

Vergaderjaar 2008–2009

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 73

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 1 december 2008

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 22 oktober 2008 overleg gevoerd met minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 5 september 2008 over toezeggingen naar aanleiding van algemeen overleg dbc's, kapitaallasten en maatstaf-concurrentie (29 248-53);**
- **de brief d.d. 16 oktober 2008 met het standpunt van de minister over kapitaallasten.**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

Voorzitter: Smeets

Griffier: Teunissen

Vragen en opmerkingen uit de commissie

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), Jan de Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) en Sap (GroenLinks).

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppérus (VVD), Atsma (CDA), Aasted-Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), Arib (PvdA), Kamp (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Tichelaar (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Halsema (GroenLinks) en De Wit (SP).

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Voorzitter. De CDA-fractie is tevreden dat de minister het afschaffen van de regels voor het bouwen in de zorg heeft doorgevoerd. Het is goed dat door het komende systeem ziekenhuizen moeten nadenken over wat zij echt willen, wat nodig is en of zij bijvoorbeeld kiezen voor een klein gebouw met meer personeel, of een groot gebouw, maar dan met andere consequenties. De CDA-fractie is bezorgd over het feit dat de minister aankondigt, de bouwregelgeving opnieuw in te voeren. Weer een toetsing van bouwprojecten, invoering van een bouwprioriteitenlijst en trekkingsrechten, ook al is daarover nu nog geen duidelijkheid. De CDA-fractie wil niet terug naar af. Het is volgens ons ook niet noodzakelijk, omdat algemene ziekenhuizen op korte termijn een risico dragen van 30% tot 50%, en op middellange of lange termijn volledig een volledig risico. Dat zal in onze ogen ziekenhuizen echt wel weerhouden om gouden kranen aan te schaffen, zoals dat in het jargon heet.

Nieuwe regelgeving zorgt dat ziekenhuizen zich opnieuw moeten gaan richten op regelgeving. Er wordt niet gebouwd wat men echt nodig heeft, en bovendien speelt mee dat de komende tijd kan worden gebouwd, juist nu het goedkoop is en de economie bouwprojecten nodig heeft. Kan de

minister aangeven, waarom deze herinvoering volgens hem noodzakelijk is en voor welke periode dat zou zijn? Waarom kunnen kapitaallasten niet gewoon een percentage van het productiebudget zijn, onafhankelijk van de basis waarop dat budget is samengesteld?

Eerder heeft de minister het advies van de Raad voor de volksgezondheid en zorg overgenomen. Deze raad adviseerde een big bang, en dat ziekenhuizen die daardoor schade kregen, deze schade vergoed zouden krijgen. Voor deze schadeverrekening heeft de minister een commissie van wijzen ingevoerd. De hardheidsclausule voor solvabiliteitsproblemen is een goed resultaat daarvan, maar de commissie van wijzen geeft nog geen volstrekte duidelijkheid aan ziekenhuizen, juist niet op lange termijn.

Duidelijkheid tot in detail op korte termijn is handig, maar niet essentieel voor de financiering. Daar geldt juist de lange termijn. Als je aan een bank niet kunt aangeven dat je je hypotheek niet alleen de eerste vijf jaar, maar voor de hele duur kunt betalen, krijg je meestal geen hypotheek. Heeft de minister hierop reacties van de bankwereld? Is er nu voldoende duidelijkheid, en is sprake van een bouwstop, juist nu de aanbestedingsprijzen lager worden en er werkloosheid in de bouw dreigt? Kan de minister uitleggen, waarom nu wordt uitgegaan van een gemiddelde afschrijving van 40 jaar, terwijl als wij onderhoud meenemen het toch in de hele bouw 30 jaar is, en het potje onderhoud is nu wel meegenomen in alle bouwfinanciering.

Kan de minister verder aangeven, hoe de controle op meer- en minderwerk ten aanzien van het vergunningsbedrag in de toekomst gaat? De vergunning voor een ziekenhuis te Sittard was bijvoorbeeld 179 mln., maar men heeft nu 200 mln. meerwerk. TNO mag hierover oordelen. Bij het Schiedamse ziekenhuis spelen bouwfouten. Kunnen deze kosten ook alsnog via deze regeling als meerwerk worden goedgekeurd? Hoe is de controle van deze bedragen aan de kant van de minister? Hoe maakt de minister zijn politieke verantwoordelijkheid op dit punt waar? Hoe houdt de minister de gehele actie budgettair neutraal?

De CDA-fractie maakt zich ook bezorgd over de acute sluiting van afdelingen. Veel ziekenhuizen lijken spoedeisende hulp en verlosafdelingen te willen concentreren uit financiële overwegingen. Juist omdat zij een stand-byfunctie hebben en dus leeg staan, zijn ze qua kapitaallasten relatief duur. Zijn deze extra huisvestingskosten voor volledige niet te benutten afdelingen voldoende gedekt? De genoemde systematiek geldt niet voor AWBZ-instellingen. Juist daar speelt dat voor zeer noodzakelijke voorzieningen, zoals de afbouw van grote slaapkamers, op het moment geen leningen kunnen worden verkregen, door het ontbreken van duidelijkheid. Wanneer is gewoon ook over de AWBZ-toekomst voor de bouw duidelijkheid?

Zorgverzekeraars worden in de toekomst voor de bouw risicodragend.

Kan de minister uitleggen, op welke wijze het geld vanuit het landelijk bouwbudget, zoals wij dat op de begroting van VWS zien staan, voor het risicodragend element over de zorgverzekeraars verspreid wordt? Krijgen zij bijvoorbeeld een standaardpercentage bovenop kosten voor vrije dbc's en zo ja, wat bedraagt dat percentage dan? Indien een instelling grond of goederen verkoopt, blijven deze gelden ook in de toekomst voor de zorg bestemd. Blijft het toezicht van de verkoopwaarde via de Commissie sanering gehandhaafd, of gaat dat in de toekomst op een andere wijze?

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ook bij het kapitaallastendossier is de hamvraag: wordt de patiënt er beter van, bij de liberalisering van het vastgoed? Het beeld dat op dit moment opdoemt, is er een van stagnatie, onduidelijkheid, administratieve bureaucratie en oplopende kosten. Dat is de prijs die wordt betaald voor het idee dat liberalisering van de kapitaallasten, gekoppeld aan de omzet, zal leiden tot efficiëntere besteding van middelen en betere zorg op maat. Naar ons idee is dat een misvatting. Bouwen doe je voor langere tijd, terwijl niet zeker is hoe precies de

behoefte, lees de omzet er over 20 jaar uit zal zien. Elk ziekenhuis moet nu zelf in een concurrerende omgeving het Ei van Columbus gaan uitvinden, terwijl wij al een goed en betrouwbaar systeem hadden. Het bouwcollege, met al zijn expertise, wordt weggegooid als een kind met het badwater.

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Heeft het bouwcollege, inmiddels al opgeheven, geen vloed aan bureaucratie over de ziekenhuizen uitgestort? Als ik mij wel herinner, had je voor één bouwproject een dik boek aan formuleren. Realiseert mijn collega zich dat?

De heer **Van Gerven** (SP): Ik kijk allereerst naar het resultaat. Niemand heeft bestreden dat de gebouwelijke staat van de ziekenhuizen in Nederland goed is. Dat was het resultaat van het systeem dat wij tot nu toe hadden. Ik weet nog dat u een half jaar geleden heel theatraal, met een stapel boeken van het bouwcollege hier bent geweest, wat er mooi uitzag. Daarna hebben wij een reactie van het bouwcollege gehad: luister, wij kunnen het ook af met dit boekje. Natuurlijk was er bureaucratie, dat is inherent aan het systeem zoals het was. Dat dat wordt vereenvoudigd, is prima, en ook dat het sneller gaat. Maar waarom het bouwcollege, met al zijn expertise, afschaffen en overhevelen, waardoor de expertise wegvloeit en ziekenhuizen duur moeten inkopen? Let wel: de bureaucratie van het bouwcollege, voor zover die te veel was, wordt nu vervangen door de bureaucratie en de regelgeving van de vrije markt en de banken, die ook allerlei regels en eisen zullen stellen. Daarmee verplaats je het probleem en maak je het groter, in plaats van dat je het oplost.

De gebouwelijke staat van de ziekenhuizen is nu op orde, en zal dat over een tijdje nog zo zijn? Er wordt namelijk onzekerheid op onzekerheid gestapeld, waardoor de kans aanwezig is dat in de toekomst ziekenhuizen failliet gaan. Nu weet ik dat er marktadepten zijn die deze shocktherapie heilzaam vinden, maar schiet een burger vanuit Lelystad of Emmeloord er iets mee op als een ziekenhuis failliet gaat? Ik denk het niet. Geldt ook niet voor ziekenhuizen dat failliet gaan hen niet beter maakt? Wij moeten problemen oplossen. Hoe minder zekerheden er zijn, hoe meer kosten er komen. Die prijs moet worden betaald bij vrije kapitaallasten. Banken zullen meer zekerheden vragen, en de gevraagde rente zal stijgen, zeker ook in tijden van kredietcrisis, zoals wij die nu kennen. Wat de SP betreft, komt er een standstill met betrekking tot de kapitaallastenoperatie. Deugdelijke bouwplannen, ook met een goed langetermijn perspectief, kunnen door, waarbij het Waarborgfonds zorg garant staat en er zekerheid is voor de banken. Waarom maken wij bijvoorbeeld geen afspraak met de Bank Nederlandse gemeenten, zodat maximale zekerheid is gegarandeerd? Een ziekenhuis is een zo belangrijke basisvoorziening, dat de overheid hiervoor garant moet staan. Een publieke borging van de leningen is daarbij gewenst. Kan de minister aangeven, wat het verschil in rentepercentage is tussen publieke borging en niet-publieke borging? Klopt het dat het verschil dan wel 1% of meer zou kunnen bedragen van de rente die noodzakelijk is? Is het niet puur weggegooid geld dat richting banken verdwijnt, maar dat ten koste gaat van de zorg? Gaat de minister de hoge rentekosten volgen en compenseren?

De rol van het Waarborgfonds zorg is hierbij cruciaal. De minister is onduidelijk over de toekomst van dat fonds. Blijft die overeind, ook na 2012? Zouden alle ziekenhuizen die met goede plannen komen daarop geen beroep moeten kunnen doen? Waarom moet de solvabiliteit naar 15% voor met publiek geld gefinancierde instellingen? Waarom is het huidige gemiddelde niet voldoende? Het is dood geld, waarvan het zonde is als wij dat laten liggen in een kluis. Dat geld moet worden geïnvesteerd in de zorg. De reacties vanuit de ziekenhuizen zijn niet positief, ondanks dat de NVZ wel voor liberalisering is. Hoe zit het met de trekkingsrechten? Dit recht op een budget voor instandhouding valt weg, maar hoe wordt dit gecompenseerd in de nieuwe regeling? Of verdampt dit recht voor de

ziekenhuizen? De ziekenhuizen die hoge kapitaallasten hebben door nieuwbouw zitten in de problemen. Zij komen voor hoge rentelasten te staan. Wie gaat dat betalen? De minister voelt immers niet voor nadeelcompensatie op dit moment, maar is het niet redelijk dat, wanneer de overheid met een nieuw systeem komt, de instellingen die daarvan nadeel ondervinden ook direct worden gecompenseerd? Temeer daar het publieke instellingen betreft van groot algemeen belang. De minister heeft dat juridisch handig opgelost, door te stellen dat pas nadat alle maatregelen zijn doorgevoerd, achteraf kan worden beoordeeld of compensatie nodig is, maar dat lost volgens mij alleen juridisch de zaak op, maar niet feitelijk. Ook scherpt de minister de voorwaarden voor compensatie aan. Men moet praktisch failliet zijn voor men voor compensatie in aanmerking komt, wat toch iets anders is dan wat wij hadden afgesproken: een onevenredig nadeel. Wij vinden dat de hardheidsclausule moet worden versoepeld. Er staat dat ze in hun voortbestaan moeten worden bedreigd, dat wil zeggen praktisch failliet zijn. Ziekenhuizen die keurig hun boekhouding op orde hebben en hebben gespaard, worden daardoor gedupeerd. Graag een reactie van de minister. De SP wil ook dat met terugwerkende kracht 2008 wordt betrokken bij de overgangsregeling. De minister wilde dit vanwege technische argumenten, wij vinden dat niet reëel. Kan hij aangeven, hoe het uitpakt voor de kleine ziekenhuizen? Mijn collega heeft het al gezegd: kleine ziekenhuizen hebben relatief veel kosten voor de bereikbaarheidsfunctie, spoedeisende hulp en IC. Hoe is dat verwerkt in de kapitaallasten? Moet er niet een soort kleinschaligheidsregel worden toegepast om het voortbestaan van de kleine ziekenhuizen te waarborgen? Is het groeipercentage van 4 nominaal wel reëel?

