

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. 94

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 15 november 2007

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 11 oktober 2007 overleg gevoerd met minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 juli 2007 over de voortgang van de invoering van integrale en transparante tarieven; het standpunt over het RVZ-advies Management van vastgoed in de zorgsector; het standpunt over het rapport Normatieve huisvestingscomponent van het CBZ en de SDO; het overzicht van vermogensopbouw bij zorgaanbieders (27 659/29 248, nr. 84).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

Vragen en opmerkingen uit de commissie

De heer **Van Gerven** (SP) betwijfelt of het beleid van de minister leidt tot minder bureaucratie en tot meer vrijheid voor de instellingen. Marktwerking vereist namelijk een eigen verantwoordingsbureaucratie en financiers stellen waarschijnlijk strengere eisen dan het College bouw zorginstellingen (verder: CBZ). Daarbij komt dat er helemaal geen reden is voor deze uitbreiding van de marktwerking in de zorg, omdat de staat van de ziekenhuizen goed is en er flexibel genoeg wordt gebouwd om op nieuwe ontwikkelingen te kunnen anticiperen. Is de minister het met hem eens dat zorgaanbieders zich bezig moeten houden met zorg en niet met commercieel beheer van vastgoed?

De aangekondigde opheffing van het CBZ brengt het risico met zich dat de kwaliteit van nieuwbouw achteruitgaat. Verder zal het budget en niet de feitelijke behoefte leidend zijn bij bouwplannen. Is de minister het met hem eens dat versobering nu later duurkoop kan blijken te zijn en dat het risico op faillissementen alleen maar toeneemt? Deelt hij verder zijn angst dat er een kloof zal ontstaan tussen rijke en arme instellingen?

Vervolgens stelt de heer Van Gerven de volgende vragen:

- Maatstafconcurrentie en de verrekening van de kapitaallasten in de tarieven zullen sterk gaan drukken op de exploitatie van zorginstellingen. Hoe voorkomt de minister dat instellingen daardoor failliet gaan, locaties verdwijnen en de zorg verschaalt?

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Vendrik (GroenLinks), Kant (SP), Blok (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), Jan 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 (ChristenUnie).

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Azough (GroenLinks), Van Velzen (SP), Neppérus (VVD), Vietsch (CDA), Sterk (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (VVD), 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 (ChristenUnie).

- Hoe worden ziekenhuizen met relatief hoge kapitaallasten als gevolg van recente nieuwbouw gecompenseerd?
- De Isala klinieken hebben in reactie op de plannen van de minister hun bouwplannen bevroren. Vindt de minister het acceptabel dat daardoor de kamers met acht bedden van dit ziekenhuis in gebruik blijven?
- Hoe ziet de overgangsregeling eruit?
- Waarom is niet gekozen voor budgettaire neutraliteit als uitgangspunt, ook bij individuele ziekenhuizen?
- Is de minister bereid om de overgangsperiode te verlengen tot tien jaar?
- Hoe beoordeelt de minister het voorstel van Prismant om in een simulatie te bepalen hoe de kapitaallasten van ziekenhuizen met recente renovatie of nieuwbouw in de komende tien jaar uitvallen?
- Waarom staat het Waarborgfonds voor de Zorg (verder: WfZ) alleen garant voor ziekenhuizen met een sterke financiële positie? Dat gaat immers ten koste van zorgaanbieders die kiezen voor investeringen in zorg in plaats van voor het vergroten van reserves.
- Hoe voorkomt de minister dat er geld wegvloeit naar aandeelhouders of private financiers?
- Hoe beoordeelt de minister de risicovolle lening die het Jeroen Bosch Ziekenhuis met Fortis heeft afgesloten?
- Hoe garandeert de minister dat de kwaliteit van gebouwen op orde blijft na opheffing van het CBZ en de bezuinigingen bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (verder: de inspectie)?
- Hoe kan de kapitaallastenoperatie budgettair neutraal verlopen als de afschrijvingstermijn van 50 naar 40 jaar wordt teruggebracht en er steeds hogere eisen worden gesteld aan de woonomstandigheden in de care?
- Extramuralisering en schaalverkleining leiden tot hogere kapitaallasten. Is de minister bereid om die lasten te compenseren?
- Moet het macrokader voor het nieuwe kapitaallastenregime niet worden verhoogd?
- Wat vindt de minister van het voorstel van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland om de huisvestingscomponent vast te stellen op grond van een onafhankelijke norm die is gebaseerd op de noodzakelijke diversiteit van gehandicaptenvoorzieningen?
- Hoe gaat de minister de problematiek van de oranje en rode gebouwen in de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg oplossen?
- Blijven de kapitaallasten zichtbaar in de tarieven, zodat de gevolgen van de normatieve huisvestingscomponent zichtbaar blijven en knelpunten snel kunnen worden opgelost?
- Wat vindt de minister van het idee van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland om de grote regionale verschillen in bouw- en ontwikkelingskosten te vereffenen door middel van een regiotoeslag op de huisvestingscomponent?
- Krijgen cliëntenraden instemmingsrecht bij bouw- en woonplannen van ggz-instellingen?
- Wat zijn de gevolgen voor de universitaire medische centra? Is het niveau van kapitaallastentoekening wel adequaat voor deze centra?
- Is de minister met het oog op de vele onbeantwoorde vragen bereid om de operatie een jaar uit te stellen?

