College bouw
ziekenhuisvoorzieningen

Postbus 3056
3502 GB Utrecht
T (030) 298 31 00
F (030) 298 32 99
E cbz@bouwcollege.nl
I http://www.bouwcollege.nl

S 32510

UITVOERINGSTOETS

inzake

HET BOUWREGIME VAN DE WET EXPLOITATIE ZORGINSTELLNGEN

Uitgebracht aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Vastgesteld door het College bouw ziekenhuisvoorzieningen op 25 februari 2002

Bezoekadres
Churchilllaan 11
3527 GV Utrecht

College bouw ziekenhuisvoorzieningen

Postbus 3056
3502 GB Utrecht
T (030) 298 31 00
F (030) 298 32 99
E cbz@bouwcollege.nl
I http://www.bouwcollege.nl

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Datum	25 februari 2002	Kenmerk	Ze	Uw brief van	22 januari 2002
		Afdeling		Uw kenmerk	Z/PB-2251179

Betreft Uitvoeringstoets Bouwregime WEZ

In uw brief van 22 januari 2002 heeft u het Bouwcollege verzocht een uitvoeringstoets te verrichten op de structuur van het beleidskader en op de vormgeving van het bouwregime van het wetsvoorstel Wet exploitatie zorginstellingen (WEZ).

Conform het door u geschetste tijdpad heeft het Bouwcollege in eerste instantie een uitvoeringstoets voorbereid over het bouwregime ex WEZ. Voor de verdere bijzonderheden kan worden verwezen naar de uitvoeringstoets die u bijgaand wordt aangeboden.

De uitvoeringstoets over het beleidskader zal in de vergadering van het Bouwcollege van 3 juni 2002 kunnen worden vastgesteld.

Hoogachtend,

de algemeen secretaris,

mr. T. Vroon

de voorzitter,

H.A. de Boer

Cbz/nr 0072-02

Bezoekadres
Churchilllaan 11
3527 GV Utrecht

INHOUDSOPGAVE

O.	SAMENVATTING VAN CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	I
1.	INLEIDING	1
1.1.	Het verzoek	1
1.2.	Het tijdpad	1
1.3.	De vraagstelling	1
1.4.	Het kader voor de uitvoeringstoets	2
2.	DE ONDERWERPEN VAN DE UITVOERINGSTOETS	3
2.1.	De WEZ in potentie	3
2.2.	Deregulering	4
2.2.1.	Deregulering van het bouwregime	5
2.3.	De sturing	7
2.3.1.	Sturingsmogelijkheden WEZ	7
2.3.2.	Sturing via bouw	8
2.4.	Borging van (ge)bouwkwaliteit	10
2.5.	De uitvoerbaarheid van het bouwregime	11
2.5.1.	Bereik bouwregime onzeker	12
2.5.1.1.	Begrippenkader ontbreekt	12
2.5.1.2.	Instellingsbegrip en bouwkundige voorziening	12
2.5.1.3.	Vormen van bouw: wat is instandhouding?	13
2.5.1.4.	Dereguleren binnen de vergunningensystematiek	13
2.5.2.	De voornemens tot invulling van het bouwregime per sector	14
2.5.2.1.	De voornemens	14
2.5.2.2.	Analyse	15
2.5.2.3.	Alternatieve voorstellen Bouwcollege	17
	- Hardheidsclausule	17
	- Meldingsregeling	17
	- Verzorgingshuizen	18
	- Gehandicaptenzorg	18
	- Normbedragen voor uitbreidingsbouw (GGZ en verpleeghuizen)	18
2.6.	Aanvullende voorstellen tot beperking van de bouwbemoeienis	19
2.6.1.	Melding ook voor capaciteitsbouw en (gedeeltelijke) vervangingsbouw	20
2.6.2.	Het langetermijnhuisvestingsplan	21
2.7.	Conclusies toegespitst op de vragen uit het verzoek	22
	- Vraag 4	22
	- Vraag 5	

BIJLAGEN:
- Verzoek om een uitvoeringstoets d.d. 22 januari 2002
- Voortgangsnotitie d.d. 14 januari 2002

O. SAMENVATTING VAN CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

1. De planning- en bouwwetgeving (de WZV) is toe aan modernisering. De beleidsvoering spoort op belangrijke onderdelen (planning, bouwprioritering) niet met de huidige wetgeving. De uitvoeringsregelgeving is onder druk van sanering, aanbodscontrole en kostenbeheersing sterk uitgedijd. Gekozen is voor nieuwe wetgeving (de WEZ) om ook een aantal belendende problemen op te lossen en nieuwe beleidsdoelen na te streven. De WEZ biedt in potentie de mogelijkheid voor vergaande deregulering, met name in de uitvoering, en voor het bevorderen van zorgketenvorming en vraaggerichte zorg. Ook de bestuurspraktijk zal zich dan moeten aanpassen. Omdat de WEZ een kader- en proceswet is, hangt veel af van invulling van de uitvoeringsregelingen. Het College voor ziekenhuisvoorzieningen achtte de WEZ (I), zoals die toen luidde, op grond van een simulatie van de werking, uitvoerbaar, vroeg aandacht voor het vermijden van systeembreuken (o.a. in de meldingsregeling) om bouwstagnatie te voorkomen, en deed de aanbeveling de concrete uitvoeringsregelingen - de AMvB's - ten tijde van de parlementaire behandeling in concept beschikbaar te houden.

2. Het Bouwcollege nam deze bevindingen over en deed voorstellen voor verdere deregulering, onder de WEZ én in aanloop naar de WEZ (brief d.d. 6 juni 2001). Het Bouwcollege plaatste kanttekeningen bij de voorstellen voor operationalisering van het bouwregime. Het loslaten van sturing alleen leidt optisch wel tot minder regels maar de kans bestaat dat door onbedoelde en onvoorziene effecten geen bijdrage wordt geleverd aan een bouwimpuls en aan het realiseren van beleidsdoelen: oplossen van capaciteitsvraagstukken, deconcentratie van voorzieningen, privacy in de ouderenzorg, wachtlijstproblematiek en voldoende spreiding van ziekenhuisvoorzieningen. De stelling van het Bouwcollege was en is dat substantiële deregulering van bouwprocessen kan worden bereikt indien de overheid tegelijk '*strategisch stuurt*', dat wil zeggen op hoofdlijnen stuurt of bijstuurt en daardoor de uitvoering kan overlaten aan de eigen verantwoordelijkheid van partijen. Naar mate dit sturingsniveau beter wordt georganiseerd zijn de mogelijkheden voor deregulering, zeker op uitvoeringsniveau, groter. Kern van het voorstel van het Bouwcollege was de uitbreiding van de meldingsregeling met als kader een 'opgewaardeerd' LTHP, een beleidslijn die overigens al door de Minister in gang was gezet.

3. Wat nu is voorgelegd tot invulling van het bouwregime is incompleet: het concept van de AMvB('s) die de inhoud van het bouwregime bepalen, ontbreekt. Daardoor blijft het begrippenkader (instelling, bouw, vormen van bouw) dat essentieel is voor met name de *reikwijdte* van het bouwregime buiten beeld. Cruciaal is dat, anders dan thans voorgenomen, 'instandhoudingsbouw' binnen de wet gedefinieerd blijft, bijvoorbeeld voor borging van gebouwkwaliteit of voor aanbestedingsregels. 'Instandhoudingsbouw' is een ruim begrip: het omvat ook bestemmingswijziging, vervangingsbouw (op termijn: het integrale huisvestingsbudget) en alle vormen van nieuwbouw zonder uitbreiding van de capaciteit. Bij ziekenhuizen omvat het vrijwel alle bouw. Voor die sector bedraagt het geraamde bedrag voor instandhoudingsbouw voor de periode 2000-2012 € 5,84 miljard (*f* 12, 87 miljard, ontleend aan het Rapport bouwbehoefte CBZ 2001).
   Het bereik van de wet is nu onzeker. Een concrete toets op de uitvoering is daarom niet echt mogelijk, mede door andere onzekerheden zowel binnen het kader van de wet als daarbuiten. Externe onzekerheden die een rol spelen zijn: de gewijzigde sturing in de ZFW (loslaten contracteerplicht), de modernisering van de AWBZ (flexibilisering zorgaanspraken), de ontwikkeling van productprijzen (o.a. dbc's) en de zogenaamde 'bruterings'operatie.

Het is niet duidelijk of de invulling van het WEZ-regime hierop stimulerend of juist belemmerend zal werken. Het Bouwcollege beschouwt deze uitvoeringstoets dan ook als voorlopig.

4. Voor toetsing van de uitvoerbaarheid hanteert het Bouwcollege als criterium: dat het bouwregime faciliterend moet blijven werken voor bouw in de gezondheidszorg en de gebouwkwaliteit gewaarborgd blijft. Uiteindelijk tellen de effecten op de beleidsdoelen. Voor een instelling telt: een grotere eigen verantwoordelijkheid, gematigde risico's, en minder administratieve lasten. Deregulering is immers geen doel op zich, maar een afweging van belangen, ook belangen die beschermd moeten worden, zoals de financiering van bouw.
   De beleidsmotieven rond de uitvoering WEZ blijken niet steeds te sporen met de tekst van de wet en de sturingsrol van de overheid. Uit de voorstellen blijkt soms het loslaten van sturing (bijv. bij instandhoudingsbouw), soms een vergaande detaillering en differentiatie van de wijze van deregulering.

5. De huidige voornemens liggen in het verlengde van de brief van 25 september 2001 aan de Tweede Kamer. Het Bouwcollege heeft ernstige twijfels bij de uitvoerbaarheid en vraagt zich af of de risico's wel voldoende zijn afgewogen. De voornemens detailleren de deregulering onnodig, en sluiten niet aan op de zelf door de Minister in gang gezette beleidslijn. De rol- en verantwoordelijkheidsverdeling voor een toereikend zorgaanbod is onduidelijk. De ijkpunten zoals aangegeven in de MvT bij de WEZ worden niet in acht genomen en er is onvoldoende aandacht voor borging van publieke belangen, zoals een rechtmatige besteding van collectieve middelen, kwaliteit, een toereikende beschikbaarheid van capaciteiten e.d. en communicatie met 'stakeholders'. De zorginfrastructuur blijft immers voorwerp van overheidsverantwoordelijkheid (juridische bevestigd in rechterlijke uitspraken) en van collectieve financiering.
   Het 'bouwregime' wordt te eng opgevat, waardoor zorgverzekeraars en patiënten/consumenten geen (wettelijk) positie hebben om hun belangen tot gelding te brengen (binnen het bouwregime of bij het LTHP).

6. In de sectorvoorstellen (vraag 2) zijn veel onduidelijkheden. Het Bouwcollege vraagt aandacht voor alternatieven. Nog eens goed ware te kijken naar het verplaatsen van regelgeving, het achterwege laten van een kwaliteitsscan op huisvesting (ok's bij ZBC's), het opleggen van huisvestingsmodellen (postcode-criterium), het faciliteren van extramuralisatie (zorgcentra) en een meldingsregeling, zoals het Bouwcollege bepleit, voor instandhouding van verzorgingshuizen die er toch nog 20 jaar of langer als voorziening zullen zijn. Ook vraagt het Bouwcollege zich af of de financiële middelen aanwezig zijn voor directe beschikbaarstelling in de vorm van normbedragen, bouwbudgetten en trekkingsrechten; het verzoek gaat niet in op het beslag op financiële middelen.
   Het Bouwcollege ondersteunt op zich de gedachte achter de voorstellen voor capaciteitsbouw in de GGZ en bij verpleeghuizen. Voorkeur bestaat voor een meldingsregeling om de afstemming met het LTHP te verifiëren. Een wettelijke rol van Minister en zorgverzekeraar via de exploitatietoestemming is aangewezen.

7. Voor modernisering en deregulering van het bouwregime is een bruikbaar alternatief voorhanden: een meldingsregeling met het 'opgewaardeerde' LTHP als kader, waarin zijn verenigd de elementen om strategisch te sturen en recht te doen aan diverse belangen. Er zijn dan wel verschillende voorwaarden. Het bouwregime dient breed te worden gedefinieerd, het vergunningensysteem juist beperkt. Het werken met 'trekkingsrechten', normbedragen en bouwbudgetten in plaats van individuele toetsing van de bouwbehoefte kan ten koste gaan van facilitering van bouw en van

innovatie; daarom zijn hardheidsclausules nodig voor aanvullende financiering. De (gebouw)kwaliteit moet via de exploitatietoestemming worden gewaarborgd als onderdeel van het 'scannen' met een zekere periodiciteit.
Er kan in dit concept ook méér worden gedereguleerd en voor méér sectoren (zodat ook gehandicaptenzorg en verzorgingshuizen daarvan profiteren); detaillering van de deregulering is onnodig, wel kan naar beleidsdoelen worden gedifferentieerd. De eenvoud in het systeem is hiermee gediend.
Het vergunningencircuit van de WEZ kan nog verder worden beperkt door invoering van een meldingssystematiek voor capaciteitsbouw en (gedeeltelijke) vervangingsbouw, onder voorwaarde dat de ijkpunten van § 8.2. in de MvT bij de WEZ in acht worden genomen (o.a. LTHP, gebouwkwaliteit, monitoring). De middelen voor bouw komen beschikbaar via normbedragen en besluitvorming over de exploitatietoestemming met bouw (Minister en zorgverzekeraar). Daarna volgt *niet meer een vergunningaanvraag, maar een melding;* na oplevering vindt een eindverantwoording plaats. Een vergunningaanvraag is alleen nog nodig bij een beroep op de hardheidsclausule door de instelling zelf en bij complexe bouwprojecten met grote investeringen.

8. Naar mate door deregulering meer bouw buiten het bouwregime (in enge zin: de bouwvergunningprocedure) om wordt gerealiseerd en hierin grote bedragen aan collectieve middelen omgaan (bijv. bij ziekenhuizen loopt bijna alle bouw buiten het bouwvergunningsysteem om), is er aandacht nodig voor de *kwaliteit van de bouw*, mede gezien de overheidsverantwoordelijkheid voor een goede zorginfrastructuur. Een goede kwaliteitsborging maakt het mogelijk verdere stappen in het dereguleringstraject te zetten. De voorgestelde wijziging in art. 9 maakt het mogelijk prestatie-eisen (basiskwaliteitseisen) te ontwikkelen voor bestaande (ge)bouwen. Hiermee is de kwaliteitsborging echter nog niet verzekerd. Het Bouwcollege beveelt aan de suggesties in het Verslag van de TK te volgen: het uitvoeren van een feitelijke toetsing als onderdeel van een 'quick scan' bij de exploitatietoestemming, met een zekere periodiciteit; dit biedt ook de mogelijkheid desgewenst de gebouwkwaliteit te 'scannen'. De rolverdeling dient wettelijk te worden verankerd, zodat de uitvoeringsorganisatie op methodiek en normen kan worden aangesproken.

9. De Minister vraagt naar de inhoud van de exploitatietoestemming als initiële toestemming voor bouw (vraag 5). Deze exploitatietoestemming dient grosso modo dezelfde elementen te bevatten als de 'verzwaarde' verklaring zoals die geldt sinds 1992 ter bevordering van een vlotte bouwplanprocedure. Als met een meldingsprocedure wordt volstaan kan de informatie beperkter blijven.
Het Bouwcollege beveelt aan de uitvoering van de essentialia van de exploitatietoestemming (kernfuncties en -capaciteiten) kracht bij te zetten door toepassing te geven aan de art. 12 WEZ bedoelde voorschriften. Op grond daarvan zouden instellingen een substantieel ander gebruik van de exploitatietoestemming of het onbenut laten van bouwkundige capaciteiten, ook als een manifeste behoefte blijkt zoals voor intensive care, moeten terugmelden naar de overheid zodat tijdig passende maatregelen genomen kunnen worden.

1. INLEIDING

1.1. Het verzoek

Met brief van 22 januari 2002 heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Minister van VWS) het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (het Bouwcollege) gevraagd om een uitvoeringstoets te verrichten op de structuur van het beleidskader en van het bouwregime van het wetsvoorstel Wet exploitatie zorginstellingen (WEZ) en te rapporteren uiterlijk eind februari over de vormgeving van het bouwregime en uiterlijk in mei over het beleidskader.
Het verzoek maakt deel uit van een gecombineerde vraagstelling om uitvoeringstoetsen aan het College voor zorgverzekeringen (over het beleidskader), aan het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (beleidskader en bouwregime) en aan het College tarieven gezondheidszorg (bouwregime), met afschrift aan het College van toezicht op de zorgverzekeringen en het College sanering ziekenhuisvoorzieningen.
Bij het verzoek is gevoegd de Nota naar aanleiding van het verslag inzake de WEZ en de Nota van wijziging zoals de Minister deze stukken op 13 december 2001 heeft aangeboden aan de Tweede Kamer (TK, 2001-2002, 27659, nr. 7 en 8).

1.2. Het tijdpad

De Minister streeft ernaar de WEZ in werking te stellen per 1 januari 2003 en ook op dat tijdstip de algemene maatregel van bestuur met betrekking tot het bouwregime in werking te laten treden. Wil dit tijdstip haalbaar zijn, gelet op de procedure die doorlopen moet worden (o.a. tervisielegging bij beide Kamers der Staten-Generaal), dan dient de concept-AMvB in april 2002 gereed te zijn en aan de Raad van State ter advisering te worden voorgelegd. Voor het voorbereiden van de uitvoeringstoets, althans voor die onderdelen die rechtstreeks betrekking hebben op het concept van de AMvB, is daarom slechts een zeer beperkte periode beschikbaar, uiterlijk tot eind februari 2002.
Voor de vormgeving van het beleidskader is niet een AMvB nodig, een ministerieel besluit volstaat. Voor de rapportage over de structuur van het beleidskader is daarom meer tijd beschikbaar, uiterlijk tot in mei 2002.
Het Bouwcollege volgt deze uit de tijdsdruk voortvloeiende opsplitsing van onderwerpen voor de uitvoeringstoets. De onderhavige rapportage richt zich op het bouwregime.

1.3. De vraagstelling

De onderwerpen van de uitvoeringstoets(en) zijn opgesplitst in:
- een verzoek aan het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en het Bouwcollege een uitvoeringstoets te verrichten naar de structuur van het beleidskader, en
- een verzoek aan het Bouwcollege en het College tarieven gezondheidszorg een uitvoeringstoets te verrichten "naar mijn voornemens voor het bouwregime bij de inwerkingtreding van het voorstel, zoals verwoord in de brief aan de Tweede Kamer van 25 september jongstleden (Kamerstukken II 2000-2001, 27659, nr. 5)". In deze brief zijn ook voornemens omtrent het bouwregime op langere termijn geschetst; het verzoek om een uitvoeringstoets concentreert de nadere regelgeving voor het bouwregime op het moment van inwerkingtreding van de WEZ.

Onder 'Vormgeving van het bouwregime per 1 januari 2003' schetst de Minister het kader voor het loslaten van het bouwregime voor bepaalde voorzieningencategorieën en voor instandhoudingsbouw beneden 50% vervangingswaarde voor de AWBZ-sectoren respectievelijk 65% in de ziekenhuissector alsmede voor het loslaten van de meldingsregeling. De Minister streeft ernaar bepaalde capaciteitsuitbreidingen (tot 25%) in de GGZ-sector en voor verpleeghuizen, per 1 januari 2003

(eventueel later), niet langer onder het bouwregime te laten vallen. De Minister stelt in dit kader twee vragen, één aan het CTG en één aan het CBZ:

- (Vraag aan het CTG) *De Minister verzoekt het CTG aan te geven of het op basis van de bovengenoemde uitgangspunten verwacht per 1 januari 2003 een systeem van beleidsregels voor te kunnen bereiden dat recht doet aan het uitzonderen van het bouwregime van de kleinschalige voorzieningen en centrale bureaus en van instandhoudingsbouw. Voor de capaciteitsuitbreidingen vraagt de Minister aan te geven of een normatieve benadering per uitbreidingsplaats tot de mogelijkheden behoort. Hierbij dient de inhoud van het Besluit bouwmaatstaven WZV te worden betrokken (*bedoeld is de Regeling bouwmaatstaven WZV).
- (Vraag aan het CBZ) *Gelet op het belang van een goede overgang van de WZV naar de WEZ verzoekt de Minister in de rapportage aandacht te besteden aan de overgang van de huidige meldingsregeling naar het voorgenomen gedereguleerde bouwregime onder de WEZ. De Minister verzoekt hierbij aan te geven aan welke voorwaarden in de aanloop tot de WEZ moet worden voldaan om een goede overgang te kunnen bereiken. De Minister laat het langetermijnhuisvestingsplan buiten het bereik van dit verzoek, omdat daarover al een pilot in de sector ziekenhuizen loopt.*

Onder 'De verlening van de bouwvergunning' wordt ook een specifieke vraag gesteld:

- (Vraag aan het CBZ) *Het CBZ beoordeelt de aanvraag om een vergunning onder meer aan hetgeen waarvoor de exploitatietoestemming van de Minister van VWS is verleend. De Minister verzoekt aan te geven op welke wijze de exploitatietoestemming door VWS het beste kan worden vormgegeven. De Minister verzoekt hierbij ook aan te geven welke gegevens ten minste in de beschikking van de Minister van VWS* (de exploitatietoestemming of de wijziging daarvan) *moeten worden opgenomen om de taken van het CBZ op grond van de artikelen 10 en 11 van de WEZ goed te kunnen uitvoeren* (het verlenen van vergunningen en goedkeuren van eindverantwoordingen).

1.4. Het kader voor de uitvoeringstoets

In tweeërlei opzicht is het kader waarin de uitvoeringstoets wordt gevraagd beperkt:

1. het zicht op de voorbereidende maatregelen voor deregulering onder de WEZ is beperkt omdat de concept-AMvB nog ontbreekt, en
2. de specifieke vraagstellingen zijn nogal beperkend van aard.

Door het ontbreken van de concept-AMvB (en enkele andere regelingen) heeft het Bouwcollege geen zicht op de concrete invulling van het bouwregime wat betreft de *definities* die het bereik van het regime (en daarmee van de WEZ) bepalen. Een concrete toets op de uitvoering is niet echt mogelijk, mede door andere onzekerheden in het regime van de WEZ en in aanpalende wetgeving (o.a. modernisering AWBZ). De bevindingen in deze rapportage dragen dan ook slechts een voorlopig karakter, die wellicht moeten worden bijgesteld indien de concrete uitvoeringsmaatregelen worden voorgelegd.
Het Bouwcollege verstaat het verzoek ook zo, dat de vraagstellingen de uitvoeringstoets niet beperken maar toespitsen; een uitvoeringstoets heeft immers betrekking op uitvoerbaarheid en doelmatigheid van voorgenomen beleid. Dit betekent dat de in het kader van het bouwregime relevant geachte onderwerpen worden aangesneden.
Doordat de Minister bij het verzoek ook de Nota naar aanleiding van het verslag heeft gevoegd, heeft het Bouwcollege de daarover in een eerder stadium opgestelde voortgangsnotitie rond een vijftal thema's (1. redengeving voor de WEZ, 2. behoeftebegrip in de WEZ, 3. borging kwaliteit zorginfrastructuur, 4. sturingsmogelijkheden WEZ en 5 uitvoerbaarheid WEZ) als bijlage toegevoegd aan deze rapportage.

