

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)**

**E**

### **NADERE MEMORIE VAN ANTWOORD**

Ontvangen 21 november 2014

#### **Inleiding**

De regering heeft met belangstelling kennisgenomen van de vragen van de leden van de Eerste Kamer in het nader voorlopig verslag. Hieronder gaat zij in op de gestelde vragen, zoveel mogelijk in de volgorde waarin deze zijn gesteld. Over het bij amendement gewijzigde artikel 18 WTZi zijn enkele vragen van de leden van de VVD-fractie en D66-fractie in samenhang beantwoord.

*De leden van de VVD-fractie en de D66-fractie hebben grote moeite met het amendement nummer 28 (Bruins Slot) en vinden de beantwoording van de regering onvoldoende.*

Met het aanvaarden van het amendement met het nummer 28 (Bruins Slot) wordt de taak van het College Sanering Zorginstellingen (CSZ) betreffende het verlenen van goedkeuring bij transacties rond onroerende zaken in gewijzigde vorm behouden. Het toezicht wordt uitgebreid naar aankoop en huur. Tevens regelt het amendement dat de wettelijke taak komt te liggen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Uit de parlementaire behandeling blijkt dat het amendement is gericht op het bevorderen van een transparant proces en marktconforme prijsvorming rondom transacties met onroerende zaken.

Uit de brieven die de Eerste Kamer heeft ontvangen van verschillende koepelorganisaties blijkt dat zorginstellingen bezwaren hebben tegen dit amendement en zich zorgen maken over het effect in de praktijk.

De regering heeft de NZa verzocht om 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. De regering acht zorgvuldigheid en afstemming met betrokken veldpartijen van groot belang. De precieze wijze waarop de nieuwe taken inhoud krijgen is nog niet duidelijk. Momenteel worden diverse mogelijkheden onderzocht,

waaronder een verdere inperking van de reikwijdte, het hanteren van criteria voor een goedkeuringsvereiste en het invoeren van drempelbedragen. Dit zou betekenen dat goedkeuring alleen vereist zal zijn bij bepaalde categorieën van onroerend goed transacties.

De regering is van oordeel dat invoering van dit gewijzigde toezicht zorgvuldig dient plaats te vinden. Om de aanpassing en overdracht van het bestaande toezicht van het CSZ naar de NZa, alsmede de ontwikkelingen en invoering van het nieuwe toezicht op koop- en huurtransacties zorgvuldig voor te bereiden, acht de regering het ongewenst om het voorgestelde artikel 18 WTZi tegelijk met de overige bepalingen van het wetsvoorstel in werking te laten treden.

Alle inspanningen zijn erop gericht om het nieuwe artikel 18 WTZi naar verwachting per 1 juli 2015 in werking te laten treden, doch uiterlijk per 1 januari 2016. Onderstaand volgt een nadere toelichting, aan de hand van de gestelde vragen rondom het gewijzigde artikel 18 WTZi van de leden van de VVD-fractie. Zie voorts ook de uitgebreide beantwoording van de vragen van de D66-fractie op dit onderwerp.

### **VVD-fractie**

*De leden van de VVD-fractie geven aan dat als gevolg van het amendement de regeldruk aanzienlijk toeneemt, dat het voor instellingen moeilijker wordt om vastgoed af te stoten en vinden het ongewenst dat bij deze wetwijziging niet de normale procedure gevolgd is. De leden van de VVD-fractie menen bovendien dat elk overleg met het veld onmogelijk is geworden. Ook zijn zij op basis van navraag bij zorginstellingen van mening dat het bestaande toezicht van het CSZ onredelijke inmenging in transacties behelst.*

De regering erkent dat het amendement tot een toename van de regeldruk leidt. De regering heeft de NZa echter verzocht om een voorstel uit te werken, waarbij de administratieve lasten tot een minimum beperkt blijven. De regering vertrouwt erop dat dit proces resulteert in een voorstel dat in lijn is met het doel dat de indieners van het amendement voor ogen hebben gehad, terwijl de inrichting van het toezicht geen onnodige drempels opwerpt voor het afstoten en verwerven van vastgoed. Ten aanzien van het gevolgde proces deelt de regering het standpunt van de VVD-fractie dat overleg met het veld moet plaatsvinden. De NZa waarborgt deze betrokkenheid door veldpartijen te consulteren bij de nadere uitwerking van het in het amendement geregelde toezicht.

De leden van de VVD-fractie suggereren dat volgens instellingen sprake zou zijn van een onredelijke inmenging door het CSZ. De regering heeft dergelijke signalen van instellingen niet ontvangen. Navraag bij het CSZ levert het volgende beeld op. Het CSZ geeft aan dat de meeste instellingen de deskundige ondersteuning van het CSZ op prijs stellen, aangezien deze meer waarborgen biedt voor een marktconforme prijsvorming. Het CSZ heeft geen inhoudelijke bemoeienis met de investeringsbeslissingen van een instelling. De instelling is eigenaar, die beslist over verkoop en verhuur. Het CSZ houdt toezicht. Dit toezicht richt zich op het bewerkstelligen van een transparant proces met het doel een marktconforme prijs te behalen. Het CSZ geeft aan dat de prijs die daaruit voortvloeit, de prijs is die de markt op dat moment genereert. Het kan voorkomen dat vanwege ongunstige marktomstandigheden er slechts één koper is. Daar houdt het CSZ rekening mee. In dergelijke gevallen worden twee taxaties aangevraagd. Het beeld dat sprake zou zijn van een onredelijke inmenging door het CSZ herkent de regering niet. Overigens regelt het wetsvoorstel dat de uitvoering van artikel 18 WTZi wordt overgeheveld van het CSZ naar de NZa.

*De leden van de VVD-fractie hebben een aantal vragen over het amendement-Bouwmeester. Zij vragen of er niet al voldoende toezicht is op de continuïteit van instellingen? Zij menen dat de bewegingsvrijheid van instellingen die door allerlei aanpalende wetgeving toch al gering is, op deze wijze nog geringer wordt. Bovendien vrezen zij een toename van de regeldruk, en menen zij dat de toename van kosten op een veel te laag bedrag wordt geraamd.*

Het bestaande toezicht op de continuïteit van de zorg zoals uitgevoerd door de NZa ziet niet op de continuïteit van een individuele zorginstelling, maar ziet primair op de wijze waarop zorgverzekeraars borgen dat zij hun zorgplicht nakomen, bijvoorbeeld als een zorgaanbieder die cruciale zorg levert dreigt om te vallen. De NZa beziet alleen de continuïteit op instellingsniveau voor zover de wet dat bepaalt. Zo beziet de NZa bijvoorbeeld de gevolgen van een fusie voor de continuïteit van de zorg op instellingsniveau. Het toezicht als gevolg van het amendement-Bouwmeester op een specifieke zorginstelling beoogt om de gevolgen van het winstoogmerk voor de zorgverlening aan de cliënt en de kwaliteit en continuïteit van de zorg inzichtelijk te maken. Ten opzichte van het bestaande toezicht van de NZa is dit in elk geval niet dubbelop. De regering verwacht evenals de leden van de VVD-fractie dat deze toets een verhoging van de administratieve lasten voor zorgaanbieders die winst wensen uit te keren betekent. Dat betreft dus een specifieke groep zorgaanbieders, en niet alle zorgaanbieders. De regering wijst erop dat deze toets slechts eenmalig zal plaatsvinden, namelijk bij de eerste keer dat wordt besloten rendement uit te keren. De NZa streeft er naar om de lasten zo minimaal mogelijk te houden door zich zoveel mogelijk te baseren op informatie waarover de zorgaanbieder reeds beschikt. Wat de gemaakte schatting van de extra kosten betreft, heeft de regering reeds aangegeven dat het om een eerste indicatie gaat. Nadere besluitvorming over de inrichting van het toezicht dient nog plaats te vinden.

*De leden van de VVD-fractie vragen of de regels die dit wetsvoorstel stelt niet te beperkend zijn en derhalve investeerders afschrikken.*

De regering erkent de zorg van de leden van de VVD-fractie. Vanwege mogelijk negatieve gevolgen die zouden kunnen optreden zonder aanvullende eisen, is het nodig om enkele voorwaarden te stellen. Daarbij is het van belang dat de voorwaarden voldoende streng zijn om te garanderen dat de risico's voor het publieke belang worden weggenomen. Anderzijds mogen ze niet zó streng zijn dat private investeerders niet meer willen investeren waardoor de doelen van de wet niet behaald kunnen worden. De regering is van mening dat de in de wet opgenomen voorwaarden niet dusdanig van aard zijn 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 Sport<sup>1</sup> 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 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.

---

<sup>1</sup> Boer & Croon, Investeringsbereidheid Curatieve sector, 2010

## **PvdA-fractie**

*De leden van de PvdA-fractie wijzen op het not-for-profit karakter van de ziekenhuiszorg, en hoe zich dit weerspiegelt in de cultuur, organisatiestructuur en het bestuur van de ziekenhuizen. Zij merken op dat de kwaliteit van de ziekenhuiszorg in Nederland hoog is, en vragen hoe dit gegeven zich verhoudt tot het voornemen om winstuitkering mogelijk te maken.*

De regering heeft met de leden van de PvdA-fractie waardering voor de kwaliteit van de Nederlandse ziekenhuiszorg, die inderdaad traditioneel wordt gedomineerd door private, not-for-profit ziekenhuizen. Wel tekent de regering aan dat het zorglandschap voortdurend in beweging is en er ook nu al sprake is van een for-profit karakter in grote delen van de zorg. In nagenoeg alle sectoren van de zorg is het reeds mogelijk om rendement op risicodragend vermogen uit te keren, met uitzondering van de medisch-specialistische zorg en de intramurale AWBZ. Bovendien zijn binnen de zorgsector vele spelers actief met een for-profit karakter, zoals toeleveranciers van medicijnen en medische hulpmiddelen. Ook hebben de banken die momenteel de voornaamste financiers van de ziekenhuiszorg zijn, een for-profit motief. Tot slot zij opgemerkt dat ziekenhuizen in de huidige situatie weliswaar niet mogen uitkeren aan kapitaalverschaffers, maar wel streven naar een positief bedrijfsresultaat. Bovendien betalen ziekenhuizen een vergoeding voor het verkrijgen van financiering aan verstrekkers van vreemd vermogen (rente). In de kern is er met betrekking tot een vergoeding voor het ter beschikking stellen van financiële middelen door banken of aandeelhouders geen groot verschil: banken ontvangen rente, aandeelhouders ontvangen dividend.

De introductie van de mogelijkheid om risicodragend kapitaal toe te laten in de medisch-specialistische zorg past in de ontwikkelingsrichting welke is ingezet met de stelselherziening in de zorg. Sinds 2006 is een stapsgewijze omslag gemaakt van een stelsel waarin gestuurd werd op en door het aanbod, naar een stelsel van vraagsturing. Dit stimuleert zorgaanbieders de wensen en zorgbehoefte van patiënten centraal te stellen. Hoewel er betekenisvolle stappen zijn gezet, is de stelselherziening nog niet afgerond. Het systeem bevindt zich in de transitiefase tussen het oude aanbodgeruleerde systeem en het nieuwe vraaggestuurde systeem in. Om te zorgen dat het vraaggestuurde systeem optimaal gaat functioneren, heeft de regering diverse maatregelen genomen. Vanaf 2012 zijn aanbieders van medisch-specialistische zorg steeds meer beloond naar prestatie. Het is voor hen steeds aantrekkelijker gemaakt om de dienstverlening daadwerkelijk af te stemmen op de wensen en zorgbehoeften van hun patiënten. Door de invoering van prestatiebekostiging, gecombineerd met een uitbreiding van het aantal behandelingen waarvoor vrije prijsvorming geldt en de invoering van diagnosebehandelingcombinatie (DBC) op weg naar Transparantie (DOT) hebben zorgverzekeraars meer mogelijkheden gekregen om aanbieders te belonen die goed bereikbare en kwalitatief goede zorg tegen een goede prijs bieden. Zorgverzekeraars hebben daar zelf ook belang bij omdat hun risicodragendheid is vergroot. De ex-post compensaties voor verzekeraars worden immers in de periode 2012–2015 geleidelijk afgeschaft. Omdat zorgaanbieders steeds meer vrijheid hebben gekregen om zelf te bepalen hoe zij zorg willen leveren, zijn zij ook zelf verantwoordelijk voor het oplossen van financiële problemen en het voortbestaan van hun organisatie. De overheid zal niet langer inspringen bij een dreigend faillissement. Bij de grotere vrijheid en verantwoordelijkheid die aanbieders van medisch-specialistische zorg hebben gekregen, is het logisch en onvermijdelijk dat zij ook zelf kiezen hoe zij gefinancierd worden. Omdat voor hen op dit moment een verbod op winsttoegmerk en

daarmee in de praktijk ook een verbod op uitkering van rendement op risicodragend vermogen geldt, zijn zij op dit moment nog niet goed in staat privaat kapitaal in de vorm van risicodragend (eigen) vermogen, aan te trekken. Zij zijn daarom bij de financiering van hun bezittingen vooral aangewezen op vreemd vermogen (leningen). In het oude zorgstelsel was dit geen probleem, omdat de risico's binnen de budgetsystematiek grotendeels bij de overheid lagen. Nu aanbieders van medisch-specialistische zorg in toenemende mate zelf risicodragend zijn geworden (o.a. door de afschaffing van het bouwregime) behandelen banken hen meer als reguliere marktpartijen. 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 steeds minder bereid leningen te verstrekken. Door gereguleerde uitkering van rendement op het ingelegde vermogen mogelijk te maken voor aanbieders van medisch-specialistische zorg, wordt het aantrekkelijker voor private investeerders om (mede)eigenaar te worden van aanbieders van medisch-specialistische zorg en (mede)zeggenschap te krijgen over de bedrijfsvoering. Op basis van ervaringen in het buitenland is de verwachting dat op lange termijn maximaal tussen de 15 en 25% van de ziekenhuiszorg zal bestaan uit zorgaanbieders met risicodragend kapitaal.

Op basis van het bovenstaande concludeert de regering dan ook dat het wetsvoorstel geen radicale breuk met de Nederlandse tradities in de gezondheidszorg betekent, maar dat het goed past in de ontwikkelingen van de zorg in de afgelopen decennia.

De regering is het met de leden van de PvdA-fractie eens dat de ziekenhuiszorg in Nederland van hoge kwaliteit is. Desalniettemin is er steeds ruimte voor verbetering. Uit internationale ervaringen blijkt dat de aanwezigheid van zorgaanbieders met risicodragend eigen vermogen voor de omliggende ziekenhuizen zonder risicodragend kapitaal een kwaliteitsimpuls kan betekenen.<sup>2</sup> Door de concurrentiedruk van ziekenhuizen die rendement kunnen uitkeren aan private investeerders ontstonden ook verbeteringen bij ziekenhuizen in de omgeving die geen privaat kapitaal hadden. De transparantie over de kwaliteit blijkt bovendien bij de ziekenhuizen groter geworden te zijn. De regering verwacht van het toestaan van het uitkeren van rendement op risicodragend vermogen dan ook positieve effecten op de kwaliteit van de ziekenhuiszorg.

*De leden van de PvdA-fractie vragen of de regering mogelijkheden ziet voor financiering door overheidsbanken en – fondsen, zoals BNG Bank nu reeds doet. Zou hiermee niet goeddeels in een oplossing voor de in de memorie van toelichting gesuggereerde financieringsproblemen kunnen worden voorzien?*

Met de afschaffing van het bouwregime heeft de overheid zich verder teruggetrokken uit de financiering van de zorgsector. Zorgaanbieders zijn zelf verantwoordelijk voor het oplossen van financiële problemen en het voortbestaan van hun organisatie. Wel kan het Waarborgfonds voor de zorgsector garanties afgeven voor een deel van bankleningen. Ook verstrekt, zoals reeds is opgemerkt door de leden van de PvdA-fractie, de Bank der Nederlandse Gemeenten leningen aan zorgaanbieders.