Mevrouw **Schippers** (VVD) benadrukt dat verwerking van de kapitaallasten in de prijzen een ingrijpende operatie is voor de ziekenhuizen, omdat een groot aantal maatregelen tegelijkertijd op hen afkomt. Verder is het niet te voorspellen hoe het samenspel van maatregelen bij een individueel ziekenhuis uitvalt. Zij kan deze operatie dan ook niet los zien van maatregelen zoals de maatstafconcurrentie en de budgetkorting.

Zorgaanbieders kunnen hun inkomsten alleen verhogen door meer zorg te leveren. Het is dan ook waarschijnlijk dat het volume geleverde zorg spectaculair zal gaan stijgen. De reactie van de minister hierop is al even voorspelbaar. Hij zal zeggen dat de volumegroei niet te verklaren is uit demografische veranderingen en dat hij vanwege het Budget Kader Zorg gedwongen is een plafond vast te stellen voor het volume.

De NVZ heeft zich uitgesproken tegen de kapitaallastenoperatie. Deze vereniging vertegenwoordigt echter wel de ziekenhuizen die deze operatie moeten uitvoeren. Hoe denkt de minister deze vereniging alsnog aan zijn kant te krijgen?

De minister schrijft dat ziekenhuizen met goed management en goed financieel beheer geen financieringsproblemen zullen ondervinden door de kapitaallastenoperatie en dat een commissie van wijzen zal zorgen voor maatwerk voor ziekenhuizen met onoverkomelijke problemen. Dat klinkt mooi, maar mevrouw Schippers vindt het desondanks onbegrijpelijk dat de minister met maatregelen, die zij niet kunnen beïnvloeden, in alle opzichten goed functionerende ziekenhuizen dwingt om de helft van hun reserves in te leveren. Deze ziekenhuizen worden gedwongen om financieel verzwakt op een commerciële markt te gaan opereren en de minister doet zelfs geen poging om hun leed te verzachten. Ondanks dat hierop van verschillende kanten is aangedrongen, zijn verder geen nulmetingen, de zogenaamde foto's, gemaakt van de financiële positie van de ziekenhuizen.

De reserves van ziekenhuizen bedragen op dit moment gemiddeld 9%. Door de stapeling van risico's als gevolg van de marktwerking zullen ziekenhuizen interen op deze reserves en zal hun solvabiliteit afnemen. Is dat wel aanvaardbaar?

Het ministerie moet de kapitaallastenoperatie intensief begeleiden. Is de minister bereid om een loket open te stellen voor instellingen die buiten hun schuld ernstig worden benadeeld of failliet dreigen te gaan? Zal hij verder geld reserveren om instellingen die in problemen komen, te ondersteunen?

Of een instelling buiten haar schuld in de problemen is gekomen, moet uiteraard aan de hand van objectieve criteria worden bepaald. Deze criteria zijn echter nog niet geformuleerd, want de minister denkt zich te kunnen beperken tot de vage uitspraak dat hij zorg zal dragen voor de noodzakelijke middelen. Hij schrijft verder dat er maatwerk geleverd zal worden. Maar wat verstaat hij daaronder? Mevrouw Schippers benadrukt dat de kapitaallastenoperatie pas van start kan gaan als alle betrokkenen duidelijk is hoe de spelregels eruit zien. Een voorbeeld van zo'n spelregel is dat de solvabiliteit met maximaal 2% mag afnemen.

De minister heeft in reactie op de zorgen van de NVZ over de stijgende kapitaalkosten gezegd dat de daling van de doelmatigheidswinst die hiervan het gevolg is, beperkt zal zijn. Wat doet hij als hij onverhoopt ongelijk krijgt?

Mevrouw Schippers benadrukt dat zij een voorstander is van de kapitaallastenoperatie, omdat die kan leiden tot meer innovatie, meer efficiëntie en betere zorg. Voorwaarde is wel dat de deze operatie van de benodigde garanties wordt voorzien.

Mevrouw **Vietsch** (CDA) benadrukt dat de kapitaallastenoperatie een historische stap is, omdat hierdoor de bureaucratische en ingewikkelde bouwregelgeving verdwijnt. Verder zal hierdoor de concurrentie op kwaliteit tussen instellingen toenemen, wat zal leiden tot betere zorg voor de cliënt.

