

Vergaderjaar 2004–2005

27 659

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

Nr. 52

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 8 maart 2005

1. Inleiding – Vragen Tweede Kamer tijdens het WTZi-debat

Het geven van meer vrijheden en verantwoordelijkheden aan de intramurale sectoren in de gezondheidszorg¹ is het belangrijkste doel van het wetsvoorstel Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Over dit wetsvoorstel, dat de beoogde opvolger is van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV), heb ik op 1 september 2004 met uw Kamer gedebatteerd. Tijdens het debat was de Kamer onder meer geïnteresseerd in hoe wij willen omgaan met het kapitaallastenvraagstuk dat de volgende drie deelvragen omvat:

- Hoe worden de kapitaallasten van de gebouwen van zorginstellingen nu en in de toekomst onderdeel van de tarieven en is dit betaalbaar?
- Welke mogelijkheden zijn er om het bouwregime af te schaffen?
- Welke juridische gevolgen heeft de overname van een bestaande zorginstelling door een andere partij en hoe kan – wanneer uitkeerbare winst is toegestaan – worden voorkomen dat dit ten koste gaat van de zorg?

Ik geef in deze brief, mede namens de staatssecretaris, antwoord op deze vragen. Voor een nadere toelichting op en onderbouwing van de in deze brief gemaakte keuzes, verwijs ik naar de door een interdepartementale werkgroep opgestelde notitie «Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg» die is bijgevoegd².

2. Meer initiatief en verantwoordelijkheid zorginstellingen door prestatiebekostiging

De capaciteit van de intramurale zorgverlening komt in Nederland voort uit particulier initiatief en niet uit een door de overheid zelf gepland en uitgevoerd bouwprogramma. Wel bepaalt de overheid het tempo waarin de particuliere initiatieven mogen worden gerealiseerd. Dit gebeurt om een beheerste groei van de kosten mogelijk te maken. Een nadeel van het huidige systeem is de bureaucratische regelgeving. Verder leidt de budgetzekerheid van de instellingen tot bestaanszekerheid, waardoor zij

¹ Het gaat om curatieve zorg (zowel somatisch als geestelijk) en de grootschalige AWBZ-zorg (meer dan 25 verblijvende cliënten) voor ouderen, gehandicapten en de geestelijke gezondheidszorg.

² Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

minder kostenbewust en doelmatig handelen. Hierdoor worden potentiële productiviteitsverbeteringen niet gerealiseerd.

Het particulier initiatief moet de motor blijven om de benodigde capaciteit te realiseren. Het kabinet wil echter dat de investeringen niet, zoals nu, door overheidsregulering worden bepaald maar door de zorginstellingen zelf. Zij zijn in de eerste plaats verantwoordelijk voor de afweging om de productiefactoren arbeid en kapitaal in te zetten en de rentabiliteit van de investeringen te beoordelen. Dat geldt ook voor te maken keuzes over bouwen, kopen of huren. Instellingen moeten zich rekenschap geven van en geconfronteerd worden met de consequenties van hun investeringen. Nu is dat niet of onvoldoende het geval: instellingen krijgen van de overheid immers een vast budget voor de dekking van de rente en afschrijving.

Het kabinet wil dat instellingen zelf afwegen hoe ze de kapitaallasten die het gevolg zijn van besluiten over huisvesting, zelf kunnen terugverdienen met de verkoop van zorgdiensten (het leveren van zorg). Een veelgebruikte term hiervoor is integrale prestatiebekostiging. Prestatiebekostiging in de zorgsector betekent sterkere doelmatigheidsprikkels voor de instellingen (micro-niveau) en minder directe sturing van de overheid van bovenaf (macro-niveau). Die combinatie is volgens ons de sleutel om het vraagstuk van de kapitaallasten op te lossen.

De care en de curatieve zorg werken momenteel hard aan het invoeren van de prestatiebekostiging. In de care vertaalt zich dat in functies en in de cure in diagnose-behandelcombinaties, dbc's. De rente en afschrijving van de gebouwen zijn daar tot op heden buiten gelaten. De huisvestingslasten bedragen circa 10% van de jaarlijkse omzet. In deze brief schetsen wij een weg om op verantwoorde wijze de kapitaallasten op te nemen in de prestatiebekostiging. De cliënt/patiënt profiteert hiervan omdat er meer rekening zal worden gehouden met zijn of haar wensen. Zeker in de care, waar de kosten voor wonen een groot deel uitmaken van de kapitaallasten, is dit van groot belang.

