

Vergaderjaar 2011–2012

33 168

Wijziging van de Wet cliëntenrechten zorg en enkele andere wetten om het mogelijk te maken dat aanbieders van medisch-specialistische zorg, mits zij aan een aantal voorwaarden voldoen, winst uitkeren (voorwaarden voor winstuitkering aanbieders medisch-specialistische zorg)

Nr. 5**VERSLAG**

Vastgesteld 24 april 2012

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, belast met het voorbereidend onderzoek van voorliggend wetsvoorstel, heeft de eer als volgt verslag uit te brengen van haar bevindingen.

Onder het voorbehoud dat de in het verslag opgenomen vragen en opmerkingen afdoende door de regering worden beantwoord acht de commissie de openbare behandeling van het wetsvoorstel voldoende voorbereid.

INHOUDSOPGAVE

	blz.
ALGEMEEN	1
Inleiding	1
Reikwijdte	7
Risico's en voorwaarden winstuitkering	9
Toezicht en handhaving	19
Goed bestuur en de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz)	20
Samenhang Europees en internationaal recht	21
Budgettaire aspecten	21
Onderzoek en consultatie	22
Overig	22

ALGEMEEN**Inleiding**

De leden van de **VVD-fractie** hebben met belangstelling kennis genomen van voorliggend voorstel ten aanzien van voorwaarden voor winstuitkering bij aanbieders van medisch-specialistische zorg. Zij hebben een aantal vragen en opmerkingen. Zij staan positief tegenover het voorstel van de regering om winstuitkering mogelijk te maken bij aanbieders van medisch-specialistische zorg.

Een veel gehoord argument tegen het mogelijk maken van winstuitkering is, dat dit een volume opdrijvend effect zou hebben. Kan de regering

daarop reageren? Een ander veel gehoord argument is dat ziekenhuizen die deels in handen zijn van private investeerders zullen sturen op het afstoten van niet-rendabele behandelingen of het doorsturen van risicovolle patiënten (met meer kans op complicaties). Kan de regering daarop reageren?

Het Financieele Dagblad van 13 april 2012 bevatte een artikel over de fiscale gevolgen van het wetsvoorstel, waarin onder andere gesteld werd dat een ziekenhuis dat winst uitkeert zijn belastingvrijstelling kan verliezen. Ook werd gesteld dat er oneerlijke concurrentie dreigt tussen ziekenhuizen die wel en die geen winst uitkeren. Kan de regering daarop reageren?

Om eventuele cherry-picking (het toeleggen op winstgevendende behandelingen) te voorkomen, kan het verder inkrimpen van het A-segment een mogelijke route zijn. In het A-segment is sprake van maximumtarieven. Wanneer deze tarieven onder kostprijs liggen, is het uitvoeren van de hieronder vallende verrichtingen niet rendabel voor ziekenhuizen. Graag ontvangen deze leden een reactie van de regering hierop.

In de Memorie van Toelichting (MvT) wordt op blz. 3 aangegeven dat eigenaarschap ontbreekt bij zorgaanbieders. Op dit punt hebben de leden van de VVD-fractie enkele vragen.

Ten eerste wordt gesteld dat het probleem van eigenaarschap, en de mogelijke prikkels bij bestuurders om risicovol gedrag te vertonen, wordt opgelost indien een private investeerder eigenaar wordt en ook zeggenschap krijgt. Kan worden toegelicht in hoeverre het eigenaarschap van private investeerders de bestaande – mogelijk perverse – prikkels bij bestuurders veranderen, dan wel wegnemen?

Ten tweede zijn veel zorgaanbieders een stichting. Hoe gaat een stichting over in handen van een private investeerder? Aan wie komt het bedrag dat de investeerder betaalt ten goede? In hoeverre is in deze setting sprake van beklemd vermogen?

Kan de regering aangeven wat op dit moment de actuele waarde van de Nederlandse ziekenhuizen is? Kan de regering aangeven welke typen investeerders overwegen om in Nederlandse ziekenhuizen te investeren? Hoeveel ziekenhuizen zullen naar verwachting een beroep doen op private investeerders? Wat zijn voor private investeerders de grootste belemmeringen ten aanzien van hun investeringsbereidheid in de zorg? Heeft de regering een indruk van de hoogte van het rendement dat private investeerders denken te kunnen behalen?

De Nederlandse Vereniging van Participatiemaatschappijen heeft een reactie op voorliggend wetsvoorstel opgesteld. Zo stellen zij enkele vragen bij de procedure van kwaliteitstoets: wordt de beschikking van de regering die volgt op de kwaliteitstoets conform artikel 4:13 van de Awb binnen 8 weken verleend, en staat er bezwaar en beroep tegen de beschikking open? Graag ontvangen deze leden een reactie van de regering op deze vragen.

De leden van de **PvdA-fractie** hebben met zorg kennisgenomen van het onderhavige wetsvoorstel. Deze leden kunnen zich niet vinden in het voorgestelde. Zij vinden het niet wenselijk dat er winst gemaakt wordt in de zorg. Zij zijn van mening dat door winstuitkering geld wegvloeit uit de zorg. Zij zijn voorstander van een toegankelijke, betaalbare en goede zorg, en zijn van mening dat de zorg geen markt is. Deze leden wijzen er op dat de ziekenhuiszorg wordt betaald met premiegeld en de overheid verantwoordelijk is voor kwalitatief goede en betaalbare zorg. Deze verantwoordelijkheid hoort niet ook bij aandeelhouders te liggen, zo menen deze leden.

De beslissing om dit wetsvoorstel in dit tijdsgewricht door te zetten vinden de leden van de PvdA-fractie onverantwoord. Van de financiële crisis hebben deze leden geleerd dat aandeelhouders in hun zoektocht naar steeds hogere rendementen banken hebben aangezet tot onverantwoorde risico's. In allerlei andere sectoren wordt de macht van de aandeelhouders aan banden gelegd. Tegelijkertijd stort deze regering zich in een nieuw avontuur met aandeelhouders in de zorg. De regering schermt met allerlei waarborgen, die naar de overtuiging van deze leden onvoldoende stevig zijn, en daarmee niet het door de regering verwachte doel zullen bereiken. Deze leden wijzen er op dat met veel van deze waarborgen weinig tot geen ervaring is opgedaan en dat sommige waarborgen zelfs nog moeten worden ingevoerd.

De leden van de PvdA-fractie zijn verbaasd over de door de regering gekozen route om winstuitkering in de zorg mogelijk te maken in dit wetsvoorstel. Ten eerste, omdat deze tot stand wordt gebracht door een wijziging op een wet die nog niet eens in werking is getreden, en waarvan nog niet eens zeker is dat deze in werking zal treden. Ten tweede, omdat het voornemen om winstuitkering in de zorg mogelijk te maken naar de stellige overtuiging van deze leden niets te maken heeft met het versterken van de rechten van cliënten in de zorg, en dat dit voornemen de belangen van cliënten eerder schaadt dan versterkt. Deze leden vragen de regering daarom uitgebreid in te gaan op zowel het waarom van de nu gekozen route om winstuitkering mogelijk te maken via een wetswijziging op een nog niet van kracht zijnde wet, als op het door de regering veronderstelde verband tussen winstuitkering in de zorg en de rechten van cliënten in de zorg, en daarbij veel grondiger te antwoorden dan tot nu toe het geval is geweest.¹ Daarnaast hebben deze leden nog een aantal vragen en opmerkingen over de MvT en de uitwerking van het wetsvoorstel.

De regering verwacht dat de doelmatigheid in de zorg wordt verbeterd door de komst van private investeerders. (1.2.1 over «verbeterde bedrijfsvoering»). Zij motiveert dit als volgt: «Een investeerder met zeggenschap over de bedrijfsvoering, kan maximaal sturen op doelmatigheid. Private investeerders brengen vaak bedrijfskundige expertise met zich mee». De leden van de PvdA-fractie vragen waarop de regering deze stelling baseert. Bovendien menen zij van de regering begrepen te hebben dat in het kader van de marktwerking door zorgverzekeraars en banken de doelmatigheid en efficiency van de zorgsector bevorderd zou worden. Moeten deze leden nu begrijpen dat deze partijen die rol onvoldoende spelen?

De regering stelt dat de reële dreiging van een faillissement er voor zal zorgen dat zorgaanbieders geen overmatig risico zullen nemen, in de verwachting dat zij toch overheidssteun zullen krijgen als het mis gaat (blz. 5 MvT). De regering meent dat «Dit wordt voorkomen, doordat de regering heeft vastgesteld dat zorgaanbieders zelf verantwoordelijk zijn voor het oplossen van financiële problemen en het voortbestaan van hun organisatie en dat de overheid niet langer zal inspringen bij een dreigend faillissement». De leden van de PvdA-fractie vragen of dat ook geldt voor de zogenaamde systeem ziekenhuizen. Zij wijzen er op dat de afgelopen jaren banken en andere financiële instellingen failliet zijn gegaan of in zo grote problemen zijn gekomen dat alleen ingrijpen vanuit de overheid een faillissement van de zogenaamde systeembanken kon voorkomen en dat dit ook is gebeurd. Is de regering met deze leden van mening dat de aandeelhouders van deze banken kennelijk onvoldoende rekening hielden met deze mogelijkheid en in ieder geval blijkbaar niet of onvoldoende gedreven waren door de gezondheid op lange termijn van deze instellingen? Kan de regering aangeven waarom zij denkt dat er in de zorgmarkt

¹ Zie het eerder ontvangen antwoord op de vraag naar de relatie tussen winstuitkering en cliëntenrechten zoals behandeld in de procedurevergadering van woensdag 28 maart 2012: «het wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg is het basiswetsvoorstel dat, nadat het kracht van wet heeft gekregen, gewijzigd dient te worden zodra andere wetsvoorstellen die betrekking hebben op onderdelen van deze wet in behandeling komen».

geen risico's genomen gaan worden in de zoektocht naar het hoogste rendement? Deze leden ontvangen graag een toelichting op dit punt.