Instellingen kunnen in de toekomst vermogen opbouwen door onroerend goed te verkopen. Het kan echter niet zo zijn dat onroerend goed tegen een te lage prijs wordt verkocht of dat door verkoop de spreiding van voorzieningen in gevaar komt. Is het mogelijk om vastgoedtransacties vooraf te laten toetsen?

De minister heeft de suggestie overgenomen om per locatie een bedrag vast te stellen voor de spoedeisende hulp en die op te nemen in de kapitaallasten. Is het mogelijk om een soortgelijke regeling te treffen voor de verloskundige hulp?

De commissie van wijzen zal ziekenhuizen tijdens de transitieperiode begeleiden. Kan de minister aangeven hoe deze commissie wordt samengesteld en of zij het ministerie gaat adviseren of zelfstandig beslissingen mag nemen? Wanneer zal deze commissie verder haar werkzaamheden staken? Of een instelling in aanmerking komt voor financiële ondersteuning wordt bepaald aan de hand van drie criteria. Moet het ziekenhuis aan één van deze criteria of aan alle drie de criteria voldoen om voor steun in aanmerking te komen?

Ziekenhuizen die onlangs nieuwbouw hebben gepleegd, komen in aanmerking voor extra financiële ondersteuning. Komen ziekenhuizen die kort na inwerkingtreding van de regeling met nieuwbouw beginnen, hiervoor ook in aanmerking?

Extra financiële ondersteuning mag natuurlijk niet worden verleend als de problemen het gevolg zijn van mismanagement. Hoe wordt dit voorkomen?

Het Sint Franciscus Gasthuis Rotterdam is gebouwd op het terrein van een voormalige vuilnisbelt. Daardoor verkeert dit ziekenhuis in een wel heel bijzondere uitzonderingspositie. Op welke manier wordt daaraan recht gedaan?

Het CBZ vervulde de rol van aanjager. Zo heeft het college zich sterk gemaakt voor de bouw van verpleeghuizen met eenpersoonskamers. Wie neemt deze rol na de opheffing van het CBZ over? Het CBZ wordt een onderdeel van TNO en zal zich, onder de naam Centrum voor Bouw en Zorg, bezig gaan houden met het ontwerpen van veldnormen voor zorginstellingen. Naar verluidt gaat de inspectie instellingen aan de hand van deze normen controleren. Is dat waar en, zo ja, komt de opheffing dan niet neer op een verschuiving van controle vooraf naar controle achteraf? Wat wordt de taakopdracht van dit centrum en hoe wordt oneerlijke concurrentie met onafhankelijke adviesbureaus voorkomen?

Voor het welslagen van de kapitaallastenoperatie is draagvlak in het veld essentieel. Is dit draagvlak er?

De bouwregeling voor algemene ziekenhuizen wordt afgeschaft. Verdwijnt deze regeling ook voor academische en categorale ziekenhuizen?

De kapitaallastenoperatie voor intramurale AWBZ- en ggz-instellingen start op 1 januari 2009. Heeft het projectteam voor deze operatie de overgangsproblematiek inmiddels in kaart gebracht? Wordt er verder rekening gehouden met het project voor het scheiden van wonen en zorg? Ten slotte vraagt mevrouw Vietsch de minister de Kamer elk kwartaal te rapporteren over de voortgang van de kapitaallastenoperatie.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66) benadrukt dat de kapitaallastenoperatie ertoe zal leiden dat ziekenhuizen efficiënter gaan werken en patiënten betere zorg krijgen. Zij steunt deze operatie dan ook voluit, niet in de laatste plaats omdat het zal leiden tot een forse vermindering van de bureaucratie en dus tot minder kosten.

De NVZ verzet zich tegen deze operatie. Kan de minister aangeven welke knelpunten de NVZ ziet en hoe hij die denkt op te lossen? Zij vraagt dit, omdat de nadelige gevolgen van de kapitaallastenoperatie niet eenzijdig bij de instellingen mogen worden neergelegd.

De kapitaalkosten zullen door de kapitaallastenoperatie met 280 mln. stijgen. Op termijn wordt dit bedrag gecompenseerd door doelmatigheidswinst. Wat gebeurt er echter in de tussentijd? Worden deze extra kosten soms gedekt door bezuinigingen op dure geneesmiddelen of door kortingen op de patiëntenzorg?

De minister schrijft dat hij zal zorgen voor de noodzakelijke middelen om problemen in de overgangsfase op te vangen. Betekent dit dat hij hiervoor

desnoods geld vrijmaakt bovenop het Budget Kader Zorg? Betreft de commissie van wijzen bij haar beslissingen alleen de vastgoedgevolgen of de totale financiële situatie van een ziekenhuis? Is verder de solvabiliteit het uitgangspunt van deze commissie of de eis van de minister dat ziekenhuizen hun problemen maximaal zelf moeten oplossen? Als voor dat laatste wordt gekozen, bestaat dan niet het gevaar dat een aantal ziekenhuizen wordt gemarginaliseerd?

