

Steunverlening zorginstellingen



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg



RVZ raad in gezondheidszorg

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg is een onafhankelijk adviesorgaan voor de regering en voor het parlement. Hij zet zich in voor de volksgezondheid en voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Daarover brengt hij strategische adviezen uit. Die schrijft hij vanuit het perspectief van de burger. Durf, visie en realiteitszin kenmerken zijn adviezen.

Samenstelling van de Raad

Voorzitter

Prof. drs. M.H. Meijerink

Leden

Mw. mr. A. van Blerck-Woerdman

Mr. H. Bosma

Mw. prof. dr. D.D.M. Braat, vice-voorzitter

Mw. E.R. Carter, MBA

Prof. dr. W.N.J. Groot

Prof. dr. J.P. Mackenbach

Mw. drs. M. Sint

Prof. dr. D.L. Willems

Algemeen secretaris

Drs. P. Vos

Steunverlening zorginstellingen

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan
de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en
aan de Nederlandse Zorgautoriteit

Den Haag, 2009

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 19404
2500 CK Den Haag
Tel 070 340 50 60
Fax 070 340 75 75
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag/vormgeving & dtp ministerie van VROM
Fotografie: Eveline Renaud
Druk: Koninklijke Broese & Peereboom
Uitgave: 2009
ISBN: 978-90-5732-209-9

U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net) of telefonisch via de RVZ (070 340 50 60) onder vermelding van publicatienummer 09/10

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Steunverlening zorginstellingen

Overheidssteun uitsluitend voor essentiële zorgfuncties. Instellingen met een groot marktaandeel alleen onder strikte voorwaarden redden en herstructureren.

Welke problemen lost dit advies op?

Onduidelijkheid welke zorginstellingen bij toenemende marktwerking wel of geen overheidssteun kunnen krijgen.

Wat zijn de gevolgen voor de consument?

Minder kosten omdat overheidssteun moet worden terugbetaald. Continuïteit van zorg blijft gewaarborgd.

Wat zijn de gevolgen voor de zorgverlener?

Zorginstelling wordt zelf verantwoordelijk voor het oplossen van financiële problemen. De kosten van een eventueel faillissement worden in de instelling zelf neergelegd.

Wat kost het?

De kosten van steunverlening nemen af met enkele miljoenen per jaar. De kosten van een faillissementsverzekering zijn nog niet bekend.

Wat is nieuw?

Strenge EU-voorwaarden voor overheidssteun. Steun voor functies in plaats van steun aan instellingen. Early warning-systeem. Faillissementsverzekering

Inhoudsopgave

	Samenvatting	7
1	Inleiding	11
1.1	Steunbeleid	11
1.2	Probleemstelling	12
1.3	Adviesvraag	12
2	De praktijk van het steunbeleid	15
2.1	Tien jaar balanssteun	15
2.2	Veranderingen in het steunbeleid	16
2.3	Conclusies	21
3	Overheidssteun en markt	23
3.1	Inleiding	23
3.2	Criteria voor steun	24
3.3	Rolverdeling bij steunverlening	28
3.4	Vormgeving van overheidssteun	32
4	Advies en aanbevelingen	37
4.1	Gereguleerde marktwerking als uitgangspunt	37
4.2	Voorkomen is beter dan genezen	37
4.3	Geen rolvermenging tussen overheid en markt	38
	Bijlage	
1	Adviesaanvraag	41
	Vragen aan RVZ	42
2	Adviesvoorbereiding	44
3	Lijst van afkortingen	45
	Noten	46
	Overzicht publicaties RVZ	49

Steunverlening zorginstellingen

Samenvatting

Geen overheidssteun behalve voor essentiële zorgfuncties

Geef individuele zorginstellingen geen steun. Bescherm alleen functies waarvan de beschikbaarheid essentieel is en het voortbestaan niet op andere wijze gegarandeerd kan worden.

Een onderneming moet zichzelf zien te redden

Er bestaat een fundamenteel verschil tussen semi-overheidsinstellingen en ondernemingen. Semi-overheidsinstellingen hebben een wettelijke taak, die zij onder verantwoordelijkheid van de overheid uitvoeren. Ondernemingen richten zich op de vraag van hun klanten en voorzien daarin voor eigen rekening en verantwoording. Als een semi-overheidsinstelling in financiële problemen komt, loopt haar wettelijke taak gevaar. De overheid is verantwoordelijk en zal maatregelen treffen om de financiële problemen op te lossen en de instelling weer goed te laten functioneren. Een onderneming moet zichzelf zien te redden. Zij gaat failliet als dat niet lukt en een andere onderneming neemt de opgevallende plaats in.

Omdat zorginstellingen ondernemingen worden ...

Zorginstellingen veranderen van semi-overheidsinstellingen in ondernemingen. Dit proces is nog in volle gang en verloopt in de ene sector sneller dan in de andere. Het is het gevolg van een fundamentele wijziging in de manier waarop de rijksoverheid haar verantwoordelijkheid voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg wil realiseren. Dat is jarenlang gedaan met behulp van een fijnmazig netwerk van regels, afspraken en budgettaire beperkingen. Dit netwerk wordt nu ontvlecht. In plaats daarvan worden deelmarkten ingericht, die door de overheid worden gereguleerd en waarbinnen zorginstellingen bedrijfsmatig opereren en met elkaar de concurreren.

... moet het steunbeleid op de helling

Deze verandering moet consequenties hebben voor de overheidssteun aan zorginstellingen met financiële problemen. In het steunbeleid behandelt de overheid zorginstellingen namelijk nog steeds als semi-overheidsinstellingen en niet als ondernemingen. Het steunbeleid is ontwikkeld in de periode dat zorginstellingen aan de leiband van de overheid liepen. De zorginstellingen kregen van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (nu de Nederlandse Zorgautoriteit) een budget dat voldoende moest zijn. Als een instelling desondanks in financiële problemen kwam, werd het budget onder voorwaarden verhoogd. De belangrijkste voorwaarden waren dat het voortbestaan van de instelling noodzakelijk was voor continuïteit van zorg en dat de steunverlening uitzicht bood op een financieel gezonde en stabiele exploitatie.

Een andere aanpak van het steunbeleid is om een aantal redenen nodig.

1. Ondernemingen in de zorg moeten failliet kunnen gaan. Als de overheid klaar staat om hen overeind te houden, verstoort zij de werking van de markt en geeft zij zorginstellingen het - verkeerde - signaal dat zij uiteindelijk geen risico lopen.
2. De overheid is op grond van Europese regelgeving onvoldoende gelegitimeerd om ondernemingen steun te verlenen, ook al gaat het om de continuïteit van de zorgverlening. Steun kan alleen worden verleend aan instellingen met een wettelijk omschreven publieke taak. Zonder zo'n omschrijving – die alleen voor spoedeisende hulp bestaat – is steun alleen in uitzonderlijke gevallen mogelijk.
3. Marktpartijen en overheidsinstanties hebben rollen die door de werking van de markt c.q. de taken en verantwoordelijkheden van de overheid worden bepaald. Deze rollen moeten niet worden vermengd. De verzekeraars zijn geen semi-overheidsorgaan, de overheid is geen marktpartij.
4. Het steuninstrumentarium – ophoging van het budget – wordt bot. Er moet onderscheid worden gemaakt tussen instellingen met en zonder publieke taken. Voor instellingen met publieke taken kan het bestaande instrumentarium grosso modo gehandhaafd blijven. Voor instellingen die als onderneming opereren, moet het – zoal toegepast – drastisch worden veranderd en versoberd.

Daarom komen we met het volgende advies.

Geen overheidssteun behalve voor essentiële zorgfuncties

1. Neem concurrentie tot uitgangspunt voor het steunbeleid.

Geef individuele instellingen geen steun. Bescherm alleen functies, waarvan de beschikbaarheid essentieel is en door de markt niet kan worden veiliggesteld. Leg in de wet vast om welke functies het gaat en welke criteria worden aangelegd.

Instellingen met een groot marktaandeel onder strikte voorwaarden redden en herstructureren

De richtlijnen van de EU voorzien in de mogelijkheid van reddings- en herstructureringssteun ter voorkoming van ernstige sociale moeilijkheden, bijvoorbeeld als een instelling met een groot marktaandeel omvalt. Ga hiermee uiterst terughoudend en zorgvuldig om en houd u strikt aan de beperkingen en eisen die de EU hieraan stelt.

NZa laten oordelen over financiële levensvatbaarheid fusie-instelling

2. Voorkomen is beter dan genezen.

De NMa is bevoegd voorgenomen fusies te beoordelen. Bij fusies in de zorg vraagt zij de zienswijze van de NZa. De NZa gaat daarbij in op de vraag of de voorgenomen fusie gevolgen heeft voor de publieke belangen van kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. Wij adviseren dat de NZa daarbij uitdrukkelijk ook de financiële levensvatbaarheid van de fusie-instelling betreft.

Early warning-systeem voor instellingen die voor steunverlening in aanmerking komen

Zet een early warning-systeem op voor zorginstellingen met beschermde functies of met een marktaandeel van 35% of meer. Wij ondersteunen het voorstel van de NZa¹ voor een early warning-systeem dat bestaat uit:

- normen voor probleemsituaties
- verplichte melding van probleemsituaties;
- follow-up met een plan van aanpak en surveillance van de vorderingen, afhankelijk van de ernst van de problemen.

Verplichte faillissementsverzekering voor deze instellingen

Verplicht de instellingen waarvoor een early warning-systeem geldt zich te verzekeren tegen de kosten van een faillissement.

Continuïteit van zorg: overheid beperkte verantwoordelijkheid

3. Geen rolvermenging tussen overheid en markt

De continuïteit van zorg is vooral een verantwoordelijkheid van zorgaanbieders. De overheid is in dit verband slechts verantwoordelijk voor:

- de ontwikkeling en ordening van markten;
- het garanderen van de beschikbaarheid van specifieke functies;
- het voorkomen van ernstige sociale moeilijkheden;

Overheid participeert niet in zorginstellingen

Laat de overheid niet participeren in zorginstellingen, noch – door instelling van een bewindvoerder – verantwoordelijkheid nemen voor de bedrijfsvoering van een instelling.

Overheid stelt regels voor steun vast, NZa voert ze uit

Leg de criteria, procedures en bevoegdheden rond steunverlening wettelijk vast en draag de uitvoering op aan de NZa.

Zorgverzekeraar niet verantwoordelijk voor overheidssteun

De zorgverzekeraar is een marktpartij, geen overheidsorgaan, en kan dus niet verantwoordelijk worden gehouden voor overheidssteun of worden belast met de uitvoering ervan.



← P3
Pohiklinik

Dr. K. K. K.

