

Vergaderjaar 2004–2005

**27 659**

## **Vereenvoudiging van het stelsel van overheidsbemoedienis met het aanbod van zorginstellingen (Wet toelating zorginstellingen)**

**Nr. 54**

### **VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 26 april 2005

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen ter beantwoording voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over zijn brief van 8 maart 2005 over transparantie en integrale tarieven in de gezondheidszorg (27 659, nr. 52).

De op 25 maart 2005 toegezonden vragen zijn, vergezeld van de door de bewindsman bij brief van 26 april 2005 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Blok

De griffier van de commissie,  
Teunissen

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA), Rijpstra (VVD), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Halsema (GL), Kant (SP), Blok (VVD), voorzitter, Smits (PvdA), Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), Van Oerle-van der Horst (CDA), onder-voorzitter, Vergeer (SP), Vietsch (CDA), Tonkens (GL), Joldersma (CDA), Van Heteren (PvdA), Smilde (CDA), Nawijn (LPF), Van Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van Miltenburg (VVD), Hermans (LPF), Schippers (VVD), Omtzigt (CDA) en Koşer Kaya (D66).

Plv. leden: Rouvoet (CU), Verdaas (PvdA), Griffith (VVD), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Vendrik (GL), Gerkens (SP), Veenendaal (VVD), Vacature (algemeen), Weekers (VVD), Tjon-A-Ten (PvdA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), De Ruiter (SP), Ormel (CDA), Van Gent (GL), Koomen (CDA), Waalkens (PvdA), Mosterd (CDA), Varela (LPF), Bussemaker (PvdA), Heemskerk (PvdA), Oplaat (VVD), Kraneveldt (LPF), Hirsi Ali (VVD), Eski (CDA) en Bakker (D66).

## Vragen CDA-fractie

1

*Gaat de overheid de cultuuromslag bij directies van zorginstellingen, van maximaliseren van de oppervlakte van gebouwen en klagen dat zij niet mogen bouwen naar integrale afweging, ondersteunen? Zo ja, op welke wijze? Zo neen, waarom niet?*

De cultuuromslag van de zorginstellingen richting integrale zelfstandige besluitvorming inclusief huisvesting, wordt op diverse manieren door de overheid ondersteund. Allereerst vindt de overgang geleidelijk plaats. Deze geleidelijkheid komt voort uit de behoefte om het transitieproces vanuit het oogpunt van de continuïteit van zorg zo verantwoord mogelijk te laten verlopen én uit de erkenning dat er sprake is van een gewenningsproces bij de zorginstellingen. Daarnaast vindt de bepaling van maatvoering en tempo plaats in overleg met de zorgaanbieders, het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (Cbz), CTG/ZAio, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en andere bestuurlijk relevante partijen.

2

*Waarom verwacht u geen explosie van bouw, zoals in de periode 1965–1968, toen ook de bouw in de zorg vrijgelaten was en ingrijpen door de minister noodzakelijk bleek?*

Na de Tweede Wereldoorlog was het vooral de schaarste aan geldmiddelen, arbeidskrachten en bouwmaterialen die ertoe aanzette doelmatig om te gaan met wat beschikbaar was. De Wederopbouwwet maakte het noodzakelijk over een vergunning te beschikken voor de bouw van een gezondheidszorggebouw. Na het intrekken van de Wederopbouwwet in 1965, was voor de bouw van een gezondheidszorggebouw alleen een gemeentelijke vergunning nodig. Er ontstond een bouw golf van gezondheidszorginstellingen door de gunstige financieringsvooruitzichten van de Ziekenfondswet, de uitbreiding van het maximale aantal dagen ziekenhuisverpleging waarop een verzekerde recht heeft, de invoering van de AWBZ (1968) en de relatieve schaarste die in de jaren daarvoor was ontstaan.

De huidige situatie is anders dan in de periode 1965–1968. Van grote schaarste van capaciteit is op het moment geen sprake. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat in de laatste actualisatie van het bouwprogramma vrijwel alle uitgewerkte bouwplannen werden gehonoreerd. Verder leidt het perspectief van meer marktprikkels ertoe dat van de instellingen een zorgvuldige afweging mag worden verwacht. Een bouwinitiatief moet in de toekomst immers wel worden terugverdiend en daarvoor is het nodig dat over een langere periode op voldoende niveau zorg wordt geleverd.

3

*Houdt u rekening met de bouwtechnische en functionele staat van de gebouwen, de boekwaarde, de werkelijke waarde en/of de opgespaarde meldingsgelden? Zo ja, op welke wijze? Zo neen, waarom niet?*

Het is mogelijk over te gaan op een normatieve vergoeding voor kapitaallasten, omdat deze wordt gebaseerd op de kapitaallasten die een instelling normaliter gedurende de levenscyclus van de gebouwen nodig zal hebben. De normatieve huisvestingscomponent (nhc) wordt zo berekend dat de zorginstellingen de totale huisvestingskosten gedurende de levensduur kan betalen.

Bij het bepalen van de nhc in de integrale tarieven wordt geen rekening gehouden met opgebouwde trekkingsrechten. Wel wordt rekening gehouden met specifieke omstandigheden waar dat nodig is. Bij de

normatieve vergoeding wordt onderscheid gemaakt tussen de sectoren; binnen iedere sector zal de vergoeding voor iedere instelling gelijk zijn. Daarnaast is in de transitieperiode waarschijnlijk een overgangsvoorziening nodig in verband met het reallocatie-effect. Hierbij valt bovendien te denken aan instellingen met een boekwaardeprobleem. Verder kan door schommelingen in de hoeveelheid geleverde zorg op instellingsniveau een financieel effect ontstaan. Voor beide effecten wordt het realistisch geacht een gewenningsperiode te hanteren. Daarbij kan het nodig zijn kosten tussen instellingen tijdelijk te verevenen.

4

*Is er per sector één datum voor wijziging, of kunnen in een sector sommige instellingen volgens het oude systeem en andere volgens het nieuwe systeem worden gefinancierd? (blz. 3)*

Artikel 1, lid 2 Wet toelating zorginstellingen (WTZi) bevat de mogelijkheid om bij algemene maatregel van bestuur voor bepaalde categorieën van instellingen de WTZi of delen daarvan niet van toepassing te verklaren. Het buiten werking stellen van de WTZi is dan van toepassing op alle instellingen in de desbetreffende sector.

Op basis van de experimenteermogelijkheden in de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) en de WTZi is het wel mogelijk dat binnen één sector een of meer zorginstellingen eerder op basis van het nieuwe bekostigingssysteem werken. Deze zorginstellingen zijn dan bereid zorg te verlenen tegen transparante en integrale tarieven (inclusief huisvestingslasten) én lopen daarover volledig afzetrisico.

Het voorgaande heeft betrekking op experimenten met bekostiging. Het experiment vergt een afzonderlijk besluit van het kabinet indien instellingen gebruik willen maken van risicodragende kapitaalverschaffers en de mogelijkheid om deze met dividend te belonen.

5

*Welke eisen mag het Waarborgfonds in de toekomst aan zorginstellingen stellen?*

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

In het huidige kredietwaardigheidsonderzoek van het WfZ komen onder meer de volgende factoren aan de orde: de organisatorische, bestuurlijke, financiële en juridische structuur; de omvang van de financiële reserves; de exploitatieontwikkelingen; de kwaliteit van de sturing en beheersing van de organisatie, alsmede voornemens, verwachtingen of ontwikkelingen terzake. Voor de toekomst zal gelden dat de eisen die ten aanzien van onderscheiden variabelen gelden, direct samenhangen met de dynamiek van de markt(en) waarop de rechtspersoon zijn activiteiten ontplooit en het daaruit voortvloeiende risico voor de continuïteit van de organisatie.

Er is sprake van een dynamische en geen statische situatie. Mede onder invloed van beleidsmaatregelen veranderen de karakteristieken van markten in de tijd bezien. Dit beïnvloedt het risicoprofiel van de zorginstellingen, en kan daarmee ook van invloed zijn op de door het WfZ te stellen eisen.

6

*Is ook een recht van eerste koop door een zorginstelling via het Waarborgfonds gegarandeerd, of wordt bij faillissement van een zorginstelling, al dan niet een BV/NV, altijd het gebouw en inboedel verkocht aan de hoogst biedende?*

Voor zover bekend wordt in de gebruikte contracten waarin de zekerheidspositie van een garantie-/leningverstrekker wordt geregeld, nooit vastgelegd dat er een recht van eerste koop door een zorginstelling wordt gegarandeerd. Het zou vanuit een zakelijk perspectief ook merkwaardig zijn om de mogelijkheden van schuldeisers om hun vorderingen geheel of gedeeltelijk te dekken uit de verkoop van als onderpand bedongen zekerheden, op enigerlei wijze in te perken door het benoemen van categorieën organisaties die een recht van eerste koop zou worden toegewezen.

7

*Op welke wijze en wanneer wordt duidelijk dat het Waarborgfonds, zoals nu voorzien, voldoet aan Europese wetgeving (staatssteun, mededinging)?*

De leden van de fractie van het CDA vragen naar de Europeesrechtelijke houdbaarheid van het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ). Nader onderzoek en overleg met de Europese Commissie en eventueel de NMa moeten uitwijzen onder welke voorwaarden het WfZ in de toekomst kan functioneren.

8

*Hoe wordt omgegaan met kruissubsidiëring van kapitaallasten tussen vrije DBC's en DBC's met een monopolie karakter (bijvoorbeeld voor Spoed Eisende Hulp), doordat de kapitaallasten van een DBC nooit exact 10% zullen zijn?*

Voor het creëren van een gelijk speelveld en het voorkomen van ongewenste vormen van kruissubsidiëring is integrale prestatiebekostiging in het gereguleerde segment een belangrijke stap. Integrale prestatiebekostiging betekent dat de kapitaallasten opgenomen worden in de systematiek van prestatiebekostiging. Dit wordt gerealiseerd door in de toekomst voor DBC's met een gereguleerd tarief voor alle instellingen gelijke normatieve huisvestingscomponenten (nhc's) vast te stellen. De nhc is afgestemd op de kapitaalintensiteit van de desbetreffende DBC. Zo resteert alleen voor relatief efficiënte instellingen mogelijk ruimte voor kruissubsidiëring van DBC's met vrije prijsvorming.

Deze vorm van kruissubsidiëring hoeft niet per definitie ongewenst te zijn. Ook zorgaanbieders kunnen het instrument van kruissubsidiëring gebruiken om zich van elkaar te onderscheiden. Als de onderneming in kwestie echter aanmerkelijke marktmacht heeft, dan kan een onwenselijke situatie ontstaan. Kruissubsidiëring kan dan worden aangewend om de concurrentie onschadelijk te maken. Om te voorkomen dat een partij met aanmerkelijke marktmacht de markt verstoort, wordt in de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) geregeld dat de Nederlandse Zorgautoriteit passende specifieke verplichtingen kan opleggen aan de betrokken onderneming. Daarnaast ziet de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) erop toe dat geen misbruik wordt gemaakt van een economische machtspositie.

9

*Hoe wordt omgegaan met kruissubsidiëring in de care door verschil in zorgzwaarte bij gelijksoortige cliënten waarbij dus de kapitaallasten gelijk zullen zijn?*

Verschillen in zorgzwaarte kunnen tot uiting komen in het type functie(s) waarvoor wordt geïndiceerd, in het aantal uren waarvoor wordt geïndiceerd of een combinatie van beide. Allereerst kan een verschil in zorgzwaarte tot uiting komen in het type functie(s) waarvoor iemand wordt geïndiceerd. Hierbij is van belang dat de normatieve huisvestingscomponent (nhc) is afgestemd op de kapitaalintensiteit van de betreffende functie. Vervolgens kan een verschil in zorgzwaarte ook tot uiting komen in het aantal uren van de desbetreffende functie(s) waarvoor iemand wordt geïndiceerd. Het uurtarief per functie blijft gelijk, ongeacht het aantal uren waarvoor is geïndiceerd binnen een functie. Als er wegens een hogere zorgzwaarte een groter aantal uren wordt geïndiceerd, dan resulteert een hoger totaal aan te declareren kapitaallasten. De systematiek van prestatiebekostiging, inclusief een nhc, zal dus rekening houden met verschillen in zorgzwaarte.

10

*Wanneer is een instelling voldoende in staat risico te dragen voor schommelingen in de afzet?*

Bij deze beoordeling is in ieder geval van belang dat de instelling financieel gezond is, het financieel management op orde is en dat sprake is van goed bestuur. Deze criteria moeten bij de nadere uitwerking van de aangekondigde stappen worden geconcretiseerd. Dit geldt vooral voor de situatie waarin deze afweging niet voor een individuele instelling wordt gemaakt, maar voor een zorgsector.

11

*Betekent het toestaan van winst pas na afzonderlijk besluit van het kabinet dat diagnostische centra, laboratoria en privé-klinieken niet langer winst mogen uitkeren, c.q. een winstoogmerk mogen hebben?*

Instellingen die nu al winst mogen maken, zoals diagnostische centra en zelfstandige laboratoria, mogen dit blijven doen. Privé-klinieken mogen winst maken als zij derde compartimentszorg verlenen, of eerste en tweede compartimentszorg waarop geen aanspraak bestaat krachtens de AWBZ of de ZFW.

12

*Wat zal de BTW betekenen voor de concurrentie tussen zorginstellingen, en op welke wijze wordt voorkomen dat de BTW tot verhoging van de zorgkosten leidt?*

Op basis van de Zesde BTW-richtlijn zijn de zorgprestaties van de niet-winstbeogende zorg- en verpleeginrichtingen vrijgesteld van BTW-heffing. De EU-lidstaten kunnen gebruik maken van de zogenoemde «kan-bepaling» in genoemde richtlijn. Zij schrijven dan voor dat de vrijstelling afhankelijk is van het niet-winstbeogende karakter van de instelling. Nederland heeft deze «kan-bepaling» geïmplementeerd. Winstbeogende klinieken vallen dus onder het normale BTW-regime (algemeen BTW-tarief van 19 %). De vrijstelling van niet-winstbeogende zorginstellingen komt te vervallen als een zorginstelling met een winstoogmerk gaat werken. Het kabinet wil dat na invoering van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) voor alle zorginstellingen dezelfde vrijstelling gaat gelden en zal de BTW-regelgeving aanpassen. Hiermee wordt voorkomen dat er concurrentievervalsing ontstaat en dat de zorgkosten toenemen als gevolg van BTW-heffing.

13

*Op welke wijze worden de huisvestingslasten van de extramurale AWBZ-zorg (bijvoorbeeld dagopvang voor demente cliënten) vergoed?*

Extramurale zorg wordt verleend aan cliënten die niet in een AWBZ-instelling verblijven. Het gaat bijvoorbeeld om zorg thuis, poliklinieken in de GGZ en nachtopvang. Maar het gaat ook om de zorginfrastructuur bij het scheiden van wonen en zorg.

Hoofregel is dat voor extramurale AWBZ-zorg integrale kostendekkende tarieven gelden. Voor de thuiszorg is dat al geruime tijd het geval. Ook voor dagopvang, dagbesteding en dagbehandelingsprestaties zijn integrale tarieven per dagdeel vastgesteld. De beleidsregels waarin de bedragen zijn vermeld, zijn u aangeboden (Tweede Kamer 2004/05, 26 631, nr. 120).

Bij enkele voorzieningen – waarvoor tot 1 april 2003 een vergunning ex-WZV of TVWMD<sup>1</sup> kon worden aangevraagd – geldt een overgangsregeling. De overgangsregeling maakt het mogelijk dat kapitaallasten tijdelijk nog worden nagecalculeerd. Deze regeling vervalt zodra het CTG/ZAio op uniforme wijze normatieve kapitaallastenvergoedingen voor extramurale AWBZ-zorg heeft ontwikkeld. Naar verwachting is dit per 1 januari 2006 het geval.

14

*Waarom behoren kleinschalige instellingen (instellingen kleiner dan 25 plaatsen) niet langer tot de intramurale zorg, en waar behoren zij dan wel toe? Wordt bij dit onderscheid uitgegaan van locaties of van het totaal van locaties van een instelling?*

Bij kleinschalige woonvoorzieningen gaat het om instellingen of delen daarvan conform art. 5.4 eerste lid van het uitvoeringsbesluit WTZi, dat naar verwachting spoedig van kracht is. Daarbij is het mogelijk dat één instelling op meerdere locaties kleinschalige woonvoorzieningen creëert. Elk van deze kleinschalige woonvoorzieningen omvat maximaal 24 plaatsen. Voorbeelden hiervan zijn AWBZ-verblijf van verstandelijk gehandicapten in woonhuizen «in de wijk» en beschermd wonen in de GGZ. Kleinschalige voorzieningen horen nog wel tot intramurale zorg, maar niet tot grootschalige intramurale zorg waarvoor het bouwregime van toepassing is.

15

*Waarom wordt niet uitgegaan van de cliënten en de toekenning van de functie verblijf, maar wordt weer aanbodgericht gestuurd?*

In 2003 zijn de functiegerichte aanspraken – waaronder verblijf – ingevoerd in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Dit was een belangrijke stap in de modernisering van de AWBZ. Nu de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) binnenkort plaats maakt voor de Wet toelating zorginstellingen (WTZi), ontstaat de mogelijkheid de aanbodsturing ook bij bouw en capaciteit te verlaten. De brief «Transparante en integrale tarieven» schetst het sluitstuk van de modernisering van de AWBZ. De integrale tarieven versterken het proces richting zelfstandige besluitvorming van de AWBZ-instellingen, inclusief beslissingen over huisvesting. Zorgkantoren kunnen beter onderhandelen over de inhoud, de kwaliteit en de prijs van de zorg. De transparante bekostiging zal naar verwachting zorgen voor meer diversiteit in het zorgaanbod, waardoor de keuzevrijheid wordt vergroot.

16

*Wordt bij de intramurale care uitgegaan van de 7 functies of wordt uitgegaan van intramurale zorgarrangementen (zorgprofielen)?*

---

<sup>1</sup> WZV, Wet ziekenhuisvoorzieningen; TVWMD, Tijdelijke verstrekkingenwet maatschappelijke dienstverlening.

De ingediende Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) hebben gevolgen voor de AWBZ-aanspraken. Een aantal AWBZ-aanspraken gaat over naar andere regelingen. De langdurige

zware zorg wordt de kerntaak van de AWBZ. Deze cliënten hebben altijd behoefte aan meerdere functies en, omdat sprake is van 24-uurszorg, meestal (maar niet altijd) aan een bepaalde setting waarin de zorg wordt geleverd.

Bij de intramurale zorgarrangementen (cliëntprofielen) worden de, soms onderling uitwisselbare, functies geclusterd aangeboden. Beoordeeld wordt nog of de normatieve huisvestings-component (nhc) rechtstreeks wordt gerelateerd aan de functies of wordt gekoppeld aan het zorgarrangement.

17 en 18

*Op welke wijze worden de kapitaallasten vergoed van leegstaande kamers indien bijvoorbeeld een verpleeghuis door vermindering van vergrijzing in een regio, zoals Amsterdam, een vermindering van productie krijgt?*

*Hoe wordt voorkomen dat bij vermindering van de productie en doorloop van de kapitaallasten een instelling in de financiële problemen komt?*

Kapitaallasten van intramurale AWBZ-instellingen worden thans vergoed op basis van de vergunning ex-WZV, ongeacht of sprake is van leegstand. Het gaat dan om vergoedingen voor de kosten van rente en afschrijvingen. De werkelijke bezettingsgraad is alleen van belang voor de hoogte van het instellingsbudget ter dekking van loon- en materiële kosten. Het gaat dan om het aantal bezette bedden en het aantal verpleegdagen naar doelgroep. Bij de vaststelling van de bijbehorende prijscomponenten is rekening gehouden met het feit dat niet alle bedden iedere dag bezet zijn. In de beoogde eindsituatie zijn instellingen vrij in hun investeringsbeslissingen. Consequentie is dat er ook geen sprake meer kan zijn van gegarandeerde kapitaallastenvergoedingen. Er wordt dan geen vergoeding voor huisvestingslasten ontvangen als bedden niet bezet zijn.

19

*Hoe verhoudt zich de beschrijving van de indicatiestelling per 1 april 2003 tot de indicatiecriteria die voorbereid worden door de CIZ en die vastgesteld gaan worden door de staatssecretaris?*

De functiegerichte aanspraken AWBZ zijn vastgelegd in het Besluit Zorgaanspraken en ingevoerd in de indicatiestelling per 1 april 2003. Deze aanspraken vormen voor het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) het kader waarbinnen zij, in overleg met onder andere het College voor zorgverzekeringen (CVZ), uitvoering geven aan het opstellen van werkdocumenten ter ondersteuning van de indicatiestelling AWBZ. VWS vraagt advies aan het CVZ alvorens over te gaan tot het vaststellen van een door het CIZ opgesteld werkdocument als beleidsregel.

20

*Welke basisprofielen zijn er en welke opslagmodules en hoe verhouden die zich tot de 7 AWBZ-functies? (blz. 5 bijlage)*

Kernpunt is dat voor de intramurale AWBZ-zorg een zorgzwaarte-vergoeding wordt ingevoerd waarbij de zeven functies kostendragers zijn. In de beoogde eindsituatie bevatten de tarieven van elk van de functies een basismodule voor reguliere zorg. Daarnaast zijn er – voor bijzondere leveringsvoorwaarden of een bijzonder cliëntprofiel – één of meer opslagmodules per functie. Het aantal opslagmodules varieert per functie. De ontwikkeling van dit nieuwe bekostigingssysteem is op dit moment in volle gang. Over de inhoud en voortgang van het invoeringstraject is de Kamer per brief ingelicht op 23 november 2004 en 25 maart jl. (Tweede Kamer 2004/05, 26 631, nr. 117 en 132).

21

*Op welke manier vindt de indicering van het budget in de toekomst plaats?*

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zal de normatieve huisvestingscomponenten (nhc) periodiek aanpassen. Er wordt een indexeringsmethode ontwikkeld waarbij de afschrijving de inflatie volgt en de rente de wijzigingen in de kapitaalmarktrente.

22

*Waarom wordt bij privéklinieken, zoals diagnostische behandelcentra, uitgegaan van een opslagpercentage van 12% in plaats van 10% op de budgetprijs?*

In paragraaf 2.2.1 van de notitie is sprake van een vaste kapitaallastenopslag van 12,5 % op B-segment-DBC's. Pagina 2 van de brief vermeldt dat de huisvestingslasten circa 10% van de jaarlijkse omzet bedragen. De huisvestingslasten omvatten de gebouwgebonden rente- en afschrijvingskosten. Genoemde opslag omvat niet alleen deze laatstgenoemde kostenposten, maar ook rente en afschrijving op inventaris. Bovendien is bij de opslag geen rekening gehouden met de kapitaalintensiteit van de betreffende DBC's. Het is een algemeen gemiddelde van de algemene ziekenhuizen.

23

*Op welke wijze wordt de niet tot de 10% huisvestingslasten behorende kosten, zoals onderhoud/instandhouding, energie, losse inventaris en medische inventaris, vergoed in de toekomst?*

Naast de gebouwgebonden rente- en afschrijvingskosten zijn er kosten voor onder andere onderhoud/instandhouding en energie. Denkbaar is om dergelijke kosten toe te voegen aan de vergoeding voor de normatieve huisvestingscomponent. Denkbaar is ook dat deze kosten op een andere manier onderdeel zijn van de tarieven. Hierbij is nog geen keuze gemaakt.

24, 25

*Wat is de differentiatie van het percentage bouwbudget ten opzichte van het exploitatiebudget (het gemiddelde 10%) bij de verschillende zorgsectoren, en hoe wordt hiermee in de toekomst omgegaan? Wat is het bijvoorbeeld bij een verpleeghuis waar beademing wordt gegeven? Wat is de verhouding van de exploitatielasten van de diverse soorten zorginstellingen en de kapitaallasten van de genoemde instellingen?*

Onderstaande tabel geeft bij de diverse sectoren een overzicht van de budgetaandelen van de totale kapitaallasten en de huisvestingslasten daarin. De informatie over de kapitaallasten in de tabel is afkomstig van het CTG/ZAio. De huisvestingslasten zijn van diezelfde informatie afgeleid. Het verschil tussen huisvestingslasten en kapitaallasten wordt voornamelijk bepaald door de inventarislasten.

	kapitaallasten	huisvestingslasten
Ziekenhuizen	12,4%	7,4%
Geestelijke gezondheidszorg	10,4%	8,7%
Gehandicaptenzorg	12,1%	10,2%
Verpleeghuizen	12,0%	10,5%
Verzorgingshuizen	18,8%	16,8%

De verschillen tussen de diverse instellingen binnen de sectoren zijn nog niet geïnventariseerd. In de toekomst zullen verschillen in vergoedingen



voor huisvesting alleen voortkomen uit de samenstelling van de productie. Hoe de vergoedingen worden ingezet voor werkelijke bouwactiviteiten wordt dan de eigen keuze van de instellingen. Ook de verhouding tussen werkelijke kapitaallasten en totale werkelijke exploitatielasten is nog niet geïnventariseerd.

26

*Wil de minister de intramurale AWBZ-zorg beperken met 70%? Zo ja, welke voorzieningen worden met hoeveel plaatsen afgebouwd? Op welke wijze is hierbij rekening gehouden met de toename van verpleeghuisplaatsen ten gevolge van dementie en dubbele vergrijzing?*

Voor de meeste cliënten die thans intramuraal verblijven zijn ook extramuraal alternatieven voorhanden. Het is de bedoeling hiervan in de toekomst geleidelijk relatief meer gebruik te gaan maken. Uitbreiding van de extramuraal capaciteit betekent dat de cliënten meer keuzevrijheid krijgen en ook een betere kwaliteit aan woonvoorzieningen. Ter indicatie vermeldt box 4 in de notitie dat het hierbij gaat om ongeveer 70% van de intramuraal cliënten (zie pag. 10).

Uit het voorgaande blijkt dat bijvoorbeeld de behoefte aan voorzieningen voor mensen met dementie niet per definitie opgevangen hoeft te worden door het uitbreiden van verpleeghuisplaatsen. Het kleinschalig zelfstandig wonen voor dementerenden vormt een aantrekkelijk alternatief. Dit is een van de woonvormen waar meer intensieve zorg wordt geleverd, zoals 24-uurs nabije zorg en toezicht, het zogenaamde beschermd wonen. U bent onlangs geïnformeerd over de vraag naar woon- en verblijfsvormen voor AWBZ-geïndiceerden (Tweede Kamer 2004/05, 26 631, nr. 119). Geconcludeerd wordt dat er op basis van de ingediende bouwplannen in 2010 voldoende aanbod is om aan de vraag te voldoen. Voor de periode daarna verwacht ik dat meer diversiteit in het aanbod ontstaat.

27

*Zal de behoefte aan plaatsen voor verstandelijke gehandicapten toenemen door de vergrijzing van deze categorie gehandicapten? Zo nee, waarom niet?*

Het Sociaal en Cultureel Planbureau zal binnenkort een rapport publiceren over het thema vraagontwikkeling in de verstandelijk gehandicaptensector tot 2020. Volgens dit rapport zal de omvang en samenstelling van de doelgroep ernstig verstandelijk gehandicapten die een beroep doen op verblijf, in de onderzochte periode nauwelijks veranderen. Op basis van deze bevindingen is er vooralsnog geen reden om aan te nemen dat de omvang en samenstelling na 2020 zal wijzigen.

28

*Hoe groot is de onderbesteding van het bouwbudget in exploitatielasten, indien wordt uitgegaan van een percentage van 10%?*

Bij een eerste verkenning is gekeken naar de kapitaallasten die een instelling normaliter over de gehele levenscyclus moet dragen en hoe deze omgezet kunnen worden in een normatieve vergoeding. Het lijkt erop dat de totale kosten van deze normatieve vergoeding binnen de in de komende jaren beschikbare ruimtekaders voor kapitaallasten kunnen blijven. Buiten deze globale benadering zijn er echter diverse zaken waar niet expliciet rekening mee is gehouden, maar die wel een beroep zullen doen op de beschikbare middelen. Daarbij valt te denken aan de precieze vormgeving van de component voor de rentevergoeding, maar ook aan specifieke omstandigheden die kunnen gelden voor instellingen, zoals boekwaardeproblemen. Hoewel de omvang van de lasten die met de invoering van de normatieve kapitaallasten gemoeid zullen zijn dus niet

precies vaststaat, geeft de verkenning aan dat invoering waarschijnlijk budgettair neutraal mogelijk is. Over de omvang van een eventuele onderbesteding kan dan ook nog geen uitspraak worden gedaan.

29

*Op welke wijze is rekening gehouden met huursubsidie, maximale eigen bijdrage, ziektekosten, kosten in het kader van de WVG (woning-aanpassing, rolstoelen, vervoer) en Welzijnswet (bijvoorbeeld maaltijden) en de hogere rentekosten bij de berekening van de kosten van extramurale zorg ten opzichte van intramurale zorg?*

De notitie «Transparante en integrale tarieven» verwijst naar een ESB-artikel waaruit blijkt dat extramurale zorg goedkoper is dan intramurale zorg («De baten van thuiswonen», ESB, 28 januari 2005). Voor de kosten van extramuraal wonen zijn de kosten van huursubsidie meegenomen in de berekening. In de kosten voor intramuraal wonen zit een huurcomponent. Er is geen rekening gehouden met de maximale eigen bijdrage, wel met de gemiddelde eigen bijdrage in het kader van de AWBZ. Bovendien is vergeleken wat een zelfstandig wonende alleenstaande AOW-er aan eigen bijdrage voor AWBZ-zorg moet betalen, en wat een intramuraal wonende daaraan moet betalen. Omdat intramuraal en extramuraal wonenden dezelfde premies aan ziekenfondsen of particuliere verzekeringen betalen, spelen de ziektekostenpremies geen rol in de kostenvergelijking. In de kostenvergelijking zijn de kosten berekend van de WVG<sup>1</sup> woon- en vervoersvoorzieningen door rekening te houden met het feit dat de mate van het gebruik afhangt van de ernst van de beperkingen. Naast deze hulpmiddelen zijn ook de hulpmiddelen uit de Regeling Hulpmiddelen betrokken in de vergelijking. Als welzijnsvoorzieningen zijn meegenomen club-, buurthuis- of gemeenschapsvoorzieningen en maaltijdvoorzieningen. Als met de rentekosten wordt bedoeld de kapitaal-kosten van intramurale instellingen, dan is dat verwerkt in de kosten van verzorgingshuizen zoals die zijn opgenomen in de vergelijking.

30

*Op welke wijze kan het boekwaardeprobleem in de AWBZ worden opgelost indien er geen verdergaande extramuralisering plaatsvindt, en met welke termijn zal dit dan gepaard gaan?*

De notitie constateert dat er een boekwaardeprobleem is in de AWBZ. Dit wil zeggen dat de intramurale gebouwen vaak voor hogere bedragen in de boeken staan dan op grond van de kwaliteit van het gebouw gerechtvaardigd is. Een van de bronnen om dit probleem op te lossen is de verdergaande extramuralisering. Vooral nog wordt ervan uitgegaan dat verdergaande extramuralisering mogelijk is. Bij extramuralisering komt zelfstandig wonen in de plaats van intramuraal verblijf. Daarmee ontstaat overtolligheid van bestaande intramurale capaciteit. Bij het afbouwen van de capaciteit, kunnen gebouwen en grond afgestoten worden. Dit leidt ertoe dat minder gebouwen onderhouden hoeven te worden en daarom vallen middelen vrij in het AWBZ-bouwkader. Een andere bron vormen opbrengsten uit grondverkoop. Hierbij wordt nog onderzocht welk tempo haalbaar is.

31

*Hoe verhoudt zich de boekwaarde tot de waarde van de gebouwen? Voor welke waarde staan de gebouwen en terreinen in de gezondheidszorg op de balans, en wat zijn zij feitelijk waard?*

De gebouwen in de care-sector staan voor ongeveer € 30 miljard op de balansen van de zorginstellingen. De komende tijd wordt een inschatting gemaakt van de feitelijke waarde van de gebouwen. Die waarde is uiter-

---

<sup>1</sup> WVG, Wet voorzieningen gehandicapten.

aard afhankelijk van de vraag naar de voorzieningen, de beschikbare alternatieven en de kwaliteit die het gebouw biedt. Daarnaast vertegenwoordigen de terreinen bij herontwikkelen nog een economische waarde, die uiteraard locatiegebonden is.

32

*Wat betekent het laten vervallen van de contracteerplicht voor cliënten die opgenomen zijn in een instelling?*

Een cliënt die verblijft in een AWBZ-instelling met een goede kwaliteit zal daar kunnen blijven. Met een dergelijke instelling zal het zorgkantoor immers een contract sluiten. Als het gaat om een kwalitatief slechte instelling of een instelling waaraan geen behoefte meer bestaat, kan het zorgkantoor besluiten geen contract meer af te sluiten. De uiterste consequentie voor de cliënt is in dat geval dat hij/zij niet meer in de instelling kan verblijven en dus moet verhuizen naar een wel gecontracteerde instelling. Alhoewel dit vervelend is voor de betrokken cliënten, is het uiteindelijk in hun belang omdat cliënten recht hebben op kwalitatief goede zorg en, als verzekerden, geen onnodig hoge premies dienen te betalen. Vooral nog is het overigens de vraag of laatstgenoemde situatie zich zal voordoen, omdat een jarenlange, goede contractuele relatie niet zomaar zal worden verbroken. Het zorgkantoor zal moeten aangeven waarom het contract niet meer wordt verlengd, bijvoorbeeld omdat de kwaliteit van de instelling te wensen overlaat. Daarnaast heeft het zorgkantoor de taak zijn inkoopbeleid transparant te maken en rekening te houden met de wensen van de cliënt. Zijn er cliënten die graag in de betreffende instelling willen verblijven, dan zal het zorgkantoor hiermee in zijn inkoopbeleid rekening moeten houden. Dit aspect zal ook aan de orde komen in de aan het College voor zorgverzekeringen aan te vragen uitvoeringstoets in het kader van het opheffen van de contracteerplicht voor intramurale AWBZ-zorg.