3. Vertrekpunt: één oplossingsrichting voor de gehele zorgsector

Zorginhoudelijk, qua karakteristieken en qua besturing van de sector, zijn er duidelijke verschillen tussen de care en de cure. De AWBZ-zorg richt zich op het ondersteunen bij (vaak onomkeerbare) beperkingen die leiden tot chronische, langdurige zorg, terwijl de curatieve zorg gericht is op en vaak leidt tot herstel. Dit heeft gevolgen voor de organisatie van de zorg en voor de gebouwde infrastructuur. De curatieve zorg omvat een relatief beperkt aantal min of meer gelijkvormige instellingen, de AWBZ kent een grotere hoeveelheid instellingen met meer variatie.

Bestuurlijk zit het belangrijkste verschil in de organisatie van de vraagkant. In de care bepaalt de onafhankelijke indicatiestelling primair het zorgvolume. Betrekkelijk risicoloos opererende zorgkantoren verschaffen de geïndiceerden toegang tot de zorg. De inkooprol van de zorgkantoren dient te worden versterkt voor een doelmatiger koppeling van de indicatie aan het zorgaanbod. In de cure wordt het zorgvolume en de doelmatigheid van de zorginkoop steeds sterker bepaald door onderling concurrerende verzekeraars die namens en ten behoeve van hun verzekerden zorg inkopen.

Noch de zorginhoudelijke, noch de bestuurlijke verschillen, zijn op zich redenen om in de twee sectoren principieel verschillende oplossingsrichtingen te kiezen voor het kapitaallastenvraagstuk. Als onderdeel van de invoering van prestatiebekostiging dragen de in deze brief verwoorde voorstellen bij aan het bereiken van betere onderlinge vergelijkbaarheid van zorgdiensten en het kunnen afrekenen op prestaties. Dat dit moet gebeuren staat los van verdere ambities op het gebied van marktwerking

zoals de versterking van de vraagzijde of liberalisering van de prijzen. Wel is het zo dat prestatiebekostiging niet alleen impliceert dat instellingen baat krijgen bij meer marktconform werken, maar ook bij het leveren van meer productie. Om dat beheersbaar te houden is voldoende «countervailing power» van de vraagzijde noodzakelijk. Met name voor de AWBZ is het van belang dat, gelijktijdig met de invoering van prestatiebekostiging, een adequate tegenkracht wordt ontwikkeld via een versterking van de vraagkant.

Technisch gezien kent de af te leggen weg van de bestaande budgetsystematiek naar de prestatiebekostiging voor beide sectoren grote overeenkomsten. Daarom volgen we bij het oplossen van het vraagstuk van de kapitaallasten in de care en de cure dan ook zo veel mogelijk dezelfde route. Dat is des te meer gewenst omdat de WTZi voor beide sectoren regels stelt en omdat na invoering van de Zorgverzekeringswet beide sectoren te maken hebben met de intramurale geestelijke gezondheidszorg. De gelijksoortige oplossingsrichtingen voor beide sectoren sluiten niet uit dat er tussen de sectoren verschillen zijn in maatvoering en tempo van het transitieproces.

4. De overgang: geleidelijk maar gestaag

Hieronder geef ik in beknopte vorm de agenda weer van de door ons beoogde transitie van de intramurale sectoren. Ik doe dat aan de hand van de drie kernvragen (zie § 1) die uw Kamer mij in september 2004 stelde¹.

4.1. Kapitaallasten worden onderdeel van de tarieven

De aanpak met betrekking tot de kapitaallasten staat los van de vraag of er sprake is van vrije prijzen dan wel gereguleerde tarieven. Vooralsnog gaan we uit van door de overheid gereguleerde kostenefficiënte tarieven.

De eerste stap in het transitieproces is het opnemen van een normatieve vergoeding voor de kapitaallasten in de tarieven van de dbc's (cure) en functies (care). De integrale tarieven kunnen verschillen tussen de sectoren, maar zijn per sector voor alle instellingen gelijk. Daardoor krijgen de instellingen de kapitaallasten niet meer als een autonoom vast bedrag in hun budget.