1 Inleiding

1.1 Steunbeleid

Steun: een paar keer per jaar

Het gebeurt regelmatig dat zorginstellingen in financiële problemen komen. In de meeste gevallen lossen ze die op eigen kracht op, maar soms lukt dat niet. Dan volgt een faillissement of wordt de instelling door een andere instelling overgenomen. In een minderheid van de gevallen roept de instelling de hulp van de overheid in en gemiddeld een paar keer per jaar verleent de overheid een instelling financiële steun.²

Aantallen nemen toe

De indruk bestaat dat instellingen als gevolg van de ontwikkeling van marktwerking - meer eigen verantwoordelijkheid en meer eigen risico - sneller en vaker in de gevarezone komen. Of dat juist is weten we niet. Wel lijkt er een samenhang met veranderingen in het overheidsbeleid. Zo kwamen rond de millenniumwisseling veel gehandicapteninstellingen in financiële problemen door een combinatie van veranderingsprocessen, gevolgen van een toenemende zorgzwaarte en een verminderde greep van het management op deze processen.³ Recent zorgde de invoering van de WMO bij veel thuiszorginstellingen voor problemen.

Steunbeleid geënt op aanbodregulering

Overheidssteun aan zorginstellingen met financiële problemen wordt verleend door de NZa. De formele grondslag hiervoor is een beleidsregel uit 2007, maar het steunbeleid is in feite de voortzetting van een gedragslijn die is ontwikkeld door de voorloper van de NZa, het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG). Dit steunbeleid vindt zijn grondslag in het systeem van aanbodregulering, met continuïteit van de zorginstellingen als belangrijke doelstelling.⁴ De voorwaarden voor steunverlening zijn hierop gericht. Steun wordt verleend als de zorginstelling over een negatief eigen vermogen beschikt en het voortbestaan van de instelling noodzakelijk is voor continuïteit van zorg. Steunverlening is verder afhankelijk van een saneringsplan met een sluitende begroting en exploitatie, vertrouwen in de raad van bestuur en de raad van toezicht van de instelling en een inverdiентаakstelling.

Vorm: tijdelijke verhoging budget

Ook de vormgeving van het steunbeleid, de rol van de NZa in de besluitvorming en het instrumentarium dat voor het verlenen van steun wordt gebruikt, zijn nauw verbonden met het systeem van aanbodregulering en haar dominante bekostigingsmethode: de instellingsbudgettering. De steun wordt verleend in de vorm van balanssteun door een tijdelijke verhoging van het budget en de daarvan afgeleide tarieven van de instelling. Deze tarieven moeten op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg worden goedgekeurd of vastgesteld door de NZa.

1.2 Probleemstelling

Gereguleerde marktwerking maakt herziening nodig

Omdat de gezondheidszorg van aanbodregulering overstapt op gereguleerde marktwerking is het steunbeleid aan herziening toe.

- In een systeem van gereguleerde marktwerking moeten slecht presterende instellingen failliet kunnen gaan. Continuïteit van zorginstellingen kan niet langer een doel op zichzelf zijn.
- In een systeem van gereguleerde marktwerking ligt de continuïteit van de zorg in handen van marktpartijen. Ook als de continuïteit van de zorg in het geding is moet overheidssteun dus een uitzondering zijn, te rechtvaardigen op grond van publieke belangen.
- In toenemende mate worden instellingen bekostigd via productprijzen in plaats van budgetten. De wijze waarop de overheid steun verleent, moet dus veranderen.

1.3 Adviesvraag

NZa en VWS vragen advies

Daarom hebben de minister van VWS en de NZa gezamenlijk aan de RVZ advies gevraagd over het te voeren steunbeleid.

Welke veranderingen zijn nodig?

De belangrijkste vragen zijn:

1. In welke omstandigheden en op basis van welke criteria kan de Nederlandse overheid financiële steun verlenen aan zorginstellingen? Welke grenzen moet de Nederlandse overheid in acht nemen?
2. Op welke wijze en onder welke condities kan die steun worden verleend?
3. Wat is daarbij de rol van de NZa en andere overheidsorganen?

Toespitsing op zorgverzekering en AWBZ

Deze vragen zijn uitgewerkt in een groot aantal deelvragen, die in bijlage 1 zijn opgesomd. In het advies (hoofdstuk 3) worden deze deelvragen aan de orde gesteld. De RVZ heeft zich in zijn antwoorden beperkt tot steunverlening aan instellingen die zorg verlenen in het kader van de Zorgverzekeringwet en de AWBZ. Zorgverlening in het kader van de WMO is buiten beschouwing gelaten omdat zij een aparte bespreking verdient. De verantwoordelijkheden zijn heel anders geregeld en de WMO valt buiten de scope van het bestaande steunbeleid.

Achtergrondstudie Plexus op site RVZ

De RVZ heeft organisatie- en adviesbureau Plexus Medical Group gevraagd het veld van de gezondheidszorg aan de hand van een aantal stellingen te raadplegen over het voorgenomen steunbeleid. De achtergrondstudie van Plexus is te raadplegen op de site van de RVZ.



2 De praktijk van het steunbeleid

2.1 Tien jaar balanssteun

Kranten geven inzicht in balanssteun

In 2005 publiceerde NRC Handelsblad een overzicht van de balanssteun die tussen 2000 en 2005 door het CTG⁵ werd verleend.⁶ In 2009 kwam de Volkskrant met een soortgelijk overzicht over de periode van 1998 tot 2008.⁷ De Volkskrant maakte nog geen melding van de 18 miljoen euro steun die de IJsselmeerziekenhuizen in 2009 kregen toegezegd.

46 miljoen euro in 5 jaar

NRC Handelsblad maakte melding van financiële steun aan 3 ziekenhuizen en 23 andere zorginstellingen: verpleeghuizen, verzorgingshuizen en een psychiatrisch ziekenhuis. Het ging om 46 miljoen euro in vijf jaar tijd. De krant: “De tarieven en de begrotingen worden zo vastgesteld, dat zij (de instellingen) geen verlies hoeven te maken, en met eigen inspanningen zelfs een positief resultaat kunnen laten zien. Waarom gaat het dan toch fout? Uit de jaarverslagen van de zorginstellingen die steun kregen rijst een tamelijk eenduidig beeld van de oorzaken op: slechte interne financiële informatie, een hoog ziekteverzuim met dito kosten voor uitzendkrachten, soms probleeminvesteringen (nieuwbouw te laat opgeleverd), traag reagerende toezichhouders. Doorgaans moet de directeur al vertrekken als de exploitatietekorten ontstaan. Als de tekorten aanhouden zijn de zorginstellingen met twee à drie jaar door hun vermogen heen.” De krant voegde daaraan toe: “Zoals de oorzaken van de debacles eenduidig zijn, zo heeft de afloop ook een bijna vast stramien. Vrijwel steeds kost de sanering banen, soms tientallen gedwongen ontslagen. En vrijwel steeds is de uitweg uit de misère een fusie om met behulp van een grote broer de continuïteit van de zorg te verzekeren.”

34 zorginstellingen in 10 jaar

Het overzicht van de Volkskrant omvatte 34 zorginstellingen, waaronder 4 ziekenhuizen. In tien jaar tijd ging het om ruim 73 miljoen euro, waarvan ruim 61 miljoen aan AWBZ-instellingen en 12 miljoen aan ziekenhuizen. De steunbedragen varieerden van 136 duizend tot ruim 7 miljoen euro. Er waren 2 uitschieters boven de 9 miljoen euro. Alle instellingen wisten door de steunverlening een faillissement af te wenden, ook al moesten sommige fuseren om te kunnen overleven. Mismanagement was meestal de oorzaak van de moeilijkheden. Bestuurders waren incapabel, maakten onderling ruzie, de administratie en de bedrijfsvoering waren niet op orde en vaak moesten dure interim-bestuurders de zaak weer vlot trekken.

2.2 Veranderingen in het steunbeleid

Ook in 2008 geruchtmakende zaken

In 2008 verschenen elke maand wel berichten in de media over zorginstellingen met financiële problemen. Drie veelbesproken casussen – Meavita, de IJsselmeerziekenhuizen en Philadelphia – vormden slechts het topje van de ijsberg. Het diverse verloop van deze drie gevallen lijkt illustratief voor dat van de andere. Philadelphia saneerde en kwam er op eigen kracht weer bovenop. De IJsselmeerziekenhuizen kregen overheidssteun en maakten een doorstart. Meavita ontvlocht en twee van de vier werkmaatschappijen gingen failliet. De continuïteit van de zorgverlening kwam in geen van deze gevallen in gevaar.

Verandert het steunbeleid?

Traden er veranderingen in het steunbeleid op? Ja, dat lijkt wel het geval. Er wordt strenger naar gekeken of het voortbestaan van de instelling nodig is om de continuïteit van de zorg te waarborgen. Verder neemt het aantal betrokken partijen toe en wordt het instrumentarium uitgebreider.

Continuïteit van zorg is doel

Doelstelling

In 1999 publiceerde het COTG de criteria waarmee zijn organisatie de aanvraag van instellingen voor extra financiële middelen beoordeelde.⁸ Het omschreef continuïteit als volgt. ‘De mate waarin het niet compenseren van tekorten de continuïteit van de instelling in gevaar brengt. ... Uitgangspunt is dat voor de continuïteit van de zorg het voortbestaan van de instelling noodzakelijk wordt geacht.’ In een intern beleidsdocument hanteerde het COTG de formule: ‘indien er planmatig behoefte bestaat aan continuïteit van de door de desbetreffende instelling verleende zorg.’ Uit de planning (Wet ziekenhuisvoorzieningen) moest dus de behoefte aan continuïteit blijken.

Dat blijkt uit beleidsdocumenten

In het ‘Protocol instellingen met financiële problemen’ van 2001 zien we dat in bepaalde gevallen de minister van VWS via de Wet ziekenhuisvoorzieningen kon aangeven dat het voortbestaan van de instelling gewenst was. In de NZa-beleidsregel ‘Steunverlening aan instellingen met financiële problemen’⁹ uit 2007 staat: ‘Er bestaat behoefte aan continuïteit van de door de instelling verleende zorg. Het gaat derhalve niet primair om de continuïteit van de instelling of rechtspersoon. Bij een oordeel over deze voorwaarde houdt de NZa rekening met de continuïteit van de zorg in de regio. Indien het zorg betreft waarvoor geen contracteerplicht geldt, dient eerst vast te staan dat de continuïteit van zorg niet op een andere wijze is verzekerd.’

Continuïteit van instelling niet altijd nodig ...

In 2001 kreeg Vitras balanssteun omdat de continuïteit van zorg niet op een andere manier kon worden gegarandeerd dan via Vitras. In 2003 gebeurde het zelfde met Amsterdam Thuiszorg. In 2008 kreeg Meavita geen balanssteun omdat de continuïteit van zorg niet in gevaar was.

... maar soms ook doel op zichzelf

De IJsselmeerziekenhuizen kregen behalve balanssteun ook nog andere steun van de overheid. De minister zette zich in voor de continuïteit van het ziekenhuis. De continuïteit van zorg was een argument naast andere. Bij wegvallen van het ziekenhuis *kon* volgens hem de continuïteit van zorg in de regio noord- en oost Flevoland in het geding zijn. Andere overwegingen waren het feit dat de bevolking in deze regio groeide, het belang van nabijheid van zorg voor bepaalde groepen als chronisch zieken en ouderen, de bezorgdheid bij bevolking en personeel en stabiliteit en zekerheid voor het personeel. Hij introduceerde het begrip 'systeem-ziekenhuis' naar analogie van 'systeembanken', banken die voor het financiële systeem van essentieel belang zijn.