De leden van de **PVV-fractie** hebben met belangstelling kennis genomen van de wijziging van de Wet cliëntenrechten zorg en enkele andere wetten om onder voorwaarden winstuitkering mogelijk te maken voor aanbieders van medisch-specialistische zorg. Deze leden zien dit als een volgende stap in het proces naar meer marktwerking waarvan het einddoel meer innovatie, kwaliteitsverbetering en betere dienstverlening aan de patiënt moet zijn. Zij onderschrijven daarom de voorliggende wijzigingen, maar hebben toch nog een paar vragen, en missen nog een aantal waarborgen die in hun ogen noodzakelijk zijn om mogelijke risico's te ondervangen. In algemene zin zouden de leden van de PVV-fractie bepaalde groepen investeerders graag zien uitgesloten, zodat zij geen aandelen in handen kunnen krijgen van medisch-specialistische instellingen. Twee groepen zouden expliciet uitgesloten moeten worden, nl. zorgverzekeraars en farmaceuten. Deze leden willen de regering vragen hier extra waarborgen voor te geven.

De aantrekking van privaat kapitaal heeft onder andere tot doel om meer innovatie mogelijk te maken. Gezien de toenemende vergrijzing onderschrijven de leden van de PVV-fractie met name het belang van arbeidsbesparende innovaties. Zij denken daarom dat er meer waarborgen moeten zijn om deze innovaties te realiseren. Een manier om dit te bereiken is het reguleren van de winstbestemming, door een bepaald percentage van de winst te bestemmen voor innovatie. Zij zien graag dat de regering dit voorstel overneemt en een verplichting inbouwen om in innovatie te investeren.

De leden van de **CDA-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van het wetsvoorstel om gereguleerde winstuitkering mogelijk te maken voor aanbieders van medisch-specialistische zorg. Zij realiseren zich dat de toenemende risicodragendheid van deze aanbieders voor de te contracteren zorg en voor het in stand houden van het vastgoed kapitaal vraagt dat het eigen vermogen van ziekenhuizen of zelfstandige behandelcentra (zbc's) te boven gaat. Het is vaak lastig om bancaire leningen te krijgen. Dat is de reden dat genoemde leden onder voorwaarden externe investeerders in de zorg de mogelijkheid willen bieden om winstuitkering te krijgen. Het is wel een ingrijpende verandering, daarom is het goed heel precies de voorwaarden waarbij winstuitkering mogelijk is aan externe investeerders te formuleren.

De leden van de CDA-fractie willen het wetsvoorstel vooral bekijken vanuit het uitgangspunt dat kwalitatief goede zorg voorop staat. De publieke belangen moeten voldoende verzekerd zijn en minimale kwaliteitseisen gewaarborgd. Immers, ziekenhuizen bestaan om ervoor te zorgen dat mensen medische zorg kunnen krijgen. Eventuele externe financiering is daaraan ondergeschikt. Het wetsvoorstel moet passen in de vraagsturing die thans in het zorgstelsel overal wordt ingevoerd. Zij vragen daarom de regering aan te geven hoe de patiëntenbelangen worden geborgd. Immers, cliëntenraden zijn alleen verplicht in instellingen wanneer zorg met verblijf wordt verleend en juist voor deze instellingen blijft het verbod op winstuitkering van kracht. Welk belang heeft de patiënt bij dit wetsvoorstel?

Een van de redenen is dat het eigenaarschap bij zorgaanbieders ontbreekt, en dat bij leningen van een bank de bank het volledige risico loopt, terwijl de zorgaanbieder alle beslissingen neemt. De leden van de CDA-fractie vragen een nadere toelichting. Ook nu is toch het bestuur van het ziekenhuis verantwoordelijk, en kan het zelfs onverhoopt tot een faillissement komen?

Private investeerders hebben er belang bij dat hun zorgaanbieder «uitblinkt», zo stelt de MvT. Betekent dit niet dat investeerders nauwkeurig zullen bekijken welke zorg wel en welke geen rendement oplevert, waardoor ziekenhuizen in de omgeving van deze aanbieder de zwaardere zorg verleent en het wellicht moeilijker krijgt om de bedrijfsvoering rond te krijgen? Deze vraag geldt ook vooral voor de UMC's. Is hier sprake van een gelijk speelveld in de zin van keuze voor te leveren zorg? Vergroot dit wetsvoorstel de kans dat er meer zeer gespecialiseerde zorgaanbieders komen en minder algemene ziekenhuizen?

Met de regering zijn wij van mening er heel goed sprake kan zijn van een betere bedrijfsvoering en dat de mogelijkheden tot innovaties een impuls kunnen krijgen. Zolang een efficiënte bedrijfsvoering geen doel op zich is en de core business, het verlenen van goede zorg centraal staat.

De aanname op grond van onderzoek in het buitenland is dat ongeveer 10–15% van de ziekenhuizen een dergelijke externe investeerder zal aantrekken. Een gemengd systeem, zo schrijft de MvT.

In 2008 bracht prof. Dr. Cools in opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een rapport uit naar de mogelijkheid van een experiment voor ziekenhuizen om te gaan werken met financiering door extern eigen vermogen en uitkering van winst. Zijn conclusie was dat dit succesvol zou kunnen zijn onder 2 voorwaarden:

- Een transformatie van de klassieke maatschapstructuur, waarbij de (financiële) belangen van medisch specialisten, directies en patiënten beter op elkaar zijn afgestemd.
- Een monitoringset van kwaliteitsindicatoren waarover zorginstellingen periodiek publiekelijk rapporteren.

De leden van de CDA-fractie vragen of de regering met prof. Cools van mening is dat deze voorwaarden essentieel zijn en hoe aan deze voorwaarden in het wetsvoorstel is tegemoet gekomen.

De leden van de **SP-fractie** hebben met grote zorg kennisgenomen van het wetsvoorstel Wijziging van de Wet cliëntenrechten zorg en enkele andere wetten waarmee de regering mogelijk wil maken dat aanbieders van medisch-specialistische zorg winst gaan uitkeren aan private investeerders. Deze leden beschouwen dit voorstel als een nieuw dieptepunt in de uitverkoop van de gezondheidszorg tot winst van enkelen en tot schade van velen.

De leden van de SP-fractie ontvangen graag een toelichting op de procedure van het voorliggende wetsvoorstel. Het bevreemdt deze leden dat de regering winstuitkeringen mogelijk wil maken door middel van een wijziging van de Wet Cliëntenrechten Zorg (Wcz) die thans nog in behandeling is in de Tweede Kamer. Deze leden vinden dit een curieuze gang van zaken en hopen te vernemen wat hiervan de achtergrond is. Aan het wetsvoorstel liggen twee argumenten ten grondslag. Ten eerste, de noodzaak tot het verruimen van de mogelijkheden voor ziekenhuizen om extra kapitaal aan te trekken. De leden van de SP-fractie vragen de regering of ziekenhuizen daadwerkelijk over te weinig middelen beschikken om het stelsel van ziekenhuiszorg in ons land overeind te houden. Antwoordt de regering ontkennend, dan vervalt de noodzaak van het voorliggende wetsvoorstel. Indien de regering hierop bevestigend antwoordt, vragen deze leden of het niet in de rede ligt om de oorzaak van het ontstane probleem, namelijk een terugtrekkende/ bezuinigende overheid en een toenemende risicodragendheid van ziekenhuizen aan te pakken. De overheid moet zorgen voor instandhouding en verbetering van de ziekenhuizen door voldoende middelen ter beschikking te stellen en ziekenhuizen te vrijwaren van risico's, die zij lopen over het vastgoed. Het tweede argument voor het mogelijk maken van winstuitkeringen is de verwachting dat ziekenhuizen zich meer zullen gaan gedragen als private marktpartijen, hetgeen de efficiëntie en kwaliteit zou verbeteren. De leden

van de SP-fractie vragen de regering nauwkeurig toe te lichten waar het precies zo ernstig schort aan de kwaliteit en wat daarvan de oorzaak is. Indien de kwaliteit en efficiëntie daadwerkelijk zo ernstig tekort schieten dat de ziekenhuiszorg en de patiënt gevaar loopt, waarom is dan niet van overheidswege ingegrepen? De leden van de SP-fractie achten het waarschijnlijk dat we hier weer te maken hebben met de neoliberale doodoener dat de markt alles beter kan en dat winstprikkelers de enige manier zijn om de zorg te ordenen. Zij vragen de regering op welke onderzoeken en concrete cijfers dit geloof is gebaseerd. Een reactie op de bevindingen van de commissie-Lemstra inzake het Maasstad Ziekenhuis achten deze leden in dit licht eveneens op zijn plaats. Is deze casus niet een duidelijk voorbeeld van de rampen die gebeuren als ziekenhuisbestuurders zich laten verblinden door de Markt en zich primair gaan richten op de eigen marktpositie en op PR? De leden van de SP-fractie vragen de regering wanneer het moment daar is dat wordt ingezien dat marktwerking de zorg niet beter en goedkoper maakt, maar slechts bureaucratie, tweedeling en overbodige kostenstijgingen genereert. Moet er eerst over enkele jaren een parlementaire enquête aan te pas komen met als onderzoeksvraag hoe het mogelijk is dat we de zorg hebben opgeblazen?

De regering verwacht dat concurrentie en winstuitkeringen de innovatie bevorderen. De leden van de SP-fractie vragen de regering hiervan concrete voorbeelden aan te dragen. Deze leden vragen om een reactie op de stelling dat niet concurrentie, maar vooral samenwerking bijdraagt aan innovatie. Zij wijzen in dit verband op uitspraken van hoogleraar chirurgie Johan de Lange in het NRC Handelsblad van 28 maart 2012. De Lange beschrijft in het artikel hoe hij een chirurg van een Nederlands ziekenhuis uitnodigde om op een congres te spreken over de werkwijze van zijn ziekenhuis met betrekking tot liesbreukoperaties. De betreffende chirurg zegde toe, maar werd door de directie van zijn ziekenhuis teruggedfloten. De directie was van mening dat de concurrentiepositie van het ziekenhuis werd geschaad als de chirurg de succesvolle benadering van liesbreukoperaties zou delen met zijn vakgenoten. De leden van de SP-fractie vragen de regering om toe te lichten hoe de innovatie hiermee gediend is.

