

**Transparante en integrale tarieven**

**in de gezondheidszorg**

## Inhoudsopgave “Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg”

<b>1. Inleiding</b>	<b>1</b>
<b>2. Van huidige budgetbekostiging naar prestatiebekostiging</b>	<b>3</b>
2.1 DE OVERGANG NAAR PRESTATIEBEKOSTIGING	4
2.2 STAND VAN ZAKEN PRESTATIEBEKOSTIGING	5
2.2.1 De curatieve sector	5
2.2.2 De caresector	5
2.3 DE HUISVESTINGSLASTENVERGOEDING	6
2.3.1 De bestaande vergoeding voor huisvestingslasten	6
2.3.2 De beoogde wijze van vergoeden van de huisvestingslasten	7
<b>3. Naar een nieuwe prestatie-eenheid voor de huisvestingslasten</b>	<b>9</b>
3.1 INLEIDING	9
3.2 MAKEN VAN DE ADMINISTRatieve OMSLAG - DE KOSTENTOEREKENINGSSYSTEMATIEK	10
3.3 HET ZORGDRAGEN VOOR EEN KOSTENEFFICIËNTE TARIEFREGULERING: AANPASSING VOOR REALLOCATIEVERSCHILLEN	11
3.4 AANPASSING VOOR AFZET FLUCTUATIES	13
3.5 FINANCIËLE HAALBAARHEID	13
3.5.1 Afschrijvingstermijnen in de cure en de care	14
3.5.2 Boekwaardeproblematiek AWBZ	14
<b>4. De inpassing van de huisvestingslasten in de prestatietarieven</b>	<b>15</b>
4.1 FASE 1: AFSCHAFFING VAN DE CONTRACTEERPLICHT	15
4.1.1 Loslaten contracteerplicht in de curatieve zorg	15
4.1.2 Loslaten van de contracteerplicht in de AWBZ	16
4.2 FASE 2: OPNEMEN VAN DE NHC'S IN DE PRESTATIETARIEVEN	17
4.3 FASE 3: VERVALLEN VAN DE NACALCULATIE OPBRENGST NHC'S EN VAN HET BOUWREGIME	17
4.4 TOT SLOT	18
<b>5. Financiële facilitering transitietraject</b>	<b>20</b>
5.1 HUIDIGE BORGINGS- EN SANERINGSINSTRUMENTEN	20
5.1.1 Planschadecompensatie	20
5.1.2 Sanering	20
5.1.3 Waarborging	21
5.2 NIEUW INSTRUMENT: TRANSITIEFACILITEIT	23
5.3 TOETS AAN MEDEDINGINGSWET EN EG-RECHT	24
5.4 BESTAANDE OVERHEIDSGARANTIES EN BESTUURLIJKE AFSPRAKEN	25

## 6. Naar nieuwe rechtsvormen in de zorg? 26

6.1 INLEIDING	26
6.2 MET WINST NIEUWE EIGENDOMSVERHOUDINGEN	28
6.2.1 Over het “weglekken” van publieke middelen	28
6.2.2 Vangnet tegen weglek: artikel 18 WTZi	29
6.2.3 Verkoop van een deel van het onroerend goed door not-for-profit instellingen	29
6.2.4 Nieuwe toetreders bij uitkeerbare winst	29
6.3 VOORS EN TEGENS VAN HET OPHEFFEN VAN HET VERBOD OP UITKEERBARE WINST	30
6.3.1 Argumenten voor het toestaan van winst	30
6.3.2 Argumenten tegen het toestaan van winst	30
6.3.3 Afweging van de argumenten voor en tegen	31
6.4 VOORWAARDEN VOOR INSTELLINGEN OM WINST TE MOGEN UITKEREN	31
6.4.1 Kwaliteit	32
6.4.2 Toegankelijkheid	32
6.4.3 Betaalbaarheid, vooral een kwestie van goede en eerlijke concurrentie	33
6.4.4 Governance	33
6.4.5 Fiscale aspecten met betrekking tot het winstmotief	34
6.4.6 Conclusie	34

### Boxen

1. Budgetzekerheid bij de instelling via het sluittarief — illustratie voor de ziekenhuissector	3
2. Sluittarief onder de prestatiebekostiging	6
3. Trekkingsrechten bouw	7
4. Wooncomponent en zorginfrastructuur in de AWBZ	10
5. Aandachtspunten Cure: huisvestingslasten van acute zorg, academische component en opleidingen	11
6. Maatschappelijke ondernemingen	26
7. Rhön-Klinikum	27

### Bijlagen

1. Huidige budgetbekostiging intramurale zorginstellingen
2. Vernieuwing wetgevend instrumentarium om prestatiebekostiging mogelijk te maken
3. Verkenning budgettaire inpasbaarheid nhc-systematiek

## 1. Inleiding

In veel brieven en wetsvoorstellen die de bewindslieden van VWS recentelijk aan de Staten-Generaal hebben aangeboden is benadrukt dat er belangrijke verbeteringen nodig en mogelijk zijn in de Nederlandse gezondheidszorg. Een systeem van aanbodsturing waarbij de overheid de omvang en de prijs van de geleverde zorg bepaalt, beantwoordt niet meer aan de behoeften van de patiënten en cliënten. Dát is de achterliggende reden achter de modernisering van de care- en de curesector (in het vervolg care resp. cure genoemd). Het doel van deze modernisering is dat zorgaanbieders worden afgerekend op geleverde prestaties (ook wel prestatiebekostiging genoemd). Prestatiebekostiging legt meer verantwoordelijkheid voor de zorgverlening bij de aanbieders zelf. Meer verantwoordelijkheid betekent meer vrijheid en een sterkere prikkel om doelmatig te werk te gaan. Maar het betekent ook meer onzekerheid en meer risico.

Bij het debat over de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) heeft de Tweede Kamer daarom aandacht gevraagd voor de gevolgen van de verdergaande deregulering die met de WTZi wordt beoogd. Daarbij speelden een aantal aspecten een rol. Allereerst ging het om de vraag hoe de overheid wil omgaan met de toenemende risico's voor zorginstellingen als gevolg van de grotere verantwoordelijkheid voor hun investeringsbeslissingen. Concrete deelvragen hierbij waren hoe de kapitaallasten van de investeringen op een efficiënte en betaalbare wijze kunnen worden bekostigd en in hoeverre de strakke regelgeving voor het bouwen kan worden gedereguleerd. Een ander aspect betrof het vraagstuk van de eigendomsverhoudingen. Daarbij ging het met name om de vraag hoe het toestaan van uitkeerbare winst moet worden beoordeeld in het licht van de bestaande en nieuwe regelgeving (WTZi).

In deze nota staat de prestatiebekostiging van de intramurale zorg inclusief de huisvestingslasten (integrale prestatiebekostiging) centraal. Tot de intramurale zorg behoort de curatieve zorg en de grootschalige intramurale AWBZ-zorg (dat wil zeggen instellingen waar meer dan 25 cliënten verblijven). Integrale prestatiebekostiging is van belang omdat dit zorginstellingen bewust maakt van de consequenties van hun investeringen. Zorginstellingen moeten dan immers zelf afwegen hoe ze de lasten die voortvloeien uit huisvestingsbeslissingen kunnen terugverdienen door het leveren van zorg. Voor de cliënt/patiënt verandert door de nieuwe bekostiging niets aan hun aanspraken als verzekerden, de indicatiestelling en de eigen bijdragen. Het voordeel voor de cliënt/patiënt is dat zorginstellingen door de nieuwe bekostiging meer rekening houden met zijn of haar wensen. Dit geldt zeker voor de care, waar de huisvestingslasten een groot aandeel hebben in de totale kapitaallasten. Deze nota gaat niet over marktwerking met vrije prijzen. Integrale prestatiebekostiging staat los van de vraag of sprake is van vrije prijzen of van door de overheid gereguleerde tarieven.

De nota is als volgt opgebouwd. *Hoofdstuk 2* beschrijft de stappen die in zijn algemeenheid nodig zijn om de overgang naar prestatiebekostiging te kunnen maken. Dit hoofdstuk bevat tevens een beschrijving van de stand van zaken bij de invoering van prestatiebekostiging in cure en care. *Hoofdstuk 2* sluit af met een beschrijving van de beoogde eindsituatie waarin ook de huisvestingslasten onderdeel zijn van de (integrale) prestatiebekostiging. *Hoofdstuk 3* beschrijft eerst de introductie van zogeheten normatieve huisvestingscomponenten (nhc's), de nieuwe prestatieeenheid voor de huisvestingslasten. Daarna gaat hoofdstuk 3 in op de gevolgen van het toepassen van nhc's voor de zorginstellingen. In *hoofdstuk 4* komt de fasegewijze inpassing van de nhc's in de prestatiebekostiging aan de orde. Deze inpassing wordt in samenhang gepresenteerd met een tijdpad voor het verder loslaten van de plicht van ziekenfondsen en zorgkantoren om intramurale instellingen in hun werkgebied te contracteren (de zogeheten contracteerplicht) en het loslaten van het bouwregime. *Hoofdstuk 5* gaat in op de vraag over welke instrumenten de overheid tijdens de

transitiefase dient te beschikken om zijn verantwoordelijkheid voor het borgen van de publieke belangen in de gezondheidszorg waar te maken. *Hoofdstuk 6* beschrijft dat zorginstellingen en andere maatschappelijke instellingen een groeiende behoefte hebben aan meer mogelijkheden voor ondernemerschap om hun sociale doelstellingen te kunnen realiseren. Een van de instrumenten om het ondernemerschap te stimuleren is het geleidelijk toestaan dat zorginstellingen die intramurale zorg verlenen gebruik mogen maken van risicodragende kapitaalverschaffers. *Hoofdstuk 6* beschrijft dat het kabinet zou kunnen besluiten het uitkeren van winst aan aandeelhouders toe te staan als aan de in deze nota beschreven strikte voorwaarden is voldaan. Op basis van wat in *hoofdstuk 4* is beschreven zal hiervan vermoedelijk pas in 2012 sprake kunnen zijn. Intramurale instellingen die — onder de eerder genoemde voorwaarden — vóór 2012 bereid zijn intramurale zorg te verlenen, zou verantwoord het uitkeren van winst aan derden kunnen worden toegestaan.

Deze nota bevat drie bijlagen. Bijlage 1 bevat een beknopte beschrijving van de bestaande bekostiging van de zorgsector. In bijlage 2 komt de wetgeving aan de orde die de nieuwe bekostiging en beoogde deregulering van de zorgsector mogelijk maakt. Bijlage 3 beschrijft de methode die is gebruikt voor de raming van de huisvestingslasten op basis van de nieuwe prestatieeenheden (nhc's).

## 2. Van huidige budgetbekostiging naar prestatiebekostiging.

De overgang naar meer concurrentieprikkels in de intramurale sectoren kan alleen plaatsvinden als afscheid wordt genomen van de huidige budgetsystematiek voor zorginstellingen. Bijlage 1 bevat een beschrijving van deze budgetsystematiek.

De voordelen van het huidige systeem zijn de mogelijkheden voor macro-budgettaire sturing voor de overheid en budgetzekerheid voor de instellingen (zie voor dit laatste box 1).

### **Box 1: Budgetzekerheid bij de instelling via het sluittarief — illustratie voor de ziekenhuissector**

De budgetten van zorginstellingen zijn gebaseerd op de door het College Tarieven Gezondheidszorg / Zorgautoriteit in oprichting (CTG/Zaio) vastgestelde “aanvaardbare kosten”. Er zijn budgetparameters voor de aanvaardbare locatiegebonden kosten, vaste kosten, semi-vaste kosten en variabele kosten (zie bijlage 1).

De aanvaardbare kosten staan vrijwel los van de feitelijke kosten van de instellingen. De omvang van het variabele deel van het ziekenhuisbudget wordt bepaald aan de hand van de vooraf tussen aanbieders en verzekeraars gemaakte productieafspraken over de variabele parameters (bijvoorbeeld het aantal dagbehandelingen). Wanneer ziekenhuis en verzekeraars overeenstemming hebben, leggen zij het resultaat ter goedkeuring voor aan het CTG/Zaio. Vervolgens stelt CTG/Zaio het verrekentariaf vast. Het verrekentariaf is een opslag op het dbc-tarief waarin de kosten zitten die niet of onvolledig in de dbc-tarieven zijn verwerkt zoals de huisvestingslasten.

De zorginstellingen vullen het budget door het declareren van zorgprestaties bij zorgverzekeraars/zorgkantoren. Dit laatste gebeurt bij de ziekenhuizen via het in rekening brengen van dbc-tarieven. De totale opbrengst uit gedeclareerde dbc-tarieven en verrekentariafen kan ook verschillen van de aanvaardbare kosten van het ziekenhuisbudget omdat de werkelijke productie afwijkt van de eerder afgesproken productie.<sup>a</sup> Dergelijke overschotten of tekorten worden verrekend met het verrekentariaf voor het volgende jaar (via een aftrek respectievelijk een toeslag). Dit betekent dat het verrekentariaf tevens kosten uit het verleden draagt. Daarmee is het huidige verrekentariaf ook een *sluittarief*. Het resulterende verrekentariaf is een instellingsspecifiek tarief en is bindend voor alle verzekeraars.

Het vaststellen van de budgetten van ziekenhuizen op basis van technische parameters en het vergoeden van dit budget op basis van dbc-tarieven en de per ziekenhuis verschillende verrekentariafen noodzaakt de facto tot het voeren van een *dubbele boekhouding*.

Bij de intramurale AWBZ-instellingen fungeert het verpleegdagentariaf als “sluittarief” om verschillen tussen budget en gerealiseerde ontvangsten op te vangen.

- a) De variabele kosten zijn in beginsel niet begrensd. Sinds de introductie van het zogeheten boter-bij-de-vis-principe in 2001 is de daadwerkelijk gerealiseerde productie bepalend voor de aanvaardbare variabele kosten in het budget (mits afgesproken met de verzekeraars).

De nadelen van de bestaande budgetsystematiek zijn de bureaucratische regelgeving en de perverse gedragseffecten. Zo worden bijvoorbeeld in ziekenhuizen meer bedden vergoed dan er werkelijk aanwezig zijn. Verder leidt de budgetzekerheid van de instellingen tot bestaanszekerheid. Hierdoor reageren instellingen minder alert op nieuwe technische ontwikkelingen en kijken ze minder kritisch naar hun eigen interne bedrijfsvoering. Dit heeft tot gevolg dat zorginstellingen potentiële productiviteitsverbeteringen niet realiseren. Een omslag naar systematiek waarin zorginstellingen worden afgerekend op hun prestaties is dus gewenst.

Paragraaf 2.1 bevat een beschrijving van de wijze waarop die situatie in de zorgsector kan worden bereikt. De omslag naar prestatievergoeding is al gestart, alleen de huisvestingslasten zijn er tot nu toe niet in betrokken. De stand van zaken bij de cure en de care is het onderwerp van paragraaf 2.2. Paragraaf 2.3 bevat een beschrijving van de huisvestingslasten. Eerst komt de bestaande vergoeding

van de huisvestingslasten aan de orde. Daarna volgt een uiteenzetting van de nieuwe vergoeding voor deze lasten.

## 2.1 DE OVERGANG NAAR PRESTATIEBEKOSTIGING

De overgang van de budgetbekostiging naar een bekostiging op basis van geleverde prestaties — ook wat betreft huisvestingslasten — is technisch complex en vereist zowel van de sector als van de overheid een flinke inspanning. Het leveren van die inspanning is in vier stappen te onderscheiden:

1. *Vaststellen van een producten-/dienstenstructuur*  
Een conditio sine qua non voor prestatiegerichte bekostiging zijn producten en diensten waarop zorginstellingen kunnen worden afgerekend. Voor de ziekenhuizen zijn hiervoor de bekende diagnose behandelcombinaties (dbc's) ontwikkeld en voor de AWBZ de in 2003 ingevoerde zeven functies (huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf).
2. *Maken van de administratieve omslag*  
De kosten die zorginstellingen maken moeten aan de nieuwe prestatie-eenheden worden toegerekend. De hiervoor noodzakelijke omslag in de administratie vergt een forse inspanning van alle instellingen.
3. *Zorgdragen voor een kostenefficiënte tariefvorming, beëindiging “dubbele boekhouding”*  
Als de instellingen hun administratie hebben ingericht op het verlenen van concrete producten en diensten kan de overheid toewerken naar een tariefregulering die een weerspiegeling is van de in de cure en care gangbare kosten van dbc's en functies (verder 'kostenefficiënte tariefvorming' genoemd).<sup>1</sup> De overheid tracht efficiëntie te bewerkstelligen via benchmarking of maatstafconcurrentie.<sup>2</sup> De bekostiging én de vergoeding van de budgetten van de instellingen gaat in deze stap plaatsvinden op basis van de kostenefficiënte tarieven. Er komt een einde aan de dubbele boekhouding (zie box 1).
4. *Starten met risicodragende bedrijfsvoering*  
In deze stap maken budgetzekerheden plaats voor het risico dat een lager volume wordt afgezet dan vooraf begroot. De zekerheid over de dekking van de vaste huisvestingslasten komt hierdoor te vervallen. Instellingen moeten erop voorbereid zijn dat kapitaalverschaffers — waaronder het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) — hierdoor hogere eisen aan de kwaliteit van het management en aan de solvabiliteit (dit is de verhouding tussen eigen vermogen en vreemd vermogen) van de instellingen gaan stellen.<sup>3</sup>

De deelmarkten in de cure en care hoeven deze vier stappen niet volgtijdelijk te doorlopen. Ze kunnen elkaar (deels) overlappen. Een deel van de markt kan toe zijn aan het toepassen van tariefregulering die gebaseerd is op beschikbare informatie over de kostprijzen per dbc of functie van de individuele instellingen (benchmarking), terwijl voor een ander deel van de markt de producten/diensten nog worden gedefinieerd. Een belangrijke rol bij de stappen 3 en 4 zal zijn weggelegd voor de in oprichting zijnde Zorgautoriteit. Een van de taken van de Zorgautoriteit is het ontwerpen van kostenefficiënte tarieven en het nauwlettend volgen van de effecten ervan. Een andere taak van de Zorgautoriteit is het bevorderen van marktwerking.

---

<sup>1</sup> In sommige delen van de zorg zal het concurrentiemechanisme met vrije prijzen hier voor kunnen zorgdragen, zoals in het B-segment van de dbc's.

<sup>2</sup> Bij benchmarking vergelijkt een toezichthouder de prestaties van zorginstellingen met elkaar waarna instellingen inzicht krijgen in elkaars prestaties. Het achterliggende idee is dat deze informatie instellingen stimuleert tot efficiencyverbeteringen. Maatstafconcurrentie gaat een stap verder in deze zin dat de toezichthouder financiële consequenties verbindt aan de uitkomsten van de benchmark en op die manier efficiencydoelstellingen afdwingt.

<sup>3</sup> Het WfZ verstrekt garanties op leningen aan zorginstellingen waardoor de risico's voor de kapitaalverstrekker worden weggenomen. Zie voor een uitgebreidere toelichting §5.1.3.

De nieuwe regelgeving ondersteunt de stappen richting prestatiebekostiging. In de bestaande op aanbodssturing gerichte regelgeving zijn de verzekeringswetgeving (ZFW en AWBZ), de capaciteitswetgeving (WZV) en de tariefwetgeving (WTG) met elkaar verweven. Onder de nieuwe regelgeving kan die verwevenheid ongedaan worden gemaakt (zie bijlage 2).