33

*Is bij de berekening van de verlichting van de administratieve lasten rekening gehouden met het feit dat voor goed bouwprojectmanagement alle documenten, zoals programma van eisen tot en met eindafrekening, toch opgesteld moeten worden?*

Bij de berekening van de verlichting van de administratieve lasten is rekening gehouden met het feit dat voor goed bouwprojectmanagement documenten zoals programma van eisen en de eindafrekening, toch opgesteld moeten worden. Bij de berekening van de vermindering van de administratieve lasten is op basis van het standaardkostenmodel bepaald welke informatieverplichtingen in wet- en regelgeving komen te vervallen of veranderen.

Hiermee is nog niet gezegd dat al deze activiteiten niet meer hoeven te worden uitgevoerd. In de brief over verdere invulling en voortgang bij de aanpak van de administratieve lasten voor bedrijven in de VWS-sector (Tweede Kamer 2004/05, 29 515, nr. 60) is over dit soort situaties het volgende aangegeven:

«Partijen krijgen met deregulering meer vrijheid om te ondernemen. Maar: we moeten voorkomen dat administratieve-lastenvermindering alleen een Haagse werkelijkheid blijft. Veldpartijen zijn wellicht in eerste instantie geneigd de gebruikelijke, door de overheid opgezette systemen in stand te houden. In dat geval betekent het schrappen van de informatieverplichting uit wet en/of regelgeving nog niet automatisch minder bureaucratie en meer ruimte voor de zorgverlening. Veel informatie die de overheid nu vraagt blijft nodig in het bedrijfsvoeringproces van een instelling en blijft dus bestaan. Partijen zullen elkaar regelmatig moeten stimuleren om relevante informatie efficiënt uit te wisselen.» (blz. 3) en «VWS

moet nu samen met het zorgveld bekijken welke activiteiten nodig zijn om het terugdringen van administratieve lasten tegelijkertijd te gebruiken voor een efficiënte bedrijfsvoering en zo de bureaucratie te verminderen. De deregulering vanuit VWS moet zo goed mogelijk benut worden: ook de werkvloer moet daadwerkelijk iets merken van de aanpak administratieve lasten. VWS intensiveert daarom de communicatie met de verschillende veldpartijen, bijvoorbeeld door samen met de externe gemengde commissie regionale bijeenkomsten te houden. Deze regionale bijeenkomsten moet de spanning reduceren tussen het verminderen van administratieve lasten en de bureaucratie. Partijen dienen met elkaar te spreken over nut, noodzaak en mogelijkheden voor een doelmatige en efficiënte onderlinge informatie-uitwisseling.» (blz. 4).

34

*Op welke wijze wordt voorkomen dat de gemeenten in het kader van de Woningwet eisen gaan stellen die eerst in het kader van de WZV verplicht waren, waardoor geen sprake is van lastenverlichting of vermindering van regelgeving?*

In het kader van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) worden functionele eisen gesteld aan bouwprocessen. Het bouwbesluit en de gemeentelijke bouwverordeningen stellen op grond van de Woningwet alleen eisen aan veiligheid, milieu en bruikbaarheid. De Wet toelating zorginstellingen (WTZi) zal daarin geen wijziging brengen. Met andere woorden: gemeenten passen uitsluitend algemene voorschriften toe bij beoordeling van bouwplannen.

35

*Waarom worden formulieren nu al niet vereenvoudigd conform de voorstellen van de commissie De Beer?*

De Commissie De Beer adviseerde om het gebruik van elektronische data-uitwisseling tussen het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (Cbz) en de instellingen te bevorderen. Ook zouden de gehanteerde formulieren eenvoudiger en overzichtelijker moeten worden. Beide voorstellen zijn inmiddels gerealiseerd: het Cbz is in het begin van dit jaar overgestapt op elektronische verwerking van formulieren, die inderdaad eenvoudiger en overzichtelijker zijn geworden.

36

*Geldt de vergoeding voor afbouw van capaciteit ook bij tijdelijke capaciteitsreductie of bij afbouw van capaciteit doordat een instelling minder contracteert?*

*Hoe wordt bij de beoordeling van capaciteitsreductie en subsidiering van kapitaalslasten omgegaan met capaciteitsuitbreidingen waarvoor geen WZV-vergunning of andere toestemming door de overheid is gevraagd, c.q. gegeven?*

De vergoeding voor de afbouw van capaciteit door het College sanering ziekenhuisvoorzieningen (Csz) is alleen van toepassing indien de rijksoverheid een besluit heeft genomen tot sluiting van een instelling. De subsidie door het Csz wordt ook wel compensatiesteun genoemd. De vergoeding van de nacalculerbare huisvestingslasten blijft bij minder bedrijfsdrukke op het niveau van voor de vermindering van de bedrijfsdrukke. Dit verandert pas als instellingen op termijn ook risico gaan lopen op de huisvestingslasten.

Een instelling die overgaat tot uitbreiding van de infrastructurele capaciteit zonder toestemming van de overheid, pleegt een economisch delict. Met de daaruit voortvloeiende huisvestingslasten bemoeit de overheid zich dan ook niet.

*Hoe groot is het percentage instellingen per soort dat aangesloten is bij het Waarborgfonds?*

Het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) presenteert op zijn website ([www.wfz.nl](http://www.wfz.nl)) de stand van zaken met betrekking tot (onder andere) het aantal toegelaten zorginstellingen. Hieronder volgen de (afgeronde) deelnamepercentages per 21 maart 2005:

Instellingscategorie	Percentage instellingen dat aangesloten is bij WfZ (in %)
Ziekenhuizen	69
Revalidatie	57
Radiotherapie	100
Verpleeghuizen	49
Psychiatrie	47
Gehandicapten	55
GVT/KD/DVO	30
Verzorgingshuizen	43

De deelnamepercentages zijn berekend op basis van sectortotalen uit het jaar 2002. Bij de berekening van het deelnamepercentage bij de verzorgingshuizen gaat het WfZ uit van de instellingen die het gebouw in eigendom hebben. Instellingen die huren zijn buiten beschouwing gelaten, omdat dit geen potentiële deelnemers aan het WfZ zijn.

*Wat zijn de effecten volgens inschatting van de verschillende banken van de voorgestelde wijzigingen op de bancaire leningscontracten?*

Bancaire leningcontracten kennen vaak een clause dat de desbetreffende bank de voorwaarden waaronder een lening is verstrekt kan wijzigen indien de overheid wijzigingen in de wet- en regelgeving van de zorgsector aanbrengt. In het gesloten systeem van aanbodregulering zijn de zorginstellingen lange tijd ingesteld geweest op «risicoarm» ondernemen. Met de voorgestelde wijzigingen worden zorginstellingen stapsgewijs zelf verantwoordelijk voor de bekostiging en financiering van investeringen. De bedrijfsrisico's zullen hiermee toenemen. In het algemeen geldt dat er in aansluiting op de toenemende bedrijfsrisico's ceteris paribus hogere eisen gesteld zullen worden aan de financiële weerbaarheid van zorginstellingen. In de komende transitie-periode kan het Waarborgfonds voor de Zorgsector nog een nuttige rol vervullen als intermediair tussen instellingen en commerciële banken.

Er zijn geen concrete inschattingen bekend van afzonderlijke banken met betrekking tot de gevolgen op de bancaire leningcontracten als gevolg van de voorgestelde beleidswijzigingen. Dit is ook niet verbazingwekkend, aangezien een kredietwaardigheidsbeoordeling en de mede daarop gebaseerde prijsstelling en leningvoorwaarden gebaseerd worden op concrete individuele situaties en de eigen commerciële afweging van de bank. Deze concrete situaties zullen zich eerst in de toekomst voordoen en zijn niet nu reeds af te leiden uit de beleidsvoorstellen op hoofdlijnen.

*Moeten ook gezondheidszorginstellingen met een winstoogmerk zich wenden tot het CZS bij verkoop van onroerende zaken?*

Gezondheidszorginstellingen met een winstoogmerk hebben te maken met College sanering ziekenhuisvoorzieningen (Csz) als zij een bestaande niet winstbeogende zorginstelling overnemen. Dit kan alleen als de

bestaande instelling fuseert met, of stopt en tegen marktconforme waarde verkoopt aan, de op winst gerichte zorgaanbieder.

Indien winstbeogende zorginstellingen economische waarde (bijvoorbeeld onroerend goed) verkopen hoeven zij zich niet te wenden tot het Csz. Op winst gerichte ondernemingen hebben immers een juridische structuur waarin het economisch eigendom is neergelegd bij de aandeelhouders. Deze zijn bereid geweest geld te investeren en hebben recht op de opbrengsten uit de onderneming, waaronder de opbrengsten uit verkoop van onroerende zaken.

40

*Wat betekent de opmerking dat instellingen geen cliënten mogen selecteren voor instellingen, zoals het Rosa Spier Huis, Beth Shalom en Tabadila? (blz. 32 bijlage)*

Paragraaf 6.4.2 van de notitie meldt dat het niet wenselijk is dat AWBZ-instellingen patiënten selecteren (pag. 32). Deze opmerking heeft betrekking op de selectie op zorgzwaarte, waardoor zware cliënten verstoken zouden blijven van goede zorg. Selectie op zorgzwaarte is echter niet de invalshoek van instellingen zoals het Rosa Spier Huis, Beth Shalom en Tabadila, maar de levensbeschouwelijke en sociaal culturele overtuiging.

### **Vragen PvdA-fractie**

41

*Hoe fluctueren de huisvestinglasten van circa 10% over de verschillende deelmarkten?*

Zie de antwoorden 24 en 25 (CDA)

42

*Kunt u de verkenning onderbouwen dat budgettaire neutraliteit mogelijk is?*

Zie antwoord 28 (CDA)

43

*Wat zijn de overige rechtsvormen die zorgondernemingen hanteren? Hoe is de verdeling?*

Vrijwel alle intramurale instellingen in de zorg zijn stichtingen. Bij extramurale instellingen wordt met name bij nieuwe toetreders meer verscheidenheid aangetroffen. Het gaat hier over het algemeen om vennootschappen onder firma en besloten vennootschappen.

44

*De fractie deelt de constatering dat economische waarde niet mag «weglekken». Kunt u aangeven welke commerciële partijen (consultants, toeleveranciers, specialistenmaatschappen) nu reeds opereren binnen de zorg, en dus nu ook al economische waarde voor zichzelf creëren? Wat is uw globale inschatting van dit weglekken?*

Consultants en toeleveranciers sluiten contracten met zorginstellingen waarbij afspraken worden gemaakt over de te leveren dienst en de te betalen prijs. Verder maakt het merendeel van de specialisten binnen de ziekenhuizen deel uit van maatschappen. Bij deze zorgverleners die als zelfstandig ondernemer optreden, is het winstoogmerk al gangbaar. In de hiervoor genoemde gevallen is geen sprake van het «weglekken» van economische waarde.

Wellicht doelen de PvdA-leden op eventuele «wegleffecten» als zorginstellingen die als stichting opereren contracten afsluiten met verzekeraars, maar de feitelijke levering van de zorg uitbesteden aan BV's en NV's. Daarover heeft de Minister van VWS aangegeven dat deze vorm van «weglek» beperkt is (Tweede Kamer 2003/04, 29 200, nr. 24).

45

*Op basis van welke criteria en procedures komt het «kabinetsbesluit» tot stand?*

Na invoering van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) kan bij algemene maatregel van bestuur het winstoogmerk worden toegestaan aan een zorgsector of – via een ministeriële regeling bij een experiment – aan een zorginstelling. De eerste voorwaarde is dat de sector of instelling wordt vergoed via transparante prestatiebekostiging inclusief huisvestingslasten. De tweede voorwaarde houdt in dat de sector of instelling volledig risicodragend is voor schommelingen in de afzet. De derde voorwaarde betreft het eigendomsvraagstuk. Bestaande instellingen (stichtingen) kunnen de eventuele winst die zij maken niet uitkeren aan aandeelhouders. Alleen nieuwe toetreders die geheel voor eigen rekening en risico opereren kunnen winstuitkeringen doen aan hun aandeelhouders. Het is mogelijk dat nieuwe – op winst gerichte – toetreders bestaande instellingen overnemen. Dit kan alleen als de bestaande instelling fuseert met, of stopt en tegen marktconforme waarde verkoopt aan, de nieuwe op winst gerichte toetreders. De opbrengsten van de transactie worden gestort in het AWBZ-fonds.

Voorts zijn er voorwaarden die zowel voor bestaande als op uitkerbare winst gerichte zorg-ondernemingen gelden. Deze voorwaarden vloeien voort uit het kwaliteits- en markttoezicht bij gereguleerde marktwerking. Verder dienen alle instellingen te voldoen aan de gestelde governance-eisen.

46

*Weerspiegelt de notitie de mening van de werkgroep of van de minister?*

Van de Minister. De begeleidende notitie van de interdepartementale werkgroep is toegevoegd met de bedoeling de complexe materie en de in de brief gemaakte keuzes te verduidelijken.

47

*Wat bedoelt u precies met «in beginsel»? (hoofdstuk 2)*

De huidige parameters van de ziekenhuisbudgetten zijn aanvaardbare locatiegebonden kosten, vaste kosten, semi-vaste kosten en variabele kosten. 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. Het uitgangspunt is dus dat de aanvaardbare kosten niet begrensd zijn. De woorden «in beginsel» zijn toegevoegd omdat er wel een afspraak tussen ziekenhuizen en verzekeraars nodig is over de te leveren productie.

48

*Hoe verhoudt de vaste opslag van 12,5% zich tot de 10% huisvestingslasten?*

Zie antwoord 22 (CDA).

49, 53 en 64

*Kunt u voorbeelden geven van (ongewenste) reallocatie-effecten (box 2)? Hoe gaat u dit tegen?*

*Wat zijn uw voornemens t.a.v. het aanpassingsproces voor re-allocatie door prestatiebekostiging?*

*Wat zijn uw precieze voornemens over de vereveningssystematiek?*

*Wanneer en waar bent u voornemens deze verder uit te werken? Kunt u een aantal uitgewerkte voorbeelden geven op basis van bestaande instellingen?*

Als reallocatie-effecten wordt in box 2 van de notitie de met aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid beschreven dat de totale vergoeding voor de kapitaallasten die instellingen krijgen op basis van uniforme huisvestingscomponenten, hoger of lager zal zijn dan de vergoeding die ze nu van het CTG/ZAIo krijgen. De huidige vergoeding is namelijk specifiek toegesneden op de instelling in kwestie. Het is niet de bedoeling dat deze reallocatie-effecten structureel worden gecompenseerd. Het is de bedoeling dat de instellingen hun bedrijfsvoering gaan aanpassen aan de nieuwe uniforme tarifiering (zie ook het antwoord op vraag 63).

Hoogstens kan het omwille van een ordentelijke invoering gewenst zijn de noodzakelijke aanpassingen aan de nieuwe tarifiering in stappen te laten plaatsvinden. In de notitie is hiervoor als mogelijke (budgettair neutrale) maatregel genoemd dat instellingen die financieel voordeel hebben van de nieuwe systematiek gedurende de aanpassingsperiode compensatie leveren voor de instellingen die er nadeel van ondervinden. Of er van zo'n verevening sprake zal moeten zijn is allereerst afhankelijk van de reallocatieverschillen die in de verschillende sectoren zullen gaan optreden. Daar zal de komende tijd nader onderzoek naar worden gedaan. Op dit moment kunnen daar nog geen voorbeelden van worden gegeven. In geval er verevening noodzakelijk is zal over de wijze waarop deze tot uitvoering wordt gebracht in ieder geval ook overleg worden gepleegd met de belanghebbenden.

50 en 94

*Wat zijn de door u beoogde termijnen voor stap 1 tot en met 4 bij de overgang naar prestatiebekostiging?*

*Hoe loopt het precieze tijdspad tot 2012? Verwacht u dat instellingen die op dit moment geen winstoogmerk hebben, en als stichting functioneren, mogelijk al vóór 2012 winst kunnen gaan uitkeren? Heeft u signalen uit het veld ontvangen dat er instellingen zijn die dit daadwerkelijk overwegen?*

De PvdA informeert naar het precieze tijdspad tot 2012. Een dergelijk tijdspad is op dit moment niet bekend en het is ook niet de bedoeling daarvoor een dwingende blauwdruk op te leggen. De bepaling van maatvoering en tempo vindt plaats na overleg met de zorgaanbieders, College bouw ziekenhuisvoorzieningen (Cbz), CTG/ZAIo, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en andere bestuurlijk relevante partijen.

De PvdA-leden vragen bovendien of mag worden verwacht dat instellingen al vóór 2012 winst gaan uitkeren. Ook hierover is op dit moment niets met zekerheid bekend. Wel tonen bestaande zorgaanbieders in deze verkennende fase belangstelling voor de mogelijkheid om gebruik te maken van risicodragende kapitaalverschaffers en deze met dividend te belonen.

51

*Deelt u de mening dat in sommige gevallen benchmarking en maatstafconcurrentie tot verkeerde prikkels kunnen leiden? Hoe beoogt u dergelijke prikkels te voorkomen?*

Het is niet geheel duidelijk wat de PvdA-fractie onder «verkeerde prikkels» verstaat. De essentie van benchmarkmethoden is juist zodanige prikkels in een bekostigingssysteem in te bouwen dat daarmee (meer) prestaties



(meer) worden beloofd. De verwachting is dus dat verkeerde prikkels juist afnemen wanneer benchmarking wordt toegepast.