De regering schrijft in de MvT dat de betaler en de beslisser één en dezelfde moet worden in de ziekenhuiszorg. Private investeerders kunnen mede-eigenaar worden van een ziekenhuis. De leden van de SP-fractie constateren dat de vrees van velen dat marktwerking in de zorg zou leiden tot het principe «wie betaalt, bepaalt», nu werkelijkheid wordt. Deze leden vragen de regering een uiteenzetting over de wenselijkheid dat de inrichting van een vitale voorziening als de gezondheidszorg wordt bepaald door particuliere kapitaalschietters. Zij vragen de regering tevens waarom gekozen wordt voor het versterken van private controle over de ziekenhuiszorg in plaats van het vergroten van de democratische zeggenschap. Zijn de werkelijke belanghebbenden niet de burgers die afhankelijk zijn van deze publieke voorziening? Zou het algemene belang van goede ziekenhuiszorg voor iedereen niet moeten prevaleren boven de belangen van particulieren die geld willen verdienen? Deze leden vragen tot slot een reactie op de stelling dat de democratie (verder) wordt uitgehold wanneer de zeggenschap over een vitaal onderdeel van de medische infrastructuur bij private investeerders wordt gelegd. In de MvT verwijst de regering naar het onderzoek van Boer & Croon (2010), waaruit zou blijken dat investeerders belangstelling hebben voor de medisch specialistische zorg. Immers, «*zij verwachten dat de gezondheidszorg in omvang blijft groeien*». De leden van de SP-fractie vragen de regering of hiermee niet de doelstelling van het beheersen van de zorgkosten onderuit wordt gehaald. Sinds de invoering van marktwerking in de zorg zijn de zorgkosten hard gestegen als gevolg van volumegroei.

Hoe kan de regering spreken over beheersing van de zorgkosten, terwijl tegelijkertijd investeerders moeten worden gelokt die slechts belangstelling hebben indien het volume (fors) blijft groeien? De leden van de SP-fractie vragen de regering in dit licht ook te reageren op de uitspraak van zorgondernemer Winter die op een bijeenkomst voor investeerders aan zijn gehoor meedeelde dat «*we allemaal erg veel geld kunnen verdienen*» als gevolg van het voorliggende wetsvoorstel. Deze leden vragen hoe het valt uit te leggen dat enerzijds de burger wordt getroffen door pakketverkleiningen, verhoging van de premie en het eigen risico met als argument de beheersing van de zorgkosten, terwijl anderzijds de poort wordt opengezet voor het opstrijken van winsten uit de zorg. De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennis genomen van het voornemen van de regering om te voorzien in een kapitaalinjectie voor de ziekenhuizen door gereguleerde winstuitkering voor aanbieders van medisch-specialistische zorg mogelijk te maken. Voor deze leden staat een kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke gezondheidszorg voor de patiënt centraal. Het voorliggende wetsvoorstel zou daaraan kunnen bijdragen, omdat het een extra financieringsbron creëert voor instellingen die willen investeren in de kwaliteit en innovaties van zorg. De leden van de D66-fractie verwachten dat de prikkels voor kwaliteitsverbetering en een efficiëntere bedrijfsvoering zullen toenemen. Daarnaast kan het makkelijker en aantrekkelijker worden om te investeren in zorginnovaties. Bovendien zal het toelaten van nieuwe financiers kunnen bijdragen aan meer dynamiek in het systeem. Maar de leden van de D66-fractie stellen vast dat aan winstuitkering in de ziekenhuiszorg naast voordelen ook risico's voor de kwaliteit en toegankelijkheid verbonden zijn. Dat gegeven vereist een evenwichtige regulering en strikte voorwaarden om deze risico's tot een minimum te beperken. De leden van de D66-fractie hebben daarom vragen over de wijze waarop dit in het voorliggende wetsvoorstel wordt ingevuld.

Reikwijdte

In de MvT wordt aangegeven dat het verbod op het uitkeren van winst van kracht blijft voor aanbieders van intramurale AWBZ-zorg, met uitzondering van kleinschalige woonvoorzieningen, zo constateren de leden van de **VVD-fractie**. Vanwege vergrijzing kan een toenemende vraag verwacht worden in de AWBZ-zorg. Daarnaast worden intramurale instellingen in toenemende mate geprikkeld om in te spelen op wensen en behoeften van hun cliënten, waardoor deze daadwerkelijk centraal komen te staan. In de AWBZ sector zal dus ook in toenemende mate kapitaal noodzakelijk zijn om met deze aanpassingen om te gaan. Het aantrekken van privaat kapitaal kan in dezen een belangrijke rol spelen, naast de positieve effecten die het aantrekken van privaat kapitaal kan hebben op het gebied van kwaliteit, dienstverlening en doelmatigheid. Kan worden toegelicht waarom de regering er voor kiest het verbod op winstuitkering in de AWBZ-sector te laten bestaan?

Indien instellingen zowel intramurale als extramurale AWBZ-zorg aanbieden, kunnen zij ervoor kiezen de extramurale zorg met winst-oogmerk uit te voeren, zolang zij deze activiteiten in een afzonderlijke rechtspersoon onderbrengen. Hetzelfde geldt voor aanbieders die medisch-specialistische zorg in combinatie met intramurale AWBZ-zorg willen aanbieden, en over de medisch-specialistische zorg winst willen uitkeren. In het voorliggende voorstel worden academische ziekenhuizen uitgesloten van de mogelijkheid tot winstuitkering, ook ten aanzien van de reguliere medisch-specialistische zorg. Waarom is in dit geval niet gekozen voor eenzelfde constructie, waarbij academische ziekenhuizen die winst willen uitkeren over de medisch-specialistische zorg dit kunnen doen zolang zij deze hebben ondergebracht in een afzonderlijke rechtspersoon?

De regering heeft besloten tot een uitzonderingspositie voor universitaire medische centra (UMC's). De leden van de **PVV-fractie** vragen of hierdoor UMC's onaantrekkelijker worden voor kredietverschaffers om daarin te investeren. Heeft de regering dit meegewogen? Verder willen zij verduidelijking van de positie het NKI/AvL, dat net als UMC's ook een deel van de publieke taak voor zijn rekening neemt en daarvoor een academische component ontvangt.

De leden van de **D66-fractie** constateren dat de intramurale AWBZ-zorg niet onder de reikwijdte van dit wetsvoorstel valt. Vanwege de vergrijzing zullen de vraag naar en kosten van met name de intramurale ouderenzorg fors stijgen. Het toelaten van externe financiers in deze zorgsector zou ook een extra impuls kunnen betekenen voor de kwaliteit en doelmatigheid van de dienstverlening in deze instellingen. Daarmee zouden ook daar de kosten kunnen dalen en innovaties kunnen toenemen. Wil de regering nader toelichten waarom ervoor gekozen is om de intramurale ouderenzorg uit te sluiten van dit wetsvoorstel? Heeft de regering plannen om dit op lange termijn wel mogelijk te maken? Denkt de regering dat het langdurige en planbare karakter van intramurale AWBZ-zorg investeringen van private aanbieders in principe geschikt maakt? Zo nee, waarom niet?

De leden van de **D66-fractie** constateren dat academische ziekenhuizen worden uitgesloten van het voorliggende wetsvoorstel. Zij krijgen vooralsnog niet de mogelijkheid tot het uitkeren van winst. Deze leden vragen zich af op welke termijn de regering voorziet dat dit wel mogelijk wordt? Zij willen ook graag weten in hoeverre de huidige vormgeving leidt tot een ongelijk speelveld tussen academische ziekenhuizen en andere aanbieders bij het aanbieden van reguliere medisch-specialistische zorg. De **D66-fractie** vraagt zich voorts af in hoeverre het mogelijk is bij academische ziekenhuizen de vergoeding voor de academische component te scheiden van de bekostiging van geleverde zorg via zorgverzekeraars?

De leden van de **ChristenUnie-fractie** hebben kennisgenomen van de wijziging van de Wet cliëntenrechten zorg en enkele andere wetten om het mogelijk te maken dat aanbieders van medisch-specialistische zorg, mits zij aan een aantal voorwaarden voldoen, winst uitkeren. Deze leden zien dat er een verbeterpotentieel is voor ziekenhuizen voor het verhogen van efficiency en zorgkwaliteit, maar zij zijn er nog niet van overtuigd dat deze wetswijziging nodig is om een verbetering van kwaliteit, betaalbaarheid en doelmatigheid van zorg te realiseren. Deze leden hebben daarom de volgende opmerkingen en vragen over het wetsvoorstel.

De leden van de **ChristenUnie-fractie** constateren dat de financieringsproblemen van ziekenhuizen toenemen. Dit komt onder meer door de afschaffing van de regeling kapitaallastenvergoeding en de geleidelijke afschaffing van de budgetbekostigings-systematiek. Door de hoge solvency-eisen is het ingewikkeld voor instellingen om voldoende middelen te vinden voor investeringen. Deze leden vragen of dit probleem wel wordt opgelost door deze wetswijziging. Zijn er geen andere manieren dan het mogelijk te maken dat aanbieders winst uitkeren om financiële middelen aan te trekken?

Zij vragen toelichting waarom instellingen toch kapitaal willen aantrekken voor een investering, wat een bank onrendabel acht. Is deze kwalificatie van een bank niet sowieso een waarschuwing? Kunnen er voorbeelden van mogelijk beoogde investeringen worden gegeven die door privaat kapitaal gerealiseerd kunnen worden?

Deze leden vragen een reactie op de volgende alternatieven die zijn aangedragen tijdens het rondetafelgesprek op 13 april 2012.

- De overheid kan garant staan voor leningen ten behoeven van ziekenhuisvastgoed. Dit zal ook leiden tot lagere kapitaallasten en kostenverlaging.
- Artsen kunnen aandeelhouder van een ziekenhuis worden gemaakt. Hierdoor worden de kwaliteitsrisico's verminderd worden en is het mogelijk om verdergaande kosten reductie met behoud van kwaliteit te realiseren.
- De pensioenvoorzieningen van medewerkers kan ten dele in het eigen ziekenhuis worden geïnvesteerd. Dit verhoogt de betrokkenheid bij het ziekenhuis.

Deze leden vragen waarom zorginstellingen zelf – medisch specialisten samen met hun directies – niet voldoende slagkracht en een voldoende uitgangspositie hebben om ambitieuze kosten en kwaliteitsdoelstellingen te realiseren?

Deze leden vragen een reactie op de uitspraak van hoogleraar De Lange in het NRC «Een arts is niet op aarde om winst te maken». Hoe kan worden voorkomen dat het door de invoering van deze wet geen doel van instellingen wordt om winst uit te keren en privaat kapitaal aan te trekken? Hoe kan worden voorkomen dat ziekenhuizen gaan concurreren met de eerstelijnszorg in plaats van te streven naar substitutie tussen eerste en tweede lijn?

Deze leden vragen welke risico's er zijn voor de continuïteit en kwaliteit van zorg als dit wetsvoorstel na een negatieve evaluatie resultaten na invoering weer wordt teruggedraaid?

Deze leden vragen welke andere constructies er reeds operationeel zijn, waarbij privaat kapitaal door een zorginstellingen kan worden aange-trokken?