---

<sup>2</sup> Gupta Strategists, *Private investeerders in ziekenhuiszorg. Quick scan inbreng privaat kapitaal in ziekenhuizen in internationale context*, 17 augustus 2009.; Gupta Strategists, *Private investeerders in ziekenhuiszorg. Analyse macro effecten privatisering S:t Göran Ziekenhuis in Stockholm, Zweden*, 2 november 2009

De kern van de zaak is echter het feit dat de financiële gezondheid van ziekenhuizen kan worden versterkt door het vergroten van het eigen vermogen. In antwoord op de eerder door de leden van de PvdA-fractie gestelde vraag over alternatieve financieringsbronnen heeft de regering gewezen op de zogenaamde «hefboomwerking» van het vergroten van het eigen vermogen. 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 aangetrokken. 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. Financiering met vreemd vermogen door een overheidsbank of -fonds is dus geen alternatief, aangezien deze, in tegenstelling tot volledig risicodragende participatie in het eigen vermogen door privaatkapitaalverschaffers niet bijdragen aan een gezondere financiële balans.

*De leden van de PvdA-fractie vragen de regering naar een casus waarin inzichtelijk wordt gemaakt welke omzettingskosten ontstaan wanneer een zorgaanbieder besluit om risicodragend kapitaal aan te trekken.*

Het is voor de regering niet mogelijk om hier een representatieve casus te presenteren die een antwoord geeft op de vraag van de leden van de PvdA-fractie. Het is van een groot aantal factoren en omstandigheden afhankelijk welke omzettingskosten ontstaan en hoe groot deze zijn wanneer een aanbieder van medisch-specialistische zorg besluit om risicodragend kapitaal aan te trekken. Onder andere de huidige ondernemingsvorm, grootte van de organisatie, aanwezige kennis en financiële positie zijn van belang bij een dergelijke operatie. In welke mate deze bijdragen aan het ontstaan van kosten en in hoeverre kosten daadwerkelijk ontstaan, is niet met zekerheid op voorhand te stellen. Een zorgaanbieder die besluit om risicodragend kapitaal aan te trekken zal een strategische afweging maken en daarin alle relevante factoren laten meewegen. Mogelijke kosten zullen daar ook een rol in kunnen spelen.

*De leden van de PvdA-fractie vragen de regering aan te geven welke waarborgen er gelden tegen het wegvloeien van vermogen in de vorm van vaste en vlottende activa naar toekomstige investeerders.*

De regering wijst er op dat het vergoeden van rendement aan privaatkapitaalverschaffers in ruil voor het beschikbaar stellen van risicodragend kapitaal niet «wegvloeien» genoemd kan worden. Aanbieders van medisch specialistische zorg (met uitzondering van de academische ziekenhuizen) zijn nu eenmaal private entiteiten die voor het overgrote deel gefinancierd zijn door niet-publieke geldverstrekkers. Momenteel vindt een groot deel van de financiering plaats door middel van leningen. De mogelijkheden om financiering door middel van risicodragende investeringen (in het eigen vermogen) aan te trekken worden door middel van dit wetsvoorstel vergroot. Tegenover elke vorm van het verschaffen van privaat kapitaal – risicodragend of schuld gefinancierd – staat een vergoeding van rendement. Van wegvloeien is sprake indien er vermogen overgaat zonder dat er sprake is van een valide onderliggende reden of titel (schenking), zonder dat er een prestatie tegenover staat of tegen een prijs die te laag is. De regering acht overdracht van vermogensbestanddelen naar toekomstige investeerders dan ook niet per definitie onwenselijk. De regering vindt het wel onwenselijk dat een overdracht zou plaatsvinden tegen een prijs die lager ligt dan de marktconforme prijs, zonder titel of zonder tegenprestatie. In dat geval zou de zorgaanbieder

immers tekort kunnen worden gedaan, hetgeen niet in het belang is van de patiënt.

De belangrijkste waarborgen dat er geen vermogensbestanddelen overgaan zijn in de eerste plaats de plichten, taken en verantwoordelijkheden van het bestuur en de raad van toezicht van de zorgaanbieder. Zij zijn verantwoordelijk en dienen te handelen vanuit het belang van de zorgaanbieder. Dit is ook wettelijk vastgelegd en de regering acht het van belang dat het vertrouwen en de verantwoordelijkheden ook in de eerste plaats daar worden belegd. De raad van bestuur en raad van commissarissen zullen zich ook terdege bewust moeten zijn van de civielrechtelijke, boekhoudkundige en fiscale regels die er aan in de weg staan om zo maar schenkingen te kunnen doen. De accountant controleert de boeken immers ook op onregelmatigheden.

Een deel van het vermogen in aanbieders van medisch specialistische zorg kan «beklemd» zijn. Dat betekent dat dit vermogen geormerkt is voor een bepaald doel. Het vermogen in een stichting is als gevolg van artikel 2:18 BW dergelijk beklemd vermogen. Dat vermogen mag alleen ten goede komen aan het specifieke doel van die stichting. Dat betekent dat dergelijke vermogensbestanddelen noch de vruchten daarvan aan privaatkapitaalverschaffers kunnen worden uitgekeerd zonder dat daar een (marktconforme) prestatie tegenover staat.

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. In plaats daarvan is voorgesteld het toezicht op basis van artikel 18 WTZi te schrappen. Via het amendement Bruins Slot is in het wetsvoorstel nu geregeld dat artikel 18 van de WTZi in stand blijft en wordt uitgebreid. Bovendien wordt de uitvoering er van bij de NZa ondergebracht. Deze aanpassing van dit artikel zorgt er voor dat melding aan en eventueel goedkeuring van de zorgautoriteit verlangd is voordat gebouwen en terreinen kunnen worden gehuurd, verhuurd, verkregen, vervreemd of aan enig beperkt recht onderworpen. Deze regeling zorgt er voor dat men een goede prijs ontvangt bij verkoop. De melding en eventuele goedkeuring geldt niet alleen bij verkoop, verhuur of het onderwerpen aan enig beperkt recht, zoals thans het geval is, maar ook bij aankoop en huur. Immers ook door bijvoorbeeld een te hoog aankoopbedrag, zijnde niet marktconform, kan geld op onwenselijke manier wegvloeien. Maar ook wanneer zorginstellingen moeten inkrimpen kunnen zij besluiten tot sales-and-lease backconstructies die niet marktconform zijn. Zoals gezegd vindt de regering overdracht van vermogensbestanddelen naar toekomstige investeerders niet per definitie onwenselijk. De regering vindt het wel onwenselijk dat een overdracht zou plaatsvinden tegen een prijs die lager ligt dan de marktconforme prijs, zonder titel of zonder tegenprestatie.

*De leden van de PvdA-fractie vragen de regering de meest relevante manieren waarop een ziekenhuis een andere rechtsvorm kan krijgen te schetsen. Zij vragen dat de regering per variant aangeeft hoe het vanuit het verleden opgebouwde vermogen wordt afgezonderd van het nieuw geïnvesteerde kapitaal.*

De meeste aanbieders van medisch specialistische zorg hebben momenteel de stichting als rechtsvorm. Enkele zorgaanbieders hebben al de rechtsvorm van een kapitaalvennootschap. Een stichting kan een andere rechtsvorm krijgen door deze om te zetten in een rechtspersoon

met een andere rechtsvorm of door te fuseren met een andere rechtspersoon in een rechtspersoon met een andere rechtsvorm.

De stichting kan zich dus omzetten in een andere rechtspersoon. Daartoe zijn nodig (i.) Een besluit tot omzetting, genomen met inachtneming van de vereisten voor een besluit tot statutenwijziging (van de stichting), (ii.) een besluit tot wijziging van de statuten, (iii.) een rechterlijke machtiging tot omzetting, (iv.) een notariële akte van omzetting en (v.) een opgave van de omzetting in het Handelsregister. Een fusie kan worden aangegaan met een besluit van beide besturen en statutenwijziging. Eventueel zijn er in de statuten nog andere specifieke vereisten gesteld.

Het vermogen dat de stichting bij de omzetting of fusie heeft en de vruchten daarvan mogen slechts met toestemming van de rechter anders worden besteed dan voor de omzetting was voorgeschreven. Dit vermogen en de vruchten daarvan worden derhalve beklemd.

Het vermogen dat de stichting voor de omzetting of fusie heeft, alsmede de vruchten daarvan (doorgaans: de rente), wordt 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. Ervan uitgaande dat een zorgaanbiederstichting 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 de aanvankelijke stichting had. Op die wijze is het in het verleden opgebouwde vermogen dus afgezonderd van het nieuw geïnvesteerde kapitaal.

*De leden van de PvdA stellen dat in geval een stichting wordt overgenomen en zij vervolgens integraal overgaat naar de nieuwe koper, de koper in feite aan zichzelf betaalt. Zij vragen of de regering deze stelling onderschrijft.*

Deze stelling onderschrijft de regering niet. Een stichting kan niet worden overgenomen, omdat deze geen aandelen heeft. In het geval waar (een deel van de) vermogensbestanddelen van de stichting worden overgenomen, betaalt de verkrijgende partij aan de stichting. De stichting houdt een bestuur en dient het vermogen van de stichting aan te wenden overeenkomstig het doel van de stichting.

### **CDA-fractie**

*De leden van de CDA-fractie vragen of het juist is dat aanbieders van zorg die zich uitsluitend richten op niet verzekerde, of aanvullend verzekerde zorg, buiten de werking van het huidige, en buiten de werking van het in onderhavig wetsvoorstel voorgestelde regime vallen.*

Ja, de regels die in voorliggend wetsvoorstel ten aanzien van het uitkeren van rendement op risicodragend kapitaal worden gesteld, gelden alleen voor zorgaanbieders die zorg als bedoeld in de Algemene wet bijzondere ziektekosten of de Zorgverzekeringswet verlenen.

*De leden vragen of de regering ervan uit gaat dat een ziekenhuis waarin risico-dragend eigen vermogen wordt ingebracht, van een stichting (of vereniging) in een BV zal worden omgevormd. Als dat zo is, is voor hen nog niet helder of de regering ervan uit gaat dat er in die situatie naast*

*een raad van commissarissen een raad van toezicht fungeert, of dat de raad van commissarissen in dat geval tevens raad van toezicht is.*

Het wetsvoorstel vergroten investeringsmogelijkheden in medisch-specialistische zorg stelt (in het voorgestelde artikel 16c, lid 1, onder b, WTZi) dat het uitkeren van winst alleen mogelijk is indien de zorgaanbieder naar Nederlands recht een besloten vennootschap met beperkte aansprakelijkheid, naamloze vennootschap of coöperatie is. Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek (BW) bevat regels over alle rechtspersonen in Nederland. Omdat de meeste zorginstellingen in Nederland over rechtspersoonlijkheid beschikken zijn deze regels dus ook op hen van toepassing. In het BW wordt niet gesproken van een raad van toezicht, maar van een raad van commissarissen. Deze is in beginsel pas verplicht voor zogenaamde structuurvennootschappen, bestaande uit bv's of nv's die ondernemingsraadplichtig zijn, 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 volgens het rechtspersonenrecht 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 de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) – in aanvulling op het BW – regels opgenomen over de bestuursstructuur van zorginstellingen. Zo dient er bij een WTZi-toegelaten zorginstelling – behoudens de in het uitvoeringsbesluit genoemde uitzonderingen – een orgaan te zijn dat toezicht houdt op het beleid van de dagelijkse of algemene leiding van de instelling en deze met raad ter zijde staat. Omdat de WTZi spreekt van een toezichthoudend orgaan is het om het even of dit een raad van toezicht is of een raad van commissarissen. De situatie dat er naast een raad van commissarissen ook nog een raad van toezicht bestaat, is dus niet aan de orde.

*Kan het bestuur van de instelling tegen de wil van de raad van commissarissen in een voorstel tot winstuitkering aan de aandeelhouders doen? Of andersom, kan het bestuur een voorstel tot winstuitkering achterwege laten, als de raad van commissarissen zo'n voorstel wel zou verlangen?*

Het wetsvoorstel vergroten investeringsmogelijkheden in medisch-specialistische zorg schrijft voor dat over ieder voornemen tot het uitkeren van winst het toezichthoudend orgaan van de desbetreffende zorgaanbieder wordt gehoord. Wanneer raden van toezicht adviseren om geen winst uit te keren en het bestuur daarvan afwijkt – of andersom – dan zal het bestuur dat moeten kunnen verantwoorden. Dit is de minimale eis die de wet stelt aan het besluit, te weten: de raad van bestuur vraagt advies aan de raad van commissarissen. Het staat instellingen in de zorg overigens vrij om statutair zwaardere eisen te stellen aan een dergelijk besluit (bijvoorbeeld het opnemen van een goedkeuringsvereiste). In het ultieme geval kan het toezichthoudend orgaan (de raad van commissarissen) – als werkgever – het vertrouwen in de raad van bestuur opzeggen en wegsturen. De regering verwacht daarom dat het advies van het toezichthoudend orgaan niet snel zal worden genegeerd.

*De leden van de CDA-fractie wijzen op de grote dynamiek in de sector, en vragen zich af of dit het meest geëigende moment is om risicodragend te gaan participeren in een ziekenhuis. Zij vragen hoe de regering dit ziet.*

De regering is het met de leden van de CDA-fractie eens dat er momenteel belangrijke hervormingen gaande zijn in de ziekenhuissector. Al deze hervormingen beogen bij te dragen aan een betere dynamiek tussen

verzekeraars, zorgaanbieders en patiënt teneinde de doelmatigheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de medisch-specialistische zorg te vergroten. In de toekomst zullen naar de opvatting van de regering de bestaande ziekenhuizen zich vooral moeten gaan toeleggen op die behandelingen waarin zij onderscheidend zijn ten opzichte van anderen. Uit het oogpunt van efficiëntie en kwaliteit zullen ziekenhuizen de zorg waarin zij minder goed presteren moeten afstoten. Op deze wijze kan de patiënt betere zorguitkomsten verwachten. De zorgverzekeraar zou dit proces moeten bevorderen door op basis van de behoeften van zijn verzekerden scherp in te kopen op prijs en kwaliteit.

Het is in dit proces van spreiding en concentratie denkbaar dat gevestigde ziekenhuizen bepaalde investeringen wensen te plegen om zich te onderscheiden van andere aanbieders. Zoals eerder betoogd is het voor ziekenhuizen niet meer zo eenvoudig als voorheen om financiering te krijgen van banken. Dit hangt samen met de toegenomen risico's voor ziekenhuizen in het vraaggestuurde stelsel. Versterking van het eigen vermogen door het aantrekken van risicodragend kapitaal levert zowel de nodige financiële middelen op ter financiering van investeringen, als ook een verbetering van de financiële positie van de instelling. Dit maakt het vervolgens eenvoudiger om leningen van de bank te verkrijgen. Bovendien brengt een private kapitaalverschaffer financiële en bedrijfsmatige expertise mee die het bestuur kan helpen om de financiële en bedrijfsmatige gezondheid van het ziekenhuis te versterken.

Ook is het denkbaar dat gevestigde ziekenhuizen in het proces van spreiding en concentratie bepaalde vormen van (laagcomplex, hoogvolume) zorg willen uitbesteden of «overdragen» aan een gespecialiseerde private kliniek. Dit kan bijvoorbeeld een nieuwe toetreders zijn, die zich weet te onderscheiden met een specifiek zorgaanbod tegen lage kosten en een hoge kwaliteit. Omdat voor toetreders tot een markt altijd hoge risico's gelden kan het aantrekkelijk voor hen zijn om risicodragend kapitaal te verwerven.

