

Vergaderjaar 2014–2015

33 168

Wijziging van de Wet toelating zorginstellingen en enkele andere wetten teneinde investeringsmogelijkheden in medisch-specialistische zorg te bevorderen (Wet vergroten investeringsmogelijkheden in medisch-specialistische zorg)

C

MEMORIE VAN ANTWOORD

Ontvangen 27 oktober 2014

Inleiding

Met belangstelling heeft de regering kennisgenomen van het voorlopig verslag en van de brieven van brancheorganisaties VGN, GGZ en Actiz waarnaar het voorlopig verslag verwijst. In deze memorie van antwoord gaat de regering in op de gestelde vragen. Daarbij zal de indeling van het voorlopig verslag worden aangehouden.

VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie vragen aan de regering welke regels op grond van deze wet worden toegevoegd aan de praktijk van de gezondheidszorg, en welke effecten deze zullen geven. In dit verband vragen deze leden ook om een regeldruktoets conform de strekking van de ingetrokken motie-Ter Horst c.s. De leden van de PvdA-fractie zijn niet overtuigd van de berekening in de memorie van toelichting van de eenmalige en structurele nalevingslasten in geval aanbieders van medisch-specialistische zorg er voor kiezen winstuitkering mogelijk te maken. Zo lijkt de inzet van het bestuur, ondersteunende juridische en fiscale experts, de ondernemingsraad en het toezicht in het geheel niet meegenomen te zijn. Graag zien deze leden een hernieuwde berekening van deze kosten.

De regering acht het voorkomen van onnodige regeldruk van groot belang. In den breedte wordt dan ook hard gewerkt om in deze kabinetsperiode de regeldruk met € 2,5 miljard te verminderen. Binnenkort wordt door de Ministers van BZK, EZ en W&R, die coördinerend verantwoordelijk zijn om deze kabinetsdoelstelling te realiseren, een voortgangsrappportage naar de Tweede Kamer gezonden. Ondanks deze doelstelling is het in sommige gevallen onvermijdelijk dat de regeldruk wordt verhoogd. Conform afspraken rond de kabinetsdoelstelling regeldruk te verminderen wordt deze regeldruk dan ook in beeld gebracht volgens de geldende methodiek, het zogenaamde Standaardkostenmodel. In dit model wordt

tot op handelingsniveau inzichtelijk gemaakt welke informatie bij een wetsvoorstel wordt gevraagd en welk effect dat voor uitvoerende partijen heeft.

Bij onderhavig wetsvoorstel is deze regeldruktoets bij indiening bij de Tweede Kamer gemaakt. Hierbij is geconcludeerd dat er sprake was van een zeer lichte stijging van regeldruk¹. De stijging is met name zo gering omdat de aan te leveren informatie onttrokken kan worden uit de eigen informatiehuishouding en geen bedrijfsvreemde activiteiten vraagt.

De regering erkent dat de amendementen het wetsvoorstel op enkele punten hebben gewijzigd. De gevolgen voor regeldruk van deze amendementen blijven echter beperkt. Zo leiden de amendementen met nummers 20 (Bouwmeester) en 21 (Van der Staaij) niet tot stijging van de regeldruk of tot extra informatiestromen.

Het amendement met nummer 28 (Bruins Slot) leidt tot een toename van de regeldruk ten opzichte van de huidige situatie. Dit betreft dan de handelingen die moeten worden uitgevoerd bij transacties van koop en huur. Op dit moment is nog niet geheel duidelijk hoe deze handelingen er uit gaat zien, omdat nadere uitwerking door de Nederlandse zorgautoriteit (NZa), het College Sanering Zorginstellingen in samenspraak met VWS nog moeten plaatsvinden. De regering is wel voornemens de reikwijdte van het amendement zo in te richten dat de regeldruk voor instellingen zo beperkt mogelijk blijft. Dit zal gebeuren in afstemming met veldpartijen, zoals de vereniging gehandicaptenzorg, GGZ Nederland en Actiz, geschieden. Zie ook het antwoord van de regering op de vragen van de leden van de fracties van VVD en D66 terzake.

Van het amendement nummer 19 (Bouwmeester) is een toename van regeldrukkosten te verwachten. Dit betreft de voorafgaande toetsing op continuïteit van het zorgaanbod bij de aanvraag voor winstuitkering. Hoewel ook hier zal worden uitgegaan van de beschikbaarheid van daartoe relevante gegevens, zullen nadere vragen over de gevolgen van het winstoogmerk voor het zorgaanbod, de zorgverlening aan de cliënt en de kwaliteit en continuïteit van zorg tijd vragen van een aanvrager. Het ligt in de rede dat een deel van deze vragen onderdeel uitmaakt van het proces binnen een organisatie om te komen tot een aanvraag, maar voor een deel zal dit extra werkzaamheden met zich meebrengen. Indicatief kan in dit stadium worden gezegd dat het opstellen van een rapport voor de toetsing leidt tot de inzet van voorbereiding op uitvoeringsniveau (controller) en van de raad van bestuur. Op basis van het Standaardkostenmodel leidt dit naar schatting tot circa € 2.500 aan extra regeldruk op instellingsniveau. Omdat nadere besluitvorming over de inrichting van het toezicht nog dient plaats te vinden, benadrukt de regering dat het hier om een eerste indicatie gaat. Het kan zijn dat in het kader van het toezicht van andere stakeholders, bijvoorbeeld van zorgverzekeraars, informatie zal worden uitgevraagd. Bij de uitwerking van de afspraken zullen de gevolgen voor regeldruk op handelingsniveau inzichtelijk worden gemaakt.

De leden van de VVD-fractie vragen of het wetsvoorstel nog wel zin heeft, nu er een aantal voorwaarden is verbonden aan winstuitkering, onder

¹ De toename bestaat uit drie uur extra werk rond het leveren van informatie rond de solvabiliteitseisen (één keer op het niveau van de zorgaanbiedergroep en één keer op het niveau van de dochter i.p.v. één keer op geconsolideerd niveau) en drie uur extra voor het aanleveren van extra verantwoordingsgegevens na uitkering van de winst, waarbij wordt gekeken of aan de voorwaarden van het wetsvoorstel is voldaan. Dit leidt tot een *totale* toename van regeldruk van € 3.300, waarbij op dit moment uitgegaan wordt van 15 aanvragen.

ander door de Tweede Kamer, die de kans dat er investeringen zullen plaatsvinden volgens deze leden reduceert.

De randvoorwaarden uit het oorspronkelijke wetsvoorstel vloeien voort uit het Regeer- en Gedoogakkoord van 2010. Deze waren (1) er mag geen rendement uitgekeerd worden gedurende de eerste drie jaar na het moment van investeren; (2) er mag pas rendement worden uitgekeerd na een positieve beoordeling van vooraf gestelde minimumkwaliteitseisen door een onafhankelijke toezichthouder; en (3) er mag pas rendement worden uitgekeerd na een positieve beoordeling van de financiële reserves. Bij nota van wijziging² zijn twee voorwaarden uit het Regeerakkoord in het wetsvoorstel verwerkt, namelijk dat (1) het eigen vermogen uitgedrukt als percentage van het balanstotaal na de uitkering ten minste 20% moet blijven (solvabiliteitsvereiste). Hiermee sluit de regering aan bij de streefnorm die verschillende onderzoeken en het veld veelvuldig hanteren³. De nota van wijziging regelt voorts (2) dat de uitkering slechts is toegestaan indien het resultaat uit de gewone bedrijfsuitoefening drie achtereenvolgende jaren positief is geweest. Deze periode sluit aan bij wat als gebruikelijk wordt gezien in de sector.⁴

De Tweede Kamer heeft tijdens de behandeling van het wetsvoorstel nog enkele voorwaarden toegevoegd, zoals dat aan uitkering behalve een kwaliteitstoets ook een toets op de continuïteit van het zorgaanbod voorafgaat⁵, dat in het eerste jaar na de wachttijd van 3 jaar niet meer dan 50% van de winst mag worden uitgekeerd⁶, en dat er regels kunnen worden gesteld aan de maximale solvabiliteitsdaling als gevolg van de uitkering⁷. Ook mag het toezichthoudend orgaan dat over een besluit tot uitkering wordt gehoord, niet voor meer dan de helft bestaan uit aandeelhouders of vertegenwoordigers van aandeelhouders⁸. Deze laatste wijziging sluit aan bij de door de regering gewenste onafhankelijke relatie tussen bestuurders en Raden van Toezicht in de zorg.

De voorwaarden zijn erop gericht publieke belangen te borgen, zoals de kwaliteit, toegankelijkheid en continuïteit van de zorg. Tevens beogen de voorwaarden om investeerders af te schrikken die uit zijn op korte termijn winstbejag, welke deze belangen zouden kunnen schaden. Het stellen van voorwaarden aan minimale kwaliteit en financiële gezondheid sluit aan bij de uitkomsten van onderzoek dat is verricht voorafgaand aan de indiening van het wetsvoorstel. Zo wordt de voorwaarde om drie jaar lang na de eerste investering geen winst uit te keren ook bepleit in het onderzoek van SEO, «Winst in de eigendomsstructuur» uit 2010, verricht in opdracht van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen.

De in de wet opgenomen voorwaarden zijn niet dusdanig van aard dat investeerders hun interesse zullen verliezen om zich meerjarig te committeren aan de zorgsector. Zij zijn immers geïnteresseerd in de ontwikkeling van een portefeuille in de zorg gericht op waardevermeerdering op de lange termijn. Uit onderzoek dat is verricht in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport⁹ komt naar voren dat verschillende typen investeerders uiteenlopende overwegingen en strategieën hebben bij hun investeringsbeslissingen. Het perspectief op waardevermeerdering over een langere periode en op voldoende

² Kamerstukken II 2012/13, 33 168, nr. 7

³ BDO Benchmark Ziekenhuizen 2013

⁴ SEO Winst in de eigendomsstructuur, 2010 (in opdracht van de NVZ)

⁵ Kamerstukken II 2013/14, 33 168, nr. 19

⁶ Kamerstukken II 2013/14, 33 168, nr. 20

⁷ Kamerstukken II 2013/14, 33 168, nr. 21

⁸ Kamerstukken II 2013/14, 33 168, nr. 24

⁹ Boer & Croon, Investeringsbereidheid Curatieve sector, 2010

rendement bij de exit speelt voor investeerders een belangrijke rol. Respondenten in het onderzoek geven aan begrip te hebben voor voorwaarden aan de verkoop van aandelen of de dividenduitkering welke bedoeld zijn het publieke belang te borgen.

Onderstaand gaat de regering in op de vragen die de leden van de fracties van de VVD en D66 hebben gesteld over het amendement Bruins Slot. De leden van de VVD-fractie en de D66-fractie hebben bezwaren tegen het amendement Bruins Slot. Met het aanvaarden van dit amendement wordt de taak van het College Sanering Zorginstellingen (CSZ) betreffende het verlenen van goedkeuring bij transacties rond onroerende zaken in gewijzigde vorm behouden. De leden van de VVD-fractie geven aan grote moeite met het amendement te hebben, met name gezien de toenemende overheidsregulering en de bureaucratie voor de instellingen. Daarnaast vragen zij zich af hoe dit amendement zich verhoudt tot het eerdere advies van de Raad van State. De leden van de fractie van de VVD vragen om een reactie en een nadere onderbouwing om dit amendement te aanvaarden. De vereniging gehandicaptenzorg, GGZ Nederland en Actiz hebben enkele bezwaren ingebracht tegen het amendement Bruins Slot. De bezwaren betreffen vooral de te verwachten toename van de bureaucratie als gevolg van het behoud van de wettelijke taak die het College Sanering Zorginstellingen momenteel uitvoert. De leden van de fractie van D66 vragen om een reactie.

De regering is het met de VVD-fractie en D66-fractie eens dat het aangenomen amendement Bruins Slot niet moet leiden tot ongewenste overheidsbemoeienis en bureaucratie voor de instellingen. Het amendement biedt volgens de regering ruimte voor een uitwerking die mogelijke bezwaren van deze fracties en enkele brancheorganisaties wegneemt, met inachtneming van het doel dat de indiener met het amendement beoogt, te weten het bevorderen van een transparant proces en marktconforme prijsvorming rondom transacties met onroerende zaken. Bij deze uitwerking zal de regering kiezen voor de meest minimale variant, waarbij de administratieve lasten zo beperkt mogelijk blijven. Onderstaand gaat de regering in op de vragen die de leden van de fracties van de VVD en D66 over het amendement hebben gesteld.

Het oorspronkelijke wetsvoorstel bevatte, in plaats van artikel 18 Wet toelating zorginstellingen (WTZi), bepalingen over het behoud van vermogen voor de zorg. De Raad van State heeft hierover een kritisch advies uitgebracht. Naar aanleiding van het advies heeft de regering afgezien van de voorschriften omtrent vermogensbehoud en is de regering tot de conclusie gekomen dat vergelijkbare bezwaren eveneens aan het bestaande artikel 18 WTZi kleven. Ook dat artikel maakt immers geen onderscheid tussen waarde die voor de afschaffing van de kapitaal-lastenvergoeding is opgebouwd en waarde die na die datum is opgebouwd. Het wetsvoorstel is daarom aangepast, en het toezicht op basis van artikel 18 WTZi is geschrapt. In het aangenomen amendement is het hiervoor genoemde onderscheid niet gemaakt, hetgeen aansluit bij het advies van de Raad van State.

De wens in de Tweede Kamer is dat – zeker in tijden van grote veranderingen – voorkomen moet worden dat financiële middelen weglekken uit de zorg via transacties met onroerende zaken. Als gevolg van het aangenomen amendement blijft het toezicht op basis van artikel 18 WTZi dan ook in gewijzigde vorm behouden. De wijzigingen ten opzichte van de huidige situatie zijn als volgt.

In de huidige situatie is het toezicht gericht op behoud van publieke middelen voor de zorg. Daarom is artikel 18 WTZi thans beperkt tot situaties waarin onroerende zaken blijvend buiten gebruik van de

instellingen worden gesteld. Bij verhuur, vervreemding of onderwerping aan een beperkt recht kan goedkeuring van CSZ vereist zijn en is voorzien in de mogelijkheid om de meeropbrengst ten opzichte van de boekwaarde terug te laten vloeien in het AWBZ-fonds. Zoals hierboven opgemerkt, is het amendement gericht op transparantie en marktconformiteit, zodat zorgaanbieders een juiste prijs ontvangen c.q. betalen bij vastgoedtransacties. Om die reden is de reikwijdte van de transacties die onder het toezicht en eventuele goedkeuring vallen uitgebreid met aankoop en huur en is de afstorting naar het AWBZ-fonds geschrapt. Dit betekent dat instellingen eventuele opbrengsten boven de boekwaarde mogen behouden. Een laatste belangrijk verschil met de huidige situatie is dat deze taak met het amendement bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) wordt gelegd.

De regering hecht tezamen met de fracties van de VVD en D66 grote waarde aan het zo beperkt mogelijk houden van de administratieve lasten voor de instellingen. Bij de huidige procedures rondom verkoop en verhuur is dit ook een belangrijk uitgangspunt. In de praktijk zullen de lasten die het toezicht op deze transacties met zich brengt voor instellingen naar verwachting weinig veranderen. Nieuw is echter de goedkeuring voor huur en aankoop. Op dit moment wordt, in overleg met betrokken veldpartijen, gewerkt aan een invulling waarbij de administratieve lasten zo beperkt mogelijk blijven. Het amendement biedt hiertoe diverse aanknopingspunten.

De reikwijdte van de wettelijke taak op grond van artikel 18 WTZi is beperkt tot een aantal categorieën instellingen. Academische ziekenhuizen en bepaalde kleinschalige woonvoorzieningen vallen bijvoorbeeld niet onder het toezicht. In het Uitvoeringsbesluit WTZi staan welke instellingen nu onder de reikwijdte van artikel 18 WTZi vallen. Kort samengevat zijn dit instellingen voor medisch-specialistische zorg in combinatie met Zvw-verblijf alsmede AWBZ-instellingen voor persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) met AWBZ-verblijf in verband met bepaalde aandoeeningen, beperkingen of handicaps. Deze AWBZ-instellingen mogen overigens geen winstoogmerk hebben. Of deze categorieën die onder artikel 18 WTZi vallen nader dienen te worden afgebakend, kan worden gezien.

Ook beziet de regering de vormgeving van het toezicht. Binnen de reikwijdte van artikel 18 WTZi moeten zorgaanbieders voorgenomen transacties melden, maar niet alle transacties hoeven te worden goedgekeurd. Het amendement biedt ruimte om te bepalen dat goedkeuring uitsluitend vereist is indien het met transacties gemoeide bedrag boven een bepaalde drempelwaarde uitkomt. De regering heeft de NZa opdracht gegeven in overleg met veldpartijen te komen tot een invulling die zo min mogelijk administratieve lasten voor de instellingen oplevert en vooraf voldoende helderheid biedt in welke gevallen goedkeuring van de NZa vereist is.

In reactie op de vragen van de leden van de VVD-fractie wenst de regering duidelijk te maken dat de achterliggende gedachten van de gewijzigde toezichtstaak, zoals hierboven beschreven, geen verband houden met het huidige functioneren van de raden van toezicht. De toezichtstaak van de NZa doet niet af aan de verantwoordelijkheid die een raad van toezicht binnen een zorginstelling heeft. Transacties rondom onroerende zaken vormen belangrijke beslissingen binnen een zorginstelling. De raad van bestuur zal in overeenstemming met de zorgbrede governancecode eerst de goedkeuring van de raad van toezicht vragen alvorens verdere stappen te nemen. Dit is bij uitstek een aangelegenheid die bij de raad van toezicht

thuishoort, aangezien een goede oordeelsvorming een integrale afweging vergt van alle relevante factoren die bij dergelijke besluiten meespelen, en dus niet uitsluitend beperkt is tot de prijs. De toezichtstaak van de NZa is hierop een aanvulling. Bij de uitwerking van de wijze van uitvoering van het toezicht zal de regering hiermee rekening houden.

De leden van de VVD-fractie vragen of het wetsvoorstel ook geldt voor zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en zo ja, wat dit betekent voor de expansiemogelijkheden van ZBC's die nu al met privaat geld gefinancierd worden.

Ja. In voorliggend wetsvoorstel wordt het aanbieden van medisch-specialistische zorg onder voorwaarden toegestaan om rendement over risicodragend kapitaal uit te keren. Bij medisch-specialistische zorg gaat het met name om zorg, verleend in ziekenhuizen en ZBC's. Met het toestaan van een uitkering van rendement op risicodragend kapitaal beoogt de regering investeringen in de zorg aantrekkelijker te maken. Hierdoor kunnen de kwaliteit, de dienstverlening en de doelmatigheid van medisch-specialistische zorg verbeterd worden. Ook innovatie kan op die manier worden bevorderd. Een en ander leidt tot meer dynamiek in de sector.

De zorgsector is momenteel volledig afhankelijk van banken. Het is van groot belang om de mogelijkheden van medisch-specialistische zorg te vergroten. Versterking van het eigen vermogen door externe investeringen maakt dat leningen bij banken gemakkelijker en tegen lagere rente plaats kunnen vinden. Wanneer private investeerders participeren, zullen banken eerder bereid zijn tot co-financiering. Ook bestaande ZBC's die medisch-specialistische zorg aanbieden, kunnen gebruik gaan maken van de mogelijkheid rendement over risicodragend kapitaal uit te keren om bijvoorbeeld voor uitbreiding van hun zorgaanbod investeerders aan te trekken.

Voorts hebben deze leden enkele vragen over de betekenis van dit wetsvoorstel voor de betaling van rente.

Het door een zorgaanbieder in een boekjaar gerealiseerde resultaat uit gewone bedrijfsuitoefening vermeerderd met het buitengewone resultaat, alles na belastingen, kan volgens het wetsvoorstel bij wijze van rendement over risicodragend kapitaal worden uitgekeerd. Rente valt niet onder het rendement. Het resultaat is immers het verschil tussen (buiten)gewone baten en lasten. Rentelasten en soortgelijke kosten worden tot de (buiten)gewone lasten gerekend. Hiermee is aangesloten bij het Burgerlijk Wetboek (artikel 2:377 BW). Het voorliggende wetsvoorstel heeft derhalve geen betrekking op betaling van rente. Als het eigen vermogen van een ziekenhuis of ZBC wordt versterkt zal het risico (en dus de rente) van banken dalen.

PvdA-fractie

De Nederlandse ziekenhuizen beschikken reeds over risicodragend eigen vermogen. De leden van de fractie van de PvdA ontvangen graag de meest recente cijfers over de solvabiliteit van deze instellingen.

De mate waarin ziekenhuizen op lange termijn aan hun financiële verplichtingen kunnen voldoen, wordt aangeduid met solvabiliteit. Dit is het eigen vermogen uitgedrukt als percentage van het balanstotaal. De regering hanteert 20% als streefnorm voor de solvabiliteit voor aanbieders van medisch-specialistische zorg.

De gemiddelde solvabiliteit van de algemene ziekenhuizen ligt momenteel rond de 16%. Volgens de BDO benchmark bedraagt het eigen vermogen bij de grotere ziekenhuizen eind 2012 16,6% van het balanstotaal. Bij de middelgrote en kleine ziekenhuizen is deze respectievelijk 15,0% en 16,0%.¹⁰

De leden van de PvdA-fractie vernemen graag wat de ontwikkeling is geweest van de totale omvang (in euro's) van het vreemde vermogen van de Nederlandse ziekenhuizen sinds 2005, het jaar waarin een begin werd gemaakt met het niet meer op voorhand volledig vergoeden van de kapitaallasten.

Het totale vreemde vermogen van de Nederlandse ziekenhuizen was in 2012 circa 12,6 miljard; in 2011 was het vreemd vermogen 12,2 miljard; in 2010 was het vreemd vermogen 11,5 miljard; in 2009 was het vreemd vermogen 11,7 miljard¹¹.

Op basis van de jaarverslagen die beschikbaar waren op 31 augustus 2013 is het vreemd vermogen van de Nederlandse algemene ziekenhuizen als volgt:

Jaar	Vreemd Vermogen
2005	€ 11.124.852.123
2006	€ 11.968.087.969
2007	€ 11.841.806.007
2008	€ 12.400.490.939
2009	€ 12.651.785.578
2010	€ 12.532.550.790
2011	€ 13.104.496.315
2012	€ 13.633.336.579

De leden van de PvdA fractie vragen of de rol die investeerders krijgen in de zorg niet beter door bewoners van het relevante adherentiegebied en cliënten ingenomen kan worden.