De leden van de ChristenUnie-fractie merken op dat het door de invoering van deze wet gemakkelijker wordt voor aanbieders om investeringen te financieren, waardoor méér innovatie kan plaatsvinden. Deze leden vragen of er door deze wetwijziging ook creatieve destructie kan plaatsvinden? Zo ja, op welke wijze? Zo nee, waarom niet?

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen op welke wijze wordt vermeden dat ziekenhuizen vooral rendabele behandelingen zullen aanbieden en patiënten gaan werven die winst opleveren? Zij lezen in de MvT dat dit risico wordt weggenomen wanneer het aantal behandelingen waarvoor vrije prijsvorming geldt uit te breiden. Deze leden vragen of het niet verstandiger is om eerst de resultaten en evaluaties van de uitbreiding van het B-segment af te wachten eer het mogelijk te maken om private investeerders aan te trekken. Hoe kan worden voorkomen dat patiënten met eenvoudige gezondheidsproblemen wel worden binnengehaald en patiënten met complexe zorg worden uitgesloten (cherry picking)? Is het wenselijk dat brede lagen uit de samenleving kunnen profiteren van behaalde winsten? Hoe wordt de kwaliteit van het opleidingsniveau van verpleegkundigen en artsen geborgd? Hoe wordt investeren in een opleiding in de ogen van investeerders aantrekkelijk gemaakt door dit wetsvoorstel?

Risico's en voorwaarden winstuitkering

Potentiële investeerders willen weten waar zij aan toe zijn als ze investeren. Er is sprake van een drietal voorwaarden in het wetsvoorstel. Ten aanzien van deze drie voorwaarden hebben de leden van de **VVD-fractie** een aantal vragen.

Ten eerste ten aanzien van de kwaliteitstoets. Kan aangegeven worden hoe de in paragraaf 3.2.2 genoemde kwaliteitstoets er precies uitzet? Hoe lang duurt deze toets? Hoe complex is deze toets? Hoe zorgt de regering

ervoor dat deze toets niet zo complex en tijdrovend is dat deze potentiële investeerders afschrikt?

Ten tweede ten aanzien van de minimumtermijn voor winstuitkering.

Waarom is gekozen voor een termijn van drie jaar, en niet voor een kortere of langere termijn?

Ten derde ten aanzien van het adviesrecht van de raad van toezicht ten aanzien van de financiële reserves. In hoeverre verwacht de regering dat de raden van toezicht in staat zijn de gevolgen van het aantrekken van private investeerders te overzien, en in deze een juist advies te verstrekken? Kan aangegeven worden in hoeverre de huidige raden van toezicht beschikken over de noodzakelijke financiële expertise? Door wie worden de solvabiliteitseisen gesteld en hoe hoog zijn deze?

In de toelichting gaat de regering in op het Waarborgfonds voor de Zorgsector (Wfz), waarbij zij aangeeft dat vanwege het privaatrechtelijk karakter van deze stichting winstuitkering aan private partijen ook mogelijk is wanneer een zorgaanbieder gebruik maakt van het Wfz. Wat is nog de toegevoegde waarde van het Wfz, mede met het oog op voorliggend wetsvoorstel? Werkt het Wfz in de praktijk voldoende? Tot welke bedragen staat het Wfz garant? Daarnaast is er sprake van een naar omvang en tijdsduur ongelimiteerde achterborg van de Rijksoverheid bij het Waarborgfonds. Het is dus mogelijk dat het Rijk wordt aangesproken. Dan zou dus wel sprake kunnen zijn van een combinatie van publieke steunverlening en winstuitkering aan private partijen. Graag ontvangen de leden van de VVD-fractie een reactie van de regering hierop. In hoeverre is de Rijksoverheid tot op heden aangesproken op deze achterborg?

Op blz. 8 van de MvT gaat de regering in op de betaalbaarheid van de zorg, zo constateren de leden van de **PvdA-fractie**. Zij stelt dat een stijging van de omzet op microniveau niet automatisch hoeft te leiden tot een stijging van de omzet dan wel dat dit geen probleem vormt voor de macrobeheersbaarheid. De omzet bij de andere aanbieders zal dan, bij een gelijkblijvende vraag, immers dalen. Wel voorziet de regering problemen als de aanbieders hun volume verhogen door aanbodgeïndiceerde vraag te creëren die zorgt voor «ongepaste zorg» of «overbehandeling». Een belangrijke waarborg ziet zij in volume afspraken met de zorgverzekeraar, de geleidelijke afschaffing van de huidige ex-post verevening en in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Kan de regering aangeven op welke wijze wordt nagegaan of een stijging van het budget bij een bepaald ziekenhuis veroorzaakt wordt door een verschuiving op microniveau, dan wel dat er sprake is van een volumeverhoging door aanbodgeïndiceerde vraag die zorgt voor «ongepaste zorg» of «overbehandeling», zo vragen de leden van de PvdA-fractie. Deze leden ontvangen graag een toelichting op dit punt.

De leden van de PvdA-fractie wijzen er op dat er in 2012 een wetsvoorstel naar de Kamer zal komen die een omzetheffing voor ziekenhuizen bij budgetoverschrijding introduceert. Kan de regering aangeven welke gevolgen deze wet zal hebben voor de individuele aandeelhouder? Wie zal wanneer in welk geval worden gekort? Voorts wijzen deze leden er op dat recent is gebleken dat de zorgvraag in het zogenaamde B-segment met vier procent is gestegen, maar de omzet met acht procent. Op welke wijze draagt deze wet er zorg voor dat de rekening komt te liggen bij die ziekenhuizen, die door aanbodgeïndiceerde vraag te creëren zorgen voor «ongepaste zorg» of «overbehandeling»? Ook op dit punt zouden deze leden graag een toelichting zien.

De regering ziet in de volume afspraken met de zorgverzekeraar, de geleidelijke afschaffing van de huidige ex-post verevening en het in 2012 -in de Wmg- geïntroduceerde macrobeheersingsinstrument belangrijke waarborgen voor het betaalbaar houden van de zorg. Het valt de leden van de PvdA-fractie op dat het hier om voornamelijk relatief nieuwe

instrumenten gaat waar nog niet of nauwelijks ervaring mee is opgedaan. Kan de regering aangeven waarom zij bereid is blind te varen op deze instrumenten? Is de regering met de leden van de PvdA-fractie van mening dat overhaaste invoering van deze wetgeving mogelijk grote financiële consequenties met zich meebrengt? In dit verband vragen deze leden waarom de regering er niet voor kiest eerst ervaring op te doen met de voorgestelde beschermingsconstructies, alvorens majeure stelselwijzigingen voor te stellen? Is er een wetenschappelijke basis voor dit vertrouwen? Zo ja, welke?

De wet stelt een aantal eisen aan het mogen uitkeren van winst. Dit betreft onder meer een kwaliteitstoets door de Inspectie. De definitie van het kwaliteitsbegrip moet echter nog verder worden uitgewerkt. De leden van de PvdA-fractie vinden het belangrijk dat patiëntenorganisaties betrokken worden bij de uitwerking. Kan de regering aangeven of zij met deze leden van mening is dat het erg belangrijk is de nadere invulling van dit kwaliteitsbegrip op instemming van het veld kan rekenen? Is zij bereid patiëntenorganisaties te betrekken bij de verdere ontwikkeling van dit begrip? Zo nee, waarom niet? Is de regering van mening dat, zolang deugdelijke kwaliteitscriteria ontbreken, de basis voor een winstuitkering ontbreekt?

De leden van de PvdA-fractie constateren dat aandeelhouders primair worden gedreven door het behalen van rendement op hun investering, en minder in de geleverde kwaliteit van goede zorg, het welzijn van het personeel en de cliënten die de diensten afnemen van de instelling waarin zij investeren. Ook de regering erkent het risico dat de verschaffers van het private kapitaal voornamelijk gericht kunnen zijn op hun korte termijn belang van het behalen van rendement, en dat dit belang kan conflicteren met het lange termijn belang van de goede gezondheidszorg. In de MvT geeft de regering aan dat zij een minimum termijn in de wet heeft opgenomen voor het uitbetalen van winst in de medisch specialistische zorg. Door het instellen van een minimumtermijn van drie jaar wil zij voorkomen dat korte termijn belangen de agenda van de aandeelhouders gaan domineren. De leden van de PvdA-fractie hebben op dit punt enkele vragen:

1. De regering stelt dat «Pas op zijn vroegst 3 jaar na de inwerkingtreding van dit voorstel winst kan worden uitgekeerd». Kan de regering aangeven welke bescherming de medisch specialistische zorg krijgt na bijvoorbeeld 5 jaar na de invoering van het onderhavige wetsvoorstel? Welke bescherming biedt de 3 jaar eis na de eerste toestemmingsronde tegen aandeelhouders die korte termijnbelangen en winst boven goede zorg stellen?
2. Welke bescherming biedt deze wet tegen investeerders die de eigen korte termijnbelangen voorop stellen en die pas instappen en geld investeren tegen het einde van het derde jaar als de 3 jaar termijn van de initiële investeerder tegen het einde loopt?
3. Hoe beoordeelt de regering de stelling dat een termijn van 3 jaar bijzonder kort te noemen is, en dat 7 jaar een hele gebruikelijke termijn is bij private equity? Kan de regering nader motiveren waarom zij een termijn van 3 jaar voldoende vindt een kwetsbare sector als de zorg?

Voorts hebben deze leden een aantal vragen over de mogelijkheid die deze wet verschaft dat (een deel van) de medisch specialistische zorg aandelen uitgeeft om vreemd vermogen binnen te halen. Kan de regering aangeven hoe de onderliggende waarde van de aandelen wordt vastgesteld? Met andere woorden: op welke wijze en op basis van welke criteria wordt de waarde van bijvoorbeeld een ziekenhuis vastgesteld? Kan de regering aangeven wie aanspraken kan maken op deze waarde? De waarde van instellingen is immers voor het overgrote gedeelte verkregen op basis van verplichte premie afdracht. Op welke wijze wordt voorkomen dat kapitaalgoederen die aangeschaft zijn met premiegeld te gelde

worden gemaakt en als «winst» verdwijnen in de dividenduitkering van de aandeelhouders?

Deze leden wijzen er op dat het tot heden gebruikelijk is dat bij verkoop van bijvoorbeeld het ziekenhuisgebouw het overschot terugvloeit naar de middelen voor de zorg. Welke waarborgen heeft de regering dat dit ook na de invoering van deze wet nog steeds het geval zal zijn?