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Geldt dit niet alleen voor kleine, maar ook voor grote ziekenhuizen die meerdere locaties open houden?

De heer **Van Gerven** (SP): Wij zijn het op dat punt volledig eens. Het gaat natuurlijk om locaties.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Voor ons ligt een heel technische regeling, die in feite beoogt aan de ene kant de wens van veel ziekenhuizen te realiseren, namelijk dat men klantgericht kan bouwen en niet wordt gehinderd door een heel stelsel van regelgeving, waarvan ook in het verleden is gebleken dat dat de bouw dusdanig beïnvloedt dat dat leidt tot «stenen» die niet aansluiten bij datgene van de zorg wordt gevraagd. Dat is een goede ontwikkeling. In deze regeling wordt geprobeerd, dat op een zo voorzichtig mogelijke manier te doen, om zoveel mogelijk financiële ongelukken te voorkomen. Wij denken dat de regeling zoals ze er ligt in zijn algemeenheid er redelijk uitziet; er valt mee te leven. Ik denk dat in de overgangsregeling voor de sector als geheel voldoende borgen zijn ingebouwd. Nadeel van een overgangsregeling, waarbij je de zaak stapsgewijs probeert in te voeren en probeert incidenten te voorkomen, is dat niet volstrekt helder is hoe de eindsituatie eruit komt te zien. Ik zeg dit zo nadrukkelijk, omdat zeker in deze financieel onzekere tijden als het gaat om de vraag hoe je aan geld komt, garanties en duidelijkheid over de eindsituatie erg belangrijk zijn. Is deze regeling besproken met de Nederlandse vereniging van banken, een niet onbelangrijk orgaan als het gaat om dit soort zaken.

In de brief van de minister wordt aangegeven dat bij de berekening wordt uitgegaan van een solvabiliteitspercentage van 15. Op dit moment halen de meeste ziekenhuizen dat niet. Kort geleden is een rapport van Ernst & Young verschenen, waarin wordt aangegeven dat voor een aantal instellingen, zeker in de AWBZ, de financiële situatie op zijn zachtst gezegd zorgelijk is. Op welke termijn moet dit percentage worden bereikt en wat zijn de effecten daarvan op de premie? Op de een of andere manier kost dat namelijk wel geld. De ziekenhuizen kunnen in de komende periode

tweederde van de kapitaallasten via het A-segment praktisch risicoloos financieren, ofte wel de bestaande situatie. Daar staat wel tegenover dat regelgeving over wat wel of niet ten laste van het A-segment mag worden gebracht, is afgeschaft. De minister stelt daarom voor, toch een lichte toets in te bouwen. Hoe licht is licht, en bestaat er geen gevaar dat je in deze overgangssituatie toch weer een nieuw soort bureaucratie gaat creëren, om vervolgens na te gaan of iets wel of niet ten laste van het A-segment mag worden gebracht. Door het advies van de commissie komen er naar mijn oordeel drie verschillende regelingen. De eerste betreft de bouwkosten die ten laste van het A-segment kunnen worden gebracht, de tweede is de overgangsregeling die betrekking heeft op de nieuwe dbc's en daarnaast is er nog een regeling die betrekking heeft op de oude dbc's. Ik zie dat de ambtenaren wat zorgelijk kijken. Hoe voorkom je dat kosten die ten laste worden gebracht van de nieuwe dan wel bestaande dbc's niet ten laste van het A-segment worden gebracht, omdat daar sprake is van veel minder risico? Een suggestie zou zijn om de NZa daarnaar te laten kijken. Het tweede betreft het onderscheid tussen de kosten die ten laste van de nieuwe dbc's en ten laste van de oude dbc's worden gebracht. Is het niet mogelijk dat op één manier te doen? Dat scheelt een hoop administratie.

De minister geeft aan dat de regeling niet leidt tot additionele kosten. Ik heb begrepen dat met alles wat al een vergunning heeft, rekening is gehouden in het BKZ. Het afgelopen jaar is minder gebouwd dan veronderstelt. Stel dat sprake is van onderschrijding van de begroting omdat er minder wordt gerealiseerd, dan zouden wij het erg plezierig vinden dat dat geld niet wordt gebruikt om de volumeoverschrijdingen als gevolg van de dbc's te compenseren.

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Wij zijn er op zich voorstander van om in die overgangsregeling de oude en de nieuwe dbc's op dezelfde manier te behandelen. Bent u het met mij eens dat wij eigenlijk voor beide B-segmenten zo'n overgangsregeling zouden moeten hebben?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik kan mij daar iets bij voorstellen, hoewel ik niet de financiële consequenties kan overzien. De overgangsregeling die nu betrekking heeft op de nieuwe dbc's, zou dan ook voor de oude gaan gelden.

De minister gaat ervan uit dat de regeling ondernemerschap zal stimuleren en aan zal zetten tot bouw en nieuwbouw. Gezien de huidige financiële omstandigheden zal dat nog maar moeten blijken. Kunnen wij daarvan een beeld krijgen? Als onverhoopt sprake is van additionele kosten, hoe worden die dan gefinancierd. Dat mag niet ten laste van de premie komen, en er mag ook geen verkleining van het basispakket plaatsvinden. Bestaat er een risico dat vervangingsinvesteringen worden uitgesteld? In de notitie wordt niet gesproken over de positie van het college van sanering zorginstellingen. Wij vinden dat de activiteiten van dat college worden ondergebracht bij de IGZ, wat meer voor de hand ligt dan bij de NZa. De IGZ heeft namelijk meer bevoegdheden, en past qua instelling daar beter bij.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Voorzitter. Het idee is eenvoudig en logisch. De kosten van het gebouw waarin je werkt verrekenen in de prijs. Dat doen wij in veel sectoren, dus waarom niet in de gezondheidszorg? Dat is ook belangrijk, omdat met doorberekening van alle kosten veel beter kan worden afgewogen waar welke behandeling wordt gedaan, of een nieuwe aanbouw wordt gebouwd, hoe groot die is, of er wordt verbouwd of verkocht. Het is niet aan een college bouw, maar aan een ziekenhuis zelf en de kosten worden niet onzichtbaar verrekend. Zowel de beslissing om te investeren ligt bij het ziekenhuis zelf als de consequenties van die beslissing. Ook is het veel eerlijker tegenover ander zorgaanbod: je kunt

beter vergelijken en dus ook beter kiezen, de patiënt krijgt meer of betere zorg voor dezelfde euro. Tot zover klinkt het allemaal erg mooi. Kortom, een goed idee. Vervolgens wordt zo'n idee uitgewerkt en komen om het zo eerlijk mogelijk te laten verlopen en vooral om geen ongelukken te maken, de regelingen, de mogelijkheden om risico's te mijden en lasten collectief af te wentelen.

Eerst moet de NZa per instelling bepalen wat de omvang van het B-segment is, wat verschilt per instelling. Daarmee wordt de omvang van de daarmee samenhangende kapitaallasten per instelling bepaald. Daarvoor moeten per instelling berekeningen worden gemaakt. Dat ziet er al ingewikkeld en arbeidsintensief uit. Kunnen instellingen overigens ook nog in beroep als ze tot andere berekeningen komen? Wie beoordeelt dan dat beroep? De tweede complicatie gaat erover dat er een overgangsregeling komt voor drie jaar per nieuw B-segmentcluster. Als je enkele jaren achtereenvolgend uitbreidt, vallen in één ziekenhuis verschillende clusters B-segmenten onder verschillende regimes. Dat betekent op één moment veel verschillende regimes in eenzelfde ziekenhuis, wat het allemaal buitengewoon gecompliceerd maakt. Ziekenhuizen en verzekeraars willen bovendien met terugwerkende kracht ook over 2008 het overgangsregime. De minister stelt dat dit te ingewikkeld is, de NVZ en ZN ontkennen dit; graag een reactie.

Voor een instelling is het aantrekkelijk zoveel mogelijk bouwkosten op het A-segment te verhalen, want daar loopt de instelling geen enkel risico. Dat wordt nog aangewakkerd door het Zwaard van Damocles dat de minister boven de markt laat hangen, van de in te voeren maatstafconcurrentie, als de prijzen te sterk stijgen. Dat stimuleert extra de afwenteling, wat moet worden voorkomen, waarop moet worden toegezien. Naast de gefaseerde invoering van de prestatiebekostiging en de overgangsregeling komt er een bijzonder vangnet, de hardheidsclausule. Dat is individueel maatwerk. Overigens: inherent aan een hardheidsclausule is dat daarvoor geen absolute criteria bestaan. Maar helemaal geen enkele indicatie vooraf is ook te veel van het goede. Een ziekenhuis moet als gevolg van deze operatie in zijn voortbestaan bedreigd worden, schrijft de minister. Ik begrijp dat door de risicodempende maatregelen de achteruitgang in de solvabiliteit niet altijd wordt gecompenseerd. Maar geldt dat ook voor harde klappen in de solvabiliteit, zonder dat een ziekenhuis volgende maand de salarissen niet meer kan uitbetalen. Stel, het gaat om halvering van de solvabiliteit van 12% naar 6%, wat is dan de inzet?