De regering vindt dat de raad van bestuur van het ziekenhuis te allen tijde eindverantwoordelijk is voor de zorgverlening. Dat uitgangspunt is vastgelegd in de Kwaliteitswet zorginstellingen en in het Wetsvoorstel kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz). Ook wanneer het Wetsvoorstel vergroten investeringsmogelijkheden in de medisch-specialistische zorg kracht van wet heeft, blijft dit het uitgangspunt. In het wetsvoorstel worden daarnaast ook aanvullende voorwaarden gesteld ten aanzien van de governance.

De regering meent op basis van ervaringen in het buitenland dat het meekijken van aandeelhouders bij een zorgaanbieder een positieve impuls kan geven aan de kwaliteit van de zorg. Aandeelhouders investeren hun eigen geld om de zorgaanbieder beter te maken en uiteraard om rendement te krijgen op het kapitaal dat zij ter beschikking hebben gesteld. Zij willen daarom dat de kwaliteit van de zorgaanbieder zo hoog mogelijk is. Dit is immers het kernbelang van een zorgaanbieder en hoe beter deze hierop presteert hoe groter de kans dat er een vergoeding voor het aangetrokken risicodragend kapitaal kan worden uitgekeerd of dat de

¹⁰ BDO Benchmark Ziekenhuizen, <http://www.bdo.nl/nl/publicaties/documents/bdo-benchmark-ziekenhuizen-2013.pdf> Deze cijfers hebben uitsluitend betrekking op de algemene ziekenhuizen.

¹¹ BDO Benchmark Ziekenhuizen, <http://www.bdo.nl/nl/publicaties/documents/bdo-benchmark-ziekenhuizen-2013.pdf> Deze cijfers hebben uitsluitend betrekking op de algemene ziekenhuizen.

waarde van de onderneming toeneemt. Daarnaast zorgen de voorwaarden van het bovengenoemd wetsvoorstel ervoor dat de continuïteit van de aanbieder niet ten koste kan gaan van zijn besluit om privaat kapitaal aan te trekken. Doordat de transparantie en kwaliteit steeds groter wordt, zal ook het resultaat steeds beter worden. Bewoners van de relevante adherentiegebieden en patiënten zullen deze resultaten zeker mee laten wegen bij hun beslissingen.

De leden van de PvdA-fractie vragen of winst in de medisch-specialistische zorg de facto reeds is toegestaan. Zij verwijzen daarbij naar de handelwijze van sommige ZBC's, waarbij een stichting de zorg contracteert en een BV deze in onderaanneming uitvoert.

Het verbod op winstoogmerk is nu in de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) geregeld (artikel 5 lid 2). Met het verbod op winstoogmerk uit de WTZi werd beoogd de uitkering van winst te verbieden voor bepaalde groepen zorgaanbieders, waaronder ook aanbieders van medisch-specialistische zorg. Ook onderaannemers die medisch specialistische zorg leveren hebben een WTZi-toelating nodig en zijn gebonden aan het verbod op winstoogmerk. Leveranciers van goederen of niet-zorgdiensten aan aanbieders van medisch-specialistische zorg hebben geen WTZi-toelating nodig en mogen wel winst uitkeren.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de regering bereid is vlot met een algemene maatregel van bestuur te komen ter invulling van het amendement Van der Staaij¹².

Bij de verwerking van amendementen acht de regering de intentie van de indieners en de behandeling in de Tweede Kamer van belang. Bij de bespreking van het amendement tijdens de behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer heeft de indiener duidelijk gemaakt dat het wat hem betreft nu alleen gaat om het opnemen van de mogelijkheid om nadere regels te kunnen stellen aan de maximale solvabiliteitsdaling als gevolg van winstuitkering. Wat hem betreft gaat daarvan reeds een preventieve werking uit, terwijl wanneer direct een maximum zou worden vastgelegd dit ook ongewenst gedrag zou kunnen uitlokken. De regering deelt deze zienswijze. Bovendien bevat de wet reeds een aantal strikte voorwaarden rond winstuitkering dat voldoende waarborgt dat investeerders en bestuurders van winstbeogende zorginstellingen geen winstuitkering kunnen doen die de financiële gezondheid, de kwaliteit en de continuïteit van zorg in gevaar brengt. Ook is het in het normale ondernemingsverkeer ongebruikelijk om het criterium van maximale solvabiliteitsdaling te hanteren, bovenop het reeds in de wet vastgelegde criterium van een minimale solvabiliteit. Al met al ziet de regering vooralsnog geen aanleiding om gebruik te maken van de mogelijkheid om nadere regelgeving op te stellen. Mochten er zich ontwikkelingen voordoen in de praktijk die toch aanleiding geven om nadere regels op te stellen op dit punt, dan kan de regering van deze wettelijke mogelijkheid gebruik maken.

Artikel I, onderdeel B, bepaalt met artikel 41e dat indien een zorgaanbieder die medisch-specialistische zorg verleent een toezichhoudend orgaan heeft, dit over ieder voornemen tot het uitkeren van winst gehoord dient te worden. De leden van de PvdA-fractie vragen hoe deze bepaling zich verhoudt tot de statutaire praktijk dat besluiten tot winstbestemming goedkeuring van de raad van commissarissen behoeven.

¹² Kamerstukken II, 2012–13, 33 168, nr 21

Dit wetsvoorstel stelt in artikel 16e WTZi ten aanzien van het winstbestemmingsbesluit een minimumeis over de betrokkenheid van de raad van commissarissen, of ook wel raad van toezicht. Er kunnen situaties zijn waarin aanbieders van medisch specialistische zorg, zoals bijvoorbeeld kleine zelfstandige behandelcentra, een goedkeuringsrecht van de raad van commissarissen niet in hun governance structuur vinden passen. Aangezien het Burgerlijk Wetboek hierover niets regelt heeft de regering tenminste het recht om gehoord te worden willen verankeren in deze wet. Het staat de zorgaanbieder vrij om meer te regelen dan in deze bepaling is neergelegd. Ook de zorgbrede governancecode, waar de meeste zorgaanbieders bij zijn aangesloten, stelt een goedkeuring van de raad van toezicht verplicht. Zorgaanbieders kunnen dus zonder meer aansluiten bij de statutaire en regulatoire praktijk om goedkeuring van de raad van commissarissen voor te schrijven. Over het algemeen is het verstandig om dat ook daadwerkelijk te doen.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de regering het wenselijk acht dat besloten kan worden over winstuitkering in strijd met een negatief advies van de raad van commissarissen.

Over het algemeen lijkt het de regering onwenselijk dat een winstbestemmingsbesluit genomen wordt terwijl er een negatief advies van de raad van commissarissen is. Als dat zou voorkomen dan moet het bestuur van de zorgaanbieder wel heel goed kunnen motiveren waarom er wordt afgeweken van het advies van de raad van commissarissen. Er kunnen situaties zijn waarin aanbieders van medisch specialistische zorg, zoals bijvoorbeeld kleine zelfstandige behandelcentra, een goedkeuringsrecht van de raad van commissarissen niet in hun governance structuur vinden passen. Aangezien het Burgerlijk Wetboek hierover niets regelt heeft de regering tenminste het recht om gehoord te worden willen verankeren in deze wet.

De leden van de PvdA-fractie vragen de regering aan te geven waarin de rol en positie van de raad van commissarissen van een aanbieder van medisch-specialistische zorg afwijkt van die van de raad van toezicht van een aanbieder van medisch-specialistische zorg.

Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek (BW) bevat regels over alle rechtspersonen. Omdat de zorginstellingen in Nederland rechtspersonen zijn, zijn deze regels dus ook op hen van toepassing. In het BW wordt voor NV's en BV's niet gesproken van een raad van toezicht, maar van een raad van commissarissen. Deze is in beginsel pas verplicht voor zogenaamde structuur-vennootschappen, bestaande uit BV's of NV's die op grond van de Wet op de ondernemingsraden (WOR) verplicht zijn een ondernemingsraad in te stellen, meer dan 100 werknemers hebben en waarvan het geplaatste kapitaal inclusief reserves volgens de balans, tenminste drie jaar achter elkaar, minstens 16 miljoen bedraagt. In alle andere gevallen is een raad van commissarissen niet verplicht. Aangezien in de zorg veel instellingen de stichting hanteren als rechtsvorm, zijn zij op grond van het BW niet verplicht om een raad van commissarissen in te stellen. Omdat intern toezicht bij zorginstellingen van groot belang wordt geacht zijn in het uitvoeringsbesluit op grond van de Wet toelating zorginstellingen (Uitvoeringsbesluit WTZi) – in aanvulling op het BW -regels opgenomen over de bestuursstructuur van onder meer instellingen voor medisch-specialistische zorg. Zo dient er een orgaan te zijn dat toezicht houdt op het beleid van de dagelijkse of algemene leiding van de instelling en het bestuur met raad ter zijde staat. Omdat wordt gesproken van een toezichthoudend orgaan is het om het even of dit een raad van toezicht is of een raad van commissarissen. De in het uitvoe-

ringsbesluit opgenomen vereisten zijn niet contrair aan de wettelijke bepalingen uit het BW.

Overigens heeft de Minister van Veiligheid en Justitie een wetsvoorstel «Bestuur en toezicht rechtspersonen» aangekondigd. Daarin zal een grondslag in het BW worden opgenomen voor de instelling van een toezichthoudend orgaan bij stichtingen en verenigingen. Een dergelijk toezichthoudend orgaan heeft in de kern dezelfde taken en bevoegdheden als een raad van commissarissen. Die strekken verder dan alleen adviserende bevoegdheden.

De zorgsector heeft een zorgbrede governancecode opgesteld, waarin enkele taken en bevoegdheden van het toezichthoudend orgaan nader zijn omschreven. In deze code wordt ook geen onderscheid gemaakt tussen een raad van toezicht of een raad van commissarissen. De code schrijft voor dat de raad van toezicht of de raad van commissaris toeziet op:

- de realisatie van de statutaire en andere doelstellingen van de zorgorganisatie;
- de strategie en de risico's verbonden aan de activiteiten van de zorgorganisatie;
- de opzet en werking van de interne risicobeheersings- en controlesystemen;
- de financiële verslaglegging;
- de kwaliteit en veiligheid van zorg;
- de naleving van wet- en regelgeving;
- de verhouding met belanghebbenden;
- het op passende wijze uitvoering geven aan de maatschappelijke doelstelling en verantwoordelijkheid van de zorgorganisatie.

Ook is vastgelegd dat de volgende onderwerpen in ieder geval aan de goedkeuring van de raad van toezicht of raad van commissarissen onderworpen zijn:

- benoeming, evaluatie en ontslag van het bestuur (tenzij deze bij de algemene vergadering is belegd);
- de vaststelling van de begroting, de jaarrekening en de winstbestemming,
- de vaststelling van (strategische) beleidsplannen van de zorgorganisatie;
- het beleid van de zorgorganisatie voor de dialoog met belanghebbenden;
- het aangaan of verbreken van een duurzame samenwerking van de zorgorganisatie met andere rechtspersonen of vennootschappen indien deze samenwerking of verbreking van ingrijpende betekenis is voor de zorgorganisatie;
- het bestuursreglement van de raad van bestuur;
- aangifte van faillissement en aanvraag van surseance van betaling;
- gelijktijdige beëindiging of beëindiging binnen een kort tijdsbestek van de arbeidsovereenkomst van een aanmerkelijk aantal werknemers, of van het verbreken van een overeenkomst met een aanmerkelijk aantal personen dat als zelfstandigen of als samenwerkingsverband werkzaam is voor de zorgorganisatie;
- overige majeure beslissingen, vast te leggen in de statuten en/of het bestuursreglement.
- de benoeming, schorsing en ontslag, het verlenen van décharge en het vaststellen van de honorering van de leden van de raad van toezicht, tenzij deze bevoegdheid bij de algemene vergadering berust.

Vrijwel alle aanbieders van medisch specialistische zorg zijn aangesloten bij een van de brancheorganisaties in de zorg. Het naleven van de zorgbrede governancecode is een voorwaarde voor dit lidmaatschap.

Waarin wijkt de rol en positie van de raad van commissarissen van een aanbieder van medisch-specialistische zorg af van die van een raad van commissarissen louter op grond van het burgerlijk recht? Acht de regering dit voldoende waarborg dat de zorgaanbieder zich primair op haar maatschappelijke doeleinden richt?

Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek bevat regels over Nederlandse rechtspersonen. Omdat de grote zorginstellingen in Nederland over rechtspersoonlijkheid beschikken zijn deze regels ook op hen van toepassing. In aanvulling op hetgeen in het Burgerlijk Wetboek is opgenomen stelt het uitvoeringsbesluit op grond van de Wet toelating zorginstellingen (Uitvoeringsbesluit WTZi) de volgende eisen aan instellingen voor medisch-specialistische zorg:

1. Met betrekking tot de bestuursstructuur van instellingen gelden de volgende eisen:
 - a. er is een orgaan dat toezicht houdt op het beleid van de dagelijkse of algemene leiding van de instelling en deze met raad ter zijde staat; geen persoon kan tegelijk deel uitmaken van het toezichthoudend orgaan en de dagelijkse of algemene leiding;
 - b. het toezichthoudend orgaan is zodanig samengesteld dat de leden ten opzichte van elkaar, de dagelijkse en algemene leiding van de instelling en welk deelbelang dan ook onafhankelijk en kritisch kunnen opereren;
 - c. de instelling legt inzichtelijk de verantwoordelijkheidsverdeling tussen het toezichthoudend orgaan en de dagelijkse of algemene leiding vast, alsmede de wijze waarop interne conflicten tussen beide organen worden geregeld.
2. Instellingen die rechtspersoon zijn, met uitzondering van kerkgenootschappen, leggen het in het eerste lid bepaalde vast in de statuten; de overige instellingen leggen dat anderszins schriftelijk vast.

Met deze aanvullende eisen schrijft de WTZi voor dat er ongeacht de rechtsvorm van een zorginstelling – behoudens de in het uitvoeringsbesluit geformuleerde uitzonderingen –, altijd een toezichthoudend orgaan moet zijn. Dat kan dus ook een raad van commissarissen zijn.

In de zorgbrede governancecode die door de veldpartijen zelf zijn opgesteld, zijn aanvullend normen opgenomen over taken, bevoegdheden van het toezichthoudend orgaan alsmede de incomptabiliteiten van toezichthouders. De interne toezichthouders zien er mede op toe dat het bestuur van een zorginstelling zich in voldoende mate richt op het verlenen van kwalitatief goede en veilige zorg. De IGZ betreft de bepalingen uit de code als breed gedragen veldnormen bij haar toezicht op kwaliteit, veiligheid en goed bestuur. Op basis van het bovenstaande en gezien de overige checks and balances die we in het zorgstelsel hebben ingericht, is de regering van mening dat er voldoende waarborgen zijn om er voor te zorgen dat zorginstellingen zich richten op hun publieke taken.

De leden van de PvdA-fractie vragen of het verkrijgen van financiering ten behoeve van investeringen geholpen zou zijn bij het creëren van grotere zekerheden voor zorginstellingen en zorgverzekeraars in de vorm van meerjarige inkoopcontracten, en of de regering bereid is deze te stimuleren.

Het sluiten van meerjarencontracten kan een bijdrage leveren aan meer stabiliteit en daardoor meer zekerheden creëren voor zorgaanbieders om lange termijn investeringen te doen. De regering moedigt het sluiten van meerjarencontracten dan ook aan. Vaak worden echter de jaarlijkse overstapmogelijkheid van verzekeren en onzekerheid over het beleid als

argumenten genoemd waarom meerjarencontracten nu nauwelijks tot stand komen.

Dit hoeft echter niet tot onoverkomelijke problemen te leiden. Er zijn wel degelijk partijen geweest die meerjarencontracten gesloten hebben. Meerjarencontracten kunnen bijvoorbeeld gesloten worden met eventuele ontbindingsclausules en er kan rekening gehouden worden met een eventuele af- of toename van het aantal verzekerden. Vanwege veranderend beleid kunnen meerjarencontracten mogelijk niet tot in detail worden uitgewerkt, maar het gaat om de intentie om voor langere tijd met elkaar een samenwerkingsrelatie aan te gaan.

De leden van de PvdA-fractie vragen of andere mogelijkheden voor het aantrekken van vreemd vermogen door Nederlandse ziekenhuizen, zoals door uitgifte van obligaties, sale-and-leaseback en het achtergestelde leningen, niet goeddeels de financieringsproblemen kunnen oplossen.

Aanbieders kunnen hun vermogen nu al versterken door obligaties uit te geven, «sale en lease back»-constructies te organiseren of door achtergestelde leningen aan te trekken. In bepaalde gevallen worden deze overigens onder het eigen vermogen gerekend. Met onderhavig wetsvoorstel krijgen aanbieders van medisch-specialistische zorg de mogelijkheid om investeerders aan te trekken die risicodragend participeren in een zorgaanbieder, waardoor er minder vreemd vermogen hoeft te worden aangetrokken of waardoor vreemd vermogen beter, tegen gunstige voorwaarden (bijvoorbeeld lagere rente) kan worden aangehouden. Indien immers de privaatkapitaalverschaffer bijdraagt aan het eigen vermogen wordt ook voor verstrekkers van vreemd vermogen, zoals verstrekkers van bankleningen of verstrekkers van achtergestelde leningen minder risicovol om een lening te verstrekken. De genoemde varianten zijn dus vaak geen alternatief, aangezien deze, in tegenstelling tot volledig risicodragende participatie in het eigen vermogen door privaatkapitaalverschaffers niet bijdragen aan een gezondere financiële balans.

Verder is het voordeel van private investeerders die (mede)eigenaar zijn dat zij zullen hechten aan continuïteit van de zorgaanbieder, een goede kwaliteit/prijs-verhouding van het aanbod en transparantie over resultaten van de geleverde zorg.

De private investeerder zal bovendien hechten aan de continuïteit van de aanbieder. Hierdoor worden de belangen van investeerders en bestuurders van de zorgaanbieder meer gelijkgericht. Bij de andere constructies ontbreekt dit eigenaarschap.

De leden van de PvdA-fractie vragen welke effecten de regering voorziet van de aangenomen amendementen Bouwmeester, Van der Staaij, Dijkstra en Bruins Slot op de bereidheid van investeerders om te participeren.

Voor het antwoord op deze vraag verwijst de regering naar het antwoord op de vraag van de leden van de VVD-fractie hierboven.

De leden van de PvdA fractie vragen of en hoe de positie van cliënten en de bewoners van het adherentiegebied wijzigen als gevolg van dit wetsvoorstel.

De positie van cliënten van een aanbieder van medisch-specialistische zorg (MSZ) en/of van bewoners in het omliggende adherentiegebied zal niet veranderen als gevolg van dit wetsvoorstel. Wanneer een zorgaan-

bieder zich wil gaan richten op een bepaald specialisme en/of een specialisme af wil stoten, dan zullen de zorgverzekeraars in het kader van hun zorgplicht in dat gebied voor hun verzekerden alternatieve aanbieders moeten contracteren die op redelijke afstand beschikbaar zijn. Dit is zo in de huidige situatie, en zal ook zo blijven indien de investeringsmogelijkheden voor medisch specialistische zorg worden verruimd. Ook voor wat betreft de medezeggenschap van patiënten en cliënten zal de toetreding van private investeerders van beperkte invloed zijn. De bestaande wetgeving rondom medezeggenschap, klachtrecht op grond van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz), en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz), zal onverminderd van kracht blijven. De raad van bestuur is en blijft eindverantwoordelijk voor het beleid van een instelling. Private investeerders zullen via hun deelname in het ziekenhuis invloed uit kunnen oefenen op het beleid van de bestuurder. Maar deze zal het cliëntvertegenwoordigende orgaan – waar soms ook omwonenden van een zorginstelling zitting in hebben – conform de wettelijke eisen moeten raadplegen, net zoals dat nu ook het geval is. De regering is van mening dat medezeggenschap en klachtrecht in de zorg van groot belang is. De wettelijke bepalingen hieromtrent zullen daarom zorgbreed van kracht blijven en waar nodig verbeterd worden (Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg).

De leden van de PvdA fractie vragen of met dit wetsvoorstel de positie van kleine, perifere ziekenhuizen verder verslechtert en de beschikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg aldaar in het gedrang zullen komen. Ook vragen zij welke waarborgen er zijn dat ook ziekenhuizen die er niet in slagen investeerders te vinden de kwaliteit van hun zorgaanbod verder versterken?

De regering is van mening dat er in Nederland kwalitatief goede zorg wordt geleverd. Indien de kwaliteit niet goed is, treedt de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) hier tegen op. Zorgverzekeraars zullen in het kader van hun zorgplicht ook in perifere gebieden voor hun verzekerden de zorg beschikbaar en toegankelijk moeten houden, op een redelijke afstand. De zorgverzekeraar heeft ook een rol bij het inkopen op en van kwaliteit, dus ook om deze waar mogelijk verder te versterken. Dit is zo in de huidige situatie, en zal ook zo blijven indien de investeringsmogelijkheden voor medisch specialistische zorg worden verruimd. Daarnaast heeft dit wetsvoorstel ook enkele waarborgen: zo wordt met dit wetsvoorstel geregeld dat bijvoorbeeld aanbieders van medisch-specialistische zorg die niet aan de minimumkwaliteitseisen voldoen, geen vergoeding voor aangetrokken kapitaal mogen uitkeren. Als het oordeel van de IGZ op basis van een uitgevoerde kwaliteitstoets negatief is, of als de IGZ in het kader van haar reguliere toezicht een aanwijzing, een bevel, een last onder bestuursdwang of een last onder dwangsom oplegt, mag de zorgaanbieder gedurende de periode waarover deze geldt, geen vergoeding voor aangetrokken kapitaal uitkeren. Overigens is het goed mogelijk dat de positie van kleine perifere ziekenhuizen verbetert. Deze ziekenhuizen zijn momenteel immers voor hun financiering volledig afhankelijk van de banken. De banken hebben als gevolg van de kredietcrisis en de politieke maatregelen die daarop zijn gevolgd een veel meer terughoudend kredietverstrekkingbeleid gevoerd. Dit kan aanzienlijke gevolgen hebben voor deze ziekenhuizen, die geen alternatief hebben. Dit wetsvoorstel geeft hun meer mogelijkheden hun ziekenhuizen te financieren.

Deze leden zijn niet overtuigd van de berekening in de memorie van toelichting van de eenmalige en structurele nalevingslasten in geval aanbieders van medisch-specialistische zorg er voor kiezen winstuitkering mogelijk te maken. Zo lijkt de inzet van het bestuur, ondersteunende

juridische en fiscale experts, de ondernemingsraad en het toezicht in het geheel niet meegenomen te zijn. Graag zien deze leden een hernieuwde berekening van deze kosten.