De integrale tarieven kunnen op instellingsniveau voor positieve en negatieve financiële effecten zorgen. Ten eerste vanwege het overstappen van een instellingsspecifiek kapitaallastenbudget op een uniforme genormeerde vergoeding (reallocatie-effect) en ten tweede als gevolg van schommelingen in de afzet, de hoeveelheid geleverde zorg. We vinden het realistisch de instellingen voor het aanpassen aan deze effecten een gewenningsperiode te geven. Het kan nodig zijn om kosten tussen instellingen tijdelijk te verevenen. Voor het opvangen van de gevolgen van de afzetschommelingen voorzien we in een soortgelijke gewenningsperiode. In de curatieve zorg kunnen beide gewenningsprocessen wellicht sneller en deels gelijktijdig plaatsvinden zodat de overgangperiode korter is. Rekening houdend met een aanlooperperiode van twee jaar en een overgangperiode van zes jaar kan de integrale en transparante prestatiebekostiging in 2012 zijn gerealiseerd. Het komende halfjaar zullen we de beschreven stappen en de budgettaire effecten nader uitwerken. De beleidsmatige afweging bij concreet te zetten stappen vindt mede plaats met inachtneming van de budgettaire kaders zoals die op dat moment gelden. Een eerste verkenning geeft aan dat invoering van prestatiebekostiging bij de kapitaallasten onder voorwaarde van budgettaire neutraliteit waarschijnlijk mogelijk is. De uitwerking vindt plaats in overleg met de zorgaanbieders, CBZ, CTG/ZAio, ZN en andere bestuurlijk relevante partijen. Tot de laatste groep behoren in ieder geval gemeenten, provincies en woningbouwcorporaties².

¹ Bijgevoegde notitie geeft technische achtergrondinformatie. Hoofdstuk 4 van de notitie bevat een «transitieschema».

² Bij gemeenten en provincies in verband met eventuele gevolgen voor door hen verstrekte financiële garanties bij door zorginstellingen afgesloten leningen. Bij de woningbouwcorporaties gaat het om de eventuele gevolgen voor het uit 1999 daterende protocol over de «uitbreiding van de garantiestructuur sociale woningbouw aangaande verzorgingshuizen».

Tijdens de gewenningsperiode voor de afzetfluctuaties nemen de risico's voor de instellingen geleidelijk toe. De overheid is en blijft verantwoordelijk voor het veilig stellen van de publieke belangen. Wij vinden dat de overheid, om tijdens de transitie de continuïteit van zorg voldoende te kunnen waarborgen, over enkele specifieke instrumenten moet kunnen beschikken om de toegang tot de kapitaalmarkt open te houden. Meer verantwoordelijkheid voor de instellingen betekent ook dat zij zelf de gevolgen dragen van hun beslissingen. Permanent slecht presterende instellingen kunnen niet overleven. De rol van de overheid dient zo beperkt mogelijk te zijn. Immers, iedere vorm van garanties vanuit de overheid verstoort de beslissingen van marktpartijen. Alleen wanneer de continuïteit van noodzakelijke zorg in gevaar komt, is er mogelijk een rol voor de overheid. Voor deze uitzonderlijke gevallen heeft de overheid als «last resort» een saneringsinstrument dat die continuïteit van de noodzakelijke zorg waarborgt.

De toenemende risico's voor de instellingen betekenen ook dat instellingen hun vermogensstructuur hierop moeten aanpassen. Sommige instellingen die nu – in een risicoloze situatie – goed functioneren, kunnen straks vanwege een mindere solvabiliteitspositie een opstapje nodig hebben tot het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) of de banken. Een achtergestelde lening is zo'n opstapje omdat het de eigenvermogenspositie versterkt. Hier kan een tijdelijke rol voor de overheid liggen. Daarnaast blijft de overheid in de overgangssituatie het WfZ faciliteren door als «achtervang» op te treden.

Bovenstaande instrumenten voor de overgangperiode moeten voldoen aan de Europese wetgeving. Wij zullen dat toetsen. Belangrijk daarbij is naar onze mening dat, voor zover er sprake zou zijn van staatssteun, deze tijdelijk is en de bedoeling heeft om de invloed van de overheid te verminderen.