Volgens de NVZ zit er in de budgetten van ziekenhuizen onvoldoende ruimte om de door de maatstafconcurrentie noodzakelijke versnelde afschrijving op te vangen. Hoe beoordeelt de minister dit?

Ten slotte vraagt mevrouw Koşer Kaya of de maatstaf meebeweegt met de kostenontwikkeling van vreemd en eigen vermogen.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie) merkt op dat de minister met zijn beleid voor marktwerking aan de aanbodzijde, waaronder de kapitaallastenoperatie, voortbouwt op het beleid van het vorige kabinet. In het coalitieakkoord zijn echter expliciet afspraken gemaakt over de zorgvuldigheid waarmee marktwerking in de zorg ingevoerd dient te worden. Op welke manier geeft de minister invulling aan deze afspraak?

In het coalitieakkoord staat verder de volgende afspraak: «De risicodragendheid van verzekeraars voor de uitgaven aan ziekenhuiszorg wordt vergroot. De systematiek van de nacalculatie zal daarop worden aangepast.» Op welke manier heeft de minister deze afspraak in zijn beleid verwerkt?

De kapitaallastenoperatie is onderdeel van een grotere stelselwijzing, waaronder het invoeren van marktwerking. Bij de uitbreiding van de marktwerking in de zorg dienen echter zorgvuldigheid en samenhang leidend te zijn en niet het afgesproken tijdpad.

De stelselwijzing gaat gepaard met een verschuiving van preventief naar repressief toezicht. Dat betekent dat de inspectie een grotere rol krijgt bij de kwaliteitsbewaking. Hoe valt deze taakuitbreiding van de inspectie echter te rijmen met de voorgenomen inkrimping van de formatie van de inspectie?

Voorkomen moet worden dat door de verkoop van grond en onroerend goed kapitaal uit de zorg wegvloeit. Is het mogelijk om dit door een onafhankelijk orgaan te laten toetsen?

De NVZ waarschuwt dat de invoering van het nieuwe bekostigingssysteem leidt tot een tekort van 1 mld. Hoe beoordeelt de minister deze kritiek?

Het Rijk is en blijft verantwoordelijk voor de continuïteit van de zorg, ook na de overgangperiode. Is het met het oog daarop niet beter dat het Rijk ook na afronding van de kapitaallastenoperatie de mogelijkheid behoudt om in bijzondere omstandigheden bij te sturen, bijvoorbeeld door tijdelijk de exploitatie van een ziekenhuis over te nemen? Zo ja, moeten zorgverzekeraars hierbij dan ook niet een rol spelen? Zij hebben immers een zorgplicht.

De minister van Justitie werkt aan een wetsvoorstel voor de maatschappelijke onderneming. Dit type onderneming wordt ook ingevoerd in de zorg. Kan de minister aangeven hoe deze onderneming zich verhoudt tot het Europese beginsel van het vrije kapitaalverkeer?

Naar verluidt is de NZa van plan om een experiment met winstuitkering door ziekenhuizen toe te staan. Welke gevolgen heeft dit experiment voor de kapitaallastenoperatie? Hoe wordt de publieke borging van deze winsten gegarandeerd?

Mevrouw Wiegman vraagt de minister vervolgens om de Kamer periodiek te rapporteren over de voortgang van de kapitaallastenoperatie.

In het coalitieakkoord staat dat de AWBZ-zorg zich niet leent voor marktwerking. De minister stelt desondanks voor om ook in de AWBZ doelmatigheidsprikkels en vraagsturing in te bouwen. Dat roept de vraag

op wat de minister precies verstaat onder marktwerking in de AWBZ. Welke gevolgen heeft de kapitaallastenoperatie in de AWBZ-zorg voor de plannen om eenpersoonskamers in te voeren in de AWBZ-instellingen? Zorginstellingen zien een groot aantal veranderingen op zich afkomen. Het ligt dan ook voor de hand dat zij hun financiële reserves zullen vergroten. Mevrouw Wiegman benadrukt dat dit, hoe begrijpelijk ook, niet ten koste mag gaan van de verleende zorg. Het is overigens zeker niet ondenkbaar dat dit gebeurt, gezien de berichten in de media over de Stichting Philadelphia Zorg: ouders klaagden daar dat hun kinderen te weinig zorg ontvingen, omdat deze stichting haar reserves wilde vergroten om toegang te krijgen tot het WfZ.

De heer **Heerts** (PvdA) wijst erop dat de deelbelangen van de partijen die betrokken zijn bij de kapitaallastenoperatie ver uit elkaar liggen: sommige kan het niet snel genoeg gaan en andere willen stoppen. De Kamer zal het kabinet dan ook de ruimte en de middelen moeten geven om dit veranderingsproces door te zetten.