Met deze voorbeelden wil de regering aangeven dat het creëren van de mogelijkheid om risicodragend vermogen aan te trekken voor een aanbieder van medisch-specialistische zorg goed past bij de huidige fase van de transitie welke gaande zijn in de ziekenhuissector. Het wetsvoorstel vormt in feite een extra hulpmiddel te midden van alle dynamiek. Uiteraard is het een afweging van zorgaanbieders zelf in hoeverre zij gebruik wensen te maken van deze extra financieringsmogelijkheid.

*De leden van de CDA-fractie vragen of de regering kan duidelijk maken waarom de behandeling van het wetsontwerp inmiddels al tweeëneuhalf jaar loopt. Waarom verliep er sinds het aantreden van het huidige kabinet nog twee jaar voordat de wet in de Eerste Kamer wordt behandeld?*

Het wetsvoorstel is op 8 februari 2012 aan de Tweede Kamer verzonden. Op 24 april 2012 stelde de Tweede Kamer het verslag vast. Op 23 april 2012 had het kabinet Rutte-I echter zijn ontslag ingediend bij de Koningin. Het nieuwe regeerakkoord dat op 29 oktober 2012 werd gepresenteerd bevatte enkele aanvullende bepalingen ten aanzien van dit wetsvoorstel. Op 18 februari 2013 heeft de regering een nota van wijziging<sup>3</sup> naar de Tweede Kamer gezonden, waarin de aanvullende bepalingen zijn verwerkt. De regering heeft kort daarop, op 6 maart 2013, de nota naar aanleiding van het verslag<sup>4</sup> aan de Kamer gezonden. De Tweede Kamer heeft daarop een nader verslag uitgebracht op 16 april 2013, en de regering heeft op 3 juli gereageerd met de Nota naar aanleiding van het

<sup>3</sup> Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2012–2013, 33 168-7

<sup>4</sup> Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2012–2013, 33 168-8

nader verslag.<sup>5</sup> Uit de stukken blijkt dat de regering vervolgens bij brief van 15 januari 2014<sup>6</sup> de Kamer verzocht om de plenaire behandeling van het wetsvoorstel aan te houden om een aantal aspecten nog eens grondig tegen het licht te houden, teneinde zonodig een nota van wijziging op te kunnen stellen. Uiteindelijk heeft dit onderzoek niet geleid tot veranderde inzichten, waarna op 22 mei aan de Kamer is gemeld dat het wetsvoorstel klaar was voor plenaire behandeling. Op vragen van de Tweede Kamer hierover is uitgebreid ingegaan in het verslag van een schriftelijk overleg over de brief van 22 mei.<sup>7</sup> Daarna heeft de Tweede Kamer het wetsvoorstel, na plenaire behandeling, op 1 juli 2014 aangenomen. Al met al kan terugkijkend worden gesteld dat de behandeling van het wetsvoorstel inderdaad langer heeft genomen dan vooraf voorzien, enerzijds door de val van het kabinet Rutte-I, anderzijds doordat de regering in de slotfase omwille van de zorgvuldigheid aanleiding zag om extra tijd te nemen om de voorwaarden en het toezicht daarop nog eens tegen het licht te houden. Ook al heeft dit niet geleid tot aanpassingen, het heeft de regering wel gesterkt in de overtuiging dat de voorwaarden in het wetsvoorstel en de mogelijkheid om erop toe te zien voldoende robuust zijn geregeld. De regering vertrouwt erop de leden van de Eerste Kamer hiervan eveneens te kunnen overtuigen en ziet uit naar het plenaire debat.

*De leden van de CDA-fractie stellen vragen over de kwaliteitstoets in het kader van de voorwaarden voor winstuitkering. Zij vragen hoe de regering in dit opzicht de periodieke accreditatie van het NIAZ ziet, waar inmiddels bijna alle ziekenhuizen naar streven, en die ook in de benadering van de instelling door de IGZ, en in de vergoedingen van zorgverzekeraars een rol speelt. Zij vragen of dat niet een semi-publieke accreditatie is, met grote gevolgen. Zij vragen of de regering dat tot het domein van de zelfregulering laten en zo ja, of dan ook voor een ziekenhuis in private handen een NIAZ accreditatie niet voldoende zou moeten zijn om winstuitkering mogelijk te maken. Zij vragen waarom er in dat ene geval (de eerste winstuitkering) wel een aparte audit door de IGZ plaats moet vinden.*

Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor het verlenen van goede zorg. Zij zullen dit moeten kunnen aantonen richting inkopende verzekeraars, cliënten, financiers en toezichthouders. Hoe zij dit aantonen is de vrije keus van de zorgaanbieder. Het staat hen vrij om daarvoor gebruik te maken van certificering of accreditatie.

De regering ziet de NIAZ-accreditatie zeker niet als een semi-publieke accreditatie. Dat neemt niet weg dat het een rol kan spelen bij de zorginkoop of toezicht door de IGZ. Aangezien zorgaanbieders ook op andere manieren dan door middel van certificering of accreditatie kunnen aantonen dat zij goede zorg leveren blijft de keuze voor bijvoorbeeld NIAZ-accreditatie er één van het private domein.

Een NIAZ-accreditatie is niet afdoende als kwaliteitstoets die geldt als voorwaarde voor winstuitkering, juist ook omdat deze toets behoort tot het private domein. Onderhavig wetsvoorstel moet uitgaan van publieke wettelijke voorwaarden voor winstuitkering. Alvorens een zorgaanbieder tot winstuitkering mag overgaan toetst de IGZ of het veiligheidsmanagementsysteem aan de daaraan te stellen eisen voldoet en of de zorgaanbieder voldoet aan het IGZ-toezichtskader bestuurlijke verantwoordelijkheid. Beiden zijn – voor aanbieders van medisch-specialistische zorg -essentiële voorwaarden voor goede zorg. Eén en ander neemt niet weg

<sup>5</sup> Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2012–2013, 33 168-9 en 33 168-10

<sup>6</sup> Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2012–2013, 33 168-15

<sup>7</sup> Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2013–2014, 33 168-18

dat een zorgaanbieder met een NIAZ-accreditatie wellicht makkelijker richting IGZ kan aantonen dat hij aan de kwaliteitsvoorwaarden voor winstuitkering voldoet dan aanbieders zonder NIAZ-accreditatie.

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

Bestuurders van een aanbieder van medisch specialistische zorg vallen onder de Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semipublieke sector (Wnt), ongeacht of een privaatkapitaalverschaffer risicodragend kapitaal heeft geïnvesteerd en of die privaatkapitaalverschaffer uit binnen- of buitenland komt. De Wnt is echter niet van toepassing op inkomsten uit kapitaal. De WNT normeert niet het rendement van investeerders.

*De leden van het CDA vragen voorts om iets specifiek hun vorige vragen over de Wnt (wet normering topinkomens) te beantwoorden. Zij stelden in het voorlopig verslag de volgende vragen:*

*Is het juist dat de bezoldigingsmaxima van de WNT ook gelden voor bestuurders van instellingen die in private handen zijn gekomen?*

Het is inderdaad juist dat de bezoldigingsmaxima van de WNT ook gelden voor bestuurders van zorgaanbieders waar privaatkapitaalverschaffers in participeren. De huidige zorgaanbieders zijn trouwens ook al privaatrechtelijke entiteiten.

*In welke mate zal dit de investeringsbereidheid beïnvloeden, en wat zal naar verwachting van de regering de impact van een voorgenomen wijziging van de WNT zijn?*

Hoe het toepasselijk zijn van de Wnt, alsmede de voorgenomen wijziging, de investeringsbereidheid in de medisch-specialistische zorg zal beïnvloeden, is niet op voorhand te zeggen. In algemene zin is het voor kapitaalverschaffers van belang dat zij een match zien tussen hun investeringsstrategie, waarbij een bepaalde rendementsverwachting een rol speelt, en de zorgaanbieder waarin zij risicodragend willen gaan participeren. Het salarisbeleid voor topbestuurders zal meewegen in de investeringsbeslissing, omdat het in het belang van de kapitaalverschaffer is om goede bestuurders aan te kunnen trekken die de continuïteit en financiële gezondheid van de zorgaanbieder waarborgen. Overigens is wel te verwachten dat het draagvlak voor zorgaanbieders toeneemt wanneer de beloning van de topfunctionarissen is genormeerd op een maatschappelijk aanvaardbaar niveau. Dit kan dus van belang zijn voor zorgaanbieders welke rendement uitkeren op risicodragend vermogen.

*Is het voor de regering denkbaar dat een private investeerder, bijvoorbeeld een buitenlandse zorgaanbieder, een van zijn topmanagers vraagt de leiding van een Nederlandse instelling op zich te nemen, en daar een aanmerkelijke verbetering in de kwaliteit en efficiency te bewerkstelligen? Hoe ziet de regering de bezoldiging van de bestuurder in deze situatie?*

De situatie zoals geschetst door de leden van de CDA-fractie zou zich voor kunnen doen. Een zorgaanbieder is een private organisatie en daarmee zelf verantwoordelijk voor de keuzes ten aanzien van zijn bedrijfsvoering. De norm voor bezoldiging van topfunctionarissen is onafhankelijk van het gegeven welke privaatkapitaalverschaffer risicodragend participeert in een zorgaanbieder. Daarom geldt ook artikel 1.6 lid 3 Wnt voor hen. Daarin staat nadrukkelijk dat winstdeling, bonus of andere vormen van variabele beloning verboden zijn.

*De leden van het CDA vragen zich af of een bestuurder buiten de instelling om een prestatiebonus kan krijgen dan wel een honorering waardoor zijn inkomen boven de Wnt-norm uit komt.*

De Wnt-normering geldt voor het inkomen uit hoofde van de arbeidsovereenkomst met de betrokken zorgaanbieder. Wanneer zo'n bestuurder uit anderen hoofde en ten laste van andere financiële bronnen (dus niet ten laste van de zorginstelling) inkomen verwerft, dan is dat niet relevant voor de beoordeling of zijn norminkomen bij de betreffende zorginstelling is overschreden. Wel is dit relevant in het kader van integriteitsbeleid. In de Zorgbrede Governancecode zijn bepalingen opgenomen die zien op het tegengaan van ongewenste belangenverstrengeling. Concreet bepaalt deze code dat de Raad van Bestuur integer is en zich toetsbaar opstelt ten aanzien van zijn eigen functioneren. Elke vorm en schijn van persoonlijke bevoordeling dan wel belangenverstrengeling tussen enig lid van de Raad van Bestuur en de zorgorganisatie wordt vermeden. Besluiten tot het aangaan van transacties waarbij tegenstrijdige belangen van bestuurders spelen die van materiële betekenis zijn voor de zorgorganisatie en/of voor de betreffende bestuurders, behoeven de goedkeuring van de Raad van Toezicht.

De zorgbrede governancecode is door nagenoeg alle ziekenhuizen in Nederland ondertekend en is daarmee een veldnorm in het toetsingskader van de IGZ.

*De leden van het CDA vragen tot slot op dit Wnt-punt wat de verwachting is van de regering voor de verhouding van de inkomens van bestuurders en medisch specialisten na invoering van Wnt3 (uitbreiding van de werkingssfeer naar alle medewerkers in loondienst).*

Op dit moment is primair aan de orde om de huidige Wnt goed uit te voeren en om Wnt2 (met een beoogde datum van inwerkingtreding op 1 januari 2015) goed in te voeren en daarna uit te voeren. De besluitvorming en vormgeving van Wnt3 komt pas later. Dus de gevraagde beoordeling is ook pas later aan de orde. De Minister van Binnenlandse zaken en koninkrijksrelaties heeft de Tweede Kamer medegedeeld dat de beoogde ingangsdatum van Wnt3 voor 1 januari 2017 is voorzien. Overigens heeft de Minister van binnenlandse zaken en koninkrijksrelaties bij de afsluitende behandeling in de Tweede Kamer nogmaals bevestigd dat de medisch-specialisten buiten Wnt3 zullen blijven, zoals overeengekomen in de bestuurlijke hoofdlijnakoorden.

### **SP-fractie**

*De leden van de fractie van de SP verifiëren hun kwalificatie van het begrip investering in termen van activa en passiva. Voorts vragen zij de regering de toezegging om, wanneer het wetsvoorstel tot wet is verheven, in artikel 16d, tweede lid, WTZi bij de eerstvolgende passende gelegenheid de term «investering» te vervangen door «inbreng van kapitaal».*

Het onderscheid dat de leden van de fractie van de SP maken naar activa en passiva is naar het oordeel van de regering correct. Voorts is in de memorie van antwoord reeds opgemerkt dat een investering in de zin van artikel 16d, tweede lid, WTZi bestaat uit de inbreng van kapitaal. Zoals de leden van de fractie van de SP terecht constateren, betreft dit passiva. Het gaat er immers om dat de zorgaanbieder «eigen vermogen verwerft» zoals in artikel 16d, tweede lid, WTZi is bepaald. Door de koppeling van het begrip investering aan het verwerven van eigen vermogen kan er naar de mening van de regering geen misverstand ontstaan. Echter, de leden van de SP-fractie geven aan dat zij de gehanteerde terminologie in

wettekst en toelichting daarop verwarrend vinden en verzoeken de regering om deze bij een volgende gelegenheid te verduidelijken. Om de betekenis van gehanteerde begrippen boven elke twijfel te verheffen, is de regering bereid om bij een eerstvolgende passende gelegenheid met een wetswijziging te verduidelijken dat het in artikel 16d, tweede lid, WTZI gaat om het verwerven van eigen vermogen door de inbreng van kapitaal.

*De leden van de SP-fractie vragen naar de maatregelen die de regering treft om het extra risico op omzetverhogingen te bestrijden en de rol van zorgverzekeraars hierin.*

Het argument waar de leden van de SP-fractie naar verwijzen, bestaat er in de kern uit dat zorgaanbieders die risicodragend vermogen hebben aangetrokken een extra stimulans kunnen hebben om hun omzet te verhogen. De redenering is dan dat – aangezien zorgaanbieders die risicodragend kapitaal hebben aangetrokken – gericht zijn op waardevermeerdering van hun organisatie zij alles in het werk zullen stellen om een zo hoog mogelijke omzet te realiseren. Dit in tegenstelling tot zorgaanbieders die geen risicodragend kapitaal hebben aangetrokken en dat niet zouden doen. Mogelijk zou hierdoor druk ontstaan op de beheersbaarheid van de macrokosten.

Indien aanbieders die risicodragend kapitaal hebben aangetrokken hun omzet verhogen door betere kwaliteit te leveren dan andere zorgaanbieders en daardoor meer patiënten naar zich toe trekken, is dit geen probleem voor de macrobeheersbaarheid van de kosten. De omzet bij andere aanbieders zal dan, bij een gelijkblijvende vraag, immers dalen. Indien aanbieders hun volume echter verhogen door het verlenen van zorg die niet noodzakelijk, effectief of doelmatig is (ongepaste zorg of overbehandeling) en daarmee aanbodgeïnduceerde vraag creëren, dalen de kosten bij andere aanbieders niet en ontstaat er wel een risico voor de macrobeheersbaarheid. Om dit risico weg te nemen, wordt de risicodragendheid van verzekeraars vergroot. De geleidelijke afschaffing van de huidige achterafcompensaties zal zorgverzekeraars ertoe bewegen om het volume in de hand te houden, bijvoorbeeld door afspraken te maken met zorgaanbieders om binnen een bepaald volume te blijven. Deze toegevoegde risicodragendheid, in combinatie met de prestatiebekostiging en de grotere sturingsmogelijkheden voor de zorgverzekeraars dankzij de voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw, de hoofdlijnenakkoorden die de regering met de instellingen voor medisch-specialistische zorg en met de medisch specialisten heeft gesloten, zullen er naar verwachting voor zorgen dat het uitkeren van een vergoeding op risicodragend kapitaal niet leidt tot een kostenoverschrijding op macroniveau. Als ultimum remedium heeft de regering bovendien de beschikking over het macrobeheersinstrument. De regering is van mening dat de huidige instrumenten goed werken voor zowel aanbieders die risicodragend kapitaal hebben aangetrokken als aanbieders die dat niet hebben gedaan.

