

Vergaderjaar 2006–2007

27 659

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

Nr. 80

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 6 november 2006

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen ter beantwoording voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over zijn brief van 10 juli 2006 inzake transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorgkapitaallasten (27 659, nr. 77).

De op 15 september 2006 toegezonden vragen zijn, met de door de minister bij brief van 3 november 2006 toegezonden antwoorden, hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Blok

De griffier van de commissie,
Teunissen

¹ Samenstelling:

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

Plv. leden: Rouvoet (CU), Verdaas (PvdA), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Halsema (GL), Gerkens (SP), Veenendaal (VVD), Hamer (PvdA), Weekers (VVD), Tjon-A-Ten (PvdA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Vacature (algemeen), Ormel (CDA), Willemsse-van der Ploeg (CDA), Vacature (LPF), Waalkens (PvdA), Mosterd (CDA), Bussemaker (PvdA), Heemskerk (PvdA), Oplaat (VVD), Van Egerschot (VVD), Eski (CDA), Van Gent (GL), Bakker (D66), Nijs (VVD) en Vacature (LPF).

Vragen CDA-fractie

1

Deelt u de mening van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) dat de voorgestelde wijziging om de kapitaalslasten op te nemen in het exploitatiebudget één van de grootste wijzigingen is in de gezondheidszorg en mogelijk meer invloed zal hebben dan de invoering van de basisverzekering? Zo ja, wat betekent dit voor de aansturing van deze wijziging?

Het opnemen van de kapitaallasten in de zorgtarieven is een onderdeel van de ontwikkeling naar een zorgstelsel waarin de behoefte van de zorgconsument centraal staat. Invoering van integrale prestatiebekostiging is een logisch vervolg op het beleid dat onder andere met de invoering van de meldingsregeling en het van kracht worden van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) is ingezet en dat beoogt meer verantwoordelijkheid te geven aan de zorgaanbieders. Integrale prestatiebekostiging leidt ertoe dat zorginstellingen gedwongen zullen worden doelmatiger te werken. De RVZ wijst erop dat hierdoor de klantgerichtheid wordt vergroot, het zorgaanbod beter op de vraag zal worden afgestemd, het vastgoedbeheer doelmatiger zal worden en de innovatie in de zorgverlening zal worden bevorderd. Als gevolg van de integrale prestatiebekostiging kan het huidige bouwregime worden afgeschaft en zal het ondernemerschap in de zorg worden bevorderd. Voor zorgaanbieders kan het een grote verandering zijn, ook al vormen de kapitaallasten slechts een beperkt deel van de exploitatiekosten van zorginstellingen.

De invoering van integrale prestatiebekostiging is niet vergelijkbaar met de invoering van de basisverzekering: het betreft geheel verschillende beleidsontwikkelingen, op verschillende zorgmarkten met verschillende partijen die de directe gevolgen zullen ondervinden. Uiteraard is een goede regie van de verandering nodig en dienen de publieke belangen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid altijd geborgd te zijn.

2

Deelt u het standpunt van de RVZ dat de wijziging op korte termijn in één «big bang» moet plaatsvinden? Is daarbij gezien de huidige gebouwen een onderscheid in tempo tussen ziekenhuizen en AWBZ-instellingen gewenst? Kunt u uw standpunt toelichten?

Zoals ik u recent heb laten weten (TK 2005/2006, 29 248, nr. 30 en TK 2005/2006, 27 659, nr. 78) zullen de kapitaallasten per 1 januari 2008 onderdeel gaan uitmaken van de prijzen en de tarieven van respectievelijk de ziekenhuizen en de AWBZ-instellingen. De vraag is of sprake zal zijn van grote herallocatie-effecten en of instellingen vanaf die datum ook direct volledig risico gaan lopen of niet. In de kapitaallastenbrief (TK 2004/2005, 27 659, nr. 52) is voorzien een aanlooperperiode van twee jaar en een overgangsperiode van zes jaar. Evenals de RVZ heb ik echter geconstateerd dat in grote delen van de sector (zowel cure als care) behoefte is aan een snellere invoering van de integrale prestatiebekostiging en de daarmee gepaard gaande deregulering. Ik vind dit een positieve ontwikkeling en bezie momenteel of een kortere overgangsperiode of zelfs een «big bang» op verantwoorde wijze mogelijk is. Een snelle overgang heeft mijn voorkeur boven een langdurig invoeringstraject, onder andere omdat daarmee de onzekerheid voor instellingen wordt beperkt en het naast elkaar bestaan van verschillende bekostigingsmethoden zoveel mogelijk wordt vermeden.

Begin 2007 zal ik een uitgewerkt voorstel presenteren voor de wijze waarop en het tempo waarin de overgang naar integrale prestatiebekostiging moet plaatsvinden. Ik streef naar dezelfde overgang in alle

sectoren, maar verschil in tempo tussen de sectoren is niet op voorhand uit te sluiten.

3

Is het volgens u aanvaardbaar dat mogelijk 25% van alle instellingen problemen gaat krijgen die leiden tot overnames, faillissement of vervanging van zwak management? Zo ja, op welke wijze blijft de toegankelijkheid, bereikbaarheid en kwaliteit van zorg gegarandeerd? Zo neen, wat betekent dit voor de besluitvorming?

Of zorgaanbieders in de problemen komen, en zo ja in welke omvang, hangt van veel factoren af. Ongetwijfeld zijn er risico's, maar zorgaanbieders krijgen als gevolg van integrale prestatiebekostiging juist ook veel kansen. Overigens komt het ook nu voor dat zorgaanbieders in de problemen komen, bijvoorbeeld als gevolg van slecht financieel beheer. Indien een zorgaanbieder in de nieuwe situatie niet goed in staat zal blijken te zijn om de toegenomen eigen verantwoordelijkheid te dragen omdat er sprake is van zwak management, ligt het voor de hand dat de Raad van Toezicht diens verantwoordelijkheid neemt en zorgt voor verbetering van de situatie. Dat kan ondersteuning of vervanging van het management inhouden. De professionalisering van het management die hiervan het gevolg zal zijn, acht ik een positieve ontwikkeling die de doelmatigheid van de zorg zal vergroten en juist ook ten goede zal komen aan de kwaliteit van de zorg.

Het is ook mogelijk dat het, bijvoorbeeld vanwege de financiële positie of de schaalgrootte van een zorgaanbieder, niet verstandig is om zelfstandig te blijven. Een vorm van samenwerking of een fusie of overname behoort dan tot de mogelijkheden. Ik vind dit een logische ontwikkeling die ertoe zal leiden dat de financiële positie van zorginstellingen wordt versterkt en waardoor de toegankelijkheid van de zorg door de instellingen zelf wordt geborgd. Uiteraard is de Mededingingswet van toepassing op de fusies en overnames. Ook de WTZi-beleidsregels inzake de bereikbaarheid van acute zorg dienen te worden nageleefd.