Het slotstuk is de nadeelcompensatie. Zo zien wij: wat er in het begin eenvoudig uitziet, wordt al behoorlijk complex. Dan beschrijf ik alleen het hoofdtraject, ik heb nog buiten beschouwing gelaten eventuele nieuwbouw en nieuwe bouw bureaucratie, die nieuw i te voeren toetsing met zich mee kan brengen. Van belang is dat ik geen enkel zicht heb op het einde van deze operatie, er zit geen horizon in. Per jaar wordt bekeken of behandelingen overgaan naar het B-segment en zo ja, welke, het tempo is onbekend, en daarmee is er geen zicht op een einde aan deze complexiteit. Voor mij is niet duidelijk, waarnaar dit een overgang is. Wat is het eindplaatje en hoe is dat geregeld? De conclusie die de VVD-fractie trekt ten aanzien van de kapitaallasten is als volgt. De redenen om van de huidige situatie af te willen, zijn legitiem en worden gedragen door alle betrokkenen: de zorgverzekeraars, de ziekenhuizen en de patiënten. Om daar te komen, moeten wij door een overgangssituatie, wat de slechtste situatie is om in te zitten, maar het is wel een noodzakelijk kwaad. Die situatie moet zo kort mogelijk duren. Het is voor onze fractie niet acceptabel om ons hierin te storten zonder dat volstrekt duidelijk is, wanneer het einde van de tunnel in zicht is. Zonder stip op de horizon waarnaar wordt toegewerkt, hebben wij de volgende drie randvoorwaarden. Wanneer is deze overgangsperiode precies afgerond? Wat is de eindsituatie? Via welke route gaan wij daar komen? Zonder een concreet antwoord kunnen wij eenvoudigweg niet akkoord gaan, omdat het risico

te groot is dat deze niet-wenselijke, maar tijdelijk acceptabele situatie jaren en jaren gaat duren. Dat is niet aanvaardbaar. Deze overgang moet precies lang genoeg zijn met het perspectief van het eindplaatje en de route.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Voorzitter. Het debat dat wij vandaag voeren over de kapitaallasten heeft direct te maken met de invoering van de vrijeprijsvorming voor de ziekenhuiszorg. De GroenLinks-fractie heeft tijdens het vorige debat hierover op 10 september benadrukt dat wij vinden dat er nog onvoldoende informatie is om te kunnen concluderen dat die vrijeprijsvorming het publieke belang dient. Wij hebben daarom gepleit voor een pas op de plaats. Ik moet zeggen dat de kredietcrisis onze zorg over de verdere uitbreiding van de vrijeprijsvorming van 20% tot 34% nog heeft vergroot. Wij realiseren ons echter dat gedane zaken geen keer nemen, en dat terugdraaien nu de sector zou schaden en daarmee niet zou bijdragen aan de publieke belangen. De crisis op de financiële markten maakt het echter des te meer noodzakelijk dat de minister de invoering van prestatiebekostiging met goede randvoorwaarden en waarborgen omkleedt. Geen goed werkende markt zonder sterke overheid, dát is de hoofdles van de financiële markten. Laat dat het adagium zijn voor de zorg.

Het advies van de commissie-Havermans over de kapitaallasten geeft invulling aan een deel van die randvoorwaarden, wat ik positief waardeer. Ik heb echter wel een aantal kritische vragen, die grotendeels hebben te maken met het hoofdpunt of deze minister met «Havermans» is bestand tegen de storm die de kredietcrisis ook in de zorg zal gaan veroorzaken. Mijn eerste vraag betreft het rekenmodel van de commissie. Daarin zitten verschillende variabelen, die allemaal gevoelig zijn voor de kredietcrisis: de disconteringsvoet, de solvabiliteit, de groeifactor, de inflatie enzovoorts. Uit de uitstekende technische briefing die wij gisteren kregen, begrijp ik dat er nu achteraf nog een gevoeligheidsanalyse zal worden gemaakt. Maar die gevoeligheidsanalyse lijkt mij onmisbaar om te kunnen beoordelen, of de door de commissie-Havermans voorgestelde overgangsregeling in de praktijk wel toereikend zal zijn. Wil de minister die gevoeligheidsanalyse zo spoedig mogelijk aan de Kamer voorleggen, inclusief zijn beoordeling van de consequenties voor de overgangsregeling die moet worden getroffen. Van een definitieve regeling kan op dit moment nog geen sprake zijn.

Mijn volgende vraag betreft de consequenties van de kredietcrisis voor het tot stand komen van verantwoorde investeringen voor nieuwbouw en renovatie. Het accent in de brief van de minister ligt op het vermijden van onverantwoorde investeringen, en daarvoor komt de minister met een marginale toets. Is dat accent niet te eenzijdig, nu door de toestand op de financiële markten gevreesd moet worden dat ziekenhuizen moeite gaan krijgen om de financiering van gewenste investeringen rond te krijgen? Moet ook daaraan niet veel meer aandacht worden besteed?

Mijn derde vraag betreft de budgettaire consequenties. In de brief staat dat die naar verwachting beperkt zullen zijn. Ook hier vraag ik mij af of wij daarop geen effecten van de financiële crisis zullen zien. Zullen de rentelasten daardoor niet gaan stijgen? Wat zal hiervan naar verwachting al bij Voorjaarsnota terugkomen?

Mijn vierde punt is of de overgangsregeling niet ook voor de oude dbc's kan gaan gelden. De minister zegt daarvan dat dat technische ingewikkeld is, en dat er in de praktijk geen problemen zijn. Partijen uit de praktijk geven echter aan dat zij dat wel als een probleem ervaren. Graag een reactie van de minister. Ook ik wil meer duidelijkheid over het verdere invoeringstraject dat de minister voor ogen staat. Voor ons moet het hoofdkenmerk van een goed overgangstraject zijn dat het zorgvuldig wordt vormgegeven. De overgangsregeling van «Havermans» is een middel om die verdere invoering van de vrijeprijsvorming zorgvuldig te

doen. Een belangrijk argument vroeger was dat wij de sector niet te lang in onzekerheid konden laten, omdat daardoor investeringen achterwege bleven. Dat probleem is nu weggenomen, waarmee wij in de toekomst zorgvuldige stappen kunnen gaan zetten. Ik krijg graag de verzekering dat die verdere toekomstige stappen zorgvuldige evaluaties zijn, en hoor graag van hem wat zijn eindperspectief is.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Voorzitter. D66 is nog steeds voorstander van een vrije prijsvorming, en van de liberalisering van de kapitaallasten. Ziekenhuizen worden patiëntgericht, het komt de kwaliteit ten goede, allemaal mooi. Maar een sterke markt vraagt om een sterke overheid. Wij moeten toezien op de toegankelijkheid, bereikbaarheid en kwaliteit van de zorg. De ziekenhuizen maken hun kwaliteit transparant. Ook de prijs moet transparant zijn, en alle kosten van een behandeling bevatten, dus ook de kapitaalkosten. Alleen zo maken wij goede kwaliteitsafwegingen mogelijk, zo stimuleren wij ziekenhuizen tot investeringen die de behandeling van de patiënt ten goede komen. Uiteindelijk is het ons daarom te doen, zeker om de kosten in de hand te houden. Zo verminderen wij ook bureaucratie, want een overheid die zich nodeloos bemoeit met investeringen van specialisten legt onnodig druk op een ziekenhuis.

Maar wij zitten in turbulente tijden. Alles hangt dus ook af van de uitwerking. De kredietcrisis bereikt ook de gezondheidszorg, ook ziekenhuizen kennen problemen met herfinanciering van kortlopende leningen, net als andere sectoren. Komt ook deze CDA-minister met een eigen plan om de kredietcrisis als het gaat om deze zorginstellingen op te lossen? Gaat de overheid zich ook hier garant stellen voor beslissingen van ondernemers? Komen er kapitaalinjecties voor ziekenhuizen? Ik stel deze vragen omdat ik vanmorgen de behandeling van de EZ-begroting heb overgenomen, en de plannen van de EZ-minister voor het mkb. Wij zien berichten dat ook de zorg niet ongemoeid wordt gelaten. Ik wil van dit kabinet een integraal plan, hoe zij met de kredietcrisis en de gevolgen daarvan voor de zorg, bedrijven en financiële instellingen omgaat. Kan de minister dat toezeggen?

Het omgaan met kapitaallasten is nieuw voor ziekenhuizen. Het mag niet zo zijn dat door verandering van wet- en regelgeving de zorg voor mensen in gevaar komt. Daar hebben wij de overgangsregeling en de hardheidsclausule voor. Kan de minister aangeven, wat de gevolgen van dure herfinanciering in tijden van een financiële crisis zijn voor ziekenhuizen? Kan hij aangeven of de zorg voor patiënten hierdoor in gevaar komt? Bieden de overgangsregeling en hardheidsclausule voldoende ruimte om de noodzakelijke zorg te garanderen? Wat bepaalt of een ziekenhuis in aanmerking komt voor deze uitzonderingspositie? Hoe voorkomen wij dat ongelijkheid ontstaat tussen ziekenhuizen met verschillende investeringsproblemen?

De IGZ signaleert problemen met apparatuur in ziekenhuizen, achterstallig onderhoud en investeringen. Het zou goed zijn als de NZa voor haar advies over de uitbreiding van het B-segment ook de IGZ raadpleegt. Ik kan mij voorstellen dat daarbij nogal wat dingen naar voren komen. Mij bereiken verhalen over oneigenlijke effecten van dbc's, handelingen die medisch niet voor iedere patiënt noodzakelijk zijn, zouden toch worden uitgevoerd, omdat deze in een dbc zijn opgenomen. Kan de minister hier meer over zeggen en kan hij dit in een volgende evaluatie van de dbc's meenemen? In reactie op mijn vraag over de bekostigingssegmenten en daarmee gepaard gaande administratie geeft de minister aan, zich te bezinnen op samenvoeging van het A1- en B1-segment. Iedere vereenvoudiging juich ik natuurlijk toe. Wel vraag ik mij af wat de gevolgen zijn van de samenvoeging voor het maximumtarief dat een ziekenhuis in rekening mag brengen. Wie stelt na samenvoeging van beide segmenten dat maximumtarief vast? Het belang van concurrentie uit zich in innovaties. Ziekenhuizen moeten de ruimte krijgen, hun patiënten de best moge-

lijke zorg te geven. Ik ben ook benieuwd naar het idee van het zorg-innovatieplatform. Wanneer krijgen wij dat? Ook ik sluit mij aan bij de vorige sprekers over een marsroute.

Antwoord van de minister

Minister **Klink**: Voorzitter. Ik ben geneigd te beginnen bij de heer Van der Veen, en de manier waarop hij naar de ambtenaren keek! Dat stelt mij aan de ene kant gerust, dus het feit dat daar kennelijk een dusdanige autoriteit zit dat goedwillend knikken, dan wel bedachtzaam kijken, impact heeft. Maar aan de andere kant stelt mij dat niet gerust, omdat ik het dan wel heel opzichtig moet doen in mijn beantwoording!

Het betreft hier een buitengewoon ingewikkelde materie. Niet alleen technisch ingewikkeld, maar bovendien ook gecompliceerd, vanwege de kredietcrisis. Dit maakt de afwegingen die hier plaatsvinden des te nadrukkelijker, in die zin dat de publieke belangen die ermee zijn gemoeid, zich vrij massief aftekenen. Een paar weken geleden is van mijn kant aan het adres van de minister-president aangegeven dat wij niet alleen naar de bancaire sector zouden moeten kijken, maar ook naar de tweedeorde-effecten, namelijk wat het voor de ziekenhuizen betekent als banken of in de problemen komen, of de roulatie van kredieten opdroogt, of de rente stijgt. Zo-even werd al gerefereerd aan wat kennelijk gisteren is genoemd, namelijk een gevoeligheidsanalyse. Die zijn wij op dit moment aan het maken, en wij kijken inderdaad welke impact een en ander heeft op de ziekenhuizen. Voor de kortetermijneffecten beoog ik nog voor de begrotingsbehandeling over twee weken de Kamer daarover schriftelijk in te lichten. Dit alles kan interfereren met dat wat wij vandaag op de agenda hebben staan, maar dat zal dan uit die brief blijken.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Dat klinkt mij als muziek in de oren. Gezien het feit dat elke minister een eigen pakketje samenstelt, merk ik op dat de maakbaarheidsgedachte niet altijd kan worden waargemaakt. Dat moet dus worden afgestemd, want ook zorginstellingen zijn bedrijven. Dit moet worden teruggekoppeld in het plan van aanpak, voor de begrotingsbehandeling.