In algemene zin is wel bekend dat er problemen kunnen optreden, zoals het niet ter beschikking stellen van gegevens door aanbieders om tot goede tarieven te komen, het risico van kwaliteitsverlies, het ontbreken van een stimulans tot innovatie vanwege kostenoverwegingen en het ontbreken van prikkels om lagere kosten te realiseren dan het vastgestelde tarief. Er zijn verschillende maatregelen mogelijk om deze vraagstukken op te lossen. Op dit moment is het nog te vroeg om al concrete punten te noemen. Maar de invoering van de nieuwe bekostigingssystemen in cure en care zal zorgvuldig plaatsvinden, en er zal voldoende aandacht zijn voor het nemen van de juiste maatregelen om verkeerde prikkels tegen te gaan en goede prikkels te introduceren.

52

*Wat zijn uw voornemens ten aanzien van opleidingskosten, het academisch budget, de acute zorg en de kapitaallasten? Hoe stelt u in de toekomst de kosten vast? Welke partijen zijn op welke momenten verantwoordelijk voor het vergoeden van deze kosten? Denkt u dat een aparte financieringscomponent noodzakelijk zal zijn voor deze onderdelen? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet?*

De visie over de toekomstige bekostigingssystematiek bij de kapitaallasten is te vinden in de onderhavige brief en notitie. Voorzover dit vraagstuk een relatie heeft met de opleidingskosten, het academisch budget en de acute zorg, zijn de voornemens uiteengezet in box 5 van de notitie (pag. 11). Op dit moment kunnen hieraan geen nieuwe inzichten worden toegevoegd.

54

*Wat zijn uw voornemens over het sluittarief?*

Toepassing van sluittarieven verdraagt zich niet met de nagestreefde situatie waarin zorginstellingen risico lopen over de dekking van hun vaste en variabele kosten. Het streven is dan ook de toepassing van sluittarieven te beëindigen. Het is niet realistisch om dat al op korte termijn en abrupt – dat wil zeggen: zonder aanpassingsperiode – te doen. In de ziekenhuissector is de inspanning om tot prestatiebekostiging te komen in eerste instantie gericht op het zo snel mogelijk opheffen van de dubbele boekhouding. Dit betekent dat in het A-segment zowel de bekostiging als de vergoeding wordt gebaseerd op DBC's. Onlangs is CTG/ZAio gevraagd daarover een uitvoeringstoets uit te brengen. In de intramurale AWBZ is de invoeringsdatum van de functiegerichte bekostiging voorzien op 1 januari 2007. De Kamer is daarover onlangs geïnformeerd. Ook voor deze omslag wordt CTG/ZAio binnenkort verzocht een uitvoeringstoets voor te bereiden. Voor zowel de care als de cure is afschaffing van sluittarieven een stap die na de invoering van de prestatiebekostiging zal worden gezet.

55 en 61

*Hoe omvangrijk is het toekomstig recht op budget (box 3)? Kunt u dit kwantitatief onderbouwen? Wordt dit onderschreven door de betrokken partijen?*

*Kunt u een overzicht geven van de bestaande trekkingsrechten per instelling?*

Het CTG/ZAio houdt op basis van de beleidsregel «instandhoudingsinvesteringen» (I-674 / II-656 / III-836) per WZV-instelling de opgebouwde trekkingsrechten bij. De bestaande trekkingsrechten en de trekkings-

rechten in de toekomst volgens het huidige systeem zijn per sector opgenomen in onderstaande tabel.

**Investeringskosten in € miljoen**

Sector	2004	2005	2006	2007	2008
Ziekenhuizen (exclusief academische ziekenhuizen)	2 694,8	2 823,3	2 951,8	3 153,1	3 354,4
Verpleeghuizen	1 637,3	1 719,6	1 802,7	1 885,5	2 053,3
Geestelijke gezondheidszorg	881,3	923,1	964,9	1 032,7	1 100,5
Gehandicaptenzorg	1 198,1	1 348,7	1 499,3	1 649,9	1 800,5
Totaal	6 411,5	6 814,7	7 218,7	7 721,2	8 308,7

56

*Bent u van plan het systeem van bouwvergunningen uiteindelijk volledig los te laten? Via welke stappen verloopt dit, en welk tijdpad heeft u hiervoor in gedachten?*

Het streven is de ex-WZV, respectievelijk ex-WTZi-vergunning voor het mogen bouwen van een gezondheidszorginstelling overbodig te maken. Daarvan kan sprake zijn als de instellingen zelf verantwoordelijk zijn gemaakt voor het nemen van hun investeringsbeslissingen. Daarvan is weer sprake als zij begonnen zijn met het daadwerkelijk lopen van afzetrisico over de kapitaallasten van die investeringen. Zoals in de notitie is beschreven doet dit moment zich voor na de twee stappen: afschaffen contracteerplicht en aanpassing aan de reallocatie-effecten die optreden bij de invoering van uniforme normatieve huisvestingscomponenten (zie ook het antwoord op de vragen 49, 53, 64). In de notitie is hiervoor geen exact tijdpad aangegeven, maar het is niet denkbeeldig dat de vergunningplicht voor een enkele instelling al voor of in 2010, kan worden afgeschaft (zie antwoord 4).

57

*Kunt u een weging/prioriteit aanbrengen in de criteria? Welke zijn onderling strijdig?*

Hoofdstuk 3 van de notitie «Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg» beschrijft de stapsgewijze introductie van de normatieve huisvestingscomponenten, en de gevolgen daarvan. Dit hoofdstuk bevat criteria die worden gehanteerd bij de uitwerking en het tempo van de implementatie. Er zijn goede argumenten om geen prioriteiten aan te brengen in de criteria. Ten eerste zijn de criteria allemaal relevant. Ten tweede kan het gewicht van de criteria verschillen afhankelijk van de fase waarin het transitieproces zich bevindt.

Daarnaast wordt in hoofdstuk 3 geconstateerd dat de criteria strijdig kunnen zijn, zodat een beleidsmatige weging nodig is. Ter illustratie volgt een voorbeeld van criteria die elkaar kunnen bijten. Een van de criteria is het eenvoudig kunnen doorzien van de veranderingen van de bekostigingsmodellen en de eindmodellen. Een tweede criterium is het hanteren van tarieven en budgetten die het transitieproces het best ondersteunen. Het is goed denkbaar dat een grote hoeveelheid, nauwkeurig vastgestelde tarieven het best inhoud geeft aan het begrip «vergoeding naar prestatie». Dit is een steun in de rug voor het transitieproces richting prestatiebekostiging. Deze oplossingsrichting maakt het in de uitvoering echter minder eenvoudig om de voorgenomen veranderingen in het bekostigingmodel te begrijpen.

58

*Kunt u onderbouwen waarom de wijze van waardering los staat van de toerekeningsystematiek? De wijze van waardering heeft toch gevolgen voor de kostprijzen? Hoe deelt CTG/ZAio dit aan de DBC's toe? Kunt u een voorbeeld geven?*

Met toerekeningssystematiek wordt bedoeld op de (nog te ontwikkelen) methode waarmee per DBC (of clusters van DBC's) de kapitaallasten-intensiteit wordt bepaald. Basisgedachte is dat de kostprijs van een poliklinische DBC minder kapitaallasten bevat dan een DBC waarvoor een operatiekamer nodig is. Een eerste verkenning van het Bouwcollege (Cbz) en CTG/Zaio maakt het volgende onderscheid: polikliniekbezoek, dagverpleging, verpleegdag, operatie, diagnostische verrichtingen en beeldvormende diagnostiek.

Met waardering wordt bedoeld op de te gebruiken waarderingsgrondslag bij de kapitaalgoederen. Voorbeelden hiervan zijn historische kostprijs en nieuwbouwwaarde. De toerekenings-systematiek en de waarderingsgrondslag zijn – samen met de afschrijvingstermijn – belangrijke ingrediënten bij het bepalen van de kostprijzen per DBC. In de berekeningen ten behoeve van deze notitie is uitgegaan van nieuwbouwwaarde en een afschrijvingstermijn van 40 jaar.

59

*In hoeverre zijn bouwkaders opgehoogd omdat de afschrijvingstermijn te lang was? Kunt u dit kwantitatief onderbouwen?*

In situaties waarin gebouwen niet meer gebruikt worden maar nog wel boekwaarde over is, is besloten tot versnelde afschrijving. Dit leidt tot een hoger CTG-budget voor de instelling en dit is tot nog toe opgevangen binnen de financiële ruimte van het macrokader. Er is geen uitsplitsing van de afschrijvingskosten naar reguliere en versnelde afschrijvingsbedragen beschikbaar.

60

*In hoeverre zijn huisvestingskosten afhankelijk van de locatie van een instelling? Houdt u straks hiermee rekening?*

De locatie van de instelling zal voornamelijk van invloed zijn op de grondprijis. Over de grond vinden geen afschrijvingen plaats, maar verwerving van grond kan wel leiden tot rentekosten. In het huidige systeem is in het budget een vergoeding voor rentekosten opgenomen. Bij een systeem van normatieve kapitaallasten zal de instelling ook de rentekosten voor de verwerving van grond uit de norm moeten bekostigen.

62

*U geeft aan dat huisvestingskosten een integraal onderdeel worden van de productprijis. In hoeverre zal voor instellingen de mogelijkheid bestaan om marginale prijzen te hanteren?*

De mogelijkheid om marginale prijzen te hanteren bestaat alleen in segmenten met vrije prijsvorming. In deze segmenten is de prijsstelling een eigen bevoegdheid van de instellingen. Prijsstelling op of onder het niveau van de marginale kosten is op zich mogelijk, maar is op termijn alleen lonend als het geleden verlies in een latere fase terugverdiend kan worden. Dit kan alleen als er sprake is van geen of zeer gebrekkige concurrentie. Met andere woorden: deze strategie is alleen lonend voor instellingen met aanmerkelijke marktmacht.

Het tijdelijk vragen van marginale prijzen door instellingen met aanmerkelijke marktmacht kan tot doel hebben de concurrentie onschadelijk te maken. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zal toezien op dergelijke

marktgedragingen. Om te voorkomen dat een partij met aanmerkelijke marktmacht de markt verstoort, wordt in de Wet marktordening gezondheidszorg geregeld dat de NZa passende specifieke verplichtingen kan opleggen aan de betrokken onderneming.

63

*Welk voordeel biedt het opleggen van een nieuwe prestatie-eenheid voor de huisvestingslasten (nhc) boven het door de instelling vast laten leggen van een instellingsspecifieke nhc?*

Om ook de doelmatigheid van de huisvesting onderdeel te laten zijn van de concurrentieprikkels tussen zorginstellingen, is het noodzakelijk dat de vergoeding van de huisvestingslasten wordt gekoppeld aan de geleverde zorgdiensten. Voordelen hiervan zijn een transparante, (uniforme) normatieve bekostiging en een gelijk speelveld tussen instellingen.

65

*Kunt u de boekwaardeproblematiek AWBZ met cijfers onderbouwen? Kunt u de oplossingen ook onderbouwen? Mocht uw oplossing niet voldoen, wat betekent dit dan voor de kosten van de AWBZ?*

Zie de antwoorden 30 en 31 (CDA)

66

*Waarom heeft u geen redenen om contracteerplicht van toepassing te laten zijn op basis van de AMvB? Kunt u uw overwegingen aangeven?*

De Zorgverzekeringswet (Zvw) kent geen contracteerplicht meer tenzij bij Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) vormen van zorg worden aangewezen waarvoor de contracteerplicht wel van toepassing is. Op dit moment zijn er geen redenen om van die mogelijkheid gebruik te maken. De PvdA-leden vragen naar de overwegingen die hierbij zijn gemaakt. Zonder het bestaan van de contracteerplicht is er voor zorgverzekeraars genoeg aanleiding om contracten te sluiten. Verzekeraars concurreren met elkaar op de zorginkoopmarkt. Door het aanbieden van polissen met gecontracteerde zorg (naturapolissen) kunnen lagere nominale premies worden vastgesteld dan het geval is bij restitutiepolissen. Dit is aantrekkelijk voor verzekerden. Ondanks het ontbreken van de contracteerplicht zullen verzekeraars dus toch contracten sluiten om zo verzekerden aan te trekken en hen een lagere nominale premie te berekenen. Daarnaast garanderen contracten zorginstellingen dat zij een bepaalde omzet zullen halen. Ook de zorginstellingen zullen dus geneigd zijn om contracten te sluiten. Tot slot is een overweging dat voor de dekking van de kapitaallasten de contracteerplicht niet nodig is. De dekking van de huisvestingslasten kan los van de contracteerplicht via de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) geregeld worden.

67

*Heeft u reden om aan te nemen dat de daadwerkelijke huisvestingskosten niet verschillen per instelling?*

De daadwerkelijke huisvestingskosten resulteren uit beslissingen van de besturen van zorginstellingen in het verleden. Omdat dergelijke beslissingen op verschillende momenten en onder verschillende omstandigheden zijn genomen, verschillen de huisvestingskosten tussen instellingen.

68 en 72

*U stelt in de voetnoot op blz. 16 dat verzekeraars hier ook een belang hebben. De PvdA-fractie deelt deze mening, omdat verzekeraars een zorg-*

*plicht hebben. In hoeverre hebben verzekeraars een financiële verantwoordelijkheid, indien een zorginstelling in betalingsproblemen komt, waardoor de verzekeraar niet meer aan zijn zorgplicht kan voldoen? Welke rol hebben de zorgverzekeraars in de toekomst bij beslissingen over toelating en bouw in de cure? Overweegt u hen hierin een bevoegdheid te geven?*

Verzekeraars hebben inderdaad belang bij continuïteit van zorgaanbieders vanuit hun zorgplicht. Het is echter niet wenselijk dat belang te vertalen in een opgelegde financiële verantwoordelijkheid indien een zorginstelling in betalingsproblemen komt. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn verschillende partijen, ieder met een eigen rol en verantwoordelijkheid. Mochten zij tot het inzicht komen dat hun belangen parallel lopen, dan is er samenwerking mogelijk.

Ten aanzien van de bouw is de centrale boodschap van de notitie dat instellingen daarvoor zelf verantwoordelijk moeten worden en dat dat verantwoord kan als instellingen via de prestatiebekostiging zelf het risico dragen van voldoende dekking van hun variabele en vaste kosten. De rol die zorgverzekeraars hierbij spelen is die van contractpartij; de toekomstige afnemer.

69 en 70

*Het laten vervallen van de contracteerplicht in de extramurale zorg heeft tot nu ertoe geleid dat nieuwe zorgaanbieders niet aan bod komen, ook al hebben ze een lagere prijs. Dit lijkt te ontstaan doordat zorgkantoren de bestaande aanbieders voorrang geven als gevolg van de budgetbeperking en vanwege de continuïteit van de zorg. Is aan te geven hoe in een situatie van budgetbeperkingen nieuwe zorgaanbieders een betere kans kunnen krijgen (zie ook de schriftelijke vragen van het lid Smits, d.d. 24 januari 2005)? Hoeveel nieuwe zorgaanbieders hebben in 2004 en 2005 contracten gekregen? Hoeveel bedraagt hun omzet? Hoeveel nieuwe zorgaanbieders (in de care) zijn per regio toegelaten in 2004 en 2005? De PvdA-fractie krijgt de indruk dat op deze markt geen marktwerking ontstaat, omdat zorgkantoren en het College voor zorgverzekeringen hiervoor niet voldoende ruimte geven. Deelt u deze indruk? Welke regels hanteren zij, formeel en informeel? Bent u van plan hen in de toekomst nog extra aanwijzingen te geven hiertoe?*

Het functioneren van de zorgkantoren in het systeem van de AWBZ is van groot belang, omdat het zorgkantoor als zorginkoper een cruciale rol heeft bij de beoogde marktwerking. Overigens bestaat bij de extramurale AWBZ-zorg wel degelijk de indruk dat marktprikkels een kans krijgen; er komen dan ook geen extra aanwijzingen. Zorgkantoren kopen de benodigde zorg in hun regio en hebben bestaande relaties met zorgaanbieders. De omvang van de zorg die ze inkopen hoeft echter niet exact hetzelfde te zijn als vorig jaar. Het opheffen van de contracteerplicht treft nieuwe én bestaande instellingen die extramurale zorg willen leveren. Als zorgkantoren minder bij bestaande instellingen inkopen, scheppen ze ruimte voor nieuwe aanbieders. Verder is er in 2005 ook een beperkte groei-ruimte. In 2004 hebben dan ook tien nieuwe aanbieders van thuiszorg uren zorg gedeclareerd bij het Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Ziektekosten (CAK); hun omzet voor het jaar 2004 is niet bekend. Voor 2005 zijn nog geen gegevens beschikbaar. Daarnaast kunnen nieuwe, potentiële aanbieders ook tot gevolg hebben dat bestaande aanbieders bereid zijn hun prijs te verlagen. Uiteraard betekent gereguleerde marktwerking niet dat alle aanbieders de contracten krijgen die zij wensen.

De vragen van de Kamerleden Smits en Van Dijken over problemen rond productieafspraken AWBZ (KVR22299) worden nog beantwoord. Aan de Kamer is gemeld dat er een (na)calculatie van cijfers en productieaf-

spraken moet worden gedaan én dat de beantwoording overleg met betrokken partijen vraagt.

71

*Waarom is het laten vervallen van de contracteerplicht naar uw mening een oplossing voor het vraagstuk van de huisvestingslasten? Is het de bedoeling dat alle bestaande aanbieders niet meer worden gecontracteerd, zodat daarmee hun huisvestingslasten vervallen?*

Het vervallen van de contracteerplicht is niet bedoeld als oplossing voor het vraagstuk van de huisvestingslasten. Het doel is te komen tot een meer vraaggestuurd en doelmatiger gezondheidszorgsysteem. Daarvoor is het noodzakelijk dat instellingen meer verantwoordelijk worden voor hun bedrijfsvoering, inclusief de verantwoordelijkheid voor hun investerings-beslissingen. Bij die grotere verantwoordelijkheid horen enerzijds toenemende risico's en anderzijds meer vrijheden. Een van die vrijheden is het selectief kunnen afsluiten van zorgcontracten. Daarvoor is het laten vervallen van de contracteerplicht noodzakelijk. Dat betekent niet dat wordt beoogd dat er geen zorg meer wordt gecontracteerd. Het betekent dat partijen niet gedwongen zijn te contracteren met partijen die geen bevredigende tegenprestatie leveren. Hiervan zal voor zorgaanbieders de prikkel uitgaan om doelmatig te werk te gaan, ook bij huisvestingsbeslissingen.

73

*Komen er, juist om continuïteit te waarborgen en ongewenst faillissementen te voorkomen, in de duidelijke spelregels en vroegtijdige signalen met «gele en rode kaarten» voor de instellingen en betrokken bestuurders?*

Het is van belang erop te wijzen dat zorginstellingen zelf verantwoordelijk zijn voor hun bedrijfsvoering. Faillissementen vinden niet van de ene op de andere dag plaats. Binnen het systeem zijn er mechanismen of partijen aanwezig die vroegtijdige signalen afgeven als een situatie dreigt te ontstaan dat de continuïteit van de zorginstelling niet langer gewaarborgd is en een faillissement dreigt.

In de Wet toelating zorginstellingen (WTZi), die naar verwachting binnenkort in werking treedt, zijn eisen gesteld voor een ordelijke bedrijfsvoering. Deze zogenaamde transparantie-eisen zijn gekoppeld aan de toelating van zorginstellingen, omdat een transparant bestuur en een ordelijke bedrijfsvoering noodzakelijke voorwaarden voor het (deugdelijk) functioneren van zorginstellingen zijn. Na de toelating dienen zorginstellingen via de Regeling voor de jaarverslaglegging zorginstellingen in hun jaarverslag/jaarrekening verantwoording af te leggen op welke wijze zij voldoen aan de transparantie-eisen WTZi. Deze bepalingen vallen onder het toezicht van de accountant die zijn goedkeuring geeft op het jaarverslag. Voor alle duidelijkheid wordt opgemerkt dat het bij de transparantie-eisen WTZi niet gaat om een kwalitatieve toets op het feitelijk functioneren van het bestuur of om de bedrijfsvoering zelf, maar om het afdwingen van transparantie over door de instelling gemaakte keuzes aan hen die met die instelling van doen hebben.

Het aanspreken op een slechte bedrijfsvoering gebeurt op grond van de overeenkomsten die instellingen sluiten met zorgverzekeraars. Een verslechterende situatie bij een instelling wordt immers door een oplettende verzekeraar of een oplettend zorgkantoor, welke optreedt als belangenbehartiger van zijn cliënten, tijdig gesignaleerd. Ook banken kunnen hierbij een nuttige rol vervullen. Verder kan gedacht worden aan de rol van het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ), dat de financiële ontwikkeling van de bij het WfZ aangesloten instellingen nauwlettend

bewaakt en beschikt over de instrumenten om de financiële belangen van het WfZ en de daarbij aangesloten deelnemers te beschermen.

Voor zover een slechte bedrijfsvoering leidt tot een slechte kwaliteit van zorg kan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) op basis van de Kwaliteitswet de instelling hierop aanspreken.

74

*U stelt dat de nieuwe saneringsfunctie een zo marktconform mogelijke uitvoering zal moeten kennen. De PvdA-fractie voorziet hier per definitie een inconsistentie, van een marktsector die als uiterste redmiddel de overheid als achtervang heeft. Vergelijkbare constructies bestaan echter ook in bank- en verzekeringswezen. In hoeverre verwacht u dat de regelgeving hierop zal lijken? Wat zijn verschillen en overeenkomsten?*

Zorginstellingen zijn zelf verantwoordelijk voor hun bedrijfsvoering. De overheid is dus niet verantwoordelijk voor de continuïteit van de individuele onderneming. Zorgondernemingen kunnen net als andere ondernemingen failliet gaan. Tegelijkertijd blijft de overheid verantwoordelijk voor de continuïteit van de zorgverlening. Deze verantwoordelijkheid staat los van het feit of de beschikbaarheid van zorgverlening tot stand komt door middel van volledige overheidssturing of marktmechanismen. De minister moet daarom over instrumenten kunnen beschikken om de continuïteit van zorg te waarborgen. Indien een faillissement van een zorginstelling betekent dat de continuïteit van zorg ernstig in gevaar komt, dan kan de overheid – onder zeer stringente voorwaarden – een rol spelen om de continuïteit van zorg te waarborgen. Er is dus geen sprake van een overheidsachtervang voor de gehele zorgsector. Bij de uitwerking van een en ander zal gekeken worden naar de relevante regelgeving in andere sectoren.

75

*U stelt dat de vraag rijst of de achtervangpositie van de overheid bij het waarborgfonds moet blijven bestaan. U beantwoordt deze vraag echter niet voor de lange termijn. Wat zijn op dit moment uw voornemens? Hoe relateert u uw positie hier aan de nieuwe saneringsfunctie, die immers bij individuele instellingen voor een achtervang zorgt? We zien bij de saneringsfunctie is sprake van een selectieve steun van de overheid: alleen wanneer het zorgaanbod in gevaar komt. Hoe verhoudt zich dit tot het Waarborgfonds (WBF)?*

Gelet op de positieve effecten van het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) heeft continuïteit van het WfZ in de huidige vormgeving nadrukkelijk toegevoegde waarde in de transitiefase. De achtervangpositie van de overheid staat nu dan ook niet ter discussie. Gelet op de duur van de transitieperiode enerzijds en de fundamentele veranderingen die in de komende periode zullen optreden in de rol en positie van diverse partijen anderzijds, is het niet mogelijk om op dit moment uitspraken te doen over de rol en precieze vormgeving van het WfZ in de eindsituatie. Nader onderzoek en overleg met de Europese Commissie en eventueel de NMA moeten uitwijzen onder welke voorwaarden het WfZ in de toekomst kan functioneren.

Zowel de saneringsfunctie als het WfZ leveren een bijdrage aan de toegankelijkheid en financierbaarheid van de investeringen in de gezondheidszorg. Ter begeleiding van de transitie is het gewenst over deze instrumenten te blijven beschikken. Bij de nieuwe vormgeving van de saneringsfunctie zal de overheid zoeken naar een zo marktconform mogelijke uitvoering.

Met betrekking tot zowel het concrete doel als de vormgeving van de overheidsbetrokkenheid is het zo dat de saneringsfunctie enerzijds en het

WfZ anderzijds, weinig raakvlak vertonen. Met de saneringsfunctie kan de overheid haar verantwoordelijkheid voor de continuïteit van zorg waar-  
maken, indien deze ernstig bedreigd wordt door een faillissement van een  
zorginstelling. Met het waarborgfonds wordt samenvattend nagestreefd:

- veiligstelling van de lange termijn financiering tegen redelijke kosten;
- de realisatie van een substantieel rentevoordeel;
- introductie in de zorgsector van prikkels van goed financieel manage-  
ment (Tweede Kamer 1997/98, 25 627, nr. 11).

Een achterborg van de rijksoverheid is noodzakelijk om de beoogde doel-  
stellingen van het waarborgfonds te kunnen realiseren (Tweede Kamer  
1997/98, 25 627, nr. 11).

Met betrekking tot de vormgeving van de overheidsbetrokkenheid kan  
bijvoorbeeld nog op het volgende verschil gewezen worden: De achter-  
vangpositie van de overheid bij het WfZ bewerkstelligt financieel voordeel  
voor alle aangesloten instellingen. De overheidsbetrokkenheid bij het WfZ  
heeft in die zin een generiek karakter. Het saneringsinstrument heeft daar-  
tegen duidelijk een specifiek karakter en zal alleen worden ingezet als  
de continuïteit van zorg in gevaar is.

76

*Hoe onderbouwt u de bewering dat bij het verdwijnen van de overheids-  
garanties het rentevoordeel volledig zal verdwijnen? Deelt u de mening  
dat er nog een substantieel aantal extra zekerheden overblijft, waardoor  
de rente nog steeds lager zal zijn? Op welk bedrag raamt u de extra  
kapitaalkosten bij het verdwijnen van de achtervang?*

Bij de totstandkoming van het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) is  
uitvoerig aandacht geschonken aan de vraag hoe de zekerheidsstructuur  
vormgegeven zou dienen te worden. Conclusie was toen dat, indien een  
substantieel rentevoordeel nagestreefd wordt, de betrokkenheid van de  
overheid als achterborg in de zekerheidsstructuur een noodzakelijke voor-  
waarde is.

Als de overheidsachterborg wordt afgeschaft, dan zal inderdaad niet  
direct het gehele rentevoordeel verdwijnen. Enerzijds blijven er voordelen  
vanwege standaardisering van beoordeling en voorwaarden, anderzijds is  
de zorgmarkt een zekere groeimarkt.

Met betrekking tot de extra kapitaalkosten als gevolg van het eventuele  
verdwijnen van de achtervang bij het WfZ kan het volgende worden opge-  
merkt. Het WfZ heeft berekend dat de huidige deelnemers als gevolg van  
hun deelname aan het WfZ jaarlijks een bruto besparing van ongeveer  
€ 27 miljoen realiseren, die zij zelf binnen de zorg kunnen besteden. Dit  
zijn de direct aanwijsbare besparingen die thans (mede door de achter-  
vang) gegenereerd worden. Belangrijk is op te merken dat deze besparing  
de komende jaren alleen maar groter zal worden, als gevolg van de toene-  
mende risico's en daardoor stijgende renteniveaus ten opzichte van de  
huidige renteniveaus.

77

*Hoe hoog verwacht u dat het totale bedrag aan transitiefaciliteiten zal zijn?  
Wat voor tarieven beoogt u in rekening te brengen, en hoe hoog zal de  
rente-opslag zijn? Varieert deze per instelling? Wat zijn de totale rente-  
kosten van deze faciliteiten tegen het door u beoogde tarief? Deelt u de  
mening dat deze kosten gezien kunnen worden als kosten die direct voort-  
vloeien uit de liberalisering van de sector?*

Hoe hoog het totale bedrag aan transitiefaciliteiten zal zijn is op dit  
moment niet te zeggen. Het is in ieder geval niet de bedoeling dat de  
transitiefaciliteit het stempel van «easy-money» krijgt. Zoals in de notitie  
is beschreven is de faciliteit bedoeld voor instellingen die nu, in de risico-



arme situatie, goed functioneren maar vanwege een te slechte solvabiliteitspositie geen toegang hebben tot vreemd vermogen al of niet via een «opstapje» van het Waarborgfonds. Het beroep op de transitiefaciliteit zal in ieder geval afhankelijk zijn van de gehanteerde rente-opslag; instellingen die geen achtergestelde lening nodig hebben om hun eigen vermogenspositie te versterken moeten er geen gebruik van willen maken. Los daarvan zullen er vermoedelijk aanvullende condities aan deelname worden verbonden, zoals bijvoorbeeld een beoordeling van de bedrijfsvoering en het management in de afgelopen jaren en de daaraan te stellen eisen voor de toekomst. De kosten die zijn toe te rekenen aan de rente-opslag zijn op zichzelf te zien als kosten die voortvloeien uit de liberalisering van de sector, maar zij zijn tevens een onderdeel van een groter geheel van prikkels die zullen aanzetten tot doelmatig gedrag.

78

*Wanneer ontstaat meer duidelijkheid over het al dan niet aanmerken als staatssteun van de transitiefaciliteit? Wat is uw verwachting hierover? Wat zijn de gevolgen voor de instellingen indien dit wordt aangemerkt als staatssteun? Wie gaat de transitiefaciliteit uitvoeren?*

De leden van de fractie van de PvdA vragen naar de Europeesrechtelijke houdbaarheid van de transitiefaciliteit. Nader onderzoek en overleg met de Europese Commissie moeten uitwijzen onder welke voorwaarden de transitiefaciliteit kan functioneren. De maatregelen zullen pas van kracht kunnen worden als de Europese Commissie de maatregelen heeft goedgekeurd.

79

*Tot welke hoogte zal de solvabiliteit van instellingen dienen te stijgen? Wat betekent dit ten aanzien van mogelijke premiestijgingen? (voetnoot 18)*

Voor een succesvolle overgang van zorginstellingen van de door de overheid beschermde budgetgestuurde omgeving naar een omgeving met meer risico's en prestatieprikkels, moeten zorginstellingen aan twee aspecten van hun bedrijfsvoering met voorrang aandacht besteden: versterking van de financiële buffer en versterking van het management. Het eerste – ook wel aangeduid met de termen versteviging solvabiliteitspositie of vergroting van het eigen vermogen – dient om incidentele fluctuaties in het bedrijfsresultaat adequaat op te kunnen vangen. Het tweede dient om de negatieve fluctuaties zoveel mogelijk te voorkomen. Zoals in voetnoot 18 is opgemerkt hebben de meeste zorginstellingen een solvabiliteitsratio (d.w.z. een verhouding eigen vermogen: totaal vermogen) van ruim beneden de 10%. In de notitie is duidelijk aangegeven dat er van een vrije markt voorlopig nog geen sprake zal zijn. Ook is in de notitie aangegeven dat het Waarborgfonds voor de Zorgsector in de komende transitieperiode nog een nuttige rol kan vervullen als intermediair tussen instellingen en commerciële banken. Bovendien is de solvabiliteit geen absolute maatstaf. Minstens zo belangrijk is het oordeel over de wijze waarop de onderneming wordt bestuurd. Een van de aandachtspunten in het vervolgtraject is de manier waarop de kapitaalverschaffers omgaan met de solvabiliteit van de zorginstellingen. De verbetering van de solvabiliteitspositie bij de instellingen is onderdeel van een zorgsysteem waarin concurrentieprikkels in toenemende mate van belang zijn. De marktprikkels leiden tot grotere doelmatigheid en efficiency. Aangezien er dus sprake zal zijn van veel «plussen en minnen» kan in dit stadium nog niets worden gezegd over mogelijke premie-effecten.

*Waarom heeft u voor het College sanering ziekenhuisvoorzieningen (CSZ) gekozen? Welke andere toezichthouders heeft u overwogen? Waarom is niet gekozen voor het CTG/ZAio? Wat is de betrokkenheid en verantwoordelijkheid van de minister?*

In hoofdstuk 6 van de notitie wordt ingegaan op de rol van het Csz in de gevallen van eigendomsvervreemding. Het Csz is daar genoemd vanuit de feitelijke weergave van de bestaande situatie. Daarmee is niet bedoeld vooruit te lopen op de dit voorjaar aan uw Kamer toegezegde notitie over de herstructurering van de zorg-zbo's, waarin nader wordt ingegaan op de bestuurlijke inrichting rond het toezicht op en de uitvoering van wet- en regelgeving.

*Goed bestuur en toezicht dienen toch juist primair een zaak te zijn van duidelijke wettelijke kaders en voorschriften en vervolgens – secundair – zelfregulering?*

De regering is voorstander van een grotere mate van verantwoordelijkheid van de veldpartijen voor de kwaliteit en doelmatigheid van zorg. De overheid stuurt op hoofdlijnen en is verantwoordelijk voor de borging van het publieke belang. Van zorgaanbieders wordt verwacht dat ze zich als maatschappelijk ondernemer gedragen, van zorgverzekeraars dat ze zich als een goede zorginkoper waarmaken en van patiënten/consumenten dat ze voor hun rechten opkomen, maar ook dat ze meer verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen gezondheid(szorg). Transparantie, verantwoording en een rol voor belanghebbenden («stakeholders», zoals cliënten, patiënten, medewerkers, lokale overheden) zijn kenmerken van een goed functionerende governance.

Goed bestuur en intern toezicht van zorginstellingen is in eerste instantie een zaak van het veld en niet van de overheid. Zeker als we spreken van gereguleerde marktwerking, is het van belang dat de sector tot een goede vorm van zelfregulering komt op het gebied van bestuur, toezicht en verantwoording. Het is daarbij de verantwoordelijkheid van de overheid om de kaders aan te geven, condities te scheppen en stimulerend op te treden.

Door de transparantie-eisen WTZi (Wet toelating zorginstellingen) zullen kaders worden gesteld. Met deze transparantie-eisen stelt de overheid een aantal basiseisen. Instellingen dienen inzicht te geven in de bestuursstructuur en bedrijfsvoering, en hierover verantwoording af te leggen. Met deze eisen wordt het voor partijen die met de zorginstelling te maken hebben inzichtelijker welke keuzes de zorginstelling heeft gemaakt, mede in relatie tot het eventuele grotere organisatorische verband waarvan de instelling deel uitmaakt. Het belang van deze eisen neemt toe naar de mate waarin zorgaanbieders vaker worden gefinancierd uit deels private en deels collectieve middelen. Elke zorginstelling (ziekenhuis, thuiszorgorganisatie, zelfstandig behandelcentrum, e.d.) dient aan de wettelijke transparantie-eisen te voldoen.