2. DE ONDERWERPEN VAN DE UITVOERINGSTOETS

2.1. De WEZ in potentie

Vooropgesteld zij, dat het Bouwcollege - in navolging van het College voor ziekenhuisvoorzieningen (CvZhv) - de WEZ uitvoerbaar acht en door de flexibele opzet ook effectief voor een koersverlegging naar meer vraaggerichte zorg (advies d.d. 4 oktober 1999). Bijstellingen zijn nodig met betrekking tot het behoeftebegrip, de sturing via de exploitatietoestemming, het functioneren van het beleidskader, het systeem van aanvraagrondes en bouwprogrammering, en de beleidsvoornemens tot invulling van het bouwregime.
Los hiervan staat het ook vast dat de bestaande wetgeving moet worden gemoderniseerd. Het planningsdeel van de WZV staat in feite al jaren buiten spel, parawettelijke instrumenten bepalen de verdeling van bouwmiddelen (financiële kaders en bouwprioritering) en de uitvoerende regelgeving van de wet is fors uitgedijd. De wettekst sluit niet meer aan bij de beleidsvoering en de uitvoering in de praktijk; aanpassing van de wetgeving is dus zeker nodig.
Aan de hand van aan de praktijk ontleende casuïstiek heeft het CvZhv de werking van de WEZ (I), volgens het concept zoals toen voorlag, gesimuleerd (capaciteitsuitbreiding verpleeghuis, renovatie, vervanging ziekenhuis, oprichting ZBC en privé-kliniek). Daaruit bleek dat de WEZ conform haar doelstellingen zou kunnen werken, maar aanbevolen werd grote aandacht te besteden aan de uitvoerbaarheid van uitvoeringsregelingen. De WEZ is immers een kader- en proceswet, die in potentie de mogelijkheid biedt voor een vergaande deregulering. Juist op het vlak van de uitvoeringsregelingen is grote dereguleringswinst te boeken, zo luidde de conclusie. De dereguleringswinst zou met name gelden voor het bouwregime. Bij het geheel van zorgvisies (nu: beleidskaders) met input van regiovisies, beleidsregels, prioriteitscriteria, en de financiële sturing op bouwprogramma's is deregulering minder zeker. De WEZ kan op zich, door samenvoeging van toelating en bouwverklaring in één regime, ontschotting, zorgketenvorming in het aanbod en vraaggerichte zorg bevorderen, doch dit is evenzeer afhankelijk van de financieringssystematiek (die nu nog onzeker is). Het College vroeg speciaal aandacht voor de overgang van WZV naar WEZ en voor de continuïteit van begrippen en bepaalde lopende (nog in opbouw zijnde) processen, zoals de meldingregeling; onzekerheid daarover of een systeembreuk zou tot stagnatie in de bouw kunnen leiden. Het CvZhv deed de aanbeveling ten tijde van de parlementaire behandeling van de WEZ de concrete uitvoeringsregelingen (de AMvB's) in concept beschikbaar te houden.

In een brief aan de Minister van VWS d.d. 6 juni 2001 heeft het Bouwcollege deze bevindingen overgenomen en voorstellen gedaan voor deregulering, onder de WEZ en in aanloop naar de WEZ. Deregulering vergt modernisering van de huidige regelgeving (wet én uitvoeringsbesluiten), maar evenzeer van de daarop geënte bestuurspraktijk. Op zich zou deze modernisering via een wijziging van de WZV gestalte kunnen krijgen; gekozen is echter voor een vervangende wet om tegelijk en in samenhang een aantal buiten de WZV gelegen problemen op te lossen en nieuwe beleidsdoelen, bijv. zorgketenvorming, na te streven.
Het Bouwcollege plaatste kanttekeningen bij de voorstellen voor operationalisering van het bouwregime. Op dit punt alleen maar de sturing loslaten zou optisch wel leiden tot minder regels, maar zou door onvoorziene en onbedoelde effecten niet bijdragen aan het oplossen van capaciteitsvraagstukken, deconcentratie van voorzieningen, privacy in de ouderenzorg, verminderen van wachtlijsten en –tijden, en voldoende spreiding van ziekenhuisvoorzieningen. Het goed organiseren van bouwprocessen is daarvoor een essentieel gegeven.
De stelling van het Bouwcollege was en is, dat substantiële deregulering van bouwprocessen bereikt

kan worden indien de overheid gelijktijdig 'strategisch stuurt', dat wil zeggen op hoofdlijnen en op maat stuurt of bijstuurt en daardoor de uitvoering over kan laten aan de eigen verantwoordelijkheid van partijen. Kern van het voorstel van het Bouwcollege was de beschikbaarheid van een langetermijnhuisvestingsplan (LTHP), dat afgestemd is op de zorgvisie en een draagvlak heeft bij 'stakeholders'. Het College bouw toetst dan bouwvoornemens (niet verder uitgewerkt dan als voorlopig ontwerp) op hoofdlijnen aan basiskwaliteitseisen en kostenkaders, en indien geen markante afwijkingen blijken kan de bouw verder via een melding worden geoperationaliseerd.
De vergunningprocedure is dan alleen nog nodig bij:

- complexe en/of 'omstreden' projecten (geen draagvlak in de regio, bijv. sluiting locatie);
- bouwvoornemens die strijdig zijn met het overheidsbeleid (bijv. handhaving meerbedskamers);
- uitzonderlijk grote investeringen die bouwbegeleiding vereisen (bijv. nieuwbouw academisch ziekenhuis).

Deze eerdere beschouwingen over de doelstellingen van de WEZ en de invulling van het bouwregime vormen mede het kader voor beoordeling van de aanhangige voorstellen van de Minister.

De planning- en bouwwetgeving behoeft modernisering. De beleidsvoering spoort op belangrijke onderdelen (planning) niet meer met de wettekst en de uitvoerende regelgeving is – onder druk van sanering, aanbodscontrole en kostenbeheersing – sterk uitgedijd. De WEZ biedt in potentie de mogelijkheid voor vergaande deregulering, met name in de uitvoering. Ook de bestuurspraktijk zal zich dan moeten aanpassen. Omdat er veel uiteenlopende belangen bij bouwprocessen in het geding zijn, leidt het alleen maar loslaten van regels niet tot het beoogde doel; onbedoelde gevolgen liggen op de loer (stagnatie in de bouw). Vanuit het concept van het 'strategisch sturen' heeft het Bouwcollege eerder voorstellen gedaan die leiden tot substantiële deregulering en tegelijk andere belangen beschermen (gebouwkwaliteit, maatschappelijk draagvlak). Toepassing van de vergunningprocedure blijft daarbij tot een minimum beperkt.

2.2. Deregulering

Bij deregulering zijn twee benaderingen te onderscheiden: de economische en de juridische. In de economische benadering is deregulering nauw verbonden met de introductie van marktwerking in door de overheid gereguleerde terreinen, en in de juridische benadering is deregulering het tegengaan van overregulering en het accentueren van eigen verantwoordelijkheden van maatschappelijke organisaties en burgers. In de gezondheidszorg lag sinds de jaren tachtig het accent op de juridische benadering (Commisie-Geelhoed). In die benadering blijft de overheid sturen en is zij normstellend aanwezig maar geeft zij tegelijkertijd andere betrokkenen ruimte voor het nemen van eigen verantwoordelijkheid en kapt zij in het woud aan regels: *de overheid stuurt maar roeit niet*.
Deregulering is nu vooral verbonden met marktwerking. Daarbij is juist de sturingsvraag aan de orde: stuurt de overheid of de markt? Er zijn wachtlijsten, er is een tekort aan radiotherapeutische voorzieningen en onvoldoende IC-capaciteit, door sluiting van kleine ziekenhuizen komt de bereikbaarheid van de zorg in het geding, de gebouwkwaliteit in verpleeghuizen (m.n. privacy) en in de GGZ schiet tekort. Wie is daarop aanspreekbaar en heeft de overheid nog wel het instrumentarium om zonodig (bij) te sturen? Beide benaderingen van deregulering moeten elkaar niet in de staart gaan bijten: als de overheid beleid blijft voeren moet worden voorkomen dat de resultaten verdampen door een gebrek aan effectieve sturingsinstrumenten (zie bijv. de discussie over de sturing van functieconcentratie bij ziekenhuizen).

In situaties waarin verzelfstandiging en marktwerking niet blijken te beantwoorden aan de verwachtingen, wordt de politiek geconfronteerd met een samenleving die vraagt om 'ingrijpen'. In de praktijk blijken de instrumenten hiervoor dan nog maar beperkt aanwezig te zijn. Een actueel voorbeeld is intensive care. Vanaf 1995 is deze voorziening gedereguleerd (en dus ook niet meer gepland en specifiek bekostigd, zoals bijv. hartchirurgie ex WBMV): ziekenhuizen zijn vrij naar eigen goeddunken intensive care-bedden in te richten. Uit onderzoek van het Bouwcollege, in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care, blijkt dat ondanks een manifeste behoefte 13% van de landelijk beschikbare capaciteit onbenut wordt gelaten. Hier wreekt zich het gebrek aan (tijdige) planning (m.n. personeel) en aan een specifieke kostenvergoeding.

De kracht van de WEZ is dat het een *proceswet* is. De WEZ start vanuit het aanbodsturende model maar huldigt het beginsel van het loslaten van de aanbodsturing en van de daarbij behorende instrumenten (die nu nog wel in de wet aanwezig zijn) ten gunste van vraagsturing. Niet steeds is duidelijk wat hieronder wordt verstaan (er worden verschillende begrippen gebruikt). Als dit betekent dat het aanbod beter aansluit op de vraag (de geobjectiveerde behoefte), de verschijningsvorm veel meer gedifferentieerd is en partijen in de regio ruimte krijgen om het aanbod zelf meer vorm te geven en beter te laten aansluiten bij de wensen van de zorgvragers, dan verdient vraagsturing ondersteuning. Niet, als het begrip de overheid de titel verschaft terug te treden, haar sturende rol te ontkennen en haar kernverantwoordelijkheden uit handen te geven.
De stelling kan worden betrokken dat deregulering en marktwerking in de gezondheidszorg slechts mogelijk zijn als de overheid *actiever sturend* optreedt op *een strategisch niveau.* Naar de mate waarin dit sturingsniveau beter wordt georganiseerd, zijn de mogelijkheden tot deregulering en marktwerking groter.
Geconstateerd kan worden dat de WEZ, en met name de Nota naar aanleiding van het verslag, een wazig beeld geeft van de strategische sturing en verdeling van verantwoordelijkheden (zie 2.2). Daarbij komt nog bij dat, voor zover sprake is van strategische sturing, deze niet in één hand berust maar is verdeeld over meerdere partijen.

Bij deregulering moet de overheid wel strategisch sturend en normstellend aanwezig blijven. Naar mate dit sturingsniveau beter wordt georganiseerd zijn de mogelijkheden voor deregulering en marktwerking, zeker op uitvoeringsniveau, groter.

2.2.1. Deregulering van het bouwregime

Binnen het bouwregime is deregulering minder een wetgevingsprobleem dan een beleidsprobleem. Dat er tussen het formele nieuwbouwverzoek door een intramurale instelling en het slaan van de eerste paal soms een tijdsduur lag van meer dan 10 jaar, lag niet zozeer aan de wet, maar aan beleidssystemen, zoals de bouwprioriteitenstelling en 'uitstelpassages', en vertragingen in de praktische uitvoering.
Dit type structuurwetgeving moet vele beleidsdoelen dienen: de overheid wil allerlei, ook zorginhoudelijke, beleidswensen tot gelding brengen, de collectieve lasten beheersen en ook een doelmatige en kwalitatief goede bouw veiligstellen. De uitvoerende regels zoals van de WZV, voor een deel buiten de wet om en veelal onder druk van kostenbeheersing, hebben dan de neiging uit te dijen en de wetgeving mee te slepen in een uitbundige regelpraktijk en te veel bemoeienis op microniveau. Het zijn juist deze uitvoerende regels die irriteren; zij leiden vaak tot discontinuïteit in de projectvoorbereiding, door een te groot aantal 'dooie' momenten in de goedkeuringsprocedures. Daarnaast zijn er nog allerlei knelpunten in aangrenzende systemen als vertragende factoren voor gezondheidszorgbouw, zoals grond, milieu, arbo.

Deregulering is al lang een item. Vanaf 1990 is een proces gaande om de regelpraktijk in de uitvoering te dereguleren (verkorte procedure, budgettair bouwen, ingekorte procedure, melding). Het Bouwcollege heeft de doorlooptijd voor bouwbeoordeling aanzienlijk teruggebracht en het aantal toetsingsmomenten sterk beperkt. Via de meldingsregeling is de eigen verantwoordelijkheid van instellingen aanzienlijk toegenomen: de instelling zelf kiest moment en vorm van de bouw. Die eigen verantwoordelijkheid kan volledig tot gelding komen bij toereikende (opbouw van) financiële middelen. Dit is nog niet voldoende het geval.
De (schaarste-verdelende) parawettelijke systemen zijn er nog steeds, hoewel van schaarste aan bouwmiddelen nauwelijks nog sprake is. De Commissie 'Terugdringing administratieve lasten zorgsector' wijt de irritatie aan gebrek aan doorzichtigheid en zekerheid en de ineffectiviteit van de procedures, en zij stelt voor het instrument van de 'Bouwprioriteiten' in de wachtstand te zetten om daarmee een belangrijke bron van onzekerheid en oorzaak van vertraging weg te nemen.

Eigen verantwoordelijkheid is het uitgangspunt. Er zijn echter ook publieke belangen (spreiding, toegankelijkheid, betaalbaarheid) en patiënten- of verzekerdenbelangen (aanspraak op voldoende capaciteit, waarborg voor kwaliteit en betaalbare premie) die baat hebben bij een bepaalde mate van regulering. De regels bepalen of beperken niet alleen, zij faciliteren en beschermen ook. Zo zijn er zonder regels geen patiëntenrechten, en is er ook geen invloed op huisvestingsplannen (cliëntenraden); ook vraaggerichtheid kan regulering vergen. Regulering kan ook bijdragen aan stroomlijning van het proces; de bouwbeoordeling berustte vroeger op persoonlijk inzicht (of intuïtie) van functionarissen, nu op kenbare maatstaven en kostennormen als leidraad.
Het faciliterende karakter staat voor 'certificering' van kwaliteit en doelmatigheid, kostendekking van de bouwinvesteringen (nacalculatie uit collectieve middelen), een gewaarborgde exploitatie en een saneringsregeling bij sluiting en reductie van capaciteit. Door de institutionele zekerheden in het systeem als geheel, volgt de financiering vanzelf. In Nederland is een goed verhaal (wel moet de behoefte worden aangetoond) voldoende om een zorginstelling te bouwen met (thans nog) een gegarandeerde bekostiging. Zonder deze 'zekerheden' moet de instellingseconomie drastisch veranderen (o.a. financierbaarheid). Om onnodige risico's te vermijden moet bij deregulering nauwkeurig de toekomstwaarde van de regels (die ieder een eigen ratio hebben) worden vastgesteld. De neveneffecten van deregulering, vaak onbedoeld en onvoorzien, kunnen een verstarrende invloed hebben en de oorspronkelijke doeleinden in gevaar brengen. Uit de praktijk blijkt dat een normatieve benadering van bouw(kosten) remmend werkt op innovaties van de zorg. En wie is gebaat bij stagnatie in de bouw, of onbeheersbare processen?

Deregulering brengt vaak ook <u>andere</u> regels, omdat er naast het belang van degene tot wie de te schrappen regels zich richten ook andere belangen zijn (die bescherming behoeven). Een voorbeeld is weer de meldingsregeling: de eigen verantwoordelijkheid van instellingen voor hun instandhoudingbouw leidt ook tot een bepaalde *verantwoording* aan andere belanghebbenden.
Het toestaan van vrijheden wordt daarom ook mogelijk gemaakt doordat er andere regels komen voor toezicht op de besteding van collectieve middelen, en waarborgen voor (gebouw)kwaliteit en maatschappelijk noodzakelijk geachte beschikbaarheid van capaciteiten. Dit moeten regelingen zijn die zo weinig mogelijk 'bureaucratisch' zijn en geen irritatie oproepen, maar wel effectief zijn vanuit het publieke belang. De instelling is vooral gebaat bij een grotere eigen verantwoordelijkheid (vormgeving en uitvoering van projecten), bij matiging van de risico's, en een aanzienlijke vermindering van administratieve lasten.

Tot slot. Deregulering is geen doel op zich te zijn, maar het resultaat van een afweging van alle pro's en contra's van de in het geding zijnde belangen. In het proces van deregulering moet de juiste dosering gevonden worden, waarbij nog de volgende randvoorwaarden kunnen worden genoemd:

- Deregulering mag geen verplaatsing van bestuursdrukte zijn, zoals in diverse voorstellen kan worden geconstateerd (kleinschalige woonvormen);
- Schoksgewijze overgangen moeten worden vermeden. Het verdient aanbeveling bestaande regelingen die goed functioneren bij voorkeur 'over te hangen' naar de WEZ;
- De uitvoeringspraktijk moet eenvoudiger worden dan nu (zie voorstellen Commissie 'Terugdringing administratieve lasten zorgsector');
- Er moet ruimte zijn voor een groeimodel. De deregulering is al een langlopend proces. De (ijkpunten van de) WEZ (§ 8.2.MvT) gaan ook uit van een groeimodel, maar in de uitwerking lijkt het beleid hiermee weinig rekening te houden (zie bijv. meldingsregeling, werken met LTHP'en, monitoring);
- Hoe minder specifiek de bouw, hoe minder risico (geldt ook omgekeerd), is een stelregel van de WEZ. Hiermee kan rekening worden gehouden door alternatieve waarborgen in te bouwen in het systeem (alternatief voor individuele bouwtoetsing);
- De toetsing van kwaliteit ware te verzekeren door: óf een toetsing vooraf (bouwvergunning), óf een eindafrekening (achteraf, voor kleinere projecten), óf een toetsing bij de exploitatietoestemming op het voldoen aan basiskwaliteitseisen;
- Het voorkomen van stagnatie in de bouw of in de financiering van bouw, bijvoorbeeld door de voorgenomen invoering van de contracteervrijheid te doseren, en de negatieve gevolgen voor instellingen te compenseren (zgn. nadeelcompensatie).

Deregulering is nauwelijks een wetgevingsprobleem. Ook onder de WEZ zal het nodig zijn dat de regelpraktijk in de uitvoering (bouwprioritering, uitstelpassages e.d.) verandert. Regels kunnen ook nodig zijn om beleidswensen tot gelding te brengen, en zij bepalen of beperken niet alleen maar beschermen en faciliteren ook (bijv. de financiering van bouw). De alles-of-niets-benadering van de beleidsmotieven rond de WEZ, en andere onzekerheden (bijv. wegvallen contracteerverplichting) is riskant. Voor een instelling telt: een grotere eigen verantwoordelijkheid, gematigde risico's, minder administratieve lasten. Bij deregulering moet de juiste dosering van regels worden bepaald, en randvoorwaarden in acht worden genomen die voorkomen dat het systeem 'ontregeld' raakt en contraproductief werkt.

2.3. De sturing

Hiervoor kwam de vraag over deregulering aan de orde en hoever hiermee kan worden gegaan. In het verlengde daarvan ligt de vraag in hoeverre de overheid nog sturingsmogelijkheden moet behouden en of die mogelijkheden via de WEZ in voldoende mate blijven gewaarborgd.

2.3.1. *Sturingsmogelijkheden WEZ*

In de bijlage wordt ten algemene ingegaan op de sturingsmogelijkheden van de WEZ.
Als 'wegbereider' voor een stelselwijziging wordt de WEZ in de Nota naar aanleiding van het verslag in een kader geplaatst waarin nagenoeg alle centrale stuurinstrumenten in de wetten die het huidige stelsel dragen, WZV, WTG, ZFW en AWBZ, "op de schop worden genomen". Met name in de langdurende overgangsfase van het 'beetje bij beetje' en 'deelmarkt voor deelmarkt' liberaliseren van de gezondheidszorg, is sprake van een schimmige sturing en verantwoordelijkheidsverdeling. De Minister benadrukt een 'gezamenlijke' verantwoordelijkheid, maar de vraag is wie dan nog aangesproken kan worden. Bepaalde wettelijke verantwoordelijkheden (samenhangend met art. 22 van de Grondwet)

kunnen niet doorgeschoven worden. De rechter houdt de overheid (de Staat) verantwoordelijk, *logistiek en financieel*, voor een toereikend intramuraal zorgaanbod, en bij een tekort aan middelen, is 'rantsoenering' van zorg een onvervreembare taak van de overheid (Rb. Zwolle 2000, Rb. Den Haag 2001). De zorgverzekeraar heeft een contractuele zorgplicht die losstaat van bijvoorbeeld de macro-doelstelling van kostenbeheersing. In de WEZ worden de financiële kaders door de Minister gesteld (die aanvragen die de kaders overstijgen moet afwijzen). Wie reguleert dan de spanning tussen enerzijds de druk tot vergroting van het zorgaanbod (oplossen wachtlijsten, extra zorgvraag en keuzemogelijkheden, betere huisvesting) en nakoming van de zorgplicht en anderzijds het handhaven van de financiële kaders?
Opvallend in de Nota is ook de presentatie van de 'lijdzame' overheid: de overheid die niet bij machte is iets te doen als bijvoorbeeld een ziekenhuis nalaat een bepaalde (vergunde) functie te vervullen. De exploitatietoestemming, zo leest men, is een aan een instelling vergund recht, en of daarin nu wel of geen capaciteiten en functies worden genoemd, de instelling is niet tot productie of levering verplicht! De overheid zou niets meer kunnen afdwingen, terwijl dat toch essentieel is in een wet. In de bijlage 'Voortgangsnotitie WEZ' zet het Bouwcollege uiteen dat een aan een instelling vergund recht op kosten van de collectiviteit, ook onder het regime van de WEZ, verplichtingen schept voor die instelling tot het beschikbaar houden van locaties en capaciteiten.

2.3.2.Sturing via de bouw
De beleidsmotieven rond de WEZ onderschatten naar de mening van het Bouwcollege de betekenis van sturing via bouw. De WEZ stelt de exploitatie centraal: "exploitatie is interessanter dan bouw": de (exploitatie van de) instelling is het aangrijpingspunt. Het proces van zorgverlening staat centraal, bouw is één der elementen, zo stelt de WEZ. In de huidige wetgeving vallen aanbodbepaling en vormgeving van de infrastructuur samen. De bouw of het gebouw staat daarbij natuurlijk niet op zichzelf, maar was en is de uitdrukking van het functioneren van een instelling. Het gevaar bestaat dat het loslaten van de bouw als aangrijpingspunt ook leidt tot het veronachtzamen van de sturing op bouw. De overheid moet ook op bouw kunnen (blijven) sturen als dominante factor voor de capaciteit, schaal en vormgeving van de zorg. Een meer omvattende betrokkenheid (en daarmee noodzakelijkerwijs ook het behoud van sturingsinstrumenten) is nodig dan thans in de voornemens tot invulling van het bouwregime van de WEZ is voorzien (bouw is vrijwel weggedefinieerd uit de WEZ).
De overheid heeft, zoals hiervoor al aangeven, nu eenmaal een (eind)verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en doelmatigheid van de "gebouwde omgeving" en doelstellingen als toegankelijkheid en spreiding zijn rechtstreeks afhankelijk van de beschikbaarheid van zorginfrastructuur, waarvan oprichting en instandhouding ten laste komen van de collectiviteit.
De bemoeienis met bouw mag dan afnemen (het roeien), de verantwoordelijkheid voor sturing kan niet worden ontlopen. Bouw is vaak kostbaar, technisch en functioneel ingewikkeld en legt structuren voor lange tijd vast. Juist in een toekomstperspectief met een enorme vraagtoename en dito kostenstijgingen zou meer aandacht nodig zijn voor de organisatie van voldoende - doelmatig en vraaggericht - *aanbod*.

Het Bouwcollege constateert wel dat in de dummy-beleidskaders de sturing op bouw veel prominenter aanwezig is dan in de gekende voornemens tot invulling van het bouwregime. Dit geldt evenzeer voor het belang van verantwoording naar derden. In de dummy-beleidskader Ziekenhuizen is het als volgt geformuleerd: "De overheid moet vanuit haar eindverantwoordelijkheid goed zicht houden op de wijze waarop ziekenhuizen hun langere termijn beleid vertalen naar huisvesting. Het is in regionaal perspectief ook de verantwoordelijkheid van de ziekenhuizen om demografische, technologische en zorginhoudelijke ontwikkelingen, in nauwe samenwerking met andere regionale aanbieders en patiënten(organisaties) te vertalen naar een strategisch beleidsdocument, waarop de infrastructuur moet

aansluiten." De dummy gaat er vanuit dat het inzichtelijk maken geschiedt door een *toetsbaar* Lange Termijn Huisvestingsplan.
Voor alle sectoren geldt dat de toetsingscriteria in de dummy's vooral in het teken staan van sturing op bouw: Een greep hieruit:

Ziekenhuizen:
- Vervangende nieuwbouw van algemene ziekenhuizen waarbij de capaciteit uitkomt boven de 750 bedden bij 2‰ is in principe niet toegestaan, gezien de te verwachten nadelige schaaleffecten.
- De vorming van zorgketens, die sterk zal doorzetten, kan diep in de infrastructuur doordringen, bijvoorbeeld door de fysieke samenvoeging van functies tussen de 1e en 2e lijn, of tussen cure en care.
- Binnen ziekenhuisorganisaties zal steeds vaker een concentratie van kapitaalintensieve, complexe zorg op één locatie gestalte krijgen, met vanuit dezelfde organisatie een meer decentraal aanbod van vooral poliklinische zorg en dagverpleging.
- Een evenwichtige spreiding van voorzieningen, sober en doelmatig bouwen en een kritische beoordeling van nieuwe toetreders vormen daarmee de aangrijpingspunten voor overheidssturing.
- Het beleid is erop gericht dat via regionale samenwerkingsverbanden de PAAZ'en opgaan in zogenoemde GGZ-centra.