Voor het antwoord op deze vraag verwijst de regering naar vragen van gelijke strekking van de leden van de fractie van de VVD.

De leden van de PvdA fractie vragen om een inschatting van de financiële gevolgen door heffing van vennootschapsbelasting, btw, schenkbelasting en overdrachtsbelasting, uitgaande van de verwachting van de regering dat 10 tot 15% van de aanbieders van medisch-specialistische zorg uitkeerbare winst zal invoeren.

Met het wetsvoorstel wordt niet beoogd een belastingopbrengst te realiseren en gelden vanuit de zorg over te hevelen naar de algemene middelen. De fiscale gevolgen zijn niet alleen afhankelijk van de juridische vormgeving en van het aantal aanbieders dat de mogelijkheden van het wetsvoorstel wil benutten, maar zijn ook afhankelijk van de feiten en omstandigheden. In zijn algemeenheid is van belang om op te merken dat vennootschapsbelasting alleen is verschuldigd als ook in fiscale zin positief resultaat wordt behaald. Ondanks de verwachting van de regering dat 10 tot 15% haar structuur zal aanpassen is het dan ook niet in te schatten in hoeverre zich dit zal voordoen en in welke mate. Hierbij moet bedacht worden dat ziekenhuizen op dit moment in de regel geheel vrijgesteld van vennootschapsbelasting zijn. Er wordt dan ook door vrijwel geen enkel ziekenhuis een fiscale winstberekening gemaakt. De cijfers uit jaarrekeningen geven weliswaar een indicatie, maar kunnen in de praktijk sterk afwijken van een fiscale berekening. Een positief resultaat in het ene jaar kan daarnaast onder voorwaarden fiscaal verrekend worden met een verlies in een ander jaar hetgeen ook zijn weerslag heeft op de financiële gevolgen van jaar tot jaar. Al met al is daardoor met betrekking tot de vennootschapsbelasting alleen aan te geven dat belastbare bedragen tot € 200.000 belast worden tegen een tarief van 20%, het meerdere is belast tegen 25% (tarieven 2014).

Voor wat betreft de btw is in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel verwezen naar de memorie van toelichting bij het Belastingplan 2006. Daarin was opgenomen dat op het moment waarop winst uitkeren mogelijk wordt, de btw vrijstelling van toepassing wordt op zowel winst beogende als op niet winst beogende instellingen. Doordat er per 1 januari 2006 op dit punt voor zorgaanbieders niets is veranderd, is de verruiming van de btw-vrijstelling nog niet in werking getreden.

Nu inwerkingtreding van het wetsvoorstel Wet vergroten investeringsmogelijkheden in medisch-specialistische zorg op korte termijn wordt voorzien, is in het Belastingplan 2015 de maatregel ter verruiming van deze btw-vrijstelling opgenomen. Daarin staat dat de voorwaarde voor de vrijstelling, te weten «dat geen winst mag worden beoogd» komt te vervallen bij inwerkingtreding van de Wet vergroten investeringsmogelijkheden in medisch-specialistische zorg. Ook als winstuitkeren cq beogen bij de instelling mogelijk wordt, is daardoor geen sprake van (extra) btw druk, er van uitgaande dat het Belastingplan 2015 op dit punt ongewijzigd wordt aangenomen.

Ten aanzien van de schenkbelasting en overdrachtsbelasting is in de memorie van toelichting aangegeven dat vanwege de veelheid aan mogelijkheden en de specifieke situaties niet in zijn algemeenheid is te zeggen of sprake zal zijn van belastingheffing. In een aantal gevallen zal geen sprake zijn van een belastbaar feit of kan een vrijstelling van toepassing zijn. De specifieke situaties bepalen uiteindelijk of hiervan

sprake is en of bijvoorbeeld voldaan is aan de voorwaarden voor toepassing van een vrijstelling. Instellingen kunnen als zij daarover zekerheid wensen – ook voorafgaand aan de wijziging – contact zoeken met de voor hen bevoegde belastinginspecteur. Gelet op bovenstaande is het niet mogelijk een inschatting te geven van de (mogelijke) heffing.

De leden van de PvdA fractie vragen hoe de regering erop gaat toezien dat maatschappelijke doeleinden adequaat in de statuten van aanbieders van medisch-specialistische zorg zijn en blijven opgenomen en hoe de regering erop gaat toezien dat de aanbieders conform hun statuten blijven handelen, ook na de eenmalige extra toetsing door de IGZ en de NZa voorafgaande aan de eerste winstuitkering.

Op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen dient een zorgaanbieder «verantwoorde zorg» te leveren, die van goed niveau, doelmatig en patiëntgericht is en afgestemd op de behoefte van de patiënt. Binnen een zorgaanbieder is de raad van bestuur eindverantwoordelijk voor en belast met het besturen van de zorgorganisatie. De raad van toezicht houdt toezicht op het besturen door de raad van bestuur. De algemene vergadering van aandeelhouders kan aanwijzingen geven aan het bestuur als dat zo in de statuten geregeld.

Die aanwijzingen mogen er echter niet toe leiden dat het bestuur in strijd handelt met zijn wettelijke en statutaire verplichtingen voor het leveren van verantwoorde zorg aan patiënten. De raad van bestuur blijft daarmee dus eindverantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van zorg van een zorgaanbieder. Wanneer het bovendien een instelling betreft die is toegelaten op basis van de WTZi, zal deze moeten blijven voldoen aan de eisen met betrekking tot de bestuursstructuur en bedrijfsvoering.

Daarnaast zullen regels omtrent patiënten en cliëntenparticipatie en medezeggenschap onverminderd gelden voor instellingen die winst gaan uitkeren. Hiermee blijft de maatschappelijke inbreng vanuit het patiëntenperspectief ook in de toekomst geborgd. En met het Wetsvoorstel kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz), wordt de positie van de patiënt en cliënt verder verbeterd, waar het gaat om de behandeling door de zorgaanbieder van klachten en geschillen. Daarnaast zal de IGZ vanzelfsprekend ook na een eerste winstuitkering toezicht blijven houden conform de geldende wet- en regelgeving, aangevuld door veldnormen zoals de Zorgbrede Governancecode.

Tenslotte heeft de regering tijdens het overleg met de Tweede Kamer aangegeven nader onderzoek te zullen doen naar de mogelijkheid van een meldingsplicht voor zorginstellingen bij het CIBG in het geval van substantiële veranderingen van statuten, zoals gevraagd in de motie Bruins-Slot¹³. Het kan hier bijvoorbeeld gaan om een wijziging van rechtspersoonlijkheid van een zorgaanbieder, maar ook om de wijziging van de doelstelling van een zorgaanbieder.

CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie vragen hoe de investeringsbereidheid sinds de indiening van het wetsvoorstel is gewijzigd, in het bijzonder als gevolg van overheidsbeleid.

De regering is het met de leden van de CDA-fractie eens dat onzekerheid over het overheidsbeleid geen factor mag zijn welke bijdraagt aan onzekerheid bij investeerders omtrent hun beslissingen om risicodragend

¹³ Kamerstukken II, 2013–2014, 33 168, nr. 26

vermogen in de zorgsector in te brengen. Het vraaggestuurde zorgstelsel dat met de invoering van onder meer de Zvw tot stand is gebracht, heeft zich de afgelopen jaren goed ontwikkeld. De regering heeft in 2012 enkele belangrijke stappen gezet om het stelsel verder te optimaliseren. De invoering van prestatiebekostiging, de overgang van DBC's naar DOT, de afschaffing van ex-post risicoverevening, de afschaffing van de kapitaal-lastenvergoeding, de introductie van het macro-beheersinstrument versterken de dynamiek tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten, welke ten goede komt aan de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg.

De hoofdlijnenakkoorden van 2011 en 2013 hebben een lange termijn agenda opgeleverd waar alle partijen in de zorg zich aan hebben gecommitteerd. Belangrijke elementen van deze agenda zijn concentratie en spreiding van zorg, scherper inkopen op kwaliteit, meer transparantie over prestaties, tegengaan van praktijkvariatie. Dit lange termijn perspectief biedt voor investeerders alleszins ruimte om in te zetten op zorgvernieuwing en innovaties, betere dienstverlening en doelmatige en transparante zorg waarmee zij patiënten en zorgverzekeraars weten te overtuigen van hun meerwaarde.

De leden van de CDA-fractie vragen of onderhavig wetsvoorstel te vroeg komt, onder meer met het oog op de discussies rond de positionering van medisch specialisten in 2015.

De regering is van mening dat het wetsvoorstel allerm minst te vroeg komt, integendeel. Het wetsvoorstel sluit aan bij de ontwikkeling van de laatste jaren naar meer risicodragendheid bij zorgaanbieders, behorend bij de omslag naar vraagsturing. Banken beschouwen zorginstellingen nu meer als «gewone» ondernemingen, met een hoger risicoprofiel. Tel daarbij op dat na de bankencrisis het kredietverlenen strak is aangehaald en het dus zo is dat ziekenhuizen die volledig afhankelijk zijn van de banken een sterke noodzaak hebben om extern kapitaal aan te trekken. Het dat wettelijk belemmeren past niet bij de opzet van het stelsel. Zorgaanbieders hebben dus behoefte aan ruimere mogelijkheden om investeringen te financieren met risicodragend kapitaal.

Ook met het oog op de discussies rond de positionering van medisch specialisten, en de mogelijke ontwikkeling van een model waarbij medisch specialisten aandeelhouder worden in het ziekenhuisbedrijf komt dit wetsvoorstel volgens de regering eerder te laat dan te vroeg. Het is immers voorstelbaar dat zij de wens hebben een rechtsvorm te kiezen waarbij aantrekken van risicodragend kapitaal is toegestaan. Onzekerheid daarvan belemmert het participatiemodel, dat zal ook blijven.

De leden van de CDA fractie vragen of de regering uiteen wil zetten waarom een periodieke toets door de IGZ niet zinvol zou zijn en of dit voor alle aanbieders zou moeten gelden. De leden van de CDA fractie vragen voorts hoe in andere sectoren van overheidszorg over periodieke accreditatie wordt gedacht.

De regering kiest niet voor een periodieke kwaliteitstoets omdat zorgaanbieders die onder het wetsvoorstel vallen net als alle andere zorgaanbieders onder het reguliere toezicht van de IGZ vallen. In dat reguliere toezicht controleert de IGZ of de zorgaanbieders voldoen aan de kwaliteitseisen uit de wet- en regelgeving, wetenschappelijke richtlijnen en veldnormen. Dit doet de IGZ risicogestuurd: daar waar de risico's het grootst zijn is het toezicht het meest intensief. De IGZ treedt handhavend op als een zorgaanbieder niet aan de minimumkwaliteitseisen voldoet.

De extra, eenmalige kwaliteitstoets is een extra waarborg, bovenop het reguliere toezicht. Deze vindt plaats op verzoek van een zorgaanbieder voor medisch-specialistische zorg die daadwerkelijk wil overgaan tot het uitkeren van een vergoeding voor aangetrokken kapitaal. De aanbieder is daarna ook nog onderworpen aan het reguliere toezicht van de IGZ. Daarnaast zal de IGZ, zeker de eerste jaren, extra aandacht besteden aan ziekenhuizen die rendement over risicodragend kapitaal uitkeren. In het kabinetsstandpunt over het gebruik van accreditatie en certificatie in het kader van overheidsbeleid van 14 november 2003¹⁴ heeft de regering haar beleid op dit gebied uiteengezet. Dit standpunt is nog steeds actueel. Het standpunt gaat echter niet specifiek in op de vraag van de leden van de CDA-fractie naar periodieke accreditatie. Of periodieke accreditatie aangewezen is in een specifiek geval is afhankelijk van het beleidsdoel dat in dat specifieke geval gesteld is.

De leden van de CDA-fractie vernemen graag hoe de regering de positie van de Raad van Toezicht ziet, als een instelling omgezet is in een BV of NV. Op verschillende plaatsen in de toelichting verwijst de regering naar de rol en positie van de Raad van Toezicht (hierna: RvT). Echter, er zal ook een Raad van Commissarissen (hierna: RvC) zijn die door de aandeelhouders wordt benoemd. De taak van de RvC wordt door het vennootschapsrecht bepaald. Hoe verhouden RvC en RvT en het bestuur zich tot elkaar? Is er geen sprake van taken en bevoegdheden die op meerdere plaatsen belegd zijn? Graag ontvangen de leden van de CDA-fractie een nadere toelichting op de bestuursstructuur en de taken en bevoegdheden van de verschillende bestuursorganen van dergelijke instellingen voor zover die door de wet wordt voorgeschreven. Wie benoemt de bestuurder van het ziekenhuis?

Indien een zorginstelling de structuur heeft van een BV of een NV dan zijn de regels van het rechtspersonenrecht uit Boek 2 van het BW van toepassing. Veel zorginstellingen in zowel care als cure hebben daarentegen een stichtingsvorm. Zuiver op grond van het BW hoeft een dergelijke rechtsvorm niet over een toezichthoudend orgaan te beschikken. Gezien het publieke belang dat is gemoeid met het bestaan van voldoende (intern) toezicht op de levering kwalitatief goede en veilige zorg, schrijft het Uitvoeringsbesluit WTZi voor dat bepaalde zorginstellingen, met name intramurale instellingen die ondernemingsraadplichtig zijn, een dergelijk toezichthoudend orgaan wel moeten hebben. Een toezichthoudend orgaan kan evenwel ook een raad van commissaris zijn. Daarin maakt de WTZi geen onderscheid. Dat bevoegdheden dan ook op meerdere plaatsen zouden kunnen worden belegd is dan ook niet aan de orde. Het komt dus niet voor dat een zorginstelling zowel een raad van toezicht als een raad van commissarissen heeft.

In aanvulling op de wettelijke regelingen heeft de sector zelfstandig besloten om een zorgbrede governancecode in te stellen, waarin bovengenoemde verplichting tot het instellen van een intern toezichthoudend orgaan is uitgewerkt en waarin taken en bevoegdheden nader zijn omschreven. In de code wordt evenmin onderscheid gemaakt tussen een raad van toezicht of een raad van commissarissen. De IGZ beschouwt deze code als een algemeen maatschappelijk, breed gedragen veldnorm als uitwerking van deze wetgeving en betreft deze bij haar toezicht op zorginstellingen. In het antwoord op de vraag van de leden van de fractie van de Partij van de Arbeid over het verschil tussen de rol en positie van de raad van commissarissen en van een raad van toezicht is een globaal overzicht opgenomen wat daarin over het toezichthoudende orgaan is opgenomen. Ten aanzien van het benoemen van bestuurders geldt in deze

¹⁴ Kamerstukken II, 2003–2004, 29 304, nr. 1

governancecode dat deze bevoegdheid in beginsel is belegd bij de raad van toezicht/raad van commissarissen tenzij deze bevoegdheid in de statuten is belegd bij de algemene vergadering.

Overigens heeft de Minister van Veiligheid en Justitie aangekondigd in het wetsvoorstel Bestuur en toezicht rechtspersonen een grondslag in de wet te zullen opnemen voor de instelling van een toezichthoudend orgaan voor stichtingen en verenigingen. Een dergelijk toezichthoudend orgaan heeft in de kern dezelfde taken en bevoegdheden als een raad van commissarissen. Dat houdt in dat het toezicht houdt op het bestuur en de algemene gang van zaken van de rechtspersoon en dat het toezichthoudend orgaan de raad van bestuur met raad terzijde staat.

De leden van de CDA-fractie vragen naar de spanning tussen de regels en het toezicht op medisch professionele en bedrijfseconomische verantwoordelijkheden en belangen en hoe met mogelijke conflicterende situaties wordt omgegaan.

De Kwaliteitswet zorginstellingen stelt dat het bestuur van een ziekenhuis eindverantwoordelijk is voor de kwaliteit van de zorg en de wijze waarop zij haar organisatie inricht opdat verantwoorde zorg het resultaat is. Het is aan het bestuur om ervoor te zorgen dat de randvoorwaarden op orde zijn om kwalitatief goede en veilige zorg te leveren. Dat betekent ook dat raden van bestuur afspraken moeten maken met de medische professionals over hoe zij de kwaliteit van de zorg waarborgen en welke (financiële) middelen daarvoor nodig zijn. Dat wil niet zeggen dat de bestuurder op de stoel van de professional moet gaan zitten, maar wel dat het bestuur voldoende informatie heeft om te weten of de kwaliteit van zorg is gewaarborgd, en maatregelen kan nemen als dat niet zo is. Het is vervolgens aan de raad van toezicht om te controleren of het bestuur die eindverantwoordelijkheid waarmaakt. Daartoe is van belang dat ook de raad van toezicht voldoende is geëquipeerd om zich van die taak te kwijten. Op dit moment wordt samen met het veld bekeken hoe ervoor gezorgd kan worden dat raden van toezicht hun verantwoordelijkheid waar kunnen maken. Daarnaast kan ook de vertegenwoordiging van cliënten een belangrijke rol spelen in het controleren van het bestuur van een zorginstelling.

Om te waarborgen dat de bestuurder zijn eindverantwoordelijkheid waar kan maken, is in het Wetsvoorstel kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)¹⁵, die ter behandeling in uw Kamer ligt, opgenomen dat de raad van bestuur van een zorgaanbieder met iedere zorgverlener die niet in dienstbetrekking is, een schriftelijke overeenkomst moet sluiten die waarborgt dat deze zich bij zijn werkzaamheden laat leiden door de wettelijke verplichtingen en de regels die de zorgaanbieder heeft vastgesteld omtrent de zorgverlening. Hiermee krijgt het bestuur ook duidelijk handvatten om een goede afweging te kunnen maken tussen medisch professionele en bedrijfseconomische belangen. Het wetsvoorstel waarborgt echter ook dat de zorgverlener verantwoordelijk blijft voor de zorgverlening conform de voor hem geldende professionele standaard.

De IGZ ziet ten slotte toe of de wijze waarop de bestuurder taken, rollen en verantwoordelijkheden omtrent kwaliteit en veiligheid binnen de eigen instelling organiseert voldoet aan de daaraan gestelde eisen.

De leden van de CDA fractie geven aan dat het voor een goede werking van het stelsel zoals de regering dat nastreeft van groot belang is dat zorgverzekeraars als bundeling van de vraag van patiënten niet alleen

¹⁵ Kamerstukken I, 2012–2013, 32 402 nr. E.

naar de prijs, maar evenzeer naar de kwaliteit van de zorg die zij inkopen, kijken. Zij vragen hoe het staat met het zicht op de kwaliteit van de geboden zorg en of er voldoende inzicht is. Ook vragen zij of de zorgverzekeraars inmiddels voldoende geëquipeerd zijn om op kwaliteit in te kopen.

De regering is het met de CDA fractie eens dat bij de zorginkoop niet alleen de prijs, maar ook de kwaliteit van zorg van groot belang is. Zorgverzekeraars kopen de laatste jaren steeds meer in op kwaliteit en kunnen dat ook omdat ze immers op een schat aan data zitten waaruit ze veel kunnen afleiden. Maar het inkopen op kwaliteit moet nog beter. Daar is enerzijds voor nodig dat als de zorgverzekeraars op kwaliteit inkoop, hij niet ook nog mindere kwaliteit hoeft te vergoeden dan die hij nou juist niet heeft geselecteerd (het wetsvoorstel ter zake ligt ter behandeling in de Eerste Kamer (Kamerstukken I 2013/14, 33 362, nr. A)). Dat maakt het voor de verzekeraar lonend om veel te investeren in een kwalitatief goede inkoop. Transparantie van de kwaliteit van zorg speelt daarbij een sleutelrol en de afgelopen jaren is hard gewerkt om zicht te krijgen op de kwaliteit van zorg. Op 18 juli jl. heb ik hierover een brief aan de Tweede Kamer gestuurd (Kamerstukken II 2013/14, 31 765, nr. 93). Hierin geef ik aan dat transparantie van de kwaliteit van zorg moet worden versneld, waarbij een belangrijke rol is weggelegd voor het Kwaliteitsinstituut dat sinds 1 april 2014 bestaat. Via de meerjarenagenda van het Kwaliteitsinstituut moeten kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten/indicatoren versneld beschikbaar komen, zodat ook zorgverzekeraars deze bij de zorginkoop kunnen gebruiken. Daarnaast zullen in 2015 bestaande transparantie-inzichten beter vindbaar en toegankelijk worden.

De leden van de CDA-fractie vragen de regering of er kan worden toegezegd dat via een openbaar register duidelijk wordt wie er in een aanbieder kan heeft geïnvesteerd en hoe het staat met de wetswijziging waarnaar de regering dienaangaande verwijst.

Bij de genoemde wetswijziging zijn de Ministers van Veiligheid en Justitie, Financiën en Economische Zaken betrokken. Het doel is om een centraal aandeelhouders register te creëren waar informatie over BV's en niet-beursgenoteerde NV's op één plaats beschikbaar is.¹⁶

Het register zal onderdeel worden van het besloten deel van het handelsregister. Het centraal aandeelhoudersregister is niet openbaar toegankelijk, maar slechts in te zien door overheidsdiensten in het kader van controle, toezicht en handhaving. Over genoemde wetswijziging zal later dit jaar geconsulteerd worden en de beoogde inwerkingtredingsdatum is januari 2016.

Daarnaast acht de regering het niet noodzakelijk een openbaar register te hebben waarin zichtbaar is wie in welke aanbieder heeft geïnvesteerd. Ingevolge het voorgestelde artikel 16i WTZi legt de aanbieder van medisch-specialistische zorg binnen drie maanden nadat rendement is uitgekeerd verantwoording af waaruit blijkt dat hij aan de in het wetsvoorstel gestelde voorwaarden heeft voldaan. Zo kan de NZa toetsen of, indien de uitkerende instelling deel uitmaakt van de groep, de solvabiliteitsmarge van het groepshoofd twintig procent of meer blijft. Daarnaast kan dit van belang zijn bij het geven van een aanwijzing om ten onrechte uitgekeerd rendement bij de investeerders terug te halen.

De leden van de CDA-fractie vragen naar de positie van private investeerders die al betrokken zijn bij aanbieders van medisch-specialistische

¹⁶ Kamerstukken, 2012–13, 32 608, nr. 4, p. 3

zorg. Zij vragen of het Slotervaartziekenhuis, de IJsselmeerziekenhuizen en ZBCs en private klinieken winst mogen uitkeren.

Het vermogen van zorginstellingen in Nederland is in private handen. De meeste zorginstellingen hebben de vorm van een stichting of een BV met winstklem. Welke positie en zeggenschap aandeelhouders of investeerders hebben hangt af van de statutaire bepalingen van de zorginstelling, en de relevante bepalingen over rechtspersonen uit het Burgerlijk Wetboek die van toepassing zijn op de zorginstelling.

Private investeerders die al betrokken zijn bij aanbieders van medisch specialistische zorg, zoals in het geval van het Slotervaartziekenhuis, de IJsselmeerziekenhuizen en diverse ZBC's, moeten zich houden aan de huidige regels van de WTZI, namelijk dat voor instellingen voor medisch specialistische zorg uitkering van rendement op risicodragend kapitaal niet is toegestaan.

Na aanvaarding van het voorliggende wetsvoorstel gelden dezelfde regels voor private investeerders die al betrokken zijn bij aanbieders van medisch specialistische zorg en nieuwe private investeerders, namelijk dat uitkering van rendement op risicodragend kapitaal onder voorwaarden mogelijk is.

De leden van de CDA fractie vragen naar de verhouding tussen de Wet Normering Topinkomens en dit wetsvoorstel.

Bestuurders van een zorginstelling vallen onder de Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semipublieke sector (WNT), ongeacht of deze publiek of privaat is en of de eigenaar uit binnen- of buitenland komt. De WNT is echter niet van toepassing op inkomsten uit kapitaal. Investeerders hebben vanuit de WNT geen hinder van enige normering van het rendement.

De leden van de CDA fractie vragen of bestuurders een winstdeling zouden moeten kunnen ontvangen.

Tijdens de behandeling van de WNT in de Tweede Kamer is per amendement¹⁷ besloten om winstdelingen en bonusbetalingen niet toe te staan. Prestatiebeloning wordt niet geschikt geacht als beloningsinstrument voor bestuurders in de (semi) publieke sector. Bij het dienen van het publieke belang worden financiële prikkels voor bestuurders ongewenst geacht.

SP-fractie

Onder verwijzing naar een toezegging van de bewindslieden van Financiën vragen de leden van de SP-fractie de regering om voortaan, en zeker bij de verdere communicatie over dit wetsvoorstel, onderscheid te maken tussen de termen investeren en beleggen.

Met de leden van de SP hecht de regering aan een correct gebruik van de termen investeren en beleggen. In het onderhavige wetsvoorstel komen termen als «beleggen» of «belegging» niet voor. Wel het begrip «investering». In het voorgestelde artikel 16d, tweede lid, WTZI markeert de eerste investering de start van de wachttijd voor het aanvragen van de beschikking met betrekking tot de bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid van de te verlenen zorg en het veiligheidsmanagementsysteem. Deze beschikking is vereist om rendement over risicodragend kapitaal te mogen uitkeren. Een zorgaanbieder kan een

¹⁷ Kamerstukken II, 2011/12, 32 600, nr. 34

dergelijke beschikking niet eerder aanvragen dan in de tiende maand van het derde jaar volgende op de dag waarop hij voor de eerste keer ten gevolge van een investering eigen vermogen verwerft. Het eigen vermogen bestaat uit kapitaal plus reserves (artikel 2:373 BW). Een investering in de zin van artikel 16d, tweede lid, WTZi bestaat derhalve uit de inbreng van kapitaal.

In toelichtende stukken op het wetsvoorstel wordt kort gezegd uiteengezet dat de verwerving van eigen vermogen het voor de zorgaanbieder mogelijk maakt te investeren in zijn onderneming. Het kan dan gaan om investeringen in bijvoorbeeld apparatuur of procesinnovaties.

De term investeren wordt derhalve in brede zin gehanteerd. In het onderscheid dat de leden van de SP-fractie maken tussen een «belegging» als een financiële transactie en een «investering» als een reële transactie, zou de kapitaalverschaffing aan de zorgaanbieder aangemerkt kunnen worden als een belegging en de aanwending van dat kapitaal door de zorgaanbieder in zijn onderneming als een investering. Naar het oordeel van de regering is de betekenis van het begrip investeren aldus voldoende duidelijk.

De leden van de SP-fractie vragen de regering om voor de duidelijkheid bij de verdere communicatie over dit wetsvoorstel de termen «doelmatigheid» en «efficiëntie» steeds te voorzien van het oogmerk.

Een belangrijk oogmerk van de regering is het bevorderen dat zorgaanbieders zijn gericht op het verlenen van kwalitatief goede zorg die in de behoeften van de patiënten voorziet. Het stimuleren van de «doelmatigheid» en de «efficiëntie» ziet er doorgaans op dat de zorgaanbieder zich door de inzet van de meest geschikte middelen beter op dat doel kan richten. Uit de context van het gebruik van deze termen zal blijken vanuit welk oogpunt sprake is van «doelmatigheid» en «efficiëntie».

De leden van de SP-fractie verwijzen naar de omslag in het zorgstelsel naar vraagsturing, en vragen of onderhavig wetsvoorstel is gericht op sturing door beleggers c.q. financiers.

De omslag naar vraagsturing in het zorgstelsel is ingezet met de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006, waarbij de vraag naar zorg van patiënten centraal staat. Doordat patiënten makkelijk kunnen overstappen van verzekeraar, wordt deze geprikkeld om bij de zorginkoop scherp te sturen op kwaliteit in brede zin en prijs. Zorgaanbieders worden hierdoor op hun beurt geprikkeld om doelmatige en gepaste zorg te leveren, teneinde een contract met de verzekeraar te bemachtigen. Doordat de patiënt een zorgverzekeringspakket kiest dat aansluit bij zijn zorgbehoefte, heeft hij toegang tot de zorgaanbieders van zijn keuze. In 2012 heeft de regering diverse maatregelen genomen om deze dynamiek tussen verzekerden, verzekeraars en zorgaanbieders te vergroten, zie hiervoor het antwoord op de vraag van de leden van de D66-fractie over prestatiebekostiging.

De sturende rol van private investeerders die risicodragend vermogen inbrengen in een zorginstelling past goed in dit stelsel. Een investeerder is betrokken bij de zorgaanbieder, en is gebaat bij een doelmatige bedrijfsvoering en een goede kwaliteit van zorg. De waarde van de investering en het behoud er van is immers afhankelijk van hoe goed de zorgaanbieder over de gehele linie presteert, zowel op het gebied van doelmatigheid maar juist ook op het gebied van kwaliteit en responsiviteit richting de patiënt. Daarnaast verwacht de regering op basis van ervaringen uit Duitsland en Zweden dat de toename van investeringen door het toestaan van uitkering van rendement over risicodragend kapitaal leidt tot

innovatie en betere dienstverlening ten gunste van de patiënt. Private investeerders hebben er belang bij dat «hun» zorgaanbieder op deze gebieden uitblinkt, omdat de aanbieder daardoor meer patiënten naar zich toe kan trekken.

Tot slot, is de zorgaanbieder door versterking van het eigen vermogen met extern kapitaal beter in staat om bij banken leningen af te sluiten en tegen betere voorwaarden (bijvoorbeeld een lagere rente). Daarmee wordt het ziekenhuis meer onafhankelijk van deze (overigens ook) private financiers.

De leden van de SP-fractie vragen hoe het voornemen om beperkingen op te leggen ten aanzien van de artskeuze, de keuze van het ziekenhuis, en de beperkingen voor ziekenhuizen om bepaalde zorg aan te bieden zich verhouden tot het centraal stellen van de wensen en zorgbehoefte van patiënten.

De leden van de SP-fractie doelen met hun vraag op het voornemen om artikel 13 Zvw te wijzigen, waardoor verzekeraars de vrijheid krijgen om de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg (met uitzondering van de uitgezonderde zorgvormen) zelf vast te stellen en ook kunnen bepalen dat er geen vergoeding wordt verstrekt. Terecht wordt vastgesteld dat de zorgverzekeraar niet alleen maar op prijs maar ook op kwaliteit zou moeten inkopen. Als de verzekeraar fors investeert in de inkoop op kwaliteit en hij alsnog zorg moet betalen die daaraan niet voldoet, zal dit systeem niet van de grond komen. De stelling dat de keuzevrijheid van de patiënt wordt ingeperkt onderschrijft de regering niet. Verzekeraars zullen een meer gedifferentieerd aanbod van naturapolissen gaan aanbieden. Er zal voldoende keuzemogelijkheid blijven, ook binnen de naturapolis. Voorts kunnen patiënten jaarlijks een andere verzekeraar of polis kiezen mocht de zorgaanbieder van hun voorkeur niet zijn gecontracteerd door hun huidige polis. Tot slot blijft de keuze voor een restitutiepolis bestaan.

De memorie van toelichting geeft aan dat het verbod op het uitkeren van winst voor de intramurale AWBZ-zorg gehandhaafd blijft. De leden van de SP-fractie vragen of, en in welk opzicht, de argumenten die de memorie van toelichting hieromtrent aanvoert voor de ziekenhuizen, al dan niet van toepassing zijn op de intramurale AWBZ-zorg.

De mogelijkheid die het voorliggende wetsvoorstel schept om rendement over risicodragend kapitaal uit te keren, strekt zich inderdaad niet uit tot de intramurale AWBZ zorg. Dit is in lijn met het voornemen uit het regeerakkoord om uitkering van rendement over risicodragend kapitaal mogelijk te maken voor aanbieders van medisch-specialistische zorg, zoals dat nu ook al mogelijk is voor aanbieders van eerstelijnszorg. Net als voor aanbieders van medisch-specialistische zorg, is het voor aanbieders van intramurale AWBZ-zorg thans niet mogelijk rendement over risico-dragend kapitaal uit te keren. Hoewel een aantal argumenten voor het wetsvoorstel ook van belang zou kunnen zijn voor de intramurale AWBZ-zorg, zijn er echter belangrijke verschillen met de medisch-specialistische zorg. Inkoop en financiering lopen in de AWBZ (en de WLZ) anders. Daarnaast zal de langdurige zorg de komende jaren grote veranderingen ondergaan.

De leden van de SP-fractie vragen of de regering zich niet te gemakkelijk afmaakt van het mogelijke probleem van volume opdrijvend effect als gevolg van de introductie van winstuitkering, en vraagt nadere toelichting over de rol van verzekeraars en het macrobeheersinstrument.

De regering verwacht dat de introductie van risicodragend kapitaal op langere termijn een kostenbesparende werking zal hebben op de medisch-specialistische zorg vanwege de prikkels die winstbeogende zorginstellingen hebben om zorg te leveren met een grotere doelmatigheid en efficiëntere bedrijfsvoering en dienstverlening.

Daarnaast kan er, zoals de leden van de SP-fractie opmerken, een volume-effect optreden doordat winstbeogende instellingen patiënten naar zich toe trekken. Dit is alleen dan een probleem voor de macrobeheersbaarheid als dit volume-effect aanbod-geïnduceerd is, en niet gepaard gaat met een afname van het behandelvolume bij andere instellingen. Het kan dan immers gaan om overbehandeling en ongepaste zorg. Omdat dit risico niet alleen voorkomt bij winstbeogende instellingen, maar evengoed een probleem vormt in de huidige situatie, heeft de regering maatregelen genomen die de werking van het zorgstelsel optimaliseren.

Door de risicodragendheid van verzekeraars te vergroten met de geleidelijke afschaffing van de huidige achteraf-compensaties, ervaren zorgverzekeraars een grotere prikkel om de kosten (prijs en volume) in de hand te houden. Daarnaast is de prestatiebekostiging geïntroduceerd, die scherper sturen op doelmatige en gepaste zorg mogelijk maakt, is het aantal behandelingen met vrije prijsvorming uitgebreid en het beleid ten aanzien van continuïteit van zorg (waarborgen van zorg *na* faillissement) gewijzigd. Dit leidt ertoe dat de actoren in het zorgveld meer belang krijgen bij het beteugelen van ongewenste volumegroei. Het macrobeheersinstrument waar de leden van de SP naar vragen is in deze context een ultimatum remedium wanneer het macrouitgavenkader toch wordt overschreden, waarbij deze overschrijding wordt teruggehaald bij de zorgaanbieders.

De leden van de SP-fractie stellen dat de rechtspersoon «stichting» geen winst uitkeert en het gerealiseerde surplus (omzet minus kosten) bij zorginstellingen in beginsel wordt geïnvesteerd. Zij stellen voorts dat de regering lijkt te veronderstellen dat bij omzetting van een stichting in een kapitaalvennootschap de rentedaling per saldo groter zal zijn dan de winstuitkering en vragen hoe de regering deze veronderstelling onderbouwt. De leden vragen tenslotte of deze veronderstelling mede van belang is voor de beoordeling van de betaalbaarheid van de zorg als gevolg van het wetsvoorstel.

Het is niet zo dat het gerealiseerde surplus bij zorgaanbieders zonder privaatkapitaalverschaffers in beginsel wordt geïnvesteerd, terwijl bij zorgaanbieders met privaatkapitaalverschaffers het surplus per definitie (voor een deel) naar de privaatkapitaalverschaffers vloeit. Als er investeringen nodig zijn dan zal de zorgaanbieder in beide situaties investeringen doen en als die investeringen niet nodig zijn dan zal de zorgaanbieder in beide situaties die investeringen niet doen.

Ook is het niet zo – en dat heeft de regering ook niet betoogd – dat de rentedaling per definitie groter is dan de dividenduitkering aan een private kapitaalverschaffer in een gegeven jaar. De regering betoogt slechts dat de totale financieringskosten, ondanks een hogere rendementsuitkering aan een privaatkapitaalverschaffer toch lager kunnen uitvallen aangezien de solvabiliteit verbeterd kan zijn. Door dit zogenaamde *leverage* effect kan de totale mix van kapitaallasten kleiner zijn. Het is uiteindelijk aan de zorgaanbieder om voor zichzelf te kiezen welke financieringsmix het beste past in de specifieke situatie.

Door middel van dit wetsvoorstel wil de regering dan ook de investeringsmogelijkheden vergroten. Het wetsvoorstel creëert dus een extra mogelijkheid waar zorgaanbieders al dan niet gebruik van kunnen maken. De regering vindt dat zorgaanbieders zelf het beste in de positie zijn om de meest passende financiering te organiseren waarbij de totale kapitaallasten zeker zullen meewegen. Bij de extra mogelijkheid voor zorgaanbieders om de optimale financieringsmix te kunnen kiezen zal de betaalbaarheid van de zorg – voor zover de kapitaallasten daar van invloed op zijn – gebaat zijn. In de huidige situatie heeft de zorgaanbieder deze keuze niet en is aangewezen op (private) banken.

De leden van de SP-fractie wijzen erop dat de regering stelt: «door het toestaan van winstuitkering is mogelijk dat zorgaanbieders zich met name willen richten op de meest rendabele zorgprestaties».¹⁸ De regering wijst vervolgens op twee problemen. Ten eerste het probleem dat «onrendabele behandelingen niet meer worden aangeboden», en ten tweede het probleem van «patiëntselectie».

Over het eerste probleem stelt de regering dat zich dit niet voordoet in het segment van vrije prijsvorming (thans ongeveer 70%). Voor het segment van maximumtarieven (20–25%) doet het probleem zich volgens de regering evenmin voor, «tenzij de marktconforme prijs boven het maximumtarief ligt».¹⁹ De leden van de SP-fractie vragen of hieruit geconcludeerd kan worden dat winst-maximerende zorgaanbieders het deel van dit segment waarvoor dit geldt of waarvoor dit onzeker is, zullen mijden.

Nee. De regering wijst er op dat rendabele en onrendabele behandelingen in zijn algemeenheid niet kunnen bestaan.

Ten eerste komt dat door het feit dat de kostenstructuren van zorgaanbieders sterk kunnen verschillen. Dit kan komen doordat sommige zorgaanbieders een optimale schaal hebben weten te bereiken, doelmatiger presteren of voordelen hebben doordat zij de juiste scope hebben en andere niet of nog niet. Daardoor kan dezelfde behandeling voor de ene zorgaanbieder heel rendabel zijn terwijl die voor een andere zorgaanbieder verliesgevend is.

Ten tweede komt dat door het feit dat de prijzen voor 70% vrij zijn. Daardoor zal de prijs die ontstaat door het verkoop-en inkoopproces en door middel van vraag en aanbod tot stand komt over het algemeen niet structureel beneden het niveau van de daadwerkelijke kosten liggen. Voor wat betreft het deel dat niet vrije prijsvorming kent (zowel vaste prijzen als maximumtarieven), is het belangrijk dat de maximumtarieven niet beneden de daadwerkelijke kostprijs worden vastgesteld. Daartoe is het van belang dat de tarieven zorgvuldig worden vastgesteld. Bij afwezigheid van zorgvuldige vaststelling van deze tarieven en als dat structureel het geval zou zijn, zouden zowel zorgaanbieders die rendement uitkeren aan privaatkapitaalverschaffers als zorgaanbieders die dat niet doen, mogelijk bepaald aanbod van zorg gaan vermijden. Het blijft dus van belang dat tarieven die door de overheid worden vastgesteld zeer zorgvuldig tot stand komen.

Over het resterende segment met vaste prijzen (5–10%) doet de regering in de memorie van toelichting geen uitspraak ten aanzien van dit eerste probleem. De leden van de SP-fractie vragen de regering ook op dit laatste segment in te gaan.

¹⁸ Kamerstukken II, 2011–12, 33 168, nr. 3, pagina 9.

¹⁹ Kamerstukken II, 2011–12, 33 168, nr. 3, pagina 9.

Voor het antwoord op deze vraag verwijst de regering de leden van de SP-fractie naar de vorige vraag.

Bij het tweede probleem (patiëntselectie) wijst de regering op het risico dat «naar winst strevende aanbieders» zich expliciet gaan richten op «rendabele» patiënten. Dat is mogelijk doordat de kosten van de behandeling binnen eenzelfde prestatie kunnen verschillen tussen ziekenhuizen in minder complexe patiënten hoeft de toegankelijkheid van zorg niet te bedreigen, mits er andere ziekenhuizen zijn die zich specialiseren in complexere patiënten. Deze specialisatie kan tot meer doelmatigheid leiden en is dus niet altijd ongewenst». De leden van de SP menen dat hier samenvattend staat: het probleem is opgelost indien andere ziekenhuizen het probleem oplossen, en vragen of deze samenvatting correct is. Zij vragen voorts of de regering kan aangeven wat er gebeurt indien andere ziekenhuizen de (winst-onzekere) complexiteit ook gaan mijden?

Nee, deze samenvatting is niet correct. Zoals hierboven uiteen is gezet kunnen de kostenstructuren van zorgaanbieders sterk verschillen. Dit kan komen doordat sommige zorgaanbieders een optimale schaal hebben weten te bereiken, doelmatiger presteren of voordelen hebben doordat zij de juiste scope hebben en andere niet of nog niet. Daardoor kan een zelfde behandeling voor de ene zorgaanbieder heel rendabel zijn terwijl die voor een andere zorgaanbieder verliesgevend is. Daardoor is het zeer onwaarschijnlijk dat alle zorgaanbieders zich in dezelfde richting zullen specialiseren. Het ligt meer voor de hand dat zorgaanbieders zich specialiseren in de verrichtingen en diensten waar zij goed in zijn en die voor hen rendabel zijn. Overigens staat deze ontwikkeling los van dit wetsvoorstel. Door de maatschappelijke en technologische ontwikkeling en door de toegenomen keuzemogelijkheden in het Nederlandse zorgstelsel is de verwachting van de regering dat de diversiteit van zorgaanbieders hoe dan ook zal toenemen. Hoogstens kan privaat kapitaal bijdragen aan de versnelling van bepaalde vernieuwingen, ontwikkelingen en specialisaties. Belangrijk in dit kader is bovendien dat het niet de ziekenhuizen zijn die «elkaars problemen» moeten oplossen, zoals de leden van de SP-fractie stellen. De zorgplicht rust namelijk op de zorgverzekeraar die voor zijn verzekerden voldoende en geschikte zorg zal moeten inkopen, zowel complex als niet complex. Dat de zorgverzekeraar daarbij oog heeft voor de beste zorg voor de beste prijs en dus selectief inkoopt juicht de regering toe. Daardoor kunnen de zorgaanbieders zich richten op de zorg waar zij het beste in zijn.

De leden van de SP-fractie stellen dat het risico op patiëntselectie wordt verminderd doch niet wordt uitgesloten. Volgens hen legt de regering de oplossing van dit probleem op het bord van de zorgverzekeraars, en zij vragen of de regering uitsluit dat de zorgverzekeraars dit probleem niet of niet voldoende kunnen oplossen zodat de patiënten, samen met goedwillende medisch-specialisten, tussen wal en schip vallen.

Nee. In elk systeem is er – ongeacht hoe dat is ingericht en ongeacht de vraag of sommige aanbieders met privaat kapitaal gefinancierd zijn – een zeker risico op patiëntselectie. Dat risico moet dus worden weggenomen. In het Nederlandse gezondheidsstelsel rust onder andere daarom een zorgplicht op de verzekeraar. Daarmee is geborgd dat iedereen, of hij nou complexe of niet complexe zorg behoeft, wordt geholpen. De zorgverzekeraars zijn ook bij uitstek in de positie om voldoende, goede en veilige zorg

²⁰ Kamerstukken II, 2011–12, 33 168, nr. 3, pagina 9.

in te kopen voor hun verzekerden. Er zal dus geen patiënt of medisch specialisme tussen wal en schip vallen.

De leden van de SP-fractie vragen of de regering erkent dat ondanks de waarborgen die zij aanvoert waarmee patiëntselectie in het stelsel wordt tegengegaan, zoals monitoring door de NZa en het toezicht door NZa en ACM, de mitsen en maren veronachtzaamd worden.

Nee. Zoals de regering hierboven uiteen heeft gezet bestaat er in elk systeem een zeker risico op patiëntselectie. Aangezien de gewenste vernieuwing, ontwikkeling en specialisatie als gevolg van dit wetsvoorstel bij sommige zorgaanbieders kan versnellen is het van belang om dit bestaande risico extra goed in de gaten te houden. Dit is niet alleen van belang uit het oogpunt van beheersing van het risico, maar kan bijvoorbeeld ook laten zien dat het heel goed gaat met de specialisatie en dat negatieve effecten kunnen worden ondervangen. Dat is nuttige informatie voor als dit wetsvoorstel over enkele jaren geëvalueerd wordt, waarbij ook gekeken kan worden of de administratieve lasten die voortvloeien uit de stringente voorwaarden nog verder kunnen worden verminderd. Tenslotte kan uit de monitoring waardevolle informatie volgen voor het stellen van de tarieven en het handhaven van de zorgplicht en het handhaven van de regels ten aanzien van marktmacht.

De leden van de SP-fractie vragen naar onderbouwing dat private investeerders in de zorg gewoonlijk niet geïnteresseerd zijn in korte termijn winst, en dat hun betrokkenheid niet leidt tot kwaliteitsdaling.

In opdracht van het Ministerie van VWS is in 2010 onderzoek verricht naar de investeringsbereidheid in de curatieve zorg.²¹ Uit dit onderzoek komt een beeld naar voren van verschillende typen kapitaalverschaffers, met verschillende overwegingen en uitgangspunten waarom zij interesse hebben om te investeren in de zorgsector. Vanzelfsprekend hebben alle investeerders een rendementsverwachting, als beloning voor het feit dat zij bereid zijn risico te dragen door kapitaal te investeren.

In het onderzoek wordt onderscheid gemaakt tussen financiële kapitaalverschaffers en strategische kapitaalverschaffers. Tot de eerste categorie behoren bijvoorbeeld pensioenfondsen en private equity fondsen. Tot de tweede categorie behoren bijvoorbeeld (buitenlandse) ziekenhuisketens. Ook zijn er tussenvormen zoals vastgoedpartijen en informele investeerders zoals familiefondsen. Zowel bij financiële kapitaalverschaffers als bij strategische investeerders, zoals (buitenlandse) ziekenhuisketens, wisselen de rendementsverwachtingen sterk. Financiële kapitaalverschaffers geven aan voor de looptijd van investeringen normaal gesproken minimaal vijf jaar aan te houden, maar deze looptijd als te kort te beschouwen voor participatie in een ziekenhuis. Interessant is dat steeds meer financiële kapitaalverschaffers zich richten op investeringen rond maatschappelijke thema's, en dat de zorg voor hen buitengewoon interessant is. Gemiddeld genomen liggen de gevraagde rendementen bij dergelijke maatschappelijke fondsen lager. Ook wijst de regering op de resultaten van internationaal onderzoek waaruit blijkt dat de kwaliteit en doelmatigheid van zorginstellingen die rendement uitkeren niet onderdoet voor die van zorgaanbieders die dat niet doen, en dat de eerste categorie aanbieders vaak een positieve invloed hadden op de tweede categorie in de omgeving. Zie hiervoor het antwoord op vragen over dit onderwerp van de leden van de GroenLinks-fractie.

²¹ Boer & Croon, Investeringsbereidheid in de curatieve zorg, 2010

De leden van de SP-fractie herhalen de vraag van de PvdA-fractie uit de Tweede Kamer of het ingrijpen van de overheid in de bankensector aantoont dat aandeelhouders van deze banken onvoldoende gedreven waren door de gezondheid op lange termijn van deze instellingen.

Het ingrijpen van de overheid in de bankensector was noodzakelijk om de gevolgen van het uitbreken van de financiële crisis voor de stabiliteit van het financiële systeem te beperken. Een aantal oorzaken ligt ten grondslag aan het uitbreken van die crisis. Eén van die oorzaken was het aanbieden van ontransparante producten en het investeren daarin zonder dat goed onderzoek was gedaan naar de kwaliteit van die producten. Financiële instellingen en hun bestuurders gingen te veel risico's aan en richtten zich te veel op de korte termijn.

Om te zorgen dat financiële instellingen zich verantwoordelijk opstellen, met oog voor de consument en voor de gezondheid van de instelling zelf, heeft de regering een aantal nieuwe gedragsregels ingevoerd sinds de financiële crisis. Daarmee moet excessief risicogedrag worden tegengegaan. Zo is gestart met een strenge toetsing van bestuurders. Banken dienen op een verantwoorde en integere wijze te worden geleid, door bestuurders die geschikt en betrouwbaar zijn en daar ook streng op worden getoetst. Daarnaast worden met de introductie van tuchtrecht en de uitbreiding van de reikwijdte van de bankierseed verdere stappen gezet voor een integere en beheerste bedrijfsvoering bij banken.

Ook heeft de regering ingegrepen in het beloningsmodel van banken door voorschriften ten aanzien van de bonusstructuur te introduceren, zodat de beoordeling of een bonus wordt uitgekeerd niet louter financieel gedreven en op de korte termijn gericht is. Zo wordt risicovol gedrag niet aangemoedigd. Dit wetsvoorstel is momenteel in behandeling bij uw Kamer.

Tot slot heeft de regering ingegrepen op product- en consumentniveau om te komen tot een verantwoorde dienstverlening. Zo regelt de zorgplicht bijvoorbeeld dat banken verplicht zijn de klant voldoende te informeren zodat de klant een weloverwogen keuze kan maken.

Om te voorkomen dat de kwaliteit, toegankelijkheid en continuïteit van zorginstellingen in het gedrang komen door onwenselijk gedrag van investeerders met een korte termijn winst oogmerk, stelt onderhavig wetsvoorstel de nodige voorwaarden aan het uitkeren van rendement op risicodragend vermogen. Tevens beperkt onderhavig wetsvoorstel de mogelijkheid tot uitkeren van rendement op risicodragend vermogen tot zorginstellingen welke rechtspersoonlijkheid hebben (NV, BV of coöperatie) waarop de bepalingen van het BW over goed bestuur en toezicht van toepassing zijn. Overigens zij opgemerkt dat zorgaanbieders nu voor hun kapitaal volledig afhankelijk zijn van banken die de kredietkraan behoorlijk hebben dichtgedraaid. Ziekenhuizen merken dat door minder kredietverstrekking en stijgende rentes. Zij hebben geen alternatief voor externe financiering.

De leden van de SP-fractie vragen of de regering onderkent dat gedurende de periode dat de IGZ het onderpresteren niet heeft opgespoord, patiënten een extra risico lopen op ondermaatse zorg?

De regering heeft aangegeven dat het ongeclausuleerd toestaan van het uitkeren van rendement op risicodragend kapitaal risico's zou kunnen opleveren voor de kwaliteit van de zorg. Daarom zijn er verschillende voorwaarden geformuleerd om deze risico's te beperken. Een zorgaanbieder moet voldoen aan de extra kwaliteitstoets van de IGZ voordat er rendement mag worden uitgekeerd. Om aan deze toets te kunnen voldoen zal een aanbieder ervoor moeten zorgen dat hij goede zorg levert. Goede

kwaliteit van zorg vraagt om een structurele aanpak en is in het belang van de zorgaanbieder die zoveel mogelijk patiënten aan zich wil binden. Een zorgaanbieder zal hier dan ook al in de periode voorafgaand aan de toets van de IGZ in investeren.

De leden van de SP-fractie vragen of de niet-uitgekeerde winst – over een periode waar niet wordt voldaan aan de minimumeisen – alsnog uitgekeerd mag worden en indien dit het geval is, niet is uit te sluiten dat aanbieders periodiek qua kwaliteit onderpresteren. De leden van de SP-fractie vragen of het dan niet beter is om de winst over de gehele geconstateerde periode van onderpresteren te ontnemen.

Wanneer niet aan de voorwaarden uit het wetsvoorstel wordt voldaan, mag een aanbieder van medisch-specialistische zorg geen rendement over risicodragend kapitaal uitkeren aan de investeerders. Het bedrag dat hiervoor bestemd was, kan via reserves op een ander moment – wanneer wel aan de voorwaarden wordt voldaan – uitgekeerd worden. Aanbieders zijn private organisaties waardoor zij vrijheid hebben in de besteding van hun financiële middelen. De manier van rendementrealisatie ten koste van patiënten die de SP-fractie beschrijft sluit niet aan bij het belang van een zorgaanbieder en zijn investeerders. Een aanbieder van medisch-specialistische zorg heeft immers baat bij een goede kwaliteit van zorg en een goede reputatie om zoveel mogelijk patiënten aan zich te binden en ingekocht te worden door zorgverzekeraars. Investeerders hebben er dus belang bij dat hun zorgaanbieder uitblinkt. Om er daarnaast zeker van te zijn dat – wanneer een instelling een vergoeding voor het beschikbaar gestelde private kapitaal wil uitkeren – de verantwoordelijkheden rondom kwaliteit en veiligheid goed zijn ingericht, zal de IGZ dan ook een extra kwaliteitstoets uitvoeren.

De leden van de SP-fractie vragen de regering of zij niet al te stellig is wanneer zij zegt dat «Door deze kwaliteitstoets van de IGZ de kwaliteit van de zorg bij winstuitkering is gewaarborgd»²²

De regering ziet de extra kwaliteitstoets van de IGZ als een extra «slot op de deur».

Tijdens het reguliere toezicht controleert de IGZ reeds of zorgaanbieders voldoen aan de kwaliteitseisen uit de wet- en regelgeving, wetenschappelijke richtlijnen en veldnormen. Dit doet de IGZ risicogestuurd: daar waar de risico's het grootst zijn is het toezicht het meest intensief. De IGZ treedt handhavend op als een zorgaanbieder niet aan de minimumkwaliteitseisen voldoet. De extra, eenmalige kwaliteitstoets is een extra waarborg, bovenop het reguliere toezicht. De IGZ zal daarnaast extra aandacht besteden aan ziekenhuizen in de eerste periode waarin zij rendement over risicodragend kapitaal uitkeren.

De leden van de SP-fractie vragen waarop de verwachting is gebaseerd dat de drie jaarstermijn waarbinnen geen winst mag worden uitgekeerd geen beletsel vormt om een ziekenhuis alsnog uit te hollen.

Het criterium van drie jaar is mede gebaseerd op onderzoek van SEO, waarin wordt gesteld dat om investeerders te verplichten om voor een bepaalde periode in te stappen, een dividendklem van een aantal jaar een goed instrument is. Een periode van drie jaar zou volgens dit onderzoek vallen binnen wat gebruikelijk is in de sector. Uit onderzoek bij investeerders zelf blijkt overigens ook dat investeerders over het algemeen niet verwachten dat een investering in een ziekenhuis op een korte termijn tot hoge rendementen zal leiden, en dat het hen hier ook niet om te doen is.

²² Kamerstukken II, 2011–12, 33 168, nr. 3, pagina 11.

Aanbieders van medisch-specialistische zorg zijn vanwege hun beperkte eigen vermogen relatief oninteressant voor korte termijn investeerders. Zo geven respondenten uit de financiële sector in het hierboven aangehaalde onderzoek²³ naar investeringsbereidheid aan normaalgesproken een looptijd van minimaal vijf jaar aan te houden. Ook kwalificeren zij deze termijn voor de zorgsector als relatief kort. Dit is begrijpelijk, gelet op het feit dat het rendement van Nederlandse ziekenhuizen in de afgelopen jaren rond de 2% op jaarbasis ligt²⁴. Het «uithollen» van een ziekenhuis door een winst van dit niveau uit te keren, is dan ook moeilijk voorstelbaar aangezien de aanvankelijke investering daarmee niet zal zijn terugverdiend.

De leden van de SP-fractie vragen of het is toegestaan dat de vanaf jaar 1 gerealiseerd (doch niet uitgekeerde) winst wordt uitgeleend (aan de belegger of wellicht een connectie van de belegger). Is het voorts toegestaan dat er (vanaf jaar 1) op basis van activa van de ziekenhuisonderneming geld ingeleend wordt en dat dit als uitlening doorgesluisd wordt naar een derde (de belegger of wellicht een connectie van de belegger)?

Juridisch gesproken is er geen belemmering voor een zorgaanbieder om een lening te verstrekken. De vraag is echter welk doel een bestuur met een dergelijke transactie zou nastreven. Er mag van uit worden gegaan dat een kapitaalverschaffer die in de zorgsector stapt niet de intentie heeft om de zorginstelling vervolgens als een instelling voor het verstrekken van leningen te gebruiken. Een investeerder die participeert in de zorginstelling zal er doorgaans op gericht zijn om de kwaliteit en continuïteit van de instelling te waarborgen. Hij zal de organisatie zo willen sturen dat deze een financieel gezonde koers vaart en de waarde van zijn investering zodoende toeneemt. Het gedrag zoals door de leden van de SP geschetst draagt daar niet aan bij. Via de gestelde voorwaarden beoogt de regering investeerders met een korte termijn visie buiten de deur te houden.

De leden van de SP-fractie vragen of het is uitgesloten dat beleggers de ziekenhuisonderneming verkopen of wat hun betreft liquideren.

Zoals hierboven uiteengezet zijn er verschillende typen kapitaalverschaffers. Er kan ook onderscheid worden gemaakt tussen kapitaalverschaffers op basis van de fase waarin de ondernemingen waarin zij participeren zich bevindt. Zo zijn er «venture capital» fondsen, die zich specifiek richten op bedrijven in de opstartfase.

Zodra deze bedrijven een zekere omvang en stabiliteit hebben verworven, verkoopt het fonds zijn aandeel. Ook zijn er «groeifondsen», die als specialiteit hebben om ondernemingen te helpen bij hun groeiplannen. Door gedurende bijvoorbeeld tien jaar in deze onderneming te participeren, zowel in financiële als in besturende zin, ziet de onderneming zijn groeistrategie gerealiseerd en ziet het fonds de waarde van zijn investering vermeerderen. Ook hier geldt dat na verloop van tijd de aandelen kunnen worden verkocht aan andere partijen, hetzij aan de onderneming zelf, hetzij aan een andere investeerder. Ook in de zorg kunnen zorginstellingen zich in verschillende fasen bevinden, en dus behoefte hebben aan verschillende typen investeerders met specifieke bedrijfsmatige expertise. De verkoop van de aandelen door een investeerder zal overigens gewoonlijk geen liquidatie betekenen, zoals de leden van de SP-fractie

²³ idem

²⁴ BDO Benchmark ziekenhuizen 2013

suggereren. Een aandeelhouder heeft belang bij waardebehoud van zijn aandelen en zal die eventueel als hij wil uitstappen, doorverkopen.

Voorzover de zorg van de leden van de SP-fractie zich richt op het gedrag van speculatieve investeerders, zij opgemerkt dat aanbieders van medisch-specialistische zorg vanwege hun beperkte eigen vermogen relatief oninteressant zijn voor korte termijn investeerders.

De leden van de SP-fractie vragen hoe kwalitatief onderpresteren kan worden uitgesloten, als dit optreedt als gevolg van het ondergeschikt maken van dienstverlening aan patiënten aan het winstmotief. Zij verwijzen hierbij naar de bankensector en de accountantssector, die ook op lange termijn winst gericht zeggen te zijn, maar desondanks de dienstverlening ondergeschikt hebben gemaakt aan het winstmotief.

Wat betreft het kwalitatief onderpresteren is uit vergelijkend onderzoek²⁵ naar profit- en non-profit ziekenhuizen gebleken dat for-profit ziekenhuizen allerminst onderdoen voor ziekenhuizen die niet op winstuikering gericht zijn. Wel lijken ziekenhuizen waarvan de overheid eigenaar is (publieke ziekenhuizen) duidelijk slechter te presteren ten aanzien van doelmatigheid. Dit onderzoek toont aan dat de inbreng van privaat kapitaal en de mogelijkheid van winstuikering niet hoeven te leiden tot negatieve effecten op de publieke belangen van betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid. Om deze belangen te beschermen zijn aan het aantrekken van privaat kapitaal en de mogelijkheid om rendement uit te keren vaak wel voorwaarden verbonden. Reden voor de regering om in dit wetsvoorstel ook voorwaarden te verbinden aan de rendementsuitkering. Verder blijkt dat, wanneer er competitie bestaat tussen aanbieders van medisch-specialistische zorg die wel en aanbieders van medisch-specialistische zorg die geen winst mogen uitkeren, de doelmatigheid van alle aanbieders beter wordt. De regering deelt de zorgen van de leden van de SP-fractie dan ook niet.

Tot slot zij nog opgemerkt dat alle instellingen in de medisch-specialistische zorg vallen onder het reguliere kwaliteitstoezicht van de IGZ.

De leden van de SP-fractie vragen de regering waaruit zij opmaakt dat «In de regel het bestuur of de aandeelhouders het advies van de raad van toezicht op zullen volgen»²⁶ – bij het ontbreken van ervaring op dit terrein – «de regel» zal zijn. Indien de regering van oordeel is dat deze positie niet wringt met een zwaardere rol voor de RvT die de beleggingsbereidheid zou beperken, concludeert zij dan dat het voor het bestuur en/of de aandeelhouders doorgaans niet al te lastig zal zijn om gemotiveerd af te wijken van het advies van de raad van toezicht?

Ingevolge de Kwaliteitswet zorginstellingen is het bestuur te allen tijde eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorgverlening. De aanwezigheid van aandeelhouders doet daar niets aan af. Ook de rol van de raad van toezicht c.q. de raad van commissarissen als adviseur van de raad van bestuur verandert daarmee niet. Wanneer raden van toezicht/commissarissen adviseren om geen rendement uit te keren en het bestuur wijkt daarvan af, dan zal het bestuur dat moeten kunnen verantwoorden. In het ultieme geval kan de raad van toezicht of de raad van commissarissen het vertrouwen in de raad van bestuur opzeggen. De regering

²⁵ Patrick Jeurissen, *For-profit Hospitals, A comparative and longitudinal study of the for-profit sector in four Western countries*, 2010.

²⁶ Kamerstukken II, 2011–12, 33 168, nr. 3, pagina 14.

verwacht daarom dat het advies van raden van toezicht/commissarissen niet snel zal worden genegeerd.

Er kunnen situaties zijn waarin aanbieders van medisch specialistische zorg, zoals bijvoorbeeld kleine zelfstandige behandelcentra, een goedkeuringrecht van de raad van commissarissen niet in hun governance structuur vinden passen. Aangezien het Burgerlijk Wetboek hierover niets regelt heeft de regering tenminste het recht om gehoord te worden willen verankeren in deze wet.

De leden van de SP-fractie wijzen op de beperkingen die een bank kan stellen aan winstuitkering, en vragen of de regering hun mening deelt dat dit punt niet ter zake is omdat potentiële beleggers bij voor hen te stringente bankvoorwaarden immers niet tot beleggen zullen overgaan.

Bij het beschikbaar stellen van vreemd vermogen in de vorm van leningen stellen banken voorwaarden aan de financiële gezondheid en stabiliteit van de zorginstelling. Wanneer de schulden van een instelling erg hoog zijn ten opzichte van het eigen vermogen, zullen deze eisen strikter zijn. Door kapitaal te verschaffen aan een onderneming versterken investeerders het eigen vermogen en daarmee de financiële gezondheid van de instelling. Banken zullen hierdoor het risicoprofiel lager inschatten, wat juist zal leiden tot minder strikte voorwaarden en lagere rentelasten. De regering deelt deze mening van de leden van de SP-fractie dan ook niet.

De leden van de SP-fractie vragen of het correct is dat menig ziekenhuis tot stand is gekomen door toedoen van religieuze instellingen en dat de (verdere) vermogensopbouw mede tot stand kwam door «liefdewerk» waar een geringe beloning tegenover stond. Voorts vragen zij of het correct is dat voortgezette vermogensopbouw mede tot stand kwam via donatie van gemeenschapsgelden of overheidssubsidies.

Inderdaad zijn er zorgaanbieders die donaties en subsidies hebben ontvangen en nog steeds ontvangen. Dergelijke donaties kunnen afgeschermd zijn of onderdeel uitmaken van het vermogen. Het is in het economisch verkeer bij elke donatie of subsidie – of dat nu aan een onderneming of organisatie is met of zonder winstoogmerk – gebruikelijk dat de donateur of subsidieverstrekker bepaalt of hij de donatie verstrekt met een bepaald doel of om in het algemeen bij te dragen aan de onderneming of organisatie waaraan hij de donatie of subsidie verstrekt.

Bij een aantal zorgaanbieders worden donaties geheel buiten het vermogen van de zorgaanbieder zelf gehouden of in een aparte stichting met eigen bestuur ondergebracht. Bij andere zorgaanbieders heeft het bestuur van de zorgaanbieder meer mogelijkheden om donaties naar eigen inzicht te besteden. Het is aan het bestuur van een zorgaanbieder om conform de statuten en afspraken met donateurs en subsidieverstrekkers te handelen, ook als zij afspraken maakt met privaatkapitaalverschaffers. Dit kan betekenen dat donaties en subsidies afgeschermd moeten worden. Ook moet het bestuur overwegen of de participatie van een privaatkapitaalverschaffer effecten kan hebben op toekomstige donaties of subsidies.

De leden van de SP-fractie vragen of de regering kan aangeven wie, in het geval van omzetting (c.q. rechtsvormwijziging) al dan niet in economische zin eigenaar is van het voormalige stichtingsvermogen. Zij vragen of dit de kapitaalvennootschap is die wordt vertegenwoordigd door het bestuur. Voorts vragen zij of de houders van nieuw uit te geven aandelen vervolgens via de aandeelhoudersvergadering de zeggenschap over dit vermogen (dat van de oorspronkelijke stichting) hebben – zij het met in

achtneming van de beklekking. Zij vragen of de regering in dit verband kan aangeven of het voormalige stichtingsvermogen kan worden aangewend ter volstorting van de uit te geven aandelen.

De algemene regels over de wijze waarop een stichting zich in één van deze rechtsvormen kan omzetten, zijn te vinden in artikel 2:18 van het BW. Daartoe is nodig:

- Een besluit tot omzetting, genomen met inachtneming van de vereisten voor een besluit tot statutenwijziging (van de stichting).
- Een besluit tot wijziging van de statuten.
- Een rechterlijke machtiging tot omzetting.
- Een notariële akte van omzetting die de statuten van de rechtspersoon waarin de stichting zich omzet (verder ook «nieuwe rechtspersoon» genoemd) bevat en waarin de notaris heeft verklaard dat de rechterlijke machtiging op het ontwerp van de akte is verleend.
- Uit de statuten van de nieuwe rechtspersoon moet blijken dat het vermogen dat de stichting bij de omzetting heeft en de vruchten daarvan slechts met toestemming van de rechter anders mogen worden besteed dan voor de omzetting was voorgeschreven. Dit vermogen en de vruchten daarvan worden derhalve beklemd.
- Opgave van de omzetting in het Handelsregister.

Wordt de stichting in een BV omgezet, dan wordt de rechterlijke machtiging aan de akte van omzetting gehecht (art. 2:183, eerste lid, onderdeel b, BW). Voor omzetting van een stichting in een nv geldt hetzelfde. Bovendien komt daar dan nog de extra eis bij, dat aan de akte van omzetting een verklaring van een accountant wordt gehecht, waaruit blijkt dat het eigen vermogen van de stichting op een dag binnen vijf maanden voor de omzetting ten minste het bedrag belooft van het gestorte deel van het geplaatste kapitaal volgens de akte van omzetting (art. 2:72, tweede lid, onderdelen a en c, BW). Bij het eigen vermogen mag dan wel de waarde worden geteld van hetgeen na die dag uiterlijk onverwijld na de omzetting op aandelen zal worden gestort.

