

Vergaderjaar 2014–2015

**34 000 XVI**

## **Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2015**

**Nr. 116**

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

Vastgesteld 2 september 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 14 april 2015 over het evaluatieonderzoek naar het Waarborgfonds voor de Zorgsector (Kamerstuk 34 000, XVI, nr. 108) (Kamerstuk 34 000 XVI, nr. 108).

De vragen en opmerkingen zijn op 26 mei 2015 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 1 september 2015 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,  
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,  
Clemens

## Inhoudsopgave

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II.	Reactie van de Minister	5

### I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

#### Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben met zorg kennisgenomen van het evaluatieonderzoek naar het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ) en de achterborg van het Rijk bij het WFZ. Het fonds is in de ogen van deze leden een direct gevolg van een terugtrekkende overheid en het als een markt laten functioneren van de zorg in Nederland. Het mag als bekend worden verondersteld dat genoemde leden een geheel andere visie op de zorg hebben. Zij zijn van mening dat het Rijk garant dient te staan voor de kapitaallasten van zorginstellingen. Op deze wijze zijn de kapitaallasten lager en zijn zorginstellingen minder risicodragend. Dit komt de kwaliteit en continuïteit van de zorg ten goede. Daarnaast is het volgens de leden van de SP-fractie op deze wijze beter mogelijk te kunnen sturen op de uitgaven van zorginstellingen aan vastgoed en in te grijpen indien deze ten koste dreigen te gaan van de primaire taak van zorginstellingen: het bieden van goede en voor iedereen bereikbare zorg. Deze leden verwachten een uitgebreide reactie van de Minister op het bovenstaande en hebben voorts nog een aantal vragen en opmerkingen.

De leden van de SP-fractie zijn er allerminst van overtuigd dat de voorgenomen afschaffing per 2016 van het College Bouw Zorginstellingen (CBZ) een wijs besluit is. Genoemde leden vragen de Minister of er sinds het afschaffen van het bouwregime in 2008 en 2009 voor respectievelijk de curatieve zorg en de langdurige zorg is gekeken naar de gevolgen hiervan. Zijn zorginstellingen meer en/of anders gaan bouwen? Is er sprake van een procentuele toename van het budget van zorginstellingen dat aan vastgoed en/of kapitaallasten wordt besteed? Wat is de reactie van de Minister hierop? Acht de Minister dit een wenselijke ontwikkeling, zo vragen deze leden. Indien deze analyse door de Minister niet is gemaakt, wat heeft haar dan toch doen besluiten nadat het CBZ eerder al de wettelijke taken werd ontnomen, het college nu volledig op te heffen? De leden van de SP-fractie zijn van mening dat dit een onverantwoord besluit is. Zonder regierol van de overheid bij de uitgaven op vastgoed, is de kans groot dat zorginstellingen zich gaan gedragen als projectontwikkelaars met alle risico's van dien. Genoemde leden memoreren in dat opzicht de gedragingen van woningcorporaties toen de overheid zich terugtrok en meer recent het bestuur van de Universiteit van Amsterdam dat meer met de vastgoedportefeuille bezig was dan met het goed besturen van een onderwijsinstelling. De leden van de SP-fractie verwachten een uitgebreide beantwoording van de Minister van deze vragen.

De leden van de SP-fractie zien in de genoemde interviews met banken en de uitkomsten daarvan, een bevestiging van hun overtuiging dat de zorg geen markt is. Het veelal zeer specifieke vastgoed heeft buiten de zorg weinig waarde. Dit levert een extra risico op voor instellingen en dus indirect voor banken die dit doorberekenen in de rentelast. Acht de Minister dit een wenselijke ontwikkeling? Deze leden wensen een uitgebreid overzicht van de ontwikkelingen van de kapitaallasten van zorginstellingen sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) tot op heden. Zij willen ook een overzicht van de kapitaallasten van zorginstellingen over diezelfde periode, in het geval dat niet de banken, maar het Rijk garant zou hebben gestaan. Genoemde leden vragen namelijk of

vooral de zorg of de kapitaalmarkt beter is geworden van deze hele operatie. Hoeveel geld dat aanvankelijk bedoeld was voor zorg, is er verdwenen richting banken vanwege toenemende risico's voor instellingen? Acht de Minister dat een ontwikkeling die uit te leggen is wanneer er onder het mom van «de zorg betaalbaar houden» hard wordt bezuinigd en veel mensen niet langer de zorg krijgen die zij nodig hebben? Is de Minister bereid om, evenals bij het Erasmus Medisch Centrum, risicodragend te zijn voor zorginstellingen? Indien nee, wat zijn voor de Minister de criteria om in de ene situatie niet en in de andere situatie wel garant te staan? Acht de Minister de kans groot dat onder het bouwregime vastgoedprojecten zoals bij het Erasmus Medisch Centrum geaccordeerd zouden zijn? De leden van de SP-fractie vragen de Minister haar visie op een Rijksgebouwendienst voor zorgvastgoed. Erkent de Minister de voordelen die dit zou hebben zoals: het vervallen van de risicodragendheid voor zorginstellingen, de daarmee gepaard gaande lagere kapitaallasten, het in publiek bezit houden van vastgoed veelal betaald met publiek geld en bovendien het voorkomen van excessen op het gebied van nieuwbouw? Genoemde leden vragen hoe de Minister voorkomt dat vastgoed gefinancierd met publiek geld nu of in de toekomst in private handen belandt? Welke garanties biedt de huidige wet- en regelgeving om dat te voorkomen? De leden van de SP-fractie wensen een uitgebreide reactie van de Minister.