De invoering van integrale prestatiebekostiging bevordert de transparantie en zal het onderscheid in kwaliteit van aanbieders zichtbaar maken. In het uiterste geval is een faillissement niet uitgesloten. Het is niet de taak van de overheid te zorgen voor het voortbestaan van individuele zorgaanbieders. Wel is het de taak van de overheid om de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg te borgen. De continuïteit van onmisbare zorg moet, ook in geval van een faillissement van een instelling, op zowel de korte als de lange termijn gegarandeerd zijn. In het antwoord op vraag 29 ga ik daar nader op in. De kwaliteit van de zorg blijft geborgd door toepassing van de normen voor verantwoord zorg en het toezicht daarop door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

4

Is er een risico dat instellingen die problemen hebben gebouwen en grond kunnen verkopen (opgegeten worden) voordat men overgaat de problemen echt op te lossen? Zo ja, wat gaat u daaraan doen?

Uitgangspunt van de wijziging van het zorgstelsel is dat zorgaanbieders zelf verantwoordelijk worden voor de wijze waarop zij de vraag van cliënten zowel inhoudelijk als qua huisvesting invullen. Doen zij dit op een adequate manier dan zal dat meer vraag opleveren en leiden tot voldoende inkomsten om hun kapitaallasten te dragen. Als dat minder efficiënt gebeurt, dan lopen instellingen het risico onvoldoende zorg te kunnen contracteren waardoor het voldoen aan hun financiële verplichtingen onder druk komt te staan.

Indien een zorgaanbieder in financiële problemen komt, zullen verschillende betrokkenen zoals de Raad van Toezicht, banken en wellicht ook

personeel druk uitoefenen op het management om maatregelen te nemen. In dit krachtenveld zullen reële structurele maatregelen worden geëist. Een onderdeel van deze maatregelen kan zijn dat het management er voor kiest om ook bezittingen af te stoten die niet of minder noodzakelijk zijn voor de bedrijfsvoering. Zolang de aanbieder kwalitatief goede zorg blijft leveren en voldoet aan de relevante wetten en regels zie ik geen reden specifieke maatregelen te treffen tegen het afstoten van niet voor de bedrijfsvoering noodzakelijke bezittingen. Dit soort maatregelen zou immers leiden tot een inperking van de zorgaanbieder om de bedrijfsvoering op doelmatige wijze in te richten op de vraag van patiënten en zorgverzekeraars. Overigens is op dit moment in de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) geregeld dat het College Sanering Zorginstellingen (CSZ) toezicht houdt op vervreemding van gebouwen en terreinen of delen daarvan.

5

Deelt u de mening van de RVZ dat de voorgestelde wijziging zal leiden tot fusies van zorginstellingen? Betekent dit dat het toezicht op fusies in verband met marktwerking aangescherpt moet worden? Zo ja, op welke wijze?

De kans is aanwezig dat integrale prestatiebekostiging leidt tot (voornemens tot) fusies en overnames van zorgaanbieders. In welke mate dit het geval zal zijn hangt onder andere af van de financiële gevolgen voor de individuele zorgaanbieders. Ik deel de mening van de RVZ dat door de beleidswijziging het aantal nieuwe toetreders ook kan toenemen. De Mededingingswet en het daarop gebaseerde toezicht van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) is van toepassing bij fusies en overnames van zorgaanbieders. Momenteel wordt gewerkt aan de verlaging van de fusiedrempels voor AWBZ-instellingen. Bij de uitwerking zal de motie Ten Hoopen (TK 2005/2006, 300 71, nr. 31) betrokken worden. De verlaging van de fusiedrempels zal begin 2007 worden gerealiseerd. Dat is ruim voor de invoering van de integrale prestatiebekostiging. Het toezicht op concentraties in de zorg is hiermee adequaat geregeld. Overigens volgt de NMa de marktontwikkelingen op de voet en publiceert de NMa regelmatig consultatiedocumenten. Toetsing van fusies en overnames is een dynamisch proces.

6

Hoe is de afstemming tussen de integrale tarieven en het scheiden van wonen zorg? En hoe is de afstemming tussen het traject van integrale tarieven en het vervangen van slechte gebouwen in de verstandelijk gehandicapte sector en het creëren van meer privacy in verpleeghuizen (afbouw meerbedskamers)?

Over de voortgang van het traject van scheiden van wonen en zorg heeft u voor de zomer van mij een brief ontvangen (TK 2005/2006, 27 659, nr. 78). Uitgangspunt van dit kabinet is dat in de toekomst de meeste zorggebruikers zelf betalen voor het wonen. Het invoeren van dit beginsel is een ingrijpende maatregel en vraagt om een zorgvuldige voorbereiding. Waar wonen en zorg (nog) niet goed te scheiden zijn, zal het kabinet de kapitaallasten, ook die van het wonen, integraal onderdeel maken van het tarief voor zorg. Tegelijkertijd stimuleert en faciliteert het kabinet dat nieuwe zorgarrangementen zoveel mogelijk op basis van scheiden van wonen en zorg plaatsvinden. Beide trajecten versterken elkaar. Een belangrijk gemeenschappelijk punt is de gewenste transparantie in de kosten van wonen en zorginfrastructuur. Daarnaast wordt in het kader van beide trajecten ook gewerkt aan oplossingen voor problemen die zorgaanbieders en corporaties ervaren bij de procedures voor vastgoed. Ik overweeg daarbij onder andere aanpassing van wetgeving en/of ontwikkeling

van nieuwe «spelregels» bij eigendom van gebouwen en grond. Uitgangspunt blijft dat opbrengsten van vastgoedtransacties worden geheinvesteerd in de zorg. Goede afstemming tussen beide trajecten is daarom noodzakelijk en vindt ook plaats. Zo is er bij de voorbereiding van de voortgangsbrief over scheiden van wonen en zorg een tweetal werkconferenties georganiseerd met het veld, waarbij het thema van transparante en integrale tarieven nadrukkelijk aan de orde kwam.

