.

De CDA-fractie heeft de nadere aanvulling op enkele punten gelezen en als zodanig aanvaard. Wij slaan deze piketpaaltjes nog even. Er zal dus helemaal geen sprake zijn van een verruiming van de wettelijke bevoegdheden van de minister op weg naar integrale tarieven en risicodragendheid. De aanpassing van het uitvoeringsbesluit WTZi, noodzakelijk voor het afschaffen van de bouwregelgeving, zal vergezeld gaan van een voorhangprocedure. Ik zeg nu dus ook geen woord over de bouwregelgeving. Dat doe ik wel tijdens de voorhangprocedure.

Er is een toezegging gedaan over de uitbreiding van het aantal categorieën instellingen, dat winst mag uitkeren. Nu willen de heer Van der Lans en ik herinneren

aan de afspraken die zijn gemaakt over de winstuitkeringen en de procedure rondom 2012. De CDA-fractie heeft indertijd zeer nadrukkelijk naar voren gebracht dat het ook in het jaar 2006 mogelijk is dat een minister dat niet doet, tenzij in overleg met ons. Die uitzondering staat er ook in genoemd. Daarover zal ik op dat moment mijn zegje doen. Verder heb ik onverkort vastgehouden aan de woorden die heer Werner tijdens de algemene politieke beschouwingen heeft gesproken.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Het zal wel aan mij liggen, maar ik heb toch het idee dat de CDA-fractie de hete brij steeds voor zich uit schuift. Het gaat er natuurlijk niet om dat de minister opschrijft dat in 2012 het winstoogmerk in de zorg door een kabinetsbesluit eventueel mogelijk wordt gemaakt. Daarom zegt u dat wij er nu niet over praten. Als je dat opschrijft, maak je wel een zeer principiële keuze. Als je er nu namelijk de geesten voor rijp maakt en iedereen er rekening mee houdt, structureer je de zorg. Zo redeneerde ik. Vóór de komende ontwikkelingen waarin de gedachte post vat dat er in de gezondheidszorg met winstoogmerk zal mogen worden gewerkt, wil ik van de CDA-fractie weten of zij dat wenselijke ontwikkelingen vindt, of zij vindt dat wij die richting uit moeten gaan en of zij niet alle negatieve gevolgen van dien ziet. Dat is toch niet te veel gevraagd? Ik vind het een beetje gemakkelijk om te zeggen dat er wel weer een besluit of een voorhangprocedure komt en dat wij er dan wel over spreken. Nu is het moment om hier een principieel gesprek over te voeren. Ik nodig de CDA-fractie ertoe uit, dat te doen.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Nee, want dat is nu juist op dit moment nog niet aan de orde. Een dergelijke discussie voer ik graag met u. Ik zal ook antwoord geven. Als je uitgaat van gereguleerde marktwerking, een andersoortige bouwregelgeving wil en de investeringsbeslissingen overlaat aan de instellingen zelf, moet je op een gegeven moment wel de discussie over winst voeren. Winst maken is voor mij over het algemeen geen vies woord. Dat hoeft het ook niet in de zorg te zijn, als wij maar zeer duidelijk voor ogen houden onder welke voorwaarden het mag gebeuren. Daarover zijn wij nog volop in discussie. Nu wordt er ook winst gemaakt in de zorg, maar op een andere manier. De heer Werner heeft duidelijk uiteengezet dat het voor hem veel uitmaakt of de winst wordt uitgekeerd aan de aandeelhouders of dat die terugvloeit in het bedrijf als zodanig. Dat hangt weer samen met het standpunt van de CDA-fractie over maatschappelijke ondernemingen. Zij heeft daarvoor een kader geschetst en zal met het kabinet zorgvuldig discussiëren over hoe dat er uiteindelijk uit komt te zien.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Ik wil nog een opmerking maken. Dan kan de minister die ook in overweging nemen. Ik begrijp dat de voorkeur van de CDA-fractie eigenlijk aansluit bij de voorkeur van mijn fractie, namelijk dat winst natuurlijk helemaal geen verkeerd principe is, maar dat het mooi zou zijn als de rendementen terugvloeiden naar de praktijk van de gezondheidszorg. Dat is het ordeningsprincipe. Het zou heel aardig zijn als wij zo meteen van de minister konden

vernemen of hij met deze gedachte van onder andere de fracties van GroenLinks en het CDA kan leven.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik ben ook benieuwd naar het antwoord van de minister. Overigens denk ik dat de minister ons precies hetzelfde antwoordt als hij tijdens de discussies rondom de twee andere wetsvoorstellen en tijdens de algemene politieke beschouwingen heeft gedaan. Er is namelijk nog geen concreet stuk.

In dit opzicht rest ons alleen nog de vraag of onder de eventuele wijziging -- die hoort er wel bij -- van de taken van het College Sanering de bestuursvorm zelf ook wordt begrepen. Zo ja, dan moet bij de hiertoe noodzakelijke wijziging van de WTZi het parlement ook worden betrokken en wel in een dusdanig stadium dat er geen brokken worden gemaakt. Wie al deze duidelijke toezeggingen, waaronder ook geen nieuwe wijze van vergoeding van kapitaallasten zonder nadrukkelijke inspraak van de Eerste Kamer, wil aanvechten, moet dat nu doen. De CDA-fractie zal dat niet doen, want zij heeft geen twijfel meer over de hardheid van deze toezeggingen. Zij heeft de minister leren kennen als iemand die zijn toezeggingen nakomt. Daar gaan wij dus van uit. Laat ik nog eens nadrukkelijk gezegd hebben dat dit niet betekent dat over de inhoud van de uiteindelijke ombouw niet de nodige discussies en verschillen van mening kunnen optreden. Die zijn nu echter niet aan de orde. De CDA-fractie neemt hierop nu dus geen voorschot.

Wel aan de orde is de verhouding tot het Budgettair Kader Zorg in de overgangsfase. De aanpassing van het bouwregime is een uiterst belangrijk en wezenlijk onderdeel van de WTZi. Het gaat erom dat de zorginstellingen op den duur maximale vrijheid krijgen om hun investeringsbeslissingen primair te kunnen afstemmen op de zorgvraag. Daarom was het begonnen. Dat zat namelijk nooit in het aanbodgestuurde systeem. Idealiter staat de cliënt centraal. Ook op het punt van de huisvesting moeten zorgaanbieders zich kunnen onderscheiden. Hierdoor nemen uiteraard de risico's toe. Dat erkennen wij. Hoe kan worden gegarandeerd dat cliënten hiervan niet de dupe worden? Als een management disfunctioneert of zich in ongewenste avonturen stort, blijft dit een dreigend gevaar. Wil de minister op deze vraag ingaan?

Het moeten realiseren van verfrissende initiatieven moeten binnen het BKZ worden opgevangen. Betekent dat stilstand? Met de verzekering dat bestaande aanbieders voldoende tijd krijgen om zich op veranderingen voor te bereiden, is het verlossende woord nog niet gesproken. Ik heb begrepen dat het experimenteerartikel ook voor investeringen van vernieuwende aard mag worden benut. Hoe kunnen overschrijdingen dan worden voorkomen? Worden experimenten met extra geld belegd? Onomstotelijk blijft vaststaan dat bouwprogrammering de eerstkomende jaren binnen het financiële kader van het BKZ blijft vallen en wel -- zo staat het er letterlijk -- zolang de overheid het nodig vindt om te beslissen of er al dan niet mag worden gebouwd. Hoe lang dat zal duren? Zolang er geen sprake is van integrale tarieven en risicodragendheid voor instellingen, blijft een apart gefinancierd kader voor de bouw binnen het BKZ noodzakelijk. Uit de stukken heb ik opgemaakt dat de overheid op dit punt geen enkel risico

neemt. Vanuit het veld luidt wel degelijk de roep om snellere liberalisering. Die laat zich verstaan, ook al hoeft deze niet te worden gevolgd, ook niet door de CDA-fractie.

Het antwoord op de vragen van de CDA-fractie over de brief van Woonzorg Nederland wordt door hen waarschijnlijk als teleurstellend ervaren. Dit alles roept op zijn minst twee vragen op. Mijn eerste vraag is of dit noodzakelijke nieuwe initiatieven niet afremt. Ik vraag dit omdat de toename van het aantal zwaar gehandicapten van jonge leeftijd hand over hand toeneemt en dit mijns inziens noopt tot het bouwen van speciaal voor deze groep geëigende voorzieningen. Zij moeten niet langer worden opgenomen in de hedendaagse verpleeghuizen. Vraagt dit niet om een nieuw concept? De bouw moet toch ook gaan inspelen op de wensen van de cliënt! Zal hier in dubbele zin geen sprake zijn van een ongelijk speelveld voor de zorgaanbieders?

De minister heeft ons op de valreep verrast met een notitie over het regionale overleg acute zorgketen. Daarin wordt dit overleg opnieuw slechts in termen van proces beschreven. Met enige verbazing heeft de CDA-fractie van dit document en vooral van de hierin ontwikkelde gedachtegang kennis genomen. Immers, het betrekken van de partijen in de regio, in dit geval de veiligheidsregio, doet de vraag rijzen waarom met de komst van minister Hoogervorst de regiovisie is afgeschaft? Op zichzelf is dit begrijpelijk, want een regiovisie past niet bijster goed in het functionele decentralisatiemodel. In de derde Nota van Wijziging wordt alleen benadrukt, dat -- ik citeer -- "het resultaat van dit overleg echter geen ander rechtsgevolg had dan de afspraken die partijen daar zelf maakten. Niets weerhoudt partijen om in overleg tot een betere samenhang te komen. Dat kan ook zonder wettelijke opdracht." Dat is wel erg vrijblijvend. De CDA-fractie heeft de minister hierover bevraagd en op pagina 60 van de memorie van antwoord een uitvoerige uiteenzetting gekregen. Daaruit blijkt dat de coördinatie en samenhang volledig aan het vrije spel van de maatschappelijke krachten worden overgelaten. In deze notitie worden zorginstellingen nu wel verplicht om aan dit ketenoverleg acute zorg deel te nemen. Doordat de wettelijke opdracht eerder is geschrapt, konden de diverse deelnemers niet langer op de gemaakte afspraken worden aangesproken. Kan dat nu wel?

Het antwoord op vraag 141 staat op pagina 62. Dat luidt -- ik citeer -- "via het ketenoverleg dat zorgaanbieders in het kader van de WTZi hebben, wordt voldoende acute zorg geborgd. In dat ketenoverleg wordt ook besproken aan welke criteria ziekenhuizen moeten voldoen om bepaalde zorg te kunnen leveren. Een onderdeel van deze voorwaarden zal ook de beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerd personeel zijn." De uitwerking van dit WTZi- ketenoverleg acute zorg als proces doet de CDA-fractie zich afvragen of de wettelijke opdracht toch niet in een of andere vorm had moeten worden gehandhaafd. Als rechtsgevolgen staan de minister thans de aanwijzing en de bestuursdwang ter beschikking. Zal de minister, gelet op de actuele situatie, dan niet vaak gebruik moeten maken van deze bevoegdheden? En wat te doen wanneer het regionaal ketenoverleg acute zorg, met

deelname van iedereen, niet het gewenste resultaat oplevert? Wat betekent het dan dat in de beleidsvisie en de beleidsregels het referentiekader acute zorg als criterium is vastgelegd? Spreekt het IPO hier geen waar woord "iedereen verantwoordelijk, niemand verantwoordelijk", ook al heeft het traumacentrum het voortouw?

Bij het nadere verslag heeft de CDA-fractie geen vraag meer gesteld over de positie van het ambulancevervoer. De situatie was helder. Tenzij het de bedoeling is het wetsvoorstel Ambulancezorg alsnog aan te passen, blijft de positie van het ambulancevervoer aanvechtbaar. Kan de minister op deze voornemens in relatie tot deze actuele notitie nog eens een toelichting geven?

Verder wordt in de notitie een onderscheid gemaakt tussen acute zorg en de acute zorgketen. Dat is een noodzakelijk onderscheid omdat de bekostiging van zorg aan verandering onderhevig is en de bekostiging van acute zorg nog allerm minst helder. Wat schieten wij dan in feite op met deze notitie? De in het uitzicht gestelde beleidsregels kunnen dan immers niet in werking treden, of zien wij dat verkeerd?

Ik heb nog een opmerking te maken over de rol van de verzekeraars. Het is duidelijk dat zij ook in deze opzet de acute zorg niet kunnen sturen. Wat zijn de gevolgen daarvan, nu ook de minister erkent dat tussen acute zorg en alle daarmee samenhangende basiszorg een duidelijke relatie bestaat, die nog eens is vastgelegd in het amendement-Van der Vlies. Het gaat dan om vrijwel alle specialisten in de ziekenhuiszorg. Zet dit ook de toekomstige sturing door de zorgverzekeraars in feite niet op de tocht?

Vervolgens wijst de minister in de nadere memorie van antwoord erop, dat op de dag dat de WTZi van kracht wordt, de standstil zal worden opgeheven. Kan de minister nog eens aangeven op grond waarvan dan ook de niet aflatende incidentenpolitiek rond kleine ziekenhuizen tot het verleden zal behoren? Of heeft de minister dat niet bedoeld?

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik begrijp deze vraag niet goed. Bedoelt mevrouw Van Leeuwen nu of de minister niet heeft bedoeld dat de niet aflatende incidentenpolitiek ophoudt? Met die incidentenpolitiek is zij toch ook niet blij?

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): In de visie van de minister zou je kunnen veronderstellen dat hij de standstil kan opheffen en dat hij ook de problematiek van de kleine ziekenhuizen en de incidenten heeft opgelost. Dat betwijfel ik. Daarom heb ik hem deze vraag gesteld. Misschien had ik het nog iets duidelijker moeten zeggen.

Tenslotte kom ik bij de transparantie-eisen. De inwerkingtreding van de WTZi zal ook de introductie van goed bestuur en een ordentelijke bedrijfsvoering als doelgerichte transparantie-eisen met zich meebrengen. Dat is een duidelijk winstpunt. Uiteraard juichen wij de twee hoofdpunten toe, te weten de verplichting dat zorginstellingen een raad van toezicht hebben, en de borging dat als een raad van toezicht en/of een raad van beheer niet goed functioneert, de toegang tot de

Ondernemingskamer openstaat voor organisaties van patiënten en consumenten.

Het antwoord van de minister op onze vragen over het laatste punt vergt nog een kanttekening. Voor de toezegging dat er in de voorlichting over de transparantie-eisen WTZi nadrukkelijk aandacht aan zal worden besteed welke organisaties toegang tot de Ondernemingskamer hebben en voor de uitleg van het begrip "orgaan dat de cliënten van de instelling vertegenwoordigt", is de CDA-fractie erkentelijk. Niettemin wijzen wij erop, dat artikel 6.2 van het uitvoeringsbesluit iets anders suggereert dan de betrokkenen veronderstellen. De minister erkent dit ook met de stellingname dat het enquêterecht niet noodzakelijkerwijze beperkt moet blijven tot uitsluitend de specifieke aanwijzing van cliëntenraden, maar bijvoorbeeld ook voor de Consumentenbond of de N.P./C.F. kan gelden. Met het laatste kunnen wij uiteraard instemmen. Dat zou echter niet moeten gelden voor een vertegenwoordiging van beroepsbeoefenaren, waar het om een vertegenwoordiging van de cliënten gaat. Kan de minister billijken dat dit nog anders zou moeten worden geformuleerd en is hij daartoe bereid?

Verder gaat de CDA-fractie ervan uit, dat de WMCZ hiernaast zal worden gehandhaafd, temeer daar wij van mening zijn dat een zo zwaar middel als het enquêterecht maar beperkt zal moeten en kunnen worden ingezet. Ook dan is onzes inziens een gebundelde expertise noodzakelijk. Nog steeds ontbreekt er veel, al te veel aan het tot hun recht komen van inspraak en medezeggenschap van cliënten binnen de instellingen. Mogelijk zou het enquêterecht binnen de WTZi vergezeld kunnen gaan van een juridisch steunpunt. De combinatie van meldpunt en helpdesk met een juridisch steunpunt zou een goede zaak zijn, vooruitlopend op de komst van de Zorgconsumentenwet. Hoe beoordeelt de minister deze suggestie?

Mede gelet op de doorgaande discussie in de Tweede Kamer heeft de CDA-fractie zich beperkt tot enkele hoofdpunten. De wijze echter waarop de minister verder heeft gewerkt aan het optuigen van het casco van de WTZi en hierbij toereikende toezeggingen heeft gedaan, die de parlementaire invloed ten volle mogelijk maken, geven de CDA-fractie vertrouwen voor de toekomst, ook al zijn verschillen van mening ook dan niet uitgesloten.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Als ik mevrouw Van Leeuwen zo hoor, bevinden wij ons in een stroom van veranderingen in de gezondheidszorg. Wat de CDA-fractie, veel beter dan ik ooit zou kunnen, voortdurend doet, is zeggen dat wij de vinger aan de pols moeten houden. Het aantal toezeggingen, veranderingen, amendementen, remmingen, clausuleringen en reguleringen dat de CDA-fractie in dat proces aanbrengt is zo groot dat wij zo langzamerhand ook de vraag moeten stellen of het CDA nog wel vertrouwen heeft in deze minister. Wanneer het parlement zo omstandig en zo langdurig in dit proces moet bijsturen, mag je toch de vraag stellen of de man die achter de knoppen zit nog wel het vertrouwen geniet.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Minister Hoogervorst heeft ons volle vertrouwen, ook in de wijze waarop hij zijn

toezeggingen honoreert. Eerlijk gezegd begrijp ik de heer Van der Lans nu niet. Hij heeft de vorige keer tegen mij gezegd dat wij in dit huis een wet kunnen aanvaarden of die afwijzen. De Tweede Kamer heeft al onder het kabinet-Kok II gezegd dat het gelet op de moeilijkheidsgraad van deze transitiefase -- mevrouw Bos was in haar nadagen ook bezig met de stelselwijziging, die zij zag als één geheel -- niet anders zou kunnen dan hier te werken met algemene maatregelen van bestuur. De Tweede Kamer heeft dat terecht niet gepikt, en heeft op alle beleidsonderdelen toezeggingen gekregen. Die toezeggingen zijn impliciet ook aan de Eerste Kamer gedaan. Ik zeg alleen dat ik die toezeggingen op de voet blijf volgen. Ik roep dan ook geen enkel nieuw bezwaar op. Ik beperk mij tot de zaken die in dit wetsvoorstel aan de orde zijn. Dat lijkt mij terecht, aangezien het hier om dermate ingewikkelde vraagstukken gaat. Ik moet nog de minister zien die op een snellere wijze een zo gigantische ombouw dan van de regelgeving voor elkaar had kunnen krijgen. Daarvoor zijn fasen nodig. Ook mevrouw Swenker heeft hierover nadrukkelijk vragen gesteld. Wij zullen dat te zijner tijd bij de voorhangprocedure doen, maar dit heeft niet van doen met het al dan niet vertrouwen hebben in de minister van Volksgezondheid. Ik heb dat vertrouwen namens mijn fractie nadrukkelijk uitgesproken.

