

Vergaderjaar 2009–2010

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 119

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 10 mei 2010

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 7 april 2010 overleg gevoerd met minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 maart 2010 over de technische en financiële consequenties van het controversieel verklaren van de brief Waarde-
ring voor betere zorg IV (29 248, nr. 113);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 1 april 2010 over de kapitaallastenproblematiek (29 248, nr. 114).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand stenografisch verslag uit.

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

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

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), Timmer (PvdA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie), Sap (GroenLinks) en De Roos-Conssemulder (SP).

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), Arib (PvdA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), De Krom (VVD), Thieme (PvdD), De Mos (PVV), Luijben (SP), Heerts (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Halsema (GroenLinks) en De Wit (SP).

Voorzitter: Vietsch
Griffier: Teunissen

Aanwezig zijn zeven leden der Kamer, te weten: Van Gerven, Koşer Kaya, Smilde, Van der Veen, Vietsch, Wiegman-van Meppelen Scheppink en Zijlstra,

en minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld is van enkele ambtenaren van zijn ministerie.

De **voorzitter**: Ik heet u allen van harte welkom. In de procedurevergadering hebben we afgesproken om in dit overleg alleen te spreken over kapitaallasten cure en DOT (dbc's op weg naar transparantie). Ik heb de taak gekregen mensen die andere onderwerpen aan de orde stellen, af te hameren.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. In de afgelopen kabinetsperiode is er veel gebeurd in de financiering van de ziekenhuiszorg. Voortvarend en verantwoord, zo vat ik het beleid van de minister samen. Tot verdere uitbreiding van het B-segment werd steeds alleen besloten na groen licht van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De ziekenhuizen er kregen bovendien door introductie en uitbreiding van dit B-segment belang bij om meer aandacht te besteden aan kwaliteit en vernieuwend werken. Juist dit aspect wordt bij budgetfinanciering niet geprikkeld of uitgedaagd. De overgang van budgetfinanciering naar een principe van boter bij de vis, je betaalt wat je krijgt, ofwel prestatiebekostiging, is een lang traject. Stapje voor stapje en steeds heel zorgvuldig waren we hiertoe op weg. In de brief Waardering voor betere zorg IV had het kabinet de politiek moedige stap gezet met een volledige introductie van een prestatiebekostiging zodat er een eind kon komen aan de dubbele financieringsstructuur van de ziekenhuizen. Natuurlijk hadden we met de minister nog een stevig debat willen voeren over al deze voornemens. In grote lijnen spraken deze ons aan. De kabinetsval heeft roet in het eten gegooid. De belangrijkste vraag is nu welke gevolgen het heeft voor de omslag naar vraagsturing in de zorg dat de prestatiebekostiging nu niet doorgaat. Wat is het gevolg hiervan voor de hervorming van het zorgstelsel? Graag ontvang ik een reactie hierop.

We zien het terug bij de besluitvorming rond DOT. Het huidige diagnose-behandelcombinatiesysteem (dbc-systeem) is ingewikkeld en niet stabiel. De verbeterde en vereenvoudigde versie DOT zit in de eindfase. DOT is eenduidiger te interpreteren en zal tot minder misverstanden over registratie en declaratie leiden. DOT geeft bovendien meer inzicht in kwaliteit. Er is dus alle reden om deze nieuwe versie in te voeren, maar wel verantwoord en zorgvuldig. Hieraan werd voortvarend gewerkt totdat de prestatiebekostiging controversieel werd verklaard. Nu horen we bezwaren van zowel de verzekeraars als de ziekenhuizen. Hoe moeten we die bezwaren op dit moment duiden? Wat is het perspectief van DOT nu de prestatiebekostiging, en zeker de uitbreiding van het B-segment, onzeker is in ieder geval voor het jaar 2011?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Mevrouw Smilde geeft aan dat het niet goed gaat met de ontwikkeling van DOT door onzekerheid over de prestatiebekostiging. Zo begrijp ik haar ten minste. We hebben een factsheet van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) gehad waaruit blijkt dat de DOT-ontwikkeling veel trager gaat dan men aanvankelijk verwachtte. Bovendien geeft men hierin aan dat DBC Onderhoud wat los is gekomen van het veld. Dat zijn uitspraken waarop ik straks nog terugkom. Maar hoe rijmt mevrouw Smilde haar eigen opmerking dat de DOT-ontwikkeling als gevolg van de onzekerheid over de prestatiebekos-

tiging niet goed zou gaan met de opmerking van de NVZ dat het gewoon niet goed gaat met de DOT-ontwikkeling?

De **voorzitter**: Voordat ik mevrouw Smilde het woord geef, attendeer ik haar erop dat het punt van de prestatiebekostiging geen deel uitmaakt van dit overleg. Dit geldt zowel voor de vraag aan de minister als voor de zinspeling daarop. Ik verzoek de collega's zich aan de procedureafspraken te houden.

Mevrouw **Smilde** (CDA): De vraag van de heer Van der Veen kan ik volmaakt plaatsen binnen DOT.

De heer **Zijlstra** (VVD): Mag ik een procedurele opmerking maken? De invoering van de DOT-structuur en de prestatiebekostiging hangen nadrukkelijk samen, ook in de discussie die we tot nu toe gevoerd hebben. In essentie gaat het in dit overleg wel over DOT en de kapitaallasten, maar je kunt het niet helemaal scheiden. Dan is discussie niet mogelijk.

De **voorzitter**: Ik stel voor dat we dit overleg iets bekorten en niet de drie uren volmaken. Ik heb de nadrukkelijke opdracht vanuit de procedurevergadering meegekregen me aan de les te houden. Ik wil de leden enigszins tegemoet komen in die zin dat ze opmerkingen mogen maken, maar ik verzoek de minister en de woordvoerders daarop niet te antwoorden en zich te beperken in de discussie hierover.

De heer **Zijlstra** (VVD): Dan kunnen we net zo goed naar huis gaan.

De **voorzitter**: Ik zei al dat het een kortere vergadering wordt.

De heer **Zijlstra** (VVD): Deze discussie loopt al zo lang en de onderwerpen zijn zo met elkaar verweven. Ik stel voor dat de voorzitter de orde bewaart, maar op dit punt niet te veel de paarse krokodil hanteert. Het overleg gaat dan niet de goede kant op.

De **voorzitter**: Er bestaat een meerderheid van partijen en daarmee wordt de procedurevergadering overruled. Ik tracht toch enigszins het verzoek te handhaven om niet al te veel buiten de DOT en de kapitaallasten te gaan. Dat zijn al voldoende onderwerpen voor een vergadering.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik moet wel op de DOT komen. De manier waarop we nu met de DOT om moeten gaan, is het gevolg van het feit dat de prestatiebekostiging op dit moment niet doorgaat. Zo simpel is het. In die zin antwoord ik ook de heer Van der Veen. Het gaat natuurlijk niet om de ontwikkeling van de DOT maar om de invoering van de DOT in 2011. Dat stond ook al in de brief Waardering voor betere zorg IV. Daarover hadden we een stevig debat willen voeren. We hadden nog een hele slag te slaan met de DOT. Wat ons voor ogen stond, was het perspectief dat we in 2011 zowel met de prestatiebekostiging als met DOT konden beginnen. Op die manier willen we er ook graag tegen aankijken. DOT staat wel op het programma. De problemen die de heer Van der Veen noemt, zijn er. Daarop willen we een reactie hebben van de minister. Maar we willen wel de ontwikkeling van de DOT verder gestalte geven. We zien dat DOT veel beter is dan de huidige dbc's met alle mitsen en maren en de verbeterpunten die daarin nog te maken zijn.

De heer **Van der Veen** (PvdA): We hebben het niet over het belang van DOT. De vraag was of het feit dat de ontwikkeling van DOT gestokt is, wel of niet te maken heeft met de prestatiebekostiging.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dat ben ik volledig met de heer Van der Veen eens. Waar het mij om gaat is wat precies de consequenties zijn. Er zijn nogal wat bezwaren. Is de minister op de hoogte van al deze bezwaren? De heer Van der Veen noemde al een aantal problemen waartegen men in het ontwikkelingsproces van de DOT aanloopt. We horen graag van de minister of we dit jaar wel het principebesluit voor de DOT kunnen nemen. Dan weten we met z'n allen naar welk perspectief we toe gaan. We weten zowel van het NVZ als van de zorgverzekeraars dat ze het op zich wel met dit systeem eens zijn. Ze zien het nu niet zitten met de prestatiebekostiging en ook omdat er nog van alles moet gebeuren. Hoe kunnen al deze problemen worden opgelost? Is er een mogelijkheid dat we nu al een principebesluit nemen? Wanneer is het «go/no go»-moment? Ik wil een opmerking maken over de medisch specialisten. De minister kan toch de overschrijdingen van de specialisten aanpakken, nu we dat niet controversieel hebben verklaard? Dat stond ook in de brief van 16 maart. Heb ik dat goed begrepen of hebben we daarvoor een wetswijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) nodig?

We zijn verheugd dat we de brief van 1 april over de kapitaallasten eindelijk hebben gekregen. Het was geen grap, er lag een brief. We hebben nu een overgangsregeling. Er is een richting bepaald. Laat ik vooropstellen dat we ons kunnen vinden in die overgangsregeling. We hebben nog wel een aantal stevige vragen bij de uitvoering. Het is jammer dat de duidelijkheid voor de ggz- en categorale instellingen zoals radiotherapeutische centra ontbreekt. Wanneer komt die informatie zodat deze instellingen ook duidelijkheid hebben? Vallen de academische ziekenhuizen ook onder de regeling? Er is nog geen duidelijkheid over de opslag op de kapitaallasten voor bijvoorbeeld de bunkers van de radiotherapie, de spoedeisende eerste hulp (SEH), kinder- en kraamafdelingen enzovoort. Wanneer komt die informatie?

Als de jaarverslagregels per 1 juni 2010 van kracht worden, is het mogelijk dat een aantal ziekenhuizen technisch failliet gaan. Kan de NZa de brief van de minister op tijd uitgewerkt hebben? Hoe kunnen we ervoor zorgen dat die ziekenhuizen toch goedkeuring krijgen van hun accountant? Om hoeveel ziekenhuizen gaat het?

De minister schrijft in zijn brief op bladzijde 5 dat de overgangsregels budgetneutraal worden ingepast. Kan de minister aangeven wat hij precies met budgetneutraal bedoelt? Hoe wordt omgegaan met ziekenhuizen die zonder vergunning op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) hebben gebouwd? Hoe gaat het bouwen in het A-segment, nu het FB (functiegerichte bekostigingsstelsel) voorlopig blijft bestaan? De crisisgelden voor de bouw zijn bedoeld om de schop in de grond te zetten. Dat hebben we vorig jaar besloten. De motie-Van der Veen die we medeondertekend hebben, onderstreepte dit. We realiseren ons dat de manier waarop de minister die 60 mln. nu wil inzetten als zodanig geen extra schop in de grond zet. Gezien de financiële omstandigheden steunen we de minister wel.

De onderwerpen in Waardering voor betere zorg IV moeten in onderlinge samenhang worden bekeken. Nu de demissionaire status van het kabinet op onderdelen voornemens uitsluit, blijven er nog een paar vragen over. Wat gebeurt er bijvoorbeeld met de beschikbaarheidsvergoeding van de kleinere ziekenhuizen in verband met de acute zorg? Dit is ook een onderdeel van de brief Waardering voor betere zorg IV.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Het moge bekend zijn dat we om een aantal redenen geen voorstander waren van liberalisering van de kapitaallasten. Dat leidt tot stagnatie. Door het wegvallen van de publieke garantiestelling zullen de kapitaallasten stijgen. We hebben ook een meer principieel punt, namelijk dat de invloed van de banken toeneemt in plaats van dat de zorgbehoefte centraal staat. Er is een reëel risico dat er te klein gebouwd wordt om aan de vraag in de toekomst te kunnen voldoen. Het

gaat om het ziekenhuis om de hoek dat de mensen heel graag willen hebben.

Er is ook een probleem met het kwalitatief goed toezicht. Dat is verkwaanseld nu het College bouw zorginstellingen is verdwenen. De inspectie moet achteraf toetsen of het nieuwe gebouw voldoet. Het is niet goed vastgelegd hoe de inspectie dat moet controleren en waarop ze precies moet letten. Is hier geen sprake van een levensgevaarlijke lacune?

De heer **Zijlstra** (VVD): De heer Van Gerven zegt dat door de kapitaallastensystematiek de kosten zullen stijgen. Kan hij me dan uitleggen hoe het mogelijk is dat de overschrijding van 25 mln. van het Orbis Medisch Centrum niet ten koste komt van de belastingbetaler? In het oude systeem zou dat wel het geval zijn geweest. Hoe kan de kapitaallastensystematiek de oorzaak zijn van de stijgende kosten? Is de kapitaallastensystematiek er juist niet de oorzaak van dat we minder kosten op de overheid en belastingbetaler verhalen?

De heer **Van Gerven** (SP): Het voorbeeld van Orbis is extreem. Dat heeft op zich niets te maken met de discussie of de kapitaallasten publiek opgelost moeten worden of privaat geregeld moeten worden. Bij Orbis was iets heel anders aan de hand. Hier was een megalomaan bestuur dat, gevoed door de prijsvraag van de eeuw, volledig uit de band is gesprongen, waarbij volstrekt onvoldoende toezicht vanuit de overheid was. Dat voorbeeld kan de heer Zijlstra niet als maat nemen voor de toekomst. Ik kom met een tegenvoorbeeld: de Isala klinieken. Die moeten 2% meer rente betalen op een lening van ongeveer 400 mln. Hierbij gaat dus 8 mln. naar de banken in plaats van naar zorg. Dat is een regelrecht gevolg van het nieuwe systeem.

De heer **Zijlstra** (VVD): De heer Van Gerven heeft het over de megalomane kostenontwikkeling bij Orbis. Krabben de bestuurders zich juist niet nog eens achter de oren of ze het wel moeten doen, als ze die kapitaallasten in de tarieven moeten terugverdienen? In de oude systematiek hoefden ze dat niet te doen. Daardoor treden dit soort overschrijdingen nu op.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik weet niet of in het oude systeem de kapitaallasten te hoog waren. Ik weet wel zeker dat we kwalitatief goede ziekenhuizen hadden die ook internationaal de toets der kritiek heel goed konden doorstaan. Ik voorzie dat we heel veel geld naar de banken brengen en toenemende verschillen krijgen tussen ziekenhuizen waarbij onvoldoende gekeken wordt naar de lange termijn. Dit kan inhouden dat men verkeerd bouwt voor de behoefte van de toekomst en dat men zich overlevert aan de banken. En de banken zijn vooral geïnteresseerd in een sluitende businesscase; lees: zoveel mogelijk omzet maken om uit de kosten te komen. Door dit systeem nemen de kosten juist toe en komt de kwaliteit in het gedrang.

De brief van de minister is verschenen. Los van de principiële discussie is het de vraag of hierdoor de problemen opgelost worden. Het probleem van de immateriële vaste activa (iva) wordt opgelost. Er blijven echter een heleboel problemen over. De NZa becijfert de kosten hiervan op 555 mln. Het is vreemd dat de minister dit gewoon laat lopen. Een probleem wordt gevormd door de hoge lasten bij nieuwbouw. Verschillende nieuwbouwziekenhuizen hebben hiervoor extra kapitaal nodig. Een ander probleem is de versnelde afschrijving van 50 naar 40 jaar. Dit is niet verdisconteerd in de normatieve huisvestingscomponent. Ook het boekwaardeprobleem is niet opgelost.

Concreet verzoeken we de minister een reële compensatie te geven aan alle ziekenhuizen die benadeeld worden door het nieuwe systeem. Dit is geen staatssteun zoals de minister beweert. Als men een nadeel heeft

door overheidsmaatregelen, is het mogelijk dat er oplossingen worden geboden met betrekking tot de boekwaardeproblematiek en bijvoorbeeld de onrendabele top.

Mevrouw **Smilde** (CDA): De heer Van Gerven wil een compensatie voor alle benadeelde ziekenhuizen. Hoe kan hij die bedragen ooit objectiveren? Bedoelt hij alleen voor de ziekenhuizen tot 2010 of ook voor de ziekenhuizen voor de komende vier jaar? Hoe ziet de heer Van Gerven dat? Wat voor prijskaartje hangt daaraan?

De heer **Van Gerven** (SP): Ik doe dat niet. De NZa heeft een scan gemaakt en zegt dat er een problematiek is ter waarde van 715 mln. De minister lost 160 mln. op maar er is dus nog een probleem van 555 mln. We hebben het over de boekwaarde en over de nieuwbouwziekenhuizen. Dat zijn ziekenhuizen die net nieuw gebouwd hebben en hoge lasten hebben. Hoe wordt dit opgelost? De NZa heeft dit in kaart gebracht. Als de NZa het niet kan en de minister het niet wil, stel ik voor dat we de Algemene Rekenkamer inhuren om te laten kijken wat een goede analyse is om de startpositie van alle ziekenhuizen in dit nieuwe systeem gelijk te laten zijn. Of je nu voor of tegen bent, niemand kan erop tegen zijn dat alle ziekenhuizen die aan dit nieuwe systeem worden blootgesteld, een gelijke uitgangpositie hebben als we het in concurrentietermen schetsen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Waar haalt de heer Van Gerven die 555 mln. vandaan? Hoe kan de heer Van Gerven verantwoorden dat hij die 555 mln. dan daarin steekt?

De heer **Van Gerven** (SP): De omvang van de problematiek is volgens de minister of de NZa als volgt: boekwaardeproblemen 300 mln. en hoger dan gemiddelde kapitaallasten 255 mln. Het staat gewoon in de stukken. De minister lost dat niet op. Hij gooit het over de schutting en laat het de ziekenhuizen uitvechten met de verzekeraars of de bank. De ziekenhuizen zijn niet tot dat besluit gekomen. Het is de politiek die dat besluit. Als dat dan besloten wordt, vind ik wel dat alle ziekenhuizen in een gelijkwaardige uitgangpositie horen te verkeren. Het is dus aan de politiek om die problematiek van 555 mln. op te lossen en tot een eerlijke verdeling over die ziekenhuizen te komen zodat ze allemaal een gelijke startpositie hebben.

Ik verzoek de minister dus een reële compensatie te geven. Ik verzoek hem ook een reële afschrijving op vastgoed en dergelijke op te nemen in de normatieve huisvestingcomponent en te bewerkstelligen dat alle ziekenhuizen in principe gebruik kunnen maken van het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ) om onnodig renteverlies te voorkomen. Bovendien verzoek ik de minister toe te staan dat ziekenhuizen afwijken van de nieuwe verslaggevingregels, in ieder geval voor een jaar, om technisch faillissementen te voorkomen. Ik stel voor om het voorstel van Prismant over te nemen om de kapitaallasten per ziekenhuis over tien jaar te simuleren en zo de kapitaallastenproblematiek die bij nieuwbouw voor grote problemen zorgt, op te lossen.