Voor de aanpak van gebouwen in de (verstandelijk) gehandicapten sector en het creëren van meer privacy in verpleeghuizen lopen afzonderlijke trajecten. Uitgangspunt in het traject van transparante en integrale tarieven is dat de vergoeding voor kapitaallasten een vergoeding is voor de kapitaallasten die samenhangen met investeringen conform de huidige prestatie-eisen. Nieuwbouw moet vanzelfsprekend minimaal aan de huidige prestatie-eisen voldoen. Dat neemt niet weg dat een deel van de bestaande voorraad niet aan deze eisen voldoet. Ook dat is vanzelfsprekend, maar kan wel een probleem zijn als die voorraad bijvoorbeeld niet in voldoende mate voldoet aan onze huidige wensen op het gebied van privacy. Daarom lopen al enkele jaren verbetertrajecten voor meerbedskamers in de verpleeghuissector en oranje/rood scorende gebouwen in de gehandicaptensector. In mijn brief van 8 september jl. heb ik u geïnformeerd over de voortgang daarvan (TK 2005/2006, 30 300 XVI, enz., nr. 174).

7

Welke kosten zijn gemoeid met de wijziging van de integrale tarieven?

De invoering van integrale prestatiebekostiging leidt tot kosten en baten. Op instellingsniveau zullen zich wijzigingen in de omzet voordoen. Instellingen die erop achteruitgaan zullen ofwel hun kosten moeten verlagen of hun productie (tegen gemiddeld lagere kosten) moeten verhogen. Bij dit laatste kan gedacht worden aan investeringen in meer klantgerichtheid, doelmatiger vastgoedbeheer en meer innovatie.

Ook op macro-economisch niveau is sprake van kosten en baten.

Uitgangspunt bij de invoering van integrale prestatiebekostiging is macrobudgettaire neutraliteit. Uiteindelijk zal de integrale prestatiebekostiging leiden tot een doelmatiger vastgoedbeheer waardoor de gemiddelde kosten lager zullen zijn dan nu het geval is. Daarnaast leidt de afschaffing van het bouwregime tot een forse verlaging van de administratieve lasten voor zorgaanbieders. Per saldo zullen de baten van de invoering van integrale prestatiebekostiging opwegen tegen de kosten.

8

De RVZ stelt dat de financiële situatie bij de care-instellingen beter is dan bij ziekenhuizen. Is hierbij voldoende rekening gehouden met de noodzakelijke en soms achterstallige investeringen om voldoende privacy voor cliënten te realiseren? Zo nee, wat is de situatie indien wel rekening gehouden wordt met het feit dat het gebouwenbestand verouderd is en niet meer voldoet aan de eisen van deze tijd?

De conclusie van de RVZ is gebaseerd op een analyse van de balanspositie van zorginstellingen (zie de achtergrondstudie «Strategisch vastgoedbeheer in de zorgsector»). Daarbij is rekening gehouden met de kwaliteit van het gebouwenbestand in de verschillende sectoren, maar ook met aanwezige stille reserves en de alternatieve aanwendbaarheid van gebouwen. Overigens wordt de conclusie dat de financiële positie in de care beter is dan in de curatieve zorg wel genuanceerd met een verwijzing naar het grote aantal verzorgingshuizen dat met functionele veroudering kampt (zie p. 46 van de achtergrondstudie). Dit betekent niet zonder meer dat «het gebouwenbestand» in de care verouderd is. Technisch

gezien zijn vrijwel alle gebouwen in goede staat. Een groot deel van de gebouwen is bovendien van goede functionele kwaliteit of wordt dat binnen afzienbare tijd, ondanks het feit dat de prestatie-eisen die in de zorg worden gehanteerd in hoog tempo worden gewijzigd. De verschillende aanjaagacties leveren een forse bijdrage aan de noodzakelijke kwaliteitsverbetering, en de meeste instellingen met nu nog slecht scorende gebouwen zijn voortvarend bezig met het opstellen en uitvoeren van verbeterplannen (zie ook het antwoord op vraag 6).

9

Vindt in de toekomst binnen het budget van instellingen een oormerking plaats voor bouw en/of voor exploitatie, of kan een instelling zelf bepalen hoe de middelen zijn ingezet?

Integrale bekostiging impliceert dat een aanbieder zelf kan bepalen hoe de middelen worden ingezet zolang deze maar worden ingezet ten behoeve van de zorg. Een geormerkte vergoeding van kapitaallasten leidt tot onzuivere afwegingen en beperkt de eigen verantwoordelijkheid van het management. Leidende gedachte achter de invoering van prestatiebekostiging op basis van integrale tarieven is dat instellingen zelf het beste weten hoe zij aan de vraag van cliënten en zorgverzekeraars tegemoet kunnen komen. Zorgaanbieders kunnen beter zelf hun afwegingen maken over de inzet van mensen en kapitaal en hun eigen inschatting maken over de rentabiliteit van investeringen dan dat dat vanachter Haagse of Utrechtse tekentafels gebeurt.

10

Bent u bereid, vooruitlopend op de wijziging, het budget voor onderhoud over te laten gaan en daarmee bureaucratie te besparen? Zo neen, waarom niet?

De bureaucratie rond het budget voor groot onderhoud en instandhouding is vanaf 1 januari 2006 reeds aanmerkelijk afgenomen omdat vanaf die datum kan worden volstaan met verantwoording over de besteding van de (jaarlijkse en incidentele) trekkingsrechten in de jaarrekening. De betrokkenheid van het College Bouw Zorginstellingen (CBZ) is per die datum komen te vervallen.

Zoals in antwoord op vraag 9 is aangegeven wordt toegewerkt naar een situatie waarbij zorgaanbieders zelf kunnen bepalen hoe de middelen worden ingezet voor de zorg. Om daarop vooruitlopend bestedingsvrijheid van de trekkingsrechten te introduceren is echter problematisch. Dit zou leiden tot financiële problemen omdat er bij de opstelling van het bouwkader vanuit wordt gegaan dat slechts een deel van de opgebouwde trekkingsrechten ook daadwerkelijk besteed wordt. Het niet bestede deel wordt doorgeschoven naar volgende jaren.

11

Ziekenhuizen mogen vooruitlopend op de wijziging zelf investeren: «een toelating zonder nacalculatie». Indien de voorgestelde wijziging niet doorgaat of lang uitgesteld wordt, is er dan een «terugkeergarantie» dat de gebouwen alsnog onder de nacalculatieregeling gaan vallen?

Nee. Met een toelating zonder nacalculatie kiest een zorgaanbieder er bewust voor om voor eigen rekening en risico te bouwen. Het dan toch bieden van een terugkeergarantie past daar niet bij. Uitstel of afstel van integrale prestatiebekostiging is ook niet aan de orde. Zoals ik in antwoord op vraag 2 heb aangegeven zullen per 1 januari 2008 integrale tarieven worden ingevoerd en zal de overgangperiode naar volledige risicodragendheid voor zorgaanbieders waar mogelijk worden versneld. Tenslotte is de voorgestelde terugkeergarantie ook in praktische zin

problematisch omdat in een dergelijk geval teruggevallen zou moeten worden op prioritering via de bouwprioriteitenlijst. De uitkomst van dat prioriteringsproces is onzeker.