De heer **Hamel** (PvdA): Mevrouw Van Leeuwen heeft heel wat punten opgenoemd die de invulling van dit wetsvoorstel zijn maar die er nog niet zijn. Toch treedt de wet aanstonds wel in werking. Zij zegt dat er toezeggingen zijn gedaan, dat de minister op de goede weg is en dat er een invulling komt, maar hoe moet ik haar vragen zien? Vanaf 1 januari is er acute zorg.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Over die acute zorg spreken wij vandaag. Daarover hebben wij een toegezegde notitie ontvangen. Daarover heb ik ook een aantal vragen gesteld. Wij moeten aan de dialoog met de minister nog beginnen. Ik ga ervan uit dat de minister naar onze opmerkingen zal luisteren en dat hij daarmee rekening zal houden. Ik loop niet op de uitkomst van dit debat vooruit. Over het bouwregime hebben wij heel duidelijke afspraken gemaakt, langs welke weg dit zal terugkomen. Het gaat om een proceswet. Dat hebben wij binnen onze fractie aanvaard.

*N

De heer **Van den Berg** (SGP): Voorzitter. Ik voer vandaag mede namens de ChristenUnie het woord.

Het beleid van de minister heeft de WTZi, in samenhang met andere wetten, nodig om het bestaande systeem van aanbodregulering te hervormen. Dat beleid van de minister is sterk gericht op gedereguleerde marktwerking in de gezondheidszorg. De minister heeft dit wetsvoorstel dus nodig om een volgende stap te kunnen zetten, in samenhang met enkele andere wetten.

Deze vorm van marktwerking heeft gezonde kanten. Door dit systeem kunnen prikkels zorgen voor verlaging van de kosten van het management. Ook kunnen ondernemingswaarden als efficiëntie en tegengaan van

verspilling van de middelen hun waarde bewijzen. Maar, zo vinden onze fracties, aan een ver doorgevoerde marktwerking zitten ook schaduwzijden. Hoe vinden wij nu het evenwicht? De nadruk op een zo efficiënt mogelijk gebruik van de middelen heeft het risico in zich dat de zorg verschaalt en dat alleen het hoognodige gedaan wordt, omdat bijvoorbeeld de meerwaarde te duur is. Door het introduceren van het winstoogmerk beoogt de minister de mogelijkheden voor financiering van het zorgaanbod te vergroten en een prikkel te geven aan instellingen om doelmatiger te werken. In de visie van de minister moet de rol van financiële prikkels dan toenemen. In zijn opvatting zorgt een oprukkende markt voor beter presterende zorgaanbieders. Dat vinden wij een ideaalbeeld van de minister. Ook zullen nieuwe aanbieders met nieuwe zorgconcepten dan toetreden, omdat het aantrekkelijk voor hen zal worden. Deze toename van de concurrentie, die dan ontstaat, zal dan ook kwaliteitsverbetering tot gevolg kunnen hebben. Dat zie je op elke markt. Maar op de markt is ook te zien dat concurrentie leidt tot een grote variatie in kwaliteit. Het kan dan toch niet zo zijn dat wij grote verschillen in kwaliteit in de gezondheidszorg acceptabel vinden? Wij krijgen hierop graag een reactie van de minister.

Ook geldt binnen een markt dat de hoeveelheid aangeboden producten vrijwel onbeperkt is. De toename van de productie zorgt ervoor dat er meer geld omgaat in een bepaalde sector. Ook bij de zorg zou dit kunnen optreden, terwijl het juist het streven is de macrotoename van de zorgkosten stevig te beperken. Dat zien wij als een tegenstrijdigheid, die hier is ingebakken. Kan de minister toelichten hoe hij deze punten tegen elkaar afweegt?

Met deze inleiding beoog ik bepaalde, voor onze fracties belangrijke uitgangspunten te onderstrepen. Dat is van belang, omdat de rijksoverheid zich in de verdeling van de verantwoordelijkheden in dit wetsvoorstel een beperkte rol toekent in de borging van de publieke belangen. Die borging komt voor een gedeelte bij de markt te liggen. Wij willen hierbij nog eens nadrukkelijk drie uitgangspunten aan de orde stellen.

Allereerst willen wij benadrukken dat, als wij praten over het marktdenken, medische zorg geen product is. In economische zin kan het wellicht getypeerd worden als een proces. Cruciaal daarin zijn de afhankelijkheid, kwetsbaarheid en onwetendheid van de patiënt tegenover de deskundigheid van de hulpverlenende arts. Een patiënt zoekt hulp, maar weet vaak niet wat hij nodig heeft. Achteraf kan hij bovendien vaak moeilijk de kwaliteit van de geleverde zorg beoordelen.

Vervolgens benadrukken wij nog eens extra dat wij de solidariteit in de zorg willen behouden. Voor ons houdt dat in dat mensen ongeacht hun inkomen of gezondheidstoestand een beroep moeten kunnen doen op de hulp van professionele zorgverleners. Solidariteit vormt voor ons een kernwaarde van het zorgstelsel. Dat moet ook in de toekomst het geval blijven. Ook de betaalbaarheid is voor ons een belangrijke publieke doelstelling van het zorgstelsel. Wij vernemen graag de visie van de minister over deze drie uitgangspunten in relatie tot de wet en de gevolgen van de omslag die zal worden gemaakt. Wij

vragen ons af of deze uitgangspunten niet in het gedrang komen als deze wet wordt ingevoerd.

Zorgaanbieders en zorgvragers ofwel zorgbetalers zullen op termijn zelf verantwoordelijk worden voor de infrastructuur en de investeringsbeslissingen. Door het introduceren van de mogelijkheid tot winst wil de minister, zoals al eerder is gezegd, onder meer de financieringsmogelijkheden van het zorgaanbod vergroten. Het is hierbij echter wel van groot belang dat de winst die een gevolg is van geïnvesteerde publieke middelen niet weglekt uit de zorgsector. Wij vragen de minister hoe dit in de toekomst kan worden voorkomen. Zijn er wel goede en duidelijk toetsbare normen om te beoordelen of er teveel gelden uit de publieke middelen naar bijvoorbeeld aandeelhouders gaan? Het is voor onze fracties ook van belang hoe het winsttoogmerk en de kwaliteit van de zorg zich tot elkaar verhouden. Er dreigt gemakkelijk een spanning te ontstaan tussen zakelijke belangen en zorgbelangen. Wij verzoeken de minister nog eens duidelijk te maken of het mogelijk is beide te verenigen en zo ja, hoe dit moet plaatsvinden. Hoe wil hij garanderen dat zowel de zorgvrager er beter van wordt als dat de zorgaanbieder volledige verantwoordelijkheid voor zijn professionaliteit kan nemen? Wij willen voorkomen dat winst in de zorg ons in de toekomst nog wel eens een hoop zorg kan geven.

Voorzitter. Vervolgens wil ik enige opmerkingen maken over de investeringsbeslissingen. In het veld blijken nogal wat vragen te leven. Dat is begrijpelijk. Zorginstellingen moeten zich richten op de toekomst. Dat verwachten wij ook van hen. Er vinden veel veranderingen plaats. De vele nieuwe ontwikkelingen brengen voor de instellingen veel onduidelijkheid met zich mee. Het is voor de instellingen erg belangrijk om zich nu al af te vragen hoe zij de instelling het beste inrichten voor de komende jaren. Hoe zal het zijn als de wet op 1 januari aanstaande ingaat? Moeten zij nu al inspelen op de nabije en verre toekomst? Is het verstandig om nu alvast vastgoed te gaan verkopen? Dit zijn terechte vragen die in het veld worden gesteld, zeker nu de Wet ziekenhuisvoorzieningen verdwijnt.

De WTZi beoogt voor het bouwen in de gezondheidszorg minder regels, minder overheid en meer verantwoordelijkheid voor de veldpartijen. Op dit moment hoeven zorginstellingen die willen bouwen alleen in specifiek genoemde gevallen een toelating en vergunning volgens de WTZi aan te vragen. Bouw of huur van kleinschalige woonvoorzieningen, zelfstandige behandelcentra en academische ziekenhuizen is, met uitzondering van vervangende nieuwbouw, niet langer vergunningplichtig. Ten aanzien van bouwaanvragen die onder het bouwregime vallen, krijgen wij te maken met het financiële bouw kader. Verschillende andere sprekers hebben hierop ook reeds gewezen. De minister beslist dan eens per twee jaar aan de hand van het door hem beschikbaar gestelde financiële bouw kader over alle ingediende bouwaanvragen. Dus de minister bekijkt op dat moment welke bouwplannen een toelating krijgen en welke niet. Natuurlijk wordt hierbij gebruik gemaakt van de in de beleidsregels aangegeven prioriteitenvolgorde, maar hier is toch sprake van een geweldige spanning tussen enerzijds de minister die de geldbuidel beheert en

die al dan niet toelaat en anderzijds het regime van de marktwerking. Wij verzoeken de minister om zijn zienswijze hierover uitgebreid met ons te delen. Is hij van plan om het bouwregime op korte termijn af te schaffen? Hoe zal het in de toekomst gaan? Deze vragen leven in het veld. Ik wil ze graag nu bij de minister op tafel leggen. Wij vragen ons af wat de reikwijdte van het wetsvoorstel op dit terrein is.

Zoals ook door anderen is gezegd, is de WTZi een kaderwet. Er moet nog heel veel ingevuld worden. Toch is het voor ons belangrijk om een kijkje in de toekomst te nemen. Het is onze conclusie dat het er op lijkt dat het mogelijk is om op basis van de wet zoals deze nu voorligt een systeem te hanteren dat sterk gericht is op overheidsregulering, terwijl het ook mogelijk is alles aan de markt over te laten. Dat maakt het voor ons zo moeilijk om op dit moment een verantwoorde beslissing te nemen. Collega Hamel is vanmiddag nadrukkelijk in de zaal aanwezig. Wij weten dat hij ambities heeft. Het zou zomaar kunnen dat hij de volgende minister van Volksgezondheid is. Ik sluit dat niet uit. Met deze wet zou hij zijn politieke zienswijze - meer overheid, minder markt - heel goed vorm kunnen geven. Dit ter illustratie van de spagaat waarin onze twee kleine fracties vanmiddag verkeren.

Ik zie dat mevrouw Van Leeuwen de heer Hamer ook wil steunen.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Neen, mevrouw Van Leeuwen wil alleen opmerken dat het zo ver niet zal komen. Minister Hoogervorst zal gepaste haast maken. Dat betekent dat wij nog in deze kabinetsperiode, die nog wel eventjes zal duren, alles zullen weten wat de heer Van den Berg nodig heeft.

De heer **Van den Berg** (SGP): Ik had het zo graag van de minister gehoord. Ik hoop dat hij vandaag heel duidelijke antwoorden zal geven. Wij hebben al afgesproken dat als het vandaag niet lukt, het in een volgende setting zal moeten gebeuren. Ik heb daarvoor al wat vrije dagen opgenomen.

De WTZi beoogt voor het bouwen in de gezondheidszorg minder regels, minder overheid en meer verantwoordelijkheid voor de veldpartijen. Op dit moment hoeven zorginstellingen die willen bouwen alleen in specifiek genoemde gevallen een toelating en vergunning volgens de WTZi aan te vragen. Het is de vraag hoe aantrekkelijk dat vooruitzicht op korte termijn voor de instellingen is. Van een aantal instellingen weet ik dat zij er geweldig tegenaan hikken hoe zij vernieuwingen zullen gaan invullen. Zij vragen zich af of het niet beter is om voorlopig pas op de plaats te maken totdat er veel meer zekerheid is. Het is de vraag wanneer die zekerheid er komt.

Voorzitter. Ik wil overgaan op een heel ander onderwerp: de cliëntenraden. Ook daarover hebben enkele collega's al iets gezegd. Het Uitvoeringsbesluit WTZi geeft zorgaanbieders de opdracht om de bevoegdheid om een verzoek tot het houden van een enquête toe te kennen aan een orgaan dat de cliënten van de instelling vertegenwoordigt. De cliëntenraad kan worden beschouwd als orgaan dat de cliënten van een instelling

vertegenwoordigt. Blijkens de toelichting bij het uitvoeringsbesluit WTZi kunnen bijvoorbeeld de NPCF, de Consumentenbond en de organisaties van cliënten de cliënten vertegenwoordigen. Op zich vinden wij dat prima. Het valt niet onder het adviesrecht van de cliëntenraad om te bepalen wie als vertegenwoordiger van de cliënten zal gaan functioneren. De Wet medezeggenschap cliëntenraden geeft hierover evenmin als de jurisprudentie uitsluitsel. De WMCZ beoogt wel de medezeggenschap te regelen van de cliënten van instellingen, waarbij de belangen van de cliënten behartigd worden door henzelf of door hun vertegenwoordigers. Het probleem is dat de Wet medezeggenschap cliëntenraden geen complete regeling bevat. Dit vindt zijn grondslag in het feit dat in de WMCZ is gekozen voor een niet te zware vorm van wetgeving om voldoende ruimte te laten voor de eigen verantwoordelijkheid van burgers en maatschappelijke instellingen. Dat was toentertijd de motivering. Dit is in tegenstelling tot de Wet op de ondernemingsraden die wel een minimumkader schept. Juist nu er in de visie van de minister een belangrijke stap wordt gezet naar geregleerde marktwerking, is het naar de mening van onze fracties belangrijk om naar analogie van de Wet op de ondernemingsraden de cliëntenraad het adviesrecht toe te kennen. Wij zouden dat een heel consequente lijn vinden. Graag vernemen wij de visie van de minister hierover.

Voorzitter. Het zorgveld is verwikkeld in een geweldige dynamiek. Ook in de intramurale sector vinden grote veranderingen plaats: deconcentratie van verpleeghuisplaatsen, extramuralisering van verzorgingshuizen en het scheiden van wonen en zorg. Het kabinet wil de toegang tot de AWBZ beperken tot langdurende en niet op genezing gerichte zorg. De verantwoordelijkheid voor de huishoudelijke zorg en een deel van de persoonlijke verzorging wordt straks via de Wet maatschappelijke ondersteuning geregeld, waarbij de gemeenten een belangrijke rol krijgen toebedeeld. Als wij dit dynamische slagveld overzien, vragen wij ons met het oog op een samenhangend stelsel van wonen, zorg en welzijn af, waarom er voor is gekozen om de WTZi, de AWBZ en de Wmo geheel naast elkaar te laten functioneren. Ik zie namelijk geen verbanden. Hierdoor ontbreekt in dit wetsvoorstel naar onze mening de noodzakelijke verankering voor de samenhang met gemeentelijke verantwoordelijkheden in het kader van de Wmo. Wij vragen de minister of dit geen gemiste kans is. Is het nog te repareren?

Deze wet is ontzettend belangrijk voor de capaciteitsplanning in de zorgvoorziening. Met deze wet krijgen de verzekeraars en aanbieders meer ruimte voor beleid ten aanzien van de afbouw en verbouw van zorginstellingen. Als de Awb verder wordt afgeslankt en wordt gemoderniseerd, zal de extramuralisering geweldig worden gestimuleerd. Op grond van de toekomstige Wet maatschappelijke ondersteuning zullen de gemeenten de regie gaan voeren over de ondersteuning van kwetsbare groepen ten aanzien van wonen, zorg en welzijn. Als wij dat juist constateren, zou op zijn minst sprake moeten zijn van enige samenhang. De minister heeft daarover misschien een heel duidelijke visie.

Voorzitter. Wij praten ten aanzien van deze kaderwet op dit moment over een beperkt aantal belangrijke zaken. Voorop staat het waarborgen van publieke belangen in de zorg. Dit heeft mede naar aanleiding van het amendement-Van der Vlies aan de overzide handen en voeten gekregen. Ik sluit mij aan bij de vragen die eerdere sprekers daarover hebben gesteld. De minister zal er ongetwijfeld op terugkomen. Dat geldt ook voor de twee andere belangrijke punten die aan de orde zijn: de voorwaarden voor goed bestuur en de maatschappelijke verantwoording. Bovendien zal de Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006 de Ziekenfondswet vervangen, zo schrijft de minister. Daardoor zal de wettelijke basis voor de cure-sector bij een aantal belangrijke beslissingen vervallen, omdat de toelating wordt geregeld in de WTZi. De minister vindt daarom dat deze kaderwet in werking moet treden.

Maar zoals blijkt uit onze bijdrage, is de inhoud van de latere beleidsvisie cruciaal voor de wijze waarop de wet wordt uitgevoerd en ingevuld. Daarom vinden wij het noodzakelijk dat de minister duidelijk maakt hoe hij zelf concreet invulling denkt te geven aan zijn bevoegdheid. Op welke manier worden de in de wet genoemde publieke waarborgen straks ook echt gehandhaafd? Wat zijn de mogelijkheden daarvoor? Als niet duidelijk is wat de minister bedoelt als hij spreekt van "kwalitatief goed, doelmatig evenwichtig en voor iedereen toegankelijk", dan blijft die onduidelijkheid bestaan. Wij hopen dat de minister daarop in zijn antwoord nadrukkelijk terugkomt. Anders is naar onze mening een dergelijk wetsvoorstel nog niet helemaal rijp voor stemming. Wij willen namelijk voorkomen dat in de toekomst tal van zaken voor meerderlij uitleg vatbaar blijken te zijn. Met belangstelling wachten het antwoord van de minister af.

De vergadering wordt van 16.07 uur tot 17.00 uur geschorst.

*N

Minister **Hoogervorst**: Voorzitter. Ik dank de Kamer voor haar inbreng in de eerste termijn. Er zijn zeer veel vragen gesteld en ik heb kort de tijd gehad om deze vragen te verwerken. Ik zal proberen zo uitvoerig mogelijk te antwoorden, maar hoop dat de Kamer enige clementie zal tonen als ik niet alle vragen tot in detail weet te beantwoorden. Ik zal goed op de hoofdlijnen ingaan.

Veel Kamerleden hebben op de voorgeschiedenis van de wet gewezen en erop gewezen dat het viereenhalfjaar heeft geduurd voordat die de plenaire behandeling in de Kamer heeft bereikt. Vierenhalf jaar is misschien heel lang, tegelijkertijd bekijk ik die periode tegenwoordig relatief. Het is een stuk korter dan de dertig jaar die de totstandkoming van de vorige wet heeft geduurd die ik met de Kamer heb mogen behandelen.