De leden van de SP-fractie maken zich evenals het WFZ grote zorgen over de macht van de zorgverzekeraars die ten koste kan gaan van zorginstellingen. Zorgverzekeraars kunnen zorginstellingen zagezegd maken of breken wanneer zij besluiten geen zorg in te kopen. Dit terwijl zorginstellingen wel langdurige verplichtingen zijn aangegaan met betrekking tot leningen voor vastgoed. Heeft de Minister zicht op het aantal zorginstellingen dat financieel gezien in de knel zit vanwege het van het ene op het andere moment niet langer contracteren door zorgverzekeraars? Zo nee, is zij bereid die informatie alsnog in te winnen en met de Kamer te delen? Voorts vragen deze leden of de Minister zicht heeft op de financiële gevolgen van het afschaffen van de contracteerplicht op de kapitaallasten van zorginstellingen. En wat waren de gevolgen voor het WFZ zelf?

De leden van de SP-fractie hebben met verbazing kennisgenomen van de conclusies met betrekking tot markt, risicobeleid en governance. De lagere rente en langere doorlooptijden die de geborgde leningen bieden, stellen zorginstellingen vooral in staat om duurdere (ongeborgde) leningen aan te gaan bij banken. Genoemde leden vragen waarom de Minister niet meer werk maakt van het omhoog brengen van het percentage (nu ongeveer 50%) door het WFZ geborgde langlopende leningen. Het WFZ is toch niet opgericht om de banken te spekken met zorggeld? Deze leden maken zich ook zorgen over hetgeen gesteld is dat leningen veelal aangegaan worden bij slechts de vier grote Nederlandse banken. Zeker bij grote bedragen waarbij meerdere banken betrokken zijn, is er amper sprake van concurrentie van banken onderling en de rente dus hoog. Wat is de reactie van de Minister hierop, zo vragen deze leden.

De leden van de SP-fractie vragen de Minister om een reactie op de aangedragen alternatieven en mogelijkheden. Hoe staat de Minister tegenover de mogelijkheid van schatkistbankieren of die van een directie staatgarantie? Genoemde leden vragen de Minister of zij erkent dat dit de risico's en kapitaallasten voor zorginstellingen verlaagt. Wat is de reactie van de Minister op de mogelijkheid van subsidies op rentebetalingen of het versterken van het eigen vermogen van instellingen? Deze leden vragen hoe de Minister staat tegenover een saneringsfunctie bij het WFZ. Acht de Minister de vergelijking met het Waarborgfonds Sociale Woningbouw (WSW) een juiste? Wat zijn de voordelen en de nadelen van

zo'n saneringsmogelijkheid? De leden van de SP-fractie vragen de Minister of zij denkt dat dit uiteindelijk voordelig of juist nadelig uitpakt voor deelnemers aan het WFZ. Of wordt de deelname daaraan juist ontmoedigd waardoor zorginstellingen nog meer geneigd zijn ongeborgde leningen op de kapitaalmarkt aan te gaan?

Tot slot zijn de leden van de SP-fractie meer in algemene zin benieuwd naar de reactie van de Minister op dit rapport. Welke conclusies trekt zij hieruit en is het onderzoek aanleiding voor een aanpassing van het beleid en zo ja, op welk gebied?

### **Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie**

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van het evaluatieonderzoek naar het Waarborgfonds voor de Zorgsector. Deze leden hebben hier enkele vragen bij.

De leden van de CDA-fractie lezen dat het marktaandeel van WFZ-deelnemers als percentage van de omzet in de cure circa 85%, in de GGZ circa 70% en in de care circa 60% is. Genoemde leden vragen of dit betekent dat een aanzienlijk deel van zorginstellingen daarmee geen WFZ-deelnemer is. Wat zijn overwegingen om uit eigen keuze niet deel te nemen aan het WFZ? Is het exploitatieresultaat bij niet-deelnemers lager of hoger dan bij deelnemers? En in hoeverre is een verschil van exploitatieresultaat toe te schrijven aan de vraag of de instelling deelneemt of niet?

De leden van de CDA-fractie vragen sinds wanneer de Raad van Toezicht vier leden heeft terwijl statutair een minimum van vijf leden vereist is. Deze leden vragen naar de reden waarom het niet eenvoudig blijkt te zijn om geschikte kandidaten te vinden.

De leden van de CDA-fractie vragen welke besluiten en maatregelen van het WFZ door de Minister goedgekeurd dienen te worden. Hoe vaak en bij welke besluiten heeft de Minister de afgelopen jaren goedkeuring verleend? Genoemde leden vragen verder aan welke besluiten de Minister geen goedkeuring heeft verleend. Wat is de reden geweest om geen goedkeuring aan deze besluiten te geven?

De leden van de CDA-fractie vragen of het klopt dat het waarborgfonds alleen borgt voor zover er sprake is van zorg op basis van de Zorgverzekeringswet en (voorheen) de AWBZ. Hoe zit het met de borging van de zorg die overgegaan is van de Zvw en de AWBZ naar de gemeenten? Bestaat er voor deze instellingen ook een borgingsfaciliteit? Wat betekent dit voor die instellingen? Klopt het dat door de overhevelingen van zorg naar de gemeenten er instellingen zijn die wel gezamenlijk borg staan voor verliezen, maar die zelf niet onder de waarborg vallen?