In de transitiefase zullen zich ongetwijfeld onredelijke gevallen voordoen. Dat wil zeggen dat er zorginstellingen zijn die hierdoor geheel buiten hun schuld in de problemen komen. Een soort superaccountant zal daarom als scheidsrechter moeten kunnen optreden bij aantoonbare knelpunten. Hij benadrukt dat deze scheidsrechterfunctie verder gaat dan de taak van de commissie van wijzen en de bevoegdheden van de NZa. Als de minister bereid is om deze superaccountant in te voeren, zal hij zijn voorstel daartoe dan tijdig en voorzien van een set spelregels aan de Kamer voorleggen?

Het is voor de heer Heerts geen wet van Meden en Perzen dat de transitiefase in 2011 afgerond moet zijn. Het is immers denkbaar dat zich ook daarna nog problemen voordoen die van een goede oplossing moeten worden voorzien. Ziekenhuizen mogen immers niet onnodig failliet gaan. Het Rijk moet de verkoop van grond en/of gebouwen door een zorginstelling structureel vooraf toetsen om te garanderen dat opgebouwd vermogen voor de zorg in brede zin behouden blijft. Als niet aan deze voorwaarde wordt voldaan, zou de kapitaallastenoperatie niet door moeten gaan. De beslissing of deze toetsing door een nieuw orgaan wordt uitgevoerd dan wel dat daarvoor het CSZ in stand wordt gehouden, is aan de minister.

Antwoord van de minister

De **minister** onderstreept het belang van de kapitaallastenoperatie als vervolg op de stelselherziening van oud-minister Hoogervorst. Net als bij de stelselherziening is het einddoel van deze operatie het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Daarbij is marktwerking geen doel, maar een middel. De minister benadrukt verder dat ook bij deze operatie niet alle gevolgen vooraf zijn te voorzien, maar dat hij garandeert dat geen enkele instelling in onoverkomelijke problemen zal komen of failliet zal gaan. Mocht dit onverhoopt toch dreigen te gebeuren, dan zal een bewindvoerder worden aangesteld die naar bevind van zaken kan handelen. De argumenten voor en de uitgangspunten van de kapitaallastenoperatie bij de ziekenhuizen (care) zijn in principe dezelfde als bij de intramurale AWBZ-instellingen en de ggz-instellingen (cure). De kapitaallastenoperatie start in de care op 1 januari 2009, omdat invoering in de cure pas mogelijk is als een stabiel bekostigingssysteem op basis van zorgzwaartepakketten is ingevoerd en er duidelijkheid is over de herverdelingseffecten. Het verdient de voorkeur om de discussie over de invoering in de care te voeren als hierover duidelijkheid bestaat. De minister tekent daarbij aan dat het denkbaar is dat de invoering in de care uitgesteld wordt als de invoering van de zorgzwaartepakketten of het advies van de SER hierover daartoe aanleiding geven.

Het draagvlak voor het doel van de kapitaallastenoperatie, het vergroten van de vrijheid en verantwoordelijkheid van zorgaanbieders voor investeringen, is groot. Daar doet het feit niets aan af dat ziekenhuizen met een aantal ingrijpende maatregelen worden geconfronteerd, zoals de afschaffing van de lumpsumbekostiging van medisch specialisten en de maatstafconcurrentie. Dit gegeven dwingt echter wel tot grote zorgvuldigheid tijdens de transitiefase en «commitment» van de regering. De minister benadrukt dat hij daarom intensief met de Kamer en het veld in gesprek zal blijven en de ontwikkelingen nauwgezet zal volgen. Verder zal het kabinet zijn verantwoordelijkheid nemen als de vermogenskosten voor de hele sector sterker stijgen dan geraamd. Mocht een dergelijke stijging tegen de verwachting in werkelijkheid worden, dan zal binnen het Budget Kader Zorgruimte naar mogelijkheden worden gezocht om instellingen via een verhoging van de maatstaf te compenseren.

Om een goed verloop van de kapitaallastenoperatie te garanderen zijn de volgende «zekeringen» ingebouwd:

- In 2008 blijft de huidige bekostigingssystematiek bestaan. Daardoor lopen ziekenhuizen alleen risico over de kapitaallasten in het B1-segment.
- De maatstafconcurrentie wordt stapsgewijs ingevoerd. In 2009 is de hoogte van de maatstaf voor 75% gebaseerd op de instellings-specifieke historische kosten. Vervolgens wordt dit percentage van 75 in drie jaar naar nul afgebouwd.
- De maatstaf is voor de periode tot en met 2011 vastgesteld en wordt niet tussentijds aangepast. Dat geldt ook voor de taakstellende efficiencybesparing die oploopt tot structureel 400 mln. in 2011.
- Er is budgettaire ruimte voor een volumegroei van 3%.
- De vermogenskostenvergoeding wordt gemonitord. Als deze substantieel afwijkt van de marktontwikkelingen, zal het kabinet bezien of de maatstaf moet worden verhoogd.
- Het WfZ verstrekt garanties op leningen aan zorginstellingen. Het Rijk fungeert daarbij als achtervang.
- Zorginstellingen mogen eventuele boekwinsten in de balans versleutelen.
- Een commissie van wijzen zal bezien of ziekenhuizen die door de wijziging van de kapitaallastebekostiging in onoverkomelijke financiële problemen geraken, recht hebben op transitiesteun. Voorwaarde hierbij is dat er een causale relatie is tussen de gerezen financiële problemen en de kapitaallastenoperatie.

Het is de bedoeling dat de commissie van wijzen per instelling maatwerk levert. Er is voor maatwerk gekozen, omdat tegenover hoge kapitaalkosten ook positieve factoren kunnen staan. Zo kan nieuwbouw niet alleen leiden tot hogere rentelasten en afschrijvingskosten, maar ook tot relatief lage energielasten en minder logistieke kosten. Verder kan nieuwbouw de marktpositie van een ziekenhuis versterken, omdat het daardoor aantrekkelijker wordt voor zorgverzekeraars en patiënten. De minister zegt dat hij daarom tegenstander is van het idee om ziekenhuizen automatisch financieel te ondersteunen als hun solvabiliteitsdaling buiten een bepaalde bandbreedte valt.

Als de commissie van wijzen constateert dat er sprake is van een patroon in de problemen van de ziekenhuizen die zich tot de commissie wenden en dat het haar daardoor mogelijk is om criteria dan wel spelregels voor haar werk op te stellen, zal de minister de Kamer daarover informeren. Hij voegt hieraan toe dat de commissie zich niet zal beperken tot instellingen die failliet (dreigen te) gaan, maar ook de situatie zal bezien van instellingen die naar eigen zeggen op een apert onbillijke wijze worden getroffen door de kapitaallastenoperatie. Mocht daarvan sprake zijn, dan zal de commissie het verzoek om ondersteuning in principe welwillend bezien.

Het bureau Finance Ideas heeft de effecten op instellingsniveau van de

kapitaallastenoperatie onderzocht. Het beeld dat uit dit onderzoek naar voren komt is echter te negatief, omdat de rente als gevolg van de ingebouwde zekeringen minder sterk zal stijgen dan dit bureau veronderstelt. Vervolgens is samen met de NZa bezien wat de gevolgen zijn van de maatstafconcurrentie voor die instellingen, die ondanks de zekeringen, in problemen komen door de kapitaallastenoperatie. Gebleken is dat vermoedelijk vier ziekenhuizen hierdoor in ernstige problemen komen. Dit relatief kleine aantal is een reden waarom de commissie van wijzen gevraagd is om per instelling maatwerk te leveren.

Om goed te kunnen functioneren dient het WfZ kwaliteitseisen te stellen aan aanvragen, i.c. aan de solvabiliteit en het management van een instelling. Het WfZ kan immers niet garant staan voor elke lening. De minister merkt op dat van dit private fonds een neerwaartse druk zal uitgaan op de rente die bankinstellingen en financiers in rekening zullen brengen. Het Rijk functioneert hierbij als achtervang. Al met al is het de verwachting dat de vermogenskosten mede door de invloed van het WfZ niet uit de hand zullen lopen.

De minister erkent dat de invoering van maatstafconcurrentie tot problemen kan leiden. Dat is de reden dat maatstafconcurrentie gefaseerd wordt ingevoerd. Hierdoor krijgen ondoelmatig werkende ziekenhuizen vier jaar de tijd om hun management te verbeteren en zich te spiegelen aan goed functionerende ziekenhuizen. Het is verder inderdaad niet uitgesloten dat ook doelmatig werkende ziekenhuizen relatief hoge kapitaallasten hebben. Dat is een van de redenen dat de zekeringen voor alle ziekenhuizen gelden. Hierdoor kunnen de extra lasten als gevolg van de kapitaallastenoperatie, naar het zich nu laat aanzien, door alle ziekenhuizen worden gedragen. Mocht dit een foute inschatting blijken te zijn, dan wordt bezien of de maatstaf moet worden verhoogd.

Ziekenhuizen die nog niet participeren in het WfZ, kunnen zich alsnog voor deelname kwalificeren. Bedoeling daarvan is dat de dempende werking die van het WfZ uitgaat, een positief effect heeft op zoveel mogelijk ziekenhuizen.

De inspectie zal de kwaliteit van gebouwen controleren, voor zover die raakt aan de veiligheid van de zorg. Daartoe worden op dit moment veldnormen ontwikkeld door de beroepsverenigingen en de wetenschappelijke verenigingen. De inspectie wordt overigens niet verplicht om die normen over te nemen en zal van de noodzakelijke middelen en mankracht worden voorzien om deze nieuwe taak uit te voeren. De expertise van het CBZ wordt ondergebracht bij TNO. De minister tekent hierbij aan dat er geen sprake zal zijn van gedwongen winkelnering bij deze organisatie.

