

Vergaderjaar 2007–2008

27 659

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

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 86

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 10 oktober 2007

Ter voorbereiding van het algemeen overleg op 9 oktober 2007 over de voortgang van de invoering van de integrale en transparante tarieven (27 659/29 248, nr. 84) hadden enkele in de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ vertegenwoordigde fracties er behoefte aan een aantal vragen ter beantwoording voor te leggen aan de bewindspersonen van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De op 4 oktober 2007 toegezonden vragen, zijn met de bij brief van 9 oktober 2007 toegezonden antwoorden, hieronder afgedrukt. De vragen en antwoorden zijn voorzien van een inleiding.

De voorzitter van de commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Smeets

De griffier van de commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Vendrik (GL), Kant (SP), Blok (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), De Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Omtzigt (CDA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Van Gijlswijk (SP), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA) en Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU).

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Azough (GL), Van Velzen (SP), Neppéus (VVD), Vietsch (CDA), Sterk (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Griffith (VVD), Atsma (CDA), Van der Ham (D66), Çörüz (CDA), Gill'ard (PvdA), Jonker (CDA), Langkamp (SP), Jacobi (PvdA), Arib (PvdA), Kamp (VVD), De Wit (SP), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Hamer (PvdA) en Ortega-Martijn (CU).

I. Inleiding

Hierbij zend ik u het verslag van een schriftelijk overleg over de voortgang van de invoering van de integrale en transparante tarieven. Ik hecht er aan om U in herinnering te brengen op welke wijze mijn ambtsvoorgangers en ik u over de totstandkoming van de beleidsvoornemens op het terrein van de kapitaallasten hebben geïnformeerd.

- In de nota «Vraag aan Bod» uit 2001 (27 855, nrs. 1–2) werden de uitgangspunten geformuleerd voor een stelsel waarin de vraag van de patiënt centraal werd gesteld en de zorgverleners op basis van de geleverde productie integraal werden bekostigd.
- In de brief «Liberalisering electieve zorg» (d.d. 20 oktober 2004 (29 800 XVI, nr. 25)) werd een groot aantal maatregelen aangekondigd om te komen tot een vraaggestuurd stelsel. Het vraaggestuurde stelsel moet tegemoet komen aan de wensen van patiënten en verzekerden en meer ruimte geven aan verzekeraars en zorgaanbieders om de zorg op een efficiënte wijze in te richten.
- Vervolgens is op 8 maart 2005 (27 659, nr. 52) de brief «Invoering van integrale en transparante tarieven» naar de Tweede Kamer gestuurd. In deze brief is aangegeven dat zorginstellingen de verantwoordelijkheid moeten krijgen voor investeringsbeslissingen. Daartoe moet er integrale prestatiebekostiging komen waarbij de huisvestingslasten deel uitmaken van de kostprijzen.
- Maart 2006 heeft de NZA de uitvoeringstoets «De zichtbare hand» uitgebracht. In deze uitvoeringstoets zijn diverse modaliteiten om tot prestatiebekostiging in het A-segment te komen, ontwikkeld. Op 4 september 2006 (29 248, nr. 30) werd de brief «Ruimte voor betere zorg» aan de Tweede Kamer gestuurd. In deze brief werd ingegaan op de voortgang rond de systematiek van de diagnosebehandeling-combinaties (DBC's). In deze brief wordt onder meer geschreven: «Het volgende kabinet kan grote stappen zetten in de liberalisering van de ziekenhuisbekostiging». Voorts werd aangegeven dat voorbereidingen voor verdere «deregulering» werden getroffen, zodat het volgende kabinet kan besluiten om vanaf 1 januari 2008 een aanzienlijke uitbreiding van vrije prijsvorming in de ziekenhuiszorg te realiseren.

Voor de uitwerking van deze plannen heb ik de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd een (nieuwe) uitvoeringstoets uit te brengen. Deze uitvoeringstoets, met als titel »Op weg naar vrije prijzen«, heb ik op 20 april 2007 ontvangen.

- Op 13 juni 2007 (29 248, nr. 37) stuurde ik de brief «Waardering voor betere zorg» aan de Tweede Kamer. Daarin ga ik uitgebreid in op de invoering van de integrale prestatiebekostiging in de ziekenhuissector. In deze brief wordt ondermeer aangegeven dat de nacalculatie van de kapitaallasten in 2008 wordt bevroren en daarmee het bouwregime wordt afgeschaft. Voorts is in deze brief aangegeven dat een aantal maatregelen getroffen zal worden teneinde de kostenontwikkeling in de cure te beheersen en ontwikkeling richting best practices te stimuleren. De DBC-prijzen in het planbare deel van de ziekenhuiszorg, zullen betrekking hebben op alle kosten die in het ziekenhuis gemaakt worden, inclusief de kapitaalkosten. Ziekenhuizen kunnen dan ook vrij beslissen over investeringen en gaan daarmee financieel risico lopen over de betreffende kosten van kapitaal.
- In de brief «Met zorg ondernemen» d.d. 9 juli 2007 (27 659/29 248, nr. 84) ga ik in op de voortgang van de invoering van integrale en transparante tarieven. In deze brief zet ik uiteen hoe ik het ondernemerschap van zorgaanbieders wil versterken om te komen tot kwalitatief

hoogwaardige zorgvoorzieningen die, nu en in de toekomst, aansluiten bij de behoeften van cliënten.

Naast deze beleidsmatige voorbereiding is er inzicht opgebouwd in de effecten op instellingsniveau. Dat inzicht is ontleend aan analyses die zijn uitgevoerd door de NZa, het CBZ in samenwerking met de Stichting DBC Onderhoud (SDO), door het bureau Finance Ideas (in opdracht van VWS en in samenwerking met de NVZ) en laatstelijk door het College Bouw Zorginstellingen (CBZ) in samenwerking met Gupta.

Tijdens de technische briefing voor de Vaste Kamercommissie VWS over dit onderwerp op 2 oktober jl. is verzocht op een aantal onderwerpen nadere informatie toe te sturen. De volgende van deze onderwerpen keren niet terug in bijgaand verslag van een schriftelijk overleg en worden hierbij als bijlage meegezonden:

- een afschrift van de regelgeving met betrekking tot acute zorg en traumacentra¹.
- een schriftelijk uitgeschreven speech van de voorzitter van het CBZ ter ere van het 35 jarig jubileum van het CBZ (uitgesproken tekst kan afwijken)¹.

Ook is verzocht in te gaan op de lopende bouwaanvragen van ziekenhuizen. Het CBZ kan nog tot en met 31 december 2007 bouwvergunningen voor ziekenhuizen afgeven mits de betreffende projecten geprioriteerd zijn. Er zijn op dit moment 36 aanvragen van ziekenhuizen in behandeling die niet op de prioriteitenlijst staan. Voor deze aanvragen zal het CBZ geen bouwvergunning meer afgeven omdat ze niet geprioriteerd zijn. De ziekenhuizen kunnen op dit moment al wel gaan bouwen zonder bouwvergunning van het CBZ; in dat geval kiezen zij voor bouw voor eigen rekening en risico.

De vragen van de Vaste Kamercommissie VWS geven aan dat op onderdelen nog onduidelijkheid bestaat over de nadere invulling van een aantal aspecten. In mijn overleg met de NVZ is gebleken dat ook bij ziekenhuizen behoefte bestond op een aantal aspecten een nadere toelichting te krijgen. Hiertoe heb ik recent een nadere brief aan de NVZ gestuurd. Deze stuur ik u als bijlage mee¹.

II. VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vragen CDA-fractie

1

Wat vindt u van de klachten over de professionaliteit bij het CIBG?

In de WTZi is een tweejaarlijkse bouwprioriteringsronde verankerd. Deze procedure houdt in dat instellingen die onder het bouwregime vallen gedurende de periode 1 januari 2006 (inwerkingtreding WTZi) tot 1 mei 2007 toelatingsaanvragen waaraan bouw is gekoppeld konden indienen bij het CIBG. Vervolgens worden deze aanvragen gedurende de rest van 2007 – na advies van het bouwcollege – beoordeeld waarna de beschikkingen volgen.

De hoeveelheid toelatingsaanvragen met bouw die in het eerste kwartaal van 2007 nog is ingediend was veel groter dan voorzien. Dat heeft ertoe geleid dat de capaciteit die de binnen het CIBG beschikbaar is voor de beoordeling van toelatingsaanvragen is geherprioriteerd ten gunste van de beoordeling van bouwaanvragen plus dat tijdelijk de beschikbare capaciteit voor de beoordelingen ongeveer is verdubbeld. Naar de huidige verwachting zullen de toelatingsaanvragen waaraan bouw is gekoppeld

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

binnen de WTZi termijnen worden afgehandeld. Door de onverwachte hausse aan bouwaanvragen en de genoemde herprioritering is voor de overige aanvragen (dat wil zeggen aanvragen zonder bouw) ook vertraging ontstaan. Het CIBG heeft aangegeven alles op alles te zetten om deze achterstand zo spoedig mogelijk in te lopen.

2

Zijn er naar aanleiding van de invoering van de regeling van 9 juli inzake vaststelling beleidsregels ex artikel 4 en 13 (Staatscourant 19 juli 2007) bezwaren aangetekend en dreigen er processen over het eigenaarschap (bron Zorgvisie) en dus het feit of bij verkoop de gelden moeten toevloeien aan de zorginstelling? Zo ja, wat zijn daarvan de gevolgen?

Er zijn naar aanleiding van de Beschikking behoud van waarde van onroerende zaken voor de zorg van 23 juli 2007 ruim 400 bezwaren ingediend. Kern van de beleidsregels is dat de instellingen eigenaar zijn en blijven van hun vastgoed en grond. Ze zijn eveneens vrij te besluiten tot bijvoorbeeld verkoop deze bezittingen. Wel vraag ik hen de netto-verkoopopbrengst die zij mogelijkwerwijs realiseren te bestemmen voor de zorg. Ik wil voorkomen dat vermogen dat in een beschermde situatie is opgebouwd «weglekt» uit de zorg. Ook het verzilveren van stille reserves vallen hier wat mij betreft onder. Het grootste deel van de bezwaren richt zich dan ook op de beperkingen die ik stel aan de bestemming van de netto-verkoopopbrengst.

Op dit moment zijn de bezwaarschriften in behandeling en zal ik de inhoud van de bezwaren goed wegen. Na een hoorzitting zal ik een beslissing op bezwaar nemen.

3

Moeten alle ziekenhuizen maatschappelijke organisaties worden of mogen ziekenhuizen en andere zorginstellingen kiezen?

De minister van Justitie is enige tijd geleden een brede consultatieronde gestart rond een met een ontwerp wetsvoorstel voor de vormgeving van de maatschappelijke onderneming. De gedachte is deze nieuwe rechtsvorm te verankeren in het Burgerlijk Wetboek. Mijn voorkeur heeft het dat instellingen kunnen kiezen voor deze rechtsvorm. Overigens zal ik in aanvulling op de regelgeving van de minister van Justitie nog een aantal bepalingen voorschrijven die specifiek van toepassing zijn op de zorgsector. Ik denk daarbij in ieder geval aan bepalingen rond inspraak van cliënten, governance, behoud van vermogen voor de zorg en waarborgen betreffende continuïteit van zorg (bewindvoerder). Deze bepalingen zal ik u doen toekomen bij het indienen van het wetsvoorstel Cliënt en Kwaliteit van zorg dat ik in voorbereiding heb. Eind november zal ik u in de vorm van een beleidsbrief mijn voornemens inzake dit wetsvoorstel voorleggen.

4

Wat zijn de consequenties van de uitspraak van de Raad van State over het begrip instellingen in plaats van rechtspersoon en de reikwijdte van de WTZi in de casus Crabbefhof?

Op 16 mei 2007 heeft de afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State uitspraak gedaan over het al dan niet van toepassing zijn van artikel 18 van de WTZi op aanleunwoningen en service-appartementen die worden beheerd door de Hervormde Stichting Crabbefhof (zaaknummer 200606360/1). Verzorgingshuis Dubbelmonde en verpleeghuis Crabbefhof hebben een toelating gekregen voor het gedeelte dat onder AWBZ-verzekerde zorg valt. Daaronder zijn niet begrepen aanleunwoningen en service-appartementen. Deze vallen op grond van artikel 2.1, zesde lid van het Uitvoeringsbesluit WTZi niet onder de reikwijdte van artikel 18 van de

WTZi. Het College sanering hoeft voor de verkoop of verhuur van deze woningen dan ook geen toestemming te geven.

5

In het Lange termijn huisvestingsplan is inspraak van patiënten en cliënten verplicht. Op welke wijze wordt deze inspraak geregeld nadat de bouwregelgeving afgeschaft?

Ook na afschaffing van de bouwregelgeving (waaronder begrepen het Lange termijn huisvestingsplan LTHP) behouden cliënten en patiënten invloed.

In de huidige Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ, artikel 3) is inspraak van cliënten en patiënten geborgd: zij hebben een adviesrecht inzake verhuizing of ingrijpende verbouwingen en kunnen tevens de zorgaanbieder ongevraagd adviseren over zaken die voor hen van belang zijn.

Ik ben van mening dat een vraaggerichte ondernemer in de zorg er alle belang bij heeft de mening van zijn (potentiële) afnemers van diensten tijdig te betrekken in zijn bedrijfsvoering. Een LTHP, dat in de kern een door alle belanghebbenden gedragen visie op huisvesting en infrastructuur bevat, kan voor de zorginstelling een uitermate nuttig hulpmiddel zijn voor een toekomstbestendig huisvestingsbeleid. Ik vind het echter de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders zelf om hier op een verstandige manier mee om te gaan en het derhalve niet langer passen om alle betreffende zorginstellingen voor te schrijven over een LTHP te beschikken. Veranderingen in huisvesting is naar mij mening bij uitstek een onderwerp dat zich leent voor inspraak door cliënten. In de voorbereiding van mijn wetsvoorstel Cliënt en Kwaliteit van Zorg dat een sterke positie van de patiënt en cliënt in de zorg beoogt, bestudeer ik de samenhang en eventuele samenvoeging met de bepalingen van de WMCZ.

6

Hoe groot is het exploitatiebudget bouw voor ziekenhuizen (exclusief de bezuiniging van Hoogervorst van € 200 mln.)? Hoe verhoudt zich dit budget tot het bouwbudget ziekenhuizen op basis van de voorgestelde berekeningswijze van 10% van de exploitatie?

Een deel van de budgetten van de ziekenhuizen is bestemd voor kapitaallasten. In de begroting 2008 is ongeveer € 13½ miljard voor de ziekenhuisbudgetten van alle ziekenhuizen beschikbaar. We gaan ervan uit dat ongeveer € 1½ miljard daarvan als kapitaallasten waaronder begrepen rente en afschrijving van gebouwen en inventaris is opgenomen. Met rente en afschrijving op bouw bij algemene ziekenhuizen is ongeveer € 0,5 mld gemoeid.

Bezuinigingen op de kapitaallasten zijn voor 2008 niet aan de orde geweest. Wel is de raming voor de kapitaallasten in de afgelopen jaren regelmatig aangepast als gevolg van geconstateerde vertragingen in bouwplannen. In de meeste gevallen betrof dit incidentele bijstellingen. Een ramingsbijstelling van € 73,7 miljoen in de begroting 2006 is wel structureel verwerkt.

7

Is het budget een percentage van de omzet (zo ja welk) of wordt het berekend per DBC?

De maatstaf is een gemiddelde prijs/tarief die een ziekenhuis voor een DBC in rekening mag brengen. Kapitaallasten moeten terugverdiend worden uit de DBC-prijzen/tarieven.

Er komt geen geormerkte vergoeding voor kapitaallasten binnen de maatstaf. Integrale bekostiging is er juist op gericht dat het ziekenhuis zelf

kan bepalen hoe hij zijn middelen inzet en hoe hij de kosten toerekent naar DBC's. In de berekening van ieder DBC zijn de kapitaallasten meegenomen. In de eerste jaren wegen de instellingsspecifieke kapitaallasten nog voor een groot deel mee bij het bepalen van de maatstaf (75% in 2009, 50% in 2010 en 25% in 2011). Zodoende hebben instelling de tijd om zich aan te passen aan de nieuwe situatie waarin het marktconforme prijsniveau voor iedere instelling uitgangspunt is.

8

Heeft u inzicht in de voor- en nadeel-effecten voor de verschillende ziekenhuizen? Zo ja, wat is het beeld en is daarin een patroon herkenbaar? Zo nee, waarom niet en kan dat inzicht alsnog worden gegeven?

Het effect van de kapitaallastenoperatie verschilt per individuele instelling. Immers, iedere instelling heeft zijn eigen specifieke vastgoedkenmerken (leeftijd gebouwen, staat van onderhoud, verbouwplannen en bancaire leningen en de daarbij behorende (looptijd van de) rente. Zoals ik in de brief «Met zorg ondernemen» heb aangegeven, heb ik de verwachting dat het overgrote deel van de ziekenhuizen de overgang zonder problemen kan maken. Ik baseer mijn oordeel op een aantal onderzoeken die ik in de voorbereiding van de besluitvorming heb laten verrichten door onder meer het College Bouw Zorginstellingen en Finance Ideas. Ook de Nza bevestigt mijn oordeel op dit punt. Een beperkt aantal ziekenhuizen zal mogelijk in de gevarenzone terecht komen. Uit de analyses is geen duidelijk herkenbaar patroon af te leiden voor welke instellingen de invoering van integrale tarieven onoverkomelijk zal zijn. Een commissie van deskundigen zal mij adviseren over het definitieve aantal ziekenhuizen dat ondersteuning nodig heeft als gevolg van deze systeemwijziging. Voor de nadere uitwerking van deze maatwerkoplossing verwijs ik u naar de bijgevoegde recente brief aan de NvZ¹. Het definitieve effect voor instellingen zal bekend zijn wanneer in de loop van 2008 de definitieve hoogte van de maatstaf voor het jaar 2009 per instelling bekend zal worden. Overigens zullen instellingen vanaf 1 november aanstaande hun relatieve efficiency kunnen beoordelen aan de hand van een rekenmodel dat door de Nza ter beschikking wordt gesteld.

9

Wat is de huidige afschrijvingstermijn van een ziekenhuis? Mag een ziekenhuis in de toekomst zelf de afschrijvingspercentages bepalen? Zo nee, wat wordt de voorgeschreven regeling?

Onder het huidige bouwregime is deze afschrijvingstermijn 50 jaar. In de praktijk gelden echter vaak kortere termijnen en wordt de restwaarde meegenomen bij de nieuwbouw. Na afschaffing van het bouwregime gelden de reguliere regels voor de jaarverslaglegging, die voor alle ondernemingen gelden. De economische levensduur van instellingen is dan het uitgangspunt.

10

Hoe wordt rekening gehouden met de SEH-functie en de benodigde bijbehorende minimale functies, ook al zijn die niet (volledig) bezet? Wordt rekening gehouden met de minimum omvang aan kapitaallasten bij kleine ziekenhuizen met een beperkte omzet (bijvoorbeeld ziekenhuizen in Oost-Groningen)?

Voor de SEH-functie komt er een beschikbaarheidsvergoeding buiten de maatstaf. Deze vergoeding is voldoende om een bezetting te garanderen die aan de eisen voldoet. Daardoor is gegarandeerd dat een instelling te allen tijde over voldoende middelen beschikt om de SEH-functie te vervullen. Mocht de instelling toch in (financiële) continuïteitsproblemen

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

komen, dan zal ik beoordelen of met het wegvallen van deze instelling ook de continuïteit van zorg in het geding komt. Mocht dat zo zijn dan heb ik de beschikking over instrumentarium (Nza-beleidsregel instellingen in financiële problemen) om te verhinderen dat een dergelijke situatie zich voordoet.

11

Hoe wordt het exploitatiebudget bouw in de toekomst geïndiceerd? De prijsontwikkelingen in de bouwnijverheid (de bouwmarkt) kunnen sterk afwijken van de «prijsontwikkelingen» van de ziekenhuisproductie. Wordt dit gecompenseerd of is dit in de toekomst een risico voor de ziekenhuizen?

Zoals momenteel de budgetonderdelen materiële kosten en loonkosten worden geïndexeerd volgens respectievelijk de prijsontwikkeling en de loonontwikkeling, zo ligt het in de rede een onderdeel kapitaallasten te indexeren met de prijsontwikkeling in de bouw. Op deze wijze wordt de prijsontwikkeling waarmee ziekenhuizen geconfronteerd worden adequaat opgevangen. Omdat op voorhand niet valt te bepalen of er (op korte termijn) sprake zal zijn van een verhoging van de vermogenskostenvergoeding en hoe hoog die eventueel zal zijn, heb ik de NZa gevraagd de ontwikkeling van de vermogenskostenvergoeding te monitoren. Indien uit deze monitor blijkt dat de vermogenskostenontwikkeling voor de ziekenhuizen substantieel afwijkt van de vermogenskostenontwikkelingen in de markt, zal een expliciet besluit genomen worden over een aanpassing van de maatstaf. Inzet is de maatstaf in voldoende mate te laten mee bewegen met substantiële ontwikkelingen. Dit laat echter onverlet dat het de primaire verantwoordelijkheid is van de individuele instellingen om een efficiënt vermogensbeheer te voeren.

12

Maakt de bouwrente deel uit van het bouwbudget of wordt alle rente centraal genomen?

Vanaf het moment van invoeren van integrale prestatiebekostiging is er geen sprake meer van een extern bepaald bouwbudget of van een centraal bepaalde rentenorm. Het ziekenhuis zelf bepaalt zijn investeringsplannen en in onderhandeling met de bank wordt een rente overeengekomen. Alle kosten zijn opgenomen in de DBC prijs, dus ook de rentekosten moeten uit de DBC-omzet terugverdiend worden.

13

Wordt het jaarverslag aangepast? Valt de eindafrekening onder de accountantsverklaring van het jaarverslag? Zo ja, welk jaar?

In de beleidsregels behoud van vermogen (Staatscourant 19 juli 2007, nr. 137/pag. 31)¹ heb ik aangegeven dat instellingen periodiek een taxatie van de waarde van het vastgoed moeten opnemen in hun jaarverslag. Op dat punt zal het jaarverslag Maatschappelijke Verantwoording worden aangepast. De eindafrekening van lopende bouwprojecten met bouwvergunning CBZ zal het CBZ afhandelen zolang zij nog als zelfstandig bestuursorgaan bestaan (voorzien datum 1 januari 2010). De met de bouw gemoeide kosten worden nog tot en met het FB 2008 verwerkt.

14

Op welke wijze wordt het budget bepaald voor academische ziekenhuizen? Hoe wordt rekening gehouden met de academische component en de bijdrage van het ministerie van OCW?

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

Voor academische ziekenhuizen bestaat een apart meerjarig bouwkader, het DHAZ. OCW, VWS en de NFU hebben daar in 2003 afspraken over gemaakt. In de recente nota «Publieke functies van de UMC's in een marktomgeving» is aangekondigd dat het DHAZ zal worden geschoond. De overgang naar het nieuwe zorgstelsel maakt het wenselijk dat academische ziekenhuizen in het A- en B-segment op gelijke voet met de algemene ziekenhuizen risico gaan lopen over het volume van deze zorg en de daarmee samenhangende kapitaallasten. Daartoe dient de schoning. Na de schoning blijven de kapitaallasten die samenhangen met de academische component in de rijksbijdrage over. In de bovengenoemde nota is aangegeven dat gekeken zal worden naar de verdeling van de bekostigingsverantwoordelijkheid tussen VWS en OCW voor de investeringen in infrastructurele voorzieningen in UMC's. De bestaande afspraak hierover, de 75/25-verdeling tussen VWS en OCW, is bijna twintig jaar oud en heeft een historisch bepaalde achtergrond. We bekijken of deze verdeling de huidige situatie nog voldoende recht doet.

15

Wat zijn de voorwaarden voor verkoop of verhuur van gebouwen en terreinen van zorginstellingen? Op welke wijze wordt de verkoopwaarde bepaald? Wordt met marktwaarde in de regeling van 9 juli 2007 inzake de beleidsregels ex artikel 4 en 13 van de WTZi (zie Staatscourant 19 juli 2007) bedoeld de ontwikkelwaarde?

Mijn beleid is erop gericht om instellingen meer vrijheid en eigen verantwoordelijkheid te geven met betrekking tot hun vastgoed en vermogensopbouw. In het licht van dit beleid houdt de bemoeienis van de Colleges bouw voorafgaand aan het nemen van vastgoedbeslissingen van instellingen op te bestaan. Deze grotere vrijheid voor instellingen roept wel de noodzaak op om te bepalen binnen welke kaders het huidige vermogen mag worden aangewend. Oftewel, achteraf dient het toezicht adequaat en robuust te zijn vormgegeven.

De voorwaarden luiden als volgt: de opbrengst van de verkoop van de onroerende zaken dient marktconform te zijn. De instelling is verantwoordelijk om dit achteraf kunnen aantonen. Idealiter komt de marktprijs tot stand via een systeem van openbare biedingen. De uiteindelijke verkoopprijs zal tussen koper en verkoper worden overeengekomen. De netto-opbrengst van de transactie (of in geval van een liquidatie het batig saldo) dient aan zorg besteed te worden. Boekwinsten worden dan ook niet meer «afgeroomd» door de overheid, maar dienen door instellingen zelf te worden ingezet voor de zorg, op een manier waarvan de instelling zelf denkt dat dit de beste bijdrage levert aan de (zorg)activiteiten van de instelling. Mocht de instelling één jaar na vaststelling van de netto-verkoopopbrengst geen bestemming hebben gedefinieerd voor de besteding van dit geld, dan kan ik bepalen dat dit bedrag in het AFBZ dient te worden gestort. De beleidsregels betreffen het huidige onroerend goed.

16

Hoe wordt voorkomen dat de spreiding van ziekenhuislocaties aangetast wordt? Kan bijvoorbeeld de ziekenhuislocatie Den Helder door het Medisch Centrum Alkmaar na de fusie verkocht worden?

De beschikbaarheid van acute zorg is geregeld in de beleidsregels WTZi. Spoedeisende hulp van een basisziekenhuis moet binnen 45 minuten bereikbaar zijn. Als die norm in gevaar komt, kan de minister een voorschrift verbinden aan de toelating van de instelling dat erop neer komt dat de spoedeisende hulp op een bepaalde locatie open moet blijven. In het uiterste geval kan de minister een dergelijke verkoop nietig verklaren.

17

Wat betekent deze wijziging van onroerend goed voor de Raden van Toezicht en/of governance code?

Niets. De Raden van toezicht moeten blijven toezien dat de instelling handelt in overeenstemming met zijn statutaire doelstelling en handelt conform vigerende wet- en regelgeving.

18

Wordt bij de overgang rekening gehouden met zaken zoals aanwezigheid van asbest, vervuilde grond, slechte gevelpanelen, achterstand van brand-preventieve maatregelen, te grote oppervlakte, hoge aanbestedingsprijzen, verouderde functionaliteit, slechte technische conditie, etc.?

Voor alle instellingen gelden dezelfde condities en regels. Wel is sprake van historische verschillen. Daarbij gaat het niet alleen om verschillen in vermogenspositie, maar ook in leeftijd en kwaliteit van de gebouwen gebouwen, reputatie en kwaliteit van het management, en de zaken die in de vraagstelling zijn verwoord.

De genoemde historische verschillen hoeven niet te betekenen dat er onoverkomelijke financiële problemen door ontstaan. Er is in beginsel daarom geen reden om historische verschillen te compenseren.

In de brief Met zorg ondernemen heb ik een (specifieke) maatwerkbenadering aangekondigd voor die instellingen die ten gevolge van de afschaffing van de nacalculatie op kapitaallasten (inclusief het schonen van het B-segment van kapitaallasten) in onoverkomelijke problemen dreigen te komen. Een commissie van onafhankelijke leden zal de maatwerkbenadering uitvoeren.

De commissie zal de volgende principes hanteren:

- 1) de problemen moeten voortvloeien uit de afschaffing van de nacalculatie op kapitaallasten (een causale relatie);
- 2) de instelling is niet zelf in staat om, na eventuele maatregelen, de problemen zelf op te lossen;
- 3) de solvabiliteit van de instelling verslechterd gedurende de overgangperiode structureel.

Op basis van deze drie principes zal de commissie aan de minister aangeven welke ziekenhuizen voor een maatwerkoplossing in aanmerking komen. Nader overleg zal plaatsvinden met de commissie en de sector over de nadere uitwerking van deze principes.

Instellingen die om andere redenen in onoverkomelijke problemen zijn geraakt kunnen een beroep doen op de NZa-beleidsregel: «instellingen in financiële problemen» (www.nza.nl/13755/14769/32655).

19

Hoe wordt omgegaan met budgetoverschrijdingen bij projecten waarbij budgettair bouwen is afgesproken en waarbij door de hogere aanbestedingsprijzen en/of door bouwfouten tekorten worden voorzien (bijvoorbeeld Isala Klinieken, Jeroen Bosch Ziekenhuis en Ziekenhuis Vlietland)? Wordt rekening gehouden met de afgegeven verklaringen en vergunningen ex WTZi?

Voor alle instellingen geldt dat de kosten moeten worden terugverdiend door de DBC opbrengsten. Indien instellingen daartoe niet in staat zijn en in onoverkomelijke financiële problemen komen, zullen zij zich in de genoemde gevallen moeten voegen bij de NZa. De Nza kan deze instellingen helpen op grond van de in vraag 18 genoemde beleidsregel instellingen in financiële problemen.

Wat zijn de criteria voor de «commissie van wijze mannen» die mogelijke probleemgevallen gaat bezien? Hoe wordt deze commissie juridisch verankerd? Hoeveel budget is voor hen beschikbaar en wat wordt hun werkwijze?

Een commissie van onafhankelijke deskundigen zal de maatwerkbenadering uitvoeren. De commissie beoordeelt of er sprake is van een onoverkomelijk financieel probleem. Het moet daarbij gaan om problemen die zich gedurende de periode van de maatstafconcurrentie (2009–2011) dreigen voor te doen ten gevolge van de afschaffing van de nacalculatie op WZV/WTZi-goedgekeurde investeringen. Het gaat dus om afwikkeling van die wet- en regelgeving. Afhandeling van claims die voortkomen uit andere veranderingen vallen niet binnen de werkerrein van de beoordeling door de commissie.

De commissie zal de volgende principes hanteren:

- 1) de problemen moeten voortvloeien uit de afschaffing van de nacalculatie op kapitaallasten (een causale relatie);
- 2) de instelling is niet zelf in staat om, na eventuele maatregelen, de problemen zelf op te lossen;
- 3) de solvabiliteit van de instelling verslechterd gedurende de overgangperiode structureel.

Op basis van deze drie principes zal de commissie aan de minister aangeven welke ziekenhuizen voor een maatwerkoplossing in aanmerking komen. Nader overleg zal plaatsvinden met de commissie en de sector over de nadere uitwerking van deze principes.

Principe 1 betekent dat er een causale relatie dient te zijn tussen de problemen en de wijziging in kapitaallastebekostiging. Te meer geldt dat voor investeringen die gedaan zijn na maart 2005, het moment van uitkomen van de eerste kapitaallastenbrief. In dat geval moet de instelling aannemelijk maken dat die investeringen onvermijdelijk waren en niet hadden kunnen worden uit- of bijgesteld.

Principe 2 betekent dat instellingen zoveel mogelijk proberen de problemen binnen de eigen exploitatie/balans op moeten lossen. De effecten van de verschillende beleidswijzigingen zullen integraal gezien worden. Mogelijkheden voor de instelling om de problemen op te lossen zijn het betrekken van de (mogelijke) opbrengst van grond en gebouwen en eventuele andere bezittingen, vergaande samenwerking, het onderzoeken van de bereidheid van banken voor kredietverschaffing en verzoekers om meerjarige productieafspraken te maken.

Principe 3 betekent dat als er sprake is van een structurele verslechtering van de solvabiliteit de commissie kan adviseren de instelling in aanmerking te laten komen voor maatwerk.

Het gaat dan om instellingen waarvan de solvabiliteit verslechtert als gevolg van de wijziging in de kapitaallastebekostiging (bijvoorbeeld door herwaardering of door verkorting van de afschrijvingstermijnen). Instellingen komen niet per definitie door het afschaffen van de nacalculatie van de kapitaallasten in onoverkomelijke problemen. Indien de overheid instellingen compensatie zou geven voor de verslechtering van de solvabiliteit, omdat dan een gelijke uitgangspositie gecreëerd zou worden, dan zouden ook de instellingen die er qua solvabiliteit op vooruit gaan hun verschil moeten inleveren. Een gelijke uitgangspositie wordt bepaald door vele factoren. Ook zonder kapitaallastenoperatie is er immers geen sprake van een gelijke uitgangspositie; om dat via de kapitaallastenverevening te realiseren is onwenselijk en niet uitvoerbaar. Desalniettemin help ik wel die instellingen die niet draagkrachtig genoeg zijn om hun onoverkome-

lijke problemen op te lossen. Over mate waarin een verslechtering van de solvabiliteit moet plaatsvinden wil de instelling in aanmerking komen voor maatwerk zal ik de commissie vragen met een nadere uitwerking van de bandbreedte te komen.

Middels een beschikking zal ik de commissie instellen. Idealiter rondt de commissie haar werkzaamheden voor 1/6/2008 af. De technische uitwerking van individuele compensatie zal ik in overleg met de NZA ter hand nemen. Ik zie mogelijkheden om de maatwerkbenadering zo veel mogelijk onder vigeur van de FB-systematiek af te handelen. Op voorhand is het niet exact mogelijk om in te schatten hoeveel geld nodig zal zijn. Ik zal er voor zorg dragen dat ik over de noodzakelijke middelen beschik.

21

Wordt de nacalculatiegelden gebaseerd op de stand 31-12-2007 of wordt rekening gehouden met goedgekeurde eindafrekeningen na 2007?

De NZa zal voor de bepaling van de hoogte van de maatstaf de stand van het budget Functiegerichte Bekostiging 2007 als uitgangspunt nemen. Echter, grote wijzigingen van het budget Functiegerichte Bekostiging 2008 (bijvoorbeeld door ingebruikname van nieuwbouw in 2008) worden door de NZa nog meegenomen.

Voor alle door CBZ afgegeven bouwvergunningen geldt dat de daarmee gemoeide bouwkosten nog tot en met het van het budget Functiegerichte Bekostiging 2008 worden verwerkt.

22

Welke waarde komt er in de boeken te staan; de OZB-waarde, marktwaarde, ontwikkelwaarde? Wat betekent dit voor de afschrijvingstermijnen van gebouwen en terreinen?

De reguliere regels jaarverslaglegging conform boek 2 titel 9 van het BW, die voor alle ondernemingen gelden, bepalen de waardering op de balans. Dit wordt de «actuele waarde» genoemd.

In de huidige situatie is de voorgeschreven afschrijvingstermijn van 50 jaar leidend voor de waardering op de balans. Dit zal wijzigen naar een meer op de specifieke situatie van de instelling toegesneden afschrijvingsstermijn, conform de reguliere regels voor de jaarverslaglegging (economische levensduur). Overigens zal de waarde die in de boeken komt te staan voor iedere instelling afhankelijk van de huidige en/of toekomstige (exploitatie)doelstelling.

23

Kunnen banken de lopende leningen naar aanleiding van deze wijziging openbreken? Zo ja, wat zijn daarvan de consequenties?

Ik draag geen kennis van de individuele contracten van banken met instellingen en kan derhalve ook niet beoordelen of de banken de huidige overeenkomsten als gevolg van de invoering van integrale tarieven kunnen openbreken. Overigens heb ik onlangs met een aantal bestuurders van banken gesproken. Zij steunen mij in de richting van het beleid en de waarborgen die ik daarbij inbouw. Banken zullen – anders dan tot dusver – per individueel ziekenhuis beoordelen of er een goed strategisch plan ligt met zicht op het toekomstige financiële plaatje, of het management goed functioneert en het vastgoed- en financieel beheer op orde is. Goed management wordt in die zin beloond.

24

Verwacht u een stijging van de rente? Zo ja, hoeveel en wat zijn hiervan de macroconsequenties?

Ik kan de renteontwikkeling niet voorspellen. Ik weet wel dat er sprake is van een zorgvuldig invoeringstraject:

- De hoogte van de maatstaf voor een individueel ziekenhuis is de eerste drie jaar nog gedeeltelijk gebaseerd op hoogte van het oude FB-budget
- Het Waarborgfonds blijft bestaan
- Ziekenhuizen mogen boekwinsten bij verkoop van vastgoed/grond behouden
- Er komen maatwerkoplossingen voor instellingen die door de wijziging in kapitaallastenbesteding in onoverkomelijke financiële problemen komen.

Dankzij deze zekerheden is het nog maar de vraag of de vermogenskosten substantieel zullen stijgen. Ik zal dat uiteraard goed monitoren.

Ik verwacht niet dat op macroniveau de kosten stijgen omdat er ook doelmatigheidswinst behaald zal worden. Deze kan voortvloeien uit bijvoorbeeld een betere benutting van de beschikbare ruimten.

25

Wat gebeurt er indien het Waarborgfonds zorg zijn verplichtingen niet kan nakomen?

Het WfZ heeft een zekerheidsstructuur van vier lagen:

- het WfZ borgt alleen leningen van zorginstellingen die voldoen aan de toetredingscriteria en waarvan de financiële conditie gezond is¹. Na toetreding van zorginstellingen tot het WfZ toetst het WfZ minimaal één keer per jaar de vermogenspositie van deze instellingen. Als de financiële ontwikkeling van een toegetreden zorginstelling minder rooskleurig is, voert het WfZ de intensiteit van het toezicht op;
- het WfZ beschikt over een vermogen om zorginstellingen die in financiële problemen zijn geraakt bij te staan («risicovermogen», momenteel ca. 200 mln. euro). Dit is opgebouwd uit een initiële storting van de overheid bij de start van het WfZ (120 mln. gulden) en uit de zogeheten «afsluitpremies» die zorginstellingen telkens voor garanties aan het WfZ moeten betalen (het WfZ heeft het risicovermogen nog nooit hoeven aan te spreken);
- mocht het risicovermogen in extreme situaties niet voldoende zijn, dan kan het WfZ een beroep doen op financiële steun door de aangesloten instellingen (de zogenaamde «obligoverplichting» van deelnemers) omvang verplichting²; per ultimo 2006 bedroeg de buffer 201 miljoen euro;
- ondanks de huidige totale buffer van ongeveer 340 mln euro zijn er situaties denkbaar waarin het WfZ zijn garantieverplichtingen niet kan nakomen. In zo'n geval heeft de overheid zich verplicht bij te springen met renteloze leningen aan het WfZ (de zogenaamde «achtervangfunctie» van de overheid).
- Al met al is de WfZ-constructie er dus juist op gericht dat het WfZ altijd aan haar verplichtingen kan voldoen.

26

Wordt per 1 januari a.s. gestopt met alle regelgevingcontrole (verklaring, goedkeuring PvE, schetsontwerp, bestek, aanbestedingsresultaat, 3-maandelijke bouwrapportages, eindafrekening) voor alle ziekenhuisprojecten? Zo nee, wat is de fasering? En wat de beloning of bestraffing van overtredingen?

Ja.

Ik verwacht dat de Raden van Toezicht en financiers – meer dan in het verleden – investeringsvoorstellen vooraf goed gaan beoordelen. De IGZ zal achteraf toezicht houden op de gebouwkwaliteit, voor zover deze direct gerelateerd is aan de kwaliteit en veiligheid van zorg.

¹ Het WfZ doet een onderzoek naar de kredietwaardigheid op basis van de bestuurlijke, financiële, juridische en organisatorische structuur, de solvabiliteitspositie, de exploitatie en de kwaliteit van het beheersings- en sturingsinstrumentarium van de organisatie.

² Het obligo is maximaal 3% over de boekwaarde van de lening.

27

Waarom wordt er een prioriteitenlijst opgesteld, wat is het doel daarvan en hoe wordt overtreding bestraft?

Een prioriteitenlijst werd opgesteld op grond van het huidige bouwregime. Deze lijst was bedoeld om te bepalen welke bouwplannen prioritair zijn gezien de omvang van het bouwkader. Voor ziekenhuizen worden bouwplannen niet meer geprioriteerd.

28

Hoe komen de huidige normen van het Cbz tot stand en hoe komen de toekomstige veldnormen tot stand die de inspectie in het kader van de kwaliteitswet moet controleren? Worden de huidige normen van het Cbz erkent als veldnormen?

In de huidige situatie adviseert het CBZ over de bouwnormen, de minister stelt deze vast.

Gebouwkwaliteit blijft belangrijk. Dat wordt voor ziekenhuizen vanaf 1 januari 2008 niet meer vooraf door het CBZ getoetst: er is geen vergunning vooraf meer nodig. De overheid kijkt achteraf of zorggebouwen voldoen aan de normen voor verantwoorde zorg. Het betreft hier een inspectietaak van de IGZ, op grond van de Kwaliteitswet. Net als de IGZ kijkt naar het hanteren van veilige procedures zal de IGZ kijken naar de veiligheid van bijvoorbeeld operatiekamers. Het gaat om die normen die direct gerelateerd zijn aan de kwaliteit en veiligheid van de zorg; dat zijn beduidend minder normen dan nu vooraf via het bouwregime gelden. De beëindiging van het bouwregime betekent een substantiële vermindering van de administratieve belasting voor instellingen.

De veldnormen worden door veldpartijen zelf ontwikkeld, op vergelijkbare wijze als momenteel al richtlijnen van wetenschappelijke verenigingen en kwaliteitsindicatoren worden ontwikkeld. Indien de IGZ de veldnormen voldoende acht kan de IGZ deze vervolgens als inspectienormen hanteren.

29

Wat is het verschil tussen de veldnormen en de bouwkundige normen in het Bouwbesluit?

Indien de veldnormen door de inspectie toereikend worden geacht, dan worden deze normen door de IGZ gehanteerd bij de invulling van het toezicht achteraf op de bouwkwaliteit.

Opnemen van bouwkundige normen in het Bouwbesluit zou betekenen dat het toezicht vooraf blijft bestaan. Overigens ziet het Bouwbesluit op de constructie en de veldnormen op de eisen met betrekking tot veilige zorg.

30

Vindt aanpassing van de Woningwet en het Bouwbesluit plaats (zorginstellingen krijgen zonder vergunning WTZi geen bouwvergunning van de gemeenten)?

Nee, aanpassing van de Woningwet en het Bouwbesluit is niet nodig, omdat het om bouwvergunningaanvragen gaat waarvoor geen WTZi-vergunning meer nodig is.

31

Op welke wijze wordt het Bouwbesluit aangepast na afschaffing van de bouwregelgeving? Hoe wordt voorkomen dat elke lokale ambtenaar zijn eigen eisen gaat opstellen? Hoe wordt met brandpreventieve maatregelen omgegaan?

Het beleid is juist om normen vooraf te vervangen door toezicht achteraf. Daarom worden de bouwnormen niet ondergebracht in het Bouwbesluit, omdat anders impliciet het bouwregime zou blijven bestaan. Brandpreventieve maatregelen vallen onder de verantwoordelijkheid van de zorginstellingen zelf. Hiervoor gelden de regels vanuit gemeenten en brandweer.

32

Neemt de inspectie voor de volksgezondheid ook de verantwoordelijkheid en de taken van de VROM- en arbeidsinspectie over qua handhaving?

Nee. De generieke toezichthouders in casu de VROM-inspectie en de Arbeidsinspectie oefenen het algemene toezicht op (bedrijfs)gebouwen uit. De sectorspecifieke toezichthouder voor de gezondheidszorg in casu de Inspectie voor de Gezondheidszorg gaat toezicht houden op specifieke kwaliteitsnormen voor zorggebouwen. Deze normen gaan onderdeel uitmaken van de normen voor verantwoorde zorg waar de IGZ op toe ziet. Er is wel sprake van samenwerking tussen inspecties om de toezichtsdruk voor instellingen te verminderen.

Vragen PvdA-fractie

33

Voorgesteld wordt de opbrengst bij verkoop van gebouwen te behouden voor de zorg. Het toezicht daarop wordt dan niet meer vooraf gecontroleerd maar achteraf. Er gaan hiervoor periodieke taxaties plaatsvinden. Bent u bereid hiervoor een onafhankelijk orgaan op te richten dat rechtstreeks onder de minister valt, maar waar ook de Tweede Kamer taakbesluiten kan fatteren?

Bij verkoop van onroerende zaken of bij bedrijfsbeëindiging stel ik voor het huidige ex ante toezicht door het College Sanering Zorginstellingen te vervangen door toezicht achteraf. Het toezicht richt zich dan op de beoordeling of vervreemding van de onroerende zaken tegen een reële marktwaarde heeft plaatsgevonden en of de netto verkoopopbrengst (dus na aflossing van schulden) danwel een eventueel liquidatiesaldo voor de zorg behouden blijft. Van zogenaamde weglek van vermogen dat met premiemiddelen bijeen is gebracht, kan wat mij betreft op deze wijze geen sprake zijn. Ik draag er zorg voor dat het toezicht achteraf voldoende effectief ingericht gaat worden; een afzonderlijke toezichthouder zal naar de aard van de taak betrekkelijk klein in omvang zal zijn. Dat vind ik kwetsbaar. Ik ben voornemens het toezicht onder te brengen bij een apart herkenbaar onderdeel van een bestaande toezichthouder. Mijn gedachte gaat daarbij uit naar de IGZ. De IGZ valt onder de verantwoordelijkheid van de Minister.

34

De transitieperiode gaat enkele jaren duren. Kan de minister duidelijker aangeven wat bedoeld wordt met enkele jaren?

De transitieperiode duurt van 2008 tot en met 2011.

35

Er zijn tot nog toe geen officiële berekeningen van de NKC's gepresenteerd. Wanneer worden deze openbaar gemaakt?

Op pagina 14/15 van de brief «Met zorg ondernemen» van 9 juli 2007 heb ik aangegeven dat het maatstafmodel (waarin ziekenhuizen de ruimte hebben om – onder de maatstaf – zelf hun prijsopbouw te bepalen) zich niet goed verhoudt met een kapitaallastencomponent die genormeerd

wordt vastgesteld. Dat zou de eigen afwegingsvrijheid van ziekenhuizen beperken en is in deze systematiek ook niet noodzakelijk. Er volgen dus geen berekeningen van afzonderlijke normatieve kapitaallasten componenten.

36

Wordt bij de vaststelling van de NCK's rekening gehouden met het verschil in lasten van oudere instellingen en recent gebouwde of nieuwe instellingen?

In het maatstafmodel is geen plaats voor een normatieve kapitaallasten-component (NKC). De maatstaf is afgeleid van de landelijk kosten en, in de eerste jaren van de instelings specifieke historische kosten, inclusief kapitaallasten. Voor zover de kosten van oudere en nieuwe instellingen tot en met 2008 zijn verwerkt in de bestaande budgetten, wordt hiermee door de geleidelijke invoering van maatstafconcurrentie rekening gehouden. De te betalen rente wordt bepaald in de onderhandelingen tussen bank en ziekenhuis en dus niet centraal genormeerd of vastgesteld. Omdat instellingen die op kapitaallasten er minder gunstig uitkomen er op andere onderdelen (bijvoorbeeld de maatstaf) juist beter uit kunnen komen, ben ik niet voornemens op deelaspecten te compenseren. Uitgangspunt van het systeem van maatstafconcurrentie is nu juist dat iedere instelling zelf verantwoordelijk is voor de manier waarop de kostprijs wordt opgebouwd. Een heel nieuw gebouw kan bijvoorbeeld hogere kosten met zich mee brengen dan een ouder gebouw maar daar staat tegenover dat een nieuw gebouw vaak weer efficiënter is in het gebruik en dus op andere fronten op geld waardeerbare voordelen met zich meebrengt. Het gaat dan bijvoorbeeld om logistieke voordelen en het marktpotentieel van een instelling.

37

Betekent de invoering van NCK's die beduidend lager zouden worden vastgesteld een beleidswijziging met terugwerkende kracht?

Er wordt geen NKC vastgesteld in een model van maatstafconcurrentie en er is dus ook geen sprake van een beleidswijziging met terugwerkende kracht.

38

De NCK wordt dus een exogene toeslag op de personele en materiële kosten. Wordt hierdoor de relatie tussen feitelijke investeringskosten en tarief losgelaten? Wat betekent dit voor recent nieuw gebouwde instellingen?

Zoals gezegd zal geen sprake zijn van een NKC noch van een exogene toeslag. De Nza stelt op basis van landelijk kosten, het historisch budget van de instelling en de casemix van de instelling een maatstaf tarief per instelling vast. Het maatstaf tarief heeft betrekking op de integrale kosten van de zorg. Indien door hogere bouwkosten of andere redenen de werkelijke kosten hoger liggen dan de maatstaf, zijn de instellingen genoodzaakt om andere kosten (in de rest van de exploitatie van het ziekenhuis) te verlagen. Daarbij zij aangetekend dat de geleidelijke invoering van de maatstaf een mitigerend effect heeft. In het uiterste geval zal de door mij aangekondigde maatwerkbenadering in deze een oplossing bieden.

39

Kan worden aangegeven wat wordt verstaan onder apert onredelijke gevallen?

Instellingen komen in aanmerking voor een maatwerkbenadering als zij ten gevolge van de afschaffing van de nacalculatie op kapitaallasten (inclusief het schonen van het B-segment van kapitaallasten) in onoverkomelijke problemen dreigen te komen. Dat betekent dat geen enkel ziekenhuis failliet zal gaan ten gevolge van die wijziging. Dat is naar mijn mening een geborgde zekerheid.

Een commissie van onafhankelijke leden zal de maatwerkbenadering uitvoeren. De commissie beoordeelt of er sprake is van een onoverkomelijk probleem. Het moet daarbij gaan om problemen die zich gedurende de periode van de maatstafconcurrentie (2009–2011) dreigen voor te doen ten gevolge van de afschaffing van de nacalculatie op WZV/WTZi-goedgekeurde investeringen. Het gaat dus om afwikkeling van die wet- en regelgeving, afhandeling van claims die voortkomen uit andere veranderingen in de wet- en regelgeving zijn de verantwoordelijkheid van de NZA. Ziekenhuizen kunnen eventuele problemen die voortvloeien uit de afschaffing van de nacalculatie nu al zien aankomen omdat zij voor langere tijd verplichtingen bij de bank zijn aangegaan. Op problemen die zich na 2011 voordoen kan in de vier tussenliggende jaren geanticipeerd worden, die vallen dus buiten de bemoeienis van de commissie. Voor de opdracht aan de commissie verwijs ik u naar de beantwoording van het CDA vraag 20.

40

Wat is de ruimte die zorginstellingen hebben om de hogere vermogenskosten te verwerken?

Het is nog maar de vraag of voor alle zorginstellingen de vergroting van het risico zal leiden tot hogere vermogenskosten, mede dankzij het zorgvuldige overgangstraject. Bestuurders van banken verwachten dat als een ziekenhuis zijn zaken goed op orde heeft – strategisch plan, management functioneert goed, vastgoed- en financieel beheer – er voor dat betreffende ziekenhuis geen renteverhoging aan de orde hoeft te zijn. Goed management krijgt daarmee een impuls.

Ik geloof dat door de wijziging van de kapitaallastbepaling in combinatie met maatstafconcurrentie, er meer doelmatigheid en kwaliteit bereikt zal worden, mede doordat financiers en verzekeraars de zorginstellingen meer kritisch zullen aanspreken op hun strategische plannen en financieel beheer.

41

Wordt de huisvestingsvergoeding gewogen naar kapitaalintensiteit? DBC's met een hoge klinische component hebben immers hogere lasten dan simpele poliklinische ingrepen. Ook categorale ziekenhuizen, zoals kankerinstellingen, hebben een andere kapitaalintensiteit.

Het is aan het ziekenhuis om dit verschil in kapitaallastenintensiteit tot uiting te laten komen in de prijs van de aangeboden DBC's. Dat geldt ook voor kankerinstellingen.

42

Kan de Kamer inzage krijgen in het rapport en de conclusies van Finance Ideas, dat in «Met zorg ondernemen» wordt aangehaald?

Een exemplaar van het rapport heb ik bijgevoegd¹.

43

Er zal afwaardering plaatsvinden op balansposten waar straks geen gegarandeerde nacalculatie meer op plaatsvindt en waar geen waarde tegenover staat (o.a. niet bestaande gebouwen, immateriële activa, etc.). Feite-

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

lijk zijn dit kosten die de overheid later zou nemen, maar die nu op het bord van de ziekenhuizen liggen. Macro gaat het om ca. € 500 mln. in totaal, ofwel 5% van de ziekenhuisomzetten. Op welke manier wordt hierin tegemoet gekomen?

Soms wordt verslechtering van solvabiliteit veroorzaakt doordat onder de oude FB-systematiek het toelaatbaar was om posten op de balans op te nemen die in de praktijk geen vermogen vertegenwoordigen (bijv. immateriële activa voor gebouwen die er niet meer zijn). Nu wordt uitsluitend zichtbaar wat de reële omvang van het vermogen altijd al was.

De met de afschrijving van dergelijke activa gemoeide kosten maken onderdeel uit van het FB-budget van de individuele ziekenhuizen. De hoogte van de maatstaf voor een individueel ziekenhuis wordt de eerste drie jaar nog gedeeltelijk bepaald door de hoogte van het FB-budget van het ziekenhuis.

Mocht een individueel ziekenhuis puur door afwaardering in onoverkomelijke financiële problemen komen dan wordt hier naar gekeken via de procedure met de commissie van wijzen.

44

De minister kent de recente rapporten van Prismant (Doelmatigheid en bekostiging kapitaallasten ziekenhuizen d.d. september 2007) en Houthoff Buruma (m.b.t. vermogensbehoud in de zorg). Wat is uw eerste, korte reactie op de conclusies uit die rapporten?

Uit het eerder genoemde Prismant-rapport, dat in opdracht van de NVZ gemaakt is, blijkt dat het doelmatigheidspotentieel minder bedraagt dan waarvan de NZa uitgaat. Bij eerste lezing is het verschil te verklaren uit het gebruik van verschillende gegevens en de omvang van het totaalbedrag waarover het doelmatigheidspotentieel berekend wordt. Ik zal ervoor zorgen dat NZA en Prismant/NVZ de verschillen in beeld brengen. Immers de uitkomst van dergelijke modellen is sterk afhankelijk van de aannames en variabelen die worden gehanteerd.

Het rapport van Houthoff Buruma wordt betrokken in de lopende bezwaarschriftenprocedure. Omdat deze zaak «onder de rechter» is wil ik daar verder niet op vooruitlopen.

Voor mijn beleidsvisie terzake verwijs ik u naar de beantwoording van gelijklopende vragen van het CDA.

45

De minister ziet veel heil in de risicoverlagende werking van het Waarborgfonds. Dat fonds gaat bij betalingsverplichtingen echter eerst bij de deelnemers langs en vraagt om 3% van de geborgde leningen, in totaal 3% van € 7 mrd. á € 210 mln. Pas daarna start de achtervang van de overheid, die ca. € 130 mln. in het fonds heeft zitten. Wat gebeurt er als dit totaal wordt overschreden? Waarom draait de minister de volgorde niet om, en neemt hij de eerste schade op zich?

Het WfZ heeft een zekerheidsstructuur van vier lagen:

- het WfZ borgt alleen leningen van zorginstellingen die voldoen aan de toetredingscriteria en waarvan de financiële conditie gezond is¹. Na toetreding van zorginstellingen tot het WfZ toetst het WfZ minimaal één keer per jaar de vermogenspositie van deze instellingen. Als de financiële ontwikkeling van een toegetreden zorginstelling minder rooskleurig is, voert het WfZ de intensiteit van het toezicht op;
- het WfZ beschikt over een vermogen om zorginstellingen die in financiële problemen zijn geraakt bij te staan («risicovermogen», momenteel ca. 200 mln. euro). Dit is opgebouwd uit een initiële storting van de overheid bij de start van het WfZ (120 mln. gulden) en uit de zoge-

¹ Het WfZ doet een onderzoek naar de kredietwaardigheid op basis van de bestuurlijke, financiële, juridische en organisatorische structuur, de solvabiliteitspositie, de exploitatie en de kwaliteit van het beheersings- en sturingsinstrumentarium van de organisatie.

- heten «afsluitpremies» die zorginstellingen telkens voor garanties aan het WfZ moeten betalen (het WfZ heeft het risicovermogen nog nooit hoeven aan te spreken);
- mocht het risicovermogen in extreme situaties niet voldoende zijn, dan kan het WfZ een beroep doen op financiële steun door de aangesloten instellingen (de zogenaamde «obligoverplichting» van deelnemers) omvang verplichting¹; per ultimo 2006 bedroeg de buffer 201 miljoen euro;
 - ondanks de huidige totale buffer van ongeveer 340 mln euro zijn er situaties denkbaar waarin het WfZ zijn garantieverplichtingen niet kan nakomen. In zo'n geval heeft de overheid zich verplicht bij te springen met renteloze leningen aan het WfZ (de zogenaamde «achtervangfunctie» van de overheid).
 - Al met al is de WfZ-constructie er dus juist op gericht dat het WfZ altijd aan haar verplichtingen kan voldoen.

De kosten om te mogen deelnemen aan het WfZ zijn:

- 1) Eenmalige toetredingsbeoordeling: € 1 815,-
- 2) Borging van leningen (disagio): 0,10% per jaar, gedurende de garantieperiode, te berekenen over het gewogen gemiddeld uitstaande leningsbedrag gedurende deze periode. Deze «afsluitpremie» wordt in één keer in rekening gebracht.

Dit bedrag is lager dan het in de vraag genoemde percentage van 3%. De obligoverplichting is 3% over de boekwaarde van de lening.

WfZ-deelnemers zijn via het obligo mederisicodragend. In geval het waarborgfonds zal worden aangesproken op zijn garantstelling dan zal allereerst het risicovermogen van het Waarborgfonds worden aangesproken. De initiële storting van het Rijk is onderdeel van het risicovermogen.

46

Met de benadering van de instapproblematiek wordt echter naar de totale exploitatie gekeken, waardoor ook de solvabiliteit van de instelling kan worden aangesproken. Het Waarborgfonds stelt hoge solvabiliteitseisen. Deelname aan het Waarborgfonds kan dan onder druk komen te staan, gezien de verminderde weerstandspositie van het betreffende ziekenhuis. Hoe gaat de minister daarmee om?

Op 12 juli 1999 werd het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) formeel opgericht door de brancheverenigingen van intramurale zorginstellingen (de NVZ vereniging van ziekenhuizen, de Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (thans Arcares), de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland en GGZ Nederland). De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft hieraan medewerking verleend.

Het waarborgfonds hanteert toetredingscriteria. De voorwaarden voor deelname aan het Waarborgfonds zijn vastgelegd in het «Reglement van Deelneming Stichting Waarborgfonds voor de Zorgsector». Deze voorwaarden betreffen, naast het eigen vermogen, tal van andere aspecten. Het Waarborgfonds noemt als indicatie voor het te vormen vermogen een percentage van 10 á 15 %, waarbij wordt benadrukt dat dit geen absolute norm is. Het waarborgfonds fungeert als een kwaliteitskeurmerk. Instellingen met een financieel zwakke positie zullen eerst orde op zaken moeten stellen, willen zij kunnen toetreden. Dat geldt ook voor instellingen die al door het Waarborgfonds geborgde leningen hebben. Ik ben van mening dat dit een verstandige beleidslijn van het WfZ is die stimulerend werkt op een financieel gezonde sector.

47

Ca. 1/3 van de ziekenhuizen is geen lid van het Waarborgfonds. Hoe ziet de minister hun positie?

¹ Het obligo is maximaal 3% over de boekwaarde van de lening.

Inderdaad zijn niet alle ziekenhuizen toegelaten tot het Waarborgfonds (27% van de 110 instellingen), ondanks het feit dat nu nog sprake is van een budgetsystematiek. Nu bestaan er verschillen en die zullen er na invoering van de wijziging in kapitaallastenbekostiging ook zijn. Nu en straks geldt dat toelating tot het Waarborgfonds te beschouwen valt als een keurmerk voor goede bedrijfsvoering en goed management. Ziekenhuizen die geen lid zijn hebben echter niet per definitie een slechte bedrijfsvoering of een slecht management.

Vragen VVD-fractie

48

Is de minister van mening dat met deze brief de spelregels voor de transitie helder, eenduidig en volledig genoeg zijn?

Ik ben van mening dat er sprake is van een zorgvuldig invoertraject. In overleg met de NVZ ben ik gekomen tot een brief die een nadere toelichting geeft op de punten die voor de NVZ onvoldoende helder waren. De betreffende brief heb ik bijgevoegd.

49

Wat is precies de rol van het toekomstig «expertisecentrum voormalig bekend als het College Bouw»? Wat levert de verschuiving van toestemming vooraf naar controle achteraf precies voor vermindering van regel-druk en toename van vrijheid op voor de zorgaanbieder? Waarop baseert de minister zijn stelling dat zorgaanbieders in de nieuwe situatie hun investeringen niet langer maximaliseren binnen de regelgeving, maar hun investeringen optimaliseren op basis van de zorgvraag? Hoe wordt voorkomen dat de controle achteraf op veldnormen zal leiden tot een in de praktijk ongewijzigde situatie, namelijk de gang naar het expertisecentrum voormalig bekend als het College Bouw, om te voorkomen dat achteraf zo'n gebouw wordt afgekeurd, waarmee de positie van het College Bouw in de praktijk ongewijzigd blijft en daarmee de regeldruk en de beperkingen? Het expertisecentrum voormalig bekend als het College Bouw is te raadplegen voor de bouw start, maar speelt ook een rol bij de controle achteraf door IGZ en NZa. Daarmee is raadpleging van dit expertisecentrum vooraf meer dan een vrije keuze geworden.

Het deel van het CBZ dat in een expertisecentrum wordt ondergebracht kan door partijen worden ingehuurd, bijvoorbeeld door zorgaanbieders voor advies over een nieuwbouwplan. Een gang naar dit expertisecentrum is in het geheel niet verplicht voor zorgaanbieders. Er gaat dan ook geen enkele «last» vanuit.

Bij toezicht achteraf gaat het uitsluitend om die gebouwspecifieke aspecten die feitelijk van invloed zijn op kwaliteit en veiligheid van zorg. Net als de IGZ kijkt naar het hanteren van veilige procedures zal de IGZ kijken naar de veiligheid van bijvoorbeeld operatiekamers. Het gaat om die normen die direct gerelateerd zijn aan de kwaliteit en veiligheid van de zorg; dat zijn beduidend minder normen dan nu vooraf via het bouwregime gelden. De beëindiging van het bouwregime betekent een substantiële vermindering van de administratieve belasting voor instellingen. Hierdoor neemt de vrijheid voor zorgaanbieders aanmerkelijk toe.

50

Op basis van welke normen controleert de IGZ achteraf de gebouwen? Wie bepalen deze veldnormen? Hoe komen ze tot stand? Wie is bij verschil van mening de scheidsrechter? Kan tegen deze normen in beroep worden gegaan? Zo ja, waar? Hoe wordt voorkomen dat innovaties, nieuwe inzichten en zorgverbetering door veldnormen worden tegengehouden of vertraagd? Hoe wordt voorkomen dat concurrentieoverwegin-

gen een rol spelen bij de vaststelling van de veldnormen? Normen zijn altijd een resultante van afwegingen. Afwegingen tussen bijvoorbeeld kwaliteit, kosten, werkbaarheid, haalbaarheid, et cetera kunnen door verschillende deskundigen verschillend worden gewogen. Er is niet 1 objectieve waarheid. Wie is hierin de uiteindelijke beslissing-smacht?

De gebouwkwaliteit wordt onderdeel van de normen voor verantwoorde zorg. Deze normen worden door veldpartijen opgesteld. De IGZ hanteert de normen uiteindelijk als inspectienormen. Door de brede betrokkenheid van verschillende partijen wordt voorkomen dat concurrentieoverwegingen een rol spelen bij de vaststelling van de normen.

Tegen de normen kan niet in beroep worden gegaan maar wel tegen een beslissing van de IGZ op grond van de normen. De IGZ zal in dat geval moeten aantonen dat het niet voldoen aan deze normen leidt tot een overtreding van de kwaliteitswet. Ik ben van mening dat daarmee er voldoende rechtsbescherming wordt geboden.

De normen worden periodiek geactualiseerd naar aanleiding van nieuwe inzichten.

51

De leden van de VVD-fractie stellen het zeer op prijs als de minister een heldere tijdslijn kan presenteren waarop staat aangegeven wat precies wanneer staat te gebeuren en welk regime op welk moment van toepassing is. Daarbij vragen zij of de maatstafconcurrentie-ontwikkeling kan worden meegenomen. Is de afschaffing van dit transitie-instrument ook in het tijdspad opgenomen? Kan de minister in dit tijdspad ook aangeven waar de Tweede Kamer aan zet is in verband met wijziging van wetten of uitvoeringsbesluiten, voorhangprocedures van AMvB's, et cetera.?

Met betrekking tot de maatstaf:

De Wijziging Wet Markordening gezondheidszorg (WMG) in verband met invoering maatstafconcurrentie wordt begin 2008 naar Tweede Kamer gestuurd.

Invoering van maatstafconcurrentie zal gefaseerd plaatsvinden. Het historische budget van het ziekenhuis blijft gedurende de overgangperiode (2009–2011), zij het in aflopende mate, de hoogte van de maatstaf mee bepalen. De hoogte van de maatstaf is aan het begin van de transitieperiode voor de hele periode bekend. Om de ziekenhuizen maximaal te faciliteren is een zorgvuldig invoeringstraject ontwikkeld. Zo zal op 1 november aanstaande de uitlevering van het voorlopige rekenmodel plaatsvinden en zullen de instellings specifieke efficiëncyscores op basis van data over 2006 bekend worden. Hierdoor krijgen de ziekenhuizen inzicht in hun relatieve efficiency. Ook start op deze datum het consultatieproces van de NZA met de ziekenhuizen om te komen tot een verdere verbetering en verfijning van de efficiëncyscore. Op 1 april 2008 zullen nieuwe efficiëncyscores worden uitgevraagd door de NZA en worden de exacte specificaties van het maatstafmodel uitgeleverd. Medio september 2008 vindt de definitieve berekening van de maatstaf, het prijsplafond en de casemixgewichten plaats en op 1 oktober 2008 vindt tenslotte de uitlevering van de definitieve maatstaf plaats. Maatstafconcurrentie wordt per 1 januari 2009 ingevoerd. Maatstafconcurrentie is, afhankelijk van de mate waarin vrije prijsvorming tot goede resultaten leidt, een tijdelijke maatregel die mede afhankelijk van de evaluaties over de prijsvorming in het B-segment per 2012 kan worden beëindigd. Hierover wordt in 2011 duidelijkheid geboden.

Met betrekking tot de wijziging in kapitaallastbepaling:

Op 19 juli 2007 zijn de beleidsregels Wtzi behoud van waarde van onroerende zaken voor de zorg in de Staatscourant gepubliceerd. Op 23 juli

2007 zijn deze beleidsregels door middel van een collectieve beschikking als voorwaarde aan de bestaande toelatingen verbonden. Het concept van deze beleidsregels is meegestuurd als bijlage bij de brief Met Zorg Ondernemen van 9 juli 2007.

Het besluit Wijziging Uitvoeringsbesluit Wtzi, waarmee het bouwregime in de cure wordt afgeschaft wordt binnenkort aan de Tweede Kamer gezonden.

De planning is om het Wetsvoorstel Cliënt en Kwaliteit Zorg in de zomer 2008 aan de Tweede Kamer te zenden. De voor de problematiek van de kapitaallasten relevante onderwerpen in dit wetsvoorstel zijn: continuïteit van zorg (aanstellen bewindvoerder) en behoud van vermogen voor de zorg. Er is momenteel geen titel in de huidige wetgeving om een bewindvoerder aan te stellen. Tot die tijd kunnen we instellingen in financiële problemen financieel ondersteunen via de eerder genoemde Nza-beleidsregel instellingen in financiële problemen. Daarnaast bestaat tot de in werking treding van de genoemde wet nog het College Sanering Zorginstellingen. Dit college kan de minister van advies dienen.

Wat betreft de regelgeving rond behoud van vermogen zijn op dit moment de beleidsregels behoud van vermogen (Staatscourant 19 juli 2007, nr. 137/pag. 31) van kracht. Deze beleidsregels zijn als voorschrift aan de bestaande toelatingen verbonden.

De NZa werkt één en ander nader uit in zijn beleidsregels.

Samenvattend ziet het overzicht er als volgt uit:

9 juli 2007	Verzending Brief Met zorg ondernemen aan de Tweede Kamer inclusief concept beleidsregels WTZi behoud van waarde van onroerende zaken voor de zorg
19/7/2007	Publicatie beleidsregels WTZi behoud van waarde van onroerende zaken voor de zorg
23/7/2007	Door middel van collectieve beschikking zijn de beleidsregels als voorwaarde aan de bestaande toelating verbonden.
Okt 2007	Verzending aan Tweede Kamer van het besluit wijziging uitvoeringsbesluit WTZi (afschaffing bouwregime cure)
1/11/2007	Bekendmaking door NZa van relatieve efficiency scores individuele instellingen
1/11/2007	Start consultatieproces NZa met ziekenhuizen ter verbetering van de efficiency scores
Begin 2008	Wijzigingen WMG in verband met invoering maatstafconcurrentie verzenden aan de Tweede Kamer
1/4/2008	Uitvragen van nieuwe efficiëncyscores en exacte specificaties bij de instellingen door de NZa
Medio 2008	Definitieve berekening van de maatstaf, prijsplafond en casemixgewichten
Medio 2008	Verzending Wetsvoorstel Cliënt en Kwaliteit van zorg aan de Tweede Kamer met daarin onder andere continuïteit van zorg en behoud van vermogen voor de zorg
1/10/2008	Bekendmaking van definitieve maatstaf
1/1/2009	Start maatstafconcurrentie: toegestane gemiddeld in rekening te brengen prijs is nog voor 75% gebaseerd op instellingsspecifieke historische kosten en voor 25% op de landelijke maatstaf.
1/1/2010	Toegestane gemiddeld in rekening te brengen prijs is nog voor 50% gebaseerd op instellingsspecifieke historische kosten en voor 50% op de landelijke maatstaf.
1/1/2011	Toegestane gemiddeld in rekening te brengen prijs is nog voor 25% gebaseerd op instellingsspecifieke historische kosten en voor 75% op de landelijke maatstaf.

52

In de brief «Waardering voor betere zorg», d.d. 12 juni jl. staat op pagina 4 – «Door in 2008 de «lumpsum» af te schaffen ...». Even verder staat geschreven: «Voor de overige medisch specialistische zorg blijft in 2008 de functiegerichte bekostiging gehandhaafd ...». Ook op pagina 5 van onderhavige brief staat dat de FB-systematiek in 2008 in stand blijft. Wat is het verschil tussen de lumpsum en de functiegerichte bekostiging?

De lumpsum is een vorm van budgetbekostiging voor medisch specialisten in vrije vestiging. De functiegerichte bekostiging is een vorm van budgetbekostiging voor ziekenhuizen, waarbij de vrijgevestigde medisch specialisten buiten beschouwing blijven. De zinnen uit de brief «Waardering voor betere zorg» waarnaar u verwijst houden het volgende in. Per 2008 vervalt de budgetbekostiging voor vrijgevestigde medisch specialisten, zoals reeds eerder aangekondigd. Vrij gevestigde medisch specialisten worden vanaf 2008 bekostigd per DBC, op basis van een normtijd en een vastgesteld uurtarief. De functiegerichte bekostiging voor de ziekenhuizen blijft in 2008 nog stand en wordt per 2009 afgeschaft. In principe staat de afschaffing van de lumpsummen los van de afschaffing van de functiegerichte bekostiging.

53

Ook de financieringskosten van ziekenhuizen zullen stijgen, omdat het risico toeneemt. Kan de grootte van de stijging worden aangegeven? De overgangskosten zullen zich na verloop van tijd terugverdienen in doelmatigheidsopbrengsten, maar waar komen de tijdelijke kosten dan vandaan?

Het is nog maar de vraag of voor alle zorginstellingen de vergroting van het risico zal leiden tot hogere vermogenskosten, mede dankzij het zorgvuldige overgangstraject. De combinatie van stapsgewijze invoering van de marktconforme maatstaf, het behoud van de rol van de overheid bij het Waarborgfonds, het niet afkomen van boekwinsten en analyses van niet aan de instelling verwijtbare financiële problemen door de wijziging van de kapitaallastenbekostiging laten een uitgebalanceerd overgangstraject zien.

Bestuurders van banken verwachten ook dat als een ziekenhuis zijn zaken goed op orde heeft – strategisch plan, management functioneert goed, vastgoed- en financieel beheer – er voor dat betreffende ziekenhuis geen renteverhoging aan de orde hoeft te zijn. Goed management wordt dus beloond en dat is precies wat ik beoog.

54

Kan de minister aangeven hoeveel geld er in het Bouwkader zit? Is het juist dat dit rond de € 1 mrd. ligt? Hoeveel geld is er de laatste jaren vrijgevallen en waar is dit aan besteed? Is het juist dat er door een reeks van bouwprojecten die wordt uitgesteld grote bedragen in het bouwkader overschieten? Is het juist dat de laatste afspraken met de huisartsen hieruit worden gefinancierd? Voor hoeveel? Is dit geld geormerkt voor de bouw van ziekenhuizen?

Een deel van de budgetten van de ziekenhuizen is bestemd voor kapitaallasten. In de begroting 2008 is ongeveer € 13½ miljard voor de ziekenhuisbudgetten van alle ziekenhuizen beschikbaar. We gaan ervan uit dat ongeveer € 1½ miljard daarvan als kapitaallasten waaronder begrepen rente en afschrijving van gebouwen en inventaris is opgenomen. Met rente en afschrijving op bouw bij algemene ziekenhuizen is ongeveer € 0,5 mld gemoeid.

Met de term bouw kader wordt doorgaans aangeduid welk bedrag in een jaar beschikbaar is voor de exploitatiegevolgen van vergunningsplichtige instandhoudingsbouwprojecten die in dat jaar in exploitatie worden genomen. Deze exploitatiegevolgen zijn onderdeel van de totale kapitaal-lasten.

De NZa beschikt nog niet over definitieve realisatiecijfers over de kapitaal-lasten in de ziekenhuisbudgetten in recente jaren. De omvang van de bedragen voor kapitaallasten in de budgetten is dan ook gebaseerd op realisatiecijfers in minder recente jaren en een raming voor het verdere verloop. Bijstellingen op ramingen hebben in de afgelopen jaren regel-matig geleid tot vrijval op de kapitaallasten. In de meeste gevallen betrof dit incidentele bijstellingen. Vaak betrof het bouwprojecten die later dan verwacht tot exploitatie komen of trekkingsrechten volgens de meldings-regeling waar de instellingen later dan verwacht gebruik van maken. Een ramingsbijstelling van € 73,7 miljoen in de begroting 2006 is wel structu-reel verwerkt. De vrijval in de kapitaallasten heeft steeds, in de meeste gevallen dus incidentele, compensatie geboden voor overschrijdingen op andere terreinen in de zorg. Ook de incidentele vrijval van € 81 miljoen in 2007 die in de begroting 2008 wordt vermeld, is ingezet voor incidentele compensatie van hogere uitgaven elders. Structureel blijft het beschikbaar voor kapitaallasten.

55

Als gevolg van de in het verleden gebruikelijke bouwfinanciering wordt op dit moment door zorginstellingen nog steeds een aanzienlijk bedrag aan rente en aflossing betaald op leningen die zijn aangetrokken voor gebouwen die inmiddels «van de aardbodem zijn verdwenen». Onder het huidige systeem van nacalculatie leidt de instelling hierdoor geen financiële schade. Wordt een huisvestingvergoeding gebaseerd op het huidige gebouwenbestand, dan is sprake van een impliciete bezuiniging. Voor zorginstellingen is het van groot belang dat bij de vaststelling van de normatieve huisvestingcomponent op een correcte wijze rekening gehouden wordt met de kosten die voortvloeien uit het verleden, dan wel een versnelde afschrijving van deze activa plaatsvindt. Gaat dat ook gebeuren? Is inmiddels bekend om welk bedrag aan activa het hierbij gaat? Op welke wijze wordt bij de vaststelling van de normatieve huisvestingvergoeding (NHC) rekening gehouden met de kapitaallasten op activa die alleen nog in boekhoudkundige zin bestaan?

Onder de oude FB-systematiek was het toelaatbaar om posten op de balans op te nemen die in de praktijk geen vermogen vertegenwoordigen (bijvoorbeeld immateriële activa voor gebouwen die er niet meer zijn). Nu wordt uitsluitend zichtbaar wat de reële omvang van het vermogen altijd al was.

Ik ben niet van plan vooruitgang in solvabiliteit ten gevolge van de wijzi-ging in kapitaallastenbepaling af te romen. Daarom wil ik ook niet separaat achteruitgang in solvabiliteit compenseren. Ik wil bij de vraag naar eventuele compensatie naar het gehele financiële plaatje van zieken-huizen kijken, via de commissie van wijzen. Het zou niet eerlijk zijn zieken-huizen voor solvabiliteit te compenseren als ze op andere aspecten (bijvoorbeeld relatieve efficiency/maatstaf) er juist goed voorstaan. Doordat instellingen meer vrijheid krijgen bij het beschikken over hun vermogen kunnen er ook belangrijke voordelen voor instellingen ontstaan.

Bovendien kijken banken ook breder dan alleen naar de financiële ratio's, onder meer naar de kwaliteit van het strategisch plan en het management. Doel is dat ziekenhuizen uiteindelijk zelf bepalen hoe zij hun kapitaallasten terugverdienen uit de zorgomzet. Daarom wil ik zo min mogelijk door de overheid opgelegde normatieve vergoedingen. In plaats van een norma-tieve huisvestingscomponent op basis van bouwnormen is gekozen

voor een kapitaallastenvergoeding op basis van werkelijke kosten, omdat dit beter past in een maatstafmodel op grond van integrale tarieven, minder bewerkelijk en foutgevoelig is en minder administratieve lasten voor instellingen oplevert.

Zoals ik reeds aankondigde in de brief «Waardering voor betere zorg» (TK 2006/2007, 29 248, nr. 37) wil ik binnen de transitieregulering de stapsgewijze invoering van maatstafconcurrentie vorm geven door de toegestane maatstaf te verschuiven van het instellingsspecifieke prijsniveau naar het marktconforme prijsniveau, en wel met jaarlijkse stappen van 25%. Concreet betekent één en ander dat in 2009, de toegestane gemiddeld in rekening te brengen prijs nog voor 75% gebaseerd is op instellingsspecifieke historische kosten en voor 25% op de landelijke maatstaf. In 2010 en 2011 zullen die verhoudingen 50%-50% respectievelijk 25%-75% zijn. In de instellingsspecifieke historische kosten zitten ook de financieringslasten en afschrijvingskosten van de hierboven genoemde immateriële activa.

De landelijke maatstaf is bij aanvang gebaseerd op de gemiddelde werkelijke integrale kosten per DBC in de gehele sector, inclusief kapitaallasten. Mocht een individuele instelling in onoverkomelijke financiële problemen geraken door afwaardering van immateriële activa ten gevolge van de wijziging in kapitaallastebekostiging dan wordt daar via de maatwerkbenadering naar gekeken.

56

De kapitaalsintensiteit van zorginstellingen loopt uiteen, vanwege verschillen in samenstelling van de productie. Uit eerder onderzoek van de NZa, Cbz en SDO werd geconcludeerd dat de vergoeding van kapitaalkosten tussen ziekenhuizen uiteen zou dienen te lopen van 5% tot 9%. De kabinetsnota laat open of sprake is van een gedifferentieerde of generieke vergoeding aan instellingen. Wordt in de NHC een generieke of gedifferentieerde kapitaallastenvergoeding opgenomen?

Een «marktconforme» vergoeding van rentekosten en een vergoeding over het eigen vermogen zouden volgens de NZa leiden tot meerkosten van circa € 280 mln. per jaar. Hiermee wordt thans in het begrotingsbeleid geen rekening gehouden. Voor een deel is dit besluit te rechtvaardigen doordat een aanzienlijk deel van de ziekenhuizen aangesloten is bij het WfZ. De garantie van het WfZ leidt tot de laagst mogelijke rentekosten voor zorginstellingen. Voor zover ziekenhuizen lenen onder borging van het WfZ is dan ook geen sprake van «marktconforme» renteniveaus en meerkosten. Voor leningen die niet voor borging in aanmerking komen, en voor ziekenhuizen die niet bij het WfZ zijn aangesloten geldt dat de komende jaren rekening gehouden moet worden met stijgende rentekosten. Verder wordt in de brief geen uitspraak gedaan over het continueren van de garantiefaciliteit na de transitieperiode. Dit mag thans wellicht ook niet van de minister worden verwacht, gelet op alle onzekerheden over de ontwikkelingen in de komende jaren. Voor zorginstellingen is het echter van belang om de zekerheid te hebben dat, mocht de garantieverlening door het WfZ na de transitiefase onverhoopt door de overheid ter discussie worden gesteld, dan alsnog een «marktconforme» compensatie wordt toegekend voor toenemende rentekosten. Kan worden toegezegd dat in de maatstaf – nu en in latere jaren – een «marktconforme» rentevergoeding wordt opgenomen die een voldoende compensatie biedt voor de werkelijke rentekosten waarmee zorginstellingen in de praktijk worden geconfronteerd, ook als geen sprake meer zou zijn van WfZ-garantie?

Zoals in bovenstaande vraag is aangegeven is in de overgangperiode sprake van deels instellingsspecifieke vergoeding van kosten (inclusief kapitaallasten). De NZa heeft ook aangegeven dat sommige instellingen met een hoge kapitaalintensiteit doelmatiger zijn dan gemiddeld. Kapi-

taalintensieve zorginstellingen hoeven dus niet financieel slechter af te zijn in het nieuwe systeem. Van een aparte rentevergoeding in de maatstaf is nu noch in de toekomst sprake. De maatstaf is het plafond waarin alle kosten moeten worden ondergebracht. Door de maatstaf ontstaat een prikkel om alle kostencategorieën, ook de rentekosten, zo efficiënt mogelijk te beheersen. In de onderhandelingen met de bank wordt de te betalen rente bepaald. Ook biedt de maatstaf de mogelijkheid om binnen het ziekenhuis afwegingen tussen kostencategorieën te maken. Omdat op voorhand niet valt te bepalen of er (op korte termijn) sprake zal zijn van een verhoging van de vermogenskostenvergoeding en hoe hoog die eventueel zal zijn, heb ik de NZa gevraagd de ontwikkeling van de vermogenskostenvergoeding te monitoren. Indien uit deze monitor blijkt dat de vermogenskostenontwikkeling voor de ziekenhuizen substantieel afwijkt van de vermogenskostenontwikkelingen in de markt, zal een expliciet besluit genomen moeten worden over een aanpassing van de maatstaf. Inzet is de maatstaf in voldoende mate te laten mee bewegen met substantiële ontwikkelingen. Dit laat echter onverlet dat het de primaire verantwoordelijkheid is van de individuele instellingen om een efficiënt vermogensbeheer te voeren.

57

In de brief wordt op verschillende plaatsen gesproken over de marktwaarde van zorggebouwen, in plaats van de boekwaarde. Het taxeren van een marktwaarde zal in eerste instantie arbitrair zijn, aangezien nog geen sprake is van een actieve en volwassen markt waaraan solide waarderingsregels kunnen worden ontleend. Verder zal een vastgestelde marktwaarde zowel in positieve als negatieve zin (sterk) kunnen afwijken van de huidige boekwaarde. Dit resulteert in uiteenlopende balansposities van instellingen, en dus ook verschil in positie met betrekking tot de financieringsmogelijkheden en de mededinging in meer algemene zin. Verder werkt een herwaardering van activa door in de exploitatie, via de afschrijvingen. Deze aspecten komen in de beleidsbrief niet aan de orde, maar zijn voor zorginstellingen wel van belang. Wanneer en door wie wordt onderzocht wat de precieze gevolgen zijn voor de financiële positie van zorginstellingen van de omschakeling van boekwaarde naar «marktwaarde» en de eventuele doorwerking daarvan op de concurrentiepositie van instellingen?

Aangezien er in het verleden meerdere malen sprake is geweest van transacties met vastgoed is er wel degelijk sprake van een markt, die een beeld geeft van de waarde van het vastgoed. Bij taxatie van de waarde voor een specifiek vastgoed kan de ervaring van eerdere transacties worden meegenomen. Overigens is de prikkel zodanig (boekwinsten worden niet meer afgeroomd) dat ik verwacht dat instellingen zich zullen inspannen om een zo hoog mogelijke verkoopwaarde te behalen. Het is in eerste instantie aan de zorginstelling zelf om de precieze gevolgen voor de eigen instelling in kaart te brengen en om problemen die mogelijk ontstaan zelf op te lossen. Zij kunnen daarbij gebruik maken van de eerder door Finance Ideas gemaakte analyses. Instellingen waarvan de solvabiliteit verslechtert (bijvoorbeeld door herwaardering of door verkorting van de afschrijvingstermijnen) als gevolg van het afschaffen van de nacalculatie van de kapitaallasten komen niet per definitie in onoverkomelijke problemen. Indien de overheid instellingen compensatie zou geven voor de verslechtering van de solvabiliteit, omdat dan een gelijke uitgangspositie gecreëerd zou worden, dan zouden ook de instellingen die er qua solvabiliteit op vooruit gaan hun verschil moeten inleveren. Een gelijke uitgangspositie wordt bepaald door vele factoren. Ook zonder kapitaallastenoperatie is er immers geen sprake van een gelijke uitgangspositie; om dat via de kapitaallastenverevening te realiseren is onwenselijk en niet uitvoerbaar. Desalniettemin

help ik wel die instellingen die niet draagkrachtig genoeg zijn om hun onoverkomelijke problemen op te lossen. Over mate waarin een verslechtering van de solvabiliteit moet plaats vinden wil de instelling in aanmerking komen voor maatwerk zal ik de commissie vragen met een nadere uitwerking van de bandbreedte te komen. Hierbij moet echter wel worden bedacht dat naarmate meer instellingen in aanmerking komen voor een maatwerkoplossing, dit in oplopende mate ten koste gaat van de ruimte die beschikbaar is binnen het budgettaire kader zorg.

Ik heb de NVZ hulp aangeboden om ziekenhuizen te helpen hun financiële situatie in kaart te brengen.

58

De huidige afschrijvingstermijnen in de Wet Tarieven Gezondheidszorg zijn niet «marktconform» te noemen. Verkorting van afschrijvingstermijnen leidt tot meerkosten en wordt (wellicht om deze reden) niet in de brief genoemd. Wordt te zijner tijd echter overgegaan op marktwaarde als waarderingsgrondslag voor zorgvastgoed, dan lijkt het voor de hand te liggen ook de afschrijvingstermijnen gelijktijdig aan te passen. Onduidelijk is nog wat de formele voorschriften volgens de regeling jaarverslaggeving worden, en welke termijnen in de dagelijkse praktijk gaan gelden. Spoort dit straks wel met elkaar, ook wat betreft fysieke geldstromen? Zorginstellingen moeten hierover tijdig duidelijkheid krijgen. Welke afschrijvingstermijnen vormen de grondslag voor de vaststelling van de NHC? Komen deze overeen met de termijnen die door zorginstellingen straks verplicht in de jaarverslaggeving moeten worden gebruikt? Komen deze naar huidige verwachtingen overeen met de afschrijvingstermijnen die financiers van instellingen zullen eisen?

Vanuit de VWS-regelgeving of NZa-beleidsregels worden geen regels meer gesteld voor afschrijving. Aangesloten wordt bij de reguliere regels voor waardering van vastgoed die de Raad voor de jaarverslaglegging vaststelt. De afschrijvingstermijnen zullen – meer dan nu het geval is – moeten aansluiten bij de realiteit. De gevolgen van verkorting van afschrijvingstermijnen zullen ziekenhuizen zelf moeten oplossen. Bij onoverkomelijke financiële problemen als gevolg van verkorting van afschrijvingstermijnen wordt daar in de eerder beschreven maatwerkbenadering naar gekeken.

Overigens is het staande praktijk dat in geval van nieuwbouw, voor het oude gebouw een correctie op de afschrijving plaatsvindt, of dat een post immateriële activa op de balans wordt opgenomen. De kostengevolgen daarvan zaten altijd in het FB-budget en daarmee in het BKZ. Bij het vaststellen van de maatstaf is dit BKZ uitgangspunt.

59

De brief stelt (blz. 14): «Ik wil voorkomen dat ziekenhuizen door deze invoering van integrale tarieven in onoverkomelijke problemen komen. In situaties waarin een causale relatie bestaat tussen de invoering van de nieuwe wijze van bekostiging en het ontstaan van financiële problemen die niet verwijtbaar zijn aan de instelling, zal ik op basis van een zorgvuldige analyse bezien hoe aan deze problemen het hoofd kan worden geboden. In elk geval is wat mij betreft geen sprake van genoemde causale relatie indien de instelling in de afgelopen jaren tot andere investeringsbesluiten (met name de bouw) had kunnen komen als gevolg van de in 2005 aangekondigde veranderingen».

Dat staat inderdaad in de brief «Met Zorg Ondernemen van 9 juli 2007». Om te beoordelen of er sprake is van een situatie waarin een causale relatie bestaat tussen de invoering van de nieuwe wijze van bekostiging en het ontstaan van financiële problemen die niet verwijtbaar zijn aan de stelling zal ik een commissie van wijzen instellen.

Gelet op alle bestaande onduidelijkheden en risico's is dit een cruciaal onderdeel van het pakket maatregelen. Dit mag niet op de achtergrond raken. Zorginstellingen zullen weinig voelen voor een stap in het ongewisse als de overheid zich niet nadrukkelijk medeverantwoordelijk en aanspreekbaar zou tonen voor de verdere ontwikkelingen. Vanzelfsprekend is een fatsoenlijk «vangnet» niet hetzelfde als een onbeperkte «hangmat». Een kritische opstelling tegenover verzoeken om financiële steunverlening blijft evenals in het verleden gepast. Dit neemt niet weg dat de huidige formulering voor zorginstellingen wel heel weinig houvast biedt ten aanzien van de vraag in welke mate en op welke onderdelen de overheid straks aanspreekbaar is voor de gevolgen van haar beleid. Deze onzekerheid komt vanzelfsprekend het draagvlak voor de stelselwijziging bij zorginstellingen niet ten goede. Kan duidelijk worden aangegeven in welke mate en op welke onderdelen de overheid straks aanspreekbaar is door zorginstellingen voor de gevolgen van haar beleid?

Een commissie van onafhankelijke leden zal de maatwerkbenadering uitvoeren. De commissie beoordeelt of er sprake is van een onoverkomelijk probleem. Het moet daarbij gaan om problemen die zich gedurende de periode van de maatstafconcurrentie (2009–2011) dreigen voor te doen ten gevolge van de afschaffing van de nacalculatie op WZV/WTZi-goedgekeurde investeringen. Het gaat dus om afwikkeling van die wet- en regelgeving, afhandeling van claims die voortkomen uit andere veranderingen in de wet- en regelgeving zijn de verantwoordelijkheid van de NZA. Ziekenhuizen kunnen eventuele problemen die voortvloeien uit de afschaffing van de nacalculatie nu al zien aankomen omdat zij voor langere tijd verplichtingen bij de bank zijn aangegaan. Op problemen die zich na 2011 voordoen kan in de vier tussenliggende jaren geanticipeerd worden, die vallen dus buiten de bemoeienis van de commissie. Voor de opdracht aan de commissie verwijs ik u naar de beantwoording van het CDA vraag 20.

Wanneer ziet de Kamer de criteria op basis waarvan beschikbaarheidsvergoedingen worden toegedeeld, of de minister ingrijpt bij zorginstellingen in ernstige financiële problemen? Over welk wettelijk instrumentarium hebben we het hier? Op welke termijn wordt dit instrumentarium uitgewerkt en bij de Kamer ingediend? Wanneer moet dit instrumentarium beschikbaar zijn? Waar past dit in het eerder genoemde tijdpad?

Ik zal u nader informeren zodra de commissie van deskundigen is ingesteld en de criteria meer uitgewerkt zijn. De commissie beoordeelt door individuele ziekenhuizen aangedragen (bewijs)materiaal. Daarnaast kan de commissie advies/informatie vragen aan de NZa, CBZ en het CSZ. Idealiter rondt de commissie haar werkzaamheden voor 1/6/2008 af. De technische uitwerking van individuele compensatie zal ik in overleg met de NZA ter hand nemen. Ik zie mogelijkheden om de maatwerkbenadering nog op basis van de FB-systematiek af te handelen.

Wanneer het gaat om ingrijpen bij instellingen in ernstige financiële problemen dan geldt thans de NZa-beleidsregel instellingen in financiële problemen. Ik ben voornemens in het Wetsvoorstel Cliënt en Kwaliteit Zorg een wettelijke mogelijkheid op te nemen om vroegtijdig in te kunnen grijpen, bijvoorbeeld door middel van het aanstellen van een bewindvoerder. Dit wetsvoorstel wordt volgens de huidige planning begin 2008 aan de Tweede Kamer aangeboden.

62

Als een ziekenhuis erg goed draait, hoge kwaliteit levert en derhalve een prima uitgangspositie heeft, maar door deze stelselwijziging substantieel wordt benadeeld, is dat dan genoeg reden om een vergoeding te krijgen? Voor de duidelijkheid, het gaat niet om een dreigend faillissement, maar om een evidente benadeling. Worden objectieve criteria opgesteld die bepalen of een ziekenhuis al dan niet in aanmerking komt voor vergoeding in de transitieperiode?

Instellingen die evident worden benadeeld (bijvoorbeeld door herwaardering of door verkorting van de afschrijvingstermijnen) als gevolg van het afschaffen van de nacalculatie van de kapitaallasten komen niet per definitie in onoverkomelijke problemen. Ik verwijs u verder naar het antwoord op vraag 57.

63

De ziekenhuizen stellen dat ziekenhuizen die net hebben gebouwd, of dat zeer binnenkort gaan doen, veel hogere lasten hebben dan andere ziekenhuizen. Zij stappen als het ware op het verkeerde moment in de overgang in. Ziet de minister dit ook zo? Kan de minister hierop nader ingaan? Als dit juist is, kan de minister dan uitleggen hoe een ziekenhuis dat nieuw gaat bouwen, of dat net heeft gedaan en daardoor de eerste 10 jaar relatief hoge lasten heeft, kan concurreren met een ziekenhuis dat niet in deze situatie zit?

Dergelijke ziekenhuizen zullen inderdaad hogere lasten hebben. Daar staan evenwel de voordelen van een nieuw gebouw tegenover: betere logistiek, efficiëntere exploitatie en grotere aantrekkingskracht. Er zullen altijd verschillen bestaan tussen instellingen. Als de overgang over een aantal jaren zou plaats vinden stappen weer andere ziekenhuizen op het verkeerde moment de overgang in.

Ik heb een aantal overgangsmaatregelen getroffen, waarvan de maatwerkbenadering van individuele gevallen een onderdeel is. Als het ziekenhuis de problemen van het instapmoment niet zelf kan oplossen zal die maatwerkbenadering de oplossing bieden.

64

De ziekenhuizen worden geconfronteerd met een overgang op verschillende fronten naar een nieuw systeem. De stapeling van alle maatregelen vinden zij te ingrijpend voor de onderlinge verhoudingen en te heftig om in één keer te kunnen verwerken. We hebben het over het tegelijkertijd invoeren van een nieuw uurtarief voor medisch specialisten, de maatstafconcurrentie die hen in 2009 te wachten staat, uitbreiding van de DBC's, de korting die oploopt tot 4% de komende kabinetsperiode en deze kapitaallastenoperatie. Daarbij is de solvabiliteit van ziekenhuizen laag, gemiddeld zo'n 9%, ten opzichte van 20% die ziekenhuizen in een marktomgeving zouden moeten hebben. In de transitieperiode kunnen ziekenhuizen hun solvabiliteit door de stapeling van maatregelen dus niet laten stijgen. In tegendeel, ziekenhuizen zullen interen. Dat zou betekenen dat ziekenhuizen steeds meer risico moeten lopen, maar deze risico's niet kunnen opvangen, wegens een te lage solvabiliteit. Kan de minister hierop een reactie geven?

Inderdaad is sprake van een pakket van maatregelen. Gemeenschappelijk kenmerk van die maatregelen is dat ze onlosmakelijk samenhangen en allemaal gericht zijn op het vergroten van de ruimte van ziekenhuizen om eigen keuzen te maken en in te spelen op de vraag van cliënten. Ik heb evenwel waarborgen ingebouwd voor een zorgvuldige invoering van de wijziging in kapitaallastenbekostiging, die ik in de bijgevoegde brief aan de NVZ heb toegelicht.

Ik ga ervan uit dat ziekenhuizen met een goed businessplan, een goed management en een goed financieel beheer geen problemen krijgen om financiering te vinden. In die zin kijken financiers niet alleen naar solvabiliteit. De waarborgen voor een zorgvuldige invoering, die ik eerder heb toegelicht, dragen daar ook aan bij.

Het doel van de verschillende maatregelen is een bijdrage aan de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg op lange termijn. Wil een zorginstelling blijven voortbestaan dan moet de instelling kwaliteit leveren en deze kwaliteit ook inzichtelijk maken, en moet de instelling zijn kosten beheersbaar houden. Dat is een noodzakelijke voorwaarde voor voldoende omzetvolume en kostenbeheersing op de langere termijn. Ook de banken zullen naar deze aspecten kijken alvorens tot financiering over te gaan.

65

Gesteld wordt dat 80% van de ziekenhuizen in de problemen komen als de tarieven niet worden aangepast. Wat is de reactie van de minister hierop? Gesteld dat deze voorspelling juist is, wat is dan het scenario van de minister van VWS?

Er bestaan grote verschillen tussen ziekenhuizen, zowel in kwaliteit als in doelmatigheid. Het Sneller Beter traject heeft dat aangetoond. Er is ruimte voor verbetering. Door de tarieven aan te passen zou de prikkel om die verbetering ook daadwerkelijk aan te brengen, weer verdwijnen. Ik beschouw het als onwaarschijnlijk dat 80% van de ziekenhuizen in de problemen komen. Zoals ik eerder heb aangegeven zal een nader besluit genomen moeten worden over een verhoging van de maatstaf indien de vermogenskosten voor de ziekenhuizen substantieel afwijkt van de renteontwikkelingen in de markt. Inzet is de maatstaf in voldoende mate te laten meebewegen met substantiële ontwikkelingen. Ik verwacht op grond van de uitgevoerde analyses dat slechts een aantal ziekenhuizen kwetsbaar is. Voor die ziekenhuizen heb ik een maatwerkbenadering.

6

Meer inhoudelijk is de vraag of er op goede gronden een harde streep getrokken kan worden bij het jaar 2005. In alle oprechtheid moet immers worden vastgesteld dat de in dat jaar aangekondigde veranderingen voor zorginstellingen niet een zodanig concreet houvast boden ten aanzien van de financiële en beleidsmatige situatie voor de jaren 2009 en volgende, dat daar door zorginstellingen in alle gevallen een gewijzigd investeringsbeleid op te baseren was. Op welke gronden is een scherpe grens getrokken bij het jaar 2005 met betrekking tot het aanspreekbaar zijn van de overheid voor problemen bij instellingen?

Het feit dat instellingen vanaf februari 2005 hadden kunnen anticiperen op volledige verantwoordelijkheid voor hun kapitaallasten op korte termijn is een van de factoren die de onafhankelijke commissie zal meewegen. Er is dus niet sprake van een harde streep te trekken per februari 2005. Bovendien blijkt mij uit contacten met instellingen dat verreweg de meeste zich heel goed bewust zijn geweest van de aanstaande veranderingen. Ik ben overigens wel van mening dat anticipatie een onderdeel is van «goed bestuur».

Vragen PVV-fractie

67

Er wordt gesproken over het aanstellen van een bewindvoerder. Wat zijn de gevolgen op lange termijn voor de bestuurders van een instelling waarbij een bewindvoerder wordt aangesteld? Hoe wordt gewaarborgd dat disfunctionerend bestuur niet elders in de zorg aan de slag gaat?

Ik wijs erop dat het aanstellen van een bewindvoerder slechts in heel uitzonderlijke situaties aan de orde zal zijn. Ik ben van mening dat de vraag hoe om te gaan met bestuurders van een instelling waarbij eerder een bewindvoerder is aangesteld thuishoort bij het zorgveld zelf. In sollicitatieprocedures zal hier aandacht aan besteed moeten worden. Ik zie daar geen rol voor de minister.

68

Wat zijn de gevolgen van dit voorstel voor ziekenhuizen, intramurale AWBZ-instellingen en GGZ-instellingen in kleine plattelandsgemeenten? Hoe wordt de continuïteit van zorg in deze regio's gegarandeerd?

De continuïteit van de zorgverlening in zowel de stedelijke gebieden als ook in kleinere plattelandsgemeenten dient altijd gewaarborgd te zijn, ook in een situatie waarin de financiële risico's voor zorginstellingen toenemen.

De bereikbaarheid van acute zorg is momenteel goed geborgd in de beleidsregels WTZi en dat zal in de toekomst ook zo blijven. De regelgeving inzake het regionaal acute zorgketenoverleg blijft van kracht. Zoals aangegeven in de brief «Waardering voor betere zorg» zal door middel van een beschikbaarheidsvergoeding de beschikbaarheid van de spoedeisende hulp gegarandeerd blijven. Indien de continuïteit van de zorg daarnaast nog verdere aandacht behoeft, moet de minister de mogelijkheid hebben om tijdig in te grijpen bij zorginstellingen in ernstige financiële problemen, onverlet de eigen verantwoordelijkheid van de zorginstelling en andere partijen. Hiervoor zal een juridische basis worden gecreëerd bijvoorbeeld door het aanstellen van een bewindvoerder. Ik zal deze wettelijke bevoegdheden creëren in het Wetsvoorstel Cliënt en Kwaliteit Zorg. In de periode tot aan inwerkingtreding van de Wet Cliënt en Kwaliteit Zorg is er een voorziening via de NZa-beleidsregel instellingen in financiële problemen.

Vragen D66-fractie

69

Wat doet de minister op het moment dat de doelmatigheidswinst die de maatstaf oplevert te klein is om zowel de hogere vermogenskosten (€ 280 mln. volgens de NZa) en de taakstelling (€ 400 mln.) te betalen?

Omdat op voorhand niet valt te bepalen of er (op korte termijn) sprake zal zijn van een verhoging van de vermogenskostenvergoeding en hoe hoog die eventueel zal zijn, heb ik de NZa gevraagd de ontwikkeling van de vermogenskostenvergoeding te monitoren. Indien uit deze monitor blijkt dat de vermogenskostenontwikkeling voor de ziekenhuizen substantieel afwijkt van de vermogenskostenontwikkelingen in de markt, zal een expliciet besluit genomen moeten worden over een aanpassing van de maatstaf. Inzet is de maatstaf in voldoende mate te laten mee bewegen met substantiële ontwikkelingen. Dit laat echter onverlet dat het de primaire verantwoordelijkheid is van de individuele instellingen om een efficiënt vermogensbeheer te voeren.

70

Hoe wordt bouwende ziekenhuizen de ruimte geboden om hun tijdelijk hogere kosten in de tarieven en prijzen te verwerken?

Indien het gaat om tijdelijk hogere kosten kan het bouwende ziekenhuis met de financier een passend financieringsarrangement overeenkomen. Dat zal meestal betekenen dat de kosten over een lange termijn over de tarieven worden verdeeld net zoals dat in andere sectoren gebruikelijk is. Financiers kijken naar de opbrengsten op langere termijn, in het financieringsarrangement kunnen fluctuaties op korte termijn worden meegenomen.

71

Kan de minister een scherpe definitie geven van «apert onredelijke situaties»?

Een commissie van onafhankelijke leden zal de maatwerkbenadering omtrent apert onredelijke gevallen uitvoeren. De commissie beoordeelt of er sprake is van een onoverkomelijk probleem. Het moet daarbij gaan om problemen die zich gedurende de periode van de maatstafconcurrentie (2009–2011) dreigen voor te doen ten gevolge van de afschaffing van de nacalculatie op WZV/WTZi-goedgekeurde investeringen. Het gaat dus om afwikkeling van die wet- en regelgeving, afhandeling van claims die voortkomen uit andere veranderingen in de wet- en regelgeving zijn de verantwoordelijkheid van de NZA.

Ziekenhuizen kunnen eventuele problemen die voortvloeien uit de afschaffing van de nacalculatie nu al zien aankomen omdat zij voor langere tijd verplichtingen bij de bank zijn aangegaan. Op problemen die zich na 2011 voordoen kan in de vier tussenliggende jaren geanticipeerd worden, die vallen dus buiten de bemoeienis van de commissie. Voor de opdracht aan de commissie verwijs ik u naar de beantwoording van het CDA vraag 20.

72

Vallen daar ook ziekenhuizen onder die als gevolg van de (technische) wijziging in vastgoedbekostiging hun vermogen zien verdampen?

Indien aan bovenstaande principes is voldaan komen deze ziekenhuizen in aanmerking voor een maatwerkbenadering.

73

Gaat de minister ervan uit dat hij op de waarde van eeuwenoud vastgoed, zoals dat van het OLVG, onbeperkt een bestemmingsverplichting kan opleggen? Hoe rijmt hij dat met de intentie die de schenkers destijds hadden met hun gift?

Dit punt is onderdeel van de thans lopende bezwaarschriftenprocedure. Ik wil daar op dit moment niet op vooruitlopen.