### **Vragen en opmerkingen van de D66-fractie**

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van het evaluatieonderzoek «Waarborgfonds voor de Zorgsector» van Deloitte. Naar aanleiding van de bevindingen in dat rapport worden conclusies getrokken met betrekking tot de markt, het risicobeleid en de governance. De leden van de D66-fractie verzoeken de Minister een kabinetsreactie te geven waarin wordt ingegaan op de in het rapport getrokken conclusies en de beleidsmatige consequenties die de Minister daaraan verbindt.

## II. REACTIE VAN DE MINISTER

### *Ter inleiding*

In het kader van het kabinetsbeleid van versoering van risicoregelingen heeft een evaluatieonderzoek van het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ) plaatsgevonden. Dit onderzoek is in de Miljoenennota 2015 aangekondigd en is in maart 2015 afgerond (TK 34 000 XVI, nr. 108). Het onderzoek laat zien dat de doelstellingen van het WFZ nog steeds actueel zijn: bevorderen van de continuïteit van financiering, beperken van de macrorentekosten en stimuleren van goed financieel management bij zorginstellingen. Het Ministerie van VWS ontvangt geen premie voor de achterborg. Zorginstellingen betalen een eenmalige premie (disagio) voor de garantstelling aan het WFZ. Hiermee bouwt het WFZ een risicovermogen op waarmee eventuele claims kunnen worden gedekt. Als dit risicovermogen onvoldoende zou zijn om eventuele schades te dekken, kunnen de deelnemers aan het WFZ via de zogenaamde obligo worden verplicht een financiële bijdrage te leveren van maximaal 3% van de uitstaande garanties van de instelling. Als het risicovermogen van het WFZ en de obligoverplichting van de deelnemers tezamen (circa € 525 miljoen in 2015) niet voldoende zijn voor het WFZ om aan zijn verplichtingen richting geldverstrekkers te kunnen voldoen, kan het WFZ zich richting VWS beroepen op de achterborg. Dit houdt in dat op dat moment VWS het WFZ van een lening zal voorzien zodat het WFZ aan zijn verplichtingen kan voldoen. Het WFZ heeft nog nooit een beroep hoeven doen op de obligoverplichting van de WFZ-deelnemers. Niettemin is besloten om in het kader van de verdere beperking van de risico's vanaf het jaar 2017 een begrotingsreserve aan te leggen voor eventuele schade in het kader van de achterborg. Deze begrotingsreserve zal ik in de begroting van 2016 aan uw kamer presenteren.

*De leden van de fracties van de SP en van D66 vragen naar de reactie van het kabinet op de uitkomsten van het evaluatieonderzoek naar het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ).*

Het rapport geeft een goede schets van de beleidsontwikkelingen die erop gericht waren de omslag te maken van een aanbodgestuurde naar een vraaggerichte inrichting van de zorg en meer ruimte én verantwoordelijkheid te geven aan de partijen in het zorgstelsel. Dit betekent onder andere dat instellingen in de loop van de tijd met meer onzekerheden geconfronteerd zijn geworden. Ook wijst het rapport op veranderingen in regelgeving (Basel III) waardoor banken meer kapitaal moeten aanhouden en op het feit dat de financieringsmarkt krappere is geworden. Het rapport laat zien dat de doelstellingen van het WFZ nog steeds actueel zijn: bevorderen van de continuïteit van financiering, beperken van de macrorentekosten, stimuleren van goed financieel management bij zorginstellingen. Het onderzoek laat ook zien dat het WFZ met achterborg van het Rijk beter geschikt is om de financiering van zorginstellingen te faciliteren dan diverse onderzochte alternatieven. Het WFZ is er overigens niet op gericht om financieel zwakke instellingen te steunen op kosten van de andere deelnemers. Ik ben het daarmee eens. De governance van het WFZ voldoet volgens het rapport in theorie en praktijk aan het uitgangspunt dat de belanghebbenden erop kunnen vertrouwen dat hun belangen worden behartigd. Het stemt verder tot tevredenheid dat in het rapport wordt geconstateerd dat de overeenkomsten tussen het WFZ en het Rijk door beide partijen worden nageleefd en dat alle stakeholders zich bewust zijn van hun verantwoordelijkheden en de formele governance volgen. Dat het WFZ binnen de bestaande governance heeft kunnen inspelen op ontwikkelingen in de zorgsector, is eveneens positief. Het WFZ met het Rijk als achterborg, speelt kortom een waardevolle rol bij de financierbaarheid van investeringen in zorgvastgoed.

*De leden van de SP-fractie vragen een reactie op hun visie op de zorg en op hun mening dat het Rijk garant dient te staan voor de kapitaallasten van zorginstellingen.*

Ik deel de visie van de leden van de SP-fractie op de zorg niet. Al rond de eeuwwisseling is het beleid beëindigd dat het Rijk direct garant staat voor leningen van zorginstellingen. In 1999 is het WFZ opgericht door de toenmalige koepels van intramurale zorginstellingen, met hulp van de rijksoverheid, om de financierbaarheid van investeringen in zorgvastgoed te verbeteren. De basisgedachte achter het WFZ is dat de deelnemers onderling garant staan voor de rente- en aflossingsverplichtingen van ieder van hen. Het Rijk staat borg voor het geval het WFZ-garantievermogen en een beroep op de obligoverplichting van de deelnemende instellingen tekort mocht schieten. Er is geen enkele reden te veronderstellen dat een rechtstreekse Rijksgarantie tot lagere kapitaallasten of minder risico voor instellingen zou leiden dan de huidige getrapte constructie, waarbij het WFZ garant staat en het Rijk de rol van achterborg vervult. Wel zou het risico voor de Staat toenemen. Dit is onwenselijk en druist in tegen het streven van het kabinet het garantiebeleid te versoberen.