Het bedrag dat investeerders betalen voor aandelen in de nieuwe zorg-BV of -NV (of voor een lidmaatschap van of andere deelname in een coöperatie, al lijkt deze rechtsvorm in dit geval minder voor de hand te liggen) komt ten goede aan de betreffende rechtspersoon.

Zoals uit het voorgaande blijkt, wordt het vermogen dat de stichting voor de omzetting heeft, alsmede de vruchten daarvan (doorgaans: de rente), bij de omzetting beklemd. Dat wil zeggen dat de nieuwe rechtspersoon het slechts mag gebruiken voor een ander doel dan het doel dat de stichting tijdens haar bestaan volgens haar statuten had, als hij daarvoor de toestemming van de rechter heeft. Voorkomen moet worden dat de eigenaars van de nieuwe rechtspersoon (bij de BV en de NV de aandeelhouders, en bij de coöperatie de leden) het vermogen dat de voormalige stichting voor die doelstelling bijeen heeft gebracht, als winst aan zichzelf uitkeren of anderszins voor andere doelen dan het oorspronkelijke doel van de stichting gebruiken.

Ervan uitgaande dat een zorgaanbieders-stichting volgens zijn statuten doorgaans als doel zal hebben gehad, goede zorg te verlenen, dient het geld dus voor de zorg te worden bestemd of gereserveerd (gebonden statutaire reserve). Slechts met toestemming van de rechtbank kan het geld anders gebruikt worden, maar uit jurisprudentie blijkt dat die toestemming slechts gegeven wordt, indien dat andere gebruik aantoonbaar direct of indirect strekt ter bevordering van de belangen die

binnen het oorspronkelijke stichtingsdoel vielen²⁷. Blote uitkering aan aandeelhouders of leden, opdat dezen de winst naar eigen believen kunnen besteden, valt hier niet onder. Dit geldt ook voor de vruchten van het gebonden vermogen. Binnen deze beperking hebben de houders van nieuw uit gegeven aandelen, afhankelijk van hun positie op de aandeelhoudersvergadering, daar zeggenschap over.

De leden van de SP vragen of de vruchten van het door de stichting ingebrachte vermogen toekomen aan de aandeelhouders. Zij vragen of het correct is dat dit bij winstuitkering per saldo de nieuwe aandeelhouders zijn. De regering schrijft: «Geld dat instellingen voor medisch-specialistische zorg hebben verdiend nadat zij zich in een BV, NV of coöperatie hebben omgezet, zullen zij, mits aan de in dit wetsvoorstel opgenomen voorwaarden wordt voldaan, wèl als winst kunnen uitkeren.»²⁸ De leden van de SP-fractie vragen of deze passage wel valt te rijmen met de in artikel 2:18 Burgerlijk Wetboek opgenomen vermogensklem op grond waarvan ook de vruchten van het voormalige stichtingsvermogens slechts kunnen worden besteed conform de doelstelling van de stichting.²⁹

Het beklemd vermogen of de vruchten daarvan kunnen na omzetting van een stichting in een kapitaalvennootschap, zoals hierboven uiteengezet, niet toekomen aan de aandeelhouders. De regering heeft bedoeld te zeggen dat geld dat instellingen na omzetting hebben verdiend met vruchten van onbeklemd vermogen kan worden uitgekeerd aan aandeelhouders. Dit is ook de reden dat privaatkapitaalverschaffers doorgaans eerst het in het verleden opgebouwde vermogen zullen willen afrekenen van de zorgaanbieder. Daartoe is de omzetting van een stichting in een andere rechtsvorm voor hen niet het meest geëigende instrument. Waarschijnlijker is dat gekozen zal worden voor een activa/passiva transactie waarbij een nieuwe rechtspersoon (die geen stichting is) de vermogensbestanddelen van de stichting voor een marktconforme prijs zal overnemen. De tegenwaarde van deze vermogensbestanddelen komt dan in de stichting terecht die nog steeds het oorspronkelijke stichtingsdoel houdt en waarvan het vermogen dus nog steeds beklemd is. De zorgaanbieder gaat op deze manier over naar de nieuwe rechtspersoon. Vervolgens kunnen de vruchten van deze nieuwe rechtspersoon wel aan de aandeelhouders ten goede komen. Dat klopt ook aangezien het beklemd vermogen (namelijk de waarde van alle overgenomen bestanddelen) nog steeds met ongewijzigd doel in de stichting zit die zich vervolgens moet blijven richten op het oorspronkelijk stichtingsdoel. Op deze wijze hebben de aandeelhouders van de nieuwe rechtspersoon de publieke waarde van de zorgaanbieder vereffend en is het kapitaal in de verkopende stichting beklemd met het oorspronkelijke doel.

De leden van de SP vragen of (de vruchten van) het eigen vermogen van ziekenhuizen, welke merendeels stichtingen zijn, door het wetsvoorstel potentieel kan overgaan in private handen als ware het een schenking.

Nee, dat is niet juist. Het beklemd vermogen blijft beklemd. De tegenwaarde van vermogensbestanddelen die zijn vervreemd aan een private rechtspersoon zonder winstklem blijft aldus in de stichting. Het doel van deze

²⁷ Streek, J.L. van de (2008) *Omzetting van rechtspersonen*, Fiscale monografieën 129, Deventer: Kluwer, paragrafen 2.8.7.2, 2.8.7.3 en 2.10.

²⁸ Kamerstukken II, 2012–13, 33 168, nr. 10, pagina 20.

²⁹ Zie ook B. Snijder-Kuipers, *Civielrechtelijke aspecten van rechtsvormwijziging op grond van Boek 2 BW en titel 7.13 BW*, *Tijdschrift voor Ondernemingsbestuur 2010–3*, blz. 76.

stichting is beperkt overeenkomstig de statuten. Overigens wijst de regering er op dat die stichtingen uiteraard ook private entiteiten zijn.

De leden van de SP-fractie vragen of het correct is dat alle investeringen, maar ook andere bestedingen, die worden gedaan in overeenstemming met het oorspronkelijke stichtingsdoel (bijvoorbeeld in de eerste drie jaar van de omzetting – dat wil zeggen de periode dat er geen winst mag worden uitgekeerd) prioritair kunnen worden afgeboekt van het bekleemde vermogen. Zij vragen of het correct is dat dit, en met name ook het doen van andere dan investeringsbestedingen, kan gebeuren zonder tussenkomst van de rechter.³¹

Ja. Een stichting kan alle investeringen en bestedingen die in overeenstemming worden gedaan met het stichtingsdoel afboeken van het vermogen, zonder tussenkomst van de rechter. Dit geldt derhalve ook voor opvolgende rechtspersonen waarin het bekleemde vermogen is overgegaan. Het wetsvoorstel brengt hierin geen verandering.

De leden van de SP-fractie vragen of het correct is dat eventuele – na de omzetting geleden – ondernemingsverliezen prioritair van het bekleemde vermogen kunnen worden afgeboekt, met als gevolg dat er navenant geen bekleemd vermogen meer resteert. Zij vragen voorts of het correct is dat als er vervolgens weer winst wordt behaald, deze winst onbekleemd naar de aandeelhouders kan vloeien. Ook vragen zij of het correct is dat beklemming geen rol speelt in geval van faillissement.

Ja. Een stichting kan verliezen afboeken van het vermogen. Dit geldt derhalve ook voor opvolgende rechtspersonen waarin het bekleemde vermogen is overgegaan. Het wetsvoorstel brengt hierin geen verandering. Als er vervolgens weer een positief resultaat wordt gehaald kan dit echter niet onbekleemd naar de aandeelhouders vloeien. Hieraan staat immers artikel 2:18 BW in de weg. Aangezien het positieve resultaat is behaald met behulp van vermogensbestanddelen die na omzetting bekleemd zijn, zijn ook de vruchten hiervan bekleemd en is blote uitkering aan aandeelhouders of leden niet mogelijk.

Bij faillissement kan het gehele vermogen van een stichting inderdaad uitgewonnen worden. Dit geldt derhalve ook voor opvolgende rechtspersonen waarin het bekleemde vermogen is overgegaan. Het wetsvoorstel brengt hierin geen verandering.

De leden van de SP-fractie vragen of het correct is dat indien de kapitaalvennootschap tevens een doelstelling ten aanzien van gezondheidszorg in de statuten opneemt, vervreemding van activa van de vennootschap (eventueel de aandelen in een dochter van de vennootschap) doorgaans niet effectief bekleemd is, en de opbrengst van die vervreemding evenmin.

Als de kapitaalvennootschap is ontstaan als gevolg van omzetting, dan is het vermogen bekleemd. Dit geldt ook als deze rechtspersoon een doelstelling ten aanzien van gezondheidszorg in de statuten opneemt. Bij vervreemding van vermogensbestanddelen is derhalve de opbrengst door deze kapitaalvennootschap effectief bekleemd.

In de memorie van toelichting maakt de regering gewag van «ongerechtigde onttrekking van middelen aan de zorgaanbieder».³² De leden van de SP-fractie vragen of de regering het met hen van oordeel is dat het verhinderen van dergelijke «onttrekking» niet waterdicht geregeld is in het

³¹ Zie ook B. Snijder-Kuipers, aangehaald artikel blz. 77.

³² Kamerstukken II, 2011–12, 33 168, nr. 3, pagina 21.

wetsvoorstel. Zij vragen of het klopt dat een dergelijke onttrekking slechts aanvechtbaar is met behulp van algemene civielrechtelijke leerstukken, zoals onbehoorlijk bestuur en onrechtmatige daad.

Het burgerlijk recht regelt het vraagstuk van ongerechtvaardigde onttrekking, althans in die zin dat indien middelen besteed worden aan iets anders dan het statutaire doel van de rechtspersoon dat via het civiele recht aanvechtbaar is. Bovendien zullen de raad van bestuur en de raad van toezicht een dergelijke onttrekking moeten verhinderen. In die zin regelt het bestaande recht dat er geen sprake kan zijn van de door de vraagstellers bedoelde onttrekking. Daarnaast wijst de regering nog op het feit dat ook de belastingregels een dergelijke onttrekking vrijwel onmogelijk maken. Ook de andere stakeholders zoals de banken die hypotheek verschaft hebben en hun onderpand in waarde zien dalen, zullen een dergelijke onttrekking niet toelaten.

Het wetsvoorstel stelt voorwaarden aan het uitkeren van rendement op risicodragend kapitaal. De passage in de memorie van toelichting waar de leden van de SP-fractie naar verwijzen, gaat over de verenigbaarheid van het wetsvoorstel met artikel 63 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU). Naar het oordeel van de regering is het uitkeren van rendement pas te rechtvaardigen als aan deze voorwaarden wordt voldaan, zodat de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg gewaarborgd zijn. Onder andere op grond van deze overwegingen is het wetsvoorstel in overeenstemming met de VWEU te achten.

In de aanhef van deze paragraaf is verwezen naar de rechtsvormwijziging (omzetting) van de stichting in een kapitaalvennootschap. De leden van de SP-fractie vragen nadere informatie over de mogelijkheid waarbij de oorspronkelijke stichting, of een stichtingsopvolger daarvan, voor haar vermogensdeel houdster wordt van aandelen die ingebracht worden in een kapitaalvennootschap die eigenaar is van het ziekenhuis (wellicht kan de regering nog varianten aangeven die dezelfde intentie realiseren).

Als het houden van aandelen in een zorgaanbieder overeenkomstig het statutair doel van de stichting is dan staat de wet daaraan niet in de weg. Aangezien het de regering niet duidelijk is welk doel dit dient kan zij op dit moment geen andere varianten aangeven die dezelfde intentie realiseren.

De regering schrijft in de memorie van toelichting: «Een Raad van Toezicht bij een zorgaanbieder die is georganiseerd in de rechtsvorm van kapitaalvennootschap, is hetzelfde orgaan als een Raad van Commissarissen.»³³ De leden van de SP-fractie vragen de regering om toelichting hiervan. Is de regering bijvoorbeeld van mening dat een RvC slechts adviserende bevoegdheden heeft? Kan de regering de algemene bevoegdheidsovereenkomsten en -verschillen tussen de beide organen opsommen?

Zoals reeds opgemerkt in een vraag van gelijke strekking van de leden van de CDA-fractie, zijn de regels van het rechtspersonenrecht uit Boek 2 van het BW van toepassing indien een zorginstelling de structuur heeft van een BV of een NV (beide voorbeelden van een kapitaalvennootschap). Veel zorginstellingen in zowel care als cure hebben daarentegen een stichtingsvorm. Zuiver op grond van het BW hoeft een dergelijke rechtsvorm niet over een toezichthoudend orgaan te beschikken. Gezien het publieke belang dat is gemoeid met het bestaan van voldoende toezicht op de levering kwalitatief goede en veilige zorg, schrijft het

³³ Kamerstukken II, 2011–12, 33 168, nr. 3, pagina 19.

Uitvoeringsbesluit WTZi voor dat bepaalde zorginstellingen, met name intramurale instellingen die ondernemingsraadplichtig zijn, een dergelijk toezichthoudend orgaan wel moeten hebben. Een toezichthoudend orgaan kan evenwel ook een raad van commissarissen zijn. Daarin maakt de WTZi geen onderscheid.

In de door de sector zelf opgestelde zorgbrede governancecode zijn de taken en bevoegdheden van het toezichthoudend orgaan nader omschreven. Daarin wordt ook geen onderscheid gemaakt tussen een raad van toezicht of een raad van commissarissen. De IGZ beschouwt deze code als een algemeen maatschappelijk, breed gedragen veldnorm als uitwerking van deze wetgeving en betreft deze bij haar toezicht op zorginstellingen. In het antwoord op de vraag van de leden van de Partij van de Arbeid over het verschil tussen de rol en positie van de raad van commissarissen en van een raad van toezicht is op hoofdlijnen aangegeven welke normen daarin zijn opgenomen over taken van het toezichthoudend orgaan.

Zoals ook in antwoorden op leden van de fracties van PvdA en CDA is opgemerkt, heeft de Minister van Veiligheid en Justitie aangekondigd in het wetsvoorstel Bestuur en toezicht rechtspersonen een grondslag in het BW wet te zullen opnemen voor de instelling van een toezichthoudend orgaan voor stichtingen en verenigingen. Een dergelijk toezichthoudend orgaan heeft in de kern dezelfde taken en bevoegdheden als een raad van commissarissen. Die strekken verder dan alleen adviserende bevoegdheden.

De leden van de SP fractie vragen naar de argumentatie van de regering voor het feit dat de btw vrijstelling gekoppeld is aan het criterium «geen winst beogen». Is/was het zorgkarakter of de winst de kern van de argumentatie of gaat/ging het om de combinatie? Daarnaast vragen deze leden of het ziekenhuis dat thans (d.w.z. onder de vigerende wet) winst uitkeert onder deze btw-vrijstelling valt?

De achtergrond van de aan toepassing van de btw-vrijstelling gekoppelde voorwaarde «geen winst beogen» is gelegen in de aard van de prestatie. De beperking paste bij de bepalingen uit de zorgwetgeving (winstuitkeringen niet mogelijk voor ziekenhuizen). Nu het wetsvoorstel het mogelijk maakt dat ziekenhuizen winst gaan uitkeren, ligt het ook voor de hand de eis dat geen winst mag worden beoogd uit de fiscale vrijstellingsbepaling te schrappen. In de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel wordt dit aangekondigd door te verwijzen naar de memorie van toelichting bij het Belastingplan 2006. Daarin was opgenomen dat op het moment waarop winst uitkeren mogelijk wordt, de btw vrijstelling van toepassing wordt op zowel winst beogende als op niet winst beogende instellingen. Verruiming van de btw-vrijstelling is nog niet inwerking getreden, omdat er per 1 januari 2006 op dit punt voor zorgaanbieders niets is veranderd.

Nu inwerkingtreding van het wetsvoorstel Wet vergroten investeringsmogelijkheden in medisch-specialistische zorg op korte termijn wordt voorzien, is in het Belastingplan 2015 opgenomen dat de voorwaarde voor de vrijstelling, te weten «dat geen winst mag worden beoogd», komt te vervallen bij inwerkingtreding van de Wet vergroten investeringsmogelijkheden in medisch-specialistische zorg.

De aanvullende vraag van deze leden of een ziekenhuis dat thans winst uitkeert onder de btw vrijstelling valt is naar de mening van de regering een vrij academische vraag, nu het ziekenhuizen onder het huidige regime niet toegestaan is winst uit te keren.

D66-fractie

De leden van de D66-fractie vragen hoe het wetsvoorstel in de zorgwereld is ontvangen en of de verschillende belangengroepen bij de ontwikkeling van het wetsvoorstel betrokken zijn geconsulteerd.

Bij de totstandkoming van dit wetsvoorstel zijn belanghebbenden op diverse wijzen betrokken geweest. Zo heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport twee bijeenkomsten georganiseerd met partijen uit de zorgsector. Bij deze bijeenkomsten waren onder andere ziekenhuizen, investeerders, verzekeraars, patiëntenorganisaties, medezeggenschapsorganisaties, banken en vertegenwoordigers van raden van toezicht aanwezig. Ook zijn diverse gesprekken gevoerd met belanghebbenden tijdens de totstandkoming van het wetsvoorstel.

Een aantal partijen heeft actief hun standpunt naar buiten gebracht. De organisaties van de direct belanghebbenden, namelijk de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Orde van medisch specialisten en de Vereniging van Vrijgevestigde Medisch Specialisten, hebben in diverse uitingen aangegeven de mogelijkheid tot uitkering van rendement op risicodragend kapitaal, en daarmee het aantrekken van financiering met risicodragend kapitaal, te verwelkomen. Voorts is uit onderzoek van Boer & Croon uit 2010 dat in opdracht van VWS is verricht gebleken dat er zeker investeringsbereidheid is in de curatieve sector.

De leden van de D66-fractie vragen naar een overzicht van het aantal die de vorm hebben van een BV, NV of coöperatie, en van het aantal zorgaanbieders dat een andere rechtsvorm heeft. Tevens vragen deze leden of de regering weet welke aanbieders belangstelling om zich te gaan omvormen tot een BV, NV of coöperatie teneinde risicodragend kapitaal aan te trekken.

Op basis van gegevens ontleend aan het Handelsregister, is onderstaande tabel opgesteld. De tabel biedt een overzicht van het totaal aantal bedrijven / organisaties die medisch-specialistisch-gerelateerde SBI-codes geregistreerd hebben bij de Kamer van Koophandel. Het overzicht bevat:

- een kolom met het totaal aantal organisaties (inclusief faillissementen en inclusief organisaties die in het verleden zorg leverde maar nu niet meer);
- een kolom met het aantal actieve organisaties die op dit moment medisch-specialistisch-gerelateerde SBI-codes geregistreerd hebben, te weten: 86101 Universitair medische centra, 86102 Algemene ziekenhuizen, 86103 Categorale ziekenhuizen, 86221 Praktijken van medisch specialisten en medische dagbehandelcentra (geen tandheelkunde of psychiatrie)

Rechtsvorm	Aantal actieve (zorg-)organisaties	Totaal aantal organisaties
Besloten vennootschap blijkens statuten structuurvennootschap	2	3
Besloten vennootschap met gewone structuur	2.874	2.892
Buitenl. EG-venn. met onderneming in Nederland	9	9
Commanditaire vennootschap met een beherend venoot	6	6
Coöperatie U.A. met gewone structuur	16	16
Eenmanszaak	3.110	3.118
Maatschap	1.044	1.045
Naamloze vennootschap met gewone structuur	1	1

Rechtsvorm	Aantal actieve (zorg-)organisaties	Totaal aantal organisaties
Publiekrechtelijke rechtspersoon	6	6
Rechtspersoon in oprichting	6	6
Stichting	497	534
Vennootschap onder firma	75	77
Vereniging met beperkte rechtsbevoegdheid	3	3
Vereniging met volledige rechtsbevoegdheid	36	38
	7.685	7.754

Bij het opstellen van deze tabel is de aanname gedaan, dat er geen onderscheid gemaakt hoeft te worden tussen hoofd SBI-codes en neven SBI-codes. Dus in andere woorden: als een organisatie als hoofdzaak of als neventaak een zorgactiviteit uitvoert, dan wordt deze organisatie meegenomen in het resultaat.

Uit de tabel kan worden afgeleid dat er 2893 actieve zorgorganisaties zijn met de rechtsvorm BV, NV of coöperatie. De overige 4792 zorgorganisaties zouden zich, om in aanmerking te komen voor het aantrekken van risicodragend kapitaal, moeten omvormen tot één van deze rechtsvormen. De regering heeft op basis van publieke informatiebronnen geen inzicht in de belangstelling van zorgaanbieders om hiertoe daadwerkelijk over te gaan. Wel kan worden verwezen naar de standpunten van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Orde van Medisch Specialisten, welke deze mogelijkheid verwelkomen.

De leden van de D66-fractie vragen naar het prijsdalend effect van de invoering van de prestatiebekostiging.

De invoering van prestatiebekostiging ziet op de wijze waarop zorginstellingen betaald krijgen voor de geleverde zorg. Waar er voorheen sprake was van een jaarlijks budget, wordt een zorginstelling nu afgerekend op zorgprestaties.

Hierdoor kunnen verzekeraars namens de verzekerden kritischer inkopen op prijs en kwaliteit. Sinds 2012 geldt dat voor 70% van de zorgtarieven vrij kan worden onderhandeld. Naast deze ontwikkeling zijn er sinds 2012 sterkere prikkels in het systeem ingevoerd, zoals het geleidelijk afschaffen van de ex-post risicoverevening voor verzekeraars, het vervallen van de kapitaallastenvergoeding voor zorgaanbieders alsmede het macro-beheersinstrument. Van de combinatie van al deze structuurversterkende maatregelen, het geneesmiddelenpreferentiebeleid, en de in 2011 en 2013 gesloten hoofdlijnenakkoorden, verwacht de regering een verlaging van de uitgavengroei vanaf 2011. Daarbij moet benadrukt worden dat er in het kader derhalve nog steeds groei beschikbaar is. Over de prijseffecten meldt de NZa in haar Marktscan Medisch specialistische zorg 2013 dat er nog geen betrouwbare informatie beschikbaar is. De NZa zal in de Marktscan 2014 opnieuw naar de prijseffecten kijken. Naar verwachting wordt die marktscan in maart 2015 openbaar.