Minister **Klink**: Ik heb er vrij nadrukkelijk een punt van gemaakt in de ministerraad dat dit integraal moet worden geïnventariseerd. Toen bleek de volgende dag dat gemeenten met leningen in IJsland wellicht financiële problemen hebben, wat nog maar eens illustreert dat die integrale aanpak nodig is. Op dit moment wordt dat in de zeshoek integraal opgepakt, wat betekent dat op die departementen die ermee te maken krijgen, inventarisaties worden gemaakt. Wij stemmen dat intern af.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Ook ik ben blij met de toezegging van de minister dat wij die gevoeligheidsanalyse nog voor de begroting krijgen. Ik vraag hem wel of hij daarin expliciet in wil gaan op de vraag of de overgangsregeling, gegeven de nieuwe berekeningen, toereikend is. Er ligt nu een rekenmodel waaruit blijkt dat één ziekenhuis in de problemen kan komen, maar ik zie in die analyse graag expliciet opgenomen wat volgens de andere berekeningen de aantallen ziekenhuizen zijn die in de problemen komen, en of die overgangsregeling voldoende is.

Minister **Klink**: Dit ligt in het verlengde van mijn opmerking dat die twee thema's elkaar wel raken, want de instrumenten die wij hier kiezen, kunnen eventueel van nut zijn op het moment dat een hardheidsclausule of een overgangsregeling worden geïntroduceerd. Daarop komen wij ongetwijfeld terug in de brief.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb nog gevraagd of de regeling kan worden besproken met de Nederlandse vereniging van banken.

Minister **Klink**: Er is contact geweest met de Nederlandse vereniging van banken. Vrij huiselijk staat hier dat daar in eerste aanleg van de kant van de Nederlandse vereniging van banken werd gezegd: wij hebben op dit moment onwaarschijnlijk veel aan ons hoofd. U zult dat kunnen begrijpen. Het tweede signaal dat men gaf, is wel: de kwaliteit van de plannen die men gaandeweg onder ogen krijgt met betrekking tot bouwen, neemt toe. Dit is een illustratie van het feit dat ziekenhuizen zich ook meer bewust zijn van financiële risico's die kunnen voortvloeien uit bouwspanningen en het kapitaaldeel dat daarmee is gemoeid. Verder hebben wij op dit moment een vrij regelmatig contact met de banken, teneinde die gevoeligheidsanalyse te kunnen maken. Die contacten zijn zo'n drie weken geleden gelegd.

Met de brief van 16 oktober jongstleden over het standpunt naar aanleiding van het advies van de commissie-nadeelcompensatie heb ik beoogd, comfort en duidelijkheid te geven aan de betrokken partijen inzake de invoering van risicodragende kapitaallasten en de afschaffing van het bouwregime. Duidelijkheid en comfort ten aanzien van de uitbreiding van het B-segment op 1 januari 2009 en de kapitaallasten daarin, maar vooral ook voor de na 2009 te zetten stappen. Welke keuze ook wordt gemaakt, duidelijk is dat de invoering van risicodragende kapitaallasten zorgvuldig gebeurt, en dat vervolgens kapitaallasten gefaseerd risicodragend gemaakt worden. Ik denk dat zorgvuldigheid een vrij belangrijk trefwoord is. Die zorgvuldigheid kent twee kanten: soms is het zorgvuldig om het heel snel te doen, teneinde duidelijkheid te verschaffen, en soms kan het niet anders dan dat je een en ander gefaseerd doet, juist met het oog op een zorgvuldige invoering van een en ander. Ik kom daarop nog terug, als ik reageer op de voortreffelijke analyse van mevrouw Schippers, met wel op het eind de kanttekening dat ik helder moet maken waar wij heen gaan. Het eindperspectief van risicodragende prestatiebekostiging blijft, want dat is afgesproken in het regeerakkoord. Ik gaf net aan dat ik een signaal wilde afgeven met betrekking tot de zorgvuldigheid rondom de kapitaallasten, maar ik wil ook het signaal afgeven dat ziekenhuizen zich erop in moeten stellen dat er integrale prestatiebekostiging komt. Met ingang van 1 januari 2009 wordt het B-segment uitgebreid naar 34% gemiddeld. Het tempo naar dat eindperspectief zit daarmee goed, aangezien ziekenhuizen ook aan het regeerakkoord en de daarin gebezigde termen het perspectief kunnen ontlenen dat wij, als sprake is van een evaluatie en van uitkomsten die in feite indiceren dat de volumeontwikkeling, de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg zich gunstig aftekenen vanwege de liberalisering, daarmee verder gaan en het B-segment uitbreiden. Maar dat gebeurt niet dan nadat die evaluaties zijn geweest en de uitkomsten het groene licht geven, en niet dan nadat het met de Kamer is besproken. Prestatiebekostiging komt er in elk geval, en als dat niet langs lijnen van de vrije prijsvorming is, dan is het wel in de vorm van maatschapsconcurrentie of dbc's met maximumtarieven, maar daarover zal ik de Kamer zoals toegezegd in de loop van de komende maanden berichten.

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Een van de vragen die ik heb gesteld, is wanneer die kapitaallasten als budgetopslag worden gedaan, of dat dat gewoon via de huidige systematiek is. Je hebt immers een budget voor je ziekenhuis. Als je zegt dat dat ongeveer neutraal moet blijven, kan ik er gewoon een percentage opzetten voor de kapitaallasten, onafhankelijk van de hele discussie over hoe nu verder. Dat was één van de oude, ooit voorgestelde regelingen, waarover ik niets meer hoor. Waarom wordt niet gewoon gezegd: in de toekomst nemen wij gewoon een percentage op het budget, onafhankelijk van hoe dat wordt samengesteld? Dan weet je

voor de bouw waar je aan toe bent, los van de hele systematiek die wij verder hebben.

Minister **Klink**: Voor zover wij toegaan naar dbc's met maximumtarieven naast het B-segment zullen de kapitaallasten daarin verdisconteerd dienen te zijn. Op dit moment zijn de kapitaallasten in het B-segment voor rekening van het ziekenhuis, waarover zal worden onderhandeld met de verzekeraars. Voor het Fb-segment vindt nog steeds nacalculatie plaats. Vandaar dat schoning moet plaatsvinden van de kapitaallasten voor het B-segment, gerelateerd aan het functionele budget. Maar die nacalculatie zal blijven zolang het Fb-regime blijft. Daarna komt inderdaad een situatie, afhankelijk van de maximum prijsstelling, dat die kapitaallasten daarvan deel zullen uitmaken.

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Maar dat is juist de vraag: waarom is daar een koppeling en waarom kun je niet zeggen: ook al hebben wij het Fb-segment nog over, in 20-zoveel maken wij een percentage daarvan, onafhankelijk of dat via de Fb-systematiek of anderszins is.

Minister **Klink**: Ik kom nog terug op vragen over de marginale toetsing. Prestatiebepaling betekent in feite dat men risicodragend wordt, ook voor de kapitaallasten. Op het moment dat wij naar maximumtarieven per dbc toegaan, zal bij de vaststelling van dat maximumtarief – in feite niet anders dan een plafond dat de overheid per cluster of per dbc stelt, en wat bij de maatschapconcurrentie een instellings specifiek plafond is – rekening moeten worden gehouden met de kapitaallasten. Dat neemt overigens niet weg dat de risicodragendheid van ziekenhuizen dan wel in één keer ontstaat. Dan komt het punt dat door de commissie is voorgesteld: als wij die stap bijvoorbeeld in 2010 in één keer zetten, krijg je een minder gecompliceerde situatie dan dat je dat gefaseerd doet. Je gaat dan in één keer naar een traject van drie jaar, als overgangstermijn in de richting van volledige risicodragendheid. Dat wordt anders op het moment dat je het Fb als het ware voor een poosje in stand houdt, want dat compliceert het overgangsregime en de nacalculaties.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): De minister zei net dat hij verdere stappen met uitbreiding van het B-segment alleen zet na zorgvuldige evaluatie, als dan blijkt dat de effecten op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid positief zijn. Ik hoor de minister graag zeggen dat hij verdere stappen met uitbreiding van het B-segment niet zet als de effecten op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid negatief blijken te zijn. Is de minister dat met mij eens?

Minister **Klink**: Ja, dat neem ik graag over. Daar ziet de NZa-monitor op toe, wat wij hebben geïntensiveerd voor 2009. In die intensivering hebben wij, als vorm van verstrakking, gezegd: voor zover daar overschrijdingen zijn, zullen wij die niet behandelen gecombineerd met eventuele onderschrijdingen op andere delen van de ziekenhuiszorg. Dit is door ons afgezekerd in het vorige debat, en ik doe dat ook van binnen uit, omdat het kabinet vindt dat de volumeontwikkeling die wellicht geaccommodeerd moet worden, met prijsverlaging gepaard moet gaan. Dat is immers in feite de hele strekking van de operatie die wij willen.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Dat vind ik geruststellend, want ik dacht dat de minister even daarvoor in een passage toch een nieuw criterium voor zorgvuldigheid introduceerde met de snelheid. Wat bedoelde hij daar precies mee?

Minister **Klink**: De strekking van de brief die wij de Kamer hebben toegezonden, is dat ik het liefst in 2010 over de hele linie naar prestatiebepaling

ging overga, met maximumtarieven, wat wel zorgvuldig moet gebeuren. Nogmaals, dat moet zorgvuldig, wat betekent dat de productstructuur op orde moet zijn. De NZa moet de maximumtarieven zodanig kunnen berekenen dat ze niet juridisch kwetsbaar zijn. Maar waarom ik het liever wel wil, is inderdaad om het eindperspectief van prestatiebekostiging aan de ziekenhuizen helder te maken dat het snel komt, en dat wij niet met een soort dakpanconstructie aan overgangsregimes te maken krijgen. Dat maakt het nog wenselijker om daarover vrij snel helderheid te creëren.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik kom terug op het rekenpercentage in het A-segment, waar de Fb-systematiek geldt. De commissie-Havermans gaat meen ik uit van 7,9% als gemiddelde. Nu hebben wij berichten gekregen dat voor categoriale ziekenhuizen en revalidatie-instellingen dat percentage niet voldoende is. De revalidatie-instellingen noemen zelfs een percentage in de orde van grootte van 11,3. Hoe wordt daarmee omgegaan, want ik denk dat zij daar wel een punt hebben. Het profiel van het ziekenhuis is van belang voor dat gemiddelde.

Minister **Klink**: Ik dank de commissie-Havermans voor de enorme inspanningen die zij heeft geleverd. Zij heeft buitengewoon goed en zorgvuldig werk gedaan, wat ons de gelegenheid biedt om in ieder geval de trajecten helder te schetsen en iets van een eindperspectief te bieden. Men is wel uitgegaan van een model met een aantal parameters, dat de werkelijkheid benadert, maar waarbij wel verschillen kunnen zitten tussen ziekenhuizen. In algemene zin zag ik tot mijn geruststelling het volgende: ook al zouden wij in één keer het kapitaallastenregime hebben omgezet van Fb, met nacalculatie en vergunningbouw, naar prestatiebekostiging, dan nog zou dit op basis van deze parameters, met een groeipercentage van 4 en bepaalde rente-inschattingen, op te vangen moeten zijn door de ziekenhuizen, sterker nog, men zou naar 15% solvabiliteit moeten kunnen, binnen een periode van vijf jaar. Natuurlijk zijn er verschillen tussen afzonderlijke instellingen. Om die reden bouwen wij een overgangsregime in, komt er een hardheidsclausule en kan de nadeelcompensatie zo snel mogelijk plaatsvinden, namelijk na drie jaar. Dan kunnen deze punten worden meegenomen. Maar dan moet wel sprake zijn van een nadeel dat onevenredig is.