De Commissie Meurs heeft met het rapport health care governance een aantal aanbevelingen voor goed bestuur en toezicht aan de overheid gesteld. Aan de regering is verzocht om voor de gezondheidszorg te regelen dat de positie van de raad van toezicht bij stichtingen wettelijk verankerd wordt, en de gang naar de Ondernemingskamer mogelijk te maken. Beide condities zijn in de WTZi geregeld.

Zoals uw Kamer bekend, is door de Minister van VWS het veld gestimuleerd om een zorgbrede governancecode te ontwikkelen. Dan hebben de gezondheidszorginstellingen – net als de beursgenoteerde ondernemingen – een code Tabaksblatt. Alle brancheorganisaties werken hier

momenteel hard aan. Duidelijke wettelijke kaders en toezicht moeten aldus een adequaat sluitstuk vormen.

82

*Verwacht u dat er gevallen zijn waarin de marktwaarde van een onroerend goed object lager is dan de gebruikswaarde in geval het object blijvend als zorginstelling gebruikt wordt? Hoe wilt u in deze gevallen handelen?*

In zijn algemeenheid kan gesteld worden dat het net zo vaak voorkomt dat verkoopopbrengsten boven de boekwaarde liggen, als dat de opbrengsten daar onder liggen. In het huidige systeem worden boekverliezen en boekwinsten verrekend met de exploitatie van de zorginstelling en leidt op deze wijze tot hogere (bij verlies) of lagere tarieven (bij winst).

83

*Verkoop van onroerend goed mag aan de instelling zelf toekomen als het leidt tot meer efficiëntie. Deelt u de mening dat dit al zou moeten leiden tot lagere vaste kosten, en op die manier reeds aan de instelling toekomt? Voor welk deel zou u de opbrengsten van verkoop aan de instelling willen laten toekomen?*

Met name instellingen in de care-sectoren beschikken over gronden die niet benut worden. Om instellingen te prikkelen de waarde van deze gronden efficiënter te benutten, wordt overwogen een deel van de verkoopopbrengst ter vrije bestemming bij de instelling te laten. Deze mogelijkheid zal verder worden onderzocht.

84

*U geeft aan dat de middelen die vrijvallen bij verkoop van onroerend goed toekomen aan het AWBZ-fonds. Is dit ook de bedoeling bij verkoop van onroerend goed in de cure? Zo ja, waarom? Zo neen, waaraan komen deze middelen in dat geval toe?*

Instellingen die onder de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) of Wet toelating zorginstellingen (WTZi) vallen kunnen thans, indien zij te maken krijgen met een sluitingsbeslissing van de rijksoverheid, een beroep doen op het College sanering ziekenhuisvoorzieningen (Csz) om voor subsidie in aanmerking te komen. Deze subsidie wordt gefinancierd uit AWBZ-middelen. Dit geldt zowel voor de care-instellingen als voor de cure-instellingen. Het ligt dan – ook voor de cure-instellingen – voor de hand dat als er bij sluiting opbrengsten zijn, bijvoorbeeld uit de verkoop van onroerende zaken, deze worden verrekend met de vast te stellen subsidie.

85

*Hoe verloopt nu precies een eventuele omzetting van de bestaande stichtingen in een NV of BV? Hoe verschilt dit van overname door een BV of NV? Welke verschillen ontstaan, wat zijn de verschillen in maatschappelijke kosten en opbrengsten? Vindt u het wenselijk dat er een verschil is tussen overname en omzetting?*

Artikel 18 Boek 2 Burgerlijk Wetboek (BW) bepaalt dat voor de omzetting van een stichting in een NV of BV, naast een statutair genomen besluit, een besluit tot wijziging van de statuten en een notariële acte, een rechterlijke machtiging is vereist. Na omzetting van de stichting moet uit de statuten blijken dat het vermogen dat zij bij de omzetting heeft en de vruchten daarvan slechts met toestemming van de rechter anders mogen worden besteed dan voor de omzetting was voorgeschreven.

Uit artikel 310, eerste lid, Boek 2 BW volgt dat een NV of BV alleen een stichting kan overnemen nadat die is omgezet in een rechtspersoon van

gelijke orde als de overnemende. Zolang de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) winstoogmerk verbiedt, kan een NV of BV niet de exploitatie van een ziekenhuisvoorziening overnemen. Een NV of BV kan wel vermogensgoederen, zoals gebouwen, van een stichting overnemen door koop; de stichting blijft dan belast met het bestuur (exploitatie) van de instelling (sale/lease-back).

Ingevolge artikel 17a Wet ziekenhuisvoorzieningen is het bestuur van een ziekenhuisvoorziening verplicht van een voornemen tot het buiten gebruik stellen van gebouwen of terreinen mededeling te doen aan het College sanering ziekenhuisvoorzieningen (Csz). Dat College kan bepalen dat voor vervreemding van het gebouw of terrein zijn goedkeuring nodig is en dat bij verkoop het boekresultaat wordt gestort in het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. Deze verplichting geldt voor iedere exploitant, ongeacht de rechtsvorm. Een voor de maatschappelijke kosten relevant verschil tussen omzetting en overname is dus niet aanwezig.

86

*In hoeverre is het mogelijk om straks binnen één instelling een deel met én een deel zonder winstoogmerk te exploiteren? Wat zijn de gevolgen hiervan voor de rechtsvorm?*

Een instelling kan bestaan uit verschillende delen, waarvan het ene winst beoogt en het andere niet; beide delen zullen wel de daarvoor geëigende rechtsvorm moeten hebben. Ook zal er een boekhoudkundige, dat wil zeggen voor de toezichthoudende instantie (CTG/ZAio of Nederlandse Zorgautoriteit) transparante en voldoende, scheiding moeten zijn aangebracht tussen het wel- en het niet-winstbeogende deel. Met name moet worden voorkomen dat verliezen in het winst makende deel kunnen worden gedekt door de opbrengsten uit het niet op winst gerichte deel. Er kan dus voor aparte rechtspersonen worden gekozen, maar dit is niet noodzakelijk. Via de statuten kan worden bepaald dat een instelling die (bijvoorbeeld) als rechtsvorm voor een besloten vennootschap kiest, niettemin geen winst nastreeft, dan wel voor een deel van zijn activiteiten geen winstoogmerk heeft.

87

*U geeft aan dat winst uitkeren ook negatieve gevolgen kan hebben. De PvdA-fractie vraagt zich vooral af hoe de publieke taken op het gebied van onderwijs, opleiding en onderzoek gewaarborgd worden in een commercialiserende sector. Welke maatregelen voorziet u om deze functies te garanderen?*

Uitkeerbare winst is een van de marktprikkels die in de zorgsector worden geïntroduceerd. Helder is dat de overheid, tijdens en na de overgang naar meer concurrentieprikkels, borg dient te staan voor publieke taken op het gebied van onderwijs, opleiding en onderzoek. Specifiek voor het waarborgen van opleidingen die voor het publieke belang relevant zijn wordt een nieuwe bekostigingssystematiek ontwikkeld. Opleidingen die mogelijk marktversturend kunnen werken, zullen worden gefinancierd via het opleidingsfonds. Hierover bent u bij brief van 11 januari 2005 geïnformeerd (brief IBE/BO-2 543 938 «Nieuwe bekostiging zorgopleidingen»). Onderzoek wordt gefinancierd via de daartoe geëigende wegen zoals subsidies vanuit ZonMW programma's en de academische component.

88

*De PvdA-fractie ziet niet alleen de mogelijkheid voor prijsopdriving, maar ook van een prijzenslag, met name bij nieuwe toetreders die mogelijk met stuntprijzen zich een plek op de markt weten te veroveren. Overweegt u in die gevallen maatregelen? Ziet u het noodgedwongen verdwijnen van*

*capaciteit bij bestaande aanbieders in dat geval als kapitaalvernietiging? Op welke manier kan het mededingingsgedrag inzichtelijk worden gemaakt zolang de kostenstructuur niet bekend is?*

Op zich is het vragen van lage prijzen niet erg. Een instelling kan deze strategie hanteren om zich in een markt in te vechten. Het tijdelijk vragen van marginale prijzen door instellingen met aanmerkelijke marktmacht kan tot doel hebben de concurrentie onschadelijk te maken. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zal toezien op dergelijke marktgedragingen. Om te voorkomen dat een partij met aanmerkelijke marktmacht de markt verstoort, wordt in de Wet marktordening gezondheidszorg (WMO) geregeld dat de NZa passende specifieke verplichtingen kan opleggen aan de betrokken onderneming.

Prestatiebekostiging dwingt instellingen om van te voren een gedegen inschatting te maken of een investering rendabel te exploiteren is. Omdat instellingen zelf de (financiële) gevolgen zullen dragen van onverantwoorde investeringen, valt te verwachten dat zij alert zullen zijn op het voorkomen van kapitaalvernietiging. Ook de prikkel van faillissement of capaciteitsvermindering zal instellingen er juist toe aanzetten een gedegen afweging te maken alvorens te investeren.

Als de mededinging ertoe leidt dat een individuele aanbieder failliet gaat of gedwongen wordt tot capaciteitsvermindering, dan hoeft dat niet erg te zijn. Als een instelling inefficiënt is of een management van onvoldoende kwaliteit heeft, dan zal de markt ervoor zorgen dat dit negatieve consequenties heeft voor desbetreffende instelling. Dat wil niet zeggen dat er geen behoefte is aan de zorgcapaciteit van desbetreffende instelling. Als deze behoefte er is, dan ligt het in de rede dat de instelling overgenomen wordt.

Het kan op termijn ook voorkomen dat er sprake is van overaanbod. De markt zal ervoor zorgen dat de minst efficiënte instelling tot capaciteitsvermindering over moet gaan. Hierdoor wordt het marktevenwicht hersteld. Ook in dit geval is faillissement of capaciteitsvermindering wenselijk, omdat het op grote schaal in stand houden van overcapaciteit aanzienlijke kosten met zich meebrengt en dus kosteninefficiënt zou zijn. Overigens moet de overheid zich er te allen tijde van vergewissen dat ten algemene de continuïteit van zorg voldoende wordt verzekerd. De overheid borgt immers de publieke belangen, waaronder de toegankelijkheid. Indien het faillissement van een zorginstelling betekent dat de continuïteit van zorg ten algemene ernstig in gevaar komt, dan kan de overheid – onder zeer stringente voorwaarden – een rol spelen om de continuïteit van de zorg te waarborgen. Bij de nieuwe vormgeving van deze saneringsfunctie zal de overheid moeten zoeken naar een zo marktconform mogelijke uitvoering.

Bij de bestrijding van ongewenste marktgedragingen kan inzicht in kostprijzen een belangrijke rol spelen. Het CTG/ZAio heeft met de WTG ExPres instrumenten gekregen om, indien nodig, regels te stellen voor een uniforme wijze van kostentoerekening en tariefstelling. De NZa zal de bevoegdheid krijgen regels te stellen voor de wijze van kostentoerekening om gestandaardiseerde kosteninformatie te ontvangen. Bij het inzichtelijk maken van mededingingsgedrag speelt ook nader onderzoek op basis van signalen vanuit het veld een belangrijke rol. De NZa zal het functioneren van de markt (onder andere prijzen en toetreding) kunnen monitoren.

89

*Kunnen instellingen winst uitkeren indien zij deelnemen aan het WFZ? Kunnen zij deelnemen als zij nog gebruik maken van een transitiefaciliteit?*

Mocht in de toekomst besloten worden dat zorginstellingen winst mogen uitkeren, dan ligt er in technische zin geen beletsel voor het uitkeren van winst door zorginstellingen die deelnemen aan het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ). Criterium voor WfZ-deelname is primair dat de kredietwaardigheid van de deelnemer op voldoende niveau ligt, en blijft liggen.

De transitiefaciliteit is bedoeld voor instellingen die nu (in een situatie met beperkte risico's) geen of weinig problemen hebben met het aantrekken van vreemd vermogen, 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. Dit impliceert dat bij de nadere vormgeving van de transitiefaciliteit aandacht wordt geschonken aan de aansluiting van de transitiefaciliteit op ondermeer het WfZ.

90

*In hoeverre geldt voor een instelling met een winstoogmerk ook dat de overheid als achtervang fungeert bij betalingsproblemen die het zorgaanbod in gevaar brengen? Hoe verwacht u in de praktijk te handelen bij discontinuïteit van zorg door faillissement van een commerciële aanbieder?*

Een bedreiging van de continuïteit van zorg is de enige reden om het saneringsinstrument in te zetten. Aangezien de nieuwe vormgeving van de saneringsfunctie binnen het kader van een veranderend stelsel nog nader uitgewerkt moet worden, is het nog niet mogelijk om de precieze reikwijdte en toepassingscriteria aan te geven. Om deze reden is het ook nog niet mogelijk om aan te geven hoe in de praktijk gehandeld moet worden als de continuïteit van zorg in gevaar komt door faillissement van een commerciële aanbieder.

91

*Hoe hoog raamt u de mogelijke efficiencywinst die in de zorg bereikt kan worden als percentage van het budget? Hoe hoog raamt u de verwachte marketingkosten bij zorginstellingen met een winstoogmerk als percentage van de omzet? Hoe hoog is naar uw verwachting de winst als percentage van de omzet bij een commerciële zorginstelling?*

Steeds weer blijkt dat de mogelijkheden om efficiencywinst in de zorg te realiseren nog niet zijn uitgeput. In het kader van SnellerBeter.nl is daarover door verscheidene ambassadeurs gerapporteerd. Op het moment dat de huisvestingslasten integraal onderdeel uitmaken van de exploitatie van een ziekenhuis, ontstaan nieuwe mogelijkheden om efficiencywinst te bereiken. Een precies percentage is echter niet bekend. Hetzelfde geldt voor marketingkosten.

Tot slot is het niet aan de Minister van VWS om een winstverwachting voor een commerciële zorginstelling uit te spreken. Een dergelijke verwachting is verdisconteerd in de prijs per aandeel die een aandeelhouder bereid is te betalen.

92

*In hoeverre ziet u de mogelijkheid ontstaan dat instellingen vooral zullen investeren in hun imago, omdat de daadwerkelijke kwaliteit van een instelling voor de gebruiker moeilijk inzichtelijk te maken is?*

Het is goed voorstelbaar dat zorginstellingen zullen investeren in hun imago. Zij doen er echter verstandig aan om hun imago zoveel mogelijk te laten overeenstemmen met de werkelijkheid. Momenteel worden veel inspanningen verricht om (potentiële) gebruikers meer inzicht te bieden in de daadwerkelijke kwaliteit van de zorg. Het gaat dan om de feitelijke

kenmerken van het aanbod (etalage-informatie), de oordelen van anderen (bijvoorbeeld de Inspectie voor de Gezondheidszorg IGZ) en de ervaringen van patiënten/consumenten. Het vereist veel inspanningen om een adequaat beeld van de kwaliteit van de zorg te realiseren, maar er worden nu belangrijke stappen gezet.

Op 31 maart 2005 is op de website KiesBeter.nl een keuzegids over ziekenhuizen gepubliceerd. Het gaat om etalage-informatie die de Consumentenbond heeft verzameld en die de ziekenhuizen zelf hebben aangeleverd. In de loop van 2005 wordt dit aangevuld met de scores van ziekenhuizen op de prestatie-indicatoren van de IGZ. Daarnaast wordt dit jaar gewerkt aan de keuzegidsen over huisartsen, verpleging/verzorging/thuiszorg, gehandicaptenzorg en GGZ. Elke keuzegids gaat uit van de informatie die volgens burgers nodig is om te kunnen kiezen. Alle keuzegidsen worden gepubliceerd op KiesBeter.nl.

Ook is het de bedoeling dit jaar met de betrokken partijen, waaronder de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en de Consumentenbond, bestuurlijke afspraken maken over het borgen van de totstandkoming van keuze-informatie in de toekomst.

De Nederlandse Zorgautoriteit krijgt de bevoegdheid om, bij onvoldoende transparantie in de markt, zonedig keuze-informatie af te dwingen.

Burgers zullen dus steeds meer zicht krijgen op de feitelijke kwaliteit van zorgaanbieders. Instellingen die investeren in imago zonder te werken aan feitelijke kwaliteit(sverbetering) zullen snel door de mand vallen. Bovendien mag er op worden vertrouwd dat patiënten/consumentenorganisaties scherp zullen opletten of zorgaanbieders hun beloften in de media en dergelijke daadwerkelijk nakomen. Zo heeft de Consumentenbond recent laten zien de advertenties van zorgverzekeraars nauwkeurig te onderzoeken en heeft de NPCF een meldlijn voor overstapproblemen geopend.