CTG verleende steun

Rolverdeling

De rollen in het steunbeleid werden aanvankelijk vooral bepaald door wettelijke taken en bevoegdheden in het kader van de aanbodregulering. Het CTG, dat in het kader van de Wet tarieven gezondheidszorg de instellingsbudgetten vaststelde, ging er vanuit dat de instelling zelf orde op zaken stelde. Dat kon de instelling doen zolang het totale eigen vermogen positief was. Het CTG kwam daarom pas in actie als het vermogen onder de nullijn daalde. Een van de voorwaarden voor steun was dat er perspectief bestond op een blijvend herstel. Dat moest onder andere blijken uit een vertrouwenwekkend en deugdelijk saneringsplan. Financiële middelen werden in tranches beschikbaar gesteld. Uitkering van een volgende termijn vergde expliciete besluitvorming van het CTG, dat aan de hand van een financiële rapportage beoordeelde of de instelling aan de gestelde voorwaarden had voldaan. Het CTG trad dus op als uitvoerder en bewaker van het steunbeleid.

CTG hield rekening met rol andere partijen ...

Andere partijen waren het College Sanering Ziekenhuisvoorzieningen, banken, crediteuren en het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ), zorgverzekeraars en holding-constructies, die vaak naast een formele ook een materiele verantwoordelijkheid uitoefenden voor het beheer van de instelling. Het CTG hield hiermee rekening. Voor wat betreft de holding-constructies volgde het CTG de entiteitsbenadering.¹⁰ Zolang de entiteit over een positief eigen vermogen beschikte was er geen aanleiding voor extra budget.

... zoals het CSZ ...

De taken van het CSZ vertonen raakvlakken met die van het CTG/ de NZa. Het CSZ is belast met het in kaart brengen van de financiële gevolgen van sanering als een zorginstelling sluit of haar toelating wordt beperkt. Dit gebeurt naar aanleiding van een beschikking van de Minister van VWS. Het College kan voor de financiële gevolgen van een dergelijke sanering subsidie verlenen, op basis van een door de instelling ingediende liquidatiebegroting. Het College houdt dan ook toezicht op de uitvoering van het saneringsproces bij de instelling. Daarbij is van belang dat de instelling na afronding van het saneringsproces weer verder kan met een sluitende exploitatie.

... en het WfZ

In 1999 richtten koepels van veldpartijen in de zorg het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) op. Het WfZ kan zich garant stellen voor aflossings- en renteverplichtingen van aan het fonds deelnemende zorginstellingen. Daardoor kunnen de zorginstellingen tegen gunstige voorwaarden vreemd vermogen aantrekken. De rolverdeling tussen het CTG en het waarborgfonds was aanvankelijk niet helder. De minister van VWS stelde zich op het standpunt dat instellingen die bij het waarborgfonds waren aangesloten, geen beroep meer konden doen op exploitatiesteun van het CTG.¹¹ Anderzijds stelde de minister dat uitzonderingssituaties denkbaar waren, die de verantwoordelijkheden van het waarborgfonds overstegen. Het CTG stelde zich op het standpunt dat borging van alleen rente- en aflossingsverplichtingen, gericht op zekerstelling van financiers, zeker geen garantie bood voor de continuïteit van de zorg bij optredende exploitatietekorten.¹² Met andere woorden: exploitatiesteun kan wel degelijk nodig zijn.

Samenwerkingsprotocol met CSZ

Omdat zich bij instellingen met grote financiële problemen vaak zaken van verschillende aard voordeden sloot VWS in april 2001 met het CTG en het College Sanering Ziekenhuisvoorzieningen (CSZ) het 'Protocol instellingen met financiële problemen' af. Bij grote of complexe gevallen, waarbij een oplossing binnen het gebruikelijke beleid van het CTG niet haalbaar was, kon de minister van VWS (eventueel op verzoek van het CTG) besluiten het CSZ te verzoeken een nadere analyse te maken van de problemen. Indien op basis van die analyse bleek dat de continuïteit van zorg in gevaar was en niet anderszins te waarborgen, kon de minister van VWS aangeven dat het voortbestaan van de instelling gewenst was. De minister bepaalde dan welke partij (CTG of CSZ) de regie voerde bij het oplossen van de problemen, met inachtneming van de wettelijke verantwoordelijkheden.

VWS krijgt meer bemoeienis

De thuiszorgorganisatie Vitras was de eerste casus waarbij van het protocol gebruik werd gemaakt. Het CTG verleende Vitras in februari 2001 3 miljoen gulden steun. In juli wees het CTG een verzoek om aanvullende steun van 11 miljoen gulden af. Het CTG ging met VWS overleggen hoe de continuïteit van de patiëntenzorg kon worden gegarandeerd. Vitras had in de provincie Utrecht namelijk een monopoliepositie. VWS verzocht het CTG alle alternatieven te laten onderzoeken onder gemeenschappelijke begeleiding van het ministerie, het CSZ en het CTG en aan de hand van de resultaten een nieuw besluit te nemen. Het onderzoek wees uit dat de continuïteit van zorg niet op een andere wijze kon worden gegarandeerd dan via Vitras. VWS drong er bij het CTG op aan toch steun te verlenen, ook al voldeed Vitras niet aan de 'normale' voorwaarden. Het CTG ging hierin mee en gaf extra steun.¹³ In 2003 gebeurde hetzelfde bij steunverlening aan Amsterdam Thuiszorg. Een van de voorwaarden waaronder Vitras toch steun kreeg, hield in dat de instelling, zorgverzekeraar ANOVA en het zorgkantoor zich akkoord verklaarden met een aantal verplichtingen, waaronder een bijdrage van

ANOVA van 1 miljoen gulden en het verschaffen van liquiditeitssteun via bevoorschotting.

Samenwerkingsprotocol in 2007 herzien

In 2007 vervingen het CSZ en de NZa (rechtsopvolger van het CTG) het protocol uit 2001. In het nieuwe protocol maakten beide organisaties afspraken voor de situatie waarin het nog niet duidelijk is welke instantie bevoegd is om een casus te behandelen en voor de situatie waarin het optreden van beide instanties nodig is. Ten aanzien van de rolverdeling zijn de belangrijkste punten:

- Samenwerking tussen CSZ en NZa op het gebied van feitenonderzoek;
- Gezamenlijke verantwoordelijkheid voor een samenwerkingstraject.
- CSZ of NZa handelen als zij alleen verantwoordelijk zijn overeenkomstig hun eigen regels en informeren de instelling en de zorgverzekeraar.
- VWS beslist over sluiting van een instelling en beslist of de continuïteit van de zorg in gevaar moet worden geacht.

Als integrale toepassing van de beleidsregel van de NZa niet wenselijk of mogelijk is en de minister desondanks van mening is dat de zorgaanbieder moet worden geholpen, zullen er – zoals in de Vitras-casus - aanvullende voorwaarden aan de steunverlening worden verbonden.

Rolverdeling wordt complexer...

De rolverdeling in recente steunverleningsoperaties is aanmerkelijk ingewikkelder dan vroeger. De rollen worden in mindere mate bepaald door wettelijke posities en de toepassing van regels. Onderhandelingen worden belangrijker. Daar zijn verschillende oorzaken voor aan te wijzen:

- De betrokken zorgverzekeraars en zorgkantoren voeren meer een eigen beleid en worden daardoor opzichzelfstaande partijen;
- Door de invoering van de WMO kunnen gemeenten en de VNG ook partij worden;
- Bij omvangrijke zaken roept de Tweede Kamer de bewindslieden van VWS ter verantwoording. VWS trekt daarom de regie voor de steunoperatie naar zich toe en wordt zelf partij in de onderhandelingen.
- Private partijen en banken kunnen onderhandelingspartners worden.

... zoals blijkt bij Meavita ...

Bij de besluitvorming over steunverlening aan thuiszorgorganisatie Meavita (2008 en 2009) waren in wissellende combinaties betrokken: Meavita en haar werkmaatschappijen, verschillende zorgkantoren, de NZa, VWS, de VNG en afzonderlijke gemeenten. De NZa opereerde zowel in zijn hoedanigheid van toezichthouder op de zorgkantoren als in die van verlener van balanssteun. VWS nam de regie over het proces in handen. Het entameerde overleg tussen partijen en trof samen met de NZa en de betrokken gemeenten en zorgkantoren maatregelen om de continuïteit van zorg te kunnen waarborgen ingeval van surseance van betaling en faillissement van werkmaatschappijen van Meavita.

... en de
IJsselmeerziekenhuizen

Bij de steunverlening aan de IJsselmeerziekenhuizen waren behalve de ziekenhuizen zelf ook een adviseur, particuliere investeerders, de ING-bank, VWS, de provincie Flevoland, de gemeenten Lelystad en Noord-oostpolder, zorgverzekeraar Achmea en de NZa betrokken. De NZa zat niet bij de onderhandelingen aan tafel, maar omdat balanssteun nodig was om de overeengekomen deal financieel rond te krijgen kon hij zich over het onderhandelingsresultaat uitspreken. Door balanssteun af te wijzen, maar dit besluit als ‘reparabel’ te kwalificeren, dwong de NZa partijen opnieuw rond de onderhandelingstafel. Uiteindelijk kon de gevraagde balanssteun van 34 miljoen euro met 16 miljoen euro worden verlaagd tot 18 miljoen euro. De rol van VWS in dit proces verschoof van regisseur naar partij in de onderhandelingen.

Instrumenten

Niet alleen balanssteun
...

Twee instrumenten voor steunverlening zijn al eerder langs gekomen: de balanssteun die de NZa kan toekennen en de subsidie die het CSZ aan een instelling kan toekennen voor de financiële gevolgen van sanering van capaciteit.

... maar ook
voorwaarden

Balanssteun wordt onder voorwaarden toegestaan. Deze voorwaarden houden onder andere in dat de instelling over een saneringsplan beschikt en over een vertrouwenwekkende Raad van Bestuur en een Raad van Toezicht. Via deze voorwaarden kan de NZa dus invloed uitoefenen op het financieel beleid van de instelling en op de kwaliteit van het bestuur en het intern toezicht. Onder omstandigheden verleent de NZa alleen steun indien ook de zorgverzekeraar of het zorgkantoor bepaalde financiële verplichtingen op zich neemt, waaronder het verschaffen van liquiditeitssteun door voorschotten te geven. Verder hoort toezicht op de financiën van de instelling tot de normale voorwaarden die de NZa stelt.

IJsselmeerziekenhuizen:
mix van bijdragen en
voorwaarden

In de casus van de IJsselmeerziekenhuizen verleenden partijen verschillende financiële bijdragen, zoals balanssteun (NZa), investering in vermogen (MC groep), achterstelling lening (ING), achtergestelde lening (Rijk, provincie, gemeente), kwijtschelding lening (gemeente) en liquiditeitskrediet (Rijk). Verder werden afspraken gemaakt over het intern toezicht en de benoeming van een ‘overheidscommissaris’ met bijzondere bevoegdheden. Verder kwam ter sprake of de NZa de zorgverzekeraar verplichtingen mag opleggen in het kader van de zorgplicht en werd de ontwikkeling van een ‘early warning’-systeem aangekondigd.

Meavita: nieuwe
stichtingen zorgen voor
continuïteit

In de Meavita-casus troffen betrokken partijen, (VWS, de VNG, de betrokken zorgkantoren en gemeenten), gelet op de ernst van de problematiek bij Meavita, de nodige maatregelen om de continuïteit van de zorg te kunnen waarborgen. Deze maatregelen bestonden eruit dat er nieuwe stichtingen klaar stonden die, bij gebreke van andere geïnteresseerde partijen, de zorgverlening in geval van faillissement konden overnemen en voortzetten. Nadat Meavita failliet was verklaard sloten de stichtin-

gen een overeenkomst met de curatoren om de zorgactiviteiten voort te zetten. De stichtingen bestaan in beginsel tijdelijk en worden niet belast met de schulden van Meavita. De stichtingen zullen waar nodig saneren en proberen de activiteiten en de activa voor een marktconforme prijs te verkopen dan wel zichzelf uit te kopen. De daarmee te realiseren koopsom zal na aftrek van kosten van de stichtingen ten gunste komen van de crediteuren van Meavita. Op deze manier worden de rechten van crediteuren gerespecteerd. De stichtingen kunnen bij de NZa een verzoek om steun indienen om een bijdrage in de opstart- en saneringskosten. Uitgangspunt voor de beoordeling van een dergelijk verzoek zal het belang van de continuïteit van de AWBZ-zorg zijn.

2.3 Conclusies

- Het steunbeleid aan instellingen heeft de omslag naar gereguleerde marktwerking nog niet gemaakt. Dat blijkt uit het behoud van doel (continuïteit zorg/instelling), rol (NZa herstelt gezonde exploitatie) en instrumentarium (balanssteun) van het steunbeleid. Aan zo'n omslag bestaat wel behoefte.
- Door het wegvallen van planning en normen voor omvang en spreiding van voorzieningen ontbreekt een beoordelingskader voor de vraag of de continuïteit van een instelling nodig is voor de continuïteit van de zorg.
- Het bewaken en herstellen van een gezonde exploitatie van een zorginstelling wordt steeds meer de taak van ondernemende bestuurders, competent intern toezicht, verzekeraars, banken en andere geldverschaffers. De rol van de overheid schuift op in de richting van marktmeesterschap, maar is nog niet duidelijk uitgekristalliseerd.
- In het instrumentarium nemen de voorwaarden waaronder steun wordt verleend aan belang toe. Welk instrumentarium past bij een andere rol van de overheid is nog niet duidelijk.



3 Overheidssteun en markt

3.1 Inleiding

Overheid heeft eigen verantwoordelijkheid voor zorg

De overheid neemt ten opzichte van zorginstellingen een andere positie in dan ten opzichte van ondernemingen in typische marktsectoren. De overheid is namelijk verantwoordelijk voor de beschikbaarheid en bereikbaarheid van noodzakelijke zorg. Deze verantwoordelijkheid berust behalve op de Grondwet (art. 22), vooral ook op specifieke wetgeving, zoals de Zorgverzekeringswet, de AWBZ, de Wet toelating zorginstellingen en de Wet marktordening gezondheidszorg.

Aanbodregulering waarborgde continuïteit

Onder het regime van de oude aanbodregulering (Ziekenfondswet, AWBZ, Wet ziekenhuisvoorzieningen en Wet tarieven gezondheidszorg) was de combinatie van planning, toelating, contracteerverplichting, productieafspraken en budgettering gericht op het beschikbaar en bereikbaar maken en houden van noodzakelijke zorg. De ingebouwde zekerheden voor de bedrijfsvoering waarborgden de continuïteit van de zorgverlening. Steunverlening was de ultieme waarborg voor continuïteit als het incidenteel misging met de bedrijfsvoering.

Concurrentie verhoogt risico op faillissement

De introductie van geregleerde marktwerking heeft uitdrukkelijk tot doel om verantwoordelijkheden en risico's voor het zorgaanbod te verleggen naar zorginstellingen en zorgverzekeraars. De logische consequentie daarvan is dat de continuïteit van de bedrijfsvoering in gevaar kan komen en dat zorginstellingen het risico lopen om failliet te gaan. Dat hoeft de continuïteit van de zorg niet in gevaar te brengen, mits andere instellingen tot de markt kunnen toetreden en de zorgverlening tijdig kunnen overnemen. Dit laatste hangt af van de ontwikkeling en de ordening van de markt, zaken waarvoor de overheid verantwoordelijkheid draagt.

Steunverlening allerminst vanzelfsprekend

Terwijl continuïteit van zorg onder het regime van aanbodregulering wordt gerealiseerd via continuïteit van zorgaanbieders, gebeurt dat bij marktwerking juist niet. Concurrenten nemen de plaats in van degenen die het financieel niet kunnen bolwerken. Steunverlening is dus geen vanzelfsprekend onderdeel van geregleerde marktwerking, maar een daarmee strijdig element omdat het concurrentievervalsend werkt. De vraag aan de raad - wanneer steun, door wie en in welke vorm - is vanwege de overstap op geregleerde marktwerking actueel. Het antwoord op deze vraag wordt gecompliceerd doordat in de Nederlandse gezondheidszorg aanbodregulering voorlopig naast geregleerde marktwerking blijft bestaan – zij het dat het bereik van de aanbodregulering wordt verminderd en dat van de geregleerde marktwerking wordt uitgebreid.

Nieuwe uitgangspunten nodig

In de volgende paragrafen, waarin we achtereenvolgens ingaan op het wanneer, door wie en hoe van de steunverlening, betrekken we drie stellingen, die de richting van ons advies bepalen.

1. Gereguleerde marktwerking is uitgangspunt voor het steunbeleid.
2. Geen rolvermenging tussen overheid en markt.
3. Voorkomen is beter dan genezen.

3.2 Criteria voor steun

Naar de toekomst kijken

Het steunbeleid moet toekomstbestendig zijn. Omdat de minister in zijn beleidsvisie op het zorgaanbod¹⁴ heeft uitgesproken dat hij verder wil gaan met het ombuigen van de zorgregulering in de richting van gereguleerde marktwerking, zullen zorginstellingen steeds meer als zorgondernemingen gaan functioneren. Op zorgondernemingen zijn de Europese regels voor overheidssteun van toepassing. Daarom nemen we deze tot uitgangspunt voor het Nederlandse steunbeleid. We bezien wat de consequenties zijn voor de Nederlandse gezondheidszorg.

De Europese context

Geen staatssteun tenzij ...

De Europese regelgeving en de rechtspraak van het Europese Hof van Justitie gaan uit van een verbod op staatssteun. Op dat verbod kunnen uitzonderingen worden gemaakt, waarvan twee voor de Nederlandse gezondheidszorg relevant zijn.

... openbare dienstverplichtingen

1. Een onderneming mag onder de volgende voorwaarden staatssteun ontvangen:
 - de onderneming is daadwerkelijk belast met duidelijk omschreven openbare dienstverplichtingen;
 - de parameters voor compensatie dienen vooraf kenbaar, objectief en transparant te zijn;
 - de steunverlening mag alleen compensatie omvatten, die in verhouding tot de openbare dienst noodzakelijk en evenredig is;
 - de vergoeding moet gebaseerd zijn op openbare aanbesteding of op een kostenanalyse van een efficiënte onderneming.

... of reddings- en herstructureringssteun

2. Er is nog een uitzondering op het verbod op staatssteun. Het gaat om reddingssteun en herstructureringssteun, twee met elkaar verbonden elementen van een steunoperatie. Reddingssteun kan worden verleend in geval van ernstige sociale moeilijkheden en als er geen externe effecten optreden naar andere sectoren. Herstructureringssteun kan worden verleend aan een onderneming die in moeilijkheden verkeert. Moeilijkheden wil zeggen dat de onderneming failliet dreigt te gaan of te maken heeft met toenemende verliezen, een dalende omzet en kasstroom, toenemende schuldenlast en/of rentelasten en vermindering of verdwijning van de waarde van netto activa. Voor vennootschappen geldt dat zij de helft van hun vermogen hebben verloren, waarvan de een kwart in de laatste twaalf maanden.

Twee uitzonderingen:
twee steunregimes ...

De Europese regels maken onderscheid tussen verschillende typen dienstverlening, niet tussen verschillende soorten instellingen. Een begrip als 'systeemziekenhuis' als grondslag voor steunverlening past daarom niet in de Europese systematiek, evenmin als het begrip 'systeembank'. Een 'systeembank' is beschermwaardig vanwege haar centrale positie in de kredietverlening aan bedrijven en individuen, niet vanwege andere bankfuncties.

De uitzonderingen op het verbod op staatssteun, die de Europese regelgeving toestaat, werken wij uit in twee regimes van steunverlening.

1. Steun ten behoeve van beschermwaardige zorgfuncties
2. Reddings- en herstructureringssteun

... want vorm en
voorwaarden verschillen
sterk

Wij kiezen voor twee regimes omdat het eerste beter aansluit bij de condities van aanbodregulering, die nog voor grote delen van de gezondheidszorg gelden. Het tweede regime is meer toegesneden op condities van marktwerking. De twee regimes verschillen in een aantal opzichten van elkaar. Steun ten behoeve van beschermwaardige functies kan worden verleend indien de continuïteit van zorg in gevaar is. Aan de vorm van de steunverlening en de condities waaronder steun kan worden verleend worden weinig specifieke eisen gesteld. In contrast daarmee is reddings- en herstructureringssteun alleen mogelijk bij een instelling in ernstige sociale moeilijkheden. Aan de vorm van de steunverlening en de condities waaronder zij kan worden verleend worden strenge eisen gesteld.

In Nederland
geen openbare
dienstverplichtingen ...

Steun ten behoeve van beschermwaardige zorgfuncties

De Europese regels gaan ervan uit dat markt en overheid - ondernemingen en overheidsorganen – goed van elkaar kunnen worden onderscheiden. Voor de Nederlandse gezondheidszorg gaat dat niet op. Daar worden publieke taken overwegend door private ondernemingen uitgevoerd. Nederlandse zorginstellingen voldoen daarom in het algemeen niet aan de Europese voorwaarde voor steun dat zij verplicht bepaalde diensten verlenen. Formeel geredeneerd zou de overheid geen steun mogen verlenen aan instellingen die alleen over een vergunning beschikken om publieke diensten te verlenen (tenzij zij voldoen aan de voorwaarden om voor reddings- en herstructureringssteun in aanmerking te komen). Een vergunning houdt namelijk geen verplichting in om de betreffende diensten te verlenen.

... maar wel
beschermwaardige
zorgfuncties ...

Toch zou dat tegen de strekking van de Europese regels ingaan, namelijk dat het algemeen belang voorrang heeft op mededingingsregels en het verbod op overheidssteun. Nu de bestaande aanbodregulering minder specifiek wordt en opschuift in de richting van marktregulering, kan het onderscheid tussen markt- en overheidsdiensten verder vervagen. Het risico neemt dan toe dat de overheid geen steun meer mag verlenen aan instellingen die publieke diensten verlenen. Het is aan de wetgever om daartoe de mogelijkheid open te houden door te specificeren welke

zorg vanwege haar publieke functie voor overheidssteun in aanmerking komt. Formeel volstaat het niet daartoe alle vergunningplichtige zorg te rekenen, zoals blijkt uit de vorige alinea. Er zijn extra specificaties nodig, waaruit de noodzaak tot steunverlening kan worden afgeleid.