De heer **Van Gerven** (SP): Hebben ziekenhuizen geen verschillende profielen? Als de revalidatie-instellingen gemiddeld allemaal 11% hebben en de andere ziekenhuizen 8%, dan is dat een reëel verschil. Is het dan niet reëel om dat nu op te lossen, en niet op zijn beloop te laten, en mogelijk over een aantal jaren te corrigeren? Ik zou het redelijk vinden om dat nu te doen. Uit de praktijk blijken die verschillen, wat natuurlijk naast elkaar is te leggen.

Minister **Klink**: Op dit moment lopen revalidatiecentra nog geen risico, want zij kennen nog geen B-segment. Maar in de situatie dat wij naar prestatiebekostiging overgaan, zal dit soort eventuele extra rentelasten die aan de aard van de zorg gekoppeld zijn, in de contracten met de verzekeraars tot uitdrukking dienen te komen. Daarvoor zal men betaald moeten worden. Niet voor niets ligt er een zorgplicht bij de verzekeraars.

De heer **Van Gerven** (SP): Over het vrije deel moet worden onderhandeld, dat gaat zijn gang, maar het gaat om het niet vrije deel.

Minister **Klink**: Voor zover het Fb is, krijgt men nagecalculeerd.

De heer **Van Gerven** (SP): Ook die 11%?

Minister **Klink**: Ja, want dan krijgt men de met de kapitaallasten gemoeide kosten nagecalculeerd. Voor zover wij naar prestatiebekostiging gaan in termen van maximumtarieven, zal dat inderdaad in de maximumtarieven van die vorm van zorg dienen te zijn verdisconteerd. Het is of B-segment en dan komt het in de onderhandelingen terug, of maximumtarieven en dan dient er verdisconteerd te zijn, of Fb, en dan worden de historische kosten nagecalculeerd, wat is meegenomen in de vergunningen die men heeft gekregen.

Dat hiermee overgangperiodes zijn gemoeid, moge duidelijk zijn. Ook in de vorige kabinetsperiode heeft mijn voorganger de vrijeprijsvorming stapsgewijs geïntroduceerd, waarbij hij begon met 10%. Niet voor niets heeft hij niet direct gekozen voor 70% of 80%. In die fasering zit natuurlijk een element van zorgvuldigheid en evaluatie, maar daarachter komt altijd dat je vervolgens niet zeker bent of je vrijeprijsdeel wordt uitgebreid. Immers, als de resultaten daarvan in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en prijsontwikkeling tegenvallen, temporiseren wij dat, en dan komen er simpelweg maximumtarieven, wellicht zelfs over de hele linie, zoals toegezegd.

Vorig jaar is een aantal zekerheden geboden ten aanzien van de afschaffing van het bouwregime, en van de nacalculatie gebouwgebonden kapitaallasten. Toen hebben wij uitvoerig gesproken over een stapsgewijze invoering van de maatschapsconcurrentie, in die zin dat het prijsplafond dat instellingsspecifiek zou gelden, gefaseerd zou worden bereikt, ruimte voor volumegroei, monitoring van de vermogenskostenontwikkeling en behoud van boekwinsten voor de zorginstelling, waarbij de randvoorwaarde wel is dat winst ten goede komt aan de zorg, en ten slotte de instelling van een commissie nadeelcompensatie ziekenhuizen. Die commissie is aan het begin van het jaar ingesteld, en heeft mij op 30 september haar advies overhandigd. Hulde aan de commissie die op tijd haar advies afleverde. Van dichtbij hebben wij meegemaakt dat dat ontzettend veel inzet vergde. Een omvangrijke opdracht, krap tijdpad, een ingewikkelde materie, dat moge duidelijk zijn, en bovendien in een beleidscontext die dit jaar is gewijzigd, op grond van het feit dat niet de maatschapsconcurrentie ingevoerd kon worden, maar dat het Fb-budget nog bleef bestaan. Ondanks deze context is er een gedegen advies gekomen. Een van de bouwstenen van het advies van de commissie is een rekenmodel waarmee de positie van de onderneming ziekenhuis inzichtelijk is gemaakt. Uit dit model blijkt dat voor ziekenhuizen geen moeilijkheden ontstaan bij de invoering van risicodragende kapitaallasten. Ziekenhuizen zouden deze wijziging op zichzelf genomen goed moeten kunnen opvangen, en uiteraard vergt dat wel een goed bestuur van ziekenhuizen, een van de punten waarnaar ook de banken nadrukkelijk zullen kijken.

Ik realiseer mij met de commissie dat het een model is op basis waarvan die prognose is gedaan, en kies daarom voor de extra zekerheid van de ziekenhuizen, in de vorm van een overgangsregeling met hardheidsclausule, overigens ook door de commissie als zodanig voorgesteld. De overgangsregeling geldt voor alle ziekenhuizen. Daaruit vloeien geen extra kosten voort die een beslag zullen leggen op het BKZ, althans die het BKZ onder druk zetten. Voor de hardheidsclausule en de nadeelcompensatie zou dat eventueel wel kunnen gelden, wat ook zou kunnen gelden op het moment dat wij extra financiële risico's zien vanwege de kredietcrisis. Met betrekking tot de overgangsregeling is dat te dekken uit de kosten die nu al worden gemaakt voor de kapitaallasten.

Als sluitstuk kunnen de ziekenhuizen die ondanks alle comfort en zorgvuldigheid toch een onevenredig nadeel oplopen ten opzichte van andere ziekenhuizen aanspraak maken op de nadere compensatie. Ook dat is maatwerk, bij de beoordeling waarvan sprake is van een onevenredig nadeel, waarbij tal van factoren een rol spelen. Vorig jaar hebben wij daar verschillend keren bij stilgestaan, want dure gebouwen kunnen ook bete-

kenen dat je op grond van het feit dat de logistiek veel gemakkelijker is, voordelen behaalt. Aldus gezien ben ik het er niet mee eens dat de operatie rond de kapitaallasten onzekerheid toevoegt. Wel is er onzekerheid in die zin dat wij vinden dat ziekenhuizen in het licht van de prestatie-bekostiging risicodragend worden, maar geen onzekerheid vanwege het feit dat het regime en de overgangstermijnen die wij daarbij kiezen, onverantwoord zouden zijn en uit dien hoofde onzekerheid oproepen. De kredietcrisis loopt samen met de bedoelde wijzigingen en zal zich laten voelen in de ziekenhuissector. Het maakt het waarschijnlijker moeilijker voor ziekenhuizen om leningen aan te gaan indien de solvabiliteit niet voldoet aan de grens die wordt gesteld door het Waarborgfonds. Het is om die reden dat wij de gevoeligheidsanalyse zo doen. Daarbij speelt het Waarborgfonds wel een belangrijke rol, want de signalen die wij nu krijgen, is dat ziekenhuizen die niet zijn aangesloten bij het Waarborgfonds op grond van het feit dat men bijvoorbeeld niet aan de solvabiliteitscriteria voldoet, lastiger aan lening komen, wat zich kan vertalen in extra rentelasten. Dat zal bij de gevoeligheidsanalyse naar boven komen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb gevraagd of het feit dat ziekenhuizen moeilijker aan hun geld komen van betekenis kan zijn als het gaat om vervanging van medische apparatuur. Heeft dat invloed op de kwaliteit en zo ja, hoe wordt dat dan in de gaten gehouden?

Minister **Klink**: Met de heer Van der Veen kan ik stellen dat dat nooit kan, want dan raken wij aan de kwaliteit en vooral aan de veiligheid van de zorg. Afgelopen jaren hebben wij daarvan meer dan genoeg voorbeelden gezien. De inspectie moet erop toezien, maar ik neem dit signaal wel mee bij de gevoeligheidsanalyse, om te kijken in hoeverre het niet alleen maar de financiën, maar ook de veiligheid van de zorg gaat raken. Ik zeg toe dat ik dat meeneem in de gevoeligheidsanalyse.

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Binnen de solvabiliteit van 15% is natuurlijk de vraag, wat je waarde is. Een van de zaken die nog ter discussie staat, is wat de waarde van gebouwen is. Die zou je bij die solvabiliteit kunnen optellen, maar staat tot nu toe voor nul in de boeken, wat ruimte geeft in de toekomst. Ik begrijp dat nu een onderzoek wordt gedaan naar wat gebouwen waard zijn. Wanneer is daarover meer duidelijkheid over?

Minister **Klink**: Dat onderzoek loopt op dit moment. Ik zal in tweede termijn graag terugkomen op de periode waarin u de resultaten kunt verwachten. Ik dacht dat dat dit jaar was, maar dat weet ik niet helemaal zeker.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Ik ben blij dat twee vragen twee keer positief worden beantwoord. Ik begrijp dat bij de gevoeligheidsanalyse ook wordt gekeken naar achterstallig onderhoud en investeringen in apparatuur. Daarbij wordt ook bekeken wat de financiële crisis voor de ziekenhuizen en het kapitaallastentraject gaat betekenen. Dit staat los van de vraag die ik in het begin stelde over een integrale aanpak van de ministeries en de instellingen. Zie ik dat goed dat dat twee verschillende zaken zijn?

Minister **Klink**: De integrale aanpak van het kabinet wordt gekanaliseerd via de zeshoek en vervolgens de ministerraad. Ik wees er in het begin van mijn betoog op dat wij op basis van die gevoeligheidsanalyse zullen kijken, wat de effecten van de kredietcrisis zijn. Ik neem daarin het punt mee dat het niet alleen gebouwen kan raken, maar dat het ook apparatuur kan raken, en dus de veiligheid van de zorg. Dat lijkt mij een belangrijke aanvulling. Vanwege de samenhang der dingen is het gepast te herhalen dat het kan zijn dat de inventarisatie die wij gaan afronden rondom de

kredietcrisis uiteindelijk effect heeft op de invulling van de hardheidsclausule die is genoemd, en wellicht ook op de vraag: stel voor dat als je die 20% wel meeneemt in je overgangsregime, waarmee op korte termijn een hoop problemen worden opgelost, zou dan niet uit hoofde van de financiële crisis moeten worden gezegd dat het verstandig is om dat wel te doen? Dat parkeer is als het ware in de richting van de gevoeligheidsanalyse en de afwegingen die daaruit wellicht voortvloeien.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Stel dat ziekenhuizen meer steun nodig hebben, dan zou dat vervelend zijn als dat automatisch binnen het BKZ terechtkomt, waarna er elders moet worden bezuinigd. Uw collega, de heer Bos, kan instellingen steunen en rentelasten financieren die buiten het BKZ blijven, en u zou moeten steunen binnen dat kader. Ik zie graag dat de minister dat meeneemt in de gevoeligheidsanalyse.

Minister **Klink**: Voor zover de kredietcrisis zich aftekent, is de minister van Financiën vooral verantwoordelijk voor het systeem, en uit dien hoofde ondersteunt hij bepaalde banken. Daarbij gaat het echt om de hoekstenen van het financiële stelsel. Mochten de rentelasten structureel op een veel hoger niveau komen te liggen, dan moet je je op een gegeven moment gaan afvragen in hoeverre het BKZ daarvoor nog voldoende dekkend is, en in hoeverre dat geen parameter moet zijn voor aanpassing van het BKZ. Maar dan spreek ik niet over een crisis en over een momentopname, maar over structurele ontwikkelingen. Laten wij daar maar niet op vooruit lopen. Maar mevrouw Sap sprak over structurele renteontwikkelingen. Wat zich nu aftekent, is de vraag in hoeverre de hardheidsclausule moet worden geïntroduceerd, op grond van het feit dat ziekenhuizen geholpen moeten worden door de overheid. Maar ook dan loop ik vooruit op feiten, want eerst moeten wij de analyse maken. Eerst de feiten, en dan de maatregelen of emoties. Met andere woorden: zover zijn wij inmiddels nog niet.