Veel Kamerleden hebben erop gewezen dat dit bepaald geen revolutionaire wet is. Dit betekent ook dat de

zorgvuldigheid, gezien de tijd en het niet-revolutionaire karakter van de wet, absoluut niet met voeten is getreden, zeg ik tegen de heer Van der Lans. De heer Hamel sprak zelfs over een aangeklede WZV, omdat deze wet geen abrupte breuk met het verleden is. Dit klonk als kritiek, tegelijkertijd heeft de heer Hamel een paar suggesties gedaan tot verdere regulering. Later kom ik hierop terug.

Inderdaad hebben wij met deze wet opnieuw niet te maken met een revolutie, maar vooral met het mogelijk maken van evolutie. Degenen die hebben gezegd dat het primair een proceswet is, hebben daarin in feite gelijk. De wet zal veranderingen in de toekomst mogelijk maken, veranderingen van het bouwregime en daaraan gekoppeld verandering van de kapitaallasten. Het moet bij het bouwregime gaan om een geleidelijk proces. Ik heb de Kamer schriftelijk laten weten, en herhaal dit duidelijk, dat ik bij alle verdere stappen die nodig zijn voor deze wet, de Kamer en de Staten-Generaal in zijn algemeenheid zal betrekken. Dit zal ik doen als het gaat om de hervorming van de integrale tarieven, die overigens meer te maken hebben met de WTZ dan met deze wet, maar ook als het gaat om het afschaffen van het bouwregime, omdat ook ik mij realiseer dat deze stappen vaak een monumentaal karakter hebben. Dit kan niet op een achternamiddag via een globale wet worden geregeld, maar daarbij is verdere parlementaire betrokkenheid geboden. Dit zeg ik de Kamer zeer ruimhartig toe.

Mevrouw Van Leeuwen heeft over de verstrekking van de wet gevraagd of de wijzigingen in het wetsvoorstel wel van overwegend technische aard zijn. Het introduceren van de mogelijkheid van een winsttoegmerk is volgens haar van meer dan principiële aard. Zij heeft gevraagd of de Raad van State daarover moet worden geraadpleegd. Ik meen dat de wijzigingen die in het wetsvoorstel zijn aangebracht toch overwegend van technische aard zijn. De mogelijkheid voor het maken van winst kan pas worden bekrachtigd als ik een AMvB heb ingediend. Deze komt dan in deze Kamer aan de orde. Bovendien zal de AMvB eerst naar de Raad van State gaan en kan die alsnog zijn mening daarover geven.

Mevrouw Slagter heeft gevraagd of er veel ambities in het wetstraject verloren zijn gegaan en of ik niet meteen met grote zevenmijlslarzen de transparante tarieven en het winsttoegmerk heb willen invoeren. Voor het winsttoegmerk heb ik de tekst iets voorzichtiger opgeschreven dan ik aanvankelijk van plan was, maar daarover laat ik geen grote tranen. Bij de transparante tarieven is het mij van meet af aan duidelijk geweest, dat deze een zeer gedegen en zorgvuldige invoeringsperiode zullen vergen en dat het echt onmogelijk zou zijn geweest deze binnen een jaar of twee in te voeren. Daarvoor hebben wij tijd nodig en daarvoor heb ik niet hoeven temporiseren.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Over het volgende bestond in de wandelgangen onzekerheid. U zegt dat het winsttoegmerk pas kan worden toegepast als er een AMvB is ingediend. Als er nog geen AMvB is ingediend, kan er dus geen winsttoegmerk zijn. Op dit moment zijn er instellingen die wel een winsttoegmerk hebben. Hoe liggen die verhoudingen?

Minister **Hoogervorst**: Het is natuurlijk nu al mogelijk om in de zorg winst te maken op onderdelen, bijvoorbeeld door de farmaceutische industrie, door specialisten en door huisartsen. Zij kunnen allemaal winst maken en doen dat ook. Ik dring dat niet terug. Het gaat echt om de uitbreiding van de mogelijkheden om winst te maken. Daarvoor is een AMvB nodig; anders is dit niet mogelijk. Er is ook geen risico dat er tussen de afschaffing van de huidige wet en de invoering van de WTZi een soort leemte zal vallen waarvan commerciële partijen gebruik kunnen maken, want de invoering van de wet zal gepaard gaan met de invoering van AMvB's, waarin het een en ander is geregeld. Alle AMvB's die in de wet zijn aangekondigd, worden samengevoegd in één verzamel-AMvB, het Uitvoeringsbesluit WTZi. Daarin staat voor welke categorie instellingen de wet geldt, welke vormen van bouw onder het bouwregime vallen, welke categorie instellingen een winsttoegmerk mogen hebben -- want in delen van de AWBZ is dat ook al mogelijk, dit zijn alleen de categorieën die dit in 2005 ook al mogen-- en aan welke transparantie-eisen moet worden voldaan. Dit besluit heeft de Kamer al twee keer in concept ontvangen, in december vorig jaar en in juni van dit jaar. Op 26 januari 2005 is met de Tweede Kamer gediscussieerd over het uitvoeringsbesluit. De Raad van State heeft al geadviseerd, maar de officiële voorhangprocedure kan pas plaatsvinden nadat de wet de Eerste Kamer heeft gepasseerd. Zodra de Kamer de WTZi aanvaardt, kan ik het nader rapport tekenen en het uitvoeringsbesluit naar de koningin sturen. De stukken liggen daarvoor gereed. Vervolgens geldt een voorhangprocedure van dertig dagen bij de Eerste Kamer.

Kortom, alles ligt klaar om de AMvB zo snel mogelijk in werking te laten treden. Er zal geen dag voorbijgaan waarin mensen of instellingen op slinkse wijze met andere bedoelingen dan die van de wet het veld kunnen betreden.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Het is inderdaad de derde keer dat wij dit besluit van u hebben gekregen, en wij hebben precies kunnen volgen welke wijzigingen in de Tweede Kamer zijn aangebracht. Daarover hebt u ons een aparte brief gestuurd, plus het besluit dat nu klaarligt, om als de wet is aangenomen, naar de Raad van State te gaan. Ik wil dit graag nog een keer duidelijk vaststellen.

Minister **Hoogervorst**: Dat is correct.

De heer **Hamel** (PvdA): U zegt dat de AMvB in concept klaarligt en na de behandeling van de wet in deze Kamer een definitief voorstel wordt. De termijn die verloopt tussen de instemming van de beide Kamers met de AMvB en de periode die voor de aanvraag voor toelatingen gaat gelden, want die is ook geregeld, loopt over 1 januari 2006 heen, de termijn waarop het college dan wel uzelf aanvragen moet beoordelen.

Minister **Hoogervorst**: Dan zal de wet iets later in werking moeten treden.

De heer **Hamel** (PvdA): In deze wet is geregeld dat elke verzekeraar een contract mag sluiten met een toegelaten instelling. In de Zorgverzekeringswet bestaat deze regeling

niet en wordt enkel naar de Wetsvoorstel Toelating Zorginstellingen (WTZi) verwezen. Wat doet de minister als die wet niet op tijd komt?

Minister **Hoogervorst**: Ik heb de Kamer in de schriftelijke ronde duidelijk gemaakt dat er dan enige leemte ontstaat in de wet, omdat de Zorgverzekeringswet ervan uitging dat deze wet er al zou zijn. Als de WTZi iets later ingaat, komen daar niet meteen grote ongelukken van. Het zou echter mijn voorkeur hebben om de wet op 1 januari aanstaande te laten ingaan. Dat kan ook. Ik wil de Kamer niet onder druk zetten, maar als deze wet tijdig wordt aangenomen – ik heb de AMvB klaar – kan het snel gaan.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Mag ik daaruit concluderen dat wij zelf aan het maken van ongelukken bijdragen als wij deze wet niet zo snel mogelijk afhandelen?

Minister **Hoogervorst**: Laat ik het erop houden dat ik hoop, dat het snel zal gaan.

De heer **Hamel** (PvdA): Wij hebben de AMvB gehad. Maar bij de toelating komen ook beleidsregels om de hoek kijken. Voorzover ik weet vallen die niet onder het besluit; zij vormen een apart hoofdstuk met de beleidsvisie. Het is van belang dat wij alles wat moet passeren op het netvlies hebben staan en dat wij weten welke termijn de minister daarbij ongeveer voor ogen heeft en welke leemten er kunnen ontstaan. Ik denk dat de AMvB voor een deel niet kan worden toegepast als er nog geen beleidsregels zijn.

Minister **Hoogervorst**: Maar die zijn er al. Mijn ambtenaren knikken van ja. Rond de acute zorg zijn die beleidsregels er en dat geldt ook voor de transparantie. Dus alles is klaar. Het is nu echt een kwestie van het aannemen van deze wet.

De heer Hamel heeft gevraagd waarom er niet voor is gekozen om in de considerans van de wet aan te geven dat het wetsvoorstel erop is gericht een kwalitatief en doelmatig functionerende zorg te borgen. De WTZi beoogt het stelsel van de WZV en de daarmee samenhangende toelatingen van de ZFW en de AWBZ te verenigen. Die wetten gaan over een doelmatige voorziening in de behoefte aan zorginstellingen. De kwaliteit wordt geregeld op basis van de kwaliteitswet. Wij hebben die zaken dus in andere wetten ondergebracht.

Mevrouw Van Leeuwen heeft gevraagd waarom de eerste fase van overgang naar een vraaggericht stelsel niet met een gewijzigde WZV is gebeurd.

De heer **Hamel** (PvdA): In de considerans staat dat het doel is om van een aanbodgestuurd stelsel naar een vraaggestuurd stelsel te komen. Mijn punt was dat het moet gaan om een doelmatige zorg. Dat is een van de criteria waarop getoetst moet worden, daar zijn wij het over eens. Aan welke criteria worden dadelijk al dan niet toelatingen getoetst? Mijn vraag was waarom die criteria niet in de considerans zijn gekomen, want er is veel veranderd in bijvoorbeeld de WES.

Minister **Hoogervorst**: Misschien had dat gekund. Het is in elk geval zo dat kwaliteit in de considerans hier niet op zijn plaats zou zijn geweest, want dat regelt men in de Kwaliteitswet. Deze wet moet verschillende zaken mogelijk maken, zoals bereikbaarheid. Het hele streven naar integrale tarieven waarin kapitaallasten zijn verwerkt, is om de doelmatigheid te bevorderen. Het had wellicht iets breder geformuleerd kunnen worden.

De heer **Hamel** (PvdA): In de WTG-express gaat het over tarieven. In de Zorgverzekeringswet zijn voor een deel de verzekeraars aan bod. Deze wet is eigenlijk het complementaire stuk, waarin het publieke belang naar voren komt: de minister kan zijn beleidsvisie over de zorg geven en kan voor een deel ingrijpen in de zorg. Het gaat erom vanuit welke achtergrond de minister dat doet. Deze wet kun je lezen als dat het publieke belang wordt geborgd middels deze wet. Dat is een van de redenen waarom ik spreek over doelmatige zorg.

Minister **Hoogervorst**: 'Publiek belang' is een brede term. Zelden gaat er een wet voorbij waarin ik het publieke belang niet poog te dienen. Het bevorderen van doelmatigheid is zeker een onderdeel van de bedoelingen van de wet.

Mevrouw Van Leeuwen heeft gevraagd waarom de WZV niet gewoon wordt aangepast. Dat is omdat ik met de WTZi meer zaken regel dan alleen een wijziging ten opzichte van de WZV. Ook de toelatingen uit de ZFW en de AWBZ worden ondergebracht in de WTZi. Hierdoor wordt het mogelijk dat de verklaring en de toelating geïntegreerd worden, hetgeen een aanzienlijke vereenvoudiging betreft. Met behulp van die toelating kan ik inderdaad publieke belangen waarborgen. Daarbij is belangrijk dat ik iets meer instrumenten krijg dan in het verleden het geval was.

Ik kom op een punt dat door iedereen is genoemd, namelijk de acute zorg. Toen ik net minister was geworden, werd ik regelmatig naar de Kamer geroepen om over een ziekenhuis in de IJsselmeerpolders te mogen spreken. Toen werd mij al snel duidelijk dat ik nauwelijks instrumenten had om iets te kunnen doen. Het enige wapen dat wij hadden was een extralegaal middel, namelijk de zogeheten standstill. Wij mogen blij zijn dat er nooit iemand naar de rechter is gelopen om dat middel aan te vechten, want dan was dat, vermoed ik, gesneuveld. Het was namelijk niet veel meer dan een soort oproep van de minister om vooral niet te snel te fuseren met andere ziekenhuizen.

Dankzij deze wet krijg ik wel bevoegdheden. Die wil ik echter zo min mogelijk gebruiken. Ik wil zo veel mogelijk ruimte laten voor de regionale partijen. Ik ben niet van plan om de wet te misbruiken door alles dicht te regelen. Iedere regio is anders; de manier waarop acute zorg in Amsterdam geregeld kan worden, verschilt sterk met de manier waarop dat kan in Oost-Groningen of in de IJsselmeerpolders. Daarom is het belangrijk dat zorgaanbieders in de regio zelf in staat zijn acute zorg te organiseren op een manier die het beste bij die regio past. Zij zijn immers deskundig en hebben kennis van de regionale situatie en dat hebben wij hier in Den Haag niet per se.

Die zorgaanbieders moeten natuurlijk aan landelijke normen voldoen. De bereikbaarheidsnorm zal ik nog iets beter vastleggen – tot nu toe is die een soort vuistnorm van het veld – en de kwaliteit is landelijk geborgd via de inspecties door de IGZ.

Met de landelijke normen waarborg ik dat de uitkomsten overal in het land aan een minimaal wenselijk niveau voldoen. Maar ik belemmer geen initiatieven die leiden tot een beter dan minimaal niveau. Als de regio's er niet uitkomen, dan geeft de WTZi mij de mogelijkheid in te grijpen, anders dan in de huidige situatie. Ingrijpen kan op verschillende niveaus. Ik hoop echter dat dit tot het eerste niveau beperkt blijft: overleggen met betrokkenen. Als conflictsituaties zijn gerezen, kan het helpen dat de minister of zijn ambtenaren met partijen om de tafel gaan zitten. Voorts kan ik een voorschrift toevoegen aan de toelating. Ik kan een dwangsom opleggen en in het uiterste geval kan ik de toelating intrekken. Dat is een wapen dat ik niet wil gebruiken, maar het is belangrijk dat het wel bestaat.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik zou willen horen in welke situaties de minister zou willen ingrijpen. Gaat het dan om situaties waar de bereikbaarheid in gevaar komt? – het is hierbij van belang dat men naast de acute zorg ook basiszorg beschikbaar heeft. Of gaat de minister juist ingrijpen als er een te groot aanbod is, of dat partijen niet om de tafel willen zitten?

Minister **Hoogervorst**: Als u naar mijn beleidsregels kijkt, ziet u dat het primair gaat om de bereikbaarheid van acute zorg. In een discussie met de Tweede Kamer kwam aan de orde dat bij die acute zorg ook andere zorg hoort. Toen heb ik gezegd dat men alleen goede acute zorg kan bieden als men ook in ruime mate beschikt over basiszorgverlening. Die zaken zijn direct aan elkaar gekoppeld, vandaar dat ik die niet hoeft te regelen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Maar in wat voor concreet geval zou u ingrijpen?

Minister **Hoogervorst**: Als in een regio de ambulance niet meer binnen een acceptabele tijd het ziekenhuis kan bereiken, bijvoorbeeld omdat een ziekenhuis zijn acutezorgafdeling heeft gesloten terwijl een grote groep mensen acute zorg nodig heeft.

Het zijn echter middelen die ik niet licht wil gebruiken. Nu kan ik die middelen helemaal niet gebruiken. De voorgaande wetten zijn ontstaan in perioden dat er veel meer ziekenhuizen in Nederland waren omdat de schaalvergroting nog niet op gang was gekomen.

De heer **Hamel** (PvdA): Het gaat erom wat men kan afdwingen als er geen bestuurlijke dwang is. Dat heeft verband met de instellingen die men wel of niet toestaat. Als er veel ZBC's zouden komen met twee of drie specialismen die met spoed van doen hebben, en die zouden zich vooral vestigen buiten het ziekenhuis, wat kan de minister dan voor dwang uitoefenen? De minister kan wel tegen dat ziekenhuis zeggen dat het aan acute zorg moet voldoen, maar dat ziekenhuis heeft misschien niet eens de mogelijkheid om daaraan te voldoen. De vraag is

dus wat men met dwang kan bereiken. Of wordt het toelatingsbeleid daarop afgestemd?

Minister **Hoogervorst**: Nee. Er zal sprake moeten zijn van adequate tarieven van de acute zorg. Dat is van groot belang. De Kamer heeft gezien in mijn eerste begroting dat ik rekening heb gehouden met de schaalnadelen van kleine ziekenhuizen. Die ziekenhuizen heb ik een beschikbaarheidstoeslag gegeven om hen mogelijk te maken om ondanks hun kleine schaal toch acute zorg te kunnen bieden. Een ziekenhuis zal ervoor moeten zorgen dat het voldoende specialismen in huis heeft om de acute zorg goed te kunnen leveren. Die zorg moet tevens van voldoende kwaliteit zijn. Daar heb ik de IGZ voor. Als de IGZ meent dat de acute zorg in ziekenhuis X niet meer van voldoende niveau is omdat een aantal specialismen zijn weggetrokken, heeft dat ziekenhuis echt een probleem, tenzij er voldoende ziekenhuizen in de omgeving zijn.

De heer **Hamel** (PvdA): Dan heeft u ook een probleem. Wat gaat u dan doen met dat ziekenhuis? Wij spreken nu over de bestuurlijke dwang.

Minister **Hoogervorst**: Dat ziekenhuis weet dat toch van tevoren?

De heer **Hamel** (PvdA): Een simpel voorbeeld: bij trauma's heeft men mond- en kaakchirurgen nodig. Die kaakchirurgen gaan zich, bij voldoende aanbod, om de hoek in een zelfstandig behandel centrum (ZBC) vestigen. Dat betekent dat een deel van het aanbod is verlegd. Welke bestuurlijke dwang kan men hanteren bij dat ene ziekenhuis dat niet voldoet?

Minister **Hoogervorst**: Als dat ZBC om de hoek is, zal waarschijnlijk wel geregeld kunnen worden dat men daar die acute zorg kan verlenen.