... in cure en care

Wij denken daarbij in de eerste plaats aan zorgfuncties die hoe dan ook beschikbaar moeten zijn en om die reden niet in de markt kunnen worden gezet. Daarbij gaat het vooral om acute¹⁵ zorg, maar ook om topreferente¹⁶ en topklinische¹⁷ zorg, opleidingsfuncties en onderzoeken ontwikkelfuncties. Er kunnen ook andere redenen zijn om bepaalde zorgfuncties als beschermwaardig aan te merken, bijvoorbeeld als het gaat om gespecialiseerde zorg met een bovenregionale functie, zoals de zorg voor gedragsgestoorde verstandelijk gehandicapten.

Bescherming op grond van wetgeving ...

Voor sommige van deze functies is een vergunning van de minister nodig op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (WBMV). In de uitvoeringsbesluiten worden het aantal en de locaties meestal benoemd, zodat duidelijk is binnen welke grenzen de functie beschikbaar moet zijn. Verder biedt de Wet toelating zorginstellingen (WTZI) het instrumentarium om dergelijke functies aan te wijzen. Op grond van de WTZI stelt de minister van VWS eenmaal in de vier jaar een visie op het stelsel van gezondheidszorg vast. In deze visie staat hoe de bereikbaarheid is gewaarborgd van de acute zorg, waaronder begrepen de daaraan verbonden basiszorg, en van 'andere vormen van zorg ten aanzien waarvan aan de bereikbaarheid een bijzonder belang wordt gehecht'.¹⁸ Deze visie wordt uitgewerkt in beleidsregels.

... en criteria voor beschik- en bereikbaarheid

Alleen voor acute zorg is een bereikbaarheidsnorm (45 minuten) uitgewerkt. Wij pleiten ervoor dat de overheid voor alle functies en combinaties van functies waarvan zij de beschikbaarheid en bereikbaarheid wil garanderen normen voor de bereikbaarheid c.q. de spreiding en de minimum capaciteit vaststelt, zodat duidelijk is onder welke omstandigheden de continuïteit van zorg in gevaar is. Dit betekent dat er behoefte blijft aan dit onderdeel van de aanbodregulering.

Concurrenten moeten zorgen voor continuïteit ...

Reddings- en herstructureringssteun

In een gereguleerde markt is overheidssteun aan zorginstellingen in beginsel niet nodig. De instelling moet zich op de markt zien staande te houden en als er financiële problemen zijn lost de instelling die zelf op. Of niet, maar dan zijn er kapers op de kust die de instelling of de rendabele delen ervan overnemen of het gat opvullen, dat in het aanbod is ontstaan. Voorwaarde is dat de markt goed functioneert.

... maar reddings- en herstructureringssteun als dat niet lukt

Ernstige sociale moeilijkheden kunnen rechtvaardigen dat de overheid reddings- en herstructureringssteun verleent aan zorginstellingen op gereguleerde markten. Dat criterium valt niet samen met 'continuïteit van zorg', maar (dreigende) discontinuïteit van zorg kan onder omstan-

digheden wel als een ernstig sociaal probleem worden gekwalificeerd. In concrete gevallen zal dat moeten worden aangetoond. Wij denken daarbij aan de situatie dat een instelling in financiële problemen zo'n groot marktaandeel heeft (35% of meer), dat andere instellingen de zorg niet zonder meer kunnen overnemen. Ook andere sociale moeilijkheden kunnen overigens overheidssteun rechtvaardigen. Gedacht kan worden aan banenverlies in situaties waarin de zorginstelling plaatselijk of regionaal een grote werkgever is.

Instelling weer levensvatbaar maken

Deze reddings- en herstructureeringssteun komt in belangrijke mate overeen met de steunverlening zoals door de NZa ontwikkeld, zij het dat de voorwaarden in het algemeen wat strenger zijn. Reddingssteun moet een instelling overeind houden gedurende de periode die nodig is om een herstructureeringsplan uit te werken. Herstructurering is erop gericht om de levensvatbaarheid van de instelling op langere termijn te herstellen.

Hoe moeten criteria worden gehanteerd?

Toepassing

Zoals in de volgende paragraaf uiteen wordt gezet, vinden wij dat de overheid de criteria voor steunverlening vast moet leggen en dat de NZa moet beslissen over concrete steunaanvragen. De vraag is hoe deze criteria concreet moeten worden toegepast en verder hoe de verschillende vormen van steun zich in de praktijk tot elkaar verhouden.

Altijd per geval beoordelen of continuïteit van zorg gevaar loopt

Uitgangspunt is dat in principe geen steun wordt verleend. De criteria die door de overheid worden vastgelegd, moeten het mogelijk maken dat uitzonderingen op het verbod op steunverlening kunnen worden gemaakt. De criteria bepalen of een steunaanvraag in behandeling kan worden genomen. Of steun ook echt nodig is, moet de NZa in elke concrete situatie beoordelen. Er zijn bijvoorbeeld sinds 2006 drie medische centra met een vergunning voor het uitvoeren van harttransplantaties: Rotterdam, Utrecht en Groningen. Komt de continuïteit van zorg in gevaar als een van de drie centra in financiële problemen komt en geen steun krijgt? Voor 2006 hadden maar twee centra een vergunning. Was de capaciteit onvoldoende? De spreiding? Kan misschien een vierde centrum de functie overnemen? De afweging van dergelijke factoren leidt pas tot een besluit.

Kun je functies en instellingen scheiden?

Kunnen functies in de lucht worden gehouden zonder de instelling in haar geheel steun te verlenen? Betekent de redding van een instelling niet dat alle functies worden gered? Zijn er instellingen in de omgeving die de functies al aanbieden of de functies op korte termijn kunnen overnemen? Het zijn vragen die een gedifferentieerd antwoord verdienen. In de praktijk zal de beantwoording een groot beroep doen op het beoordelingsvermogen van de NZa.

Tot op zekere hoogte wel

Als een instelling steun krijgt ten behoeve van een bepaalde functie, kan die steun niet voor een ander doel worden aangewend. Dat laat onverlet dat bijvoorbeeld een afdeling Spoedeisende Hulp van een ziekenhuis niet kan functioneren zonder de aanwezigheid van een aantal medisch specialisten. Hulp ten behoeve van een of meer specialisten kan noodzakelijk zijn om de afdeling Eerste Hulp in de lucht te houden. Een instelling kan reddingssteun krijgen, maar het is niet uitgesloten dat vervolgens een reorganisatie noodzakelijk is, waarbij bepaalde functies worden afgestoten om de instelling ook voor de toekomst levensvatbaar te maken.

3.3 Rolverdeling bij steunverlening

Andere regels, andere rollen

De Europese regelgeving maakt een scherp onderscheid tussen publieke en private dienstverlening. Dit onderscheid trekken we door naar de steunverlening. Als consequentie hiervan maken we onderscheid tussen twee steunverleningsregimes, een voor beschermwaardige zorgfuncties en een voor reddings- en herstructureringssteun. In beide regimes gaat het om overheidssteun. In het eerste is de rol van de overheid gebaseerd op haar verantwoordelijkheid voor het functioneren van het zorgaanbod (resultaatsverantwoordelijkheid), in het tweede op haar verantwoordelijkheid voor het functioneren van de zorgmarkt (systeemverantwoordelijkheid). Voor de rolverdeling tussen de organisaties die nu bij steunverleningsoperaties zijn betrokken, heeft dat consequenties. In het eerste regime treden overheidsorganen op in het kader van hun wettelijke bevoegdheden krachtens de bestaande aanbodregulering. In het tweede regime treedt de overheid op als marktmeester.

VWS

Aanbodregulering: weinig steun nodig

De overheid borgt haar verantwoordelijkheid voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg langs twee wegen: via aanbodregulering en via marktwerking. Er zijn ook twee wijzen van borging: preventief en curatief. Aanbodregulering kan worden gezien als een overwegend preventieve wijze van borging met steunverlening als curatieve maatregel voor als het financieel mis gaat.

Marktwerking: voorkom dat steun nodig is

Bij marktwerking houdt het risico van faillissement partijen op de markt scherp. Marktwerking is vooral gericht op de onderlinge afstemming van vraag en aanbod en minder op het veilig stellen van publieke belangen. In die zin is steunverlening in de vorm van nood- en herstructureringshulp een noodgreep en geen structureel middel tot borging van publieke belangen. Structurele borging moet vooral komen van een adequate regulering van de markt, door preventieve maatregelen dus, zoals het fusietoezicht van de Nma of de verplichting om prestatiegegevens openbaar te maken.

Overheid raakt sterker betrokken

De rol die de bewindslieden van VWS in het steunbeleid spelen is prominenter dan ze in het verleden was. Steunverlening was toen vooral een kwestie van uitvoering, niet van beleid. Reden: het beleid lag al vast in de grote en kleine letters van de aanbodregulering. Naarmate de weg naar marktwerking verder wordt afgelopen en de vrijheidsgraden van zorginstellingen en zorgverzekeraars toenemen, wordt steunverlening minder vanzelfsprekend. Bij financiële problemen zijn vooral de instellingen zelf, de banken en de zorgverzekeraars aan zet. Als de overheid toch steun verleent is dat meer dan in het verleden een kwestie van expliciete besluitvorming, vaak onder druk van het politiek debat in de Tweede Kamer. Het paradoxale resultaat is dat de overheid sterker betrokken raakt bij individuele steunacties.

Meer distantie wenselijk

Dit komt vooral doordat de overheid in de overgang van aanbodregulering naar marktwerking in haar oude rol blijft hangen. Marktwerking vraagt van de overheid dat zij de markt haar werk laat doen, de markt ook zo inricht dat zij haar werk kan doen en haar inspanningen richt op het stimuleren van mededinging, het wegnemen van toetredingsbelemmeringen en alleen in uitzonderlijke gevallen en zo beperkt mogelijk in de markt intervenueert indien deze disfunctioneert en publieke belangen in gevaar komen. Daarom is het af te raden dat de overheid participeert in zorginstellingen of – door instelling van een bewindvoerder – verantwoordelijkheid neemt voor de bedrijfsvoering van een instelling. Er treedt dan een rolvermenging op, die een goede vervulling van de primaire taken van elk van de partijen in de weg staat.

Richt aandacht op voorkomen van financiële problemen

De overgang van aanbodregulering naar geregleerde marktwerking vergt een herziening van het steunbeleid, waaronder een regeling van nood- en herstructureringssteun conform de Europese regelgeving. Verder is vooral aandacht voor preventie nodig, zoals we in paragraaf 3.4 verder uitwerken.

Allereerst preventie in het kader van aanbodregulering.

- In wetgeving vastleggen van beschermwaardige functies en basiscriteria voor bereikbaarheid (spreiding, capaciteit e.d.);
- Adequate bekostiging van de functie;
- Een systeem van early warning voor financiële problemen (zie de volgende paragraaf);

Verder ook preventie in het kader van marktwerking.

- Fusietoets NMa: adequate inbreng van NZa;
- Early warning voor financiële problemen ten aanzien van instellingen met een marktaandeel van 35% en meer;
- Een verplichte verzekering tegen faillissement voor zorginstellingen.

NZa en CSZ

NZa continueert beleid
CTG

In het vorige hoofdstuk zijn de rollen geschetst, die de NZa en het CSZ in het bestaande steunbeleid vervullen. De rol van de NZa is een voortzetting van de rol van het CTG in het kader van de Wet tarieven gezondheidszorg. De rol van het CSZ berust op de WTZi, maar komt voort uit de uitvoeringspraktijk van de Wet ziekenhuisvoorzieningen. Als een instelling geheel of gedeeltelijk moest sluiten, werden de saneringskosten gedekt door een tariefopslag van de sluitende of naburige instellingen.

Wat moet veranderen? ...

Als het steunbeleid wordt opgezet zoals hiervoor uiteengezet en onderscheid wordt gemaakt tussen functies waarvoor de overheid verantwoordelijkheid op zich neemt en voorzieningen waarvoor de markt verantwoordelijk is, zullen de rollen van de NZa en van het CSZ opnieuw moeten worden bezien.

... Bij steun voor
beschermwaaardige
functies niet veel

Steunverlening ten behoeve van beschermwaardige functies blijft in de sfeer van aanbodregulering. Het ligt voor de hand om de uitvoering in handen te laten van de NZa omdat hiervoor gebruik kan worden gemaakt van het instrumentarium voor tariefregulering waarover de NZa beschikt. Het is wel wenselijk om de Wet marktordening gezondheidszorg zodanig aan te passen dat er een wettelijke basis wordt gecreëerd voor het early warning-systeem en voor de bevoegdheid van de NZa om op verzoek van de instelling tot steunverlening over te gaan. De rol van het CSZ hoeft niet te veranderen.

NZa geeft reddings- en
herstructureringssteun
volgens door de overheid
vastgestelde regels

Voor reddings- en herstructureringssteun ligt de situatie anders, omdat deze om verschillende redenen kan worden verleend (ernstige sociale moeilijkheden) en wordt verleend in de vorm van leningen. We zijn met de Raad van State¹⁹ van mening dat de bevoegdheden en criteria voor steunverlening wettelijk moeten worden geregeld. Daarin kan ook worden vastgelegd wat moet worden verstaan onder ernstige sociale moeilijkheden. Verder zijn we van mening dat de NZa het beste kan worden belast met de uitvoering van deze regeling, omdat de NZa in het kader van de Wet marktordening gezondheidszorg de rol van marktmeester is toegekend. De NZa is daardoor in de beste positie om de betreffende markt te beoordelen. Er zijn overigens nog andere zwaarwegende redenen om de uitvoering bij de NZa neer te leggen. Een daarvan is, dat hierdoor beslissingen over steunverlening – steun voor beschermwaardige functies en reddings- en herstructureringssteun - in één hand blijven. Dat is wenselijk omdat beide vormen van steun tegelijkertijd aan de orde kunnen zijn. Een tweede overweging is, dat hierdoor beslissingen over reddings- en herstructureringssteun gedepolitiseerd worden en dus – met inachtneming van de door de wetgever vastgelegde criteria – op een zakelijke en deskundige manier kunnen worden genomen. Dat wil niet zeggen dat de politiek buiten spel komt te staan. De Kamer kan de minister immers verantwoording laten afleggen over de uitvoering van de steunregeling en eventueel aandringen op wijziging van die regeling.

Bevoegdheid om leningen te verstrekken wettelijk regelen

Volgens de Europese regels moet reddings- en herstructureringssteun worden verleend in de vorm van leningen. Wij gaan ervan uit dat die leningen ten laste gaan komen van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten of het Zorgverzekeringsfonds. Het CVZ is verantwoordelijk voor het beheer van deze fondsen. Dat betekent dat de bevoegdheid van de NZa om leningen ten laste van deze fondsen te verlenen wettelijk geregeld moet worden en dat de NZa over de toepassing ervan overleg pleegt met het CVZ.

Zorgverzekeraars zijn marktpartij ...

Zorgverzekeraars

Wij zien de zorgverzekeraar als een marktpartij, niet als een semi-overheidsorgaan. We verbinden daaraan de conclusie dat de zorgverzekeraar niet in de positie is om namens de overheid bepaalde zorgfuncties overeind te houden of reddingssteun te verlenen en daarmee in te grijpen in de markt.

... met zorgplicht

Dat wil niet zeggen dat de zorgverzekeraar geen rol kan spelen in een steunoperatie. Die rol is dan gebaseerd op de zorgplicht van de zorgverzekeraar en kan verschillende vormen aannemen, zoals liquiditeitssteun of zelf deelname in de zorginstelling.

Participatie in zorginstelling onder voorwaarden

Wat deelname in een zorginstelling betreft zijn er argumenten die pleiten voor en argumenten die pleiten tegen participatie van zorgverzekeraars. Het belangrijkste argument dat voor participatie pleit is, dat daarmee de bureaucratische kosten c.q. de transactiekosten tussen de zorgverzekeraar en de zorginstelling kunnen worden beperkt. Het belangrijkste argument dat tegen pleit is dat een rolvermenging optreedt, die een goede vervulling van de primaire taken van elk van de partijen in de weg staat. De met de stelselwijziging beoogde onderhandelingsvrijheid tussen zorgverzekeraars en zorginstellingen kan erdoor worden ingeperkt en ook de keuzevrijheid van de verzekerde en de professionele vrijheid van de zorgaanbieder kunnen erdoor in het gedrang komen. Wij vinden dat verzekeraars in zorginstellingen mogen participeren, mits:

- Zij de keuzevrijheid van verzekerden en de professionele vrijheid van zorgaanbieders waarborgen;
- Participatie niet leidt tot aanmerkelijke marktmacht, dit ter beoordeling van de NZa.

Zorgplicht laat verzekeraar handelingsvrijheid

Zorgplicht

De zorgplicht houdt in dat de verzekeraar ervoor moet zorgen dat een verzekerde de zorg of de vergoeding van de kosten van zorg en eventueel zorgbemiddeling krijgt waar hij behoefte aan heeft en wettelijk aanspraak op heeft. Het gaat hierbij niet alleen om de omvang van de (vergoeding van) zorg, maar ook om de tijdigheid en de kwaliteit van de verzekerde zorg. Uit relevante wetgeving zijn diverse normen af te leiden. De zorgverzekeraar behoudt daarbij een redelijke mate van vrijheid om deze in te vullen.

Zorgplicht is geen plicht tot steunverlening

Zorgverzekeraars zijn niet verplicht om continuïteit van zorg te waarborgen. Het is onder omstandigheden wel mogelijk dat verzekerden niet tijdig zorg kunnen krijgen als een instelling in financiële problemen komt. Dan komt de zorgplicht aan de orde, maar wat de zorgplicht dan van een zorgverzekeraar vraagt, wordt niet dwingend voorgeschreven. Dit leidt tot de conclusie dat de zorgplicht geen garantie biedt voor continuïteit van zorg. Van de andere kant mag ervan worden uitgegaan dat de zorgverzekeraar een zakelijk belang heeft bij een fatsoenlijke invulling van zijn zorgplicht en reputatieschade leidt als hij daar niet aan voldoet.

Aanscherpen zorgplicht niet wenselijk

De zorgplicht kan eventueel zodanig worden aangescherpt dat zorgverzekeraars alsnog verplicht worden om continuïteit van zorg te waarborgen, maar wij raden dat niet aan. Afgezien van de verenigbaarheid hiervan met de derde schaderichtlijn²⁰, zou zo'n wetswijziging de zorgverzekeraar in een wezenlijk andere positie plaatsen dan met de stelselwijziging is bedoeld, namelijk in die van uitvoerder in plaats van ondernemer. Bovendien verdraagt een verplichting om onder omstandigheden een instelling overeind te houden zich niet met uitgangspunten als contracteervrijheid en selectieve zorginkoop.

Toestemming verzekeraar voor steunaanvraag achterhaald

Toestemming

Een steunaanvraag bij de NZa moet zowel door de zorginstelling als de zorgverzekeraar worden ondertekend. Dit vormvoorschrift is een anachronisme en kan worden afgeschaft. Het is een vormvoorschrift dat stamt uit de tijd dat alle tarieven in principe waren gebaseerd op overeenkomsten tussen verzekeraars en zorgaanbieders. Die nauwe binding aan tariefovereenkomsten is inmiddels losgelaten. Er zijn meer bezwaren:

- welke verzekeraar moet het verzoek mee ondertekenen, nu nagenoeg alle verzekeraars een landelijk werkgebied hebben?
- meeondertekening wil nog niet zeggen dat de verzekeraar het eens is met het ondersteuningplan. Dus wat is de betekenis?
- de zorgplicht legt geen plicht tot steunverlening op. De handtekening is dus vrijblijvend.

3.4 Vormgeving van overheidssteun

Steun ten behoeve van beschermwaardige zorgfuncties

Instrumentarium aanpassen aan andere vormen van bekostiging

De NZa heeft ruime ervaring met financiële steunverlening ten laste van de zorgverzekering en de AWBZ. De bestaande procedures hoeven niet veranderd te worden (afgezien van de eis dat de zorgverzekeraar moet instemmen met het verzoek om steun), maar het instrumentarium moet worden uitgebreid. Balanssteun is immers afhankelijk van budgetfinanciering en past niet bij een systeem van onderhandelbare prijzen. De Europese regels laten overigens meer ruimte voor steun dan de bestaande beleidsregel. Zij spreken van een in verhouding tot de openbare dienst

noodzakelijke en evenredige compensatie, gebaseerd op openbare aanbesteding of een kostenaanlyse.

De steun is uitsluitend bedoeld voor de beschermde functies en voorkomen moet worden dat met de steun niet beschermde functies in stand worden gehouden. Dit kan betekenen dat een van de eisen bij steun is, dat niet beschermde functies worden afgestoten.

Beleidsregel
steunverlening
aanscherpen

Reddings- en herstructureringssteun

De beleidsregel 'steunverlening aan instellingen in financiële problemen' van de NZa en het Protocol 'instellingen met financiële problemen' van de NZa en het CSZ vormen de neerslag van een in de praktijk ontwikkelde gedragslijn. Met het oog op de toekomst (meer marktwerking) is het gewenst dit beleid zoveel mogelijk in overeenstemming te brengen met de regels van de Europese Commissie voor reddings- en herstructureringssteun en van een wettelijke grondslag te voorzien. Hieronder volgen de belangrijkste aanpassingen.

Reddingssteun

Invoering van reddingssteun als aparte categorie.

- Reddingssteun moet bestaan uit kassteun in de vorm van leningen of garanties voor leningen. Deze steun is aan een maximum-bedrag gebonden.
- De leningen moeten worden terugbetaald en dragen een rente die vergelijkbaar is met de rente voor gezonde instellingen. De garanties lopen na maximaal zes maanden af.

Herstructureringssteun

- Herstructureringssteun is erop gericht de levensvatbaarheid van de instelling op langere termijn te herstellen. Eventueel moeten onrendabele functies of een teveel aan capaciteit worden afgestoten.
- Een instelling moet aantoonbaar niet in staat zijn met eigen middelen of met van haar eigenaren/aandeelhouders of op de markt verkregen kapitaal haar herstel te verwezenlijken.
- Een instelling die deel uitmaakt van een concern komt niet voor steun in aanmerking, behalve wanneer de problemen een specifiek karakter hebben en aantoonbaar niet het gevolg zijn van arbitraire kostenallocaties binnen het concern. De moeilijkheden dienen zo groot te zijn dat deze niet door het concern zelf kunnen worden opgelost.
- Een pas opgerichte instelling (tot drie jaar na oprichting) komt niet voor steun in aanmerking. Die beperking geldt nu niet. (Meavita!)
- Steun wordt verleend in de vorm van rentedragende leningen, niet in de vorm van een hoger budget of hogere tarieven.

- Steun moet worden terugbetaald.
- Steunbedrag en –intensiteit moeten beperkt blijven tot het strikt noodzakelijke minimum dat voor de uitvoering van het plan noodzakelijk is.

Verder problemen voorkomen

Omdat de overheid een verantwoordelijkheid blijft dragen voor continuïteit van zorg terwijl de mogelijkheden tot steunverlening afnemen, moet meer geïnvesteerd worden in het voorkomen van problemen. We denken aan early warning in een vroeg stadium van financiële problemen en aan preventie in het kader van marktwerking.

Early warning voor instellingen die steun kunnen ontvangen

Early warning

De belangrijkste lacune in het huidige systeem van steunverlening is het ontbreken van een early warning-systeem dat de overheid attent maakt op financiële problemen bij een instelling. Het doel is dat deze problemen kunnen worden opgelost zonder dat de overheid steunmaatregelen hoeft te treffen. Het kan niet de bedoeling zijn dat zo'n waarschuwingssysteem voor alle zorginstellingen gaat gelden. Dat is niet alleen strijdig met de beoogde marktwerking, maar wekt ook de verwachting dat de overheid te hulp schiet als de nood aan de man komt. Het moeten instellingen zijn waarvan op voorhand duidelijk is, dat de overheid genoodzaakt is ze steun te verlenen. Dat zijn instellingen:

- met functies waarvan de overheid op grond van de WTZi de bereikbaarheid waarborgt;
- instellingen met een marktaandeel van 35% of meer.

RVZ steunt NZa-voorstel voor early warning

Wij ondersteunen het voorstel van de NZa²¹ voor een early warning-systeem dat bestaat uit:

- normen voor probleemsituaties
- verplichte melding van probleemsituaties;
- follow-up met een plan van aanpak en surveillance van de vorderingen, afhankelijk van de ernst van de problemen.

NZa let scherper op financiële gevolgen fusie

Mededinging

Uitsluitend de NMa is bevoegd voorgenomen fusies te beoordelen. Maar op grond van het samenwerkingsprotocol NMa-NZa vraagt de NMa de zienswijze van de NZa bij fusies in de zorg. De NZa gaat daarbij in op de vraag of de voorgenomen fusie gevolgen heeft voor de publieke belangen van kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. In ons advies over schaal en zorg hebben wij geadviseerd om geen aparte fusietoets voor de zorg in te voeren. De Raad van State heeft een zelfde advies gegeven²². Wij vinden het wel belangrijk dat de NZa in zijn bericht aan de NMa uitdrukkelijk aandacht schenkt aan de financiële levensvatbaarheid van de fusie-instelling, omdat een eventuele deconfiture van de instelling de continuïteit van de zorg in gevaar brengt en overheidssteun ten laste van de collectieve middelen noodzakelijk kan maken.

Kosten faillissement in
instelling neerleggen

Verzekering tegen faillissement

Het is inherent aan de mogelijkheid tot steunverlening dat instellingen er rekening mee houden dat de overheid uiteindelijk bijspringt. Om te voorkomen dat risico's en de rekening daarvan worden afgeschoven op de overheid en uiteindelijk de premiebetaler, is het te overwegen om de kosten van een eventueel faillissement in de instelling zelf neer te leggen. Concreet denken wij dan aan een verplichte verzekering tegen faillissement voor zorginstellingen met beschermwaardige functies of met een marktaandeel van 35% en meer. Nader zou moeten worden onderzocht welke kosten onder de dekking van de verzekering vallen, onder welke voorwaarden zo'n verzekering kan worden afgesloten en tegen welke kosten.

Doorstart wordt
eenvoudiger

Als de kosten van een faillissement door een verplichte verzekering bij de instelling zelf worden neergelegd heeft dat het voordeel dat de instelling na een faillissement makkelijker een doorstart kan maken en dat een nieuwe partij niet wordt opgezadeld met de lasten van de oude organisatie.

Bijkomende voordelen van zo'n verzekering zijn dat de premiehoogte een indicatie oplevert van de risico's die de instelling loopt en dat de verzekeraar strengere eisen zal stellen aan de herstructurering van de instelling naarmate het risico op omvallen groter is.



4 Advies en aanbevelingen

4.1 Gereguleerde marktwerking als uitgangspunt

Geen overheidssteun behalve voor essentiële zorgfuncties ...

Omdat de overgang van aanbodregulering naar gereguleerde marktwerking wordt doorgezet, adviseren wij om gereguleerde marktwerking tot uitgangspunt te nemen voor beslissingen over steunverlening. Dit heeft twee consequenties:

1. de overheid verleent individuele instellingen geen steun, maar laat de markt haar werk doen;
2. de overheid beschermt alleen functies, waarvan de beschikbaarheid essentieel is en door de markt niet kan worden veiliggesteld.

... bij wet vastgelegd

Wij adviseren om in de Wet toelating zorginstellingen vast te leggen van welke zorgfuncties of combinatie van zorgfuncties de overheid de beschikbaarheid garandeert en welke criteria zij daarbij hanteert. Wij denken daarbij onder andere aan acute, topreferente en topklinische zorg.

Instellingen met een groot marktaandeel onder strikte voorwaarden redden en herstructureren

Er is een uitzondering op de algemene regel dat de overheid aan individuele instellingen geen steun verleent. In overeenstemming met de communautaire richtlijnen mag de overheid ingeval van ernstige sociale moeilijkheden reddingssteun en herstructureringssteun verlenen aan instellingen in financiële problemen. Ernstige sociale moeilijkheden kunnen bijvoorbeeld ontstaan als een instelling met een groot marktaandeel failliet gaat. Wij adviseren de overheid uiterst terughoudend met deze mogelijkheid van steunverlening om te gaan en zich strikt te houden aan de communautaire beperkingen en eisen.

4.2 Voorkomen is beter dan genezen

NZa laten oordelen over financiële levensvatbaarheid fusie-instelling

Uitsluitend de NMa is bevoegd voorgenomen fusies te beoordelen. Maar op grond van het samenwerkingsprotocol NMa-NZa vraagt de NMa de zienswijze van de NZa bij fusies in de zorg. De NZa gaat daarbij in op de vraag of de voorgenomen fusie gevolgen heeft voor de publieke belangen van kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. Wij adviseren dat de NZa daarbij uitdrukkelijk de financiële levensvatbaarheid van de fusie-instelling betreft, omdat een eventuele deconfiture van de instelling de continuïteit van de zorg in gevaar brengt en overheidssteun ten laste van de collectieve middelen noodzakelijk kan maken.

Early warning-systeem voor instellingen die voor steunverlening in aanmerking komen

Wij adviseren een early warning-systeem in te richten voor instellingen met beschermde functies of een marktaandeel van 35% of meer. Wij ondersteunen het voorstel van de NZa²³ voor een early warning-systeem dat bestaat uit:

- normen voor probleemsituaties

- verplichte melding van probleemsituaties;
- follow-up met een plan van aanpak en surveillance van de vorderingen, afhankelijk van de ernst van de problemen.

Verplichte
faillissementsverzekering
voor deze instellingen

Wij adviseren de overheid om instellingen waarvoor een early warning-systeem geldt de verplichting op te leggen zich te verzekeren tegen de kosten van een faillissement.

4.3 Geen rolvermenging tussen overheid en markt

Continuïteit van zorg:
overheid beperkte
verantwoordelijkheid

In een systeem van gereguleerde marktwerking is de continuïteit van zorg een verantwoordelijkheid van marktpartijen en in het bijzonder van zorgaanbieders. De overheid is in dit verband slechts verantwoordelijk voor:

- de ontwikkeling en ordening van markten;
- het garanderen van de beschikbaarheid van specifieke functies;
- het voorkomen van ernstige sociale moeilijkheden.

Overheid participeert
niet in zorginstellingen

In overeenstemming met dit standpunt adviseren wij dat de overheid niet participeert in zorginstellingen, noch – door instelling van een bewindvoerder – verantwoordelijkheid neemt voor de bedrijfsvoering van een instelling.

Overheid stelt regels
voor steun vast, NZa
voert ze uit

Wij adviseren u om de bevoegdheden, criteria en procedures rond steunverlening wettelijk te regelen en de uitvoering van de steunverlening in handen te leggen van de NZa.

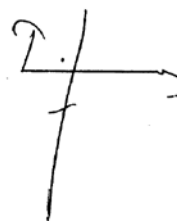
Zorgverzekeraar niet
verantwoordelijk voor
overheidssteun

Wij adviseren u om alleen overheidsorganen verantwoordelijkheid te laten dragen voor de uitvoering van overheidssteun. De zorgverzekeraar is een marktpartij, geen overheidsorgaan, en kan dus niet verantwoordelijk worden gehouden voor overheidssteun of worden belast met de uitvoering ervan.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg



Rien Meijerink,
voorzitter



Pieter Vos,
algemeen secretaris

Bijlagen

Bijlage 1

Adviesaanvraag

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg
T.a.v. De heer prof. drs. M.H. Meijerink
Postbus 19404
2500 CK DEN HAAG

Behandeld door	Telefoonnummer	E-mailadres	Kenmerk
De heer B. Keuper		bkeuper@nza.nl	

Onderwerp	Datum
Vragen inzake steunverlening	19 januari 2009

Geachte heer Meijerink,

Conform de gemaakte afspraken heeft de NZa een aantal vragen voorbereid over steunverlening aan instellingen met financiële problemen. Deze vragen zijn ambtelijk uitgewisseld en besproken. In de bijlage van deze brief treft u de vragen aan.

Wij verzoeken u over dit onderwerp advies aan de NZa uit te brengen, waarbij antwoord op deze vragen is opgenomen.

Parallel aan uw advisering stelt de NZa een rapport over dit onderwerp op, waarin de focus onder meer ligt op de toepassing van het instrumentarium dat in de Wet marktordening gezondheidszorg is neergelegd. Uw advies gebruikt de NZa voor haar rapport. Onze analyses liggen naar verwachting meer in het verlengde van uw advies. Het NZa-rapport wordt zo spoedig mogelijk na ontvangst van uw advies aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport uitgebracht, waarbij uw advies wordt meegezonden.

Het plan van aanpak dat de RVZ voor zijn advies heeft opgesteld, is eveneens op ambtelijk niveau besproken. Daarbij zijn onder meer een aantal contactmoment op ambtelijk en bestuurlijk niveau afgesproken. Onder meer is voorzien in overleg op bestuurlijk niveau VWS/RVZ/NZa op 27 februari a.s., en eerste bespreking van het conceptrapport RVZ/NZa vindt plaats in de eerste helft van de maand april 2009. Het tijdpad lijkt realistisch. De NZa streeft naar afronding van haar rapport uiterlijk 1 juli a.s.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit

mr. F.H.G. de Grave
voorzitter Raad van Bestuur

Bijlage: vragen aan RVZ

Rol van de overheid

1. Is specifiek overheidsbeleid noodzakelijk ten aanzien van steunverlening aan zorginstellingen in financiële nood?
2. Zo ja, waar wijkt deze rol af van de rol die de overheid speelt bij steunverlening in andere sectoren?
3. Waar zitten 'gaten' in het huidige systeem van steunverlening?
4. Moet de overheid overwegen om – net als in de financiële sector – te participeren in onmisbare ziekenhuizen / overige zorginstellingen? Wat zijn deze overwegingen?
5. Wat rechtvaardigt een ingreep in de markt? Wat is de relatie met:
 - het reguliere faillissementsrecht?
 - het (Europese) Mededingingsrecht?
 - de regels voor staatssteun?

Manier van uitvoering

6. Wie is primair verantwoordelijk voor de uitvoering van steunverlening? De overheid, de toezichthouder, de zorgverzekeraars of een andere partij?
7. Is het mogelijk voor de toezichthouder om verantwoordelijk te zijn voor steunverlening in combinatie met haar regulerende rol?
8. Wanneer de overheid/toezichthouder geen rol speelt, wat is dan de rol voor de zorgverzekeraars? Is de in de Zvw verankerde zorgplicht voldoende waarborg voor continuïteit van zorg?
9. Moet steunverlening zich richten op het totaal van zorgaanbod of op specifieke delen daarvan? Hoe kan een eventuele afbakening vorm krijgen?

Criteria voor steun

10. In de huidige situatie is bij het verzoek om steunverlening een akkoord van de zorgverzekeraar(s) nodig. Is dit ook wenselijk voor de toekomst? Wat zijn de alternatieven?
11. Wat voor criteria moeten voor 'cure' voorzieningen worden ontwikkeld om te continuïteit van zorg te kunnen waarborgen? Is de huidige wettelijke norm voor bereikbaarheid (45 minuten voor acute zorg) adequaat als criterium voor het toekennen van enige vorm van steunverlening? Zo nee, wat voor normen zouden als alternatief kunnen dienen? Welke partij is verantwoordelijk voor het opstellen van deze normen?
12. Wat voor criteria moeten voor AWBZ voorzieningen worden ontwikkeld om te continuïteit van zorg te kunnen waarborgen?
13. Wat voor criteria moeten voor de WMO voorzieningen worden ontwikkeld om te continuïteit van zorg te kunnen waarborgen?
14. Hoe verhoudt steunverlening zich tot concurrentie tussen zorgaanbieders (die noodzakelijk is in het nieuwe bekostigingsmodel)?

15. In zijn brief aan de Tweede Kamer over het ingrijpen door de overheid bij de IJsselmeerziekenhuizen heeft de minister van VWS gezegd de mogelijkheid van een 'early warning system' te willen onderzoeken. Welke instrumenten zouden naar uw mening moeten worden ontwikkeld om een dergelijk systeem doeltreffend te laten functioneren?

Bijlage 2

Adviesvoorbereiding

Adviesvoorbereiding vanuit de Raad

Prof. dr. W.N.J. Groot

Prof. drs. M.H. Meijerink, voorzitter

Adviesvoorbereiding door de ambtelijke projectgroep

Mr. J.P. Kasdorp, projectleider

Mw. Mr. M.W. de Lint

Mw. N.L. Buijs, projectsecretaresse

De Raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet aan het advies gecommitteerd.

Bijlage 3

Lijst van afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
CSZ	College Sanering Ziekenhuisvoorzieningen
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
EU	Europese Unie
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WBMV	Wet op bijzondere medische verrichtingen
WfZ	Waarborgfonds voor de Zorgsector
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning
WTZi	Wet toelating zorginstellingen

Noten

- 1 Advies zorgaanbieders met financiële problemen in het nieuwe zorgstelsel, juni 2009
- 2 Overzicht steunverlening NZa 2009.
- 3 Tweede Kamer, vergaderjaar 1999-2000, 24 170, nr.57.
- 4 COTG in Nieuwsbrief RABO-bank Gezondheidszorg, april 1999.
- 5 Het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) is opgevolgd door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG). Na inwerkingtreding van de Wet marktordening gezondheidszorg op 1 oktober 2006 zijn de taken van het CTG overgenomen door de NZa.
- 6 De financiële controleur als reddende engel, NRC Handelsblad 15 september 2005.
- 7 Steun redt zorg van de ondergang, De Volkskrant 3 januari 2009.
- 8 Zie noot 4.
- 9 Beleidsregel CI-982/CA-174.
- 10 Zie noot 4
- 11 Idem
- 12 Idem
- 13 Zie brief van staatssecretaris Vliegenthart d.d. 19-09-2001 (kenmerk DVVO/ZA-U-2214851) aan de voorzitter van de Tweede Kamer
- 14 Beleidsvisie Wet toelating zorginstellingen (WTZi), mei 2008
- 15 Onder acute zorg wordt verstaan: traumazorg, spoedeisende eerste hulp, intensive care en acute zorg bij interne geneeskunde, chirurgie/orthopedie, pulmonologie, gynaecologie/verloskunde, kindergeneeskunde, keel-neus-oorgeneeskunde, oogheelkunde, neurologie, cardiologie, urologie, dermatologie, medisch-ondersteunende afdelingen, zoals radiodiagnostiek en anesthesiologie.
- 16 Topreferente zorg is hooggespecialiseerde zorg die wordt verleend door universitaire medische centra en ten aanzien van sommige specialistische voorzieningen ook door enkele topklinische opleidingsziekenhuizen. Het begrip 'topreferent' verwijst naar het refereren door medisch-specialisten naar een op het desbetreffende deelgebied erkende expert.
- 17 Topklinische zorg is hooggespecialiseerde zorg waarvoor naast een aparte vergunning in het kader van de Wet bijzondere medische verrichtingen veelal ook relatief kostbare en specialistische voorzieningen nodig zijn.
- 18 WTZi, art. 3
- 19 Raad van State advies W13.08.0411/I/BA van 17 april 2009

- 20 Napel, H.M.Th.D., ten (2007) 'In het uiterste geval moet je de derde schaderichtlijn aanpassen: de omgang van de wetgever met veellagigheid bij de stelselherziening gezondheidszorg'. In A.C. Hendriks & H.M.Th.D. Napel ten (Eds.), *Volksgezondheid in een veellagige rechtsorde. Eenheid en verscheidenheid van norm en praktijk* (pp. 49-62). Alphen aan den Rijn: Kluwer.
- 21 Advies zorgaanbieders met financiële problemen in het nieuwe zorgstelsel, juni 2009
- 22 Zie noot 19
- 23 Advies zorgaanbieders met financiële problemen in het nieuwe zorgstelsel, juni 2009

Overzicht publicaties RVZ

De adviezen zijn te bestellen en/of te downloaden op de website van de RVZ (www.rvz.net). Tevens kunt u de adviezen per mail aanvragen bij de RVZ (mail@rvz.net). Publicaties van vóór 2007 staan op de website van de RVZ en CEG.

De publicaties van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid zijn te bestellen bij het CEG per mail info@ceg.nl

Publicaties RVZ vanaf 2007

- 09/10 Steunverlening zorginstellingen (advies), juni 2009
- 09/09 Buiten de gebaande paden. Advies over Intersectoraal gezondheidsbeleid, mei 2009
- 09/08 Buiten de gebaande paden: Inspirerende voorbeelden van intersectoraal gezondheidsbeleid (brochure,) mei 2009
- 09/07 Evaluatie RVZ 2004-2008, april 2009
- 09/06 Geven en nemen in de spreekkamer. Rapportage over veranderende verhoudingen, maart 2009
- 09/05 Tussen continuïteit en verandering. 27 adviezen van de RVZ 2003-2009, februari 2009
- 09/04 Governance en kwaliteit van zorg (advies) maart 2009
- 09/03 Werkprogramma 2009, maart 2009
- 09/02 Farmaceutische industrie en geneesmiddelengebruik: evenwicht tussen publiek en bedrijfsbelang (debatverslag), januari 2009
- 08/11 Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg (advies), december 2008
- 08/12 Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg: achtergrondstudies, december 2008
- 08/10 Versterking voor gezinnen. Preadvies Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (Versterken van de village: preadvies over gezinnen en hun sociale omgeving) en Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (Zorg in familieverband: preadvies over zorgrelaties tussen generaties), september 2008
- 08/08 Schaal en zorg (advies), mei 2008
- 08/09 Schaal en zorg: achtergrondstudies mei 2008
- 08/05 Zorginkoop (advies), maart 2008
- 09/01 De verzekeraar en de patiënt: een succesvolle coalitie: goede voorbeelden van patiëntgestuurde zorginkoop (in samenwerking met de NPCF), januari 2009
- 08/07 Onderhandelen met zorg (achtergrondstudie bij het advies Zorginkoop), maart 2008
- 08/06 Zorginkoop heeft de toekomst: maar vraagt nog een flinke inzet van alle betrokken partijen (achtergrondstudie bij het advies Zorginkoop), maart 2008

- 08/03 Screening en de rol van de overheid (advies), april 2008
 08/04 Screening en de rol van de overheid: achtergrondstudies, april 2008
 08/01 Beter zonder AWBZ? (advies), januari 2008
 08/02 Leven met een chronische aandoening (Acht portretten behorend bij het RVZadvies Beter zonder AWBZ?), januari 2008
 07/06 Adviseren aan de overheid van de toekomst (verslag van de invitational conference, 22 mei 2007)
 07/05 Werkprogramma 2008, december 2007
 07/04 Rechtvaardige en duurzame zorg (advies), oktober 2007
 07/02 Vertrouwen in de arts (advies), mei 2007
 07/03 Vertrouwen in de arts: achtergrondstudies, mei 2007
 Sig 08/01A Publieksversie Vertrouwen in de spreekkamer, februari 2008
 Sig 07/02 Goed patiëntschap, februari 2008
 Sig 07/01 Uitstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem?, maart 2007
 Sig 07/01A Publieksversie signalement Uitstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem?, oktober 2007

Publicaties CEG vanaf 2007

- Sig 08/02 Dilemma's op de drempel. Signaleren en ingrijpen van professionals in opvoedingssituaties (signalement), september 2008
 Sig 08/01 Afscheid van de vrijblijvendheid. Beslissystemen voor orgaandonatie in ethisch perspectief (studie in het kader van het Masterplan Orgaandonatie VWS), juni 2008
 Sig 07/04 Passend bewijs. Ethische vragen bij het gebruik van *evidence* in het zorgbeleid (signalement), januari 2007
 Sig 07/03 Financiële stimulering van orgaandonatie (signalement), november 2007
 Sig 07/02 Formalisering van informele zorg. Over de rol van 'gebruikelijke zorg' bij toekenning van professionele zorg (signalement), juli 2007