De leden van de D66-fractie vragen of de zorgverzekeraar de hoge rendementsverplichtingen (die volgen uit de veelal hogere kosten van risicodragend kapitaal) van de zorgaanbieder zal kunnen aangrijpen om een lagere prijs te contracteren

In de onderhandeling met zorgverzekeraars zullen alle zorgaanbieders een concurrerend aanbod op basis van prijs en kwaliteit moeten doen. Het klopt dat, zoals de leden van de D66-fractie opmerken, op risicodragend kapitaal vaak een hogere vergoeding wordt gevraagd dan op vreemd

vermogen (als compensatie voor het hogere risico). Risicodragend kapitaal is voor een zorgaanbieder daarom in veel gevallen dus duurder dan vreemd vermogen. Daar staat tegenover dat het voor banken minder risicovol wordt om aanvullend vreemd vermogen te verstrekken wanneer er ook privaat kapitaal geïnvesteerd is. De rente op vreemd vermogen kan daardoor dalen. Daarnaast blijkt dat zorginstellingen die extern kapitaal hebben aangetrokken doorgaans een efficiëntere bedrijfsvoering kennen, waardoor de kosten kunnen dalen. De regering voorziet dan ook geen probleem voor zorginstellingen die rendement uitkeren om een rendabele prijs te bedingen in de onderhandeling met zorgverzekeraars.

De leden van de D66-fractie wijzen op de ontwikkeling waarin deze specialisten zich meer en meer groeperen in regio maatschappen die met deze organisatievorm verder van de ziekenhuizen komen af te staan. Zij menen dat niet valt uit te sluiten dat door deze ontwikkeling de toekomstige structuur van ziekenhuizen verandert van een volwaardig ziekenhuisbedrijf tot een bedrijf dat zich richt op de verhuur van ruimten, apparatuur en bedden aan de behandelend medisch specialist. Zij vragen in hoeverre het ziekenhuisbedrijf gelet op deze ontwikkeling nog een interessant investeringsdoel zou zijn.

Op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen zijn raden van bestuur van zorginstellingen altijd eindverantwoordelijk voor en aanspreekbaar op de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg. Ook in het Wetsvoorstel kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) dat ter behandeling voorligt in uw Kamer is en blijft dat een belangrijk uitgangspunt. Om die verantwoordelijkheid ook waar te kunnen maken moet het bestuur over voldoende middelen beschikken om hierop te kunnen sturen. Dit houdt in dat het bestuur zorgprofessionals (inclusief de maatschappen) moet kunnen aanspreken op de kwaliteit en veiligheid van de door hen verleende zorg. In de Wkkgz is dan ook vastgelegd dat de raad van bestuur de voor hem (in loondienst of anderszins) werkzame personen zodanige instructies moet geven of met hen zodanige afspraken moet maken dat de kwaliteit van zorg is gewaarborgd. De centrale verantwoordelijkheid van de bestuurder van een instelling, geldt ook voor het handelen van een individuele zelfstandige beroepsbeoefenaar binnen de instelling werkzame personen. Ook regiomaatschappen moeten werken binnen de geschetste verantwoordelijkheidsverdeling. Dat de door de leden van de D66-fractie geschetste ontwikkeling zich op grote schaal zal gaan voordoen acht ik om de hiervoor geschetste wettelijke vereisten dan ook onwaarschijnlijk. De regering verwacht dan ook niet dat ziekenhuizen een minder interessant investeringsdoel zouden worden door deze ontwikkeling.

Tegenstanders van dit wetsvoorstel vrezen dat zorgaanbieders met het oog op winstmaximalisatie ten behoeve van hun aandeelhouders aan risicoselectie gaan doen en daardoor gecompliceerde zorg gaan weren. Die ontwikkeling staat haaks op de doelstelling, hiervoor aangehaald, te weten de verbetering van de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg. De leden van de D66-fractie vragen of de regering deze vrees deelt en zo ja welke maatregelen ter bestrijding daarvan is de regering voornemens te treffen.

De regering deelt de vrees, dat er als gevolg van dit wetsvoorstel risicoselectie zou ontstaan, niet. Risicoselectie bij de zorgaanbieder ontstaat als bepaalde behandelingen bij een bepaalde zorgaanbieder structureel niet kostendekkend zijn. In een dergelijk geval zou een zorgaanbieder ertoe aangezet kunnen zijn om die behandeling niet uit te voeren. Het is echter niet zo dat gecompliceerde zorg per definitie niet kostendekkend is. Integendeel, voor zorgaanbieders kan het leveren van gecompliceerde zorg juist heel aantrekkelijk zijn. Dat er rendabele en

onrendabele behandelingen in zijn algemeenheid zijn, is niet goed voorstelbaar.

Zoals hierboven reeds opgemerkt in antwoord op vragen van de leden van de SP-fractie, komt dat ten eerste door het feit dat de kostenstructuren van zorgaanbieders sterk kunnen verschillen. Dit kan komen doordat sommige zorgaanbieders een optimale schaal hebben weten te bereiken voor een bepaalde behandeling, doelmatiger presteren of voordelen hebben doordat zij de juiste scope hebben en andere niet of nog niet. Daardoor kan dezelfde behandeling voor de ene zorgaanbieder heel rendabel zijn terwijl die voor een andere zorgaanbieder verliesgevend is. Ten tweede komt dat door het feit dat de prijzen voor 70% vrij zijn. Daardoor zal de prijs die ontstaat door het verkoop-en inkoopproces en door middel van vraag en aanbod tot stand komt over het algemeen niet structureel beneden het niveau van de daadwerkelijke kosten liggen. Voor wat betreft het deel dat niet vrije prijsvorming kent (zowel vaste prijzen als maximumtarieven), is het belangrijk dat de maximumtarieven niet beneden de daadwerkelijke kostprijs worden vastgesteld. Het blijft dus van belang dat tarieven die door de overheid worden vastgesteld zeer zorgvuldig worden overwogen. Daarnaast is cruciaal dat er op de zorgverzekeraar de zorgplicht rust. De zorgverzekeraar is er dus toe gehouden om de noodzakelijke zorg voor zijn patiënten in te kopen, ongeacht de vraag of deze complex is of niet.

De leden van de D66-fractie merken op dat bij nota van wijziging de voorgestelde wijziging in de Wet cliëntenrechten zorg (hierna: Wcz) vervallen is verklaard en de aandacht is geconcentreerd op de onderhavige wijziging van de WTZi.³⁴ Deze leden geven aan dat daarmee ook een groot deel van de memorie van toelichting die grotendeels betrekking heeft op de wijziging van de Wcz, vervalt. De leden van de D66-fractie vragen de regering toe te lichten waarom de wijziging van de Wcz toen is doorgestreept.

Om een antwoord op deze vragen te kunnen geven is een korte geschiedenis omtrent het toenmalige wetsvoorstel voor de Wcz (Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nrs. 1–3 e.v.) en het onderhavige wetsvoorstel alsmede de samenhang tussen beide op zijn plaats. Op 7 juni 2010 is het wetsvoorstel voor de Wcz aangeboden aan de Tweede Kamer. Gebleken is dat de gekozen opzet van het wetsvoorstel veel vragen oproep en weerstand ontmoette. Pas toen op 15 april 2013 met de derde nota van wijziging het wetsvoorstel is opgeknipt en is omgevormd tot het wetsvoorstel voor de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), is het wetsvoorstel door de Tweede Kamer op 4 juli 2013 aangenomen.

Bij brief van 19 maart 2013³⁵ aan uw kamer zijn de gevolgen van het opknippen van de toenmalige Wcz toegelicht. In lijn hiermee is het onderhavige wetsvoorstel bij nota van wijziging aangepast. Het wetsvoorstel was vormgegeven als een wijziging van de Wcz en voor het geval het wetsvoorstel dat tot de Wcz zou leiden niet of later dan voorliggend wetsvoorstel in werking zou kunnen treden, als een wijziging van de WTZi. Toen duidelijk werd dat de bepalingen over uitkering van rendement op risicodragend kapitaal door zorgaanbieders niet meer in de Wcz zou passen en dat de WTZi zou blijven bestaan, is voorliggend wetsvoorstel vereenvoudigd tot een wetsvoorstel waarin de desbetreffende bepalingen in de WTZi worden neergelegd. Het betreft hier een technische wijziging die los staat van de inhoud die de artikelen uit het

³⁴ Kamerstukken II, 2021–13, 33 168, nr. 7.

³⁵ Eerste Kamer, vergaderjaar 2012–2013, 32 402, A

wetsvoorstel regelen. De inhoudelijke toelichting op deze artikelen in de memorie van toelichting blijft van toepassing en vervalt derhalve niet.

De leden van de D66-fractie vragen hoe het begrip «positief» moet worden beoordeeld in de voorwaarde dat er pas dividend kan worden uitgekeerd wanneer er drie jaar sprake is van een positief resultaat. Zij vragen waarom de regering er niet voor heeft gekozen om hier een bepaald percentage van de omzet als ondergrens te benoemen.

De regering is het met de leden van de D66-fractie eens dat er bij winstuitkering daadwerkelijk sprake moet zijn van een financieel gezonde instelling. De voorwaarde dat er drie jaar lang sprake moet zijn van een positief resultaat is met name opgenomen om te voorkomen dat in het derde jaar bijvoorbeeld door de verkoop van een onderdeel van het ziekenhuis of door verkoop van aandelen de winst tijdelijk wordt opgekrikt, zonder dat er in de voorafgaande jaren sprake is van een financieel gezonde exploitatie. In combinatie met de norm voor de minimale solvabiliteit van 20%, die een belangrijke indicatie geeft van de financiële weerbaarheid van de onderneming, meent de regering voldoende criteria in de wet te hebben opgenomen om de continuïteit van de instelling ook bij winstuitkering te waarborgen. Het stellen van een bepaald percentage van de omzet als ondergrens acht de regering dan ook niet nodig.

Gelet op het verschil in bewoordingen van de aanhef van de artikelen 16c, eerste lid, en 16d, eerste lid, vragen de leden van de fractie van D66 of de regering bedoeld heeft daarmee onderscheid te maken tussen zorgaanbieders die verzekerde zorg aanbieden en zij die dat niet doen.

De verhouding tussen de voorgestelde artikelen 16c en 16d WTZi is als volgt. Artikel 16c, eerste lid, onderdeel a, WTZi bevat de hoofdregel: een zorgaanbieder die op grond van een zorgverzekering verzekerde medisch-specialistische zorg verleent, keert slechts winst uit indien hij onder meer aan artikel 16d WTZi voldoet. Artikel 16d, eerste lid, WTZi specificeert een aantal voorwaarden waaraan een dergelijke zorgaanbieder moet voldoen. Genoemde bepalingen gelden dus alleen voor een zorgaanbieder die op grond van een zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet medisch-specialistische zorg verleent. Voor een zorgaanbieder die deze zorg niet verleent, maar wel andere zorg – bijvoorbeeld niet of aanvullend verzekerde zorg – verleent, gelden deze bepalingen niet. Deze systematiek, die overigens ook gehanteerd is in de andere artikelen van paragraaf 2, is voldoende duidelijk. De aanpassing waar de leden van de fractie van D66 op doelen, is derhalve niet nodig.

De leden van de fractie van D66 vragen of de voorwaarde in artikel 16c, lid 1, onder b, dat de zorgaanbieder een rechtspersoon naar Nederlands recht moet zijn, zich niet verzet tegen de Europeesrechtelijke regels van vrij verkeer van vestiging en van goederen en diensten.

De voorwaarde in het voorgestelde artikel 16c, eerste lid, onder b, van de WTZi levert geen strijd op met het Europese recht. De leden van de D66 veronderstellen dat buitenlandse zorgaanbieders van de Nederlandse zorgmarkt worden uitgesloten door de voorwaarde dat de zorgaanbieder een besloten vennootschap met beperkte aansprakelijkheid, naamloze vennootschap of coöperatie moet zijn. Deze voorwaarde geldt echter uitsluitend indien de zorgaanbieder een rechtspersoon naar Nederlands recht is. Zorgaanbieders die onder het rechtspersonenrecht van een ander land vallen hoeven niet aan deze eis te voldoen.

De leden van de fractie van D66 vragen of de regering kan toelichten aan welke criteria de zorgaanbieder moet voldoen om de beschikking als bedoeld in artikel 16d, eerste lid, onder a, te krijgen. Tevens vragen zij waarom niet de eis is gesteld dat deze beschikking nodig is voorafgaand aan elke nieuwe winstuitering.

Het voorgestelde artikel 16d, eerste lid, onder a, van de WTZi bepaalt dat er geen rendement uitgekeerd kan worden zolang de zorgaanbieder geen beschikking heeft, inhoudende dat hij zijn bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid van de te verlenen zorg naar behoren heeft ingericht en dat hij een kwalitatief goed veiligheidsmanagementsysteem heeft. Of aan deze voorwaarde voldaan wordt, wordt getoetst door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

De IGZ geeft invulling aan deze toets door in de eerste plaats na te gaan of de zorgaanbieder voldoet aan het toetsingskader «Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid». De IGZ hanteert dit toetsingskader sinds medio 2011 bij het uitoefenen van het toezicht. In de tweede plaats bekijkt de IGZ of de zorgaanbieder een kwalitatief goed veiligheidsmanagementsysteem heeft.

Daarvoor moet het in ieder geval voldoen aan de Nederlands Technische Afspraak 8009 Veiligheidsmanagementsysteem voor ziekenhuizen en instellingen die ziekenhuiszorg verlenen van het Nederlands Normalisatie-Instituut (NEN).

Naar het oordeel van de regering is een periodieke kwaliteitstoets niet nodig omdat de aanbieders van medisch-specialistische zorg net als alle overige zorgaanbieders reeds onder het reguliere toezicht van de IGZ staan. In dat reguliere toezicht controleert de IGZ of de zorgaanbieders voldoen aan de kwaliteitseisen uit de wet- en regelgeving, wetenschappelijke richtlijnen en veldnormen. Dit doet de IGZ risicogestuurd: daar waar de risico's het grootst zijn is het toezicht het meest intensief. Zeker in de eerste jaren waarin er met inachtneming van het wetsvoorstel rendement wordt uitgekeerd, ligt het voor de hand dat de IGZ bij de desbetreffende zorgaanbieders de vinger nog eens extra aan de pols houdt. Maar er blijft sprake van een gelijk speelveld. De IGZ treedt handhavend op als een zorgaanbieder niet aan de minimumkwaliteitseisen voldoet. De eenmalige kwaliteitstoets is derhalve een extra waarborg, bovenop het reguliere toezicht.

De leden van de fractie van D66 vragen hoe de voorafgaande eis van goedkeuring door het bestuur in artikel 16d, lid 1, onder d, moet worden geïnterpreteerd in het licht van de bepalingen in het BW over het vaststellen van de jaarrekening.

Het besluit tot vaststelling van de jaarrekening dient te worden onderscheiden van het besluit tot uitkering van rendement op risicodragend kapitaal. Het voorgestelde artikel 16d, eerste lid, onder d, WTZi gaat alleen over de goedkeuring van het bestuur aan het besluit tot uitkering van rendement op risicodragend kapitaal. Bovendien is het vereiste dat het bestuur goedkeuring moet verlenen aan een dergelijk besluit niet vreemd aan het systeem van het burgerlijk recht. In artikel 2:216, tweede lid, van het BW is deze goedkeuring al neergelegd ten aanzien van BV's. Met het onderhavige wetsvoorstel wordt dit ook geregeld voor NV's en coöperaties.

De leden van de fractie van D66 vragen wat er dient te gebeuren als het toezichthoudend orgaan negatief adviseert en het bestuursbesluit tot winstuitering toch gehandhaafd blijft.

Ingevolge het voorgestelde artikel 16e, eerste lid, van de WTZi hoort de zorgaanbieder over ieder voornemen tot het uitkeren van rendement het toezichthoudend orgaan. Het ligt in de rede dat het toezichthoudend orgaan van de zorgaanbieder negatief adviseert indien niet aan de voorwaarden voor de uitkering is voldaan. Wanneer de zorgaanbieder besluit tot uitkering over te gaan zonder dat aan de voorwaarden voor de uitkering is voldaan, is dat besluit nietig (artikel 16e WTZi). De uitkering moet terugbetaald worden indien de ontvanger wist of behoorde te weten dat de uitkering in strijd met het bepaalde in de WTZi wet geschiedde (artikel 16h, lid 2, WTZi). Een advies van het toezichthoudend orgaan met die strekking valt dan ook niet te negeren. Temeer daar de zorgaanbieder gehouden is een verantwoording aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) te sturen (artikel 16i WTZi), die bovendien beschikt over de nodige toezichthoudende en handhavende bevoegdheden.

De leden van de D66-fractie hebben een vraag gesteld over het amendement-Bruins Slot.

Voor het antwoord op deze vraag verwijst de regering naar het antwoord op vragen van gelijke strekking van de leden van de VVD-fractie.

GroenLinks-fractie

De leden van de GroenLinks-fractie vragen wat volgens de regering de reden is dat aanbieders van medisch-specialistische zorg moeite hebben om hun financiering rond te krijgen, en welke andere oplossingen zijn overwogen.

Zorgaanbieders zijn meer risicodragend geworden, onder andere door de afschaffing van de vergoeding van de kapitaallasten. Doordat wel de risico's voor aanbieders zijn toegenomen, maar zij nog geen kans hebben zelf risicodragend kapitaal aan te trekken, en dus minder goed financiële tegenvallers kunnen opvangen, zijn banken minder bereid leningen te verstrekken en rekenen hiervoor hogere kosten. Dit wetsvoorstel geeft de zorgaanbieder de mogelijkheid het eigen vermogen te versterken waardoor de risico's van de banken afnemen en de rente daalt. De keuze om zorgaanbieders meer risicodragend te maken, past bij de omslag in het stelsel naar vraagsturing. Door risico's daar te leggen waar ze thuishoren, wordt het lonend voor alle partijen om te investeren in kwaliteit, doelmatigheid en dienstverlening. Dit komt de patiënt ten goede.

Voor een antwoord op de vraag of er andere oplossingen zijn overwogen, verwijst de regering naar het antwoord van de leden van de PvdA-fractie hierboven.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen of de verwachting dat de doelmatigheid van de medisch-specialistische zorg zal verbeteren door winstuitkering toe te staan wordt ondersteund door empirisch onderzoek, en of de parameters gelijk zijn.

Een overzicht van verschillende empirische onderzoeken³⁶ toont aan dat aanbieders van medisch-specialistische zorg die extern kapitaal kunnen aantrekken, niet onderdoen voor ziekenhuizen die dat niet kunnen. Wel lijken ziekenhuizen waarvan de overheid eigenaar is duidelijk slechter te presteren ten aanzien van doelmatigheid. Internationale onderzoeken naar de effecten van uitkering van rendement laten daarnaast ook zien dat

³⁶ Patrick Jeurissen (2010), *For profit hospitals. A comparative and longitudinal study of the for-profit sector in four Western countries.*

zorginstellingen die dat doen qua prestaties niet onderdoen voor zorginstellingen die dat niet doen.³⁷

Twee onderzoeken die het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in 2009 heeft laten uitvoeren, bevestigen deze conclusie. Het eerste onderzoek is een internationale verkenning die een beeld geeft van de mate van private investeringen in medisch-specialistische zorg in het buitenland, de effecten daarvan op doelmatigheid en kwaliteit en de voorwaarden waaronder private investeringen worden gedaan.³⁸ De private investeerders in de zes casus hadden een meerderheidsbelang en stuurden de ziekenhuizen actief aan en zij hielden zich aan verschillende voorwaarden, bijvoorbeeld ten aanzien van (behoud van) werkgelegenheid, de mate van investeringen en het aantal behandelingen over een bepaalde periode. De financiële prestaties (doelmatigheid) van de onderzochte casus verbeterden ten opzichte van de situatie van voor de mogelijkheid van winstuitkering. Het tweede onderzoek betreft een uitwerking van één casus uit het verkennende onderzoek, namelijk de ziekenhuiszorg in de regio Stockholm.³⁹

Uit deze onderzoeken blijkt dat niet alle landen algemene wettelijke voorwaarden stellen aan het uitkeren van rendement op risicodragend kapitaal. In Duitsland en Zweden stelt de overheid op individueel niveau (specifieke) voorwaarden.

De leden van de GroenLinks fractie vragen naar de empirische onderbouwing van de effecten van dit wetsvoorstel op kwaliteit en dienstverlening door zorgaanbieders en de transparantie van de kwaliteit van zorg.

In algemene zin blijkt uit onderzoek naar de effecten van het vergroten van de investeringsmogelijkheden in medisch-specialistische zorg dat aanbieders worden geprikkeld om zich bezig te houden met de kwaliteit van de zorg die zij leveren. Ze verbeteren de transparantie en scoren ook op punten beter op kwaliteit. Zo blijkt bijvoorbeeld uit een onderzoek van SEOR-ECRi dat, in een sector waar de overheid adequaat reguleert of haar middelen inzet, een op rendement gerichte organisatie de voorkeur verdient boven een organisatie zonder dit oogmerk, omdat dit de beste resultaten genereert voor patiënten. Ook hebben die organisaties voldoende aandacht voor kwaliteit, toegankelijkheid en continuïteit van zorg.⁴⁰

Er zijn ook onderzoeken die een genuanceerder beeld laten zien. Er zijn onderzoeken die wijzen op zowel mogelijke kwaliteitsverbetering als kwaliteitsverlies. In Duitsland is bijvoorbeeld een tendens waarneembaar dat op rendement over risicodragend kapitaal gerichte instellingen betere rapportages op kwaliteitsgebied produceren. Het innovatieve kwaliteitsmanagementsysteem van de rendement over risicodragend kapitaal uitkerende ziekenhuisgroep Helios heeft bijvoorbeeld navolging gekregen in 200 andere Duitse ziekenhuizen.

Ook laten diverse onderzoeken zien dat ziekenhuizen die rendement over risicodragend kapitaal uitkeren zeker niet onderdoen voor andere

³⁷ Allen & Overy en KPMG (2007), *Internationaal vergelijkend onderzoek op hoofdlijnen naar winstuitkering in de zorg in relatie tot publieke belangen in de zorg.*

³⁸ Gupta Strategists, *Private investeerders in ziekenhuiszorg. Quick scan inbreng privaat kapitaal in ziekenhuizen in internationale context*, 17 augustus 2009.