Welk groeipercentage mogen ziekenhuizen in het algemeen hanteren? Bij veel discussies met banken over businesscases en toekomstplannen komt dit ter sprake. Bij het Atrium Medisch Centrum in Heerlen bijvoorbeeld is veel discussie hierover. Atrium heeft een bepaald groeipercentage en daarover wordt dan gesteggeld. Kan de minister hierover iets in algemene zin zeggen?

De kleine ziekenhuizen zijn door de liberalisering van de kapitaallasten evident in het nadeel. De lasten moeten opgebracht worden uit de omzet en de productie. Ze hebben echter relatief gezien extra kosten voor de SEH, de intensive care enzovoorts. Moet er niet toch een generieke kleinschaligheidsregeling komen voor alle kleinere ziekenhuizen? Ik wijs

op een voorstel dat al is gedaan door de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen. Graag hoor ik het standpunt van de minister hierover. We gaan ervan uit dat de minister afziet van de invoering van de DOT, de nieuwe dbc's, in 2011. De ziekenhuizen komen daarmee in een zwart gat. Deze nieuwe vorm van prestatiebekostiging zal tot grote verschillen in inkomsten leiden tussen ziekenhuizen, en de totale kosten voor ziekenhuiszorg onnodig opdrijven. We zijn op principiële gronden niet voor het DOT-systeem. Het is immers in essentie toch een prestatiebekostigings-systeem, een vorm van een verrichtingenstelsel. Los van de principiële kant is het ook praktisch gezien onverantwoord om het systeem nu in te voeren. De minister heeft zelf aangegeven dat de invoering van DOT samenhangt met het afschaffen van de functionele bekostiging, dus het A-segment. Dat achten we volstrekt onverantwoordelijk. De minister koppelt dit min of meer los. Laten we even pas op de plaats maken en dit voor de toekomst bewaren zodat de verkiezingen uit kunnen wijzen of het volk voor meer prestatiebekostiging en marktwerking is of een andere koers wil inslaan.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Schepink** (ChristenUnie):
Voorzitter. De hoeveelheid tijd die we als Kamer hebben gestoken in het maken van procedureafspraken over de behandeling van de onderwerpen van vandaag, geeft aan hoe gevoelig het onderwerp bekostiging van de zorg ligt. Over één ding waren we het wel met elkaar eens. Er moet snel duidelijkheid komen omdat zorginstellingen anders drastisch in de knel komen bij het maken van hun begrotingen en de planning voor volgend jaar en de jaren daarop. Zolang er geen duidelijkheid is over de kapitaallasten, komt nieuwbouw niet of nauwelijks van de grond. Het is de vraag of met de kapitaallastenbrief die noodzakelijke duidelijkheid ook wordt geboden.

We kunnen ons vinden in de hoofdlijn maar we zijn van mening dat de brief in de uitwerking op een aantal gebieden tekortschiet. Ten eerste wordt in de overgangsregeling te weinig rekening gehouden met de onevenwichtige spreiding van de financieringslasten van zorginstellingen. De eerste jaren na ingebruikname van nieuwbouw zijn deze het hoogst. Pas na een aantal jaren nemen de lasten af. Dat is het zogenaamde badkuipprincipe, heb ik me laten vertellen. Ten tweede wordt wat ons betreft de overgangsregeling met een aantal jaren verlengd zodat ook de dure jaren van zorginstellingen die niet volgend jaar maar bijvoorbeeld pas in 2013 nieuwbouw in gebruik nemen door de overgangsregeling worden gedekt. Ten derde wordt in het A-segment een landelijk uniforme kapitaallastenvergoeding ingevoerd die gebaseerd is op het gemiddelde van de huidige kapitaallastenvergoeding in de instellingsbudgetten. Dit betekent dat een aantal ziekenhuizen een te hoge dekking krijgt voor de kapitaallasten.

In de brief staat verder dat ziekenhuizen zonder WTZi-vergunning buiten de overgangsregeling vallen. Hiervoor valt wel iets te zeggen maar het is de vraag of dit voldoende recht doet aan ziekenhuizen die geen vergunning meer hebben kunnen aanvragen als gevolg van het afschaffen van het bouwregime.

Nu een pas op de plaats moet worden gemaakt met het invoeren van de prestatiebekostiging, ligt de vraag voor hoe het verder moet met de implementatie van DOT. Er is de afgelopen tijd veel geïnvesteerd in de ontwikkeling van DOT. Aan de invoering ervan zijn onmiskenbaar voordelen verbonden. DOT leidt tot een sterke reductie van het aantal dbc's. Het is specialismenoverstijgend. Het leidt tot een betere verrichtingenregistratie in ziekenhuizen en tot betere tarieven. De vraag is echter of beide trajecten op een verantwoorde wijze kunnen worden ontkoppeld. We zien nadelen in het doorgaan met DOT als een puur technische operatie zonder dit gepaard te laten gaan met de inhoudelijke zorgprincipes achter de prestatiebekostiging. DOT is een instrument om tot

eenduidige en controleerbare productomschrijvingen te komen. Het is geen doel op zich. De invoering van DOT is een complexe operatie die veel van zorginstellingen en zorgverzekeraars vraagt. Dan denk ik alleen nog maar aan de schoning van de budgetten van ziekenhuizen. De invoering van DOT zal direct volledig doorwerken in de kosten van de honoraria van medisch specialisten en zelfstandige behandelcentra (zbc's) omdat hier geen vangnetten zoals het FB bestaan. Verder is een opwaartse druk op de salarissen niet wenselijk gezien de huidige overschrijdingen in de bekostiging van medisch specialisten. Een mogelijk alternatief zou zijn een schaduwregistratie bij te houden. Met dat ik dit zeg, deins ik terug voor de extra bureaucratie die dit kan opleveren. Graag hoor ik een reactie van de minister hierop.

We zijn van mening dat we verder moeten gaan met de invoering van DOT. De randvoorwaarden moeten dan wel in orde zijn. Daarbij hoort in ieder geval dat de NZa een rol krijgt bij de schoning van de budgetten. Verder mag de rekening van de operatie niet eenzijdig bij de veldpartijen worden neergelegd. Graag hoor ik een toezegging van de minister.

De financiering van de investeringen in de zorginfrastructuur, de stenen, moet nodig opgelost worden. Er zijn drie punten die ik vandaag aan de orde wil stellen. Ten eerste beschouwen financiers investeringen in de zorgsector als risicovoller met als gevolg dat zorginstellingen daarvoor een premie betalen van een 0,5% extra renteopslag. Eerder hebben de zorginstellingen geïnventariseerd welke investeringen in vastgoed de komende jaren op stapel staan. Deze bedragen circa 4 mld. Dit leidt tot een extra financiële druk van 20 mln. per jaar.

Ten tweede berekenen banken als gevolg van de kredietcrisis een liquiditeitsopslag. Deze ligt tussen de 0,5% en 1,25% en leidt tot een extra financiële last van tussen de 20 mln. en 50 mln.

Ten derde nemen de risico's voor financiers toe door de marktwerking ook op de infrastructuur los te laten nemen. Dit heeft geleid tot het aanscherpen van solvabiliteitseisen met als effect dat instellingen meer eigen vermogen moeten kweken. De vermogenspositie van instellingen moet groeien van 2,4 mld. eigen vermogen naar 4 mld. De komende jaren moeten de instellingen dus meer sparen zodat ze financierbaar zijn. Hiermee kunnen tientallen, zo niet honderden miljoenen zorggeld niet aan directe zorg worden besteed. Dit probleem moet een onderdeel zijn van de discussie over hoe te komen tot een effectieve invulling van een lager of minder hard groeiend makro kader. Een creatieve gedachte die ik hierbij neerleg, is om de terugbetaling van de banken, de kapitaalinjecties, actief te gebruiken voor de financiering van de infrastructuur van de zorg. Het is natuurlijk wrang dat instellingen enerzijds naar banken moeten voor een dure financiering en anderzijds de prijs moeten betalen van de kapitaalinjecties met macrokortingen.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb heel geboeid naar het betoog van mevrouw Wiegman zitten luisteren. Ze geeft heel gedetailleerd cijfermatig de extra kosten aan die komen als we doorgaan op het systeem van liberalisering, meer vermarkting en meer risico's. Ze zegt dat we er toch mee moeten doorgaan, maar is het niet verstandiger om ermee te stoppen? Ze heeft het becijferd. Het gaat waarschijnlijk om honderden miljoenen die we naar de banken brengen, die we als vermogen moeten reserveren en noem maar op. Is het niet beter dat geld in de zorg te stoppen en te stoppen met het idee-fixe dat de markt het oplost?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Zoals de heer Van Gerven weet, hebben we niets met het idee-fixe dat de markt het wel oplost. Dat is mijn betoog nooit geweest. Het verschil tussen de SP en de ChristenUnie is dat wij niet bij voorbaat zeggen dat marktwerking in de zorg per definitie fout is. We zien wel degelijk dat er heel mooie prikkels te halen vallen uit de ideeënvorming van marktwerking. We zeggen wel

goed op dit punt te letten. De SP gebruikt dit soort argumenten als bewijs dat marktwerking niets is en niets wordt, en dat er dus niets mee gedaan moet worden. Voor ons is het een kwestie van opletten voor het neven-effect. Daarmee moeten we rekening houden en daarvoor moeten we oplossingen zien te verzinnen, want we willen graag dat het zorggeld ook daadwerkelijk aan de zorg wordt besteed. En er valt dan meer te verzinnen dan alleen een kwestie van ja of nee zeggen tegen marktwerking.

De heer **Van Gerven** (SP): Een grote meerderheid in de samenleving ziet ook helemaal niets in marktwerking. Dat wil ik toch even constateren. Mevrouw Wiegman constateert een probleem maar biedt geen oplossing. Ze zegt terecht dat er heel veel geld dood blijft liggen of naar de banken voor renteopslag of risico's gaat. Ze schetst me niet het voordeel en ook niet de oplossing voor het nadeel van de extra rentelasten voor ziekenhuizen in dit geval. Hoe gaat de ChristenUnie dat oplossen?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik heb mijn betoog juist afgesloten met een creatieve gedachte hoe we dat geld kunnen gebruiken. Daarop hoor ik graag een reactie van de minister. Het valt mij op dat de heer Van Gerven in zijn betogen allerlei argumenten geeft en steeds zegt dat marktwerking niets is. Hij geeft daarmee de indruk dat vroeger alles beter was, dat het oude systeem beter was. Dat is niet zo. We moeten verder. We moeten de juiste dingen uit het verleden maar ook uit het heden gebruiken om tot de beste mix te komen. Op bepaalde plekken kun je best wat marktwerking toelaten en op bepaalde plekken moet de overheid heel nadrukkelijk in zicht zijn om waarborgen te stellen. Het gaat uiteindelijk om de bereikbaarheid en betaalbaarheid van de zorg. Daarvoor staat de overheid garant.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Allereerst om misverstanden te voorkomen: wij zijn voor goede productomschrijvingen. Of je nu voor een budgetstelsel bent of voor een prestatiebestedingstelsel, het is altijd handig te weten hoe zaken omschreven zijn en wat dat betekent. We zijn voorstander van DOT. Dat hebben we nooit onder stoelen of banken gestoken. Vervolgens moet je constateren dat ieder ongeluk ook een zeker geluk met zich meebrengt. Voor de val van het kabinet kregen we nog te horen dat de DOT-ontwikkeling heel goed ging. Dat valt nu – op z'n zachtst gezegd – tegen. De NVZ maakt daarover ook de nodige opmerkingen. Dat staat los van de vraag of je wel of niet voor prestatiebesteding bent. De ontwikkeling stopt. In de brief van de NVZ wordt geconstateerd dat de ontwikkeling en de invoering van DOT door DBC Onderhoud niet soepel verloopt. We constateren ook dat DBC Onderhoud verder af is komen te staan van het veld. Het recente besluit van het bestuur van DBC Onderhoud om over te gaan op een bestuursmodel waarbij geen directe bestuurlijke relatie is met veldpartijen is hiervan een goed voorbeeld. Dat is een zin die nieuwsgierig maakt. Kan de minister aangeven wat hiermee bedoeld wordt? Ik word er niet optimistisch van. Het blijkt in het verleden toch niet zo goed gegaan te zijn. Wat ons betreft gaan we verder met de ontwikkeling van DOT. We hebben in de procedurecommissie ook al aan de orde gehad dat er in ieder geval een «go/no go»-beslissing aan de Kamer wordt voorgelegd voordat de DOT ingevoerd wordt. Het blijkt nu dat de DOT in 2011 niet uitontwikkeld zal zijn. Op welk moment is deze wel uitontwikkeld en bruikbaar?

We hebben meermalen aangedrongen op haast met de kapitaallasten. We zijn er nu twee-en-een-half jaar mee bezig. Dit overleg hebben we ook om in ieder geval pragmatisch een aantal oplossingen te vinden. Er spelen drie problemen. Het eerste probleem is wat we boekhoudkundig met dit jaar doen. Als ik kijk naar dit jaar, lijkt het me alleszins gerechtvaardigd om de huidige boekhoudkundige regels aan te houden. De NVZ stelt dit ook voor. Je voorkomt een hoop gedoe. Bovendien heb ik begrepen dat de

beslissing om eventueel andere regels toe te passen, te maken heeft met de beslissing over het al dan niet afschaffen van de budgetbekostiging. Die beslissing hebben we ook nog niet definitief genomen. Ik vraag de minister te bevorderen dat de huidige boekhoudkundige regels gehandhaafd blijven. Ik weet dat een van de grote accountantskantoren daarvoor ook geporteerd is.

Het tweede probleem heeft betrekking op de ziekenhuizen die op dit moment in de problemen zitten. Dat was eigenlijk het hoofdonderwerp. Hierover krijgen we alleen te horen dat het juridisch niet mogelijk is hiervoor een oplossing te vinden. We zijn geïnteresseerd in de vraag hoeveel ziekenhuizen het betreft. Om welke bedragen gaat het? Is het werkelijk niet mogelijk om voor deze ziekenhuizen een oplossing te vinden?

Het derde probleem heeft te maken met de toekomst. Er ligt nu een voorstel waarop de direct betrokkene, de NVZ, nogal wat kritiek heeft. Ik ga het allemaal niet herhalen, maar ik moet eerlijk zeggen dat het voorstel een beetje haastig en ondoordacht aandoet. Moeten we in dit tempo een beslissing nemen over het huidige voorstel met alle opmerkingen die het veld erover heeft gemaakt? Kunnen we de huidige regeling volgend jaar niet doorzetten waarbij in het A-segment volledig nagecalculeerd wordt en in het B-segment met de zorgverzekeraars afspraken gemaakt worden over de huisvestingscomponent? Dan is in ieder geval voor volgend jaar de zaak geregeld. Het geeft bovendien de gelegenheid om een weldoordacht besluit te nemen over de toekomstige regeling van de kapitaal-lasten. We hopen toch in het najaar een nieuw kabinet te hebben. De minister geeft aan dat de regeling van de kapitaallasten budgetneutraal plaatsvindt. Als ik alles bij elkaar optel, kom ik op een bedrag van meer dan een miljard aan kosten. In het kader van welk budget is dit budgetneutraal?

Op dit moment wordt er minder gebouwd. Dat is ook de klacht. Het was gebruikelijk dat in het kader van het budgettaire kader zorg (BKZ) geld gereserveerd werd voor de bouw. Ik neem aan dat dit niet opgebruikt is. Kan de minister de omvang aangeven van het bedrag dat gereserveerd is voor bouw binnen het kader van het BKZ en wat hiervan nog niet gebruikt is? Wellicht kan dit ook nog soelaas bieden.

De minister geeft aan de 160 mln. te willen gebruiken voor de aflossing van de immateriële vaste activa. Dit bedrag was in onze motie bedoeld om te proberen de bouw te stimuleren door het WFZ wat meer mogelijkheden te geven voor rente en aflossing. Ik wil graag van de minister weten of hij die 160 mln. in boekhoudkundige zaken moet stoppen of dat het toch mogelijk is dat hij dit geld gebruikt om de bouw te stimuleren.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Als ik goed naar mijn collega luister, moeten we straks opnieuw kijken naar de regeling voor de kapitaallasten en hoe deze eruit zou moeten zien. De NVZ zegt dat we moeten temporiseren en dat er nog veel onduidelijkheden zijn waarover ze uitleg wil. In principe volgt de NVZ de uitgezette lijn. Volgt de PvdA deze lijn ook?

Met de DOT is nog van alles aan de hand. Er zitten nog allerlei problemen aan vast die we zeker moeten oplossen. Dat heeft ook met de vrije prijsvorming te maken en het feit dat deze niet uitgebreid kan worden tot 50%. De PvdA heeft ook hier altijd voor gelegen. Zegt de heer Van der Veen dat ook dat probleem voor een deel opgelost zou kunnen worden door die vrije prijsvorming wel mogelijk te maken of zegt hij dat de prijsvorming moet blijven zoals zij is?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik probeer de vraag te interpreteren. Mevrouw Koşer Kaya zegt dat wat de NVZ noemt allemaal wel meevalt en dat we er wel uit kunnen komen. Ik interpreteer het stuk anders. De NVZ maakt heel serieuze opmerkingen over de kapitaallasten. Ik krijg de indruk – en dat kan bijna niet anders – dat er op een wat laat moment toch

besloten is om wat te doen. Het zijn serieuze zaken. Het zijn geen kleinigheden, los van het miljard dat je eventueel nog als financieel risico loopt. Het staat helemaal los van het feit of je wel of niet voor vrije prijzen bent. Het heeft te maken met het feit dat je ervoor moet zorgen dat er zindelijke regelingen komen in een heel complexe problematiek en dat je niet na een jaar zegt dat het haastwerk is geweest. Ik doe dan ook de suggestie om volgend jaar nog op dezelfde manier te regelen en die tijd te gebruiken om na goed overleg met de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars, met een regeling te komen die sluitend is en waarover minder discussie is.