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis zal door de commissie van wijzen worden ondersteund als het in de categorie apert onredelijke gevallen valt.

Een normatieve huisvestingscomponent is ongewenst, omdat een dergelijke component in strijd is met het voornemen te komen tot integrale tarieven. Daarbij komt dat een normatieve vergoeding kan afwijken van de werkelijke kosten. Een en ander geldt ook voor het voorstel van Prismant om door middel van een simulatie te bepalen hoe de kapitaallasten van ziekenhuizen met recente renovatie of nieuwbouw in de komende tien jaar uitvallen.

De academische component maakt geen onderdeel uit van de integrale tarieven, omdat deze vorm van zorg te allen tijde gewaarborgd moet zijn. De zorg van academische ziekenhuizen in het A- en B-segment wordt op dezelfde manier behandeld als bij niet-academische ziekenhuizen.

Het ligt in de rede dat ziekenhuizen hun bouwplannen heroverwegen in het licht van de kapitaallastenoperatie. Het doel van deze operatie is immers dat ziekenhuizen zelf bepalen of nieuwbouw leidt tot efficiënter gebruik van zowel bestaande als nieuwe gebouwen. Ziekenhuizen zullen daartoe ook zeker worden aangemoedigd door de banken en financiers bij wie zij geld lenen voor nieuwbouw of renovatie.

De minister benadrukt dat vermogen voor de zorg behouden moet blijven. De mogelijkheid dat er ondanks toezicht door de raad van toezicht en de notaris vermogen verloren gaat bij vervreemding van onroerend, wil hij dan ook uitsluiten. De Kamer zal binnenkort schriftelijk geïnformeerd worden over de vraag of daarvoor ex ante toezicht nodig is en, zo ja, op welke manier dat toezicht dan vormgegeven zal worden. Hij sluit niet uit dat ervoor wordt gekozen om het College Sanering Zorginstellingen dit toezicht te laten uitvoeren, hetgeen betekent dat het college in strijd met eerdere plannen als zelfstandig bestuursorgaan zou blijven bestaan. Verloskundige hulp maakt deel uit van de spoedeisende hulp en is dan ook een onderdeel van het beleid voor de beschikbaarheid van acute zorg. De minister zegt dat het de voorkeur verdient om op een ander moment terug te komen op het voornemen van de NZa om een experiment met winstuitkering door ziekenhuizen toe te staan. De minister van Justitie bereidt een wetsvoorstel voor de maatschappelijke onderneming voor. Een voorbeeld voor Nederland kan hierbij het Belgische vso-systeem zijn, hetgeen inhoudt dat tot een bepaald percentage winst mag worden uitgekeerd aan financiers die risicovol participeren in een instelling. Dit percentage is in België gekoppeld aan het renteniveau en bedraagt momenteel 6.

Nadere gedachtewisseling

De heer **Van Gerven** (SP) benadrukt dat de minister zijn twijfels over de kapitaallastenoperatie niet weg heeft weten te nemen. Zo lijkt nog steeds niet gegarandeerd dat geen enkele instellingen of afdeling als gevolg van deze operatie zijn deuren zal sluiten.

Is het mogelijk om alle ziekenhuizen deel te laten nemen aan het WfZ, ongeacht hun vermogenspositie? Daardoor zou worden voorkomen dat ziekenhuizen inkomsten gebruiken voor vermogensopbouw in plaats van voor zorg aan patiënten.

Ten slotte vraagt hij de minister zijn vragen over de care-sector schriftelijk te beantwoorden.

Mevrouw **Schippers** (VVD) zegt dat het voor beoordeling van de kapitaallastenoperatie cruciaal is wanneer de minister de spelregels van de commissie van wijzen naar de Kamer stuurt. Vervolgens vraagt zij of de commissie alleen een regeling zal treffen voor ziekenhuizen die failliet dreigen te gaan of ook voor ziekenhuizen die door de kapitaallastenoperatie hun solvabiliteit sterk zien afnemen.

Mevrouw **Vietsch** (CDA) vraagt welke selectiecriteria de commissie van wijzen zal hanteren. Kan de minister verder aangeven wanneer de commissie haar werk zal staken en of zij adviseert aan de minister dan wel zelfstandig besluiten neemt?

Zij benadrukt vervolgens dat de prijs waartegen onroerend goed wordt vervreemd, bekend moet zijn op het moment dat toestemming wordt gegeven voor vervreemding. Kan de minister aangeven hoe gegarandeerd wordt dat deze prijs objectief wordt vastgesteld?

In de WTZi wordt onderscheid gemaakt tussen de instelling en de rechtspersoon. Het ministerie richt zich in zijn correspondentie echter tot de rechtspersonen en niet tot de instellingen. Welke juridische gevolgen kan dit hebben?

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66) wijst erop dat de minister tot nu toe het standpunt onderschreef dat ziekenhuizen zich maximaal moeten inspannen om zelf een oplossing te vinden voor hun problemen. Hoe verhoudt zich dit tot zijn uitspraak in dit overleg dat geen enkele instelling als gevolg van de kapitaallastenoperatie failliet zal gaan?

De NVZ stelt dat de maatstaf onvoldoende ruimte biedt voor de noodzakelijke versnelde afschrijving. Hoe beoordeelt de minister dit?

Is de kostenontwikkeling van vreemd en eigen vermogen verdisconteerd in de maatstaf? Is verder in de budgetkorting rekening gehouden met deze kostenontwikkeling?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie) verzoekt de minister de kabinetsvisie op marktwerking in de zorg, zoals verwoord in het coalitieakkoord, expliciet terug te laten komen in de periodieke rapportages over de kapitaallastenoperatie.

Is het mogelijk om het veld op korte termijn duidelijkheid te verschaffen over de koers die het kabinet met de maatschappelijke onderneming wil inslaan? Kan hieraan aandacht worden besteed in de eerstvolgende rapportage over de kapitaallastenoperatie?

Is de minister bereid om een brief naar de Kamer te sturen over zijn visie op winst in de zorg?

De heer **Heerts** (PvdA) zegt dat hij pas kan instemmen met de kapitaallastenoperatie als er duidelijkheid is over de positie van de commissie van wijzen. Hij benadrukt dat hij vasthoudt aan zijn standpunt dat deze commissie niet ondergebracht mag worden bij de NZa. Zijn instemming is verder afhankelijk van de toezegging van de minister dat er ex ante toezicht komt op vermogensvervreemding.

De **minister** benadrukt dat doelmatigheid in de zorg van groot belang is. Het kan immers niet zo zijn dat de maatschappij onnodige leegstand in ziekenhuizen financiert. Een en ander laat onverlet dat verbetering van de kwaliteit van de zorg voorop staat bij elke verandering in de zorg.

Het WfZ moet wel werken met een drempel. Zou het dat niet doen, dan loopt het fonds het gevaar dat het garant moet staan voor oneigenlijke risico's. Verder dient hierbij in het oog te worden gehouden dat tegenover de eis aan de vermogenspositie de dempende werking op de rentetarieven staat. Verder kan de commissie van wijzen als de situatie van een instelling daartoe noopt, besluiten om een instelling zodanig te steunen dat zij alsnog toegang krijgt tot het WfZ.

De minister zegt toe dat hij de vragen van de heer Van Gerven over de care-sector schriftelijk zal beantwoorden.

De vermogenspositie wordt door de commissie van wijzen bij haar oordeel betrokken, omdat het onrechtvaardig zou zijn dat instellingen buiten hun schuld op grote achterstand komen te staan van hun concurrenten.

De minister houdt vast aan zijn opvatting dat de commissie van wijzen gaandeweg spelregels moet kunnen ontwikkelen en dat het niet wenselijk is om vooraf criteria vast te stellen. Hij zegt vervolgens toe dat hij de Kamer op korte termijn zal informeren over de samenstelling, in samenwerking met het veld, van de commissie en haar werkwijze. Verder zal de Kamer periodiek worden geïnformeerd over het beeld dat uit de bevindingen van de commissie naar voren komt. Over weglek van vermogen volgt binnen één week een brief.

Instellingen kunnen rekenen op (financiële) ondersteuning door het Rijk als zij door de kapitaallastenoperatie in onoverkomelijke problemen dreigen te komen. Voorwaarde is wel dat er een causale relatie met de kapitaallastenoperatie is. De kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg is verder meer in het algemeen verzekerd door het beleid voor acute zorg en continuïteit van de zorg.

De budgetkorting van 400 mln. onderscheidt zich van eerdere bezuinigingsoperaties, doordat de sector zelf heeft aangetoond dat een dergelijke doelmatigheidswinst in vier jaar kan worden behaald. Deze korting heeft in principe dan ook geen nadelige gevolgen voor de vermogenspositie van instellingen. Verder is het de verwachting dat de

gevolgen van de versnelde afschrijving en de renteontwikkeling door alle zekeringen beperkt zullen zijn.

De minister zegt toe dat hij de Kamer een brief zal doen toekomen over winst in de zorg. In deze brief zal hij ook ingaan op de maatschappelijke onderneming, de visie van het kabinet op marktwerking in de zorg en andere toekomstige ontwikkelingen in de zorg.

De minister benadrukt dat het volstrekt ongewenst is dat vermogen uit de zorg weglekt. Over de vraag op welke manier het beste kan worden gegarandeerd dat dit niet gebeurt, zal de Kamer binnen één week worden geïnformeerd.

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

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