Ten slotte besteed ik aandacht aan het thema van solvabiliteit en onoverkomelijke problemen, omdat die in het vorige debat een prominente rol hebben gespeeld. Als de solvabiliteit op korte termijn ten gevolge van een systeemwijziging daalt, waardoor instellingen in onoverkomelijke financiële problemen dreigen te raken, kunnen deze instellingen een beroep doen op de hardheidsclausule in de overgangsregeling. Onevenredig nadeel dat een ziekenhuis van de systeemwijziging ondervindt, zonder dat er een acuut probleem is, krijgt een plaats in de nadeelcompensatie. Een ziekenhuis dat ten opzichte van andere ziekenhuizen een onevenredig nadeel ondervindt, kan voor nadere compensatie in aanmerking komen. Of dat ziekenhuis ook daadwerkelijk compensatie krijgt, hangt af van tal van factoren. Is bijvoorbeeld sprake van een onevenredig nadeel, kan dit zich uiten in de solvabiliteit van een instelling. De Hoge Raad heeft in een arrest aangegeven dat de draagkracht of vermogenspositie geen rol mag spelen in het kader van nadeelcompensatie. Daarmee kan de solvabiliteitspositie van een instelling geen criterium zijn bij het al dan niet toekennen van nadere compensatie, maar dat zowel een instelling met een hoge solvabiliteit als met een lage solvabiliteit wel in aanmerking kan komen voor nadere compensatie indien zij onevenredig nadeel ondervindt, wat zich vervolgens wel kan vertalen in solvabiliteitsproblemen. Het klinkt wat ingewikkeld, maar tal van factoren spelen een rol bij de bepaling of een nadeel geleden is. Dat kan zich vertalen in een onevenredige aanslag op de solvabiliteit van een ziekenhuis. Het totaal zal worden meegenomen. Solvabiliteit als zodanig, dus los van al die andere factoren, is geen criterium om tot nadeelcompensatie over te gaan. Dit is conform de uitspraken van de Hoge Raad.

Nadeelcompensatie is maatwerk. Bij de beoordeling of sprake is van een onevenredig nadeel spelen tal van factoren een rol. Maatgevend is wat een redelijk handelend ziekenhuis in de gegeven omstandigheden, gecon-

fronteerd met een nieuwe werkelijkheid, zou doen, en die nieuwe werkelijkheid is dat er een vrij en op prestatiebekostiging georiënteerd stelsel is. Kortom, wij bieden zoveel mogelijk zekerheid en comfort door invoering van een overgangsregeling, met hardheidsclausule. Daarnaast ga ik proberen het probleem van de immateriële vaste activa te bezien. De solvabiliteit en het voorkomen van onoverkomelijke problemen hebben een plaats gekregen in de hardheidsclausule en in de nadeelcompensatie, met de toevoeging dat de draagkracht bij nadeelcompensatie geen rol mag spelen.

Mevrouw Vietsch vroeg naar de afschrijvingstermijnen. Dat is nu 50 jaar voor nieuwbouw. 30 jaar is tot stand gekomen door te kijken naar de goedgekeurde investeringen voor nieuwbouw en renovaties, wat gezamenlijk een termijn van 30 jaar oplevert. Straks is het de eigen verantwoordelijkheid van instellingen om de afschrijving binnen een bepaalde periode al dan niet te realiseren. Dat geldt onder het regime van de prestatiebekostiging. Mevrouw Vietsch vroeg naar de zorgverzekeraars en hun risicodragendheid rondom het bouwregime. De middelen uit het landelijke bouwbudget worden toegevoegd aan het zorgverzekeringsfonds. De ziekenhuizen kunnen via de prijzen de nieuwbouw verrekenen. Voor de verzekeraars geldt dat zij via de risicoverevening middelen voor de vaste kosten vergoed krijgen. Dit vindt plaats via de ex post risicoverevening. De exacte cijfers zal ik schriftelijk verstrekken. Ik noem een voorbeeld: rondom het B-segment geldt voor de variabele kosten dat daar 15% wordt nagecalculeerd in de richting van de verzekeraars. Voor het A-segment geldt voor de variabele kosten ik meen 40% nacalculatie, en voor de vaste kosten 100% nacalculatie. Mevrouw Vietsch vroeg naar de budgettaire neutraliteit. Ik heb al gezegd dat de kosten van de hardheidsclausule en de nadeelcompensatie uiteindelijk niet op voorhand zijn in te schatten, omdat die zich voor zover het hanteren daarvan nodig is, pas over enkele jaren voordoen. Wat de overgangsregeling betreft, die is sowieso budgettair inpasbaar. Het toezicht van het College sanering wordt gehandhaafd. Opbrengsten dienen altijd ten goede te komen aan de zorg, wat te maken heeft met het feit dat wij behoud van vermogen van belang vinden.

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Mijn collega vroeg ook al of de commissie sanering in de toekomst naar de IGZ overgaat, omdat dat eerder ook het standpunt van de minister was. Maar nu begrijp ik dat die commissie blijft voortbestaan.

Minister **Klink**: Nee, de taken worden gehandhaafd. Er blijft dus toezicht op de vraag, in hoeverre het vermogen behouden blijft voor de zorg. Maar het college sanering als zodanig wordt wel opgeheven. Gevraagd is of expertise en taken van het college worden ondergebracht bij de NZa of de Inspectie. Wij hebben uiteindelijk gekozen voor onderbrenging bij de NZa, wat te maken heeft met de belasting en het enorme takenpakket van de Inspectie. Maar als daar toch nog kritische kanttekeningen bij zijn, dan wil ik daarop later nog terugkomen in een ander verband. Tenzij de gevoeligheid op dit punt zo groot is dat u dat blokkeert.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik wil nog even terug naar de nadeelcompensatie, die volgens de minister aan het einde van het traject ligt. Is dat aan het einde van het hele traject, of per B-segmentclustertje? Als je dat clustertje hebt afgerond, kom je dan in aanmerking voor de nadeelcompensatie? Zo ja, dan wordt dat een heel druk traject.

Minister **Klink**: Ik voel mij erg aangesproken door uw betoog, waarin u zei dat er heel veel zekeringen worden ingebouwd, wat ook gewenst is met het oog op de zorgvuldigheid. Tegelijkertijd is helderheid in de richting van de zorginstellingen, in dit geval ziekenhuizen, van groot belang. Om

die reden stond ik stil bij de bekostiging en bij het feit dat ik zo snel mogelijk naar prestatiebekostiging wil. Dat wil ik sowieso, omdat wij niet voor niets vinden dat ziekenhuizen risicodragend moeten zijn. Als je verantwoordelijk bent voor investeringsbeslissingen moet je ook de gevolgen daarvan dragen, de grondnoemer waarom wij dat willen. Maar een extra reden daarvoor is dat de nadeelcompensatie inderdaad aan het einde van het hele traject plaatsvindt, wat voor mij een extra aansporing is om te zeggen: laten wij zo min mogelijk gefaseerd naar de prestatiebekostiging gaan, maar laten wij dat zo mogelijk in 2010 realiseren via de maximumtarieven op dbc's, gecombineerd met de vrijeprijsvorming. Maar het is zoals gezegd wel aan het einde van het hele traject, en juridisch zijn wij gehouden om dat te doen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): U komt nog terug op de taken en de expertise van de commissie sanering. Betekent dit dat er nu nog geen beslissing is genomen?

Minister **Klink**: Ik kom daar graag op terug op het moment dat er geen onomkeerbare stappen zijn gezet. Wij hebben voorlopig gekozen voor de NZa, maar met geen onomkeerbare stappen bedoel ik dat ik natuurlijk niet terugkom bij u om te zeggen: nu is het zo geborgd bij de NZa, er zijn zoveel kosten mee gemoeid, dat kan absoluut niet meer naar de Inspectie. Ik zal geen additionele argumenten ontleen aan het tijdsverloop tussen nu en dat moment. Ik zie dat de heer Van der Veen dit noteert, en ik voel mij daarmee gecommiteerd. Mevrouw Vietsch vroeg in hoeverre de meerkosten in de nacalculatie worden meegenomen. Daarvan is nu gewoon geen sprake meer. Over de spoedeisende hulp en de beschikbaarheidstoeslag is al verschillende keren toegezegd dat, als de prestatiebekostiging wordt geïmplementeerd, dit aan de orde komt. De beschikbaarheidstoeslag is inclusief de kapitaallasten.

De heer Van Gerven vroeg naar het Waarborgfonds en de publieke borging die daarmee te maken heeft, en welke implicaties dat heeft op de renteontwikkeling. Dit is gerelateerd aan de normale marktrente 0,7%. Verder vroeg hij naar de positie van de overheid daarin. Vorig jaar hebben wij aangegeven dat wij in elk geval tot 2012 achtervang zijn. Daaraan zijn wij tot dat jaar gecommiteerd. Een van de punten die rond de kredietcrisis kan gaan spelen, is dat een aantal ziekenhuizen onder de criteria van het Waarborgfonds komt. Nu is dat ongeveer 30% van de ziekenhuizen, dat zal meer kunnen worden. Daarop zijn wij buitengewoon bedacht. Nog voor de begroting krijgt de Kamer de quickscan rondom de inventarisatie die wij nu maken. Een meer grondige analyse zal daarna volgen. De quickscan geeft een eerste inschatting van de risico's en de maatregelen die moeten worden genomen. De solvabiliteit van 15% past in een regime waarbij je instellingen verantwoordelijk stelt voor kapitaallasten, wat te maken heeft met een gezonde bedrijfsvoering, die natuurlijk ook van de kant van de banken wordt gevraagd. De garantstelling van de overheid zit hem in elk geval nog langs lijnen van het Waarborgfonds, tot minimaal 2012. Op het moment dat je je als overheid compleet garant stelt, heb je wellicht geen solvabiliteitspercentages meer nodig binnen instellingen, maar dat betekent wel dat de overheid volledig risicodragend wordt. Als verkeerde beslissingen worden genomen, worden in feite de risico's afgewenteld op de overheid, tenzij je als overheid je ook volledig wilt bemoeien met alle kapitaallastenbeslissingen, wat ik in ieder geval niet wil. Mevrouw Schippers stelde een vraag over het beroep dat kan worden ingesteld. Dit gebeurt via het College van beroep voor het bedrijfsleven. Verder vroeg zij, of voor de 20% vrije prijsvorming die tot nu toe is gerealiseerd, ook het overgangsregime geldt. Dat is niet zozeer een praktisch punt geweest, maar ook een min of meer principieel punt. De vrijheidsgraden c.q. de verantwoordelijkheid die wij bij de ziekenhuizen hebben neergelegd, en die voor hen inzichtelijk waren, hebben wij bewust zo

gedaan. Wij vinden niet dat daarop het overgangsregime van toepassing moet zijn, met de kanttekening dat er een heroverweging kan plaatsvinden op het moment dat een dergelijk overgangsregime voor de financiële risico's vanwege de kredietcrisis heel nuttig kan zijn.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik vind het wel een verschil of iets niet kan of dat iets een principiële keuze is. U zegt eigenlijk dat het technisch heel moeilijk is, en hier zegt u dat het een principiële keuze is, want dat besluit was al genomen. Dan is het wel toevallig dat de andere betrokkenen hierbij, zowel ZN als de NVZ, dat bestrijden.

Minister **Klink**: In de brief staat dat dat praktisch lastig is. Er heeft immers al schoning plaatsgevonden, dit jaar was het al een vrij segment waarover men risico heeft gelopen. Dat zou je met terugwerkende kracht moeten compenseren, waar praktische haken en ogen aan zitten. Ook uit principiële overwegingen hebben wij gezegd: die 20% was helder, wij wilden die stap maken. Die combinatie van argumenten heeft mij ertoe bewogen om die 20% niet te laten meewegen met het overgangsregime. De punten die u aanroert, begrijp ik, dat zijn keerzijden van mijn argumentatie. Ik heb er begrip voor dat dat verzoek van de NVZ en ZN er ligt, ik zit er ook niet buitengewoon geharnast in, maar bij mij heeft de doorslag gegeven dat de 20% een belangrijk gegeven is. Ik heb in dat opzicht geen stap terug willen doen, en wil dat ook nu niet.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Om welk bedrag gaat het hierbij?

Minister **Klink**: Het gaat om circa 1,8 mln. per ziekenhuis. Mocht uit de quickscan blijken dat dit een van de instrumenten is om gemak aan de sector te geven in het licht van de financiële crisis, dan ben ik de eerste om dat te heroverwegen. Het is overigens een risico dat je toevoegt, geen geld.

De afwenteling naar het A-segment: ik ben het zeer eens met wat mevrouw Vietsch net zei. Gegeven het feit dat wij met 34% vrijprijsvorming te maken hebben, gegeven het feit dat de ziekenhuizen weten dat er prestatiebekostiging komt, gegeven het feit dat ook de banken dat weten, acht ik de risico's dat men onverantwoorde beslissingen neemt rondom de kapitaalinvesteringen niet erg groot. Daarbij speelt ook een rol dat de NZa zal letten op de vraag, in hoeverre kapitaallasten evenredig zijn verdeeld over het Fb-budget, c.q. het A-segment en het B-segment. Dit geeft een extra garantie. Tegelijkertijd geldt dat, nu een groot deel van de investeringen nog steeds wordt nagecalculeerd via het Fb-budget, de marginale toets in stand zal moeten blijven. Deze marginale toets komt erop neer dat het de accountants zijn die regels meekrijgen over wat evenredig is, op grond waarvan zij de bouwplannen zullen beoordelen. Er wordt dus geen nieuwe bureaucratie opgebouwd, maar het is de accountant die wij zullen vragen op basis van een aantal nader uit te werken handvaten een investering te beoordelen. De NZa beslist vervolgens over het al dan niet narecalculeren van een en ander.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Bestaat niet het risico dat kosten worden afgewenteld op het A-segment, omdat men daar voor 100% wordt nagecalculeerd? Zegt u dat dat niet zal gebeuren en zo ja, dan is er altijd nog de accountant. Bovendien zal de NZa nagaan of de regels worden gehanteerd. Dat acht u voldoende garantie?

Minister **Klink**: Bij nieuwe investeringen geldt dat ziekenhuizen zich bewust zijn van het feit dat men daarover een risico loopt. Er zijn behoorlijk wat buffers om onverantwoord gedrag tegen te gaan. Daar wordt een marginale toets aan toegevoegd. Daarnaast geldt dat met betrekking tot het al dan niet alloceren van kapitaallasten in het A-segment of in het

B-segment de NZa de vinger aan de pols houdt, in hoeverre een evenredige toedeling van de lasten over beide segmenten plaatsvindt. Het laatste klopt.

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Ik ben heel benieuwd wanneer de accountantsgegevens beschikbaar zijn.

Minister **Klink**: Volgens mij bent u benieuwd naar de maatstaven die wij meegeven aan de accountants. Die moeten wij nog uitwerken. Daarover zal ik de Kamer in de loop van dit jaar berichten. Over de stand van zaken rond het zorginnovatieplatform zal ik de Kamer via een aparte brief voor de begrotingsbehandeling berichten. Dat platform heeft een aantal keren vergaderd. Daarbij speelt nog een eerder gedane toezegging over innovaties rond dbc's.

Nadere gedachtewisseling

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Voorzitter. Ik dank de minister voor de zeer verhelderende antwoorden. De AWBZ loopt qua procedure een jaar achter op de ziekenhuizen. Nu heb ik een gehaast gevoel. Ik krijg graag de vraag beantwoord die ik al in eerste termijn over de AWBZ stelde. Ik ben erg blij dat de marginale toets echt marginaal blijft. Verder ben ik blij dat het nu 30 jaar is voor afschrijving en niet, zoals ik in de stukken las, 40 jaar. Ik hoorde dat er geen meerwerkvergoeding boven de vergunning is, wat ook behoorlijk wat scheelt qua administratieve procedures. Wel kunnen een paar ziekenhuizen extra in de problemenezone komen. Aan de uitspraak van de minister over een percentage van het exploitatiebudget in 2010 zal het veld veel hebben, omdat daarop kan worden gebouwd. Wij vinden dat er erg veel bij de NZa terecht komt en zien dat liever anders. Ik heb daar bezwaar tegen.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik dank de minister voor de antwoorden. De commissie-Havermans gaat uit van een volumegroei van 2% op lange termijn, terwijl het coalitieakkoord uitgaat van 3%, en de huidige praktijk geeft een volumegroei van 4% te zien. Wil de minister daarop ingaan? Dit is namelijk van wezenlijk belang voor de dekking van de kapitaallasten. Verder kom ik terug op de discussie over het Waarborgfonds. Waar dat fonds om de hoek komt kijken, zijn de rentelasten lager. Ligt het dan niet voor de hand om bij de lagere rente het bespaarde geld in te zetten voor zorg? Is het geen aansporing om het Waarborgfonds na 2012 te handhaven, zeker gezien de verwickelingen rond de kredietcrisis? Ik ondersteun de oproep van PvdA en CDA om taken en expertise van het College sanering zorginstellingen onder te brengen bij de IGZ. Daarmee is dus al een Kamermeerderheid ontstaan, dat kan snel gaan!

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Dank voor de uitvoerige beantwoording. Als één ding duidelijk is geworden door de kredietcrisis, is wat een paar maanden geleden nog op papier werd gezet nu al onzeker wordt. Wij kijken daarom met veel spanning uit naar de toegezegde gevoeligheidsanalyse. Als die analyse aanleiding geeft tot herziening of aanpassing van de regeling, gaan wij ervan uit dat dat ook zal gebeuren. Ik heb nog gevraagd of het mogelijk is de regelingen te vereenvoudigen. Wij hechten aan onderbrenging van taken en expertise van het College sanering bij de IGZ. Een van de argumenten daarvoor is dat de IGZ veel meer bevoegdheden heeft dan de NZa om in instellingen in te grijpen. NZa is marktmeester en mag een aantal dingen terecht niet in het kader van de concurrentie. Ik houd een dringend pleidooi voor het onderbrengen van een en ander bij de IGZ.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Voorzitter. Ik hoorde vandaag mijn collega van D66 spreken over vermindering van de bureaucratie, iets wat iedereen graag wil. Als je nieuw aan de zorg begint, val je van je stoel als je ziet hoe wij het hebben geregeld. Iedereen zegt vervolgens dat het een stuk eenvoudiger moet, maar dat blijkt erg moeilijk te zijn. Dat zie je hier ook weer gebeuren. De minister heeft toegezegd, in het najaar meer te zullen melden over de randvoorwaarden. Dan komt ook de quickscan, waar een aantal dingen van afhangt, zoals de overgangstermijn. Zetten wij de stappen niet in de verkeerde volgorde? Moet je niet eerst de marsroute bepalen om die vervolgens in te vullen? Ik ben helemaal niet bang dat er ineens gouden kranen komen in ziekenhuizen. Ik denk eerder dat ziekenhuizen heel terughoudend worden bij investeringen, wat heel nadelig kan zijn voor de gezondheidszorg in Nederland. Dat is namelijk in feite een bouwstop, wat minstens zo zorgwekkend is. Een manager van een ziekenhuis zal proberen zo risicoloos mogelijk door een systeem te komen. Dat zie je bij de afwenteling op het A-segment voorlopig ook nog gebeuren. Daar moet eens serieus naar worden gekeken.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Voorzitter. Ik dank de minister voor de uitgebreide en prettige beantwoording. Wat wordt meegenomen in de quickscan en wat in de uitgebreidere analyse? Ik doel op de toereikendheid van de overgangsregeling, de eventuele uitbreiding van de overgangsregeling naar het al bestaande B-segment en het achterwege blijven van gewenste investeringen. Worden die punten in de quickscan, of pas later meegenomen? Wanneer kunnen wij de meer uitgebreide analyse tegevoet zien?

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Voorzitter. Dank voor de beantwoording. Er komt een integraal plan van verschillende ministeries over de gevolgen van de kredietcrisis en de eventuele maatregelen die moeten worden genomen. Verder komt er een gevoeligheidsanalyse, specifiek ingezoomd op de kapitaallasten en de eventuele effecten van de kredietcrisis daarop, voor de begrotingsbehandeling van VWS. Er komt nog voor de begroting informatie over het zorginnovatieplatform. De minister neemt mijn punt over achterstallig onderhoud en investeringen mee in de gevoeligheidsanalyse. Ten slotte had ik nog vragen over het A1- en het B1-segment, die zouden worden samengevoegd. Heb ik dit alles goed begrepen? Alles is te doen om de bureaucratie, die moet worden verminderd. Ik heb het gevoel dat de bureaucratie wordt vergroot. Kan de minister daarop inzoomen?

Minister **Klink**: Voorzitter. Ik zal de commissie schriftelijk inlichten over de AWBZ, dat onderwerp ligt op het terrein van de staatssecretaris. Er is inderdaad bewust gekozen om de langdurige zorg voor wat betreft het afschaffen van het bouwregime volgend te laten zijn op de Zorgverzekeringswet.

De heer Van der Veen en mevrouw Vietsch maken een kanttekening bij de NZa en de taken van het College sanering. De heer Van der Veen legitimeert bovendien de keuze voor de inspectie vanuit de extra bevoegdheden die deze heeft. Ik neem daar niet alleen nota van, het zijn belangrijke punten voor onze afweging. Ik zeg de Kamer nogmaals toe dat er geen onomkeerbare stap gezet zal worden. Het signaal is duidelijk.

De heer Van Gerven vroeg naar de volumegroei. De commissie-Havermans gaat uit van 4%. Daar zit de inflatie bij inbegrepen. De afgelopen jaren heeft zich een percentage van 6afgetekend en daar zit natuurlijk ook de inflatie bij. De commissie heeft dus niet ruimhartig progressief geraamd, maar is aan de conservatieve kant gaan zitten.

Het verschil bij het Waarborgfonds tussen 0,7% en 1% zou best kunnen. De heer Van Gerven bedoelt natuurlijk dat die 1% ook geïnvesteerd kan worden in de zorg. Ik plaats daar de kanttekening bij dat wij niet voor niets participeren in het Waarborgfonds en dat fonds openstellen voor zieken-

huizen. Zij kunnen zich daarvoor kwalificeren en dat betekent dat die 0,7% dan wel 1% daadwerkelijk de zorg ten goede komt. Als wij de verantwoordelijkheid voor de kapitaallasten niet overhevelen naar de ziekenhuizen, blijft de overheid verantwoordelijk. Wij kunnen dan wellicht met minder solvabiliteitseisen toe, maar daar staat tegenover dat de innovaties en de eventuele revenuen die daaruit voortvloeien, en die ten goede komen aan de zorg, er dan niet zijn en het risico volledig bij de overheid komt te liggen.