Gehandicaptenzorg:
- Voor de instelling dient het handhaven en het in eigendom hebben van gebouwen van secundair belang te zijn. Scheiden van wonen en zorg is in principe de eerste keuze. Uitgangspunt van beleid is dat de capaciteit in grootschalige verblijfsvormen zoveel mogelijk afgebouwd zal worden.
- Verblijf in een kleinschalige instellingsvoorzieningen (woonvormen) houdt het volgende in: kleinschalig wonen gebeurt in groepen kleiner of gelijk aan 6 personen in zelfstandige en afzonderlijke woningen, in clusters van maximaal 12 personen per postcode buiten het oorspronkelijk instellingsterrein.
- Zorgaanbieders dienen binnen x jaar tenminste x% van hun capaciteit in zorg aan huis te leveren, met als tweede prioriteit zorgverlening in kleinschalige woonvormen voor tenminste x%.
- Bij de transformatie van de infrastructuur blijft ook altijd de vraag naar geleidelijkheid of radicaliteit (kapitaalvernietiging) een rol spelen.

Geestelijke gezondheidszorg:
- Uitgangspunt voor een goede spreiding van de zorg is het zo dicht mogelijk aanbieden van zorg in de eigen omgeving van de cliënt. Dit houdt in dat wordt gestreefd naar kleinschalige, laagdrempelige voorzieningen die een divers zorgaanbod kennen.
- De wachtlijsten voor geestelijke gezondheidszorg zijn onaanvaardbaar lang. Extra middelen zijn nodig voor uitbreiding van de capaciteit.
- In verband met de privacy van patiënten wordt bij intramuraal verblijf gestreefd naar zo veel mogelijk eenpersoonskamers met eigen sanitaire voorzieningen.
- Voor de zorg die vanwege de aard van de behandeling niet aan verblijf is gebonden wordt scheiden van wonen en zorg nagestreefd (BW-plaatsen)
- Planningsnormen vormen het uitgangspunt voor de totstandkoming van het regionale zorgaanbod. Normatieve overcapaciteit moet worden afgebouwd.
- Voor landelijke en bovenregionale voorzieningen geldt een landelijk planningskader.

Verpleging en verzorging:
- Nog veel verzekerden wachten op geïndiceerde zorg.
- Gestimuleerd en ondersteund wordt dat bij nieuw aanbod zo veel mogelijk sprake moet zijn van arrangementen van zelfstandig wonen met zorg op maat.
- De verpleeghuizen zijn op grond van de meldingsregeling in staat om zelfstandig te besluiten tot vervangende nieuwbouw dan wel grootscheepse renovatie. Voor verzorgingshuizen is geen

meldingsregeling van kracht. Bij grote renovaties is er zo een externe prikkel om tot scheiden van wonen en zorg over te gaan.

- Onder privacy: Op dit moment heeft een x-tal verpleeghuizen nog vier- en driebedskamers in gebruik voor die hoeveelheid patiënten per kamer. Geconstateerd is dat een eerder geformuleerd steven om ultimo 2001 alle drie- en vierbedskamers 'in bewerking' te hebben niet is gehaald. Een groot aantal huizen heeft überhaupt nog geen plannen om aan deze ongewenste situatie een einde te maken.

In de langdurige overgangsfase van liberalisering van de gezondheidszorg volgens de deelmarktgewijze benadering is sprake van een onduidelijk sturingsconcept. De stapsgewijze benadering beperkt risico's maar leidt tot een diffuse rol- en verantwoordelijkheidsverdeling. De beleidsmotieven rond de uitvoering van de WEZ blijken soms niet te sporen met de tekst van de wet en de sturingsrol van de overheid; exploitatie van een collectief gefinancierde zorginstelling schept verplichtingen waarop een instelling moet kunnen worden aangesproken. De overheid vervult hierin een essentiële rol (ook juridisch).
Uit literatuur blijkt juist dat de kunst van het loslaten een toespitsing vereist van de 'andere' sturing, de sturing op strategische aspecten.
De overheid moet ook op bouw (blijven) sturen, niet alleen vanwege haar eindverantwoordelijkheid en omdat toegankelijkheid en spreiding sterk van bouw afhangen, maar ook vanwege de dominante betekenis van bouwprocessen voor de inrichting van de zorginfrastructuur. Bouw is uiteraard een afgeleide van het zorgproces en de wensen van patiënten. Bouw als aangrijpingspunt voor sturing speelt in de dummy-beleidskaders een prominentere rol dan in de beleidsvoornemens tot invulling van het bouwregime van de WEZ.

2.4. Borging van (ge)bouwkwaliteit

Mede kan worden verwezen naar hoofdstuk 3 van de bijlage 'Voortgangsnotitie WEZ'.
De Minister onderkent dat sturing op de (ge)bouwkwaliteit nodig is. Naar mate door deregulering meer bouw buiten het bouwregime om wordt gerealiseerd en hierin grote bedragen aan collectieve middelen omgaan, vormt borging van de kwaliteit van de bouw een aandachtspunt. Met een goede kwaliteitsborging kan ook méér bouwbemoeienis worden losgelaten; er kan in verdergaande mate worden gedereguleerd. De Minister vindt het wenselijk dat hierbij toch ook prestatie-eisen voor de bouw in acht worden genomen. De Nota van wijziging met betrekking tot art. 9, eerste lid, WEZ strekt daartoe. De ontwikkeling van prestatie-eisen (basiskwaliteitseisen) kan, conform de nieuwe voorstellen, ook betrekking hebben op bestaande (ge)bouw(en). Basiskwaliteitseisen voor bestaande voorzieningen bieden een goed referentiekader voor de instelling om een verantwoorde accommodatie te realiseren en in stand te houden. Oók kan hiermee worden voldaan aan één van de onder § 8.2. van de MvT genoemde criteria om tot verdere stappen in het traject van deregulering over te gaan: de beschikbaarheid van een monitoringsysteem. Zo kan de (eind)verantwoordelijkheid worden gedragen voor een goede zorginfrastructuur. Deregulering van het bouwregime betekent immers niet dat de zorginfrastructuur niet meer collectief wordt gefinancierd. Door bouwbudgetten, trekkingsrechten of normbedragen beschikbaar te stellen, geeft de collectiviteit ook financieel inhoud aan het scheppen van voorwaarden voor het op een verantwoord peil brengen van de gebouwkwaliteit in de zorg.
De Nota n.a.v. het verslag wijst erop dat de prestatie-eisen voor bouw niet eenmalig gelden, maar dat een instelling blijvend moet voldoen aan de prestatie-eisen. De prestatie-eisen zijn zowel gericht op de technische als op de functionele kwaliteit van gebouwen, en leggen een bodem in de gebouwkwaliteit. Een en ander heeft geleid tot de wijziging in het wetsvoorstel. Ook het huisvestingsplan wordt verplicht gesteld (via art. 15 WEZ).

Het Bouwcollege acht de wijziging van art. 9 een belangrijk winstpunt, maar onvoldoende effectief omdat nog niet is voorzien is een feitelijke toetsing (quick scan) of monitoring van de gebouwkwaliteit. Verder zou het effect wel heel beperkt kunnen blijven, als de 'instandhoudingsbouw' die zich juist richt op bestaande voorzieningen uit de wet zou worden weggedefinieerd. Ditzelfde geldt voor het effect van het LTHP. Wat betreft de feitelijk toetsingsprocedure spreekt de suggestie in het Verslag van de Kamer van een 'quick scan' of het verlenen van de exploitatietoestemming *voor bepaalde tijd* de Minister aan. Het Bouwcollege beveelt dit ook aan, omdat hiermee een zekere periodiciteit in de toetsing optreedt, en desgewenst ook de gebouwkwaliteit een onderdeel van de scan kan vormen. Het Bouwcollege gaat er vanuit dat een en ander komt te berusten op een wettelijke rolverdeling, opdat instellingen de uitvoeringsorganisatie op deze functie en op het toetsingskader formeel kunnen aanspreken (zie de voorstellen onder 3.2.3.1 van de Voortgangsnotitie WEZ).

Sturing op (ge)bouwkwaliteit is een aandachtspunt, naar mate door deregulering meer bouw buiten het bouwregime om wordt gerealiseerd en hierin grote bedragen aan collectieve middelen omgaan (bijv. bij ziekenhuizen loopt bijna alle bouw buiten het bouwvergunningsysteem om). Bij een goede kwaliteitsborging kunnen verdere stappen in het dereguleringstraject worden gezet. Ook de Minister vindt die kwaliteitsborging, via prestatie-eisen (basiskwaliteitseisen) voor bestaande (ge)bouw(en), nodig. E.e.a. heeft geleid tot een wijziging in art. 9 van het wetsvoorstel WEZ. Het Bouwcollege acht die wijziging een winstpunt, doch om feitelijk resultaat te boeken nog niet voldoende. Het Bouwcollege beveelt aan de suggesties in het Verslag van de TK te volgen: een feitelijke toetsing in de vorm van een quick scan bij de exploitatietoestemming, met een zekere periodiciteit. Dit biedt ook de mogelijkheid desgewenst de gebouwkwaliteit te 'scannen' op het voldoen aan de prestatie-eisen. De rolverdeling dient wettelijk te worden verankerd.

2.5. De uitvoerbaarheid van het bouwregime

De WEZ is zowel een kaderwet als een proceswet. Via uitvoeringsregelingen zal nader zicht moeten worden verkregen op het feitelijke toepassingsgebied (welke instellingen), de reikwijdte (o.a. het bouwregime) en de aard van de bevoegdheden. De AMvB inzake het bouwregime draagt in hoge mate bij aan het proceskarakter van de WEZ. Met de nadere vormgeving van het bouwregime krijgt het vergroten van de eigen verantwoordelijkheid van instellingen voor de eigen huisvesting vorm. Aan het proces zijn geen termijnen te koppelen (Nota n.a.v. verslag). Omdat deze AMvB door voortschrijdende deregulering steeds aan wijziging onderhevig zal zijn, wordt via een zgn. voorhangprocedure aan de Staten-Generaal de gelegenheid geboden over de vormgeving van dit proces met de regering van gedachten te wisselen.
Het wetsvoorstel moet faciliterend werken voor de overgang van aanbod- naar vraagsturing (§ 18 Nota). Hetzelfde criterium hanteert het Bouwcollege voor de invulling van het bouwregime: het moet faciliterend (blijven) werken voor bouw in de gezondheidszorg, en de kwaliteit moet gewaarborgd blijven. Hoe precies de regeltjes lopen is zeker belangrijk, maar wat uiteindelijk telt, is of wachtlijsten kunnen worden weggewerkt, of vier- of meerbedskamers in verpleeghuizen (nog meer dan 10.000 bedden) verbouwd kunnen worden, of de huisvesting in de GGZ op een aanvaardbaar niveau kan worden gebracht, en of voldoende bijzondere voorzieningen (kunnen) worden aangeboden. Alleen met een blik op het systeem als geheel en op de samenhang van instrumenten kan daarop een antwoord worden gegeven.

Verder staan de *ijkpunten* voor de uitvoerbaarheid van een (gedereguleerd) bouwregime vermeld in de Memorie van Toelichting bij de WEZ zelf (§ 8.2.):

- de beschikbaarheid van heldere prestatie-eisen voor de bouw (in een systeem van operationele toetsing);
- ervaringen met bouwmanagement, o.a. onder de huidige meldingsregeling;
- het werken met langetermijnhuisvestingsplannen;
- de beschikbaarheid van een monotoringsysteem;
- voldoende countervailing power in de relevante omgeving van de instelling;
- het betrachten van transparantie en afleggen van openbare verantwoording;
- zicht hebben op de op langere termijn beschikbaar te houden capaciteiten, resp. het afbouwen van intramurale capaciteit.

Toetsing van de invulling van het bouwregime aan deze ijkpunten is echter achter de horizon verdwenen.
Daarnaast spelen voor de beoordeling van het bouwregime nog externe onzekerheden een rol: de gewijzigde sturing in de ZFW (loslaten contracteerverplichting), de modernisering van de AWBZ (flexibilisering zorgaanspraken die niet meer instellingsgebonden zijn), de ontwikkeling van een systeem van productprijzen (o.a. dbc's) en de zgn. 'bruterings'operatie. Huisvestingskosten zullen mogelijk op een andere wijze bekostigd gaan worden dan thans nog in het concept van de WEZ is voorzien (nacalculatie en normbedragen/trekkingsrechten). Het is niet duidelijk of de invulling van het WEZ-regime stimulerend of juist belemmerend zal werken op die externe ontwikkelingen.

Het toetsingscriterium: het bouwregime van de WEZ moet faciliterend blijven werken voor bouw in de gezondheidszorg en de kwaliteit moet gewaarborgd blijven. Uiteindelijk tellen de effecten op de inhoudelijke doelstellingen van voldoende capaciteit en aanvaardbare gebouwkwaliteit. Voor beoordeling van het bouwregime spelen de 'ijkpunten voor verdere deregulering' uit de MvT bij de WEZ zelf een rol alsmede externe onzekerheden, zoals de modernisering van de AWBZ en de ontwikkeling van productprijzen. Operationalisering van de ijkpunten bij de invulling van het bouwregime is achterwege gelaten.

2.5.1. Bereik bouwregime WEZ onzeker

2.5.1.1. Begrippenkader ontbreekt

Het zicht op de AMvB's die concreet invulling moeten geven aan het bouwregime is beperkt: de definities (die de reikwijdte bepalen) ontbreken.
Een AMvB ex art. 4, lid 3, bepaalt de reikwijdte van het bouwregime door aan te geven welke "vormen van bouw" voor welke categorieën van instellingen daaronder vallen. Het bouwregime houdt dan in een exploitatietoestemming van de Minister en bouwvergunning plus eindafrekening van het CBZ. Om te weten wat een bepaalde zorginstelling is en of vormen van bouw voor die instelling onder het bouwregime vallen, is kennis nodig van deze AMvB en van de definities, zoals van bouw, instandhouding, ingebruikneming (huur of lease), bestemmings- of functiewijziging, vervanging, uitbreiding, etc, die de reikwijdte van het bouwregime en de financiële vergoedingen (nacalculatie of normatieve bekostiging) mede bepalen.

2.5.1.2. Instellingsbegrip en bouwkundige voorziening

De vraag wat een 'instelling' is, is in WEZ-verband nog niet beantwoord. Door de Nota van wijziging richt het vereiste van de exploitatietoestemming zich nu niet meer op 'rechtspersonen' (vanwege de

ontwijkingsmogelijkheden) maar op 'instellingen' die positief in een AMvB worden aangewezen als 'organisatorische verbanden' die strekken tot het verlenen van zorg waarop ingevolge AWBZ of ZFW aanspraak bestaat'. Ten opzichte van de oorspronkelijk versie van het wetsvoorstel is dit een verbetering. Toch is hiermee nog geenszins het begrip 'instelling' gedefinieerd. De verduidelijking in de Nota van wijziging heeft alleen betrekking op de soort zorg die geleverd wordt (aansluiting bij de zorgaanspraken en verstrekkingen), niet op het instellingsbegrip.
Het Bouwcollege heeft daarover een aantal vragen. Valt onder de nieuwe definitie elk organisatorisch verband van meer dan één beroepsbeoefenaar, en moeten die een samenwerkingsverband hebben dat strekt tot het verlenen van zorg? Bijvoorbeeld, twee medisch-specialisten, huisartsen of fysiotherapeuten in een maatschap vormen een instelling, maar twee afzonderlijk praktijk voerende medisch specialisten in een pand met een gezamenlijke administrateur vormen geen instelling (i.c. geen ZBC). En moeten kleine verbanden, bijvoorbeeld maatschappen binnen een hoofdverband, zoals een ziekenhuis, niet worden uitgezonderd? Anders zou toepassing van de wet wel heel complex worden.
Per categorie van instellingen zal het bouwregime verschillen. Voor verpleeghuizen zal bijvoorbeeld een heel ander regime gelden dan voor verzorgingshuizen, terwijl het onderscheid tussen deze typen instellingen door de flexibele zorgaanspraken en het (op termijn) loslaten van het instellingsgebonden karakter van de zorgaanspraken juist zal vervagen.
Volgens de jurisprudentie (Rb. Den Haag 5 maart 1993, TvGR 1993/56) is een inrichting voor gezondheidszorg een instelling met "een bouwkundige voorziening waarin stelselmatig medische handelingen (kunnen) worden verricht, daaronder begrepen handelingen gericht op de verpleging van personen". Daarmee is nog niet onmiddellijk duidelijk welke bouwkundige voorzieningen dan tot de instelling behoren, met andere woorden welke voorzieningen onder het beslag van het bouwregime vallen. De precieze bepaling van het bereik van dit regime is van belang voor bouw en collectieve bekostiging, sanering, afstoot onroerende zaken, classificatie gebouwkwaliteit, opbouw van trekkingsrechten, aanbestedingsverplichtingen e.d.
In de AMvB ware de kapstok-bepaling van de WZV over te nemen, dat tot de instelling ook behoren de met zodanige instelling verbonden of ten behoeve van de instelling fungerende bouwkundige voorzieningen.

2.5.1.3. Vormen van bouw: wat is instandhouding?

Het is cruciaal dat instandhoudingsbouw binnen het bereik van het bouwregime (en daarmee binnen de wet) gedefinieerd blijft. Indien instandhoudingsbouw – wat het Bouwcollege ontraadt – buiten het bouwregime en de wet wordt gehouden moet het begrip nauwkeurig worden afgebakend van de vormen van bouw die dan wel onder het bouwregime vallen. Bij beperking van het bereik van het bouwbegrip is bijv. de gebouwkwaliteit niet ex WEZ vast te stellen, of zijn geen aanbestedingsverplichtingen voor instandhoudingsbouw op te leggen. Thans geldt de verplichting dat bouwplannen in concurrentie worden aanbesteed "ter bevordering van doelmatige bouw, vrije mededinging en openbaarheid van handelen". Dat deze regels niet overbodig zijn, blijkt wel uit de problematiek in andere sectoren.
'Instandhoudingsbouw' is een ruim begrip: het omvat ook bestemmingswijziging, vervangingsbouw (op termijn: het integrale huisvestingsbudget) en alle vormen van nieuwbouw zonder uitbreiding van de capaciteit ('stukken nieuwbouw en functionele modernisering). Bij ziekenhuizen omvat het vrijwel alle bouw. Voor die sector bedraagt het geraamde bedrag voor instandhoudingsbouw voor de periode 2000-2012 € 5,84 miljard (*f* 12, 9 miljard, ontleend aan het rapport bouwbehoefte CBZ 2001).

2.5.1.4. Dereguleren binnen de vergunningensystematiek

Via de AMvB in art. 1, tweede lid, kunnen vervolgens delen van de vergunningsfase niet van toepassing worden verklaard: bijv. alleen een bouwvergunning of alleen de goedkeuring van de eindafrekening. Van

deze AMvB is geen concept beschikbaar. Welke gegevens voor toepassing van het bouwregime moeten worden ingediend is evenmin bekend (AMvB art. 5, onder b en Ministerieel Besluit art. 10, derde lid).

Het verzoek geeft een schets van de beleidsvoornemens tot invulling van het bouwregime, in het verlengde van de brief van 25 september aan de Tweede Kamer. De echte uitvoeringsregelingen (3 AMvB's) ontbreken, waardoor o.a. het begrippenkader (instelling, bouw en vormen van bouw) buiten beeld blijft. Een concrete toets op de uitvoerbaarheid van het bouwregime is niet echt mogelijk, mede door enkele onzekerheden in de beleidsvoornemens. Cruciaal is dat, anders dan thans voorgenomen, 'instandhoudingsbouw' binnen het regime voor 'bouw' blijft gedefinieerd, o.a. voor borging van de gebouwkwaliteit of voor aanbestedingsverplichtingen.
Instandhoudingsbouw is zeer ruim en financieel omvangrijk (geraamd voor ziekenhuizen in de periode 2000-2012 op € 5,84 miljard).
Nodig is ook een bouwkundige definitie van de zorginstelling om, los van juridische constructies, het bereik van de wet in functionele zin te bepalen.

2.5.2. De voornemens tot invulling van het bouwregime per sector.

2.5.2.1. De voornemens

Het verzoek geeft een schets van de beoogde invulling van het bouwregime per 2003. De voorstellen kiezen voor een gedifferentieerde toepassing van het instrumentarium: in veel gevallen betekent dit het loslaten van het bouwregime waarbij de instelling (en de verzekeraar) in bepaalde varianten zelf beschikt over de financiële ruimte om tot bouw te besluiten.
Instandhoudingsbouw met een opbouw van 'trekkingsrechten' tot 50% voor de AWBZ-sectoren en tot 65% voor de ziekenhuissector valt niet onder het bouwregime van de WEZ, tenzij de opbouw van trekkingsrechten nog niet is voltooid. Bij een onvolledige opbouw van trekkingsrechten is een beroep op de vergunningprocedure mogelijk (hardheidsclausule). Volgens de brief van 25 september 2001 heeft de instelling de vrijheid het renovatieproces te 'verrijken' met stukken nieuwbouw, zoals functionele modernisering of een verschuiving in de accommodatie van kliniek naar polikliniek. De instandhoudingsbouw van verzorgingshuizen valt vooralsnog geheel binnen het bouwregime, in verband met het beleid om het scheiden van wonen en zorg te stimuleren (zie ook de brief van de Minister van 14 december 2001). Over het regime voor academische ziekenhuizen wordt nog overleg gevoerd binnen VWS.
Onder de WEZ is de melding(sregeling) niet meer aan de orde. De financiële middelen mogen enkel worden ingezet voor het doel waarvoor ze zijn opgebouwd: het voorzien in de bouwbehoefte voortvloeiend uit fysieke en functionele veroudering van voorzieningen. De verantwoording over de besteding van middelen kan plaatsvinden via de jaarverslaggeving.
De Minister bepleit een soepele overgang tussen de huidige meldingsregeling en het regime van de WEZ.

Specifieke sectorvoorstellen

De volgende initiatieven vallen niet onder het bouwregime van de WEZ:

a) Het bouwen voor instellingen die nu al niet onder het bouwregime (bedoeld is: van de WZV) vallen: thuiszorginstellingen, RIAGG's, RIBW-en, SPD'en ed.

b) Het bouwen ten behoeve van volledig privaat gefinancierde instellingen, bedoeld in art. 4, tweede lid, van de WEZ. Voor zover deze instellingen WTG-tarifering behoeven ligt volgens de Minister het verwerken van de feitelijke (bouw)kosten in de tarieven in de rede.
c) Het bouwen ten behoeve van sociowoningen, overige instellingen voor kleinschalige woonvormen (12 mensen of minder per postcode), centrale bureaus en initiatieven in het kader van extramuralisering van de zorg. De Minister gaat uit van het vergoeden van normbedragen in de tarieven.

De Minister streeft ernaar beperkte capaciteitsuitbreidingen tot 25%, per periode van vijf jaar, in de GGZ-sector en in de sector verpleeghuizen niet langer onder het bouwregime (bedoeld is: de vergunningensystematiek) te laten vallen. De ontwikkeling van de capaciteit wordt bewaakt via de exploitatietoestemming. De bouwkosten voor zo'n uitbreiding worden in de tarieven vergoed op basis van normbedragen. Gezien de complexiteit van de operatie en de beperkte implementatietermijn houdt de Minister rekening met een latere inwerkingtreding dan op 1 januari 2003.

2.5.2.2. Analyse

Onder *bouwregime* wordt hier verstaan: bouw waarop de vergunningensystematiek van toepassing is, dus exclusief instandhoudingsbouw (behalve bij verzorgingshuizen) of capaciteitsbouw via normbedragen. Verder valt in de WEZ onder het bouwregime alleen de toetsing van (ge)bouwkwaliteit, niet tevens de aanbodbepaling (het is alleen deregulering van *bouw*bemoeienis, niet van *aanbod*bemoeienis). De aanbodbepaling verschuift naar de exploitatietoestemming (onder de WZV vallen beide samen en valt ook instandhoudingsbouw onder het bouwregime via melding). Met name bij capaciteitsuitbreidingen in de GGZ en bij verpleeghuizen (tot 25%) zal, onder uitschakeling van het 'bouwregime', in beperkte zin de capaciteit (bestaand, zowel als de uitbreiding) worden bewaakt door de exploitatietoestemming en door toepassing van criteria in het beleidskader, zoals de bijdrage aan het oplossen van wachtlijsten. De enge uitleg van het 'bouwregime' doet geen recht aan de wettelijke rolverdeling, zoals die van zorgverzekeraars die hun positie - een adviesrol naar de Minister - ontlenen aan het bereik van het begrip 'bouwregime'.
Over de positie van de verzekeraar roept het verzoek nog een andere onduidelijkheid op, waar wordt gezegd: "Voor bouwplannen die bij de inwerkingtreding van de WEZ onder het bouwregime uitgaan, dient een situatie bereikt te zijn waarbij instelling en verzekeraar over de financiële ruimte beschikken om zelf over dergelijke bouwplannen te kunnen besluiten." Hier is sprake van een misverstand: alleen *de instelling* beslist, binnen de randvoorwaarde van voldoende opbouw van trekkingsrechten, over instandhoudingsbouw, en bij normatieve capaciteitsbouw beslist het College voor zorgverzekeringen over de uitbreiding van capaciteit.

Bij toepassing van de zgn. *hardheidsclausule* rijzen ook vragen. In het huidige regime bestaat een *dubbele* hardheidsclausule, d.w.z. dat de instelling kan uitwijken naar de vergunningprocedure voor aanvullende middelen (nacalculatie, voor zover de investeringskosten aanvaardbaar zijn):
- 1. Indien de instelling nog niet heeft opgebouwd tot het normatieve niveau (50% AWBZ-sectoren, 65% ziekenhuissector), en
- 2. Indien de normatieve middelen – ook bij volledige opbouw – tekortschieten om de individuele bouwbehoefte van een instelling te dekken. Uit het verzoek (citaat: " Als een initiatief geheel van het bouwregime is uitgezonderd behoort het niet meer tot de mogelijkheden om via een vergunningprocedure aanvullende middelen te vragen.") valt op te maken dat de hardheidsclausule ad 2 niet onder de WEZ zal gelden, terwijl in de praktijk juist aan die hardheidsclausule behoefte blijkt te bestaan.

Van 'instandhouding' ontbreekt een (nieuwe) definitie in het kader van de WEZ. Als hiervoor nog steeds een *negatieve* omschrijving zou gelden – alle bouw niet zijnde volumebouw, d.w.z. afhankelijk van mutatie in bedden of functies – zou dat betekenen dat allerlei bouwkundige uitbreidingsprojecten (100% investeringen) voor de instandhoudingsnorm (50% of 65%) moeten worden uitgevoerd, zonder uitwijk naar het vergunningtraject. In de ziekenhuissector zijn vrijwel alle projecten niet-capaciteitsgebonden. Instellingen krijgen daarvoor vrijheid van handelen *binnen de beschikbare trekkingsrechten.* De financiële dekking voor het plegen van 'stukken nieuwbouw', zoals de voornemens suggereren, is echter niet aanwezig, tenzij een beroep mogelijk is op de hardheidsclausule.

De beleidsvoornemens gaan voorbij aan het criterium in de MvT voor het vrijgeven *van risicovolle en complexe projecten* (MvT pag. 3). Van toepassing van de *ijkpunten voor verdere deregulering* (zie onder 2.5 bij uitvoerbaarheid bouwregime) is geen sprake: prestatie-eisen voor bouw, bouwmanagement onder de meldingsregeling, werken met LTHP'en, monitoringsysteem, countervailing power, transparantie en verantwoording, en zicht houden op capaciteiten of afbouw.
In de MvT: "Bij projecten met grote externe effecten en grote risico's voor kwaliteit en kosten moet de overheid noodzakelijkerwijs een sturende rol houden. Bij bouwprojecten waarvan de uitvoering om redenen van kwaliteit en doelmatigheid risicovol wordt geacht is een exploitatietoestemming van de Minister van VWS en een vergunning van het College bouw vereist." Een start van de deregulering met niet-complexe projecten lijkt gegeven deze criteria logisch. In de gepresenteerde uitwerking zullen echter ook relatief grote projecten (projecten van vele tientallen miljoenen Euro's) zich onttrekken aan een individuele toetsing op kwaliteit en doelmatigheid; deze projecten onttrekken zich ook aan het zicht op, bijvoorbeeld de rechtmatigheid van de uitgaven), want "een meldingsregeling is niet aan de orde". Hoe verhoudt deze uitwerking zich tot de in de MvT genoemde ijkpunten en hoe aanvaardbaar zijn de risico's zonder dat daar is voldaan?

Het voornemen de *meldingsregeling* (voor instandhoudingbouw) af te schaffen staat haaks op de genoemde ijkpunten. Er is sprake van een forse breuk in een systeem waarin alle schakels logisch in elkaar grijpen: kennisgeving van voorgenomen bouw, rechtmatigheidstoetsing, benutting trekkingsrechten, eventueel beroep op de hardheidsclausule, en een inbrengverplichting bij beroep op vergunning/nacalculatie. De Minister wil enerzijds een goede overgang tussen WZV en WEZ realiseren en noemt en passant de meldingsregeling een "essentiële" regeling, maar wil toch de melding loslaten: "de WEZ gaat hierin een stap verder". De verantwoording over de bouwinvesteringen verschuift van een rechtmatigheidstoetsing vooraf naar een verantwoording achteraf, die primair een financiële insteek heeft. De verantwoording heeft betrekking op rechtmatigheid: is sprake van onder de wet vallende bouw ten behoeve van de ziekenhuisvoorziening, is sprake van noodzakelijke bestanddelen, wordt niet excessief boven de normen gebouwd (in verband met eventuele inbrengverplichting bij een beroep op aanvulling van middelen), worden geen publieke middelen aangewend voor private bouw, en door de 'opwaardering' van het bij de melding verplichte LTHP is ook de verantwoording van een extern draagvlak bij 'stakeholders' onderdeel van de toets. Niet aangegeven is wat dan in de WEZ-systematiek nog de sanctie zou kunnen zijn als blijkt dat onrechtmatige bouw zou zijn gepleegd. Bouw is feitelijk een onomkeerbaar proces. Hoe wordt uit de financiële rapportage afgeleid of de middelen zijn aangewend voor "de bouwbehoefte voortvloeiend uit fysieke en functionele veroudering"?

Bij de *specifieke sectorvoorstellen* worden de volgende kanttekeningen geplaatst.
Voor de instellingen onder a) geldt dat zij niet onder het bouwregime van de WEZ vallen. Zij vallen echter wel onder een ander regime: dat van de normatieve bouwvergoedingen. Niet per definitie waar

de individuele bouwbeoordeling vervangen wordt door normbedragen, is sprake van een bouwimpuls. In de praktijk zien we soms een verplaatsing van regelgeving en stagnatie in de bouw (RIBW-en).
De positie van de volledig privaat gefinancierde instellingen (b), bedoeld in artikel 4, tweede lid, van de WEZ, en de bekostiging van de huisvesting, zijn onduidelijk. Zodra de contracteerverplichting wordt opgeheven, vervalt in feite het onderscheid tussen de reguliere (nu: toegelaten) instellingen en de zogenaamde private instellingen. Doordat het toelatingscriterium vervalt, is het onderscheid niet meer te maken. Bij een contract worden immers ook de private instellingen uit de collectieve kassen bekostigd. Wat wordt dan verstaan onder de "volledig privaat gefinancierde" instellingen? Zijn dit alleen instellingen die geen contract met een zorgverzekeraar hebben?
Onder het huidige regime hebben de Zelfstandige Behandelcentra (ZBC) veelal een overeenkomst met een zorgverzekeraar. Bij ingebruikname als ZBC is de gebouwkwaliteit getoetst, maar niet in termen van maximaal aanvaardbare m^2's of kosten: er is immers geen sprake van nacalculatie van huisvestingkosten, en ook niet van een contracteerplicht van verzekeraars. Wat zou er dan nu op tegen zijn om bij de aanvraag van een exploitatietoestemming voor een ZBC de geschiktheid en veiligheid van de ruimtelijke voorzieningen, zoals de operatiekamers, te toetsen? Voor de huisvestingskosten van ZBC's wordt niet uitgegaan van feitelijke maar van de normatieve kosten.
Bij de voornemens onder c) wordt een vergaande detaillering van de deregulering gesignaleerd, met name voor de kleinschalige woonvormen (12 mensen of minder per postcode, geen tussendeur, e.d.). De detaillering (vanuit het overheidsbeleid om één bepaald model op te leggen) schiet haar doel van vraaggerichtheid voorbij, en leidt tot allerlei uitwijk- en strategisch gedrag om de meest voordelige bekostiging binnen te halen. In de brief d.d. 8 oktober 2001 heeft het Bouwcollege als alternatief voorgesteld om binnen het bouwregime een meldingsregeling voor kleinschalige woonvoorzieningen te introduceren. Daarmee zijn deze voorzieningen uitgezonderd van de vergunningplicht, maar blijft de kwaliteitsborging voor de huisvesting waarop deze kwetsbare groepen zijn aangewezen, in stand.
Een speciaal aandachtspunt bij de uitvoerbaarheid van deze voornemens is de grote mate van *differentiatie per sector*. De vraag is hoe zich dat verhoudt tot de voornemens de aanspraken functioneel te omschrijven en het instellingsbegrip te flexibiliseren, een ontwikkeling waarbij juist de sectorale samenhang wordt gezocht in plaats van het sectorale onderscheid. Te grote verschillen in 'bouwregime' zouden belemmerend kunnen werken op de samenhang die in de zorgverlening wordt nagestreefd.

2.5.2.3. Alternatieve voorstellen Bouwcollege

Hardheidsclausule
Het Bouwcollege bepleit het openstellen van een hardheidsclausule (aanvulling via vergunning) indien de opgebouwde middelen niet toereikend zijn voor instandhoudingsbouw of normatieve capaciteitsbouw. Voorwaarde daarvoor is wel dat deze vormen van bouw onder het bouwregime blijven vallen en niet worden 'weggedefinieerd' uit de wet.

Meldingsregeling
Het Bouwcollege pleit voor handhaving van een meldingsregeling[1] voor vormen van bouw die buiten de vergunningensystematiek vallen, maar wel onder het bouwregime gedefinieerd zouden moeten blijven. Het volstaan met een melding heeft, zoals ook de Minister onderkent, een sterk deregulerend effect. Met de meldingsregeling is de *juiste balans* gevonden tussen enerzijds de eigen verantwoordelijkheid van

[1] In formele zin is sprake van 'kennisgeving van bouw' (zie ook pag. 31 MvT), in de praktijk heeft de term 'melding' ingang gevonden.

instellingen en deregulering en anderzijds de bescherming van collectieve belangen, zoals de rechtmatige besteding van (collectieve) middelen, en via het LTHP de verantwoording naar derden.
Het afschaffen van de meldingsregeling is contraproductief. 'Melding' van voorgenomen bouwinvesteringen is onontkoombaar in het systeem waarin de Minister wel wil blijven uitgaan van 'trekkingsrechten' en van een hardheidsclausule bij onvolledige opbouw van trekkingsrechten; over de omvang van de te verzilveren trekkingsrechten zal moeten worden beslist, en bij toepassing van enige hardheidsclausule zal, ter vermijding van dubbele bekostiging moeten worden teruggekeken op een rechtmatige besteding.
Bij (onomkeerbare) bouwprocessen buiten de vergunningprocedure om ontlenen 'andere' partijen, zoals zorgverzekeraars en patiënten/consumenten, hun positie uitsluitend aan de meldingsregeling met het LTHP als kader. Zonder dit instrumentarium komt de recente beleidsregel in aansluiting op de sturingsbrief d.d. 8 juni 2001 aan de Tweede Kamer in de lucht te hangen wat betreft functie-concentratie of –herverdeling die via instandhoudingsbouw wordt gerealiseerd.
Een meldingsregeling is ook in de WEZ geen vreemd element, want de MvT (pag. 31) voorziet er reeds in dat "bij AMvB als tussenstap naar het buiten het bereik van het bouwregime brengen een kennisgevingsplicht kan worden geïntroduceerd".
Overigens wordt ook in het rapport 'Minder regels, meer zorg (rapport van de Commissie 'Terugdringing administratieve lasten zorgsector') de meldingsregeling niet gezien als een onnodige administratieve last; het rapport stelt als maatregel voor de langere termijn juist een verruiming voor van de meldingsregeling, waarbij het langetermijnhuisvestingsplan als kader fungeert.

Verzorgingshuizen
De instandhoudingsbouw van verzorgingshuizen blijft vooralsnog geheel onder het bouwregime vallen (zij bouwen momenteel geen trekkingsrechten op in verband met het beleid van scheiden van wonen den zorg). Dit beleid heeft het bezwaar dat de vele verzorgingshuizen die nog tot in lengte van jaren hun intramurale capaciteit (moeten) houden door de feitelijke omstandigheid dat het scheiden van wonen en zorg niet gerealiseerd wordt c.q. kan worden, eventueel omgebouwd tot verpleegcapaciteit, geen middelen voor instandhouding opbouwen. De kwaliteit van de huisvesting is hiermee in het geding. Het Bouwcollege stelt voor een meldingsregeling met opbouw van trekkingsrechten in het leven te roepen voor die verzorgingshuizen waarvan is komen vast te staan dat de levensduur nog minstens 20 jaar is. Denkbaar is ook een meldingsregeling voor de jaarlijkse instandhoudingskosten en daarnaast een verkorte procedure voor kleinere projecten. In de WZV valt de kleinere instandhouding van verzorgingshuizen onder een 'verkorte procedure': geen verklaring nodig, alleen vergunning. Onder de WEZ is dit regime te creëren door de AMvB in artikel 1, tweede lid (het niet toepassen van delen van de wet op een aangewezen categorie van instellingen) zo toe te passen dat het vereiste van een exploitatietoestemming niet geldt voor kleine instandhoudingsprojecten van verzorgingshuizen. Op die wijze kan de huidige vkp-regeling materieel doorlopen in het nieuwe systeem.

Gehandicaptenzorg
Als alternatief voor de detaillering van de voorwaarden voor de bouw van woonvormen kan verwezen worden naar het algemene aanvullende voorstel voor deregulering van capaciteits- en vervangingsbouw onder 2.6.

Normbedragen voor uitbreidingsbouw (GGZ en verpleeghuizen)
Het Bouwcollege ondersteunt de gedachte achter de nu voorgenomen maatregelen voor bouw bij capaciteitsuitbreidingen (tot max. 25% over vijf jaar) in de GGZ en bij verpleeghuizen, met de volgende kanttekeningen bij de uitvoering. Deze capaciteitsbouw volgens normbedragen zou onder het

bouwregime moeten blijven vallen, doch buiten de vergunningensystematiek. Via de exploitatietoestemming zou niet alleen de capaciteitsuitbreiding bewaakt moeten worden (zie verzoek Minister) maar ook de basiskwaliteit van de gebouwuitbreiding. In de optiek van het Bouwcollege wordt de exploitatietoestemming voor deze vorm van capaciteitsbouw afgegeven door de Minister, met de daarbij horende wettelijke rol van de zorgverzekeraar; geverifieerd wordt dat de normen voor gebouwkwaliteit in acht worden genomen.
Voor zover de bouwkosten gedekt zouden worden via normbedragen (in het tarief op te nemen) gekoppeld aan capaciteitsparameters (bedden, plaatsen), is de kans aanwezig dat deze bedragen of budgetten niet sporen met de werkelijke, aanvaardbare kosten. In de praktijk blijken normbedragen ook nogal remmend te werken op innovaties van de zorg. In het geval instellingen hierop tekort komen of een innovatie nastreven, zouden zij een beroep moeten kunnen doen op de hardheidsclausule teneinde de kosten vergoed te krijgen overeenkomstig de individuele bouwbehoefte (voor zover aanvaardbaar geacht).

Naast de alternatieve voorstellen heeft het Bouwcollege *aanvullende voorstellen* voor beperking van de individuele bouwbemoeienis (zie hierna).

Het Bouwcollege bepleit het openstellen van een hardheidsclausule voor aanvullende financiering bij ontoereikende 'trekkingsrechten' voor instandhoudingsbouw of normbedragen voor capaciteitsbouw.
Het Bouwcollege stelt ook handhaving voor van een meldingsregeling, als deregulerend instrument met externe verantwoording. Verantwoord dereguleren is het dereguleren met verantwoording. Het terzijde schuiven van de meldingsregeling is een systeembreuk en is contraproductief. 'Melding' van investeringen is onontkoombaar in een systeem van trekkingsrechten en een hardheidsclausule voor onvoldoende opbouw (elementen die wel worden gehandhaafd). Een meldingsregeling (kennisgeving) is geen vreemd element in de WEZ en in de nog te ontwerpen AMvB voor het bouwregime (pag. 30 MvT).
De dereguleringswinst voor verzorgingshuizen kan aanzienlijk worden vergroot. De gehandicaptenzorg kan profiteren van een aanvullend voorstel.
Het Bouwcollege ondersteunt op zich de gedachte achter de voorstellen voor capaciteitsbouw in de GGZ en bij verpleeghuizen. Voor capaciteitsbouw is een wettelijk rol van Minister en zorgverzekeraar aangewezen (via de exploitatietoestemming); op gebouwkwaliteit wordt toegezien buiten de vergunningensystematiek. Een hardheidsclausule zou expliciete (investerings)tekorten van instellingen op de normbedragen of bouwbudgetten moeten kunnen afdekken en eventuele innovaties faciliteren.

2.6. Aanvullende voorstellen tot beperking van de bouwbemoeienis

Het Bouwcollege heeft ook aanvullende voorstellen die de bemoeienis met individuele bouwprojecten beperken:
- Volstaan met melding ook bij capaciteitsbouw en (gedeeltelijke) vervangingsbouw.
- De 'opgewaardeerde' functie van het LTHP ook in het WEZ-regime tot uitdrukking te brengen.

Voor het doorvoeren van deze beperking gelden enkele randvoorwaarden: 1. voldoende sturing op hoofdlijnen (zie hiervoor) en 2. inachtneming van de eerdergenoemde ijkpunten voor verdere deregulering.

2.6.1. Melding ook voor capaciteitsbouw en (gedeeltelijke) vervangingsbouw

De sleutel voor een substantiële deregulering ligt naar de mening van het Bouwcollege in een verdere beperking van de *vergunningprocedure* voor de beoordeling van individuele bouwinitiatieven. In de WEZ is de bouwvergunningprocedure ingebed in een systeem van aanvraagrondes en cyclische bouwprogrammering. Logisch en voorzienbaar gevolg is een nogal complex beschikkingensysteem met een (te) lange zogeheten 'rijptijd' van beslissingen. Het College voor ziekenhuisvoorzieningen deed de aanbeveling dit systeem bij te stellen (te strakke financiële planning, bouwprioritering alleen toepassen als sluitstuk via globale urgentiekwalificaties, geen zgn. afstelpassages maar het in reserve houden van projecten, geen rangorde van projecten, en besluitvorming per jaar i.p.v. per cyclus van twee jaar). In de Memorie van Toelichting bij de WEZ (pag. 45) is het risico van onvoldoende tijdige doorstroming van projecten als een 'evaluatiepunt', na 5 jaar werking van de WEZ, benoemd. Het Bouwcollege beveelt aan dit cyclussysteem en de mogelijk ongunstige neveneffecten vooraf nog eens door te lichten.

Daarnaast kan, zoals in eerdere voorstellen van het Bouwcollege naar voren is gebracht (brief d.d. 6 juni 2001), het toepassen van de vergunningprocedure worden teruggebracht door het meldingssysteem uit te bouwen naar andere vormen van bouw waarvoor thans nog de vergunningprocedure is aangewezen: capaciteitsbouw en (gedeeltelijke) vervangingsbouw.[1] Het bovengenoemde cyclussysteem wordt minder belast en daarmee is het functioneren ervan minder kritisch. In vergelijking met de voorstellen van de Minister kunnen de voorwaarden voor deregulering minder gedetailleerd zijn en kunnen ook sectoren als gehandicaptenzorg en verzorgingshuizen (meer) profijt hebben van vereenvoudiging van het regelsysteem; het komt de eenvoud van het systeem ten goede.
De voorwaarden voor invoering staan in feite vermeld in de MvT bij de WEZ (par. 8.2): de *ijkpunten* voor een verdere deregulering van het bouwregime. Daarin komen de elementen samen die de 'strategische sturing op hoofdlijnen' gestalte geven: borging kwaliteit bouw, ervaring met bouwmanagement, meldingsregeling, werken met LTHP'en (zie ook 2.6.2.), monitoring, countervailing power, verantwoording en communicatie naar derden, ook over capaciteiten.

Het loslaten van sturing zou neveneffecten hebben die ongunstig uitwerken op de beleidsdoelen en op het faciliteren van bouwprocessen. Het teveel blijven toepassen van individuele bouwbeoordeling doet onvoldoende recht aan deregulering en overdracht van verantwoordelijkheden. Deze gegevenheden samen kunnen worden verenigd in het concept van de 'strategische sturing' op hoofdlijnen – een meldingsregeling met het LTHP als kader – en inachtneming van de aangegeven ijkpunten kan de besluitvorming ook over capaciteitsbouw en (gedeeltelijke) vervangingsbouw meer aan partijen worden overgelaten. De uitwerking is aangegeven in de brief van 6 juni 2001.
De middelen voor capaciteitsbouw komen beschikbaar via normbedragen en door besluitvorming over de exploitatietoestemming met bouw (Minister beslist), waarbij een LTHP beschikbaar is dat is afgestemd op de zorgvisie en met 'stakeholders'; de zorgverzekeraar/het zorgkantoor vervult hierbij een wettelijke rol. Geeft het LTHP geen contra-indicatie voor bouw, dan kan het project op basis van een melding tot uitvoering worden gebracht. Een vergunningprocedure is niet meer nodig. In principe kan dit systeem voor alle categorieën van voorzieningen worden toegepast (zij het dat de voorwaarden, conform beleidsdoelen, sectorspecifiek kunnen worden ingevuld). Een te grote differentiatie van bouwregimes, die de overzichtelijkheid niet bevordert, wordt hiermee voorkomen.

---

[1] De vergunningprocedure wordt onder de WEZ nog toegepast voor capaciteitsbouw (uitbreiding capaciteit), nieuwbouw, vervangingsbouw en nieuwe toetreding (bijv. door ingebruikneming).

De vergunningprocedure is alleen nog nodig bij een beroep op de hardheidsclausule en bij een volgens het ijkpunt in par. 8.2. MvT "bouwtechnische, logistieke en bestuurlijke complexiteit van de bouwprojecten" (complexe projecten met zeer grote investeringen).

Het vergunningensysteem kan verder worden ingeperkt door invoering van een meldingsregeling voor capaciteitsbouw en (gedeeltelijke) vervangingsbouw, onder voorwaarde dat de ijkpunten van par. 8.2. van de MvT bij de WEZ in acht worden genomen (o.a. LTHP, bouwkwaliteit, monitoring). De voorwaarden voor deregulering kunnen minder gedetailleerd zijn en sectoren als gehandicaptenzorg en verzorgingshuizen hebben hiervan ook profijt, zonder dat de beleidsdoelen in gevaar komen. De eenvoud van het systeem wordt hiermee gediend. De middelen komen beschikbaar via normbedragen en besluitvorming over de exploitatietoestemming met bouw. Een vergunningenprocedure is alleen nog nodig bij beroep op de hardheidsclausule en bij complexe projecten met grote investeringen.

2.6.2. Het langetermijnhuisvestingsplan

Hiervoor is het LTHP al enkele malen aan de orde geweest vanwege de functie in het sturingsconcept, nu wordt ingegaan op het instrument zelf.
De Minister laat in vraag 4 het langetermijnhuisvestingsplan buiten het bereik van het verzoek, omdat daarover al een pilot in de sector ziekenhuizen loopt.
De pilot is door het Bouwcollege juist voorgesteld "gezien het toekomstperspectief van de WEZ". De wijze waarop het bouwregime, volgens het verzoek, wordt gedereguleerd biedt het LTHP echter weinig toekomst. Het zou slechts een werking hebben binnen de vergunningenprocedure van de WEZ. Het is echter juist de bedoeling om, met het LTHP als waarborg (de zgn. 'opwaardering'[1] van het langetermijnhuisvestingsplan), meer ruimte te geven voor deregulering en eigen verantwoordelijkheid van de instelling (en daarmee de vergunningsystematiek te beperken). Daarmee verdient het LTHP een meer geprononceerde plaats binnen het WEZ-regime.
Als het Besluit 'langetermijnhuisvestingsplan' d.d. 19 december 2001 (Stb. 2002, 3) de voorbode is van de functie van het LTHP onder het WEZ-regime, dan is die zeer beperkt. Het LTHP wordt vooral gezien als een managementinstrument, dat informatie verschaft over het huisvestingsbeleid van een instelling als een vergunning wordt gevraagd. Als echter een vergunning wordt gevraagd bestaan al specifieke informatieverplichtingen (art. 5b en art. 10, lid 3), het LTHP was juist bedoeld de instelling informatie te laten geven over instandhoudingsbouw buiten de bouwvergunning om. Het LTHP was primair bedoeld de ruimte voor meldingen te vergroten, zonder het zicht kwijt te raken op gebouwkwaliteit en de aansluiting op het overheidsbeleid. Later is daar bij gekomen de functie van het LTHP als instrument in de communicatie met derden, de verzekeraars, patiënten, gemeenten, kapitaalverschaffers en de toets op de cruciale uitgangpunten van het overheidsbeleid. Het LTHP verenigt in zich zowel het managementinstrument als de verantwoording naar derden: het kenmerk van het maatschappelijk ondernemen.
Door de combinatie van de Brief van de Minister aan de Tweede Kamer d.d. 8 juni 2001 (sturingsmogelijkheden WZV) en de Beleidsregel ex art. 3 WZV d.d. 3 september 2001, Stcrt. 175 kan

[1] De term 'opwaardering' wordt voor het eerst gebruikt in de Nota Positionering algemene ziekenhuizen (TK 1999-2000, 27295, nr. 2) om aan te duiden dat het LTHP van een alleen informatieve status een inzichtelijk, toetsbaar document moet worden. Het LTHP zou de overheid – en andere betrokkenen – inzicht moeten bieden in de wijze waarop het zorgbeleid wordt vertaald naar het huisvestingsbeleid en de wijze waarop wordt voldaan aan prestatie-eisen, bijvoorbeeld functieprofiel, samenwerkingsverbanden en locatiekeuze (pag. 29).

het LTHP binnen de WZV die rol vervullen bij de beoordeling van bouwinitiatieven van instellingen, in het bijzonder op het punt van de concentratie of herverdeling van ziekenhuisfuncties. In de Beleidsregel is voorgeschreven dat het LTHP expliciet aandacht moet besteden aan een viertal uitgangspunten (regionale context, effecten op nabijgelegen ziekenhuizen, noodzaak van concentratie en het verwerven van een draagvlak in de bevolking, desnoods via bemiddeling), als sprake is van concentratie van zorg of een nieuwe verdeling van zorg tussen ziekenhuizen of ziekenhuislocaties. Het langetermijnhuisvestingsplan wordt niet beoordeeld in termen van goed- of afkeuring, maar het kan wel consequenties hebben voor bouwinitiatieven die niet passen in de beleidsvisie van de Minister of onvoldoende draagvlak hebben. Voor 'omstreden' bouwinitiatieven is het gebruik van de meldingsregeling niet mogelijk; de instelling moet dan een vergunning aanvragen, zodat de Minister voorwaarden kan stellen; de eindverantwoordelijkheid berust bij de Minister, een en ander conform de Nota Positionering algemene ziekenhuizen, de Beleidsregel van de Minister inzake functieherverdeling en de hiervoor genoemde sturingsbrief aan de Tweede Kamer.

Het werken met LTHP'en wordt in de MvT (§ 8.2) bij de WEZ opgevoerd als één van de criteria voor een verdere deregulering van het bouwregime. Om de WEZ op dit punt zo snel mogelijk te operationaliseren en overgangsproblematiek te beperken, kunnen vrijwel alle uitvoerende regelingen van de WZV terzake worden 'overgehangen' naar de overeenkomstige bepalingen van de WEZ. De werking van dit systeem staat overigens los van de invoeringsdatum van de WEZ. Het is echter wel zaak dat er nu al een beleidsmatige aansluiting is met het systeem van de WEZ.

Het LTHP zou onder het WEZ-regime slechts een werking hebben voor bouw binnen de bouwvergunningprocedure. Deregulering en overdracht van verantwoordelijkheden kunnen op ruimere schaal plaatsvinden als het LTHP ook voor instandhoudingsbouw (via een meldingsregeling) een functie blijft vervullen, zicht geeft op de gebouwkwaliteit als geheel, aansluit op de beleidsvisie van de Minister en een rol speelt in de communicatie van de instelling met derden. De toets op het LTHP kan, conform de sturingsbrief aan de TK d.d. 8 juni 2001, procedurele consequenties hebben, in die zin dat 'omstreden' bouwinitiatieven dan niet via een melding kunnen worden afgedaan maar goedkeuring behoeven van de Minister. Hiermee zou voldaan zijn aan één van de ijkpunten voor verdere deregulering van het bouwregime.

2.7. Conclusies toegespitst op de vragen uit het verzoek

In het verzoek om een uitvoeringstoets worden twee expliciete vragen aan het Bouwcollege gesteld.

Vraag 4

Vraag 4 over de vormgeving van het bouwregime, "gelet op het belang van een goede overgang van de WZV naar de WEZ", heeft het Bouwcollege zwaar opgevat en daarom in het voorgaande ruim beantwoord. Kort samengevat volgt hier nog het antwoord van het Bouwcollege. Het loslaten van de meldingsregeling als deregulerend instrument met een bepaalde externe verantwoording, vormt een systeembreuk die een goede overgang niet zal bevorderen en de beleidsdoelen die de WEZ nastreeft in gevaar brengt. Bij de invulling van het bouwregime, die stapsgewijs tot een verdere deregulering en het vergroten van de eigen verantwoordelijkheid van de instelling zouden leiden, zijn de ijkpunten van § 8.2 MvT niet aan bod gekomen. Door het alleen financieel reguleren van bouw kunnen onbedoelde effecten optreden die de gebouwkwaliteit en de financiering van bouw in gevaar brengen, waardoor

bouwprocessen stagneren.
Door de alternatieve en aanvullende voorstellen van het Bouwcollege kan de dereguleringswinst aanzienlijk worden vergroot en kan tegelijk recht worden gedaan aan andere belangen (rechtmatigheid, gebouwkwaliteit) en communicatie met stakeholders over investeringen (instandhoudingsbouw) die een groot beslag leggen op collectieve middelen. De instandhoudingsbouw - een voor bouw veelomvattend begrip - moet binnen de wet gedefinieerd blijven.

Vraag 5
De beantwoording van *vraag 5* aan het CBZ over de bouwvergunning volgt hierna.
De bouwvergunning ex WEZ is anders gepositioneerd dan in de WZV. De bouwvergunning ex WEZ bevat niet meer de aanbodbepaling en de voorwaarden voor het aanbod, doch alleen nog de bouwkundige kwaliteit en doelmatigheid. De exploitatietoestemming (met bouw) heeft dan ook een dubbele doelstelling: 1. toestemming voor exploitatie en 2. initiële toestemming voor de bouw (vergelijkbaar met de verklaring ex WZV).
De exploitatietoestemming als initiële toestemming voor bouw dient grosso modo dezelfde elementen te bevatten als de 'verzwaarde' verklaring zoals die sinds 1992 binnen de WZV geldt, met bijbehorende informatie-eisen. Indien overeenkomstig het voorstel in § 2.5.1. de exploitatietoestemming met bouw gevolgd wordt door een meldingsprocedure, behoeven minder gegevens in de exploitatietoestemming te worden opgenomen.

Doel van de 'verzwaarde' verklaring was het bevorderen van een voldoende kennisniveau bij de instelling in het stadium van voorbereiding van de projecten, en het voorkomen van een continue dialoog over projecten die al werkendeweg moesten worden bijgesteld. Voorwaarden zijn dan dat het initiatief valt te identificeren wat betreft aard, omvang, kosten en realiseringstermijn, een LTHP beschikbaar is en de investeringsraming 'hard' is (zodanig dat er op geprioriteerd kan worden). Via de verzwaarde verklaring was het mogelijk de ingekorte procedure (nu overgenomen in de WEZ) te volgen. Wat niet overeenkomt, is de zgn. uitstelpassage. Binnen de WEZ moet een (nog) niet geprioriteerd project worden afgewezen en mag dan een volgende besliscyclus opnieuw meedingen.
Recapitulerend zouden de volgende gegevens in de exploitatietoestemming moeten worden opgenomen:
- De aard van de zorg die het project beoogt te realiseren;
- Doelgroepen patiënten, cliënten of bewoners;
- De capaciteit in bedden of plaatsen die het project bestrijkt;
- Locatie(s) en omvang per locatie;
- Omschrijving aard van de bouw (geheel/gedeeltelijk: instandhouding, vervanging, nieuwbouw), i.v.m. toepassen inbrengverplichting voor trekkingsrechten;
- Investeringskosten, en daaraan gerelateerde parameters zoals vloeroppervlak;
- Exploitatiegegevens;
- Gepland tijdstip ingebruikneming (afhankelijk van prioritering);
- Passen van het project in het langetermijnhuisvestingsplan, resp. de daaruit voortvloeiende voorwaarden voor het initiatief;
- Eventuele noodzakelijke samenwerkingsrelaties;
- De beherende rechtspersoon en de eigendomsverhoudingen, resp. de voorwaarden voor een bepaalde eigendomsconstructie;
- Bij vervanging: voorwaarden voor de afstoot van gebouwen;

- Aangeven van de niet-noodzakelijke bestanddelen (private bouw) die voor eigen rekening en risico kunnen worden gerealiseerd, eventueel voorwaarden voor transparantie, voorkomen afwenteling kosten e.d..
- Voorlopige raming van de inbrengverplichting (bij bouw op grond van hardheidsclausule);
- Specifieke initiatiefgebonden voorwaarden (niet op voorhand aan te geven);
- Rekening houden met andere wet- en regelgeving i.v.m. bouw.

De deelbeslissingen onder 1. en 2. moeten worden onderscheiden, maar er is natuurlijk wel verband tussen beide doelstellingen: de overheid zal ook willen dat het beleid uit het beleidskader, op grond waarvan een exploitatietoestemming is verleend, ook via de infrastructuur wordt uitgevoerd. Het Bouwcollege gaat ervan uit dat impliciet is dat de (collectief bekostigde) infrastructuur ook gebruik wordt overeenkomstig het doel dat aangevraagd en vergund is via exploitatietoestemming en bouwvergunning, resp. dat een instelling een substantieel ander gebruik of het onbenut laten van bouwkundige capaciteiten terugmeldt naar de overheid. Wil de overheid hierover meer zekerheid krijgen, dan dienen de essentialia van de exploitatietoestemming (bijv. kernfuncties en –capaciteiten) versterkt te worden met de in art. 12 bedoelde voorschriften, op de overtreding waarvan een instelling kan worden aangesproken .

De bouwvergunning in de WEZ heeft een beperkt bereik: bouwkwaliteit en doelmatigheid. De aanbodbepaling verschuift naar de exploitatietoestemming, die daarmee een dubbele doelstelling krijgt: 1. Toestemming voor exploitatie, en 2. Initiële toestemming voor bouw. De Minister vraagt naar de inhoud van de exploitatietoestemming als initiële toestemming voor bouw (vraag 5). Deze exploitatietoestemming dient grosso modo dezelfde elementen te bevatten als de 'verzwaarde' verklaring zoals die sinds 1992 binnen de WZV geldt, met bijbehorende informatie-eisen. Doel hiervan was het bevorderen van een voldoende kennisniveau bij de instelling in het stadium van voorbereiding van de projecten, en het voorkomen van een continue dialoog over projecten die al werkendeweg moesten worden bijgesteld. Als met een meldingsprocedure wordt volstaan (zie voorstel CBZ in § 2.5.1) kan de informatie beperkter blijven.
Het Bouwcollege beveelt aan de uitvoering van de essentialia van de exploitatietoestemming (kernfuncties en –capaciteiten) kracht bij te zetten door de in art. 12 WEZ bedoelde voorschriften. Instellingen die een substantieel ander gebruik maken van de exploitatietoestemming of bouwkundige capaciteiten onbenut laten, zoals bijv. voor intensive care, zouden dit dan tijdig moeten terugmelden naar de overheid.

BIJLAGE I

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

COLLEGE BOUW ZIEKENHUISVOORZIENINGEN
Ingek. 23 JAN. 2002
NR: I 0889
AFGEHANDELD
dd door

Aan College bouw ziekenhuisvoorzieningen
Dhr. H.A. de Boer
Postbus 3056
3502 GB UTRECHT

Ons kenmerk	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag
Z/PB-2251179	J.P.G. den Ambtman	070 - 3407360	22 januari 2002
Onderwerp		Bijlage(n)	Uw brief
Verzoek om uitvoeringstoëtsen in het kader Van het Wetsvoorstel (WEZ)			

Geachte heer De Boer,

Hiermee verzoek ik u een uitvoeringstoets te verrichten naar de structuur van het beleidskader en naar de invulling van het bouwregime van het wetsvoorstel Wet exploitatie zorginstellingen (WEZ).
Van deze gelegenheid maak ik tevens gebruik om te reageren op de vragen die het CTG mij in zijn signaleringstoets van 1 oktober 2001 stelde. Dit om de door het CTG gesignaleerde onduidelijkheden in een zo vroeg mogelijk stadium weg te nemen.
Tevens ontvangt u bijgaand de nota naar aanleiding van het verslag inzake de WEZ en de nota van wijziging, zoals ik die op 13 december jongstleden aan de Tweede Kamer heb aangeboden.

Reactie op de signaleringtoets van het CTG; taakafbakening tussen CTG en CVZ

Met zijn brief van 1 oktober 2001 stelt het CTG een aantal onduidelijkheden in het wetsvoorstel WEZ aan de orde. Het betreft met name de taakafbakening tussen het CTG en het CVZ. Het CTG vraagt naar de precieze relatie tussen de taak van het CVZ om een aanvraag om (wijziging van een) exploitatietoestemming aan het financieel kader te toetsen en de taak van het CTG om de exploitatielasten van een instelling te beoordelen. Het CTG geeft aan dat de exploitatielasten van een instelling naar zijn opvatting niet in de exploitatiebeschikking van het CVZ zouden moeten worden vastgelegd. Ik deel deze opvatting.

Om te toetsen of het verlenen van de exploitatietoestemming niet leidt tot overschrijding van het beschikbare financiële kader (op macroniveau) is het noodzakelijk dat het CVZ een inschatting maakt van de verwachte exploitatielasten van een instelling. Om te realiseren dat bij de uitvoering van de WEZ en de uitvoering van de WTG aan dezelfde normen wordt getoetst, ligt het in de rede dat het CVZ gebruik van de beleidsregels die op grond van de

Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG
Telefoon (070) 340 79 11
Fax (070) 340 78 34

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX DEN HAAG

Correspondentie uitsluitend richten aan het postadres met vermelding van de datum en het kenmerk van

Internetadres:
www.minvws.nl

WTG zijn gesteld. In overleg met het CVZ en het CTG zal ik bezien hoe de samenwerking tussen het CVZ en het CTG op dit onderwerp het beste gestalte kan krijgen. Het CVZ maakt voor de toets aan het financiële kader gebruik van een raming van de verwachte exploitatielasten. Hierboven gaf ik al aan dat deze raming niet in de beschikking wordt opgenomen. Zoals het CTG aangaf in zijn signaleringstoets, worden de kosten die ná verlening van de toestemming en na de contractering daadwerkelijk met de exploitatie van een instelling zijn gemoeid bepaald door de productieafspraken (prijs x volume) die de instelling met de verzekeraar maakt. Indien er in de exploitatietoestemming een maximaal aantal bedden of plaatsen (de zogenaamde bandbreedte) is opgenomen, kan de instelling geen productieafspraken met de verzekeraar maken die nopen tot overschrijding van die capaciteitsmaat. De verzekeraar mag de instelling immers slechts contracteren voorzover die instelling toestemming heeft tot het exploiteren van zorg. Dat neemt niet weg dat verzekeraar en instelling, met inachtneming van de bandbreedte uit de toestemming, zelf de productie kunnen afspreken. De capaciteit aan bedden of plaatsen is daarbij weliswaar een belangrijk gegeven, maar uiteindelijk gaat het om het aantal verrichtingen, verpleeg- of ligdagen dat op enig moment met die capaciteit gerealiseerd kan worden. Dat is bepalend voor de productie. Wanneer beide partijen productieafspraken willen maken die niet binnen de verleende toestemming gerealiseerd kunnen worden, moet de instelling een uitbreiding van zijn toestemming aanvragen.

Naast de kwestie van de taakafbakening doet de vraag zich voor op welke wijze de informatie-uitwisseling tussen het CVZ en het CTG plaatsvindt. In het periodiek ambtelijk overleg dat met medewerkers van de ZBO's wordt gevoerd over de implementatie van de WEZ zal worden bezien op welke wijze deze samenwerking het beste geregeld kan worden. Ik zal het CTG hierover separaat berichten.

De onderwerpen van de uitvoeringstoetsen

Zoals ik aan het begin van deze brief aankondigde verzoek ik hiermee:
- het CVZ en het CBZ een uitvoeringstoets te verrichten naar de structuur van het beleidskader, en verzoek ik
- het CBZ en het CTG een uitvoeringstoets te verrichten naar mijn voornemens voor het bouwregime bij de inwerkingtreding van het voorstel, zoals verwoord in de brief aan de Tweede Kamer van 25 september jongstleden (Kamerstukken II 2000-2001, 27 659, nr. 5).

Hoewel ik in mijn brief aan de Tweede Kamer ook mijn voornemens ten aanzien van de langere termijn heb geschetst, concentreer ik mij in deze brief op het beleidskader en de nadere regelgeving voor het moment van inwerkingtreding van de WEZ.

De uitvoering van WEZ moet aansluiten bij veranderingen die in het kader van de AWBZ plaatsvinden. Hierover zult u separaat een verzoek om een uitvoeringstoets ontvangen.

De structuur van het beleidskader

Op 25 september 2001 heb ik de Tweede Kamer geïnformeerd over mijn voornemens om de WEZ nader uit te werken. Bij de brief aan de Kamer heb ik een dummy-beleidskader gevoegd. Ik heb u een afschrift van de stukken gezonden.

Het instrument beleidskader wordt geregeld met artikel 2 van het wetsvoorstel WEZ. Het beleidskader functioneert als toetsingskader voor aanvragen van instellingen om (wijziging van) een exploitatietoestemming. De formulering van het kader moet rechtszekerheid bieden voor de instellingen die onder de reikwijdte van de WEZ vallen. In het kader is te lezen of, en zo ja aan welke criteria, de initiatieven van het veld de komende jaren getoetst worden. Zo nodig kan het beleidskader nader worden uitgewerkt in beleidsregels. De dummy, die ik heb ontworpen om de structuur en de werking van het beleidskader aan de Tweede Kamer te illustreren, heeft een voorbeeldfunctie. De dummy bevat voor de verschillende sectoren diverse criteria waaraan een aanvraag om (wijziging) van een toestemming zou kunnen worden getoetst. Komend voorjaar wordt gestart met de voorbereiding van het definitieve beleidskader dat voor de inwerkingtreding van het wetsvoorstel WEZ wordt vastgesteld. Bij het opstellen van het definitieve beleidskader wil ik de resultaten van dit verzoek om een uitvoeringstoets betrekken en uw eventuele suggesties voor verdere verbetering meenemen.

Vraag 1 aan het CVZ:
Ik verzoek u in uw rapportage aan de hand van de voorbeeldcriteria uit de dummy aan te geven of u de formuleringen voldoende concreet acht om de taken die uw College op grond van de WEZ heef, uit te kunnen voeren en zo nodig suggesties tot verdere concretisering of betere prioritering te doen. Ik verzoek u daarbij aandacht te besteden aan eventuele werkafspraken die tussen VWS en het CVZ gemaakt moeten worden in verband met de gezamenlijke uitvoering van de verlening van de exploitatietoestemming.

Voor een goede uitvoering van de bouwprocedure van de WEZ dienen de criteria van het beleidskader goed aan te sluiten bij de omvang van het bouwregime. De exploitatietoestemming die de Minister verleent indien sprake is van een initiatief met "bouw" in de zin van de WEZ, dient immers gebaseerd te zijn op het beleidskader. Vervolgens beoordeelt het CBZ of de inhoud van het plan van de instelling voldoet aan hetgeen de Minister van VWS in de toestemming (op basis van het beleidskader) heeft bepaald en of het plan voldoet aan de prestatie-eisen.
Bij de ontwikkeling van prestatie-eisen kan een onderscheid worden gemaakt tussen prestatie-eisen voor nieuwbouw en prestatie-eisen voor bestaande bouw. Bij nota van wijziging is inmiddels geregeld dat de Minister van VWS het CBZ kan verzoeken prestatie-eisen op te stellen. Dit verzoek kan zich ook uitstrekken tot categorieën instellingen die niet onder het bouwregime vallen. In overleg met medewerkers van de betrokken colleges wordt momenteel nog bezien op welke wijze de prestatie-eisen voor bestaande bouw die het CBZ momenteel ontwikkelt het beste binnen de systematiek van het wetsvoorstel gepositioneerd kunnen worden.

Vraag 2 aan het CBZ:
Ik verzoek u in uw rapportage aan de hand van de voorbeeldcriteria uit de dummy aan te geven of u de aansluiting tussen de criteria uit het beleidskader (met name die criteria die betrekking hebben op de bouwkundige en functionele staat van een zorginstelling) en mijn voornemens ten aanzien van het bouwregime voldoende acht om, in aanvulling op de beoordeling aan de prestatie-eisen, een goede beoordeling van de aanvraag om een vergunning mogelijk te maken.

Vormgeving van het bouwregime per 1 januari 2003.

In mijn brief d.d. 25 september 2001 aan de Tweede Kamer heb ik mijn voornemens om het bouwregime per 2003 in te vullen uiteengezet. In de brief worden de keuzen per sector beschreven, waarbij op onderdelen tevens beschreven wordt wat mijn voornemens voor de langere termijn zijn. Dit verzoek om een uitvoeringstoets heeft betrekking op de regelgeving die gaat gelden bij inwerkingtreding van de WEZ. Ik streef naar inwerkingtreding van de WEZ per 1 januari 2003.

Met de WEZ is een genuanceerde keuze voor het toe te passen instrumentarium mogelijk. Een keuze voor het geheel loslaten van het bouwregime, zodat de instelling binnen de randvoorwaarden van de verleende toestemming zelf beslist over de uitvoering van plannen ten aanzien van de eigen huisvesting, impliceert dat de instelling over de financiële middelen kan beschikken om die beslissing te kunnen nemen. Voor plannen die bij de inwerkingtreding van de WEZ onder het bouwregime uitgaan, dient een situatie bereikt te zijn waarbij instelling en verzekeraar over de financiële ruimte beschikken om zelf over dergelijke bouwplannen te kunnen besluiten. Als een initiatief geheel van het bouwregime is uitgezonderd behoort het immers niet meer tot de mogelijkheden om via een vergunningprocedure aanvullende middelen te vragen. Gelet op de gefaseerde opbouw van trekkingsrechten tot 50% voor de AWBZ-sectoren en 65% voor de ziekenhuissector, is die situatie per 1 januari 2003 voor een deel van de instandhoudingsinitiatieven bereikt.

De volgende initiatieven van instellingen vallen niet onder het bouwregime van de WEZ:

a) Het bouwen ten behoeve van instellingen die nu niet onder het bouwregime vallen, (thuiszorginstellingen, RIAGG's, RIBW-en, SPD'en ed.);
b) Het bouwen ten behoeve van volledig privaat gefinancierde instellingen, bedoeld in artikel 4, tweede lid, van de WEZ;
c) Het bouwen ten behoeve van sociowoningen van psychiatrische ziekenhuizen, overige instellingen voor kleinschalige woonvormen (12 mensen of minder per postcode), centrale bureaus en initiatieven in het kader van extramuralisering van de zorg;

Bovendien valt instandhoudingsbouw van instellingen niet onder het bouwregime van de WEZ, onder de voorwaarde dat de kosten lager zijn dan 50% van de huidige vervangingswaarde voor de AWBZ-sectoren respectievelijk 65% van de huidige vervangingswaarde in de ziekenhuissector en er voldoende trekkingsrechten zijn opgebouwd. De verzorgingshuizen en de academische ziekenhuizen bouwen op dit moment geen trekkingsrechten op. De instandhoudingsbouw van de verzorgingshuizen valt vooralsnog geheel onder het bouwregime. Ten aanzien van de instandhoudingsbouw van de academische ziekenhuizen vindt momenteel binnen VWS overleg plaats. Ik zal u informeren zodra ik hierover een besluit genomen heb.

In de aanloop naar de inwerkingtreding van de WEZ en de invoering van het bijbehorende bouwregime is het van belang een goede overgang tussen de WZV en WEZ te realiseren. Met name ten aanzien van het bouwregime is op onderdelen sprake van een wezenlijke verandering. Onder de WZV is de meldingregeling een essentiële regeling waarmee de deregulering op het terrein van de bouwregelgeving vorm heeft gekregen. In verband met het formele aanbodgestuurde systeem van de WZV waarmee de keuze beperkt is tot wél of

geen vergunningplicht, is de constructie van de meldingsregeling als werkbare tussenoplossing geïntroduceerd. Ten aanzien van instandhoudingsbouw geldt dat de verruiming van de eigen verantwoordelijkheid van instellingen voor instandhoudingsbouw een sterk deregulerend effect heeft. De zorginstellingen kunnen, mits voldoende trekkingsrechten zijn opgebouwd, volstaan met een melding van hun instandhoudingsinitiatieven bij het CBZ. De ontvankelijkheid van de melding wordt door het CBZ getoetst. De WEZ gaat hierin nog een stap verder. Uit de geschetste voornemens voor het bouwregime volgt dat daar waar voor instandhoudingsbouw voldoende trekkingsrechten zijn opgebouwd, een instelling uit eigen beweging kan overgaan tot uitvoering van het instandhoudingsinitiatief. Vooralsnog geef ik er de voorkeur aan dat hierbij een systeem van trekkingsrechten gehandhaafd blijft. Dit om te bereiken dat deze financiële middelen enkel worden ingezet voor het doel waarvoor ze zijn opgebouwd: het voorzien in de bouwbehoefte voortvloeiend uit fysieke en functionele veroudering van voorzieningen. De verantwoording hierover kan plaatsvinden via de jaarverslaglegging. Indien er onvoldoende middelen zijn opgebouwd geldt het bouwregime en dient de bouwprocedure van de WEZ te worden gevolgd. Melding is onder de WEZ niet meer aan de orde. De overgang tussen de bestaande meldingsregeling en het regime van de WEZ dient zo soepel mogelijk te verlopen. Voor de sector ziekenhuizen kan het LTHP hierbij een rol spelen. De periode tot aan de inwerkingtreding van de WEZ wordt gebruikt om een overgang tussen het oude en het nieuwe regime voor te bereiden.

Ik streef er naar beperkte capaciteitsuitbreidingen tot 25% in de GGZ-sector en in de sector verpleging en verzorging voor de verpleeghuizen, zoals vermeld in de brief van 25 september 2001, per 1 januari 2003 niet langer onder het bouwregime te laten vallen. Het betreft uitbreidingen tot maximaal 25% van de bestaande capaciteit over een periode van vijf jaar. De bestaande capaciteit en de eventuele uitbreidingen worden bewaakt door vermelding in de exploitatietoestemming. De voorwaarde dat het initiatief primair wachtlijsten oplost dan wel wachttijden bekort, kan worden geëffectueerd door middel van criteria in het beleidskader. Gezien de complexe operatie en de beperkte implementatietermijn die beschikbaar is, houd ik er rekening mee dat dit traject niet volledig is afgerond op 1 januari 2003. In dat geval zal deze deregulering van het bouwregime op een later tijdstip in werking treden. Ik houd u hiervan op de hoogte.

Voor initiatieven die onder de huidige WZV-procedure vallen en onder de WEZ geheel van de bouwprocedure worden uitgezonderd dient in de aanloop naar de WEZ een keuze gemaakt worden ten aanzien van de systematiek (tarief, trekkingsrechten of anderszins) waarmee de instelling bij de vrijgelaten bouwinitiatieven over de benodigde financiële middelen gaat beschikken. Voor de op pagina 5 onder c, genoemde dereguleringen gaat mijn voorkeur uit naar het onder de WTG hanteren van een normbedrag. Hetzelfde geldt voor de op hierboven genoemde deregulering op het gebied van de capaciteitsuitbreiding. Ten aanzien van de bouw van volledig privaat gefinancierde instellingen (pagina 5, punt b) ligt het in de tarieven verwerken van de feitelijke kosten in de rede, voor zover die instellingen WTG-tarifering behoeven.

Vraag 3 aan het CTG:
Ik verzoek u aan te geven of u op basis van de bovengenoemde uitgangspunten verwacht per 1 januari 2003 een systeem van beleidsregels voor te kunnen bereiden dat recht doet aan de voorgenomen aanpassing van het bouwregime. Hierbij dient de inhoud van het Besluit bouwmaatstaven WZV te worden betrokken.

Vraag 4 aan het CBZ:
Gelet op het belang van een goede overgang van de WZV naar de WEZ verzoek ik u in uw rapportage aandacht te besteden aan de overgang van de huidige meldingsregeling naar het voorgenomen gedereguleerde bouwregime onder de WEZ. Ik verzoek u hierbij aan te geven aan welke voorwaarden in de aanloop tot de WEZ moet worden voldaan om een goede overgang te kunnen bereiken. Ik laat het langetermijnhuisvestingsplan buiten het bereik van dit verzoek, omdat daarover al een pilot in de sector ziekenhuizen loopt.

De verlening van de bouwvergunning

Volgens de systematiek van de WEZ verleent het CBZ de aanvraag om een vergunning indien de beoogde bouw voldoet aan de prestatie-eisen en overeenkomt met hetgeen waarvoor de exploitatietoestemming van de Minister van VWS is verleend. De exploitatietoestemming is een document dat aangeeft voor welke zorg de instelling wordt toegelaten. Zo nodig kan in deze beschikking ook de omvang van die zorg worden opgenomen en kunnen er voorschriften en beperkingen aan de toestemming worden verbonden. Tenzij anders bepaald, wordt de exploitatietoestemming voor onbepaalde tijd afgegeven. In die gevallen waarin het bouwregime van toepassing is, wordt de (wijziging van) de exploitatietoestemming door de Minister van VWS afgegeven. Naast de eerder genoemde kern van de beschikking (de zorg die verleend mag worden) bevat de exploitatietoestemming in deze situatie ook een toestemming voor bouw. Dit onderdeel verliest zijn werking nadat de bouw is gerealiseerd en de vergunning en eindverantwoording rechtsgeldig zijn geworden.

Vraag 5 aan het CBZ:
Het CBZ beoordeelt de aanvraag om een vergunning onder meer aan hetgeen waarvoor de exploitatietoestemming van de Minister van VWS is verleend. Ik verzoek u aan te geven op welke wijze de exploitatietoestemming door VWS het beste kan worden vormgegeven. Ik verzoek u hierbij ook aan te geven welke gegevens ten minste in de beschikking van de Minister van VWS moeten worden opgenomen om uw taken op grond van artikelen 10 en 11 WEZ goed te kunnen uitvoeren.

Tijdpad
Gelet op de procedure die doorlopen dient te worden om de algemene maatregel van bestuur met betrekking tot het bouwregime per 1 januari 2003 in werking te kunnen laten treden, dient het concept van deze regeling in april van dit jaar gereed te zijn en aan de Raad van State ter advisering te worden voorgelegd. Ik realiseer mij dat dit voor u betekent dat de tijd die beschikbaar is voor het voorbereiden van uw rapportage zeer beperkt is. Om die

reden breng ik een fasering in het tijdpad aan. Om de resultaten van uw rapportages te kunnen betrekken bij de formulering van de concept algemene maatregel van bestuur, verzoek ik u de onderdelen uit uw rapportages die rechtstreeks betrekking hebben op de vormgeving van het bouwregime uiterlijk eind februari aan mij uit te brengen. Het resterende deel van uw rapportage zie ik graag uiterlijk in mei 2002 tegemoet. De inhoud van uw rapportages kan in dat geval tijdig betrokken worden bij de vormgeving van het definitieve beleidskader, alsmede bij de verdere voorbereiding van een goede implementatie van het wetsvoorstel WEZ.

Hoogachtend,

de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

dr. E. Borst-Eilers

BIJLAGE II

Notitie

College bouw ziekenhuisvoorzieningen

Postbus 3056
3502 GB Utrecht
T (030) 298 31 00
F (030) 298 32 99
E cbz@bouwcollege.nl
I http://www.bouwcollege.nl

Vergadering	College bouw ziekenhuisvoorzieningen		
Datum	14 januari 2002	Agendapunt	
Betreft	Voortgangsnotitie WEZ	Nota nr.	

Aanbieding notitie

Aangezien zich recentelijk nieuwe ontwikkelingen hebben voorgedaan rond het wetsvoorstel WEZ en het onderwerp al geruime tijd niet meer op de agenda heeft gestaan, wordt u thans ter informatie een ambtelijke voortgangsnotitie aangeboden. Hierin wordt de huidige stand van zaken naar een aantal gezichtspunten gerangschikt, waarbij gezien de missie van het Bouwcollege uiteraard wordt ingegaan op thema's als de objectivering van de behoefte en de gebouwkwaliteit.

Inleiding

Met het wetsvoorstel Wet Exploitatie Zorginstellingen (WEZ) wordt beoogd op het terrein van de planning en bouw in de gezondheidszorg een omslag te maken van een centraal, aanbodgestuurd systeem naar een decentraal, vraaggestuurd systeem. De Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) zal met de invoering van de WEZ komen te vervallen.

Op 13 juni 2001 heeft in de Tweede Kamer het hoofdlijnendebat over het wetsvoorstel WEZ plaatsgevonden.
Medio oktober 2001 heeft de parlementaire behandeling van het wetsvoorstel een aanvang genomen met het uitbrengen van het verslag van de vergadering van de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Bij die behandeling zijn door de verschillende Tweede Kamerfracties meer dan 220 schriftelijke Kamervragen gesteld, die zijn uitgewerkt in eerdergenoemd verslag, dat op 26 november 2001 werd vastgesteld (Tweede Kamer, vergaderjaar 2001-2002, 27 659, nr. 6).
In een nota naar aanleiding van het verslag heeft de Minister van VWS gereageerd op de gestelde vragen. Bovengenoemde nota naar aanleiding van het verslag, alsmede een nota van wijziging, zijn inmiddels aan de Tweede Kamer aangeboden.
Op 19 december 2001 heeft de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport vergaderd over de nota naar aanleiding van het verslag. Uit deze vergadering is voortgekomen dat de Vaste Commissie een nader verslag bij het Ministerie van VWS zal indienen. Dit nader verslag, waarin nieuwe vragen over het wetsvoorstel WEZ zullen worden opgenomen, zal medio februari 2002 worden ingediend. Over de inhoud van de vragen bestaat op dit moment nog geen duidelijkheid. Wèl is duidelijk dat het Ministerie van VWS het verzoek aan het Bouwcollege om uitvoeringstoetsen over het bouwregime en het beleidskader zal verschuiven naar een latere, nader te bepalen datum.

Bezoekadres
Churchilllaan 11
3527 GV Utrecht

Aangezien zich recentelijk nieuwe ontwikkelingen hebben voorgedaan rond het wetsvoorstel WEZ wordt in de voorliggende ambtelijke voortgangsnotitie de stand van zaken ten aanzien van het wetsvoorstel geïnventariseerd en naar een aantal gezichtspunten gerangschikt.
Achtereenvolgens zullen worden besproken:

1. redengeving voor de WEZ;
2. behoeftebegrip in de WEZ;
3. borging kwaliteit zorginfrastructuur;
4. sturingsmogelijkheden WEZ;
5. uitvoerbaarheid.

In een bijlage is de voorgeschiedenis met betrekking tot de totstandkoming van het wetsvoorstel WEZ geschetst.

1. Redengeving voor de WEZ

1.1 Stand van zaken

De opsteller van het wetsvoorstel WEZ is in de nota naar aanleiding van het verslag, waarin de beantwoording plaatsvindt van de gestelde Kamervragen, nader ingegaan op het waarom van de WEZ. Uit die nota komt naar voren dat de doelstelling van de WEZ tweeledig is. In de eerste plaats wordt de WEZ gezien als hèt instrument om tot verdergaande *deregulering* te komen. In de tweede plaats biedt de WEZ een instrumentarium om (gefaseerd) te komen tot een systeem van *vraagsturing*. Dit gegeven loopt als een rode draad door de antwoorden die worden gegeven op de gestelde vragen.

1.2 Voorlopige beschouwingen

Zoals reeds gememoreerd, is een van de doelstellingen van de WEZ te komen tot een decentraal, vraaggestuurd systeem. Wat opvalt in de nota naar aanleiding van het verslag, maar ook in de Memorie van Toelichting bij het wetsvoorstel, is dat nergens een eenduidige definiëring wordt gegeven van de begrippen 'vraaggestuurd systeem' en 'vraaggericht stelsel'. De vraag of het gaat om sturing op de vraag, sturing van de vraag of sturing door de vraag is wisselend aan de orde. De verschillende vormen van vraagsturing zullen uiteraard verschillende consequenties hebben voor verschillende belanghebbenden.
De Minister hanteert de begrippen 'decentralisatie', 'vraaggestuurd systeem' en 'vraaggericht stelsel' tevens als wapens, waarmee de huidige wachtlijstproblematiek bestreden kan worden. In dit verband kan worden opgemerkt dat het ontstaan van wachtlijsten niet afhankelijk is van het 'toevallige' systeem van regelgeving maar veeleer het gevolg is van het niet hebben van een adequate behoefteraming (infrastructuur en personeel) en/of het niet in voldoende mate (op basis van die raming) beschikbaar stellen van financiële middelen.

Voorts lijkt de vraag gerechtvaardigd wat men zich precies moet voorstellen bij een vraaggestuurd stelsel, als daarbij tevens een (wettelijk vastgelegd) financieel kader geldt. Hoe werkt het voorgestane stelsel van vraaggerichte zorg op het moment dat het wettelijk vastgestelde financiële kader wordt overschreden, of dreigt te worden overschreden?

Buiten kijf staat dat het wetsvoorstel WEZ ten opzichte van de WZV een aantal belangrijke pluspunten kent (flexibiliteit, beperkte reikwijdte van het bouwregime, een brede reikwijdte van het exploitatieregime, de wettelijke verankering van de prioriteitenstelling, en de wettelijke rol van verzekeraars).
In dit verband is het opvallend dat in de antwoorden op de gestelde vragen de doelstellingen van de WEZ op sommige plaatsen kracht wordt bijgezet door het geven van negatieve kwalificaties van de WZV.
In de nota naar aanleiding van het verslag gaat de Minister bijvoorbeeld een aantal malen in op het aspect deregulering, maar dan vanuit de invalshoek van het aantal beslismomenten. Daarbij merkt de Minister op dat onder de WEZ een instelling maximaal drie keer, maar in de meeste gevallen slechts één keer een procedure hoeft te doorlopen. In de huidige situatie is dat zes keer, aldus de Minister. Voorts stelt de Minister dat voor vergunningverlening in het kader van de WEZ uitwerking op het niveau van het definitief ontwerp volstaat, in plaats van op besteksplanniveau. Deze weergave is niet in overeenstemming met de werkelijkheid. In de huidige WZV-beoordelingspraktijk bedraagt het aantal beslismomenten niet zes, maar drie; te weten: de verklaringsfase, de fase schetsontwerp/vergunning en de fase eindafrekening. Slechts in een zeer beperkt aantal gevallen wordt een programma van eisen-fase en/of een besteksplanfase voorgeschreven.
Ook de stelling van de Minister dat de WZV reeds verregaand is gedereguleerd, is niet in overeenstemming met de realiteit en behoeft enige nuancering. Het recent door het Bouwcollege ontwikkelde LTHP-plan toont immers aan, dat ook langs de weg van de WZV verdergaande deregulering zeer wel mogelijk is.

2. Behoeftebegrip in de WEZ

2.1 Stand van zaken

In de eerste versie van de WEZ, die ter advisering aan het College voor ziekenhuisvoorzieningen was voorgelegd, was in de considerans het behoeftebegrip ("dat het wenselijk is nieuwe regels te stellen inzake het bepalen van de behoefte aan zorginstellingen") vastgelegd. Het behoeftebegrip zou volgens deze wettekst een verdere vertaling krijgen in de beleidsregels ex WEZ. Volgens dit College is het behoeftebegrip een essentieel element in het beschikbaar stellen van financiële middelen. Het beleidskader kan niet voorbijgaan aan de vraag hoe aanbod en behoefte elkaar dekken, en ook de burger moet weten hoe de overheid in de behoefte aan institutionele zorg denkt te voorzien cq. stimuleert dat daarin wordt voorzien.

In de uiteindelijke versie van de WEZ die na advisering door de Raad van State naar de Tweede Kamer is gestuurd, is het behoeftebegrip verdwenen. Reden hiervoor is voornamelijk dat het behoeftebegrip teveel in verband wordt gebracht met behoefteplanning of aanbodplanning. Dit wordt door de Minister als onwenselijk beschouwd.

De wettekst (art. 2, lid 1) vermeldt dat het beleidskader de visie van de minister op een doelmatig, evenwichtig en voor eenieder toegankelijk stelsel van gezondheidszorg weergeeft en dat dit beleidskader tevens het financieel kader bevat dat beschikbaar is.
De Memorie van Toelichting geeft aan (pagina 9) dat het beleidskader een relatie legt tussen de mede door ontwikkelingen van de zorg en geneeskunde en door demografische ontwikkelingen ingegeven veranderingen in de zorgvraag en de daarom benodigde ontwikkelingen in het zorgaanbod.

2.2 *Voorlopige beschouwing*

Enkele Kamerfracties vroegen naar de toegankelijkheid van zorg in relatie tot de beschikbaarheid van voldoende capaciteit. Hierop wordt in de Nota naar aanleiding van het Verslag geantwoord dat de overheid ook onder de WEZ verantwoordelijk blijft om te stimuleren dat er voldoende capaciteit wordt gerealiseerd en dat deze capaciteit ook voldoende is afgestemd op de vraag. De Minister onderschrijft de wens van een Kamerfractie of de vraag naar zorg, de behoefte, een nadrukkelijke plaats kan krijgen in het beleidskader. Verder wordt in de Nota gesteld dat ondanks dat het wettelijk vastleggen van de behoeftenorm niet aan de orde is, dit niet wegneemt dat de ontwikkeling van de behoefte aan zorg in Nederland van groot belang is voor het te formuleren beleid en voor de financiële consequenties van dat beleid. Om de ontwikkeling van de behoefte te bepalen acht de minister een Planbureau Zorg niet nodig. Ten eerste omdat de instanties die zich bezighouden met zorgramingen (CBZ, SCP, CPB, RIVM, Prismant en andere) al goed samenwerken en ten tweede omdat het een misleidende gedachte is dat het vaststellen van de zorgbehoefte op puur objectieve wijze kan plaatsvinden. In de Nota wordt aansluitend hierop gesteld dat uit de huidige discussies blijkt dat centraal te weinig inzicht bestaat in wat op lokaal niveau precies goed voor wie is en wordt verder opgemerkt dat het buitengewoon lastig is om onderscheid te maken tussen onafhankelijke zorgbehoefte en een zorgbehoefte die is opgewekt. De Nota stelt verder dat het kennen van de zorgbehoefte van belang is voor die sectoren van zorg waarbij aanzienlijke bouw nodig is. Het CBZ heeft en houdt zijn taak op het gebied van de raming van de bouwbehoefte, aldus de Minister.

Uit de beantwoording van diverse Kamervragen blijkt voorts dat het belangrijkste criterium voor de toetsing van de exploitatietoestemming het behoeftecriterium is. "Zeker bij een investering in kostbare zorginfrastructuur die uiteindelijk ten laste van de collectieve middelen komt, dient vast te staan dat er geïnvesteerd wordt in zorg die aansluit bij de behoefte van de patiënt." De tweede, mogelijke afwijzingsgrond is overschrijding van het financiële kader ("doch een afwijzing op deze grond zal er niet toe leiden dat de verzekeraar niet aan zijn zorgplicht kan voldoen").
Verder wordt in verschillende antwoorden gesteld dat het de bedoeling is in de exploitatietoestemming geen capaciteiten (zoals nu al bij ziekenhuizen) meer op te nemen, maar uit een ander antwoord (paragraaf 9) blijkt dat capaciteitsuitbreiding bij een bestaande instelling toch ook aan het beleidskader wordt getoetst. Het beleidskader zal daarvoor dus criteria moeten bevatten.
In de uitvoeringstoets van het College voor ziekenhuisvoorzieningen (oktober 1999) over de eerste versie van de WEZ heeft het College aangegeven dat voor het bepalen van de behoefte de wijze waarop de capaciteit wordt vastgelegd van belang is. De WEZ gaat uit van een in functionele termen omschreven zorgaanbod en van zorgaanbieders die binnen de kaders van de exploitatietoestemming vrij zijn "tussen vergunde zorgvormen te substitueren". Voor de bepaling van de behoefte aan integrale capaciteit behoeft dit geen bezwaar te zijn, aldus het College, als in de beleidsregels (waar de eerste versie van de WEZ vanuit ging) de systematiek van de Integrale Planningsnorm (zoals van de GGZ) wordt gevolgd. In die systematiek wordt binnen de totale, toegestane capaciteit een criterium gehanteerd voor de minimaal noodzakelijke intramurale capaciteit per functie. Deze systematiek gaat derhalve niet uit van een centrale aanbodsturing maar biedt de veldpartijen de mogelijkheid om flexibel in te spelen op de in een regio zich manifesterende behoefte. Gelet op het feit dat het tijdig beschikbaar krijgen van voldoende infrastructuur en menskracht vele jaren duurt zijn lange termijn ramingen onontbeerlijk.

Het afwijzen van opname van het behoeftecriterium in de wet komt niet overeen met het in de beleidskaders opnemen van behoefteramingen voor vrijwel alle sectoren: het beleidskader moet immers voldoen aan wettelijke criteria.

De verantwoordelijkheid voor het organiseren van het zorgaanbod in de WEZ komt bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders te liggen. De minister stelt echter de hoogte van de premies vast (AWBZ, WTZ en ZFW) en de aanspraken van de verzekerden worden eveneens bij wet bepaald (AWBZ, WTZ en ZFW). Ook bepaalt de overheid in de beleidskaders de financiële mogelijkheden van de veldpartijen in relatie tot de verwachte zorgbehoefte. De zorgverzekeraars hebben een zorgplicht opdat de verzekerden hun aanspraken tot gelding kunnen brengen. Als de financiën niet toereikend zijn kan op basis van het "boter bij de vis"-principe de zorgverzekeraar extra geleverde zorg inkopen en vergoeden (Actieplan Zorg Verzekerd).
In tijden van financiële voorspoed kan dit "boter bij de vis"-principe opgaan; het is de vraag of dit principe ook geldt bij economische recessies.
Voorts is de vraag hoe het één zonder het ander kan: wel verantwoordelijk zijn voor de financiële consequenties, niet voor de daaraan ten grondslag liggende behoeftevaststelling of –normering. Dit probleem wordt nog manifester als men zich rekenschap geeft van het feit dat in de komende decennia, vanwege de vergrijzing, grote inspanningen mogen worden verwacht om de zorg op peil te houden of te brengen. Door het niet wettelijk verankeren van het behoeftebegrip lijken met name de zorgverzekeraars in een moeilijke positie terecht te komen. Zij kunnen zich bij onvoldoende middelen, anders dan de overheid, namelijk niet beroepen op een verschoningsrecht; het rantsoeneringsbeginsel (zie jurisprudentie) is in een contracteerstelsel niet toepasbaar. Het behoeftebegrip laat dus beide kanten van de medaille zien: enerzijds kan de overheid worden aangesproken op haar inspanningsverplichting tot het voorzien in de behoefte, bijv. bij wachtlijsten als gevolg van onvoldoende infrastructurele capaciteit, en anderzijds objectiveert het de behoefte bij het voorzien in zorgaanspraken.

3. Borging kwaliteit zorginfrastructuur

3.1 Stand van zaken

Ook in de WEZ blijft de overheid verantwoordelijk voor de borging van publieke belangen in de sector van de gezondheidszorg: de toegankelijkheid (financieel en fysiek), de kwaliteit, betaalbaarheid en doelmatigheid. Deze verantwoordelijkheid strekt zich uit tot de zorginfrastructuur. Dit komt wat bouw betreft tot uitdrukking in o.a. de doorberekening van bouwinvesteringen aan de collectiviteit. De verantwoordelijkheid krijgt in een meer vraaggestuurd model een andere vorm (meer verantwoordelijkheid partijen); de WEZ kent instrumenten om dit proces te ondersteunen, bijv. de beperking van het bouwregime. Bij investeringsbeslissingen met grote externe effecten of risico's die niet door de partijen kunnen worden gedragen, en beslissingen die (zeer) bepalend zijn voor de landelijke infrastructuur, behoudt de overheid noodzakelijkerwijs een sturende rol. (MvT)
Voor de toetsing van investeringen (kwaliteit en doelmatigheid) kent de WEZ een systeem: het bouwregime, gedereguleerd tot twee beslisfasen, bouwvergunning en eindafrekening. De initiële toestemming (E.T.) voor het bouwproject is eigenlijk een vorm van *aanbod*sbepaling. De WEZ kent niet, zoals de WZV, vereenvoudigde vormen van bouwtoetsing, bijv. een in de wet verankerde meldingsregeling of verkorte procedure. Voor vormen van bouw die buiten het bouwregime om worden gerealiseerd wordt de wet in feite buitenwerking gesteld. Voor borging van dié kwaliteit kent de wet geen voorziening. Naar mate door deregulering meer bouw buiten de toetsing van het bouwregime om wordt

gerealiseerd en hierin grote bedragen aan collectieve middelen omgaan, is er aandacht nodig voor de kwaliteit van die bouw. Het kan hierbij gaan om grote bedragen en complexe bouwprocessen.
In het verslag is hiervoor nadrukkelijk aandacht gevraagd.
In § 8.2. van de MvT wordt de beschikbaarheid van een monitoringsysteem als één van de criteria voor verdere deregulering van het bouwregime genoemd: het zicht hebben op de gebouwkwaliteit en op de op lange termijn beschikbaar te houden (intramurale) capaciteit. Hieraan wordt geen nadere uitwerking gegeven. Ook hiervoor is in het verslag aandacht gevraagd.

De in artikel 9 WEZ bedoelde prestatie-eisen waren de eisen die als toetsingscriterium bij de *vergunningverlening* door het College bouw zouden worden gehanteerd. Naar mate minder vormen van bouw onder het toestemmings- en dus vergunningsvereiste vallen (dit zal blijken uit de AMvB ex art. 4, lid 3), vindt minder toetsing aan prestatie-eisen plaats. Niettemin kan de Minister het wenselijk vinden dat bij bepaalde vormen van bouw van bepaalde categorieën van instellingen, die al dan niet bij het College bouw langskomen, toch prestatie-eisen in acht worden genomen. De Minister kan dan het College bouw verzoeken zodanige eisen op te stellen; door middel van een voorschrift, aan de exploitatietoestemming te verbinden, is de inachtneming van de prestatie-eisen af te dwingen. De wijziging van artikel 9, eerste lid, strekt ertoe, het verzoek van de Minister mogelijk te maken.

3.2 Voorlopige beschouwing

Uit de Antwoordenreeks valt af te leiden dat er aandacht is voor de borging van de gebouwkwaliteit in situaties waarin bouw buiten het bouwregime om wordt gerealiseerd. Met een goede borging van de kwaliteit kan méér worden gedereguleerd. Maatregelen waaraan men denkt zijn: het stellen van prestatie-eisen ook voor bestaande bouw en het blijvend voldoen aan die eisen, de verplichting tot een langetermijnhuisvestingsplan, (eventueel) een periodieke toetsing via een termijnbeperking in de E.T. of een daaraan te verbinden voorschrift, en een systeem van monitoring (niet uitgewerkt). De vraag is of een en ander voldoende is geformaliseerd.

3.2.1 Prestatie-eisen

Over prestatie-eisen voor bouw (§ 22 Nota n.a.v. Verslag) zijn diverse vragen gesteld, zoals naar de noodzaak van prestatie-eisen.
Prestatie-eisen zijn afgeleid van bouwmaatstaven en kostennormen, maar worden omschreven in termen van prestaties die de instelling moet leveren om als een bepaalde zorgvoorziening te kunnen functioneren (gelijkwaardige oplossingen zijn aanvaardbaar). Omdat de term 'prestatie-eisen' een bepaalde associatie heeft met toepassing van het Bouwbesluit die niet overeenkomt met de wijze van toepassing in de gezondheidszorg, geeft het CBZ de voorkeur aan het begrip 'basiskwaliteitseisen' (harde basiseisen als minimaal noodzakelijke bestanddelen met daarnaast een ruime vrije marge).
In het Antwoord geeft de Minister aan dat het waarborgen dan wel zorgdragen voor een basiskwaliteit in de zorg door alle partijen nadrukkelijk wordt gewenst. De kwaliteit van de huisvesting bepaalt mede de gewenste kwaliteit van de zorg. Omdat huisvesting als een duurzaam bedrijfsmiddel is aan te merken dat niet eenvoudig vervangen kan worden (de levensduur van gebouwen beslaat vaak meer dan 40 jaar) zijn prestatie-eisen noodzakelijk. Gezien het specifieke, functionele karakter zijn deze aanvullend op het Bouwbesluit, maar de methodiek komt wel overeen. In de prestatie-eisen zullen enkele harde

kwaliteitseisen worden opgenomen waaraan minimaal moet worden voldaan, daarnaast blijven creatieve oplossingen mogelijk om aan het gewenste kwaliteitsniveau te voldoen. (Antwoord)

Verder is aandacht gevraagd voor de kwaliteit van bestaande bouw (die voor de zorg in gebruik wordt genomen of die gerealiseerd wordt buiten het bouwregime om) en voor de monitoring van die kwaliteit. De Kwaliteitswet biedt ontoereikende mogelijkheden de huisvestingskwaliteit te toetsen. Gevraagd werd of de exploitatietoestemming niet een beperkte geldigheidsduur zou moeten hebben, om periodiek te kunnen toetsen of een instelling nog zou voldoen aan de dan geldende criteria. Een huisvestingsplan zou dan een verplicht onderdeel van de aanvraag om toestemming vormen, zodat de eisen met betrekking tot de huisvesting dwingend kunnen worden opgelegd. Verschillende leden vroegen ook een *quick scan* onderzoek te laten uitvoeren naar de kwaliteit van de nieuw toegelaten instellingen, omdat het belangrijk wordt gevonden dat ook een toets op de kwaliteit van de zorgaanbieders plaatsvindt (§ 15). De Minister geeft aan dat een instelling blijvend aan de prestatie-eisen moet voldoen, dus ook na afgifte van een E.T. of na een bouwvergunning.

3.2.2 Gebouwkwaliteit bij deregulering

Doordat de WEZ inzet op een steeds verdere deregulering van de bouwprocedures, blijft individuele toetsing (vooraf) van bouwprojecten in toenemende mate achterwege. Dit betekent natuurlijk niet dat de bouwkundige kwaliteit niet zou moeten voldoen aan bepaalde eisen van deugdelijkheid en geschiktheid voor de te vervullen zorgfuncties. In het traject van vergunningverlening is de gebouwkwaliteit (en de doelmatigheid) gewaarborgd door de toetsing aan de prestatie-eisen. Die prestatie-eisen geven het *gewenste* kwaliteitsniveau aan bij nieuwbouw of renovatie.
Uit de huidige praktijk blijkt dat het bouwen gecompliceerd is en dat het belangrijk is dat er "countervailing power" bestaat. Deregulering van het bouwregime kan het risico op een tekortschietende gebouwkwaliteit vergroten. Dit risico kan worden ingedamd door bij het verlenen van de exploitatietoestemming een toets aan te brengen op het *noodzakelijke* kwaliteitsniveau. De exploitatietoestemming biedt een goed aanknopingspunt de minimaal noodzakelijke gebouwkwaliteit veilig te stellen, juist in die gevallen waarin geen bouwregime wordt toegepast.
Men kan dit ook omkeren: door de risico's van kwaliteitsverlies in te dammen, worden de mogelijkheden tot deregulering vergroot. Tevens bieden basiskwaliteitseisen voor bestaande voorzieningen een goed referentiekader voor de instelling om een verantwoorde accommodatie te realiseren en in stand te houden. Oók kan hiermee worden voldaan aan één van de onder 8.2 van de MvT genoemde criteria om tot verdere stappen in het traject van deregulering over te gaan: de beschikbaarheid van een monitoringsysteem.
Gewezen wordt nog op het punt van de (eind)verantwoordelijkheid voor een goede zorginfrastructuur. Deregulering van het bouwregime betekent niet dat de zorginfrastructuur niet meer collectief wordt gefinancierd. Door normbedragen, bouwbudgetten of trekkingsrechten beschikbaar te stellen, geeft de collectiviteit ook financieel inhoud aan het scheppen van de voorwaarden voor het op een verantwoord peil brengen en houden van de gebouwkwaliteit in de zorg.

In het Antwoord (§ 22) wordt onderschreven dat de Kwaliteitswet geen betrekking heeft op de bouwkundige staat van de gebouwen waarin de zorg wordt verleend, hoewel die kwaliteit wel degelijk van grote invloed kan zijn op de kwaliteit van de geleverde zorg en het welbevinden van hen die (langdurig) in een instelling verblijven. De suggestie om de exploitatietoestemming slechts voor bepaalde tijd te verlenen en een huisvestingsplan verplicht te stellen, spreekt de Minister aan.

De (algemene) verplichting tot een huisvestingsplan zal opgenomen worden in de AMvB ex art. 15 WEZ. (thans art. 22 WZV). Een E.T. voor bepaalde tijd dwingt de instelling zich op gezette tijden te bezinnen op de vraag of men nog op de goede weg is, d.w.z. nog bezig is zo goed mogelijk aan de zorgvraag tegemoet te komen. Zoals gezegd, wijst het Antwoord erop dat de prestatie-eisen voor bouw niet eenmalig gelden, maar dat een instelling blijvend moet voldoen aan de prestatie-eisen. Deze zijn zowel gericht op de technische als de functionele kwaliteit van gebouwen, en leggen een bodem in de kwaliteit van de gebouwen waarin (al dan niet langdurige) zorg wordt verleend of waarin de verblijffunctie centraal staat. Een en ander heeft geleid tot een gewijzigd artikel 9, eerste lid (zie Nota van wijziging).

3.2.3.1 Nota van wijziging

De nieuwe voorziening in art. 9 is een belangrijk winstpunt voor het waarborgen van de gebouwkwaliteit, in de gevallen waarin in toenemende mate buiten het bouwregime om wordt gebouwd c.g. gebouwen in gebruik worden genomen.
De toevoeging "op verzoek van Onze Minister" schiet echter zijn doel voorbij, omdat het te algemeen is gesteld en daardoor ieder initiatief van het College tot het ontwikkelen van prestatie-eisen, zowel voor nieuwbouw als bestaande bouw, bindt aan een voorafgaand verzoek van de Minister. De toevoeging is ook onnodig omdat de Minister al de goedkeuringsbevoegdheid heeft bij prestatie-eisen (art. 9, lid 2 e.v.) en de instemmingbevoegdheid bij het werkprogramma (art. 22). Navraag bij VWS leerde dat bedoeld was te voorkomen dat het CBZ, eigener beweging, prestatie-eisen voor bijv. RIAGG's of thuiszorgorganisaties zou gaan ontwikkelen.
Met de wijziging van art. 9 is nog niet voorzien in de formalisering van de feitelijke procedure van toetsing van de exploitatietoestemmingen op gebouwkwaliteit en de rolverdeling daarbij:

- (periodieke) toetsing, als onderdeel van een quick scan, via een E.T. voor bepaalde tijd;
- wettelijke verankering van de rol van het CBZ. De rolverdeling tussen de uitvoerende organen zal op wettelijke grondslag moeten berusten, opdat zij daarop (op hun functionele rol, hun expertise en op het toetsingskader dat zij hanteren) kunnen worden aangesproken;
- koppeling hieraan van een systeem van monitoring, opdat blijvend aan de prestatie-eisen wordt voldaan.

4. Sturingsmogelijkheden WEZ

4.1 Stand van zaken

Doelstellingen van de WEZ zijn 1. Vraagsturing en 2. Deregulering. In deze paragraaf wordt in het bijzonder gekeken naar de *stuurmiddelen* van de WEZ en naar de *deregulering*.
Uitgangspositie van de WEZ is het verleggen van het aangrijpingspunt voor de sturing van de bouw naar de exploitatie. Omdat echter wordt gestart vanuit een *aanbodgestuurd* systeem bevat de wet nog de daarbij behorende elementen. Daarnaast worden de 'parawettelijke' instrumenten van de WZV, zoals financiële kaderstelling voor het aanbod, bouwprioritering en afstelpassage ("de extensieve toepassing van de WZV"), in de WEZ gelegaliseerd. Na kritiek van de Raad van State dat de mogelijkheden voor aanbodsturing juist werden uitgebreid, kreeg de wet een *proceskarakter*, met een maximale externe flexibiliteit: gaandeweg de uitvoering krijgt de inhoud van de wet gestalte. Het eindstation is onbekend, maar wel de richting: meer vraaggestuurde zorg. De weg erheen wordt bepaald door allerlei factoren die als *ijkpunten* de verdere route bepalen: countervailing power, deelmarkten in sectoren van de

gezondheidszorg, beschikbaarheid van capaciteiten, monitoring, etc. Het proceskarakter van de WEZ heeft weer vragen opgeroepen over de wijze van invulling.
Stuurmiddelen in de WEZ zijn: het beleidskader c.q. de sectorale zorgvisie (en eventueel daarvan afgeleide beleidsregels), financiële kaders met prioriteitensysteem, de regiovisie, de exploitatietoestemming, en de bouwvergunning. Uit de Antwoorden (§ 1) blijkt dat de WEZ niet stelselneutraal is, maar "wegbereider" voor een stelselwijzing in de richting van de Nota 'Vraag aan bod'; die nota moet overigens nog in de Kamer worden behandeld. In de Antwoorden wordt het instrumentarium van de WEZ geplaatst in een kader waarin nagenoeg alle centrale stuurinstrumenten op de schop worden genomen, zoals de verstrekking (nu institutioneel, moet functioneel worden), de contracteerplicht (opheffen), declaratiesysteem verzekeraar (normuitkeringen), instellingsbudgettering (prestatiefinanciering), prijzen (flexibiliseren, afhankelijk van deelmarkten) en BKZ (blijft?, zolang sprake is van collectieve financiering).

4.2 Voorlopige beschouwing

Hieronder wordt in hoofdlijnen ingegaan op de sturing, en op de vraag of, gegeven de wettelijke verantwoordelijkheden, bepaalde zaken en problemen wel kunnen worden doorgeschoven. Een diffuse verantwoordelijkheidsverdeling zou ruimte geven voor het ontkennen of het ontlopen van die verantwoordelijkheden (en de bijbehorende kosten). Uit beantwoording van de vragenreeks van de Tweede Kamer kan nu de invulling van de wet en het proces van uitvoering beter worden beoordeeld. Aan bod komen de sturingsfilosofie, de aanbodsplanning, de positie van de overheid, de exploitatietoestemming, de regiovisie, bouwvergunning en deregulering.

4.2.1 Sturingsfilosofie

In de inleidende beschouwing van de Antwoorden wordt de sturingsfilosofie uiteengezet (zoals neergelegd in de Nota 'Vraag aan bod'): de centrale boodschap is die van de terugtredende overheid ten gunste van de partijen in de zorgsector, met name de zorgverzekeraars (er wordt vanuit gegaan dat risicodragende en mogelijk winstbeogende verzekeraars bij vraagsturing de patiënt/cliënt meer keuzemogelijkheden zullen bieden).
Omdat twijfels bestaan of dit concept, dat gebaseerd is op *werkende deelmarkten*, haalbaar is, worden vooralsnog de aanbodsturende instrumenten van de WEZ achter de hand gehouden. Ook worden de parawettelijke instrumenten van de WZV in de WEZ opgenomen.
Wanneer de omslag in verantwoordelijkheden plaats zal vinden en hoever die reikt, is onzeker. "Het overgangsproces vraagt een overheid die de kunst van het loslaten beheerst." Voor de fasering van dit proces is gekozen voor de deelmarktgewijze benadering.

Voorshands wordt de gezondheidszorg door de burgers gezien als een collectieve sector waarvoor de overheid verantwoordelijk wordt gehouden, zeker als er iets misgaat. Uit jurisprudentie (Rb. Zwolle 2000, Rb. Den Haag 2001) is gebleken dat patiënten/cliënten zich weinig gelegen laten liggen aan de boodschap dat niet de overheid maar de zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn. De rechter houdt de overheid (de Staat) verantwoordelijk, *logistiek en financieel*, voor een toereikend intramuraal zorgaanbod: de Staat geeft immers vergunningen (of exploitatietoestemmingen) af. Bij beperkte middelen is de Staat evenwel gerechtigd een keuze te maken, die kan leiden tot een tekort aan zorgaanbod (Rb. Den Haag). Dit **rantsoeneringsprincipe** lijkt een onvervreemdbare taak van de overheid: wat dat betreft kan de kostenbeheersing moeilijk aan de verzekeraars worden overgedragen

(die moeten immers een *contractuele* zorgplicht nakomen). In een krimpende conjunctuur kan dit een belangrijk gegeven zijn.

In de rolverdeling treedt in vergelijking met de WZV een belangrijke wijziging op, die te maken heeft met meer vraaggerichte sturing: de rol van de provincies bij de toetsing van bouwaanvragen wordt ingewisseld voor die van de zorgverzekeraars in gezamenlijkheid. Dit is een *adviesrol*, eigenlijk een inspraakregeling: de verzekeraars geven een 'zienswijze' (afwijking van een zienswijze hoeft anders dan van een advies niet te worden gemotiveerd). Daarnaast is de zorgverzekeraar een belangrijke participant in het overleg over de regiovisie (dit overleg is van andere orde dan dat in de positie van zorginkoper bij het contracteerbeleid).
Cruciaal voor de positie van de zorgverzekeraar is het beleidskader van de Minister, en in het bijzonder het van het BKZ afgeleide **financieel kader** dat deel uitmaakt van het beleidskader. Overschrijdt een aanvraag de financiële ruimte, dan is de Minister wettelijk verplicht de aanvraag af te wijzen (tekst WEZ).
De overgang van WZV naar WEZ zal budgettair neutraal geschieden, d.w.z. geen gevolgen hebben voor de macro-kosten (het BKZ) (Antwoord § 11). De vraag is of deze stelling houdbaar is, als het aanbod (meer) de vraag mag volgen. Doordat de zorgplicht niet meer is gekoppeld aan de door het aanbod begrensde verstrekking, maar aan de functionele pakketomschrijving, ontstaat - in combinatie met vraaggestuurde zorg en meer keuzemogelijkheid - een vrijwel ongeremde aanspraak op alle mogelijke zorg[1] (er komt geen omvangsbepaling in de E.T.). Indien de zorgvraag toeneemt, zullen de verzekeraars steeds meer voorzieningen moeten contracteren. Er komt dan grote behoefte aan objectivering van de zorgvraag in termen van door verzekeraars te contracteren voorzieningen (zie ook de jurisprudentie hiervoor). Voor de toedeling van schaarse en kostbare productiemiddelen behoort de beslissing zoveel mogelijk te worden geobjectiveerd (zorgbehoefte).
Er zijn dus twee toetsingsgronden: 1. zorgbehoefte en 2. financiële ruimte. Een mogelijke afwijzingsgrond is overschrijding van het financieel kader, doch in de Antwoorden wordt gesteld dat afwijzing op deze grond er niet toe zal leiden dat de verzekeraar niet aan zijn zorgplicht kan voldoen. Al uit de MvT op de WEZ bleek dat via de financiële kaderstelling op macroniveau wordt 'gegarandeerd' dat de zorgverzekeraars hun zorgplicht op microniveau (op basis van hetgeen de verzekerde/patiënt vraagt) kunnen nakomen. Wie reguleert de spanning tussen enerzijds het vergrote zorgaanbod (oplossen wachtlijsten, extra zorgvraag en keuzemogelijkheden) en anderzijds het handhaven van de financiële kaders?
In het kader van de WZV zijn er al twee gevallen waarin VWS verklaringen van behoefte voor bouwinitiatieven heeft afgegeven maar zorgkantoren daartegen bezwaarschriften indienen.

4.2.2 Afzwakken aanbodsplanning

Vraagsturing vereist ook een verandering in de zorginfrastructuur en de daarop gerichte regelgeving. De WEZ richt zich daarbij op het afzwakken van de aanbodplanning, waaronder het schrappen van de capaciteiten uit de toelating/E.T., en het dereguleren van bouwprocedures. Het beleidskader zal geleidelijk beperkter worden. Overigens wordt in de Antwoorden (§ 3) het beleidskader gezien als het belangrijkste sturingsinstrument (kaderstellend), niet de E.T.

---

1 Een vooruitberekening van het Centraal Planbureau, Ageing in de Netherlands, Den Haag, 2000, suggereert het oplopen van de zorgquote in de komende decennia van 8,5% (dit is een geflatteerd cijfer door een beperkte definitie van 'gezondheidszorg') tot 12% van het BBP, uitgaande van continuering van de momenteel door de overheid opgelegde aanbodbeperkingen (rantsoenering van hoeveelheden) en tariefsingrepen.

Wetstechnisch is dit onjuist: het beleidskader heeft slechts indirecte rechtsgevolgen (het kan op zichzelf niet overtreden worden), het werkt via de E.T. De aanbodregulering wordt afgebouwd in de mate en het tempo waarin de mogelijkheden (van sturing aan) de vraagzijde toenemen. De criteria voor het terugtreden staan weergegeven in par. 8.2. Een tijdschema kan niet worden aangegeven. Het mag niet zodanig knellen dat de overheid nog jarenlang strikte financiële grenzen stelt aan de uitgaven die voortvloeien uit de exploitatietoestemmingen, terwijl verzekeraars en zorgaanbieders allang grote delen van de verantwoordelijkheid daarvoor hebben overgenomen. Maar het mag ook niet zo zijn dat alle financiële kaders al zijn losgelaten, voordat er voldoende waarborgen zijn dat partijen elkaar inderdaad in evenwicht houden en doelmatigheidsprikkels voelen. (§3)
Door het proceskarakter van de WEZ is "geen spoorboekje te bieden met invulling van eindmodellen, tussenstappen en precieze fasering" (de complexiteit van het veranderingsproces laat zich niet vangen in een spoorboekje). Dit bemoeilijkt ook de beoordeling van de WEZ: de wet kan op verschillende manieren worden ingericht, afhankelijk van de temporele beleidsrichting en van feitelijke omstandigheden.
Er zal sprake zijn van een langdurige overgangsfase waarin niet precies vaststaat hoe de rollen en verantwoordelijkheden zijn verdeeld. Dit hangt samen met de liberalisering beetje bij beetje, volgens de deelmarktgewijze benadering, waarbij partijen geleidelijk in hun nieuwe rol moeten groeien. De stapsgewijze benadering heeft voordelen (beperken risico's), maar leidt tot een diffuse sturing en verantwoordelijkheidsverdeling in de zorgsector.

4.2.3 De overheid onthand?

Opvallend is de presentatie in de Antwoorden van de 'lijdzame' overheid, de overheid die niets kan doen als bijvoorbeeld een ziekenhuis nalaat een bepaalde (vergunde) functie te vervullen. Mogelijk zou alleen de verzekeraar kunnen ageren op grond van wanprestatie (leveringsplicht ziekenhuis?).
De exploitatietoestemming, zo leest men, is een aan een instelling vergund recht, en of daar nu wel of niet capaciteiten en functies in worden genoemd, de instelling is niet tot productie of levering verplicht! De overheid zou niets meer kunnen afdwingen, terwijl dat toch essentieel is in een wet. Anders kan men bijv. met een beleidsnota volstaan.

Dat een instelling de zorginfrastructuur naar eigen goeddunken zou kunnen gebruiken staat op gespannen voet met de in art. 17 van de WEZ opgenomen meldingsplicht van buitengebruikstelling aan het College sanering, die hieraan een goedkeuringeis kan verbinden met afstortingsverplichting van de (meer)opbrengst naar het AFBZ; de zorginfrastructuur wordt gezien als collectief bezit. Anderzijds worden bij noodzakelijke sanering de kosten collectief gedragen.
In de Antwoorden bij § 13 wordt niet ingegaan op de gevolgen in dit verband van de opsplitsing van een ziekenhuis in een collectief en een privaat deel.
En wat te doen als een instelling na afgifte van de E.T. niet meer blijkt te voldoen aan de gestelde eisen, bijv. de prestatie-eisen voor de gebouwen of het non-profit beginsel?
Volgens § 15 moet bij wijziging van de in een E.T. vastgelegde gegevens, bijv. de functies van een instelling, de procedure worden gestart om die beschikking gewijzigd te krijgen. De door een ziekenhuis uit te oefenen zorgfuncties worden in de E.T. opgenomen om te kunnen blijven controleren of de spreiding van deze functies in lijn is met de beleidsmatige uitgangspunten gericht op het borgen van een goede toegankelijkheid van de ziekenhuiszorg in Nederland. Dit geldt ook voor de omvang van de AWBZ-instellingen.

Deze kwestie is ook al aan de orde gesteld in het kader van de WZV (zie preadvies sturing bij functieconcentratie of sluiting van locaties, onderdeel 10). Het vergunde recht geldt slechts voor zover de exploitatietoestemming c.q. de bouwvergunning nog niet is uitgevoerd. Als op rekening van de collectiviteit de infrastructuur in gebruik is genomen (§ 9: de instelling kan zijn investeringen ten laste van de collectieve middelen financieren) en daarvoor exploitatiemiddelen beschikbaar zijn gesteld (bijv. instandhoudingsmiddelen) dient de instelling in principe daarvan gebruik te maken *overeenkomstig de bestemming die is aangegeven in de E.T. en bouwvergunning*; bovendien kan de toestemming versterkt worden met het stellen van voorschriften, ook nadien (art. 13 WEZ), die nageleefd moeten worden op straffe van bestuursdwang of bestuurlijke boete. De recentelijk in de Beleidsregels gestelde uitgangspunten voor functieherverdeling gaan overigens ook uit van een verantwoordingsplicht van ziekenhuizen jegens de overheid en de 'stakeholders'. Ook onder de WEZ (§ 7) blijft een LTHP voor ziekenhuizen verplicht, met verantwoordingsplicht naar de stakeholders, w.o. de patiënten/consumenten (geen vetorecht maar serieuze inspanningsplicht om tot overeenstemming te komen). Hoe de procedure m.b.t. bouw loopt zonder overeenstemming, wordt niet aangegeven.

In andere antwoorden (§ 6) liggen de accenten weer anders. De overheid dient publieke belangen te borgen, zoals toegankelijkheid (beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorgaanbod) en kwaliteit en doelmatigheid. Als beleidsdoelen kunnen zaken als privacy of maximale wachttijden worden geformuleerd. De overheid kan ook worden aangesproken op de beschikbaarheid van voldoende capaciteit, althans op het stimuleren ervan. Deze verantwoordelijkheid gaat niet zover dat de overheid zelf ervoor zorgdraagt dat die capaciteit er is of instellingen kan dwingen initiatieven te nemen.
De jurisprudentie legt de grens bij een maximale inspanningsverplichting van de Staat.

4.2.4 De exploitatietoestemming (E.T.)

Is (sturing via) de exploitatiebenadering de crux van de WEZ of juist het loslaten daarvan, bijv. het niet meer aangeven van toegestane capaciteiten?
Potentieel is de E.T. een enorm centraal machtsmiddel, doordat het instrument wettelijk niet aan banden is gelegd. In de MvT staat: "de exploitatietoestemming bepaalt wat is toegestaan", een vrijwel discretionaire bevoegdheid. Voor het verleggen van de bouw naar de exploitatie, als motief voor de WEZ, geldt het argument: "exploitatie is interessanter dan bouw". Vaststaat dat ook de exploitatiemiddelen (geraamd) van een instelling bij afgifte van de E.T. of bij wijziging van de productie (indien die mede gebaseerd is op de parameters van de E.T.) getoetst worden aan een (wettelijk) financieel kader. Ook hier de vraag of de overheid bij een krimpende conjunctuur af zal zijn van het gebruik van dit instrumentarium? Zo niet, dan zou het loslaten van de instellingsbudgettering via de omweg van de WEZ ongedaan gemaakt kunnen worden.

Roepen de Antwoorden over het (beperkte) rechtskarakter en het bereik van de E.T. vragen op, dan geldt dit niet voor de duidelijke uiteenzetting van het doel van het vergunningenstelsel (§ 12): de noodzaak van fasering van de omslag van aanbodsturing naar vraagsturing (vertrekkende vanuit het huidige systeem), de noodzaak van een E.T. met toetsing vooraf, de noodzaak hieronder - ter voorkoming van premiestijging - ook de private initiatieven te laten vallen die soortgelijke zorg leveren (krenten uit de pap), en het niet mogen handelen buiten de vergunning om (bijv. als het onderdeel capaciteit daarvan deel uitmaakt).

Interessant is nog de variant in § 13 t.a.v. private verpleeghuiszorg. Anders dan voor ziekenhuizen is hier niet het risico aanwezig van leegstand in de reguliere zorg. Bovendien hebben dergelijke instellingen geen belang bij volledige privatisering (de kosten komen dan niet ten laste van de AWBZ); deze instellingen hebben juist belang bij een aanvraag om een E.T. voor financiering van de geïndiceerde zorg uit de AWBZ, terwijl de 'luxere' zorg voor rekening van de bewoner komt (onder de WZV als niet-noodzakelijk bestanddeel aangemerkt).

4.2.5 Regiovisie

Na invoering van de WEZ wordt een nieuwe gestructureerde informatiebron toegevoegd: de regiovisie. Over dit fenomeen zijn indringende, meestal kritische vragen gesteld: status en betekenis, rollen van partijen, verhouding tot het beleidskader, relatie tot een concurrentiemodel, de rechtsgevolgen, verantwoordelijkheidsverdeling, etc.
De Antwoorden in § 16 geven een duidelijke uiteenzetting van het nut van regiovisies, ondanks de bezwaren die er ook aan kleven. Door de regiovisie kan juist de vraagkant een belangrijke plaats in de WEZ krijgen.
Onderbelicht blijft de relatie tot de mededingingswetgeving, en nauwelijks wordt ingegaan op de CDA-vraag naar de financiële kaderstelling en de prioritering. Trekt men de vergelijking met de provinciale planvorming ex WZV, dan moet worden geconstateerd dat voor zover deze als 'mislukt' moet worden beschouwd dit viel te wijten aan het ontbreken van een duidelijke (centrale) financiële kaderstelling. Het minste wat men van de regiovisie mag verwachten is dat de financiële gevolgen van plannen en initiatieven worden aangegeven.

4.2.6 Bouwvergunning en deregulering

Het bouwregime zal door de WEZ beperkter zijn, wat betreft bereik en procedure. Minder bouwinitiatieven vallen eronder (alleen de aangewezen vormen van bouw) en de procedure zelf is beperkter.
In verschillende Antwoorden wordt gesteld dat de reikwijdte van de WEZ beperkter is dan van de WZV. Dit geldt echter alleen voor het bouwregime, niet voor het exploitatieregime en het bereik van de stuurinstrumenten; toelatingen/erkenningen zijn nooit aan wettelijke financiële kaders getoetst. De reikwijdte wordt nu wel op dezelfde manier aangegeven als bij de WZV: een AMvB met een 'positieve lijst' van onder de wet vallende categorieën van instellingen. Deze AMvB gaat uit van het begrip instelling als organisatorisch verband; het rechtspersonenbegrip is wijselijk losgelaten (Nota van wijziging).
De AMvB over de reikwijdte van het bouwregime heeft een proceskarakter. De deregulering die hier plaatsvindt gaat gelijk op met de stappen in de richting van meer vraaggestuurde zorg. Hieraan zijn geen termijn en tijdstippen te koppelen. Om het parlement toch greep te geven op dit proces wordt de AMvB over het bouwregime voorgehangen (§ 17).
Dat al bij de inwerkingstelling van de WEZ een behoorlijke deregulering plaatsvindt was bekend, onduidelijk blijft, ook na de Antwoorden, in hoeverre en in welk tempo de voorstellen uit de dereguleringsbrief van 25 september 2001 worden doorgevoerd. Zijn dit voornemens waarvan al vaststaat dat ze worden doorgevoerd bij de start van de WEZ of is invoering afhankelijk van de in § 1 geschetste randvoorwaarden en feitelijke omstandigheden (corresponderend met § 8.2. van de MvT) voor de omslag van aanbod- naar vraaggerichte sturing?

Omdat de AMvB inzake het bouwregime nog niet voor een uitvoeringstoets is voorgelegd, kan hieromtrent geen uitsluitsel worden gegeven. Uit de vormgeving van de deregulering in de brief van 25 september blijkt dat de deregulering niet plaatsvindt *binnen de WEZ zelf*, bijv. een verkorte procedure of melding, maar door buiten werkingstelling van onderdelen van de wet. Dit heeft als nadeel het grotendeels verschuiven van de aanbodsturing naar de E.T. (In de WZV valt de aanbodsturing binnen het bouwregime; in de WEZ valt onder het bouwregime alleen de toetsing van bouwkwaliteit, de aanbodsturing valt onder de E.T.), of het verplaatsen van bouwsturing naar andere regimes via de bekostiging van bouw. Onvoldoende wordt rekening gehouden met de faciliterende werking van het bouwregime tot dusver: bekostiging door nacalculatie op grond van de individuele bouwbehoefte van een instelling.
Wat per saldo voor een instelling telt, is een grotere eigen verantwoordelijkheid, bij gematigde risico's, en een aanzienlijke vermindering van administratieve lasten.
Gezien de complexiteit van de verandering van het bouwregime, zouden in de AMvB over het bouwregime de consequenties voor alle instrumenten (incl. de bekostiging en kwaliteitsbewaking) dienen te worden aangegeven.

5. Uitvoerbaarheid

5.1 Stand van zaken

Nu de wet ter parlementaire behandeling voorligt kan geconstateerd worden dat met uitzondering van de AMvB inzake de transparantie de overige uitvoeringsregelingen nog niet in concept beschikbaar zijn. Aan het bouwregime is in de brief aan de Kamer van 25 september 2001 een eerste beschouwing op hoofdlijnen gewijd. Bij die gelegenheid is ook het dummybeleidskader aangeboden. De Minister wil de Kamer bij de definitieve invulling van het bouwregime via een zogenaamde "voorhangprocedure" betrekken, na afronding van de parlementaire behandeling van de WEZ. In de komende maanden wordt een verzoek om een uitvoeringstoets over het bouwregime verwacht.
Daarnaast is de Minister voornemens op het moment dat de geactualiseerde beleidskaders gereed zijn deze aan de beide Kamers ter bespreking aan te bieden. Ook over de beleidskaders zal het Bouwcollege nog een verzoek om een uitvoeringstoets ontvangen.

5.2 Voorlopige beschouwingen

In de uitvoeringstoets WEZ van oktober 1999 heeft het toenmalige College voor ziekenhuisvoorzieningen de werking van de WEZ aan de hand van casuïstiek gesimuleerd. De conclusie was dat de WEZ conform de doelstellingen zou kunnen werken. Wel werden enkele bijstellingen aanbevolen die de uitvoerbaarheid ten goede zouden komen. Bij de verschillende casús zijn aandachtspunten voor deze uitvoerbaarheid genoemd. Geconstateerd werd dat door de flexibele toepassing van uitzonderingsregimes de nagestreefde deregulering kan worden bereikt. In het bijzonder gold dit voor het bouwregime.
Bij de casuïstiek is gewerkt met veronderstellingen over diverse uitvoeringsregelingen. Voor de beoordeling van de daadwerkelijke uitvoerbaarheid werd het van belang geacht dat tijdens de parlementaire behandeling van de wet zicht zou bestaan op de invulling via uitvoeringsregelingen. De wet zou daarnaast ontschotting, zorgketenvorming in het aanbod en vraaggerichte zorg kunnen bevorderen. Deze bevorderingsmogelijkheid werd wel afhankelijk gesteld van de

financieringssystematiek (de financiering (van de kapitaallasten) via het eerste en tweede compartiment).
Een definitieve uitspraak over de uitvoerbaarheid van de WEZ kan eerst worden gedaan op het moment dat zowel de beleidskaders als de AMvB inzake het bouwregime nader zijn uitgewerkt.

Voor wat betreft de uitvoerbaarheid van de sturingsmechanismen zijn vraagtekens te plaatsen bij de rol van de diverse partijen en met name bij de positie van verzekeraars. Hierover zijn ook de meeste vragen gesteld. De verzekeraars moeten voldoen aan de zorgplicht, zoals die door de overheid wordt geformuleerd via de functionele pakketomschrijving. Om daaraan te kunnen voldoen zijn zij daarnaast afhankelijk van de inhoud van het beleidskader en de financiële ruimte die de Minister hiervoor beschikbaar stelt. Bovendien is, vanwege het beperkte bouwregime, de adviesrol ten aanzien van met bouw gepaard gaande initiatieven marginaal. De vraag is dan ook hoe de verzekeraars hun rol kunnen waarmaken.
Mutatis mutantis is ook de weergave van de rol van de overheid niet geheel consistent. Als de overheid het pakket, het beleidskader en de financiën bepaalt kan wat betreft de uitvoering niet worden volstaan met een verwijzing naar de hiervoor verantwoordelijke veldpartijen en in het bijzonder de verzekeraars. De beantwoording van de Kamervragen geeft over deze sturingsmechanismen geen eenduidige uitleg.

Van belang voor de uitvoerbaarheid van de WEZ is voorts dat er duidelijkheid bestaat over het ingroeitraject en het overgangsproces van aanbodregulering naar vraagsturing. Door de Kamer zijn hierover ook enkele vragen gesteld. Uit de antwoorden blijkt dat er nog geen duidelijk spoorboekje aanwezig is. Wel wordt er gesteld dat de ontwikkeling naar gereguleerde competitie de stimulans vormt voor het realiseren van meer vraaggerichte zorgverlening. Om dit te laten werken zijn er effectieve prikkels nodig die partijen stimuleren tot doelmatigheid. Daarnaast is een evenwichtige verhouding tussen partijen nodig. Hier wordt nog hard aan gewerkt. Daarbij zullen de AWBZ en de curatieve zorg vooralsnog hun eigen trajecten volgen, overeenkomstig de lijnen die zijn uitgezet in enerzijds de modernisering van de AWBZ en anderzijds de modernisering van de curatieve zorg. Vanzelfsprekend zal de discussie over de stelselwijziging, die naar alle waarschijnlijkheid na de verkiezingen zal worden gevoerd, van invloed kunnen zijn op deze trajecten.

Ook over het bouwregime kunnen enkele algemene opmerkingen worden gemaakt.
Het systeem van aanvraagrondes en de cyclische bouwprogrammering, eens in de twee jaar besluitvorming over prioritering, is in vergelijking met eerdere concepten van de WEZ niet gewijzigd. Het toenmalige College voor ziekenhuisvoorzieningen had dit systeem als moeilijk werkbaar gekwalificeerd. Uit de brief van 25 september aan de Kamer wordt duidelijk dat het bouwregime per sector sterk zal verschillen. Welke consequenties de voorgestane modernisering van de AWBZ, het functiegericht maken van de zorgaanspraken met als doel sectorale ontschotting, voor het sectorale bouwregime zal hebben is vooralsnog niet duidelijk. Het kan zo zijn dat voor de aanspraak verpleging binnen de sector verpleeghuizen een ander bouwregime zal gelden dan binnen de gehandicaptenzorg, terwijl de aanspraak van een geïndiceerde bij beide sectoren tot gelding kan worden gebracht. (ontschotting)

Een ander probleem in de uitvoering is gelegen in het feit dat in de WEZ niet meer wordt uitgegaan van de gebruikelijke taakverdeling tussen de diverse uitvoeringsorganen (CVZ, CTG en CBZ). Zo zal het CVZ verzoeken om exploitatietoestemmingen die niet onder het bouwregime vallen, moeten toetsen waarbij gebruik moet worden gemaakt van zowel de WTG-beleidsregels als de beleidsregels uit het

beleidskader en eventueel de prestatie-eisen. In feite impliceert dit een verschuiving van regelgeving en geen deregulering. Het CVZ zal terzake nog deskundigheid moeten opbouwen.

Uit de wet kan worden afgeleid dat indien het bouwregime niet van toepassing is en er ook geen exploitatietoestemming door het CVZ vereist is, de betreffende instelling de bouw zelf mag realiseren. Voorwaarde daarvoor is dat de instelling wel over de benodigde middelen kan beschikken. Hoe dit geregeld wordt is thans nog niet duidelijk. Het lijkt uit de beantwoording van de Kamervragen de bedoeling dat indien een instelling over onvoldoende middelen (trekkingsrechten) beschikt er alsnog een vergunning kan worden aangevraagd. De toepassing van deze hardheidsclausule zou dan wel geregeld moeten worden in de AMvB inzake het bouwregime. Overigens veronderstelt dit ook een voortzetting van de meldingsregeling en een toetsing of de trekkingsrechten doelmatig besteed zijn.

Zoals vermeld zijn er inmiddels dummy's van beleidskaders beschikbaar. Uit de beantwoording van de Kamervragen is duidelijk geworden dat er binnen de beleidskaders een onderscheid zal worden gemaakt in het algemene beleid en de objectieve criteria (beleidsregels) die nodig zijn om beslissingen te nemen op aanvragen om een exploitatietoestemming. Hiermee wordt ook tegemoet gekomen aan de eerdere kritiek van het College voor ziekenhuisvoorzieningen. Overigens zijn de criteria thans nog niet zo geformuleerd dat op eenduidige wijze beslissingen kunnen worden genomen. Dit wordt ook bij de beantwoording van de Kamervragen onderschreven.

Over de uitvoerbaarheid kan ten algemene nog worden opgemerkt dat het in de rede ligt de WEZ eerst in te voeren op het moment dat de gehele uitvoeringsregeling afgerond is. De ervaringen met de meldingsregeling (ingevoerd per 1 januari 1996 en pas sinds ultimo 2001 volledig operationeel) hebben uitgewezen dat dit noodzakelijk is.

Bijlage: Voorgeschiedenis WEZ

De Ministerraad heeft op 23 maart 2001 ingestemd met het wetsvoorstel **Wet exploitatie zorginstellingen** (WEZ). De uitvoeringsorganen volksgezondheid brachten in het najaar van 1999 uitvoeringstoetsen uit over een wetsvoorstel (CvZhv op 4 oktober 1999). De WEZ strekt tot herziening en gelijktijdig tot vervanging van de Wet ziekenhuisvoorzieningen. Het CvZhv sprak zich in zijn uitvoeringstoets positief uit over de brede reikwijdte (integrale besluitvorming, ketenzorg) en de flexibiliteit (grote potentie tot deregulering en aansluiting in de tijd op een gewijzigde aansturing, zoals de ontwikkeling van vraaggerichte zorg) van de wet. Op deze kenmerken is de nu ingediende WEZ niet sterk gewijzigd. De belangrijkste verandering is het proceskarakter van de WEZ: de WEZ is een overgangswet naar een vraaggericht systeem geworden (zie de nieuwe considerans).

Het profiel van de tekst van de WEZ is gericht op het *startmoment van een aanbodgericht systeem*, waarna fasegewijs in bepaalde stappen de wet de windrichting van het beleid kan gaan volgen: vraaggerichte zorg. Door de sturing expliciet te verleggen van bouw naar exploitatie beschikt de overheid in wezen over meer gerichte stuurmiddelen (en kan zij daarvan, ook in financieel opzicht, krachtig gebruik maken), maar afhankelijk van toetsing aan bepaalde criteria - technisch en bestuurlijk -, de omstandigheden per sector en te vervullen randvoorwaarden, zal geleidelijk aan het systeem zichzelf (moeten) gaan sturen. Dit betekent niet dat de overheid dan geheel sturingsloos terzijde staat: zij blijft verantwoordelijk voor het scheppen van de randvoorwaarden voor een doelmatig, evenwichtig en voor eenieder toegankelijk stelsel van gezondheidszorg.
Bij de te bereiken doelen is in de te nemen stappen steeds een fasering aangebracht. Hoewel vanuit een juridische gezichtshoek wellicht valt af te dingen op de *flexibiliteit* van de WEZ: rechtszekerheid op de tocht, onzekere normering, te ruime delegatie, uitvoering bepaalt in feite inhoud van de wet), is dit een basisvoorwaarde om vanuit een complex aanbodgestuurd systeem via een procesmatige aanpak te geraken in een vraaggestuurd stelsel.
Wat betreft de sturing op bouw is als nieuw argument genoemd de dominantie van bepaalde investeringsbeslissingen voor de zorginfrastructuur. Daarnaast blijft het bouwregime gelden voor investeringen die uit een oogpunt van kwaliteit of doelmatigheid risicovol zijn.
De WEZ is in hoge mate een raamwet die sturingsinstrumenten schept, zoals *beleidskader incl. financieel kader, exploitatietoestemming, exploitatie-eisen, prioriteitensysteem, bouwvergunning, voorschriften en goedkeuringseisen*: veel is afhankelijk van de uitvoering.
De Raad van State adviseerde over het wetsvoorstel op 6 november 2000.

Eind december 2000 is een projectorganisatie van start gegaan om de uitvoering van de wet voor te bereiden op de onderdelen *bouw, zorgvisie, exploitatietoestemming, transparantie en toezicht*; hierin participeerden ambtelijk ook het Bouwcollege en het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Deze projectorganisatie heeft zich niet beziggehouden met de wet zelf of met de verwerking van uitvoeringstoetsen/adviezen.

Het wetsvoorstel is op 29 maart 2001 ingediend bij de Tweede Kamer. Op 13 juni 2001 hebben de Minister van Volksgezondheid en de Tweede Kamer een debat op hoofdlijnen gevoerd over het wetsvoorstel. De woordvoerders van de fracties hebben op grond van een aantal door de Minister gedane toezeggingen aangegeven de WEZ in behandeling te willen nemen. Een afschrift van het verslag van dit debat heeft u reeds eerder ontvangen.

Tijdens dit debat is door de minister toegezegd een "dummy-beleidskader" te ontwerpen, aan de hand waarvan Kamerleden zich een goede indruk kunnen vormen van dit instrument. Door de Minister is voorts gezegd dat bij de nota naar aanleiding van het verslag inzicht wordt verschaft over de inhoud van de op de WEZ gebaseerde algemene maatregelen van bestuur.
Gedurende het debat is tevens gesproken over een door het Bouwcollege voorbereid dereguleringsvoorstel in het licht van het wetsvoorstel WEZ. Het voorstel werd door de Tweede Kamer positief ontvangen. Het voorstel is middels schrijven d.d. 6 juni 2001 door de Voorzitter van het Bouwcollege aan de Minister voorgelegd. De Minister heeft hierop gereageerd met schrijven van 2 augustus 2001. Genoemde brieven zijn reeds eerder geagendeerd. In de bestuursvergadering d.d. 26 november 2001 heeft u ingestemd met een nadere concretisering van het voorstel voor de sector Ziekenhuizen door een ambtelijke werkgroep. Met brief van 14 december 2001 heeft de Minister aangegeven grote aarzelingen te hebben bij toepassing van het voorstel in de AWBZ-sectoren. De bezwaren hebben betrekking op de uitbreiding van de meldingsregeling. Met het oog op het scheiden van wonen en zorg acht de Minister het niet doelmatig de trekkingsrechten te verhogen. Voor een deel van de instellingen is het namelijk niet de bedoeling dat de infrastructuur blijvend in stand wordt houden. Het lijkt de Minister dan ook niet doelmatig deze instellingen financieel de ruimte daarvoor te geven.

De Minister heeft d.d. 25 september 2001 een schrijven, kenmerk Z/PB-2215889, doen toekomen aan de Voorzitter van de Tweede Kamer. In de brief wordt ingegaan op de stand van zaken rond de WEZ, waarbij ook aandacht wordt besteed aan de voornemens met betrekking tot het bouwregime. Het "dummy-beleidskader", een tweetal verzoeken om uitvoeringstoetsen d.d. 23 augustus 2001 aan het College Tarieven Gezondheidszorg en het College voor Zorgverzekeringen, alsmede een nota waarin inzicht wordt verschaft over de inhoud van AMvB's, zijn als bijlage bij de brief meegezonden. Een afschrift van deze documenten is reeds eerder geagendeerd.
De verzoeken om uitvoeringstoetsen d.d. 23 augustus 2001 aan het CTG en het CVZ betreffen de eisen die de Minister op grond van de artikelen 6 en 8 van het wetsvoorstel aan de bestuursstructuur en een ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering in het kader van de WEZ aan de instellingen zal stellen, de zgn. "transparantie-eisen" of "eisen bedrijfsvoering".

Begin november 2001 is de Kamer is de gelegenheid gesteld tot schriftelijke inbreng. Op 26 november 2001 is het verslag van de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport vastgesteld.
Met brief d.d. 13 december 2001 is een Nota naar aanleiding van het verslag alsmede een Nota van wijziging ingediend bij de Tweede Kamer. Op 19 december 2001 heeft een procedurevergadering plaatsgevonden van de vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Hierin is besloten tot een tweede schriftelijke ronde.
In oktober 2001 zou de betrokken colleges, waaronder het Bouwcollege, worden verzocht de voorgenomen inhoud van de algemene maatregel van bestuur waarmee de deregulering van het bouwregime vorm krijgt alsmede de toepasselijkheid van de conceptbeleidskaders, op hun uitvoerbaarheid te toetsen.
Medio december 2001 heeft het Ministerie aangekondigd dat, gezien de vertraging die de behandeling van het wetsvoorstel oploopt als gevolg van het inlassen van een tweede ronde, het besluit tot een verzoek om het verrichten van een uitvoeringstoets aan het Bouwcollege pas in januari 2002 tegemoet kan worden gezien. Hierin is inmiddels verandering gekomen, vanwege het feit dat de Vaste Commissie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft besloten een nader verslag in te dienen met daarin opgenomen een nieuw aantal vragen over het wetsvoorstel.