12

Waarom wordt het College sanering zorginstellingen opgeheven? Moet er bij verkoop van gebouwen en grond juist in de overgangperiode geen toezicht zijn om te voorkomen dat geld uit de zorg wegvloeit en/of gebruik gemaakt wordt van de onervarenheid van het management op het gebied van vastgoed?

De eerste wettelijke taak van het CSZ is de uitvoering van het saneringsbeleid. Het gaat bij deze regeling om gevallen waarin de minister op grond van de beleidsregels heeft besloten om de toelating van een instelling geheel of gedeeltelijk in te trekken of daaraan achteraf beperkingen te stellen. De overheid compenseert een dergelijke ingreep met een subsidie voor de kosten die verbonden zijn aan deze beperking of intrekking. Een essentiële voorwaarde voor integrale prestatiebekostiging is dat de aanbodplanning is losgelaten en capaciteitsbeslissingen meer en meer worden overgelaten aan de zorginstellingen zelf. Hierdoor zal de Minister in de toekomst op deze grond geen sluitingsbeslissingen meer nemen. Deze taak van het CSZ zal daardoor op termijn verdwijnen. De tweede wettelijke taak van het CSZ is het verlenen van goedkeuring bij verkoop van onroerend goed. Deze taak is tijdens de overgang naar volledige risicodragendheid voor instellingen nog van belang, maar past niet meer bij de eindsituatie waarin zorgaanbieders zelf verantwoordelijk zijn voor hun vastgoedmanagement en de risico's daarvan. Momenteel werk ik aan een toezichtsvisie op de WTZi tijdens en na de overgang naar volledige risicodragendheid van zorgaanbieders. Bezien zal worden welke toezichtstaken de overheid nog heeft en hoe deze taken het beste vorm gegeven kunnen worden.

13

Bent u voornemens, conform het advies van de RVZ, een commissie van deskundigen te benoemen om probleemgevallen te beoordelen? Zo ja, hoe is de controle op deze commissie, wat is de taakstelling en wat zijn de randvoorwaarden en beoordelingscriteria?

De vraag hoe eventuele «probleemgevallen» beoordeeld moeten worden, kan pas beantwoord worden als er meer dan nu zicht is op de aard en omvang van mogelijke «probleemgevallen». Beoordeling van «probleemgevallen» zal in eerste instantie door mij plaatsvinden, uiteraard met gebruikmaking van de expertise die bij de verschillende uitvoeringsorganisaties beschikbaar is. Indien dan blijkt dat alsnog aanvullende expertise gewenst is, zou eventueel de instelling van een commissie van deskundigen overwogen kunnen worden. In dat geval zal uiteraard ook goed vastgelegd moeten worden wat de taakstelling van deze commissie is, wat de randvoorwaarden zijn waarbinnen de commissie geacht wordt te werken en hoe controle van het werk van de commissie plaatsvindt. Overigens ben ik van mening dat «probleemgevallen» integraal beoordeeld moeten worden. Dit betekent dat niet alleen naar de directe financiële effecten van integrale prestatiebekostiging voor de instelling moet worden gekeken, maar naar alle effecten van de gewijzigde bekostiging, de totale vermogenspositie, de kwaliteit van het management, de oplossingen die door de instelling zelf of door andere partijen in de sector kunnen worden aangedragen etc.

14

Hoe groot is het boekwaardeprobleem (het probleem dat gebouwen voor meer waarde in de boeken staan dan dat zij werkelijk waard zijn)? En wat is daarbij de spreiding van de boekwaardeproblematiek (maximale en minimale probleem)?

De precieze omvang van het «boekwaardeprobleem» is niet bekend. In een achtergrondstudie van het RVZ-rapport schat het RIGO de boekwaarde van het totale vastgoed in de zorgsector op circa € 20 tot € 22 miljard. In een andere achtergrondstudie («Strategisch vastgoedbeheer in de zorgsector») wordt de boekwaarde van het totaal aan materiële vaste activa op circa € 25 miljard geschat. Voor het bepalen van de daadwerkelijke waarde van het vastgoed is vooral de toekomstige kasstroom die het vastgoed kan genereren relevant, die afhangt van de vraag naar de voorzieningen, de beschikbare alternatieven en de kwaliteit die het vastgoed biedt. Het boekwaardeprobleem zou betekenen dat de werkelijke waarde minder dan € 20 à € 25 miljard zou bedragen. Hoeveel minder is echter onduidelijk, zeker omdat er ook stille reserves kunnen bestaan die de waarde van het vastgoed vergroten, zoals (te laag gewaardeerde) grond. Ook de RVZ wijst erop dat er wel schattingen van de omvang van de boekwaardeproblematiek zijn, maar dat deze schattingen fors uiteen lopen. Sommigen schatten in dat die vele miljarden bedraagt, terwijl anderen denken dat het te groot wordt voorgesteld en dat zorgaanbieders het boekwaardeprobleem in beginsel zelf – of met strategische partners – kunnen oplossen. Om goed zicht te krijgen op de reële omvang is dan ook nader onderzoek nodig. De komende maanden zal ik op basis van een risicoanalyse en een doorrekening voor een aantal instellingen tot een nadere kwantificering van het aantal «probleemgevallen» proberen te komen. Uitgangspunt daarbij zal in ieder geval zijn dat «probleemgevallen» integraal moeten worden bekeken. Niet alle instellingen van wie het vastgoed voor te hoge bedragen in de boeken staat zijn automatisch «probleemgevallen».

15

Voorziet u, naast hulp aan probleemgevallen bij de wijziging, ook aftopping van het vermogen bij instellingen waar aanzienlijke winst ontstaat door de voorgestelde wijziging?

Invoering van integrale prestatiebekostiging zal voor een aantal instellingen verlaging van de inkomsten betekenen, terwijl andere instellingen erop vooruit gaan. Ik wil slecht beheer van instellingen in het verleden niet belonen en omgekeerd wil ik ook goed beheer in het verleden niet straffen. Uitgangspunten bij de beoordeling van de gevolgen op instellingsniveau zijn, dat de invoering budgettair neutraal moet zijn, dat de gevolgen op instellingsniveau integraal beoordeeld moeten worden en dat collectieve middelen geherinvesteerd moeten worden in de zorg. Begin 2007 zal de Kamer nader geïnformeerd worden over de wijze waarop hiervoor zorg wordt gedragen.

16

Is bij integrale tarieven aanpassing van de afschrijvingstermijnen nodig? Zo ja, wat zijn hiervan de consequenties voor de zorg- en AWBZ-premie?