³⁹ Gupta Strategists, *Private investeerders in ziekenhuiszorg. Analyse macro effecten privatisering S:t Göran Ziekenhuis in Stockholm, Zweden*, 2 november 2009

⁴⁰ (SEOR-ECRi (2006) *Winstuitkering: winst voor de publieke belangen? Een literatuurstudie.*)

ziekenhuizen op het gebied van kwaliteit, bijvoorbeeld het St. Göran Ziekenhuis in Stockholm, Zweden.⁴¹

De leden van de GroenLinks-fractie vragen welk doel investeerders hebben -anders dan winst- als zij door middel van aandelen mede-eigenaar worden van een zorgaanbieder. Tevens vragen zij of de regering het ten principale wenselijk vindt dat private partijen eigenaar worden van zorginstellingen en dat met publiek geld private winsten worden gerealiseerd, en of de opbrengsten niet moeten terugvloeien naar de publieke middelen of de verzekerden.

Uit onderzoek verricht in opdracht van het Ministerie van VWS⁴² komt een beeld naar voren van verschillende typen kapitaalverschaffers, met verschillende overwegingen en uitgangspunten waarom zij interesse hebben om te investeren in de zorgsector. Vanzelfsprekend hebben alle investeerders een rendementsverwachting, als beloning voor het feit dat zij bereid zijn risico te dragen door kapitaal te investeren. Interessant is echter dat steeds meer financiële kapitaalverschaffers zich richten op investeringen rond maatschappelijke thema's, en dat de zorg voor hen buitengewoon interessant is. Gemiddeld genomen liggen de gevraagde rendementen bij dergelijke maatschappelijke fondsen lager.

De regering wijst er – in reactie op het tweede deel van de vraag – op dat het eigendom van alle zorginstellingen in Nederland – zowel de infrastructuur als de exploitatie – privaat is. Zo is het eigendom van de overgrote meerderheid van ziekenhuizen in Nederland in handen van een (private) stichting. Het wetsvoorstel vergroot de mogelijkheden van aandeelhouderschap, waarmee wordt bevorderd dat de belangen van bestuurders in zorginstellingen meer gelijkgericht worden met die van de instelling. Immers, aandeelhouders hebben er een financieel belang bij dat de zorgaanbieder goed presteert; daarmee beoogt de private investeerder de waarde van de onderneming te verhogen. In de huidige situatie ondervinden de leden van het bestuur doorgaans geen persoonlijk financieel nadeel wanneer het ziekenhuis slecht presteert.

Zorgverlening gaat gepaard met velerlei kosten, waaronder kosten om financiering aan te trekken. Aandeelhouders verstrekken de zorginstelling risicodragend kapitaal, en vragen hiervoor een vergoeding, bijvoorbeeld in de vorm van uitkering van rendement. Dit verschilt niet met de huidige situatie, waarin exploitatieopbrengsten worden gebruikt voor de vergoeding van verstrekkers van vreemd vermogen, gewoonlijk in de vorm van rentebetalingen aan de bank. In de eerstelijnszorg gelden overigens geen beperkingen op het uitkeren van rendement of het aantrekken van extern kapitaal.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen hoe de regering tegengaat dat de kwaliteit van de behandeling ondergeschikt wordt gemaakt aan de prijs in de onderhandeling tussen aanbieders en zorgverzekeraars.

In het vraaggestuurde stelsel zoals dat sinds 2006 wordt ingevoerd, kopen zorgverzekeraars namens de patiënten zorg in bij zorgaanbieders. Zij hebben er groot belang bij dat de prijs-kwaliteitsverhouding goed is, opdat hun verzekerden waar voor hun premiegeld krijgen, en zij niet van verzekeraar wisselen. Het inkopen op basis van de beste kwaliteit hoeft

⁴¹ Zie hiervoor o.a. Gupta Strategists (2009), *Private investeerders in ziekenhuiszorg, Quick scan inbreng privaat kapitaal in ziekenhuizen in internationale context*; Gupta Strategists (2009), *Analyse macro effecten privatisering St Göran Ziekenhuis in Stockholm, Zweden*.

⁴² Boer & Croon, *Investeringsbereidheid in de curatieve zorg*

geenszins strijdig te zijn met het bedingen van een goede prijs. Immers, kwalitatief goede zorg betekent ook zorg die doelmatig en gepast is. Wanneer verzekeraars bij de zorginkoop sterker gaan sturen op resultaten (uitkomsten) van zorg, verwacht de regering dat dit zowel bijdraagt aan kwaliteit als aan kostenbeheersing. Een goede behandeling leidt immers tot minder complicaties na een operatie, minder heropname en een kortere ligduur. Daarnaast is er het reguliere toezicht door de IGZ. De IGZ houdt toezicht op de kwaliteit van de geneeskundige zorg die ziekenhuizen, huisartsen, apotheken en andere zorgaanbieders leveren. De kwaliteit waaraan deze zorg moet voldoen is vastgelegd in onder andere de Kwaliteitswet zorginstellingen en in normen die verschillende zorgsectoren zelf opstellen in overleg met patiëntenverenigingen, zorgverzekeraars en de IGZ

De leden van de GroenLinks fractie vragen naar de reikwijdte van de invloed van de private investeerder/aandeelhouder en of de invloed die de investeerder uitoefent ook schadelijk zou kunnen zijn.

De regering is van mening dat er voldoende waarborgen zijn om de zorgen van de leden van de Groen Links-fractie te ondervangen. Zo dient een zorgaanbieder op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen «verantwoorde zorg» te leveren, die van goed niveau, doelmatig en patiëntgericht is en afgestemd op de behoefte van de patiënt. Binnen een zorgaanbieder is de raad van bestuur eindverantwoordelijk voor en belast met het besturen van de zorgorganisatie. De raad van toezicht houdt toezicht op het besturen door de raad van bestuur. De algemene vergadering van aandeelhouders kan aanwijzingen geven aan het bestuur als dat zo in de statuten is geregeld (artikelen 2:129, lid 4, en 239, lid 4, BW).

Die aanwijzingen mogen er echter niet toe leiden dat het bestuur in strijd handelt met zijn wettelijke en statutaire verplichtingen voor het leveren van verantwoorde zorg aan patiënten. De raad van bestuur blijft daarmee dus eindverantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van zorg van een zorgaanbieder. Wanneer het bovendien een instelling betreft die is toegelaten op basis van de WTZi, zal deze moeten blijven voldoen aan de eisen met betrekking tot de bestuursstructuur en bedrijfsvoering. De IGZ ziet daarop toe. Ook wordt met dit wetsvoorstel geregeld dat bijvoorbeeld aanbieders van medisch-specialistische zorg die niet aan de minimumkwaliteitseisen voldoen, geen vergoeding voor aangetrokken kapitaal mogen uitkeren. Als het oordeel van de IGZ op basis van een uitgevoerde kwaliteitstoets negatief is, of als de IGZ in het kader van haar reguliere toezicht een aanwijzing, een bevel, een last onder bestuursdwang of een last onder dwangsom oplegt, mag de zorgaanbieder gedurende de periode waarover deze geldt, geen vergoeding voor aangetrokken kapitaal uitkeren.

De leden van de Groen Links fractie lijken te denken dat het meekijken van aandeelhouders gaat leiden tot vermindering van de kwaliteit van zorg. De regering is een andere mening toegedaan. Aandeelhouders investeren hun eigen geld om de zorgaanbieder beter te maken en uiteraard om rendement te krijgen op het kapitaal dat zij ter beschikking hebben gesteld. Zij willen daarom dat de kwaliteit van de zorgaanbieder zo hoog mogelijk is. Dit is immers het kernbelang van een zorgaanbieder en hoe beter deze hierop presteert, des te groter de kans dat er een vergoeding voor het aangetrokken risicodragend kapitaal kan worden uitgekeerd of dat de waarde van de zorgaanbieder wordt vergroot.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen welk effect de regering verwacht van het toestaan van winstuitkering op de overheidsuitgaven.

Dit wetsvoorstel heeft geen directe effecten voor de hoogte van het Budgettair Kader Zorg (BKZ), omdat het de reguliere bekostiging van medisch-specialistische zorg (via zorgverzekeraars) niet verandert. Het verschil ten opzichte van de oude situatie is echter dat aanbieders van medisch-specialistische zorg meer gebruik kunnen maken van privaat kapitaal om hun eigen vermogen te versterken in plaats van vreemd vermogen. Deze zorgaanbieders hebben een extra prikkel om de bedrijfsvoering efficiënter te maken en zo de kosten te verlagen. Bovendien hebben zij er baat bij om investeringen te plegen in kwaliteit en innovatie in de zorg, welke hand in hand gaan met kostenbesparing. Het kan daarbij gaan om procesinnovaties (nieuwe manieren waarop processen worden vormgegeven, bijv. verbetering van patiëntenlogistiek), innovaties in dienstverlening (nieuwe, bijvoorbeeld digitale, manieren waarop diensten worden aangeboden aan patiënten) of productinnovaties (nieuwe producten, instrumenten, apparatuur). Uit internationale onderzoeken blijkt bovendien dat door de concurrentiedruk van ziekenhuizen die extern kapitaal aantrekken ook verbeteringen ontstaan bij ziekenhuizen in de omgeving die dat niet doen. De regering verwacht op lange termijn dan ook dat de totale medisch-specialistische zorg door de toestroom van privaat kapitaal efficiënter wordt.

De leden van de fractie van GroenLinks vragen of het binnen de kaders van dit wetsvoorstel mogelijk is dat investeerders aandeelhouder worden bij meerdere aanbieders en daarmee prijsafspraken in de hand werken. Daarnaast vragen zij of de regering verwacht dat de vergroting van de risicodragendheid van zorgverzekeraars dit kan voorkomen en zo ja, waar op zij dit baseert, of indien nee, hoe zij dit voorkomt.

Binnen de kaders van dit wetsvoorstel is het mogelijk dat investeerders aandeelhouder worden bij meerdere aanbieders. Prijsafspraken tussen zorgaanbieders onderling werken verstorend en prijsopdrijvend, en zijn verboden op grond van de Mededingingswet. De Autoriteit Consument en Markt is belast met het toezicht op prijsafspraken en kan hier tegen optreden indien dit zich voordoet. Bovendien geldt dat, indien de investeerders in meerdere zorgaanbieders zeggenschap verwerven in de zin van de Mededingingswet (bijvoorbeeld door een controlerende meerderheid in de aandeelhoudersvergadering), er sprake is van een concentratie in de zin van de Mededingingswet. In dat geval toetst de ACM voorafgaand aan de investering of de concentratie de mededinging significant belemmert, bijvoorbeeld doordat de investeerder in staat is de prijzen te verhogen. Indien dat het geval is, dan mag de investeerder de aandelen niet verwerven. Voorts hebben de zorgverzekeraars een belangrijke rol om ongewenste volume- en prijsstijgingen in de hand te houden. De vergrote risicodragendheid van zorgverzekeraars kan deze stijgingen bij ziekenhuizen voorkomen: verzekeraars hebben baat bij kwalitatief goede zorg en doelmatigheid, om zo het risico dat zij als verzekeraar lopen te verkleinen.

Zorgverzekeraars zullen daardoor meer geprikkeld worden om het volume in de hand te houden, en ook oog te hebben voor de prijs en de prijsverschillen.

De leden van de Groenlinks fractie vragen naar de mogelijkheid dat bestuurders onder de WNT een lager inkomen kunnen hebben dan de medisch-specialisten in hun instelling.

De WNT heeft vooralsnog alleen betrekking op de beloning van topfunctionarissen. In het hoofdlijnenakkoord over de medisch-specialistische zorg heeft de regering samen met veldpartijen een inkomensbeleid voor medisch specialisten afgesproken gebaseerd op het rapport van de

cie.-Meurs en het hanteren van integrale tarieven. Hoewel dat inkomensbeleid mede tot doel heeft excessief hoge beloningen zo veel mogelijk te beperken, is het mogelijk dat een medisch specialist een hoger inkomen heeft dan de WNT-norm. In het regeerakkoord is afgesproken dat de WNT-norm zal gelden voor alle werknemers in de (semi)publieke sector. In het eerder vermelde hoofdlijnenakkoord zijn medisch specialisten daarvan uitgezonderd. De Minister van BZK zal de kamer nader informeren over de voorgenomen uitbreiding van de reikwijdte van de WNT.

ChristenUnie-fractie

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe het belang van de patiënt is gewaarborgd in het wetsvoorstel.

Het hoofddoel van dit wetsvoorstel is een verbetering van kwaliteit, dienstverlening en doelmatigheid in de zorgverlening. Onderzoek⁴³ wijst uit dat zorginstellingen die externe investeerders aantrekken om hun eigen vermogen te versterken in de medisch-specialistische zorg meer prikkels hebben om hun bedrijfsvoering efficiënter te maken, en bovendien een belang hebben om uit te blinken in dienstverlening en kwaliteit. Hiermee kunnen zij immers patiënten naar zich toe trekken. Het gedrag van deze zorgaanbieder kan volgens onderzoek bovendien zorgaanbieders die geen externe investeringen aantrekken uitdagen hun doelmatigheid, kwaliteit en dienstverlening te verbeteren. Al deze effecten zijn in het belang van de patiënt.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of in het huidige wetsvoorstel kan worden gegarandeerd dat extra gelden door investeerders niet louter worden gebruikt voor vermeerdering van de waarde voor de investeerders.

Waardevermeerdering van de zorginstelling is gewoonlijk de doelstelling van middel- of lange termijn investeerders, zie ook het antwoord op vragen van de SP-fractie. Een investeringsstrategie gericht op waardevermeerdering is tevens in het belang van de zorginstelling zelf. Wanneer de positieve resultaten van het ziekenhuis worden gebruikt om de financiële gezondheid te versterken (door toevoegen van het resultaat aan het eigen vermogen), kan dit bijvoorbeeld leiden tot het gemakkelijker en tegen lagere rente, verkrijgen van financiering bij de bank voor nieuwe investeringen, gericht op uitbreiding of vergroten van de kwaliteit. De positieve resultaten kunnen ook worden benut om te investeren in nieuwe projecten, eveneens bedoeld om de zorginstelling te laten groeien of om de kwaliteit te verbeteren. De doelen van kapitaalverschaffers en bestuurders van de ziekenhuizen komen door het vergroten van het eigenaarschap van de investeerder meer gelijkgericht te staan.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of de regering aspecten ziet in de zorg die beschermd zouden moeten worden tegen de bedrijfskundige expertise die een investeerder met zeggenschap over de bedrijfsvoering meebrengt.

De regering ziet bedrijfskundige expertise als een belangrijke inbreng van investeerders die de zorgsector kan helpen de doelmatigheid, kwaliteit en dienstverlening van de zorg te verbeteren. Waar in het wetsvoorstel de

⁴³ O.a. Patrick Jeurissen (2010), *For profit hospitals. A comparative and longitudinal study of the for-profit sector in four Western countries.*; Gupta Strategists (2009), *Private investeerders in ziekenhuiszorg, Quick scan inbreng privaat kapitaal in ziekenhuizen in internationale context*; Gupta Strategists (2009), *Analyse macro effecten privatisering S:t Göran Ziekenhuis in Stockholm, Zweden.*

intramurale AWBZ en de UMCs zijn uitgezonderd van de mogelijkheid om risicodragend kapitaal aan te trekken, is dit niet gedaan met het oog op het buiten deze sectoren houden van bedrijfskundige expertise. De regering kan de mening van de ChristenUnie-fractie dat aspecten van de zorg hiertegen beschermd zou moeten worden dan ook niet goed plaatsen.

De reden dat de intramurale AWBZ is uitgezonderd is dat zij een ander stelsel hebben en dat deze periode majeure veranderingen in het stelsel van langdurige zorg plaatsvinden. De regering acht het voor dit moment niet opportuun om voor deze categorie instellingen het verbod op winstuitkering op te heffen.

Wat betreft de academische ziekenhuizen is de regering van mening dat het verlenen van medisch-specialistische zorg en de specifieke taken van een academisch ziekenhuis zoals het verrichten van innovatie- en wetenschappelijk onderzoek, het ontwikkelen van nieuwe vormen van zorg en het verzorgen van de opleiding tot arts, zodanig verweven zijn en dienen te blijven, en dat de bijbehorende geldstromen (enerzijds het geld dat een academisch ziekenhuis ontvangt voor het verlenen van de zorg en anderzijds de beschikbaarheidsbijdrage voor genoemde andere taken) moeilijk te scheiden zijn. Het risico bestaat dat de beschikbaarheidsbijdrage zou worden ingezet voor het genereren van winst in plaats van voor het verrichten van onderzoek en het geven van onderwijs, en anderzijds het risico zou bestaan dat de beschikbaarheidsbijdrage als winst aan aandeelhouders zou worden uitgekeerd.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe investeringen in nieuwe apparatuur, onderzoek en betere verzorgingscondities kunnen leiden tot het goedkoper maken van de zorg.

Zoals reeds opgemerkt in antwoord op een vraag van de leden van de Groenlinks-fractie, heeft dit wetsvoorstel geen directe effecten voor de hoogte van het Budgettair Kader Zorg (BKZ), omdat het de reguliere bekostiging van medisch-specialistische zorg (via zorgverzekeraars) niet verandert. Het verschil ten opzichte van de oude situatie is echter dat aanbieders van medisch-specialistische zorg meer gebruik kunnen maken van privaat kapitaal in plaats van vreemd vermogen. Zorgaanbieders die externe investeerders aantrekken hebben een extra prikkel om de bedrijfsvoering efficiënter te maken en zo de kosten te verlagen. Bovendien hebben zij er baat bij om investeringen te plegen in kwaliteit en innovatie in de zorg, welke hand in hand gaan met kostenbesparing. Het kan daarbij gaan om procesinnovaties (nieuwe manieren waarop processen worden vormgegeven, bijv. verbetering van patiëntenlogistiek), innovaties in dienstverlening (nieuwe, bijvoorbeeld digitale, manieren waarop diensten worden aangeboden aan patiënten) of productinnovaties (nieuwe producten, instrumenten, apparatuur). Uit internationale onderzoeken blijkt bovendien dat door de concurrentiedruk van ziekenhuizen die externe investeerders aantrekken ook verbeteringen ontstaan bij ziekenhuizen in de omgeving die dat niet doen. De regering verwacht op lange termijn dan ook dat de totale medisch-specialistische zorg door de toestroom van privaat kapitaal efficiënter wordt.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of de individuele burger kan profiteren van de verwachte kostenbesparing in de zorg als gevolg van het wetsvoorstel.

De kostenbesparing in de zorg als gevolg van dit wetsvoorstel zal pas op langere termijn optreden. De regering heeft diverse maatregelen doorgevoerd om kosten in de zorg te beteugelen. Te denken valt aan de invoering van prestatiebekostiging, de vergroting van risico's voor

zorgverzekeraars door het afbouwen van de ex-post risicoverevening, de invoering van het macro-beheersinstrument. Ook de gemaakte afspraken in de hoofdlijnenakkoorden van 2011 en 2013 dragen bij aan kostenbesparing, alsmede het preferentiebeleid in de geneesmiddelen. De effecten van deze maatregelen worden naar verwachting zichtbaar in een meer beheerste uitgavengroei vanaf 2011. De burger zal daarvan profiteren door een lagere stijging van zorgpremies.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen waarom voor een oplossing van het probleem dat zorgaanbieders niet genoeg geld kunnen lenen niet is gekozen voor het versterken van de financieringspositie van zorginstellingen door bijvoorbeeld een overheidsgarantie van leningen van banken aan zorginstellingen.

Het verstrekken van rechtstreekse garanties aan zorginstellingen door de staat is sinds de invoering van het nieuwe zorgstelsel niet meer gebeurd en acht de regering ook niet meer passend bij een stelsel dat uitgaat van partijen die onderling en op basis van heldere regels proberen beter te zijn dan anderen. In een dergelijk stelsel horen risico's in eerste instantie bij de zorginstellingen zelf te liggen. Wel bestaat er de mogelijkheid voor zorginstellingen die intramurale zorg aanbieden die wordt gefinancierd op basis van de ZVW en de AWBZ om een beroep te doen op het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ). Dit waarborgfonds is een initiatief van de sector, waarin zorginstellingen onderling garant staan voor de investeringsrisico's. De Staat fungeert daarbij als achterborg.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe door dit wetsvoorstel de transparantie in de zorg verbetert.

De regering verwacht een verbetering in de transparantie in de zorg, omdat instellingen die extern kapitaal willen aantrekken een prikkel hebben informatie over de kwaliteit van de door hen geboden zorg te publiceren. Zij hebben dit nodig om hun reputatie te versterken en patiënten te overtuigen bij hen te komen, respectievelijk verzekeraars te overtuigen zorg bij hen in te kopen. Volgens ervaringen in het buitenland kan dit vervolgens de instellingen niet met extern kapitaal hun eigen vermogen vergroten in de omgeving uitdagen hetzelfde te doen.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen naar de toekomstige invloed van extern kapitaal in de zorg, onder meer op de toegankelijkheid van de zorg.

Het is niet nieuw dat zorginstellingen zijn aangewezen op externe bronnen van financiering voor hun investeringen. Zolang het verbod op het uitkeren van winst/rendement van kracht is voor zorgaanbieders, zijn zij echter voornamelijk aangewezen op verstrekkers van vreemd vermogen, veelal bancaire leningen. De laatste jaren zijn de zorgaanbieders meer zelf verantwoordelijk geworden voor de risico's van hun bedrijfsvoering, onder andere door het afschaffen van het bouwregime met ingang van 2008. Banken zien ziekenhuizen hierdoor meer als «normale» ondernemingen, met een hoger risicoprofiel, dan in het verleden toen de inkomsten van de zorginstellingen gegarandeerd waren en de zorginstellingen zelf geen risico droegen voor o.a. hun bouwbeslissingen wat leidt tot een hogere rentelast bij leningen dan in het verleden. Bovendien hebben banken door de financiële crisis de kredietkraan dichtgedraaid. Door het eigen vermogen te vergroten leggen ziekenhuizen financiële buffers aan om zodoende risico's beter op te kunnen vangen. Bovendien voldoen zij hiermee gemakkelijker aan eisen van de banken, wat de kosten van het aantrekken van vreemd vermogen kan verlagen. De regering

voorziet bovendien als gunstig effect dat de belangen van de bestuurder meer gelijkgericht komen te liggen aan die van de investeerder.

Bestuurders zullen druk ondervinden van de aandeelhouder om bijvoorbeeld zorg zo efficiënt mogelijk te leveren. Ook zal de private investeerder sterk hechten aan de continuïteit van de aanbieder.

Voor de toegankelijkheid van de zorg voorziet de regering geen effecten van dit wetsvoorstel. De toegankelijkheid van de zorg wordt allereerst gewaarborgd door het verplichte basispakket en de zorgplicht van de verzekeraars voor hun verzekerden. Of hun zorgplicht wordt vervuld bij een zorginstelling met of zonder winstuitkering doet hierbij niet ter zake.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers