

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

2524

Vragen van het lid **Van der Staaij** (SGP) aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de gevolgen van het beleid om capaciteitsuitbreiding onder de contracteerruimte te brengen* (ingezonden 12 april 2011).

Antwoord van staatssecretaris **Veldhuijzen van Zanten-Hyllner** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 17 mei 2011).

Vraag 1

Klopt het dat de capaciteitsuitbreiding in de care, die is geïnventariseerd door TNO, de raming van VWS van € 175 miljoen overschrijdt? Zo ja, met hoeveel overschrijdt de inventarisatie van TNO de raming van VWS? Wat is uw analyse van de oorzaken die aan deze overschrijding ten grondslag liggen?

Antwoord 1

Het is juist dat de TNO-inventarisatie een hoger bedrag laat zien dan de gereserveerde € 175 miljoen. In het TNO-rapport wordt een bedrag genoemd van € 350 miljoen. Een deel van dit verschil wordt verklaard omdat naar verwachting meer capaciteit in gebruik zal worden genomen dan vooraf was voorzien. Een andere deel van het verschil wordt verklaard door het gegeven dat deze inventarisatie in het najaar van 2010 is uitgevoerd en projecten zijn opgevoerd waarvan het onzeker is of zij wel in 2011 in gebruik kunnen worden genomen. Ook de zorgkantoren hebben nog niet alle projecten volledig kunnen toetsen op wenselijkheid. Het bedrag dat in het TNO-rapport wordt genoemd, komt daarom zeker niet overeen met de feitelijke uitgaven die in 2011 zullen worden gedaan.

Vraag 2

Hoe verhoudt zich dat tot het beleid¹ om toekomstige overschrijdingen zo veel mogelijk te voorkomen door de kosten van nieuwe capaciteit vanaf 2011 onder de contracteerruimte te brengen? Wat zijn de oorzaken ervan dat de capaciteitsuitbreidingen blijkbaar jaar op jaar te laag worden geraamd?

¹ Zoals aangegeven in het verslag van 9 december 2010 met betrekking tot de wijziging van de begrotingsstaten 2010.

Antwoord 2

Tot nu toe werden de kosten van nieuwe capaciteit vergoed buiten de contracteerruimte, waarbij slechts een globale toets plaats vond door zorgkantoren op de wenselijkheid. Vanaf 2011 zijn deze kosten onder de contracteerruimte gebracht en zal er een strikte toetsing door het zorgkantoor plaatsvinden, dit heeft een kostendempend effect. Ondanks deze toetsing is het mogelijk dat uiteindelijk de kosten hoger uit zullen vallen dan geraamd. Dit kan onder meer samenhangen met de verwachtingen ten aanzien van de groei in de diverse sectoren. Verondersteld is dat er sprake is van een incidentele hoge groei van de nieuwe capaciteit in de afgelopen jaren en dat deze zal gaan verminderen.

Vraag 3

Hoe verhoudt het nieuwe beleid zich tot de eerdere toezeggingen voor bouwplannen met een onder het bouwregime van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZI) afgegeven toelating met bouw?² Worden deze plannen – waaronder met betrekking tot de afbouw van meerpersoonskamers – gehonoreerd?

Antwoord 3

Het beleid om de exploitatielasten van capaciteitsuitbreiding onder de contracteerruimte te brengen staat niet op gespannen voet met de besluitvorming ten aanzien van de bouwprioriteitenlijst 2008 – 2011. Op die lijst staan de voornemens die vooral betrekking hebben op renovatie en vervangende nieuwbouw. De nieuwe beleidsvoornemens zien op de volume-uitbreidingen die geen onderdeel uitmaakten van de bouwprioriteitenlijsten onder het bouwregime. Juist omdat daarop eerder geen sturing plaatsvond, konden op die titel jaarlijks overschrijdingen worden geconstateerd. Daaraan wil ik een halt toeroepen.

Dat wil niet zeggen dat de initiatieven die op de bouwprioriteitenlijst staan, waaronder initiatieven inzake afbouw meerpersoonskamers, waarvoor voor de goede orde geen toezeggingen zijn gedaan, maar een reservering is gepleegd, ook tot realisatie zullen komen. Daarvoor is met name van belang hoe initiatiefnemers hun besluitvorming richten naar de integrale tarieven zoals die vanaf 1 januari 2012 zullen worden gehanteerd. Hierover informeer ik uw Kamer zeer binnenkort.

Vraag 4

Bent u bekend met de gevolgen van het beleid om capaciteitsuitbreiding onder de contracteerruimte te brengen, bijvoorbeeld dat zorgkantoren hun toezeggingen voor (toekomstige) capaciteitsuitbreidingen intrekken? Wat is daarop uw reactie?

Antwoord 4

Het is bekend dat zorgkantoren zich kritischer opstellen ten opzichte van (toekomstige) capaciteitsuitbreidingen. Dit is ook beoogd met het onder de contracteerruimte brengen van de exploitatiekosten van (nieuwe) capaciteit.

Vraag 5

Bent u bekend met het feit dat zorgaanbieders hun bouwinitiatieven – voor zover qua verplichtingen nog mogelijk – noodgedwongen stil leggen dan wel geen nieuwe initiatieven ondernemen, vanwege de onzekerheid of deze straks nog bekostigd worden? Welke gevolgen heeft dit voor de voortgang met betrekking tot scheiden van wonen en zorg en de realisatie van nieuwe kleinschalige initiatieven? Hoe kan voorkomen worden dat cliënten als gevolg van deze maatregel niet bij de instelling van hun keuze terecht kunnen of daar op de wachtlijst terecht komen?

Antwoord 5

Ik hecht eraan hier aan te geven dat deze vraag naar mijn mening niets van doen heeft met de beleidswijziging ten aanzien van de contracteerruimte. Mij is bekend dat een deel van de aanbieders hun bouwinitiatieven aanhouden of bijstellen. Overigens zijn er ook tal van instellingen die wel doorgaan met bouw of bijgestelde bouw. De reden van het tijdelijk aanhouden of zelfs

² Brief van VWS over de bouwprioriteiten, 26 juni 2008.

afzien van investeringen van bouwinitiatieven kan sterk variëren en hangt samen met de complexiteit van afweging van investeringen. Dit kunnen perikelen zijn over bijvoorbeeld financiering. Waar vroeger financiering vanzelfsprekend was, omdat er veel en goedkoop geld in de markt was en banken risicoloos geld konden verstrekken, zijn deze nu veel kritischer. Maar ook gemeentelijke bouwvergunningen en juridische procedures kunnen voor vertraging zorgen. Ook is duidelijk dat veel instellingen zich bezinnen en hun bouwplannen nog eens tegen het licht houden.

De verwachte inkomsten zijn van groot belang voor beslissingen van instellingen. Verwachte bezetting, afspraken met zorginkopers en alternatieven voor cliënten in de omgeving zijn van belang voor de raming van de inkomsten. Over de inrichting van het bekostigingssysteem zal ik binnenkort meer duidelijkheid geven.

De eventuele vertraging in de bouw heeft als zodanig geen effect op de voortgang van het traject scheiden van wonen en zorg. Het effect op nieuwe kleinschalige initiatieven is moeilijk in te schatten. Mij is niet bekend hoeveel kleinschalige initiatieven worden getemporiseerd en zeker niet waarom. Aan de andere kant is het zo dat kleinschaliger initiatieven doorgaans makkelijker te realiseren zijn dan grootschalige en voor een organisatie door de beperktere impact minder risico betekenen.

Een temporisering van de bouw zal het aanbod aan geschikte accommodaties naar verwachting tijdelijk kleiner maken. De match tussen vraag en aanbod zal uiteindelijk in de relatie tussen cliënt, verzekeraar en zorginstelling gemaakt moeten worden.

Vraag 6

Waarom wordt de omvang van de contracteerruimte per zorgkantoor aangehouden voor de verdeling van de eerste tranche van € 150 miljoen? Is het niet veel logischer om bij het verdelen van de beschikbare middelen te differentiëren naar de te verwachten benodigde capaciteit per regio en per branche? Wilt u erop toezien dat zorgkantoren rekening houden met de instellingen die in de komende jaren een te verwachten tekort aan intramurale voorzieningen hebben?