## 2.2 STAND VAN ZAKEN PRESTATIEBEKOSTIGING

### 2.2.1 De curatieve sector

Zoals bij stap 1 is beschreven is in de intramurale cure gekozen voor dbc's als productstructuur. De ziekenhuizen hebben inmiddels de administratieve omslag uit stap 2 voor een belangrijk deel gemaakt. Kosten die nog niet (volledig) aan dbc's zijn toegerekend zijn de opleidingskosten van medisch personeel, het academische budget waaruit de topreferente zorg<sup>4</sup> in de academische ziekenhuizen wordt betaald, de acute zorg en de kapitaallasten. Voor de dbc's in het zogenoemde B-segment (dat ongeveer 10% van de ziekenhuiszorg omvat) is per 1 februari jongstleden stap 3 gezet. Voor het B-segment geldt sindsdien vrije prijsvorming. Bij deze vrije prijsvorming past de kanttekening dat de vrijheid niet geldt voor de huisvestingslasten. Voor deze lasten is een vaste opslag van 12,5% afgesproken om een gelijk speelveld te krijgen met de zelfstandige behandelcentra (ZBC's) die geen aparte vergoeding voor huisvestingslasten krijgen. De ziekenhuizen houden echter nog recht op hun vaste budget voor de huisvestingslasten. De opbrengst van de opslag wordt bij hen dan ook nog met dit budget verrekend. De opslag is een tijdelijke oplossing totdat een beter onderbouwde normvergoeding kan worden toegepast. Voor de dbc's in segment A (dat dus ongeveer 90% van de ziekenhuiskosten omvat) gelden nog vastgestelde tarieven (zie box 1). Deze tarieven dienen als declaratie-eenheden voor het betalingsverkeer met verzekeraars maar zijn nog niet bepalend voor het vaststellen van het budget. Binnenkort ontvangt het CTG/ZAIo een verzoek een uitvoeringstoets te verrichten naar de mogelijkheden van DBC-bekostiging in segment A. Dit betekent niet alleen dat ziekenhuizen de verleende zorg declareren op basis van dbc's, maar dat ook een kostenefficiënt tarief per dbc wordt vastgesteld dat als basis dient voor de bekostiging. Omdat de dbc-budgetten anders zijn samengesteld dan de huidige budgetten ontstaan reallocatie-effecten binnen en tussen ziekenhuizen (zie box 2).

### 2.2.2 De caresector

Op 1 april 2003 is een eerste mijlpaal in de modernisering van de AWBZ bereikt. Vanaf deze datum zijn de aanspraken, de indicatiestelling en de toelating in AWBZ-brede functies omschreven: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf. De sector en VWS werken hard aan het introduceren van het begrip "functie" bij de bekostiging en de verantwoording. In de eindsituatie geldt per functie een basistarief waarin rekening wordt gehouden met het deskundigheidsniveau van het personeel, de productiviteit en de personele en materiële overhead. Voor specifieke doelgroepen (bijvoorbeeld complexe (G)GZ-cliënten) zullen andere deskundigheden nodig zijn of andere productiviteitscijfers gelden (bijvoorbeeld bij niet planbare zorg op afroep) of specifieke groepsgroottes gelden (bijvoorbeeld dagactiviteiten voor kinderen met een ernstige handicap). Daarom krijgt elke functie in de functiegerichte bekostiging een prijs die is opgebouwd uit een basis-module voor reguliere zorg en een of meer opslagmodules voor bijzondere leveringsvoorwaarden of voor een bijzonder cliëntprofiel. Per 1 januari 2005 is bij de extramurale zorgverlening een verdere stap gezet op weg naar dit modulaire systeem van functieprijzen. De intramurale zorg wordt in 2005 nog bekostigd op de "klassieke" manier. De overstap naar functiebekostiging in 2006 is in

---

<sup>4</sup> Topreferente zorg is zeer specialistische zorg waar geen doorverwijzing meer voor mogelijk is.



voorbereiding.<sup>5</sup> Ook voor de care zal binnen afzienbare tijd een uitvoeringstoets aan CTG/ZAio worden gevraagd naar de mogelijkheden voor prestatiebekostiging.

**Box 2: Sluittarief onder de prestatiebekostiging**

Zoals in Box 1 is beschreven is er voor de bekostiging van zorginstellingen een dubbele boekhouding nodig. De budgetten worden in de ziekenhuizen vastgesteld op basis van technische parameters. De vergoeding vindt plaats via dbc-tarieven en de, per ziekenhuis verschillende, verrekentarieven. De verrekentarieven fungeren ook als sluittarief. In de AWBZ is de systematiek niet wezenlijk anders.

De nieuwe prestatiebekostiging maakt een eind aan de dubbele boekhouding. Zowel in de cure als in de care komt er één eenheid op basis waarvan bekostiging én vergoeding zal plaatsvinden. In de cure zijn dat de dbc's en in de care de functies. De grote winst van de dbc's en de functies is dat zij een eenduidige productstructuur creëren waaraan alle instellingen hun kosten moeten gaan toerekenen. De instellingsbudgetten worden daarmee transparant.

Omdat de dbc's en functies anders zijn samengesteld dan de oorspronkelijke parameters in de budgetsystematiek kan het niet anders dan dat deze omschakeling een verschuiving van middelen teweeg brengt binnen de instellingsbudgetten en een verschuiving tussen instellingsbudgetten. Voor deze *reallocatie-effecten* zal een aanpassingsproces moeten worden afgesproken.

Een ander aandachtspunt betreft de kwestie van het *sluittarief*. Net als nu voor de variabele parameters van de huidige budgetten het geval is, zullen verzekeraars/zorgkantoren en instellingen straks op basis van dbc's en functies productieafspraken maken die in eerste instantie bepalend zijn voor de omvang van het budget. De vraag rijst of in de nieuwe situatie het sluittarief (waardoor de zorginstelling budgetzekerheid heeft) gehandhaafd dient te worden.

### 2.3 DE HUISVESTINGSLASTENVERGOEDING

Het beeld dat uit de in §2.2 beschreven stand van zaken oprijst, is dat zowel in de cure als in de care flinke vorderingen zijn gemaakt met het definiëren van de productstructuur. Waar het gaat om het toerekenen van de kosten aan de producten en diensten vormen de huisvestingslasten een essentieel onderdeel dat nog ontbreekt.

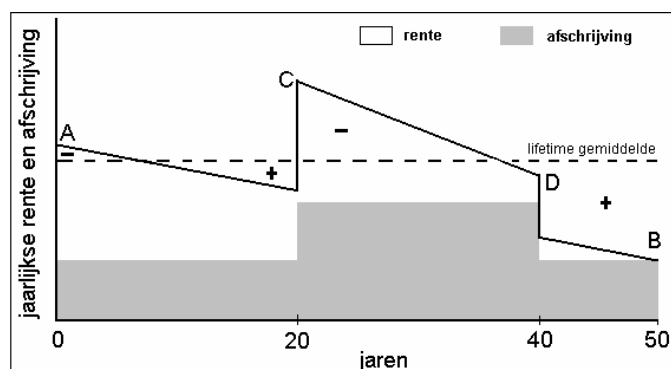
#### 2.3.1 De bestaande vergoeding voor huisvestingslasten

Instellingen met een vergunning op grond van de Wet ziekenhuis voorzieningen (WZV) krijgen van het CTG/ZAio een voor de levensduur van het gebouw geldende vergoeding voor de jaarlijkse rente en afschrijving op basis van de door het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) goedgekeurde eindafrekening (zie bijlage 2). Deze vergoeding kent een specifiek verloop zoals in figuur 1 met de ononderbroken lijn ACDB is weergegeven (exclusief inflatie).

---

<sup>5</sup> Zie AWBZ/DGB-2525864 "Voortgang invoering functiegerichte bekostiging", brief aan TK 23 november 2004.

Figuur 1



Het specifieke verloop van de lijn voor de huisvestingslasten is het gevolg van de beleidsregels die het CTG/Zaio ter bepaling van de aanvaardbare huisvestingskosten hanteert:

- de rentevergoeding is genormeerd via een koppeling aan de kapitaalmarktrente;
- de vergoeding van de (lineaire) afschrijving is gebaseerd op de historische bouwpijs en gaat uit van een technische levensduur van de zorginstelling van 50 jaar (de lijn AB in figuur 1);
- na 20 jaar is een renovatie-investering voorzien (sprong naar niveau C in figuur) tot maximaal 50% van de nieuwbouwwaarde; de afschrijvingsperiode daarvan is 20 jaar (de lijn CD in figuur 1; zie box 3);
- na 40 jaar vervalt de rente- en afschrijvingsvergoeding op de renovatie-investering en keert de lijn CD terug naar de oorspronkelijke lijn AB.

De gemiddelde huisvestingslasten bedragen circa 10% van het totale budget.

### Box 3: Trekkingsrechten bouw

Sinds 1996 is de zogeheten meldingsregeling van kracht, formeel "besluit uitzondering toestemmingsprocedure" genaamd. Volgens die regeling hebben zorginstellingen voor instandhoudingsbouw geen vergunning nodig en volstaat een melding bij het CBZ. Instandhouding wordt daarbij gedefinieerd als instandhouding van de bestaande capaciteit en kan dus, al lijkt het woord anders te suggereren, ook betekenen dat nieuwbouw gepleegd wordt, maar dan wel ter vervanging van al bestaande capaciteit. De meldingsregeling dient om de directie van de zorginstelling meer eigen verantwoordelijkheid voor de instandhouding van zijn infrastructuur te geven.

Op grond van de hiervoor genoemde meldingsregeling bouwen zorginstellingen in het 11<sup>e</sup> tot en met het 20<sup>e</sup> jaar zogeheten "trekkingsrechten" op. Deze trekkingsrechten zijn toevoegingen aan het budget waarop de instellingen in latere jaren kunnen rekenen ter dekking van de huisvestingslasten die met instandhoudingsbouw zijn gemoeid. Het CTG/Zaio berekent de ophoging van het instellingsbudget. Afgezien van enkele algemene voorwaarden kan een instellingsdirectie, binnen de opgebouwde trekkingsrechten, volgorde en omvang van de projecten zelf bepalen. Trekkingsrechten zijn dus geen spaarpotje voor toekomstige investeringen, maar een toekomstig recht op budget voor huisvestingslasten die samenhangen met instandhoudingsbouw. De ramingen van die toekomstige vergoedingen zijn een onderdeel van het Budgettair Kader Zorg. Zij bepalen dus mede de ruimte die er is om tot de normatieve bekostiging van de huisvestingslasten over te gaan.

### 2.3.2 De beoogde nieuwe wijze van vergoeden van de huisvestingslasten

Het is gewenst dat de afweging tussen de inzet van de productiefactoren arbeid en kapitaal en de inschatting van de rentabiliteit van investeringen plaatsvindt op het niveau van de zorginstelling. Dat geldt ook voor te maken keuzes rond bouwen, kopen of huren. Deze afwegingen kunnen aan de zorginstellingen worden overgelaten als de huisvestingslasten ook onderdeel worden van de prestatiebekostiging. Dit kan door de vaste jaarlijkse vergoeding voor de huisvestingslasten te vervangen door een systeem waarin de huisvestingslasten een normatief onderdeel zijn van de tarieven voor de dbc's en functies. In plaats van het huidige fluctuerende verloop van de vergoeding

van de huisvestingslasten op instellingsniveau ontstaat dan een gelijkmatig verloop van de huisvestingslasten die — bij een constant afzetvolume — over de hele levensduur gezien dezelfde vergoeding geeft. De opgebouwde trekkingsrechten verliezen hun betekenis vanaf het moment dat de vergoeding voor de huisvestingslasten via de prestatiebekostiging start (zie box 3).

### 3. Naar een nieuwe prestatie-eenheid voor de huisvestingslasten

#### 3.1 INLEIDING

In §2.3 is beschreven dat de huisvestingslasten nog moeten worden opgenomen in de integrale kostprijs van de dbc's en de functies. Onder de huisvestingslasten worden verstaan het totaal aan afschrijvingen plus een (marktconforme) vergoeding voor het geïnvesteerd vermogen in gebouwen en gebouwgebonden installaties. Het opnemen van deze lasten verloopt volgens dezelfde stappen als die in §2.1 zijn beschreven voor de prestatiebekostiging als geheel. In §3.2 tot en met §3.4 volgt zowel voor de ziekenhuissector (waaronder GGZ-instellingen bij zorg voor korter dan een jaar) als voor de grootschalige intramurale AWBZ-instellingen, een beschrijving op hoofdlijnen van deze stappen. In §3.5 komt de macro-budgettaire haalbaarheid aan de orde.

De concrete uitwerking en implementatie van de in §3.2 t/m 3.4 beschreven stappen zal VWS in samenwerking met het CBZ en CTG/ZAio<sup>6</sup> dienen te realiseren. Bij die uitwerking en vooral ook bij het tempo van de implementatie zal een aantal criteria worden gehanteerd. Sommige van deze criteria zijn onderling strijdig, zodat een beleidsmatige afweging nodig is. De criteria zijn:

- het waarborgen van de continuïteit van zorg;
- het hanteren van tarieven en budgetten die het transitieproces het best ondersteunen;
- het eenvoudig kunnen voorzien van de veranderingen van de bekostigingsmodellen en de eindmodellen;
- de eindmodellen dienen in de praktijk uitvoerbaar te zijn;
- de veranderingen mogen slechts tot beperkte administratieve lasten leiden;
- het macro-budgettair neutraal doorvoeren van de beoogde veranderingen;
- het bevorderen van gelijk speelveld, voorstellen mogen bijvoorbeeld niet belemmerend zijn voor nieuwe toetreders;
- het bestaan van voldoende draagvlak bij alle partijen voor de veranderingen;
- de veranderingen dienen weinig belastend voor andere deelmarkten te zijn. Daarbij is vooral de verzekeringsmarkt voor de curatieve zorg van belang vanwege de gevolgen voor het risicovereveningssysteem in de per 1 januari 2006 in te voeren ZVW.<sup>7</sup>

Ter verduidelijking van het laatste punt volgt hieronder een toelichting op de relatie tussen de vergoedingswijze van de huisvestingslasten en het risicovereveningssysteem. Op grond van dit systeem krijgen alle zorgverzekeraars een normkostenvergoeding uit het zogeheten Zorgverzekeringsfonds. Verzekeraars moeten uit deze normkostenvergoeding en de nominale premies die zij van hun verzekerden krijgen al hun kosten dekken. Het is bedoeling om deze vergoeding uit het Zorgverzekeringsfonds zoveel mogelijk te normeren waardoor verzekeraars risico's lopen over de kosten van de genoten zorg van hun verzekerden. Als de verzekerden van een zorgverzekeraar bijvoorbeeld vaker naar de huisarts gaan dan deze zorgverzekeraar heeft verwacht (en waar hij bij de vaststelling van de hoogte van de nominale premie rekening mee heeft gehouden), dan krijgt deze verzekeraar geen hogere vergoeding uit het Zorgverzekeringsfonds. Hij kan deze hogere kosten voor de huisarts dan opvangen door de nominale premie te verhogen of de hogere kosten ten laste van zijn resultaat brengen. Een belangrijke uitzondering daarop zijn nu nog de

<sup>6</sup> Brief CTG/ZAio & CBZ, 'Kapitaallasten en DBC's', 12 november 2004.

<sup>7</sup> Zorgverzekeraars zijn op grond van de ZVW verplicht om met elke burger die daarom vraagt een verzekeringsovereenkomst af te sluiten. Om te voorkomen dat een zorgverzekeraar die veel mensen met een relatief ongunstig gezondheidsrisico in zijn portefeuille heeft daar financieel nadeel van ondervindt, kent de ZVW een risicovereveningssysteem. Dit risicovereveningssysteem is vergelijkbaar met dat in de huidige ZFW. Op grond van dit systeem krijgen alle zorgverzekeraars een normkostenvergoeding uit het zogeheten Zorgverzekeringsfonds. De normkostenvergoeding voor mensen met een relatief gunstig gezondheidsrisico is lager dan die voor mensen met een relatief ongunstig gezondheidsrisico.

huisvestingslasten van de ziekenhuizen. Als de verzekerden van een verzekeraar vaker naar het ziekenhuis moeten gaan dan de verzekeraar vooraf heeft verwacht, dan krijgt deze 95% van de extra ziekenhuiskosten die betrekking hebben op de huisvestingslasten vergoed. Dit betekent dat zorgverzekeraars vrijwel geen risico lopen over de huisvestingslasten. Het zal duidelijk zijn dat als de huisvestingslasten bij de zorgaanbieders een genormeerd onderdeel van de productprijs worden waarover de aanbieders volumerisico lopen, dit laatste ook voor verzekeraars gaat gelden.

### 3.2 MAKEN VAN DE ADMINISTRATIEVE OMSLAG - DE KOSTENTOEREKENINGSSYSTEMATIEK

Kernpunt van de administratieve omslag is het zo goed mogelijk toerekenen van de huisvestingslasten aan de dbc's respectievelijk functies. Als bijvoorbeeld poliklinische zorg en klinische zorg gebruik maken van hetzelfde gebouw, zullen de huisvestingslasten anders moeten drukken op de klinische zorg dan op de poliklinische omdat de mate waarin beide vormen van zorg gebruik maken van de huisvestingsfaciliteiten verschilt. Voor een weloverwogen transitie is het daarom belangrijk inzicht te krijgen in de kapitaalintensiteit van (clusters van) dbc's en functies. In de care zal daartoe bij de huisvestingslasten een expliciet onderscheid gemaakt worden tussen wooncomponent en zorginfrastructuur (zie onderstaande box).

#### **Box 4: Wooncomponent en zorginfrastructuur in de AWBZ**

Op dit moment verblijven ongeveer 250.000 mensen in AWBZ-instellingen. Zij zijn daarvoor geïndiceerd omdat de verlening van de voor hen noodzakelijke zorg tot nog toe niet los kon worden gezien van het verblijf in een instelling. Op dat punt zijn de inzichten gewijzigd. De koppeling van de woon- of verblijfscomponent en de zorgcomponent blijkt in veel gevallen geen noodzakelijke voorwaarde voor het verlenen van goede zorg. Zorginstellingen ontwikkelen steeds meer alternatieven voor de intramurale voorzieningen. Die voldoen vaak beter aan de kwaliteitseisen die mensen stellen. Een uitzondering hierop vormen specifieke groepen zoals forensisch psychiatrische patiënten, ernstig meervoudig gehandicapten en revaliderenden. Voor hen blijft intramurale zorgverlening een noodzaak. De omvang van deze groep is naar schatting circa 30% van de groep die thans intramuraal verblijft. Om te voorkomen dat mensen voor hun zorg noodgedwongen in een instelling moeten verblijven, dienen nieuwe woonvormen te ontstaan die aan eigentijdse eisen voldoen en waar toereikende zorg wordt geleverd.

Het apart benoemen van het wonen (of verblijf) naast de kosten van de zorginfrastructuur — noodzakelijk ter ondersteuning van de zorgverlening — maakt de intramurale AWBZ-zorg transparanter.

Als bovendien de efficiënte kosten van de zorginfrastructuur ook worden toegerekend aan die zorginfrastructuur zal dit samen met deze transparantie het scheiden van wonen en zorg stimuleren. Bij het bouwen wordt dan de juiste afweging gemaakt: aanbieden van extramurale zorgverlening met zelfstandig wonen of aanbieden van intramurale zorgverlening.