Aanvankelijk stond in de brief van de minister dat de DOT alleen ontwikkeld kon worden als het B-segment uitgebreid werd tot 50%. Hij is daarop teruggekomen in de brief die hij later heeft gestuurd. Daarin geeft hij aan dat het met 34% ook goed kan. Ik heb dat in het veld nagevraagd en men zegt dat het inderdaad kan. Je hoeft niet per se tot 50% uit te breiden om die DOT te doen. Dat is logisch. Je moet ze allemaal nog beschrijven. Het is dus nog niet van invloed op de afstemming tussen het A-segment en het B-segment. Het is sowieso verstandig om je producten goed te omschrijven. Of je nu aan vrije prijsvorming wilt doen, of wel of niet aan concurrentie wilt, of dat je het meer in het budgetmodel zoekt, het is gewoon ontzettend verstandig. Je kunt dan veel beter dan nu kijken wat er geproduceerd was, wat nuttig was, wat niet nuttig was. Het geeft meer informatie over de uitvoering van het basispakket. We zijn het eens over nut en noodzaak. Maar doe het wel goed en doe het niet overhaast. Met de dbc's hebben we gezien dat je er de tijd voor moet nemen. Dat blijkt ook vanuit de ziekenhuizen. Ik vraag dus wanneer het dan wel kan. Dan zullen we wel zien – er is dan ook een nieuw kabinet – of we meer de budgetkant of meer de vrijeprijzenkant opgaan.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Ik constateer uit de laatste opmerking dat de PvdA niet principieel tegen vrijeprijzenvorming is en dat de regeling voortgang kan hebben. Ik wil nog even inzoomen op de kapitaallasten.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik adviseer mevrouw Koşer Kaya ons verkiezingsprogramma te gaan schrijven.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Ik heb begrepen dat we het om vier uur krijgen. Ik ben nieuwsgierig of de vrijeprijzenvorming daarin voorkomt. Als ik de heer Van der Veen zo beluister, zit het er niet in. Ik dacht dat ik net toch een gaatje zag. Misschien heeft de heer Van der Veen zich niet voorzichtig genoeg uitgedrukt. Ik hoopte dat vrijeprijzenvorming wel mogelijk zou zijn. Ik heb een vraag over de kapitaallasten, want daarover is de heer Van der Veen onduidelijk. Mijn vraag is niet of we de problemen moeten oplossen. Bij problemen vindt hij mij ook aan zijn zijde. Het punt is dat de NVZ heel duidelijk aangeeft dat we de ingeslagen weg verder moeten bewandelen. We moeten de problemen oplossen, maar wel de ingeslagen weg verder bewandelen. Ik hoor de heer Van der Veen toch heel duidelijk zeggen dat het voor hem nog niet vaststaat en dat er nog een heel andere oplossing zou kunnen zijn.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik wil eerst mijn tragiek kwijt. Als je zegt dat iets ontwikkeld kan worden, hetzij voor het ene model, hetzij voor het andere model, betekent dat niet dat je een keuze hebt gemaakt. Ik heb moeite met mensen die zeggen dat dit alleen maar kan als er sprake is van vrije prijzen, of dat je dit helemaal niet moet doen, want dat is allemaal markt. Je kunt ook constateren dat de ontwikkeling op zich goed is, los van hoe je het uiteindelijk wilt toepassen. Natuurlijk moet er een oplossing komen voor de kapitaallasten. Als er een partij is geweest die de afgelopen jaren steeds gepleit heeft voor een snelle oplossing van de kapitaallasten, dan is dat de PvdA geweest. Het gaat over heel veel geld

en over belangrijke investeringen. Het moet dus wel een oplossing zijn waarmee iedereen het eens is en die ook werkbaar is. Als je er twijfels over hebt – en die twijfels lees ik in de reactie van de NVZ – moet je goed achter je oren krabben of je het op deze manier moet doen, zeker als er een alternatief bestaat. Doe het volgend jaar nog eens op dezelfde manier en ga in het najaar met het nieuwe kabinet als eerste aan de slag met een goede regeling voor de kapitaallasten.

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Ik hoor net twee vooronderstellingen. De eerste is dat er in het najaar een nieuw kabinet zit. Dat wordt een hele uitdaging als ik zo links en rechts eens naar de peilingen kijk. De tweede is dat er kennelijk systemen zijn waarover iedereen het eens is. Als die er zouden zijn, hadden we die allang ingevoerd. Maar dit terzijde.

De kern van dit debat is waar we naartoe gaan. In de rapporten van de ambtelijke werkgroepen die vorige week uitkwamen, werd een mooi beeld geschetst. Je hebt twee fundamentele keuzes. Je gaat terug naar het budgetteringssysteem of je gaat door met de marktwerking. We zitten nu stuck in the middle. Dat is precies waarom we de huidige problemen met het stelsel hebben. Ook de kapitaallastendiscussie is daarvan een uitvloeisel. We zitten in het midden, we moeten door, maar het kabinet is gevallen, dus we kunnen even niet door. We vinden dat ook gerechtvaardigd, gezien de politieke situatie. Daarom hebben we in de procedurevergadering ook steun verleend aan partijen die niet door willen. Daarbij is het dan wel moeilijk om een overgangsregeling kapitaallasten in elkaar te klussen. Dat snappen we erg goed. We weten niet wat het gaat worden. Als er straks een links kabinet zit, dan gaan we weer terug naar wachtlijsten en lagere kwaliteit en dan moeten die kapitaallasten ook weer de andere kant op. Als er een kabinet komt waarin bijvoorbeeld de VVD zit, gaan we voor kwaliteit en geen wachtlijsten. We hebben wel begrip voor het feit dat de minister daarmee worstelt.

Ik heb toch een aantal vragen vanuit de algemene omlijsting. De minister kiest voor een generieke overgangsregeling en bouwt geen specifieke elementen in. Dat motiveert hij met Europese regelgeving. Kan hij aangeven wat precies de Europese belemmeringen zijn? Het hoofdprobleem is namelijk ziekenhuizen die in nieuwbouw zitten of dat binnenkort gaan doen. Dat heet dan de badkuipconstructie. Ik vind een steelpannetje overigens een betere omschrijving, want in het begin zit de dip en daarna heb je wat minder last. Vanwege staatssteun kan het nooit een probleem zijn wat aan die systematiek te doen. We zijn niet overtuigd van de motivering van de minister waarom een generieke regeling niet mogelijk zou zijn. We willen daarop graag een antwoord, want dat is heel bepalend voor wat je kunt doen met deze overgangssituatie.

Misschien hebben we het in de haast niet goed gelezen, maar we begrepen het niet helemaal. De minister heeft het over drie jaar nacalculeren en komt vervolgens met een zesjarig staatje aan garantiestellingen. Hoe breng ik die twee bij elkaar? De heer Van der Veen vroeg ook al hoe het met de bedragen zit. De minister heeft het over budgettair neutraal. Het lijkt me heel stug dat we dat voor elkaar gaan krijgen. Om maar iets te noemen, er zit een verkorting van afschrijvingstermijnen in van 50 naar 40 jaar. Ik heb vroeger een bedrijf gehad. Dit soort dingen was niet gratis. Dat kost gewoon geld. Hoeveel geld is dat? Dat staat niet vermeld. Waar is het potje dat de minister daarvoor heeft gespaard? Kan de minister er wat licht op laten schijnen?

Wat doen we met de jaarrekeningen van 2009? Ook de andere woordvoerders hebben dit al aangehaald. Feitelijk zijn we te laat. Ze moeten ook nog naar de NZa. Is het mogelijk om voor dit jaar, of eigenlijk voor 2009, de regels te wijzigen? Wat doen we met de ziekenhuizen zonder vergunning? Die hebben geen vergunning vanwege het feit dat deze discussie eraan kwam. Dan is het wel heel gek dat ze vanwege die redenen niet in

aanmerking zouden kunnen komen voor een overgangsregeling. Dan word je natuurlijk twee keer gebeten en dat lijkt ons erg onterecht. Onze lijn is generiek dat we heel snel door moeten met concurrentie in de zorg, het centraal stellen van de patiënt en kwaliteit, en het wegwerken van wachtlijsten. Daarvoor is deze richting noodzakelijk. We zien graag van de minister nadere duiding van de problemen rond kapitaallasten omdat we nu eenmaal in de huidige politieke situatie zitten. De brief die de minister gestuurd heeft, is een eerste aanzet maar zeker niet volledig op dat punt.

Welk systeem je ook nastreeft, een goede manier van registreren is altijd heel belangrijk en aan te bevelen. Het is ons wel duidelijk dat het een illusie is de DOT per 2011 in te voeren en de functionele bekostiging dan af te schaffen en tegelijkertijd de huidige dbc-systematiek overboord te gooien. We zien de problemen. De afstand die kennelijk tussen DBC Onderhoud en de veldpartijen is ontstaan, was overigens nieuw voor ons. We vinden dit verontrustend en horen hierover graag de mening van de minister. De problemen met de invoering van de DOT zijn groter dan we tot nu toe doorhadden. ICD-10 is nog niet mogelijk. Er wordt nog steeds op basis van te oude gegevens gewerkt. Is het niet verstandig het wel in te voeren per 2011 maar dan als schaduwstelsel. Dit is breed aangedragen vanuit de veldpartijen, zowel de zorgverzekeraars als de ziekenhuizen. Dat doet ook recht aan de politieke situatie. Het laat alles open voor een volgend kabinet van welke signatuur dan ook. Als het volgende kabinet terug wil naar het budgettaire systeem, schaffen we het misschien af. Als we nu DOT in de prullenbak te gooien, werpen we feitelijk een blokkade naar verbetering van de kwaliteit van zorg op voor een kabinet van een andere signatuur. Dat is geen gebruikelijke politiek bij demissionaire periodes. Dus wat ons betreft voeren we het als schaduwstelsel in. Dat doet recht aan alle meningen die in dit huis hierover opgeld doen en het lijkt politiek ook de verstandigste keuze.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Voorzitter. Als je twee liefdes hebt, is het erg schipperen. Ik spreek overigens niet uit ervaring. Het is terecht dat de heer Zijlstra daarover opmerkingen maakt. We zullen keuzes moeten maken. Ik vind het jammer dat sommige collega's dit niet doen. Daarom heb ik de heer Van der Veen lopen triggeren om helder te zijn en aan te geven welke kant we op moeten. Wij zijn daarin wel helder. Wat ons betreft was dit onderwerp niet controversieel. We hadden hierover graag gedebatteerd. In mijn visie is de Kamer niet demissionair en kan wel degelijk beslissingen nemen. Jammer, het onderwerp is controversieel verklaard. Het zij zo. We zullen moeten doorgaan en kijken wat we kunnen doen aan de kapitaallasten. Het veld kan niet wachten op een volgend kabinet. Ziekenhuizen verkeren in grote onzekerheid over de vergoeding van hun kapitaallasten. Het is verstandig dat de minister een generieke overgangsregeling presenteert. Het voorkomt juridische problemen in de toekomst en biedt houvast. Er blijven echter wel een aantal onduidelijkheden en problemen bestaan. Voor ziekenhuizen is het belangrijk dat ze zo snel mogelijk helderheid hebben. De minister vraagt de NZa de overgangsregeling kapitaallasten op te stellen. Wanneer wordt de definitieve overgangsregeling bekend? Zolang deze niet bekend is, kunnen de ziekenhuizen niet vooruit. Ik vraag de minister daarvan snel werk te maken en daarover duidelijkheid te geven.

De ziekenhuizen stellen dat de definitieve regeling in ieder geval te laat komt voor het vaststellen van de jaarrekeningen 2009. Om faillissementen te voorkomen achten ze het noodzakelijk dat over 2009 eenmalig mag worden afgeweken van de gewijzigde verslaggevingregels. Ga eens met het veld, de ziekenhuizen, om de tafel zitten en pas daar een mouw aan. Het lijkt me niet te veel gevraagd om dat in ieder geval voor 2009 op orde te krijgen.

Bouwprojecten die buiten het WTZi zijn of worden gerealiseerd, vallen buiten de overgangsregeling. Welke reden heeft de minister hiervoor? In welk flankerend beleid voorziet hij voor deze specifieke gevallen? Ook zij zullen helderheid moeten krijgen. De curatieve ggz en de categorale instellingen vallen niet onder de voorgestelde overgangsregelingen. Ook zij krijgen met kapitaallastenproblematiek te maken. Wanneer presenteert de minister een regeling voor deze instellingen?

Beloning op basis van prestaties leidt tot kostenbesparing en een hogere kwaliteit voor de patiënten. Uit onderzoek van de NZa blijkt dat de invoering van vrijeprijsvorming goed verloopt. De invoering van DOT zal dit proces versoepelen, maar terecht wordt ook aangegeven dat er veel problemen zijn met de DOT. Wat gaat de minister doen om die problemen op te lossen? We maken ook daarin een heldere keuze. De ingeslagen weg is de weg die we voorstaan. We moeten wel voorkomen dat we straks met een nog groter probleem te maken hebben als we nu te snel gaan en de problemen niet oplossen. We delen het verzoek van het veld om te temporiseren. Ik sluit me bij de heer Zijlstra aan om eerst schaduw te draaien. Dat verzoek komt ook uit het veld. Laten we dat doen zodat we straks in volle vaart vooruit kunnen gaan.

Er gaat ongeveer 54 mld. om in de zorg. Binnen een aantal jaren wordt dat 90 mld. Er is gewoon werk aan de winkel. We zullen definitief keuzes moeten maken. Voor ons is de prikkelwerking in de zorg een middel om de kwaliteit en de betaalbaarheid op orde te krijgen en te houden. Ik zou zeggen: niet angstig zijn en vooruit, maak het met z'n allen mogelijk dat de problemen opgelost worden, als ze er zijn.

Minister Klink: Voorzitter. Voordat ik overga tot het beantwoorden van de vragen, wil ik eerst iets algemeen zeggen. De heer Van der Veen zei dat de brief op hem een ondoordachte indruk maakte. Afgezien van het feit dat het die indruk kan blijven maken, kan ik hem melden dat de brief wel doordacht is. Sterker nog, als we over één brief lang gedaan hebben, dan is het wel over deze brief. En als er over één brief met verschillende departementen en met verschillende partijen van verschillende kleur en origine breedvoerig is gesproken, dan is het ook over deze brief.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik neem mijn woorden terug. Als tijd een argument is als het gaat of iets doordacht of ondoordacht is, is het een heel doordachte brief.

Minister Klink: Misschien moet ik de heer Van der Veen de kwaliteiten van de voormalige minister van Financiën noemen die zich hiermee ook inhoudelijk uitvoerig heeft beziggehouden.

De **voorzitter:** Ik verzoek de minister om niet aan uitlokking te gaan doen.

Minister Klink: Dit is geen uitlokking. Ik zet een paar feiten op een rijtje. Het was en is nodig om hierover goed na te denken om een aantal redenen. Ik zeg eerst iets over de kapitaallasten in algemene zin, daarna over de DOT in algemene zin.

De commissie-Havermans adviseerde ons twee, drie jaar geleden over de kapitaallasten. Er was toen een perspectief op prestatiebekostiging in de toen nog nabije toekomst. De commissie zei dat we een regeling nodig hadden die erin voorzag dat we, waar voor het B-segment werd gekozen, een afbouw van de nacalculatie van drie jaar zouden moeten realiseren, namelijk van 60% naar 30% en vervolgens naar 0%. Dat zijn de drie jaar waaraan de heer Zijlstra refereerde. De commissie zei vervolgens dat we een hardheidsclausule in het leven zouden moeten roepen. Hierdoor zouden instellingen bij de staat langs kunnen gaan wanneer men toch, ondanks het overgangsregime, in de problemen kwam vanwege de regimeverandering. De commissie zei bovendien dat ziekenhuizen, als de

operatie helemaal gefinaliseerd zou zijn, in het kader van een nadere compensatie uiteindelijk naar de rechter zouden kunnen gaan en we daarvoor wellicht ook voorzieningen zouden moeten treffen. Als ik me goed herinner, gaf de commissie-Havermans geen advies over de totale prestatiebekostiging en de invoering daarvan, namelijk niet het B-segment maar het A-segment. Dat is een nieuwe omstandigheid die zich nu voordoet. De commissie-Havermans hield er ook geen rekening mee dat de prestatiebekostiging nog even op zich liet wachten. Sterker nog, je ziet nu dat de prestatiebekostiging over de verkiezingen heen wordt getild en op z'n vroegst in 2012 integraal geïntroduceerd zal worden. De Raad voor de Jaarverslaglegging (RJ) anticipeert in de tussentijd al op de nieuwe omstandigheden met prestatiebekostiging, evenals de banken. Daarmee had de commissie natuurlijk ook geen rekening houden. Ondertussen is de prestatiebekostiging nog niet gerealiseerd. Er zit zelfs een vertraging in. Het gevolg hiervan is dat noch de ziekenhuizen noch de banken weten hoe het regime er in de toekomst gaat uitzien en vooral ook hoe men daarop moet anticiperen omdat men de tarieven nog niet kent. Dus de tarieven zijn nog niet bekend, de prestatiebekostiging wordt nog niet ingevoerd en de RJ vraagt de ziekenhuizen in feite al om af te waarderen en van boekwaarde naar marktwaarde te gaan. Hierover spraken we een half jaar geleden. Tegen die achtergrond zien we ons genoodzaakt iets te doen waar de commissie-Havermans niet om vroeg. Dat is om voorafgaand aan de invoering van de prestatiebekostiging al duidelijkheid te bieden over de manier waarop we met de kapitaallasten omgaan. Waarom willen we die duidelijkheid bieden? Ten eerste willen we de ziekenhuizen inzicht geven in de bedragen waarop ze de komende tijd aanspraak kunnen maken. Ten tweede willen we de banken laten zien langs welke lijnen we de ziekenhuizen zullen compenseren en waarop deze ongeveer kunnen rekenen als we deze verandering introduceren. Dat is ten behoeve van de banken zodat die weer zullen gaan lenen. Ten derde willen we de RJ inzicht bieden. Deze kunnen dan bezien in hoeverre de toepassing van regels voor de jaarverslagen zodanig verandert dat de afwaardering niet hoeft plaats te vinden in die mate waarin ze dat aanvankelijk leken te eisen en waaruit technisch faillissementen zouden voortvloeien.