De leden van de PvdA-fractie vragen of de regering kan aangeven hoe het is gesteld met het eigenaarschap van instellingen. Kan een overzicht gegeven worden, per ziekenhuis, wie de uiteindelijke eigenaar is, zowel voor als na de uitvoering van dit wetsvoorstel? Ook vragen deze leden hoe de regering zal voorkomen dat bij uitgifte van aandelen publieke en private middelen door elkaar heen gaan lopen. Voorts vragen zij of het mogelijk wordt dat een ziekenhuis beursgenoteerd wordt en zo ja, hoe in een dergelijke situatie wordt voldaan aan de bij de beursgang behorende spelregels. Deze leden willen tot slot op dit punt weten waarom de regering zich niet beperkt bij het verkrijgen van private middelen tot obligaties? Deze leden wijzen er op dat bij obligaties de rente vast ligt en dat zich daarbij geen governance- problemen voordoen. Deze leden menen dat door instellingen in te bedden in een coöperatieve structuur duidelijkheid ontstaat over het eigenaarschap. Binnen een dergelijke structuur is geen sprake van winstuitkering. Zij vragen waarom, mede gelet op de resultaten van coöperatieve banken, zoals de Rabobank in de financiële crisis, de regering niet heeft gekozen voor dit bestuursmodel. Ook met betrekking tot de invoering hebben de leden van de PvdA-fractie nog een aantal vragen. Winstuitkering wordt al toegestaan bij verloskundigen, tandartsen en huisartsen. Kan de regering ingaan op de ervaringen die deze beroepsgroepen hebben opgedaan? Worden deze ervaringen nog aan een evaluatie onderworpen? Zo ja, op welke termijn vindt deze evaluatie plaats? Op welke termijn krijgt de Kamer inzicht in deze gegevens?

De leden van de PvdA-fractie wijzen er op dat aan het invoeren van winstuitkering in de medisch specialistische zorg grote risico's verbonden zijn. Het verbaast deze leden daarom dat de regering er niet voor kiest om eerst op kleine schaal na te gaan welke gevolgen het toestaan van winstuitkering in de medisch-specialistische zorg heeft. Kan de regering aangeven of is overwogen om winstuitkering gefaseerd mogelijk te maken, zodat onvoorziene effecten en of ongewenste neveneffecten geen grote en of onomkeerbare schade aan de hele sector toebrengen, en op basis waarvan deze afweging negatief is uitgevallen?

Niet alleen de leden van de PvdA-fractie maken zich grote zorgen over het gemak waarmee de regering het voorstel winstuitkering in de zorg wil toestaan. Ook de FNV is negatief over het voorliggende voorstel.¹ De FNV verwacht dat het toestaan van winstuitkeringen door de ziekenhuizen tot nodeloze kostenstijgingen zullen leiden. In zijn brief geeft de FNV bovendien niet overtuigd te zijn van de «oplossing» waarmee het risico van volumeopdriving moet worden afgedekt. Deze leden vragen hoe de regering de stelling beoordeelt dat verzekeraars na de introductie van alweer een nieuw financieringssysteem voor de ziekenhuissector voorlopig een flinke informatieachterstand hebben. Ook vragen zij een reactie op de stelling dat de afbouw van de nacalculatie eigenlijk niet verantwoord is zonder evenredige verbetering van het vereveningssysteem. Voorts vragen zij of en zo ja hoe, de regering rekening heeft gehouden met de stelling van de FNV dat de zorg voor bepaalde groepen chronisch zieken voorspelbaar verliesgevend zal zijn voor verzekeraars en dat met het toestaan van winst in de zorg de solidariteit in de zorg onder druk komt te staan, waarmee één van de belangrijkste stutten onder de Zorgverzekeringswet wordt ondermijnd. Hoe beoordeelt de regering deze zorgen. Deze leden ontvangen graag en uitgebreide toelichting op dit punt.

¹ Brief FNV (10 april 2012), kenmerk 26.21.04, <http://www.fnv.nl/site/media/pdf/108288/1024258>.

De leden van de PvdA-fractie zijn het van harte eens met het voornemen van de regering om het inkomen van bestuurders aan banden te leggen. Deze leden vragen de regering niet alleen kritisch te zijn over het inkomen van de bestuurders, maar ook over de inkomens van de medisch specialisten. Deze leden willen af van het systeem van maatschappen en willen alle medisch specialisten in loondienst van het ziekenhuis waarvoor zij werken. Deze leden ontvangen graag een reactie van de regering op deze suggestie.

Winstuitkering kan een volume-opdrijvend effect hebben, omdat het winststreven een extra stimulans geeft om de omzet te vergroten. Volgens de regering wordt dit tegengegaan door het vergroten van de risicodragendheid van de verzekeraars waardoor deze afspraken maakt om binnen een bepaald volume te blijven. De leden van de **CDA-fractie** hebben hierover de volgende vragen. Welke prikkel heeft de verzekeraar voor een type zorg, waarnaar veel vraag is? Ook het macrobeheersinstrument wordt genoemd als middel om het volume in bedwang te houden. Maar dit instrument wordt toch slechts tijdelijk ingezet? Kan de regering aangeven of hiermee dit risico echt weggenomen wordt? Welke rol speelt de zorgverzekeraar hier? Hoe kan hij zijn zorgplicht waar maken, wanneer een ziekenhuis de te contracteren zorg wil beperken? Ziekenhuizen werken in toenemende mate samen. Een klein ziekenhuis maakt afspraken met een groter ziekenhuis in de buurt om kwalitatief goede zorg te bieden en toch de bereikbaarheid overeind te houden. Bijv. de samenwerking tussen De Sionsberg in Dokkum en het ziekenhuis Nij Smellinghe in Drachten. Is het mogelijk dit type samenwerking te behouden, ook wanneer één van beide samenwerkingspartners via externe investeerders mede gefinancierd wordt?

Ten aanzien van het risico voor een mogelijke keuze voor de meest rendabele zorgprestaties geeft de regering aan dat met vrij onderhandelbare prijzen door vraag en aanbod een marktconforme prijs tot stand komt. Kan de regering dit toelichten? In de zbc's zien we deze tendens, waardoor zij vooral de rendabele zorg leveren en de andere zorg voor rekening van algemene ziekenhuizen laten. Hierdoor zou toch juist de keuze kunnen worden gemaakt voor de meest rendabele zorgprestaties? Het is de bedoeling dat in de DOT-structuur de zorgzwaarte verdisconteerd wordt, zodat de complexiteit van zorg beter tot uiting komt in de zorgproducten. Is dit al zover ontwikkeld dat hiervan geen nadelige invloed uitgaat op de keuze voor bepaalde zorgproducten? Wanneer een ziekenhuis gedurende bijv. 5 jaren achtereen een behoorlijke winstuitkering doet, moeten we dan concluderen dat we teveel hebben betaald voor de zorg in die vijf jaar, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

Genoemde leden kunnen zich vinden in de voorwaarden die gesteld worden om de kwaliteit te borgen en te bewerkstelligen dat alleen investeerders die een lange termijnrendement voor ogen hebben het aantrekkelijk vinden om te investeren. Aan welke investeerders moeten we dan denken?

Een van de waarborgen is dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) eenmalig toetst op kwaliteit voordat tot winstuitkering mag worden overgegaan. Diverse deelnemers uit het veld aan het rondetafelgesprek dat de vaste commissie voor VWS organiseerde ter voorbereiding van de wetsbehandeling bepleitten een periodieke toetsing op kwaliteit en veiligheid. De leden van de CDA-fractie vragen de regering hierop in te gaan.

Bij het aantrekken van een investeerder zal een zorgaanbieder wellicht een andere rechtsvorm moeten kiezen. Veelal gaat het om stichtingen, die dan omgevormd worden tot een BV of via coöperatie. Welke vorm men ook

gaat kiezen, hoe wordt er omgegaan met het kapitaal, het eigen vermogen dat de stichting bezit? Dat gaat om publiek geld. Wat gebeurt hiermee? Hoe wordt geborgd dat dit niet naar de private investeerders gaat? Hoe wordt de waarde van het ziekenhuis vastgesteld voor het aantrekken van extern kapitaal? Er zal toch verschil zijn tussen twee ziekenhuizen van te vergelijken omvang in bijv. bedden of begrotingsomvang, waarbij het ene ziekenhuis beter bekend staat bijv. vanwege innovaties of een bepaalde aantrekkelijke specialisatie. Wie stelt de waarde vast?

Uitkering mag alleen na positieve beoordeling van financiële reserves. De leden van de CDA-fractie vragen of er geen eisen moeten worden gesteld aan de solvabiliteit van het ziekenhuis. Moet er niet sprake zijn van een minimale financiële buffer?

Het Waarborgfonds voor de Zorgsector (Wfz) verstrekt garanties op leningen aan zorginstellingen, zo constateren de leden van de CDA-fractie. Wanneer het Wfz zal bijspringen indien een zorgaanbieder die een externe investeerder heeft waarbij winst uitgekeerd wordt, wordt geëist dat in de statuten wordt geregeld dat winstuitkering alleen mag met toestemming van de Wfz, aldus de MvT. Kan dat worden afgedwongen? Op welk moment eist het Wfz dat? Is een garantstelling van het Wfz niet in tegenspraak met een investering van een externe investeerder die gericht is op winstuitkering?

De beschikbaarheidsbijdrage wordt vastgesteld door de NZa waar de continuïteit van zorg geborgd moet worden en de zorgaanbieder zelf financieel dat niet kan garanderen. Bijv. omdat het om een klein ziekenhuis in de regio gaat, dat gevoelig is voor het garanderen van acute zorg. Kan een zorgaanbieder die een externe investeerder aantrekt en winst uitkeert in theorie in aanmerking komen voor een beschikbaarheidsbijdrage? Kan de regering dat toelichten?

De regering erkent dat het toelaten van private investeerders in de zorg tot risico's kan leiden voor de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de zorg. De regering stelt een aantal randvoorwaarden op die een evenwicht moeten bieden tussen de publieke belangen en de investeringsbereidheid. De leden van de **SP-fractie** constateren dat de balans is doorgeslagen naar de belangen van investeerders. De regering stelt immers zelf bij herhaling dat de voorwaarden niet zo streng mogen zijn dat de investeringsbereidheid daardoor afneemt. Aangezien het slagen van het voorliggende wetsvoorstel staat of valt bij deze investeringsbereidheid, is het naar het oordeel van de leden van de SP-fractie onafwendbaar dat publieke belangen te grabbel worden gegooid waar deze in strijd komen met particuliere investeerdersbelangen. Deze leden vragen de regering om een inhoudelijke reactie op deze constatering en zorgen.

De leden van de SP-fractie vragen de regering waarom gesprekken met investeerders de kern vormden van het onderzoek naar de randvoorwaarden voor winstuitkeringen. Op welke wijze zijn de artsen en verpleegkundigen in de ziekenhuizen betrokken bij de totstandkoming van het voorliggende wetsvoorstel? Of is hen niets gevraagd, en heeft de regering uitsluitend haar oren laten hangen naar investeerders? De leden van de SP-fractie vragen de regering om een reactie op de uitkomst van een onderzoek van tijdschrift Medisch Contact, eerder dit jaar, waaruit blijkt dat bijna 75% van de medisch-specialisten tegen marktwerking in de ziekenhuizen is en in het bijzonder tegen het voorliggende wetsvoorstel.

De regering meent investeerders die alleen geïnteresseerd zijn in winst op korte termijn buiten de deur te kunnen houden door een periode van drie jaar te hanteren waarna winst mag worden uitgekeerd. Om het de investeerder niet te moeilijk te maken, is ervoor gekozen om deze periode slechts te hanteren voor de eerste investering en investeerder. Daarnaast mag winst die in voorafgaande jaren is opgebouwd worden gereserveerd

en op een later tijdstip worden uitgekeerd. De leden van de SP-fractie vinden het buitengewoon zorgwekkend dat de regering zo lichtvaardig voorbijgaat aan de bezwaren van de Raad van State, die zich afvraagt of deze randvoorwaarde überhaupt enige bescherming biedt als inderdaad de vrees reëel is dat investeerders de stabiliteit van het ziekenhuis of de kwaliteit van zorg zullen ondermijnen. De leden van de SP-fractie vragen de regering om opheldering over de risico's. Ofwel het gevaar is nihil, waardoor de wachttijd symbolisch wordt, of het gevaar is levensgroot waarbij zich de vraag opdringt of de wachttijd wel bescherming biedt. Tot slot vragen deze leden nog een reactie op de stelling van de NPCF dat bij private equity een wachttijd van vijf tot zeven jaar gebruikelijk is, in plaats van drie jaar.

De regering erkent dat privaat kapitaal een volumeopdrijvend effect kan hebben, hetgeen een gevaar oplevert voor de macrobeheersbaarheid. De leden van de SP-fractie vragen de regering waarom deze risico's worden genomen terwijl de regering bij monde van de regering van Financiën heeft gesteld dat de zorgkosten een groter gevaar vormen dan de kredietcrisis. Heeft de regering het gevaar van de zorgkosten ernstig overdreven? Indien hierop ontkennend wordt geantwoord, rijst de vraag waarom in dergelijke riskante tijden experimenten in de zorg worden verricht die de macrobeheersbaarheid mogelijk in gevaar brengen. De regering stelt in de MvT dat, indien een goed ziekenhuis meer patiënten aantrekt, dit ten koste zal gaan van andere ziekenhuizen waardoor het volume gelijk blijft. De leden van de SP-fractie vinden dit getuigen van een lachwekkende naïveteit. Heeft de grote groei van de zorgkosten zich de afgelopen jaren niet met name voorgedaan in de volumegroei van de ziekenhuiszorg, vragen zij de regering. Ontkent de regering dat ziekenhuizen proberen vraag te creëren met snotterpoli's en promotieshows voor maagverkleiningen? Deze leden wijzen er nadrukkelijk op dat een zorgstelsel gebaseerd op marktwerking uitgaat van de vraag van «zorgconsumenten» en niet van de reële zorgbehoefte zoals door medici geconstateerd op basis van hun professionele autonomie. De leden van de SP-fractie wijzen ook in dit verband op de constatering dat de vermeende investeringsbereidheid van kapitaalverschaffers afhangt van de mate waarin omzet- en volumegroei in de zorg kan worden gerealiseerd en vragen de regering hierop in te gaan. Investeerders zijn geen liefdadigheidsinstellingen. Deze leden vragen de regering ook in te gaan op deze tegenstrijdigheid. Zij vragen de regering in te gaan op de stelling dat, mocht de regering er daadwerkelijk in slagen om de volumegroei in te dammen met onder meer draconische pakketingrepen, zij de zorg daarmee minder of in het geheel niet meer aantrekkelijk zou maken voor investeerders.

De leden van de SP-fractie vragen de regering om uitgebreid toe te lichten waarop zij de verwachting baseert dat ziekenhuizen zich niet voornamelijk zullen gaan richten op winstgevende handelingen en daarmee de toegankelijkheid in gevaar brengen. Neemt de regering waarschuwingen van deskundigen, zoals hoogleraar chirurgie Johan de Lange niet serieus? De Lange wijst erop dat het nu al werkelijkheid begint te worden dat ingewikkelde patiënten worden afgehouden door ziekenhuizen. De leden van de SP-fractie vragen de regering of zij de mening deelt dat dit buitengewoon zorgwekkend is en of het de bedoeling is dat «onrendabele» patiënten straks alleen nog in academische ziekenhuizen terecht kunnen. In de MvT komt de regering niet veel verder dan de liberale geloofsbelijdenis dat door onderhandelingen in het vrije B-segment als vanzelf een marktconforme prijs tot stand zal komen. De leden van de SP-fractie vragen de regering om deze aanname te onderbouwen met cijfers en onderzoeken. De regering erkent wel degelijk dat het risico op patiëntselectie bestaat en voegt hieraan toe dat dit geen probleem is

zolang er maar genoeg ziekenhuizen voor complexe patiënten overblijven. De leden van de SP-fractie vragen de regering of het acceptabel is als een patiënt uit Maastricht met een complexe aandoening uitsluitend in Groningen terecht zou kunnen of omgekeerd. Indien de regering dit niet acceptabel vindt, vragen deze leden hoe dit wordt voorkomen. Als de regering daarentegen instemmend antwoordt, constateren de genoemde leden dat de beleidsdoelstelling van zorg dichtbij de burger een farce is. De regering schrijft dat, omdat de DOT-financiering meer rekening zou houden met zorgzwaarte dan de DBC's, er voor de behandeling van patiënten met een complexere problematiek een beter passende vergoeding komt waardoor deze behandelingen niet meer «per definitie» minder rendabel zijn. De leden van de SP-fractie vinden dit een weinig geruststellende formulering en vragen de regering om een toelichting op de formulering «per definitie».

De leden van de SP-fractie beschouwen de eenmalige toets door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) als een symbolische maatregel. Het betreft een abstracte toets op de randvoorwaarden en systemen in het ziekenhuis waarin vooral de papieren werkelijkheid en een opgepoetst bestuurdersverhaal de boventoon zullen voeren. Het eenmalige karakter wekt ook weinig vertrouwen. Genoemde leden vragen zich bovendien af of de IGZ de toenemende risico's als gevolg van winstuitkeringen en inmenging van kapitaalverschaffers in het zorgproces wel aankan, gelet op de problemen die deze instantie thans al ondervindt bij het toezicht op de zorg en de bescherming van burgers tegen misstanden in de zorg. Deze leden vragen de regering toe te lichten hoe op toenemende risico's voor de kwaliteit adequaat toezicht kan worden gehouden door een organisatie waarvan de eigen kwaliteit alom wordt betwijfeld.

Dat de toets door de IGZ kort voorafgaand aan de daadwerkelijke winstuitkering moet plaatsvinden, noemt de regering een bescherming tegen korte termijn investeerders. De leden van de SP-fractie vragen de regering wat de objectieve waarde van deze aanbeveling is, aangezien deze tot stand is gekomen op basis van «veldbijeentkomsten» met investeerders zelf. Dit type investeerders zou verder worden afgeschrikt door het gegeven dat aanbieders van medisch-specialistische zorg beperkte eigen reserves hebben. De leden van de SP-fractie vragen zich af hoe zich dit verhoudt tot de eis dat aanbieders over voldoende eigen vermogen moeten beschikken, alvorens winstuitkering wordt toegestaan. Waar ligt de balans tussen te weinig vermogen om winst te mogen uitkeren en te veel vermogen om aan de aandacht van sprinkhaankapitalisten te ontsnappen?

De waarborg dat pas winst mag worden uitgekeerd na een positieve beoordeling van de financiële reserves maakt op de leden van de SP-fractie geen indruk. De Raden van Toezicht krijgen slechts adviesrecht, omdat goedkeuringsrecht naar het oordeel van de regering de investeringsbereidheid in grote mate zou beperken. Deze leden kwalificeren ook deze waarborg als een symbolische maatregel zonder substantie en nodigen de regering uit deze stelling met argumenten te weerleggen.

Ten aanzien van de voorwaarde dat een ziekenhuis geen winst mag uitkeren als deze onder een Rijksgarantieregeling valt of steun van de NZa krijgt, merkt de regering op dat publieke steun zich niet verhoudt met winstuitkering aan private partijen. Met deze opmerking zijn de leden van de SP-fractie het van harte eens, maar zij vragen de regering of niet het hele voorliggende wetsvoorstel strijdig is met het genoemde uitgangspunt. Voorziet het hele wetsvoorstel immers niet in het doorsluizen van publiek opgebracht (premie)geld naar private zakken? Deze leden vragen de regering of deze stelling juist is en, indien de

regering hierop ontkennend antwoordt, hoe zij daadwerkelijk voorkomt dat publiek geld in private zakken verdwijnt.

De leden van de **D66-fractie** stellen vast dat er extra risico's kleven aan het toestaan van winstuitkering in de ziekenhuiszorg. De D66-fractie vindt het van belang dat deze risico's zoveel mogelijk worden beperkt, waarbij de kwaliteit, continuïteit en toegankelijkheid van zorg centraal dienen te staan. Deze leden pleiten daarom voor het uitsluiten van investeerders die uitsluitend gericht zijn op korte termijn winstgevendheid. Gedreven door winst zou de prikkel om concessies te doen aan de kwaliteit te groot kunnen zijn. De regering wil dit effect ondermeer voorkomen door het opleggen van een termijn van drie jaar voordat winst mag worden uitgekeerd. Bij private equity wordt doorgaans gewerkt met een termijn van minimaal vijf jaar. De leden van de D66-fractie willen daarom graag een nadere toelichting op de keuze voor een termijn van drie jaar.

De leden van de D66-fractie voorzien dat gereguleerde winstuitkering de kwaliteit van medisch-specialistische zorg verder kan verbeteren. Aandeelhouders zijn immers gebaat bij een optimale kwaliteit van het zorgaanbod van de aanbieder waarin zij investeren. Maar om deze kwaliteitsverbetering daadwerkelijk te realiseren en te meten, moet de kwaliteit inzichtelijk zijn voor zowel aandeelhouders, zorgverzekeraars als patiënten. Om kwaliteit inzichtelijk te maken, is het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren van groot belang. Deze ontwikkeling komt nu nog onvoldoende op gang. Deelt de regering de mening van de D66-fractie op dit punt? De regering laat de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren nu volledig over aan het veld. Is de regering bereid meer dwingend op te treden als het gaat om de ontwikkeling van deze indicatoren? Welke maatregelen neemt de regering nog meer om de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren te stimuleren?

De leden van de D66-fractie zien als groot risico van het voorliggende voorstel dat het toelaten van nieuw kapitaal stimuleert dat ziekenhuizen op macroniveau meer productie gaan draaien om zo de winst te verhogen. Genoemde leden achten het een zeer onwenselijke ontwikkeling, indien aanbieders door het nieuwe wetsvoorstel worden geprikkeld tot overbehandeling en de praktijkvariatie zal toenemen. Deze leden willen te allen tijde voorkomen dat het voorliggende wetsvoorstel zal leiden tot verspilling van zorggeld. Zij delen de mening van de regering dat zorgverzekeraars een belangrijke rol kunnen spelen bij de macrobeheersbaarheid. De leden van de D66-fractie zijn echter van mening dat er ook beperkende prikkels moeten zijn aan de kant van de aanbieders. Wil de regering daartoe de mogelijkheid onderzoeken? Hoe denkt de regering dat populatiebepoorting waarbij samenwerking tussen de eerste en tweede lijn wordt gestimuleerd, daarin een rol kan spelen?

De toegankelijkheid van zorg is in Nederland geregeld via de zorgplicht. Die verplicht verzekeraars ervoor te zorgen dat hun verzekerden voldoende toegang hebben tot zorg waar zij wettelijk recht op hebben. Het voorliggende wetsvoorstel bergt het risico in zich dat ziekenhuizen aan patiëntselectie gaan doen door zich uitsluitend te richten op economisch rendabele patiënten. De rol van de zorgverzekeraars is om daar tegenwicht te bieden. De leden van de D66-fractie zijn blij dat de regering de NZa opdracht geeft te monitoren of winstuitkering leidt tot patiëntselectie. Is deze monitoring permanent van aard? Welke maatregelen voorziet de regering indien patiëntselectie toch zal plaatsvinden?

Volgens het voorliggende voorstel moeten zorgaanbieders die winst willen uitkeren eerst de raad van toezicht om advies vragen. De regering kiest in dit geval niet voor een goedkeuringsrecht, omdat uit veldraadple-

gingen blijkt dat dit de investeringsbereidheid zou beperken. Op welke veldraadplegingen wordt hier gedoeld? Kan de regering toelichten waarom zij bang is dat een goedkeuringsrecht de bereidheid om te investeren zou beperken? Zijn er aanwijzingen dat de raden van toezicht onevenredig vaak winstuitkering zouden tegenhouden bij een goedkeuringsrecht? Welke motieven zouden zij daar dan precies voor hebben?

De leden van de D66-fractie constateren dat de regering een eenmalige extra kwaliteits- en veiligheidstoets introduceert die plaatsvindt voordat het een zorgaanbieder (na drie jaar) is toegestaan winst uit te keren. Deze leden vinden het van het grootste belang dat de kwaliteit van de zorg te allen tijde gewaarborgd blijft. De regering geeft aan deze maatregel te hebben afgewogen tegen zwaardere maatregelen, zoals het opleggen van een nieuwe driejaarstermijn bij elke nieuwe investering. Zij begrijpen de praktische bezwaren op dit punt, maar vragen of de regering ook nog andere alternatieven heeft overwogen. Waarom wordt bijvoorbeeld niet gekozen voor een periodieke kwaliteits- en veiligheidstoets?

De regering stelt dat zorgaanbieders die winst uitkeren moeten voldoen aan solvabiliteitseisen alvorens winst wordt uitgekeerd. Na afsluiting van het boekjaar dient er ruimte te zijn op de balans van een onderneming om winst uit te keren, zonder dat dit ten koste gaat van de continuïteit van de onderneming. De leden van de D66-fractie delen de mening dat waarborgen voor de financiële stabiliteit van het stelsel van gezondheidzorg van groot belang zijn. Deze leden vragen waarom deze toets alleen wordt neergelegd bij de raad van toezicht. Heeft de regering eveneens overwogen om die toets neer te leggen bij de NZa? Indien nee, waarom niet?

De leden van de D66-fractie beschouwen de toename van de dynamiek in het systeem als een van de voordelen van het voorliggende wetsvoorstel. Dit betekent meer ruimte voor nieuwe aanbieders, die prikkelen tot een kwaliteits- en doelmatigheidsverbetering. Het betekent echter ook dat bestaande aanbieders het systeem kunnen verlaten. Een dreiging van faillissement is noodzakelijk om uit te sluiten dat aanbieders exceptionele risico's nemen. Aanbieders moeten niet achterover kunnen leunen met de gedachte dat de overheid bij de dreiging van een faillissement alsnog te hulp schiet. Dat betekent echter wel dat de continuïteit van zorg in gevaar kan komen. Een regeling die erin voorziet dat andere aanbieders direct de zorg van een failliete aanbieder kunnen overnemen is noodzakelijk. Kan de regering uiteenzetten hoe dat wordt vormgegeven? Genoemde leden vinden het extra belangrijk dat de cruciale zorg nooit in het geding mag komen. Een zekere mate van overheidsgaranties blijft dus nodig. Hoe wordt deze garantie ingevuld? Is de regering bereid de memorie van toelichting op genoemde punten uit te breiden?

De leden van de **ChristenUnie-fractie** merken op dat het verstandig is dat er randvoorwaarden zijn ontwikkeld voor het uitkeren van winst. Zo mag er geen winst uitgekeerd worden gedurende de eerste drie jaar na het moment van investeren, de winst mag pas worden uitgekeerd na een positieve beoordeling van vooraf gestelde minimumkwaliteitseisen door een onafhankelijke toezichthouder en mag de winst pas worden uitgekeerd na een positieve beoordeling van de financiële reserves. Deze leden lezen in de MVT dat het niet uit te sluiten is dat er enkele private investeerders zullen zijn die, vanuit hun winststreven, de kosten van zorg dusdanig verlangen dat daardoor de kwaliteit van zorg daalt. Deze leden vragen wat het risico is dat de kwaliteit van zorg naar een onacceptabel niveau daalt. Zij vragen wie er uiteindelijk verantwoordelijk is voor de continuïteit van zorg. Wie heeft uiteindelijk de verantwoordelijkheid voor het gepast inzetten van zorg, de investeerder of instelling?

Op basis waarvan is er gekozen voor de voorliggende waarborgen? Door de strikte voorwaarden verwacht men dat alleen investeerders als pensioenfondsen geïnteresseerd zullen zijn? Kan er worden omschreven waarop dit is gebaseerd? Welke onderzoeksresultaten liggen hieraan ten grondslag?

Deze leden vragen of er niet nog meer waarborgen in de wet ingebouwd kunnen worden om investeerders die alleen geïnteresseerd zijn in korte termijn winstgevendheid uit te sluiten, zodat bijvoorbeeld alleen investeringen worden toegelaten vanuit familiefondsen of pensioenfondsen?

Deze leden vragen toelichting op de verwachting dat het aanbod van zorg zal gaan stijgen door deze wetswijziging. Hoe kan worden voorkomen dat met het stijgen van het aanbod de vraag naar zorg ook zal stijgen?

Deze leden vragen hoe publieke belangen worden geborgd in dit wetsvoorstel. Op welke wijze krijgen ook patiëntenorganisaties een stevige rol in het zorgstelsel? Zij vragen op dit punt een nadere toelichting.

Deze leden vragen voorts een reactie op de volgende stelling: «Het voornaamste vraagstuk van de Nederlandse gezondheidszorg is de kostenontwikkelingen en juist op dat punt zijn de risico's aanzienlijk.» Hoe past valt dit wetsvoorstel uit te leggen in deze tijden van bezuinigingen?

In hoeverre is het wenselijk om kaders vast te stellen waarin de hoogte (inclusief een maximum) van de winstuitkeringen zijn bepaald? Wat zouden de voordelen en wat zouden de nadelen hiervan zijn?

Toezicht en handhaving

De leden van de **SP-fractie** constateren dat de regering nauwelijks mogelijkheden in het wetsvoorstel heeft opgenomen om in te grijpen. Deze leden verwijzen hierbij naar het volgende citaat uit de MvT: «Het meest afschrikwekkend is de boete die de NZa kan inzetten indien winst is uitgekeerd in strijd met de wet». Welke zeggenschap heeft de regering straks nog en welke invloed kan de gekozen volksvertegenwoordiging aanwenden als de boel ontspoot? In welke mate gaat de Tweede Kamer nog over de ziekenhuiszorg, en wat is hierover het oordeel van de regering? De leden van de SP-fractie verzoeken om een reactie op voorgaande constatering en vragen.

De leden van de **D66-fractie** achten het van wezenlijk belang dat het toezicht en de handhaving binnen het voorliggende wetsvoorstel gedegen wordt vormgegeven. Onrechtmatige winstuitkering moet voorkomen worden, omdat dit ten koste gaat van de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg voor de patiënt. Zij constateren dat naast de NZa de IGZ een belangrijke rol speelt in het toezicht op de voorliggende wet. De IGZ voert de kwaliteitstoets uit, en is belast met het kwaliteitstoezicht op de zorgaanbieders. Hoeveel capaciteit wordt hiervoor bij de IGZ vrijgemaakt? Is de regering voornemens bij invoering van deze wet de eerste jaren thematisch toezicht in te stellen?

De leden van de **ChristenUnie-fractie** vragen welke middelen medici hebben om ervoor te zorgen dat hun medisch handelen niet belemmerd of beïnvloed wordt door investeerders. Hoe kunnen raden van toezicht voldoende tegenwicht bieden aan de eisen van private investeerders? Welke middelen hebben zij in handen? Hoe worden zij beschermd? Hoe worden patiënten beschermd tegen mogelijke eisen van investeerders die ingaan tegen goede kwaliteit van zorg?

Deze leden vragen bovendien hoe er wordt voorkomen dat investeerders hoge kosten in rekening brengen bij ziekenhuizen door afnemen van advies en diensten.

Deze leden vragen voorts of het mogelijk is om een minimaal percentage van de winst besteed kan worden aan innovatie in het primaire proces.

Goed bestuur en de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz)

De governanceregels in de zorg zijn geschreven voor not-for-profit instellingen. De leden van de **VVD-fractie** hebben de volgende vragen. Moeten deze nu ook toegespitst worden op for-profit instellingen? Sluit de Wcz in voldoende mate aan op de veranderingen die verwacht worden in de zorgsector naar aanleiding van voorliggend wetsvoorstel? Zo ja, kan de regering dit toelichten? Zo nee, hoe wil de regering de Wcz aanpassen?

De aandeelhouder krijgt een fikse vinger in de pap, maar mag niet op de stoel van de bestuurder gaan zitten, zo lezen de leden van de **CDA-fractie** in de MvT. Hoe kan gegarandeerd worden dat de zorginhoudelijke zeggenschap volledig blijft bij het Bestuur?

De regering schrijft dat aandeelhouders belangrijke beslissingen mogen nemen zoals de wijziging van statuten en het benoemen van bestuurders, maar dat zij niet op de stoel van de bestuurder mogen zitten. De leden van de **SP-fractie** vragen de regering toe te lichten hoe onafhankelijk een bestuurder nog kan opereren als de aandeelhouder invloed kan uitoefenen op de benoeming van bestuurders. Kan de regering toelichten hoe voorkomen wordt dat een bestuurder fungeert als marionet van de aandeelhouders doordat hij ofwel door hen is geïnstalleerd dan wel hen te vriend moet houden om zijn eigen positie te beschermen.

De regering stelt dat aan de Raad van toezicht onafhankelijkheidseisen worden gesteld, maar vermeldt hierbij dat aandeelhouders niet zijn uitgesloten van lidmaatschap van de Raad van toezicht omdat dit de investeringsbereidheid te zeer zou beperken. De leden van de SP-fractie constateren dat van enige onafhankelijkheid op deze manier geen sprake kan zijn en vragen de regering om een inhoudelijke reactie.

Met de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) zegt de regering onder meer versterking van de cliëntenraad te beogen. De leden van de SP-fractie vragen de regering een reactie op de stelling dat deze versterking in de medisch-specialistische zorg geen betekenis heeft, aangezien een cliëntenraad slechts verplicht is bij zorgaanbieders die zorg met verblijf leveren. Daarnaast vragen deze leden de regering welke waarborg de rol van de cliëntenraad vormt in het voorliggende wetsvoorstel. Dat de cliëntenraad naar de Ondernemingskamer kan stappen vanwege wanbeleid en dat in een eventuele vervolprocedure bij de rechter bestuurders of toezichthouders kunnen worden ontslagen, vinden de leden van de SP-fractie geen waarborg. Het wanbeleid heeft dan immers al kunnen plaatsvinden, terwijl waarborgen naar het oordeel van genoemde leden dienen om wanbeleid juist te voorkomen. Deelt de regering deze opvatting, vragen zij. Deze leden vragen de regering daarnaast hoe een cliëntenraad, zo deze al een rol van betekenis krijgt, in de praktijk kan opboksen tegen bestuurders en aandeelhouders vergezeld van een batterij dure advocaten.

De leden van de SP-fractie vragen naar de opvatting van de regering over de professionele autonomie van zorgverleners, in het bijzonder medisch specialisten. Genoemde leden vrezen dat deze autonomie zal worden aangetast onder druk van de belangen van aandeelhouders en een

marktgeoriënteerd ziekenhuisbestuur. Hoe kan de regering garanderen dat de professionele autonomie gehandhaafd blijft en dat medici niet verworden tot instrumenten om winst voor aandeelhouders te genereren?

De leden van de SP-fractie vernemen graag hoe de regering aankijkt tegen de zorgrelatie tussen arts en patiënt in het licht van marktwerking en winstuitkeringen. Meent de regering dat het bevorderlijk is voor het vertrouwen indien een patiënt zich moet afvragen of de specialist handelt vanuit medische noodzaak of vanuit winst oogmerk?

Uit het voorliggende wetsvoorstel vloeit voort dat aandeelhouders belangrijke beslissingen mogen nemen over de wijziging van statuten, fusies en benoemingen van bestuurders.

De leden van de **D66-fractie** willen er expliciet voor waken dat de aandeelhouders niet de rol van de bestuurders of artsen overnemen. Welke middelen heeft een bestuur tot zijn beschikking indien een aandeelhouder die positie toch tracht in te nemen, door ongeoorloofde (beleids)beïnvloeding toe te passen?

De leden van de D66-fractie willen in het kader van goed bestuur graag een toelichting op het besluit om aandeelhouders toe te laten tot de raad van toezicht. Hoe verhoudt dit zich tot het adviesrecht dat de regering de raad van toezicht wil geven? Het is immers voorstelbaar dat een aandeelhouder sneller geneigd zal zijn winstuitkering toe te staan. In hoeverre is deze dan nog in staat een onafhankelijk advies te geven?

Samenhang Europees en internationaal recht

De leden van de **VVD-fractie** ontvangen graag antwoord op de volgende vragen. Is de regelgeving in Duitsland, Zweden en Frankrijk ten aanzien van winstuitkering door ziekenhuizen anders dan voorliggend wetsvoorstel? Zo ja, op welke punten?

De regering stelt dat de randvoorwaarden bij het voorliggende wetsvoorstel strijdig kunnen zijn met de regels voor vrij verkeer van kapitaal zoals vastgelegd in artikel 63 van het Verdrag betreffende de Werking van de Europese Unie (VWEU). Tegelijkertijd stelt de regering dat uit jurisprudentie blijkt dat nationale regeringen veel ruimte hebben om in de zorg eigen afwegingen te maken. De leden van de **SP-fractie** zijn verheugd met deze constatering, maar vragen de regering waarom zij in recente discussies over de thuiszorg en ambulancezorg een tegenovergesteld standpunt heeft ingenomen. Kennelijk worden de Europese regels naar believen geïnterpreteerd zoals het de regering uitkomt. De leden van de SP-fractie vragen de regering wel toe te lichten wat er gebeurt, mocht er andere jurisprudentie komen die de – overigens zeer magere – waarborgen in het voorliggende wetsvoorstel onderuit haalt. De regering meent dat deze waarborgen noodzakelijk zijn om de risico's van winstuitkeringen voor kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de zorg weg te nemen of tot een aanvaardbaar niveau terug te brengen. Mogen de leden van de SP-fractie concluderen dat de winstuitkeringen ongedaan zullen worden gemaakt als in het wetsvoorstel opgenomen waarborgen niet Europaproof zouden blijken te zijn?

Budgettaire aspecten

De leden van de **PVV-fractie** willen weten of en waarom de regering ervan overtuigd is dat de verwachte efficiency-effecten minimaal de winstuitkeringen zullen overtreffen. Hoe gaat dit gemeten worden, en wat gaat de regering doen indien dit niet gehaald wordt?

Onderzoek en consultatie

Ter voorbereiding van het wetsvoorstel heeft de regering uitgebreid onderzoek gedaan, zo constateren de leden van de **CDA-fractie**; o.a. een verkennend onderzoek naar de ziekenhuiszorg in de regio Stockholm, waar de overheid (in Zweden vaak eigenaar van ziekenhuizen) alle aandelen van het St Göransziekenhuis verkocht aan een private investeerder. De bedrijfsvoering leidde tot minder grote kostenstijging en meer concurrentiedruk van het St Göransziekenhuis op de kostenefficiënte van omliggende ziekenhuizen. Waar de overheid eigenaar van ziekenhuizen is, ontbreekt vaak de prikkel tot doelmatig werken met betere kwaliteit als oogmerk. Die prikkel proberen wij juist aan te brengen in ons nieuwe zorgstelsel door de positie van de zorgverzekeraars. Kan de regering aangeven waar precies de extra impuls zit van de externe investeerder of was deze uitkomst ook mogelijk geweest met de rol die in Nederland de zorgverzekeraar heeft?

De leden van de **ChristenUnie-fractie** vragen in hoeverre er ook gekeken is naar draagvlak onder ziekenhuizen en specialisten voor deze wet? Zo is uit onderzoek van Medisch Contact gebleken dat driekwart van de Nederlandse medisch specialisten niets voelt voor deze wetswijziging. Deze leden vragen wat de reden is dat 10 tot 15% van de ziekenhuizen in Zweden, Duitsland en Frankrijk gebruik maakt van de mogelijkheid om winst uit te keren. Waarom is dit percentage niet hoger? Op welke wijze kan deze groep ziekenhuizen onderscheiden worden t.o.v. andere ziekenhuizen?

Deze leden merken op dat door de strikte voorwaarden niet alle instellingen privaat kapitaal zullen kunnen aantrekken. Zij vragen hoeveel instellingen er nu al voldoen aan de gestelde voorwaarden.

Overig

Naar de mening van de leden van de **PvdA-fractie** is er nog een aantal zaken die in de MvT onterecht onbesproken blijven. Deze leden wijzen er op dat in de MvT niet wordt ingegaan op het onderwerp preventie. Preventie kost de hulpverlener extra tijd, en levert vaak geen direct financieel voordeel, maar heeft vaak grote positieve gevolgen voor de gezondheid van de patiënt. Uit het onderzoek van Boer en Croon (2010) komt naar voren dat investeerders de zorg een aantrekkelijke markt vinden om in te investeren onder andere omdat de omvang van de markt blijft groeien door de vergrijzing. Een effectief preventiebeleid leidt er toe dat de zorgvraag juist minder wordt. Welke prikkel gaat er van deze wet uit naar het inzetten op preventie? Verwacht de regering dat artsen in hun consult meer of minder aandacht en tijd zullen besteden aan preventie na invoering van deze wet? Graag ontvangen zij een toelichting op dit punt.

Tot slot wijzen de leden van de PvdA-fractie er op dat een aandeelhouder in grote mate invloed op de bedrijfsvoering kan hebben waarbij winst niet het enige belang zal zijn. Deze leden wijzen op de mogelijkheid dat bijvoorbeeld een farmaceutisch bedrijf aandeelhouder wordt van een ziekenhuis en dat daarmee private belangen van grote invloed kunnen worden op de gegeven zorg en medicatie in dat ziekenhuis. Kan de

regering aangeven of, en zo ja hoe, zij kan garanderen dat de zwaarwegende privé belangen van de investeerder de zorgverlening niet gaan beïnvloeden?

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

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