Dit zal instellingen waarschijnlijk prikkelen om zelfstandige woonvormen voor hun cliënten te ontwikkelen. Eventueel doen ze dit samen met andere partijen in de vastgoedsector. Zij kunnen ook het vastgoed onderbrengen in een nieuwe economische onderneming, die zich toelegt op het ontwikkelen van nieuwe woonvormen. Woningcorporaties hebben op dit moment ongeveer 45.000 verzorgingshuisplaatsen in eigendom, die zij verhuren aan zorginstellingen. Daarnaast bezitten zij een deel van de intramurale GGZ-, gehandicapten en verpleeghuiscapaciteit. De nieuwe bekostiging van de huisvestingslasten heeft geen directe gevolgen voor de woningbouwcorporaties. Via de huur/verhuur relatie zal de kritischer wordende opstelling van de zorginstellingen ten aanzien van de huisvestingsbeslissingen echter ook de corporaties stimuleren verouderde intramurale capaciteit te vervangen door zelfstandige woonvormen met extramurale zorg. De corporaties kunnen daarbij gebruik maken van hun ervaring in het ontwikkelen van woonvormen. Gegeven de beoogde behoedzame overgang naar de nieuwe bekostiging krijgen ook de corporaties voldoende tijd om op de nieuwe situatie in te spelen.

De te hanteren toerekeningssystematiek staat los van de wijze van waardering van de kapitaalgoederen en de gebruikte afschrijvingstermijn. Het toerekenen kan bijvoorbeeld op basis van

de huidige investeringskosten voor nieuwbouw maar kan ook op basis van een andere norm zoals de historische huisvestingslasten. Tijdens de voorbereiding van deze nota hebben het CBZ en het CTG/ZAio aangetoond dat het goed mogelijk is om de huisvestingslasten aan dbc's toe te delen op basis van de bij deze organisaties beschikbare informatie.

### 3.3 HET ZORGDRAGEN VOOR EEN KOSTENEFFICIËNTE TARIEFREGULERING: AANPASSING VOOR REALLOCATIEVERSCHILLEN

Het vaststellen van de normatieve huisvestingslastencomponent (nhc) gaat als volgt. De nu per instelling verschillende rente- en afschrijvingsvergoeding in het budget wordt omgezet in uniforme nhc's behorende bij de dbc's/functies. Zoals in §3.2 is uiteengezet kunnen de uniforme nhc's verschillen per dbc/functie omdat de kapitaalintensiteit van dbc's en functies uiteenlopen, maar ze zullen niet verschillen tussen de instellingen. De huisvestingslasten voor de acute zorg, de academische component in de ziekenhuizen en de zorgopleidingen vergen aparte aandacht (zie box 5).

#### **Box 5: Aandachtspunten Cure: huisvestingslasten van acute zorg, academische component en opleidingen**

Het streven is om ook *acute zorg* in de ziekenhuizen zo veel mogelijk te bekostigen aan de hand van kostenefficiënte dbc-tarieven. De wijze waarop de DBC-bekostiging van acute zorg plaats gaat vinden, wordt de komende tijd nader uitgewerkt. Daarbij worden eventueel gedifferentieerde tariefopslagen gebruikt. Het doel van de tariefopslagen is rekening te houden met de noodzakelijke beschikbaarheid van acute zorg ondanks verschillen in de bevolkingsdichtheid in Nederland.

Begin 2004 hebben het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland en de Vereniging van Academische Ziekenhuizen gezamenlijk vastgesteld dat de zogeheten *academische component* van de universitair medische centra (umc's) uit drie blokken bestaat, te weten opleiding (7%), onderzoek en innovatie (20%), en topreferente zorg (73%). De aard van de topreferente zorg (dit is zeer specialistische zorg waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is, die multidisciplinair op het hoogste deskundigheidniveau wordt verleend en gekoppeld is aan fundamenteel onderzoek) maakt dat deze zorg voorbehouden is aan umc's en dat waarschijnlijk ook zal blijven. Dit veronderstelt dat er al een bepaalde infrastructuur voor de academische component aanwezig is die bekostigd wordt vanuit het reguliere budget en een rijksbijdrage. Indien het inderdaad zo is dat de huisvestingslasten die samenhangen met de academische component volledig worden toegerekend aan de dbc's voor de overige zorg, dan verkeren de umc's in een ongelijke positie vergeleken met instellingen die dezelfde dbc's aanbieden zonder "academische" huisvestingslasten.

In dat geval verdient het de voorkeur om de huisvestingslasten van de umc's te splitsen in een deel dat samenhangt met de taken die worden bekostigd vanuit de academische component en een deel dat samenhangt met de dbc's van de overige zorg die de umc's verlenen. Daarbij moet ook rekening worden gehouden met de vergoeding die het ministerie van OCW geeft voor de onderzoeks- en opleidingsfunctie en de werkplaatsfunctie van de umc's. Daarbij dient het eind 2003 gesloten convenant over de deregulering van de academische ziekenhuisbouw in ogenschouw te worden genomen.

Het voorgaande betekent dat het toepassen van de in deze notitie geschetste lijnen bij de nadere uitwerking voor de academische component bijzondere aandacht verdient.

Met ministerie van VWS ontwikkelt een nieuw landelijk systeem van prestatiebekostiging voor de bekostiging van *zorgopleidingen* (cure, care én preventie). De opleidingen tot basisarts (initiële zorgopleidingen) die onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van OCW vallen, maken geen onderdeel uit van de nieuwe systematiek. Voorzover de bekostiging van de zorgopleidingen onder de verantwoordelijkheid van VWS valt, is van belang of bij dezelfde dbc's/functies tariefverschillen ontstaan omdat de ene zorginstelling wel opleidingen verzorgt en de andere niet of minder. Als dit risico er niet is zullen de opleidingen bekostigd worden via de dbc's/functies. De toerekening van de huisvestingslasten vindt dan plaats via de in §3.2 beschreven systematiek. Als dit risico er wel is zullen de betreffende zorgopleidingen via een landelijke systematiek bekostigd moeten worden. Die landelijke systematiek zal er

op neerkomen dat opleidingen zelfstandige “producten” worden waaraan ook huisvestingslasten toegerekend dienen te worden.

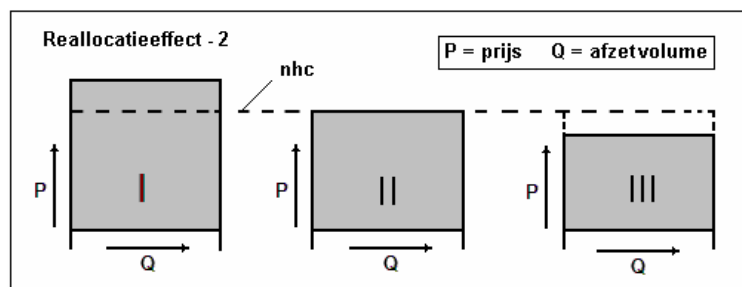
De Zorgautoriteit zal de nhc's periodiek aanpassen. Ten eerste worden de afschrijving en rente aangepast voor inflatie respectievelijk wijzigingen in de kapitaalmarktrente. Ten tweede kan de Zorgautoriteit de nhc aanpassen aan geconstateerde efficiëntieontwikkelingen in de sector. De vergoeding voor huisvestingslasten op basis van nhc's is dus een kostenefficiënte vergoeding die onder andere uitgaat van afschrijvingstermijnen die overeenkomen met de economische levensduur van zorginstellingen en een vergoeding voor het verstrekte vermogen die past bij het risicoprofiel van de sector.

De nhc's worden zo bepaald dat ze — structureel gezien — de jaarlijkse rente en afschrijving van de investeringen dekken. Vanwege de overgang van de huidige instellingsspecifieke vergoeding naar de uniforme vergoeding op basis van nhc's kunnen instellingen te maken krijgen met twee reallocatie-effecten.

In de eerste plaats kunnen instellingen, afhankelijk van de levensfase waarin hun gebouwen zich bevinden, te maken krijgen met effecten die veroorzaakt worden doordat de vergoeding voor de huisvestingslasten in het huidige systeem zich aanpast aan het investeringsritme van elke instelling, terwijl de nieuwe uniforme vergoeding over de jaren heen een constant verloop heeft. Hierdoor ontstaat tijdelijk “onderbesteding” of “overbesteding” (zie respectievelijk de minnen en de plussen in figuur 1 in hoofdstuk 2, waarin de stippellijn het gemiddelde bedrag van de vergoeding op basis van nhc's weergeeft). “Onderbesteding” is in de transitiefase een probleem omdat zorginstellingen nog geen reservering uit een eerdere periode van “overbesteding” hebben kunnen opbouwen. Het vervangen (herfinancieren) van de oude leningen door leningen waarbij zorginstellingen jaarlijks een vast bedrag aan rente en aflossing betalen (i.e. een lening op annuïteitenbasis) kan dit effect opvangen.

In de tweede plaats ontstaan reallocatie-effecten omdat op instellingsniveau de optelsom van de nhc's gedurende de levensduur van de instelling niet gelijk is aan de optelsom van de eerdere vergoedingen. Figuur 2 illustreert dit voor instelling I en III.

Figuur 2

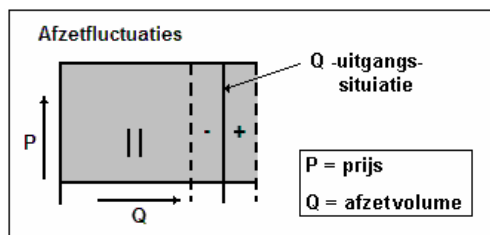


Verondersteld wordt dat het niveau van de nhc's uitkomt op het gemiddelde niveau van de huisvestingslasten van instelling II en dat de instellingen I en III daar in positieve en negatieve zin van afwijken. Deze reallocatie-effecten kunnen worden opgelost door toepassing van een vereveningssysteem waarbij de tekorten van bestaande instellingen zoals (I) worden gecompenseerd uit overschotten van bestaande instellingen zoals (III). De compensatie kan over een periode van X jaren worden uitgesmeerd waarbij de compensatie elk jaar met 1/X deel afneemt. Nieuwe toetreders blijven buiten de verevening. De uitwerking van de te kiezen oplossing voor dit reallocatie-effect kan per sector verschillen en hangt af van de omvang en de oorzaken die eraan ten grondslag liggen.

### 3.4 AANPASSING VOOR AFZETFLUCTUATIES

De laatste stap is het introduceren van risico over de afzet van de geleverde zorg waardoor de zekerheid over de vergoeding van de huisvestingslasten afneemt. Er kunnen bij de instellingen financiële mee- en tegenvallers ontstaan al naar gelang de afzet hoger of lager is dan de door de instelling verwachte afzet. De vergoeding voor huisvestingslasten wordt afhankelijk van de omvang van de geleverde zorg (Q in figuur 3). Het verminderen van de zekerheid over de vergoeding van de huisvestingslasten heeft tot gevolg dat instellingen op de nhc's kunnen verdienen (+) of verliezen (-). Leegstand wordt niet langer vergoed. Dit leidt tot een toename van het afzetrisico van de instellingen bij de huisvestingslasten.<sup>8</sup>

Figuur 3



Naast het gewenningsproces voor het tweede reallocatie-effect uit §3.3, is een tweede gewenningsproces nodig om instellingen bij huisvestingslasten risico te laten lopen voor wisselingen in de afzet. Dit risico kan over een periode van Y jaren geleidelijk worden vergroot, waarbij het risico elk jaar toeneemt met 1/Y-deel van het oorspronkelijke budget voor huisvestingslasten. De instellingen worden uiteindelijk volledig verantwoordelijk voor effecten van schommelingen in het aantal afgezette dbc's of functies.<sup>9</sup>

### 3.5 FINANCIËLE HAALBAARHEID

Een globale technische verkenning geeft aan dat de prestatiebekostiging op basis van nhc's waarschijnlijk binnen de ruimte van het bouwkader kan worden ingevoerd (zie ook bijlage 3). De globale verkenning houdt geen rekening met specifieke problematiek op instellingsniveau. Voor eventuele oplossingen daarvoor (zie §3.3; mogelijkheid van verevening) en voor een deel van het boekwaardeprobleem (zie verderop) blijkt binnen het bouwkader nog budgettaire ruimte beschikbaar. De plausibiliteit van de budgettaire inpasbaarheid wordt vergroot door de verwachting dat als de instellingen zelf volledig (financieel) verantwoordelijk worden voor de bouw, zij ook meer weloverwogen en zuiniger gaan bouwen. Ook zullen zij naar wegen zoeken om hun capaciteit beter te benutten, bijvoorbeeld door bedrijfstijdverlenging. Vooral in de cure liggen hier mogelijkheden. De budgettaire gevolgen van de voorstellen in deze brief worden momenteel nader uitgewerkt. Zoals al in de inleiding van dit hoofdstuk is opgemerkt vindt de beleidsmatige afweging bij concreet te zetten stappen mede plaats met inachtneming van de budgettaire randvoorwaarde.

#### 3.5.1 Afschrijvingstermijnen in de cure en care

Een veel gehoorde opmerking bij de overstap naar prestatiebekostiging is dat de afschrijvingstermijnen marktconform dienen te zijn. Het blijkt dat de afschrijvingstermijn de afgelopen

<sup>8</sup> In de huidige situatie lopen de ziekenhuizen al afzetrisico over de variabele budgetparameters (circa 55% van het budget) en — in mindere mate — over de vaste en semi-vaste kosten. Bij de AWBZ-instellingen bedraagt het potentiële volumerisico circa 90%; uitsluitend bij de huisvestingslasten bestaat nu zekerheid over de vergoeding (zie §4.1.b).

<sup>9</sup> Bij de ziekenhuizen kan het vergroten van het B-segment bijdragen aan het aanpassingsproces. Zoals eerder is opgemerkt, is per 1 februari 2005 voor dit segment vrije prijsvorming gaan gelden. Verzekeraars en zorgaanbieders hebben voor de dbc's in dit segment geen contracteerplicht en de nacalculatie vervalt bij de exploitatielasten. De vergoeding van de huisvestingslasten, ook die van segment B, wordt vooralsnog nagecalculeerd.



15 jaar formeel wel 50 jaar was, maar dat er bijna geen zorginstelling in Nederland ook daadwerkelijk deze leeftijd haalde. Voor bijna alle instellingen werd ruim voor het verstrijken van die periode al geheel of gedeeltelijk tot nieuwbouw overgegaan. Nieuwbouw vond dus vaak plaats voordat de gebouwen volledig waren afgeschreven. Dit impliceert dat in de bouwkaders van de afgelopen jaren impliciet al een kortere afschrijvingstermijn dan 50 jaar verwerkt is.

### 3.5.2 Boekwaardeproblematiek AWBZ

De intramurale gebouwen staan vaak voor hogere bedragen in de boeken dan op grond van de kwaliteit van het gebouw gerechtvaardigd is. Dat komt door te lange afschrijvingstermijnen (zie boven). Ook een aanscherping van de functionele eisen is debet aan het boekwaardeprobleem. Door deze aanscherping gaan zorginstellingen immers eerder over tot renovatie-investeringen waardoor het boekwaardeprobleem verder toeneemt.

Dat probleem moet worden opgelost om de beoogde transformatie van intramurale zorgverlening naar wonen met zorg te kunnen realiseren. Daarvoor is een drietal bronnen voorhanden. In de eerste plaats geven plannen voor sloop en vervangende nieuwbouw kansen om de boekwaarde van (een deel van) de gebouwen te dekken uit de grondprijs van de locatie die eventueel vrijkomt. De grondprijs is thans namelijk geen onderdeel van de boekwaarde van de gebouwen.<sup>10</sup> Zoals in §6.2.2 en §6.2.3 aan de orde zal komen, dient eigendomsoverdracht van onroerend goed altijd tegen marktwaarde te geschieden. De mate waarin de grond een oplossing biedt is uiteraard afhankelijk van de aantrekkelijkheid van de locatie. In de tweede plaats kunnen bij de invoering van nhc's middelen in het AWBZ-bouwkader vrijvallen. Zorginstellingen krijgen dan immers een prikkel voor het maken van de juiste afweging tussen het aanbieden van extramurale zorgverlening met zelfstandig wonen of het aanbieden van intramurale zorgverlening (zie ook box 4). De verdergaande extramuralisering levert een besparing op voor de AWBZ. Uit onderzoek blijkt bovendien dat extramurale zorg goedkoper is dan intramurale.<sup>11</sup> Deze financiële bronnen zijn voldoende om het boekwaardeprobleem in de AWBZ in minder dan 10 jaar op te lossen. De wijze waarop dit probleem, parallel aan de invoering van de nhc's zal worden aangepakt, is onderwerp van nadere studie en nader overleg met de betrokken partijen.

---

<sup>10</sup> "Scenario's verzorgingshuizen", RIGO, mei 2003.

<sup>11</sup> "De baten van thuiswonen", ESB, 28 januari 2005.

#### 4. De inpassing van de huisvestingslasten in de prestatietarieven.

Na de introductie van de nieuwe prestatie-eenheden voor de huisvestingslasten (de nhc's) in hoofdstuk 3, beschrijft dit hoofdstuk hoe deze eenheden fasegewijze kunnen worden opgenomen in de prestatietarieven. Daarbij komt tevens aan de orde hoe dit zich laat combineren met het loslaten van de contracteerplicht en het bouwregime. De fasegewijze invoering van de nhc's volgt een schematische opbouw en start met de huidige situatie.

##### Inpassing nhc's in de prestatiebekostiging: uitgangssituatie

	1 Contracteer- plicht	2 Compensa- tie i.v.m. reallocatie	3 Omvang volume risico nhc's	4 Bouwregime
Nu	Ja <sup>a</sup>	nvt	0%	Ja

a) Er geldt geen contracteerplicht voor segment B in de ziekenhuizen.

De gepresenteerde schema's geven geen dwingende blauwdruk. Het tempo van de invoering van de nhc's is afhankelijk van de ondernemingszin en bestuurskracht van de zorginstellingen in de verschillende sectoren, maar ook van het aanpassingsvermogen van zorgverzekeraars en zorgkantoren. Rekening houdend met een aanlooperperiode van twee jaar en een overgangperiode van zes jaar kan de integrale en transparante prestatiebekostiging voor het gros van de zorginstellingen in 2012 zijn gerealiseerd. Aangezien de hoeveelheid instellingen en de variëteit daarvan in de AWBZ beduidend groter is dan in de cure, zal de invoeringsperiode in de care vermoedelijk verschillen van de cure.

##### 4.1 FASE 1: AFSCHAFFING VAN DE CONTRACTEERPLICHT

In het aanbodgestuurde systeem was de contracteerplicht één van de elementen die zorginstellingen een risicoarme bedrijfsvoering en zekerheid over de vergoeding van de huisvestingslasten verschafte. De contracteerplicht verdraagt zich echter niet met het beleid om meer vrijheid en verantwoordelijkheid te introduceren. Zowel de ZFW, de ZVW als de AWBZ bieden de mogelijkheid tot het gefaseerd loslaten van de contracteerplicht (zie bijlage 2). In fase 1 wordt de contracteerplicht op korte termijn in zijn geheel losgelaten. Deze paragraaf laat zien dat dit zowel in de cure als de care verantwoord is.

##### Inpassing nhc's in de prestatiebekostiging: fase 1

	1 Contracteer- plicht	2 Compensa- tie i.v.m. reallocatie	3 Omvang volume risico nhc's	4 Bouwregime
Nu	Ja <sup>a</sup>	nvt	0%	Ja
Fase 1	Nee	nvt	0%	Ja

a) Er geldt geen contracteerplicht voor segment B in de ziekenhuizen.