Ja. De huidige vergoeding voor afschrijvingen gaat, waar het gebouwen betreft, uit van een technische levensduur van 50 jaar. Een veel gehoorde opmerking bij de invoering van integrale prestatiebekostiging is dat bij de invoering rekening moet worden gehouden met een meer reële, kortere levensduur en een bijbehorende kortere afschrijvingstermijn. Dat maakt de waardering van vastgoed transparanter en voorkomt dat instellingen hun vastgoed tegen een te hoge waarde in de boeken hebben staan.

Daarom heb ik in de nota bij de brief over transparante en integrale tarieven al aangegeven dat de vergoeding voor huisvestingslasten een kostenefficiënte vergoeding moet zijn. Deze vergoeding moet onder andere uitgaan van afschrijvingstermijnen die overeenkomen met de economische levensduur van zorggebouwen (zie de bijlage bij TK 2004/2005, 27 659, nr. 52).

De gevolgen van deze aanpassing voor de Zvw- en AWBZ-premies van deze aanpassing zullen nihil zijn. Het blijkt dat de afschrijvingstermijn voor gebouwen de afgelopen 15 jaar formeel wel 50 jaar was, maar dat bijna geen zorggebouw in Nederland ook daadwerkelijk deze leeftijd haalde. Voor bijna alle gebouwen werd ruim voor het verstrijken van die periode al geheel of gedeeltelijk tot nieuwbouw overgegaan. Nieuwbouw vond dus vaak plaats voordat de gebouwen volledig waren afgeschreven. Dit impliceert dat in de bouwkaders van de afgelopen jaren impliciet al een kortere afschrijvingstermijn dan 50 jaar verwerkt is. Afhankelijk van de precieze verwerking in de huidige budgetten kan verkorten van de afschrijvingstermijnen op korte termijn wel enige meerkosten met zich meebrengen. Omdat er alleen sneller (reëler) wordt afgeschreven, betreft het op de lange termijn echter geen extra kosten. Een nadere duiding van de precieze consequenties voor de zorgpremies zal worden gegeven in de in het antwoord op vraag 2 genoemde brief.

17

De voorgestelde wijziging leidt volgens de RVZ tot een betere benutting van gebouwen. Betekent dit dat de normatieve oppervlakte te ruim is en bijgesteld gaat worden?

Als zorgaanbieders zelf de rente en afschrijving op hun investeringen via productieafspraken met verzekeraars en zorgkantoren moeten verdienen, leidt dat tot een betere benutting van gebouwen. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het verruimen van openingstijden, aan verhuur aan derden van niet benutte ruimtes of verbetering van de logistieke processen. Dat is wat de RVZ bedoelt.

Nieuwbouwnormen voor zorginstellingen zijn in het verleden met enige regelmaat bijgesteld. Dat brengt met zich mee dat bestaande gebouwen op het moment van wijziging van de bouwnormen op dat moment niet aan de nieuwste normen zullen voldoen. Bij het berekenen van de kapitaallastcomponent wordt uitgegaan van de laatst vastgestelde norm. Mogelijk is die inderdaad te ruim. Dat zal blijken bij vergelijking van de huidige norm met gegevens van projecten die geheel voor eigen rekening en risico gebouwd gaan worden.

18

Wat vindt u van de suggestie van de RVZ om de fiscale vrijstelling voor groeninvesteringen te verbreden naar maatschappelijke ondernemers uit de zorg?

De RVZ adviseert om de toegang tot kapitaalbronnen voor zorgaanbieders te vergroten. De raad denkt hierbij aan het aantrekkelijk maken van de plaatsing van obligatieleningen bij een breder publiek, bijvoorbeeld door hierop de fiscale vrijstelling op groen- en risico-investeringen van toepassing te verklaren.

Het is van belang voor een goede marktwerking in het algemeen en voor de transitie naar meer marktwerking in het bijzonder dat zorgaanbieders voldoende mogelijkheden hebben om kapitaal aan te trekken. Daartoe kan het aantrekkelijk zijn om winstuitkering toe te staan, zodat zorgaanbieders beter toegang krijgen tot risicodragend kapitaal (eigen vermogen). Zorgaanbieders beschikken dan over een nieuwe financieringsbron (uitgifte van aandelen). Dit maakt het tevens gemakkelijker voor nieuwe toetreders om zich op de zorgmarkt te begeven, wat bevorderlijk is voor de concur-

rentie en de continuïteit van zorg. Ik overweeg echter niet om het aantrekken van kapitaal fiscaal te stimuleren. De kosten van kapitaal zullen in 2008 geheel worden doorberekend in de integrale tarieven. Het is economisch niet efficiënt om de kapitaallasten met een fiscale faciliteit kunstmatig te verlagen. Verder zou het de financiering van de zorg minder transparant maken en leiden tot hogere administratieve lasten.

Vragen PvdA-fractie

19

Waarom is er nu nog steeds geen duidelijkheid over de voortgang, terwijl eerder in maart 2005 door u is aangegeven dat er duidelijkheid zou worden gecreëerd?

In de afgelopen periode is prioriteit gegeven aan de aanpassing van de bekostiging van zorginstellingen (het DBC- en het ZZP-traject). Een goede bekostigingsstructuur is immers een voorwaarde om tot integrale en transparante tarieven te komen. Tegelijk is in de afgelopen periode door de NZa, SDO en het CBZ en door mij het beleid om te komen tot integrale prestatiebekostiging verder uitgewerkt. Daarover is ook meerdere malen overleg geweest met (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders. Zoals ik in antwoord op vraag 2 heb aangegeven zullen de kapitaallasten per 1 januari 2008 onderdeel gaan uitmaken van de prijzen en tarieven van zorgaanbieders.

20

Bent u zich ervan bewust dat door het uitblijven van een nadere regelingen op het terrein van kapitaallasten ziekenhuizen genoodzaakt zijn om hun bouwplannen uit te stellen, mede omdat financiers niet bereid zijn tot investeringen? Welke maatregelen gaat u treffen om dit probleem op te heffen?

Het is mij bekend dat instellingen zich beraden op hun investeringsplannen nu duidelijk is dat er verandering zal komen in de manier van financieren van rente en afschrijving die voortvloeien uit de investeringsplannen. Ook financiers bezinnen zich momenteel op hun positie. Ik vind dat niet meer dan logisch.

De kapitaallasten zullen vanaf 1 januari 2008 integraal onderdeel worden van de tarieven voor de zorg. Begin 2007 zal duidelijkheid worden verschaft over de wijze waarop en het tempo waarin aanbieders zelf de risico's van hun investeringen moeten gaan dragen. Vooruitlopend daarop heb ik in de ziekenhuissector de «toelating zonder nacalculatie» geïntroduceerd, juist om stagnatie te voorkomen en om ziekenhuizen die niet tot eind 2007 willen wachten op de besluitvorming over de bouwprioritering, in staat te stellen investeringen te doen. Het treffen van aanvullende maatregelen acht ik met het oog daarop niet noodzakelijk.

21

Wat vindt de minister in dit licht van het voorstel dat de NVZ heeft gedaan voor een terugkeergarantie voor ziekenhuizen die wel een verklaring van bouwbehoefte hebben, maar nog geen plaats hebben kunnen bemachtigen op de bouwprioriteitenlijst?

Zie mijn antwoord op vraag 11.

22

Bent u bereid de ziekenhuizen, anticiperend op de nieuwe situatie, nu al te laten afzien van de vergunningsprocedure bij het College Bouw, als ziekenhuizen garanderen te bouwen binnen het bedrag van de bouwprioriteitenlijst volgens de minimale prestatie-eisen?

Theoretisch is het mogelijk de vergunningsprocedure vooruitlopend op de invoering van integrale prestatiebekostiging af te schaffen. Uiteraard dient dan wel gewaarborgd te zijn dat wordt voldaan aan de minimale prestatie-eisen. Afschaffing van de vergunningsprocedure impliceert ook afschaffing van de nacalculatie. Ik zal de mogelijkheden voor versnelde afschaffing van de vergunningsprocedure onderzoeken.

23

Kunt u een stappenplan presenteren waarin de richting wordt aangekondigd van de plannen op het terrein van kapitaallasten, zodat er een einde kan komen aan de onduidelijkheid die hierover heerst voor de sector?

In de kapitaallastenbrief heb ik het beeld geschetst van integrale prestatiebekostiging waarbij zorginstellingen zelf verantwoordelijk zijn voor hun vermogensbeheer. Dit is de situatie waar ik naar toe werk. Ik heb recent bevestigd dat de kapitaallasten vanaf 1 januari 2008 onderdeel uit zullen maken van de prijzen en de tarieven van zowel ziekenhuizen als AWBZ-instellingen. Door de NZa wordt daarvoor momenteel het voorbereidende werk gedaan. Begin 2007 zal een uitgewerkt plan worden gepresenteerd waarbij ook wordt ingegaan op de wijze waarop en het tempo waarin zorginstellingen zelf verantwoordelijk zullen worden voor hun vermogensbeheer. Daarin zal ik ook aangeven hoe de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid tijdens en na de overgang geborgd zullen worden. Vooruitlopend daarop zal ik op korte termijn aan de sector een plan van aanpak presenteren waarin de concrete acties van het ministerie voor de komende maanden zijn opgenomen.

24

Kunt u ingaan op een recente publicatie waaruit zou blijken dat integrale tarieven leiden tot een hoger kostenniveau voor ziekenhuizen?

Als gevolg van de invoering van integrale prestatiebekostiging worden zorgaanbieders zelf verantwoordelijk voor hun vermogensbeheer. Tegenover de vrijheid om de bedrijfsvoering naar eigen inzicht in te richten op de zorgvraag staat onlosmakelijk dat instellingen zelf risico lopen over de keuzes die ze maken. Investerings in gebouwen zullen moeten worden gedaan op basis van een goede inschatting van de mogelijkheid om deze investering terug te verdienen. Ten opzichte van een aanbod gereguleerd stelsel met veel overheidswaarborgen neemt dan het risico toe. Dit vertaalt zich mogelijk in hogere financieringslasten. Daar tegenover staan voordelen van efficiëntere bedrijfsvoering, beter vastgoedmanagement, meer klantgerichtheid en innovatie, lagere administratieve lasten etc. Per saldo zullen de baten van de invoering van integrale prestatiebekostiging opwegen tegen de kosten.

25

Wat is een mogelijke netto-effect van de uitruil hoger kostenniveau ten opzichte van betere efficiency?

Op dit moment is nog niet vast te stellen wat het gevraagde netto-effect zal zijn. De verwachting dat de besparingen hoger zullen zijn dan de extra kosten wordt breed gedeeld. Uit een door Gupta Strategists uitgevoerd onderzoek naar kapitaallasten en -lusten blijkt dat het netto-effect zelfs kan oplopen tot circa 20%.

26

Kan de invoering van de integrale tarieven gepaard gaan met een taakstelling in het bouw kader?

Het gepaard gaan van een taakstelling in het bouwkader met de invoering van integrale tarieven is niet goed mogelijk. Bij integrale tarieven bestaat immers geen voorschrift meer om een deel van de som van de gedeclareerde tarieven te bestemmen voor kapitaallasten of juist niet. Het is dan juist aan de instellingen om met een optimale mix van arbeid, materieel en kapitaal voldoende productie van kwalitatief goed niveau te genereren. Het toepassen van een efficiencykorting, bijvoorbeeld door het opnemen van een lagere vergoeding voor kapitaallasten in de berekening van het tarief, is uiteraard wel denkbaar.

27

Kunt u aangeven wat de raming/reservering is van het bouwkader tot 2011?

Voor de periode tot en met 2007 is er sprake van een reservering voor de totale kapitaallasten. Omdat voor de jaren daarna in een regeerakkoord nog geen expliciete afspraken zijn gemaakt, gaan we voor die jaren uit van een technische extrapolatie van de kapitaallasten. Voor de periode 2007–2011 zijn wel middelen voor vergunningplichtige nieuwbouw gereserveerd in de zogeheten bouwkaders, terwijl ook voor de benutting van de trekkingsrechten ramingen zijn gemaakt. Gegevens hierover zijn opgenomen in het «Financieel Beeld Zorg», een bijlage in de begroting 2007. De totale geraamde ontwikkeling in de kapitaallasten tot 2011 past binnen de technisch geëxtrapolerde kapitaallasten. De intramurale kapitaallasten die zouden worden opgenomen in de integrale tarieven bedragen € 1,7 miljard in 2007 voor de care en € 1,2 miljard voor de ziekenhuizen (algemeen, categoriaal en academisch) in 2007.

Vragen ChristenUnie-fractie

28

Nemen (AWBZ-)zorginstellingen op dit moment voldoende hun verantwoordelijkheid om bijvoorbeeld meerpersoonkamers af te bouwen en te voorzien in adequate wooneenheden?

Ja. Bij brief van 8 september jl. heb ik u geïnformeerd over de aanpak van meerpersoonkamers en woongebouwen in de verpleeghuis- en gehandicaptensector (TK 2005/2006, 30 300 XVI, enz., nr. 174). De tabel op pagina 3 van die brief geeft een overzicht van de stand van zaken in de bouwplanontwikkeling. Daaruit blijkt dat op dit moment nog voor slechts 1,7% van het totaal aantal verpleeghuisplaatsen geen concrete plannen zijn ingediend of onvoldoende voortgang is geboekt.

29

Faillissement van een zorginstelling kan verschillende gevolgen hebben, zoals het geheel staken van de zorgverlening of een onderbreking ervan. Als het om zorg gaat waarvoor de continuïteit noodzakelijk is (acute zorg, verblijfszorg), welk instrument heeft de minister dan om die continuïteit van zorg af te dwingen?

In een systeem van vraaggestuurde zorg met integrale prestatiebekostiging, contracteervrijheid, ondernemerschap en risicodragendheid, dient de overheid uitermate terughoudend te zijn met het ingrijpen in de markt op het moment dat een zorginstelling in de financiële problemen komt. De overheid is niet verantwoordelijk voor de continuïteit van een zorgaanbieder. Indien, als gevolg van een faillissement van een zorgaanbieder de continuïteit van onmisbare zorg in gevaar komt, dient echter wel een systematiek beschikbaar te zijn om de continuïteit van deze onmisbare zorg te garanderen.

Er dient daarbij een onderscheid gemaakt te worden tussen het borgen van de continuïteit van de zorg op de korte en op de lange termijn. Voor de korte termijn is van belang dat de curator in staat wordt gesteld de doorlevering van de zorg te garanderen, totdat de aanbieder wordt overgenomen door een andere partij. Als dat niet mogelijk blijkt te zijn is er sprake van een bedreiging van de continuïteit van de zorg op de korte termijn. Indien een zorgaanbieder failliet gaat die onmisbare zorg levert, en een partij de aanbieder wil overnemen zonder de continuïteit van de onmisbare zorg te garanderen, is er sprake van een bedreiging van de continuïteit van de zorg op de lange termijn. In beide situaties is met het oog op het publiek belang ingrijpen noodzakelijk.

Ik onderzoek op dit moment hoe de continuïteit van de zorg geborgd kan worden door in te grijpen ná faillissement bij een aanbieder die onmisbare zorg levert. In de brief die voor begin 2007 is toegezegd zal een uitgewerkt voorstel worden gepresenteerd.

30

Bij verdere deregulering van de bouw zullen ook zorginstellingen vaker dan nu het geval is gebouwen gaan huren, ook van commerciële partijen. Welk risico lopen bijvoorbeeld ziekenhuizen hiermee? Wat gebeurt er bij een faillissement van de verhuurder? Welk alternatief heeft de zorginstelling bij een sterke toename van de huurprijs? Hoe is die situatie in de AWBZ-sector?

Het is niet zeker of zorgaanbieders, of dit nu ziekenhuizen of AWBZ-instellingen zijn, bij verdere deregulering vaker gaan huren. Deregulering betekent vooral dat het aan zorgaanbieders zelf is keuzes te maken rondom bouwen, kopen of huren, bijvoorbeeld op basis van strategische vastgoedanalyses. Afhankelijk van de uitkomst van die analyses zullen aanbieders overwegen hun vastgoedportefeuille aan te passen, en bijvoorbeeld meer te huren. Maar het is ook goed mogelijk dat ze juist besluiten vaker zelf te bouwen en hun vastgoed in eigendom te houden.

Wat er gebeurt bij faillissement van de verhuurder is afhankelijk van eventuele bepalingen daarover in het huurcontract. De huur van zorginstellingen valt niet onder het huurrecht voor woon- of bedrijfsruimte. Voor het aangaan van huurcontracten bestaat daarom vrij grote beleidsvrijheid voor huurder en verhuurder. Los van mogelijke bepalingen in het huurcontract is het onwaarschijnlijk dat een eventuele (gedwongen) verkoop van het gehuurde object gevolgen heeft voor de zorginstelling. Hoe specifiek het vastgoed, hoe meer de nieuwe eigenaren er in beginsel baat bij zullen hebben om de relatie met de zorginstelling voort te zetten. Mutatis mutandis geldt hetzelfde voor een sterke stijging van de huurprijs. De huurprijs kan alleen sterk toenemen als het contract vernieuwd moet worden of als hierover in het contact al duidelijke afspraken zijn gemaakt. In het laatste geval zal dit voor zorgaanbieders geen probleem opleveren. Het eerste geval zal zich, vanwege de specifieke aard van veel zorgvastgoed, in de praktijk nauwelijks voordoen. Als verhuurder en huurder doorgaans goede afspraken hebben kunnen maken, zal de verhuurder niet snel het risico willen lopen om de jarenlange goede contractuele relatie op het spel te zetten.

31

Bij sluiting van een ziekenhuislocatie en afstoting van vastgoed en grond ontstaat al snel een onomkeerbare situatie. Welk instrumentarium heeft de minister om deze gang van zaken te niet te doen of te voorkomen, als bijvoorbeeld blijkt dat procedures niet of onzorgvuldig zijn verlopen (overleg met de zorgverzekeraars en regionaal overleg acute zorgketen) en de bereikbaarheid van acute zorg toch in gevaar komt?

Eigen verantwoordelijkheid van zorgaanbieders voor hun vermogensbeheer betekent ook dat zij zelf bepalen of zij een locatie sluiten of vastgoed of grond afstoten (zie ook het antwoord op vraag 4). Wel zullen altijd de publieke belangen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid geborgd moeten zijn. Indien deze publieke belangen in gevaar komen kan de minister in het kader van de WTZi het voorschrift aan de toelating verbinden dat acute zorg open gehouden moet worden en als ultimatum remedium de toelating van de zorginstelling intrekken. Ook bestuursdwang en het verbinden van een beperking aan de toelating behoren tot het instrumentarium van de minister.

32

Op welke wijze kan de overheid de ziektekostenverzekeraars dwingen om hun verplichtingen na te komen voor wat betreft het aanbieden van voldoende bereikbare curatieve zorg?

De verzekeraar heeft de wettelijke plicht om te zorgen dat de verzekerde de verzekerde zorg daadwerkelijk kan genieten. Daarnaast dient de verzekeraar in geval van een restitutiepolis de kosten te vergoeden die een verzekerde maakt om deze zorg te genieten. De NZa heeft de taak hier op toe te zien. Mocht een zorgverzekeraar zich niet houden aan de wettelijke bepalingen dan zal de NZa, gezien het publieke belang dat hiermee in het geding is, de zorgverzekeraar een aanwijzing geven. Indien de zorgverzekeraar de aanwijzing niet nakomt binnen de gestelde termijn, kan de NZa bovendien bestuursdwang toepassen of het niet nakomen in de openbaarheid brengen.

33

Tot nu toe hebben de normprijzen voor de aanschaf van grond van het College Bouw een drukkend effect op de kostprijs. Na afschaffing van het bouwregime is een forse toename van grondkosten te verwachten. Hoe kan die prijsstijging worden voorkomen?

De verwachting dat na afschaffing van het bouwregime een forse toename van de grond-prijs te verwachten valt kan ik noch bevestigen noch ontkennen. Voor sommige regio's en steden hanteert het CBZ ook nu al een opslag, bovendien volgen ook de normprijzen de markt. Een eventuele prijsstijging is voor een instelling die op zoek is naar een locatie ongunstig, voor een instelling die grond wil verkopen is het juist weer gunstig.

34

Gezien de lange gebruiksduur van vastgoed is een kwaliteitstoetsing van de zorgvoorzieningen vooraf noodzakelijk. In welke wijze wordt hierin voorzien na afschaffing van het bouwregime? Zijn de kwaliteitseisen uit het Bouwbesluit hiervoor voldoende of dienen er aanvullende kwaliteitseisen te zijn? Zo ja, wie is verantwoordelijk voor het opstellen hiervan?

De kwaliteit van het gebouw waarin of van waaruit zorg wordt geleverd is één van de aspecten die bijdraagt aan de kwaliteit van de geleverde zorg als geheel. Ook na afschaffing van het bouwvergunningensysteem zal deze kwaliteitsbijdrage van gebouwen geborgd moeten blijven. Het ligt voor de hand dat die kwaliteitseisen regulier onderdeel worden van de normen voor verantwoorde zorg. Hoe de verantwoordelijkheid rondom het opstellen en het handhaven van die normen wordt belegd wordt op dit moment nader geanalyseerd, in overleg met de betrokken toezichthouders. Ik zal u daarover in de reeds eerder aangekondigde brief begin 2007 nader informeren.

35

Bij liberalisering van de prijzen zal een kostprijs moeten worden bepaald voor het gebruik van ruimten voor bijvoorbeeld de beschikbaarheid van spoedeisende hulp, opleidingen en de uitvoering van de academische component? Is een dergelijke kostprijsberekening technisch mogelijk, gezien ook het feit dat ruimten en gebouwen voor meerdere doeleinden worden gebruikt? Wat is hier het gevaar van kruissubsidiëring?

Het is van belang dat ziekenhuizen een reële vergoeding krijgen voor de geleverde prestaties. Hoe beter de bekostiging aansluit bij de werkelijke kosten, hoe minder kans er is op kruissubsidiëring. Het is niet eenvoudig om kosten in het algemeen of die van gebouwen in het bijzonder goed toe te rekenen naar afzonderlijke prestaties. Soms moeten hierin aannames worden gedaan. Wel zijn de bestaande totale kosten het uitgangspunt en kan met een consequente toerekening van kosten relatief eenvoudig worden voorkomen dat kosten dubbel worden toegerekend en er te veel wordt bekostigd. De NZa is momenteel bezig met het bepalen van de kapitaallastenvergoeding voor o.a. het beschikbaar houden van spoedeisende hulp en de academische component.

36

Is reservecapaciteit in ziekenhuiszorg nodig voor bijvoorbeeld het opvangen van slachtoffers van grote epidemieën, rampen en terroristische aanslagen? Welke afspraken worden daarover met de ziekenhuizen gemaakt? Hoe vindt de vergoeding van de extra kosten voor het vastgoed hiervoor plaats?

Van een dergelijke reservecapaciteit is geen sprake. Er is dus ook geen sprake van extra kosten voor het vastgoed. In geval van epidemieën, rampen en aanslagen vindt triage plaats als gevolg waarvan minder patiënten met minder zware aandoeningen ontslagen worden om plaats te maken voor patiënten met zwaardere aandoeningen.

37

Welk risico lopen AWBZ-instellingen met verblijf en behandeling (verpleeghuizen) in het aanhouden van enige reservecapaciteit om fluctuaties in het zorgaanbod op te vangen?

Ik verwacht niet dat AWBZ-instellingen met verblijf en behandeling, zoals verpleeghuizen, ongewenst veel risico lopen als zij enige reservecapaciteit aanhouden. In de tariefstelling zal vooralsnog, zoals ook nu al het geval is bij de Regeling kleinschalig wonen, rekening worden gehouden met een beperkte onderbezettingsgraad om de bij een normale bedrijfsvoering behorende fluctuaties op te kunnen vangen. Voor het overige is het aan zorgaanbieders zelf om het bedrijfsrisico te managen. Aanbieders die financieel gezond zijn, zijn ook goed in staat schommelingen in de afzet op te vangen. Dat betekent dat aanbieders vooral aandacht moeten besteden aan het versterken van hun solvabiliteit en aan het versterken van het management. Met het eerste kunnen negatieve fluctuaties in het bedrijfsresultaat adequaat worden opgevangen. Het tweede is nodig om negatieve fluctuaties zoveel mogelijk te voorkomen en tijdelijke overcapaciteit creatief te benutten.

38

Kunnen AWBZ-instellingen die verblijf bieden en vastgoed daarvoor huren een huurcontract realiseren waarbij alleen huur wordt betaald voor verblijfseenheden die daadwerkelijk voor de zorg worden gebruikt?

Ja, dat komt voor. Of zorgaanbieders erin slagen een dergelijk huurcontract te realiseren zal vooral afhangen van hun algemene onderhande-

lingsvaardigheden en van de mogelijkheden die de verhuurder heeft om andere huurders aan te trekken. In algemene zin geldt dat die mogelijkheden groter zijn naarmate de huisvesting minder is aangepast ten opzichte van reguliere woningbouw.

39

Op welke wijze kan wettelijk worden geborgd dat grond die afgestoten wordt door een zorginstelling verplicht tegen boekwaarde dient worden te verkocht aan een zorginstelling die deze grond nodig heeft voor het uitvoeren van AWBZ- of Zvw-bekostigde zorg?

In de beoogde eindsituatie van volledige risicodragendheid van aanbieders voor hun bedrijfsvoering past niet langer overheidsbemoeienis ten aanzien van aan- en verkoop van onroerende zaken. Aan de kant van de verkopende partij zou verkoop tegen boekwaarde niet sporen met het uitgangspunt van marktconform handelen, aan de kant van de kopende partij zou de mogelijkheid om tegen boekwaarde te kunnen kopen een zuivere afweging van kosten en baten vertroebelen. Ik onderzoek of er in de periode daaraan voorafgaand spelregels op dit punt geformuleerd kunnen worden.