*De leden van de SP-fractie vragen naar de gevolgen van de afschaffing van het bouwregime in relatie tot de besluitvorming over de afschaffing van het College bouw zorginstellingen (CBZ).*

In 2008 is voor de cure het bouwregime afgeschaft; in 2009 voor de care en ggz. In 2010 zijn de effecten van het afschaffen van het bouwregime geëvalueerd door Plexus en BKB<sup>1</sup>. De belangrijkste bevindingen zijn:

- Het beleid leidt tot doelmatiger bouw en gebruik van vastgoed, met een besparing van € 300 tot € 390 miljoen per jaar in de cure. Het effect in de care was in 2010 nog niet kwantificeerbaar.
- De functionaliteit voor de patiënt neemt toe door meer eenpersoonskamers.

Het WFZ geeft aan dat de omvang van de garantieverlening door het WFZ sinds enkele jaren een dalende trend laat zien. Voor zover het WFZ kan overzien vloeit dit direct voort uit een daling van de investeringsactiviteiten voor vastgoed voor intramurale zorg. Dit sluit aan bij de beweging naar meer extramuralisering.

Al sinds het bouwregime is afgeschaft heeft het CBZ geen wettelijke taken meer. Het CBZ bestaat op dit moment nog slechts uit een voorzitter met beperkte secretariële ondersteuning. De belangrijkste resterende activiteiten, de uitbetaling van wachtgeldverplichtingen aan ex-medewerkers en het afwikkelen van het archief conform de vereisten van de Archiefwet, zijn bijna afgerond. De formele opheffing van het CBZ wordt meegenomen in de Veegwet VWS 2015, die thans bij de Tweede Kamer ter behandeling voorligt.

*De leden van de SP-fractie vragen om een overzicht van de ontwikkelingen van de kapitaallasten van zorginstellingen sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw).*

In onderstaande tabel zijn de totale kapitaallasten van zorginstellingen over de jaren 2007–2013 weergegeven, evenals het percentage kapitaallasten ten opzichte van de totale bedrijfslasten. De kapitaallasten bestaan uit afschrijvingen, huurkosten en financieringslasten (rente en aflossing). De relatief hoge procentuele lasten in 2010 (11,6%) worden veroorzaakt door een eenmalige afschrijving van immateriële vaste activa in de ziekenhuissector (het percentage van 12,1% in het onderste deel van de tabel). Om misverstanden te voorkomen: in de tabel gaat het om alle

<sup>1</sup> Rapport Bouw en diversiteit van wonen, Plexus en BKB, september 2010, <http://www.werkenaandezorg.nl/rapport/bouwen-datarapport.pdf>

typen zorgorganisaties, ongeacht of zij wel of niet tot het WFZ-werkterrein behoren (thuiszorginstellingen behoren bijvoorbeeld niet tot het WFZ-werkterrein) en ongeacht of zij wel of geen WFZ-gegarandeerde lening hebben lopen.

**Ontwikkeling kapitaallasten zorgconcerns 2007–2013 (\* 1 mln)**

Sector	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ZKH	1.694	1.785	1.857	2.585	2.185	2.239	2.331
GGZ	420	471	493	507	559	571	572
GHZ	586	654	730	763	830	894	883
VV	1.278	1.333	1.417	1.649	1.650	1.710	1.695
T	205	230	246	117	88	91	111
<b>Totaal</b>	<b>4.183</b>	<b>4.473</b>	<b>4.743</b>	<b>5.621</b>	<b>5.312</b>	<b>5.505</b>	<b>5.592</b>

**Ontwikkeling kapitaallasten als percentage van totale bedrijfslasten**

Sector	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ZKH	10,0	9,7	9,4	12,1	10,2	10,0	10,0
GGZ	9,2	9,7	9,6	9,7	10,3	10,2	10,0
GHZ	10,1	10,3	10,9	10,9	11,1	11,1	10,8
VV	12,3	12,2	12,7	12,8	12,1	11,6	11,4
T	6,3	6,7	7,0	5,6	5,0	4,9	5,2
<b>Totaal</b>	<b>10,2</b>	<b>10,2</b>	<b>10,3</b>	<b>11,6</b>	<b>10,7</b>	<b>10,4</b>	<b>10,3</b>

bron: CBS

zkh: ziekenhuissector

ggz: geestelijk gezondheidszorg

ghz: gehandicaptenzorg

vv: verpleging en verzorging ouderen

t: thuiszorg

Het verschil tussen de rente waartegen zorginstellingen hun langlopende leningen sluiten en het rentepercentage van de jongste tienjarige staatslening is de laatste jaren stabiel. De rentepercentages waartegen instellingen lenen, zijn sinds de aankondiging van de afschaffing van het bouwregime in april 2005 over de gehele periode genomen gedaald. Indien het Rijk direct garant had gestaan, zou deze ontwikkeling naar alle waarschijnlijkheid niet anders zijn geweest, terwijl het risico voor het Rijk wel zou zijn toegenomen omdat de onderlinge borg via het WFZ dan zou vervallen. Er is verder geen reden te veronderstellen, zoals de leden van de SP-fractie menen, dat de invoering van de Zvw geldstromen heeft verlegd van de zorg naar de banken.