#### 4.1.1 *Loslaten contracteerplicht in de curatieve zorg*

Sinds 1992 kent de ZFW geen contracteerplicht meer voor vrije beroepsbeoefenaren. Recent is met het invoeren van het B-segment de eerste stap tot loslaten van de contracteerplicht gezet als uitzondering op de verplichtende regel van de ZFW dat alle zorginstellingen moeten worden gecontracteerd. Zoals in bijlage 2 is toegelicht zullen met ingang van 1 januari 2006 de rollen van uitzondering en regel zijn omgedraaid. Onder de ZVW zal er geen contracteerplicht meer zijn, tenzij bij amvb vormen van zorg worden aangewezen waarvoor de contracteerplicht van toepassing is. Op dit moment zijn er geen overwegingen die aanleiding geven gebruik te maken van een dergelijke amvb.

Vanuit de wens om verzekeraars vooral met elkaar te willen laten concurreren op de zorginkoopmarkt lijkt het opleggen van een contracteerplicht ook niet nodig. Door polissen met contracteerde zorg (naturapolissen) aan te bieden, kunnen verzekeraars lagere nominale premies vragen dan voor polissen die de kosten van genoten zorg vergoeden (restitutiepolissen). Redenen daarvoor zijn de lagere administratiekosten van naturapolissen en het minder kunnen sturen van de zorg via restitutiepolissen (verzekerden kunnen dan immers zelf kiezen of ze naar een zorginstelling gaan die hoge tarieven in rekening brengt of naar een instelling met lage tarieven). Zorginstellingen zullen vermoedelijk ook positief staan tegenover het afsluiten van contracten om omzetzekerheid te verkrijgen over een zo groot mogelijk deel van hun productie en om het risico dat de kosten van genoten zorg laat of in het geheel niet betaald worden (debiteurenrisico) te verminderen.<sup>12</sup> Voor de dekking van de huisvestingslasten van de zorgaanbieders is de contracteerplicht ook niet nodig. Die dekking kan los van de contracteerplicht separaat worden geregeld via de WTG.<sup>13</sup>

#### 4.1.2 *Loslaten van de contracteerplicht in de AWBZ*

Per 31 augustus 2004 is de contracteerplicht in de AWBZ voor de extramurale zorg opgeheven (zie ook bijlage 2). De toelichting bij het betreffende besluit beschrijft dat de contracteerplicht voor intramurale instellingen ook zal worden opgeheven, maar op een later tijdstip omdat de oplossing van de kapitaallasten de nodige zorgvuldigheid vereist.<sup>14</sup>

Op basis van jurisprudentie heeft de contracteerplicht in de AWBZ de betekenis gekregen dat de zorgkantoren in ieder geval zoveel capaciteit (plaatsen) moeten afnemen dat er voor de zorgaanbiedende instelling nog een "redelijke bedrijfsvoering" mogelijk is. Omdat er in veel gevallen voor de instellingen feitelijk sprake is van één afnemer — het zorgkantoor — houdt het afschaffen van de contracteerplicht het risico in dat het zorgkantoor in het geheel geen zorg contracteert. In dat geval is er geen juridische basis voor de vergoeding van de huisvestingslasten. De kans dat dit gebeurt is echter klein omdat de wens van één cliënt om in de AWBZ-instelling te verblijven voldoende is voor het afsluiten van een contract. Dat de kans klein is wordt versterkt door de schaarste van het aanbod. Los van de formele noodzaak om voor de vergoeding van de huisvestingslasten voor tenminste één plaats een overeenkomst met het zorgkantoor te hebben afgesloten, heeft de contracteerplicht nu al niet meer de werking van een omzetgarantie. Voor niet geleverde productie wordt niet betaald. De beoogde modernisering van de care vergt het versterken van zowel de vraag- als de aanbodkant. Er zijn goede argumenten voor het per 1 januari 2006 loslaten van de contracteerplicht in de AWBZ. Ten eerste krijgen verzekeraars en patiënten/cliënten door de invoering van de functies in de AWBZ en de toenemende mogelijkheden voor extra- en intramurale zorgverlening (zie box 4) in principe meer mogelijkheden om een bewuste keuze voor intramurale zorginstellingen in de care te maken. Een aan de intramurale zorg opgelegde contracteerplicht belemmert die keuze. Het volledig loslaten van de contracteerplicht neemt die belemmering weg en zorgt voor een extra stimulans tot

<sup>12</sup> Het ligt immers in de rede dat het debiteurenrisico voor zorginstellingen van verzekeraars (aanzienlijk) geringer is dan van individuele verzekerden.

<sup>13</sup> De risicoverevening in de verzekeringsbudgettering zorgt er voor dat zorgverzekeraars niet worden benadeeld wanneer collega-verzekeraars besluiten niet langer/minder zorg te contracteren bij een ziekenhuis. In de care lopen zorgkantoren ook geen financieel risico op de kapitaallasten.

<sup>14</sup> Staatsblad 2004, 419.

doelmatiger zorginkoop. Ten tweede zal het opheffen van de contracteerplicht er toe leiden dat instellingen kritischer kijken naar de huisvestingslasten en de kwaliteit van de huisvesting. Het afschaffen van de contracteerplicht leidt dus zowel aan de vraag- als aanbodkant tot een belangrijke prikkel voor het nemen van toekomstbestendige beslissingen over de huisvesting in de AWBZ. Voor de psychiatrische instellingen is een aanvullend argument om de contracteerplicht los te laten, het perspectief dat ze per 1 januari 2006 zowel onder een regime met contracteerplicht (AWBZ) als onder een regime zonder contracteerplicht zouden werken (ZVW).

Op basis van het bovenstaande is het voor de voortgang van de vraagsturing in de AWBZ-sector van belang dat ook de contracteerplicht op de intramurale zorgverlening vervalt. Deze nota biedt een oplossingsrichting voor het vraagstuk van de huisvestingslasten in de care. Dit biedt voldoende basis om ook voor de intramurale grootschalige AWBZ-instellingen de contracteerplicht per 1 januari 2006 te laten vervallen.

#### 4.2 FASE 2: OPNEMEN VAN DE NHC'S IN DE PRESTATIETARIEVEN

Fase 2 bestaat uit het opnemen van de nhc's in de prestatietarieven van de dbc's respectievelijk functies. Zoals in hoofdstuk 3 is uiteengezet veroorzaakt dit reallocatie-effecten. Het lijkt realistisch de instellingen enkele jaren de tijd te geven om deze effecten op te vangen. Afgezien van de afbouw van de reallocatie-effecten hebben de instellingen in deze periode nog wel zekerheid over de vergoeding van de huisvestingslasten omdat de opbrengst van de nhc's wordt nagecalculeerd (er is een sluittarief, zie box 1).

#### Inpassing nhc's in de prestatiebekostiging: fase 1-2

	1 Contracteer- plicht	2 Compensa- tie i.v.m. reallocatie	3 Omvang volume risico nhc's	4 Bouwregime
Nu	Ja <sup>a</sup>	nvt	0%	Ja
Fase 1	Nee	nvt	0%	Ja
Fase 2	Nee	100% ? 0%	0%	Ja

a) Er geldt geen contracteerplicht voor segment B in de ziekenhuizen.

#### 4.3 FASE 3: VERVALLEN VAN DE NACALCULATIE OPBRENGST NHC'S EN VAN HET BOUWREGIME

Zodra de gewenningsperiode voor de reallocatie-effecten achter de rug is, ligt het in de rede de nog bestaande zekerheid over de huisvestingslasten als gevolg van de nacalculatie stapsgewijs af te bouwen. Daarmee wordt de dekking van de huisvestingslasten afhankelijk van de omzet en worden instellingen dus risicodragend. Evenals voor de gewenning aan de reallocatie-effecten is het ook hier realistisch uit te gaan van een aanpassingsperiode van enkele jaren waarin het afzetrisico voor de huisvestingslasten geleidelijk naar 100% groeit (er is geen sluittarief meer).

Dit leidt tot de vraag hoe de overheid in samenhang hiermee met het bouwregime wil omgaan. Bijlage 2 bevat een beschrijving van de wijze waarop de overheid onder het bouwregime de investeringen van instellingen reguleert via bouwprioriteiten. Daarnaast worden projecten bouwkundig getoetst om een WZV-vergunning te krijgen. Dat regime geldt op dit moment nog voor de ziekenhuizen en voor de

AWBZ-instellingen met meer dan 25 bewoners. Als in fase 3 de instellingen daadwerkelijk zijn begonnen met het lopen van afzetrisico over hun investeringen kan het bouwregime vervallen. Dat geldt zowel voor de cure als de care.

#### Inpassing nhc's in de prestatiebekostiging: fase 1-3

	1 Contracteer- plicht	2 Compensa- tie i.v.m. reallocatie	3 Omvang volume risico nhc's	4 Bouwregime
Nu	Ja <sup>a</sup>	nvt	0%	Ja
Fase 1	Nee	nvt	0%	Ja
Fase 2	Nee	100% ? 0%	0%	Ja
Fase 3	Nee	0%	0% ? 100%	Nee

a) Er geldt geen contracteerplicht voor segment B in de ziekenhuizen.

Het huidige bouwregime brengt administratieve lasten met zich mee. Medio maart zal het ministerie van VWS de Tweede Kamer informeren over de zogenoemde tweede tranche van de reductie administratieve lasten. Daarmee zal het ministerie van VWS een substantiële bijdrage leveren aan de kabinetsbrede doelstelling van een daling van de administratieve lasten met 25%. De maatregelen bij de bouw bestaan voornamelijk uit het digitaliseren van de berichtenstroom en het invoeren van de WTZi. Daarmee wordt een reductie gerealiseerd van circa € 13 mln. Er resteren aan het eind van deze periode (ultimo 2006) dan nog administratieve lasten ter grootte van circa € 5 mln. Met het loslaten van het bouwregime verdwijnen ook deze lasten.

Het vervallen van het bouwregime zal op termijn ook gevolgen hebben voor de taken van het CBZ. Die gevolgen zullen in de door het ministerie van VWS aangekondigde notitie over de herstructurering van de zbo's voor de gezondheidszorg aan de orde komen.

#### 4.4 TOT SLOT

In dit hoofdstuk is de inpassing beschreven van de nhc's in de prestatietarieven van de cure-dbc's en de care-functies. Zonder prestatietarieven kunnen de nhc's niet worden toegepast. Zoals in hoofdstuk 2 is beschreven is de invoering van de prestatietarieven een traject op zich. Het doel daarvan is het bewerkstelligen van kostenefficiëntie prestatietarieven door middel van benchmarking, het beëindigen van de "dubbele boekhouding" voor de bekostiging en het risicodragend maken van instellingen voor afzetverschillen. Zowel bij de invoering van de prestatietarieven als bij de inpassing van de nhc's doen zich reallocatie-effecten en effecten door afzetschommelingen voor. Er zal dan ook moeten worden afgewogen in hoeverre het bekostigen op basis van dbc's/functies en het daarin integreren van de nhc's gelijktijdig dan wel volgtijdelijk zal moeten plaatsvinden.

Deze afweging zal worden gemaakt naar aanleiding van de aan het CTG/ZAiO te vragen uitvoerings-toetsen. Voor de cure zal deze op korte termijn het licht zien. De care volgt later dit jaar. Over uitwerking en tempo zal de overheid ook overleg met de betrokken partijen (aanbieders, verzekeraars, banken) voeren. Daarbij zullen de in het begin van hoofdstuk 3 beschreven criteria het afwegingskader vormen. Na de voltooiing — als de titel van deze nota werkelijkheid is geworden — ligt de verantwoordelijkheid en de vrijheid voor het doen van investeringen volledig bij de

zorginstellingen en is wat de bekostiging betreft sprake van een gelijk speelveld omdat zowel nieuwe als bestaande instellingen onder gelijke condities kunnen dingen naar de gunsten van de zorgvrager.

## 5. Financiële facilitering transitietraject

In de hoofdstukken 3 en 4 is een aantal stappen gepresenteerd voor het oplossen van het vraagstuk over de huisvestingslasten. Het tempo waarin de stappen worden gezet bepaalt de periode waarin de zorginstellingen zich moeten instellen op een bedrijfsvoering die met meer risico's is omgeven. Het lijkt gewenst dat de overheid ter begeleiding van de transitie kan beschikken over instrumenten die er voor zorgen dat de continuïteit van zorgverlening door het versterken van concurrentieprikkels niet in gevaar komt. In dit hoofdstuk komt de vraag aan de orde of de bestaande instrumenten hiervoor geschikt zijn. Aan het eind van het hoofdstuk volgt de conclusie dat nog een nieuw instrument nodig is: de transitiefaciliteit. Dit hoofdstuk beperkt zich tot het benoemen van de instrumenten. Welke partijen welke verantwoordelijkheid krijgen bij het hanteren van het sanerings- en transitie-instrument wordt nader bezien.

### 5.1 HUIDIGE BORGINGS- EN SANERINGSINSTRUMENTEN

De overheid heeft de afgelopen jaren de toegankelijkheid en financierbaarheid van de investeringen in de gezondheidszorg ondersteund met behulp van drie instrumenten:

- planschadecompensatie;
- sanering;
- waarborging.

De twee relevante vragen bij deze instrumenten zijn:

- zijn ze noodzakelijk en toekomstbestendig om de overgang naar prestatiebekostiging te faciliteren?
- zijn ze voldoende om de overgang te kunnen maken?

#### 5.1.1 Planschadecompensatie

Vanuit de planning van het aanbod kan de overheid bepalen dat een instelling geheel of gedeeltelijk dient te sluiten of tot capaciteitsvermindering dient over te gaan. In dat geval compenseert de overheid via een subsidie de kosten die verbonden zijn aan de sluiting of capaciteitsvermindering. Het College sanering ziekenhuisvoorziening (CSZ) is verantwoordelijk voor de beoordeling van dergelijke situaties en het verstrekken van de subsidie. Voor alle duidelijkheid: het gaat bij deze vorm van sanering niet om instellingen die in financiële problemen verkeren.

In de transitiefase zal de overheidssturing geleidelijk afnemen. Naarmate de overheid de capaciteitsbeslissingen meer overlaat aan de zorginstellingen zelf, zal zij nauwelijks of geen sluitingsbeslissingen meer hoeven te nemen. Dit betekent dat de planschadecompensatie als overheidsinstrument veel van zijn betekenis verliest. De planschadecompensatie is helemaal niet van toepassing op die deelmarkten in de gezondheidszorg waar de overheid op geen enkele wijze meer capaciteitsregulerend optreedt.

#### 5.1.2 Sanering

Het CTG/ZAiO speelt momenteel een belangrijke rol bij het saneren van instellingen die in financiële problemen verkeren. Die situatie is in ieder geval aan de orde als de verhouding tussen het eigen en het vreemde vermogen (solvabiliteit) van een instelling onder de 0% zakt. Er is dan geen financiële buffer meer voor het opvangen van tegenvallers. Het CTG/ZAiO kan dan — op gezamenlijk verzoek van de zorginstelling en de verzekeraar — steun verlenen door onder voorwaarden aan de instelling een opslag op de tarieven toe te staan zodat er ruimte in het beschikbare budget ontstaat om de problemen op te lossen. Als de problemen zo groot zijn of zo divers van aard en complex, dat deze

niet of niet alleen binnen de WTG kunnen worden opgelost, kan de minister het CSZ om advies vragen. Saneringssteun wordt alleen verleend aan instellingen in financiële problemen.

Naarmate de concurrentieprikkels in de gezondheidszorg toenemen en de instellingen meer verantwoordelijk worden voor hun eigen bedrijfsvoering, ligt saneringssteun zoals hierboven beschreven niet langer voor de hand. Zo heeft het CTG/ZAIo recent laten weten dat het verliezen die ontstaan als gevolg van ontwikkelingen in het B-segment niet met dit instrument zal compenseren. Tegelijkertijd blijft de overheid verantwoordelijk voor de continuïteit van de zorgverlening, los van het feit of de beschikbaarheid ervan tot stand komt door middel van volledige overheidssturing of marktmechanismen. De minister van VWS kan ook worden aangesproken op deze verantwoordelijkheid. Dit betekent dat de minister over instrumenten moet kunnen beschikken om de continuïteit van zorg te waarborgen.<sup>15</sup> Dat geldt zowel in de transitiefase naar als in de eindsituatie van de beoogde decentrale vraagsturing.

Of met het faillissement van een enkele instelling de continuïteit van de zorg in gevaar komt, is afhankelijk van de regionale omstandigheden. Voorop zij gesteld dat de overheid zeer terughoudend moet zijn met het spelen van een actieve rol bij faillissementen in een concurrerende sector. De zorginstellingen zullen zelf het ondernemingsrisico moeten dragen.<sup>16</sup> De overheid fungeert op zijn hoogst als een laatste reddingsboei. Onder deze voorwaarde kan de saneringsfunctie voortbestaan. Daarbij zal de overheid wel moeten trachten om de aandachtspunten in de huidige organisatie en uitvoering van het saneringsbeleid aan te pakken. Het gaat daarbij om:

- de rolverdeling tussen het ministerie van VWS, het CTG/ZAIo en het CSZ;
- het ontbreken van voldoende prikkels om risicovol gedrag van zorginstellingen tegen te gaan (moral hazard). Instellingen hoeven op dit moment bijvoorbeeld niet de totale opbrengst uit de opslag op de tarieven terug te betalen;
- Het ontbreken van voldoende sanctiemogelijkheden voor het CTG/ZAIo. Het enige middel dat CTG/ZAIo de facto heeft is een positief besluit over saneringsfinanciering aanhouden tot de gewenste wijzigingen in organisatiestructuur en/of personele bezetting zijn doorgevoerd.

Bij de nieuwe vormgeving van de saneringsfunctie zal de overheid moeten zoeken naar een zo marktconform mogelijke uitvoering.

### *5.1.3 Waarborging*

Het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) is het garantie-instituut van en voor zorginstellingen. Het is in 1999 opgericht door de brancheverenigingen van intramurale zorginstellingen en VWS. Het WfZ verstrekt garanties op leningen aan zorginstellingen, waardoor de risico's voor de kapitaalverstrekker (een bank of een belegger) worden weggenomen. Bovendien vervalt voor banken die een lening verstrekken aan een zorginstelling die lid is van het WfZ de door De Nederlandse Bank (DNB) opgelegde solvabiliteitsverplichting. Beide factoren leiden ertoe dat de zorginstellingen een lagere rente over de lening hoeven te betalen. Inmiddels zijn meer dan duizend zorginstellingen, verenigd in 275 rechtspersonen, aangesloten bij het WfZ. Van de ziekenhuizen is ongeveer 70% deelnemer aan het WfZ. Deelname aan het WfZ is voor zorginstellingen vrijwillig. Het WfZ voert voorafgaand aan de toelating van een instelling tot het fonds een grondige financiële beoordeling uit. Deelname staat slechts open voor zorginstellingen die financieel gezien voldoende 'de boel op orde hebben' en naar verwachting op orde kunnen houden. Dit stimuleert goed financieel management en

---

<sup>15</sup> Bijvoorbeeld bij een dreigend faillissement van een zorginstelling in een regio waar geen andere zorgaanbieders zijn of waar aanbieders te klein zijn om de zorg van de instelling die failliet dreigt te gaan over te nemen. Een ander relevant voorbeeld is de acute zorg, waarop het concurrentiemechanisme moeilijker toepasbaar is dan op de electieve zorg. Met de WTZI kan de minister via de toelating al een belangrijk deel van de verantwoordelijkheid voor de continuïteit neerleggen bij de zorginstelling met een coördinerende rol voor het traumacentrum in de regio. Daarnaast biedt de WTG de Zorgautoriteit de mogelijkheid om een uitgekende kostenefficiënte tariefstelling voor deze zorg te hanteren waarmee de instelling financieel uit moet kunnen komen (zie box 5).

<sup>16</sup> Vanuit hun zorgplicht hebben de verzekeraars hier overigens ook een belang.



versterkt de eisen voor goed bestuur van zorginstellingen ("*health care governance*"). Dit was voor de overheid destijds één van de redenen om de oprichting van het WfZ te steunen.

Naast de genoemde voordelen van rentebesparing en incentives voor goed management zijn er twee additionele voordelen van het WfZ te noemen, die extra betekenis kunnen krijgen in de transitieperiode naar meer risicodragendheid:

- bancaire leningcontracten kennen vaak een clause dat de betreffende bank de voorwaarden waaronder een lening is verstrekt kan wijzigen indien de overheid wijzigingen in de wet- en regelgeving van de zorgsector aanbrengt ("*stelselwijzigingclause*"). Het WfZ kent dergelijke clausules niet. Dat geeft de instellingen in de transitiefase een goede waarborg voor de continuïteit van de financiering;
- daarnaast zorgt het WfZ voor een betere toegang tot de kapitaalmarkt. Deelname aan het WfZ is voor banken voldoende garantie om een lening te verstrekken. Dit blijft ook gelden als er meer risico's worden geïntroduceerd in de zorg.

Het WfZ kan zijn rol vervullen dankzij een solide zekerheidsstructuur van vier lagen:

- het WfZ borgt alleen leningen van solvabele zorginstellingen. Na toetreding van zorginstellingen tot het WfZ toetst het WfZ minimaal één keer per jaar de solvabiliteit van deze instellingen. Als de financiële ontwikkeling van een toegetreden zorginstelling minder rooskleurig is, voert het WfZ de intensiteit van het toezicht op;
- het WfZ beschikt over een vermogen om zorginstellingen die in financiële problemen zijn geraakt bij te staan ("*risicovermogen*") Dit is opgebouwd uit een initiële storting van de overheid bij de start van het WfZ en uit de zogeheten '*afsluitpremies*' die zorginstellingen telkens voor garanties aan het WfZ moeten betalen;
- mocht het risicovermogen in extreme situaties niet voldoende zijn, dan kan het WfZ een beroep doen op financiële steun door de aangesloten instellingen (de zogenaamde '*obligoverplichting*' van deelnemers);
- ondanks de huidige buffer van ongeveer 200 miljoen euro zijn er in theorie situaties denkbaar waarin het WfZ zijn garantieverplichtingen niet kan nakomen. In zo'n geval heeft de overheid zich verplicht bij te springen met renteloze leningen aan het WfZ (de zogenaamde "*achtervangpositie*" van de overheid).

Zoals gezegd bestaat de vierde zekerheidslaag van het WfZ uit de achtervang van de overheid. Bij de beoordeling van het huidige instrumentarium rijst de vraag of die achtervangpositie moet blijven bestaan.

Het opgeven van die positie zal vermoedelijk niet zonder gevolgen blijven. De achtervangpositie van de overheid is voor de financiële markt een essentiële factor in de zekerheidsstructuur. Het vertrouwen dat voortvloeit uit deze participatie van de overheid vertaalt zich direct in een lage rente, en in het vervallen van de solvabiliteitsverplichting van DNB. Het beëindigen van de achtervangpositie zal het genoemde rentevoordeel teniet doen. De afweging van financieel gezonde zorginstellingen over hun deelname aan het WfZ zal dan vermoedelijk negatief uitvallen. Tegenover het financiële obligorisico en het toezicht door het WfZ bij deelname staat dan immers geen substantieel rentevoordeel meer. Het afhaken van gezonde instellingen zal de financiële basis van het WfZ en daarmee ook het imago aantasten. Deelname zal dan ook niet meer worden geassocieerd met een "kwaliteitskeurmerk".

Op grond van deze overwegingen staat de achtervangpositie van de overheid, in elk geval gedurende de transitieperiode, niet ter discussie. Dit laat onverlet dat procedures en werkwijzen van het WfZ in de transitiefase de beleidsmatige veranderingen op de voet dienen te volgen. Een aanpassing van de huidige statuten, waarin nog verwezen wordt naar de WZV, WTG en de ZFW/AWBZ, is een eerste —

door het WfZ voorgenomen — stap. Naarmate meer wettelijke zekerheden vervallen, zeggen van wetten afgeleide toelatingscriteria immers minder over de financiële staat van de toetredende instellingen. Daarmee wordt voor het WfZ een gedegen financieel economische toetsing belangrijker.<sup>17</sup>

## 5.2 NIEUW INSTRUMENT: TRANSITIEFACILITEIT

Door het versterken van de concurrentieprikkels zullen de dynamiek en de bedrijfsrisico's voor zorginstellingen toenemen. Zorginstellingen zullen zich hier de komende jaren op moeten prepareren. Dit geldt onder meer voor de kwaliteit van de sturing en de beheersing van de bedrijfsprocessen. Naarmate de dynamiek in het zorgstelsel toeneemt, wordt bijvoorbeeld frequente en adequate managementinformatie van groter belang evenals snel en daadkrachtig handelen door het management bij ongewenste ontwikkelingen.

Ook in financiële zin moeten zorginstellingen zich nadrukkelijk op de veranderende omstandigheden voorbereiden. Het vormen van adequate financiële buffers is noodzakelijk om de toenemende fluctuaties in de inkomsten op te kunnen vangen. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt primair bij het instellingsmanagement. Het zou echter niet realistisch zijn om er van uit te gaan dat alle zorginstellingen de benodigde versterking van het eigen vermogen in een korte periode weten te realiseren.<sup>18</sup> Tegelijkertijd is het voor alle partijen gewenst de transitieperiode binnen een overzienbare termijn te voltooien. Het is een kwestie van maatschappelijk belang om te voorkomen dat te snelle invoering van beleidsmaatregelen zou leiden tot grootschalige financiële problemen bij zorginstellingen. De continuïteit, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg mag immers niet in het geding komen. Een instrument om de spanning tussen financiële realiteit en beleidsambities te verlichten is het continueren van het WfZ, zoals in de vorige paragraaf is beschreven.

Daarenboven kan er behoefte zijn aan een nieuw instrument dat in deze nota aangeduid zal worden als “transitiefaciliteit”. Voor een deel de zorginstellingen is de financiële situatie niet zodanig florissant dat ze kunnen deelnemen aan het WfZ terwijl ze tegelijkertijd niet voor saneringssteun in aanmerking komen. Om te voorkomen dat door het afbouwen van de budgetzekerheden het faillissementsrisico voor deze instellingen te groot wordt, is het gewenst om de transitiefaciliteit als tijdelijk nieuw instrument in te zetten. Het instrument heeft de vorm van een lening die als toevoeging aan het eigen vermogen van een zorginstelling mag worden beschouwd (achtergestelde lening). De achtergestelde lening is bedoeld voor instellingen die nu — in een risicoloze situatie — goed functioneren, maar straks vanwege de zwakke solvabiliteitspositie geen toegang hebben tot het WfZ of een bank. Een achtergestelde lening kan deze instellingen een opstapje naar de financiers verschaffen. Het nut van achtergestelde leningen voor zorginstellingen met een zwakke financiële positie is tweeledig. Het bevordert de continuïteit van de instelling en versnelt het gezondmakingproces. De continuïteit wordt bevorderd als financiers positiever oordelen over de kans dat instellingen in de toekomst aan hun rente- en aflossingverplichtingen kunnen voldoen of dat zij bij een faillissement van een zorginstelling zo min mogelijk schade lijden. Een achtergestelde lening voldoet aan deze eisen omdat zorginstellingen deze kunnen gebruiken om lang vreemd vermogen, of ‘verliesfinanciering’ te reduceren.<sup>19</sup> Als instellingen met behulp van de transitiefaciliteit toetreden tot het WfZ, dan kan de hele leningportefeuille onder de garantstelling van het WfZ worden gebracht. De rentevoordelen die

---

<sup>17</sup> Bij deze afbakening van het werkerrein van het WfZ zal de overheid scherp moeten letten op de mededingingsrechtelijke aspecten (zie ook §5.3).

<sup>18</sup> Ter illustratie: voor de verbetering van het percentage eigen vermogen met 1%-punt bij ziekenhuizen en AWBZ-instellingen is grofweg 150 miljoen euro nodig. Op dit moment zitten de meeste instellingen met hun solvabiliteit nog ruim onder de 10%.

<sup>19</sup> Van verliesfinanciering is sprake wanneer het CTG/ZAio toestaat dat een instelling die verlies leidt een opslag op de tarieven in rekening brengt.

dit oplevert versnellen de gezondmaking van de financiële huishouding van een zorginstelling. Deelname aan het WfZ werkt dan als een vliegwiel.

De transitiefaciliteit zal een middel moeten zijn waarop zorginstellingen alleen een beroep zullen kunnen doen als er echt geen andere optie is. Anders dreigt het eerder genoemde *moral hazard* probleem: als instellingen gemakkelijk terecht kunnen bij de overheid voor vermogen, dan zullen banken minder hoge eisen stellen aan de solvabiliteit van zorginstellingen. Daarom stelt de overheid slechts onder strikte voorwaarden tijdelijk achtergestelde leningen beschikbaar. Deze voorwaarden hebben betrekking op het te voeren management, op de rente-opslag, en synergie met eventuele restructurering door marktpartijen.

De transitiefaciliteit zal geen belastende gevolgen voor de overheidsbegroting hebben. Achtergestelde leningen zullen de Emu-schuld weliswaar doen toenemen, maar ze belasten het Emu-saldo alleen voor het eventuele niet-inbare deel. Dit risico wordt in de eerste plaats beperkt door een kritische doorlichting van de instellingen die van de faciliteit gebruik willen maken. In de tweede plaats zal de rente-opslag een deel van de eventuele schade afdekken. Tenslotte kan de eventuele meerschade worden opgevangen door specifiek geormerkte middelen in het AWBZ-fonds (zie §6.2.3).

### *5.3 TOETS AAN MEDEDINGINGSWET EN EG-RECHT*

Van een strijdigheid met de Mededingingswet is bij het WfZ en de transitiefaciliteit geen sprake omdat deze instrumenten objectief, transparant en niet-discriminerend (zullen) worden toegepast. Voor het EG-recht ligt de redenering genuanceerder. De transitiefaciliteit en het WfZ zijn in potentie vatbaar voor het staatssteun-predikaat. Het gemeenschapsrecht van de Europese unie accepteert een grote mate van autonomie van de lidstaten bij de inrichting van hun stelsels van sociale zekerheid en bij de financiering daarvan. Dit is echter geen *carte blanche*. Er is in deze sectoren alleen een hogere kans dat de Commissie de voorgenomen staatssteun verenigbaar acht met EG-recht. Er is een vergelijking te trekken met andere vormen van garanties en borgstellingen die wel als steunmaatregel zijn aangemeld en goedgekeurd, zoals de garanties bij exportkredieten, het borgstellingsfonds voor de landbouw, de oogstschadeverzekeringen bij regenval en de garantstelling voor openbare bankinstellingen.

Of de vergelijking van deze voorbeelden met de transitiefaciliteit en het WfZ opgaat, zal pas na toetsing duidelijk worden. Als uit de gang naar Brussel blijkt dat er sprake is van staatssteun, dan mag de overheid alleen met expliciete toestemming van de Commissie en onder specifieke Europese voorwaarden gebruik maken van deze transitie-instrumenten. De transitie-instrumenten moeten in dat geval expliciet aan de Europese staatssteunregels voldoen.

### *5.4. BESTAANDE OVERHEIDSGARANTIES EN BESTUURLIJKE AFSPRAKEN.*

De komst van het WfZ is voorafgegaan door de beëindiging van de rechtstreekse garantiestelling door het Rijk. In vergelijking met de rijksgaranties is met het WfZ sprake van een meer marktconform instrument omdat de sector zelf een belangrijk deel van de risico's draagt. Voor de nog uitstaande rijksgaranties voert het WfZ nu de monitor-functie uit. In het verleden hebben ook verschillende gemeenten en provincies garanties afgegeven op leningen van zorginstellingen. Bij de nadere uitwerking van de in deze nota gedane voorstellen voor de vernieuwing van de bekostiging van zorginstellingen zal bezien worden wat deze vernieuwing betekent voor deze door gemeenten en provincies aangegane verplichtingen. Datzelfde geldt voor de woningbouwcorporaties voor welke het uit 1999 daterende protocol over de "uitbreiding van de garantiestructuur sociale woningbouw aangaande verzorgingshuizen" relevant is.



## 6. Naar nieuwe rechtsvormen in de zorg?

### 6.1 INLEIDING

De maatschappelijke ontwikkelingen in het begin van de twintigste eeuw zijn van grote invloed geweest op de organisatie van de gezondheidszorg. Het zorgaanbod is in die tijd in belangrijke mate voortgekomen uit particulier initiatief, ingegeven door maatschappelijke betrokkenheid.

Levensbeschouwelijke pluriformiteit en de zogeheten 'not-for-profit-gedachte' zijn kenmerkend voor gezondheidszorginstellingen die uit deze initiatieven voortkwamen. Zij hadden tevens een sterke (financiële) binding met het deel van de samenleving waaruit zij voortkwamen. Het succes van dit ondernemingstype kan worden verklaard uit de verwachting van patiënten/cliënten dat deze instellingen in geringe mate opportunistisch gedrag zouden vertonen.

In de tweede helft van de vorige eeuw nam de invloed van de overheid op de gezondheidszorg toe. In de wet- en regelgeving is tot op heden het primaat van de not-for-profit-gedachte overeind gebleven. De WZV verbiedt instellingen die intramurale collectief verzekerde zorg leveren het beogen van uitkeerbare winst. Als gevolg hiervan hebben de grotere organisaties vrijwel zonder uitzondering de rechtsvorm van de stichting.

Maatschappelijke organisaties en adviesorganen zoals de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR), het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) en de Sociaal Economische Raad (SER) constateren een groeiende behoefte bij zorginstellingen en andere maatschappelijke instellingen (waaronder scholen en woningcorporaties) om — met het oog op hun sociale doelstellingen — te kunnen ondernemen. Dat heeft te maken met een groeiende behoefte aan professioneel bewustzijn en zelfstandigheid, en met kritischer wordende afnemers in een snel veranderende samenleving. Hoewel de meningen over de juiste benaming van dit type organisaties uiteenlopen, wordt hier gemakshalve voor de aanduiding "maatschappelijke onderneming" gekozen.<sup>20</sup>

#### **Box 6: Maatschappelijke ondernemingen**

Uit de verschillende beschouwingen die aan de "maatschappelijke onderneming" zijn gewijd komt een aantal kenmerken naar voren:

- de onderneming streeft een maatschappelijk doel na dat vervlochten is met (ofwel deels parallel loopt met) het algemeen belang;
- de onderneming brengt goederen en diensten voort;
- de onderneming keert het financiële overschot (de winst) niet wordt uit aan kapitaalverschaffers, maar wendt dit aan voor het realiseren van het maatschappelijke doel dat de onderneming nastreeft.

De toegang van de maatschappelijke onderneming tot de kapitaalmarkt is beperkt tot het aantrekken van vreemd vermogen. Om de toegang tot de kapitaalmarkt voor deze ondernemingen te verruimen zien sommigen mogelijkheden in fiscale handreikingen voor beleggingen in maatschappelijke ondernemingen.<sup>21</sup>

Het centrale thema in de discussie over maatschappelijke ondernemingen is hoe private ondernemingen op een verantwoorde manier een publieke taak kunnen uitvoeren en daarover verantwoording afleggen. De (bestaande) maatschappelijke ondernemingen (veelal stichtingen) kennen

<sup>20</sup> In zijn ontwerpadvies over ondernemerschap in de publieke dienstverlening (februari 2005) hanteert de SER deze benaming bewust niet om de suggestie te vermijden dat er daarmee sprake zou zijn van een bepaalde organisatievorm (rechtsvorm) die in het bijzonder geschikt zou zijn voor (ondernemende) aanbieders van diensten van publiek belang. Waar het volgens de SER om gaat is dat het ondernemerschap in publieke dienstverlening afdoende is gelegitimeerd door politiek en maatschappij, door een — bij de gekozen rechtsvorm en bij de aard van het desbetreffende publieke belang passende — combinatie van horizontale en verticale vormen van verantwoording en toezicht. Het maakt daarbij niet uit of het gaat om overheidsdiensten, zelfstandige bestuursorganen, stichtingen of private ondernemingen.

<sup>21</sup> "Investeren in de samenleving", wetenschappelijk instituut voor het CDA, 2005.

namelijk een aantal bestuurlijke kwetsbaarheden. Met de WTZi zijn nieuwe beleidslijnen in de gezondheidszorg uitgezet voor de toelating, de transparantie-eisen en de maatschappelijke verantwoording van zorginstellingen. Deze nieuwe beleidslijnen laten al de omslag zien naar de nieuwe vorm van sturing die de WRR bepleit.<sup>22</sup> Daarnaast is belangrijk dat de overheid kan beschikken over adequate toezichthouders, zoals de Zorgautoriteit en de IGZ. Hiermee heeft de overheid voor de gezondheidszorg de kaders gecreëerd voor de volgende stap: een bijbehorend modern bestuur en toezicht bij de maatschappelijke ondernemingen. Dit is primair een taak van de zorginstellingen zelf.

Naast bestuurlijk sterkere “maatschappelijke ondernemingen” kan het – voor het stimuleren van het ondernemerschap in de zorg – gewenst zijn geleidelijk de weg vrij te maken voor intramurale zorginstellingen die gebruik willen maken van risicodragende kapitaalverschaffers en de mogelijkheid om deze met dividend te belonen. De WTZi biedt daarvoor de mogelijkheid voor bij amvb te benoemen categorieën van instellingen. Daarnaast biedt het experimenteerartikel WTZi de mogelijkheid om het winstmotief op ad hoc basis toe te staan.

Indien de overheid het winstoogmerk toestaat, staat het elke instelling vrij van deze mogelijkheid wel of geen gebruik te maken. Bijna in alle landen bestaan private aanbieders met winstoogmerk (zoals het Rhön-Klinikum in Duitsland) naast publieke aanbieders zonder winstoogmerk. Dit leert dat niet elke organisatie van deze mogelijkheid gebruik wil maken. Ook in Nederland zal bij het toestaan van het winstoogmerk waarschijnlijk een mix gaan ontstaan van op winst- en niet op winst gerichte ondernemingen.

#### **Box 7: Rhön-Klinikum**

Rhön-Klinikum is ontstaan in de tijd van de hartluchtbruggen. Net als in Nederland was er in Duitsland gedurende de jaren zeventig te weinig aanbod voor hartoperaties. De overheid had geen middelen voor de hoge investeringen die nodig waren voor het opzetten van hartklinieken. Financieel draagkrachtige patiënten gingen daarom naar Florida.

In Bad Neustadt, een kuuroord in de Noord Beierse Rhön, was op dat moment een revalidatiekliniek die gesaneerd moest worden. Enkele artsen en ondernemers die daarbij betrokken waren kregen het idee om de ruimte te gebruiken voor een hartchirurgisch centrum, dat op commerciële basis zou opereren ten behoeve van reguliere ziekenfondsverzekerde patiënten. Voor de investeringen zou geen beroep gedaan worden op de publieke middelen die normaal gesproken nodig waren in het duale Duitse bekostigingsstelsel (dual in de zin dat de deelstaten de investeringen van zorginstellingen financieren en verzekeraars de exploitatie van zorginstellingen financieren door middel van de premies van verzekerden). De autoriteiten in Beieren gingen akkoord met dit experiment. Het experiment bleek zeer succesvol en vormt nog steeds een van de belangrijkste pijlers van Rhön-Klinikum (dat in Duitsland op het gebied van de hartchirurgie een marktaandeel van ongeveer 10% heeft).

Geleidelijk ging Rhön-Klinikum zich ook op andere gebieden in de curatieve zorg richten. Inmiddels bevat het concern niet alleen specialistische klinieken, maar ook algemene ziekenhuizen en zelfs (een deel van) een universiteitskliniek. Begin 2003 omvatte het concern in totaal 29 klinieken. Omdat een belangrijk deel van de 2200 publieke ziekenhuizen in Duitsland met financiële problemen worstelt, ziet Rhön-Klinikum flinke expansiemogelijkheden in Duitsland.

Als eerste Duitse ziekenhuisconcern ging Rhön-Klinikum op 27 november 1989 naar de beurs. De aandelen waren aanvankelijk in handen van een van de oprichters (Münch, 25%), een aantal institutionele beleggers en een vermogende familie (die onlangs het aandelenkapitaal heeft overgedaan aan HypoVereinsBank, die het belang waarschijnlijk zal doorverkopen).

Overgenomen uit “Tel uit je winst: de Duitse ziekenhuis NV als voorbeeld voor zorgvernieuwing” (ING/SEO-onderzoek, 2003)

## **6.2 MET WINST NIEUWE EIGENDOMSVERHOUDINGEN**

<sup>22</sup> ‘Bewijzen van goede dienstverlening’, WRR, 2005.

In de statuten van de meeste zorginstellingen — overwegend stichtingen — is ten aanzien van de ter beschikking gestelde middelen geregeld dat deze dienen te worden aangewend voor het doel waartoe de stichting is opgericht: het verlenen van zorg. Ontbinding van een stichting geschiedt door een besluit van het bestuur, tenzij in de statuten anders is voorzien. De statuten bepalen wat er na ontbinding met het vermogen gebeurt. Wettelijk is vastgelegd dat een instelling die besluit tot volledige sluiting zich dient te wenden tot het CSZ. Blijft er na afwikkeling van de sluiting een bedrag over dan wordt dit gestort in het AWBZ-fonds (een tekort wordt aangevuld uit het AWBZ-fonds). Het toestaan van het winsttoegmerk betekent ook nieuwe eigendomsverhoudingen in de zorgsector. Op winst gerichte ondernemingen hebben een structuur waarin het economisch eigendom van de onderneming is neergelegd bij de aandeelhouders (BV of NV). Deze zijn bereid geweest geld te investeren vanuit de verwachting dat hen uit de toekomstige opbrengsten een volwaardige vergoeding ten deel valt.

#### *6.2.1 Over het “weglekken” van publieke middelen*

Een veelgehoorde bedenking bij het toestaan van het winstmotief in de gezondheidszorg is het risico dat publieke middelen naar de private sector “weglekken”. Dit kan zich op drie manieren voordoen. De eerste vorm treedt op wanneer zorginstellingen (een deel van) het positieve bedrijfsresultaat uitkeren aan eigenaren of aandeelhouders. Objectief gezien gaat het hier om particuliere investeerders die risicodragend kapitaal verstrekken aan ondernemingen die zorg aanbieden en daarvoor een vergoeding ontvangen. Deze “ruil” verschilt in essentie niet van de rentevergoeding die banken krijgen voor het verstrekken van een lening.

De tweede vorm zou zich voor kunnen doen als zorginstellingen die als een stichting opereren, contracten met verzekeraars afsluiten, maar de feitelijke levering van de zorg geheel uitbesteden aan BV's. In de praktijk komt dat al voor bij ZBCs. De minister van VWS heeft eerder in een brief aan de Tweede Kamer gemeld dat de ruimte voor deze vorm van “weglek” beperkt is.<sup>23</sup> Het contract dat het behandelcentrum binnen het kader van de WTG sluit met de zorgverzekeraar bepaalt namelijk de ruimte voor zorginhoudelijke en financiële afspraken tussen het behandelcentrum en de onderaannemers, en bepaalt daarmee dus ook de ruimte voor winst bij de onderaannemers. Een derde vorm van “weglek” kan zich voordoen als zorginstellingen economische waarde (bijvoorbeeld onroerend goed) verkopen. De vrijheid van handelen daarin voor zorginstellingen is op dit moment beperkt omdat de WZV en WTG de bestemming regelen van de opbrengsten. Beleidsregel is daarbij dat economische waarde die is opgebouwd (of in stand is gehouden) in een door overheidsregels gecreëerde risicoarme omgeving, niet mag weglekken naar commerciële partijen. Dit uitgangspunt geldt ook in de toekomst.

---

<sup>23</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2003-2004, 29 200, nr. 24.

### 6.2.2 Vangnet tegen weglek: artikel 18 WTZi

Op basis van artikel 18 van de WTZi dient het bestuur van een instelling zich te wenden tot het CSZ als het onroerende zaken of delen daarvan wil verkopen, omdat het deze niet meer voor het verlenen van zorg wil gebruiken óf omdat de toekomstige bestemming onbekend is (bijvoorbeeld bij vervangende nieuwbouw op een andere locatie). Het CSZ kan dan samen met het bestuur de verkoop ter hand nemen. Gaat onroerend goed over naar een partij die er zorgverlening in voortzet, dan dient de verkoop plaatsvinden tegen de boekwaarde. Exploiteert de overnemende partij andere activiteiten dan zorgverlening in het onroerend goed, dan geschiedt de verkoop tegen marktwaarde. In beide gevallen wordt het saldo van opbrengst en aflossing van uitstaande verplichtingen op basis van de WTG verrekend met de tarieven. Bij volledige sluiting van een instelling valt de opbrengst geheel aan het AWBZ-fonds toe (c.q. een tekort wordt aangevuld uit het AWBZ-fonds).<sup>24</sup>

De achterliggende argumentatie voor het voorgaande is de van overheidswege gecreëerde risicoarme omgeving waarin het voortbestaan van de instellingen — en daarmee hun economische waarde — is veiliggesteld. De verplichting van artikel 18 WTZi geldt voor ieder bestuur, ongeacht of de instelling wordt geëxploiteerd door een natuurlijke persoon of door rechtspersoon.

Artikel 18 dient op twee punten te worden aangepast. In de eerste plaats dient er geen onderscheid meer te zijn tussen transactie tegen boekwaarde en transacties tegen marktwaarde. In alle gevallen dient vervreemding van eigendom plaats te vinden tegen marktwaarde en dient de opbrengst toe te vloeien naar het AWBZ-fonds.<sup>25</sup> Het verdient aanbeveling om na te gaan of deze middelen binnen het AWBZ-fonds kunnen worden geormerkt met de bedoeling ze later gericht te kunnen aanwenden voor de begeleiding van het overgangsproces.

De tweede reden voor aanpassing van artikel 18 betreft de inschakeling van het CSZ. Die inschakeling kan worden omzeilt bij toepassing van de zogenoemde “sale-and-lease-back-constructie”. Daarvan is sprake als de instelling het onroerend goed verkoopt, terughuurt van de nieuwe eigenaar en het voor zorgverlening blijft gebruiken. Naar de letter van de wet is inschakeling van het CSZ dan niet nodig. Dat is ongewenst.

### 6.2.3 Verkoop van een deel van het onroerend goed door not-for-profit instellingen

Zoals hierboven is opgemerkt wordt de opbrengst van verkochte activa verrekend met de WTG-tarieven. Het is het overwegen waard om not-for-profit instellingen in de toekomst toe te staan bij vervreemding van een deel van het onroerend goed de opbrengst gedeeltelijk zelf te bestemmen mits het wordt aangewend voor een efficiëntere verlening van de zorg. Dit is een extra prikkel voor zorginstellingen om over te gaan tot eigendomsoverdracht van onroerend goed dat zij niet optimaal benutten. Ook in dit geval dient het vervreemden van eigendom altijd tegen marktwaarde te geschieden. Het niet voor de instelling bestemde deel vloeit in het AWBZ-fonds. Het is de bedoeling deze opbrengsten in het AWBZ-fonds te oormerken zodat deze middelen gericht kunnen worden ingezet voor de begeleiding van de transitie.

### 6.2.4 Nieuwe toetreders bij uitkeerbare winst

Bestaande instellingen kunnen de eventuele winst die zij maken niet uitkeren aan aandeelhouders. Deze winst dient dus binnen de instelling aangewend te worden. Uitkeerbare winst wordt uitsluitend toegestaan bij nieuwe toetreders die geheel voor eigen rekening en risico opereren (met de rechtsvorm BV/NV). De argumenten om weglek van publieke middelen tegen te gaan, gaan dan niet op (zie §6.2.1). Nieuwe toetreders kunnen een nieuwe instelling starten of bestaande instellingen overnemen. In dat laatste geval moet de overname conform de beoogde wijziging van artikel 18 WTZi tegen marktwaarde gebeuren en is de opbrengst voor het AWBZ-fonds (zie §6.2.2). Tegenover het

<sup>24</sup> Tot de opbrengst (of het verlies) behoren niet de vermogensbestanddelen die, naar het oordeel van het CSZ, gelet op hun herkomst en bestemming dienen te worden uitgezonderd.

<sup>25</sup> Met uitzondering van de in §6.2.3. bedoelde gevallen.



risico dat deze nieuwe toetreders lopen staat de vrijheid de eventuele waardevermeerdering van het eigen vermogen (winst) uit te keren aan derden.

Het voorgaande betekent dat ook de juridische mogelijkheden voor het omzetten van stichtingen in NV's of BV's dienen te worden beperkt. Voor het omzetten van een stichting in een NV of BV is nu rechterlijke machtiging vereist. Hierbij gaat het vermogen van de stichting onder algemene titel over op de NV/BV. Na omzetting van een stichting moet uit de statuten van de nieuwe rechtspersoon blijken dat het vermogen dat de stichting bij de omzetting heeft en de vruchten daarvan, slechts met toestemming van de rechter anders mogen worden besteed dan voor de omzetting was voorgeschreven. Als extra zekerheid tegen het weglekken van publieke middelen zal aan de toelating van bestaande en nieuwe instellingen in de toekomst het voorschrift dienen te worden verbonden dat zij zich niet zonder toestemming van de Minister van VWS kunnen omzetten van een stichting in een NV of BV.

### *6.3 VOORS EN TEGENS VAN HET OPHEFFEN VAN HET VERBOD OP UITKEERBARE WINST<sup>26</sup>*

Het toestaan van winst zal een einde maken aan de enigszins gekunstelde scheiding die in de Nederlandse gezondheidszorg tot stand is gekomen. Zorginstellingen mogen op dit moment zelf geen winst maken. De binnen de zorginstelling werkzame ondernemingen aan wie diensten zijn uitbesteed (sterilisatie, schoonmaak, catering) mogen dat wel. Ook de in de zorginstelling als zelfstandige ondernemers opererende vrije beroepsbeoefenaren (specialisten, apothekers, fysiotherapeuten) mogen winst maken. Daarnaast geldt op dit moment ook geen WZV-winstverbod voor instellingen die geen vergunningen nodig hebben omdat er geen intramurale zorgvoorziening hoeft te worden gebouwd.

#### *6.3.1 Argumenten voor het toestaan van winst*

Op winst gerichte instellingen hebben een directe prikkelende invloed op de niet op winst gerichte instellingen. Immers, als niet op winst gerichte instellingen ondoelmatiger zouden werken dan op winst gerichte instellingen, dan lopen zij het risico een deel van hun marktaandeel kwijt te raken aan op winst gericht instellingen. Daarnaast kunnen de op winst gerichte zorginstellingen de concurrentie ook bevorderen als nieuwe toetreders de historisch krap gehouden aanbodkant verruimen. Omdat de winstprikkel hand in hand gaat met vrijheid voor het aantrekken van kapitaal en het verhandelen van eigendom, vereenvoudigt de introductie van winst nieuwe investeringen in de zorg.

#### *6.3.2 Argumenten tegen het toestaan van winst*

Naast argumenten voor het toestaan van uitkeerbare winst zijn er tegenargumenten. Het toestaan van het winstmotief leidt er toe dat het ondernemend gedrag van partijen wordt versterkt. Hierdoor zouden de publieke belangen die de overheid wil borgen extra onder druk kunnen komen te staan. De kwaliteit van de zorgverlening zou uit kostenoverwegingen minder vanzelfsprekend op het eerste plan kunnen komen te staan en er zou een prikkel kunnen ontstaan om patiënten onnodige zorg te verlenen. De toegankelijkheid van de zorgverlening zou kunnen afnemen als zorginstellingen patiënten selecteren op kostenzwaarte of als door de aanscherpende concurrentie onrendabele, maar voor de regio vitale, afdelingen of hele instellingen om bedrijfseconomische redenen moeten worden gesloten. In het geval van vrije prijsvorming (niet het thema van deze nota) zou de betaalbaarheid ook onder druk kunnen komen door prijsopdrijving.

#### *6.3.3 Afweging van de argumenten voor en tegen*

---

<sup>26</sup> Mede gebaseerd op: 'Zorg voor concurrentie, een analyse van het nieuwe zorgstelsel' (CPB-document nr. 28, 2003) en 'Winst en gezondheidszorg (RVZ, 2002).

In vrijwel alle landen waar het winstoogmerk voor zorgaanbieders is toegestaan, is het marktaandeel van deze instellingen een kleine minderheid tegenover een overwegend niet op winst gericht aanbod. Zelfs in Amerika is dat het geval. Hoewel Frankrijk, Duitsland en Engeland een relatief omvangrijke for-profitsector kennen bij de ziekenhuiszorg, blijft het aandeel in de beddenscapaciteit van dit segment overal ruim achter bij dat van de publieke sector.

Aandeel for-profit zorgverlening in ziekenhuizen (aantal ziekenhuisbedden; in %)

	Publiek	Privaat Not for profit	Privaat For profit
Nederland	15	85	0
Frankrijk	65	15	20
Duitsland	54	38	8
Verenigd Koninkrijk	95	3	2
Zweden	99	0	1
Verenigde Staten	16	71	13
Canada	98	0	2
Singapore	80	0	20

Bron: Roland Berger 2005

Uit onderzoek blijkt dat deze minderheid niettemin de niet op winst gerichte instellingen stimuleren tot klantgericht, efficiënter en innovatiever gedrag. Tegen de achtergrond van het beoogde beleid is dit een belangrijk argument om ook in Nederland het winstoogmerk toe te staan. Daarbij dienen wel een aantal waarborgen in acht te worden genomen. De volgende paragrafen gaan hier nader op in.

#### 6.4 VOORWAARDEN VOOR INSTELLINGEN OM WINST TE MOGEN UITKEREN

Twee voorwaarden waaraan in ieder geval moet worden voldaan om uitkeerbare winst toe te staan zijn een transparante integrale prestatiebekostiging (inclusief huisvestingslasten) en het volledig risicodragend zijn van zorginstellingen voor afzetverschillen. In het transitie-schema in §4.3 is dat aan het eind van fase 3 het geval. Een derde voorwaarde is dat, indien een instelling volledig overgaat in handen van een op uitkeerbare winst gerichte rechtspersoon, de opbrengsten van de transactie (geoordekt) toevallen aan het AWBZ-fonds. Hierdoor lekken geen collectieve middelen weg naar derde (commerciële) partijen (§6.2).

De overige voorwaarden vloeien voort uit het borgen van de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. In §6.3.2 is opgemerkt dat het winstmotief de ondernemingszin van partijen versterkt. Bij de risico's van het winstoogmerk gaat het om risico's die in ieder geval optreden als er meer concurrentieprikkels in de gezondheidszorg komen, maar die een zwaarder accent kunnen krijgen bij of door partijen die gericht zijn op het maken van uitkeerbare winst. De overige voorwaarden bij het toestaan van winstbeoogende reguliere instellingen komen dan ook overeen met de "checks and balances" bij een systeem dat is gebaseerd op meer concurrentie. Maatschappelijke ondernemingen en op uitkeerbare winst gerichte ondernemen nemen dus onder gelijke voorwaarden deel aan gereguleerde marktwerking in de zorg. In het resterende deel van dit hoofdstuk worden de hiervoor genoemde voorwaarden nader toegelicht en komen tevens het bestuur van zorginstellingen (governance) en de fiscale voorwaarden voor het toestaan van het winstoogmerk aan de orde.

##### 6.4.1 Kwaliteit

Het bestaan van op winstgerichte zorginstellingen hoeft op zichzelf niet te leiden tot een suboptimale kwaliteit van de verleende zorg. Het winstoogmerk kan ook via een meer rationele bedrijfsvoering, een meer klantgerichte benadering en efficiënter en innovatiever gedrag tot betere kwaliteit leiden. Daarnaast kunnen zorgaanbieders grote reputatieschade kunnen oplopen als zij lichtzinnig met kwaliteit omgaan. Zij zullen zich dus wel driemaal bedenken voordat ze op kwaliteit gaan bezuinigen. Niettemin zijn waarborgen met betrekking tot de kwaliteit nodig.

Een belangrijke waarborg dat dit risico aanvaardbaar maakt, ligt in de wijze waarop het Nederlandse kwaliteitssysteem is ingericht. Aan kwaliteit zijn meerdere dimensies te onderkennen zoals effectiviteit, veiligheid, doelmatigheid en bejegening. Als het gaat om de dimensies effectiviteit en veiligheid laat het Nederlandse kwaliteitssysteem geen ruimte voor grote verschillen in kwaliteitsniveaus. Het kwaliteitssysteem gaat er van uit dat de veldpartijen (beroepsgroepen, brancheorganisaties) zelf normen ontwikkelen. De Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ) ziet toe op de naleving daarvan. Innovaties die voortkomen uit wetenschappelijk onderzoek of uit de praktijk van de zorgverlening zorgen via best practices en de verspreiding daarvan voor een voortdurende opwaartse beweging van de kwaliteitsnormen. Bij lacunes in of veroudering van de normstelling vervult de IGZ vanuit zijn toezicht een aanjagende functie om deze leemtes te verhelpen. Twee belangrijke kenmerken van de gehanteerde kwaliteitsnormen zijn dus dat ze dynamisch zijn en dat de "state of the art" daarbij maatgevend is. Het beeld dat kwaliteit zich in sterk uiteenlopende niveaus zou kunnen manifesteren zodat op winst gerichte ondernemingen inferieure kwaliteit zouden kunnen leveren spoort niet met de huidige praktijk. Dat zou ook niet wenselijk zijn.

Om zorginstellingen te bewegen kwaliteit als een cruciaal en integraal onderdeel van de bedrijfsvoering te zien, zal de overheid de eisen aan de kwaliteitsverantwoording aanscherpen. Kwaliteit wordt bovendien een integraal onderdeel van het jaarverslag. Ook het ontwikkelen van prestatie-indicatoren en het vergelijken van zorginstellingen zijn instrumenten om de kwaliteit te borgen. Dat zal een impuls geven aan de transparantie over kwaliteit, die vervolgens via de door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) op te zetten consumentenportal zal worden verspreid. De IGZ kan in het kader van het toezicht extra aandacht besteden aan de kwaliteit van de zorg bij die instellingen die winstoogmerk nastreven. Datzelfde geldt ook voor het mogelijke nadeel dat zorgaanbieders te veel zorg verlenen (bijvoorbeeld overmedicatie). Dit kan evenals te weinig zorg de veiligheid van patiënten in gevaar brengen. Ook de verzekeraar zal hier alert op zijn en sterk afwijkende zorgpatronen snel kunnen herkennen.