De heer **Van Gerven** (SP): De minister zegt terecht dat de volumegroei de afgelopen jaren 6% was. Wij nemen nu even alleen de volumegroei, want de inflatie is wat lastiger...

Minister **Klink**: Dat is inclusief de inflatie, dus niet alleen de volumegroei.

De heer **Van Gerven** (SP): Dat snap ik, maar het gaat mij over de volumegroei, want die heeft consequenties voor het Budgetair Kader Zorg (BKZ) en voor de kostendekkendheid van de kapitaallasten of van investeringen die je doet. Als je meer mag groeien, kun je het beter afdekken. De risico's voor de ziekenhuizen zijn dan op de langere termijn minder. De constatering die de minister maakte, had ik ook al gemaakt. Het gaat er nu om of hij de realiteit accepteert, namelijk dat het volumepercentage hoger moet zijn, ook afgezet tegen de behoefte.

De minister kent ons standpunt over het Waarborgfonds. Wij zijn daar niet voor, maar er is een meerderheid wel voor die liberalisering. Als je die in stand houdt, kun je het Waarborgfonds ook in stand houden en moet je niet de eis van solvabiliteit al te hoog opschroeven. Daar waar het Waarborgfonds garant staat, daalt het rentetarief namelijk en dat is in ieders belang.

Minister **Klink**: Wij hebben vorig jaar al aangegeven dat volumegroei inderdaad zekerheid biedt aan de ziekenhuizen. De commissie is uitgaan van 4%, namelijk 2% volumegroei en 2% inflatie. In de afgelopen jaren zagen wij een percentage van 6, namelijk 3% groei en 3% inflatie. Dat betekent dat de commissie aan de conservatieve kant is gaan zitten en dat op dit moment de ontwikkelingen rondom het BKZ meer comfort bieden in termen van volumegroei dan de commissie heeft verondersteld. Dat is een belangrijke constatering, want de commissie stelt dat er op grond van haar model geen grote risico's voortvloeien uit het voor rekening van de ziekenhuizen brengen van de kapitaallasten. De feitelijke situatie, althans gemeten naar deze parameters, is echter comfortabeler dan het model dat de commissie heeft gepresenteerd. Daar staan andere zaken tegenover. Dat kan het rentepercentage zijn. Wij hebben daarover gesproken in het kader van de kredietcrisis. In die zin blijft het maar een model, maar ik hecht eraan op dit punt te zeggen dat het comfort biedt.

Wat betreft het Waarborgfonds haak ik graag aan bij een opmerking uit het begin van het betoog van mevrouw Sap. Het is mijn diepe overtuiging dat je, om een markt te laten functioneren, een stevige ordening nodig hebt. Voor zover je de zorg al een markt kunt noemen. Het geldt voor financiële markten en ook voor de zorgsector. Als die ordening ontbreekt, krijg je een wild west in plaats van een goed functionerend stelsel. Wij hebben dat vorige week in Amerika gezien. De kosten zijn daar niet voor niets buitengewoon hoog. Dat heeft alles te maken met een gebrek aan ordening, waardoor zelfs de markt niet functioneert zoals je dat zou willen. Tegen die achtergrond ben ik het graag met de heer Van Gerven eens dat wij om die reden tegen het Waarborgfonds gezegd hebben dat wij garant blijven staan tot 2012, teneinde de rentelasten en de ontwikkeling daarvan in de hand te kunnen houden. Wat er na 2012 gebeurt, weet ik niet, maar dan is dit kabinet in elk geval regulier aan zijn einde gekomen. Het zal een afweging blijven, precies langs de lijnen die de heer Van Gerven noemt,

namelijk in hoeverre het verantwoord is om die 1% aan de zorg te onttrekken en aan risico toe te voegen.

De heer Van der Veen vroeg naar de gevoeligheidsanalyse. De quickscan komt vóór de begrotingsbehandeling. Ik zeg dat ook tegen mevrouw Schippers en mevrouw Sap. Wij nemen daarin in elk geval een drietal punten mee: de vraag in hoeverre er slechte beleggingen zijn door verzekeraars; de vraag in hoeverre ziekenhuizen gelden naar IJsland hebben overgeboekt en de vraag in hoeverre er financieringsbehoefte is en in hoeverre daar rentepercentages tegenover staan die zo hoog zijn dat ziekenhuizen erdoor in de problemen komen. De diepgaandere analyse zal ik de Kamer nog dit jaar doen toekomen. Die bevat verderstreckende analyses met betrekking tot de financiële crisis en het verband daarvan met de kapitaallasten en de regimes die daar gelden.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik begrijp dat het kort dag is en dat het handig is om te weten of men iets heeft weggezet in IJsland. Belangrijk is echter ook hoe de banken zullen reageren op de regeling die nu voorligt. Ik zou het, op zijn zachtst gezegd, uitermate plezierig vinden als in die quickscan in elk geval ook het oordeel van de Nederlandse Vereniging van Banken wordt meegenomen over hoe de regeling wordt geïnterpreteerd en hoe men ermee zal omgaan, als het gaat over financiering en eventueel in rekening te brengen rente. Daar moet men wel een zeker oordeel over kunnen geven. Als dat niet het geval is, wordt het heel lastig om goed uit de voeten te kunnen met de gevoeligheidsanalyse.

Minister **Klink**: De gevoeligheidsanalyse geeft wel inzicht in bijvoorbeeld de herfinancieringsproblematiek die zich wellicht aftekent. Ik zal vragen hoe de banken, tegen de achtergrond van de financiële crisis, aankijken tegen de overgangsregimes die wij hanteren. Wat mij betreft zit daar ruimte om de 20% mee te nemen. Dat zou comfort kunnen bieden, voor zover dat noodzakelijk is. Het oordeel van de banken kan een rol spelen met betrekking tot de urgentie van de problematiek en de toereikendheid van de instrumenten die wij vandaag bediscussieerd hebben. Wij zullen het de banken in elk geval vragen en wij zullen kijken of daar een antwoord op kan komen tussen nu en de begrotingsbehandeling. Ik zal dit zeer serieus verkennen.

Ik ben het met mevrouw Schippers eens dat je af en toe van je stoel valt van de complexiteit als je naar de zorg kijkt. Ik ben die ervaring inmiddels anderhalf jaar rijk. Ik was een gewaarschuwd mens, want mevrouw Leyten-de Wijkerslooth de Weerdesteyn, ooit staatsraad bij de Raad van State, vertelde mij dat je dit aan niemand meer kunt uitleggen als je niet bij de totstandkoming van de zorg betrokken bent geweest. Zij had gezondheidszorg in haar portefeuille bij de Raad van State. Ik kan haar alleen maar nazeggen. Ik geef zonder meer toe dat wij monitors nodig hebben nu wij in een overgangsfase zitten met beoordelingen van de mate waarin de kwaliteit, de prijs en de toegankelijkheid gediend zijn. Die monitors maken het niet altijd eenvoudiger, maar ik kan helder zijn over het eindperspectief waarnaar mevrouw Schippers vroeg. Dat is prestatiebekostiging, hetzij in de vorm van vrije prijzen, hetzij in de vorm van maatschapconcurrentie dan wel gemaximeerde tarieven. De NZa stelt die tarieven overigens vast, mevrouw Koşer Kaya vroeg daarnaar.

In dit klimaat verwacht ook ik geen gouden kranen. In hoeverre er sprake is van een bouwstop, ook tegen de achtergrond van de financiële crisis, zal terugkomen bij de gevoeligheidsanalyse en bij de dieper liggende analyse die de Kamer voor de kerst krijgt. Zo'n bouwstop moeten wij ook niet hebben, dat moge duidelijk zijn.

Mevrouw Sap vroeg naar drie punten die bij de quickscan dan wel bij de uitgebreide analyse terugkomen. Toereikendheid van de overgangsregeling leg ik voor aan de banken, zoals ik de heer Van der Veen al toezegde. De eventuele uitbreiding van het B-segment zal niet eerder dan

volgend jaar aan de orde kunnen komen, omdat wij dan pas een evaluatie kennen. Voor zover de kredietcrisis dan nog speelt, zal die meegenomen worden. Over het achterwege blijven van investeringen heb ik zo-even tegen mevrouw Schippers gezegd dat dat onderwerp meegenomen zal worden in de uitgebreide analyse, tenzij wij op basis van de quickscan al eerste indicaties hebben dat investeringen uitblijven. Dat zou bijvoorbeeld kunnen gebeuren omdat herfinanciering problematisch is. Dat nemen wij in elk geval mee in de quickscan.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Ik bedoelde niet uitbreiding van het B-segment, maar uitbreiding van de overgangsregeling naar het reeds bestaande B-segment. Kan de minister dat ook voorleggen in het kader van de toereikendheid van de overgangsregeling waar de banken al naar gaan kijken?

Minister **Klink**: Daar ligt een link met hetgeen de heer Van der Veen voorstelde. In hoeverre is dat toereikend en in hoeverre kunnen wij comfort zoeken in het toch meenemen van de 20% in de overgangsregeling? Mevrouw Koşer Kaya vroeg naar een integraal plan. Het kabinet komt niet met een integraal plan, maar wij coördineren op dit moment wel de analyses en de oplossingsrichtingen die gekozen worden, hetzij bij EZ, hetzij in de financiële wereld, hetzij in de zorgverzekeringswereld.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Begrijp ik goed dat wij voor de begrotingsbehandeling een plan van aanpak krijgen, integraal afgestemd met de overige ministeries?

Minister **Klink**: Nee, u krijgt voor de begrotingsbehandeling een quickscan. Ik zal daarin de vraag meenemen in hoeverre er een vervlechting is met de overgangsregimes die hier aan de orde zijn. Ik neem daarbij het oordeel van de banken mee. Zo mogelijk geef ik u dat al voor de begrotingsbehandeling. Ik zeg «zo mogelijk», omdat de banken dat ook moeten kunnen geven, maar aan ons zal het niet liggen. In de uitgebreidere analyse die voor de kerst volgt, zal ik zo nodig wel ingaan op de stappen die wij nemen en de mate van samenhang daarvan met EZ, Financiën en wellicht ook BZK, waar het de gemeenten betreft. De vraag van mevrouw Koşer Kaya over de samenvoeging van A1- en B1-segment begreep ik niet helemaal.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): U sprak daarover naar aanleiding van een vraag van mij. U zegt over de bekostigingssegmenten dat u zich bezint op samenvoegen van het A1- en B1-segment. Naar aanleiding van uw antwoord heb ik een aantal vragen gesteld. Tenzij ik u verkeerd heb begrepen.

Minister **Klink**: Dan doet zich de paradoxale situatie voor dat ik mijzelf niet goed begrijp via een antwoord aan u, tenzij u bedoeld hebt dat er samenvoeging zou kunnen ontstaan als volgend jaar de evaluatie zou uitwijzen dat er volumeoverschrijdingen of prijsoverschrijdingen zijn, of een combinatie daarvan, en er dus wel maximumtarieven gesteld zullen worden, niet alleen voor wat nu het A-segment is, maar ook voor het vrijeprijsdeel. Dan gaan de segmenten wel in elkaar overlopen.

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

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