*Wat betreft de vergelijking met het Erasmus Medisch Centrum waar de leden van de SP-fractie naar vragen, verwijs ik naar het verslag van het schriftelijk overleg van 23 maart 2015 over de brief van 31 oktober 2014 over het Besluit inzake toezegging aan het Erasmus Medisch Centrum over de totstandkoming van een bijzondere kapitaallastenregeling ten behoeve van voorgenomen nieuwbouw bij dit academisch ziekenhuis<sup>2</sup>. Daarin heb ik, in antwoord op vragen van leden van de CDA-fractie, nauwkeurig de geschiedenis en de context aangegeven waarbinnen de toezeggingen aan het Erasmus MC moeten worden geplaatst. Daar heb ik ook vermeld dat het bouwproject in kwestie al ten tijde van het bouwregime geaccordeerd was door de ter zake bevoegde instanties.*

*De leden van de SP-fractie vragen naar mijn visie op een Rijksgebouwendienst voor zorgvastgoed.*

Een Rijksgebouwendienst voor de zorg vind ik geen goed idee. En het gaat lijnrecht in tegen het sinds de jaren negentig van de vorige eeuw gevoerde beleid om de instellingen geleidelijk steeds meer eigen verantwoordelijkheid en beslissingsruimte te geven voor hun

<sup>2</sup> Kamerstuk 25 268, nr. 110, blz. 9 en 10

zorgvastgoed. Bovendien zou het een grootschalige onteigeningsoperatie meebrengen van al het zorgvastgoed dat eigendom is van de instellingen, die in miljarden zal gaan lopen.

*Artikel 18 van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) bevat de regels die gelden bij vervreemding van vastgoed, waarnaar de leden van de SP-fractie vragen.* In het kader van de behandeling van het wetsvoorstel Vergroten investeringsmogelijkheden in medisch specialistische zorg<sup>3</sup> heb ik de Eerste Kamer gemeld dat ik de Raad van State voorlichting zal vragen over het door de Tweede Kamer geamendeerde artikel 18 WTZi (amendement-Bruins Slot). Ik heb deze voorlichting inmiddels ontvangen en zal de Eerste en Tweede Kamer informeren zodra ik mijn standpunt heb bepaald.

*De leden van de SP-fractie stellen vragen over zorginstellingen die financieel in de knel komen in relatie tot het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars.*

Voorop staat dat zorgverzekeraars zorgplicht hebben die inhoudt dat hun verzekerden ervan op aan kunnen dat zij tijdig de zorg kunnen krijgen die zij nodig hebben. Verzekeraars hebben dus geen belang bij het «breken» van zorginstellingen, zoals deze leden dat noemen. De ervaring leert dat indien een zorginstelling in financiële problemen raakt, dat doorgaans aan een combinatie van factoren te wijten is. Een goed presterende instelling die het wat betreft kwaliteit, prijs en management goed doet zal geen moeite hebben een contract te sluiten met zorgverzekeraars. Wel is van belang, zoals het evaluatierapport terecht opmerkt, dat zorginstellingen een redelijke mate van zekerheid hebben over hun toekomstige omzet en daarbij in staat zijn gedurende het exploitatiejaar adequate tussentijdse rapportages aan te leveren en zo nodig bij te kunnen sturen. Daarvoor is het nodig dat de contracten met zorgverzekeraars uiterlijk in november voor aanvang van het boekjaar gesloten zijn. Bovendien zou transparantie over de voorfinanciering verbeterd kunnen worden, zodat banken die het werkkapitaal financieren beter inzicht hebben in de waarde van de bijbehorende activa (debiteuren, nog te factureren, onderhanden werk). Ook kunnen in contracten meerjarige afspraken worden opgenomen over een verbintenis voor langere termijn. Zoals ik in mijn brief *Kwaliteit loont*<sup>4</sup> van 6 februari 2015 heb geschreven wil ik de ontwikkeling hiervan in de medisch specialistische zorg stimuleren, indien dit leidt tot grotere kwaliteitsinvesteringen. In het bestuurlijk overleg medisch specialistische zorg is dit onderwerp ook geagendeerd. Partijen onderschrijven het nut en de noodzaak van meerjarige contractering als instrument voor innovatie en verandering. Tegelijkertijd moet er ook ruimte blijven voor toetreding en/of groei voor nieuwe innovatieve zorgaanbieders. Deze balans is van groot belang. Ook in de langdurige zorg steunt het kabinet meerjarige contractering, waarbij ook hier aandacht moet zijn voor ruimte voor innovatie en nieuwkomers. In de Voortgangsrapportage transitie HLZ van het eerste kwartaal 2015<sup>5</sup> is vermeld dat zorgkantoor DSW in het kader van zijn pilot onderzoekt op welke wijze meerjarenafspraken gemaakt kunnen worden onder de Wet langdurige zorg (Wlz) met de aanbieders van intramurale Wlz-zorg. Deze meerjarenafspraken zijn nog niet gerealiseerd bij de zorginkoop voor 2015 maar zullen onderwerp van gesprek zijn bij de zorginkoop voor 2016 (tweede helft 2015). Onderdelen van de afspraken die DSW geschikt acht voor een meerjarenafspraak zijn kwaliteit, doelmatigheid, vastgoed/afbouw capaciteit en innovatie

<sup>3</sup> Kamerstuk 33 168

<sup>4</sup> Kamerstuk 31 765, nr. 116

<sup>5</sup> Kamerstuk 34 104, nr. 25



*De leden van de SP-fractie vragen naar de financiële gevolgen van het afschaffen van de contracteerplicht op de kapitaallasten van zorginstellingen en naar de gevolgen voor het WFZ zelf.*

Het afschaffen van de contracteerplicht is één van de factoren die in de ogen van financiers bijdragen aan een toename van het bedrijfsrisico van zorginstellingen. Daarom beoordelen zij investeringsplannen kritischer op hun financiële haalbaarheid dan voorheen. Ook het WFZ beoordeelt nieuwe investeringsplannen van zorginstellingen kritischer op nut en noodzaak, financiële haalbaarheid en betaalbaarheid. Hogere risico's vertalen zich in hogere rente-opslagen door banken. De andere kant hiervan is dat in geval van WFZ-borging van leningen (waardoor die rente-opslagen vervallen) sprake is van een groter rentevoordeel voor zorginstellingen. WFZ-borging biedt meer voordeel voor zorginstellingen: enerzijds om de financiering van investeringen rond te krijgen, anderzijds door het toenemende financiële voordeel door borging.

*De leden van de SP-fractie stellen vragen over het omhoog brengen van het percentage van door het WFZ geborgde leningen. Verder vragen zij naar mijn reactie op het beperkte aantal banken dat betrokken is bij de financiering van zorgvastgoed.*

Het WFZ is in 1999 opgericht om de continuïteit van financiering van zorginstellingen te bevorderen, daarbij de macrorentekosten te beperken en tot slot om goed financieel management bij zorginstellingen te bevorderen. Het WFZ is een particulier initiatief van de zorginstellingen gezamenlijk, waarbij de overheid alleen een achterborgfunctie vervult. Doordat het WFZ een particuliere stichting is, bepaalt het in beginsel ook zelf hoe het zijn risicobeleid inricht. Het evaluatierapport leert dat dit risicobeleid evenwichtig en solide is. Dat maakt ook dat het WFZ tot op heden geen beroep heeft hoeven doen op de obligoverplichting van de deelnemende instellingen, laat staan op de achterborg van de overheid. Op dit moment is ongeveer vijftig procent van de langlopende leningen van zorginstellingen geborgd door het WFZ. Dit is gevolg van het risicobeleid dat het WFZ voert. Dat bestaat er onder meer uit dat het WFZ-ongeacht zijn risicotaxaties betreffende de deelnemer of zijn investeringen – een bovengrens stelt aan de absolute omvang van geborgde leningen in één rechtspersoon. Een van de uitgangspunten van het WFZ is namelijk dat een onverhoopt faillissement van een enkele WFZ-deelnemer nooit zodanig omvangrijke garantieschade mag veroorzaken dat deze het garantievermogen («het spaarvarken») van het WFZ te boven gaat, en daardoor meteen een beroep moet worden gedaan op de obligoverplichting van de WFZ-deelnemers, of zelfs de achterborg. Ander onderdeel van dit prudente risicobeleid is dat het WFZ in veel gevallen doelbewust een niet-volledige garantie verstrekt, waarbij als voorwaarde geldt dat het leningenrestant zonder garantie bij een bank moet worden aangetrokken, bijvoorbeeld de huisbankier. Hierdoor heeft de huisbankier niet alleen een belang bij de instelling voor de korte-termijnkredieten (bijvoorbeeld voor consumptieve doeleinden of salarisbetalingen) maar ook voor de langere termijn, waardoor zij meer oog hebben voor de continuïteit van instellingen. Het WFZ streeft dus welbewust naar een goede balans tussen geborgde en ongeborgde financiering bij WFZ-deelnemers. Ik acht dit met het oog op de belangen van alle betrokken partijen een zeer verstandig benadering van het WFZ en bovendien in lijn met het garantiekader zoals dit door het kabinet is vastgesteld.

Dat vooral de vier grote Nederlandse banken – vaak in consortiumverband – betrokken zijn bij de financiering van de investeringsbehoefte in de zorg is een feit. Ik zou graag zien dat het aantal geïnteresseerde financiers in de toekomst weer zou kunnen stijgen. Banken zijn om grofweg twee redenen huiveriger en daardoor kritischer geworden. Allereerst zijn banken vanwege strengere kapitaaleisen (Basel III) gehouden om grotere financiële buffers op te bouwen. Dat maakt dat banken in algemene zin nu

kritischer kijken naar potentiële financiële risico's bij het toekennen van kredieten. Ten tweedeschatten banken de risico's rondom investeringen in de zorg reëler in dan voorheen, wat maakt dat zij hun exposure in de zorg hierop aanpassen. Overigens zijn ook andere financiers dan de vier grote banken (zoals pensioenfondsen, verzekeraars, of private investeerders) in meer of mindere mate wel actief op de financieringsmarkt voor zorginstellingen, maar zij nemen qua financieringsvolume thans slechts een beperkt aandeel voor hun rekening.

*De leden van de SP-fractie vragen een reactie op de in het evaluatierapport aangedragen alternatieven en mogelijkheden. Zij vragen specifiek naar de opties schatkistbankieren, directe staatsgarantie, subsidies op rentebetalingen of het versterken van het eigen vermogen van instellingen.*

Zoals in het evaluatierapport is opgemerkt kan schatkistbankieren weliswaar bijdragen aan voldoende aanbod van langlopende financiering tegen relatief lage kosten voor zorginstellingen, maar draagt het niet bij aan het beperken van risico's voor de Staat. Daarbij komt dat de lopende rente- en aflossingsverplichtingen van de instellingen blijven bestaan. Afkoop hiervan zou de staatsschuld fors doen toenemen, wat ik onwenselijk acht.

Wat betreft directe staatsgarantie: er is geen reden te veronderstellen dat de kapitaallasten van instellingen in zo'n situatie lager zullen uitvallen dan in de huidige constructie, waarin het WFZ garant staat en de Staat achterborg is. Het is immers de achterborg van de Staat die doorslaggevend is voor de hoogte van het rentevoordeel, zoals het evaluatierapport laat zien. Anderzijds neemt het risico voor de Staat toe bij een directe staatsgarantie, waar nu het risico gespreid is over het WFZ, de deelnemende instellingen en (in laatste instantie) de Staat.

Subsidies op rentebetalingen halen zowel bij banken als zorginstellingen de prikkels weg om alleen met elkaar in zee te gaan als er sprake is van een goed onderbouwde en gezonde business case. Daarnaast is het valse concurrentie voor die zorgaanbieders die huren en geen eigenaar zijn. Bij een gezonde bedrijfsvoering hoort een gezond eigen vermogen. Dat het versterken van het eigen vermogen zal leiden tot substantieel lagere rentes is logisch. Dat is ook de achterliggende gedachte van het wetsvoorstel vergroten investeringsmogelijkheden in de medisch specialistische zorg dat momenteel in de Eerste Kamer ligt (Kamerstuk 33 168). Zonder dit wetsvoorstel is het de vraag ten laste van welke middelen en van wie de eigen vermogens van instellingen zouden moeten worden opgebouwd, met alle risico's voor druk op de tarieven en daarmee de premies.

Ik ben het eens met de conclusie in het evaluatierapport dat de genoemde alternatieven minder effectief zijn om de financiering van zorginstellingen te faciliteren en/of niet leiden tot een beperking van het risico voor het Rijk in vergelijking met een waarborgfonds met achterborg van het Rijk.

In dit verband wijs ik erop dat het kunnen aantrekken van extern eigen vermogen kan bijdragen aan het vergroten van investeringsmogelijkheden van instellingen. Wat betreft de medisch-specialistische sector ligt daartoe thans een wetsvoorstel voor bij de Eerste Kamer. Zoals bij de vraag over artikel 18 van de WTZi al opgemerkt, heb ik de Eerste Kamer gemeld dat ik de Raad van State voorlichting zal vragen over een door de Tweede Kamer geamendeerde artikel van dat wetsvoorstel (amendement-Bruins Slot), heb ik deze voorlichting inmiddels ontvangen en zal de Eerste en Tweede Kamer informeren zodra ik mijn standpunt heb bepaald.

*De SP-fractieleden vragen naar een eventuele saneringsfunctie bij het WFZ en naar de juistheid van de vergelijking met het Waarborgfonds Sociale Woningbouw (WSW).*

Het WFZ is zeker vergelijkbaar met het WSW wat betreft de financiële zekerheidsstructuur, waarin de rijksoverheid als achterborg fungeert. Mede door de verschillende werkgebieden kennen beide waarborgfondsen echter ook grote verschillen waar het gaat om de concrete invulling van hun rol en werkzaamheden. Zoals al vermeld is het WFZ een particulier initiatief van de zorginstellingen gezamenlijk, waarbij de overheid alleen een achterborgfunctie vervult. Het WFZ is opgericht door de gezamenlijke koepels van intramurale instellingen als (onderling) waarborgfondsen om de continuïteit van de financiering van zorginstellingen te bevorderen en daarbij de financieringskosten zo laag mogelijk te houden. Het is nooit de intentie geweest van de oprichters om het WFZ een rol te geven als saneringsfonds voor noodlijdende zorginstellingen. Het WFZ is hier dan ook qua formele structuur, noch qua financiële zekerheidsstructuur voor toegerust en ingericht. Indien van het WFZ zou worden gevraagd instellingen financieel te saneren, neemt het risico voor het WFZ en daarmee voor de overige deelnemers toe. Ook zou daardoor het risico voor de Staat als achterborg toenemen. Financieel gezonde instellingen zouden hierin reden kunnen zien niet meer aan te melden als deelnemer of geen nieuwe leningen meer te laten borgen. Het WFZ heeft overigens aangegeven geen saneringsrol op zich te willen nemen.

*De leden van de CDA-fractie stellen enkele vragen over (niet-)deelname aan het WFZ en of er verschillen in exploitatieresultaat zijn als gevolg van het wel of niet WFZ-deelnemer zijn.*

Inderdaad is, zoals deze leden veronderstellen, een deel van de intramurale zorginstellingen geen WFZ-deelnemer. Gedeeltelijk omdat men dat niet wenst, gedeeltelijk omdat de instelling niet door de toelatingsprocedure komt.

De meeste academische ziekenhuizen bijvoorbeeld geven er de voorkeur aan geen WFZ-deelnemer te zijn. Banken hoeven bij de financiering van academische ziekenhuizen slechts zeer beperkte reserves aan te houden, vanwege de afwijkende bekostigingsstructuur van deze ziekenhuizen, wat zich vertaalt in lagere rente-opslagen. Wat betreft het vastgoed van verzorgingshuizen is van oudsher relatief vaak sprake van huur en niet van eigendom, dit verklaart mede het relatief lage percentage deelnemers in de care.

Instellingen die zich willen kwalificeren voor het WFZ worden behalve op een aantal formele vereisten, ook getoetst op hun kredietwaardigheid. Een zorginstelling moet de financiële situatie goed op orde hebben en goede vooruitzichten hebben. Het WFZ betreft de volgende aspecten in de beoordeling van de kredietwaardigheid:

- de bestuurlijke, financiële, juridische en organisatorische structuur;
- de exploitatie, waarbij vooral wordt gekeken naar de verwachtingen ten aanzien van de toekomst;
- de kwaliteit van de sturing en beheersing van de organisatie;
- de solvabiliteitspositie;
- voornemens, verwachtingen of ontwikkelingen betreffende kredietwaardigheidbeïnvloedende factoren.

Wat betreft de aan het WFZ deelnemende instellingen geldt dat het uiteindelijke besluit van het WFZ om wel of geen garantie af te geven gebaseerd is op een gedetailleerde kredietanalyse waarbij wordt gekeken naar de solvabiliteit, de financieringsstructuur, de rentabiliteit, de kwaliteit van het management, de levensvatbaarheid van de investeringsplannen en de omgeving van de zorginstelling. Hierbij worden ook externe stakeholders geraadpleegd. Na afgeven van de garantie monitort het WFZ de zorginstelling actief. Minimaal één keer per jaar vindt een herbeoordeling plaats, tenzij ontwikkelingen in de directe omgeving van de instelling of met betrekking tot de exploitatie bij de instelling zelf om een snellere herbeoordeling vragen.

Het is niet te zeggen of er verschillen in exploitatieresultaat zijn als gevolg van het wel of niet deelnemer zijn van het WFZ; het is immers niet enkel de hoogte van de kapitaallasten die het exploitatieresultaat van een instelling bepalen.

De raad van toezicht van het WFZ bestaat sinds april 2015 weer uit het statutair vereiste minimum aantal van vijf leden. *Dit in antwoord op de vraag hierover van de leden van de CDA-fractie. Deze leden vragen ook waarom het niet eenvoudig blijkt geschikte kandidaten te vinden.*

Volgens de meest recente profielschets van het WFZ dient elk lid van de raad van toezicht te voldoen aan de volgende eisen:

- ervaring op het gebied van bestuur en/of toezicht;
- brede maatschappelijke ervaring en betrokkenheid;
- kennis van het zorgbestel en financiën;
- onafhankelijk en onpartijdig;
- communicatief;
- hecht groot belang aan kwaliteit, zowel op het terrein van de interne organisatie als op het terrein van de externe dienstverlening.

Een dergelijk eisenpakket wordt in de zorgsector niet alleen door het WFZ, maar meer in het algemeen als uitgangspunt gehanteerd bij het zoeken naar kandidaten voor toezichthoudende functies. Daarbij komt dat het aantal toezichthoudende functies dat iemand mag vervullen wettelijke beperkt is. Hierdoor neemt de spanning tussen vraag en aanbod van gekwalificeerde toezichthouders verder toe. Om elke schijn van ongewenste belangenverstrengeling, belangentegenstelling of aantasting van de onafhankelijkheid te vermijden, hanteert het WFZ bovendien als uitgangspunt dat een bestuurlijke functie bij een intramurale zorginstelling, een zorgverzekeraar of een financier niet verenigbaar is met lidmaatschap van de raad van toezicht van het WFZ. Dit geldt ook voor personen die actief zijn in een rol als belangenbehartiger of betaald adviseur op het werkterrein van het WFZ. Het potentiële aantal kandidaten wordt hierdoor verder begrensd.

*De leden van de CDA-fractie vragen naar de besluiten en maatregelen van het WFZ die goedkeuring nodig hebben van de Minister van VWS en aan welke besluiten geen goedkeuring is verleend.*

Voor een overzicht van de besluiten en maatregelen die goedkeuring behoeven van de Minister van VWS, zij verwezen naar het overzicht «in- en externe governance» in de bijlage bij het evaluatierapport. Het is nog nooit nodig geweest goedkeuring te onthouden aan besluiten of maatregelen van het WFZ.

*Ten slotte vragen de leden van de CDA-fractie of het klopt dat het WFZ alleen borgt voor zover er sprake is van zorg op basis van de Zorgverzekeringswet en (voorheen) de AWBZ en hoe het zit met zorg die is overgegaan naar de gemeenten.*

Het klopt dat het WFZ alleen leningen borgt ten behoeve van investeringen in zorgvastgoed van instellingen die zorg verlenen als bedoeld in de Zorgverzekeringswet of (thans) de Wet langdurige zorg. Het betreft alleen intramurale instellingen die een toelating hebben in de zin van de WTZi. Instellingen die een lening hebben die geborgd is door het WFZ en die zorg verlenen die (geheel of gedeeltelijk) is overgegaan naar de verantwoordelijkheid van gemeenten, behouden deze borging (eens gegeven, blijft gegeven). Zolang de borging van het WFZ bestaat, zolang blijft de instelling uiteraard ook deelnemer van het WFZ. Met andere woorden: hun lening blijft geborgd en zij blijven bijdragen aan de onderlinge borging.

Het is aan gemeenten zelf om te beoordelen of zij reden zien in te gaan op garantieverzoeken ten behoeve van nieuwe leningen van instellingen die zorg verlenen die is overgegaan naar de gemeenten.