Met de werking van het kwaliteitssysteem en de aanvullende maatregelen zijn er voldoende waarborgen bij maatschappelijke ondernemingen en op uitkeerbare winst gerichte ondernemingen.

#### *6.4.2 Toegankelijkheid*

De toegankelijkheid van de zorg kan in het gedrang komen als ziekenhuizen en AWBZ-instellingen patiënten gaan selecteren. De professionaliteit van de zorgverleners en de wettelijke zorgplicht en wettelijke acceptatieplicht van verzekeraars bieden hieraan tegenwicht. Zorgverzekeraars zullen dus alert zijn op mogelijk selectief gedrag van zorgaanbieders. Daarnaast is een goede bekostiging van belang. Zorgaanbieders hebben geen prikkel om aan selectie aan de poort te doen als zij een reële vergoeding ontvangen voor hun zorgprestaties. De ingezette weg van prestatiebekostiging in cure en care kan daaraan een belangrijke bijdrage leveren.

Het andere aspect van toegankelijkheid betreft het risico van discontinuïteit van zorg die vanuit het oogpunt van beschikbaarheid en bereikbaarheid in een regio van vitaal belang is. In de eerste plaats bieden de WTZi en de WTG instrumenten om te voorkomen dat zorginstellingen op eigen initiatief kunnen stoppen met het aanbieden van specifieke functies waardoor de beschikbaarheid van bijvoorbeeld de acute zorg in gevaar komt. Daarnaast is er een rol voor de overheid bij dreigende discontinuïteit van zorg als gevolg van faillissement. Daarbij gaat het uitdrukkelijk om de continuïteit van zorg, en niet om de continuïteit van de onderneming. In §5.1.2 is beschreven met welke

instrumenten de minister van VWS de toegankelijkheid kan waarborgen als de continuïteit van zorg in gevaar komt.

#### *6.4.3 Betaalbaarheid, vooral een kwestie van goede en eerlijke concurrentie*

Voorwaarde voor de betaalbaarheid bij vrije prijsvorming— eventueel met winstoogmerk — is een goede werking van de gezondheidszorgmarkten. Daarvoor is nodig dat er voldoende toetredingsmogelijkheden voor nieuwe aanbieders zijn, voldoende sterke partijen aan de vraagkant, voldoende transparantie van prijs/kwaliteitsverhoudingen en een adequaat markttoezicht. Met het invoeren van de ZVW en de WTZi zet de overheid belangrijke stappen om aan deze voorwaarden te voldoen. De ZVW bevordert de concurrentie tussen verzekeraars, doordat zij straks allemaal aan dezelfde spelregels onderhevig zijn. De introductie van de dbc's/functies en de prestatiebekostiging zorgen voor transparantie. De implementatie van de in §6.4.1 beschreven maatregelen vergroot de kenbaarheid van kwaliteit. Aan de aanbodkant kan een impuls komen van de deregulering van de bouwwetgeving via de WTZi. Tenslotte kan het toestaan van het winstmotief nieuwe toetreding aanjagen. Daarmee worden belangrijke stappen gezet om aan deze voorwaarde te voldoen.

De oprichting van de Zorgautoriteit via de Wet marktordening zorg (WMO) is het sluitstuk van de aanpassingen. De Zorgautoriteit zal bij aanmerkelijk marktmacht aanvullende verplichtingen aan zorginstellingen en verzekeraars kunnen opleggen om een gelijk speelveld te creëren. Ook in geval van oneerlijke concurrentie kan de Zorgautoriteit maatregelen opleggen. Bijvoorbeeld als instellingen, die zowel op het geliberaliseerde deel (vrije prijzen) als het niet geliberaliseerde deel (kostenefficiënte tarieven) van de gezondheidszorg actief zijn, kosten van het eerstgenoemde deel afwentelen op de productie van nog gereguleerde deel (kruissubsidiëring).<sup>27</sup> Daarmee zouden zij immers de toetreding van nieuwe zorginstellingen kunnen belemmeren.

#### *6.4.4 Governance*

De nieuwe wettelijke transparantie-eisen gelden voor alle ondernemingen (al dan niet met winstoogmerk) die verzekerde zorg verlenen. Het gaat om eisen aan de bestuursstructuur en bedrijfsvoering. Beide moeten transparant en ordelijk zijn. Ondernemingen in de zorg leggen verantwoording af krachtens de Regeling jaarverslaglegging Zorginstellingen. Dat is een nadere regeling van het Boek 2 BW. In de zorgsector wordt tevens aangesloten bij de code Tabaksblad: een zorgbrede governancecode – ontwikkeld door het veld - met een bindend lidmaatschap voor de leden van brancheverenigingen. Het verantwoordingsprincipe is: 'pas toe of leg uit'. Tevens geldt voor alle ondernemingen in de zorg (al dan niet met winstoogmerk) de openbaarheid van de bezoldiging van bestuurders en toezichthouders.

Goed bestuur en toezicht van een onderneming is primair een zaak van zelfregulering. Dat laat onverlet dat het de verantwoordelijkheid van de overheid is om hiervoor de kaders aan te geven, condities te scheppen en stimulerend op te treden. Dat de omzetting van de stichtingsvorm naar BV/NV nadere aandacht vraagt is al uiteengezet in §6.2.

Door de herziening van het zorgstelsel komen nieuwe én andere belanghebbenden in beeld. De versterking van de positie van de cliënt is een actueel thema in de gezondheidszorg. Het moge duidelijk zijn dat de patiëntenwetgeving onverkort dient te gelden voor elke rechtspersoon. Welke positie nemen de cliënten/patiënten in als de zorgverzekeraars- en aanbiedersmarkt in het nieuwe zorgstelsel zijn beslag krijgt? De WRR adviseert op het punt van de positie van de cliënt/patiënt om niet meer exact vast te leggen hoe een en ander dient te worden geregeld, maar vooral vast te leggen dat het wordt geregeld en de invulling aan de professionals en de instellingen over te laten. Met

---

<sup>27</sup> Meer informatie over het instrumentarium van de Zorgautoriteit is te vinden in Tweede Kamer, vergaderjaar 2004-2005, 29 324, nrs. 3 en 4.

behoud van de regels die nuttig zijn om de versterkte positie van de cliënt/patiënt goed vast te leggen, zouden aldus gedetailleerde regels kunnen worden losgelaten.

#### *6.4.5 Fiscale aspecten met betrekking tot het winstmotief*

Een specifiek punt bij op winst gerichte ondernemingen (BV of NV) is van fiscale aard. Voor op uitkeerbare winst gerichte instellingen vervalt de vrijstelling voor de vennootschapsbelasting (vpb). Het feit dat een concurrerende op winst gerichte instelling vpb-plichtig is, is voor de fiscus geen aanleiding voor vpb-plicht bij een niet op winst gerichte instelling. Onder de huidige BTW-regelgeving is geen BTW-vrijstelling van toepassing op winstbeogende instellingen voor intramurale zorg. Hierdoor vallen deze instellingen onder het normale BTW-regime (BTW-heffing tegen het algemene BTW-tarief van 19%). Het ministerie van Financiën zal tijdig voorstellen doen voor een, op het tijdpad van de WTZi aansluitende, wijziging van deze BTW-regelgeving. Het doel daarvan is dat op alle, al dan niet winstbeogende, instellingen hetzelfde BTW-regime (BTW-vrijstelling) van toepassing zal zijn. In dat opzicht is dan sprake van een gelijk speelveld.

#### *6.4.6 Conclusie*

Er is behoefte aan meer ruimte aan ondernemerschap in de gezondheidszorg. Tegelijkertijd is zorgvuldigheid geboden bij het invoeren van prestatiebekostiging en de introductie van meer risico's in de sector. Daarnaast zal het versterken van de governance enige tijd vragen. Wellicht zijn maatschappelijk ondernemingen — maar dan wel bestuurlijk versterkt zoals van diverse zijden is bepleit — een goed antwoord op bovenstaande uitdaging. Na het overgangsproces is er bij de bekostiging van de zorginstellingen sprake van een gelijk speelveld, omdat dan zowel de nieuwe als bestaande instellingen onder gelijke condities functioneren. Dit is vooralsnog niet het geval. In deze nota is geschetst hoe op termijn aan de genoemde condities kan worden voldaan. Op basis van wat in hoofdstuk 4 is beschreven zal hiervan vermoedelijk pas in 2012 sprake kunnen zijn. Het kabinet zou op dat moment kunnen besluiten uitkeerbare winst toe te staan. Mogelijk zijn er nieuwe toetreders die onder alle genoemde voorwaarden intramurale zorg willen verlenen. Intramurale instellingen die vóór 2012 bereid zijn de zorg te verlenen tegen transparante en integrale tarieven (dus inclusief de huisvestingslasten) en bereid zijn daarover het volledige afzetrisico te willen lopen, zou verantwoord het uitkeren van winst aan derden kunnen worden toegestaan.

## 1. Huidige budgetbekostiging intramurale zorginstellingen

### 1.1 INLEIDING

Deze bijlage beschrijft op hoofdlijnen hoe de overheid via de bekostiging de budgetten van zorginstellingen vaststelt. Centraal in de bekostiging van de intramurale zorgverlening staat het begrip aanvaardbare kosten. De aanvaardbare kosten geven aan hoeveel elke instelling jaarlijks mag uitgeven en bepalen daarmee het budget van intramurale zorginstellingen. De WTG en de daaronder vastgestelde beleidsregels zijn de basis voor deze budgetmethodiek. Daarnaast gaat dit hoofdstuk in op de vergoeding van de budgetten. Dat gaat over de wijze waarop de zorginstellingen bij de verzekeraars hun budget “verdienen” via het declareren van, eveneens door de overheid vastgestelde, tarieven.

### 1.2 CURE – HUIDIGE BEKOSTIGING EN VERGOEDING

#### 1.2.1 Bekostiging van het budget

De aanvaardbare kosten waaruit het ziekenhuisbudget is opgebouwd bestaan uit de volgende vier componenten:

a) *Locatiegebonden kosten.*

Deze houden verband met de infrastructuur van een instelling. De huisvestingslasten (zoals afschrijvingskosten, rente en onderhoud) vallen hier onder. Op grond van hun vergunning ex WZV krijgen instellingen deze huisvestingslasten toegewezen aan het budget (zie verder §2.3). Voorts zijn vergoedingen voor andere huisvestingsgerelateerde lasten (waaronder energiegebruik en verzekeringen) normatief gekoppeld aan het aantal normatieve vierkante meters.

b) *Vaste kosten.*

Het gaat hierbij om de zogeheten beschikbaarheidskosten van het ziekenhuis. Deze worden bepaald aan de hand van de budgetparameter “adherente inwoners”. Deze parameter reflecteert het verzorgingsbereik van het ziekenhuis en de mate waarin inwoners van het ziekenhuis gebruik maken. De vaste kosten van het ziekenhuis worden jaarlijks herijkt.

c) *Semi-vaste kosten (ook wel: capaciteitsgebonden kosten).*

Dit zijn de kosten die op korte termijn niet door de omvang van de productie worden beïnvloed. De parameters voor deze categorie zijn het aantal ‘erkende bedden’ en de ‘specialisteneenheid’. Het aantal bedden is bevroren op het erkende aantal ultimo 1995. De parameter van de specialist werkt door via het aantal specialisten dat in het ziekenhuis werkt en via het relatieve belang van het betreffende poortspecialismen voor de kosten van het ziekenhuis.

d) *Variabele kosten (ook wel: productiegebonden kosten).*

Deze kosten variëren met de bedrijfsdrukke. De relevante parameters hiervoor zijn:

- opnamen;
- dagbehandelingen;
- eerste polikliniek bezoeken en
- verpleegdagen;
- bijzondere functies;
- eerste lijn.

De componenten b t/m d vormen samen het functiegericht budget (FB). Het FB-budget omvat niet de beloning van de medisch specialisten. Er is een aparte CTG-beleidsregel voor loonkosten van medische specialisten in dienstverband.<sup>28</sup> Daarnaast gelden nog aanvullende budgetten voor

<sup>28</sup> De honoraria voor vrijgevestigde specialisten zijn omschreven in de CTG-tarieflijsten voor medisch-specialistische hulp.

topklinische en topreferente zorg en opleidingen. Het aandeel van de variabele kosten in het totale budget bedraagt 55%.

Het FB-budget geldt nog voor het zogenoemde A-segment in de ziekenhuizen. Zoals al in hoofdstuk 2 aan de orde kwam, omvat dit segment circa 90% van de ziekenhuiskosten. Per 1 februari 2005 is voor het B-segment (de overige 10%) vrije prijsvorming gaan gelden. Verzekeraars en zorgaanbieders hebben voor de dbc's in dit segment geen contracteerplicht en maken prijs- en volume-afspraken die buiten het budget vallen. In het B-segment is de nacalculatie bij de exploitatielasten vervallen. De vergoeding van de huisvestingslasten, van zowel het A- als B-segment, wordt vooralsnog nagecalculeerd.

### *1.2.2 Vergoeding van het budget*

Ziekenhuizen kunnen op grond van het budget twee soorten WTG -tarieven bij de verzekeraar in rekening brengen:

- landelijk uniforme dbc-tarieven die worden vastgesteld door CTG/ZAio;
- het verrekentariaf. Dit is een instellingsspecifieke, herkenbare opslag op alle dbc-tarieven. Het verrekentariaf dient om het verschil tussen toegekend budget en ontvangsten uit declaraties in segment A sluitend te maken. Het verrekentariaf is bovendien een 'sluittariaf' (zie voor de werking Box 1).

### *1.2.3 Afwijkende methodiek voor ZBC's*

Voor ZBC's (en privé-klinieken) geldt de budgetsysteematiek niet maar geldt alleen de dbc-tarifiering. De dbc-tarieven voor ZBC's zijn geen (vaste) punttarieven, maar maximumtarieven.

## *1.3 CARE – HUIDIGE BEKOSTIGING EN VERGOEDING*

### *1.3.1 Bekostiging van het budget*

De huidige budgetopbouw van de grootschalige intramurale AWBZ-instellingen is qua structuur vergelijkbaar met die van de ziekenhuizen. Het aantal budgetparameters is echter lager. Tussen de AWBZ-sectoren onderling zijn er ook verschillen. In de kern bestaat het budget (de aanvaardbare kosten) in alle sectoren uit de volgende componenten:

#### *a. Huisvestingslasten*

Deze worden vergoed op grond van de vergunning ex WZV (zie verder §2.3). Net als bij de cure zijn vergoedingen voor sommige andere huisvestingsgerelateerde lasten (zoals energiegebruik en verzekeringen) normatief gekoppeld aan het aantal normatieve vierkante meters.

#### *b. Capaciteitsgebonden kosten*

Vanaf 1 januari 2005 geldt hiervoor AWBZ-breed het aantal daadwerkelijk bezette plaatsen. Voorbeelden van capaciteitsparameters (waaraan een bedrag per plaats per jaar is gekoppeld) zijn een verzorgingshuisplaats, een verpleeghuisplaats en een plaats in een instelling voor slechthorenden. Per parameter gelden maxima voor loon- en materiële kosten.

#### *c. Productiegebonden kosten*

Hiervoor gelden sectorale bekostigingsregels. In de GGZ is de opbouw het meest gedifferentieerd. In deze sector gelden parameters per eerste opname, per verpleegdag, per eerste opname deeltijdafdeling, per deeltijdbehandeling met 6 tot 8 uur behandelduur, per ambulante face-to-face contact en overige ambulante zorg. Deze parameters verschillen bovendien voor kinderen en jeugdigen, volwassenen, alcohol- en drugsverslaafden en forensische psychiatrie. Ook voor de productiegebonden parameters gelden maxima voor zowel loonkosten als materiële kosten.

In de AWBZ bepalen het zorgkantoor en de zorginstelling in het zogeheten “lokaal overleg” volume- en prijsafspraken bij de capaciteits- en productiegebonden kosten. Zij dienen deze afspraken in bij het CTG/ZAio. Het CTG/ZAio controleert dat het opgegeven aantal per saldo niet hoger is dan de door CVZ toegelaten capaciteit.<sup>29</sup>

Alle productieafspraken die het zorgkantoor maakt moeten passen binnen de contracteerruimte die het CTG/ZAio voor dat zorgkantoor heeft vastgesteld. Niet alle afspraken zijn relevant voor de contracteerruimte in 2005. Dit geldt bijvoorbeeld voor de huisvestingslasten.<sup>30</sup> Het CTG/ZAio toetst de per 1-3-2005 ingediende afspraken aan de beschikbare contracteerruimte. Er gelden beslisregels indien de ruimte wordt overschreden en de manier waarop wordt omgegaan met eenzijdige verzoeken. Toetsingen vinden tevens plaats op basis van de stand van de tot 1 juni en de tot 15 oktober ingediende (aanvullende) productieafspraken.

Na afloop van het jaar komt het “lokaal overleg” opnieuw bijeen om op basis van realisatiecijfers afspraken te maken over nacalculatie. Men richt een verzoek daartoe aan het CTG/ZAio, dat de aanvaardbare kosten op basis van het verzoek bijstelt. Het nacalculatieformulier over het jaar 2005 moet uiterlijk op 1 oktober 2006 bij het CTG/ZAio worden ingediend. Hierbij moet het zorgkantoor steeds akkoord zijn met eventuele volumeverschuivingen tussen prestaties. Uiteraard mag ook de contracteerruimte van het zorgkantoor niet worden overschreden.

### *1.3.2 Vergoeding van het budget*

Het CTG/ZAio geeft aan iedere aanbieder een tariefbeschikking af. AWBZ-instellingen declareren tarieven aan zorgkantoren. Het verpleegdagtarief is het sluittarief bij de intramurale AWBZ-instellingen.

- 0 -

---

<sup>29</sup> De CVZ-toelating vermeldt de capaciteit voor verblijf naar grondslag. Uit de WZV-vergunning blijkt vaak de meer specifieke verdeling van de capaciteit naar (sub)doelgroepen.

<sup>30</sup> Andere voorbeelden van afspraken die niet relevant zijn voor de contracteerruimte 2005 zijn onder andere de kosten van TBS-klinieken, en niet door zorgkantoren te beïnvloeden kosten zoals steunverlening aan instellingen in financiële problemen.



## Vernieuwing wetgevend instrumentarium om prestatiebekostiging mogelijk te maken

### 1. Inleiding

In de toelichting bij de WTZi is beschreven hoe de bestaande verzekeringswetgeving (ZFW en AWBZ), de capaciteitswetgeving (WZV) en de tariefwetgeving (WTG) met elkaar zijn verweven. Door deze verwevenheid is een gesloten systeem ontstaan dat aangeduid kan worden als de centrale aanbodsuring. Het op verantwoorde wijze introduceren van decentrale vraagsturing komt dus neer op het op een verantwoorde wijze aanpassen van de genoemde wetten.<sup>31</sup> De overheid boekt daarmee inmiddels goede vooruitgang. Hieronder is dat beknopt beschreven aan de hand van de vier ankers waaraan de aanbodsuring is bevestigd: het bouwregime, de toelating, de contracteerplicht, en de zekerheid van de vergoeding van huisvestingslasten.