Los van het introduceren van de prestatiebekostiging geven we met deze brief aan hoe de overgangsregeling eruit gaat zien zodat aan de drie partijen houvast geboden wordt. We hebben natuurlijk ook met de RJ gesproken. Deze geeft ons aan dat de afwaarderingen waarvoor de ziekenhuizen aanvankelijk moesten vrezen, niet hoeven plaats te vinden. Het risico voor technisch faillissementen is daarmee ondervangen. Daarom schrijft de NVZ in de brief verheugd te zijn over de brief die we hebben verzonden. Deze geeft inderdaad het houvast dat naar mijn stellige overtuiging noodzakelijk was en waarnaar we gestreefd hebben. We willen dus reguleringzekerheid bieden voor de toekomst om te kunnen gaan bouwen en om die afwaardering te vermijden. Dat hebben we driezijdig gedaan. We willen de immateriële vaste activa – dat heeft alles te maken met architecten, planontwerpen enzovoorts en de kosten die daarmee samenhangen – in één keer afboeken. Daarmee is een bedrag van 160 mln. gemoeid. Dan is er het probleem met de materiële vaste activa, de restwaarde die met gebouwen te maken heeft, die in het vorige regime een afschrijvingsperiode kennen die langer is dan in het huidige. Daarvoor hebben we ook middelen ter beschikking gesteld. Met de raming van de NZa van 350 mln. of 300 mln. – daar wil ik even van af zijn – hebben we wel degelijk rekening gehouden. In de afbouwregeling voor de komende zes jaar zitten heel veel middelen die tegemoet komen aan de risico's die zich daarbij etaleren. We hebben ook voorzien in het steelpannetje van de heer Zijlstra. De exploitatielasten zijn aanvankelijk vrij hoog en zullen boven de gemiddelde tarieven van de kapitaallasten uitkomen. Dit probleem zullen we ondervangen door in een reeks van

jaren, namelijk gedurende zes jaar, voor het verschil tussen de nacalculatie en de tarieven die in de markt opgebracht moeten worden, rente en aflossing, in aflopende reeks middelen uit te trekken. Er is gevraagd naar de budgetneutraliteit. Inderdaad hebben we in de brief die we de Kamer onlangs toegezonden hebben, gezegd dat er een prijskaartje aan hangt dat binnen het BKZ op een of andere manier gedekt zal moeten worden. Op dit moment schatten we het op zo'n 75 mln. Waarom zou je er überhaupt aan beginnen als dat prijskaartje er aan hangt en als de rentelasten die in die tarieven meegenomen moeten worden evenals de afschrijvingslasten, initieel wellicht meer zijn dan bij de nacalculatie? Dat heeft alles te maken met het feit dat we inderdaad veel verwachten van ziekenhuizen die op basis van eigen inzichten – noem het maatschappelijk ondernemerschap – gaan bouwen en in relatie ook tot de banken daarin doelmatig zullen zijn. We houden rekening met het feit dat het initieel iets zal kosten in de wetenschap en het vertrouwen dat het in de toekomst wel degelijk het een en ander zal opleveren in termen van doelmatigheid. We boeken die doelmatigheidswinst nu nog niet in. We hopen dat deze zich wel zal realiseren; sterker nog, dat verwachten we. Dat is ook noodzakelijk voor de haalbaarheid en betaalbaarheid van ons zorgstelsel.

Ik verwees al naar de brief van de NVZ. Deze zegt zelf dat de DOT welkom is. Dat wordt van vele kanten door de Kamer onderschreven, van links tot rechts, althans van sommigen links en van velen rechts. Ook de heer Van der Veen zei dat de DOT-structuur op zich welkom is. Het biedt meer inzicht in de prijzen. Het is medisch meer herkenbaar dan de huidige dbc's. Het voegt specialismen samen die in feite dezelfde handeling verrichten maar op dit moment in twee dbc's vertegenwoordigd zijn. Het maakt helderder wat in het B-segment en wat in het A-segment en dergelijke zit. Soms zit bijvoorbeeld medicatie in het A-segment, terwijl operaties enzovoorts die ook met prostaatkanker te maken hebben, dan weer in het B-segment zitten. De DOT-structuur moet er inderdaad snel komen. Waar we wel voor staan, is dat DOT onder het FB te introduceren zou zijn. Dat is geen probleem. Je hebt altijd de zekerheid dat je terug kunt calculeren naar het FB-budget als je bijvoorbeeld met verkeerde tarieven zou werken, of als het product nog niet helemaal uitontwikkeld is. Er bestaan dus geen risico's van overschrijding, zij het dat je pas een jaar later kunt corrigeren. Overfinanciering is een risico, maar je kunt altijd terugcalculeren naar het FB. In die zin zou de DOT-structuur geïntroduceerd kunnen worden. Wel is een punt dat er veranderingen zullen optreden tussen het A-segment en het B-segment. Je moet dus het FB gaan schonen voor datgene wat in het B-segment komt. Die schoning als zodanig levert weer problemen op als de veldpartijen – en in dit geval de NVZ – daaraan niet voluit en ruimhartig meewerken. Uit de brief van de NVZ kun je constateren dat de bereidheid om mee te werken niet optimaal aanwezig is. Dan lijkt het mij eerlijk gezegd niet helemaal verantwoord of eigenlijk helemaal niet verantwoord om het toch in 2010 of 2011 door de keel te gaan wringen. Mij lijkt het beste om het dan in 2011 gewoon niet te doen. Wel kun je gaan schaduwdraaien. Over de modaliteit moeten we eens goed denken. We moeten erover denken of het bij alle ziekenhuizen moet. De registratie waarmee we op productniveau in juli 2009 zijn begonnen, zouden we op basis van het feitelijke min of meer schaduwdraaien rond de declaraties, zodanig kunnen aanvullen dat er meer voeling en inzicht ontstaat in de manier waarop het werkt. We moeten goed nadenken over de manier waarop we een plus kunnen zetten op de productregistratie die vanaf juli vorig jaar plaatsvindt.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik dank de minister voor deze heldere toezegging. Het is niet nodig het schaduwdraaien bij alle ziekenhuizen te doen. Het gaat erom dat we op een representatieve wijze kunnen toetsen of het systeem in 2012 volwassen genoeg is om te worden ingevoerd, als het

nieuwe kabinet daarvoor kiest. Dat is wat ons betreft het doel van het schaduwdraaien.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Ook ik dank de minister voor de toezegging. Aanhakend bij de vraag van de heer Zijlstra vraag ik de minister om met de NVZ zelf om te tafel te gaan zitten om te kijken wie daaraan dan mee kan doen en wie niet. Straks leg je de registratie op terwijl de wens om het juist in dat ziekenhuis te doen, niet aanwezig is.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik ben ook blij met deze toezegging. Ik heb voorgesteld om wel het principebesluit nu al te nemen. De DOT-structuur is een behoorlijke verbetering in vergelijking met wat we op dit moment doen. Als je een principebesluit neemt, kun je altijd met proefdraaien beginnen. Hoe staat de minister daar tegenover?

Minister **Klink**: Ik kan me ook voorstellen dat het voor ziekenhuizen zelf belangrijk kan zijn om alvast te oefenen met de DOT-structuur. Dat is dan hun keuze en niet die van ons. In beginsel ben ik het eens met het feit dat het schaduwdraaien van belang kan zijn. Ten eerste biedt het de gelegenheid om als het ware voeling met het proces te krijgen. Ten tweede biedt het de gelegenheid om te zien in hoeverre het daadwerkelijk zo werkt als we veronderstellen, bijvoorbeeld die automatische registratie via de grouper. Ten derde biedt het schaduwdraaien met fictieve prijzen de mogelijkheid om te kijken in hoeverre er overfinanciering uit kan voortvloeien en of de prijzen voldoende scherp zijn. Met dat laatste zijn we in juli al begonnen door op productniveau te registreren, maar daarbij komen de tarieven dan nog. Het kan ook voor de ziekenhuizen van groot belang zijn. Als we het DOT-systeem in 2012 introduceren – en dat zal gepaard gaan met een vorm van een Z-waarde – dan hoeft die waarde misschien niet op 75%, 80%, 90% te liggen, maar kan die wellicht op een lager niveau inzetten omdat de risico's al een beetje uitgefaseerd zijn door meer inzicht. Wellicht kun je de Z-waarde dan na één jaar al afbouwen, zoals onze bedoeling is. Ook de ziekenhuizen hebben dus een belang om te schaduwdraaien, al was het maar omdat het stileren van de instellingsbudgetten weer allerlei nadelige effecten heeft voor de kapitaallasten voor zover sommige met volumegroei gerekend hadden en dus met hogere instellingsbudgetten. Ik denk dat het goed is. Een principebesluit zou me een lief ding waard zijn. Het zou aan de sector reguleringzekerheid bieden die dringend gewenst is op het gebied van kapitaallasten, maar ook over het verdere perspectief van de ziekenhuiszorg. Ik besef en honoreer volledig dat hieraan wel verkiezingen voorafgaan en dat partijen daarover verschillende opinies kunnen hebben. Die zullen ongetwijfeld in de campagnes en in het regeringsakkoord een rol gaan spelen. Democraten als we zijn hebben we ons daarbij gewoon neer te leggen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het spreekt mij ook zeer aan om iets meer tijd te nemen om die DOT te ontwikkelen. Ik heb er ook voor gepleit te gaan schaduwdraaien. Als dat bijdraagt tot betere DOT, moeten we dat zeker doen. Een principebesluit is een beetje lastig. We hebben de vorige keer gezegd dat de DOT nog terug in de Kamer komt op het moment dat ze uitontwikkeld is. En dan wordt er een «go/no go» gegeven. Dat geeft wel aan dat je in principe bereid bent dat te doen, anders vraag je niet om een «go/no go»-beslissing. Ik heb wat moeite in het betoog van de minister dat er meteen Z-modellen en dat soort zaken gekoppeld worden aan datgene waarover we nu overeen lijken te komen met die DOT. Naar mijn idee hebben we het nu alleen over de DOT en de wijze waarop die ingevoerd wordt. Is de rest een lichte bespiegeling geweest die wellicht in de toekomst, afhankelijk van het kabinet, al dan niet tot werkelijkheid zal komen? Dan kan ik het wel vatten.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb een aanvullende vraag. Ik wil nog even het principiële punt markeren. Dat er schaduwgedraaid wordt en dat er partijen voor de DOT-systematiek zijn, dat moge zo zijn. Maar het is niet waarde vrij zoals bijvoorbeeld door de PvdA wordt gesuggereerd, in die zin dat je een DOT-systeem zou kunnen hanteren in een markt vrije situatie – zeg maar meer een budgetteringsstelsel – of dat je het meer zou kunnen gebruiken voor een marktstelsel. De DOT-structuur gaat immers wel degelijk uit van output pricing. Dat lijkt heel erg op het verrichtingenstelsel. Het verrichtingenstelsel in de zorg is juist een marktinstrument. Dat kan gebruikt worden om ziekenhuizen met elkaar te vergelijken, en daarvoor wordt het ook gebruikt. Dus ik wil toch dat principiële punt markeren. Ik vind dat het eigenlijk aan een volgende coalitie is om er ja tegen te zeggen, omdat het naar mijn idee zeker niet waarde vrij is. De minister heeft dit ook al zo geformuleerd.

Minister **Klink**: Ik ben het met de heer Van der Veen eens dat je DOT ook kan invoeren onder het FB. Er hoeft ook geen Z-waarde te zijn. Er is geen Nederlander die nog begrijpt waarover we het hebben, maar de heer Van der Veen wel. Zoals ik al aangaf is de Z-waarde de ultieme vorm van budgetteren. Het is in feite het hele boeltje stileren. Dat neemt niet weg dat je ook daartegen bezwaren kunt hebben en het FB dan beter kunt vinden. De heer Van der Veen heeft daarin gelijk. Het is niet het eindplaatje, het was een bespiegeling.

Ook de heer Van Gerven heeft gelijk. Natuurlijk kun je domweg budgetteren. Je pakt de historische grootheden en zegt: dat had u vorig jaar en dit jaar krijgt u er wat bij en regel het maar intern, want we hebben geen grondslag op basis waarvan we u bekostigen, hetzij via de dbc's of via de DOT. Dat kan, maar ik bepleit het zelf niet. Het is namelijk geen verrichtingenstelsel. Eén ding dat dbc's, en DOT nog beter, verhoeden is dat je per foto, per keer dat je je als het ware aanmeldt bij de kamer van de specialist, betaald krijgt. Integendeel, je krijgt een product betaald, namelijk een diagnose en een daarvan afgeleide veronderstelde behandeling, vandaar diagnose-behandelcombinatie en een geïntegreerd product. Als we naar één ding toe moeten, dan zijn het keten-dbc's waarin nog meer verankerd zit. Maar ik ben het met de heer Van Gerven eens. Ook dat was geen neutrale opmerking.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Het is een beetje lastig met de interventie van de heer Van Gerven dat de woorden «markt» en «marktwerking» haast een soort besmette lading lijken te hebben. Laat ik benadrukken dat we de DOT het beste kunnen benaderen vanuit de principes van het belang van kwaliteit en transparantie. Daarom is het ons in ieder geval te doen. We zijn ook blij met de toezegging dat we het niet in 2010 invoeren, maar wel gaan schaduwdraaien in een aantal ziekenhuizen, zoals de heer Zijlstra voorstelde. Het lijkt me wel belangrijk om ook de zorgverzekeraars in dat proces goed mee te nemen. Ook zij hebben de behoefte aan transparantie. Ze verzoeken juist aan hen te denken, ook als het gaat om schoning van budgetten. Als we met een handjevol ziekenhuizen gaan werken, kan het dat proces ook in de weg staan. Graag hoor ik hierop een reactie van de minister.

Minister **Klink**: Ik ben het over de terminologie wel met mevrouw Wiegman eens. Bij «marktwerking» denken velen dat de cowboys over ons komen. Quod non. De afgelopen jaren hebben we wel iets geleerd rond tariefregulering. We kijken bijvoorbeeld naar de medisch specialisten. Wanneer je er aanspraken van maakt en deze vervolgens wilt veranderen, ben je de nodige jaren bezig, terwijl de ontsporingen zich als het ware voor je ogen aftekenen. In een onderhandelings sfeer waarbij je vrije tarieven hebt, is dat het jaar daarop al te ondervangen. Dat kan bij

tariefregulering niet. Het idee dat het allemaal knus en genoeglijk is op het moment dat je geen vrije onderhandelingen kent, is niet waar. Die knusheid kost een heleboel geld en een heleboel bureaucratie. Dat neemt niet weg dat we de zorgverzekeraars inderdaad mee zullen moeten nemen. Ik wil overgaan tot het beantwoorden van de vragen. Mevrouw Smilde vroeg of er een principebesluit over de invoering van DOT genomen kan worden. Het staat de Kamer vrij daarover nu een uitspraak te doen, maar de volgende Kamer staat het weer vrij om daarvan vervolgens lekker weer af te zien, als ze dat wil. De nadelen van de invoering van DOT onder het FB heb ik genoemd. Die hebben met die schoning te maken. De DOT drijft de kosten niet op. Het is wel de bedoeling dat de tarieven dusdanig gekozen worden dat er in ieder geval budgetneutraal wordt rondgerekend. Dat zal de kosten niet opdrijven, tenzij natuurlijk die prijzen verkeerd gekozen worden. Dan bestaat er wel een risico van overfinanciering. Dan moet je terugrekenen naar of een Z-waarde, of een FB, of een budget, of whatever. De invoering van DOT onder het FB is wel mogelijk maar heeft wel nadelen.

Schaduwdraaien kan dus. Ik zal kijken in hoeverre dat ook via nieuwe registratieregels kan. Dan ben je dus niet alleen bezig met het registreren van de producten, maar ook met het schaduwdraaien met het hele proces van declareren.

Mevrouw Wiegman vroeg of de invoering van DOT invloed heeft op de bekostiging van de medisch specialisten. In ieder geval komen de zorgproducten van DOT niet een-op-een overeen met de huidige dbc's. De normtijden van de medisch specialisten moeten daarop aangepast worden. Bij de zogenaamde herallocatie van de normtijden worden de normtijden van de medisch specialisten dus omgezet naar normtijden van de DOT-producten. Dat moet wel minuutneutraal gebeuren, waarmee de bureaucratie ook weer is geïllustreerd.

De voortgang van de DOT wordt op dit moment door een onafhankelijke projectleider bewaakt. Deze projectleider is samen met de veldpartijen en DBC Onderhoud hard bezig. Er is een planning opgesteld. Die bevestigt dat de invoering tot op dit moment loopt volgens de schema's die daarvoor in het leven waren geroepen. Ik constateer met de Kamer dat de NVZ hierover een brief heeft geschreven en de invoering van vraagtekens voorziet. Ik zal met de NVZ in overleg gaan wat dat precies betekent. Als de DOT pas in 2012 wordt ingevoerd, komen we materieel tegemoet aan de NVZ.

De invoering van ICD-10 is geen voorwaarde voor de invoering van DOT. Het zijn twee afzonderlijke trajecten die om afzonderlijke registratie vragen. Daarom is een goede koppeling tussen die twee wel noodzakelijk om te vermijden dat ICD-10 als het ware naar voren komt en er een spontane registratie ontstaat op het moment dat je in DOT registreert. Mevrouw Smilde vroeg of het waar is dat per 1 juli van dit jaar tien ziekenhuizen technisch failliet zouden gaan. Ik gaf al aan dat de RJ concludeert dat de voorliggende brief in ieder geval zal doorwerken in de regels die men hanteert voor het jaarverslag.

Over de kapitaallasten radiotherapie ligt een heel verhaal voor. Ik ga dat maar eens voorlezen. Toen duidelijk werd dat 1 januari niet gehaald zou worden, ontstond er een hybride situatie. Enerzijds was het bouwregime dus afgeschaft, waardoor de kosten voor nieuwbouw niet verwerkt konden worden in de budgetten omdat de NZa alleen bouw met vergunning in de budgetten kan verwerken. Dat was nog in de periode hieraan voorafgaand. We hebben toen in het regeringsstandpunt bij het rapport van de commissie-Havermans een marginale toets ingebouwd op basis waarvan we na zouden gaan in hoeverre dat nagecalculeerd zou kunnen worden, althans in het FB zou kunnen worden opgenomen op het moment dat men zou gaan bouwen, vanwege het risico dat anders ontstaat dat er willekeurig gebouwd zou worden en we dat via het FB zouden moeten gaan vergoeden. Die marginale toets hebben we vorig

jaar juli weer ingetrokken. Dat betekent dat de NZa, zo lang er een FB is, alle investeringen voor een nacalculatie via het FB in aanmerking brengt, uitgezonderd de investeringen die in het B-segment plaatsvinden. Voor de radiotherapie betekent dat de investeringen in nieuwe capaciteit zullen worden nagecalculeerd zolang er een FB bestaat. Het blijft natuurlijk dat de bank zal moeten willen financieren. Vandaar ook dat we die marginale toets konden intrekken. De bank kijkt er immers al kritisch genoeg naar en die leent alleen als er sprake is van een goed onderbouwd businessplan. De bank weet dat het FB zal ophouden te bestaan. De zekerheid van nacalculatie duurt dan ook nog maar enkele jaren en zal voor de bank nooit doorslaggevend zijn. Eenmaal onder het FB gebracht zal ook de nu voorgelegde overgangsregeling van toepassing zijn op de investeringen. In de nieuwe DOT-structuur wordt er rekening gehouden met de verschillen in kapitaalintensiteit. Dat is wel belangrijk in de richting van de commissie. Voor deelsectoren waarvoor de kapitaalintensiteit groot is en die dus uiteindelijk terugkomt in die specifieke DOT, zullen de gemiddelde tarieven voor de kapitaallasten ook hoger liggen dan in andere dbc's of DOT. Dus daar vindt langs verticale lijnen vanwege de differentiatie in die tarieven en de differentiatie in de kapitaallastenintensiteit in ieder geval honorering plaats van de extra kosten die daarmee gemeoid zijn.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Mag ik een verduidelijkende vraag stellen? De minister las het stuk over de radiotherapie voor. Dat is in de snelheid dan wat slecht te volgen. Dat ligt niet aan de minister. Begrijp ik het nu goed dat als het gaat over radiotherapie, die onderdeel is van het A-segment, alle kosten die te maken hebben met de kapitaallasten kunnen worden nagecalculeerd?