93

*Indien voor alle instellingen straks een BTW-vrijstelling geldt, hoe wordt dan omgegaan met zorggerelateerde activiteiten die niet direct op de zorg van toepassing zijn? Voor hoeveel instellingen geldt dat zij thans wel, maar in de toekomst niet meer BTW-plichtig zullen zijn? Hoe ziet u erop toe dat deze instellingen dit kostenvoordeel omzetten in prijsverlagingen, en niet afromen door hogere winst?*

De te realiseren BTW-aanpassing (zie antwoord vraag 12) heeft geen gevolgen voor zorggerelateerde activiteiten die niet direct op de zorg van toepassing zijn. Het blijft zo dat bijvoorbeeld het in ziekenhuizen tegen betaling aan patiënten ter beschikking stellen van tv's en telefoontoestellen, niet zijn vrijgesteld van BTW-heffing.

Het aanpassen van de BTW-wetgeving heeft gevolgen voor de huidige commerciële privé-klinieken die thans onder het normale BTW-regime vallen. Het gaat om een beperkt aantal privé-klinieken (maximaal vijftig). Voor de in die klinieken verrichte handelingen door medici geldt overigens nu al – en dat blijft zo – de verplichte «medische vrijstelling» van BTW-heffing. Omdat de momenteel niet-vrijgestelde zorgprestaties slechts een zeer beperkt deel uitmaken van de activiteiten van deze klinieken zal de wijziging, naar verwachting, geen grote gevolgen hebben.

De aanpassing van de BTW-regelgeving leidt dus in beperkt mate tot het verminderen van nu bestaande kostennadelen. De herziening voorkomt vooral dat in de toekomst kostenverhogingen optreden als zorginstellingen kiezen voor het winsttoogmerk.

95

*In welk jaar vóór 2012 kunt u transparante en integrale tarieven berekenen, aangezien dat de voorwaarde is voor het kabinet om winst aan derden uit te keren?*

Bij een aantal onderwerpen is nadere uitwerking nodig. Zo moet de toerekeningssystematiek van de huisvestingslasten aan de DBC's/functies nog worden ontwikkeld. Invoering van de transparante en integrale tarieven inclusief huisvestingslasten in 2007 behoort echter tot de mogelijkheden. Dat is het beginpunt van de gewenningsprocessen in verband met het reallocatie-effect en de afzetschommelingen.

96

*Hoe ziet u precies de toekomstige rol en positie van het College Bouw en het College Sanering?*

De keuze voor het loslaten van aanbodsturing, deregulering van het bouwregime zoals vastgelegd in de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de introductie van prestatiebekostiging heeft gevolgen voor de taken en werkzaamheden van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (Cbz) en het College sanering ziekenhuisvoorzieningen (Csz). In de aangekondigde brief over de uitvoerings- en toezichtsorganisatie in het nieuwe zorgstelsel zal nader worden ingegaan op de toekomstige rol en positie van het Cbz en het Csz. Deze brief mag u in mei 2005 verwachten.

### **Vragen VVD-fractie**

97

*De minister kiest voor een gefaseerde overgang. De VVD-fractie ondersteunt een zorgvuldige overgang, maar vreest een te lange overgangsperiode. Een te lange overgangsperiode veroorzaakt een behoorlijke bureaucratie. Er zal nog lang worden gewerkt met een bouwprioriteitenlijst, via het portaal van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) zijn naar schatting 2 tot 3% van hun bouwsom kwijt aan de bouwprocedures. Door de verevening zal bovendien rechtstreekse exploitatiesteun tussen ziekenhuizen plaatshebben. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) is van mening dat de risico's dusdanig beperkt zijn dat een overgangstermijn van 6 jaar onnodig is en pleit voor een big bang per 2007, waarin in één keer wordt overgegaan op integrale tarieven. Van alle ziekenhuizen zullen naar verwachting van de VNZ slechts zo'n 10 ziekenhuizen in de problemen komen, en dus hulp door middel van achtergestelde leningen nodig hebben, waarvan 2 à 3 ziekenhuizen speciale problemen hebben. Het geld voor deze ziekenhuizen kan in het bouwkader worden gevonden. Wat vindt de minister van het pleidooi van de NVZ om per 2007 direct over te gaan naar nhc-financiering voor bouw en directe invoering van risicodragendheid in de bouw? Kan de minister hierop uitvoering ingaan?*

De brief beschrijft nauwgezet de stappen die gezet moeten worden voordat sprake kan zijn van transparante en integrale tarieven, en de bereidheid van instellingen om volledig afzetrisico te lopen. Die stappen zijn nodig om de budgetnacalculatie en het bouwregime te kunnen laten vervallen.

De brief laat nadrukkelijk de mogelijkheid open om stappen te versnellen. Het realiseren van de eindsituatie in de ziekenhuissector per 2007 of 2008 is weliswaar niet uitgesloten, maar daarbij moet wel worden aangetekend dat met de uitwerking nog de nodige tijd gemoed zal zijn.

98

*De VVD-fractie is van mening dat het toezicht in de gezondheidszorg moet worden gestroomlijnd. Kwaliteitstoezicht bij de Inspectie en voor het overige het toezicht wordt de Zorgautoriteit opgericht. Hoe ziet de toekomstige rol van het CBZ eruit? Wordt dit college een geprivatiseerd kwaliteitsinstituut?*



In de aangekondigde brief over de uitvoerings- en toezichtsorganisatie in het nieuwe zorgstelsel zal nader worden ingegaan op de stroomlijning van het toezicht in de gezondheidszorg en (onder andere) op de toekomstige rol en positie van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (Cbz). Deze brief mag u in mei 2005 verwachten.

99

*De VVD-fractie hecht veel waarde aan een gelijk speelveld voor alle aanbieders. Als het bouwregime – met de invoering van DBC's – straks alleen nog inhoudt dat ziekenhuizen voor vervangende nieuwbouw vooraf met hun bouwtekening langs het CBZ moeten, ontstaat een ongelijk speelveld met de ZBC's. Deze ZBC's hoeven voor al hun bouw immers slechts achteraf verantwoording af te leggen aan de IGZ, terwijl het hier om exact dezelfde zorgvormen gaat. De grootste verzekeraar geeft onder zowel bouwregime van de WZV als WTZi een verplicht advies over de bouwplannen van ziekenhuizen. Andere verzekeraars hebben die rol niet. De grootste verzekeraar kan derhalve grote bouwplannen als enige beïnvloeden. Dit betekent een slecht werkbaar situatie wanneer het ziekenhuis zich met nieuwe functies wil gaan richten op een of meer van de andere verzekeraars. Dit levert nu in een aantal concrete situaties al problemen op. Wat verandert hierin, en per wanneer?*

*ZBC's hebben, omdat zij niet onder het bouwregime vallen, deze hindernis niet en kunnen dus makkelijker inspelen op de vragen vanuit de andere verzekeraars. Hier is dus – naast het toezicht door CBZ i.p.v. IGZ – sprake van een ongelijk speelveld tussen ziekenhuizen en ZBC's. Deelt de minister de mening dat met dit wetsvoorstel een ongelijk speelveld wordt gecreëerd? Is de minister bereid dit ongelijke speelveld op te heffen door ook van ziekenhuizen de bouwkwaliteit achteraf te toetsen? Gaat de minister hiervoor artikel 5.3 van het Uitvoeringsbesluit WZTi aanpassen en het toezicht achteraf bij de IGZ onder te brengen?*

De VVD-fractie wijst er op dat er sprake is van een ongelijk speelveld tussen ziekenhuizen en Zelfstandige Behandelcentra (ZBC's), omdat ziekenhuizen onder het bouwregime vallen en ZBC's niet. Dit betekent onder andere dat de grootste verzekeraar bij de ziekenhuizen een verplicht advies geeft over de bouwplannen.

Aanvankelijk blijft dit inderdaad het geval. Bij de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) en bij de invoering van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is sprake van een bouwregime en goedkeuring vooraf voor vervangende nieuwbouw. Na het invoeren van de voorstellen uit de onderhavige brief wordt het instellingsbestuur integraal verantwoordelijk voor alle investeringen. Bij de laatste situatie past het bouwregime en het verplichte advies van de verzekeraar niet meer. Het verschil in speelveld tussen ziekenhuizen en ZBC's is daarmee vervallen.

De VVD-leden noemen concrete gevallen waarin het verschil tussen ziekenhuis en ZBC nadelig uitpakt voor het ziekenhuis. Hierbij moet worden opgemerkt dat ZBC's op dit moment alleen behandelingen mogen aanbieden waarvoor geen opname nodig is. Dat plaatst het ziekenhuis weer in een voordelige situatie.

Het ligt voor de hand om in de eindsituatie die de brief beschrijft, ook voor de gebouwen kwaliteitstoezicht achteraf uit te voeren. Dit geldt zowel voor ziekenhuizen als ZBC's, dan wel andere verschijningsvormen waarin ziekenhuiszorg wordt aangeboden.

100

*De ziekenhuizen bedienen 3 markten, 10% marktwerking, grijs gebied dat gefaseerd overgaat naar marktwerking en een deel dat geen marktwerking kent. Het is onwenselijk dat er kruissubsidiëring ontstaat naar de tarieven in het marktwerkingsegment. Dit betekent dat het speelveld met bijvoorbeeld ZBC's oneerlijk uitpakt voor de ZBC's. Het ziekenhuis kan immers*

*«gesubsidieerd» veel lagere tarieven rekenen in het segment waar marktwerking plaatsheeft. Het kan zelfs zo zijn dat ziekenhuizen onder de kostprijs kunnen gaan om nieuwkomers uit de markt te drukken. Dit probleem ontstaat ook als het ziekenhuis nieuwe activiteiten ontwikkelt die in een concurrerende omgeving presteren. Deze kruissubsidiëring is in de praktijk nauwelijks te achterhalen door de toezichthouder, ZAiO. Wat denkt de regering hieraan te doen, opdat er wel een level playing field zal ontstaan? De VVD-fractie denkt in dit kader ook aan het veel voordeliger kunnen lenen door het ziekenhuis. Denkt de regering ook in de richting van het aanpassen van de juridische structuur van ziekenhuizen?*

Voor het creëren van een gelijk speelveld en het voorkomen van ongewenste vormen van kruissubsidiëring, is integrale prestatiebekostiging in het gereguleerde segment een belangrijke stap. Zie in dit kader ook het antwoord op vraag 8. Overigens pakt de marktwerking niet per definitie ongunstig uit voor Zelfstandige Behandelcentra (ZBC's). Bijvoorbeeld vanwege hun omvang kunnen ZBC's bepaalde DBC's in het B-segment wellicht goedkoper aanbieden dan een ziekenhuis. Daarnaast mag vooral in de transitiefase effectief ingrijpen van de Nederlandse Zorgautoriteit worden verwacht bij dreigend misbruik van aanmerkelijke marktmacht. Dit zal worden geregeld in de Wet marktordening gezondheidszorg.

Voor het creëren van een gelijk speelveld is het creëren van marktconforme omstandigheden een belangrijke randvoorwaarde. Op termijn kan ook het toestaan van rechtsvormen met uitkeerbare winst bijdragen aan deze marktconformiteit, omdat hiermee de beschikbaarheid van kapitaal wordt vergroot en de toetreding van nieuwe aanbieders wordt gestimuleerd.

101

*Vanaf 2007 start de nhc en wordt het bestaande systeem van gegarandeerde nacalculaties op grond van werkelijke investeringen vervangen door een gemiddeld bedrag voor bouw; de nhc. De nhc geeft een gemiddeld bedrag voor vervangingsbouw en renovaties. Dat betekent dat de bouwprioriteitenlijst, waarop bijna uitsluitend instandhoudings- (en geen uitbreidings-)projecten staan haar functie per direct verliest. De enige waarde van de bouwprioriteitenlijst ligt dan nog bij sporadische uitbreidingsprojecten in de cure en uiteraard in de AWBZ, die wel veel uitbreidt.*

*Is de minister het ermee eens dat de bouwprioriteitenlijst met de invoering van de nhc's voor ziekenhuizen haar functie grotendeels verliest? Wat is dan nog de betekenis van het bouwregime?*

Vanaf het moment dat de vergoeding voor normatieve huisvestingscomponenten is ingevoerd kan de bouwprioriteitenlijst bij de ziekenhuizen vervallen. Als op dat moment sprake is van voldoende risicodragendheid voor afzetschommelingen bij de instellingen, kan ook het bouwregime vervallen.

102

*In september 2004 is de nieuwe bouwprioriteitenlijst voor ziekenhuizen verschenen. Op die lijst staan veel grote nieuwbouw- en renovatieprojecten. De wijziging van het systeem van bouwfinanciering kan er toe leiden dat deze projecten vertraging oplopen, als niet in een afdoende compensatie t.t.v. de instap wordt voorzien.*

*Kunnen alle projecten die op de bouwprioriteitenlijst staan vermeld ongeacht de systeemwijziging doorgang vinden? Worden er mogelijkheden gecreëerd voor ziekenhuizen die door de systeemwijziging onverhoopt in problemen komen?*

De vergoeding van de normatieve huisvestingscomponenten wordt gebaseerd op de totale kosten gedurende de levensduur en biedt voldoende om de rente- en afschrijvingskosten te financieren. Dit geldt zowel voor de situatie waarin een ziekenhuis net nieuw heeft gebouwd als voor de situatie waarin een ziekenhuis nog helemaal met nieuwbouw of renovatie moet beginnen. Of projecten die op de bouwprioriteitenlijst staan vermeld doorgang vinden, is in de eerste plaats een beslissing van de initiatiefnemers zelf. Het is ook de verantwoordelijkheid van de instellingen om (tijdelijke) verschillen tussen de normvergoeding en de werkelijke huisvestingslasten op te vangen (bijvoorbeeld door te financieren via annuïtaire – in plaats van lineaire leningen). Naast de aangekondigde voorziening in verband met het reallocatie-effect is op dit punt dus geen overgangsvoorziening nodig.

103

*Er wordt aangegeven dat instellingen zelf de gevolgen van hun beslissingen moeten dragen (blz. 4). Het CTG/ZAio heeft recent aangegeven dat daartoe de normsolvabiliteit rond de 25% moet liggen. In 2002 blijkt echter meer dan 50% van de algemene ziekenhuizen een solvabiliteit lager dan of gelijk aan 5% te hebben. Ook blijkt dat slechts 2% van alle ziekenhuizen een solvabiliteit van meer dan 12,5% te hebben.*

*Kan de minister aangeven hoe ziekenhuizen in de gelegenheid worden gesteld hun vermogen te versterken, anders dan door achtergestelde leningen of op uitkeerbare winst gericht aandeelhouderschap?*

De meeste zorginstellingen hebben een solvabiliteitsratio van ruim beneden de 10%. Dat is voor de beoogde eindsituatie waarin zorginstellingen voor hun totale productie afzetrisico lopen niet voldoende om tegen de huidige lage rentetarieven te kunnen lenen. Zoals in de notitie is aangegeven zal maatstafconcurrentie gaan plaatsvinden via kostenefficiënte tarieven die het CTG/ZAio zal vaststellen voor de prestaties van zorginstellingen. Het lijkt reëel dat de normatieve huisvestingscomponent een onderdeel bevat ter compensatie van het hogere risico.

Er is geen beleidsregel van CTG/ZAio bekend die een normsolvabiliteit van 25% zou voorschrijven. Een normsolvabiliteit van 25% komt in de buurt van normen die commerciële banken aan ondernemingen in een vrije marktomgeving stellen. In de notitie is duidelijk aangegeven dat er van een vrije markt voorlopig nog geen sprake zal zijn. Ook is in de notitie aangegeven dat het Waarborgfonds voor de Zorgsector in de komende transitieperiode nog een nuttige rol kan vervullen als intermediair tussen instellingen en commerciële banken. Bovendien is de solvabiliteit geen absolute maatstaf. Minstens zo belangrijk is het oordeel over de wijze waarop de onderneming wordt bestuurd. Een van de aandachtspunten in het vervolgtraject is de manier waarop de kapitaalverschaffers omgaan met de solvabiliteit van de zorginstellingen.

104

*De minister stelt dat «de capaciteit van de intramurale zorgverlening voortkomt uit particulier initiatief en niet uit een door de overheid zelf gepland en uitgevoerd bouwprogramma» (blz. 1 van de brief). Hoe verhoudt deze uitspraak zich met paragraaf 6.2.2 van de notitie, waarin de minister stelt dat het saldo bij verkoop wordt verrekend met de tarieven, en niet volledig behouden mag worden door de particuliere initiatiefnemer in casu het ziekenhuis?*

*Kan de minister specifieker zijn in zijn toedeling van verkoopopbrengsten van onroerend goed aan de zorginstellingen, zoals benoemd in paragraaf 6.2.3? Kan de minister aangeven waarom verkoopopbrengsten van ziekenhuisonderdelen aan de AWBZ-sector toevallen (paragraaf 6.2.3) en*

*niet voor de curatieve sector behouden blijven? Wat is de logica hierachter?*

Hoewel in Nederland de capaciteit van de intramurale zorgverlening voortkomt uit particulier initiatief kenmerkt zich het huidige systeem door een hoge mate van overheidsinvloed. Dit gebeurt onder andere om een beheerste groei van de kosten mogelijk te maken. In dit systeem past het niet dat de opbrengsten uit verkoop van onroerende zaken ter vrije bestemming aan de zorginstellingen ten goede zouden komen. Het nadeel van het huidige systeem is dat er door de budgetzekerheid onvoldoende prikkels zijn voor zorginstellingen om kostenbewust en doelmatig te handelen. Daarom wordt momenteel gewerkt aan een nieuw systeem met meer vrijheden maar ook met meer risico's voor instellingen en verzekeraars.