### 2. Ankers van de aanbodsuring

#### 2.1 BOUWREGIME, DE WZV-PROCEDURE

*was/is* Het bouwregime onder de WZV houdt in dat de minister van VWS bepaalt of een voorgenomen bouwinitiatief past binnen de door de overheid opgestelde criteria voor spreiding, behoefte en het beschikbare macro-budget en of het niet gericht is op het behalen van uitkeerbare winst. Het CBZ adviseert de minister daarbij. Ingeval van een positief besluit geeft de minister een verklaring van behoefte ex WZV af. Die wordt in de praktijk voorzien van een bepaling dat de planontwikkeling niet mag doorgaan totdat, via de plaatsing op de bouwprioriteitenlijst, duidelijk is dat het project past binnen het meerjarige bouw kader. Deze prioriteitenlijst wordt periodiek geactualiseerd. Van de initiatieven met een verklaring van behoefte en een plaats op de prioriteitenlijst toetst het CBZ de concrete plannen aan een aantal functionele<sup>32</sup>- en financiële eisen (kostennormen). Voldoet het project aan de eisen, dan geeft het CBZ de WZV-vergunning af. Op basis van de bij de vergunning behorende eindafrekening van de investering kan de instelling de financiering met banken en of waarborgfonds gaan regelen. Belangrijke notie bij de WZV is dat de WZV-vergunning, als sluitstuk van de WZV-procedure, de facto de toelating is tot de markt van collectief verzekerde zorg.

*wordt* Met de WTZi die na goedkeuring door de Eerste Kamer binnenkort van kracht wordt, verdwijnt die automatische koppeling tussen de toelating en vergunning. De toelating is een zelfstandige beslissing en is voor alle instellingen vereist. De vergunning is alleen vereist voor zover het bouwregime van toepassing is en dat is niet voor alle vormen van bouw en alle soorten instellingen het geval. Van een bouwregime zoals onder de WZV zal met de inwerkingtreding van de WTZi vrijwel alleen nog sprake zijn voor grootschalige intramurale instellingen.

<sup>31</sup> Volledigheidshalve zij opgemerkt dat het recent bij de Raad van State voor advies aangeboden wetsvoorstel Wet marktordening gezondheidszorg (WVG) hier ook toe behoort.

<sup>32</sup> De functionele eisen (van het CBZ) hebben tot doel de kwaliteit van de bouw te borgen. De functionele eisen liggen vooraf vast in bouwmaatstaven/programma's van eisen en referentiekaders.

## 2.2. DE TOELATING

- was/is* Op dit moment is de formele toelating geregeld in de ZFW en AWBZ (resp. artikel 8a en 8). Een toelating ZFW/AWBZ geeft recht op een overeenkomst. Het CVZ is formeel de toelatende instantie. De gegevens die het CVZ in het kader van de toelating vastlegt zijn naam, adres en woonplaats van de instelling evenals gegevens over capaciteit, locatie(s) en doelgroep(en). Het CVZ kan, voor zover er sprake is van bouw, geen instelling toelaten die geen vergunning heeft.
- wordt* Zodra de WTZi van kracht wordt als opvolger van de WZV, regelt de WTZi de toelating tot de markt van collectief verzekerde zorg. De toelatingsoepalingen voor zorgaanbieders verdwijnen uit de ZFW en AWBZ en maken ook geen onderdeel meer uit van de per 1 januari 2006 in te voeren ZVW. Met de WTZi is maatwerk mogelijk bij het stellen van voorwaarden aan de toelating. Daarnaast kan een bouwregime van toepassing zijn. De automatische koppeling tussen (bouw)vergunning en toelating vervalt. De formeel toelatende instantie blijft tot nader order nog het CVZ. Als de toelating gepaard gaat met bouw verleent de minister van VWS de toelating.

## 2.3. DE CONTRACTEERPLICHT

### *Curatieve zorg*

- was/is* Op grond van artikel 47 van de ZFW zijn ziekenfondsen verplicht met iedere toegelaten instelling binnen hun werkgebied, die zorg kan verlenen die tot het wettelijke pakket behoort, overeenkomsten te sluiten, als die instelling dat wenst. De contracteerplicht geldt ook andersom. ZFW artikel 48 bepaalt dat een instelling die met een ziekenfonds een overeenkomst heeft, een gelijke overeenkomst met een ander ziekenfonds moet sluiten als dat andere ziekenfonds dat wenst.
- Vanaf 1 februari 2005 zijn in de ZFW uitzonderingen mogelijk op beide contracteerplichten voor bij amvb nader te bepalen vormen van zorg.
- wordt* Op 1 januari 2006 wordt met de ZVW nog een stapje verder gegaan. Onder de ZVW is er geen contracteerplicht tenzij de overheid die voor bij amvb nader aan te wijzen vormen van zorg oplegt. Daarbij zijn twee regimes mogelijk:
- o De "lichte" contracteerplicht (artikel 12, lid 1) die inhoudt dat verzekeraars de aangewezen vormen van zorg of overige diensten slechts verstrekken of vergoeden indien daarover tussen hem en de aanbieder een overeenkomst is gesloten. De verzekeraar mag bij het contracteren selectief te werk gaan.
  - o De "zware" contracteerplicht (artikel 12 lid 2 en 3) die inhoudt dat verzekeraars voor de aangewezen vormen van zorg contracten moeten sluiten met alle zorgaanbieders in het werkgebied die dat wensen en ook dat alle zorgaanbieders met alle verzekeraars die dat wensen, gelijke contracten moeten sluiten.

## *AWBZ*

- was/is* In de AWBZ zijn uitzonderingen mogelijk op de contracteerplicht voor bij amvb nader te bepalen vormen van zorg (artikel 45 eerste lid). Per 31 augustus 2004 geldt in de AWBZ de contracteerplicht niet meer voor de extramurale zorgverlening. In de toelichting bij het betreffende besluit (Staatsblad 2004, 419) is deze stap beargumenteerd als een logische stap in het kader van de modernisering van de AWBZ waarvan kostenbeheersing één van de hoofddoelen is. De functiegerichte bekostiging is een sleutelement van de modernisering AWBZ. Door die wijze van bekostiging wordt het voor alle zorgaanbieders in de AWBZ mogelijk om elke vorm van AWBZ-zorg te verlenen. De keuzemogelijkheden aan de aanbodkant zijn hierdoor toegenomen. De concurrentieprikkels aan de vraagkant in de AWBZ zijn nog zwak ontwikkeld. Verzekeraars lopen namelijk geen risico over de taken die zij als zorgkantoor uitoefenen. De overheid zet momenteel stappen om de vraagkant te versterken. De prestaties van zorgkantoren zullen worden gemeten om het toekennen van de zorgkantoorconcessie daarvan mede afhankelijk te maken.
- wordt* Zie voorstel nota §4.1.

### *2.4 ZEKERHEID OVER DE VERGOEDING VAN HUISVESTINGSLASTEN*

- was/is* Het CTG/Zaio past de WTG via de onder die wet vastgestelde beleidsregels zodanig toe dat (grootschalige) intramurale zorginstellingen met een CBZ-vergunning kunnen rekenen op een vergoeding van de huisvestingslasten, los van de geleverde productie. De vergoeding bestaat enerzijds uit vergoedingen voor rente-, afschrijvings- en onderhoudskosten in het jaarlijkse budget en anderzijds uit de opbouw van trekkings rechten voor het plegen van renovatie-investeringen na 20 jaar.
- wordt* De WTG-Expres (en de in te voeren WMG) verandert hierin niets. Deze wet breidt het scala aan tariefregimes uit maar blijft het toekennen van vergoedingen voor huisvestingslasten mogelijk maken, met of zonder collectief gefinancierde zekerheid. Ook met de vervanging van de WZV door de WTZi verandert hierin op zichzelf niets zolang voor de genoemde instellingen het bouwregime van de WZV overgaat in eenzelfde WTZi-bouwregime. Voor de ziekenhuizen en de grootschalige AWBZ-instellingen (meer dan 25 verblijvende cliënten) zal dat vooralsnog het geval zijn.

## Verkenning budgettaire inpasbaarheid nhc-systematiek

### 1. Inleiding

Deze bijlage bevat voor de vijf intramurale sectoren een verkenning van de vraag of en onder welke voorwaarden de nhc-systematiek binnen de huidige budgettaire kaders kan worden toegepast. Daartoe bevat paragraaf 3.2 een beschrijving van de in algemene zin gebruikte methodiek die uit vijf stappen (a t/m e) bestaat. Op basis van een eerste verkenning van de stappen c en d is het waarschijnlijk dat de nieuwe bekostiging kan worden ingepast in het macro-budgettaire bouw kader.

### 2. De gevolgde methodiek in stappen

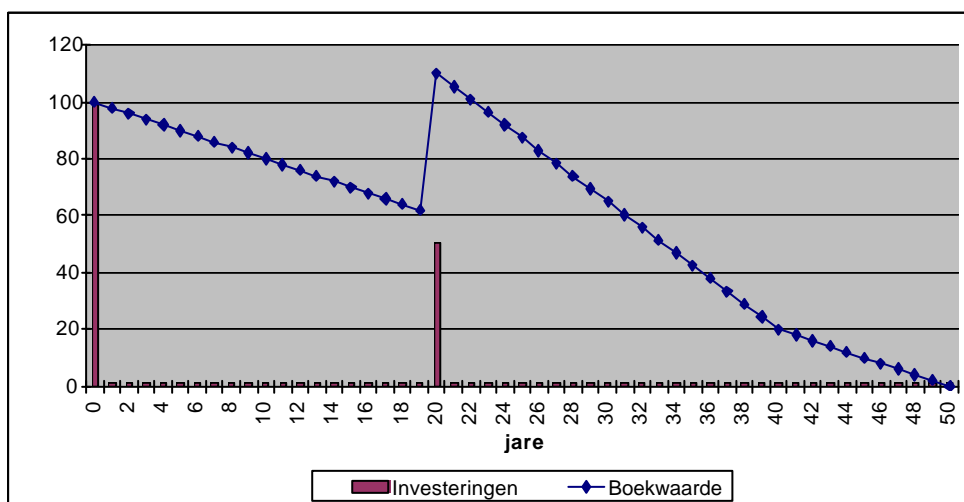
#### 2.A WZV-BEKOSTIGING ALS REFERENTIEKADER

In figuur 1 uit hoofdstuk 2 van de nota, is het huidige systeem van de vergoeding voor huisvestingslasten voor de intramurale zorgsector weergegeven. Dat systeem gaat uit van het volgende investeringspatroon:

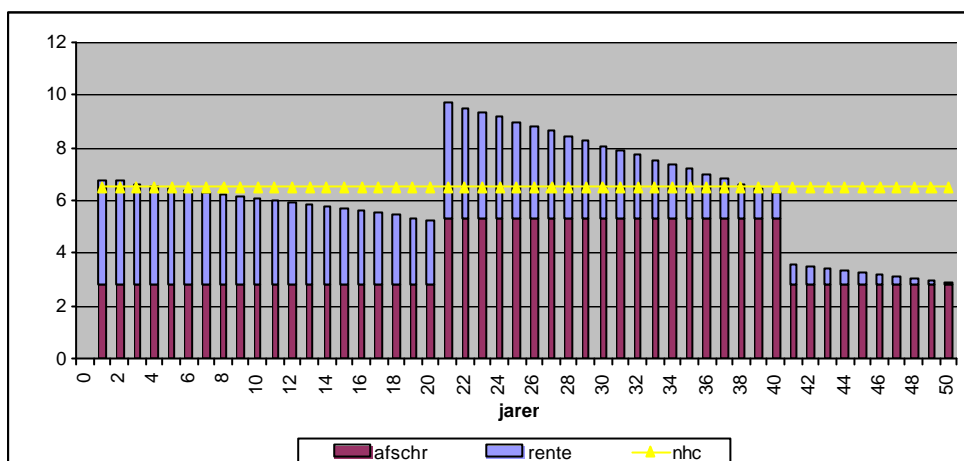
- 100% in jaar 0 met afschrijving in 50 jaar
- 50% renovatie-investering in jaar 20 met afschrijving in 20 jaar en
- 0,8% instandhoudingsinvestering elk jaar.

De percentages geven de omvang van de investeringen weer ten opzichte van de kosten van de nieuwbouw. Indien een gestileerde prijs van € 100 per m<sup>2</sup>, een restwaarde van 0, afwezigheid van inflatie en een reële rente van 4% verondersteld wordt, dan kunnen de investeringen en boekwaarde van 1 m<sup>2</sup> ziekenhuis (figuur 1a) en de bijbehorende huisvestingslasten (figuur 1b) als volgt grafisch worden weergegeven:

*Figuur 1a*



Figuur 1b



## 2.B VAN GEBOUWGEBONDEN BUDGET NAAR GEBOUWGEBONDEN NHC PER M<sup>2</sup>

In figuur 1b is een jaarlijkse normatieve huisvestingscomponent weergegeven. Die is zo berekend dat de netto-contante-waarde van de investeringen gelijk is aan de netto-contante waarde van rente en afschrijving. Als de disconteringsvoet verondersteld is gelijk te zijn aan de reële rente van 4% (dit is ook de disconteringsvoet die het Ministerie van Financiën voorschrijft voor kosten-baten-analyses van overheidsinvesteringen) dan komt de nhc bij deze aannames uit op ca. 6,5% van de nieuwbouwinvestering. Door de afwezigheid van inflatie is de nhc-lijn in figuur 1b horizontaal.

## 2.C DE NHC IN DE PRAKTIJK: MET INFLATIE EN REALISTISCHER AFSCHRIJVINGEN

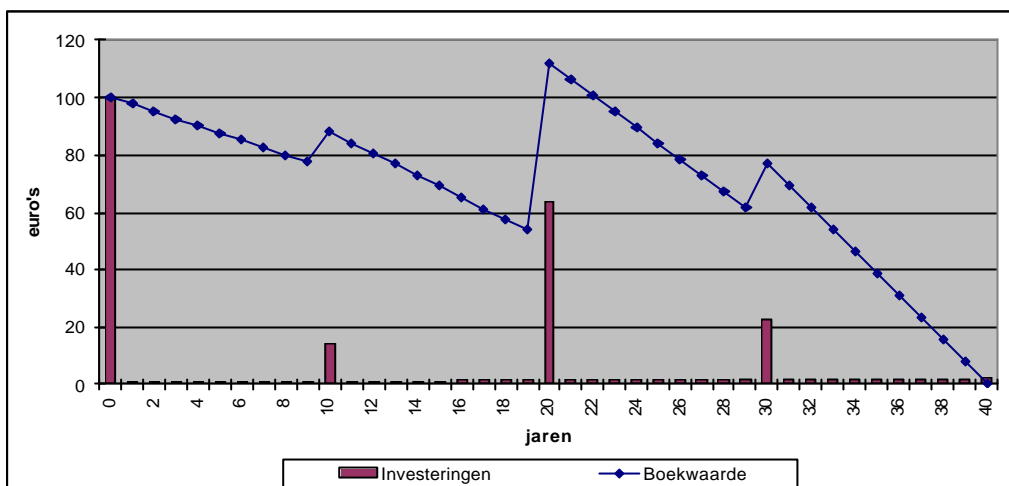
In de praktijk verloopt het investeringsritme niet zoals onder 2a beschreven. Zo worden de gebouwen in de regel niet na 50 maar na 40 jaar vervangen. Bovendien doet de grote renovatie-investering zich in de praktijk ook niet altijd precies na 20 jaar met een omvang van 50% voor en worden er ook wel kleinere tussentijdse renovatie-investeringen gedaan. Uit een historische analyse van de jaarrekeningcijfers van de ziekenhuizen komt het volgende, meer realistische, investeringspatroon naar voren:

- 100% in jaar 0
- 10% kleine renovatie in jaar 10
- 38% grote renovatie in jaar 20
- 10% kleine renovatie in jaar 30.

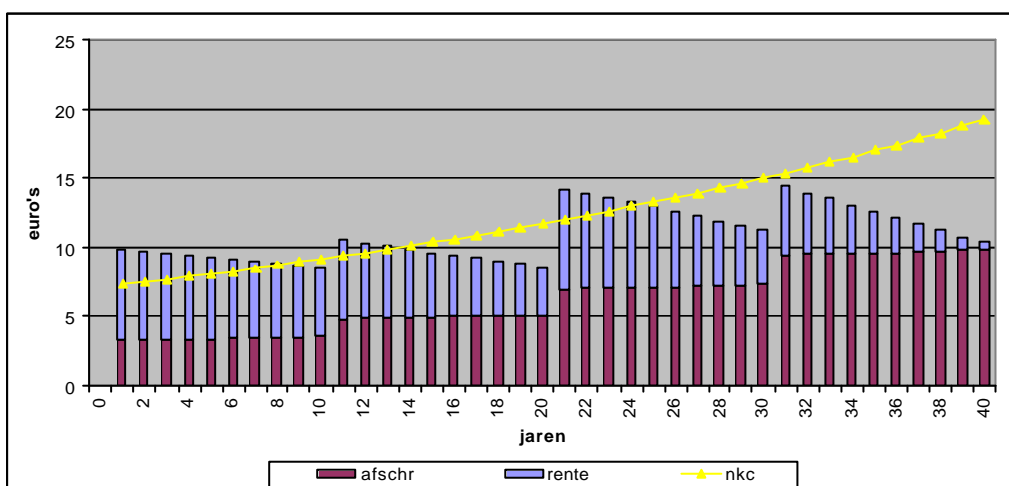
En er is natuurlijk inflatie: de bouwkostenindex komt uit op ca 2,5% per jaar. Wordt voor een aanschafwaarde van € 100 per m<sup>2</sup> uitgegaan van deze uitgangspunten, dan veranderen de figuren 1a en 1b in de figuren 2a en 2b. Door de inflatie is de reële disconteringsvoet van 4% verhoogd naar 6,5%. De nhc-lijn is door de inflatie een exponentieel klimmende lijn geworden. De nhc komt nu uit op bijna 7,2% van de nieuwbouwwaarde.<sup>33</sup>

<sup>33</sup> Een gevoeligheidsanalyse laat zien dat de waarde van de nhc niet heel erg gevoelig is voor het investeringspatroon. Zo komt de nhc bij 100% investering in jaar 0 en 50% in jaar 20 uit op 7%.

Figuur 2a



Figuur 2b



Een specifiek aspect waar in de praktijk rekening mee moet worden gehouden is dat de gebouwen qua leeftijd uiteenlopen. Uit simulaties met gebouwen die resp. 10, 20 en 30 jaar oud zijn blijkt dat de benodigde nhc daardoor wel verandert, maar dat de verschillen beperkt blijven (ca 0,5%-punt).

#### 2.D CONFRONTATIE MET HET BOUWKADER

De in stap 1c geraamde gebouwgebonden nhc's kunnen worden toegepast op de vierkante meters die in de verschillende sectoren aanwezig zijn. Als voor de de initiële nieuwbouwinvestering in de verschillende sectoren de vierkante meter prijzen uit de Bouwnota 2004 (CBZ) worden gebruikt<sup>34</sup> ontstaat een eerste raming van wat er voor de nhc methodiek benodigd is. Deze uitkomst, getoetst aan het meerjarige bouwkader dat op dit moment beschikbaar is, geeft vertrouwen dat de nieuwe methodiek waarschijnlijk binnen de budgettaire kaders kan worden ingepast. Voor de juistheid van deze veronderstelling zijn meer gedetailleerde berekeningen nodig.

#### 2.E LAATSTE STAP: VAN GEBOUWGEBONDEN NHC NAAR PRODUCTGEBONDEN NHC

<sup>34</sup> Bij een mix van zorgzwaarten binnen de gehandicaptenzorg en de GGZ is uitgegaan van de categorie "zwaar".

Het technische sluitstuk van de nhc's is de toerekening aan de dbc's/funcities. Inzicht in zowel de toerekeningsmethodiek als het volume van de producten en de diensten is nodig om hierover meer te kunnen zeggen. CBZ en CTG/ZAio werken dit uit. Dit is een technische operatie die op zichzelf niet bepalend zou moeten zijn voor de budgettaire neutraliteit.

- 0 -