Antwoord 6

Uit het TNO-onderzoek komen geen grote verschillen naar voren tussen de verschillende regio's. In overleg met de zorgkantoren is dan ook besloten de eerste tranche van € 150 miljoen evenredig te verdelen over de zorgkantoren. Bij de toewijzing van de middelen zullen de zorgkantoren rekening houden met de verwachte tekorten aan intramurale voorzieningen. Ik zal dat onder meer monitoren via de Nederlandse Zorgautoriteit.

Vraag 7

Bent u ermee bekend dat de onzekerheid over de capaciteitsuitbreidingen met name kleinere organisaties in de knel brengt, aangezien deze kleinere organisaties de omschakeling naar zwaardere zorgzwaartepakketten (zzp's) willen maken vanwege de te verwachten veranderingen in het kader van scheiden van wonen en (zorg zij hebben daartoe immers vaak een toelating met behandeling nodig, maar krijgen deze nu niet meer van het zorgkantoor)?

Antwoord 7

Het is bekend dat een meer kritische opstelling door zorgkantoren ten aanzien van capaciteitsuitbreidingen vooral bij kleinere organisaties leidt tot onzekerheden. Zoals aangegeven in het antwoord op vraag 5 speelt echter een groot aantal factoren een rol bij capaciteitsinitiatieven. Goede en vroegtijdige afstemming met het zorgkantoor is daarbij van belang.

Vraag 8

Bent u bekend met het onderzoek van ActiZ naar de zorgcontractering AWBZ 2011, waaruit blijkt dat zorgkantoren nauwelijks meerjarenafspraken maken? Wat is uw reactie op dat onderzoek in relatie tot deze problematiek?

Antwoord 8

Het onderzoek van ActiZ is mij bekend. In het onderzoek wordt verwezen naar de situatie dat zorgverzekeraars de AWBZ gaan uitvoeren voor eigen verzekerden (vanaf 2013). ActiZ doet een appel op de zorgverzekeraars om

dan meer ruimte te bieden voor meerjarenafspraken. Ik vind het zinvol dat in de dialoog tussen zorgverzekeraars en aanbieder ook ruimte komt voor meerjarenafspraken. Daarbij moet overigens wel de balans worden gevonden tussen de zekerheid voor alle huidige aanbieders en de mogelijkheden voor nieuwe aanbieders of extra groei voor aanbieders die extra kwaliteit voor de cliënt leveren.

Vraag 9

Bent u bereid op korte termijn met beleidsvoorstellen te komen waarmee zorgaanbieders de zekerheid geboden wordt voor het nemen van investeringsbeslissingen en het aangaan van verplichtingen voor initiatieven die – gelet op de tijd die nodig is voor de planontwikkeling – pas over enkele jaren in gebruik genomen gaan worden?

Antwoord 9

Ik zal uw Kamer op korte termijn informeren over mijn voornemen om de Nederlandse Zorgautoriteit een aanwijzing te geven voor het ontwikkelen van integrale tarieven. De invoering van deze integrale tarieven is voorzien per 1 januari 2012. Ze bieden de instellingen voldoende mogelijkheden om tot een afgewogen investeringsbeslissing te komen voor de komende jaren. Met deze integrale tarieven kan de instelling een business-case uitwerken en de haalbaarheid van zijn bouwplannen daaraan toetsen. Zorgaanbieders zullen voordat zij plannen tot uitvoer brengen zich met de zorgverzekeraar verstaan over het verkrijgen van een contract op termijn. Gezamenlijk zullen zij tot overeenstemming moeten zien te komen die er toe leidt dat de regionale contracteerruimte niet wordt overschreden. De gewijzigde verantwoordelijkheidsverdeling in de zorg maakt dat ik niet langer zekerheden stel, maar randvoorwaarden bekendmaak waarbinnen partijen hun verantwoordelijkheden kunnen waarmaken.