Het is heel simpel: men moet zich aansluiten bij een keten voor acute zorg, waarbij de taken onderling verdeeld worden. Komt men daar niet uit, dan heeft men een probleem. Vervolgens zullen de ziekenhuizen de taken moeten uitvoeren die ze aanvaard hebben. Dit levert een zekere beperking op van het aantal specialismen dat men buiten het ziekenhuis zou willen plaatsen, maar de kans dat dit op enorme schaal zal gebeuren, lijkt mij niet zo groot. In ieder geval zou ik met de huidige wetgeving totaal machteloos staan tegenover dit soort zaken, dat moet men wel beseffen.

De heer **Schouw** (D66): Voorzitter, mijn stelling was dat de keten alleen werkt als de taakverdeling heel duidelijk is. Nu zegt de minister dat men zich aan zijn taak moet houden en dat er anders sancties mogelijk zijn. Maar het gaat mij erom dat de taken van de verschillende partijen in het document nog niet duidelijk zijn aangegeven. Is de minister bereid om dit nog eens te bekijken en ervoor te zorgen dat de taakverdeling in de keten gewoon heel helder is? Dan kun je immers iets afdwingen; als de taken van een partij niet duidelijk zijn, heb je eigenlijk niets in handen.

Minister **Hoogervorst**: Daarbij heeft de IGZ natuurlijk een bewakingstaak. Als de inspectie het gevoelen heeft dat er in een regio grote lacunes in de zorgketen zijn, dan heeft men een probleem in die regio. Maar ik ben niet van plan om dit alles van tevoren gedetailleerd op te leggen. Met de huidige wetgeving kan ik niets doen, straks kan ik ingrijpen als men zich niet aan de zelf gemaakte afspraken houdt. Waarom zou ik dan meteen een stap verder moeten zetten om het dicht te regelen? Dat kan ik toch niet vanuit Den Haag?

De heer **Schouw** (D66): Het gaat mij meer om het bestuurlijke aspect. Een keten kan niet werken als de ketenpartners niet weten wat hun taken zijn. Dit betekent niet dat u dit zou moeten dichtschröien, maar u kunt wel in uw notitie zetten dat een keten naar uw mening goed werkt als de taken goed beschreven zijn. Dat de ketenpartners die taken vervolgens zelf moeten uitvoeren, snap ik wel, maar u zult het toch eens moeten zijn met het door mij genoemde uitgangspunt, want zonder vastgelegde taken werkt de keten niet. Dat hebben wij gezien bij allerlei andere prachtige ketens.

Minister **Hoogervorst**: Volgens mij weet de sector heel goed wat er nodig is voor afdoende acute zorg. Ik wil dan ook eerst maar even bekijken hoe het in de praktijk zal werken. Ik ga meer organiseren, want er zijn nu geen formele afspraken over de keten voor acute zorg. Ik ga die zorg nu formaliseren, men moet plannen maken en bovendien krijgt de minister voor het eerst wapens om dit zo nodig af te dwingen, dus waarom nu meteen doorschieten naar nog verdergaande regulering?

De heer **Hamel** (PvdA): Voorzitter, ik wil toch nog een poging doen om de minister te overtuigen, want dit lijkt mij essentieel. De minister moet niet steeds zeggen dat hij tot nu toe niets kon doen en straks ook niet, want de huidige wetgeving is anders. Het is door het huidige budgetsysteem voor een heleboel mensen niet aantrekkelijk om zich buiten een ziekenhuis te vestigen. Door de nieuwe wetgeving wordt het voor hen wel aantrekkelijker, zoals het voor verzekeraars aantrekkelijker wordt om hier een stimulans op te zetten. Verder worden de zorgverleners voor een deel elkaars concurrenten, waarbij de acute zorg wel degelijk een rol kan spelen. Als de verhouding tussen de spelers in het veld niet vastgelegd wordt, werkt het niet. Ik ben het geheel met de heer Schouw eens dat er een zekere regie en een zekere ordening nodig is. De financiering is nog niet rond, terwijl die ook nog een sturend element zou kunnen vormen: wie bepaalt wie waarvoor betaald wordt?

Minister **Hoogervorst**: Ik heb dit als een belangrijk element in deze wet opgenomen om er geen misverstand over te laten bestaan dat er bij meer marktwerking in de ziekenhuissector – vooralsnog zal die beperkt zijn, maar hopelijk zal ze straks wat sterker worden – een goede waarborg nodig is voor de belangrijke publieke functie van de acute zorg. Ik heb daarvoor waarborgen aangebracht. Nu heeft de heer Hamel allerlei suggesties gedaan voor verdere regelgeving, zoals per regio aangeven hoe acute zorg moet worden geregeld, per instelling aangeven welke

acute zorg van haar wordt verwacht, aangeven welke voorzieningen en zorgverleners er per ziekenhuis nodig zijn en welke relatie er is met electieve zorg, beleidsregels voor het vervullen van 24-uursdiensten, aangeven welke zorg er nu precies onder acute zorg valt, en ga zo maar door. Het wordt op die manier echt zeer gedetailleerd, terwijl ik juist ben begonnen met aan te geven hoezeer de situatie per regio verschilt. Dit wil ik niet allemaal vanuit Den Haag dichtregelen.

De heer **Hamel** (PvdA): Even een misverstand wegnemen, ik heb alleen aangegeven wat u zou moeten doen om te bewerkstelligen wat u wilt. En ik heb gezegd dat je dan heel dicht bij een regiovisie uitkomt. Ik heb niet gezegd dat het moet, maar dat het een consequentie is van de wetgeving die u voorstelt.

Minister **Hoogervorst**: Maar u bent er dus geen voorstander van?

De heer **Hamel** (PvdA): Ik heb niet gezegd dat u die dingen moet gaan doen, ik heb u gevraagd wat er zou moeten worden gedaan om voor elkaar te krijgen wat u voorstelt. Ook al hebben de koepels drie keer ja gezegd tegen de notitie over acute zorg, iedereen weet hoe het in die wereld gaat: er wordt niet veel geregeld. In het algemeen ontstaat er ruzie als er iets geregeld moet worden, zeker als het om geld of om het schuiven met patiënten gaat. Het ging mij erom dat je alweer vrij ver gaat met gedetailleerde regelgeving, als je het niet op een andere manier regelt.

Minister **Hoogervorst**: Dan is het mij toch niet helemaal duidelijk. Ik regel dit alles niet heel gedetailleerd, partijen zullen afspraken met elkaar moeten maken. Maar ik zie ook geen mogelijkheden om de zaak op een andere manier regelluw vast te leggen, meer dan wat ik nu voorstel.

De heer **Hamel** (PvdA): Dat zou kunnen door een verzekeraar in een regio de verantwoordelijkheid voor de taakverdeling te geven. Verzekeraars komen er onderling ook niet uit, want er zijn er vier of vijf per regio en het gaat erom, wie het kruis opneemt om dit te regelen. Ik heb alleen aangegeven wat de consequentie van uw voorstellen is en ik heb gezegd dat er andere vormen mogelijk zijn. Misschien kan er in de wet wel meer duidelijkheid over worden verschaft of er sprake is van een hiërarchische opbouw en wie het voortouw zou moeten nemen. Ik heb gezegd dat de marktwerking wel zal tegenvallen, omdat er dan veel regelgeving nodig zal zijn.

Minister **Hoogervorst**: Ik was in ieder geval niet van plan om veel te regelen, ik constateer alleen dat er in de huidige situatie vrijwel niets geregeld is. U zegt dat wij vooral goed zijn in het op elkaar afschuiven van de problemen, maar men wordt nu in ieder geval gedwongen om in een keten samen te werken. Mocht het allemaal op niets uitdraaien, dan kunnen wij de zaak natuurlijk altijd nog verder bekijken, dan kunnen wij een AMvB aanpassen of iets dergelijks. Vooralsnog ben ik hier niet toe bereid, maar misschien is het een optie om dan maar een verzekeraar in de driving seat te zetten. Dat zullen de ziekenhuizen met

veel plezier zien aankomen... Maar goed, het zou misschien een ultimatum remedium zijn. Vooralsnog wil ik er nog maar niet aan beginnen, in de wetenschap dat ik al meer regel dan wat er tot nu toe geregeld is.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Er kwam bij het aanbodgestuurde zorgsysteem ook niets van terecht, ook niet met de regiovisies. De moeilijkheid is dat sommigen daar toch naar willen teruggrijpen, omdat er daarmee iets meer zekerheid was dan nu. Maar net als de heer Hamel vraag ik mij af of het nu juist niet uw bedoeling is om in het nieuwe systeem de zorgverzekeraars een rol te geven. Die worden nu ook buiten de sturing gehouden.

Minister **Hoogervorst**: Nee, die nemen deel aan het ketenoverleg, want die moeten natuurlijk wel een oogje houden op de markt.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Maar niet om te sturen, zoals u zelf in uw brief aangeeft.

Minister **Hoogervorst**: Nee, ze zijn inderdaad niet de baas.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): De zorgverzekeraars moeten in het nieuwe systeem de kosten beheersen door hun inkooprol waar te maken. Wel, dan moeten zij hierbij eenzelfde rol krijgen, maar dat wilt u niet.

Minister **Hoogervorst**: Die rol krijgen de zorgverzekeraars natuurlijk wel.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Dat staat niet met zoveel woorden in uw brief.

Minister **Hoogervorst**: Zij hebben een rol bij de inkoop, net zoals bij de zorg als geheel, maar zij zijn niet de baas van het systeem.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Als je stuurt, ben je de baas. Gaan de zorgverzekeraars nu wel of niet sturen? Dat is toch een belangrijke vraag.

Minister **Hoogervorst**: De zorgverzekeraars vormen natuurlijk een zeer belangrijke partij in het overleg in de keten, maar zij kunnen niet eenzijdig een plan aan alle betrokkenen opleggen. Als ik het zo geregeld had, zou ik hevige stormen van protest uit deze Kamer hebben kunnen verwachten.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Voorzitter, ik ben het ermee eens dat het weinig zin heeft om nu allerhande detailregels te maken. Het wordt iets nieuws, laat de ketenpartners nu maar eens aan de rol gaan. Ik geef toe dat het er nog wat stroperig uitziet en ik zou de ketenpartners willen laten beginnen, met de opdracht om binnen een bepaalde tijd iets voor elkaar te krijgen.

Een ander punt. Als je partijen mogelijkheden wilt geven, moet de overheid wel randvoorwaarden stellen. De minister noemde al de bereikbaarheid en wij hebben al eens gesproken over een aanrijdtijd van 15 minuten voor een ambulance en over binnen 45 minuten bij het ziekenhuis zijn. Welke normen, welke kaders zouden er

dan moeten gelden? En de overheid moet dan natuurlijk ook in verband met de capaciteitsvraagstukken duidelijkheid scheppen over de bereikbaarheid. Dit betekent ook voor de capaciteitsplanning van beroepsbeoefenaren dat er voldoende van elke soort moeten zijn. Het wil dus niet zeggen dat alleen de partijen verantwoordelijk zijn, het betekent wel degelijk dat de overheid randvoorwaarden moet bepalen. Kan de minister daarover nog iets meer zeggen?

Minister **Hoogervorst**: Ik heb zojuist al een voorbeeld gegeven. Omdat ik erken dat vele kleine ziekenhuizen een probleem hebben om de spoedeisende hulp "in de lucht te houden", heb ik een extra beschikbaarheidstoeslag geïntroduceerd. Ik zie dus een zeer duidelijke taak voor de overheid om voorwaarden te scheppen.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik wil niet lastig zijn, maar ik lees in uw stuk dat de betrokken zorgverzekeraars worden geïnformeerd over de uitkomsten van het ketenoverleg. Dit betekent niet dat zij erbij betrokken zijn. Zij zullen dan ook wel over de witte vlekken geïnformeerd worden, maar sturen is iets anders dan geïnformeerd worden. Dit lijkt mij toch punt van zorg.

Minister **Hoogervorst**: Voorzitter, als de Kamer mij aanspoort om de positie van de verzekeraars in dezen nog te versterken, dan trek ik mij dat graag aan. Dit gebeurt mij niet vaak...

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Voorzitter, ik denk dat dit ook wel te maken heeft met een beleidsvisie, met beleidsregels die nog niet allemaal duidelijk zijn. Voor de acute zorg hebben wij gesproken over een bereikbaarheid binnen 15 of 30 minuten, maar zoals de minister zelf al zei, behoort bij het waarborgen van acute zorg ook het waarborgen van basisziekenhuizen of kleine ziekenhuizen. Het lijkt mij handig om toch iets vast te leggen over adherentie, zorgzwaarte en dergelijke, net als voor de acute zorg.

Minister **Hoogervorst**: Daarover heb ik uitgebreid met de Tweede Kamer gediscussieerd; daar was de conclusie dat je alleen het hoognodige moet regelen. De acute zorg is natuurlijk toch het allerbelangrijkste, want het is niet zo'n vreselijk drama om iets langer te moeten reizen voor een heupoperatie, maar dat is het wel als je na een zwaar ongeluk niet op tijd in het ziekenhuis belandt. Tegelijkertijd geldt dat je voor het bieden van goede spoedeisende hulp over voldoende basiszorg moet beschikken, dus je regelt met het een impliciet het ander. Het is niet zinvol om er aparte criteria voor te ontwikkelen. Het is niet nodig en dan moet je het gewoon ook niet doen, want wij regelen al zo veel. Maar ik denk dat wij met de WtZi voldoende waarborgen hebben om de negatieve effecten van schaalvergroting te voorkomen. Het tempo van de schaalvergroting is in vergelijking met de ontwikkelingen in de jaren tachtig en negentig ook al enorm afgenomen. Wij hebben nu een instrument in handen om ongewenste fusies tegen te gaan, al wil ik niet zeggen dat wij ons tegen alle fusies zouden moeten keren.

Zo heb ik mij ook niet verzet tegen de fusie van de ziekenhuizen in Oss en Veghel.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Daarover kun van mening verschillen, maar ik begrijp uw argumenten wel.

Nu zijn er ook gebieden waar mogelijk een teveel aan acute zorg geleverd wordt, het omgekeerde. Welke rol ziet u daarbij voor het ketenoverleg?

Minister **Hoogervorst**: De verzekeraars zijn nu bijvoorbeeld in zowel Amsterdam als Den Haag in gesprek met de ziekenhuizen om te kijken of het allemaal niet een beetje te veel van het goede is. Daar ligt voor hen wel een rol, maar dat is weer primair een rol voor de zorgverzekeraar, zo vind ik.

Voorzitter. In antwoord op een vraag van mevrouw Van Leeuwen kan ik mededelen dat het referentiekader acute zorg inmiddels is ingevuld door de afspraken die ik met de aanbieders van acute zorg heb gemaakt. Een notitie daarover heb ik uw Kamer onlangs toegestuurd.

De regionale ambulancevoorziening betreft een zorginstelling en valt onder de WTzi. Alle regionale ambulancevoorzieningen dienen deel te nemen aan het regionale overleg betreffende de keten van acute zorg. In het programma van eisen voor het verkrijgen van een vergunning is opgenomen dat de regionale ambulancevoorziening deelneemt aan dit regionale overleg. Daar doet de vergunningseis niets aan af. Sterker nog, het is daar nog eens goed in vastgelegd.

De heer Hamel heeft in algemeen zin gevraagd of er niet te veel regelgeving op ons afkomt met deze wet. Ik heb inderdaad toegegeven dat het niet onmiddellijk een kaalslag van regelgeving is. Wat betreft de acute zorg is er zelfs een kleine uitbreiding van regelgeving, die overigens niet tot zware administratieve lasten hoeft te leiden.

De heer Van der Lans stelde een vraag over de invloed van lokale gemeenschappen. Ik heb het publieke belang gedefinieerd in termen van bereikbaarheid van acute zorg en de daarbij behorende basiszorg. Daarbuiten is de functieverdeling de verantwoordelijkheid van het bestuur van de instelling. Ik heb via de beleidsregels vastgesteld dat de "stakeholders" -- wij konden daar blijkbaar geen goed Nederlands woord voor vinden; hieronder vallen de vertegenwoordigers van de lokale bevolking -- mogelijkheden krijgen tot beïnvloeding van de besluiten van de raad van bestuur. Een aardig voorbeeld is wat er nu in Oss en Veghel gebeurt. Daar heeft het ziekenhuis toegezegd, mede op aandrang van onze kant, dat er steunpunten zullen moeten komen voor chronisch zieken, in zowel Oss als Veghel. Nu, daar moeten opnieuw de lokale stakeholders bij worden betrokken.

De zorgaanbieders hebben gevraagd om iets meer houvast in dit geheel. Ik heb afgesproken dat ik bereikbaarheidsnormen zal stellen voor acute zorg. Het gaat dan om normen voor de bereikbaarheid voor acute basiszorg, de zorg die een basisziekenhuis kan leveren. Conform het amendement-Van der Vlies wordt niet alleen de acute zorg geborgd, maar blijft automatisch ook de daarmee samenhangende electieve zorg gewaarborgd.

Wat verandert er nu ten opzichte van de plannen in het kader van de WZV? Wij weten allemaal dat er in de praktijk onder de WZV eigenlijk geen planvorming meer plaatsvond. Het systeem werkte in de praktijk niet. Heel belangrijk is -- ik kom dan misschien wat meer in de richting van mevrouw Van Leeuwen -- dat de regionale behoefteeraming echt een taak is van zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de vorm van productieafspraken. Daar valt de spoedeisende eerste hulp (SEH) ook onder.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik wil nog één steen in de vijver gooien. De opmerking "als iedereen verantwoordelijk is, is niemand verantwoordelijk", kwam uit een brief van het IPO. Dit drong erop aan de provincies eindverantwoordelijke te doen zijn. Is dat ook een optie die u heeft overwogen ten aanzien van de organisatie van de acute zorg?

Minister **Hoogervorst**: Dat raakt aan de discussie over de ambulancevoorziening en de vorming van de veiligheidsregio's in Nederland. Daar proberen wij in ons land de hele keten voor acute zorg aan vast te koppelen en dan moet je eigenlijk vaststellen dat daar voor de provincie geen echte rol is weggelegd. Het zou ook een Fremdkörper zijn in ons bestel, als de provincie als een duveltje uit een doos ineens aan de top zou staan van de keten voor acute zorg. Voorzover het publieke belang gediend moet worden, is dat toch vooral mijn rol. Voor de rest laat ik het zoveel mogelijk over aan de lokale partijen. Ik zie geen meerwaarde in de rol van de provincies, ook omdat de provinciegrenzen op geen enkele manier sporen met de grenzen die wij anderszins hanteren in de zorg en in de veiligheidsregio's.

Voorzitter. Ik kom bij wat meer algemene puntjes die zijn aangedragen rond deze wet. De heer Hamel heeft gevraagd of de beleidsvisie een basis is voor aanwijzingen van CTG/ZAio en CVZ. Nee, de beleidsvisie is een visie op hoofdlijnen. Wel is het zo dat de aanwijzingen van CTG/ZAio daar niet mee in strijd mogen zijn. Ik heb wel allerlei instrumenten richting de zorg-ZBO's, zoals het werkprogramma, de begroting en aanwijzingen, die waarborgen dat een consistent zorgbeleid geboden moet worden.

Voor verschillende vormen van zorg is, zo heeft de heer Hamel gezegd, overleg nodig tussen aanbieders, wat moeilijk is in een marktsituatie. Ook in de huidige situatie wordt al geconcentreerd op adherentie. Het valt mij altijd weer op tijdens mijn werkbezoeken aan ziekenhuizen hoe hevig daarop wordt geconcentreerd, bijvoorbeeld met buitenpoli's en ook ten aanzien van dbc's. Tegelijkertijd wordt er toch ook op een heel behoorlijke manier overlegd. Mijn voorkeur gaat uit naar uitbreiding van de concurrentie, maar overleg over kwaliteit en over administratieve organisatie is nooit een probleem. Dat laat de NMA toe en dat mag gewoon doorgaan.

De heer **Hamel** (PvdA): Begrijp ik hieruit dat de minister een lonkend perspectief ziet in meer het competitieve element tussen aanbieders? Het woord concurrentie krijgt hierdoor in mijn ogen een inhoud waar ik mij erg bij thuis zou voelen, in die zin dat het geen winstoogmerk hoeft te

hebben. Men kan ook gewoon, als men de mogelijkheden daartoe heeft, met elkaar in de slag gaan.

Minister **Hoogervorst**: Je kunt kijken naar de praktijk in de wereld, daar waar wel winstbeoogendheid wordt toegestaan, bijvoorbeeld in de Verenigde Staten. Dat is het land van de winst zou je zeggen, maar ook daar is slechts 20% van de ziekenhuizen winstbeoogend. De rest betreft, net als in Nederland, private instellingen die weliswaar hopen een batig saldo te verwerven, maar die dit niet uitkeren aan hun aandeelhouders. Als u mij vraagt hoe ik dit inschat over een jaar of dertig, dan is mijn antwoord dat ik inschat dat er dan veel meer concurrentie zal zijn, maar dat de meeste organisaties in de zorg toch nog maatschappelijk ondernemer zullen zijn.

Voorzitter. De fractie van GroenLinks heeft opgemerkt dat er een kader moet zijn voor afstemming van zorg op de maatschappelijke omgeving en dat dit een beetje gemist wordt in de wet. Ik heb er zo-even al een paar opmerkingen over gemaakt. Bij een aanvraag om toelating, met bouw, moet een huisvestingsplan voor de lange termijn worden ingediend. Daarin moeten de wensen van de stakeholders zijn opgenomen. In de ouderenzorg moet bij bouw de cliëntenraad geraadpleegd worden en in de gehandicaptenzorg is bij bouw een onderzoek onder cliënten nodig. Natuurlijk kan in een marktomgeving al helemaal niet om de wensen van de cliënt heen worden gegaan; hier geldt bovendien dat dankzij de regelgeving men lokale partijen nog zal moeten blijven raadplegen.

Mevrouw Slagter stelde de vraag of ik met de WTzi tweedeling in de zorg kan voorkomen. Nu, deze wet is niet per se met dit oogmerk gemaakt, behalve dan als het erom gaat dat de toegankelijkheid in de vorm van bereikbaarheid goed geregeld moet worden. In landen met een groot en schaars bevolkt platteland is dat een zeer ernstig probleem, bijvoorbeeld in Frankrijk en Spanje. In Nederland kunnen wij dit nog heel goed regelen, mede dankzij de WTzi. Als het echter gaat om de echte solidariteitskenmerken, zo zeg ik ook in de richting van de heer Van den Berg die daarnaar heeft gevraagd, dan betreft het primair de Zorgverzekeringswet. Dat is de drager van de solidariteit in ons stelsel, qua risicosolidariteit, qua bereikbaarheid en qua inkomenssolidariteit.

Moet voor gefuseerde instellingen een nieuwe toelating worden aangevraagd, zo is gevraagd. Ervan uitgaande dat beide instellingen al een toelating hadden, kan bij fusie in beginsel worden volstaan met een wijziging van de tenaamstelling van de toelatingen, respectievelijk samenvoeging tot één toelating. De eventueel aan de toelating verbonden voorschriften blijven dan van kracht.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik had de vraag gesteld of er ook grenzen zijn aan de grootte van het te vormen werkgebied of van de te vormen instelling. Is het straks de taak van de Zorgautoriteit of de NMa om daarop te letten? Ik heb er in mijn bijdrage een voorbeeld van gegeven. Op zo'n wijze kunnen heel grote zorginstellingen ontstaan, waardoor andere partijen van de markt gedrukt worden.

Minister **Hoogervorst**: Dat is iets waar de NMa en de Zorgautoriteit goed naar moeten kijken, namelijk of er

verhoudingen ontstaan waardoor aanmerkelijke marktmacht gaat ontstaan die misbruikt kan worden. Het is iets waar de NMa al naar kijkt en er nu de opinie van CTG/ZAio over inwint. Dat zal men blijven doen.

Voorzitter. De heer Hamel heeft gevraagd hoe een integrale beoordeling van de wet mogelijk is, als het beleid met betrekking tot transparante en integrale tarieven nog moet worden ingevuld. Nu, dat komt natuurlijk later. Dit is een faciliterende proceswet en ik denk dat voor uw Kamer het belangrijkste om te weten, is dat alle belangrijke beslissingen niet heimelijk via lagere regelgeving genomen kunnen worden, maar uw Kamer nog zullen passeren. De bereikbaarheid en de transparantie worden nu veel beter geregeld dan het tot op heden mogelijk was.

De fractie van GroenLinks heeft gevraagd welke instrumenten ik heb om in de institutionele vrijheid te treden tot het vaststellen van de salarissen van directies. Welnu, die instrumenten en bevoegdheid heb ik niet, zelfs niet als het gaat om de directies van de academische ziekenhuizen, de universitaire medische centra. Daar ligt een grote beperking in het feit dat het om private instellingen gaat. Daar krijgen wij nog een hele discussie over, ook met de Tweede Kamer. De WTzi is in ieder geval geen wet die hierover gaat, behalve dan wat betreft de transparantie-eisen.

De WTzi legt een aantal basiseisen vast voor goed bestuur en ordelijke bedrijfsvoering. Die transparantie-eisen zijn gekoppeld aan de toelating van zorginstellingen, omdat een transparant bestuur en een ordelijke bedrijfsvoering een noodzakelijke voorwaarde voor het deugdelijk functioneren van de zorginstellingen zijn. De instelling is verder vrij om bestuur en toezicht naar eigen inzicht te regelen. Het moet wel duidelijk zijn welke keuzes daarin gemaakt zijn en ook moet aangegeven worden met wie in een groter verband wordt samengewerkt.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Die transparantie is nodig voor de toelating. Geldt dat met ingang van 1 januari? Moeten alle instellingen om een nieuwe toelating vragen? Hoe zorgen wij ervoor dat de bestaande instellingen transparant worden?

Minister **Hoogervorst**: Er is sprake van een geruisloze overgang. Een soort negatieve optie dus. Men is automatisch geaccepteerd voor het nieuwe stelsel. Bij een nieuwe AMvB voor transparantie moet men daar natuurlijk aan gaan voldoen. Een en ander wordt jaarlijks beoordeeld.

Het is van belang dat er een raad van toezicht is, dat er geen dubbelfuncties bij bestuurders zijn, dat er duidelijkheid bestaat over de verantwoordelijkheidsverdeling en dat er een conflictregeling komt. Er zijn ook nog allerlei transparantie-eisen rond de bedrijfsvoering gesteld, zoals te lezen valt in het conceptuitvoeringsbesluit.

Mevrouw Swenker vraagt welke mogelijkheden ik heb om ervoor te zorgen dat de governance-code in de toekomst wordt toegepast. Als de instellingen de code niet uit eigen beweging naleven, kan ik dit afdwingen door middel van een voorschrift dat ik aan de toelating verbind. Ik kan dat kracht bijzetten door bestuursdwang of een

bestuurlijke boete. Ik denk dat het heel belangrijk is dat in de wet de toegang tot de Ondernemingskamer wordt geregeld. Daarmee wordt het toezicht op de raden van toezicht verbeterd. Het uitvoeringsbesluit bepaalt dat alle zorginstellingen die verzekerde zorg willen leveren in de statuten moeten opnemen wie een enquêteverzoek bij de Ondernemingskamer kan indienen. Daarbij is geregeld dat er altijd een organisatie bij moet zijn die cliënten vertegenwoordigt, zodat wij zeker weten dat de cliënten aan de bak kunnen komen. De stap naar de Ondernemingskamer is een zware operatie. Wij zijn de eerste die dit in de tertiaire sector goed regelen.

Wie heeft toegang? Ik noem de IGZ, het orgaan dat cliënten vertegenwoordigt en een vertegenwoordiging van beroepsbeoefenaren.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Zo staat het inderdaad in het uitvoeringsbesluit. De Landelijke Organisatie Cliëntenraden heeft verzocht om die toelichting te verduidelijken. Nu is er alleen sprake van een orgaan dat de cliënten vertegenwoordigt. Uit de toelichting moet duidelijk worden dat het gaat om cliëntenraden dan wel de NPCF of de Consumentenbond. Ik zie niet goed wat daar op tegen is. Dit wordt breed gedragen door de NPCF en de Consumentenbond. Wij moeten daarin meegaan.

Minister **Hoogervorst**: Dit lijkt mij een onschuldige suggestie. Ik kan echter de verstrekkendheid daarvan niet beoordelen. Ik kijk dat graag nog even na.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Die vraag heb ik ook gesteld. Dat hangt ermee samen dat in de stukken staat dat het ook voor de beroepsgroepen geldt. Die gedachtegang wordt door ons afgewezen. Beroepsbeoefenaren kunnen immers tegenover de cliënten komen te staan. Die kunnen dus niet de belangen van de cliënten vertegenwoordigen. In de feitelijke tekst hoeft niet veel veranderd te worden. De minister moet keihard toezeggen dat dit niet de bedoeling kan zijn.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Het kan niet zijn dat verpleegkundigen of specialisten de cliënten vertegenwoordigen. Het kan immers gaan over een verpleegkundig of specialistisch beleid in een instelling. Dan kan niet verwacht worden dat deze groepering cliënten vertegenwoordigt.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Het is in ieder geval niet duidelijk. Ik heb immers begrepen dat zowel de medische staf, de instantie die de cliënten vertegenwoordigt als de IGZ een verzoek tot een enquête kan indienen. Er zijn meerdere mogelijkheden. Dit moet ook duidelijk in het jaarverslag opgenomen worden.

Minister **Hoogervorst**: Mevrouw Slagter beschrijft wat de feitelijke gang van zaken kan zijn. Het gaat niet om medisch specialisten in plaats van of namens cliënten, maar naast cliënten. Zij kunnen echter niet de cliëntenraad wegduwen omdat zij de klacht willen indienen.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Er komt een klachtenrecht. De cliëntenorganisatie of een vertegenwoordiging van

cliënten, een professionele groepering maar ook de IGZ kunnen naar de Ondernemingskamer stappen. Of kan iedereen naar die Ondernemingskamer stappen mits men het maar in de statuten vastlegt? Ik begin het spoor bijster te raken.

Minister **Hoogervorst**: Ik kom hierop terug. Ook ik ben het spoor bijster geraakt. Ik hoop nog tijdens deze termijn het juiste antwoord op deze vraag te krijgen.

Mevrouw Van Leeuwen suggereert dat de combinatie van een meldpunt en een helpdesk met een juridisch steunpunt een goede zaak is voor het enquêterecht en voor de zorgconsumentenwet. Ik vind dit een goede suggestie. Het huidige meldpunt voor de Zorgverzekeringspunt functioneert zeer verdienstelijk voor alle partijen. Ik zie dit voorstel in dat licht. Ik zal het voorstel in overleg met onder andere de NPCF nader bezien.

De Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen blijft gehandhaafd. In het licht van de nieuwe Consumentenwet worden de bestaande patiëntenwetten bezien en mogelijk herzien. Ik gooi geen oude schoenen weg voordat ik nieuwe heb.

Er zijn veel vragen gesteld over het bouwregime en transparante en integrale tarieven. Op de korte termijn verandert er heel erg weinig. Wel is sprake van een fijne reductie van de administratieve lasten, zoals het verdwijnen van de verplichting om elke vier jaar een langetermijnhuisvestingsplan bij de minister in te dienen, vereenvoudiging van de toelatingsprocedure, het vervallen van de meldingsregeling en de mobilisering van de jaarverantwoording. Dat scheelt de sector ruim 12 mln aan administratieve lasten. Dat is een goede zaak. Ook is er sprake van een lichte liberalisering van het bouwregime. Dat regime is aan de pittige kant qua bureaucratische lasten. Voor verder liberalisering moeten wij toe naar een systeem waarin de investeerders meer verantwoordelijkheid dragen voor de eigen investeringen.

Wij weten dat de bureaucratie het nadeel is van het huidige systeem. Die heeft echter ook voordelen. Wie weet hoe het bouwregime in elkaar zit en hoe het kapitaallastenregime in elkaar zit, kan er nog een aardig voordeeltje uit halen. Ik heb eens gesproken met een creatieve ziekenhuisdirecteur. Die zei te verdienen op elke vierkante meter. De normkosten die hij ontving, waren hoger dan de rente die hij moest betalen. Het maximaliseren van de ruimte was voor hem dus een goede zaak. Wij weten dat dit gebeurt. Er wordt ook nagecalculeerd.

Je kunt het de betrokken ziekenhuisdirecteur niet kwalijk nemen dat hij speelt met het systeem, maar het is natuurlijk geen goede zaak. Nu het duidelijk is dat de kapitaallasten in de tarieven worden opgenomen, beginnen banken meer kritische vragen te stellen. Zij vragen of de eventuele bouw over tien of twintig jaar nog actueel is en of het economischer kan. Dat zijn de overwegingen waar wij naar streven, maar daar zal nog heel wat werk voor moeten worden verricht.

Eerst moeten de financiële effecten van integrale tarieven in kaart gebracht worden. Daar wil ik het komende halfjaar aan besteden. Daar zullen CTG, CBZ en DBC-Onderhoud aan werken. Ik denk dat de situatie bij de

ziekenhuiszorg redelijk overzichtelijk is. De boekwaardeproblematiek is te overzien. Men schrijft nominaal over vijftig jaar af, wat in de commerciële praktijk een heel lange termijn is, maar in de praktijk worden de meeste gebouwen na een jaar of dertig zeer ingrijpend gemoderniseerd en gerenoveerd. Dan komt er een zware kapitaalinjectie aan. Wij hebben het gevoel dat de boekwaardeproblematiek macro gezien budgettair neutraal opgelost kan worden. Alleen zit het ene ziekenhuis in een heel andere fase van ontwikkeling dan het andere en dat maakt het ingewikkeld.

Ingewikkelder is het bij de AWBZ. Dat is een enorm veelzijdige sector. Alleen al door de grote hoeveelheid instellingen is het vraagstuk daar complexer. Ook daar zullen wij naar het boekwaardevraagstuk kijken. Het moet allemaal geïnventariseerd worden. Bij de AWBZ is het overigens niet alleen kommer en kwel. Er zijn ook instellingen die verborgen reserves hebben, bijvoorbeeld omdat zij grote onroerendgoedbezittingen hebben. Er zijn echter ook problemen, zoals asbest en bodemvervuiling. Die zullen wij goed in kaart brengen, zodat wij over goede oplossingen kunnen nadenken. De voortgaande extramuralisering van de AWBZ zal ook een deel van de problemen kunnen oplossen. De overwaarde in onroerend goed kan misschien een oplossing bieden. Ook kunnen wij nog kijken naar tijdelijke balanssteun via de transitiefaciliteiten.

Mevrouw **Swenker** (VVD): U gaat het inventariseren. Ik heb gelezen dat u in het voorjaar van 2006 met een verhaal over uw bevindingen naar de Tweede Kamer gaat. Hoe gaat de procedure dan? Loopt het verder via het WTG-traject, al dan niet via AMvB-voorhangen of aanwijzingen, of blijft het in het kader van de WTZ hier rondzingen?

Minister **Hoogervorst**: De kapitaallasten lopen vooral via de WTG en het bouwregime loopt natuurlijk via de WTZi. Dat zal parallel aan elkaar verlopen. Komen wij tot echt integrale tarieven, dan zal het bouwregime geliberaliseerd kunnen worden.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Moet ik het dan zo zien dat de ZAi of de WTG met voorstellen komt, nadat er allerhande berekeningen zijn gedaan die u dan goedkeurt? Of vraagt u Utrecht om te gaan rekenen aan de hand van de eerste criteria in het kader van de WTZi?

Minister **Hoogervorst**: Dit zijn natuurlijk zulke monumentale beslissingen dat het voortouw bij de politiek behoort te liggen. Dat neemt niet weg dat wij het CTG hard nodig zullen hebben.

Voorzitter. Velen hebben opgemerkt dat de overgang naar een integrale prestatiebekostiging ook tot een hogere solvabiliteit bij de instellingen zal moeten leiden, met alle risico's van dien voor de tarieven. Nu is dat enigszins waar, maar het hoeft niet per se waar te zijn. Een hogere solvabiliteit betekent ook dat je minder leningen en minder rentelasten hebt. Bovendien hopen wij dat de integrale tarieven een flinke doelmatigheidswinst zullen opleveren. Die doelmatigheidswinst hoeft zich natuurlijk niet in hogere tarieven te vertalen, eerder in lagere tarieven. Er zullen dus ook tegenkrachten zijn die de

tarieven zullen drukken. Dat neemt niet weg dat de overgang ingewikkeld is. Wij zullen bijvoorbeeld transitiefaciliteiten moeten bieden in de vorm van achtergestelde leningen. Die zaken zullen wij in de komende tijd uitzoeken. Ik denk ook niet dat de zorgsector op korte termijn dezelfde solvabiliteitseisen zal krijgen als de commerciële sector. Het is immers een sector met een veel hoger veiligheidsgehalte door allerlei overheidsregulering. Alles wat wij verzinnen aan transitiefaciliteiten zullen wij zonodig aan de Europese Commissie voorleggen. Dat heb ik met de zorgverzekeringswetten ook gedaan. Wij willen niet het risico lopen dat wij door Europa worden teruggefloten.

De heer Schouw heeft gezegd dat wij ervoor moeten waken dat de instellingen niet onnodig geld gaan oppotten. Hij zal het met mij eens zijn dat het een goede zaak is dat de instellingen streven naar voldoende weerstandsvermogen. Ik acht een ondernemende opstelling en meer marktwerking van groot belang voor verbetering van de kwaliteit van de bedrijfsvoering in de zorginstellingen. Daar hoort het nemen van risico's bij. Om risico te kunnen dragen, is het nodig om voldoende reserve te hebben en die reserve moet worden afgestemd op het meerdere risico dat de instelling gaat lopen. Wat een verantwoord percentage voor eigen en vreemd vermogen is, wordt bepaald door de instituties die risicodragend investeren in de zorginstelling, bijvoorbeeld de banken. Ik heb niet de behoefte om daar onmiddellijk richtlijnen voor vast te stellen. Wij moeten er wel zicht op krijgen wat zich afspeelt in de sector en welke financiële consequenties dat heeft. Vervolgens is de vraag wat de gevolgen zijn voor de tarieven. Ik heb er al op gewezen dat een eigen vermogen grote voordelen heeft voor de instellingen. Een instelling hoeft dan minder te lenen, waardoor de rentelasten dalen. Dit is een belangrijk vraagstuk met potentieel grote consequenties voor de kosten van de zorg. Wij zullen dus geen onbesuisde dingen doen.

De heer Schouw heeft ook gevraagd of marktprikkels tot een opwaartse druk voor de collectieve lasten leiden. Wij zijn bezig met het ontwikkelen van een zorgsysteem waarin marktprikkels in toenemende mate van belang zijn. Als wij zo naar de eerste ervaringen kijken, dan heeft het niet tot opdrijving van de kosten geleid, maar eerder tot een forse druk op de kosten. Ik laat dit goed bewaken door de zorgautoriteit, die de verschillende deelmarkten zal monitoren. Ik ben het met de heer Schouw eens dat empirisch onderzoek nodig is. Elk experiment met marktwerking wordt zeer zorgvuldig bewaakt en gemonitord.

Mevrouw Swenker vroeg verder of een zorgverzekeraar die een instelling exploiteert, toelating nodig heeft. Dat heeft deze wel degelijk, dus er is voor alle zorgaanbieders een gelijk speelveld. Zij vroeg ook of grootschalige instellingen in de eindsituatie een nacalculatie zullen ervaren. Dat is niet onze bedoeling; ook wat dat betreft zal er een gelijk speelveld zijn. En wat ga ik doen als het transitieproces halverwege vastloopt? Laten wij er eerst maar mee beginnen. Wij moeten er natuurlijk alles aan doen om dat te voorkomen. Dat betekent zorgvuldig beginnen en de besluitvorming baseren op goeddoordachte opties; het gaat immers om een complex vraagstuk waarin nog belangrijke keuzes moeten worden

gemaakt. Ik wil zeker weten dat een bepaalde keuze ons niet in de modder zal doen belanden.

Velen vroegen hoe dit zich verhoudt tot het budgettair kader zorg. Als het bouwregiem in de eindsituatie volledig was afgeschaft, zou je minder greep op de zaak hebben. In belangrijke onderdelen van de zorg gaat het echter ook nu al om openeinderegelingen, zeker sinds het boter-bij-de-visprincipe. De begroting voor dit beleidsterrein heeft behoorlijk vaak overschrijdingen gekend. Dat is nu fors afgenomen, zonder dat de touwtjes van regulering enorm zijn aangehaald. Met het inbrengen van de juiste prikkels is het dus wel degelijk mogelijk om de kosten te beheersen. Mijn hoop en verwachting is dat integrale tarieven en risicodragende ziekenhuizen autonome prikkels tot kostenbeheersing zullen opwekken. Als je daar geen goed gevoel bij hebt, moet je dit niet doen en moet je blijven vasthouden aan het bouwregiem en de regulering die daarbij hoort. Wij zullen die brug moeten durven oversteken, maar daarbij wel het gevoel hebben dat die brug stevig genoeg is.

De heer **Hamel** (PvdA): Voorzitter. Kan de minister nog iets duidelijker zijn over de positie van het BKZ? Is er sprake van een kaderstelling, richting geven, een verwachting, een prognose?

Minister **Hoogervorst**: Het is beide. Ik heb natuurlijk een grens te respecteren, maar als die door overmacht wordt overschreden, weet ik dat ik op begrip van de minister van Financiën kan rekenen. Tegelijk doen wij ons best om dat BKZ te baseren op reële verwachtingen. Die zijn de laatste tijd veel beter geworden dan in de vijf jaar hiervoor.

De heer **Hamel** (PvdA): De minister zal zijn handelen dus afstemmen op het BKZ.

Minister **Hoogervorst**: Laat ik het zo zeggen: ik zou niet het bouwregiem afschaffen en tegelijk integrale tarieven invoeren als ik het gevoel had dat daaruit een onbeheersbaar regiem zou voortkomen. Dat is het beste antwoord dat ik kan geven, want je geeft toch een beheersingsinstrument uit handen. Dat wil ik graag doen, want dit instrument is erg bureaucratisch, maar ik moet wel een redelijke mate van zekerheid hebben dat hetgeen ervoor in de plaats komt, bij partijen tot voldoende zelfbeheersing prikkelt.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Voorzitter. Ik vind "gevoel" in dit soort zaken een heel onduidelijk begrip. Volgens mij moet je dat niet bezigen.

Minister **Hoogervorst**: Ik neem heel veel beslissingen zonder dat ik weet hoe het zal afgelopen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Waarvan akte!

Minister **Hoogervorst**: Als je dat niet durft, moet je geen minister worden. Als je niets doet, weet je zeker wat er gebeurt: niet veel. Maar ik neem geen enkele onbesuisde beslissing, ik denk zeer goed na over wat er kan gebeuren, zonder dat ik alles zeker weet.

Hoe wordt zonder bouwvergunning de kwaliteit van de gebouwinfrastructuur gewaarborgd? De IGZ zal op dit proces moeten toezien. Ik onderzoek wat certificering hierbij kan betekenen. Het idee is om ook voor gebouwkwaliteit zo veel mogelijk te werken met veldnormen. Ik denk dat dit heel verstandig is. De huidige bouwmaatstaven van het CBZ kunnen hierbij een belangrijke rol spelen. Een private opvolger van het CBZ zal ook een belangrijke rol kunnen spelen.

Over het toelaten van het winstoogmerk heb ik zonet al het een en ander gezegd. Ik denk dat de notitie over de kapitaallasten hierover duidelijk is. Er moet aan een aantal stevige voorwaarden worden voldaan: prestatiebekostiging inclusief kapitaallasten, volledig risico dragen voor afzet en prijsverschillen en alleen bij nieuwe toetreders. Wij verwachten dat dit niet eerder dan in 2012 het geval zal zijn. Er is ruimte voor experimenten in een eerdere fase, maar dat moet wel een kabinetsbeslissing zijn. Ik denk overigens dat het niet tot heel revolutionaire ontwikkelingen zal hoeven leiden. Ik schetste zojuist al een soort toekomstbeeld waarin hooguit 20 à 25% van de ziekenhuiszorg winstbeogend zal moeten worden. De zorgsector is nu vooral het domein van maatschappelijk ondernemen, maar ook maatschappelijk ondernemen voorkomt geen ongewenste zaken. Het voorkomt bijvoorbeeld niet dat eigenbelang een grote rol kan spelen, evenmin als hoge beloningen: in de Tweede Kamer heb ik al gezegd dat in de zorgsector, het domein van maatschappelijk ondernemen, meer topinkomens worden verdiend dan in alle Nederlandse multinationals bij elkaar. Ik geloof echt niet dat ik er ver naast zit. Maar daarover worden nu dus geen drastische besluiten genomen. Ik geloof dat winstbeogende instellingen in de toekomst goede prikkels aan ons stelsel zullen geven. In Duitsland heeft de komst van winstbeogende ketens tot grotere doelmatigheid van het systeem geprikkeld. Ik zie niet in waarom dat niet in Nederland zou kunnen, maar dit ligt voorlopig nog ver weg.

De heer Van der Lans vroeg of ik kennis had genomen van het artikel over ondernemingen en maatschappij van minister-president Balkenende. Ik denk dat ik daar net een klein commentaar op heb gegeven.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Voorzitter. Eigenlijk zou mevrouw Van Leeuwen hier moeten spreken, want wie ben ik om het CDA te vertegenwoordigen. Maar ik denk dat de keuze net iets anders is: het gaat om de principiële keus voor waar revenuen in de publieke sector naartoe moeten. Ik denk dat de heer Balkenende daarover een net iets andere toon aansloeg dan de minister.

Minister **Hoogervorst**: Misschien iets. Het maatschappelijk ondernemerschap zal altijd een belangrijke rol in de zorg spelen. De heer Werner werd in dit verband geciteerd. À deux heb ik hem er wel eens op gewezen dat er één categorie patiënten in de zorg is waarop wel degelijk winst wordt gemaakt, namelijk de psychiatrische patiënten. De farmaceutische industrie verdient een goede boterham aan deze categorie, want een aanzienlijk deel van de medicijnconsumptie bestaat uit antidepressiva en antipsychotica. Ik ben ervan overtuigd dat deze prachtige middelen, die verantwoordelijk zijn

voor veel extra levenskwaliteit, er nooit zouden zijn gekomen in een systeem zonder een winstbeogende, concurrerende farmaceutische industrie. Dat zou ook op kunnen gaan voor de zorgaanbieders, maar ik weet dat daarover anders wordt gedacht binnen het CDA dan binnen de VVD. Voor dit verschil in opvatting hebben wij echter een goede oplossing weten te vinden.

Mevrouw Van Leeuwen vroeg hoe kan worden verzekerd dat cliënten na de deregulering van het bouwregime niet de dupe worden van mismanagement of ongewenste avonturen. De IGZ zal ook in de toekomst een belangrijke rol blijven spelen bij het toezicht op de kwaliteit. Verder wordt het voor instellingen belangrijker om in te spelen op de wensen van cliënten. Als ze dat niet doen, dreigt immers leegstand. Aangezien de huisvestingslasten niet worden vergoed, is dat een belangrijk verschil met de huidige situatie. Verder wordt de mogelijkheid en wenselijkheid van certificering van de gebouwkwaliteit onderzocht.

Mevrouw Slagter vroeg mij nota te nemen van de opmerkingen die door het veld worden gemaakt over de februaribrief. Dat doe ik zeker. De uitwerking vindt plaats in overleg met zorgaanbieders, het CTG en andere bestuurlijk relevante partijen, inclusief de gemeenten, uit hoofde van de WMO, de provincies en de woningbouwcorporaties. Er is dus duidelijk niet gekozen voor een solistische aanpak. Wij hebben namelijk de sector ontzettend hard nodig om het op een goede manier te doen. Ik denk dan bijvoorbeeld aan alle informatie die wij moeten inzamelen.

De bouwprioriteitenlijst is volgens mevrouw Swenker een hobbel op de weg naar een gelijk speelveld. Zij merkte dat terecht op. Pas als die lijst is afgeschaft, is er een gelijk speelveld.

Mevrouw **Swenker** (VVD): De bouwprioriteitenlijst staat in de visie en zal dus vermoedelijk in de beleidsregels worden opgenomen. Als een gelijk speelveld uw doel is, betekent dat dan dat de lijst te zijner tijd wordt afgeschaft?

Minister **Hoogervorst**: Ja.

Voorzitter. De heer Van den Berg vroeg of instellingen geen pas op de plaats zullen maken met hun investeringen, gezien de onzekerheid over de toekomst. Ik gaf zojuist het voorbeeld van een ziekenhuis dat werd geconfronteerd met een financiële instelling die iets kritischer was over de toekomst. Ik denk dat het een goede zaak is dat men kritischer kijkt naar nut en noodzaak van bepaalde investeringen. Overigens zijn en blijven er voldoende financiële waarborgen om investeringen te kunnen blijven doen. Het is echter mijn hoop dat men kiest voor optimalisatie in plaats van maximalisatie, wat op dit moment het belangrijkste streven is.

Het enquêterecht. De keuze aan wie op grond van de statuten toegang wordt verleend tot de ondernemingskamer, wordt aan de verantwoordelijkheid van de instelling gelaten. Dat is een keuze met een beperkte optie, want er moet in ieder geval een cliëntenvertegenwoordiging worden aangewezen. Dat kan de cliëntenraad zijn, maar ook de NPCF of de Consumentenbond. Dat is ook de reden dat in de wetstekst voor de volgende formulering is gekozen: orgaan dat de

cliënten van de instelling vertegenwoordigt. De cliënten zijn dus in ieder geval vertegenwoordigd.

In de toelichting op het uitvoeringsbesluit is aangegeven aan welke andere partijen een bevoegdheid tot het indienen van een verzoek tot enquête kan worden verleend. Daarbij zijn in de toelichting de volgende partijen genoemd: de vertegenwoordiging van de beroepsbeoefenaren, bijvoorbeeld de medische staf of de verpleegkundigen, en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Kortom, de WTZi bevat een structuur die het cliëntenbelang waarborgt, maar die niet noodzakelijkerwijs beperkt blijft tot de specifieke aanwijzingen van de cliënt

Mevrouw **Swenker** (VVD): Als in de statuten een enquêterecht is opgenomen voor verpleegkundigen of de medische staf, is die enquête dan beperkt tot zaken die hun belangen raken of vallen alle zaken hieronder, dus ook die raken aan het belang van de cliënt?

Minister **Hoogervorst**: Het enquêterecht kan in dat geval bijvoorbeeld betrekking hebben op zodanig ernstig falen van het bestuur of de raad van toezicht dat de specialisten of verpleegkundigen hun vak niet naar behoren kunnen uitoefenen.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Iedere groep heeft dus een eigen enquêterecht, mits dat in de statuten is geregeld?

Minister **Hoogervorst**: In ieder geval hebben de cliëntenvertegenwoordiging dat recht, maar mogelijk ook anderen. Natuurlijk kan een specialist daartoe gemotiveerd zijn als blijkt dat hij om bepaalde redenen zijn patiënten niet goed kan behandelen. Hij spreekt dan echter niet namens de cliënt.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): U noemt mondeling de cliëntenraad, de NPCF en de Consumentenbond. De instellingen hebben echter gevraagd om deze organisaties expliciet op te nemen in de toelichting op het uitvoeringsbesluit.

Minister **Hoogervorst**: Ik ben bereid om te bezien of ik het verder kan verduidelijken.

Voorzitter. De heer Van den Berg vroeg of de kwetsbaarheid van de patiëntensolidariteit en de betaalbaarheid in het gedrang komen door de invoering van de WTZi. Ik denk dat ik al duidelijk heb gemaakt dat de WTZi alleen raakt aan de toegankelijkheid van de zorg. De patiëntensolidariteit wordt namelijk in andere wetten geregeld. Overigens dient ook deze wet ertoe om de publieke waarborgen te verstevigen.

De hoeveelheid diensten in de zorg is onbeperkt, aldus de heer Van den Berg, en dat kost vreselijk veel geld. Als wij de macrokosten willen beperken, hoe maken wij dan de juiste afweging? Dat is een heel complexe zaak. De transparantie van de tarieven is een onderdeel dat eraan kan bijdragen dat men in de zorg zuiniger met kapitaal omgaat. Verder maakt dit onderwerp natuurlijk een belangrijk onderdeel uit van het nieuwe zorgstelsel. Eén van de bedoelingen van die stelselwijziging is immers om de juiste prikkels in het stelsel aan te brengen.

Overigens hebben alle wetten die ik dit jaar in deze Kamer heb mogen verdedigen, het doel om de beheersbaarheid van het stelsel te vergroten en tegelijkertijd de keuzemogelijkheden van mensen in ieder geval niet in gevaar te brengen en zo mogelijk te vergroten.

De heer Schouw vroeg naar mijn standpunt over het instellen van een digitaal openbaar register van zorginstellingen. Een dergelijk register heeft als bedoeling om consumenten inzichtelijk te maken welke instellingen welke zorg verlenen, welke toelatingen zijn verleend en op welke locaties die instellingen werken. Eigenlijk ben ik daarmee al hard bezig. De jaarverslagen van zorginstellingen zijn openbaar en via internet voor iedereen in te zien op www.jaarverslagenzorg.nl; ik denk dat daar driftig op wordt geklikt. Verder zie ik toe op de tijdige indiening en openbaarheid van deze jaarverslagen. Met de care- en cure-instellingen werken wij hard aan de maatschappelijke verantwoording, in welk kader nadere eisen worden gesteld aan openbare verantwoording. De WTZi stelt transparantie-eisen aan het bestuur en aan de zorginstellingen zelf. De instellingen moeten bij het aanvragen van de toelating duidelijk maken hoe de bestuursstructuur is ingericht. Daarover moet vervolgens in het jaarverslag worden gerapporteerd. Ik werk aan de verdere stroomlijning van al deze ontwikkelingen, waarbij het instellen van een breed toegankelijke databank, ook voor consumenten, een interessant idee is. Begin 2006 zal ik deze Kamer daarover informeren. Daarnaast zal op de internetsite www.kiesbeter.nl -- die wel goed wordt bezocht -- in toenemende mate informatie worden gegeven over instellingen en de geleverde kwaliteit; daar proberen wij echt wat van te maken.

Mevrouw Slagter heeft gevraagd naar de stand van zaken bij de begrenzing van de topinkomens van de bestuurders in zorg. Binnenkort zal ik daarover een nota aan de Kamer sturen. Met die inkomens gaat het goed, met de begrenzing ervan wat minder. Het kabinet zal nog een nader standpunt innemen over hoe om te gaan met de tertiaire sector.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Bij de transparantie-eisen hoort al wel dat de salarissen openbaar worden gemaakt?

Minister **Hoogervorst**: Ja.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Collega Van der Lans maakte een vergelijking met woningbouwcorporaties; daar blijkt het moeilijker te zijn dan het klinkt. Verwacht de minister dat het in de zorgsector wel zal lukken?

Minister **Hoogervorst**: Ja, daarmee hebben wij al een eerste ervaring gehad. Er bestaat al een aantal jaar een wettelijke verplichting voor. De rapportage zal dit jaar verbeteren, maar de vrolijkheid erover niet, althans niet bij mij.

De heer Hamel heeft gevraagd of de werking van de wet wordt opgeschort tot de nadere invulling van instrumenten duidelijk is. In mijn inleiding heb ik al duidelijk gemaakt dat dit niet het geval zal zijn. Er komt een vloeiende overgang van oude naar nieuwe wetgeving.

De heer Van der Lans heeft gevraagd naar het dbc-systeem. De berichtgeving in de media is af en toe wat selectief; de tegenstanders lijken meer gemotiveerd te zijn dan de voorstanders. De situatie is echter aan de beterende hand. Met ingang van 1 januari 2006 zal ik met een aantal forse verbeteringen komen; het gaat de goede kant op. Verdere besluitvorming wordt er niet door worden gehinderd.

De heer Van den Berg heeft gevraagd wat de samenhang tussen WTZi, AWBZ en WMO is: wordt er geen kans gemist om samenhang aan te brengen? De WTZi regelt toelating voor intramurale en extramurale zorgaanbieders. Grootschalige intramurale zorg valt al onder het bouwregime. Extramurale zorg valt niet onder het bouwregime. Als er geen bouwregime meer is, komen er integrale tarieven inclusief kapitaallasten. Wie voert het uit, de centrale overheid of de gemeenten? Die vraag wordt behandeld in een nieuwe visie op de AMBZ en de WMO. De heer Van den Berg stelt terecht dat er een goede samenhang moet worden geborgd tussen wonen, zorg en welzijn. Bij de behandeling van de WMO zal daaraan ruim aandacht worden besteed.

Ik hoop dat ik hiermee de meeste vragen van de Kamer heb kunnen beantwoorden.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Voorzitter, ik begrijp dat de minister aan het eind van zijn betoog in eerste termijn is gekomen. Mag ik u verzoeken om de vergadering tien minuten te schorsen? In de commissie hebben wij namelijk afgesproken dat wij aan het einde van de eerste termijn met elkaar zouden bepraten of wij de tweede termijn vanavond nog willen houden of over twee weken. Wilt u ons daarvoor tien minuten de gelegenheid geven?

De **voorzitter**: Mevrouw Van Leeuwen, volgens mij beslist de Kamer daarover. Ik stel dan ook aan de Kamer voor om te schorsen voor tien minuten. Ik zie dat dit algemene instemming heeft.

**

De beraadslaging wordt geschorst.

De vergadering wordt van 18.45 uur tot 18.56 uur geschorst.

De **voorzitter**: Ik heropen de vergadering. Mevrouw Van Leeuwen heeft als voorzitter van de commissie om het woord verzocht.

**

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Voorzitter. Wij hebben ons zojuist beraden over de voortgang. De commissie is bereid, aan de afhandeling vanavond mee te werken, zij het onder een heel duidelijke randvoorwaarde. De commissie wenst met de minister verder te spreken over de beleidsvisie inclusief de uitvoeringsbesluiten zoals die als totale AMvB nu voorliggen. Voorlopig kan dat in de commissie gebeuren. Indien nodig moet het ook nog een keer plenair, maar dat hangt af van de te voeren besprekingen. Dat betekent echter dat wij vanavond tot afhandeling van het wetsvoorstel kunnen overgaan.

De **voorzitter**: Ik zie dat de heer Van der Lans ook nog het woord wil voeren.

**

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Voorzitter. Ik wil niet zozeer over het voorstel van de commissie het woord voeren. Aangezien het hier een proceswet betreft waarvan de invulling op alle punten in een latere fase nog aan de orde zal komen, ziet mijn fractie af van deelname aan de tweede termijn van dit debat. Ik zou niet zo goed weten welke opmerking ik nog zou kunnen maken die een gevolg zou kunnen hebben voor wat de minister nog gaat zeggen. Ik meld mij bij dezen af voor de tweede termijn.

De **voorzitter**: Dan stel ik de Kamer voor om te schorsen voor de dinerpauze.

**

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Voorzitter. Nu de heer Van der Lans zich heeft afgemeld, is het misschien goed als de fracties zich uitspreken over de vraag of zij willen deelnemen aan de tweede termijn.

De **voorzitter**: Ik ga ervan uit dat alle fracties aan de tweede termijn deelnemen, behalve de fractie van GroenLinks die zonet kenbaar heeft gemaakt dat niet te willen.

**

De vergadering wordt van 19.00 uur tot 20.00 uur geschorst.

*B

!Aanbod zorginstellingen!

Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van:
- **het wetsvoorstel Vereenvoudiging van het stelsel van overheidsbemoeienis met het aanbod van zorginstellingen (Wet toelating zorginstellingen) (27659).**

De beraadslaging wordt hervat.

*N

De heer **Hamel** (PvdA): Voorzitter. Met belangstelling hebben wij de antwoorden van de minister gevolgd, in het bijzonder zijn zeer oprechte opmerking dat hij ook wel eens beslissingen nam waarvan hij de uitkomst niet kende. Dat geeft het gevoel weer van mijn fractie als wij kijken naar dit wetsontwerp. Het is een proceswet en toch is aan ons als Eerste Kamer de taak, te kijken of dat wetsvoorstel doelmatig is, of het zal functioneren en of de systematiek ervan klopt. Dat is ongelofelijk moeilijk, zeker als je ziet dat er maar één concreet punt in het wetsvoorstel wordt aangegeven, namelijk de acute zorg. Daar heeft een hele discussie over plaatsgevonden, waarin de minister aangaf, dat op vrijwillige basis te willen laten. Aan de andere kant geeft hij aan: je kunt er niet omheen, daar toch een regeling voor te treffen, als je ook zegt dat een stuk electieve zorg moet worden geregeld. Het was ook

interessant dat de minister dacht dat ik hem had gevraagd, met een heleboel regels te komen. Dat was slechts een constatering. Ik wilde aangeven dat er in deze wet in haast niets is voorzien en dat er dus een heleboel beleidsregels moet komen, wil er een aantal dingen geregeld worden of willen bepaalde dingen hun juiste plaats krijgen.

Dat geldt voor een belangrijk deel van het debat. Er zijn belangrijke punten genoemd. Het winstoogmerk is genoemd; het winstoogmerk komt later. De financiering is genoemd; de financiering komt later. Zo kan ik een hele waslijst opnoemen van punten die, met alle goede intenties van de minister, later nog moeten worden geregeld. Rest de vraag wat wij als Eerste Kamer dan eigenlijk uitspreken. Ook mijn fractie heeft, omdat het om een proceswet ging, geprobeerd om er zo veel mogelijk het neutrale element van op te zoeken en om dat ook zo veel mogelijk te wegen. De vraag blijft wat wij dan eigenlijk wegen en wat je met deze proceswet doet. De heer Van den Berg heeft het misschien wel op de helderste manier aangegeven: je kunt de kant op van de marktwerking en je kunt ook volstrekt de kant op van een centrale sturing van de gezondheidszorg.

Dat is ook het probleem dat wij hebben met dit wetsvoorstel: er wordt geen duidelijke richting aangegeven en er wordt geen context aangegeven. Eigenlijk heb je ook het idee dat er geen knopen worden doorgehakt. Ik heb in mijn betoog in eerste termijn al aangegeven dat dit wetsontwerp in het drieluik, of dadelijk in het vierluik, het aanknopingspunt zou kunnen zijn voor de borging van het publieke belang. De minister zei daarop: ja, maar er is zoveel publiek. Toch speelt bij de zorg een aantal dingen dat voor de hele publieke sector en voor de hele samenleving geborgd moet zijn. Heeft de overheid een goed instrument om op dat punt in te kunnen grijpen? Wij denken dat het marktelement en het publieke element permanent in de wet door elkaar heenlopen. Dat ziet men ook bij de concept-AMvB die nu niet aan de orde is, maar er staat wel in: daar kan die winst niet. Het blijft echter erboven hangen. Waarom wordt er niet gewoon uitgesproken dat dit vooralsnog niet aan de orde is? Interessant was ook dat de minister ineens ging vertellen dat hij al heel veel competitie -- hij noemde het zelf concurrentie -- zag bij ziekenhuizen onderling. Interessant was ook zijn uitspraak dat een heel belangrijk deel publiek is. Waarom wordt er dan op dit wetsvoorstel ingezet, als je ervan uitgaat dat het in belangrijke mate publiek zal worden of blijven?

Het is denk ik daarom dat wij het moeilijk hebben met dit wetsvoorstel. Het is ook daarom dat wij zeggen: het is voor een deel neutraal, maar er kan wel degelijk invulling aan worden gegeven en dat wordt naar een verdere tijdshorizon verplaatst. Hoe moeten wij zo dadelijk al die afzonderlijke onderdelen optellen om te kijken of zij uiteindelijk tot een doelmatig functioneren van de zorg zullen leiden? Daar ging het immers om. Het gaat, in elk geval voor mijn fractie, om het doelmatig functioneren van de zorg zodat iedere Nederlander die zorg kan genieten. Het wordt nodeloos ingewikkeld gemaakt door de twee elementen zonder concrete uitspraken in de lucht te houden, daar niet in te kiezen en de wet geen context mee te geven op grond waarvan

bepaalde maatregelen kunnen worden verwacht en een weging kan worden gemaakt.

Wij kunnen het wetsvoorstel niet positief beoordelen en wij zijn benieuwd naar het oordeel van de andere fracties.

*N

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Voorzitter. Ik zal mijn oordeel geven. Ik spreek ook namens de heer Van der Lans van de fractie van GroenLinks.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik hoorde de heer Van der Lans zeggen dat hij geen behoefte had aan een tweede termijn omdat het om een proceswet gaat. Dan lijkt het mij wat wonderlijk dat u in tweede termijn namens hem spreekt. Ik denk dat u de conclusie namens de heer Van der Lans zult meedelen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Het is altijd zo heerlijk dat u mijn reddende engel bent als ik niet helemaal meer weet hoe het met de regels zit, mevrouw Van Leeuwen. Ik zal inderdaad mijn eindconclusie mede namens de fractie van GroenLinks uitspreken. Excuses voor al deze onzekerheden.

Het is echter een onzeker debat. Ik zei vanmiddag al dat het voorstel glibberige kanten heeft. Die zijn voor mij vanmiddag niet weggenomen. Is het nu een kaderwet of een cascowet? Is de wet aangekleed of niet? Is het een faciliterende proceswet? Het is in elk geval een wet waarmee nog alle kanten kan worden uitgegaan, misschien inclusief de verkeerde kant. Wie bepaalt dat? In welke richting gaan wij nu? De minister stelde ons gerust door te zeggen dat er op korte termijn niets verandert. Daar ben ik heel erg blij mee, vooral waar het gaat om de winstgevendheid en de kapitaallasten. Ik wacht de ontwikkelingen met betrekking tot de notitie af. Ik ben blij dat de minister heeft toegezegd dat hij daarbij alle mensen uit het veld met bezwaren zal horen. Dat is heel belangrijk. Als wij hier iets in willen veranderen, moet er meer gebeuren dan het opstellen van een onbesuisde notitie.

Ik heb begrepen dat de beleidsvisie, de beleidsregels en het uitvoeringsbesluit duidelijkheid zullen geven. Ik ben blij dat die ons op korte termijn voorgelegd zullen worden en dat wij daar eventueel over kunnen discussiëren. De discussie over het maken van winst en maatschappelijk ondernemen is voor mij van belang. De heer Van den Berg zei dat winst in de zorg een hoop zorg geeft. Ik denk dat hij daarin gelijk heeft. De minister zei dat 20% winsbeogend moet zijn. Ik denk dat die dan de krenten uit de pap halen. Het is de vraag of de pap dan nog wel smaakt. Het zal in elk geval gevolgen hebben op andere terreinen. Wij moeten die goed kunnen overzien. Het zou in elk geval voor het ketenoverleg zoals dat nu wordt georganiseerd geen goede zaak zijn. Ik heb daar niet zo veel vertrouwen in en verwacht een dynamisch slagveld, zoals de heer Van der Berg dat noemde. Ik heb de toezegging van de minister over de positie van de cliënten met betrekking tot het enquêterecht genoteerd.

Ik heb ten aanzien van deze wet wat te veel geloof en vertrouwen en te weinig zeker weten gehoord. Daarom

zal mijn fractie, net als die van GroenLinks, tegen dit wetsvoorstel stemmen.

*N

De heer **Schouw** (D66): Voorzitter. Een aantal van de aanwezigen zal zich afvragen waarom de voorzitter van de fractie van D66, de heer Schuyer, er zomaar bij blijft. Dat komt omdat wij net hebben gevierd dat ik mijn eerste proceswet in deze Kamer behandel. Wij vonden dat zo bijzonder dat wij dat flink gevierd hebben.

Ik spreek mijn dank uit voor de beantwoording van de minister. Hij moet goed begrijpen dat de Kamer naar dit moment heeft toegeleefd. Dit wetsvoorstel staat al driekwart jaar op de commissieagenda en de plenaire agenda en het wordt er ook weer afgevoerd. Het is goed dat dit debat is gevoerd. Het is wel belangrijk om nog eens uitvoerig terug te komen op het uitvoeringsbesluit van deze proceswet. Dat zullen wij de komende maanden doen, het liefst in commissieverband. Ik sluit echter niet uit, ook gezien de zwaarwegendheid van deze materie, dat het misschien op deze plek nog terugkomt.

Ik heb in mijn eerste termijn en ook in de interrupties mijn zorg geuit over de regionale zorgketen en de minister heeft die niet kunnen wegnemen. Als wij een goed functionerende zorgketen willen hebben, is het belangrijk dat de rollen en taken van partijen goed zijn beschreven. Anders functioneert deze niet. Het prachtige stuk dat de minister deze Kamer heeft doen toe laten komen, komt op mij over als een soort concept. Als de minister gezegd dat het een concept is, dat er nog naar zal worden gekeken en dat het nog moet worden aangescherpt, had ik er vrede mee gehad. De verdedigende houding als ware het stuk dat ik als concept beschouwde hét stuk, vond ik niet goed. Ik doe een beroep op de minister om er nog eens heel goed naar te kijken, met name naar bijlage 1. De rollen zijn daarin zo marginaal beschreven, dat wij het stuk niet met goed fatsoen verder kunnen laten gaan. Ik doe dus een dringend beroep om daar nog eens goed naar te kijken.

Wij hebben gesproken over de opwaartse druk van de marktprikkels en de noodzaak om daar in Nederland goed onderzoek naar te doen. In alle debatten die wij hebben gevoerd over de zorg en in het debat van vandaag, is de verwachting uitgesproken dat er een neerwaartse druk komt op de kosten als gevolg van de marktprikkels. Wij moeten wel goed de vinger aan de pols houden. De minister gaf zijn antwoord een beetje met de Franse slag. Hij zei dat er veel wordt onderzocht en dat naar alles wordt gekeken. Ik wil graag een toezegging hebben van hem dat hij dat daadwerkelijk doet en op termijn laat zien wat eruit komt.

Wij hebben uitvoerig gesproken over oppotten, solvabiliteit en eigen vermogen. De minister heeft gezegd dat dit nodig is. Dat snappen wij allemaal. De eigen vermogens worden met publiek geld opgebouwd. Ik vind dat er niet te veel moet worden opgebouwd met dat publieke geld. Er mogen keurige eigen vermogens zijn. Het lijkt mij logisch dat er normen worden gesteld met betrekking tot de solvabiliteit. Op dit punt is matiging van belang.

Over één punt heb ik nog opheldering nodig. De Tweede-Kamerfractie van de ChristenUnie heeft een motie ingediend over een openbaar register. Dat vonden wij een geweldig idee. Dat hebben wij hier dan ook ingebracht. De minister heeft ons geantwoord dat hij het ook geweldig vond en dat hij een website zou openen of iets dergelijks, terwijl hij zich in de beantwoording in de Tweede Kamer met hand en tand tegen dit openbare register heeft verzet. Het kan zijn dat de minister mijn vraag heeft beantwoord als ware die niet de motie van de fractie van de ChristenUnie, maar het kan ook zijn dat er iets is gebeurd in de gedachtegang van de minister en dat ik die niet heb kunnen volgen. Neemt de minister de gedachte die in de motie verwoord staat, over of niet?

*N

Mevrouw **Swenker** (VVD): Voorzitter. Ik dank de minister voor zijn antwoorden. Zij zijn op zichzelf wel helder, maar het is nog maar de vraag of daardoor de toekomst duidelijker is geworden. Is nu alles helder? Het is een proceswet. Het gaat naast de inhoud dus ook om de weg waarlangs het doel moet worden bereikt. Over transparantie van bestuur bestaat nu duidelijkheid. De instellingen leggen in hun statuten vast dat cliënten via hun eigen vertegenwoordiging naar de ondernemerskamer kunnen. Andere partijen kunnen hun rechten in verband met hun regarderende belangen ook doen gelden. Dat is duidelijk.

De afspraak die tussen partijen over de acute keten is gemaakt, is nog enigszins stroperig. De VVD-fractie is het ermee eens dat partijen het initiatief moeten nemen en dat het organiseren van allerhande gedetailleerde regelgeving niet de oplossing is. Wel zal de vinger aan de pols moeten worden gehouden om te voorkomen dat er blijvend wordt gepolderd. Partijen moeten de tijd hebben, zij het niet tot sint-juttemis. Als partijen geen helderheid bieden, moet de minister ingrijpen. Die helderheid moet namelijk worden verschaft. Daarbij moet er in mijn ogen extra worden gelet op het feit dat meer marktwerking ten koste kan gaan van samenwerking, of dat nu op of om de markt is.

Het doel van de bouw en de kapitaallastenproblematiek is een stuk duidelijker, maar de weg daar naartoe of daarlangs nog niet. Er komt in het voorjaar van 2006 nog een notitie van de minister. De weg naar het doel moet daar wel duidelijk uit blijken. De VVD-fractie toetst de minister daar dan graag nog eens op.

Het is duidelijk hoe het proces gaat lopen. Wat de inhoud daarvan is, kan, waar nodig, via voorhangprocedures aan de orde komen. Ook dat is dus duidelijk.

*N

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Voorzitter. Wij staan voor de afhandeling van wat in de Tweede Kamer is aanvaard als een proceswet, niets meer en niets minder. Die wet kent een zeer lange historie. Men is er namelijk

over beginnen te denken tijdens het kabinet-Kok II. Ook toen was er uitsluitend sprake van een proceswet. Toen werd dus al ingezien hoe moeilijk zo'n weg is. Wij zouden overgaan van aanbodgestuurde op vraaggestuurde zorg in het kader van geregleerde marktwerking. Ook die term was toen al bekend. Wat stelt geregleerde marktwerking precies voor? Welnu, in de proceswet heeft de minister gekozen voor de behoedzame koers. Ik denk dat wij met elkaar steeds discussiëren over wat een behoedzame koers is. Daarover kunnen de meningen verschillen. Dat is vandaag wel weer gebleken toen wij het hadden over het winstmotief, de kapitaallasten en wat dies meer zij. De CDA-fractie heeft voor zichzelf de conclusie getrokken dat de minister royaal heeft toegezegd dat er regelmatig met de Tweede en de Eerste Kamer overleg zal worden gevoerd over alle belangrijke uitgangspunten en stappen in dat proces. Je kunt zelfs met een dergelijke toezegging wel twijfel zaaien, maar ik heb daar geen enkele behoefte aan. Ik zit er telkens bij wanneer een stap op weg in dat proces wordt gezet. Ik wil dit hebben gezegd, want nu wordt hier ook twijfel gezaaid over de vraag of wij al dan niet over de beleidsvisie en de beleidsregels beschikken en over wat ons nog te wachten staat. Wij hebben die allemaal. Zij vormen een dik pakket met bijlagen. Natuurlijk heb ik die beleidsvisie en beleidsregels ook impliciet in mijn betoog verwerkt. Ik ga nu dus niet om een nieuwe beleidsvisie van de minister vragen. De CDA-fractie sluit zich graag aan bij wat ook in de commissie is gebleken, namelijk dat wij hier nog nader met elkaar over moeten praten. Dat kunnen wij in een commissievergadering doen. Ik wil wel weten wat de bezwaren zijn tegen de huidige beleidsvisie en -regels en tegen de vertaalslag die moet worden gemaakt met het oog op de concrete uitvoering daarvan.

De heer **Hamel** (PvdA): Mevrouw Van Leeuwen had het over de proceswet. Waarop kan een proceswet worden beoordeeld? Bekend moet toch zijn waartoe die leidt?

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): De proceswet hangt samen met de HOZ en de WTG ExPres. Dat heb ik iedere keer gezegd. De coalitie heeft ook gekozen voor geregleerde marktwerking. Daaraan geven wij op allerlei manieren inhoud. Daar staan wij dan ook voor. Dat wil niet zeggen dat wij daarover geen inhoudelijke discussie met elkaar hebben. Dat is bij de discussie over het winstmotief ook gebleken.

De heer **Hamel** (PvdA): Hieruit maak ik op dat u met deze proceswet de HOZ en de WTG ExPres wilt regelen. Dan regelt de overheid die andere twee wetten dus.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Nee. De overheid heeft in de andere twee wetten duidelijk verwoord hoe zij gaandeweg aan het begrip marktwerking invulling gaat geven. Ik begrijp de moeilijkheid niet.

De heer **Hamel** (PvdA): Ik vraag het u even.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): In mijn betogen tijdens de behandelingen van de HOZ en de WTG ExPres en in mijn eerste termijn van daarnet heb ik dit precies zo gezegd.

De heer **Hamel** (PvdA): Ik vroeg nu alleen naar de plaats die u deze proceswet toekent. Dat is mij nu duidelijk.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ja. Ik zeg alleen nog een keer tegen de minister dat dit niet betekent dat wij het einde van de rit al hebben bereikt.

De **voorzitter**: Mevrouw Van Leeuwen. U hebt ja gezegd. Dat lijkt mij een duidelijk antwoord.

**

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Toch zeg ik nog eens dat de minister mij bij interruptie een toezegging heeft gedaan over het voortgangsstuk over de acute zorg, terwijl ik die eigenlijk niet op die manier bedoelde te krijgen. Acute zorg gaat over beschikbaarheidsfuncties. Daar gaat het ook om bij rampen. De veiligheidsregio's worden als voorbeeld genoemd. Je moet goed bedenken dat de overheid daarin een duidelijke taak heeft, maar dat ook duidelijk is geworden dat er door amendement in de Tweede Kamer een verruiming is geboden op het vlak van de basiszorg. Toen heb ik gezegd dat de zorgverzekeraars aan bod kwamen. Zelf heeft de minister de passage opgenomen dat dit wordt gekoppeld aan de DBC's. Van de CDA-fractie mag hij weten dat zij eigenlijk het omgekeerde beoogt. Zij vindt dat de acute zorg als zodanig altijd een overheidstaak moet blijven en dat die nauwkeurig moet worden afgebakend ten opzichte van de rest van de basiszorg en wat dies meer zij. Dat wil ik vooral gezegd hebben.

Over het winstmotief hebben wij al eerder gesproken in dit huis. Ik begrijp niet dat wij hier eerdere keer op terugkomen. Die discussie is hier al gevoerd. In 2012 zal overgegaan worden tot invoering van de mogelijkheden tot winst. In afzonderlijke instellingen gebeurt dit eventueel in 2006. Ik herinner mij dat wij met de minister hebben afgesproken dat wij daar nog over zullen praten. Ik ben dankbaar voor de toezeggingen, want de transparantie-eisen zijn goed ingevuld. Mevrouw Swenker heeft ze al verwoord, dus ik herhaal ze niet.

Ik ben erg erkentelijk voor het feit dat de minister een juridisch steunpunt wil overwegen. Het lijkt mij sterk in het belang van alle cliënten dat iets dergelijks wordt opgericht. Wij zullen de minister over elk punt opnieuw vragen waar de overheidstaak eindigt en wat wij aan de markt kunnen overlaten. Wij beginnen hier al mee in de commissievergadering.

*N

De heer **Van den Berg** (SGP): Voorzitter. Wij zijn heel gouvernementele mensen, saai voor SP'ers. Omdat wij zo gouvernementeel zijn, dank ik de minister voor zijn beantwoording. Ik vond die heel fragmentarisch. Juist bij een proceswet als deze had ik gedacht dat de minister helder de kaderwet zou neerzetten. Hij mag van mij dan ook nog zeggen dat er toch tegenstrijdigheden in zitten omdat je in een kabinet nu eenmaal compromissen moet sluiten. Daarom zit de SGP natuurlijk nooit in een kabinet. Dat heb ik een beetje gemist.

Met een blik op het geheel vind ik dat de opmerking "marktwerking of overheidsregulering, dat kan

beide" wringt. Als de minister dat niet helder zegt, blijft het onduidelijk. Als je uitgaat van overheidsregulering, houd je rekening met de zorgvraagontwikkeling. Dan verwacht je wat er zal gebeuren en stem je je beleid daarop af. Als je uitgaat van marktwerking, zul je veel meer marktonderzoek moeten doen. Dan heb je een heel andere invalshoek. Het dualistische in de wet heeft zijn neerslag op de situatie in de praktijk van organisaties. Maak je een ondernemingsplan als zorgaanbieder omdat je naar die marktwerking toe wilt, of maak je een strategisch plan en leg je daar jaarplannen overheen? Die zaken wringen.

Ik meen dat wij hier -- de één meer, de ander minder -- hebben geprobeerd om dat aan de orde te stellen. Het is jammer dat dat niet uit de verf is gekomen. Ik had dat wel verwacht.

De zorgaanbieders zitten toch met problemen. Zij zijn aan nieuwbouw of aan uitbreiding toe. Streven zij met hun plannen naar maximalisatie, zoals zij vroeger altijd deden, of naar optimalisatie van de benodigde ruimte? Dan moeten zij wel weten wat de toekomst hun zal brengen. Anders wordt dat niet helder voor managers die een zorgonderneming moeten runnen. Als men zegt: wij moeten investeren, als ooit die marktwerking komt, dan moet dat ook een keer worden terugverdiend. Met dat soort spanningsvelden blijft het veld zitten. Men kan dan zeggen dat wij stap voor stap naar de toekomst toe gaan, maar er wordt van dag tot dag gewerkt in de zorginstellingen, ook voor de cliënten en patiënten die vandaag, morgen en volgende week binnenkomen. Helderheid is daarom naar mijn idee op dit moment niet te geven. Dat vind ik jammer.

Ik ben wel blij met de toezegging dat bij de WMO heel nadrukkelijk de samenhang zal worden gezien. De vermaatschappelijking van de zorg waar wij naar toe gaan, betekent dat de intramurale capaciteit wordt afgebouwd en dat men de wijken in gaat. Daarmee hebben gemeenten van alles te maken. Zij moeten bestemmingsplannen wijzigen en hebben straks ook een taak voor de huishoudelijke verzorging, gedeeltelijk ook voor de persoonlijke verzorging. Als je van elkaar niet weet wat er gebeurt, gaat dat wringen in de praktijk. Ik ben daarom heel benieuwd wat er zal worden afgeregeld in de WMO. Ik vertrouw op de toezegging dat die wet goed zal worden uitgevoerd. Anders hebben wij echt een probleem.

De minister heeft gezegd dat hij bij alle vervolgstappen de Staten-Generaal zal betrekken. Om die reden zullen onze fracties voorstemmen.

*N

Minister **Hoogervorst**: Voorzitter. Ik dank de Kamer voor de inbreng in tweede termijn, waarbij ik mij natuurlijk wel enigszins getriggerd voel door de heer Van den Berg, die om gouvernementele reden beleefd is maar zegt dat mijn inbreng in eerste termijn wel fragmentarisch was. Ik herken dat overigens wel. Er zijn heel veel vragen gesteld. Bij de beantwoording daarvan lijkt het soms alsof je van de hak op de tak springt.

Het is natuurlijk ook helder dat ik van heel veel zaken nog niet een precieze marsroute kan uitstippelen omdat dit een proceswet is. Ik kan mij voorstellen dat dat voor deze Kamer maar ook voor de mensen in het veld niet geheel bevredigend is.

Tegelijkertijd is dit ook weer niet een geheel neutrale wet, zoals de heer Hamel heeft gezegd. Het is duidelijk in welke context dit wetsvoorstel is gemaakt. Die context heb ik hier in vijf zeer intensieve debatten met deze Kamer -- over de WTG ExPres, over de HOZ en over de Zorgverzekeringswet -- uit en te na besproken. De richting is heel helder, namelijk de overgang van een aanbodgestuurd naar een vraaggestuurd systeem, met gebruikmaking van het instrument van geregleerde marktwerking. Dat is de context waarin wij dit wetsvoorstel moeten zien. Dat is ook wat deze wet moet gaan faciliteren in veel lagere regelgeving, die ik nog met deze Kamer zal bespreken. Dan gaat het om het uiteindelijk ongedaan maken van het bouwregime en van de bureaucratie die daaromheen hangt, in samenhang met een systeem van integrale tarieven. Als men weet dat geregleerde marktwerking niet helemaal zonder risico's is, moet men ook belendende maatregelen nemen om de publieke functies van de zorg goed te waarborgen, bijvoorbeeld de acute zorg waarover wij hebben gesproken. Daarvoor biedt deze wet nu de mogelijkheden, die in de huidige wetgeving niet bestaan. Daarbij hoort ook dat de zelfstandig opererende private organisaties in de zorg in ieder geval een minimum aan transparantie bieden. Ook dat regelen wij in deze wet, en dat al in vrij verregaande mate.

Ja, dit is een proceswet. Ja, er is heel veel nog niet precies duidelijk, maar de grote marsroute die wij in gedachten hebben is vrij helder. Als een volgend kabinet hierover heel anders denkt, kan er natuurlijk van alles gebeuren, maar ik ga er nog steeds maar van uit dat dat niet zal gebeuren. Ik weet namelijk dat met precies dezelfde context -- en juist vanwege die context van vraaggestuurde zorg met gebruikmaking van geregleerde marktwerking -- de PvdA-fractie in de Tweede Kamer zonder enige aarzeling ja tegen deze wet heeft gezegd. Het kan natuurlijk voorkomen dat de Eerste Kamer nog eens goed nadenkt. Ik vind het toch opmerkelijk dat dit in de andere geleding van de Staten-Generaal niet tot problemen heeft geleid. Dit is dus wel een proceswet maar in een heel duidelijke context.

De heer Van den Berg heeft gezegd dat het jammer is dat de ziekenhuizen lang in onzekerheid moeten verkeren. Ik heb het voorbeeld gegeven van een bank die met een andere blik naar de investeringsplannen van een ziekenhuis kijkt. Ik meen dat zo'n bank ook goed begrijpt dat wij toch in deze richting zullen gaan. Ik heb ook heel weinig kritiek uit deze Kamer op het principe van integrale tarieven met daarin verwerkt kapitaallasten gehoord. Mijn gevoel is daarom dat er toch nog wel voldoende richting in deze zaak zit.

Ik werd ook getriggerd door de opmerking van mevrouw Slagter, die heel benieuwd is naar het uitvoeringsbesluit. Het conceptuitvoeringsbesluit WTZi heb ik al twee keer aan beide Kamers doen toekomen, in december 2004 en in juni 2005.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Dat heb ik heus wel gelezen, daarvoor hoeft de minister niet bang te zijn. Ik zag uit naar de discussie erover. Dat was mijn opmerking.

Minister **Hoogervorst**: Normaal gesproken stuur ik geen ontwerpbesluiten naar de Kamers. Ik heb dat nu wel gedaan omdat het een proceswet is, om op deze manier de Kamer de mogelijkheid te geven er inhoudsvol over te debatteren. Daarvoor was vandaag best een moment te vinden. Wij hebben vandaag ook best wel gediscussieerd over de vraag of de acute zorg voldoende is vormgegeven. Sommigen van u hebben daarover met mij van mening verschillend. Het is kortom allemaal wat minder neutraal dan je zou denken.

Mevrouw Slagter heeft gewag gemaakt van haar vrees dat als winsttoegmerk wordt toegelaten, alle krenten uit de pap zullen worden gehaald. Dat is een bekend argument. Wij zullen dat allemaal later nog bekijken. Ik heb bijvoorbeeld een gesprek gevoerd met de mensen van Clinicon die wel eens wilden weten wat er in Nederland allemaal aan de hand was. Die hebben heel duidelijk gesteld alleen maar geïnteresseerd te zijn in de volledige keten van de zorg. Zij zijn niet geïnteresseerd in alleen electieve zorg, zij willen de hele lock, stock and barrel. Als je ziekenhuiszorg wilt leveren, is de meest efficiënte manier om dat te doen een geïntegreerd aanbod. Ik veronderstel dat voor veel ziekenhuizen de eerste hulp een heel belangrijk visitekaartje is. Een belangrijke outpost, zal ik maar zeggen. Ik ben er dus niet zo verschrikkelijk bang voor, maar wij zullen hierover later nog spreken.

De heer Schouw heeft nogmaals opgemerkt dat hij de regelgeving ten aanzien van de acute zorgketen erg mager vindt. Daarover merk ik op dat het op dit moment met de bereikbaarheid van de zorg in Nederland goed is gesteld. De enige uitzonderingen zijn een paar moeilijk te bereiken gebieden zoals de waddeneilanden. Er is niemand die voorstelt om op elk waddeneiland een volledig uitgerust ziekenhuis neer te zetten. Over het algemeen gaat het goed in Nederland. Vandaar ook dat ik de regelgeving zo licht mogelijk wil houden en dat ik op dit moment niet geneigd ben verder te gaan dan wat ik aan beide Kamers heb gepresenteerd.

Ik ben het er wel mee eens dat wij de vinger goed aan de pols moeten houden. Mevrouw Schwenker heeft dat nadrukkelijk gevraagd. Wij zullen dat zeker moeten doen. Als er problemen zouden ontstaan, zullen wij moeten zien of het systeem dat wij hebben geïntroduceerd, werkt. Wij moeten bekijken of wij kunnen volstaan met bijsturen als het een keertje fout loopt, of dat wij er de les uit moeten trekken dat zwaardere eisen vooraf moeten worden gesteld.

De heer **Schouw** (D66): Om enig misverstand weg te nemen merk ik op dat ik niet heb gevraagd om zwaardere regels te stellen. Er wordt mij onrecht aangedaan.

Minister **Hoogervorst**: Goed. Gelukkig!

De heer **Schouw** (D66): Ik heb in alle redelijkheid -- en wij kennen deze minister als een zeer redelijk en verstandig mens -- aan de minister gevraagd om vanavond, als hij thuiskomt, nog eens in bijlage 1, sub b te kijken

naar de rollen en taken van de partners in de keten. Daar staan woorden waarin je met een paard en wagen kunt ronddraaien. Zo vaag zijn ze. Ik denk dat het niet helpt om de beschrijvingen zo vaag te laten. Naar mijn mening zou het verstandig zijn wanneer de minister er nog eens naar kijkt. Hij moet dan maar doen wat hij nodig vindt. Als hij vindt dat de ketens moeten functioneren, moet hij het naar mijn mening wat serieuzer bekijken. Dat was eigenlijk mijn enige opmerking.

Sluiting 20.50 uur.

Minister **Hoogervorst**: Voorzitter. Ik ben mij niet bewust van dit probleem, maar ik zal graag nog even naar deze bijlage laten kijken en er ook zelf naar kijken.

De heer Schouw heeft mij nogmaals gewaarschuwd voor overmatige vermogensvorming die met publiek geld zou kunnen plaatsvinden. Ik ben van mening dat de situatie in de ziekenhuissector er op dit moment redelijk uitziet, gegeven alle publieke randvoorwaarden. Afgelopen jaar heeft de ziekenhuissector gelukkig goed geboerd dankzij de gematigde kostenontwikkeling, net zoals trouwens de zorgverzekeraars. Maar als je in aanmerking neemt welke omzetten worden gerealiseerd en welke grote financiële belangen op het spel staan, is het een zwaar ondergefinande sector. Wij hebben nog een lange weg te gaan. Ik zal er zeker voor zorgdragen dat niet aan onnodig oppotten zal worden gedaan. Het is naar mijn mening al moeilijk genoeg om in de zorgsector wat vlees aan de botten te krijgen.

Ten aanzien van de motie van de heer Rouvoet heb ik mij ertegen verzet om van het digitale openbare register een wettelijke verplichting te maken. Er is al heel veel openbaar bekend. Met alle gegevens die al in openbaarheid te krijgen zijn, span ik mij er graag voor in om de informatie voor de burger toegankelijk te maken. Ik veronderstel dat dat vooral de bedoeling van de Kamer is.

Op de opmerkingen van mevrouw Swenker over de acute keten heb ik eigenlijk al geantwoord. Zij verwacht in het voorjaar meer duidelijkheid. Ik zal zeker proberen die te bieden als wij alle inventarisaties hopelijk zullen hebben voltooid.

Mevrouw Van Leeuwen wijst er nog eens op dat een behoedzame koers moet worden gevaren. Zij waarschuwt mij nu alvast dat bij elke volgende stap die wij nog willen nemen, gesproken zal moeten worden over de grenzen van de overheidstaken. Ik verwacht niets anders. In wezen is dat zeer terecht.

Ik meen te zijn ingegaan op de opmerkingen die de heer Van den Berg heeft gemaakt.

Voorzitter, ik ben van mening hiermee alle door de Kamer gestelde vragen te hebben beantwoord.

De beraadslaging wordt gesloten.

Het wetsvoorstel wordt zonder stemming aangenomen.

De **voorzitter**: De aanwezige leden van de fracties van de SP, GroenLinks en de PvdA wordt aantekening verleend dat zij geacht wensen te worden zich niet met het wetsvoorstel te hebben kunnen verenigen.

**