4.2. Mogelijkheden om het bouwregime af te schaffen

Het bouwregime kent twee aspecten. Het eerste aspect is dat de minister de investeringen goedkeurt omdat ze moeten passen in het beschikbare budget. Het tweede aspect omvat de bouwkundige toetsing en overige procedures om uiteindelijk een WZV-vergunning te krijgen. Het bouwregime kan vervallen als instellingen in voldoende mate geconfronteerd worden met het feit dat ze de kapitaallasten zelf moeten terugverdienen via de verkoop van zorgdiensten. Dit laatste is het geval als de instellingen daadwerkelijk een belangrijk deel van de gevolgen van afzetschommelingen zelf opvangen én wanneer instellingen dus zelf risico dragen.

4.3. Voorwaarden voor uitkeerbare winst

Zorgondernemingen hebben op dit moment meestal de stichtingsvorm als rechtsvorm. Om het ondernemerschap te stimuleren moet het stichtingsbestuur professioneler worden en het toezicht minder vrijblijvend. Hierover is recent geadviseerd door verschillende adviesorganen zoals de Wetenschappelijke raad voor het overheidsbeleid (WRR), het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) en de Sociaal Economische Raad (SER). Zij constateren een groeiende behoefte bij zorginstellingen en andere maatschappelijke instellingen met het oog op hun sociale doelstellingen te kunnen ondernemen. Tegelijkertijd doet zich de vraag voor hoe maatschappelijke ondernemingen bestuurlijk kunnen worden versterkt zodat zij op een verantwoorde manier hun publieke taak kunnen uitvoeren en daarover verantwoording afleggen. Kenmerkend voor maatschappelijke ondernemingen is dat zij toegang hebben tot de kapitaalmarkt en dat zij behaalde winsten niet uitkeren aan derden maar dit herinvesteren in de zorgsector.

Voordat er sprake kan zijn van het uitkeren van winst aan derden dient allereerst aan een aantal condities te worden voldaan. Er dient transparante en integrale prestatiebekostiging (inclusief de huisvestingslasten) te zijn en zorginstellingen dienen volledig risicodragend te zijn voor schommelingen in de afzet. Na het overgangsproces naar deze situatie is er met betrekking tot de bekostiging van de zorginstellingen sprake van een gelijk speelveld omdat dan zowel de nieuwe als bestaande instellingen onder gelijke condities functioneren. Dit is vooralsnog niet het geval. In deze brief en in bijgevoegde nota is geschetst hoe op termijn aan de genoemde condities kan worden voldaan. Op basis van wat in paragraaf 4.1. is beschreven zal hiervan vermoedelijk pas in 2012 sprake kunnen zijn. Het toestaan van uitkeerbare winst vergt dan een afzonderlijk besluit van het kabinet.

Het kabinet hanteert nu en in de toekomst het beleidsuitgangspunt dat economische waarde die is opgebouwd in een door overheidsregels gecreëerde omgeving met weinig risico's niet mag «weglekken» naar commerciële partijen.

Daarnaast hecht het kabinet aan een zorgvuldige waarborging van de publieke belangen van de gezondheidszorg. Het betreft hier de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg. Ten aanzien van de lange termijn haalbaarheid van deze belangen voert het kabinet momenteel een aantal majeure operaties uit waaronder onderhandelbare prijzen voor dbc's en functies, de versterking van de vraagkant door de invoering van een nieuw verzekeringsstelsel en de in deze brief aangekondigde veranderingen op het gebied van de bekostiging. Het is duidelijk dat deze operaties zorgvuldig dienen plaats te vinden. Vooralsnog zullen door het stimuleren van het maatschappelijk ondernemerschap en het invoeren van de transparante integrale bekostiging de concurrentieprikkels voor instellingen die geen winst mogen uitkeren toenemen en daarmee de ondernemingszin in de gezondheidszorg.

Intramurale instellingen die vóór 2012 bereid zijn de zorg te verlenen tegen transparante en integrale tarieven (dus inclusief de huisvestingslasten) en bereid zijn daarover het volledige afzetrisico te willen lopen, kan bij uitzondering het uitkeren van winst aan derden bij kabinetsbesluit worden toegestaan.

5. Tot slot

Ons adagium bij het hervormen van de zorgsector is: «concurrentieprikkels waar het kan, overheidssturing waar het moet». Deze brief en de achterliggende notitie «Transparantie en integrale tarieven in de gezondheidszorg» geven naar onze mening een adequate aanpak voor de oplossing van het kapitaallastenvraagstuk.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst