

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Ons kenmerk
CZ-CB-U-2844873

Inlichtingen bij

Doorkiesnummer

Den Haag
16 mei 2008

Onderwerp
Schriftelijke vragenronde inzake
afschaffing bouwregime

Bijlage(n)

Uw brief
11 april 2008

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van de Kamerleden van de CDA-, VVD-, en PVDA-fractie (11 april 2008) over de instelling van een commissie nadeelcompensatie afschaffing bouwregime (27 659, nr. 98).

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

dr. A. Klink

Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG
Telefoon (070) 340 79 11
Fax (070) 340 78 34

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX DEN HAAG

Correspondentie uitsluitend
richten aan het postadres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief

Internetadres:
www.minvws.nl

Antwoorden op kamervragen van de Kamerleden van de CDA-, VVD-, en PVDA-fractie over de instelling van een commissie nadeelcompensatie afschaffing bouwregime (27 659, nr. 98).

Vragen CDA-fractie

1.

De leden van de CDA-fractie zien dat de financiële onzekerheid bij AWBZ-instellingen aanwezig is. De afschaffing van het bouwregime voor AWBZ-instellingen was voorzien op 1 januari 2009. Blijft deze datum gehandhaafd, en komt er ook een commissie voor nadeelcompensatie in de AWBZ?

2.

Op welke wijze worden de kapitaallasten voor de AWBZ-instellingen in de toekomst vergoed?

1 en 2:

In de aankomende brief aan de Tweede Kamer over de toekomst van de AWBZ zal ik nader ingaan op de stappen die ik in dat kader ga zetten en het tijdpad dat daarmee gemoeid is.

3.

Hoe wordt de toekomstige vergoeding van kapitaallasten berekend? Kan dit worden geïllustreerd door een rekenvoorbeeld voor een (theoretisch) ziekenhuis?

3.

Bij invoering van integrale tarieven moeten de ziekenhuizen hun kapitaallasten terugverdienen uit de DBC-omzet. Kapitaallasten zijn opgenomen in de kostprijs die elk ziekenhuis eigenstandig vaststelt. Er is dus geen sprake van een toekomstige vergoeding van kapitaallasten. Vele rekenvoorbeelden zijn denkbaar, waarbij de hoogte van de omzet en het verschil tussen prijs/tarief en kostprijs bepalend zijn voor de vraag of een ziekenhuis zijn exploitatie sluitend kan krijgen.

4.

De commissie wordt ingesteld voor ziekenhuizen, maar niet voor academische ziekenhuizen. Hoe wordt de kapitaallastenvergoeding berekend bij academische ziekenhuizen, en hoe wordt deze berekend bij categorale ziekenhuizen zoals revalidatiecentra, radiotherapeutische centra en audiologische centra? Kunnen deze centra en andere categorale ziekenhuizen ook voor nadeelcompensatie direct een beroep doen op deze commissie? Zo niet, op welke wijze kan dan nadeelcompensatie plaatsvinden?

4.

Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen algemene en categorale instellingen. Categorale instellingen kunnen, net als de algemene ziekenhuizen, een beroep doen op de commissie. De academische ziekenhuizen zullen door OC&W en VWS beoordeeld worden. Hierbij zijn de algemene criteria die de commissie opstelt uitgangspunt. Zoals beschreven in de nota "Publieke functies van de UMC's in een marktomgeving" (20 maart 2006), blijft voor de kapitaallasten het DHAZ-convenant uitgangspunt. De verwevenheid van het gebruik van gebouw en apparatuur voor de verschillende functies maakt het moeilijk, zo niet ondoenlijk de bekostiging in detail daarnaar uit te splitsen. Maar de overgang naar het nieuwe zorgstelsel maakt het wenselijk dat de UMC's op gelijke voet met de algemene ziekenhuizen risico gaan lopen over het volume van deze zorg en de daarmee samenhangende

kapitaallasten. Dit kan door het met deze zorg samenhangende deel van het DHAZ-kader af te zonderen en vanaf dat moment risicodragend te maken door integraal onderdeel te laten zijn van de prijs of het tarief van de geleverde zorg. Het DHAZ-kader houdt na die wijziging alleen nog verband met de academische component en de werkplaatsfunctie. Ik zal de NZa verzoeken om dit uitgangspunt verder uit te werken.

5.

De minister verwijst naar de RebelGroup Advisory voor het maken van een "foto" van een ziekenhuis. Wat houdt deze "foto" in, hoe komt hij tot stand en wat is daarbij de inspraak van het betreffende ziekenhuis? Hoeveel instellingen hebben zich aangemeld voor het maken van een dergelijke foto? Is het ook mogelijk compensatie te krijgen zonder dat een dergelijke foto is gemaakt?

5.

De 'foto' waar ik in mijn brief over spreek is een format dat in opdracht van de NVZ ontwikkeld wordt. Ik ondersteun de NVZ hier financieel bij. Het format maakt het voor een individueel ziekenhuis mogelijk om het effect van de diverse systeemwijzigingen inzichtelijk te maken. De 'foto' geeft een ziekenhuis inzicht in de (effecten van de) eigen bedrijfsvoering en is dus een tool voor een individueel ziekenhuis. De 'foto' is geen voorwaarde om in aanmerking te kunnen komen voor compensatie.

Momenteel wordt het format ontwikkeld, ziekenhuizen kunnen zich nog niet aanmelden.

6.

Kan de minister aangeven wat de procedure is voor een ziekenhuis die in aanmerking wil komen voor nadeelcompensatie? Kunt u daarbij de verschillende stappen met data aangeven?

6.

De commissie bepaalt haar eigen werkwijze. De ziekenhuizen worden nog door de commissie geïnformeerd over de te volgen procedure. Het instellingsbesluit bevat de randvoorwaarden inclusief twee data.

7.

Gaat de commissie de ziekenhuizen die zich melden integraal bekijken of zij het nadeel kunnen opvangen of kijkt de commissie alleen naar de kapitaallasten? Indien de commissie de ziekenhuizen integraal bekijkt, welke criteria hanteert men dan ten aanzien van mogelijke compensatie door verbetering van de productie, door verkeerde beslissingen in het verleden, door meer vierkante meters dan de vroegere normeringen en wat is het mogelijke aandeel uit de reserves?

7.

Het is primair aan de commissie om het instellingsbesluit te interpreteren. De commissie adviseert welke criteria gehanteerd kunnen worden bij het bepalen van de compensatie. Het leerstuk van de nadeelcompensatie biedt de commissie handvatten om nader te bepalen wat een ziekenhuis zelf kan dragen en wat niet. Het nadeelcompensatierecht bepaalt onder andere dat sprake moet zijn van causaliteit tussen de afschaffing van het bouwregime waaronder nacalculatie van de gebouwgebonden kapitaallasten en de geleden schade. Maar ook dat een eventueel voordeel dat voortvloeit uit de afschaffing van het bouwregime en de nacalculatie van de gebouwgebonden kapitaallasten wordt verdisconteerd met het schadebedrag.

8.

Uitgaande van het "leerstuk van de nadeelcompensatie" mag verwacht worden dat het te compenseren financieel nadeel voor nieuwbouwziekenhuizen (inclusief lopende projecten) zich over vele jaren zal uitstrekken. Hoe is dit te rijmen met de beperking tot een tijdspanne 2008-2011 en met het verwerken van de feitelijke compensatie via de nog bestaande FB-systematiek?

8.

Het is primair aan de commissie om te adviseren over de periode waarover een ziekenhuis recht op compensatie dient te hebben. De door mij genoemde tijdspanne heeft betrekking op het 'zich voordoen van nadeel'. Zoals in het instellingsbesluit gezegd zal de commissie hier op een verantwoorde manier mee omgaan. De tijdshorizon is ingebracht omdat vanaf 2011 een systeem van (grotendeels) vrije prijzen is voorzien. In een dergelijk systeem past het uitkeren van nadeelcompensatie niet.

9.

Door de afschaffing van het bouwregiem voor ziekenhuizen per 1 januari 2008 is er onduidelijkheid ontstaan over de afwaardering van de immateriële activa en kunnen ziekenhuizen hun jaarrekening niet afsluiten. Kan de minister aangeven of door het vervallen van integrale vergoeding van rente- en afschrijvingslasten bepaalde lasten moeten verhuizen van balans naar de resultatenrekening? Is hierbij versneld afschrijven mogelijk? Hoe moeten AWBZ-instellingen hiermee omgaan indien het bouwregiem daar per 1 januari 2009 wordt afgeschaft?

9.

De wijzigingen in de bekostiging van ziekenhuizen per 1 januari 2008, in het bijzonder de vergoeding van kapitaallasten (rente op financiering en afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa), hebben ertoe geleid dat de Raad voor de Jaarverslaggeving, richtlijn 655 voor zorginstellingen heeft aangepast. De wijziging in de bekostiging betekent dat bepaalde (immateriële) vaste activa die onder de destijds vigerende bekostigingssystematiek zelfstandig tot opbrengsten leidden in het nieuwe stelsel ofwel geen bijdrage meer leveren aan het genereren van opbrengsten, ofwel beschouwd moeten worden als onderdeel van de vervaardigingsprijs van andere vaste activa. In het eerste geval dient afwaardering plaats te vinden, in het tweede geval herclassificatie. Het geheel leidt ertoe dat de vermogenspositie van instellingen kan wijzigen. Bij afwaardering gebeurt dit ten laste van de resultatenrekening; in feite betreft het dan een versnelde afschrijving.

Volgens richtlijn 655 van de Raad voor de Jaarverslaggeving moet aan twee voorwaarden zijn voldaan, eer dat verplichte afboeking van immateriële activa aan de orde is:

- afschaffing bouwregime;
- afschaffing nacalculatie gebouwgebonden kosten (in casu afschaffing budgettering).

Voor AWBZ instellingen is op dit moment nog niet voldaan aan deze voorwaarden. Dit betekent dat over het boekjaar 2007 nog geen verplichting bestaat tot afboeking van immateriële activa.

Op dit moment ben ik nog in overleg met o.a. de NVZ en de NZa over de wijze en het moment waarop de integrale tarieven in de cure tot stand kunnen komen. Mogelijk heeft dat nog een effect op de wijze waarop met de afboeking van immateriële vaste activa moet worden omgegaan.

10.

Op de balans van zorginstellingen komt de marktwaarde van het gebouw. Wat wordt onder deze marktwaarde verstaan? Is dit de waarde bij vrije verkoop of bij gebruik als ziekenhuis

conform de definitie van de accountants? Hoe wordt de waarde bepaald en wanneer wordt deze wijziging in het jaarverslag meegenomen? Hoe gaat dit in de toekomst bij AWBZ-instellingen?

10.

De reguliere regels jaarverslaggeving conform boek 2 titel 9 van het Burgerlijk Wetboek, die voor alle ondernemingen gelden, bepalen de waardering op de balans.

In de huidige situatie is de voorgeschreven afschrijvingstermijn van 50 jaar leidend voor de waardering op de balans. Dit zal - bij afschaffing van de budgettering - wijzigen naar een meer op de specifieke situatie van de instelling toegesneden afschrijvingstermijn, conform de reguliere regels voor de jaarverslaggeving. Dit wordt de 'actuele waarde' genoemd. Het kan hierbij gaan om de 'vervangingswaarde' of 'bedrijfswaarde of indirecte opbrengstwaarde in de zorgsector'. Het begrip 'marktwaarde' wordt in dit kader niet gehanteerd.

In de aankomende brief aan de Tweede Kamer over de toekomst van de AWBZ zal ik nader ingaan op de stappen die ik in dat kader ga zetten en het tijdpad dat daarmee gemoeid is.

11.

Wat zijn de consequenties van het geheel voor het Waarborgfonds en deelname met een nieuw project aan het Waarborgfonds voor de verschillende soorten zorginstellingen?

11.

In mijn brief aan de NVZ die ik d.d. 10 oktober 2007 ook aan uw Kamer heb gestuurd (Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 27 659 en 29 248, nr. 86) heb ik aangegeven dat in ieder geval gedurende de overgangperiode de rol van de overheid bij het Waarborgfonds behouden blijft. Het is aan het Waarborgfonds om te beoordelen of zij nieuwe leningen wil borgen. Als een zorginstelling er financieel beter voorstaat dan zal het Waarborgfonds eerder geneigd zijn om garanties te verlenen voor leningen. Als de financiële positie verslechtert wordt de intensiteit en frequentie van informatie-inwinning en monitoring verhoogd. Dat betekent dat managementrapportages over de financiële afwikkelingen worden opgevraagd per half jaar, kwartaal of zelfs per maand. Als blijkt dat de financiële ontwikkeling van de instelling niet meer overeenkomt met de deelnamecriteria, worden geen nieuwe leningen meer geborgd. De garantieverplichtingen die reeds door het Waarborgfonds jegens de bank zijn aangegaan, worden uiteraard wel nagekomen.

Inbreng PvdA-fractie

12.

De minister stelt dat de commissie uiterlijk 1 juli 2008 advies zal uitbrengen over de algemene criteria voor nadeelcompensatie.

Kan worden aangegeven van welke factoren deze criteria afhankelijk worden? Kan worden gegarandeerd dat op 1 juli 2008 deze criteria ook daadwerkelijk beschikbaar zijn? Wat gebeurt er als dit niet het geval is? Kan de minister garanderen dat het tijdpad in het instellingsbesluit onverkort blijft gehandhaafd? Wanneer en hoe moeten ziekenhuizen hun situatie voorleggen aan de commissie nadeelcompensatie? Is dat vóór of na 1 juli 2008? Wanneer ontvangt de Kamer het advies van de commissie en de reactie van de minister op dit advies? Wordt de Kamer tussentijds nog geïnformeerd over de ontwikkeling van de criteria en de wijze van totstandkoming van het advies over de berekening van nadeelcompensatie? Waarom is ervoor gekozen om de commissie niet de academische ziekenhuizen te laten beoordelen? Aangegeven wordt dat voor de beoordeling van academische ziekenhuizen gekeken wordt of de algemene criteria van de Commissie van

Wijzen aansluit bij de situatie van de academische ziekenhuizen. Kan worden aangegeven op grond van welke criteria deze afweging wordt gemaakt?

12.

Het is primair aan de commissie te bepalen van welke factoren de criteria afhankelijk worden. Ik heb de commissie verzocht mij uiterlijk op 1 juli 2008 te adviseren. De commissie doet haar uiterste best binnen deze korte termijn criteria vast te stellen maar heeft mij aangegeven dat het om complexe materie gaat en het gestelde tijdspad krap is, en dan met name het tijdspad tot 1 juli 2008. Ik heb aangegeven het tijdspad zeer belangrijk te vinden ook al mag het gestelde tijdspad niet ten koste mag gaan van de kwaliteit en zorgvuldigheid van het advies.

De commissie bepaalt haar eigen werkwijze en bepaalt hoe en wanneer ziekenhuizen hun situatie aan de commissie kunnen voorleggen. De Kamer ontvangt het advies van de commissie met mijn reactie hierop zo spoedig mogelijk na het uitkomen van het advies. Op dat moment zal ik ook ingaan op de ontwikkeling van de criteria en de wijze van totstandkoming van het advies. Een snelle reactie van mijn kant is ook van belang voor het tweede deel van de opdracht aan de commissie.

Het is correct dat de commissie niet de academische ziekenhuizen adviseert. De academische ziekenhuizen zullen door OC&W en VWS beoordeeld worden. Hierbij zijn de algemene criteria die de commissie opstelt uitgangspunt. Zie ook het antwoord op vraag 4.

13.

Van welk orgaan maakt de Commissie van Wijzen onderdeel uit? Is er een prognose gemaakt van het aantal ziekenhuizen dat in aanmerking denkt te komen voor de financiële compensatie? Zo ja, kan dit inzichtelijk worden gemaakt?

13.

De Commissie van Wijzen is een onafhankelijke commissie en maakt geen deel uit van enig orgaan.

Het is mijn verwachting dat het overgrote deel van de ziekenhuizen de overgang van afschaffing van het bouwregime naar invoering van integrale prijzen zonder problemen maakt. Deze verwachting is gebaseerd op het uitgebreide en met zorg opgestelde overgangsregime. Daarnaast laten twee rapporten over de waardebeoordeling van ziekenhuisvastgoed zien dat een beperkt aantal ziekenhuizen mogelijk moeite zal hebben met het dekken van de lasten. Het gaat om een rapport van het College Bouw Zorginstellingen en een rapport van onderzoeksbureau Finance Ideas. Beide rapporten geven echter aan dat er tegenover de 'minnen' ook 'plussen' kunnen worden geplaatst.

14.

Wat bedoelt de minister met een "onevenredige mate van achteruitgang"? Welke maatregelen wil de minister treffen ten aanzien van ziekenhuizen waarvoor uitstel geen optie meer is en die inmiddels voor een gedwongen keuze tot stilstand of voortgang staan?

14.

In het instellingsbesluit heb ik aangegeven dat een ziekenhuis onevenredig zwaar getroffen moet zijn om in aanmerking te kunnen komen voor compensatie. Als ten gevolge van de afschaffing van het bouwregime de solvabiliteit van een ziekenhuis in onevenredige mate achteruitgaat is naar mijn idee sprake van een onevenredig zwaar getroffen ziekenhuis. Het

is aan de commissie te adviseren op welke wijze het begrip 'onevenredige mate van achteruitgang' ingevuld moet worden.

Door de afschaffing van het bouwregime per 1 januari 2008 kunnen ziekenhuizen zelf beslissen om te investeren of daarmee nog even te wachten. Van een 'gedwongen keuze' is mijn inziens dus geen sprake.

15.

Waarop is de verwachting van de minister gebaseerd dat het overgrote deel van de ziekenhuizen de overgang van het afschaffen van het bouwregime naar de invoering van integrale tarieven zonder problemen maakt? Hoe gaat de commissie haar werkzaamheden verdelen als blijkt dat er een groot aantal ziekenhuizen een verzoek tot toetsing indient en welke gevolgen heeft dit voor de deadline van 1 januari 2009 t.a.v. het invoeren van integrale tarieven?

15.

Deze verwachting is gebaseerd op het uitgebreide en met zorg opgestelde overgangsregime en verschillende rapporten. Zie ook mijn antwoord bij vraag 13.

De commissie is een onafhankelijke commissie die haar eigen werkwijze en ook eigen werkverdeling bepaalt. Ik heb de commissie gevraagd mij uiterlijk 1 oktober 2008 te adviseren. De commissie doet haar uiterste best binnen deze korte termijn criteria vast te stellen maar heeft mij aangegeven dat het om complexe materie gaat en het gestelde tijdspad krap is. Ik heb aangegeven het tijdspad belangrijk te vinden maar ook dat het gestelde tijdspad niet ten koste mag gaan van de kwaliteit en zorgvuldigheid van het advies. Onverhoopte vertraging in het kader van de nadeelcompensatie staat echter de invoering van integrale tarieven per 1 januari 2009 niet in de weg.

16.

Kan worden aangegeven op welke titel de leden van de Commissie van Wijzen zijn benoemd en wat de achtergrond is van deze leden? Wat wordt er ondernomen als ziekenhuizen geen toestemming geven om de bij de totstandkoming van het eindadvies gebruikte informatie, aan de NZa te geven?

16.

De leden van de commissie zijn benoemd op grond van de Instellingsregeling die d.d. 7 maart 2007 aan uw Kamer is verzonden. De Commissie heeft diverse expertises in huis.

De NVZ heeft meegedacht over de benoeming van de voorzitter. De voorzitter, de heer Havermans, is burgemeester geweest in diverse gemeenten, voorzitter van de VNG en lid van de Algemene Rekenkamer.

De heer Barendregt is vele jaren verbonden geweest aan de NZa en zijn voorgangers CTG en COTG. Van 2006 tot 1 januari 2008 was hij lid van het bestuur van de NZa.

De heer Hordijk is directeur van de ROZ (Raad voor onroerende zaken). Zijn achtergrond is taxatieleer, benchmarking van vastgoed en vastgoed economie. Hij is als (gast)hoogleraar verbonden aan de Universiteit Nyenrode, TU Delft en Antwerpen.

Mevrouw Mulock Houwer heeft veel bestuurlijke, juridische en politieke deskundigheid en ervaring. Zij is o.a. Directeur-Generaal geweest op het ministerie van SZW, van Justitie en op mijn ministerie.

De heer Van Rooijen is gemachtigde bij het college Sanering Zorginstellingen. Van Rooijen is onder andere staatssecretaris van Financiën geweest en lid van de Tweede Kamer. Na zijn politiek loopbaan is hij overgestapt naar het bedrijfsleven.

Het is in het belang van de ziekenhuizen zelf om de bij de totstandkoming van het eindadvies gebruikte informatie beschikbaar te stellen aan de NZa. Indien een ziekenhuis hier geen toestemming voor verleent kan het zijn dat de NZa niet de hoogte van de compensatie kan berekenen voor dat betreffende ziekenhuis waardoor het ziekenhuis geen compensatie uitgekeerd kan krijgen.

17.

Kan worden aangegeven waarom de adviezen van de commissie niet bindend zijn? Waarom worden bezwaar- en beroepprocedures buiten beschouwing gelaten? Wat gebeurt er als bezwaar- en beroepprocedures van ziekenhuizen nog niet zijn afgerond tegen de tijd dat er een besluit wordt genomen over de toekenning van de nadeelcompensatie?

17.

Het gaat hier om een onafhankelijke commissie die ik heb ingesteld en welke mij adviseert. Adviezen van dergelijke commissies zijn niet bindend. In verband met de werkbaarheid heeft de NZa verzocht aanhangige procedures buiten beschouwing te laten. Indien een aanhangige procedure pas wordt afgerond na een besluit over nadeelcompensatie wordt door de NZa beoordeeld wat de consequenties van de uitspraak zijn op de toegekende compensatie. De NZa zal eventuele consequenties verrekenen.

Inbreng VVD-fractie

18.

Hoe wordt voorkomen dat de ziekenhuissector (ver)bouwplannen massaal on hold zet doordat de onzekerheid zeker tot 1 oktober 2008 aanstaande kan duren, omdat dan pas het advies over individuele ziekenhuizen door de Commissie van Wijzen wordt afgeleverd?

19.

Wat betekent dit voor de ontwikkelingen in de sector? Hoe voorkomt de minister dat 2008 voor ziekenhuizen een verloren jaar in hun ontwikkeling wordt?

18 en 19.

Allereerst wil ik erop wijzen dat nieuwbouwprojecten van ziekenhuizen lange doorlooptijden kennen, gemiddeld zo'n tien jaar. Verder is het naar mijn mening niet zo slecht om aan de vooravond van grote investeringen en/of systeemwijzigingen beslissingen tegen het licht te houden. Ik weet dat veel ziekenhuizen dit ook hebben gedaan of aan het doen zijn.

Tot slot wijs ik op een monitor welke het College Bouw Zorginstellingen vorige jaar heeft uitgebracht over de gebouwkwaliteit van algemene ziekenhuizen. De hoofdconclusie uit het onderzoek is dat de onderzochte gebouwen van de algemene ziekenhuizen er goed voor staan. Dit geldt zowel voor de functionele als de bouwtechnische kwaliteit en de aanpasbaarheid van de gebouwen waarvoor geen vergevorderde (ver)nieuwbouwplannen bestaan.

Voor projecten die ik eerder geprioriteerd heb (en dus het meeste toe waren aan renovatie of nieuwbouw) geldt dat de nacalculatie op de kapitaallasten dit jaar nog bestaat. Gezien de lange doorlooptijden van nieuwbouwprojecten van ziekenhuizen verwacht ik geen verloren

jaar. Het is juist goed dat ziekenhuizen investeringsbeslissingen nog eens tegen het licht houden.

20.

Hoe werkt de procedure? Kunnen ziekenhuizen bijvoorbeeld in beroep gaan tegen de financiële foto van hun ziekenhuis? Zo ja, bij wie dan?

20.

De commissie adviseert mij over criteria voor het toekennen van nadeelcompensatie, over rekenregels en over individuele ziekenhuizen. De ziekenhuizen worden door de commissie geïnformeerd over de te volgen procedure en het te hanteren format. Tegen besluiten over wel of niet toekennen van compensatie en/of de hoogte van de compensatie staat de normale bestuurlijke rechtsgang van bezwaar en beroep open.

De 'foto' waar ik in mijn brief over spreek is een format dat in opdracht van de NVZ ontwikkeld wordt. Ik ondersteun de NVZ hier financieel bij. Het format maakt het voor een individueel ziekenhuis mogelijk om het effect van de diverse systeemwijzigingen inzichtelijk te maken. De 'foto' geeft een ziekenhuis inzicht in de (effecten van de) eigen bedrijfsvoering en is dus een tool voor een individueel ziekenhuis. Een beroepsmogelijkheid tegen de foto is daarom niet aan de orde.

21.

Wanneer en hoe moeten ziekenhuizen hun situatie voorleggen aan de commissie nadeelcompensatie? Is dat vóór of na 1 juli 2008? Wat zijn daarbij de precieze criteria?

21.

De commissie bepaalt haar eigen werkwijze en dus ook hoe en wanneer ziekenhuizen hun situatie kunnen voorleggen.

22.

Wat bedoelt de minister met "onevenredige mate van achteruitgang" in het licht van de wens ziekenhuizen die goed presteren niet onevenredig te straffen?

22.

In het instellingsbesluit heb ik aangegeven dat een ziekenhuis onevenredig zwaar getroffen moet zijn om in aanmerking te kunnen komen voor compensatie. Als ten gevolge van de afschaffing van het bouwregime de solvabiliteit van een ziekenhuis in onevenredige mate achteruitgaat is naar mijn idee sprake van een onevenredig zwaar getroffen ziekenhuis. Het is aan de commissie te adviseren op welke wijze het begrip 'onevenredige mate van achteruitgang' ingevuld moet worden.

23.

Hoe komt de minister ziekenhuizen tegemoet waarvoor uitstel geen optie meer is en die inmiddels voor een gedwongen keuze tot stilstand of voortgang staan?

23.

Ten eerste merk ik op dat van een 'gedwongen keuze' tot stilstand of voortgang pas sprake is als de bank/financier niet meer in het investeringsplan van een ziekenhuis gelooft. Door de afschaffing van het bouwregime per 1 januari 2008 kunnen ziekenhuizen zelf beslissen om te investeren of daarmee nog even te wachten. Van een 'gedwongen keuze' is mijn inziens dus geen sprake.

24.

Kan de minister, in het licht van de onzekere ontwikkelingen rond de nacalculatie, instemmen met verwerking van de eenmalige afboeking in de nacalculatie over 2007?

24.

De feitelijke nadeelcompensatie kan plaatsvinden via de nog bestaande FB-systematiek. Over de technische aspecten rond de uitvoering hiervan kan en wil ik nu nog geen uitspraken doen.

25.

Kan de minister garanderen dat het tijdsplan in het instellingsbesluit onverkort blijft gehandhaafd?

25.

Ik heb de commissie gevraagd het eindadvies uiterlijk 1 oktober van dit jaar uit te brengen. De commissie doet haar uiterste best binnen deze korte termijn een advies op te stellen maar heeft mij aangegeven dat het om complexe materie gaat en het gestelde tijdsplan krap is, en dan met name het tijdsplan tot 1 juli 2008 van het eerste deel van het advies. Ik heb aangegeven het tijdsplan belangrijk te vinden maar ook dat het gestelde tijdsplan niet ten koste mag gaan van de kwaliteit en zorgvuldigheid van het advies.

26.

Is de minister bereid de commissie nadeelcompensatie op de mogelijkheid van achtergestelde leningen te wijzen? Welke argumenten zijn er voor en tegen een eventuele kostenloze achtergestelde lening?

26.

Een achtergestelde lening is een lening die in geval van faillissement pas wordt terugbetaald nadat de overige schuldeisers zijn betaald. Om die reden worden achtergestelde leningen - samen met het eigen vermogen - door banken gerekend tot het garantievermogen van de onderneming. Voordeel van een achtergestelde lening is dus dat het vermogen van een instelling daadwerkelijk versterkt wordt. Daar staat tegenover dat indien deze achtergestelde lening wordt verstrekt door de overheid deze zelfde overheid (voor langere tijd) financiële banden krijgt met een specifieke instelling. De overheid verwerft daarmee een positie als (huis)bankier. Deze positie past niet goed bij de filosofie dat de overheid meer op afstand moet komen te staan. Daarbij vereist het verstrekken van achtergestelde leningen een specifieke expertise die de overheid in onvoldoende mate bezit. De voor- en nadelen afwegend kom ik tot de conclusie dat achtergestelde leningen in deze niet het juiste instrument zijn.