Het is de bedoeling dat de verkoop van onroerende zaken in de toekomst in alle gevallen tegen marktwaarde geschiedt. Verder wordt overwogen om een deel van de opbrengsten ter vrije bestemming bij de instellingen te laten. Deze voornemens worden thans verder uitgewerkt.

Met betrekking tot de vraag waarom verkoopopbrengsten bij sluiting van een ziekenhuis aan het AWBZ-fonds toevallen, wordt verwezen naar de beantwoording van vraag 84.

105, 107 en 108

*Ziekenhuizen worden aangeduid als «maatschappelijke ondernemingen». Ondernemingen komen nu al in veel juridische verschijningsvormen voor in de gezondheidszorg. Zo kunnen beroepsbeoefenaren hun onderneming inrichten als eenmanszaak, vrije beroeps-BV en maatschap. Volgens de notitie (box 6, blz. 26) wordt de winst bij de «maatschappelijke ondernemingen» niet uitgekeerd aan de kapitaalverschaffers. Wat verstaat de minister onder «winst»? Welke gevolgen heeft deze uitspraak voor de Europese concurrentiepositie van Nederlandse ziekenhuizen? Nederlandse zorgverzekeraars bieden hun verzekerden steeds meer mogelijkheden voor het verkrijgen van zorg in het buitenland. Zo heeft Achmea in 2002 een contract afgesloten met de Duitse verzekeraar AOK Niedersachsen. Hierdoor hebben verzekerden van Achmea toegang tot tweehonderd Duitse ziekenhuizen (Redactie Zorgvisie 2002). Het betreft de tweehonderd ziekenhuizen die door de AOK Niedersachsen zijn gecontracteerd. Bij navraag bij de AOK Niedersachsen blijkt dat dit zowel publieke ziekenhuizen als private non-profit ziekenhuizen en private for-profit ziekenhuizen betreft. De AOK Niedersachsen heeft tevens een contract gesloten met de reeds genoemde ziekenhuisholding Rhon-Klinikum Aktiengesellschaft, bij deze ziekenhuisholding kunnen momenteel dus tevens verzekerden van Achmea terecht. Hoe verhoudt deze ontwikkeling zich tot het voorlopig handhaven van het verbod op winstgerichtheid voor Nederlandse ziekenhuizen? Is hier geen sprake van ongelijke concurrentievoorwaarden?*

*In de brief geeft de minister een aantal argumenten voor en tegen het opheffen van het verbod op uitkeerbare winst. Bij de afweging van de argumenten pro en contra (paragraaf 6.3.3 blz. 31) lijken vooral de kwantitatieve argumenten doorslaggevend (het geringe aantal in andere landen) te zijn en niet de (vooral) kwalitatieve argumenten pro. Waarom heeft de minister hier niet meer (verwijzingen naar) recent onderzoek in de brief opgenomen? Zo heeft een recent AIM-onderzoek (Duranton e.a. Organisation and Financing of the Hospital Sector, AIM 2002) aangegeven dat er vrijwel overal in de Europese Unie sprake is van een groeiend aandeel van for-profit ziekenhuizen en dat eigenlijk alleen Nederland een verbod op winstgerichtheid bestaat. In vrijwel alle Europese landen, zo blijkt ook uit de gegevens die zijn gepresenteerd tijdens een AIM/HOPE conferentie in Parijs van januari 2005, werken for-profit, not for-profit en publieke ziekenhuizen naast en met elkaar.*

Winst is het positieve saldo van opbrengsten en kosten in een bepaalde periode. Een structureel positief exploitatieresultaat is een (bestaans-) voorwaarde voor een instelling. Bij een uitvoerder met winstoogmerk mag de winst vrij worden bestemd. Winstbeogende zorgaanbieders laten de winst eventueel wegvloeien uit het zorgsysteem door deze uit te keren aan eigenaren of aandeelhouders. Deze wijze van vergoeding is in essentie niet anders dan een rentevergoeding die banken krijgen voor het verstrekken van een (relatief risicoarme) lening. De rechtsvorm bij een op winst gerichte onderneming is een BV of NV.

Box 6 in de notitie zet een aantal kenmerken op een rij van maatschappelijke ondernemingen die sociale doelstellingen nastreven. Een van de kenmerken is dat maatschappelijke ondernemingen op dit moment geen winst uitkeren aan kapitaalverschaffers. Daarom hebben zorginstellingen meestal de stichtingsvorm als rechtsvorm. In de toekomst wordt het winstoogmerk bij zorginstellingen – waaronder ziekenhuizen – toegestaan mits aan een aantal voorwaarden is voldaan. Dan zal de variatie bij de juridische verschijningsvormen bij de intramurale zorginstellingen toenemen, zoals dat nu al gebruikelijk is bij andere delen van de zorg.

De VVD-leden wijzen op recent onderzoek waaruit blijkt dat in de meeste Europese landen het winstoogmerk is toegestaan. Daarnaast brengt de VVD-fractie naar voren dat een Nederlandse zorgverzekeraar een contract heeft afgesloten waarbij Nederlandse verzekerden zorg wordt verleend in Duitse for-profit ziekenhuizen. Vervolgens vragen de VVD-leden zich af of hier sprake is van ongelijke concurrentievoorwaarden en waarom Nederland de Europese ontwikkelingen niet volgt.

Ook in de notitie «Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg» wordt geconstateerd dat Nederland een uitzonderingspositie inneemt ten opzicht van de omringende landen. Bovendien wordt opgemerkt dat uit onderzoek blijkt dat, hoewel het aandeel van de for-profit sector gering is, deze minderheid de niet op winst gerichte instellingen stimuleert tot klantgerichter, efficiënter en innovatiever gedrag. Daarnaast wijst de VVD-fractie terecht op de ongelijke concurrentievoorwaarden binnen Europa. Juist deze overwegingen brengen het kabinet er toe het winstoogmerk in de toekomst toe te staan.

Vooralsnog wordt het verbod op winstgerichtheid voor Nederlandse ziekenhuizen en AWBZ-instellingen echter gehandhaafd omdat aan een aantal voorwaarden moet worden voldaan, maar nog niet is voldaan. Deze voorwaarden zijn transparante prestatiebekostiging inclusief huisvestingslasten en de bereidheid van instellingen om risicodragend te zijn voor schommelingen in de afzet. Intramurale instellingen die eerder bereid zijn onder deze voorwaarden zorg te verlenen kan – op basis van de experimenteermogelijkheden in de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) en de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) – het uitkeren van winst bij kabinetsbesluit worden toegestaan.

106

*In de literatuur wordt wel betoogd dat een Nederlands verbod op winstoogmerk op termijn een belemmering kan vormen voor de toegang van buitenlandse zorginstellingen (ziekenhuizen) tot de Nederlandse gezondheidsmarkt en derhalve strijdig kan zijn met het gemeenschapsrecht (zie o.a. Jeurissen & Van der Grinten 2001). Ook volgens de Raad van State zijn er geen redenen meer om commerciële zorginstellingen uit te sluiten. Dit temeer omdat dergelijke commerciële zorginstellingen elders in Europa wel actief mogen zijn en niet mogen worden uitgesloten van het gewijzigde overeenkomstenstelsel. Het handhaven van het verbod op winstoogmerk staat naar het oordeel van de Raad dan ook op*

*gespannen voet met de vrijheid van vestiging in de zin van het EG-Verdrag. Een toetsing aan het EU-recht is in de brief niet terug te vinden. Waarom niet? Kan de minister hier uitgebreid op ingaan?*

De leden van de VVD-fractie werpen de vraag op of het niet toestaan van een winstoogmerk niet in strijd is met het recht van vrije vestiging, bedoeld in artikel 43 EG.

Voor de beoordeling van de verenigbaarheid van de voorwaarde van het ontbreken van winstoogmerk met deze bepalingen van het EG-Verdrag is het van belang te weten dat het gemeenschapsrecht de bevoegdheid van de lidstaten om hun stelsels van sociale zekerheid in te richten, in beginsel onverlet laat. De voorwaarde van het ontbreken van winstoogmerk wordt gesteld in het kader van een stelsel van sociale zekerheid. Bij de gemaakte keuzes ten aanzien van de organisatie en de zorgverlening door particuliere aanbieders is in Nederland tot nog toe geen plaats ingeruimd voor het winststreven, opdat die aanbieders zich primair op de sociale doelstellingen richten. Bij de huidige stand van het gemeenschapsrecht kan een lidstaat zich, in het kader van zijn bevoegdheid om zijn stelsel van sociale zekerheid in te richten, op het standpunt stellen dat de verwezenlijking van de doelstellingen van een stelsel van sociale zekerheid noodzakelijkerwijs inhoudt dat de toelating tot dit stelsel van particuliere aanbieders – als verleners van diensten van sociale zekerheid – gebonden dient te zijn aan de voorwaarde dat zij geen winstoogmerk hebben. Dit volgt uit het arrest van 11 juni 1997 van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen in de zaak Sodemare (C-70/95).

Het verder doorvoeren van marktprikkels in de zorgsector doet niet af aan het feit dat de zorg wordt geleverd in het kader van een sociale-zekerheidsstelsel. Bovendien zijn er goede gronden om vooralsnog geen winstoogmerk toe te staan. Het toestaan van een winstoogmerk heeft bij de huidige stand van zaken geen gunstige werking. Zorginstellingen worden immers gebudgetteerd en hebben onvoldoende inzicht in hun kostenstructuur om inzicht te krijgen in doelmatiger werkwijzen. Bovendien leidt de budgetzekerheid van de instellingen tot bestaanszekerheid. Hierdoor reageren instellingen minder alert op nieuwe technische ontwikkelingen en kijken ze minder kritisch naar hun interne bedrijfsvoering. Dit heeft tot gevolg dat zorginstellingen potentiële productiviteitsverbeteringen niet realiseren. De mogelijkheid van winst zal dan ook niet prikkelen tot een doelmatiger werkwijze, maar eerder prikkelen tot een verlaging van (bijvoorbeeld) de kwaliteit om de kosten te drukken. Pas bij een voldoende transparante en integrale prestatiebekostiging (inclusief de huisvestingslasten) en als zorginstellingen voldoende risicodragend zijn voor schommelingen in de afzet, wordt overwogen het winstoogmerk toe te staan.

109

*Het lijkt de VVD-fractie dat de notitie vooral is geschreven op de care-sector en veel minder van toepassing is op de AWBZ-sector. Kan de minister op de specifieke AWBZ-aspecten ingaan?*

Het is jammer dat de VVD-fractie de indruk heeft dat de notitie minder is geschreven op de care-sector dan op de cure-sector. Zowel in de brief als in de notitie is er naar gestreefd beide sectoren inhoudelijk volwaardig en gelijkwaardig te behandelen. Waar nodig is aandacht besteed aan kenmerkende karakteristieken van een sector. Voor de specifieke AWBZ-aspecten is dit onder meer het geval bij wooncomponent en zorginfrastructuur (paragraaf 3.2), de boekwaardeproblematiek (paragraaf 3.5.2) en de contracteerplicht (paragraaf 4.1.2).

SGP 110

*Hoe ziet de «adequate tegenkracht» als versterking van de vraagkant er in de praktijk uit? Welke garanties zijn er dat die tegenkracht voldoende zal zijn om onnodige overproductie te voorkomen? (blz. 3)*

Adequate tegenkrachten aan de vraagkant ontstaan als de vragende partijen een existentieel belang hebben bij het doelmatig inkopen van doelmatige zorg. Bij de zorgkantoren die de AWBZ risicoarm uitvoeren, heeft dit belang lang ontbroken. Een kanttekening hierbij is op zijn plaats vanwege het tweede deel van de vraag, namelijk hoe onnodige overproductie kan worden voorkomen. Dat is voor de AWBZ primair het terrein van de onafhankelijke indicatiestelling. Die bepaalt de omvang van de zorgvraag. Recent is de organisatie van de indicatiestelling gewijzigd om deze rol beter te kunnen vervullen. Gegeven de indicatie van de cliënt is het aan het zorgkantoor om hier een zo passend en doelmatig zorgaanbod bij te vinden.

Een eerste stap om in de uitvoering van die taak verbetering aan te brengen is het opleggen aan zorgkantoren van een jaarlijkse prestatieverantwoording, die een onderlinge vergelijking van de prestaties mogelijk maakt. Die prestatieverantwoording zal worden meegewogen bij de vierjaarlijkse aanwijzing van de verzekeraar die de zorgkantorfunctie mag uitoefenen.

Een verdergaande stap, die in ieder geval voor de GGZ zal worden gezet, is het laten uitvoeren van een deel van de AWBZ door risicodragende verzekeraars. Die hebben vanwege hun onderlinge concurrentie het genoemde existentiële belang. Tevens wordt met de WMO de overheveling van een aantal AWBZ-aanspraken naar het gemeentelijk domein voorbereid, waarbij prikkels voor een doelmatige uitvoering worden ingebouwd. De organisatie van de resterende (romp) AWBZ is thans onderwerp van interdepartementaal beleidsonderzoek; een verdere overheveling naar risicodragende verzekeraars is daarbij een optie.

In plaats van via een intermediair als zorgkantoor of verzekeraar, kan voor delen van de AWBZ de adequate tegenkracht ook worden gelegd bij de direct belanghebbende: de individuele zorgvrager. Met het PGB zijn stappen in die richting gezet. Ook het scheiden van wonen en zorg moet in dit perspectief worden gezien. Als «het wonen» op zich geen onderdeel meer is van de AWBZ-aanspraken, wordt dit deel van de zorg een normaal onderdeel van de woningmarkt waarop de wensen van het individu de doorslag geven. Ten slotte dragen ook de eigen betalingen bij AWBZ-gebruik bij aan een verantwoorde consumptie.

111

*Welk beeld staat u voor ogen met de integrale tarieven die kunnen verschillen tussen de sectoren, maar per sector voor alle instellingen gelijk zijn? Betekent dit dat er geen verschil wordt gemaakt tussen instellingen die recent hebben gebouwd en die dat veel langer geleden hebben gedaan?*

Een van de essentiële stappen bij de overgang van de huidige bouwbudgetten naar prestatiebekostiging bij de huisvestingslasten, is het toerekenen van de huisvestingslasten aan (clusters van) de prestaties (DBC's in de cure en functies in de care). De uniforme huisvestingslastencomponenten kunnen verschillen per DBC/functie omdat de kapitaalintensiteit van DBC's en functies uiteenlopen, maar ze kunnen niet verschillen tussen de instellingen. De SGP-leden constateren terecht dat dit betekent dat er geen verschil wordt gemaakt tussen instellingen die recent hebben gebouwd en die dat veel langer geleden hebben gedaan.

Afgezien van de in de brief geconstateerde overgangsvraagstukken, resulteert over de hele levensduur bezien echter een toereikende vergoeding.

112

*Is binnen de sectoren cure en care de gemiddelde leeftijd van de gebouwen per soort instelling ongeveer gelijk? Zijn bijvoorbeeld de gebouwen van instellingen voor gehandicaptenzorg gemiddeld ongeveer even oud als verzorgingshuizen? Zo neen, wordt hiermee bij de tariefstelling nog rekening gehouden?*

De leeftijd van de gebouwen binnen de verschillende sectoren van de cure en de care loopt uiteen. De leeftijd hoeft echter niet maatgevend te zijn voor de kwaliteit van het gebouw omdat sprake is van herinvesteringen. Verder verschilt bij de instellingen de leeftijd van de gebouwen niet alleen tussen instellingen, maar ook binnen instellingen. Het berekenen van een gemiddelde leeftijd per soort instelling is dan ook niet zo zinvol. Bovendien is het niet relevant voor de vaststelling van de vergoeding van de normatieve huisvestingscomponent (nhc). De nhc wordt zo berekend dat de zorginstelling de totale huisvestingskosten gedurende de levensduur kan betalen.

113, 114 en 115

*Is het reëel te verwachten dat reeds in 2012 de verschillen tussen de instellingen zo klein zijn dat zij dan met gelijke tarieven een gelijke positie op de markt zullen hebben?*

*Is de voorgestelde gewenningsperiode lang genoeg om de positieve en negatieve financiële effecten per instelling te minimaliseren?*

*Wat zijn de verwachtingen ten aanzien van het aantal instellingen binnen het totale aantal dat bereid zal zijn het volledige afzetrisico te lopen? Wat is de invulling die de regering wil geven aan het «bij uitzondering uitkeren van winst aan derden» voor 2012? (blz. 5)*

De SGP-fractie vraagt of mag worden verwacht dat de overgang naar integrale en transparante prestatiebekostiging in 2012 is gerealiseerd en of instellingen bereid zullen zijn het volledige afzetrisico te lopen. Het is niet de bedoeling overhaaste en te weinig doordachte stappen te zetten. Daarom vindt de bepaling van maatvoering en tempo plaats in overleg met de zorgaanbieders, het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (Cbz), CTG/ZAio, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en andere bestuurlijk relevante partijen. De nadere uitwerking van de stappen zal leren of een transitieperiode tot 2012 een goede richtinggevende indicatie is. Bij de beantwoording van vraag 45 is aangegeven welke procedures en criteria een rol spelen indien intramurale instellingen bij uitzondering wordt toegestaan winst uit te keren aan derden.