Minister **Klink**: Onder het FB vindt nacalculatie plaats, maar we zorgen ervoor dat op het moment dat we naar prestatiekosten toe gaan, de tariefstructuur dusdanig is dat de extra lasten die gemeoid zijn bij radiotherapie, betonnen wanden enzovoorts, daarin zitten.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Als het onder het FB valt en er vindt een volledige nacalculatie plaats, betekent dat dan, los van de radiotherapie, dat zolang de FB-systematiek bestaat, de kosten die samenhangen met kapitaallasten, altijd voor 100% nagecalculeerd kunnen worden? Ik zal het nog concreter vragen. Stel dat we volgend jaar nog een FB hebben, kan alles in het A-segment dan nagecalculeerd worden?

Minister **Klink**: De nacalculatie in de traditionele zin op basis van de vergunningenbouw is er alleen maar voor zover er onder het oude regime gebouwd werd. In het nieuwe regime worden de kapitaallasten onder het FB vergoed. Men kent het FB. Men weet ook dat het FB wordt toegekend. Maar de kapitaallasten worden op zichzelf laag gehouden gegeven het feit dat de banken er kritisch naar kijken en dus wordt het via het FB geaccommodeerd. Daarom hebben we de marginale toets vorig jaar weggehaald in het vertrouwen dat de krachten die daar werken per definitie de kosten laag houden. Atrium en Orbis en alles wat daarmee samenhangt mogen een illustratie daarvan zijn.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Misschien dat ik er straks nog op terugkom omdat ik het een vrij principieel punt vind. Maar het kan ook zijn dat ik het gewoon niet snap. De laatste opmerking van de minister acht ik trouwens ook niet onmogelijk. Je zou voor volgend jaar geen tussenoplossing voor die kapitaallasten hoeven te hebben als je de nacalculatie binnen die FB-systematiek zou kunnen handhaven. Dat had ik aangegeven. Nu begrijp ik uit het voorbeeld van de radiotherapie dat dat het geval is.

Minister **Klink**: Ik kom er graag in tweede termijn op terug voor zover ik de informatie van de heer Van der Veen nu mis. Voor zover ik goed geïnformeerd ben, heeft er nog geen bouw plaatsgevonden van ziekenhuizen buiten de vergunningen om. Dat is nog niet gebeurd. Er vindt altijd een nacalculatie plaats op grond van het feit dat men een vergunning gekregen heeft. Op het moment dat een ziekenhuis wil gaan bouwen los van de vergunningen die men krijgt, dan zal men er natuurlijk op letten dat het binnen de kaders van het FB plaatsvindt, zodat men toereikende middelen heeft. Iedereen weet dat we, als we afstappen van het FB, in de dbc- of DOT-structuur toereikende kapitaallasten toegekend krijgen, want dat is prestatiebekostiging. Die kostprijzen moeten dan deugen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Zit dan in de vergoeding die in die dbc/DOT-vergoeding zit, een opslag voor specifieke gevallen zoals radiotherapie?

Minister **Klink**: Ja. En die gemiddelde kapitaallasten zijn gedifferentieerd al naar gelang de aard van het zorgproduct. Dat zit er dus in verdisconteerd. Het nadeel van het FB is dat het niet meer een-op-een loopt met de feitelijke productiekosten die je aan een dbc kunt koppelen. Daarom hebben sommige ziekenhuizen daarbij, gemeten naar hun prestaties, domweg een voordeel en andere ziekenhuizen een nadeel. Dat is ook het nadeel met die gebouwen binnen het FB. Als je al aan die onzekere marge zit, heb je ook minder marge om te gaan bouwen. Dat is wel een probleem dat binnen het FB optreedt. Op het moment dat je het FB pakt en dat historisch doortrekt, of je muteert het voor de contracten die gesloten zijn met verzekeraars, biedt dat op zichzelf voldoende kader om te gaan bouwen.

De curatieve ggz wordt meegenomen in een boekwaardeonderzoek dat we binnen de care aan het doen zijn. Dat ronden we af op 12 april, dus over minder dan een week. Een dergelijk onderzoek wordt ook bij de categorale instellingen gestart. Ik teken er wel bij aan dat men nog geen B-segment kent en dat de problematiek hierdoor iets minder gecompliceerd is dan bij de somatische zorg.

Er wordt gesproken over een brief aan de accountants voor de afwaardering. Ik gaf al aan dat met hen al gesproken is en dat naar onze stelligste verwachting de voornemens tot de aanpassing niet zullen doorgaan.

De academische ziekenhuizen kennen een ander regime dan de niet-academische ziekenhuizen. Voor zover de Kamer daarover nader geïnformeerd wil worden, doe ik dat liever schriftelijk.

Over de budgetneutrale inpassing heb ik al gezegd dat we tot 2017 ramen dat er per jaar 75 mln. voor ingeboekt moet worden om de problematiek van de exploitatielasten en de problematiek van de restwaarde te kunnen oplossen.

Er werd gevraagd naar de crisisgelden en de iva, de afschrijving, die 160 mln. Het afgelopen halfjaar heeft de NVZ bij monde van de voorzitter verschillende keren aangegeven dat men graag wilde bouwen, maar dat de reguleringonzekerheid in de weg stond. Verschillende ziekenhuizen, waar onder het Groene Hart Ziekenhuis en het Reinier de Graaf Gasthuis, hebben dit ook aangegeven. Bij de banken kwam men gewoon niet door, dan wel moest men een hoge opslag betalen. Nu we de reguleringszekerheid kunnen bieden – en daarvoor waren die iva-middelen nodig, evenals de materiële vaste activa – ziet men daartoe veel meer mogelijkheden. We verwachten dan ook dat die bouw zal plaatsvinden. Dat is effectiever dan de middelen aan het WFZ toekennen omdat je nu een directe relatie naar de vermogenspositie van de instellingen creëert. Die 160 mln. was aanvankelijk inderdaad bedoeld om bouwactiviteiten te realiseren. Vorig jaar gingen we in het kabinet er nog wel vanuit dat de crisis een sterke V-curve zou kennen: een diepe crisis met wellicht een

snelle opvering. De aard van de financiële crisis is dusdanig dat dat niet het geval is. Je ziet een meer U-achtige constructie – dat hopen we althans – zodat het nog echt zinnig is en behulpzaam voor de economie als er bouwactiviteiten ontplooid worden. Daarom bepleit ik sterk die 160 mln. te bestemmen ten behoeve van die reguleringszekerheid, zeker nu ik er met mijn collega van Financiën uitgekomen ben. Dat was overigens ook het geval met mijn vorige collega. Ik verwacht dat die ziekenhuizen dan daadwerkelijk sneller overgaan tot bouwactiviteiten. Ik zal ze even noemen. Het betreft het Meander Medisch Centrum in Amersfoort, het Zaans Medisch Centrum en het St Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein, naast de twee ziekenhuizen die ik al noemde.

Wat betreft de opslag op de rente, risico-opslag en solvabiliteit die aangevuld moeten worden, ben ik het met mevrouw Wiegman eens dat dit de keerzijde is van het streven naar meer doelmatigheid in de bouw. We hopen dat de instellingen geprikkeld worden om goede investeringen te doen en de arbeidsproductiviteit te verbeteren. Ik zeg er nadrukkelijk bij dat dit de inzet is die we in het coalitieakkoord hebben neergelegd, namelijk dat we het kapitaallastenregime zouden herijken en dus tot risicodragendheid van de ziekenhuizen in dit geval zouden overgaan.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink**(ChristenUnie): Dat is zo en daarom ging ik er wat genuanceerd op in toen de heer Van Gerven mij interrumpeerde. Ik ben me daar heel goed van bewust. Op het moment dat het coalitieakkoord werd opgesteld, was er nog geen sprake van een crisis. Het zijn allemaal wel versterkende maatregelen en dat heeft dan een forse invloed. Dat is voor mij geen argument in de trant van «zie je wel, het is allemaal niks en het zal allemaal nooit wat worden», maar het is toch wel een oproep om creatief te bekijken hoe we zo veel mogelijk van dat geld uiteindelijk wel in de zorg kunnen gebruiken. We zitten met een heroverwegingsoperatie en zeggen dat het makro kader niet al te fors moet gaan groeien, terwijl er juist hier sprake is van forse groei. Daarom vroeg ik me af of de terugbetaling van de banken, die kapitaalinjecties, niet actief gebruikt kan worden voor financiering van de infrastructuur van de zorg, zodat we daarmee toch wat meer kunnen doen.

Minister **Klink**: Voordat ik antwoord op de vraag van mevrouw Wiegman geef, wil ik nog even een opmerking maken. We veronderstellen en hopen dat ziekenhuizen kritischer naar hun eigen doelmatigheid zullen gaan kijken, ook bij hun bouwactiviteiten en bouwplannen. Het is ook van belang om te constateren dat het WFZ waarnaar de heer Van der Veen verwees, van groot belang is voor de ziekenhuizen. Men zal zich inspannen om zich te kwalificeren en om te voldoen aan de eisen die het WFZ stelt. Dat maakt ziekenhuizen alleen maar gezonder in die zin dat de financiële posities wat robuuster zijn.

Wat betreft de terugbetaling van de banken kom ik er niet door als ik de minister van Financiën vriendelijk in de ogen kijk en zeg dat hij waarschijnlijk met de nodige rente die bedragen hopelijk allemaal krijgt terugbetaald. Het is ook niet de bedoeling om als het ware bij het BKZ leentjebuurtje te gaan spelen bij andere begrotingen. Dus ik vrees dat het niet gaat lukken, zelfs als ik het zou willen.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik wil hierop nog even doorgaan want het is een zeer belangrijk punt. Iedereen vindt dat het niet wenselijk is dat geld onnodig naar rentelasten of risico-opslag verdwijnt, terwijl het eigenlijk aan zorg besteed moet worden. Ik doe toch nog eens een oproep aan de minister om te kijken of er geen oplossingen zijn. Ik heb zelf voorgesteld ervoor te zorgen dat alle ziekenhuizen gebruik kunnen maken van het WFZ, als er tenminste een fatsoenlijk verhaal ligt. Laten we de kwestie Orbis even buiten de orde beschouwen. Als er een fatsoenlijk nieuwbouwplan ligt – neem bijvoorbeeld het Reinier de Graaf Gasthuis of het

Meander Medisch Centrum – dan is het in mijn ogen een beetje onzinnig dat we een risico-opslag van 1,25% kwijt zouden zijn en dat het vermogen naar 4 mld. zou moeten stijgen. Als we er met z'n allen van overtuigd zijn dat dat ziekenhuis er moet komen en dat het een fatsoenlijk plan is, is het in feite toch voor de banken gedekt als we een WFZ hebben om het risico af te dekken. Dan zouden we een heleboel kunnen besparen. Ik vraag de minister wat hij van deze suggestie vindt.

Minister Klink: Het WFZ stelt niet voor niets eisen. Dat doet het om de andere ziekenhuizen die participeren, te vrijwaren van al te grote risico's die in feite door iemand gecreëerd worden die z'n eigen financiële huishouding niet op orde heeft. Ik wil niet tornen aan de eisen die het WFZ voor participatie stelt. Het geeft ook aan dat in het huidige regime de risico's voor een groot deel afgewenteld worden op derden als de ziekenhuizen geen vermogensposities hebben opgebouwd. Daarom kom je het WFZ niet binnen als je niet aan bepaalde solvabiliteitseisen voldoet. Dan staat de overheid garant, en dat zijn wij. Er wordt op ons geappelleerd en gerappelleerd van de zijde van de IJsselmeerziekenhuizen, van het Orbis Medisch Centrum, van het Vlietland Ziekenhuis, enzovoort. Die komen bij ons aankloppen om van overheidswege steun te krijgen wanneer hun vermogenspositie niet florissant is en ze door de benen dreigen te gaan, Het is niet zo dat als we de vermogenspositie van ziekenhuizen niet zouden realiseren, gegeven de verandering van de kapitaallastenregime, het dan per definitie schadevrij rijden is zonder al te hoge kosten. Die komen dan weliswaar niet in renteopslagen en in solvabiliteit terug, maar wel in risico's die je aan de overheidshuishouding toevoegt. Dat is ook mede de reden waarom we gekozen hebben voor de verandering van het kapitaallastenregime om zo toch een gezondere financiële huishouding te realiseren.

De heer Van Gerven (SP): Ik ga uit van de feiten. We hebben een liberalisering van de kapitaallasten. Je kunt zeggen dat de verantwoordelijkheden meer bij de ziekenhuizen zelf en de besturen liggen. Men moet zijn eigen broek ophouden. Maar dan nog kan het van belang zijn dat een WFZ en in laatste instantie de overheid een zekere borging bieden. Borg staan is iets anders dan staatssteun. Als het een keer fout mocht gaan, dan is dat zo. Het hoeft in principe geen geld te kosten, maar het beperkt de rentelasten. Wat hebben we eraan om het vermogen te laten stijgen terwijl het geld aan zorg besteed moet worden?

Minister Klink: Ik ben het op zich met de heer Van Gerven eens. Je moet je echter wel kwalificeren voor het WFZ. Dan heb je inderdaad de rugdekking van de andere ziekenhuizen. Die willen wel dat de beginsituatie gezond is voordat je überhaupt deelneemt. Anders is het al snel afwentelen op derden. Daar zou ik ook geen trek in hebben als ik het goed voor elkaar had. Komen die niet in beeld, dan komen wij in beeld als overheid. Je ziet ook dat de ziekenhuizen bij ons langskomen, en niet alleen ziekenhuizen, ook Meavita bijvoorbeeld. En dan sta je nog voor de nodige miljoenen aan de bak. Dat is in feite wat ik zeg. Het is wel een afruil, maar geen schadeloze afruil.

Voorzitter. Mevrouw Wiegman had nog een vraag over de verlenging van de overgangsregeling als de prestatiebekostiging later wordt ingevoerd. In de brief hebben we gezegd dat de overgangsregeling in feite nu ingaat. Dat lijkt een beetje vreemd omdat je de prestatiebekostiging later invoert. We hebben in 2008 wel al afstand genomen van de nacalculatie en de vergunningsbouw. Op dit moment bouw je al voor eigen risico. Ziekenhuizen moeten nu en de komende zes jaar al rekening houden met het feit dat men straks met de kapitaallastenvergoeding die in de DOT zit, zal moeten kunnen volstaan. Dat weet men nu. Dat wist men anderhalf tot twee jaar geleden ook al. Omdat de nacalculatie nog 100% is, kan men

zich nu daarop voorbereiden. En die nacalculatie kost natuurlijk ook geld. Nu is die immers in feite 100%, en we bouwen hem gewoon niet af. De percentages zullen we fixeren op het jaar zoals genoemd in de brief. In 2013 en 2014 liggen die lager. Stel dat de prestatiebekostiging in 2014 wordt ingevoerd, dan houdt je wel 100% nacalculatie tot 2014 en zijn sommige ziekenhuizen beter af.

De heer **Van der Veen** (PvdA): In het model van de nacalculatie staat de ingangsdatum vast ongeacht wanneer de prestatiebekostiging begint. Zo heb ik het gelezen. De minister geeft dat ook aan. Is het voorstelbaar dat je de huidige systematiek nog een jaar door laat lopen en de ingangsdatum daarmee ook een jaar opschuift? Ik denk aan die 100% nacalculatie in het FB of in ieder geval het A-segment. Daarover hebben we het met betrekking tot de radiotherapie ook steeds gehad. Je krijgt nu de rare situatie dat de ingangsdatum vaststaat terwijl de prestatiebekostiging – als die al doorgaat – dan niet ingevoerd is. Bovendien hebben we net geconstateerd dat de DOT pas in 2012 wordt ingevoerd. Ik vind het evenwichtiger om de kapitaallasten nog in de oude systematiek te versluiten en op het moment dat je ook de DOT-systematiek hebt, die afbouwregeling van kracht te laten worden. Dan weet je ook of het kabinet wil dat die prestatiebekostiging al dan niet doorgaat.

Minister **Klink**: Ik begrijp die opmerking. Er zit een logica in te denken dat de overgangsregeling gelijk oploopt met de invoering van de prestatiebekostiging, ware het niet dat we al eerder zijn afgestapt van het beginsel van de nacalculatie. Waarom willen we die overgangsregeling? Die willen we om de eerste aanloopkosten – het steelpannetje van de heer Zijlstra – te ondervangen. Naarmate je de prestatiebekostiging in de tijd laat opschuiven, nemen de exploitatiekosten die aan het begin hoog zijn, geleidelijk af. Daarom laten we de afbouw gelijk daarmee oplopen. De logica die de heer Van der Veen ziet, zie ik ook, maar daarnaast staat weer een andere logica. Die is meer financieel inhoudelijk. Dat heeft ook te maken met die restwaarde. Die kosten faseren uit, vandaar dat we die een-op-een willen laten lopen met de fasering van het overgangsregime.

De heer **Zijlstra** (VVD): Dit is wel een vrij belangrijk onderdeel van de manier waarop we die overgangsregeling gaan vaststellen. Ik kan de logica van de heer Van der Veen goed volgen. Als ik het antwoord van de minister hoor, hebben de betreffende ziekenhuizen dus, als de afschaffing van het FB – want daar gaat het feitelijk om – in 2013 of 2014 zou plaatsvinden in plaats van in 2012, een financieel voordeel. Normaal gesproken zouden ze immers in het uitgroeienscenario met een lagere nacalculatie te maken hebben gekregen, maar omdat het FB nog bestaat, krijgen ze een volledige nacalculatie.

Minister **Klink**: Dat klopt. Als je alleen naar dit aspect zou kijken hebben sommige ziekenhuizen er belang bij om de nacalculatie zo lang mogelijk te laten voortgaan en de prestatiebekostiging niet in te voeren.

De heer **Zijlstra** (VVD): Wat zijn dan die andere aspecten die ook van belang zijn?

Minister **Klink**: Andere ziekenhuizen hebben exploitatielasten die lager dan gemiddeld zijn als je aan het einde van je cyclus zit, en die krijgen ook een gemiddelde tariefvergoeding. Binnen de boezem van het NVZ zal het wel eens broeien, denk ik.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik twijfel niet aan de logica van zowel de heer Van der Veen als van de minister. Het klinkt logisch maar is het ook werkbaar? Dat is wat me de laatste jaren

steeds is opgevallen. In principe zou er duidelijkheid moeten zijn. In principe zou het WFZ zijn werk goed moeten doen. In principe zouden de banken hun kredieten moeten verstrekken. In principe zou nieuwbouw of verbouw mogelijk zijn. Ik heb de afgelopen jaren steeds gezien dat ziekenhuizen tegen muren aanliepen. Ze kregen gewoon de boel niet rond. Waarnaar ik vandaag vooral op zoek ben, is niet alleen de logica maar ook de werkbaarheid van afspraken. Kunnen we echt zeggen dat die heel beperkte overgangsregeling voldoende is? Of moeten we zeggen dat de overgangsregeling misschien wel logisch is, maar dat we in de praktijk moeten constateren dat ze lastig werkbaar is?

Minister **Klink**: Laat ik één ding vooropstellen. Toen nog onduidelijk was dat we de iva op deze manier helemaal zouden vergoeden en dat de exploitatielasten, het steelpannetje, niet vergoed zouden worden, waren sommige ziekenhuizen waaronder de Isala klinieken toch in staat een lening te krijgen bij de bank. Zo zijn er meer voorbeelden van leningen die verstrekt zijn. We bieden nu meer gemak, meer comfort. De NVZ zegt verheugd te zijn over deze brief. Ze heeft wel een paar kanttekeningen, onder andere bij de restwaarde. De RJ zal naar alle waarschijnlijkheid de toepassing van regels aanpassen. Dat geeft ook meer comfort.

De heer **Zijlstra** (VVD): Naar alle waarschijnlijkheid is dat weer zo'n zinnetje waarvan je denkt ...

Minister **Klink**: Ik wil niet op de stoel van de RJ gaan zitten maar de contacten die we gehad hebben, zijn vrij evident. De afwaardering zal niet op die manier plaatsvinden. Dat is ook wel logisch. Het gaat erom de objecten als het ware economisch in je boeken op te nemen. Die marktwaarde en wat je kunt verdienen moeten worden opgenomen en niet datgene wat je nagecalculeerd krijgt. Nu ontstaat er meer helderheid over wat er in de tarieven komt. Over de hele linie zie je dat men blij is met deze brief. Het is ook wel logisch dat het geld kost. Die logica zit er in ieder geval in dat het voor sommige ziekenhuizen plezieriger is om in 2014 100% nagecalculeerd te krijgen dan 80%. Nog extremer is het om in 2016 70% nagecalculeerd te krijgen in plaats van de 100% als de prestatiebekostiging pas in 2017 ingevoerd zou worden. Men wist hoe het overgangsregime eruit kwam te zien en dat er geen abrupte breuk zou ontstaan en er reguleringonzekerheid zou zijn.

Voorzitter. Op dit moment kennen we regelingen voor de kleinere ziekenhuizen. We zullen die moeten aanpassen op basis van de prestatiebekostiging en het feit dat we vooral die ziekenhuizen die belangrijk zijn tegen een achtergrond van een bereikbaarheid binnen 45 minuten, zullen moeten gaan aanwijzen. Die zullen we in het licht van de prestatiebekostiging van een beschikbaarheidsvergoeding moeten gaan voorzien. Dat loopt dus parallel met de introductie van de prestatiebekostiging en die is niet voorzien voor 2011.

De heer Van Gerven vroeg naar Prismant, dat voorstelde de kapitaallasten over tien jaar te simuleren. Dat is gedaan in het kader van het boekwaaardeonderzoek en het ramen van de budgettaire gevolgen door de NZa.

De heer **Van Gerven** (SP): Het is heel fijn dat dat onderzoek gedaan is. Wat was daarvan de uitkomst? Dan kom ik nog even terug op de discussie over die zes jaar die de minister voorstelt. Prismant pleit voor tien jaar afbouwen.

Minister **Klink**: Tien jaar afbouw kan natuurlijk ook, maar dan heb je wellicht te maken met lagere percentages die je vergoedt. Mij staat het model niet voor ogen. We hebben wel ons model uitvoerig laten testen, ten eerste financieel door onze nauwe contacten met het ministerie van Financiën en ten tweede juridisch door de landsadvocaat. Een overgangs-

regeling is bedoeld om instellingen in een positie te zetten om zich op een verantwoorde manier te verhouden tot een nieuwe situatie. Dat betekent niet dat in elk overgangsregime alle kosten voor alle instellingen op hun niveau per definitie weggenomen moeten worden. Dat is althans het juridische handvat op basis waarvan de landsadvocaat ernaar gekeken heeft. Deze kwam ook tot de conclusie dat dit een verantwoord en bestuurlijk zeer verantwoord overgangsmodel was en is.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik maak een uitstapje naar de hypotheekrente-af trek. Het CDA doet het nog niet, maar er zijn partijen die zeggen dat er een overgangsregime moet komen. Ze stellen iets nieuws voor met een overgangsregime van wel 20 tot 30 jaar. Het is de vraag of zes jaar voldoende is als we van het ene naar het andere systeem gaan. Ik heb begrepen dat een ziekenhuis dat nieuw gebouwd heeft, tien tot twaalf jaar nodig heeft. Prismant is niet voor niets op een schema van tien jaar gekomen. Laat ik de vraag concreet maken. Heeft die zes jaar te maken met bepaalde budgettaire beperkingen of is het op een objectief oordeel gestoeld? Kan de minister dit aangeven?

Minister **Klink**: Ik gaf zo-even al aan dat tien jaar een van de verhoudingsgetallen is. Het andere is het percentage waarmee je afbouwt. Ik constateer dat de NZa een raming van de kosten heeft gemaakt en dat we inderdaad voor een heel groot deel die kosten in onze overgangsregeling meenemen. Men kent al vier jaar het gegeven dat het regime veranderd wordt en dat de kapitaallasten geïntegreerd worden in de tarieven. We doen daar nog zes jaar bij. Een beetje flauw om te zeggen: vier en zes is precies die tien jaar die de heer Van Gerven bepleit. De overgangsregeling die we getroffen hebben, is juridisch haalbaar en financieel buitengewoon fatsoenlijk. De ziekenhuizen die nieuw gebouwd hebben, hebben vooral in het begin te maken met een restwaardeproblematiek en hogere exploitatielasten, maar ze hebben wel een nieuw gebouw. Via dat nieuwe gebouw kun je en zul je in de regel ook meer adherentie krijgen, meer volume. Dat volume tikt door in de tarieven die men krijgt als de prestatiebekostiging wordt ingevoerd. Dat zou onder een FB niet het geval geweest zijn. Je krijgt dan wel 100% nagecalculeerd, maar je krijgt nooit meer dan deze 100%. Straks krijg je een vaste som als vergoeding die afhankelijk is van je dbc. Naarmate je meer van die dbc's produceert, krijg je ook meer vergoed. Dus in die zin zit er ook een voordeel aan: nieuw gebouw, nieuwe adherentie, efficiënter werken en tegelijkertijd meer gecontracteerd krijgen. Eerlijk gezegd weet ik niet of Prismant daarmee gerekend heeft.

De heer **Van Gerven** (SP): De minister heeft dit eerder ook al beweerd. Een nieuw gebouw levert meer omzet op, dat is zo. Er is wel over nagedacht. Het gaat erom of alle nadelen – die verschillen per individueel ziekenhuis – voldoende gecompenseerd worden. De minister zegt dat men al jaren heeft kunnen anticiperen. De minister heeft ook net gezegd dat er al twee, drie jaar niet gebouwd wordt vanwege de huidige onduidelijkheid. Dat leidt ook tot allerlei verliezen en nadelen. Wil de minister toch nog eens hierop ingaan? Stel dat er een meerderheid is die instemt met die zes jaar, hoe zit het dan als ziekenhuizen zich desondanks benadeeld voelen in het systeem dat de minister voorstelt?

Minister **Klink**: Rekent u er maar op dat mocht u gaan regeren en de hypotheekrente gaat aanpassen, ook u met die vraag komt te zitten. Als u voor iedere Nederlander afzonderlijk moet gaan nacalculeren wat hij al dan niet verloren heeft, dan hebt u nog heel wat te doen de komende jaren. Dit is een meer dan anekdotische opmerking. Dat is precies wat hier gebeurt. Je kunt niet ieder individueel ziekenhuis langs de meetlat gaan leggen. Dat is ook niet de bedoeling van een overgangsregime. Dat moet

fatsoenlijk en bestuurlijk verantwoord zijn. En dat hebben we gerealiseerd. Ik hoorde zo-even de voorzitter, die ervaringsdeskundige op dat gebied is, en passant tegen zichzelf zeggen dat het al gauw 5% aan omzet scheelt. Die 5% extra omzet zijn reële extra inkomsten op het moment dat je een nieuw gebouw hebt. Het deel van het tarief dat te maken heeft met de kapitaallasten krijg je als meerwaarde boven op datgene wat je nagecalculeerd zou krijgen onder het oude regime.

De **voorzitter**: Maar dan wil ik wel corrigeren dat de ziekenhuizen in de buurt natuurlijk die 5% minder gaan krijgen.

Minister **Klink**: Ja, dat is inderdaad een nadeel voor die ziekenhuizen. Het is in die zin wel een belangrijke opmerking omdat ziekenhuizen die met oude gebouwen te maken hebben, daarvan een nadeel kunnen ondervinden, want daaraan wordt adherentie onttrokken. Die hebben wel weer een hogere vergoeding gerelateerd aan de feitelijke kosten. Aan het einde van de cyclus heb je immers lagere rente- en aflossingskosten. Je krijgt dan meer gecompenseerd op grond van het feit dat je met gemiddelden zit. Dat is dus een voordeel. Dit illustreert precies wat ik zeg. Op het moment dat je dit over de hele linie moet gaan doen, moet je er gewoon niet aan beginnen. Dan moet je het bij nacalculatie houden.

Voorzitter. De heer Van der Veen vroeg welke ziekenhuizen in de problemen komen. We hebben geen signalen. De NVZ heeft gezegd dat tien ziekenhuizen technisch failliet gaan. We hebben navraag gedaan en eerlijk gezegd krijgen we die gegevens niet boven water. Dat neemt niet weg dat er wel een reëel probleem onder zit: de afwaardering. Die hebben we ondervangen. Naar we nu vernemen, is het probleem van een technisch faillissement gewoon van tafel.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het is wel belangrijk. Tot nu toe hangt er steeds boven de markt dat er vijf tot tien ziekenhuizen op dit moment in de problemen zouden komen vanwege onduidelijkheid over de kapitaallasten. En dan heb ik het niet over die technische afwaardering. Ik moet zelf eerlijk zeggen dat ik bij navraag nooit verder ben gekomen dan één ziekenhuis. Het is wel goed duidelijkheid daarover te hebben. Een van de redenen waarom we in de procedurecommissie hebben gezegd dat dit probleem aangepakt moet worden, was vanwege ziekenhuizen die in de problemen zouden komen.

Minister **Klink**: De heer Van der Veen stipt dit terecht aan. Wij krijgen van de accountants en banken niet te horen dat er ziekenhuizen op dit moment op de rand van een faillissement staan of dat een technisch faillissement bijna onafwendbaar is. Dat krijgen we niet te horen. Dat neemt niet weg dat we het risico van de afwaardering wel proberen te ondervangen. Sterker nog, driekwart jaar geleden waren het de heer Van der Veen en de voorzitter die mij voortdurend vroegen wat ik met de boekwaarde-marktwaardeproblematiek deed.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): De minister praat er wel gemakkelijk overheen. Ik kan me voorstellen dat zelfs hij niet veel gegevens heeft van ziekenhuizen die in de problemen zitten. De NVZ heeft echter een brief naar de Kamer geschreven waarin aangegeven wordt dat er zorgwekkende situaties zijn en dat er wel degelijk ziekenhuizen in de problemen dreigen te komen. Ik neem aan dat de NVZ die brief niet zomaar schrijft. Ik vraag de minister dan ook om op z'n minst te gaan praten met de NVZ en ons dan te berichten welke ziekenhuizen dat zijn.

Minister **Klink**: Misschien volg ik mevrouw Koşer Kaya wel met een open uitnodiging van ons allen om die ziekenhuizen te noemen. We hebben deze brief gespiegeld en gekeken bij ziekenhuizen zoals de Isala klinieken,

het Vlietland Ziekenhuis, enzovoort, in hoeverre deze systematiek de kapitaallastenproblematiek ondervangt, los van andere problematiek die kan ontstaan. Ik noem bijvoorbeeld die Z-waarde. Die stleert omzetten, zodat je dan misschien niet uitkomt met je businesscase. We hebben teruggekregen dat deze systematiek die kapitaallastenproblematiek in ieder geval ondervangt.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Als het niet alle problemen ondervangt en als de NVZ kan aangeven dat er wel degelijk ziekenhuizen in de problemen zitten, is het nodig dat we die ziekenhuizen een helpende hand bieden. Is de minister daartoe bereid als helder is om welke ziekenhuizen het gaat en om welke redenen ze in de problemen zitten?

Minister **Klink**: Die laatste zin is zeer terecht: om welke redenen ze in de problemen zitten. Als er een fatsoenlijke overgangsregeling is, gelden de normale regels. Men kan dan een steunverzoek bij de NZa indienen. Die zal het vervolgens beoordelen. Daarbij speelt wel de vraag in hoeverre men onmisbaar is om de continuïteit van de zorg te waarborgen. Het lijkt me prima om meer inzicht in die brief te krijgen. Dat is geen enkel probleem.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Het is best urgent, dus kan dat wel snel?

Minister **Klink**: Dat hangt van de NVZ af.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik kan me wel voorstellen dat je als ziekenhuis, als je die problemen hebt, die niet op de voorpagina van de krant zet vanwege alle onrust die dat weer met zich meebrengt. Dus in aansluiting op wat mevrouw Koşer Kaya zei, lijkt het me inderdaad verstandig om in contact te treden met de NVZ. Als daaruit gegevens komen, laten we dan terughoudend zijn om dat naar buiten te willen brengen. Anders krijgt de minister de gegevens niet en weten we pas als het ziekenhuis is omgevallen, dat het bij die lijst hoorde. Dan horen we het niet van tevoren. En dat laatste is wat we willen.

Minister **Klink**: Dat lijkt me een waardevolle kanttekening. Voorzitter. De heer Van der Veen spreekt begrijpelijkerwijs over de 160 mln. die voor de bouw bestemd was. Gegeven de motie en gegeven de inzet die hij daarbij koos, kan ik me dat goed voorstellen. Ik gaf zo-even aan hoe we die 160 mln. willen inzetten in het vertrouwen dat dit uiteindelijk bij de bouw terecht komt. Ik realiseer me dat de heer Van der Veen gevraagd had dit aan het WFZ toe te voegen. Gegeven het feit dat dit dan niet in de balans van de instellingen komt en dat ook het WFZ zijn criteria voor het toekennen van borging niet zal veranderen – en terecht, die moeten even stevig blijven – heeft dit meer kans van slagen op bouwtrajecten en -projecten dan bij toevoeging aan het WFZ.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het gaat er inderdaad om dat de bouw gestimuleerd wordt, of het nu linksom of rechtsom is. Dat komt helemaal goed. Mijn idee is dat het WFZ heel goed kan beoordelen of een businesscase klopt of niet. Nu kreeg ik van de minister de indruk dat, als het WFZ een businesscase heeft goedgekeurd, het dan voor de banken ook makkelijker is om te financieren. De idee van die 160 mln. was om het WFZ een iets groter vermogen te geven om in ieder geval rente en aflossing van leningen te garanderen, niet de totale bedragen, maar de rente en aflossing. Hierdoor zou het nog wat makkelijker zijn om lagere rentes bij de banken te krijgen. Als de minister zegt dat het opschonen van die iva hetzelfde effect heeft, vraag ik hoe ik me dat moet voorstellen. Hoe wordt die 160 mln. dan verdeeld over de ziekenhuizen? Gaat het dan alleen naar de ziekenhuizen toe die van plan zijn te bouwen?

Minister **Klink**: Het is een zeer terechte vraag die ook bij ons gespeeld heeft in de afgelopen jaren. In hoeverre kunnen we die combinatie zoeken van aan de ene kant de iva-problematiek en aan de andere kant de bouwplannen die men heeft. De iva-problematiek als zodanig zal blijken uit de inventarisatie die we maken en de versterkte balanspositie van de ziekenhuizen. De getallen van de iva-problematiek hebben we, want de NZa heeft er al naar gekeken. In die zin werkt het ook voor de ziekenhuizen die meer specifiek bouwplannen hebben. Door dit zo te regelen, bieden we over de hele linie met die totale som van die 550 mln. regelingszekerheid aan de banken dat ons regime goed in elkaar steekt zodat ze makkelijker over de brug zullen komen. Tegelijkertijd versterken we de balanspositie van de instellingen die een iva-problematiek hebben. Dat is steviger dan dat je aan het WFZ middelen toevoegt, terwijl de criteria even scherp blijven. Als je die 160 mln. aan het WFZ toevoegt, zal het gevolg eerder zijn dat men een hoger bedrag zal borgen dan dat men de criteria op basis waarvan men dit doet zal motiveren. Dat vind ik trouwens terecht.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het zou natuurlijk ook goed kunnen zijn. Zeker als er meerdere ziekenhuizen op gegeven moment gaan bouwen, is het toch makkelijk als het vermogen van het WFZ wat groter is, waardoor ze meer rente en aflossing kunnen garanderen? Ik heb het nog niet helder. Ik geloof de minister dat het op dezelfde manier bouw stimuleert, maar ik probeer me het voor te stellen. Er moet nog geïnventariseerd worden wat de omvang is van de iva-problematiek. Of is dat precies 160 mln?

Minister **Klink**: Dat is 151 mln.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het is mooi dat het zo samenvalt. Betekent dat dus dat met die 160 mln. de hele iva-problematiek in de ziekenhuizen is opgelost?

Minister **Klink**: Ja, in één keer.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dat is niet gek.

Minister **Klink**: Ik zou de heer Van der Veen graag het cadeautje willen geven dat de V van iva voortaan voor Van der Veen staat. Dat lijkt me wel mooi.

Ik heb de vragen van de heer Zijlstra waarschijnlijk al in mijn beginronde meegenomen.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik heb nog geen antwoord gehoord op mijn vraag waarom de Europese regelgeving specifieke overgangsregeling zou verhinderen. Ik heb ook nog geen antwoord op de vraag hoe het zit met de financiering van de verkorting van de afschrijftermijnen van 50 naar 40 jaar.

Minister **Klink**: Dat laatste is de restwaardeproblematiek. Die hebben we voor een deel ondervangen door de nacalculatie gefaseerd af te bouwen in relatie tot de tarieven die in de dbc's komen te zitten. In die gefaseerde afbouw zitten ook de materiële vaste activa, wat in feite staat voor die restwaardeproblematiek. Dat ondervangen we niet voor 100%. Eén ding moge ook duidelijk zijn. Het zijn vaak niet al te hoge getallen, maar ze worden in de vergunning nog een keer meegenomen en die krijg je anders 40 of 50 jaar nagecalculeerd. We maken er inderdaad zes jaar van. Nogmaals, het gaat niet om heel grote getallen. Daar staat tegenover – dat is het punt dat ik zo-even probeerde te illustreren – dat men nu met nieuwe gebouwen ook meer volume kan binnenhouden, die 5%. De extra middelen die binnengehaald worden, zou men in de nacalculatie weer

nooit verkregen hebben. Er is meer dan het voordeel in financiële termen en dat heeft te maken met volume en productie.

De heer **Zijlstra** (VVD): Gaat de minister dan ook het macrobudgettaire kader van de zorg afschaffen? Als de minister iedereen 5% meer volume laat draaien, neemt volgens mij het macrobudgettaire kader gewoon met 5% toe. Dus het is altijd plus-min.

Minister **Klink**: Nee, de 5% die ik noemde – ik ga even op de voorzitter af dat die 5% er in de regel aanhangt – komt ook omdat ziekenhuizen die nieuw gebouwd hebben, vaak efficiënter werken. Toen ik ooit bij de Isala klinieken in het oude gebouw op bezoek was, meldde men mij dat de verpleegkundigen kilometers per week moesten lopen met bedden en zo. Dat hoeft niet in nieuwe gebouwen. Dat is productiviteitswinst. Ook heeft men een hogere adherentie. In het nieuwe regime krijgt men die via de prestatiebekostiging. Men krijgt die boter bij de vis daadwerkelijk aan het eigen budget toegevoegd. Dat is onder de nacalculatie niet het geval. Dat compenseert voor een deel de afbouw van de nacalculatie. Andere ziekenhuizen leveren daarop in zodat het totaal van het BKZ waarschijnlijk niet zal veranderen. Ik zeg «waarschijnlijk», omdat volumegroei wel een zelfstandige factor is. Dan heb ik het over volumegroei, los van de vraag of er nieuwbouw is gepleegd.

Voorzitter. Ik sprak al over de drie jaar nacalculeren en de zes jaar overgangsregeling. Dat is het verschil tussen de het advies van de commissie-Havermans en de huidige regeling.

We zijn niet te laat voor de jaarrekeningen van 2009. De accountants vinden de brief voldoende. Deze biedt voldoende zekerheid om de regels niet aan te scherpen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. De DOT is een verbetering vergeleken met de dbc's. We gaan DOT nu niet invoeren. Daarover hebben we het duidelijk gehad. We willen de ontwikkeling wel verder stimuleren. We danken de minister voor de toezegging voor het proefdraaien en de afspraken die we daarover gemaakt hebben. Het lijkt ons goed hierover toch een principebesluit te kunnen nemen. Daarvoor wil ik een motie in een VAO indienen. Ik wil dus een VAO aanvragen.

Over de kapitaallasten zijn op een na al onze vragen beantwoord. Ik dank de minister hiervoor. We hebben nog een vraag over de ziekenhuizen die zonder de WTZi-vergunning zijn gebouwd. Het kan me ontgaan zijn, maar daarop heb ik nog geen antwoord gehoord. We wachten inderdaad met belangstelling op de brief waarin de minister ingaat op de positie van de academische ziekenhuizen. Ik had er natuurlijk mee moeten beginnen, maar ik dank de minister voor zijn antwoorden.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik ben een beetje verbaasd over de aankondiging van een VAO om een principe-uitspraak te vragen om DOT in te voeren. De discussie hier leidt ertoe dat er in 2011 wordt proefgedraaid en dat er later een beslissing over genomen wordt. Dat werd hier breed ondersteund, even los van het feit of je nu voor of tegen DOT bent. Wil het CDA een soort machtspolitieke uitspraak afdwingen?

De **voorzitter**: Ik wil even zeggen dat we ons tot DOT beperken. De mensen gaan over hun eigen moties. Of ze ook gesteund worden, laat ik aan de verschillende partijen over.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dit heeft niets met machtspolitiek te maken. We hebben in de procedurevergadering afgesproken dat DOT niet controversieel was en dat we daarover hier gerust konden spreken. Het gaat om een principebesluit. Het gaat er niet om wannéer we het invoeren, maar dát we het invoeren. Ik wacht af of de Kamer mee daarin volgt.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik wil reageren ...

De **voorzitter**: Gezien de tijd lijkt het me belangrijker dat we inhoudelijk discussiëren, dan dat we discussiëren over deze procedure. Dat doen we wel in een procedurevergadering.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik maak hier bezwaar tegen. Ik wil hierop reageren. Het punt is dat mevrouw Smilde hier wel een principe-uitspraak vraagt en een «go» wil forceren, terwijl we een andere afspraak hebben gemaakt. Een aantal partijen hebben gezegd dat dit eigenlijk controversieel is. Daar was een substantiële minderheid voor. We hebben ermee ingestemd om dat gewoon hier te bespreken.

De **voorzitter**: Ik wil deze discussie verder hier niet houden. Dat vind ik zonde van mijn tijd, ook voor de mensen op de tribune. In de procedurevergadering mag u dit onderwerp weer aan de orde stellen. Als u andere vragen hebt, behalve deze procedure, wil ik u nog een interruptie gunnen.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik spreek als degene die deze discussie ook voor een deel heeft opgebracht. Volgens mij hebben we in de procedurevergadering heldere afspraken gemaakt. We hebben de brief aangehouden. De minister heeft heldere uitleg gegeven. Volgens mij heeft hij brede steun vanuit deze commissie, tenzij we het zo meteen anders horen. Als partijen iets anders willen, dan moeten we misschien tot een ander besluit komen of tot moties. Dit geef ik even mee. Mijn interpretatie is dat als de minister een tijdpad uitgeeft dat in lijn is met wat deze commissie heeft meegegeven, dat dan ook uitgevoerd wordt. Zo werkt het in het algemeen ook in dit huis. Wat ons betreft is dat prima.

De **voorzitter**: Over die lijn zijn meestal geen moties. Daarom verwijst ik dit onderwerp naar de procedurevergadering.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Mijn collega van het CDA is vrij om een motie in te dienen. Daarover gaat de discussie niet. Volgens mij is er een toezegging van de minister geweest die werd gedeeld door de hele Kamer. Ik wil weten wat mevrouw Smilde extra vraagt wat de minister niet heeft toegezegd. Dat is mij totaal niet duidelijk.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Mijn motie gaat erover dat we een principebesluit nemen dat we DOT gaan invoeren, niet wanneer, dus het is beslist geen «go/no go». Het gaat om het principebesluit dat we gaan proefdraaien en zo snel mogelijk tot de invoering van DOT overgaan. Maar ik denk er nog even over na.

De **voorzitter**: Later kan er altijd een VAO aangevraagd worden over welk onderwerp dan ook. Ook kan er altijd een spoeddebat over een onderwerp aangevraagd worden, zoals de leden weten.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik heb nog twee punten. Het bouwcollege is verdwenen. Wie controleert nu de kwaliteit van nieuwbouw? Ik vraag de minister vooral om na te denken over het langetermijnperspectief. Een langetermijnhuisvestingsplan is niet meer noodzakelijk. Veel ziekenhuizen worden nu afgeknepen en gaan dus kleiner bouwen. Dat zou wel eens penny wise pound foolish kunnen zijn. Het gaat er toch ook om dat we iets bouwen dat 30 tot 40 jaar goed meekan? Hierop hoor ik graag nog een reactie.

Ik wil nog even stilstaan bij het WFZ en de discussie die we tot nu toe gehad hebben. Heb ik de minister goed begrepen? Stel dat het WFZ akkoord is met de bouwplannen van een ziekenhuis, moet het dan mogelijk zijn dat banken afzien van allerlei risico-opslagen en hoge

rentes? Zouden we die deal kunnen maken? De minister heeft zelf aangegeven dat het WFZ een goede analyse kan maken van de bouwplannen die er liggen. Dan zouden we al een stuk geholpen zijn.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Wat ons betreft gaan we verder met DOT. Ik ben blij met de toezegging van de minister dat niet in 2011 te doen, maar wel te starten met schaduwdraaien. Dus ik stem met de minister in. De minister stipte eventjes het punt aan dat ik in eerste termijn heb neergelegd om op de bureaucratie te letten. Graag hoor ik van de minister hoe we de extra bureaucratie die wellicht met het schaduwdraaien te maken heeft, zo veel mogelijk kunnen tegengaan.

Als het gaat om de kapitaallasten is de brief van de minister natuurlijk winst en geeft hij meer duidelijkheid. Het is een stap voorwaarts. Ik benadruk echter wel de behoefte aan een werkbare situatie. De brief van de NVZ over een aanzet tot een oplossing, is een goede aanzet. Daarom ben ik ook blij met de toezegging van de minister het gesprek met de NVZ voort te zetten, waarover eventueel nog verdere duidelijkheid nodig is om tot die werkbare situatie te komen. Of we het nu hebben over een badkuip of een steelpan, de NVZ heeft het erover dat in de eerste tien jaar de kosten relatief hoog zijn. Neem nu de situatie van de Isala klinieken, die vandaag al een paar keer genoemd zijn. Die worden in 2013 in gebruik genomen. Tel maar uit dat je over een langere periode met vrij hoge kosten zit. Het is goed daarin duidelijkheid te geven. Of het nu met een overgangsregeling moet of met een andersoortige oplossing, laten we daaraan wel aandacht besteden.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de minister voor zijn antwoorden. Ik heb een paar constatering. Over 2009 is de kapitaallastenproblematiek opgelost, in zoverre dat de oude regelingen worden toegepast. Dat doet me deugd. Er is overeengekomen dat de DOT verder ontwikkeld wordt en dat de «go/no go» nog een keer in de Kamer terugkomt. Dat zal dan onder het nieuwe kabinet zijn. Mevrouw Wiegman heeft net de regel geciteerd die ik ook had willen citeren, over de problemen die nog opgelost moeten worden. De brief van de NVZ geeft daartoe een eerste aanzet. Is het niet mogelijk om voor volgend jaar de bestaande systematiek aan te houden met het FB voor de 100% nacalculatie? Daarmee wordt dan ook de invoeringsdatum voor het afbouwmechanisme een jaar opgeschoven. Iedereen heeft er belang bij om de kapitaallasten zo zorgvuldig mogelijk te regelen. Je legt je daarmee immers voor een groot aantal jaren vast.

Op mijn vraag of het budgettaire kader nu wel of niet wordt overschreven, heeft de minister een wat onduidelijk antwoord gegeven. Ik ga vanavond niet naar huis met de zekerheid dat als mijn echtgenote vraagt hoe het nu met dat budgettaire kader zit, ik kan zeggen dat ze zich geen zorgen hoeft te maken omdat dat niet overschreden wordt.

Wat is er gebeurd met het geld dat gereserveerd is in het kader van het BKZ voor bouw, nu er een aantal jaren niet gebouwd is? Wat voor bedrag is dat? Waar is dat heen gegaan? Kunnen we dat misschien mooi voor andere dingen gebruiken?

De heer **Zijlstra**(VVD): Voorzitter. We gaan schaduwdraaien met DOT om te kijken of het systeem goed werkt. We moeten nog kijken in wat voor volume we dat gaan doen, overal of bij een beperkt aantal ziekenhuizen. We moeten voorkomen dat we onnodig veel regeldruk organiseren. Het is aan een volgend kabinet om definitief te besluiten tot invoering. Dat hebben we hier met z'n allen vastgesteld.

Bij de 5% volumegroei door nieuwbouw als middel om zaken financieel recht te trekken, zit volgens mij een foutje in de berekening. Als dat voor ieder ziekenhuis geldt, is mijn berekening dat de minister met een hogere

volumegroei te maken krijgt dan waarmee hij in het budgettaire kader rekening houdt. Dan gaan we financieel uit de pas lopen. De afschrijving van 50 jaar terug naar 40 jaar heeft ook een grotere financiële impact. Het is een probleem bij de ziekenhuisbranche dat er verschillende belangen zijn. Het omslagpunt door de gemiddelde kapitaallastenstructuur is dat degenen die in oude gebouwen zitten, daarbij een voordeel hebben en degenen die in nieuwe gebouwen zitten een nadeel. De overgangsregeling moet dit wegcijferen. Voor de een kan de overgangsregeling niet lang genoeg duren en voor de ander kan die niet snel genoeg weg zijn. Daarin moet je het ideale punt ergens vinden. Ik vraag me af of de NVZ daaraan zal meewerken. Ze hebben intern waarschijnlijk een probleempje vanwege tegengestelde belangen. Ik wil de minister toch meegeven om te overwegen of het niet verstandig is om de zesjarige termijn zoals die vanaf 2011 gaat lopen, iets verder weg te leggen. Ook allerlei andere beslissingen worden immers uitgesteld. Of je komt bij specifieke situaties terecht. Gezien het niet-antwoord van de minister zijn naar onze mening specifieke regelingen wel degelijk mogelijk. Je kunt rekening houden met het feit dat ziekenhuizen die heel lang investeringsbesluiten hebben uitgesteld vanwege onzekerheid, daardoor die tienjarige periode ingaan terwijl ze met een overgangsregeling van zes jaar geconfronteerd worden. Je kunt voor dat soort ziekenhuizen bekijken hoe je daar specifiek mee om kunt gaan. Dat zijn immers de ziekenhuizen die met de huidige systematiek de klos zijn. Dus ja, de overgangsregeling kapitaallasten is een goede aanzet, maar niet meer dan een aanzet. We verwachten dat de minister samen met de NVZ nog eens goed kijkt naar dit soort problemen en binnen afzienbare tijd met een definitieve regeling komt.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Voorzitter. Wat betreft het omslagtarief en de overgangsregeling sluit ik me aan bij de opmerkingen van de heer Zijlstra. Dat scheelt mij in tijd. Ik dank de minister voor de toezegging over DOT. Ik dank de minister ook voor de toezegging om met de NVZ te gaan spreken over welke ziekenhuizen problemen hebben. De heer Zijlstra maakte hierover de terechte opmerking dat dit wel diplomatiek moet gebeuren en dat straks niet alle gegevens op de markt liggen. Dat is natuurlijk niet de bedoeling. Ik heb een vraag die niet is beantwoord. Die betref de projecten die buiten het bouwregime vallen. Hoe gaat de minister daarmee om? Hoe gaat de minister om met de curatieve ggz en de categorale instellingen die niet onder de overgangsregeling vallen?

Minister **Klink**: Voorzitter. Bij bouwen zonder WTZi-vergunning vindt er geen nacalculatie plaats. Men zal onder het FB een berekening moeten maken. De huidige brief geeft natuurlijk inzicht hoe het in de toekomst gefinancierd zal worden. Dat geeft meer reguleringszekerheid. De taken van het bouwcollege zijn overgenomen door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). TNO adviseert. De kennis van het bouwcollege is naar TNO overgeheveld.

We hebben verschillende keren gedebatteerd over het langetermijnperspectief in een periode van 30 tot 40 jaar. Ik verwacht veel van het feit dat, als je de beslissing overlaat aan de ziekenhuizen in relatie tot de banken, dat in elk geval een betere uitkomst heeft dan wanneer ik dat van bovenaf ga dicteren. Daarover kun je verschillend denken. Ik schat in dat we dat ook doen. Het lijkt me niet dat het de bedoeling is hier een hele boom over op te zetten.

We nemen aan dat wanneer het WFZ garant staat, dat spontaan zal leiden tot aanpassing van het renteregime dat de banken hanteren. Daarover kunnen we geen afspraken met de bank maken. Dat is voorbehouden aan de banken zelf en aan het beleid van het WFZ.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik begrijp dat de minister er toch niet aan wil. Er gaat dus heel veel geld onnodig naar de banken. Ik wil terugkomen op het punt van de langetermijnhuisvesting. Vroeger moest je een langetermijnhuisvestingsplan maken. Regeren is vooruitzien. Laat ik een voorbeeld noemen. Een ziekenhuis moet vanwege de beperkte financieringsruimte die het heeft, minder bouwen dan het feitelijk wil. Het heeft plannen gemaakt en moet nu 60 bedden minder bouwen dan het eigenlijk zou willen conform de eigen verwachting voor de toekomst. Wat doen we met dat gegeven? Dat is natuurlijk ingegeven door de huidige financiële perikelen.

Minister **Klink**: Als we zo meteen met kostprijzen gaan werken – en daarin zitten de kapitaallasten – zal er een raming moeten komen over het aantal dbc's dat men denkt te kunnen openen. Die zullen immers dekkend moeten zijn voor de lasten die men raamt. Ook voor een ziekenhuis is regeren vooruitzien. Je moet dus een goede raming maken van de rentelasten en de aflossingsmiddelen en je moet kijken welke inkomsten ertegenover staan. Daarbij zullen we van bovenaf minder rantsoeneren dan in het budgettaire systeem wellicht het geval zou zijn. Als ik kijk naar de meer kwalitatieve afwegingen, denk ik dat ziekenhuizen de komende jaren voor de vraag komen te staan of ze moeten specialiseren, in hoeverre er meer naar de eerste lijn, de huisartsen, moet en naar de ketens die zich daar ontwikkelen. Die beleidsafwegingen kunnen uiteindelijk beter door de ziekenhuizen zelf in hun specifieke situatie gemaakt worden dan dat we dat van bovenaf overdoen. Dat is mijn stellige overtuiging.

De heer **Van Gerven** (SP): De ziekenhuizen zeggen dat ze op lange termijn groei krijgen door de vergrijzing. Alleen de financiering door banken is gestoeld op de eerste tien jaar. Wat gaan we doen met het langetermijnperspectief als er geen financiering voor is? Dat zijn reële vraagstukken. Er zal toch overal een ziekenhuis om de hoek moeten zijn, of we nou specialiseren of niet?

Minister **Klink**: Banken kijken ook verder dan tien jaar. Ziekenhuizen doen dat ook als het goed is. Die zullen rekening houden met de patronen die zich in de zorgvraag aftekenen. Wij hebben daarvan een verschillende inschatting. Ik zie liever in een specifieke situatie een zelfstandige afweging van de ziekenhuizen dan dat van boven over de hele linie via vergunningen de voorzieningen min of meer gestileerd en gedictieerd worden.

De extra bureaucratie rondom het schaduwdraaien is een aandachtspunt voor de komende jaren. Wanneer we gaan schaduwdraaien, moet dat met maatvoering gebeuren. Dat is ook de reden waarom de heer Zijlstra zei dat het schaduwdraaien niet over de hele linie hoeft. We moeten goed kijken wat de meerwaarde van schaduwdraaien is in relatie tot de breedte. We zullen het overleg met de NVZ voorzetten. Het is wel zo dat we met de regeling die we nu neerleggen, het comfort hebben dat deze juridisch-bestuurlijk verantwoord en juridisch niet kwetsbaar is. Ik kom straks nog terug op de specifieke situaties en in hoeverre ik daaraan tegemoet kan komen. Laat het duidelijk zijn dat we de regeling al getoetst hebben, ook bij ziekenhuizen die op dit moment wel gebouwd hebben of willen gaan bouwen en waarvan we inschatten dat ze er wellicht financieel het meeste belang bij zouden hebben dat er een goede overgangsregeling komt. Over DOT zal een nadere beslissing komen die mede op politiek niveau genomen moet worden. Dat gaat in deze periode in ieder geval niet meer gebeuren. Dat wordt gewoon de komende periode.

De vraag was of het niet mogelijk was de ingangsdatum van het nieuwe regime van de kapitaallasten een jaar op te schuiven. Ik teken daarbij aan dat dat nog een jaar extra kosten met zich meebrengt, terwijl de nacalcu-

latie dit jaar en volgend jaar gewoon 100% zal zijn. Ik word telkens herinnerd door de minister van Financiën aan de kosten. En zeker in deze situatie waarin het allemaal niet heel erg florissant is, voeg je nog een keer 75 mln. extra toe aan een meerjarenraming. Ik realiseer me nu ook dat het zou gaan om 2018: dat is over twee kabinetten. Dus met groot gemak zeggen dat we dat doen als de regeling er maar doorkomt ... Nogmaals, wat hier ligt is juridisch en bestuurlijk verantwoord.

De heer **Zijlstra** (VVD): Die systematiek werd inderdaad door het afgelopen kabinet iets te vaak gebruikt. Dat is niet wat we voorstaan. Laat dat helder zijn. Maar in dit geval hebben we te maken met een groot-schalige systeemomslag. Wat hierbij richtinggevend moet zijn, is dat we de omslag voor de betrokken ziekenhuizen op zo'n manier doen dat we geen brokken maken. Ik zeg niet dat 2018 per definitie 75 mln. extra moet kosten omdat het twee kabinetten verder is. Ik zeg wel het omgekeerde. Ik wil dat namelijk niet uitsluiten vanwege puur budgettaire overwegingen als we voorzien dat het tot problemen leidt bij de ziekenhuizen. Nogmaals, ziekenhuizen hebben investeringen uitgesteld vanwege onzekerheid. Ze hebben die hoge kosten vanaf het moment van investeren – stel je voor dat ze volgend jaar aan de slag gaan – en hebben maar die zesjarige overgangsregeling, terwijl de kosten vaak wel tien jaar aan de hoge kant zijn. Ik ben er nog niet van overtuigd dat de minister die problematiek met deze overgangsregeling goed heeft getackeld. Als de minister mij hiervan kan overtuigen, ga ik niet pleiten om nog eens 75 mln. uit te trekken. Wij zijn er nog niet van overtuigd dat de minister die problematiek op dit moment helemaal rond heeft.

Minister **Klink**: Misschien moet ik van mijn kant nog een poging doen. We hebben in kaart gebracht wat de kosten zijn: 160 mln. iva. We hebben in kaart gebracht wat de restwaarde-problematiek is: rond de 300 mln. of 255 mln. dacht ik. Het staat in de brief netjes opgesomd. We hebben in kaart gebracht wat de kosten zijn die te maken hebben met het steelpannetje, de exploitatielasten. Iva lossen we op. Exploitatielasten lossen we ook op. Wat betreft de restwaardeproblematiek zitten we zo'n beetje 100 mln. van wat de NZa in kaart brengt vandaan. Ik teken daarbij aan dat voor de ziekenhuizen die ermee te maken krijgen en met name die ziekenhuizen die in het begin aanloopkosten hebben – ook daar komt die steelpan als het ware terug – we de nacalculatie nog in stand houden voor zover de nacalculatie hoger ligt dan de tarieven die straks in de prestatiebekostiging zijn verdisconteerd. Hierbij neem ik in acht dat dit er bovenop komt als men meer volume draait. Dat kan nu binnen de nacalculatie niet. Het is niet nodig is dat we er nog een jaar aan toevoegen en er nog 75 mln. bovenop zetten. Dit zeg ik tegen de achtergrond van het feit dat de landsadvocaat zegt dat dit een goede overgangsregeling is die juridisch haalbaar en bestuurlijk fatsoenlijk is. Daarnaast kijkt hij natuurlijk ook. We hebben daarover nadrukkelijk met hem gesproken. Hij zegt dat het een goede regeling is. Dat zeg ik ook tegen de achtergrond van het feit dat ik goed met de premies moet omgaan en de financiële middelen die we hebben. We nemen dan een hypotheek op de toekomst, terwijl het niet noodzakelijk is. Een van de punten waarom het lang geduurd heeft, is wel omdat er voortdurend ook met het ministerie van Financiën heel kritisch gekeken is naar de kosten die deze regeling met zich meebrengt. Ik kan hier wel zeggen dat ik er nog een jaartje bij doe, maar dat is wel 75 mln. er bovenop, terwijl we met een grote vergrijzingproblematiek en een financiële problematiek zitten.

De heer **Zijlstra** (VVD): Het gaat erom of de problematiek rond de overgang voldoende getackeld is. Daar zit het probleem. Het probleem is niet of dat vervolgens 75 mln. extra kost tot 2018. Dat is voor mij echt een afgeleide.

De **voorzitter**: Ik constateer dat de heer Zijlstra niet overtuigd is, maar gezien de tijd wil ik de discussie kappen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Deze was naar aanleiding van een vraag die ik had gesteld en waarop de minister me antwoord heeft gegeven. Ik heb ook aangegeven aan de heer Zijlstra in wat andere bewoordingen dat we hiermee een langjarig traject ingaan waarbij je voorzichtig moet zijn voordat je dit echt doorzet. Nu ligt er een brief van de NVZ waarin het gaat over een eerste aanzet, maar waarin vervolgens nog wel wat vragen staan. Als je daar op afstand naar kijkt, maken die niet rustiger. Is het mogelijk dat de minister op de vragen van de heer Zijlstra, mijn vragen en de opmerkingen van de NVZ binnen veertien dagen antwoord geeft, zodat we beter kunnen beoordelen of het verantwoord is om het volgend jaar in te laten gaan? Ik blijf nu met de zorg zitten dat we straks snel snel iets hebben gedaan dat ons meer gaat kosten dan die 75 mln. Ik ben er ook niet helemaal zeker van dat het macrobudgettair allemaal neutraal gaat. Dat is de afweging die ik ook bij andere collega's hoor. Als daarover wat meer zekerheid gegeven kan worden – daarin zou de NVZ een belangrijke rol moeten spelen met de zorgverzekeraars – dan zou me dat welkom zijn. Als dat niet lukt, pleit ik er echt voor de weg der voorzichtigheid te bewandelen. Dat kost wellicht op de korte termijn iets meer, maar dat win je op de lange termijn weer terug.

Minister **Klink**: Dan geef ik de afweging waarvoor ik sta. Ik wil een overgangsregeling creëren. Die is juridisch beproefd, bestuurlijk haalbaar en meer dan fatsoenlijk. Daarvan ben ik overtuigd. Ik ga niet 75 mln. extra toedelen aan een overgangsregime als dat niet nodig is. Dan doe ik het dus gewoon niet. Wat hier op het spel staat, is of we ervoor kiezen of niet. Ik ga niet nu zeggen dat we voor deze overgangsregeling kiezen, dat we nog wel eens een keertje gaan kijken naar de kosten die ermee gemoeid zijn en dat de leden ervan overtuigd kunnen zijn dat er 75 mln. bijkomt op het moment dat ik maar even kik. Dat ga ik dus niet doen. Als we vandaag met elkaar constateren dat er nog een keer een rondje gekeken wordt naar wat er nu bedoeld wordt met die ene zin van de NVZ, dan is dat onder het beslag dat ik dan vandaag nog niet besluit tot deze overgangsregeling. Dat betekent dus ook dat de NVZ zich bewust moet zijn van het gegeven dat als men zegt dat er meer middelen bij moeten en het kabinet zegt dat het die middelen niet heeft, dit niet een spel van en-en is, maar van of/of.

De **voorzitter**: Gezien de tijd kap ik deze discussie af. Het is duidelijk dat er geen overeenstemming op dit punt zit.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik weet niet bij voorbaat of er geen overeenstemming is. Ik zit hier niet namens de NVZ om meer geld te bepleiten. Dat heeft de NVZ ook niet aangegeven. De NVZ geeft een aantal naar mijn idee heel serieuze overwegingen. Ze vindt die kapitaallastenregeling een goed idee. Dat hebben we ook al eerder beslist. Dat is het punt niet. Het punt is nu hoe safe de invoering is. Mijn vraag aan de minister om tot een oplossing te komen, is of het mogelijk is op korte termijn samen met de NVZ en de zorgverzekeraars een antwoord te geven op de vragen die de NVZ heeft gesteld, zodat we een helderder beeld hebben van de consequenties van de invoering van de regeling. Nogmaals, dat heeft niets met meer geld te maken.

De **voorzitter**: De vraag aan de minister is dus of hij in overleg wil gaan en ons daarover een brief wil sturen of niet. In geval hij dit niet wil, mogen de collega's daarover een VAO aanvragen.

Minister **Klink**: Dat mag de Kamer doen. Ik leg hier de overgangsregeling neer. Ik ben niet overtuigd door de argumenten van de NVZ. Waarom

niet? Laat ik het meest kwetsbare punt noemen, althans het punt waarop het het meest hangt: de restwaardeproblematiek. Die is bestuurlijk fatsoenlijk en juridisch plausibel afgehecht. Als ik nu zeg dat ik best nog een rondje met de NVZ wil doen, weet de Kamer in ieder geval dat deze overgangsregeling nog niet in werking gaat. Ik ga niet zo maar even 75 mln. uitdelen. De Kamer moet zich wel van de consequenties bewust zijn. Dat betekent ook dat de RJ de toepassing van de regels nog niet zal aanpassen. Dat doet de RJ pas onder het voorbehoud dat die regeling er komt. Het kabinet is weliswaar demissionair, maar het regeert altijd nog en wij staan voor de vraag of we 75 mln. extra doen of niet.

De heer **Zijlstra** (VVD): Wij moeten vandaag wel een besluit nemen over de manier waarop we met deze regeling omgaan. Wat we aan het eind doen is prima, maar we zullen dit moeten afhechten.

De **voorzitter**: Dat punt zal ik zo meteen aan de orde stellen. Dat is gebruikelijk bij een voorhang.

Minister **Klink**: Wat betreft het punt van juridische kwetsbaarheid wanneer we specifieke regelingen zouden treffen, is de Kamercommissie er niet van overtuigd dat dit Europees tot problemen leidt. We hebben ons hierover juridisch laten adviseren. Het is nauwelijks mogelijk om te zeggen dat bij beleidswijzigingen zoals deze een specifieke instelling onevenredig nadeel ondervindt ten opzichte van andere ziekenhuizen en die dan op die basis te gaan compenseren. Dat kan via een generieke regeling. Het is inderdaad juridisch Europeesrechtelijk kwetsbaar vanwege de staatssteun die ermee gemoeid is.

De heer **Zijlstra** (VVD): Er zijn commissies, de commissie-Havermans, de interdepartementale werkgroep over de cure, die dat geen probleem vinden.

Minister **Klink**: Dan hebben we het over de nadere compensatie achteraf. Wanneer een ziekenhuis achteraf, na de regeling, vindt dat het na afronding van de compensatie onevenredig benadeeld is, kan het altijd nog naar de rechter gaan. Ik zou bijna zeggen dat er geen vragen meer zijn, maar dan ben ik niet helemaal eerlijk.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het potje voor de bouw.

Minister **Klink**: De heer Van der Veen stelt dat er afgelopen jaar minder is gebouwd. Dat gaat allemaal binnen het BKZ. Er is niet ergens een apart regime waarin nog middelen zitten. Die middelen zijn er niet.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dat begrijp ik. Dan doet zich een merkwaardige situatie voor door te suggereren dat er geld gereserveerd wordt voor de bouw. Vervolgens gaat dat naar andere onderwerpen toe die we niet goed kunnen overzien.

Minister **Klink**: Nee, dat is niet waar. We hebben het BKZ waaruit de nacalculatie plaatsvindt. Er zijn op dit moment geen middelen over die te maken hebben met het feit dat ziekenhuizen hun adem inhouden en bijvoorbeeld minder hebben gebouwd. Als dat niet via een WTZi-vergunning gerealiseerd zou zijn, zou dat binnen het FB hebben moeten plaatsvinden, maar dat is niet gebeurd.

De **voorzitter**: Vroeger was dat inderdaad wel zichtbaar. Wil de heer Van der Veen suggereren dat dat weer terug moet in de begroting?

De heer **Van der Veen** (PvdA): De heer Van der Veen is tevreden met het antwoord.

Minister **Klink**: De heer Zijlstra zei aanvankelijk dat die 5% volumegroei dan de zaken recht moet trekken. Ik ga mezelf een beetje herhalen, maar ik heb aangegeven dat we gedurende die zes jaar meer geven dan gemiddeld in de tarieven versleuteld zit. De regel van het overgangsrechtelijke traject is dat je je kunt instellen op een nieuwe situatie. We zijn juridisch niet gehouden om bij iedere beleidswijziging – vandaar dat grapje over de hypotheekrente – om iedereen tot op de laatste cent te compenseren. Dat hoeft niet, temeer omdat er een aantal kwalitatieve elementen aan vastzitten die te maken hebben met wat moeilijk in te schatten voordelen. Ik bedoel onder andere de volumegroei, het feit dat je efficiënter kunt werken. Het level playing field kan ook verstoord raken als we overmatig gaan compenseren voor degenen die nieuwbouw hebben gepleegd. De termijn van zes jaar is een fatsoenlijke termijn om in elk geval overgangsrechtelijk het nodige te doen in het kader van de verandering die heeft plaatsgevonden.

Voor zover we gegevens opvragen bij de NVZ en die vertrouwelijk krijgen, zullen we daarmee in ieder geval discreet en diplomatiek omgaan. Op dit moment loopt er onderzoek naar de curatieve ggz en de categorale instellingen. Dat ronden we binnenkort af. Vervolgens moeten we beslissen hoe we dat inpassen. Ik wil wel de kanttekening plaatsen dat ze niet een B-segment kennen. Dat speelde in het verleden bij de somatische zorg wel, omdat je daar al een deel buiten het regime aan het plaatsen was. De kapitaallastenproblematiek als zodanig geldt daar ook.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): En ook voor de ggz en de categorale instellingen?

Minister **Klink**: Dat rapport komt binnenkort; ik geloof binnen een week. Dan hebben we daar inzicht in.

De **voorzitter**: Ik dank de minister voor de beantwoording. Ik heb nog twee procedurele opmerkingen. Zijn er mensen die nu al aangeven dat ze een VAO willen hebben of wil men zich daarover beraden? Dat laatste lijkt me voor de hand te liggen gezien het tumult.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Ik denk dat het wellicht niet nodig is als de minister een beetje met ons meedenkt. We willen echt geen extra geld. Dat is wat de heer Van der Veen net probeerde te vertellen. Dat is wat de heer Zijlstra net probeerde te vertellen. We willen gewoon een verduidelijking. Als de minister dat nu gewoon met de NVZ doet, zijn we er eigenlijk uit. Ik ken de minister als iemand die echt meedenkt.

De **voorzitter**: Daarop kan de minister natuurlijk wel antwoord geven.

Minister **Klink**: Het is geen koppigheid, maar we staan voor een afweging. Ik heb bij de Kamer een brief voorgehangen waarover lang is nagedacht. De bezwaren die de NVZ in haar brief noemt, zijn hierin verdisconteerd. Dat zeg ik uit volle overtuiging. Ik wil best nog een weekje inruimen om met de NVZ om tafel te gaan zitten en te vragen me nog eens van het tegendeel te overtuigen, maar ik geef de NVZ weinig kans en weinig hoop tegen de achtergrond van het feit dat elke 75 mln. weer 75 mln. is. Daarover ben ik duidelijk. De commissie moet beseffen wat het voor mij betekent om deze 75 mln. in deze situatie met dreigende overschrijving überhaupt te realiseren.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Dat is nu precies het punt. Ik denk dat noch de NVZ, noch de Kamer over die 75 mln. ...

De **voorzitter**: Het standpunt van de minister is helder. Ik wil nu procedureel afronden.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik wil het helemaal niet over geld meer of minder hebben. Ik heb een aantal punten waarvan ik nog niet helemaal overtuigd ben. En dat proef ik ook bij een aanzienlijk aantal van mijn collega's. We zijn het niet oneens met dat wat voorligt, maar we zijn er niet helemaal van overtuigd zijn dat het vertrouwen dat de minister heeft, gerechtvaardigd is. Dat is wat we ingevuld willen hebben. We moeten misschien gewoon een technische briefing of zo doen. Dat lijkt me in dezen het handigst. Dan lopen we er gewoon nog eens doorheen zodat we precies op de goede punten aanvullende vragen kunnen stellen. Als dat leidt tot de geruststelling die de minister ons feitelijk vandaag heeft willen geven, dan is het prima. Maar de ongerustheid die er bij mij is, is dusdanig dat ik deze regeling nu niet door laat gaan omdat ik deze niet helemaal overzie. Ik ben er niet van overtuigd dat dit op langere termijn niet tot brokken leidt. Dat laatste wil ik als controlerende macht niet op mijn geweten hebben. Dat is wat er voorligt. Ik ben wel de laatste die gaat pleiten voor 75 mln. extra als dat niet nodig is.

Minister **Klink**: Dat laatste vind ik een mooie constatering. Als de commissie vanuit dat perspectief naar de nadere gegevens gaat kijken, zal ik die graag aan de Kamer doen toekomen, voor zover ik aan zet ben. Eén ding is duidelijk. We hebben een overgangsregeling neergelegd en de Kamer is nu eigenlijk aan zet. Stemt de Kamer er wel of niet mee in? De regeling is niet voor niets voorgehangen. We zullen wel snel moeten beslissen om twee redenen. De eerste is dat het – om het zo maar eens te zeggen – in de boeken moet. De tweede is dat ook de RJ zal kijken of we met elkaar beslissen tot een overgangsregeling. Daarover hebben we al met elkaar gesproken.

De heer **Van Gerven** (SP): Mijn voorstel was ook binnen veertien dagen.

De **voorzitter**: Ik hoor een heel goed voorstel van de griffier om daarover als commissie een extra procedurevergadering te houden, zodat we precies kunnen besluiten wat daaruit komt. Dan beslissen we nu niet over het aanvragen van een VAO. Ik stel ook voor, gezien de discussie die we nu hebben, de voorhangprocedure aan te houden tot de procedurevergadering.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik begrijp dat er een toezegging is van de minister. Volgens mij kunnen we daarmee verder. Hij gaat nog eens praten met de NVZ en komt dan met een brief.

De **voorzitter**: Nee, de minister heeft gezegd dat hij dat dus niet doet.

De heer **Van Gerven** (SP): Jawel. We hebben gesproken over die tien ziekenhuizen en die hele systematiek. We hebben gesproken over de vraag of de invoering een jaar moet opschuiven. Mij lijkt het heel wel mogelijk dat de minister binnen tien dagen of twee weken met een brief komt met de laatste stand van zaken. Dan kunnen we kijken wat wij als Kamer verder doen. Dan blijft het tot dit tijd staan.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb een punt van orde. We hebben nu afgesproken dat we in een extra procedurevergadering dit soort punten aan de orde stellen. Ik vond dat een goed voorstel.

De **voorzitter**: Ik stel vast dat de vaste commissie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een extra procedurevergadering op zeer korte termijn over dit punt wil houden. Ik verzoek de griffier om dat voor ons te regelen.

Hiermee zijn we aan het einde gekomen van dit algemeen overleg. Ik dank de minister en zijn ambtenaren, ik dank de mensen op de tribune en ik dank de leden en de griffier.