Zoals de leden van de SP-fractie zelf ook al aangeven ligt een belangrijke taak voor het controleren van volume bij de zorgverzekeraar. Deze taak vloeit voort uit de huidige rolverdeling die ons zorgstelsel kenmerkt. De regering ziet niet in waarom deze taak zou veranderen of niet kan worden uitgevoerd wanneer het huidige wetsvoorstel in werking is getreden.

*De leden van de SP-fractie vragen naar de werking van het macrobeheersinstrument voor de medisch specialistische zorg in de situatie dat er sprake is van zorgaanbieders die risicodragend kapitaal hebben aangetrokken en zorgaanbieders die dat niet hebben gedaan. Zij wijzen op mogelijk calculerend gedrag van niet-winstuitkerende aanbieders doordat hen een ongedifferentieerde heffing boven het hoofd hangt als gevolg van*

*volumeopdriving door winstuitkerende aanbieders. Zij vragen of de regering niet beter een gedifferentieerde invulling aan het macrobeheersinstrument kan geven voor de genoemde twee categorieën.*

Wanneer de regering genoodzaakt is om het macrobeheersinstrument in te zetten, geldt deze inderdaad ongedifferentieerd voor de gehele medisch-specialistische zorg. De regering acht calculerend gedrag van aanbieders door hun volume op te drijven een onwenselijke reactie van zorgaanbieders op het huidige macrobeheersinstrument. Echter, dit calculerend gedrag kan zich ook nu al voordoen, niet alleen in de situatie waarin aanbieders met en zonder risicodragend vermogen actief zijn. Het macrobeheersinstrument moet dan ook worden gezien in samenhang met de andere maatregelen die worden genomen ten aanzien van kostenbeheersing. Voor een omschrijving hiervan verwijst de regering naar haar antwoord hierboven op de vraag van de leden van de SP-fractie.

De commissie Baarsma<sup>8</sup> heeft in 2012 de vormgeving van een gedifferentieerde variant van het macrobeheersinstrument al «uiterst complex» genoemd. Het onderzoek van Triple A<sup>9</sup> heeft dat bevestigd. Momenteel bekijkt de regering wat dit alles betekent voor het vervolgtraject. Hierover zal de Kamer in het begin van het nieuwe jaar worden geïnformeerd.

*De leden van de SP-fractie vragen hoe de zorgplicht uitgevoerd zal worden in de situatie dat er sprake is van zorgaanbieders die risicodragend kapitaal hebben aangetrokken en zorgaanbieders die dat niet hebben gedaan.*

De regering ziet niet in hoe de bepalingen uit dit wetsvoorstel de verhoudingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders wijzigen. Een aanbieder die risicodragend kapitaal heeft aangetrokken blijft een zorgaanbieder met alle rechten en plichten die daarbij komen kijken. Bovendien vormen de huidige instrumenten en aanvullende bepalingen die met dit wetsvoorstel worden geïntroduceerd voldoende waarborgen om ongewenste negatieve effecten tegen te gaan. Er is dan ook geen aanleiding om aan te nemen dat de zorgplicht niet zal worden nageleefd door zorgverzekeraars.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering met de stelling dat stichtingen ook private entiteiten zijn, de stichtingsvorm op één lijn stelt met kapitaalvennootschappen en verenigingen.*

De regering is niet van mening dat uit het feit dat stichtingen private entiteiten zijn, voortvloeit dat ze op één lijn kunnen worden gesteld met kapitaalvennootschappen en verenigingen. Deze rechtsvormen hebben weliswaar gemeenschappelijk dat ze privaatrechtelijk zijn georganiseerd, echter ze verschillen op een groot aantal andere kenmerken zoals vastgelegd in de relevante bepalingen in Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek. Zo verschillen de oprichtingseisen, de aansprakelijkheid van het bestuur en de wijze waarop dit wordt aangesteld, het al of niet hebben van een aandeelhoudersvergadering of een algemene ledenvergadering, de inrichting van het toezicht op het bestuur, de mogelijkheid om aandelen over te dragen, welke rechtshandelingen kunnen worden verricht, de condities waaronder vermogen kan worden uitgekeerd, etcetera.

*De leden van de SP-fractie wijzen erop dat de regering in de memorie van toelichting stelt de kans niet uit te sluiten «dat er enkele private inves-*

<sup>8</sup> Kamerstukken II, 2013/14, 29 248, nr. 256

<sup>9</sup> Kamerstukken II, 2013/14, 32 620, nr. 114

*teerders [financiers] zullen zijn die, vanuit hun winststreven, de kosten van zorg dusdanig verlagen dat daardoor de kwaliteit kan dalen. Dergelijke investeerders [financiers] zijn alleen geïnteresseerd in de kortetermijnwinstgevendheid.»<sup>10</sup> Zij vragen naar onderbouwing van de stelling dat het hier om «enkele beleggers» gaat, welk percentage dat enkele betreft, en onderbouwing van de stelling dat het probleem van kwaliteitsdaling zich «slechts» bij gedrevenheid door kortetermijnwinst voordoet.*

Allereerst wil de regering graag toelichten waarom zij in principe geen kwaliteitsdaling verwacht wanneer risicodragend kapitaal een rol gaat spelen. Zoals reeds in antwoord op de eerdere vragen van de leden van de SP aangegeven heeft de regering onderzoek laten doen naar de investeringsbereidheid in de curatieve zorg.<sup>11</sup> Dit onderzoek is gebaseerd op gesprekken met verschillende typen kapitaalverschaffers, met interesse om te investeren in de zorgsector. Uit dit onderzoek komt helder naar voren dat de geconsulteerde kapitaalverschaffers allemaal een kwaliteitsimpuls verwachten voor de zorgaanbieders die risicodragend kapitaal aantrekken. Zij geven hiervoor drie redenen: 1. Door kwaliteit kan de zorgaanbieder zich onderscheiden van de andere spelers in de ziekenhuissector; 2. Door ondermaatse kwaliteit loopt de zorgaanbieder reputatieschade op, met als gevolg waardedaling van de investering; 3. De overtuiging dat kwaliteitsverbetering en kostenbeheersing hand in hand gaan.<sup>12</sup>

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.

Deze verwachting wordt gestaafd op basis van de internationale ervaringen<sup>13</sup>. In algemene zin blijkt uit onderzoek naar de effecten van het risicodragend kapitaal 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 beter op kwaliteit.

Op basis van beschikbaar onderzoek is de regering niet op de hoogte van voorbeelden van korte termijnbeleggers die toch zouden willen proberen om met het verlagen van de kosten en de kwaliteit van de zorg snel geld te verdienen, en daarin ook succesvol zouden zijn. Er valt dan ook geen percentage te geven om de verwachting te onderbouwen dat dit er hooguit slechts zeer weinigen zullen zijn. Met het opnemen van voorwaarden aan de uitkering van rendement op geïnvesteerd vermogen in dit wetsvoorstel meent de regering korte termijn beleggers voldoende af te schrikken.

<sup>10</sup> Memorie van toelichting blz. 8.

<sup>11</sup> Boer & Croon, Investeringsbereidheid in de curatieve zorg, 2010

<sup>12</sup> Boer & Croon, Investeringsbereidheid in de curatieve zorg, 2010, p.17

<sup>13</sup> Allen & Overy en KPMG (2007), *Internationaal vergelijkend onderzoek op hoofdlijnen naar winstuikering in de zorg in relatie tot publieke belangen in de zorg.*; Gupta Strategists, *Private investeerders in ziekenhuiszorg. Quick scan inbreng privaat kapitaal in ziekenhuizen in internationale context*, 17 augustus 2009. Gupta Strategists, *Private investeerders in ziekenhuiszorg. Analyse macro effecten privatisering St Göran Ziekenhuis in Stockholm, Zweden*, 2 november 2009

Tot slot wijst de regering erop dat het reguliere toezicht op de kwaliteit door de IGZ van toepassing is. De IGZ houdt toezicht op de kwaliteit van de 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 SP-fractie vragen of de regering uit het gegeven dat het merendeel van de banken en accountantskantoren zich in de afgelopen decennia niet zeer bekommerd heeft om de nuttigheidskwaliteit van de dienstverlening de conclusie trekt dat deze ondernemingen «dus» niet geïnteresseerd zijn in winst op middellange of lange termijn? Zo ja, hoe onderbouwt zij deze conclusie?*

De regering heeft deze vraag als volgt begrepen. De leden van de SP-fractie wijzen op het gegeven dat banken en accountantskantoren de afgelopen jaren fouten hebben gemaakt in hun dienstverlening, terwijl dit op middellange of lange termijn winst gerichte ondernemingen zijn. Zij menen dat hieruit kan worden afgeleid dat de kwaliteit van zorgaanbieders evenmin veilig is wanneer zij in handen van private investeerders met een middellange of lange termijn winst oogmerk komen. Volgens de regering kan in iedere sector, ongeacht de eigendomsstructuur, sprake zijn van falend bestuur en dienstverlening. Als dit niet zo was, zou intern en extern toezicht overbodig zijn, zoals het toezicht van de IGZ op kwaliteit van de zorg. Anders dan de leden van de SP-fractie is de regering ervan overtuigd dat aandeelhouders door risicodragend te participeren in zorgaanbieders een gunstige invloed zullen hebben op de kwaliteit, doelmatigheid en dienstverlening van de geboden 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, 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 SP-fractie wijst op de passage uit de memorie van toelichting op p.10 «...het ongeclausuleerd toestaan van winstuitkering risico's kan opleveren voor de kwaliteit van de zorg.»*

*Zij vragen of de regering onderkent dat in ieder geval gedurende de periode dat de IGZ het onderpresteren niet heeft opgespoord, de patiënten een extra risico lopen op ondermaatse zorg, en zo nee, waarom niet.*

De door de leden van de SP-fractie geciteerde zin uit de memorie van toelichting wordt in deze memorie van toelichting vervolgd door de volgende zinnen: «Om deze risico's weg te nemen stelt de regering in dit wetsvoorstel een aantal voorwaarden aan het uitkeren van winst. Deze hebben onder andere betrekking op de toetsing van de kwaliteit, de duur van de investering en de financiële reserves. Daarbij is het van belang dat de voorwaarden voldoende streng zijn om te garanderen dat de risico's voor het publieke belang worden weggenomen. Anderzijds mogen ze niet zó streng zijn dat private investeerders niet meer willen investeren waardoor de doelen van de wet niet behaald kunnen worden.»

Dat is nu precies wat in het onderhavig wetsvoorstel wordt geregeld: het stellen van zodanige voorwaarden aan uitkeringen van rendement op geïnvesteerd kapitaal dat de risico's waaraan de leden van de SP-fractie

refereren worden weggenomen. Dankzij de in onderhavig wetsvoorstel gestelde voorwaarden lopen patiënten dus geen risico op ondermaatse zorg ten gevolge van uitkeringen van rendement op geïnvesteerd kapitaal.

*De leden van de SP-fractie vragen of de driejaarstermijn niets voorstelt of in ieder geval eenvoudig omzeild kan worden, omdat een zorgaanbieder een lening kan verstrekken aan de financier-aandeelhouder vanaf jaar 1. En zoja, welke conclusies de regering hieruit trekt.*

De regering vermag niet in te zien welk doel een bestuur zou hebben met het verstrekken van een lening aan de financier. 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 aan zichzelf 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, en de regering komt niet tot een andere conclusie op basis van de mogelijkheid om een lening te verstrekken in de jaren voorafgaand aan de mogelijkheid om rendement op risicodragend vermogen uit te keren.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering van mening is dat de voordelen («extra baten») van het wetsvoorstel opwegen («proportioneel zijn») tegen de nadelen («extra risico's»). Zij vragen of de regering haar visie hierop kan onderbouwen met feiten (niet verwachtingen).*

De regering is in de toelichting op het wetsvoorstel uitgebreid ingegaan op de redenen waarom zij meent dat dit wetsvoorstel grote voordelen biedt voor aanbieders van medisch-specialistische zorg. Kort samengevat verwacht de regering positieve effecten voor de doelmatigheid, kwaliteit en dienstverlening in de zorg. Zij meent bovendien dat ziekenhuizen gelet op hun zelfstandige positie in het vraaggestuurde zorgstelsel behoefte hebben aan deze nieuwe mogelijkheid om hun financiële positie te versterken, mede in het licht van de grotere terughoudendheid van banken om leningen te verstrekken. De regering voelt zich in deze opvatting gesterkt door feiten zoals de positieve ervaringen in het buitenland waarnaar is verwezen in de toelichting op het wetsvoorstel. De regering heeft waar nodig maatregelen opgenomen in het wetsvoorstel om de risico's waaraan de SP-fractie refereert te mitigeren. Met de voorwaarden die het wetsvoorstel verbindt aan besluiten om rendement uit te keren, en de geldende eisen aan bestuur en het reguliere toezicht op de zorginstelling, acht de regering de kwaliteit, financiële weerbaarheid, toegankelijkheid en continuïteit van de zorg voldoende gewaarborgd.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering de cijfers in tabel 1 en 2 kan bevestigen. Tevens vragen zij de regering naar de verhouding tussen de gepresenteerde CBS-cijfers en de genoemde cijfers uit de memorie van antwoord.*

De door de leden van de SP-fractie gepresenteerde cijfers in tabel 1 komen inderdaad overeen met de gegevens van het CBS waarnaar zij verwijzen, althans tot het jaar 2012. De door de leden van de SP-fractie gepresenteerde cijfers in tabel 2 betreffen de som van de resultaten en eigen vermogens van de algemene ziekenhuizen en de categorale ziekenhuizen, zoals de cijfers opgegeven door het CBS. Eventuele bewerkingen en berekeningen op basis van deze cijfers, zoals extrapolatie

naar 2014, zijn de verantwoordelijkheid van de leden van de SP-fractie. De regering vindt het positief dat ziekenhuizen hun financiële positie verbeteren en dat er een stijgende lijn valt waar te nemen in de solvabiliteit. Dit neemt echter niet weg dat het hier gaat om gemiddelden en aldus de situatie waarin individuele ziekenhuizen kunnen verkeren niet in beeld komen. Waar enkele ziekenhuizen mogelijk een zeer sterke vermogenspositie hebben, geldt dit niet voor andere ziekenhuizen. De mogelijkheden die dit wetsvoorstel introduceert geven alle ziekenhuizen de gewenste instrumenten om hun financiële positie te versterken, welke niet op dezelfde wijze via de huidige beschikbare financieringsmethoden worden geboden.

De regering baseert haar antwoord op de BDO benchmark ziekenhuizen 2013. In dit rapport is de genoemde 2 procent het resultaat, uitgedrukt in procenten van de gehele omzet. De regering heeft het percentage gehanteerd om te illustreren dat de ziekenhuissector relatief onaantrekkelijk is voor kortetermijninvesteers. Vanwege de relatief beperkte resultaten, de hoge risico's en de complexiteit in deze sector is het slechts voor investeerders met een middellange of langetermijn visie aantrekkelijk om te investeren. Desalniettemin heeft de regering extra voorwaarden in het wetsvoorstel opgenomen welke beogen om kortetermijnbeleggers af te schrikken om risicodragend te participeren in zorgaanbieders.

*De leden van de SP-fractie vragen of ziekenhuizen niet kunnen doorgaan met het aantrekken van vreemd vermogen aangezien de solvabiliteitspositie van deze zorgaanbieders erg sterk zou zijn.*

Op dit moment voldoen veel ziekenhuizen niet aan de financiële streefnorm. Zij zijn afhankelijk van vreemd vermogen. Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat het voor aanbieders van medisch-specialistische zorg moeilijker is geworden om vreemd vermogen aan te trekken, en dat zij hiervoor een hogere prijs betalen. Met name sinds de recente kredietcrisis stellen de banken hogere eisen aan krediet. Bovendien beschouwen banken de ziekenhuizen sinds de omslag in het zorgstelsel naar meer vraagsturing steeds meer als «gewone» ondernemingen, met bijbehorende risico's. Hierdoor is het voor zorgaanbieders lastig om voldoende te blijven investeren in de kwaliteit van zorg, en kunnen zij financiële tegenvallers moeilijker opvangen. Juist in het belang van de patiënt geeft de regering ziekenhuizen daarom de mogelijkheid om makkelijker extra kapitaal aan te trekken. De bepalingen uit dit wetsvoorstel stellen aanbieders van medisch-specialistische zorg in staat om risicodragend kapitaal aan te trekken en zo hun financiële positie te verbeteren en hier – onder strikte voorwaarden – een vergoeding over uit te keren.

### **Rechtsvorming, beklemming en ontkenning van stichtingsvermogen**

De leden van de SP-fractie hebben een aantal vragen over de onderwerpen rechtsvorming, beklemming en ontkenning van stichtingsvermogen. De regering benadrukt dat er op het vlak van de juridische, vennootschapsrechtelijke en vermogensrechtelijke aspecten geen verschil van mening bestaat tussen de zienswijze van de leden van de SP-fractie en de regering. Het vertrekpunt van de regering verschilt echter van die van de leden van de SP-fractie. De leden van de SP-fractie concluderen over dit onderwerp dat het eigen vermogen van de niet-academische ziekenhuizen van circa 3,8 miljard door het voorliggend wetsvoorstel kan overgaan in private handen als ware het een schenking. De regering benadrukt daarentegen dat de ziekenhuizen en de stichtingen waarin zij

zijn vormgegeven, ook nu al private entiteiten zijn. Het wetsvoorstel zorgt er bijgevolg dus niet voor dat vermogen overgaat in private handen als een schenking. Dit is dan ook het uitgangspunt van het wetsvoorstel voor wat betreft de onderwerpen rechtsvorming, beklemming en ontkenning van het stichtingsvermogen.

*De leden van de SP fractie vragen of de regering onderkent dat de beklemming kan worden omzeild door het vermogen van een BV af te splitsen in een BV, die bij aanvang een ander doel heeft dan de stichting.*

Inderdaad is het ook mogelijk om vermogen af te splitsen van een rechtspersoon zoals een stichting, naar een BV. Ook deze juridische methodiek om een privaatkapitaalverschaffer te laten participeren in (een deel van) de zorgaanbieder kan dus gebruikt worden om de financieringsmogelijkheden van de aanbieder van medisch specialistische zorg te vergroten. Op basis van artikel 2:334m, lid 5, BW is hiervoor geen rechterlijke goedkeuring nodig (tenzij de statuten niet zonder rechterlijke tussenkomst kunnen worden aangepast). Om een dergelijke afsplitsing te bereiken zal echter een soort van transactie nodig zijn tussen zorgaanbieder en privaatkapitaalverschaffer. Het valt niet in te zien waarom een aanbieder van medisch-specialistische zorg een deel van het vermogen zal afsplitsen naar een BV zonder daar een investering voor te vragen van de privaatkapitaalverschaffer (verkrijgende partij). Ook voor het afsplitsen zal de aanbieder van medisch-specialistische zorg (de stichting) immers een marktconforme prijs willen ontvangen. De zorgaanbieder heeft er immers geen belang bij om – om niet – delen van haar eigen vermogen weg te geven. De raad van bestuur en de raad van toezicht zijn hier overigens voor verantwoordelijk. De tegenwaarde van de afgesplitste vermogensbestanddelen komt overigens in de stichting terecht, waar er wel weer sprake is van beklemd vermogen. Bovendien kan als gevolg hiervan (afhankelijk van de af te splitsen delen en activiteiten) de balans versterkt worden waardoor bijvoorbeeld bij continuïteitsproblemen de solvabiliteit verbetert. De regering ziet een dergelijke transactie dus niet als een omzeiling van de beklemming van het vermogen, maar eerder als een manier om de investeringsmogelijkheden te vergroten en er voor te zorgen dat aanbieders van medisch specialistische zorg middelen krijgen om kwaliteit, innovatie en servicegerichtheid ten bate van de patiënt te versterken.

*De leden van de SP-fractie vragen waarom de regering het meest waarschijnlijk acht dat privaatkapitaalverschaffers eerst het in het verleden opgebouwde vermogen zullen willen afrekenen met de zorgaanbieder.*

Reden dat de omzetting van een stichting in een andere rechtsvorm voor hen niet het meest geëigende instrument is dat er niet wordt afgerekend met de zorgaanbieder. Voor de privaatkapitaalverschaffer is het aantrekkelijker om te kiezen voor een activa/passiva transactie waarbij een nieuwe rechtspersoon (die geen stichting is) de vermogensbestanddelen van de stichting voor een marktconforme prijs zal overnemen. Immers, alleen indien er wordt gekozen voor een constructie zonder inbreng van beklemd vermogen kunnen de vermogensbestanddelen of de vruchten daarvan ten goede komen aan de aandeelhouders. Bij een constructie waarin beklemd vermogen wordt ingebracht staat artikel 2:18 BW er immers aan in de weg om (de vruchten van) vermogensbestanddelen uit te keren aan aandeelhouders.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering het niet uitgesloten acht dat in de eerste jaren na omzetting van stichting in de BV ondernemingsverliezen zullen trachten af te boeken op het beklemd vermogen.*

Onder andere het door de leden van de SP-fractie aangehaalde arrest (Rechtbank Zwolle 7 februari 2003, nr. HARK02-78, JOR 2004/2 – BV Icare Thuiszorgwinkels Flevoland) bevestigt dat onder voorwaarden ondernemingsverliezen kunnen worden afgeboekt van het beklemd vermogen. Dit geldt zowel voor stichtingen als voor andere rechtsvormen. Het wetsvoorstel brengt geen verandering in deze regel.

*De leden van de SP-fractie vragen of er een wettelijke regeling bestaat die ervoor zorgt dat afgeboekte verliezen moeten worden ingehaald.*

Dat is niet het geval, noch voor stichtingen noch voor andere rechtsvormen. Het wetsvoorstel brengt ook geen verandering in deze situatie.

*De leden van de SP-fractie vragen hoe de uitspraak van de regering dat positief resultaat dat is behaald met behulp van beklemd vermogensbestanddelen niet als blote uitkering naar de aandeelhouders kan vloeien («herbeklemming») zich verhoudt met het feit dat de Hoge Raad heeft beslist dat het beklemd vermogen ziet op het saldo van de vermogensbestanddelen ten tijde van de omzetting. De leden van de SP-fractie vragen voorts of de regering voornemens is om de wet op dit punt te wijzigen.*

De regering ziet in het beklemd raken van vruchten die zijn voortgekomen uit beklemd vermogen geen herbeklemming. Het beklemd raken van de vruchten is eenvoudigweg een uitvloeisel van artikel 2:18 BW. Dat het beklemd vermogen ziet op het saldo van het beklemd vermogen ten tijde van de omzetting doet daar niets aan af. Alle vruchten van het beklemd vermogen ten tijde van de omzetting kunnen niet als blote uitkering naar de aandeelhouders vloeien. De regering ziet dan ook geen aanleiding om het wetsvoorstel op dit punt aan te passen.

*De leden van de SP-fractie vragen hoe de vruchten van het beklemd vermogen berekend moeten worden en of het ontbreken van een door de overheid voorgeschreven rekenmethode als een lek in de beklemming kan worden gezien. De leden van de SP-fractie vragen voorts of de regering voornemens is op dit punt een wetsvoorstel te ontwikkelen.*

Inderdaad kan het voorkomen dat niet het gehele vermogen is beklemd en dat er dus vruchten zijn die deels wel en deels niet zijn beklemd. Het Burgerlijk Wetboek stelt geen nadere regels over hoe met die situatie moet worden omgegaan. Ook stelt het Burgerlijk Wetboek geen nadere regels aan een verdeelsleutel dienaangaande. Deze situatie kan ook overigens nu al in de zorg en daarbuiten voorkomen en de regering heeft geen aanwijzingen dat besturen en investeerders hier problemen van ondervinden. De regering suggereert dat het mogelijk is om op basis van de door de accountant gecontroleerde boekhouding een jaarlijks redelijk rendement vast te stellen. De regering is niet voornemens om op dit punt het Burgerlijk Wetboek aan te vullen, aangezien de regering geen gevallen bekend zijn waarin dit tot problemen heeft geleid. Het uitgangspunt van het burgerlijk recht is bovendien dat het zo veel mogelijk vrijheid laat aan private partijen om specifieke afspraken zelf te regelen voor specifieke situaties en slechts het (hoogst)nodige dwingend voorschrijft.

*De leden van de SP-fractie vragen of het niet merkwaardig is dat de raad van bestuur en de raad van toezicht een ongerechtvaardigde onttrekking van middelen aan de zorgaanbieder moeten verhinderen, nu het bestuur (al dan niet met goedkeuring van de raad van commissarissen) het orgaan is dat het besluit tot onttrekking zal nemen. Voorts vragen de leden van de SP-fractie of het juist is dat derden (zoals banken) het besluit zelf (tot een ongerechtvaardigde onttrekking van middelen) niet kunnen aantasten.*

Dit volgt uit het systeem van het burgerlijk recht. Het bestuur heeft de verplichting het besluit goed te keuren en te controleren of dit verantwoordelijk en mogelijk is. Dit volgt uit artikel 2:216 BW. Op de raad van bestuur rust in zijn algemeenheid immers ook de plicht om de aanbieder van medisch specialistische zorg behoorlijk te besturen. Het is een taak van het bestuur om zich af te houden van besluiten tot ongerechtvaardigde onttrekking van middelen aan de zorgaanbieder. Het is ook de taak van de raad van commissarissen om er op toe te zien dat er geen ongerechtvaardigde onttrekking van middelen aan de zorgaanbieder plaats vindt. Deze verdeling van bevoegdheden en verantwoordelijkheden past dus logisch in het systeem.

In juridische zin kunnen banken en andere betrokkenen een besluit dat leidt tot ongerechtvaardigde onttrekking van middelen niet zondermeer aantasten. Echter, in contracten die banken en bijvoorbeeld het waarborgfonds bedongen hebben zijn doorgaans juridisch afdwingbare consequenties verbonden voor die gevallen waarin de zorgaanbieder contractbreuk pleegt. In die zin zullen derden, zoals banken, een onttrekking van vermogen niet toelaten.

*De leden van de SP-fractie vragen wat de regering bedoelt met de uitspraak dat «de belastingregels een ongerechtvaardigde onttrekking vrijwel onmogelijk maken» en of de regering hier doelt op het standpunt van de Minister van Financiën dat een dergelijke onttrekking een belasteschenking oplevert.*

De regering doelt hier op de principes uit het belastingrecht dat transacties of met geldige titel tegen marktconforme prijs moeten plaatsvinden (arms length base principe) of anders een schenking opleveren en ook als schenking belast worden. De accountant controleert overigens ook met deze principes als uitgangspunt.

#### **D66-fractie**

*De leden van de D66-fractie vragen of het juist is dat instellingen voor medisch-specialistische zorg, die besloten vennootschap zijn, ook onder het winstverbod van artikel 5, tweede lid, Wtzi vallen.*

Ja.

*De leden van de D66-fractie hebben gevraagd naar de kans dat zorginvesteerders aan risicoselectie gaan doen. De leden vragen de regering uit te werken waarom zij deze vrees niet deelt.*

Zorgaanbieders richten zich met name op de voor hen meest rendabele mix van behandelingen. Dat geldt momenteel voor alle aanbieders van niet-academische medisch specialistische zorg en dat zal door het wetsvoorstel niet veranderen. Opgemerkt zij dat een behandeling voor de ene zorgaanbieder onrendabel kan zijn, terwijl diezelfde behandeling voor een andere zorgaanbieder uiterst rendabel kan zijn. Dit maakt het moeilijk om over rendabele en onrendabele behandelingen te spreken en maakt risicoselectie dus ook onwaarschijnlijk.

Het risico dat er structureel te lage prijzen tot stand komen bestaat in principe alleen bij behandelingen waarvoor geen vrije prijsvorming geldt (en waarvoor de vastgestelde prijs niet kostendekkend is). Voor behandelingen met vrij onderhandelbare prijzen komt door vraag en aanbod immers vanzelf een marktconforme prijs tot stand. Voor behandelingen met maximumtarieven geldt dat in principe ook, tenzij de marktconforme prijs boven het maximumtarief ligt. Doordat met ingang van 2012 het aantal behandelingen waarvoor vrije prijsvorming geldt is uitgebreid tot

70% (vrije segment), is een deel van het risico reeds weggenomen. Voor ongeveer 20–25% van de behandelingen bestaan maximumtarieven (gereguleerde segment) en voor de overige 5–10% gelden vaste prijzen (vaste segment).

Maximumprijzen gelden voor zorgproducten die niet geschikt zijn voor volledig vrije prijsvorming omdat in het betreffende deel van de zorg sprake is van een relatief geconcentreerd zorgaanbod met hoge toetredingsdrempels. Het gaat in het vaste segment om vergoedingen die nu uit het ziekenhuisbudget worden bekostigd en onder de reikwijdte van de Wmg vallen en niet of onvoldoende zouden blijven bestaan als deze (uitsluitend) via de tarieven van declarabele prestaties zouden worden bekostigd. Het is dus van belang dat voor deze groep van behandelingen de prijzen nauwkeurig (niet te laag) worden vastgesteld.

Naast de kans dat aanbieders zich alleen richten op rendabele behandelingen bestaat ook het risico van patiëntselectie, indien aanbieders zich expliciet richten op «rendabele» patiënten. Dat is mogelijk doordat de kosten van de behandeling binnen eenzelfde prestatie kunnen verschillen tussen patiënten. De behandeling van relatief eenvoudige patiënten, bijvoorbeeld patiënten zonder comorbiditeit, kost immers minder dan relatief complexe gevallen. Specialisatie van bepaalde 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 ongewenst. Anderzijds moet een situatie waarin de behandeling van complexere patiënten in het geding zou komen, voorkomen worden. Dit risico wordt verminderd doordat de DOT-productstructuur meer rekening met zorgzwaarte van patiënten houdt dan de DBC-structuur doet. De complexiteit van zorg voor patiënten komt beter tot uiting in de zorgproducten, doordat rekening wordt gehouden met bijvoorbeeld de verpleegduur en de zwaarte van de operaties. Hierdoor zal voor de behandeling van patiënten met een complexere problematiek een beter passende vergoeding komen, waardoor deze behandelingen niet meer per definitie minder rendabel zijn.

Daarnaast is voor het minimaliseren van het risico van patiëntselectie van belang dat er voor zoveel mogelijk behandelingen vrije prijsvorming geldt. Indien zorgaanbieders en verzekeraars vrij kunnen onderhandelen over de prijs, komt er door vraag en aanbod een marktconforme prijs tot stand. Wanneer de verzekeraar opmerkt dat bepaalde ziekenhuizen binnen bepaalde prestaties alleen de minder complexe gevallen doen, kan hij een lagere prijs voor de prestatie afspreken dan bij ziekenhuizen die ook de complexe gevallen doen.

Er kan sprake zijn van een inkoopproces waarbij geen marktconforme prijs tot stand komt, ondanks dat er vrije prijzen zijn. Dit kan het geval zijn indien de zorgaanbieder of zorgverzekeraar een zodanige positie heeft, dat hij onafhankelijk van andere zorgaanbieders, patiënten of zorgverzekeraars zijn prijzen kan vaststellen. In een dergelijke situatie is er sprake van marktmacht. Hier zullen de markttoezichthouders scherp op moeten toe zien. De NZa kan ingrijpen indien zorgaanbieders of verzekeraars aanmerkelijke marktmacht (AMM) hebben. De ACM waarborgt, door middel van de concentratiecontrole en toezicht op misbruik van een economische machtspositie, dat zorgaanbieders geen grote machtspositie krijgen of wanneer deze machtspositie al bestaat, er geen misbruik van maken door bijvoorbeeld het uitsluiten van patiënten. Ten slotte speelt de ACM een rol wanneer er ongeoorloofde afspraken worden gemaakt tussen zorgaanbieders, zoals prijsafspraken of marktverdelingsafspraken.

Tenslotte wijst de regering er op dat zorgverzekeraars op grond van de Zvw een zorgplicht hebben, die hen verplicht ervoor te zorgen dat hun verzekerden voldoende toegang hebben tot zorg waar zij wettelijk recht op hebben. Zij zijn daarmee verantwoordelijk voor de toegankelijkheid van de zorg voor hun verzekerden. Indien deze toegankelijkheid bij bijvoorbeeld complexe zorg in het geding komt, doordat deze zorg niet rendabel is voor zorgaanbieders, zijn verzekeraars genoodzaakt om hun vergoeding voor deze zorg te verhogen (zodanig dat er wel voldoende zorgaanbieders bereid zijn de zorg te verlenen). De regering gaat er vanuit dat zorgverzekeraars deze rol waarmaken en dat daarmee het risico van patiëntselectie wordt voorkomen.

Desalniettemin wil de regering de mogelijke effecten van de rendementsuitkering op patiëntselectie nauw in de gaten houden. Om die reden zal de regering de NZa verzoeken te monitoren of uitkering leidt tot patiëntselectie en of hierdoor een probleem voor de toegankelijkheid ontstaat. De NZa zal daartoe de ontwikkeling van het aantal doorverwijzingen tussen ziekenhuizen volgen, aangezien deze een belangrijke aanwijzing kunnen zijn voor patiëntselectie. Daarnaast zal de NZa bij de beoordeling van de toegankelijkheid naar de wachttijden kijken.

*De leden van de D66-fractie vragen of het recente voorbeeld van een nieuw op te richten Ommelandenziekenhuis kan dienen als voorbeeld zoals een ingrijpen van zorgverzekeraars in reactie op verschraling van zorgaanbod in een bepaalde regio?*

De regering ziet de casus van het Ommelandenziekenhuis niet als voorbeeld van ingrijpen van een zorgverzekeraar als reactie op het verschraken van zorgaanbod. Wel is het zo dat er, zoals in de Zorgverzekeringswet is opgenomen, op de zorgverzekeraar een zorgplicht rust. Om die reden, maar ook om andere redenen, kunnen zorgverzekeraars besluiten om een nieuwe zorgaanbieder te helpen oprichten. De zorgsector en zeker ook de medisch specialistische zorg wordt gekenmerkt door flinke toetredingsdrempels. Het is dus niet gemakkelijk om een nieuw aanbod te creëren. Te denken valt daarbij aan de expertise, gekwalificeerd personeel, grote investeringen, de noodzaak om een zekere schaal te bereiken – zowel vanuit financieel als kwalitatief oogpunt – regels die vanuit verschillende oogpunten gesteld worden (zorgspecifieke regels, maar ook bijvoorbeeld brandveiligheids- en voedselveiligheidsvoorschriften).

In een dergelijke situatie kan het behulpzaam zijn voor een zorgaanbieder om een partner te hebben – zoals een zorgverzekeraar – die helpt om nieuw zorgaanbod op te richten. Deze hulp kan bestaan in het toevoegen van kennis, maar belangrijker in dit geval zullen langere termijnafspraken en investeringen of voorschotten zijn.

Anderzijds is de regering er geen voorstander van dat dergelijke banden tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder de kenmerken aannemen van langdurige verticale integratie. Uw Kamer behandelt dienaangaande ook een voorstel, waarin een uitzondering is opgenomen voor zorgverzekeraars om voor bepaalde tijd (twee keer vier jaar) zeggenschap te hebben over de zorgaanbieder, maar structurele verticale integratie wordt verboden.

*De leden van de D66-fractie vragen voor welke zorgaanbieders de voorwaarden van artikel 16d, eerste lid, gelden. Zij vragen of de Minister bedoelt dat zorgaanbieders die niet onder de basisverzekering Zvw vallen maar wel onder de aanvullende verzekering vallende zorg verlenen niet onder deze bepalingen van de Wtzi vallen.*

Deze voorwaarden gelden voor aanbieders van medisch-specialistische zorg op grond van de Zorgverzekeringswet. Aanbieders van medisch-specialistische zorg die uitsluitend zorg verlenen die niet in het basispakket op grond van de Zorgverzekeringswet is opgenomen, dat kan zijn zorg die verzekerd is onder een aanvullende verzekering of zorg die in het geheel niet verzekerd is, vallen niet onder deze voorwaarden.

Aanvullend verzekerde zorg valt weliswaar onder een zorgverzekering, maar de voorwaarden uit hoofdstuk IVA gelden uitsluitend voor zorg die in het basispakket Zorgverzekeringswet is opgenomen.

Indien zorgaanbieders zowel medisch-specialistische zorg verlenen die in het basispakket van de Zorgverzekeringswet is opgenomen als die onder een aanvullende verzekering is opgenomen en beide soorten zorgverlening vinden plaats binnen eenzelfde rechtspersoon, dan vallen deze zorgaanbieders wel onder de voorwaarden uit hoofdstuk IVA.

*De leden van de D66-fractie vragen in welke volgorde de goedkeuringen van de verschillende toezichthouders plaatsvinden. De leden van de D66 fractie gaan er van uit dat eerst de IGZ en NZa goedkeuring geven en pas daarna het toezichthoudend orgaan wordt gehoord. De leden van de D66-fractie vragen of die opvatting juist is.*

Ja, de opvatting is juist. De eenmalige, extra kwaliteitstoets komt er enerzijds op neer dat de IGZ nagaat of het bestuur van de zorgaanbieder zijn verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg goed heeft ingericht. Zij maakt daarbij gebruik van het «Toezichtkader Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid». Anderzijds gaat de IGZ na of de zorgaanbieder voor medisch-specialistische zorg beschikt over een gecertificeerd of geaccrediteerd veiligheidsmanagementsysteem (VMS). De eisen die aan een volledig veiligheidsmanagementsysteem worden gesteld zijn beschreven in de Nederlands Technische Afspraak (NTA 8009:2007). Het resultaat van de toets van de IGZ wordt neergelegd in een beschikking van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), onder wie de IGZ ressorteert. Door deze kwaliteitstoets van de IGZ zorgt de regering ervoor dat de kwaliteit van de zorg bij de rendementsuitkering is gewaarborgd.

In de wet is geregeld dat de kwaliteitstoets van de IGZ die nodig is wil een zorgaanbieder rendement op risicodragend kapitaal kunnen uitkeren, pas vlak voor het verlopen van een termijn van drie jaar kan worden aangevraagd. Hierdoor mag geen rendement worden uitgekeerd gedurende de eerste drie jaar na het moment van investeren door een investeerder. Zodra de beschikking is genomen wordt dit doorgemeld aan de NZa. Hiertoe wordt het samenwerkings- en informatieprotocol aangepast. Zo weet de NZa dat de driejaarstermijn is verstreken en dat de kwaliteitstoets is afgerond.

Vervolgens, doch voordat rendement de eerste keer kan worden uitgekeerd, dient de zorgaanbieder goedkeuring van de NZa aan te vragen. Voor het verkrijgen van de goedkeuring van de NZa is het vooral zaak om inzichtelijk te maken – in een rapport – hoe is voldaan aan de voorwaarden en welke veranderingen er als gevolg van de deelname van een privaatkapitaalverschaffer plaatsvinden. Hiertoe moet de zorgaanbieder bij het verzoek om goedkeuring een rapport indienen waarin dat wordt beschreven. De NZa onthoudt goedkeuring als geen inzicht wordt geboden, niet aan de voorwaarden wordt voldaan dan wel de zorg bedreigd wordt.

Pas hierna kan advies dan wel goedkeuring aan de interne toezicht-houders (de raad van commissarissen) worden gevraagd. Zij zullen er immers ook op toe moeten zien dat eventuele uitkering niet wederrechtelijk geschiedt. Daartoe is het dus van belang dat kan worden beoordeeld of aan alle wettelijke verplichtingen is voldaan.

*De leden van de D66-fractie vragen naar de verhouding tussen de bepalingen van het wetsvoorstel en de inkoop van eigen aandelen door een zorgaanbieder. Zij stellen dat er door inkoop enerzijds kapitaalvermindering en anderzijds winstvergroting plaatsvindt. Ze menen dat dit echter niets zegt over de winstcapaciteit van een organisatie.*

De regering interpreteert de vraag van de leden van de D66-fractie zo dat zij met winstvergroting doelen op de situatie dat het mogelijk dividend op de nog uitstaande aandelen groter wordt.

Wanneer een zorgaanbieder besluit om eigen aandelen in te kopen, kan het zijn dat de waarde van de overgebleven aandelen stijgt en dat er over deze aandelen een hoger dividend wordt betaald. Dit betekent niet dat het uitgekeerde dividend hoger zal zijn, slechts dat het ontvangen dividend per aandeel hoger is omdat dit over minder aandelen wordt «verdeeld». De mogelijkheid tot het behalen van een positief resultaat wordt niet louter bepaald door de waarde van de aandelen van een organisatie. Er bestaan verschillende redenen waarom een organisatie overgaat tot inkoop van eigen aandelen, de regering is het met de leden van de D66-fractie eens dat inkoop van eigen aandelen niet direct iets zegt over de winstcapaciteit van een organisatie.

*Artikel 16 e lid 2 bepaalt dat het toezichthoudend orgaan voor ten hoogste de helft uit aandeelhouders en hun vertegenwoordigers mag bestaan. Dit is bedoeld om de onafhankelijkheid van het toezichthoudend orgaan ten minste wat betreft de helft van het aantal personen te waarborgen (amendement nr. 24). Die bepaling belet echter niet dat de andere helft kan bestaan uit bijvoorbeeld familieleden van de aandeelhouders of personen van wie bijvoorbeeld vanwege zakelijke banden met de aandeelhouder niet kan worden gezegd dat zij tegenover die aandeelhouder een onafhankelijke positie hebben. Hieruit blijkt dat naar opvatting van de leden de onafhankelijkheid van de leden, niet zijnde aandeelhouder, onvoldoende gedetailleerd is omschreven. Deelt de Minister die opvatting?*

In het Uitvoeringsbesluit WTZi is in artikel 6.1, eerste lid, onder b, geregeld dat het toezichthoudend orgaan zodanig is 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. De door de leden van de D66-fractie geschetste casus voldoet naar de opvatting van de regering niet aan de gestelde onafhankelijkheidsbepaling in het uitvoeringsbesluit. Daar komt bij dat de Minister van V&J een wetsvoorstel bestuur en toezicht rechtspersonen in voorbereiding heeft waarin met betrekking tot het onafhankelijk functioneren van toezichthouders en het voorkomen van belangenverstrengeling aanvullende voorwaarden zullen worden voorgesteld. Met deze aanvullende bepalingen acht de regering het onafhankelijk opereren voldoende gewaarborgd.

*Vanwege het gebruik van het woord «waren» vragen de leden van de fractie van D66 op welke zorgaanbieders artikel 16g WTZi doelt.*

Deze bepaling ziet op het moment dat het pakket wordt uitgebreid met – op grond van een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet

– te verzekeren prestaties. Het kan daarbij gaan om uitbreiding van te verzekeren zorg die medisch specialisten plegen te bieden. Indien dergelijke zorg vóór zo'n pakketwijziging zou worden verleend door een zorgaanbieder waarop de voorwaarden om rendement uit te kunnen keren niet van toepassing waren, dan zou die zorgaanbieder met ingang van de dag waarop de pakketwijziging zou gaan gelden ineens aan de voorwaarden moeten voldoen om rendement te kunnen blijven uitkeren. Om die reden is in artikel 16g WTZi bepaald dat de zorgaanbieder in zo'n geval vanaf de pakketwijziging drie jaren heeft om aan alle eisen te gaan voldoen.

*Onder verwijzing naar de wetsgeschiedenis van het Burgerlijk Wetboek vragen de leden van de fractie van D66 naar een rechtvaardiging van de bestuurdersaansprakelijkheid binnen de naamloze vennootschap die met het voorgestelde artikel 16d, vijfde lid, WTZi wordt geïntroduceerd.*

Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek kent voor de NV regels van kapitaalbescherming in artikel 105 die voortvloeien uit Richtlijn 2012/30/EU van het Europees parlement en de Raad van 25 oktober 2012 strekkende tot het coördineren van de waarborgen welke in de lidstaten worden verlangd van de vennootschappen in de zin van artikel 54, tweede alinea, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie, om de belangen te beschermen zowel van de deelnemers in deze vennootschappen als van derden met betrekking tot de oprichting van de naamloze vennootschap, alsook de instandhouding en wijziging van haar kapitaal, zulks teneinde die waarborgen gelijkwaardig te maken (Pb 2012, L315/74). Dit is de opvolger van de 2e richtlijn, waar de leden van de fractie van D66 naar verwijzen. Artikel 17 en 18 van de huidige richtlijn (artikel 15 en 16 van de 2e richtlijn) zien op uitkeringen aan aandeelhouders, welke zijn omgezet in artikel 105 van Boek 2 BW. Het systeem van kapitaalbescherming gaat uit van formele regels die van toepassing zijn op bepaalde besluiten ten aanzien van het vermogen van de vennootschap. Worden die regels niet nageleefd, dan is de besluitvorming nietig. Een uitkering van dividend aan de aandeelhouders is bijvoorbeeld nietig, indien het eigen vermogen ten tijde van de uitkering niet groter is dan het gestorte en opgevraagde deel van het kapitaal vermeerderd met de gebonden reserves (vgl. artikel 2:105, lid 2, BW). Anders dan deze leden stellen, sluit de richtlijn bestuurdersaansprakelijkheid voor winstuitkeringen binnen de NV niet expliciet uit. De richtlijn vormt dan ook geen beletsel voor artikel 16d, vijfde lid, WTzi. Deze bepaling bevat één van de waarborgen om te bevorderen dat investeerders met een langetermijnperspectief aangetrokken worden. Indien de zorgaanbieder na een uitkering niet kan voortgaan met het betalen van haar opeisbare schulden, zijn de bestuurders die dat ten tijde van de uitkering wisten of redelijkerwijs behoorden te voorzien jegens de zorgaanbieder hoofdelijk verbonden voor het tekort dat door de uitkering is ontstaan. Voor BV's is dat geregeld in artikel 2:216 BW. Met de onderhavige bepaling is deze voorwaarde voor het uitkeren van rendement op risicodragend kapitaal van overeenkomstige toepassing verklaard voor coöperaties en NV's en rechtspersonen naar buitenlands recht. Aldus is deze waarborg van toepassing, ongeacht de rechtsvorm van de zorgaanbieder die rendement kan uitkeren.

*De leden van de fractie van D66 vragen wat in het voorgestelde artikel 16h, eerste lid, WTZi met «orgaan» wordt bedoeld.*

Gedoeld wordt op het orgaan dat het besluit neemt tot uitkering van rendement op risicodragend kapitaal. Bij een besloten vennootschap (BV) is dat de algemene vergadering (artikel 2:216, eerste lid, BW). Bij een naamloze vennootschap (NV) is het wettelijk uitgangspunt dat de aandeelhouders zonder meer recht hebben op de uitkering (artikel 2:105,

eerste lid, BW). In de statuten mag echter een andere regeling worden getroffen. Van deze mogelijkheid wordt over het algemeen gebruik gemaakt. In de praktijk eisen de statuten veelal een besluit van een vennootschapsorgaan over de winstbestemming; vaak is dat de algemene vergadering. Bij een coöperatie komen aan de algemene vergadering alle bevoegdheden toe, die niet door de wet of de statuten aan andere organen zijn opgedragen (artikel 2:53a jo 2:40 BW).

*De leden van de fractie van D66 vragen naar de verhouding tussen de terugbetalingsverplichting in het voorgestelde artikel 16h, tweede lid, WTZi en de bestuurdersaansprakelijkheid van artikel 2:216, derde lid, BW.*

De terugbetalingsverplichting ex artikel 16h, tweede lid, WTZi is een aanvulling op het bepaalde in artikel 2:216, derde lid, BW. Laatstgenoemde bepaling bevat naast de bestuurdersaansprakelijkheid ook al een terugbetalingsverplichting: degene die de uitkering ontving terwijl hij wist of redelijkerwijs behoorde te voorzien dat de vennootschap na de uitkering niet zou kunnen voortgaan met het betalen van haar opeisbare schulden is gehouden tot vergoeding van het tekort dat door de uitkering is ontstaan, ieder voor ten hoogste het bedrag of de waarde van de door hem ontvangen uitkering, met de wettelijke rente vanaf de dag van de uitkering. Aandeelhouders en andere gerechtigden dienen de uitkering terug te betalen indien zij wisten of behoorden te weten dat de uitkering in strijd met de daarvoor geldende financiële voorwaarden werd gedaan. De regering is van mening dat een dergelijke terugbetalingsplicht ook dient te gelden indien de aandeelhouders of andere uitkeringsgerechtigden wisten of behoorden te weten dat één of meer van de in voorliggend wetsvoorstel geregelde voorwaarden voor het doen van de uitkering van rendement zijn overtreden. Deze terugbetalingsplicht komt naast de terugbetalingsplicht uit hoofde van het BW (artikel 16h, derde lid, WTZi).

*In verband met de terugbetalingsverplichting vragen de leden van de fractie van D66 hoe degenen die een uitkering ontvangen kunnen toetsen of aan de voorwaarden van het wetsvoorstel is voldaan.*

Het wetsvoorstel kent een aantal waarborgen dat de zorgaanbieder voldoet aan de voorwaarden voor het uitkeren van rendement over risicodragend kapitaal. Over elk voornemen tot het doen van een uitkering wordt het toezichthoudend orgaan van die zorgaanbieder gehoord (artikel 16c, eerste lid, onderdeel a, jo 16e, eerste lid, WTZi). Een deel van de voorwaarden gelden alleen voor de eerste uitkering. Dan is goedkeuring van de zorgautoriteit vereist (artikel 16d, eerste lid, onderdeel h, WTZi). Bij het verzoek om goedkeuring geeft de zorgaanbieder inzicht in de wijze waarop aan de voorwaarden is voldaan. De zorgautoriteit toetst of inderdaad aan de voorwaarden is voldaan. Anders wordt geen goedkeuring afgegeven; eventueel kan de zorgautoriteit condities verbinden aan een goedkeuring. Zo'n beschikking is zeer eenvoudig ter kennis van de aandeelhouders te brengen. Vervolgens is goedkeuring nodig van het bestuur (artikel 16d, eerste lid, onderdeel d, WTZi). Zoals hierboven in antwoord op een andere vraag van de leden van de fractie van D66 is vermeld, wordt uiteindelijk het besluit tot de uitkering in de praktijk veelal genomen door de algemene vergadering. Voor zover dat al niet voortvloeit uit de betrokkenheid van diverse van zijn organen, kan de zorgaanbieder degenen die de uitkering zullen ontvangen, eventueel op hun aandringen, helderheid verschaffen over de besluitvorming met betrekking tot de uitkering. Dat geldt ook als de zorgaanbieder een beursgenoteerde vennootschap is.

*De leden van de D66-fractie merken op dat het overheidstoezicht bij transacties met onroerende zaken weinig consistent is met het beleid van*

*de Minister in de afgelopen jaren om zorgaanbieders meer ruimte te geven, waaronder het onderhavige wetsvoorstel. Zij wijzen daarbij op de ontwikkeling die in 2005 is ingezet met de kapitaallastennota en de afschaffing van het bouwregime. Ook wijzen zij op de diverse publicaties van de Minister over het behoud van waarde van onroerende zaken voor de zorg, die een aankondiging bevatten van het afschaffen van de beperkingen bij het afstoten van onroerende zaken aangezien een eind was gekomen aan het «in beschermde omgeving opbouwen van vermogen». Zij vragen waarom de Minister de al dan niet aanvaarding van het amendement heeft overgelaten aan de Tweede Kamer. Zij vragen of de Minister heeft gezien dat dit amendement de bevoegdheid van het CSZ in vergelijking met het huidige artikel 18 WTZi aanzienlijk vergroot. Voorts vragen de leden van de D66-fractie om een uitgebreidere toelichting en wijzen op de discussie over het amendement met betrekking tot artikel 18 WTZi en vragen bij wijze van voorbeeld naar verduidelijking van de begrippen «verkrijgen» en «onverwijd».*

De regering heeft de afgelopen jaren ingezet op een omvorming van het zorgstelsel: van een stelsel waarbij de rijksoverheid stuurt op het aanbod van zorg naar een stelsel waarbij op decentraal niveau de vragen en behoeften van cliënten centraal staan en zorgaanbieders meer ruimte krijgen om daarop in te spelen. De Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), die de relatie zorgverzekeraar/verzekerde respectievelijk zorgverzekeraar/zorgaanbieder betreffen, vormden daarin de eerste stappen. In de memorie van toelichting van de WTZi is dit goed verwoord: «Dit wetsvoorstel dient ter begeleiding van de overgang van een stelsel van centrale aanbodssturing, waarbij de capaciteit van de zorginstellingen normatief door de centrale overheid wordt bepaald, naar een decentraal vraaggericht stelsel, waarbij die capaciteit wordt bepaald door de bij de zorgverlening betrokken partijen (consumenten, instellingen en verzekeraars) en de centrale overheid zich beperkt tot het stellen van randvoorwaarden waarbinnen decentrale partijen (verzekeraars en aanbieders) moeten handelen (decentraal vraaggericht)». De WTZi biedt een basis om zorgaanbieders geleidelijk meer vrijheden te geven om beter in te spelen op de vragen van cliënten. In lijn daarmee is in 2008 het WTZi-bouwregime voor de cure en in 2009 voor de care afgeschaft. In deze lijn zou ook het afschaffen van artikel 18 WTZi passen.

Het voorstel om artikel 18 WTZi af te schaffen had de volgende aanleiding. Allereerst zijn er de uitspraak van de Afdeling Bestuursrechtspraak van de Raad van State van 16 mei 2007 (ECLI:NL:RVS:2007:BA5219) en de discussie over de Spoedwet vermogensbehoud zorginstellingen (Stcrt. 2011, 4030). De leden van de fractie van D66 verwijzen hiernaar. Genoemde uitspraak betreft een zaak waarin goedkeuring niet kon worden onthouden aan de verkoop van woningen en appartementen, aangezien niet de verkopende rechtspersoon, maar de onder haar vallende instellingen waren toegelaten. Het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State betrof het voorstel van Spoedwet vermogensbehoud zorginstellingen. Mede naar aanleiding van dat advies heeft de toenmalige regering besloten dat voorstel niet bij het parlement aanhangig te maken. Vervolgens heeft het advies van de Raad van State over het onderhavige wetsvoorstel ertoe geleid dat de regering afzag van bepalingen omtrent vermogensbehoud uit het oorspronkelijke wetsvoorstel, onder meer omdat het niet mogelijk bleek een waterdichte regeling te maken. In plaats daarvan heeft de regering voorgesteld het huidige artikel 18 WTZi af te schaffen.

Tijdens de behandeling van onderhavig wetsvoorstel in de Tweede Kamer is echter gebleken dat daar op dat moment onvoldoende politiek

draagvlak voor was en is bij amendement een aangepast artikel 18 WTZi voorgesteld. Gelet op de opvatting van de Tweede Kamer, dat in tijden van grote veranderingen in de zorg het belangrijk is om goed de vinger aan de pols te houden bij transacties van onroerende zaken, is gemeend het oordeel over het amendement aan de Tweede Kamer te laten. Het nieuwe artikel 18 WTZi dekt meer transacties af dan de huidige bepaling. De regering treft momenteel voorbereidingen om het toezicht op basis van het gewijzigde artikel 18 WTZi in te richten. Alle inspanningen zijn erop gericht om het nieuwe artikel 18 WTZi naar verwachting per 1 juli 2015 in werking te laten treden, doch uiterlijk per 1 januari 2016.

De bevoegdheid van het CSZ, die als gevolg van het amendement bij de NZa wordt belegd, wordt in vergelijking met het huidige artikel 18 WTZi inderdaad vergroot. Dit betreft vooral handelingen op het gebied van transacties van koop en huur. Zoals in de memorie van antwoord aangegeven gaat de voorkeur van de regering uit naar een invulling waarbij de administratieve lasten van deze uitbreiding van bevoegdheden op de instellingen zo beperkt mogelijk blijft.

*De leden van de D66-fractie vragen naar ervaringen met het oude artikel 18 WTZi op grond waarvan de Minister het toezicht wil behouden, het aantal investeringsinitiatieven per jaar, de consequenties van de nieuwe procedure voor de financieringstrajecten en de ervaringen met het toepassen van sancties.*

Zoals uit het voorgaande volgt, zijn de huidige ervaringen met het artikel 18 WTZi niet de aanleiding geweest om het toezicht te behouden. Als gevolg van het afschaffen van het bouwregime heeft de regering geen inzicht in het aantal initiatieven tot investeren in gebouwen en terreinen.

Het gewijzigde artikel 18 WTZi kan mogelijk consequenties hebben voor financieringstrajecten, met name wanneer sprake is van zekerheden bij het aangaan van leningovereenkomsten. In dat kader is vooral van belang dat op voorhand helder is op welke criteria de NZa de voorgenomen transactie beoordeelt en dat duidelijk is wat de doorlooptijd van de beoordeling is. De regering heeft de NZa verzocht om het toezicht nader uit te werken. De NZa geeft aan bij deze uitwerking met beide aspecten rekening te houden en hierover overleg te voeren met de Nederlandse Vereniging van Banken en het Waarborgfonds voor de Zorgsector.

Het CSZ meldt dat zij in het kader van artikel 18 WTZi nog nooit sancties heeft toegepast. Het CSZ heeft de vernietigbaarheid nog nooit ingeroepen voor wat betreft de verkoop en verhuur. Het CSZ heeft wel één keer het voornemen hiertoe aan een instelling laten weten, waarop de instelling zelf besloot af te zien van verkoop/verhuur. De procedure is erop gericht dat het bestuur van een instelling zich tot het CSZ wendt zodra het voornemens heeft tot vervreemden of verhuren van vastgoed. Op deze manier is het CSZ vanaf het begin van het proces betrokken en kan het in een zo vroeg mogelijk stadium toezicht houden op het totale project en komt het niet voor onomkeerbare beslissingen van de instelling te staan. Eventuele problemen kunnen hierdoor tijdig worden onderkend en opgelost. In geval een instelling stappen heeft gezet zonder het CSZ daarbij betrokken te hebben, kan het CSZ alleen maar achteraf toetsen. Als het CSZ tot de conclusie komt, dat een redelijk proces is gevolgd en een marktconforme prijs tot stand is gekomen zal het de vernietigbaarheid niet inroepen. Er volgt echter geen goedkeuring meer met terugwerkende kracht.

In dat kader is ook relevant dat de notaris er nauwgezet op toeziet dat het voornemen tot verkoop of huur is voorzien van goedkeuring door het

CSZ. Als conclusie stelt het CSZ dat er geen problemen zijn geweest bij de uitvoering van artikel 18 WTZi.

*De leden van de D66-fractie vragen om een beschouwing over de consequenties van de nieuwe tekst van artikel 18 WTZi voor de overige wetsartikelen. Zij vragen wat de relevantie is van de huidige bepalingen met betrekking tot de zelfstandige bestuursorganen College Bouw zorginstellingen (CBZ) en CSZ en hun taken.*

Het aangepaste artikel 18 WTZi blijft passen binnen de WTZi; een wet die, zoals hierboven toegelicht, geleidelijk meer ruimte aan zorgaanbieders biedt. Voor wat betreft transacties met onroerende zaken bepaalt het amendement dat aanbieders nog onder toezicht zullen vallen. Uit de parlementaire discussie blijkt dat het met name van belang wordt geacht om vinger aan de pols te houden gelet op de grote veranderingen in de zorg.

Na het afschaffen van het bouwregime in de cure in 2008 en in de care in 2009 is het CBZ inmiddels een rechtspersoon zonder wettelijke taken. Thans vindt daar de afwikkeling van wachtgeldverplichtingen en verplichtingen op grond van de Archiefwet plaats. Bij een komende gelegenheid zal het zelfstandig bestuursorgaan (ZBO) CBZ formeel bij wet worden opgeheven.

Bij aanvaarding van dit wetsvoorstel en inwerkingtreding van het gewijzigde artikel 18 WTZi zal de belangrijkste taak van het CSZ naar de NZa overgaan. Er resteert dan slechts de saneringstaak bij het CSZ, op grond van artikel 17 WTZi en de Wet op bijzondere medische verrichtingen (Wbmv). Dergelijke gevallen op grond van de Wbmv hebben zich in de praktijk nog nooit voorgedaan. Het aantal gevallen op grond van artikel 17 WTZi is beperkt. Er is dan geen rechtvaardiging meer voor het voortbestaan van een afzonderlijk ZBO CSZ. Een andere belangrijke overweging is het kabinetsbeleid om het aantal zelfstandige bestuursorganen terug te dringen. Bij een komende gelegenheid zal de formele overgang van de resterende taken van het CSZ naar de NZa, en de opheffing van het ZBO CSZ, formeel bij wet worden geregeld.

*De leden van de D66-fractie vragen wat het effect is op de thans in de WTZi genoemde visies en beleidsregels. Zij vragen naar de relatie tussen artikel 17 WTZi waarin volgens onderhavig wetsvoorstel lid 2 vervalt en het nieuwe artikel 18 WTZi.*

In artikel 3 WTZi genoemde visie is nog geënt op een stelsel van aanbodssturing waar de regering met de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet, WTZi en Wmg, de afschaffing van het bouwregime, de introductie van vrije prijzen in de curatieve zorg en van integrale tarieven in de curatieve en langdurige zorg, stapsgewijs vanaf is gestapt, naar een stelsel van vraagsturing waarbij de vragen van cliënten centraal staan en de aanbieders ruimte krijgen om daarop in te spelen. Dat is ook de reden waarom in de afgelopen jaren geen nieuwe visie op grond van artikel 3 WTZi is verschenen. In feite is de jaarlijkse beleidsagenda bij de begroting van VWS een jaarlijkse update van de visie op een kwalitatief goed, doelmatig, evenwichtig en voor eenieder toegankelijk stelsel van gezondheidszorg. Om deze reden is de regering voornemens bij een komende gelegenheid artikel 3 WTZi te schrappen.

De beleidsregels, genoemd in artikel 4 WTZi, gaan over de regels die bij de beoordeling van aanvragen om een WTZi-toelating, worden gehanteerd. Deze beleidsregels gaan niet over het domein van artikel 18 WTZi, zijnde transacties met onroerende zaken. Nu in het voorstel voor het gewijzigde artikel 18 WTZi de mogelijkheid is geschrapt dat de meerop-

brengrst van een transactie wordt gestort in het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten, zijn er geen financiële gevolgen meer van beslissingen op grond van artikel 18 WTZi, die op grond van artikel 17, tweede lid, WTZi zouden moeten worden vastgesteld. Dat is de reden dat in onderhavig wetsvoorstel uit artikel 17, tweede lid, een onderdeel wordt geschrapt.

*De leden van de D66-fractie vragen naar verduidelijking van de juridische begrippen «verkrjigen» en «onverwijd» van artikel 18 WTZi.*

«Verkrjiging» is een algemeen begrip voor het verwerven van goederen. Net als in het huidige artikel 18 WTZi gaat het niet om bouw of ingebruikname en geschiedt de melding van het voornemen «onverwijd». Dat wil zeggen dat de zorgaanbieder een concreet voornemen tot een transactie direct meldt aan de NZa, die de taak van het CSZ overneemt.

Volgens het huidige artikel 18 WTZi moet een zorgaanbieder onverwijd aan het CSZ mededeling doen van het voornemen om (delen van) gebouwen of terreinen blijvend niet meer te gebruiken. Thans kan het CSZ de voorgenomen verhuur, vervreemding of onderwerping aan enig beperkt recht afhankelijk maken van haar goedkeuring. Met het amendement werd een uitbreiding van het slot op de deur beoogd. Daarom is het voorgestelde artikel 18 WTZi niet meer beperkt tot de situatie waarin gebouwen of terreinen blijvend niet meer voor de zorg worden gebruikt.

*De leden van de D66-fractie wensen zicht op de reikwijdte en de werkingssfeer van het gewijzigde artikel 18 WTZi.*

De werkingssfeer is in de wet afgebakend en kan bij algemene maatregel van bestuur verder worden begrensd. Artikel 18 WTZi geldt voor alle instellingen in de zin van de WTZi. Een instelling is een organisatorisch verband dat een toelating heeft als bedoeld in artikel 5, eerste lid, van de WTZi. Artikel 18 WTZi maakt een uitzondering voor academisch ziekenhuizen als bedoeld in artikel 1.13 van de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek.

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 aandoeningen, beperkingen of handicaps. Bepaalde kleinschalige woonvoorzieningen zijn uitgezonderd. Mogelijk wordt op grond van artikel 1, tweede lid, van de WTZi de reikwijdte in het Uitvoeringsbesluit WTZi aangepast met een algemene maatregel van bestuur die aan de Eerste en Tweede Kamer overgelegd dient te worden.

*De leden van de fractie van D66 vragen naar het invoeringstraject. Ook vragen zij of de rechtszekerheid wordt geschaad omdat de procedurele regels en een inhoudelijk kader ontbreken.*

De regering onderschrijft de wenselijkheid en noodzaak van een zorgvuldige invoering van het voorgestelde artikel 18 WTZi. Zoals in het voorgaande vermeld, dient bezien te worden of de afbakening van de reikwijdte zoals deze thans in het Uitvoeringsbesluit WTZi is vastgelegd aanpassing behoeft in het licht van de voorgestelde wijziging van artikel 18 WTZi. Voor het eventueel aanpassen van de reikwijdte is een algemene

maatregel van bestuur op grond van artikel 1, tweede lid, van de WTZi vereist, die aan de Eerste en Tweede Kamer overgelegd dient te worden.

Verder vragen de leden van de fractie van D66 terecht om aandacht voor procedurele regels en een inhoudelijk kader. De regering heeft de NZa verzocht om voorbereidingen te treffen voor de uitvoering van artikel 18 WTZi. Het beleid dat het CSZ thans hanteert bij de uitvoering van deze bepaling kan daarbij als uitgangspunt dienen. De NZa zal beleidsregels opstellen over de wijze waarop meldingen gedaan en behandeld worden en over de criteria waaraan de transacties beoordeeld worden. Eerst wanneer de kaders voor de uitvoering zijn bepaald, kan het voorgestelde artikel 18 WTZi in werking treden. De NZa heeft aangegeven een nader te bepalen termijn te zullen hanteren tussen publicatie van de beleidsregels en de ingangsdatum van die regels. Tevens heeft de NZa aangegeven een overgangsregime te zullen hanteren voor lopende projecten.

*Voorts vragen de leden van de D66-fractie om inzicht te geven in de vraag hoe de (Nederlandse Zorgautoriteit) NZA de integriteitsproblematiek effectief zal oplossen nu het amendement vooral is ingegeven vanuit de wens om risico's op fraude en weglekken te minimaliseren.*

De NZa zal bij de inrichting van de nieuwe toezichtstaken bezien in hoeverre de huidige controlemechanismen volstaan. Het intern toezicht bij zorgaanbieders en de rol van de notaris bij het formaliseren van transacties zijn voorbeelden van huidige waarborgen ter voorkoming van integriteitsproblematiek. Voorts zal de uitvoeringspraktijk moeten uitwijzen in hoeverre het nieuwe artikel 18 WTZi bijdraagt aan het voorkomen dan wel beperken van risico's.

*De leden van de D66-fractie achten het gewenst dat de NZA een uitvoeringstoets opstelt. Daadwerkelijke introductie van de goedkeuringsbevoegdheid door de NZA zou eerst kunnen plaatsvinden bij een positief oordeel over deze uitvoeringstoets. Ook vragen zij naar de eventuele meerkosten.*

Zoals gezegd treft de NZa momenteel voorbereidingen voor de uitvoering van het amendement.

Onder andere wordt bezien of de reikwijdte nader gedefinieerd kan worden met het oog op beperking van de administratieve lasten. Vervolgens dient een werkbare procedure ontwikkeld te worden, die enerzijds bijdraagt aan het doel van het amendement en anderzijds voorkomt dat naast bestaande procedures en waarborgen een geheel nieuw beoordelingskader in het leven moet worden geroepen. Dit geeft naar de mening van de regering voldoende zorgvuldigheid bij de invoering van artikel 18 WTZi.

*De leden van de D66-fractie vragen wat de gevolgen zijn van het weigeren van goedkeuring bij grote en/of complexe projecten.*

In de praktijk bij CSZ is het tot dusver nog nooit voorgekomen dat goedkeuring bij grote en/of complexe projecten is geweigerd. Wel is het voorgekomen dat aanbieders hun plannen hebben aangepast. De regering verwacht dat deze praktijk door de NZa zal worden gecontinueerd. Bij de nieuwe taken in het kader van koop en huur, verwacht de regering dat de door de NZa op te stellen beleidsregels proportioneel zullen zijn en niet tot disproportionele effecten zullen leiden.

*De leden van de D66-fractie wijzen erop dat er anno 2014 een veelheid van projecten in voorbereiding en uitvoering is met een grote variatie in juridische en financiële vormgeving, waarbij uitgegaan is van de eigen*

*verantwoordelijkheid van instellingen. Zij vragen wat de gevolgen zijn voor dergelijke projecten en hoe eventuele schade wordt vergoed. De leden van de D66-fractie vragen hoe marktpartijen zoals ontwerpers, bouwers en financiers zullen reageren. Zij vragen of het risico bestaat dat onderhavig wetsvoorstel de facto leidt tot minder investeren. Zij vragen wat de oplossing is voor het handhavingsprobleem nu de formele informatie over projecten uit de periode 2009–2015 ontbreekt.*

Het is belangrijk een onderscheid te maken tussen:

1. zorgaanbieders die zelf een ontwerper en bouwer opdracht geven om een nieuw zorggebouw te realiseren;
2. zorgaanbieders die een bestaand zorggebouw willen kopen of huren.

Zorgaanbieders die zelf een ontwerper en bouwer opdracht geven om een nieuw zorggebouw te realiseren en daarvoor zelf financiers hebben gevonden vallen voor die projecten niet onder de reikwijdte van het gewijzigde artikel 18 WTZi. Sinds het afschaffen van het bouwregime in 2008 voor de cure en in 2009 voor de care hebben zorgaanbieders op grond van de WTZi geen bouwvergunning van het CBZ meer nodig. Voor dergelijke bouwprojecten zijn er dus geen gevolgen. Ook zijn er voor dergelijke bouwprojecten geen gevolgen voor marktpartijen zoals ontwerpers, bouwers en financiers ten gevolge van het gewijzigde artikel 18 WTZi.

Zorgaanbieders die een bestaand zorggebouw willen kopen of huren vallen wel onder de reikwijdte van het gewijzigde artikel 18 WTZi. Deze aanbieders moeten er dus voor zorg dragen dat de procedure die zij volgen om tot koop of huur over te gaan zodanig is vormgegeven dat een marktconforme aankoop- of huurprijs de uitkomst is. Zoals hierboven opgemerkt gaat de regering er vanuit- op basis van de ervaringen van het CSZ met het huidige artikel 18 WTZi -dat in goed overleg tussen zorgaanbieder en NZa de transactie zodanig kan worden vormgegeven dat goedkeuring door NZa mogelijk wordt. Op die manier is er dus geen sprake van schade.

Ontwerpers en bouwers kunnen bij aankoop- of huurprojecten betrokken zijn bij herinrichting van bestaande zorggebouwen. De regering voorziet voor hen geen gevolgen. De regering gaat er vanuit dat een financier van een aan te kopen of te huren zorggebouw het prettig vindt dat een onafhankelijke en deskundige partij als de NZa beoordeeld heeft of sprake is van een marktconform aankoop- of huurbedrag.

De regering verwacht op grond van het bovenstaande dus niet dat onderhavig wetsvoorstel de facto gaat leiden tot minder investeren. Dat er een handhavingsprobleem zou ontstaan nu er geen formele registratie meer is bij CBZ van afgegeven bouwvergunningen ziet de regering evenmin. Zoals hierboven aangegeven vallen projecten waarbij de zorgaanbieder zelf laat bouwen, en die voorheen in de formele registratie van CBZ onder afgegeven bouwvergunningen werden opgenomen, niet onder de reikwijdte van artikel 18 WTZi.

*Gezien het voorgaande vragen de leden van de fractie van D66 of de regering bereid is het nieuwe artikel 18 WTZi te heroverwegen door middel van een novelle, niet in werking te laten treden of in werking te laten treden wanneer met een algemene maatregel van bestuur op basis van een met een reparatiewet te creëren grondslag nadere regels worden gesteld.*

Om de aanpassing en overdracht van het bestaande toezicht van het CSZ naar de NZa, alsmede de ontwikkelingen en invoering van het nieuwe

toezicht op koop- en huurtransacties zorgvuldig voor te bereiden, acht de regering het ongewenst om het voorgestelde artikel 18 WTZi tegelijk met de overige bepalingen van het wetsvoorstel in werking te laten treden. Zoals gezegd treft de NZa voorbereidingen voor de uitvoering, resulterend in een aantal beleidsregels. Mogelijk wordt, zoals in het voorgaande aangegeven, de reikwijdte aangepast met een algemene maatregel van bestuur die aan de Eerste en Tweede Kamer voorgehangen dient te worden. Bovendien is een overgangperiode nodig. Zoals de leden van de fractie van D66 opmerken, kan op grond van artikel XII van het wetsvoorstel het tijdstip van inwerkingtreding voor de verschillende artikelen of onderdelen daarvan verschillend worden vastgesteld. De regering verwacht dat inwerkingtreding van het nieuwe artikel 18 WTZi 1 juli 2015, doch uiterlijk per 1 januari 2016 kan plaatsvinden.

Een en ander staat er niet aan in de weg om de bepalingen van het wetsvoorstel met betrekking tot de voorwaarden waaronder zorgaanbieders rendement op risicodragend kapitaal kunnen uitkeren reeds per 1 januari 2015 in werking te laten treden.

### **Christenunie-fractie**

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of de regering van mening is dat de patiënt altijd gebaat is bij efficiëntie in de zorg? Een terugkomgesprek, of een second opinion of een verbetering van faciliteiten zijn niet per definitie efficiënt maar wellicht wel in het belang van de patiënt. Ziet de regering de mogelijkheid van belangenconflicten tussen de patiënt die kwalitatieve zorg vraagt enerzijds en het principe van efficiëntie anderzijds? Hoe blijft in dergelijke gevallen het zorgbelang van de patiënt prevaleren?*

De regering is het eens met de leden van de ChristenUnie-fractie dat in de zorg het belang van de patiënt voorop moet staan. De regering is van mening dat er geen sprake hoeft te zijn van een belangenconflict tussen kwaliteit en doelmatigheid zolang de uitkomsten voor de patiënt centraal staan. Een terugkomgesprek, een second opinion of een verbetering van faciliteiten kunnen bijdragen aan het vroegtijdig signaleren als er iets mis is, en daarmee ernstige complicaties op de langere termijn voorkomen. Ook kan een goed gesprek tussen behandelaar en patiënt leiden tot een goede afweging over de behandeling en soms ertoe leiden dat wordt afgezien van behandeling of dat eerst wordt gekozen voor een minder invasieve behandeling. Het is in het belang van de patiënt dat hier een zorgvuldige afweging tot stand komt. Om te zorgen dat het zorgbelang van de patiënt prevaleert zijn bepaalde zaken ook vastgelegd. Zo kan het recht op een second opinion, onder enkele voorwaarden, aangemerkt worden als een te verzekeren prestatie.

*De leden van de Christenunie-fractie vragen naar de mogelijk negatieve gevolgen van dit wetsvoorstel voor perifere ziekenhuizen.*

De regering is van mening dat de situatie zoals geschetst door de leden van Christenunie-fractie zich inderdaad voor zou kunnen doen. Ziekenhuizen zijn private organisaties en verantwoordelijk voor hun eigen bedrijfsvoering. In het geval een ziekenhuis niet in staat is voldoende financiële middelen aan te trekken, kan het zijn dat zij zich niet kunnen ontwikkelen zoals zorgaanbieders die hierin wel succesvol zijn gebleken. De regering wijst er echter op dat deze situatie zich ook nu al in de praktijk kan voordoen en ook voordoet, doordat banken de risico's van een kleine zorginstelling als te groot beoordelen. Zowel bij het verstrekken van leningen (vreemd vermogen) als bij het verstrekken van risicodragend kapitaal (eigen vermogen) zullen financiers deze afweging maken. Het

verschil is echter wel dat sommige investeerders juist geïnteresseerd kunnen zijn in risicodragend participeren in een kleine zorgaanbieder omdat zij over expertise beschikken om noodlijdende ondernemingen «om te turnen» tot een gezond bedrijf. De bemoeienis van verschaffers van vreemd vermogen gaat gewoonlijk niet zo ver. Bovendien geeft dit extra kansen voor financiering van perifere ziekenhuizen, waardoor concentraties beperkter kunnen blijven.

*De leden van de ChristenUnie-fractie merken op dat de regering verwacht dat de transparantie in de zorg zal verbeteren als gevolg van dit wetsvoorstel omdat instellingen die extern kapitaal willen aantrekken een prikkel hebben informatie over de kwaliteit van de door hen geboden zorg te publiceren. Zij vragen hoe de regering ervoor kan zorgen dat deze informatie niet alleen voor investeerders maar inderdaad ook voor cliënten beschikbaar is?*

De regering vindt het van groot belang dat informatie over de kwaliteit van zorginstellingen ook voor cliënten inzichtelijk wordt gemaakt. De afgelopen jaren is daarom hard gewerkt om zicht te krijgen op de kwaliteit van zorg. Op 18 juli jongstleden heeft de regering hierover een brief aan de Tweede Kamer gestuurd (Kamerstuk 31 765, nr. 93). Hierin wordt aangegeven dat transparantie van de kwaliteit van zorg verder 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 zowel investeerders, zorgverzekeraars als cliënten deze kunnen gebruiken. Hoewel forse stappen zijn gezet constateert de regering dat veel informatie er weliswaar is, maar meer beschikbaar en toegankelijk moeten worden gemaakt voor cliënten en andere geïnteresseerden. Om dit te realiseren, vervult KiesBeter.nl een cruciale rol. De regering streeft ernaar om zo veel mogelijk informatie via deze website vindbaar te laten zijn.

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