

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. 6

VERSLAG VAN EEN RONDETAfelGESPREK

Vastgesteld 3 mei 2012

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 13 april 2012 gesprekken gevoerd over:

- **winstuitkering in de ziekenhuiszorg ter voorbereiding van de behandeling van wetsvoorstel Voorwaarden voor winstuitkering aanbieders medisch-specialistische zorg (33 168).**

Van deze gesprekken brengt de commissie bijgaand stenografisch verslag uit.

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

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

Voorzitter: Smeets
Griffier: Teunissen

Aanwezige leden: Dijkstra, Gerbrands, Smilde, Voortman, Wiegman-van Meppelen Scheppink, Van Veen, Leijten, Van Gerven, Mulder en Smeets.

Aanvang 10.00 uur

Gesprek met:

J. van den Heuvel, directeur Reinier de Graaf-Ziekenhuis

Mw. W. Wind, NPCF

D. Plantinga, partner PWC

J. van Roon, partner Boer en Croon

Prof. dr. ir. G. van Dijk, Nyenrode Business Universiteit

Mw. A. Erbudak, Slotervaart Ziekenhuis

B. Heesen, Orde van Medisch Specialisten

De **voorzitter**: Ik open de vergadering en heet onze gasten van harte welkom. Het is fijn dat u de tijd heeft genomen ons te woord te staan. Ik verwacht nog één gast; ik ga ervan uit dat zij later aanschuift. Ik heet het publiek op de publieke tribune welkom en ook onze geachte afgevaardigden. Ik stel de gasten het volgende voor. Ik geef u alleen heel kort de tijd om een statement te maken. Vervolgens mogen de Kamerleden om de beurt een vraag stellen. Ik vind het altijd zeer interessant als u op elkaar reageert. Als u dat wenst, kunt u mij dat laten weten. Wij maken een woordelijk verslag van dit rondetafelgesprek.

De heer **Van den Heuvel**: Voorzitter. Hartelijk dank voor de uitnodiging. Mijn naam is Jaap van den Heuvel en ik ben voorzitter van de raad van bestuur van het Reinier de Graaf Gasthuis in Delft. Ik ben geen voorstander van oneliners, want daarvoor is de problematiek te ingewikkeld. Het lijkt mij geen goed idee om winst uit te keren, want naar mijn mening zijn er goedkopere manieren om aan geld te komen voor ziekenhuizen.

Mevrouw **Wind**: Voorzitter. Ik dank u voor de uitnodiging. Mijn naam is Wilma Wind. Ik vertegenwoordig de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie. Ik ga tweemaal zoveel tijd nemen. Dat mag? De doelstellingen die hiermee moeten worden bereikt, zijn van groot belang. In de brief van de minister staat dat zij kwaliteitsverhoging en een verhoging van de efficiency verwacht. Het is misschien voor een deel een kwestie van geloof, maar met een terugverdientermijn van drie jaar trek je niet de degelijke investeerders aan waarmee je die doelstellingen wilt bereiken. Vaak gaat het om pensioenfondsen die voor lange tijd in ziekenhuizen gaan investeren. Dat gaat in goed overleg, met aandacht voor kwaliteit en patiëntenparticipatie. Dan valt er met ons over te praten. Om die reden hebben wij gezegd dat wij niet tegen zijn, maar dat wij wel sterk aan de voorwaarden hechten.

De werkelijkheid is eerder dat hier private investeerders op afkomen. Je ziet dat ook in andere sectoren, zoals de industrie. Men wil snel scoren en 15% tot 20% rendement maken. In dat geval ben ik net zo tegen als de heer Van den Heuvel. Wij zitten daar absoluut niet op te wachten, sterker nog, het dient vermeden te worden. Het moet gaan om geld dat goedkoop beschikbaar is en wel voor een lange termijn. Het moeten degelijke investeerders zijn. Met de huidige randvoorwaarden en een korte termijn gaat er iets gebeuren wat wij niet willen. Ik wijs daarnaast nog op het effect op het management, dat bonussen gaat verdienen. In mijn brief heb ik al gezegd dat dit te allen tijde vermeden dient te worden.

Er moet van alles worden gedaan om de kwaliteit te verhogen. Het probleem in de zorg is echter dat er heel weinig bekend is over kwaliteit.

Dat is al heel lang zo. Wij moeten elkaar nog meer verplichten kwaliteit te leveren.

Ik heb het idee dat alle partijen in de zorg, de verzekeraars, de aanbieders en de patiënten, hun handen meer dan vol hebben om het stelsel houdbaar, solidair en kwalitatief op orde te houden. Alle inspanningen moeten erop gericht zijn dat te bewerkstelligen. Ik vrees dat het voorstel een zekere onrust veroorzaakt. Wij kunnen het beter even laten liggen.

De heer **Plantinga**: Voorzitter. Ik dank de Kamer voor de uitnodiging. Mijn naam is Douwe Plantinga. Ik ben partner bij PWC. Wij zijn zeer nadrukkelijk voorstander van regulering, die echter verder moet gaan dan in het huidige voorstel staat. Ik ga een aantal punten langs om dat uit te leggen. Wij denken dat er enkele problemen zijn die moeten worden opgelost als wij de zorg betaalbaar willen houden en ook beter willen maken. Veel zorginstellingen hebben te weinig eigen vermogen om te investeren. Er zijn mogelijkheden om geld aan te trekken. De invloed van degene die het geld verstrekt, is niet gereguleerd. Een bank die geld verstrekt, kan zijn eigen voorwaarden stellen. Dat zou niet mogen. Met het aantrekken van vreemd vermogen moet de invloed van degene die geld verstrekt, worden gereguleerd. Dat vinden wij zeer belangrijk.

Het kwaliteitsaspect vinden wij eveneens belangrijk. De kwaliteit is momenteel niet goed meetbaar. Dat zou wel zo moeten zijn. Hoe dat precies moet, is een ingewikkelde zaak. Wij zijn van mening dat de kwaliteit verder moet worden versterkt en dat de aandeelhouders daarbij een rol kunnen spelen. Zij hebben belang bij een goede kwaliteit, want die zorgt voor een goede continuïteit. Als er een goede kwaliteit is, is er ook meer aandacht voor het proces en dat levert weer efficiencywinst op. Een ander probleem binnen ziekenhuizen is de dualistische positie van medisch specialisten en de ziekenhuisorganisatie. De belangen zijn daar niet gelijkgericht. De mogelijkheid om te participeren zou ook voor medisch specialisten moeten gelden. Hetzelfde geldt voor de gehele omgeving van het ziekenhuis, waarbij ik denk aan andere personeelsleden en stakeholders.

Mevrouw Wind zei zojuist al dat het gaat om pensioenfondsen. Dit voorstel is in eerste instantie aantrekkelijk voor institutionele beleggers en partijen die een lange adem hebben. Het mag niet gelden voor iedereen die op korte termijn geld wil verdienen; daarvoor is het belang veel te groot.

De problemen zijn er en moeten worden opgelost. Daarvoor is een strakke regulering nodig. Er is geen sprake van een echte markt voor zorg. Een ziekenhuis is geen koekjesfabriek. Het is een heel bijzondere wereld en daar hoort regulering bij.

Als er een winstuitkering komt, moet er ook meer aandacht voor de kwaliteit zijn. De kwaliteit is nu niet meetbaar. Verzekeraars kopen nu al niet in op basis van kwaliteit, want zij hebben daar geen zicht op. Een ander belangrijk punt is het onderscheid tussen publiek en privaat. Dat is momenteel enigszins vaag. Wat is gemeenschappelijk dat moet worden geborgd en wat mag meer worden vrijgegeven? Die keuze moet worden gemaakt.

De zorg is van ons allemaal en dat betekent dat er een groot maatschappelijk belang is waarvoor regulering geldt. De voorwaarden die nu zijn gesteld, vinden wij te beperkt. Er behoren normen te worden gesteld aan de feitelijk gerealiseerde kwaliteit. In het wetsvoorstel staat dat er moet worden gekeken naar de systemen. Wij vinden echter dat je moet kijken naar de uitkomst. Er behoren eisen te worden gesteld aan de hoogte van het eigen vermogen van de zorgaanbieder. Er moet geen eenmalige kwaliteits- en veiligheidstoets te komen, maar een periodieke. Ik denk daarbij aan een «licence to operate», die kan worden ingetrokken als iemand zijn werk niet meer goed doet. Wij zijn voorstander van het

voorstel, maar wel met een strakke regulering. Uiteindelijk is dat goed voor ons zorgstelsel.

De heer **Van Roon**: Voorzitter. Hartelijk dank voor de uitnodiging. Mijn naam is Jeroen van Roon. Ik ben partner bij Boer en Croon. Wij vinden de gedachte om winstuitkeringen toe te laten in de ziekenhuiszorg een verstandig idee. De hoofdcriteria aan de hand waarvan beleid tegen zorg worden afgewogen, zijn de vragen of het betaalbaar, goed voor de kwaliteit en toegankelijk is. Op alle criteria heeft het toestaan van een winstuitkering een positief effect.

Op dit moment wordt de gezondheidszorg onder andere gekenmerkt door relatieve afwezigheid van conjunctuurschommelingen. Er is weliswaar sprake van kapitaalschaarste, maar er zijn geen grootschalige conjunctuurschommelingen. De combinatie van kapitaalschaarste en de afwezigheid van conjunctuurschommelingen maken de gezondheidszorg tot een niet heel innovatieve bedrijfstak wat processen en organisatievormen betreft. Dat is slecht voor de innovatie. Innovatie is absoluut nodig om de gezondheidszorg op lange termijn voldoende productief te houden, zodat aan de zorgvraag kan worden voldaan. Wij hebben de maatschappelijke plicht om een impuls te geven aan de productiviteit in de zorg. Wij denken dat privaat kapitaal, in combinatie met deze winstuitkering, daaraan een impuls kan geven.

Wij zijn overigens absoluut van mening dat je dit niet zomaar moet loslaten op de zorg. Het heeft waarborgen nodig. De voorgestelde waarborgen zijn verstandig. Wij willen daaraan toevoegen, evenals PWC, dat er niet slechts eenmalig, maar periodiek moet worden getoetst. Wij bepleiten dringend een aantal aanvullende kenmerken voor de zorg te cultiveren. Vooral de kwaliteitstransparantie moet onder alle omstandigheden worden bevorderd, zeker ook indien wij verdergaan op het pad van vraagsturing. De logische consequentie daarvan is de vrije keus in organisatievorm.

Indien wij winstuitkeringen toestaan, zal dat voor de ziekenhuiszorg een relatief nieuw spel zijn, maar niet voor de private financiers. Het is niet onmiddellijk een gelijk speelveld. Wij raden aan het ziekenhuiswezen te laten helpen door de samenleving, de politiek of het bestuur, zodat er geen beginnersfouten worden gemaakt. Dat risico bestaat en dan is ieder incident meteen een heel ernstig incident en dat moet worden voorkomen. De introductie moet zorgvuldig omkleed plaatsvinden.

De heer **Van Dijk**: Voorzitter. Mijn naam is Gert van Dijk. Ik ben hoogleraar theorie en praktijk van de coöperatieve onderneming aan Nyenrode en social venturing economics aan de universiteit van Tilburg. Ik dank de Kamer voor de uitnodiging. Men gaat ervan uit dat winstuitkering nodig is om kapitaal aan te trekken. De praktijk van het coöperatieve ondernemerschap bestrijdt die stelling. In tegenstelling tot mijn buurman denk ik niet dat winstuitkering een voorwaarde is voor innovatie, noch voor ondernemerschap in de zorg. In een coöperatieve onderneming pak je het als volgt aan. Je stelt je doelen in niet financiële termen. Tegelijkertijd is het bekend dat het een coöperatie nooit goed kan gaan als er geen winst wordt gemaakt. Alle winst is echter bestemmingswinst om de doelen te bereiken en is nadrukkelijk gekoppeld aan eigenaarschap. De gebruikers die ermee te maken, toetsen de onderneming. Dat is strak met elkaar verbonden. Het verloopt via een gedisciplineerde toetsing. Er wordt gekeken of het bedrijf nog doet waarvoor het is bedoeld.

In de sector waarover wij nu spreken, kunnen investeringen worden gedaan om doelen te bereiken. Ik verwijs naar nieuwe initiatieven van pensioenfondsen die samen met internationale instellingen, zoals de Mayo Clinic en universiteiten, innovatieve trajecten opstellen. Zij leggen vast wat zij over een bepaalde tijd willen bereiken. De winst die wordt gemaakt, wordt geherinvesteerd in hetzelfde project. De fondsmanagers

worden niet beloond voor exit of toename van kapitaal, maar gewoon voor het werk dat ze doen. Het blijkt dan heel goed mogelijk om kwalitatief zeer goede mensen aan te trekken. Dat is geen probleem. Er zijn enkele nieuwe voorbeelden van horizontale vormen van coöperatie in de zorg. Wij zien dat bijvoorbeeld bij het Haga Ziekenhuis en het Reinier de Graaf Gasthuis. Er zijn ook verticale vormen. De eerste trial, weliswaar uit nood geboren, was het Vlietlandziekenhuis. Medisch specialisten zijn zeer geïnteresseerd om de eigenarenrol mede vorm te geven. Dat betekent niet dat zij de ondernemers of de toezichthouders van het ziekenhuis zijn; dat kunnen zij overlaten aan de professionals. Het betekent wel dat zij altijd zelf blijven toetsen.

Mevrouw **Erbudak**: Voorzitter. Hartelijk dank voor de uitnodiging. Ik vertegenwoordig het Slotervaartziekenhuis. Ik kan mij grotendeels aansluiten bij de heren Van Roon en Plantinga. In de zorgsector is momenteel sprake van een grote vorm van ongelijkheid. Ziekenhuizen worden geconfronteerd met allerlei beperkingen, waaronder het al dan niet het mogen uitkeren van winsten. Dit staat los van het feit dat hier een discussie wordt gevoerd over de eisen die mogen worden gesteld aan aandeelhouders en het al dan niet uitkeren van winsten. In het landschap van de ziekenhuiszorg zitten de verzekeraars met de ziekenhuizen om de tafel om te proberen de doelmatigheidskortingen door te schuiven naar de zogenaamde zelfstandige behandelcombinaties. Het zijn commerciële bedrijven. Als een ziekenhuis moet concurreren met bedrijven die vanuit dezelfde publieke middelen worden gefinancierd, maar dan zonder enige vorm van voorwaarden, begrijp ik niet waarom men in Nederland zo ingewikkeld doet. Men zadelt juist een kleine groep ziekenhuizen op met extra voorwaarden die hen beperkt in het vrije ondernemerschap.

Ik vind het een goed signaal dat ook ziekenhuizen winsten mogen uitkeren. Zij mogen straks kiezen of zij aandeelhouders willen aantrekken, of dat nu medisch specialisten zijn of niet. Ik ben zelf een groot tegenstander van participatie van medisch specialisten in het eigen ziekenhuis. Ik geloof niet dat dit bijdraagt aan een gezond werkklimaat. Een ziekenhuis hoeft niet alleen maar winst te maken. Wat gebeurt er als een medewerker qua loon afhankelijk van het ziekenhuis is en er verlies wordt geleden? Op de lange duur levert dit ongezonde werksituaties op.

De overheid mag geen regels stellen voor participatie in aandelen van een onderneming. De zorgsector moet zich zo dicht mogelijk kunnen aansluiten bij de rest van het bedrijfsleven, waar de overheid ook geen voorwaarden stelt. De markt lost in principe de eigen problemen op. Dat neemt niet weg dat bij de zorg kwaliteitseisen moeten worden gesteld. Daarin is echter voldoende voorzien. Wij hebben een goed functionerende Inspectie voor de Gezondheidszorg die met allerlei toetsingskaders werkt. Er wordt getoetst of een onderneming een commerciële instelling is. Dat zou kunnen leiden tot aanwijzingen of aanvullingen, of tot het intrekken van de vergunning. Wat het uitkeren van winsten betreft, vind ik dat ziekenhuizen het recht hebben om net als iedere andere onderneming in de samenleving te functioneren.

De heer **Heesen**: Voorzitter. Mijn naam is Bart Heesen. Ik ben directeur van de Orde van Medisch Specialisten. Ik dank de Kamer voor de uitnodiging. Winstuitkering vinden wij een primaire politieke afweging. Binnen de samenleving zijn voor- en tegenstanders te vinden. Een recent artikel in het Medisch Contact laat zien dat tweederde van de specialisten tegen winstuitkering is. Het is een steekproef waarop van alles valt af te dingen. Er zijn echter ook voorstanders die de werking lauderen; zij noemen dan de doelmatigheid, de efficiency, het binnenhalen van vreemd kapitaal en de innoverende behandelingen.

In het Medisch Contact worden ook andere voorbeelden genoemd. De specialisten pakken het dan zelf op. Onder het kopje «Zeeuwse zuinigheid redt ziekenhuis» staat dat wat het brandend platform ook is, professionals intern samen de zaken kunnen oplossen.

Een stuk dat aardig is om te lezen, is een column van de voorzitter van de KNMG «Vorm volgt inhoud». De column is misschien niet zo aardig, want er staan voors en tegens in. Aan het eind staat er echter een referentielijstje van artikelen, waarin staat dat winstuitkering niet altijd tot betere zorg leidt.

Onze orde heeft een brede achterban. Wij zeggen dat het een primair politiek gegeven is. Als tot winstuitkering wordt overgegaan, dienen de randvoorwaarden in ieder geval adequaat te zijn. De heer Plantinga van PWC heeft daarover al iets gezegd. Kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid zijn al genoemd. Wat niet is genoemd, is de opleidingscapaciteit. Medisch specialisten moeten worden opgeleid. Hoe wordt daarmee omgegaan? Willen medische instellingen straks medisch specialisten gaan opleiden, of kost dat teveel tijd en energie? Als het wetsvoorstel wordt aangenomen, dienen er wel een paar zaken te worden aangescherpt. Professionele autonomie dient nadrukkelijk geborgd te blijven. Bepaalde rechtspersonen dienen uitgesloten te worden van investering in ziekenhuizen; durfkapitalisten of mensen die een hoog rendement verwachten, mogen niet naar binnen. De medische staf moet wel degelijk betrokken zijn bij de financiering en ook zelf kunnen investeren. Wat dat betreft, ben ik het niet eens met de vorige spreker. Medeaandeelhouder-schap werkt ook in het gewone bedrijfsleven goed, of het nu om een coöperatieve vorm of een andere vorm gaat. Zoals ik al zei, moet de opleidingscapaciteit geborgd blijven.

De voorzitter: Wij hebben een bijzondere gast in ons midden, namelijk de minister van Volksgezondheid van Aruba. Ik heet hem welkom. Ik geef nu het woord aan de Kamer.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Het is interessant om meteen de verschillen waar te nemen. Ik vond het bijzonder dat de eerste spreker zij niet van oneliners te houden en vervolgens met een oneliner volstond. Ik wil graag iets meer van hem weten. Wij hebben in de position paper al iets kunnen lezen. De heer Van den Heuvel zei dat er goedkopere manieren zijn om aan geld te komen. Ik wil graag van hem horen hoe hij dat voor zich ziet. Ik wil ook graag dat de gasten op elkaar reageren. Er zijn voorstanders van winstuitkeringen in de zorg, maar dan wel onder strenge voorwaarden. Mevrouw Erbudak wil helemaal geen voorwaarden. Zij zegt dat de markt dat zelf moet uitmaken. Wij hebben ook de anderen gehoord. De voorzitter moet zeggen of de gasten op elkaar mogen reageren.

De voorzitter: De reacties zullen straks vanzelf wel loskomen.

De heer **Van den Heuvel:** Nu iedereen de tijd neemt, doe ik dat ook maar even. Ik zal eerst reageren en daarna beantwoord ik de vragen van mevrouw Dijkstra. De uitspraak dat wij niet willen innoveren, schoot bij mij in het verkeerde keelgat. Het slaat echt nergens op. Gisteren is onze manager, teamleider van de verpleegafdeling, toevallig «Talent van het jaar» geworden bij Zorgvisie. Er werd en passant verteld dat wij de ligduur voor heupoperaties hebben teruggebracht van zes dagen naar twee dagen. Dat is vanuit eigen motivatie en kwaliteitsoverwegingen tot stand gebracht. Iedereen vindt dat een goede zaak. Die patiënten moeten niet in bed liggen; je moet ze er meteen uithalen. Je moet een andere vorm van anesthesie gebruiken, andere operatietechnieken, andere verpleging en andere fysiotherapie. Dat gebeurt met een teamleider en

een orthopeed die er zin in hebben. Dat innovatieargument vind ik dus echt lariekoek. Ik wil dat nadrukkelijk gezegd hebben. De geldkwestie kun je op twee manieren bekijken. Vroeger hadden wij veel goedkoper geld, omdat er een borging was. Als je ging bouwen, was er een zekere mate van veiligheid als je aan de onderkant van de mogelijkheden zat. Ik wil niet terug naar het bouwcollege, want daar zaten andere perverse prikkels in. Als iemand ooit eens marginaal orders had getoetst om te kijken of ze wel zin hadden, waren ze er nooit gekomen. Nu heeft de Staat er misschien wel tientallen of honderden miljoenen in moeten steken. Als er even naar gekeken was, was dat waarschijnlijk nooit gebeurd. Dat het wel is gebeurd, is overigens een politieke actie geweest. Het is allemaal buitengewoon dubieus. Met een simpele borging en kaders krijgen de banken voldoende comfort om tegen schappelijke rentes geld beschikbaar te stellen.

Een aantal jaren geleden hebben wij contact gezocht met de pensioenfondsen. Zij zagen toen geen mogelijkheid om tegen lage rentes te lenen; het zou ten koste van onze eigen pensioenen gaan. Nu ligt het heel anders. Het is vrij gemakkelijk om goedkoper geld te lenen, maar wij moeten niet onderschatten hoe duur een lening voor ons kan worden, omdat wij een betrekkelijk onbetrouwbare partij zijn die weinig winst maakt. Ieder jaar verandert het financieringssysteem, waardoor wij telkens weer over onze eigen benen kunnen struikelen terwijl wij nog steeds dezelfde goede kwaliteit leveren. Als financiële partijen de kosten van een lening gaan onderzoeken en de uitkomst gaan vergelijken met de markt, worden het enorme bedragen. Een rente van 10% is dan nog netjes.

De heer **Van Roon**: Ik begrijp de reactie van de heer Van den Heuvel op het innovatieargument. Ik kan mij voorstellen dat hij denkt aan een negatieve kwalificatie, maar dat is absoluut niet wat ik wil zeggen. Er wordt veel geïnnoveerd in de zorg. Daarvan zijn veel mooie voorbeelden. Ik zie die dagelijks in mijn eigen praktijk en heb daar veel bewondering voor. Ik bedoelde te zeggen dat de gezondheidszorg een paar kenmerken mist waardoor grootschalige innovatie geen kans krijgt. Privaat kapitaal kan dan ter compensatie hulp bieden. Elke gewone bedrijfstak kent stevige conjunctuurgolven. In de booming days is sprake van grootschalige experimenten, innovatie en het uitproberen van nieuwe dingen. Op een zeker moment leidt dat tot kaalslag tijdens een laagconjunctuur. Degenen die hun zaken niet goed op orde hebben, vallen op een zeker moment uit de boot. Ik pleit niet voor zo'n hardvochtige vrije markt in de gezondheidszorg. Ik wijs er echter wel op dat dit mechanisme afwezig is en dat er alles aan moet worden gedaan om innovatie een impuls te geven. Privaat kapitaal kan zo'n impuls zijn.

Mevrouw **Wind**: Tegenover elk voordeel staat een nadeel. Wat willen wij met de zorg? Wat is onze strategische doelstelling? Dat zijn belangrijke vragen. Wij willen zorg dicht bij huis voor chronisch zieken en ouderen en een houdbaar stelsel. Wij willen een plafond aan de groei van ziekenhuizen en inzicht in kwaliteit. Dit zijn enkele van onze belangrijkste doelstellingen. Het beleid van de politiek moet de strategische doelstellingen ondersteunen. Dat is zeer essentieel. Relatief goedkoop geld lenen, is aardig. Er moet dan ook zeker worden gekeken naar investeringen door pensioenfondsen. De premiebetaler wil wel dat zijn geld zo goed mogelijk wordt belegd. Het is maar de vraag of dat het geval is met een rente van 4%. Ik wil geen discussie voeren over marktwerking. Wij moeten de zorg niet vergelijken met een normale markt, waar men zoveel mogelijk koekjes of telefoons wil verkopen. De strategische doelstelling van de zorg is een bijdrage te leveren aan een verhoging van de levenskwaliteit. Dat is volstrekt anders dan het zoveel mogelijk verkopen van zorg. De kwaliteit moet veel transparanter worden gemaakt, zodat uitgelegd kan worden

waarom in sommige ziekenhuizen en zelfstandige klinieken wordt ingekocht en waarom in andere niet. Er is gisteren gesproken over het al dan niet goed werken van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Om dat als criterium te nemen, vind ik te bescheiden. Bij het stellen van normen voor goede zorg, moet worden gekeken naar praktijkvariatie en alleen dat al levert een debat op. De politiek moet kijken naar alles wat er gebeurt. Draagt alles wat er bijkomt in die toch al overvolle markt bij aan het ondersteunen van de strategische doelstellingen? Dit voorstel, met de randvoorwaarden en de buitengewoon korte terugverdiencapaciteit, veroorzaakt echt een probleem.

De heer **Plantinga**: Winstuitkering is naar mijn mening de facto mogelijk. De heer Van den Heuvel heeft gesproken over goedkope leningen bij banken en over geborgde leningen. In dat geval verlaat een deel van wat anders winst was geweest daadwerkelijk het ziekenhuis. Geld lenen is ook een winstuitkering, alleen noem je het anders. Ik vind het belangrijk dat goed te benadrukken. Als dat geld het ziekenhuis verlaat, moeten daaraan goede voorwaarden zijn verbonden.

Mevrouw **Erbudak**: Ik sloot mij voor een groot deel aan bij de woorden van de heer Plantinga, maar nu niet. Geld lenen en privaat aandeelhouder-schap zijn twee verschillende dingen. Ze zijn overigens ook stapelbaar. Wij zijn aandeelhouder en lenen geld bij de bank. Deze twee zaken kunnen parallel lopen. Ik heb de indruk dat wij ons niet realiseren tegen welke problemen ziekenhuizen aanlopen. Onlangs las ik dat de minister van plan is de wet aan te passen, zodat het publiek het recht op vrije artskeuze wordt ontnomen. Een klein aantal verzekeraars krijgt straks de mogelijkheid zorg in te kopen onder het mom van een kwaliteitsdiscussie. Ik zit aan tafel met die verzekeraars en de Kamer mag van mij aannemen dat kwaliteit weliswaar op de agenda staat, maar dat zij er geen verstand van hebben. Het gaat alleen maar om geld. Ik heb begrepen dat de minister sympathie koestert voor de pensioenfondsen. Felbegeerde beleggers maken zich zorgen over de vraag welke ziekenhuizen gaan overleven. Men verwacht dat de komende jaren veertig ziekenhuizen zullen bezwijken. Er komt dan een grote faillissementsdiscussie. De felbegeerde beleggers zijn heel voorzichtig met het participeren in ziekenhuizen, omdat zij niet weten welk ziekenhuis het gaat overleven. Er is voldoende expertise binnen de ondernemingen om de problemen zelf op te lossen. Ik denk daarbij aan raden van bestuur en raden van toezicht. Ik wil niet zeggen dat ik de medisch specialisten geen grote rol gun binnen de ziekenhuizen. Zij hebben die rol wel degelijk. Er zijn allerlei inspraakorganen die prima voorwaarden kunnen stellen aan het type belegger of aandeelhouder die per ziekenhuis toegelaten wordt. Ik stel nogmaals dat dit geen taak van de overheid is.

De heer **Van den Heuvel**: Het verschil tussen rentebetaling en winst is zeggenschap. De heer Plantinga gaat veel regels bedenken om die zeggenschap te beperken. Ik vind dat jammer.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Voorzitter. Er wordt gesproken over regulering en het stellen van extra voorwaarden bij winstuitkering. Ik merk tussen de gasten een enorme onenigheid over regulering. De heer Van Dijk oppert medisch specialisten aandeelhouders te maken. De meningen daarover zijn verdeeld. Kan daar dieper op worden ingegaan? Als wij gaan reguleren terwijl er nog zoveel onenigheid bestaat over de vraag wie de verantwoordelijkheid en wie de zeggenschap krijgt, dan zitten wij hier over vijf jaar nog te discussiëren over het toevoegen of weglaten van regels.

De heer **Van Dijk**: Ik kom terug op het begrip winstuitkering. Er zijn twee manieren om winst uit te keren. De eerste en meest bekende is winst te realiseren bij exit. Dividenduitkering gaat eveneens via exit. De tweede vorm is winstuitkering via dividend. Er worden afspraken gemaakt over ratio en «pay out»-ratio. Meestal liggen die afspraken voor lange tijd vast. De achterliggende gedachte is dat investeerders alleen kunnen worden aangetrokken als voor een van deze twee vormen wordt gekozen. Als je voor de eerste vorm kiest, moet je de gezondheidssector volkomen globaliseren en deel laten uitmaken van de financiële markt. Alleen dan doe je het goed. Van vrijdagavond tot maandagmorgen mag je nog wat regelen en voor de rest nemen de financiële markten het wel en wee van je ziekenhuis over. Je bent daar dan deel van. Zo simpel is het. Die eerste vorm valt simpelweg af. Dat betekent dat ik automatisch terechtkom bij alle mogelijke hybride vormen. De bedrijfseconomische kosten zijn in dat geval maatgevend, evenals de doelen die voor het ziekenhuis worden gesteld. Het heeft alles te maken met zeggenschap en eigenaarschap. De mensen die betrokken zijn bij het ziekenhuis, moeten medeverantwoordelijk zijn in een eigenaarsfunctie. Het probleem is dat de eigenaarsfunctie niet is gedefinieerd. Ik noem als voorbeeld de woningcorporaties. De eigenaarsfunctie is daar nergens meer te vinden en dan krijg je van die vreemde ideeën die vandaag hier aan tafel worden besproken. Ben ik duidelijk?

De heer **Plantinga**: Ik heb een paar woorden opgeschreven. Bij aandeelhouderschap heb ik geschreven: betrokkenheid, verantwoordelijkheid en eigenaarschap. Dat is precies hetzelfde als de heer Van Dijk heeft gezegd. Ze zullen niet in iedere situatie nodig zijn, maar er zijn situaties denkbaar waarin betrokkenheid en verantwoordelijkheid kunnen zorgen voor een extra versteviging van de positie van de ziekenhuizen. Wij pleiten om die reden voor betrokkenheid van stakeholders. In veel situaties spreekt het coöperatiemodel ons zeer aan.

Mevrouw **Erbudak**: Ik blijf mijzelf herhalen. Nogmaals, ik vind dat je geen eisen mag stellen aan het type aandeelhouder dat in een ziekenhuis kan participeren. Het kan per ziekenhuis verschillen en dat is afhankelijk van wat men te bieden heeft. Het is ook afhankelijk van de doelstellingen van het ziekenhuis. Is er op korte termijn geld nodig om het gebouw te vernieuwen of is er geld nodig voor innovatie? Wij moeten afstand doen van de koudwatervrees dat particuliere ondernemers in de zorg alleen maar leiden tot hogere zorgconsumptie. Onze gezondheidszorg heeft in de toekomst juist veel baat bij het invoeren van preventie. Deze taak is juist weggelegd voor commerciële ondernemers, die straks hun geld kunnen verdienen door aan de voorkant gezondheid te gaan verkopen in plaats van schade op te lossen. Afhankelijk van de ambities van een ziekenhuis in de nationale of internationale markt hoort daar een type ondernemer of aandeelhouder bij. De indruk wordt gewekt dat de markt vrijheid krijgt, maar vrijheid waaraan allerlei beperkingen worden verbonden, kan ook belemmerend werken. Dat zou heel jammer zijn.

De heer **Van Roon**: Ik stap af van meningsvorming en geef drie observaties, waarvan ik het vermoeden heb dat ze kunnen helpen. Doordat wij tot nu toe winstuitkeringen niet mogelijk hebben gemaakt, is mijn beeld van de huidige financiering van ziekenhuizen dat banken een onevenredig grote invloed hebben op het ziekenhuiswezen. Die invloed is groter dan op dit moment publiekelijk wordt erkend. Wij hebben zorgverzekeraars de rol van zorgregisseurs gegeven, maar in feite spelen de banken die rol veel meer. Het is slechts een beperkt aantal spelers dat een grote mate van invloed heeft. Die oligopolie moet doorbroken worden door het toestaan van winstuitkeringen. Dat is mijn eerste observatie.

Als de private zorg in Nederland zich in de toekomst uitbreidt, vermoed ik dat niet zozeer het algemene ziekenhuis het object voor investeerders is, maar meer de individuele disciplines op een niveau onder de ziekenhuizen. Wij moeten ons niet vergissen in de aard van de private financiering. Het zal niet al te vaak op algemeen ziekenhuisniveau zijn, maar meer op het niveau daaronder. Dat is mijn tweede observatie. Mijn derde observatie is dat vaak wordt verondersteld dat het toestaan van private zorg zal leiden tot erosie van kwaliteit. Er zijn natuurlijk altijd incidenten te verzinnen waarin dat het geval is. De enige manier om dat systematisch te verkennen, is door te kijken naar empirisch onderzoek. Er is altijd een empirisch onderzoek te vinden dat je gelijk bewijst, maar naar mijn stellige overtuiging is er geen systematisch empirisch onderzoek te vinden dat uitwijst dat private zorg een slechte invloed op de kwaliteit van de zorg heeft.

De heer **Heesen**: Er is een opmerking gemaakt over participatie door medisch specialisten. De Orde van Medisch Specialisten denkt na over de vorm. Wij zitten nu in een overgangssituatie. De doelen van de ziekenhuizen moeten helder zijn en daaraan ontbreekt het weleens. Alle professionals van een ziekenhuis hebben behoefte aan participatie in het bedrijf waar zij trots op zijn. Dat geldt van de schoonmaker tot de medisch specialist. Als helder is dat medisch specialisten bereid zijn om te participeren, kan sturing worden gegeven aan een zeer kennisintensieve omgeving. Innovaties komen vaak van de professionals van het ziekenhuis en niet van een tekentafel elders. Van de achterban horen wij dezelfde geluiden. De doelen moeten helder zijn. Welke voorwaarden zijn er, hoe ziet het eruit en wat gaan wij doen? Als dat bekend is, wordt de uitvoering gemakkelijker.

Mevrouw **Wind**: Ik wil op geen enkele manier de indruk wekken dat door het gebruik van privaat geld de kwaliteit van de zorg omlaag gaat. Integendeel, ik ben voorstander van zelfstandige klinieken waar vaak zorg van hoge kwaliteit wordt geleverd. De patiënten zijn daar zeer tevreden over. Mijn punt is wel dat de kwaliteitmeting absoluut onvoldoende is. Wij kunnen daar niet eens een debat over voeren, want wij weten niet wat kwaliteit is. In 2012 is dat niet acceptabel.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Stel dat medisch specialisten niet participeren, hoe moeten zij dan toch betrokken worden?

De heer **Heesen**: De betrokkenheid van de medische staf bezien wij op dezelfde manier als de inkoop van zorg door zorgverzekeraars. In principe is het een bipartiet, maar in onze ogen zou het een tripartiet moeten zijn. Als een raad van bestuur afspraken maakt over zorginkoop, moeten de medisch specialisten ook aan tafel zitten. Hetzelfde geldt voor investeerders. Men moet met het oog van de professional kijken of het om investeerders gaat die snel geld willen verdienen of om investeerders met een langetermijnvisie die de doelen van het ziekenhuis willen ondersteunen. De kwaliteit hangt hiermee samen. Kwaliteit is inderdaad moeilijk meetbaar en soms gaat het niet snel genoeg. Kwaliteit is ook ingewikkeld. De basis is gemakkelijk te regelen, maar er zijn ook aspecten die een kwestie van vertrouwen zijn. Hetzelfde geldt voor investeerders. Ik weet niet of er een veto zou moeten zijn, maar er moet wel worden geborgd dat de medische staf inspraak krijgt over het type investeerder. Als je zelf mede-investeert, regel je welk type investeerder investeert in een ziekenhuis.

Mevrouw **Erbudak**: Het lijkt of wij in een luxe discussie zijn beland, alsof er zoveel investeerders in de rij staan dat wij kunnen kiezen. Zo is het niet. In een organisatie met veel beperkingen, een vetorecht en vergaande

inspraakmodellen, zal een investeerder veel hogere eisen stellen. Het geld wordt alleen maar duurder. Ik verwacht dat de organisaties voor investeerders niet aantrekkelijk zijn om daarin te participeren.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): De heer Van den Heuvel heeft alternatieve voorstellen gedaan in zijn position paper. Hij zegt daarin dat de overheid garant kan staan en dat artsen aandeelhouder kunnen worden. Daarover hebben wij al gesproken. Ik wil graag meer horen over de mogelijkheid om de pensioenvoorziening van de medewerkers in het eigen ziekenhuis te investeren. Wij hebben nu het Waarborgfonds voor de zorgsector. Dat lijkt op het WSW van de woningcorporaties. Voldoet dat niet?

De heer **Van den Heuvel**: Ik zal met de nodige voorzichtigheid iets zeggen over het Waarborgfonds. Ons ziekenhuis heeft momenteel een lening bij drie banken. De banken hebben gevraagd of het niet leuk zou zijn als de medisch specialisten mee gaan doen. Wij hebben hun die vraag voorgelegd en konden daar een mooie vergoeding tegenover stellen dankzij een bankarrangement. Zij hebben dat niet gedurfd. Dat is jammer, want de banken hadden daaraan comfort verleend. Het Waarborgfonds heeft bij ons niet of nauwelijks geacteerd en dat is eufemistisch gezegd. Het werkt zo niet. De ziekenhuizen vallen nu alleen maar op door de vreemde manier waarop met de financieringssystemen wordt omgegaan. Iedereen maakt nu liever omtrekkende bewegingen. Toch is de zorgmarkt redelijk veilig. De groei gaat wellicht iets omlaag, maar zal wel blijvend zijn. De overheid kan daar zijn vingers niet aan branden. Een bank is dan gerustgesteld. De kosten dalen substantieel. Nu worden de kosten heel hoog als je naar een investeerder moet gaan met je 2% winst. Bovendien loop je het risico dat de verzekeraar het in zijn bol krijgt en je om welke reden dan ook een korting gaat opleggen. Het is vrij eenvoudig om weg te blijven van de veel te dure investeringen. Er zijn genoeg mogelijkheden te creëren voor goedkopere investeringen.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Bepaalde argumenten heb ik vaker gehoord, bijvoorbeeld over de borging van kwaliteit, de prikkel tot innovatie en de preventie. Ik heb altijd begrepen dat dit een zaak is van de zorgverzekeraars. Ik constateer dat zij hun rol nog niet goed te pakken hebben. Dit komt wellicht doordat de kwaliteit nog niet transparant is. Voordat dit goed is geregeld, kijken wij alweer naar de toekomst door te zeggen dat wij de winstuitkering nodig hebben om iets te kunnen betekenen op het gebied van preventie en kwaliteit. Ik leg deze stelling voor aan de heer Van Roon en mevrouw Erbudak, die nadrukkelijk preventie hebben genoemd als taak van de verzekeraar.

De heer **Van Roon**: Het is goed om je af te vragen wat de effectiviteit is van de rol van de zorgverzekeraars. Ik ben eufemistisch en zeg dat hun rol nog in ontwikkeling is. Dat betekent echter niet dat wij alles moeten stilzetten totdat hun rol uitgekristalliseerd en volledig effectief is. Kwaliteitstransparantie is onder alle omstandigheden, met of zonder winstuitkering, nog niet goed genoeg en moet een enorme impuls krijgen. Wij moeten niet op één paard wedden. De zorgverzekeraars moeten volledig in stelling worden gebracht. Het kabinet maakt daartoe de nodige plannen, zoals afbouw van het expoll-mechanisme. Er zijn ook nog andere mogelijkheden, zoals het oprichten van een kwaliteitsinstituut. Privaat kapitaal toelaten is per saldo een mechanisme om iets toe te voegen aan kwaliteitstransparantie. De partijen zullen ander gedrag tonen dan de gemiddelde ziekenhuizen. Zij zullen graag willen laten zien hoe goed ze het doen; dat zit in de aard van het beestje. De informatieverstrekking over

hun prestaties komt dan om de hoek kijken. Ik vermoed dat privaat kapitaal een impuls geeft aan de kwaliteitstransparantie.

Mevrouw **Erbudak**: De rol van de verzekeraars maakt op mij weinig indruk. Wij hebben verwachtingen van kwaliteit, preventie en het terugdringen van de zorgconsumptie op basis van goede argumenten. Ik zie de verzekeraars die rol nog niet oppakken. De totale inkoop en de onderhandelingen worden langs de financiële lat gelegd. In de kwaliteitsdiscussie mis ik de grote participant: de zorgconsument. Hoe je het ook wendt of keert, de zorgconsument zelf kan transparantie afdwingen bij welke zorginstelling dan ook. Er zat een Berlijnse muur om de gezondheidszorg heen. Ziekenhuizen hebben zich weinig dienstbaar opgesteld. De zorgconsument had hen nodig, dus waarom zouden ze transparant zijn? De zorgconsument wordt echter mondiger en kijkt over de grenzen. De private investeerder is gewend om zijn kwaliteit in de schappen te leggen, want dat is de basis van de marktconsumptie. Ik verwacht dat ziekenhuizen onder die omstandigheden veel transparanter zullen zijn. Consumenten zullen meer participeren in de manier waarop de gezondheidszorg wordt geleverd. Toekomstige zorgconsumenten zijn bereid meer te betalen voor preventie dan voor opgelopen gezondheidschade. Dat is geen idealisme. De sleutel ligt in de gezamenlijke handen van de zorgconsument en de private investeerder.

De heer **Van Dijk**: De voornaamste bedrijfsmiddelen in ziekenhuizen zijn de medisch specialisten en de verpleegkundigen, maar ook de ondernemer. De ondernemer leidt het bedrijf, houdt de stakeholders bij elkaar en stelt de doelen. In dat verband is kwaliteit een complex begrip. Wij leven meer in een organisatie-economie dan in een markteconomie. De zorgconsument is een bijzonder wezen, dat voor bijzondere verrichtingen de kwaliteit en de kosten kan vergelijken. In een normale situatie is dat niet het geval.

Wij moeten een ander probleem benoemen dat te maken heeft met de zorgverzekeraars. Zij zijn coöperaties, maar gedragen zich als Gods kassier. De banken doen hetzelfde. Zij leggen aan niemand verantwoordelijkheid af en denken dat zij het in alles voor het zeggen hebben. Het tegenwicht dat ik verwacht, komt van de ondernemers die de ziekenhuizen leiden. Zij stellen hun eisen en vertellen de zorgverzekeraars wat hun taak is. Het is veel meer het zoeken naar nieuwe verbindingen dan de oplossing overlaten aan de markt, want dan kunnen wij lang wachten.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Als je aandelen uitgeeft, moet je ook weten wat een aandeel waard is. Hoe kun je de waarde van een ziekenhuis vaststellen? Welke due diligence-technieken moeten dan worden toegepast? Aan wie valt die waarde toe? Ik zeg dat, omdat de ziekenhuizen geen private ondernemingen zijn die al in de markt staan, maar ondernemingen die via publieke middelen hun huidige situatie hebben bereikt.

De heer **Plantinga**: De waarde is absoluut te bepalen. Net als bij elke waardebepaling valt er altijd een discussie te verwachten. Een exacte waarde is nooit te geven, maar wel de bandbreedtes. Het tweede deel van de vraag is veel relevanter: wat gebeurt er met de opgebouwde waarde die in het publieke stelsel is opgebouwd? In het huidige wetsvoorstel wordt geborgd dat de waarde binnen het publieke bestel blijft. Een ziekenhuis dat in private handen overgaat, moet worden gekocht volgens het huidige voorstel. De opbrengst blijft in het publieke bestel en bij de ziekenhuisstichting. Het geld moet worden gebruikt voor de gezondheidszorg en gaat niet terug naar de overheid.

De heer **Van Roon**: Je kunt je afvragen wat investeerders een ziekenhuis eigenlijk waard vinden. Wij hebben in 2010 op verzoek van het ministerie onderzocht hoe het is gesteld met de bereidheid van de investeerders. Wij hebben de verschillende types investeerders bekeken. Behalve iets positiefs, kwam er ook iets ontluisterend uit: zij kijken met een zeer beperkte interesse naar de waarde van een ziekenhuis. Sommigen schatten de waarde op nul en waren bereid het risico voor nul euro over te nemen. Andere ziekenhuizen waren meer waard. Betekent dit dat zij voor nul euro een ziekenhuis willen overnemen? Nee. Zij zullen altijd bereid zijn tot een forse investering in het doorontwikkelen van het ziekenhuis. De actuele waarde van een ziekenhuis is op dit moment in veel opzichten in bedrijfseconomische termijnen niet heel groot. Wij moeten daarin reëel zijn.

Mevrouw **Erbudak**: Het is zonde als ziekenhuizen voor een habbekrats in handen vallen van wie dan ook. Bij de waardevaststelling door de markt wordt geprobeerd zo dicht mogelijk de nullijn te benaderen. Dat kan natuurlijk niet. De waarde van een ziekenhuis is opgebouwd door het team, in combinatie met kennis. Wat kost het een investeerder als hij zelf zo'n ziekenhuis bouwt, inclusief het team en de jarenlang opgebouwde kennis? Zolang het een stichting blijft, betaalt een investeerder zichzelf bij een overname. Al het geld gaat naar de stichting en wordt omgezet in aandelen voor de investeerder. De overheid moet hier alert op zijn. Waarschijnlijk had niemand dit antwoord van mij verwacht.

De heer **Van Roon**: Ik ben het eens met mevrouw Erbudak. Het is inderdaad doodzonde als een ziekenhuis voor een habbekrats in handen komt van een investeerder. Als wij dit spel gaan introduceren, moeten de ziekenhuizen goed geëquipeerd zijn voor de goede afloop. Er zijn investeerders die liever from scratch willen beginnen dan een ziekenhuis over te nemen. Wij zullen enig realiteitsgehalte moeten toepassen.

De heer **Van Dijk**: Wij moeten het ondernemerschap en het aandeelhouderschap uit elkaar houden. Mevrouw Erbudak lijkt deze twee zaken soms te combineren. Dat is geen normale situatie. De waarde van de aandelen wordt pas echt vastgesteld als er een markt is. De Kamer heeft vastgesteld dat die er niet is. Waar hebben wij het dan over?

De heer **Van den Heuvel**: Ik had hetzelfde willen zeggen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Wij voeren vandaag een belangrijke discussie. Ik mis de stem van de specialisten, ook al zit de heer Heesen aan tafel. In het radioprogramma Casa Luna werd afgelopen vrijdag een vraag gesteld door de heer Lange. Het is de moeite waard het gesprek terug te luisteren. Het ging over de winstuitkering in de zorg. De retorische vraag luidde: wat is professionele integriteit nog waard is als wij ons indirect met de patiënt moeten bemoeien en primair met de winst? De adviseurs van het wetsvoorstel zijn de heren Van Roon en Plantinga en hun collega's en niet de beroepsgroep die de heer Heesen vertegenwoordigt. Om die reden is de vraag relevant.

De **voorzitter**: Niet iedereen heeft het radioprogramma gehoord. Wie heeft deze vraag gesteld?

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat was een specialist en hoogleraar van het Erasmus MC. Het gesprek ging over winstuitkering en marktwerking in de zorg. Deze specialist had daar een uitdrukkelijke mening over, die ik hier niet zal poneren.

De heer **Plantinga**: Je moet verschillende rollen uit elkaar halen. Een medisch specialist kan een positie als aandeelhouder krijgen. Dat betekent nog niets voor zijn positie als werknemer of als medisch specialist in het ziekenhuis. Er zijn verschillende rollen: die van aandeelhouder, van ondernemer en van professional. Wij moeten die rollen uit elkaar halen. In dat geval zijn de professionele autonomie en integriteit volledig gewaarborgd.

De heer **Van Roon**: Ik probeer vol in deze ethische vraag te stappen. Er is sprake van een medisch specialist die niet door financiële prikkels wordt bewogen versus een medisch specialist die wel financiële prikkels heeft. De vraag is of zij in beide gevallen hetzelfde doen, namelijk goede zorg geven aan de patiënt. De vraag doet veronderstellen dat de meeste medisch specialisten op dit moment geen financiële prikkels hebben. Het verrast mij niet dat de vraagsteller van het Erasmus MC komt. Dat is een academisch ziekenhuis waar men in loondienst werkt. De financiële prikkel is daar niet aanwezig. De meeste medisch specialisten in Nederland werken echter in maatschappen en hebben financiële prikkels. Zij weten daar uitstekend mee om te gaan. Natuurlijk zijn er incidenten, maar die zijn er ook in academische ziekenhuizen. Het gaat mij te ver te suggereren dat een medisch specialist in een non-profitinstelling, die financieel belang heeft bij het welvaren van zijn instelling, dubieuzer zal handelen dan een medisch specialist die niet in zo'n omgeving werkt. Daarvoor is geen empirisch bewijs. Ik ken veel medisch specialisten die in een non-profitinstelling werken en met hart voor de zaak prachtige zorg leveren. Ik wil hen niet wegzetten in de categorie dubieuze zakenlui.

De heer **Heesen**: Als het echt primair om winst gaat, kan het lastig zijn. Het gaat dan om primaire winst in een kleine praktijk waar twee dokters werken die proberen hun winkeltje draaiende te houden. In een ziekenhuis is sprake van een professionele autonomie. Er is een eed gezworen en er worden kwaliteitsnormen gesteld. Maatschappen kunnen het goed in de hand houden met kwaliteitssurveys. Externen komen kijken of een ziekenhuis zich aan de richtlijnen houdt. Voor de afdeling KNO hebben de richtlijnen over het plaatsen van buisjes een grotere invloed op het normaliseren van praktijkvariatie dan het inkoopgedrag van de zorgverzekeraar. Als primaire winst het enige doel is, bestaat het gevaar dat daarnaar gehandeld wordt. Als het leveren van goede zorg het enige doel is, heb ik daar geen probleem mee. Het blijft een discussie die ver van het bed van de medisch specialisten staat. Mijn vrouw is medisch specialist in een ziekenhuis. Zij weet niet hoe haar poli wordt gevuld. Zij ziet mensen die daar terecht en onterecht zitten. Zij weet niet precies op welke wijze er wordt afgerekend. Het DOT-systeem keert laat uit. Zij ziet wel dat ze deze maand veel minder krijgt, omdat iedereen op zijn geld wacht. Zij handelt volgens de richtlijnen en daaruit volgt betaling. Zowel in loondienst als in een maatschap kun je ondernemer zijn. Het doet niet ter zake hoe de medisch specialist wordt gefinancierd.

De heer **Van Dijk**: In een maatschap kan sprake zijn van perverse economische prikkels. De medisch specialist zal meer metingen willen verrichten bij een patiënt en dat veroorzaakt kosten voor het ziekenhuis. Een medisch specialist die mede-eigenaar wordt, is zich hiervan bewust. De perverse economische prikkels die nu nog in het systeem zitten, kunnen er uitgehaald worden.

De heer **Mulder** (VVD): Het Slotervaartziekenhuis is sinds zes jaar in handen van Meromi Holding bv. Kan mevrouw Erbudak zeggen wat er de afgelopen zes jaar is gebeurd met de patiënttevredenheid, de kostenontwikkeling en de kwaliteit van het ziekenhuis? Is er een relatie met de bv-vorm?

Mevrouw **Erbudak**: De kwaliteit en het aantal patiënten van het Slotervaartziekenhuis is alleen maar toegenomen. Vergeleken met de benchmark ligt de consumptie per patiënteenheden lager. Meromi heeft geen invloed op de keuze en de wijze waarop zorg wordt verleend. Ik ben zelf voorzitter van Meromi. Dit is typisch het gedrag van medisch specialisten in loondienst, die puur kijken naar het type zorg dat moet worden geleverd en niet geïnteresseerd zijn in de financiële prikkel. De opbrengst voor Meromi staat ver van hen af. De omzet van het Slotervaartziekenhuis is het afgelopen jaar toegenomen met 18%. Wij zien voor hetzelfde geld veel meer mensen dan andere ziekenhuizen. De trek naar ons ziekenhuis heeft te maken met de keuze van de consument. De toegangstijden zijn beperkter en de dienstverlening is zoals men gewend is in andere commerciële settings. Een patiënt of een zorgconsument in het Slotervaartziekenhuis is eerder geneigd zijn ongenoegen uit te spreken en eist in sommige gevallen dat ik, als voorzitter, aan zijn bed sta. Dat is men gewend in andere consumptieomgevingen. Het gebeurt regelmatig dat de klacht mij vrij snel bereikt. Zoveel klachten hebben wij overigens niet. De wijze waarop Meromi uitvoering geeft aan eigenaarschap en ondernemerschap is een succesformule. Ik ben zelf zowel eigenaar als ondernemer die bestuurt. In de raad van bestuur en de raad van commissarissen zitten mensen die het medisch bedrijf vertegenwoordigen. Ik kijk langs de lijn van financiën en inhoud naar het geheel. Mijn collega in de raad van bestuur, die over de medische zaken gaat, kan mij overrulen bij de kwaliteitsvraagstukken.

De **voorzitter**: Ik dank u allen hartelijk voor uw tijd en inbreng. Ik wens u veel succes met uw verdere werkzaamheden. Voor zover wij nog vragen hebben, weten wij u te vinden.

Sluiting 11.15 uur

Gesprek met:

B. Peters, directeur Informatievoorziening en Financiën UMCU
H. Vergunst RA, controller Ikazia Ziekenhuis Rotterdam
R. Westendorp, hoogleraar ouderengeneeskunde en directeur van de Leyden Academy
M. Kerste, Stichting Economisch Onderzoek
A. Heertje, econoom/emeritus hoogleraar
L.H.L. Winter, zorgondernemer

De **voorzitter**: Ik heet onze gasten van harte welkom. Ik dank de heren voor de tijd die zij willen spenderen aan onze vragen. Wij zullen kort naar hun statement luisteren en daarna zullen de fracties vragen stellen.

De heer **Peters**: Voorzitter. Ik dank u voor de uitnodiging. Mijn naam is Boudewijn Peters, financieel directeur van het UMCU. Wij zijn nog bezig het wetsvoorstel te onderzoeken, maar ik kan wel enige punten aansnijden die iets toevoegen aan het debat. Academische ziekenhuizen zijn van dit feestje uitgesloten. Niettemin zijn wij niet wrokkig, maar nemen een open houding aan. De uitsluiting roept vragen op en is niet stevig onderbouwd met doorslaggevende argumenten, zoals de publiek-rechtelijke status en de gedeeltelijke financiering via publieke middelen. De publiekrechtelijke status laat onverlet dat de hoofdmoot via premiefinanciering en prestatiebekostiging loopt. De angst dat publieke middelen wegvloeien naar de winstuitkering is goed te weerleggen. Ten aanzien van de bijzondere prestatie is dat goed te onderbouwen. Ik geef toe dat er enkele klachten zijn binnengekomen van het ministerie van VWS. Bij de academische component, een zeer bijzondere innovatieve zorg, slagen wij er niet voldoende in dat goed toe te lichten. Er zijn afspraken gemaakt om dit beter te doen en wij zullen daarin goed slagen. Wij kunnen een extra financieringsmogelijkheid goed gebruiken. Wij leven in een tijd dat de banken de teugels aantrekken en minder bereidwillig zijn om te financieren. Er worden hoge vermogensseisen gesteld. Nog niet zo heel lang geleden werd nog gesproken over een eigen vermogen van 8% of misschien 10%. De banken eisen nu 15% eigen vermogen en kondigen aan dat dit wordt verhoogd naar 20%.

Er moet veel worden geïnvesteerd in ziekenhuizen en in de bouw, maar ook in de ICT en in de medische technologie. Bedrijven participeren gedeeltelijk in de ontwikkeling van medische apparatuur, maar wij moeten heel veel zelf doen.

De eerste ronde ging over de alternatieve financieringsvormen. Deze liggen niet voor het grijpen. Ik heb het woord obligatielening nog niet gehoord; het is echter wel een voor de hand liggend onderwerp. Er moet dan wel een behoorlijk volume worden afgenomen. Sale-and-leaseback is daarvan een variant. Voor gehuurde spullen wordt in dat geval toch nog veel geld betaald. Achtergestelde leningen zijn niet kansrijk, omdat die te weinig liquide zijn, zoals achtergestelde leningen van pensioenfondsen. Er bestaat een reëel gevaar voor een ongelijk speelveld. Ik kom daar straks op terug. In de regionale samenwerking ligt een complicatie. Als academisch instituut beogen wij in de regio de regie te voeren en samen te werken. Als het ene instituut wel winst uitkeert en het andere niet, kan dat complicaties opleveren.

Vanmorgen ging het al over patiëntenselectie en integriteitkwesties. Men kan iets doen of juist iets laten om het financiële resultaat op een gunstige manier te beïnvloeden. Je hoeft niet integer te handelen en kunt patiënten, van wie je ziet dat ze te complex zijn zodat de rentabiliteit van je ziekenhuis niet stijgt, doorverwijzen naar academische centra. Het voordeel is voor het algemeen ziekenhuis en het nadeel voor ons. De zorgzwaarte is nog niet goed verankerd in DOT.

De heer **Vergunst**: Voorzitter. Mijn naam is Henk Vergunst. Ik ben controller van het Ikazia Ziekenhuis Rotterdam. Daarvoor was ik accountant. Ik dank de Kamer voor de uitnodiging. Vergun mij een opmerking vooraf. Ik vind het onderwerp winstuitkering in de zorg enigszins onwerkelijk, gezien de wijze waarop verzekeraars op dit moment op een zeer rigide manier met wurgcontracten het hoofddijnenakkoord uitvoeren. Ik vraag mij zelfs af of de komende paar jaar nog iets uit te keren valt. Het standpunt over dit wetsvoorstel is afhankelijk van iemands visie op marktwerking. Als je denkt dat je op die manier positief bezig bent met marktwerking, vrije prijzen en concurrentie, dan sluit winstuitkering daar mooi bij aan. Dat is natuurlijk ook zo. Als je meer denkt aan artsen in loondienst, regionale budgetten, maatschappelijke verantwoordelijkheid en geen prikkel voor volume en selectie, dan ben je geen voorstander van dit wetsvoorstel.

In de context van marktwerking met veel plafonds, ben ik niet tegen winstuitkering in de zorg. Het is enigszins een schijndiscussie. Op alle mogelijke manieren wordt er geld uit de zorg gehaald via consultants en hun dure adviezen en via bv's waaraan zaken worden uitbesteed. Ik denk ook aan de zbc's. Sommigen zullen denken aan het honorarium van artsen en de volumeprikkels van de afgelopen jaren. Het is een schijndiscussie als je zegt dat je daar tegen bent.

Als je niet tegen bent, wil dat nog niet zeggen dat je voor bent. Ik vraag mij wel af welk probleem hiermee wordt opgelost. Als wij een dure of ingrijpende investering willen, gaan wij naar de bank. Wij worden geacht financieel solide te zijn en een goede businesscase te hebben. De bank verzorgt dan de financiering. Als de bank dat niet wil omdat het te risicovol is, vraag ik mij af of je zo'n investering dan wel moet willen. Als de bank het een te groot risico vindt omdat het niet solide is, wil ik het gewoon niet. Er zijn situaties waarin financiering wel een optie is. Ik denk daarbij aan ziekenhuizen die op de rand van omvallen staan. Een bank kan in zo'n geval iets innovatiefs doen of bewust risico lopen.

Wij moeten ook discussiëren over de argumenten die in het wetsvoorstel worden genoemd. Naar mijn mening zijn deze enigszins uitvergroet en soms zijn het aannames. Een aandeelhouder invloed geven, waardoor het doelmatiger wordt, is zo'n aanname. Er zijn ook nu genoeg efficiency-prikkels. Men loopt op zijn minst een risico op selectie van rendabele patiënten etc. Daarover moeten wij straks verder praten.

Een andere aanname is dat de kwaliteit toeneemt. Met alle respect voor de overheid, maar dat vind ik een beetje de afdeling verkoop van dit wetsvoorstel. De kwaliteit wordt op alle mogelijke manieren gewaarborgd, maar is nooit perfect en zal dat ook nooit worden. Ik vraag mij af of de kwaliteit beter wordt met dit voorstel. Dat moet worden aangetoond. Een reëel punt is de afhankelijkheid van banken. Dat is een grote zorg. Ik ben niet tegen het wetsvoorstel en zie bepaalde voordelen. Ik zie echter ook de risico's en betwijfel of die opwegen tegen de voordelen.

De heer **Westendorp**: Voorzitter. Hartelijk dank voor de uitnodiging. Ik ben 26 jaar een specialist in loondienst. Ik ben directeur van Leyden Academy, een kennisinstituut dat zich met deze problemen bezighoudt. Ik wil de volgende stelling in een paar minuten verdedigen. De onderliggende assumptie dat meer zorgproducten leiden tot meer gezondheidswinst, is een eenduidige relatie die er niet is. Wij hebben de afgelopen jaren gezien dat financiële marktprikkels werken. Diverse experimenten hebben dat laten zien. Wij hebben het voorbeeld van het Slotervaartziekenhuis gezien, waar een totale volumegroei is geconstateerd van 18%. Het lijkt geen twijfel dat financiële prikkels werken, maar de vraag is of de noodzaak bestaat om extra prikkels toe te voegen, bijvoorbeeld door winstuitkering.

Ik kom tot de kern. Wij hebben gezien dat er meer producten zijn voor lagere kosten. Bij heel eenvoudige aandoeeningen leidt meer volume

echter niet altijd tot meer gezondheidswinst, omdat er een afnemende meerwaarde is. Dat is een economische wet die ook in de geneeskunde geldt.

Bij complexe aandoeningen leidt meer volume op een gegeven moment tot een optimum; daarboven leidt het tot afname van de gezondheidswinst. Een arts kent het medisch dossier als zijn broekzak en hij weet dat in de ouderenzorg 50% van de zorg eerder minder dan meer moet worden.

In de specialistische wereld weten wij van 50% van de zorgproducten niet wat daarvan de meeropbrengst is. Dat wordt breed gedragen.

In de gezondheidszorg worden producten geleverd die aantoonbaar geen meerwaarde hebben, maar die toch nog in het systeem zitten. 40% van de dotterbehandelingen zit nog steeds in het systeem, terwijl wij weten dat ze geen meeropbrengst hebben.

Meer zorgproducten leiden niet tot meer gezondheidswinst. Dat is ook op een andere manier terug te vinden. De gestandaardiseerde inventarisaties laten binnen de regio's drie- tot vijfvoudige verschillen zien in volume gebruikte gezondheidsproducten voor dezelfde patiëntenmix. Dat leidt niet tot drie- of vijfmaal meer gezondheidswinst. De ziektekostenverzekeraars kennen deze cijfers. Wij kennen ze ook uit het publieke domein. De OECD-cijfers laten ook een enorme praktijkvariatie zien. Er is geen relatie tussen zorgproducten en gezondheidswinst.

Mijn conclusie is dat er veel bubbelzorg is. Ik definieer bubbelzorg als zorg die kost, maar niet levert. Mijn stelling is dan ook dat een verdere versterking van de marktwerking door winstdeling de bubbelzorg verder zal aanwakkeren. De vraag die ik de Kamer wil meegeven is: waarvoor voelt u zich publiek verantwoordelijk? Voor efficiency in het leveren van gezondheidszorgproducten? Dan kan ik mij voorstellen dat de Kamer voor het wetsvoorstel stemt. Wanneer de Kamer zich verantwoordelijk voelt voor meer gezondheidswinst, moeten de nevenwerkingen die in het wetsvoorstel zijn ingebouwd, zwaarder worden gewogen.

De **voorzitter**: Ik daag de Kamerleden niet uit om te antwoorden. Eerst krijgen onze gasten het woord.

De heer **Kerste**: Voorzitter. Mijn naam is Marco Kerste. Ik vertegenwoordig de Stichting Economisch Onderzoek. Ik zit hier als projectleider van een onderzoek naar winstuitkeringen van ziekenhuizen uit 2010, waarnaar in het regeerakkoord is verwezen bij de introductie van de plannen. Dit wil niet zeggen dat dit wetsvoorstel volledig in lijn is met de adviezen in het rapport. Ik kom daar straks wellicht op terug.

Drie vragen zijn vandaag essentieel. De eerste is: is het toestaan van winstuitkering nodig? Wij zijn met goede redenen een weg ingeslagen naar marktwerking. Winstuitkering is daarvan een essentieel onderdeel. Het plukken van de vruchten komt daarmee tot uiting in prikkels. Dat is belangrijk voor het systeem. In die zin is het antwoord op deze vraag ja. Het is belangrijk erop te wijzen dat de ingezette weg tot meer risico's heeft geleid voor ziekenhuizen. Het bancaire kanaal is daardoor kraker geworden. Men heeft andere bronnen van financiering nodig en ook hier is winstuitkering essentieel.

De tweede vraag is of de zorg voldoende kan worden geborgd als winstuitkering wordt toegestaan. In het rapport is daar uitvoerig naar gekeken; ik zal dat hier niet herhalen. Het antwoord is ja. Er zijn wel degelijk risico's, maar die kunnen prima worden geborgd met aanvullende regelgeving.

De derde vraag die belangrijk is, is of die waarborgen opgesloten zitten in dit wetsvoorstel. De grote gemene deler is ja. Op een groot aantal vlakken heeft men aandacht voor kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid. Er zijn echter wel verbeteringen mogelijk. Ik wijs in het bijzonder op de

minimale voorwaarden voor financiële buffers en de minimale voorwaarden voor de investeringsperiode, die allebei toe aan verbetering zijn.

De heer **Heertje**: Voorzitter. Ik vlieg dit onderwerp anders aan dan alle anderen tot dusver. Het uitgangspunt voor mij is de zorg. Achter de zorg zitten mensen, in dit geval patiënten. Het gaat in principe om patiënten, ook bij een thema dat verleidt tot een benadering van partiële rationaliteit waarin men in een eng kader zit. Op grond van die partiële rationaliteit kan men misschien tot een soort optimum komen, maar dan is het nog steeds van belang om die «oplossing» te bezien in het ruimere kader waar het hierbij om gaat. Er zijn verschillende perverse prikkels. Dit element van winstuitkering kan uitwerken als een perverse prikkel, vooral vanuit het oogpunt van kwaliteit van de gezondheidszorg aan patiënten. Het kan ook een perverse prikkel zijn vanuit het oogpunt van de arbeidsvreugde van het personeel dat het werk moet doen. Bovendien kan het een perverse prikkel zijn vanuit het oogpunt van fraude. Het hele dbc-systeem werkt in feite op deze manier als een perverse prikkel en daarin is sprake van een enorme fraude. Dat risico loopt men hier ook. Men versterkt vermoedelijk de dehumanisering van transacties. Men maakt daar allemaal financiële transacties van waarbij de mensen om wie het gaat uit beeld zijn verdwenen. Dat noem ik dehumanisering van transacties. Je zult hoe dan ook in de analyse deze vraag aan de orde moeten stellen: wat betekent dit mechanisme van de winstuitkering vanuit het oogpunt van de patiënten? Dat is de uiteindelijke fundamentele vraag. Als men die niet aan de orde stelt, dan zitten we hier over een paar jaar weer, door schade en schande wijs geworden ten koste van allerlei investeringen waarbij miljoenen en miljoenen verloren zijn gegaan, maar waarbij ook de kwaliteit van het bestaan fundamenteel is aangetast.

De **voorzitter**: Wilt u afronden?

De heer **Heertje**: Als u zegt dat ik moet afronden, kan ik beter direct een punt zetten.

De heer **Winter**: Voorzitter. Ik zou liever twee dagen willen spreken dan twee minuten; het worden dus echt enkele oneliners. Mijn missie is doelmatige, kwalitatief hoogwaardige en toegankelijke zorg. Marktwerking is wenselijk voor slechts een gedeelte van die zorg, voor de systeemfuncties. Voor circa 20% van de zorg is marktwerking niet doelmatig, want dat leidt niet tot de genoemde output. Ik sta als zorgondernemer merkwaardig genoeg heel kritisch tegenover de marktwerking. Er is rendement op kapitaal. AMC leent goedkoper bij de bank dan ik. Als je wilt innoveren, zul je een hogere risicopremie moeten betalen op kapitaal. Er is dus al een winstuitkering op kapitaal. Dat moet je te goeder trouw aanwenden. Kapitalisten die te kwader trouw de zorg in willen, zijn absoluut niet gewenst. Je zult eisen moeten stellen aan de solvabiliteit en aan de publiekprivate transfer. Als publieke instellingen het private domein binnengaan, zul je daaraan eisen moeten stellen. Daarin voorziet het huidige wetsvoorstel helaas niet en dat vind ik een cruciaal punt. Ook de governance zal aangepast moeten worden om de kapitaalsterkte een goede positie te geven, zoals ook in andere sectoren gangbaar is. Ik hanteer een doelmatige, toegankelijke kwalitatieve zorg als uitgangspunt. Voor de systeemfuncties is marktwerking niet geschikt. Voor de overige 80% is marktwerking wel geschikt omdat marktwerking de assets laat zweten. Ik word vaak verdrietig als ik merk hoeveel geld er wordt verspild in publieke exploitaties. In Emmeloord hebben wij bijvoorbeeld een ziekenhuis van 15 000 m² waarvan maar 4 000 m² wordt gebruikt. Op grond van de oude planeconomie krijgen wij gelden voor die 15 000 m² en voor 104 leegstaande bedden. Ook in de AWBZ in het

Zonnehuis dat wij net hebben overgenomen, gebeurt dat. De tranen springen mij in de ogen als ik zie hoeveel verspilling er is. We hebben 300 mensen in de overhead ontslagen en het bedrijf loopt nu zoals het nog nooit heeft gelopen, namelijk goed. Er zijn enorme verspillingen van personele kosten en overheadkosten, maar ook van vierkante meters. Door kapitaal in die sector gaan mensen de assets laten zweten en gaat het kapitaal beter renderen. Je moet echter wel heel kritisch zijn waarvoor je dit aanwendt.

De heer **Mulder** (VVD): Voorzitter. Ik probeer op een slimme wijze twee vragen te stellen zonder dat de gasten dat merken. Zij zijn vast gewaarschuwd. Mijn vraag aan de heer Winter gaat over het ziekenhuis in Lelystad dat hij onlangs heeft overgenomen. Kan hij zeggen wat dat heeft betekend voor de patiënttevredenheid en voor de personeelstevredenheid? We hadden zo-even een discussie over wat ik maar moraliteit zal noemen. Kun je nog integer patiënten behandelen als je een winstdoelstelling hebt?

Nu komt mijn sneaky tweede vraag en die betreft de volgende uitspraak van de heer Winter: ik zou ook graag eens een academisch ziekenhuis onderhanden willen nemen. Ik weet niet of hij het zich herinnert, maar dat heeft hij gezegd. Wat verwacht hij als hij terecht zou kunnen in het ziekenhuis van de heer Peters? Ik wil dan ook graag weten of de heer Peters na dit antwoord nog steeds winst wil maken.

De heer **Winter**: Ik zal beginnen iets te zeggen over de performances van het ziekenhuis in Lelystad. Dat was een disfunctionerend ziekenhuis dat al tien jaar lang op de honderdste plaats van Elsevier stond als het putje van Nederland. Dat ziekenhuis kon zich dat permitteren omdat het een geografische monopoliepositie innam. We hebben na drie jaar hard werken de productiviteit met 30% kunnen opvoeren. We hebben een kostprijs van € 310 per patiënt teruggebracht naar € 206 en dat is het goedkoopste in Nederland. We zijn naar de vijftigste plaats in de publieke ranking gestegen en de wachttijden zijn van zes weken teruggebracht naar drie dagen. Daarnaast is de exploitatie van 18 mln. negatief naar 3 mln. in de plus gegaan. We hebben een negatief eigen vermogen van 26 mln. omgedraaid naar plus 7 mln. in het eerste kwartaal van 2012, dus het is evident dat het beter kan.

Dit verhaal is voor het Zonnehuis identiek, waar het wat de AWBZ betreft nog veel erger is. De assets worden niet uitgedaagd en ook de vierkante meters, het personeel en de overhead niet. Daar zit een enorme verbeterpotentie. Er moet op publieke systemen druk gecreëerd worden om binnen het macrobudget voor de zorg te werken. Ik hecht eraan dat budget met z'n allen af te spreken en af te hechten. Ondanks de marktwerking moeten wij er niet overheen gaan. Ik wil dadelijk ook nog wel ingaan op de vraag hoe je dat kunt borgen. Ik ben erg enthousiast over een regionaal model. Dat het in het publieke domein beter kan door goed ondernemerschap en door druk te zetten op de personele kosten, de vierkante meters en de apparatuur, is evident.

U stelde ook een vraag over de academische ziekenhuizen. Dat zijn grote instituten waarin tussen de 600 mln. en 900 mln. per jaar omgaat. Ze zijn dermate complex dat zij naar mijn mening niet te runnen zijn. De discussie over spreiding en concentratie van zorg gaat vooral over het volume van bepaalde activiteiten, of dat nu inkoop is of kinderoncologie of een klinische apotheek. Het is beter om daar veel van te doen, want dan kun je het gestandaardiseerd en voorzien van protocol doen en kun je meer aandacht aan veiligheid en kwaliteit geven. Academische ziekenhuizen zijn verzamelbedrijven van heel veel small companies en dat zorgt ervoor dat ze niet te runnen zijn. Door het te vereenvoudigen en door focuscentra aan te brengen binnen de academische ziekenhuizen en taken te verdelen, kan het aanmerkelijk beter en goedkoper. Je moet dan wel

bereid zijn om dat ook te doen, want dat ontbreekt in de sector nogal eens. Er wordt veel gesproken, maar weinig gedaan. In Amsterdam zijn drie cardiologische centra, AMC, OLVG en VU die om en nabij 1 000 verrichtingen plegen en we zijn heel trots op Nieuwegein waar 2 300 verrichtingen worden gepleegd. Dat zijn volumina waar we in Nederland niet opgewonden over raken. Ik zou als zorgverzekeraar zeggen: heren bestuurders, u mag zelf kiezen welk ziekenhuis deze 3 000 openhartoperaties gaat doen, maar binnen twee jaar moet het één centrum zijn. Ook binnen de systeemfuncties zou je meer druk op het systeem moeten zetten om het beter en goedkoper te doen. In dat kader heb ik mijn opmerking over de academische ziekenhuizen gemaakt. Ik zou het een onwijze uitdaging vinden om dat ooit een keer te mogen doen. Ik ben overigens bang dat dit in dit mensenleven niet gaat gebeuren.

De heer **Peters**: Qua denkkraft hoort dit absoluut in de academie thuis. Ik heb deze woorden met veel genoegen beluisterd. De vraag aan mij was vrij ongeclausuleerd of ik op deze manier nog steeds winst wil maken. Ja, natuurlijk wil ik dat; over de uitkering moeten we dan nog wel even nadenken. De heer Winter noemde in een sneltreinvaart heel veel statistieken en heeft het over 30% meer efficiency. Ook een verzamelbedrijf kan succesvol opereren.

Wij zijn al enkele jaren bezig de operationele effectiviteit met 20% te verhogen, wij investeren 150 mln. in de ict en wij hebben 450 000 m² vloeroppervlak; Emmeloord kan bij ons in het entreegebied komen te liggen. Hiermee probeer ik te laten zien dat deze complexiteit toch best aardig te runnen is. Dat wij daarop druk moeten creëren, staat buiten kijf. Dat doen we dan ook. Wij creëren druk om te investeren, om beter te worden en om nieuwe producten in de markt te zetten. Wij hebben wel een beetje last van de overheid en van het systeem waarbij innovatieve technieken erg lang moeten wachten voordat ze worden opgepikt en in de reguliere bekostiging terechtkomen. Daardoor word je wat huiverig om te blijven investeren.

De heer Winter heeft helemaal gelijk wat betreft de samenwerking en de volumeontwikkeling. Wij moeten inderdaad veel meer samenwerken, zowel in de regio als academisch. Wij hebben de afgelopen jaren geen goede track record opgebouwd. Bijna alle besturen in de academische huizen hebben daar enigszins spijt van en hebben beterschap beloofd. Ik heb het woordje «doen» opgeschreven. Hier wil ik het bij laten.

De heer **Westendorp**: Ik wil graag twee opmerkingen maken. De ene is gericht tegen mijn buurman ter rechterzijde die stelt dat het een schande is dat 104 bedden onbenut blijven, de andere tegen beide buurmannen en gaat over het aantal vierkante meters. Het spel gaat om de vraag bij welk ziekenhuis iemand werkt. Daarbij neemt men elkaar de maat over de grootte ervan. Dat kun je uitdrukken in het aantal vierkante meters of in het aantal bedden. Ik moet zeggen dat de spelregels van dat spel verouderd zijn. Medisch inhoudelijk gezien zijn er veel redenen om die bedden onbenut te laten, omdat door de inhoud en de uitvoering van de zorg die bedden helemaal niet meer nodig zijn. Dat die bedden onbenut blijven, is een uiting van vooruitgang. Hetzelfde zou kunnen gelden voor het aantal vierkante meters.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. De heer Westendorp heeft een artikel opgestuurd waarin hij stelt dat de rest van de jaarlijkse volumegroei van 4% tot 7% door marktwerking wordt uitgelokt. Kan hij daarvan voorbeelden geven? Hij heeft gesproken over bubbelzorg en heeft de dotterbehandelingen genoemd die nooit tussen de 4% en 7% zullen toenemen. Kan hij daarover iets meer zeggen?

In het vervolg daarop wil ik heer Winter vragen of hij met die volumegroei doelt op zijn toespraak tijdens het grote sales event dit jaar, waar hij stelde

dat wij met winstuitkering heel veel geld kunnen gaan verdienen; het gemiddelde rendement is 7,5%. Is dat de bubbelzorg van de heer Westendorp?

De heer **Westendorp**: Wie kaatst, kan de bal verwachten. Ik heb vier voorbeelden gegeven waarbij zorgproducten en gezondheidswinst niet een-op-een op elkaar aansluiten. Ik heb gezegd dat, als je alsmaar blijft doorbehandelen, er op een gegeven moment een afnemende meerwaarde optreedt. Een voorbeeld daarvan is rugpijn gevolgd door operaties in de rug. Inmiddels is de medische kennis zodanig dat het gros van de herniaoperaties beter achterwege kan blijven. Toch vinden er nog heel veel herniaoperaties plaats.

Het tweede voorbeeld ging over meerdere aandoeningen tegelijkertijd. U kent het dossier van de polifarmacie. Alle prikkels zijn voorhanden om meer medicijnen te geven. Dat zit in ketenzorg, dat zit in keten-dbc's, dat zit overal in. Ik heb afgeleerd te zeggen dat de individuele specialist zijn eigen zakken vult. Nee, het systeem zit vol met perverse prikkels. Met pervers bedoel ik dat het niet leidt tot meer gezondheidswinst. Iedereen is het erover eens dat minder van dit soort producten en minder geneesmiddelen tot meer leidt.

Het derde voorbeeld ging erover dat wij zorgproducten neerzetten waarvan wij niet weten of die tot gezondheidswinst leiden, terwijl er wel een autonome productie is van die gezondheidsproducten. Er vindt op dit moment in het medisch veld een felle discussie plaats over het prostaatcarcinoom, waarbij er steeds meer agressief wordt behandeld tot impotentie en incontinentie erop volgen, zonder dat er andere gezondheidswinst wordt bereikt.

Ten slotte had ik het over de categorie producten die geleverd worden maar geen opbrengst hebben, zoals de dotterbehandelingen waarbij er geen sprake is van acute pijn op de borst.

De heer **Winter**: Ik ben het voor een groot deel met de heer Westendorp eens. Hij centreert zijn betoog rondom de doelmatigheid van de zorg. Ik heb zelf bijna twintig jaar als radioloog gewerkt en ieder serieus medisch probleem komt langs het diagnosepunt, de radioloog. Er is heel veel ondoelmatigheid in het medische proces. Een belangrijk deel van de aandoeningen, meer dan de helft, is moeilijk behandelbaar. Het medische proces voorziet in het monitoren en begeleiden van die ziekten. Ik denk daarbij aan diabetes, het ouder worden in brede zin, artrose, hiv, aids et cetera. De zorg is een empirisch vak, al decennialang gebaseerd op scholen die de zorg op een bepaalde manier bedrijven.

Met uitzondering van bepaalde deelgebieden zoals oncologie wordt geprotocolleerd en rationeel gehandeld, zowel in de diagnostiek als in de therapie. Daar is heel veel te winnen. Het gaat om de doelmatigheid, de medical technology assessment, de verzakelijking van het medische proces an sich. Daar zijn wij nog lang niet aan toe.

Ik zou willen beginnen met de doelmatigheid van de bedrijfsvoering. Daar zijn quick wins te behalen, waarbij we niet het moeilijke debat hoeven aan te gaan met de professionals die acteren op grond van hun opleiding en school. Daarnaast kennen we een enorme consumentendruk en patiëntendruk om die zorg te leveren. Ik ben bereid om dat hol van de leeuw te betreden, maar de doelmatigheid van bedrijfsvoering staat wat mij betreft voorop; daarin is veel te halen.

Dan even over de bubbelzorg. Als je langs die as naar bubbelzorg kijkt en de zorg onderverdeelt in therapeutisch effectieve zorg als heupprotheses, staaroperaties en antibiotica, een klein percentage van het geheel, versus het begeleiden, het monitoren en het geruststellen van mensen, het grootste deel van de zorg, dan is het aandeel bubbelzorg veel groter dan de heer Westendorp beschrijft. Dat geeft allemaal niets als je uitgaat van een macrobudget dat je met elkaar wilt en kunt besteden. Je hebt een

harde borging nodig van systeemfuncties: eerste hulp, verloskunde, ok's, neurochirurgie, cardiothoracale chirurgie. Vervolgens moet je de kwaliteitscriteria duidelijk en transparant maken. Als je dat raamwerk bouwt als kader waarbinnen je zorg uitvoert, dan filtreert het bubbeldeeltje er vanzelf uit. Er komt een enorme groei aan zorg door vergrijzing, veroudering en nieuwe technieken. Als je het macrobudget en de systeemfuncties goed borgt, dan is de floor yours. De professionals zijn voldoende kwaliteitsgericht om niet over te gaan tot mal practices.

De heer **Westendorp**: De heer Winter maakte een opmerking die ik verre van mij wil werpen en dat is dat de zorg voor mensen die onder de categorie bubbelzorg geplaatst zou moeten worden. Patiënten zij het daarmee totaal oneens; dit is het punt dat de heer Heertje dehumanisering van de zorg heeft genoemd.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Ik heb een vraag aan professor Heertje. Ik ben het inhoudelijk in grote mate met hem eens, maar nu zeggen de voorstanders van de winstuitkering dat dat een van de weinige mogelijkheden is om nieuw geld in het systeem te krijgen, dat nodig is voor innovatie en dergelijke zaken. Kan hij aangeven op welke wijze het benodigde geld voor innovatie buiten winstuitkering om in het systeem zou moeten komen?

De heer **Heertje**: In principe zijn er verschillende alternatieven voor financieringsbronnen. Die alternatieven moet je op hun eigen merites bekijken. Je moet de voor- en nadelen bekijken. De overheid is in beginsel ook een financieringsbron, maar die kent niet het element van het winstperspectief. Dat kan een minder perverse prikkel zijn, wellicht met minder incentives voor fraude. Ik zie ook wel in dat traditionele financiering via het bankwezen op dit moment in hoge mate is gefrustreerd. Als men op een kleinschaliger basis denkt, kan er in principe ook een financieringsmogelijkheid ontstaan langs particuliere weg. Die kent niet het traditionele karakter van het aandeelhoudersmechanisme, maar loopt via stichtingen en particuliere instellingen. De betrokkenheid bij de zorg wordt geïntensiveerd. Ik wijs als voorbeeld op wat er nu bij de musea gebeurt. De overheid trekt zich terug en je ziet dat financiële middelen op kleinschalige basis worden gemobiliseerd bij particulieren en bij stichtingen waarvan de doelstelling verenigbaar is met de doelstellingen van het museum. Zo is het denkbaar dat betrokkenheid van mensen bij de zorg die deels de kleinschalige richting uitgaat, ook bij de financiering van de zorg aanzienlijk kan worden gestimuleerd.

De heer **Westendorp**: Ik durf in dit illustere gezelschap van economen en andere mensen met veel meer financiële achtergrond niet te zeggen waar het externe geld vandaan zou moeten komen. Ik voel mij daarvoor onvoldoende bekwaam. Ik voel me wel bekwaam om erop te wijzen dat binnen de zorg nog heel veel geld gerealloceerd kan worden. Ik wil de uitdaging wel aannemen om met verschillende partijen te bedenken hoe we de bestaande middelen doelmatiger kunnen inzetten, niet om meer zorgproducten te maken, maar om meer gezondheidswinst te bereiken.

De heer **Kerste**: Banken trekken zich niet alleen terug uit ziekenhuizen omdat er minder geld valt te besteden, maar ook omdat het risicoprofiel is gewijzigd. De overheid trekt zich terug en daardoor neemt het risicoprofiel toe. Banken zijn niet bereid daarin te stappen. Een dergelijk risicoprofiel past voor een deel eerder bij eigen vermogen dan bij vreemd vermogen.

De heer **Vergunst**: Ik heb nog een kleine nuancering hierop. Natuurlijk neemt het risico van de sector toe en zijn banken terughoudender. Het is echter meer een probleem van de banken dan van de sector. De banken

hebben te maken met de eisen van Basel III en de banken willen niet de gehele sector financieren. Ook in situaties waarin sprake is van gezonde business cases is men nog tot in het extreme terughoudend. De afhankelijkheid van de banken vind ik een probleem dat mogelijk met dit wetsvoorstel aan de orde komt. In aanvulling op de woorden van de heer Heertje zou je ook kunnen denken aan achtergestelde leningen met een hoger rentepercentage. Daarmee creëer je een risicodragende inbreng van instellingen, maar zonder de prikkel tot volume. Je zou kunnen zeggen dat die prikkel tot doelmatigheid leidt, maar in de praktijk leidt het alleen maar tot meer kosten.

De heer **Peters**: De heer Heertje trekt de overheid in zekere zin uit de hoge hoed. De overheid trekt zich inderdaad terug. De afgelopen jaren zijn forse ombuigingen doorgevoerd op diverse publieke elementen in onze bekostiging. Ik snap dat overigens wel, ik heb jaren bij het ministerie van Financiën gewerkt. De argumentatie waarmee dat gebeurt, is echter niet plausibel.

Ik wil nog wel ingaan op een mogelijkheid om te schatkistbankieren. UMC's zijn ingewikkelde instituten. De ene keer hoor ik het argument dat we privaat zijn en dan mag je niet schatkistbankieren. Een andere keer wordt het publieke element gebruikt om ons te verbieden mee te doen aan winstuitkering. Wij zitten hiermee in het slechtste van beide werelden. Ik wil dat overigens niet dramatiseren, want zo slecht gaat het nog niet met ons.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie):

Voorzitter. Ik blijf met de vraag zitten voor welk probleem winstuitkering een oplossing is. Ik hoor steeds weer dat de banken het probleem zijn. Er wordt geconstateerd dat banken terughoudender zijn geworden omdat zij wat meer risicodragend zijn geworden. Zit dan de oplossing niet bij de banken? Moeten wij er niet voor zorgen dat banken minder terughoudend worden en iets meer doen met de risicoprofielen?

De heer **Vergunst**: Het probleem van de banken benoemen, is gemakkelijker dan de oplossing aandragen. Ik zou het niet verkeerd vinden als een deel van het risico voor de banken wordt weggenomen. In de zorgsector bestaat er een waarborgfonds. Op dit moment stelt dat fonds zich nog extremer op dan de banken en is nog 36 keer zo bureaucratischer. Dat is de oplossing dus niet. Maar is het zo heel verkeerd als een stukje van het risico door middel van achtervang of een waarborgfonds op bepaalde leningen bij de overheid wordt gelegd? Ik zou dat niet zo verkeerd vinden.

De heer **Kerste**: Dat lijkt mij een stap terug in de tijd. We hebben een stap gezet richting marktwerking en hebben prikkels en verantwoordelijkheden bij de ziekenhuizen gelegd. Die weg is ingeslagen en in uw oplossing neemt de overheid het risico weer terug. Dat kan op allerlei manieren, door ganaties of door waarborgfondsen en noem het maar op, maar in essentie komt het op hetzelfde neer. Mijn antwoord is dus: nee!

De heer **Winter**: Er zijn twee parallelle ontwikkelingen te onderkennen. De eerste is de positie van de banken. Door de bancaire crisis, de toemende solvabiliteit en de normering van Basel kunnen banken minder risico's nemen in vergelijking met vijf of tien jaar geleden. Innovatie moet een goede plaats krijgen. Dat is een trend. Een andere trend is dat innovatie een belangrijke plek moet krijgen bij het structureel verbeteren van de zorg. Dat kan heel veel efficiency opleveren binnen het zorgproces, maar voor innovaties zul je risico's moeten nemen. Als je deze twee trends combineert door de zorg snel te innoveren terwijl banken juist terughoudender worden, dan is in die driehoek plek voor mensen die bereid zijn om voor een hoger rendement risicodragend geld te

verstrekken. Je zult eisen moeten stellen aan de partijen die dit mogen doen. Ik ben tegen partijen met een korte horizon en een groot sprinkhaangedrag, maar voorstander van pensioenfondsen, familiebedrijven en vooral individuen, zoals de dga's die het zelf doen.

De heer **Heertje**: Ik wil beginnen met de opmerking die net gemaakt is dat we de route van de marktwerking zijn ingeslagen en die we tot aan het eind der tijden moeten blijven bewandelen zonder over de dingen na te denken. Ik vind dat een bedenkelijke observatie. Zo zal het ook niet gaan. De heer Kerste denkt dat wel, maar zo gaat het niet. Het is van belang om voortdurend te kijken naar wat er in de wereld verandert. Op dit moment neemt de neiging om te sparen wereldwijd toe, ook in Nederland, en de consumptie neemt af. Dat is vermoedelijk een langdurige trend. Maatschappelijk gezien komen er veel gezonde financieringsmiddelen ter beschikking, onder andere via pensioenen en via allerlei andere vormen van spaarregelingen.

De vraag is of op die middelen een beroep kan worden gedaan. In dit verband kan men denken aan het ABP. Waarom zou het ABP uitsluitend investeren in allerlei projecten in het buitenland en geen fundamentele rol spelen bij de financiering van gezondheidszorg? Daarbij kan het financiële arrangement relatief gunstiger zijn dan die hele constructie met winstuitkeringen. Je kunt daarbij ook de publieke belangen borgen. Er zijn ook banken, zoals de Triodosbank, die anders georiënteerd zijn en een positief uitstralingseffect hebben op andere banken.

Naar mijn gevoel zijn er alternatieven denkbaar waarbij je niet dogmatisch doorfietst op het traject van marktwerking. Het vraagstuk dat voorligt is een gezamenlijk zoeken. Dat kan via de weg van het door schade en schande wijs worden, maar het kan ook door je verstand te gebruiken. Het gaat erom te zoeken naar een optimale combinatie van private en publieke elementen. Dat is voortdurend in beweging en het evenwicht ligt niet voor eeuwig vast. Als je innoverend wilt zijn, moet je voortdurend nadenken over vernieuwingen, ook wat maatschappelijke besluitvorming betreft. Vernieuwing gaat niet alleen over nieuwe medische technieken, maar ook over nieuwe vormen van maatschappelijke besluitvorming, zonder te vervallen in de ideologische strijd tussen socialisme en liberalisme. Dat kunnen we achter ons laten; het gaat nu om het oplossen van de problemen.

De heer **Vergunst**: Ik heb een opmerking voor de heer Winter. Ik deel zijn mening dat we de financiering niet bij de cowboys moeten zoeken maar bij institutionele beleggers en dga's. De voorwaarde moet daarbij wel zijn dat er geen sprake mag zijn van volumeprikkels, maar uitsluitend van hoger rendement omdat er meer risico's aan vast zitten.

De heer **Winter**: Dat is een contradictio in terminis, dat is helaas onmogelijk. Ondernemers zullen gericht zijn op volumegroei en op innovatie, dat zijn de twee leidende uitgangspunten. Als ik zorgverzekeraar zou zijn van de regio Noord-Holland, dan zou ik binnen de dermatologie, een niet-systeemfunctie, alle toetreders toelaten die kwalitatief geborgd zijn. Ik zou vaststellen dat op grond van het macrobudget voor zorg voor dermatologie 20 mln. ter beschikking is. Of er nou vijftien of dertig spelers zijn, laat iedereen zijn gang gaan en om het heen vechten. De partij die dat het best doet, is winnaar en de rest verdwijnt uit de markt. Op die manier combineer je een gefixeerd macrobudget met marktwerking op de niet-systeemdelen.

De heer **Westendorp**: Ik ben het met de heer Winter volstrekt eens dat deze prikkels leiden tot efficiëntie. Daar zijn talloze voorbeelden van op te noemen, maar ik wil het graag toespitsen op zijn voorbeeld van de 20 mln. Daarbij zet je een publieke verantwoordelijkheid om in 20 mln.

voor een bepaalde regio. De vraag is nu hoe we het droog houden. Hoe zorgen wij ervoor dat die 20 mln. niet 18 mln. wordt aan bubbeldermatologie? Hoe voorkomen wij dat er te weinig middelen overblijven voor de producten die ook geleverd moeten worden? Waar zit de borging van de kwaliteit van de gezondheidswinst?

De heer **Winter**: Dat ligt bij de zorgverzekeraars. Wij hebben vier zorgverzekeraars gevraagd om marktmeester te worden. Overigens zijn dat er veel te weinig. Er zijn 104 ziekenhuizen en er is geen countervailing power. Ik vind dat een aanstaand probleem. De zorgverzekeraars komen van doorgeefluiken van publieke gelden en moeten nu de rol van marktmeester op zich nemen. Je ziet dat de grootste zorgverzekeraar een aantal professionals uit alle geledingen inhuurt om die kennis op te bouwen. Wat mij betreft, hebben de zorgverzekeraars in 2012 nog respijt, maar vanaf 2013 wil ik dat zij echt gaan doen waarvoor zij hier op aarde zijn, namelijk op verantwoorde wijze kwalitatieve zorg inkopen. Het zou vanuit de politiek wenselijk zijn om het aantal zorgverzekeraars enorm te laten toenemen, zodat er meer countervailing power ontstaat. Ik weet dat een aantal zorgverzekeraars in de praktijk de markt niet opkomt en dat vind ik jammer.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Ik had het idee dat de heer Westendorp wilde reageren, maar misschien kan dat ook naar aanleiding van mijn vraag. Gezondheidswinst vind ik ook erg belangrijk, evenals het terugdringen van bubbelzorg. Dat hebben we nu ook al. Als winstuitkering leidt tot toename, moeten wij dat niet doen. Wat kunnen wij dan wel doen om de bubbelzorg terug te dringen?

De heer **Westendorp**: Dat punt stond niet op de agenda. Ik wil daarover best van gedachten wisselen, maar op dat punt is van alles mogelijk. Het lijkt me niet dat we daarover vanochtend moeten spreken. Ik trek wel de conclusie dat als die borging er nog niet is, het gevaar reëel is dat de genoemde 20 mln. inkrimpt tot 18 mln. Het zegt iets over de timing als wij de financiële prikkels en de marktprikkels toelaten op het moment dat wij niet in staat zijn om de kwaliteit te garanderen. Die definieer ik op het gezondheidswinstniveau. Is de heer Winter dat met mij eens?

De heer **Winter**: Daar ben ik het absoluut niet mee eens. We zitten nu in de implementatiefase en gezien de logheid van het systeem en de complexiteit van de producten moeten de zorgverzekeraars de tijd krijgen om te wennen aan hun nieuwe rol. Ik heb het idee dat zij dit serieus oppakken. Het is niet handig om in een vroege implementatiefase het kind met het badwater weg te gooien.

De heer **Peters**: De heer Winter sprak over protocollering waarmee je heel veel kunt wegfilteren. Het verbaasde mij dat hij als eerste de bedrijfsmatige doelmatigheid op het oog had. Ik zou zeggen: investeer in de protocollering en constateer wat de bubbels zijn. Daarover kunnen de nodige collegiale twisten uitbreken, maar het is wat mij betreft een fundamenteel debat. De bubbel groeit maar door, het was eerst 80% en is nu 90%. Er zijn wellicht wachtlijsten aanstaande, gelet op de beperking van de groei. Wachtlijsten mogen niet ontstaan, maar wachtlijsten leiden vaak tot een bubbelanalyse. Het is geen pleidooi, maar wel een analyse die op de korte termijn toepasbaar kan zijn.

De heer **Winter**: Ik zie doelmatigheid van de zorg als parallelle trajecten. Het eerste traject is de doelmatigheid van de bedrijfsvoering. In het tweede traject zouden we meer aandacht moeten besteden aan de doelmatigheid van het zorgproces zelf. Dat is een wat langduriger proces, omdat je het gedrag van professionals zult moeten rationaliseren.

Professionals zijn in de regel intelligente mensen die zich daardoor laten beïnvloeden, maar het is een high end education en dat heeft een langere doorlooptijd nodig. Ik ben het er helemaal mee eens dat we al tijden geleden hadden moeten beginnen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Ik heb een vraag voor de heer Vergunst. Begrijp ik goed dat hij stelt dat alleen externe investeerders aantrekkelijk zijn voor een ziekenhuis als het ziekenhuis met de rug tegen de muur staat?

De heer **Vergunst**: Ik heb dat inderdaad gezegd. Er zit op dit moment een heel aansprekend voorbeeld aan tafel. Als tweede voorbeeld heb ik ook de innovatieve investering genoemd waarbij je bereid bent behoorlijke risico's te nemen. Dat is niet wat een doorsnee ziekenhuis doet, want daarvoor is men niet op aarde. Binnen de sector heb je innovatie nodig, die vaak kleinschalig begint. In die context kan dit wetsvoorstel helpen.

De heer **Winter**: Ik wil even reageren op de uitspraak over de rug tegen de muur en investeerders. In Nederland kennen wij twee voorbeelden van ziekenhuizen die faillieerden en die door investeerders zijn overgenomen. We hebben de afgelopen twee jaar met vijf hoog opgeleide en ambitieuze mensen getracht om met het ziekenhuis in gesprek te komen over investeringen, maar zonder resultaat. We zijn met een gezelschap twee maanden geleden naar München geweest en hebben gesproken met publieke, universitaire en private ketenen. Van de 103 ziekenhuizen die in Duitsland geprivatiseerd zijn, zijn er 102 langs de as van het faillissement gegaan. Kennelijk wordt de autonomie van zo'n ziekenhuis pas opgeheven op het moment dat het in zwaar weer terechtkomt. Overigens geeft zo'n crisis enorm veel momentum om verbeteringen door te voeren. Vooral bij de ziekenhuizen die lang goed draaien en heel stabiel zijn, is enorm veel EQ, SQ en IQ nodig om heel kleine verbeteringen aan te brengen. Daar is immers geen momentum om te verbeteren.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik ga toch weer even terug naar de bubbelzorg. Ik heb het artikel uit het Financieele Dagblad van de heer Westendorp ook gelezen. Daarin stelt hij dat, als wij overbehandeling willen tegengaan, het oordeel van de patiënt leidend moet zijn. Wij hebben vanochtend allemaal in de krant kunnen lezen dat de artsen in toenemende mate worden geïntimideerd om maar vervolgonderzoeken en behandelingen te verrichten. Wat is de rol van de patiënt?

De heer **Westendorp**: Dat is een heel juiste constatering en een terechte vraag. In de eerste setting hier kwam de patiënt gelukkig ook een keer naar voren. De patiënt wordt node gemist als balans in deze discussie. De reden dat de patiënt er buiten wordt gehouden, is omdat het beeld van de veeleisende patiënt prevaleert; die patiënt is eigenlijk alleen nog maar volumeopdrijvend. Hij eist en eist en dat zou het alleen maar erger maken. Die mensen zijn er, maar dat is geen generalisme. Ik geef u een ander voorbeeld. In Nederland hebben zich 150 000 mensen uit vrije wil. Het is een scherpe interpretatie van mijn kant, maar ik denk dat ik er niet ver naast zit. Als je je op latere leeftijd van het medisch apparaat wilt ontdoen, is dat misschien de enige weg. Dat geeft aan dat er ook een andere kant is.

Nu nog wat blote feiten. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt stelselmatig dat, als je share decision making toepast waarbij je het probleem open en bloot op tafel legt, de patiënten conservatiever zijn dan het apparaat zelf. We moeten niet bang zijn om mensen die nog niet ziek zijn aan tafel te vragen omdat dat een volumeopdrijvend effect zou hebben.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ik heb geen antwoord gehoord van de heer Winter op de vraag van mevrouw Leijten. Hoe verhoudt zijn uitspraak dat je in de zorg veel kunt verdienen zich tot het belang van de patiënt?

De heer **Winter**: Laat ik een voorbeeld nemen uit de dagelijkse praktijk. Het bedrijf Apple is zeer succesvol. Als de verbeterpotentie wordt waargemaakt, zit er veel voordeel in, zowel voor de ondernemer als voor de klant. Dat is helemaal niet kwalijk als het hand in hand gaat met succes. Een ondernemer richt zich bij uitstek op klantwaarde, op de kosten en kwaliteit voor de klant. Anders heeft hij geen levensvatbaar product en haalt hij het niet. Hoge kwaliteit, kostprijsreductie en hoge marges gaan hand in hand. Dat is in alle sectoren een feit.

De heer **Heertje**: Er zijn voorbeelden uit het economisch leven die deze uitspraak bevestigen. In de Nederlandse samenleving gebeurt echter volstrekt het omgekeerde. Als je ziet wat er in het onderwijs en bij de corporaties gebeurt – en ik zie helemaal niet in waarom dat in de zorg niet zou gebeuren – dan zie je dat processen die veelal intern gestuurd worden door managers helemaal niet principieel gericht zijn op leerlingen, patiënten of huurders. Je ziet precies het omgekeerde! Wij moeten nadenken over constructies, benaderingen en regelgeving die dat proces niet aanmoedigen maar het juist ontmoedigen. Ik moet hier ernstig tegen waarschuwen. Ik raad iedereen aan de kranten vanaf vandaag nog eens goed te lezen. Mijnheer Staal zit nu ergens ver weg onder een palmboom terwijl hij verschrikkelijke dingen heeft gedaan, niet alleen bij zijn eigen organisatie, maar bij alle corporaties in Nederland. Je kunt dit toch niet met droge ogen zeggen?

De heer **Winter**: Ik ben mordicus tegen de misstanden die u beschrijft. Wij hebben in de polderziekenhuizen afgesproken om geen honorarium uit te keren zolang wij verlies maken. Vervolgens hebben we er 5 mln. ingestopt en afspraken gemaakt over een beperkt honorarium voor de raad van bestuur als we weer winst maken. Daarmee hebt u hier aan tafel de goedkoopste ziekenhuisbestuurder van Nederland. Zo denk ik over geld verdienen.

Als het resultaat van de onderneming zo is dat je prijscompetitief kunt werken en dat je het beter doet dan je burens en er marge uit haalt, dan heb je een positief bedrijfsresultaat. Dat gaat per definitie gepaard met een hogere waarde voor de klant. Deze misstanden worden louter en alleen veroorzaakt doordat er onvoldoende aanbod is. Er zijn onvoldoende tegenspelers en daarom vertonen mensen zonnekoninggedrag. Ik ben daar heel kritisch in.

De **voorzitter**: Wij zijn gekomen aan het eind van dit blok. Ik dank onze gasten heel hartelijk dank voor hun tijd en voor hun inbreng. Mochten wij nog vragen hebben, dan komen wij zeker bij u terug. Ik wens u nog een fijne werkdag als die nog voor u ligt en anders een plezierig weekeind.

Sluiting 12.45 uur

De vergadering wordt van 12.45 uur tot 13.30 uur geschorst.

Gesprek met:

R. Goffin, bestuurder Orbisconcern

J. van Dijk, traumachirurg Ziekenhuis Gelderse Vallei Ziekenhuis

mw. E. Plomp, arts UvA/farmaceut/jurist

A. den Hartog, NPM Healhtcare

De **voorzitter**: Ik heet onze gasten van harte welkom. Dit is het derde blok van vandaag. We hebben een rondetafelgesprek over winstuitkering, u allen bekend. Ik geef ieder van u twee tot drie minuten de tijd om een kort statement te maken. Vervolgens kunnen de Kamerleden enkele vragen stellen. We ronden het gesprek vervolgens af om 14.45 uur.

De heer **Goffin**: Voorzitter. Wij hebben een position paper opgesteld en ik zal kort de positie van ons ziekenhuis is ten opzichte van het wetsvoorstel schetsen. Wij zijn evenals onze koepelorganisatie, de NVZ, voorstander van dit wetsvoorstel. Er zijn door het kabinet keuzen gemaakt om de marktwerking voor ziekenhuizen toe te staan. In het wetsvoorstel zijn voorwaarden gesteld aan de zorgvuldigheid van winstuitkeringen in de ziekenhuiszorg. Wij zien voldoende mogelijkheden voor de lastige balans die ziekenhuizen in het maatschappelijke verkeer innemen. Wij onderkennen de kwaliteit van zorg, de doelmatigheid van zorg en de efficiency van zorg en we zien voldoende mogelijkheden om dat in balans te blijven doen.

De heer **Van Dijk**: Voorzitter. Ik was ietwat verbaasd toen ik een paar weken geleden deze uitnodiging mocht ontvangen. Normaal gesproken voel ik mij meer thuis in een operatiekamer dan in de Tweede Kamer, maar ik vind het desalniettemin erg interessant.

Naar aanleiding van die uitnodiging heb ik nogal wat gesprekken gevoerd op de werkplaats. Ik heb het in de week gelegd en veel artsen en verpleegkundigen gevraagd wat zij van winstuitkering in de zorg vinden. Eerst stuit je daarbij op enige apathie, berusting, onwetendheid en zelfs onbenulligheid. Hoezo winstuitkering? Maar als je dan doorvraagt, blijkt dat niemand voor is. Geen specialist in het ziekenhuis is voor winstuitkering in de zorg omdat dat niet aansluit bij wat wij willen. Verpleegkundigen houden de discussie nog eens extra af, want zij laten het antwoord liever over aan de autonome zelfstandigen.

Ik heb daar nog verder op doorgevraagd en merk dat de woede en de frustratie onder verpleegkundigen in Nederland over de manier waarop met hun vak wordt omgegaan, enorm is. Het viel mij op dat er een angstcultuur heerst; verpleegkundigen durven niet te zeggen wat zij ervan vinden en ik denk niet dat hier vandaag een verpleegkundige aanschuift. Misschien is het goed om eens wat vragen te stellen over wat verpleegkundigen van dit verhaal vinden.

Er is vanmorgen veel gesproken over eigenaarschap, zeggenschap en autonomie en over hoe dat in te richten met specialisten in loondienst, in coöperaties of in vrije vestiging. Ik werk in de vrije vestiging in een maatschap. Maatschappen worden in het algemeen als bastions gezien die verhinderen dat veranderingen in de zorg worden doorgevoerd. Zelf ervaar ik het als een veilig gebied waarin ik met mijn collega's een complex vak kan uitoefenen en waarin wij elkaar onderling kunnen controleren op ons handelen. Voor mij is zo'n maatschap als werkomgeving heel belangrijk.

Ik wil geen winst uit onderneming. Ik wil een honorarium voor de diensten die ik verleen. Ik ben niet op zoek naar winst uit bedrijfsvoering, maar naar winst omdat ik van hulpverlening mijn vak heb gemaakt. Daarin wil ik erkend worden door middel van een honorarium. Dat was de basis waarop ik mijn position paper heb geschreven. Ik lees in de memorie van

toelichting voornamelijk over financieel-economische zaken, voor zover het voor mij toegankelijk is. Dat mag zo zijn, maar in mijn ziekenhuis is er geen specialist die ziet hoe dit daadwerkelijk tot kostenreductie zal leiden. Je financiert de kostenstijging tijdelijk en na een aantal jaren kom je erachter dat de kosten nog veel verder omhoog zijn gegaan. Je bent niets opgeschoten.

Bij de kwaliteit, de dienstverlening en de doelmatigheid moet je medisch inhoudelijk handelen onderscheiden van economisch handelen. Ik beluister de discussie hier als medicus en merk dat de werkelijkheid op geen enkele manier wordt geraakt. Het gaat over een economische werkelijkheid van een aantal mensen die dat op die manier vorm willen geven, en dat is prima. Het is goed om aan bedrijfsvoering te doen, dat moet je ook doen, maar dat gaat het niet worden.

Ik ervaar de marktwerking als een enorme bureaucratische ellende waardoor de zorg alleen maar duurder wordt. Het helpt geen bal. Bij de zorg gaat het niet om geld alleen, maar vooral om vakmanschap. Als je inzet op vakmanschap en daarop bouwt en vertrouwt, wordt het veel goedkoper en kan het ook nog eens beter. Begin te snijden in de bureaucratie! Als je de bureaucratie kunt elimineren, houdt je veel meer geld en tijd over en kun je dat aan de zorg besteden. Als je al winst maakt met een onderneming in de zorg, moet dat geld in de zorg terugkeren.

Mevrouw Plomp: Voorzitter. Ik vind het buitengewoon interessant om hier te zijn. Ik ben zelf werkzaam als arts in het UMC te Utrecht. Daarnaast ben ik in december gepromoveerd aan de juridische faculteit van de UVA op een proefschrift over de juridische aspecten van winstuitkering door zorginstellingen. Vanuit dat kader wil ik graag mijn opmerkingen over het wetsvoorstel maken.

Het is verstandig om aanbieders van medische specialistische zorg in het huidige zorgstelsel de mogelijkheid te bieden om winst uit te keren.

Daarmee wordt een extra financieringsbron gecreëerd die de instellingen de mogelijkheid geeft om te investeren in innovaties. Daarmee kan de doelmatigheid en kwaliteit van de zorg verbeterd worden. Het is goed dat daarmee ruimte wordt gecreëerd voor ondernemerschap. Ook de dynamiek in de markt wordt daardoor versterkt.

Het is daarbij verstandig om een aantal aanvullende voorwaarden te stellen om de publieke belangen te beschermen. Een deel van de voorwaarden die zijn gesteld, is in mijn ogen niet noodzakelijk. Sommige voorwaarden die wel gesteld zouden moeten worden, zijn niet in het wetsvoorstel opgenomen.

Ik onderken vier publieke belangen die in het kader van winstuitkering van belang zijn. Allereerst is er de governance, daarnaast de publieke belangen in de gezondheidszorg: de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Ik noem ook de financiële stabiliteit van het stelsel en de continuïteit van zorg en daarnaast het behoud van vermogen voor de zorg.

Voor de governance en de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid zijn voorwaarden gesteld en voor een deel ben ik het daarmee eens. Het is goed dat er een goedkeuring van het bestuur is vereist, maar ik zet vraagtekens bij de gronden waarop het bestuur vervolgens zijn goedkeuring al dan niet kan weigeren. Verder vind ik het opvallend dat er geen regels zijn gesteld ten aanzien van belangenverstrengeling bij de raad van bestuur en de raad van toezicht, noch bij bepaalde categorieën aandeelhouders die een bedreiging kunnen vormen voor de zorg. Ik denk daarbij aan farmaceutische ondernemingen en zorgverzekeraars.

Voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg is het belangrijk te benoemen dat deze aspecten voor alle zorginstellingen relevant zijn. Deze aspecten zijn niet beperkt tot instellingen met een winstoogmerk. Uit economisch-empirische studies blijkt dat er geen systematische verschillen zijn in de kwaliteit van zorg tussen ziekenhuizen

met en zonder winstoogmerk. Ik heb mijn vraagtekens bij de noodzaak om een kwaliteitstoets door de IGZ in te stellen, zeker wanneer dat een eenmalige toets betreft. Je kunt beter in zijn algemeenheid maatregelen nemen om de transparantie van de kwaliteit van zorg te verbeteren. Dan het aspect van de driejaarstermijn. Ik reken dat onder het financiële stabiliteitsfondsstelsel en de continuïteit van de zorg. Ik begrijp dat de driejaarstermijn gericht is op het aantrekken van langetermijninvesteerdere. Dat is belangrijk, maar ik denk niet dat dat doel gehaald wordt met een driejaarstermijn. Zeker in de beginfase zal de zorg langetermijninvesteerdere trekken omdat de rendementen eenvoudigweg te laag zijn voor investeerdere die snel geld willen verdienen. Het is beter om maatregelen te nemen die op een wat langere termijn gelden en dan denk ik met name aan solvabiliteits- en liquiditeitseisen.

Ik mis in het wetsvoorstel een vierde aspect, namelijk het publieke belang van het behoud van vermogen voor de zorg. Er bestaan al veel waarborgen in de wet, maar het verbaast mij een beetje dat er geen maatregelen zijn genomen die betrekking hebben op de in het verleden verstrekte publieke middelen voor de zorg. Het doel van het wetsvoorstel is kapitaal aantrekken. Er zijn belemmeringen die ook nog moeten worden verholpen. Ik denk daarbij vooral aan fiscale behandelingen, aan het verschil tussen ziekenhuizen met winstoogmerk en zonder winstoogmerk. Zolang daarvoor geen maatregelen worden getroffen, zullen ziekenhuizen minder geïnteresseerd zijn. Ik denk ook aan het macrobeheersingsinstrument dat voor veel ziekenhuizen en investeerdere een belangrijke belemmering zal vormen.

De heer **Den Hartog**: Voorzitter. Mijn naam is Aart den Hartog. Ik vertegenwoordig NPM Healthcare, een investeerder in de zorg. NPM Healthcare maakt deel uit van NPM Capital, een participatiebedrijf dat al meer dan 60 jaar bestaat. We zijn op dit moment al actief als investeerder in de zorg en investeren in oogklinieken, eerstelijnsgezondheidscentra en tandartspraktijken. Wij willen graag investeren in bedrijven die zich onderscheiden in kwaliteit en aandacht voor de patiënt, alles gericht op een betere zorg voor de patiënt. Wij doen dat met een langetermijnhorizon. Wij denken dat wij daardoor als investeerder de gewenste ontwikkeling naar een betere en goedkopere zorg voor de patiënt kunnen stimuleren.

Wij steunen de wetwijziging die de noodzaak tot verbeterde bedrijfsvoering, kwaliteitsverbetering, toegankelijkheid en een betere dienstverlening onderkent. Tegelijkertijd onderkent die ook onze rol als private investeerder. Ik hoor steeds de term «winstuitkering», maar ik denk daarbij veeleer aan kapitaalinvestering in de zorg. Daar houden wij ons mee bezig.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Voorzitter. De heer Den Hartog spreekt uit ervaring en stelt dat de kwaliteit van de zorg met dit wetsvoorstel verbeterd kan worden. De heer Van Dijk ziet daar de meerwaarde niet van in. Heeft de heer Den Hartog voorbeelden uit de praktijk? Hoe gaat dat in zijn werk en hoe draagt zijn maatschappij bij aan het verbeteren van zorg? Daarna hoor ik graag een reactie van de heer Van Dijk.

De heer **Den Hartog**: Wij reageren op vragen van bestuurders van zorgbedrijven. Wij zijn zelf geen zorgbedrijf. Mensen kunnen naar ons toe komen met plannen voor betere zorg. Dikwijls is daarvoor de financiering niet mogelijk in het bestaande systeem. Als dat in onze ogen leidt tot een betere zorg voor de patiënt, zou dat voor ons een investering kunnen zijn waarin wij een belang willen nemen.

Misschien mag ik als voorbeeld het oogziekenhuis Zonnestraal noemen. Dat is een keten van oogklinieken die zich alleen maar toelegt op oogheelkundige zorg. Het is een van de twee grotere aanbieders; na het

oogziekenhuis Rotterdam is het de tweede aanbieder van oogheelkunde in Nederland. Men heeft daar veel expertise opgebouwd en is in staat om met duidelijke protocollen innovatie toe te passen. Het is het eerste en wellicht het enige oogziekenhuis waar alle operaties worden uitgevoerd en worden toegevoegd aan het epd. Het was een van de eerste bedrijven met een volledig epd, dus met papierloze dossiers. Uit de praktijk weet ik dat dat een second opinion veel makkelijker maakt. Voor ons waren dat aantoonbare zaken waarom deze keten voorop loopt op het gebied van kwaliteit en innovatie. Wij waren dan bereid om daarin te investeren. Wij vinden het erg belangrijk hoe men omgaat met kwaliteit. Alle zorgbestuurders vinden kwaliteit belangrijk, maar bestuurders moeten ook bereid zijn kwaliteit te meten en transparant te maken, niet alleen voor ons, maar ook voor hun eigen organisatie. Ik merk in de praktijk dat iedereen het heeft over kwaliteit, alle specialisten weten dikwijls van elkaar wie goed is en wie niet, maar voor de patiënt is dat nog heel onduidelijk.

De heer **Van Dijk**: Ook ik heb vanochtend veel gehoord over kwaliteits-transparantie. Bij mijn weten is het dbc-systeem destijds begonnen met een aantal voorlopers in mijn beroepsgroep. Zij wilden loon naar werken door duidelijk te maken wat een specialist precies doet. Het oorspronkelijke dbc-systeem dat daarbij voor ogen stond, was een bekostigings-systeem waarbij je met een paar dbc's ongeveer 80% van de zorg zou kunnen beschrijven. Over de overige 20% zouden met de politiek en de omgeving afspraken gemaakt moeten worden. Vervolgens blijkt het vrij lastig te zijn om te laten zien wat echte kwaliteit is. Dat zit hem in mijn impliciete kennis en ervaring als specialist. Ik kan dat alleen maar aangegeven voor mijn eigen specialisme, niet voor een neuroloog of voor iemand anders.

De kwaliteitstransparantie die iedereen nastreeft waardoor de patiënt weet wat hij kiest op basis van prijs en kwaliteit, is bijna niet realiseerbaar. Je kunt dus veel beter insteken op het gegeven dat wij in Nederland zo'n beetje de beste gezondheidszorg ter wereld hebben. In de Euro Health Consumer Index staan wij al jarenlang op de eerste plaats. Daarbij gaat het niet alleen om kwaliteit, beschikbaarheid en bereikbaarheid, maar ook om value for money: wat krijgt de Nederlander voor zijn gulden of voor zijn euro? Wij zitten daarbij heel hoog en dat moeten wij zo houden. Je kunt er ook best vertrouwen in hebben. Zeggen dat je dat beter kunt of dat het beter moet of dat iedere Nederlander recht heeft op de beste zorg, zoals in het regeerakkoord staat, klinkt natuurlijk prachtig, maar het is wel verrekte duur. Om dat voor elkaar te krijgen moet je veel optuigen; daarmee houden we een grote bureaucratische zeepbel in de lucht. Dat kost veel geld.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Ik heb een vraag aan mevrouw Plomp. We hebben vanochtend gesproken over artsen als aandeelhouders en daarover werd heel verschillend gedacht. Ik zou graag van mevrouw Plomp horen wat zij daarvan vindt.

Mevrouw **Plomp**: Ik hoorde vanochtend het argument dat het aandeelhouderschap van medisch specialisten een bedreiging zou vormen voor de zorg in het ziekenhuis. Volgens mij is het beter om de positieve kanten ervan te benadrukken. Op dit moment is er vaak onenigheid tussen raad van bestuur en medisch specialisten waardoor de raad van bestuur soms moeite heeft om belangrijke besluiten door te drukken. Specialistenvormen een belangrijk machtsblok binnen het ziekenhuis. Wanneer medisch specialisten de mogelijkheid krijgen om aandeelhouder te worden, raken zij meer betrokken bij het belang van het ziekenhuis als geheel. Nu concurreren zij elkaar als maatschap en houden soms voorstellen van de raad van bestuur tegen. Dat maakt het voor de raad

van bestuur heel moeilijk om het ziekenhuis te besturen. Wanneer medisch specialisten gezamenlijk aandeelhouder worden, werkt dat positief voor het op één lijn krijgen van de belangen. De risico's zijn beperkt, zeker in vergelijking met de huidige situatie. Op dit moment is het inkomen van medisch specialisten bijna direct gerelateerd aan de omzet die zij zelf maken. Ik weet niet of het risico zoveel groter zal zijn wanneer op ziekenhuisniveau een winstuitkering mogelijk gemaakt wordt. De uiteindelijke participatie van de medisch specialisten zal in het hele ziekenhuis naar verwachting laag zijn.

De heer **Den Hartog**: Ik onderschrijf dat de huidige maatschapstructuur het belang van een ziekenhuis in de weg kan staan. Ik heb aangegeven dat wij een langetermijninvesteerder zijn en helemaal niet zijn gericht op de winstuitkering. De belangen lopen wellicht niet synchroon, omdat de specialist die wil investeren gebaat is bij een eerdere winstuitkering. De belangen zouden op een andere wijze synchroon kunnen lopen door een deel van de beloning afhankelijk te maken van het totale functioneren van het ziekenhuis en niet alleen van de maatschap.

De heer **Goffin**: In ons ziekenhuis willen veel specialisten meedenken en financieel risico dragen door te participeren. De gemiddelde levensduur van een ziekenhuisbestuurder, en daarmee het commitment aan het ziekenhuis, ligt op dit moment ergens rond de drie jaar. De gemiddelde specialist die zich via goodwill heeft ingekocht, blijft vele jaren langer. De wisselingen zijn heel beperkt en de levensduur van de specialist bedraagt dikwijls een periode van tien tot twintig jaar. Het is in het belang van de specialist om de continuïteit van het ziekenhuis op een juiste manier veilig te stellen. Aandeelhouderschap zou daaraan kunnen bijdragen.

De heer **Van Dijk**: Dat sluit aan bij wat wij vinden en denken. Ik herken mij overigens niet in de geschetste tweedeling waarbij de specialisten niet op één lijn zouden zitten met de ziekenhuisorganisaties, want het belang loopt bijna een-op-een. Een ziekenhuisgemeenschap moet binnen de buitenwereld een positie innemen. Met name die posities zijn door alle ontwikkelingen zeer onzeker. Niemand durft te bewegen. Als ik voor het voortbestaan van mijn ziekenhuis gevraagd word om te investeren, zou ik dat wel doen. Maar neem dan ook andere werkers mee, neem dan ook de verpleegkundigen mee. Laat het hele ziekenhuis deelnemen en borg het in de regio. Houd het bestaande evenwicht tussen de vraag in de regio en het aanbod van het ziekenhuis in stand en bouw daarop verder. Dat is veel beter.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik vind het paper van mevrouw Plomp heel interessant. Zij pleit ervoor om tegenover de macht van het geld een sterke macht van een sterk bestuur te zetten. Het roept echter ook veel vragen op, zoals de eenmalige kwaliteitstoets. Vanochtend werd juist gepleit om vaker te toetsen. Wat zou je voor de gronden van weigering wettelijk moeten verankeren, of is dat een vrije keuze voor de ziekenhuizen? We hebben vanochtend geconstateerd dat de transparantie nog onvoldoende is. We hebben nog onvoldoende omschreven wat de kwaliteit van de zorg precies behelst. Moeten we dit eerst op orde krijgen en dan pas aan de slag gaan, of kunnen we ermee van start gaan en ondertussen de kwaliteit en de transparantie uitwerken?

Mevrouw **Plomp**: Ik heb inderdaad vraagtekens gezet bij wat winstuitkering voor de kwaliteit zal bijdragen. Ziekenhuizen zijn nu ook in belangrijke mate op winst gericht, zij het niet formeel. De facto streven ziekenhuizen ernaar om binnen de zwarte cijfers te blijven. Het verschil tussen ziekenhuizen met en zonder winstoogmerk is niet zo groot als wel

wordt voorgesteld. Uit economisch empirische studies blijkt geen systematisch verschil in de kwaliteit van zorg tussen ziekenhuizen met winstoogmerk en ziekenhuizen zonder winstoogmerk. Het is belangrijk om daar aandacht aan te besteden.

Er is nog lang geen sprake van een optimale kwaliteit van zorg. De koppeling aan dit wetsvoorstel creëert een schijnzekerheid. We moeten maatregelen nemen, zeker op het gebied van transparantie. Uit de economische studies blijkt ook dat het risico voor een eventuele achteruitgang van de kwaliteit van zorg vooral ligt in die gebieden van zorg waarin de kwaliteit voor buitenstaanders lastig te monitoren is. Transparantie is het heikele punt, maar dat geldt voor alle ziekenhuizen. Het is niet per se noodzakelijk dat te koppelen aan een winstuitkering. Het is goed dat er een risicomanagementsysteem bestaat, maar er zijn al maatregelen genomen om dat voor alle ziekenhuizen te introduceren. Ik sta daar volledig achter, maar het is in mijn ogen niet nodig dat als voorwaarde te stellen.

De tweede vraag betrof de goedkeuring door het bestuur. De gronden tot weigering zijn erg beperkt en het risico op aansprakelijkheid voor bestuurders is relatief groot. Kennelijk heeft men aangehaakt bij het wetsvoorstel over de flexibilisering van het bv-recht en heeft men een regeling gecreëerd waarbij de gronden beperkt zijn gehouden. Het bestuur heeft vrij weinig ruimte om te weigeren. Het bestuur zou die mogelijkheid in mijn ogen wel moeten hebben. Het bestuur kent de langetermijnperspectieven en de langetermijnplannen en moet in dat kader de mogelijkheid hebben om winstuitkeringen tegen te houden.

De heer **Goffin**: Ik sluit mij daarbij aan. Ik kan mij voorstellen dat er vanuit onze maatschappelijke verantwoordelijkheid een ondergrens getrokken moet worden, zeker bij de toelating van ziekenhuizen tot winstuitkeringen. Ik ben het ook eens met de opmerking dat het veel meer gaat om het aantrekken van kapitaal dan om het uitkeren van winst. We moeten leren van wat in het buitenland al speelt. In Duitsland zijn er verschillende grote commerciële ziekenhuisconcerns met een omzet van 2,2 mld. Door heel Duitsland heen vertrouwen 2,2 miljoen Duitsers hun ziekenhuiszorg aan die keten toe. Die keten profileert zich door kwaliteitskenmerken. De concerns maken duidelijk kenbaar waarom zij groei en kwaliteit kunnen combineren. Ik zou dat goed bestuderen, net als de voorbeelden uit het verleden.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Ik wil de vraag op een andere manier stellen. De heer Goffin is bij de heer Den Hartog geweest die wel iets ziet in een investering in het Orbisziekenhuis. Vervolgens moet de heer Goffin de heer Van Dijk overtuigen dat de samenwerking met NPM Healthcare een goede zaak is. De heer Goffin heeft mevrouw Plomp ingehuurd om hem te adviseren. Wat zou de heer Goffin tegen de heer Van Dijk zeggen die net heeft gezegd tegen winstuitkering in de zorg te zijn?

De heer **Goffin**: Dat is een interessante casus. Het gaat uiteindelijk om kapitaalinvesteringen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Wilt u mijn vraag beantwoorden? Hoe overtuigt u de heer Van Dijk?

De heer **Goffin**: Sorry, het lijkt wel alsof ik in de Tweede Kamer zit. Als ik niet bij de bank geld kan ophalen om te investeren in toekomstige innovaties in de praktijk van de heer Van Dijk, als de ok-ruimte dan wel de radiodiagnostiek die hij nodig heeft om zijn werk te doen onvoldoende mogelijkheden bieden en moeten worden uitgebreid, dan is het een goede zaak het geld elders te betrekken. Banken hebben op dit moment

allerlei redenen om niet in ziekenhuizen te investeren. Zij willen eerst zien dat er een solvabiliteit is van 20%. Ook verwachten zij een rendement met dit soort risicobuffers van 5% tot 6%. Als ik dat niet verkocht krijg, maar wel een kapitaalinvesteerder in de private sfeer heb die bereid is om dat risico voor mij te nemen, dan kan ik de heer Van Dijk uitleggen dat het handig is om het geld niet bij banken maar bij private investeerders op te halen.

De heer **Van Dijk**: Mijn reactie zou zijn: succes! Ik antwoord vanuit mijn professionele autonomie op de zorgvraag van de individuele patiënt. Het is aan de orde van de dag dat een patiënt met een sleutelbeenbreuk tegenover mij zit die goed te genezen is met een plaatje. Dat is echter duurder dan een mitella. Hij wil zijn sleutelbeenbreuk geopereerd hebben. Je kunt dan uitleggen dat daar nadelen aan vast zitten, dat er een litteken overblijft en dat het plaatje er later weer uit moet, maar die patiënt wil toch geopereerd worden. Dan geldt voor mij: als hij dat wil, dan krijgt hij dat. Dat was tien jaar geleden wel anders. Ik houd dus vast aan mijn professionele autonomie.

Mevrouw **Plomp**: Mij werd om advies gevraagd, begrijp ik. Ik ken NPM Healthcare niet zo goed, dus ik zou de heer Goffin aanraden goede afspraken te maken met de investeerder. Het ziekenhuis kan zelf ook maatregelen nemen om het belang van de investeerder meer op de langere termijn te richten. Dat is allereerst de keuze van de investeerder, maar ook door allerlei juridische maatregelen in statuten en contracten met investeerders. Het is goed om afspraken te maken en in de statuten weer te geven wat precies de invloed van de aandeelhouder op het beleid van het ziekenhuis is.

De heer Van Dijk maakt zich zorgen over de professionele autonomie van de artsen. Dat is een heel terecht punt. Aandeelhouders zouden geen invloed moeten krijgen op de inhoudelijke aspecten van de zorg, maar dat valt allemaal te regelen.

De heer **Van Dijk**: Het is belangrijk om de professionele autonomie in stand te houden. Dat is de basis waarop de zorg uiteindelijk zichzelf vernieuwt en waarbij het steeds de beste kwaliteit blijft bieden die het altijd heeft geboden. De veranderende zorgvraag van de patiënten komt als eerste bij ons binnen en het is aan ons om dat door te vertalen naar de bestuurders: wij krijgen die vraag en daar moeten we iets mee. Dan houd je de boel in evenwicht. Op het moment dat je dat andersom probeert te regelen en vastlegt dat het zus of zo moet, komt dat nooit goed.

De heer **Den Hartog**: Voorzitter. De vraag is niet direct aan mij gesteld. Volgens mij ging de heer Van der Veen ervan uit dat NPM Healthcare dat gewoon zou gaan doen.

Wij komen geen bepaald rendement overeen. In mijn inleiding heb ik gezegd dat wij kijken naar ondernemingen die focussen op hoogwaardige kwaliteit en aandacht voor de patiënt en die op een goedkopere manier zorg willen gaan verlenen. In onze ogen is rendement daarvan een uitvloeisel. Wij spreken vooraf dus geen rendement af, maar toetsen wel of de uitgangspunten voor kwaliteit en doelmatigheid realistisch zijn. Ter geruststelling van de heer Van Dijk merk ik op dat wij zullen nooit ingrijpen in de autonomie van de artsen. Wij zijn zeker bereid om in statuten of convenanten op te nemen dat wij nooit invloed willen hebben op selectie van patiënten of iets dergelijks.

Mevrouw **Leijten** (SP): Volgens mij weet de heer Goffin als geen ander hoe moeilijk het is om schulden te herkapitaliseren. Bepaalde landen hebben daar ook problemen mee.

Mevrouw Plomp zegt dat er geen relatie is tussen wel of geen winstuitkering en de kwaliteit van de zorginstelling. Dat is een belangrijke uitspraak die hier vandaag gedaan wordt. Begin april stond in ESB dat voor iedere nieuw toetredende vrijgevestigde specialist er sprake is van 3% meer omzetsijging dan bij een specialist in loondienst. Wat verklaart dat groeiverschil als kwaliteit niet de basis is?

Mevrouw **Plomp**: Het is inderdaad bekend dat vrijgevestigde specialisten een hogere omzet maken. Volgens mij wordt dit deels ingegeven door het persoonlijke belang dat die specialisten hebben bij het leveren van meer zorg. In hoeverre is dat bezwaarlijk? Bij noodzakelijke zorg is dat geen probleem. Het is een ander verhaal als het gaat om onnodige zorg of om aanbodgeïnitieerde vraag. Mij zijn geen onderzoeken bekend waaruit blijkt dat in Nederland op dit moment evident sprake is van aanbodgeïnitieerde vraag. Ook speelt mee dat het aantal specialisten relatief beperkt is in vergelijking tot de zorg die geleverd wordt.

Uit economisch-empirische studies blijkt niet dat er een systematisch kwaliteitsverschil is tussen ziekenhuizen met en zonder winstoogmerk. Kennelijk leveren de vrijgevestigde medisch specialisten wel een hogere omzet maar gaat dat niet ten koste van de kwaliteit van zorg.

De **voorzitter**: Ik sta mevrouw Leijten een heel korte vervolgvraag toe.

Mevrouw **Leijten** (SP): Hier ligt eigenlijk de stelling onder dat aanbod vraag schept. Gaat het wanneer er meer heupprotheses worden aangebracht met het oog op omzetsijging om medisch noodzakelijke zorg, of is dat omzet gedreven zorg? Is daar een antwoord op uit een oogpunt van kwaliteit? Hoe verklaart u dat er alleen een omzetsijging plaatsvindt bij vrijgevestigde specialisten?

De **voorzitter**: Ik had een korte vervolgvraag toegestaan. Dat heb ik de anderen niet laten doen.

Mevrouw **Plomp**: Er is inderdaad een verschil in omzet, maar ik ken geen statistieken waaruit blijkt dat de extra zorg die geleverd wordt door vrijgevestigde specialisten geen noodzakelijke zorg is.

De heer **Van Dijk**: Er wordt natuurlijk wel omzet gegenereerd. Aan ons ziekenhuis is een privékliniek verbonden waar onverzekerde zorg wordt geboden. Daar geven specialisten bijvoorbeeld inentingsadviezen. Dat hebben wij eerder niet gedaan. Dat genereert een omzetsijging. Dat gebeurt zowel waar specialisten in loondienst zijn als waar zij niet in loondienst zijn. Daar zit geen verschil tussen. De vraag komt bij zorgvragers vandaan. Je zult op een gegeven moment tegen de zorgvragers moeten zeggen: weet wel wat je vraagt. De Nederlander zelf moet wat meer zijn gezond verstand gebruiken en niet blijven vragen.

De heer **Mulder** (VVD): Gaan organisaties deze wet gebruiken? Ik doel allereerst op de investeringsbereidheid en vraag of de heer Den Hartog bereid is om te investeren in ziekenhuizen. Kan hij wellicht ook iets zeggen over soortgelijke organisaties? Zijn de voorwaarden van het wetsvoorstel misschien te streng, te soepel of overbodig? Wat is de grootste belemmering om te investeren in de zorg?

Kan de heer Goffin iets zeggen over de behoefte van zijn ziekenhuis of andere ziekenhuizen aan dit wetsvoorstel?

De heer **Den Hartog**: Op dit moment investeren wij nog niet in ziekenhuizen. Dat behoort niet tot onze actieve investeringsstrategie. Tot nu toe zijn niet of nauwelijks bestuurders van ziekenhuizen naar ons gekomen met de vraag om in hun ziekenhuizen te investeren. Ziekenhuizen die met

hun rug tegen de muur staan, hebben dat wel gedaan. Zij hebben ons gevraagd hen vast te houden om te voorkomen dat zij in het ravijn vallen. Wij zijn niet het type investeerder dat zo'n ziekenhuis kan redden. Nogmaals, ons uitgangspunt is dat er een enthousiast verhaal moet zijn over kwaliteit en aandacht voor de patiënten en niet dat men door eigen toedoen bijna failliet gaat. Misschien heeft het feit dat wij niet in ziekenhuizen geïnvesteerd hebben deels te maken met het feit dat er geen ruimte was voor investeerders of dat er bijzondere constructies gevonden moesten worden om wel te kunnen investeren. Het heeft ook te maken met het feit dat er eigenlijk geen eigenaren van ziekenhuizen zijn die deze vraag kunnen stellen. Ik zie dit ook als een belemmering als deze wet wordt aangenomen. Van wie neem je het eigendom over als je wel gaat investeren in een ziekenhuis? Op dit moment zijn ziekenhuizen eigendom van stichtingen. Of je investeert in het ziekenhuis en krijgt een deel van de aandelen, of je neemt die aandelen over. Wat moet de stichting dan met dat geld gaan doen? Ik zie dat wel als een belemmering.

De heer **Mulder** (VVD): Zijn de voorwaarden in dit wetsvoorstel te streng, te soepel of overbodig?

De heer **Den Hartog**: Voor onze eigen organisatie zijn zij overbodig. Het betreft voorwaarden waaraan wij ons in ieder geval zullen houden. Wij gaan geen winst uitkeren. Dat geldt ook voor andere investeringen van NPM Capital waar sprake is van onvoldoende solvabiliteit is of waarvan wij denken dat de kwaliteit niet op orde is. Ik vind het wel verstandig dat die voorwaarden er zijn. Er zijn collega's die misschien een minder lange termijnhorizon hebben. Daarom is de invoering van een termijn van drie jaar goed.

Ik zie daar eigenlijk niet zo veel problemen, maar ik met wel bekenen dat ik het wetsvoorstel vanuit mijn eigen achtergrond heb bekeken. Nogmaals, wij zijn investeerders met een langetermijnhorizon. Uiteindelijk worden wij gefinancierd met familiekapitaal. Wij hoeven geen afspraken te maken over wanneer wij het geïnvesteerde geld moeten terugbetalen.

De heer **Goffin**: De heer Den Hartog zei zojuist dat ziekenhuizen die op omvallen staan zich tot zijn bedrijf wenden. Zonder te veel in details te treden, kan ik melden dat toen Orbis drie jaar geleden in zware financiële problemen kwam, zij in eerste instantie een beroep op haar banken heeft gedaan. De banken hebben dat probleem opgelost. Een van de voorwaarden van de banken was destijds wel dat wij moesten kijken naar mogelijkheden om privaat kapitaal te vinden als achtervang respectievelijk als ontlasting van hun zware injectie. Wij zijn toen een zeer uitgebreide en zorgvuldige zoektocht gestart naar privaat kapitaal. Wij hebben nationale en internationale partijen gevraagd of zij konden investeren in Orbis. Het merendeel van de partijen had geen twijfels over de kwaliteit en over de businesscase, maar er waren twee redenen waarom zij niet instapten. De eerste was dat in Nederland geen winstuitkering mogelijk was. De tweede was dat de stabiliteit van het ziekenhuisfinancieringssysteem in Nederland zodanig gering was dat dit voor verrassingen zou kunnen zorgen. Ik wijs op het continue veranderen van de systematiek van fb-budget naar dbc's, van dbc's naar DOT. Mevrouw Plomp sprak al over het macrobeheersingssysteem. Investeerders zijn niet blij met verrassingen. Die twee redenen remmen de appetite om te investeren af.

Ik kom nog even terug op de vraag of wij aan de voorwaarden voldoen. In de huidige situatie voldoet Orbis niet aan de voorwaarden. Wij zijn een ziekenhuis dat op dit moment uit de problemen komt. Wij staan er veel beter voor dan drie jaar geleden. Wij beginnen de berg op te klimmen en zitten nu in basiskamp twee van ons herstel. Wij hopen de top over twee of drie jaar te bereiken. Wij merken wel dat de rol van de banken gelijkenis

vertoont met die van een private investeerder. Men kijkt naar kasstromen, naar het opbouwen van eigen vermogen, naar rendementen, et cetera. In dat opzicht is er wel veel gelijkenis met de houding die banken hebben bij hersteloperaties van ziekenhuizen. Zij willen uiteraard ook zorgvuldig omgaan met het geïnvesteerde kapitaal.

Mevrouw **Plomp**: Ik heb een vraag aan de heer Goffin. In hoeverre zal het verschil in fiscale behandeling van een ziekenhuis met en zonder winstoogmerk nog een belemmering vormen? Zodra een ziekenhuis de mogelijkheid heeft om winst uit te keren, kan het geen gebruik meer maken van de vrijstelling van vennootschapsbelasting. Vormt dat in de praktijk een wezenlijke belemmering?

De heer **Goffin**: Ik kan daarover maar weinig zeggen. Dan kom ik in een hypothetische discussie terecht. Op dit moment zie ik daardoor geen grote verschillen ontstaan. Het is voor mij als bestuurder zeker geen overweging om het niet met private investeerders te doen. De mogelijkheid om privaatkapitaal aan te trekken en daarmee te investeren in kwaliteit, duurzaamheid en innovatie in het ziekenhuis is veel meer een reden om met private investeerders aan de slag te gaan dan dat ik zo nodig ondernemertje wil spelen. Dat lijkt mij niet de basis van onze sociaal-maatschappelijke verantwoordelijkheid.

Mevrouw **Plomp**: Ik vraag het omdat in het buitenland wel is gebleken dat het verschil in fiscale behandeling een belemmering kan zijn. Ik denk dat het wel belangrijk is dat daaraan aandacht wordt besteed.

De heer **Van Dijk**: Ik kom even terug op het punt dat je als ziekenhuis failliet kunt gaan. Wij zijn in 2000 naar ons nieuwe ziekenhuis verhuisd. Een paar jaar later gingen wij gierend failliet. Wij hadden in 2003/2004 al te maken met een economische crisis. Door met zijn allen de broekriem aan te halen, wat harder te werken en zo de productie op orde te brengen, hebben wij het ziekenhuis uit het slop kunnen halen. De successen waarover de heer Winter sprak, worden ook behaald in gewone ziekenhuizen.

Bij ons was onder andere sprake van een inefficiënte ok, waaraan wij heel veel geld weggooiden. Wij hebben onder meer gekeken hoe het wittega-tenplan in Sittard functioneerde. Dat hebben wij bij ons geïmplementeerd en op die manier hebben wij een aanzienlijk betere bedrijfsvoering gerealiseerd. Ik wil daarmee zeggen dat je niet altijd privaatkapitaal nodig hebt om de oplopende kosten van de zorg te financieren. Je moet ervoor zorgen dat je met zijn allen fatsoenlijk werk levert. Die zorg blijft toch wel. Als er morgen iemand aan de deur staat met een appendicitis dan wordt hij geopereerd, of hij nu wel of geen BSN heeft in Nederland. Dat zal mij een rotzorg zijn.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik wil graag aanhaken bij de laatste opmerking. Wordt die patiënt met die appendicitis niet of anders geholpen als er sprake is van winstuitkering in de zorg? Als ik de verhalen hoor, heeft uitgerekend de investeerder het over het belang van de patiënt, de dokters willen niet en de verpleegkundige willen niet en de andere dokter bekijkt het vooral vanuit juridisch oogpunt. Wat betekent het voor patiënten dat dokter Van Dijk zegt: wij moeten dat niet hebben, want het is voor ons niet goed en het is voor de verpleegkundigen niet goed. Het gaat ons er allemaal om dat wij voor de toekomst een toegankelijke zorg veiligstellen die van hoge kwaliteit is.

De heer **Van Dijk**: Wij hebben al een toegankelijke zorg van hoge kwaliteit. Wij hebben ongeveer de beste zorg van Europa en waarschijnlijk van de hele wereld. Wij praten dan over value for money, over beschik-

baarheid, e-health, medicatievoorziening et cetera. Die zorg is er dus al en die moet je bewaren voor de toekomst. Je moet zuinig zijn op dat fundament onder je samenleving. Dat moet je niet kwijtraken door dat te verkwanselen aan private investeerders. Dat is mijn gedachte. Als je dat robuust wilt bewaken door het allemaal goed te controleren, moet je daarvoor een zorgcontrolesysteem opbouwen.

De heer **Goffin**: Ik sluit mij daar graag bij aan, maar ik wil er nog iets aan toevoegen. Naast de verantwoordelijkheid om al het goede te behouden, is er ook de verantwoordelijkheid om dit betaalbaar en doelmatig te houden. Dat is een ingewikkelde discussie. Tot nu toe hebben wij in Nederland gekozen voor het systeem van marktwerking. Die marktwerking deelt prikkels uit om een en ander heel efficiënt te doen. Is het injecteren van privaat kapitaal een geschikt middel om ervoor te zorgen dat wij dat efficiënt doen, of zijn er middelen die dat beter doen? Als wij kiezen voor marktwerking en voor kwalitatief hoogwaardige zorg, denk ik dat het injecteren van privaatkapitaal een middel daartoe zou kunnen zijn. Daardoor komen er prikkels in het systeem die er anders niet zouden zijn. Ik heb gezien dat als je ervoor wilt zorgen dat de patiënten een reden hebben om naar je ziekenhuis te komen – en dat is toch het ultieme doel van een ziekenhuis – en je geprikkeld wordt om dat efficiënt te doen, er een heleboel creativiteit ontstaat die kan helpen bij de dialoog over de betaalbaarheid van zorg. Ik heb de laatste grafieken gezien met de percentages bnp die wij in Nederland aan de gezondheidszorg besteden. Wij stonden internationaal redelijk in de middenmoot en zelfs onder de middenmoot. Dat was goed nieuws maar wij kruipen steeds meer naar duurdere zorg. Er moeten prikkels komen van buitenaf om ons ook in dezen te disciplineren. Ik denk dat privaat kapitaal daarbij kan helpen. Druk van buitenaf moeten wij toelaten.

De heer **Den Hartog**: Wij praten heel veel over kwaliteit. Enerzijds zeggen wij dat de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg voldoende is, anderzijds is er ook het idee dat wij het nog niet zo goed weten. Er zijn veel initiatieven om de kwaliteit beter in beeld te brengen. Ik heb het idee dat de patiënt zelf nog het minst goed is geïnformeerd over de kwaliteit en dat degenen die de zorg verrichten, de dokters, precies weten welke dokters goed of minder goed zijn. Vorige week sprak ik met een neurochirurg die vanaf zijn vakantieadres ervoor heeft gezorgd dat zijn moeder met een gebroken nekwervel werd overgeplaatst van een perifere ziekenhuis naar het centrum waar hij zelf werkte, omdat hij vond dat zij niet goed behandeld werd. Die informatie is wel bij deze neurochirurg bekend maar niet bij ons als patiënten. Ook als de gemiddelde kwaliteit goed is, moeten wij ervoor zorgen dat kwaliteitsverbetering en innovatie gestimuleerd worden. Dat kan op verschillende manieren. Dat gebeurt bijvoorbeeld in academische ziekenhuizen, dat gebeurt in perifere ziekenhuizen en dat gebeurt ook door initiatieven buiten het ziekenhuis waarin wij participeren. Het zou ook binnen ziekenhuizen kunnen gebeuren en wij zouden ook daarin kunnen participeren.

De heer **Van Dijk**: Hoe houd je het vast? Volgens mij moet je het op een andere manier aanvliegen. Ik ben een premiebetalende verzekerde die ervan uitgaat morgen of overmorgen ook zorg nodig te hebben. Uiteindelijk hebben wij allemaal die zorg nodig. Ook ik heb een groot belang bij het waarborgen van een goede zorg voor de toekomst. Daarvoor leid ik mensen op. Daar steek ik tijd en moeite in. Je bent bezig met veiligheidsmanagementsystemen om het vertrouwen te bieden dat je dit voor elkaar krijgt. Ik ben zelf net zoals Johan de Lange bezig geweest met CRM: crew resource management, dat in de cockpit van vliegtuigen wordt gebruikt. Daarvoor is een gelijkwaardige horizontale tweerichtingscommunicatie nodig tussen een captain en een co-pilot. Je kunt dit aardig doortrekken

naar de situatie op de ok in een ziekenhuis, waar vroeger een bullebak-kende chirurg iedereen alle kanten van de ok liet zien. Dat is niet het meest veilige. Je kunt er beter voor zorgen dat iemand die ziet dat er mogelijk iets fout gaat, dat ook durft te zeggen.

Je moet die goede zorg blijven bieden en dat is heel goed mogelijk als je dingen gewoon blijft organiseren zoals je dat altijd gedaan hebt. Er komt iemand naar het ziekenhuis met pijn in een buik. Het lijkt erop dat er sprake is van een blindedarmontsteking en die persoon wordt gewoon geopereerd. Het eerste dat in Nederland gevraagd wordt is echter of iemand zijn verzekeringskaart bij zich heeft en zijn burgerservicenummer kan overleggen. En dus gaan er jonge ama's in asielzoekerscentra dood door een verwaarloosde appendicitis. Dat vind ik een schande. Ik vind dat je dat moet blijven zeggen. Je moet blijven waarborgen dat iemand de zorg krijgt die hij nodig heeft en dat doe je niet met een kortetermijninvestering van private investeerders. Het wordt er noch goedkoper noch beter van.

De voorzitter: Ik kijk naar de klok. Wij zijn bijna gekomen aan het einde van dit blok. Volgens mij heeft iedereen de kans gehad om voldoende op elkaar te reageren. Ik dank onze gasten van harte voor hun tijd en voor het feit dat zij naar Den Haag zijn gekomen. Ik wens u alleen nog een prettige werkdag en een prettig weekend toe.
Dank u wel.

Sluiting 14.45 uur

Gesprek met:

C. Wiggers, secretaris Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ)

M. Canoy, deeltijdhoogleraar Economie en Regulering van de Zorg, Universiteit van Tilburg

M. Trappenburg, vz Stichting Beroepseer

R. Mookhram, arts/entrepreneur/adviseur

S. van Wijnbergen, econoom

M. van Rijn, oud DG VWS, RvB PGGM

De **voorzitter**: Ik heet onze gasten van harte welkom namens de leden van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Dank dat u de tijd neemt om vanmiddag onze gast te zijn. Een aantal uwer heeft vandaag al in de zaal gezeten. Het gaat als volgt. U krijgt ieder maximaal twee à drie minuten om een statement te maken. Vervolgens kunnen de leden van de commissie vragen stellen. Wij vinden het altijd zeer plezierig als u ook op elkaar reageert. Dat verlevendigt de discussie en helpt ons bij het onderzoeken van de vraagstelling.

Voordat ik naar de heer Wiggers ga, vraag ik de Kamerleden zich even kort voor te stellen.

Tot en met het derde gesprek was ook mevrouw Wiegman van de fractie van de ChristenUnie aanwezig. Zij moest zich helaas afmelden voor dit laatste blok wegens andere verplichtingen. Zij zal het woordelijk verslag dat van dit gesprek gemaakt wordt, zeker lezen.

Mijnheer Wiggers, aan u de aftrap.

De heer **Wiggers**: Mevrouw de voorzitter. Dank voor de uitnodiging. Ik wil even een paar dingen constateren. Het viel mij op dat er geen verzekeraars onder de sprekers zijn.

Ik ben inderdaad de hele dag aanwezig geweest. Ik heb een aantal zaken de revue zien passeren en ook een aantal reacties daarop. Ik zal mijn verhaal kort houden.

Als wij spreken over winstuitkering, over investeren of over het toevoegen van «vreemd eigen vermogen» aan ziekenhuizen of andere instellingen van gezondheidszorg, is het belangrijk om te kijken waar wij op dit moment staan. Ik durf het woord marktwerking niet in de mond te nemen; niet omdat ik daarvoor of daartegen zou zijn, maar omdat iedereen daarvan een eigen interpretatie geeft.

Ik wil met u een aantal waarnemingen doornemen. Waar wij nu staan heeft een aantal positieve punten. Ik noem de prijsconcurrentie. Die vind ik positief. Iedereen heeft gesproken over doelmatigheid. Dat zit er zeker achter en dat is prima. Innovatie wordt meer gestimuleerd en dat is ook goed. Dynamiek heeft daar ook mee te maken. Wij zien dat er indirect meer aandacht is voor de patiënt. Het is een ingewikkeld verhaal want dat loopt via verzekeraars et cetera. Verder is er ruimte voor ondernemen en voor nieuwe toetreders. Al deze punten zouden positief gewaardeerd moeten worden.

Daar tegenover wil ik de dingen stellen die wij nog zouden moeten bereiken. Op dit moment is er te veel nadruk op het belang van individuele instellingen. Wij willen eigenlijk een samenhangende zorg: samenhang tussen specialismen, samenhang tussen eerste, tweede en derde lijn en samenhang tussen de care en de cure. Dat komt nu nog onvoldoende goed van de grond.

Ik zie ook een sterke volumeontwikkeling. Ik noem deze punten omdat aan de hand daarvan de discussie over winstuitkering gewaardeerd zou moeten worden.

Ik zie ook hoge bureaucratiekosten, enerzijds bij de verzekeraars en anderzijds en zeker niet het minst bij de aanbieders van zorg.

Tot slot zijn er hogere kapitaallasten vanwege het grotere risico en de angst van banken om geld te verliezen. Dat houdt ook verband met de moeizame financiering van investeringen.

De samenhang moet meer gestimuleerd worden. Daarbij moet zeker rekening gehouden worden bij het invullen van de voorwaarden voor winstuitkering. Er moet eerst sprake zijn van samenhang, in de hand houden van volume en het verminderen van bureaucratie voordat er al of niet winstuitkering plaatsvindt. Er moet een aanvullende financiering van de gezondheidszorg komen maar wel door langetermijnbeleggers die een normaal rendement nastreven, zoals pensioenfondsen, artsen en andere medewerkers. Winstuitkering moet vergelijkbaar zijn met een normale vergoeding van kapitaal. Er kan eventueel een gedeeltelijke beloning zijn voor ondernemersloon.

In een vorig gesprek is de vennootschapsbelasting al aan de orde geweest. Samenwerking tussen instellingen kan consequenties hebben voor de btw. Dat kan leiden tot zeer vervelende effecten op de samenwerking tussen organisaties.

De heer **Canoy**: Voorzitter. De langste speeches beginnen altijd met de mededeling: ik zal het kort houden. De discussies bij dit onderwerp worden vaak omgeven door ruis en angstbeelden. Ik beschouw het als mijn taak dat een beetje te verminderen.

Ik noem enkele misverstanden die bij dit onderwerp nogal eens de revue passeren. Het eerste misverstand is dat het hier om iets heel nieuws en revolutionairs gaat, dat dit helemaal niet past bij de zorg en dat het leidt tot sprinkhaankapitalisme. U kent het hele rijtje. Ik zie dat gevaar helemaal niet. Een van de redenen is dat zorg zich helemaal niet leent voor het snelle kapitalisme. Bovendien wordt er al lang winst gemaakt in de zorg. Het tweede misverstand is dat dit leidt tot het onttrekken van middelen uit de zorg. Dat vind ik een van de vreemdste misverstanden, want het leidt er juist toe dat er meer kapitaal naar de zorg gaat en er daardoor meer mogelijkheden zijn. Of die mogelijkheden altijd tot de gewenste uitkomsten leiden, is vers twee.

Het derde misverstand is dat er heel veel zal gaan veranderen als gevolg van dit wetsvoorstel en dat alles anders wordt. Dit wetsvoorstel bevat allerlei mitsen en maren die de winstuitkering zo onaantrekkelijk maken dat ik aan de poort van de zorginstellingen geen rijen investeerders verwacht. Het is niet het meest revolutionaire wetsvoorstel dat ik ooit gelezen heb.

Mevrouw **Trappenburg**: Voorzitter. Ik heb de afgelopen jaren samen met een paar collega's onderzoek gedaan naar de effecten van marktwerking in de zorg. Wij hebben vooral gekeken naar het effect van marktwerking op de beroepsethiek van de artsen. Wij hebben geconstateerd dat het principe van medische zorg naar medische behoefte dat van oudsher leidend was in de zorg, geleidelijk dreigt te worden vervangen door het nieuwe principe van medische zorg naar preferentie of vraaggestuurde zorg. Wij zagen dit effect vooral optreden bij huisartsen. Twintig jaar geleden stonden de Nederlandse huisartsen bekend om hun strengheid. Zij zeiden meestal tegen hun patiënten: het is waarschijnlijk niks, ga naar huis en als het over twee weken nog niet over is, kom je maar weer eens terug. De huisarts had op die manier een enorm remmend effect als poortwachter. Dat verdwijnt geleidelijk. Tegenwoordig zeggen huisartsen vaak dat zij meer defensief en klantgericht worden. Dat gaat niet altijd samen met de eed. Als het uitgangspunt is dat je iets voor iemand doet omdat het goed is voor zijn gezondheid, betekent dit ook dat de arts en de patiënt het niet met elkaar eens kunnen zijn. Als je servicegerichtheid vooropstelt, probeer je een klant tevreden te stellen. Als iemand vroeger een bloedonderzoek wilde, vroeg je wat hij daarmee wilde bereiken, of het meerwaarde had. Nu zegt men sneller: de patiënt wil dat, prima, van mijn

bord gaat het niet. Ik win er niets mee als ik zeg dat het niet kan. Voor wie zou ik zo streng moeten zijn?

Het tweede effect is dat zorgaanbieders proberen een vraag te creëren. Wij kunnen het innovatie noemen of klantgerichtheid, maar in feite is het aanbodgeïndiceerde vraag om geld te verdienen. Ziekenhuizen beginnen hoestpoli's, plaspoli's et cetera. Huisartsen die vroeger altijd zo zuinig waren, roepen nu hun 50-plussers op voor een preventiecheck. Een van onze respondenten vertelde over een ondernemende collega die een privé-scopiekliniek begon en adverteert met: «Weet u wel zeker dat u geen kanker aan de dikke darm hebt? U weet het pas zeker als u bij mij geweest bent voor een scopie.» Hij genereert dus zijn eigen aanbod. Het is voor hem een financieel belang dat alle mensen bang zijn dat zij kanker aan de dikke darm hebben.

Een huisarts belde over een huisartsenpraktijk die ecg-apparaten had aangeschaft. Daarmee zou een aardige omzet gedraaid kunnen worden. Die artsen zouden namelijk al hun 50-plussers actief gaan oproepen voor het maken van een ecg. Sommige collega's vinden dat ronduit dubieus. De tendens is echter dat men dit gewoon vindt.

Het meest schrijnend vonden wij dat de aandacht voor dit soort zorg ten koste leek te gaan van zorg voor patiënten die er erg aan toe zijn. Een van onze respondenten, een chirurg, vertelde dat zijn ziekenhuis alles op alles zette om spataderpatiënten en liesbreukpatiënten in de watten te leggen, want met dat type operaties kun je tegenwoordig veel geld verdienen, meer dan bijvoorbeeld in de oncologie. Die respondent zei: je kunt je tijd maar één keer besteden. Vroeger besteedden wij onze tijd aan andere dingen. Iemand die echt ziek was, ging eerst. Spataderstraten en liesbreukstraten waren sluitstukken in de planning. Dat is een andere filosofie.

Als zorgaanbieders de mogelijkheid krijgen om winst te maken en privaatkapitaal kunnen aantrekken, worden deze effecten versterkt.

Volgens mij wordt de zorg daar niet goedkoper van en belangrijker nog, het gaat ten koste van de beroepsethiek van de professional en het belang van de patiënt.

De heer **Mookhram**: Voorzitter. Dank u wel voor de uitnodiging. Ik zal een heel lange toespraak houden. Fidel is er niets bij!

Mij is gevraagd hoe ik denk over winstuitkering in de zorg. Het bedrijfsmatig aanpakken van de zorg en met name de tweede lijn is een goede zaak. Er zit te veel lucht in de tweede lijn. Het kan met 20% of 30% minder overhead. Daar zit de winst. Ook de klantvriendelijkheid zal groter worden. De zorg behoort de patiënten. Tot nu toe was de zorg alleen van de professionals, van de zorgverzekeraars en van bestuurslagen. Bedrijfsfilosofieën die gericht zijn op meer op de patiënt georiënteerde zorg en die erop toezien dat dit ook werkelijk gebeurt, leveren naar mijn mening de meeste winst op. Het wordt er niet goedkoper op maar wel beter.

In mijn stuk heb ik nog een aantal zaken genoemd die ik wenselijk acht, bijvoorbeeld dat een patiënt mede-eigenaar wordt van een instelling. Via die route kan inspraak geregeld worden en kan op een bestuurs- of aandeelhoudersvergadering de koers bijgesteld of gewijzigd worden. Vorige week is een rapport verschenen waarin staat dat de groei in de zorg slechts voor 5% toe te schrijven is aan de vergrijzing en voor de rest aan productie. Dat klopt. Het is langzamerhand een markt geworden. Er ontstaat een ongelijk speelveld tussen de tweede lijn die alle middelen in handen heeft om productie te leveren en de eerste lijn waar het potentieel aan patiënten zit. In de eerste lijn zouden veel zaken die in de tweede lijn gebeuren, op een andere en misschien betere manier kunnen worden opgelost.

Winstuitkering kan een nuttig instrument zijn om veel goede zaken te realiseren. Als er echter geen maatregelen komen om volumegroei op een zinnige wijze tegen te houden, wordt dat een heel duur experiment. De

huisarts kan hierin een belangrijke rol spelen. U kunt daarover alles lezen in mijn position paper.

De heer **Van Wijnbergen**: Voorzitter. Ik neem een iets andere invalshoek. Ik zal minder mijn eigen overtuiging naar voren brengen en meer mijn internationale ervaring. Het startpunt moet volgens mij zijn het feit dat ziekenhuizen in een veel onzekerdere omgeving opereren. Er is een groot hervormingsstelsel ingezet door Hoogervorst en dat wordt voortgezet door Schippers. Dat betekent dat ziekenhuizen een minder voorspelbare omgeving hebben. Vanuit zakelijk oogpunt zou ik dan zeggen dat je in een dergelijke situatie kapitaal nodig hebt dat risico's deelt. Dat doen banken niet. Daar zijn banken niet voor. Het probleem van het aanvragen van risicodelend kapitaal is dat daarvoor een risicopremie betaald moet worden omdat je anders geen kapitaal krijgt. Als je dat niet toestaat, breng je de ziekenhuizen in gevaar. Dan moeten zij namelijk al die risico's zelf dragen en daarvoor zijn zij niet geëquipeerd. De angst voor sprinkhanengedrag valt volgens mij wel mee. Iemand is goed stom bezig als hij geld in een ziekenhuis stopt en het meteen weer eruit haalt, want dan is hij ondertussen 25% vennootschapsbelasting kwijt en begint hij op 25%. Daar word je niet erg rijk van.

In de VS gaan veel dingen mis in de gezondheidszorg. Dat heeft niet zozeer te maken met winstgedreven spelers maar meer met een slecht verzekeringssysteem. Daarover gaan nu de grote ruzies. Er is veel econometrisch onderzoek geweest naar het gedrag van winstgestuurde en niet winstgestuurde ziekenhuizen. Die leven in de VS heel gelukkig naast elkaar. Dat gaat uitstekend. Een van de opvallende resultaten is dat de niet-winstgestuurde ziekenhuizen zich gedragen als productiemaximaliseerders. De winstgestuurde doen dat niet omdat dit niet tot maximale winst leidt. Zo zit de kostenstructuur van ziekenhuizen niet in elkaar. De ervaring in Duitsland is dat de winstgestuurde ziekenhuizen hoog scoren op zowel geleverde zorg als patiëntvriendelijkheid, omdat zij bang zijn voor patiënten die weglopen; angst voor reputatieverlies. Ik denk niet dat veel patiënten momenteel vrijwillig naar het Maasstad Ziekenhuis gaan. Dat soort dingen wil je echt niet te veel hebben als je tenminste geïnteresseerd bent in klanten, in omzet en rendement op kapitaal. Dat wil niet zeggen dat alles automatisch goed gaat. Het debat over marktwerking versus overheid schiet mijns inziens ernstig tekort omdat het hoofdpunt niet wordt aangeroerd, te weten falend toezicht. Er zijn publieke belangen die niet automatisch goed gaan en die moeten worden gehandhaafd. Daarvoor is zowel informatie nodig als toezichthouders die handhaven. Daar mag je wel vragen bij stellen. Uiteraard is toegankelijkheid een publiek belang. Wij willen ook dat kinderen van arme mensen toegang hebben tot een flinke dosis zorg. Dat hoort bij een fatsoenlijke samenleving.

Ik heb gezegd dat winstgedreven spelers uit reputatieoverwegingen zullen proberen hoge kwaliteit te bereiken, maar daarop mag je niet blind vertrouwen. Het is van essentieel en groot belang dat enerzijds informatie beschikbaar gemaakt wordt waarop kwaliteit beoordeeld kan worden en dat anderzijds een stevige IGZ actief optreedt als dingen fout lopen. Niets wat winstuitkering in de zorg in de weg staat.

Er moet aandacht zijn voor potentiële conflicten tussen bijvoorbeeld de positie van huisartsen enerzijds en de Mededingingswet anderzijds. Daar zijn evident conflicten. Daarover heeft de Tweede Kamer zich nooit uitgelaten en dat zou zij eigenlijk wel moeten doen.

De angst voor winstuitkering gaat nu de hele wereld veranderen. Ik heb gezegd dat men al lang winst kan uitkeren. Het AMC kan een commerciële glazenwasser inhuren, het AMC kan ook een commercieel iemand inhuren die de zorg uit handen neemt. Er is momenteel niets dat winstuitkering in de zorg in de weg staat. Het enige dat deze wet doet, is het transparanter en helderder maken. Dat lijkt mij alleen maar aan te moedigen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Wij hebben ons wel degelijk uitgesproken over mededinging, maar er zijn op dit moment meerderheden om dit zo te laten voortbestaan. Het is goed om dat even recht te zetten. Het is niet zo dat de Kamer nooit iets gezegd heeft over mededinging. Integendeel, daar zijn wij al decennia mee bezig.

De heer **Van Wijnbergen**: Ik geloof dat mevrouw Leijten mijn opmerking verkeerd interpreteert. Ik geloof niet dat u nooit iets gezegd hebt over mededinging. U hebt onder andere de Mededingingswet gepasseerd. Dat kan niet zonder dat u er iets over zegt. Ik ben mij daarvan bewust. Ik was er zelf bij betrokken. Er zijn specifieke conflictpunten. Mededinging is niet altijd fout maar ook niet altijd goed. Waar het niet altijd goed is, heb ik nog niet gezien. Ik heb bijvoorbeeld nog niemand gehoord over de curieuze conflicten tussen de NMa en de huisartsen. Daar is een soort oorlog aan de gang. Er is nog geen heldere discussie over hoe je moet optreden wanneer die twee conflicteren.

De **voorzitter**: Laten wij ons houden bij het onderwerp van vandaag.

De heer **Van Rijn**: Voorzitter. Vanuit de positie van institutionele beleggers kijken wij vooral heel pragmatisch tegen dit wetsvoorstel aan. Gelet op de arbeidsmarkt, de techniek, de zeer sterk veranderende vraag et cetera zullen er nogal wat investeringen nodig zijn in de zorg. De financiering kan komen van een aantal bronnen. Je kunt lenen van banken. Wij hebben de laatste tijd kunnen lezen dat dit in de toekomst misschien iets minder gemakkelijk zal gaan dan wij tot dusver gewend waren. Je zou het kunnen financieren uit de eigen reserves, maar die zijn zeer beperkt in de zorg. De prijzen zouden omhoog gaan als je die reserves wilt vergroten en dat willen wij niet. De overheid zou het kunnen doen maar ik heb niet de indruk dat dit in de toekomst gemakkelijker wordt. Je zou ook externe investeerders kunnen vragen. Welke bronnen zijn er in de toekomst beschikbaar om te investeren in de zorg? Zou dat een aanvulling kunnen zijn?

Er komt wel een aantal vraagstukken op de agenda. Is er geen sprake van een hit-en-runsituatie van mensen die investeren en dan het geld weer meteen weghalen? In het buitenland gaat het bij investeringen in de zorg meestal om programma's die meerdere jaren lopen. Het duurt enige tijd voordat er rendement gehaald wordt. Het gaat meestal om investeringsprogramma's van vijf jaar en langer.

De volgende vraag is hoe het zit met de kwaliteit. Voor particuliere investeerders in de zorg moet als een paal boven water staan dat er geen enkele discussie is over de kwaliteit, omdat er anders een geweldig imago risico wordt gelopen. Als particuliere investeerders ergens bang voor zijn, is het wel dat er kwaliteitsissues ontstaan die de waarde van hun investeringen naar beneden brengen. Ik denk dat daarvoor extra aandacht zal zijn van de kant van de private investeerders. De derde vraag is of er redelijke voorwaarden zijn. De voorwaarden zoals die in het wetsvoorstel staan zijn lastig maar best begrijpelijk: de uitkering vindt pas na enige jaren plaats en er moet wel op de kwaliteit gelet worden. Dat hoeft geen probleem te zijn als vooraf duidelijk is waarop wordt afgerekend en niet achteraf wordt gekeken hoe het precies met de voorwaarden zit. Als investeerders vooraf weten dat pas na een tijdje winst kan worden uitgekeerd en aan welke kwaliteitseisen moet worden voldaan, lijkt mij dat een werkbare situatie.

De vierde vraag betreft de zeggenschap. Waar letten particuliere investeerders op? Gaan zij niet op de stoel van de artsen zitten? Nee, want dat kunnen zij niet. Zij hebben daar geen verstand van, maar er zal verhoogde aandacht zijn voor hoe het bedrijfsmatig in elkaar zit, hoe het zit met de logistiek en of het management goed is. De medisch-inhoudelijke kant zal niet op het onderwerplijstje van de particuliere investeerder staan.

Tot slot wil ik een opmerking maken over het volume. Dat is echt een punt om op te letten. Ik betwijfel echter zeer of dat te maken heeft met de discussie over de vraag val wel of niet winst in de zorg. Alle discussies over de volumecomponent vinden nu plaats, terwijl er nog geen sprake is van winst in de zorg. Dit vraagstuk moet in ieder geval op de agenda, los van de vraag of er wel of niet winst in de zorg gemaakt kan worden.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het is jammer dat de heer Canoy er vanochtend niet was toen professor Van Dijk van Nijenrode zei dat het wel degelijk kapitaal onttrekt aan de zorg. Hij had graag gezien dat die discussie gevoerd zou worden. Er kon nu weinig weerwoord gegeven worden. Ik heb een vraag aan de heer Wiggers en aan mevrouw Trappenburg. De heer Wiggers zegt dat wij beter moeten samenwerken, dat wij iets moeten doen aan de bureaucratie en aan de volumegroei. Dat zou de eerste prioriteit moeten zijn en pas daarna zou je een discussie moeten voeren over winst uitkeren. Als dat goed is geregeld, heeft hij eigenlijk geen bezwaar tegen dit wetsvoorstel.

Is concurreren om de zorg van de patiënten niet in tegenspraak met de gewenste samenwerking waarover de heer Wiggers sprak? Ik hoor graag van mevrouw Trappenburg of de Stichting Beroepseer concurrentie tussen artsen wil of juist samenwerking.

De heer **Wiggers**: Het is veel belangrijker dat er goede en voldoende zorg geleverd wordt in overeenstemming met de behoefte van de mensen en dat er geen driedubbele zorg geleverd wordt. Als je een overzicht kunt maken van wat er allemaal nodig is, moet er een systeem komen dat ervoor zorgt dat die zorg er is en niet meer en niet minder. Dat betekent dat je een beetje voorzichtig moet zijn met concurrentie, maar dat er wel degelijk mogelijkheden moeten zijn om te concurreren. Wanneer een nieuwe toetreders gaat proberen om een bepaald iets te doen, kan ik mij voorstellen dat dit de zittende instellingen behoorlijk zal stimuleren hun stinkende best gaan doen om verbeteringen door te voeren op het gebied van patiëntvriendelijkheid, kwaliteit van zorg en doelmatigheid. Concurrentie is een middel om tot een kwalitatief goede en doelmatige zorg te komen. Vanochtend heeft de heer Winter in dit verband gezegd: doe nou voorzichtig als het gaat om allerlei systeemfuncties. Bij de dingen daaromheen kan concurrentie natuurlijk wel een rol spelen. Ik wil nogmaals benadrukken dat samenwerking ontzettend belangrijk is. Als je dat niet doet, krijg je te maken met het «onze moeder»-syndroom. Mensen van mijn leeftijd hebben een moeder die zowel te maken heeft met de neuroloog als met de internist, de orthopeed, de geriater enzovoorts. Die specialisten praten heel lastig met elkaar. Ik zou willen stimuleren dat die communicatie veel beter wordt. Dat heeft niets te maken met winstuitkering.

Mevrouw **Trappenburg**: Concurrentie en samenwerking hebben altijd twee kanten. De kant die in beleid vaak benadrukt wordt, is het feit dat iemand die bij een ontzettend slechte arts is naar de concurrentie kan overlopen. De andere kant is dat als ziekenhuizen of artsen elkaar als concurrenten gaan beschouwen, zij iemand niet doorverwijzen naar de concurrent als hij daar beter af zou zijn omdat zij die patiënt zelf willen houden. In een aantal gevallen is iemand wel gebaat bij een doorverwijzing. Dat geluid kwam ook van onze respondenten. Zij willen eigenlijk het liefst samenwerken met de burens en zonder enig gewetensprobleem iemand kunnen doorverwijzen als de burens het beter kunnen. Huisartsen laten ons soms ook weten dat zij best streng willen zijn, doen wat evidence based bewezen is en niet met de patiënt meepraten, maar dat zij dat niet meer kunnen maken omdat die patiënt door de overheid is opgevoed tot kritische zorgconsument en dan naar een ander gaat. Dat is

de werkelijkheid. Volgens mij is die toenemende concurrentie een groot probleem.

De heer **Canoy**: Mevrouw Leijten heeft gelijk dat er een spanning kan bestaan tussen samenwerking en concurrentie. Dat betekent echter niet dat die twee zaken onverenigbaar zijn. De tendens is dat ziekenhuizen gaan samenwerken op het terrein van zeldzame ziekten, of van aandoeningen die weinig voorkomen of waarvoor zeer specialistische topklinische zorg nodig is en dat zij gaan concurreren op de dingen die meer standaard zijn. Dat betekent niet dat het óf concurrentie óf samenwerking is, het kan en-en zijn. Het is moeilijk in te gaan op opmerkingen van iemand die niet meer in de zaal is.

De **voorzitter**: Wij kunnen straks alles in het woordelijk verslag teruglezen.

De heer **Van Wijnbergen**: Doorverwijzen en winst uitkeren hebben naar mijn mening meer te maken met de manier waarop specialisten beloond worden. Als specialisten meer geld verdienen als zij meer transacties verrichten, zullen zij inderdaad niet gauw doorverwijzen. Dat heeft heel weinig te maken met hoe het ziekenhuis als geheel aangestuurd wordt. Dit lijkt een verward voorstel.

Onderzoek toont aan dat kwaliteit samenhangt met hoe dikwijls je iets doet. Vanuit kwaliteitsoogpunt kan er een voorkeur zijn voor concentratie. Dat kan zich slecht verhouden met de Mededingingswet. Dat is het ene punt.

Het andere punt is de rol van huisartsen. De rol van huisartsen is om vanuit public-healthoverwegingen een rem te zetten op de toegang tot de tweede lijn. Daarvoor zijn heel goede redenen maar dat is intrinsiek in strijd met mededingen. Toch is het goed dat wij dit doorzetten.

De wetgever moet die punten verhelderen want die geven in de praktijk immers vaak aanleiding tot conflicten.

De heer **Mookhram**: Links en rechts van mij wordt heel veel gesproken over mijn beroep als arts. Ik heb in veel verschillende ziekenhuizen en in de ggz gewerkt en ben ook forensisch arts geweest. Iedere collega die ik heb ontmoet, gaat voor het beste voor zijn patiënt. Een huisarts heeft public-healthtaken, maar is voornamelijk iemand die gaat voor zijn patiënt, ook als dit betekent dat hij die patiënt tegen zichzelf moet beschermen, ook als het betekent dat hij die patiënt kwijtraakt. Dat laatste gebeurt niet veel. Patiënten zijn meestal zeer trouw aan hun huisarts. Zij hebben vertrouwen in hem en geven hem een rapportcijfer acht.

Overschakeling naar een andere huisarts gebeurt heel amicaal. Een huisarts belt een collega met de mededeling dat hij een patiënt heeft met wie hij het niet kan vinden, of bij wie hij fouten gemaakt heeft en dat die patiënt een andere huisarts wil. Zou jij die patiënt willen overnemen? Zo gaat het. Arts is een heel breed beroep. De meeste mensen worden arts om een ander te helpen. Wij worden in systemen meegevoerd. Wij hebben daar weinig verweer tegen, maar wij doen er toch iets mee. Ik denk dat onze rol en ons functioneren iets te abstract neergezet worden.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb de neiging om in te gaan op het volume maar ik neem een ander punt bij de hoorns. Als je aandelen uitgeeft, moet je wel weten wat de onderliggende waarde daarvan is. Met andere woorden: wat is de waarde van de organisatie? Kun je die vaststellen en hoe doe je dat? Aan wie valt die waarde dan toe? Wie is de eigenaar? Wie heeft recht op die waarde? Dit laatste vraag ik ook in relatie tot publieke en private middelen.

De heer **Van Wijnbergen**: Ik heb enige moeite om precies de vraag te ontwaren. Ik heb de indruk dat op de achtergrond van de vraag leeft dat er geweldig veel waarde opgeslagen zit in die ziekenhuizen die zo maar weggegeven zou worden aan private spelers. Ik heb al gezegd dat een van de grote problemen van de huidige hervorming is dat er te weinig eigen vermogen is. Wat is eigen vermogen? Dat is de waardering van de activa minus de schulden. Uw angst dat er geweldig veel waarde opgeslagen zit die naar die private aandeelhouders zal gaan die dit allemaal cadeau krijgen, gaat uit van een veel te optimistische visie op het eigen vermogen van de ziekenhuizen. Als er om wat voor redenen dan ook geen toegang tot privaat kapitaal geboden wordt, verwacht ik een behoorlijke golf van faillissementen bij de ziekenhuizen omdat er te weinig eigen vermogen is om te overleven. Ik vind het nogal riskant om dit soort begrippen door te varen zonder harde cijfers die dat ondersteunen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het is niet zozeer dat ik angst voor een en ander heb. Wij hebben bij het ziekenhuis Lelystad gezien dat op een gegeven moment de vraag aan de orde kwam wat dat ziekenhuis waard was. De vraag wat een ziekenhuis waard is, is relevant op het moment dat het overgenomen wordt.

De heer **Van Wijnbergen**: Wat dit betreft is de positie van een ziekenhuis niet anders dan die van een ander bedrijf. Ziekenhuizen zullen in de nieuwe omgeving ook een zakelijke kant moeten hebben. Daarbij horen een businessplan, kasstromen en kostenstromen. Die zijn te waarderen. Ik zie niet in waarom vanuit waarderingsoogpunt een ziekenhuis anders is dan welk bedrijf ook. Ook daar moet je onzekere kasstromen waarderen. Daarvoor zijn methodes. Die markt werkt al eeuwenlang en redelijk goed. Ik zie niet in waarom het bij ziekenhuizen heel anders zou zijn.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Verschillende sprekers hebben gezegd dat ziekenhuizen mogelijkheden nodig hebben om kapitaal te kunnen krijgen. Is dat alleen mogelijk via winstuitkeringen? Woningbouwcorporaties kunnen geborgd lenen bij het WSW. Is zo'n constructie ook niet mogelijk voor de zorg? Wij hebben een waarborgfonds voor de zorg, maar ik begreep vanochtend dat dit eigenlijk niet goed functioneert. Moeten wij wat wij nu hebben niet verbeteren in plaats van een geheel nieuw element in te brengen? Ik denk dat deze vraag aansluit bij de opmerking van de heer Van Wijnbergen, maar misschien willen de heer Van Rijn en anderen hierop ook reageren?

De heer **Van Rijn**: Dit lag een beetje besloten in wat ik heb gezegd over die pragmatische houding. Volgens mij kan uit verschillende bronnen gefinancierd worden. Het kan noodzakelijk zijn om te bekijken of er meerdere bronnen kunnen worden aangeboord. Geborgd lenen van de bank is mogelijk, maar de banken worden geconfronteerd met een situatie waarin het misschien minder gemakkelijk is om leningen uit te geven. Zij worden de komende periode geconfronteerd met hogere kapitaalsvereisten. Je kunt het doen uit eigen reserves, maar dat hebben wij tot nu toe niet gewild omdat wij in de prijs van de zorg om heel goede redenen geen reserveopbouw hebben toegestaan. De overheid zou het kunnen doen. Die kans wordt ook niet ruim ingeschat de komende periode. Om pragmatische redenen kun je je afvragen of privaat kapitaal een extra financieringsbron zou kunnen zijn in de zorg die het mogelijk maakt om de benodigde investeringen te doen. Optimalisering van de bestaande situatie helpt natuurlijk ook. Zie het vooral als een aanvullende mogelijkheid maar niet als de enig denkbare.

De heer **Canoy**: Ik vroeg mij af wat de logica is om de wooncorporaties als voorbeeld op te voeren voor de manier waarop dingen gefinancierd worden. Daar zijn immers toch wel enkele problemen.

De heer **Van Wijnbergen**: Eigenlijk vraagt mevrouw Voortman of wij wel naar de privatekapitaalmarkt moeten gaan voor kapitaal. Dat is een legitieme vraag. Er zijn misschien inderdaad andere mogelijkheden, maar ik ben bang dat er niet veel zijn, althans niet voor risicodragend kapitaal. Ziekenhuizen echter hebben wel risicodragend kapitaal nodig gezien de onzekere omgeving waarin zij verkeren. Mevrouw Voortman vraagt of de overheid dat kan leveren. Een overheidsgarantie betekent niets anders dan dat de overheid risicodragend kapitaal levert. Wij weten ondertussen dat garanties niet gratis zijn. Iemand gaat voor Vestia betalen, om maar een voorbeeld van een woningcorporatie te geven!

Het kan wel. Ik wijs op de NS waarvan de Staat de enige aandeelhouder is. Als daar kapitaal nodig is, zal de Staat dat moeten doen of de banken, want daar is geen private aandeelhouder. Dat kan, maar daarover heerst geen grote tevredenheid. Nogmaals, de overheid heeft die keuze. Zij kan zelf het kapitaal geven of het uit de markt halen. Ik observeer dat de overheid nogal terughoudend is met het leveren van risicodragend kapitaal. Het mag wel onder de Brusselse regels. Dan moet wel de marktprijs worden aangehouden, anders ontstaat er een staatssteunprobleem.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik heb twee vragen aan de heer Van Rijn als institutionele belegger. Hoe ziet hij de positie van de medisch specialisten in een ziekenhuis?

Vanochtend hield de heer Plantinga van PWC een pleidooi voor een periodieke kwaliteits- en veiligheidstoetsing in plaats van een eenmalige toetsing. Ik zou daarop graag het commentaar van de heer Van Rijn als belegger willen horen.

De heer **Van Rijn**: Vanuit beleggingsoptiek denk ik dat er geen bijzondere eisen gesteld worden aan medisch specialisten wanneer er privaat kapitaal zit in een ziekenhuis, met uitzondering van kwaliteitseisen. Wordt er gewerkt conform de standaardrichtlijnen van de beroepsgroep, zodat de private investeerder er zeker van kan zijn dat de kwaliteit die beloofd wordt ook wordt waargemaakt? Je ziet ook dat in andere landen waar privaat kapitaal in de zorg zit, er strakker op wordt toegezien dat de richtlijnen vanuit de beroepspraktijk worden nageleefd.

Een eenmalige toets of een periodieke toets? Volgens mij is er geen enkel bezwaar tegen een periodieke toets. Sterker nog, ik denk dat private investeerders in de zorg zelf een periodieke toets zullen uitvoeren of de kwaliteit nog voldoet. De marktwaarde van de investering moet immers intact blijven. Die gaat omlaag als de kwaliteit naar beneden gaat en omhoog als de kwaliteit naar boven gaat. De private investeerder heeft er belang bij als de kwaliteit stabiel blijft en als het enigszins kan nog stijgt. Dat is de enige reden waarom de marktwaarde van de investeringen zal toenemen.

De heer **Van Wijnbergen**: Ik vind de vraag uitermate belangrijk. Als er één slachtoffer is van de financiële crisis de afgelopen jaren, is het wel het geloof in zelfregulatie. Wij weten dat dit soort geloof meestal goed gaat en soms verschrikkelijk fout. Dat hebben wij gezien in de financiële sector. Het zal in de zorg net zo zijn. Het zal meestal goed gaan en af en toe heel erg mis. Je praat in de zorg echter over mensenlevens en daarmee wil je dit soort risico's niet nemen. Ik denk zonder meer dat veel meer nadruk op kwaliteitsbewaking, kwaliteitscontrole en optreden tegen wegglijden van kwaliteit noodzakelijk is, wil dit allemaal goed lopen. Er moet absoluut regelmatig getoetst worden. Er moet niet alleen met een vingertje

gezwaaid worden, maar er moet hard worden opgetreden als kwaliteit het slachtoffer lijkt te worden van wat voor prikkelsysteem dan ook. Het blijft een publiek belang. De Staat moet dat periodiek en agressief bewaken.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Hoe vaak moet er getoetst worden?

De heer **Van Wijnbergen**: Daarin zou ik niet zonder meer willen treden. Dat is niet mijn gebied van expertise. Het is een beetje een laf antwoord. Ik denk dat u daarvoor de IGZ moet oproepen. Hoe dikwijls moet zij langskomen om er redelijk op te kunnen vertrouwen dat er geen onjuiste dingen gebeuren? Ik kan dat niet beantwoorden.

De **voorzitter**: Kunt u die vraag beantwoorden, mijnheer Van Rijn?

De heer **Van Rijn**: Ook mijn antwoord is een beetje gedifferentieerd. Het antwoord hangt erg sterk af van welke ontwikkelingen er in een bepaalde zorgcategorie plaatsvinden. De ontwikkelingen kunnen zo snel gaan dat je veel frequenter moet kijken dan een keer in de drie jaar. Bij andere categorieën kun je misschien volstaan met af en toe een steekproef, want over het algemeen zijn er standaardrichtlijnen of kwaliteitsrichtlijnen van de beroepsgroep. Ik denk dat een en ander sterk afhankelijk is van over welke zorg je het hebt.

De heer **Van Wijnbergen**: Volgens mij zijn te veel kwaliteitscontroles beter dan te weinig.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Vanmorgen hebben wij even gesproken over het feit dat academische ziekenhuizen uitgesloten zijn van de mogelijkheid om winst uit te keren en vreemd kapitaal aan te trekken. Ik heb begrepen dat men vreest dat daardoor een ongelijk speelveld ontstaat. Hoe zien de genodigden in dit blok dit?

De heer **Wiggers**: De inkomensstromen van de verschillende ziekenhuizen zijn heel verschillend samengesteld. Bij een klein streekziekenhuis zijn de inkomsten 100% via het A-segment gefinancierd en is het B-segment via dbc's gefinancierd. Bij een groter ziekenhuis dat ook een belangrijke opleidingscapaciteit heeft en waar bijzondere medische verrichtingen plaatsvinden, komt 70% tot 80% van de inkomensstroom uit de normale productie en de rest via allerlei andere regelen. Bij academische ziekenhuizen zijn de inkomsten uit de normale zorg misschien maar 20%, 30% of 40%. In een academisch ziekenhuis komen veel meer inkomsten uit allerlei andere regelingen: de academische functie, de opleiding van medisch specialisten, allerlei onderzoeksfuncties enzovoorts. Er was al eerder sprake van een oneerlijk speelveld omdat de samenstelling van de inkomensstromen heel anders is. Als er behoefte is aan vreemd eigen vermogen – zo noem ik het maar even – vind ik het geen bezwaar dat er een onderscheid bestaat tussen een academisch ziekenhuis en een meer productiegeoriënteerd ziekenhuis.

De heer **Canoy**: Vanwege de tijd sluit ik mij aan bij de vorige spreker.

De heer **Van Wijnbergen**: De positie van de academische ziekenhuizen is ongehoord ingewikkeld. Het is goed dat die vraag wordt gesteld. De academische ziekenhuizen zitten in een spagaat. Daar gebeurt een heleboel meer dan in een gewoon ziekenhuis. Er vindt voor een deel fundamenteel onderzoek plaats waarvan wij traditioneel denken dat je dat niet privaat en niet publiek moet financieren omdat je dat ongestuurd wetenschappelijk gedreven wilt hebben. Dat is ook waarom fundamenteel onderzoek plaatsvindt bij de universiteiten. De medische faculteiten zijn daar een onderdeel van. Overigens gaat er bij onderzoek in academische

ziekenhuizen wel veel privaat geld om. Er zit ook een tegenkant aan. Er wordt dikwijls gedacht dat privaat financieren allerlei problemen met zich brengt en dat dit niet het geval is bij de Staat, maar de Staat is al jarenlang niet bereid te betalen voor de extra kosten die academische ziekenhuizen maken. Zij krijgen immers verreweg de patiënten met de meest complexe aandoeningen. De krenten uit de pap komen bij de planbare commerciële spelers terecht en de ingewikkelde gevallen worden bij de academische ziekenhuizen gedumpt. De compensatie van de overheid is verregaand onvoldoende en bedreigt daarmee vooral de innovatie in de gezondheidszorg.

De heer **Van Rijn**: Academische ziekenhuizen doen aan onderzoek, zorg en onderwijs. Het is heel ingewikkeld. Praten wij bij investeren in de zorg over het academisch ziekenhuis of over de verschillende functies van een academisch ziekenhuis? Bij onderzoeken vindt al vaak private financiering plaats via onderzoeksprogramma's. Misschien moeten wij iets dieper ingaan op de vraag over welke functie wij spreken. Als er privaat kapitaal in de zorg komt, kun je je afvragen waarom dat niet zou kunnen voor de zorgfunctie van een academisch ziekenhuis. Hetzelfde geldt voor de ouderenzorg. In het wetsvoorstel wordt de AWBZ uitgesloten. In het kader van de vraag hoeveel investeringen er in de toekomst in de ouderenzorg moeten plaatsvinden, zou daar misschien ook naar gekeken moeten worden.

De heer **Mookhram**: Het AMC heeft ook een regionale zorgfunctie. De mensen in Zuid-Oost worden daar geholpen voor hun normale problemen. Differentiatie van de functies van een ziekenhuis is heel belangrijk. Mijn buurman zei dat de AWBZ uitgezonderd wordt. Er moeten bedrijfsmatige, doelmatige en kwalitatief betere prikkels komen in de AWBZ die leiden tot een betere zorg.

Als er veel innovatie aan te pas komt, kan het misschien wel goedkoper worden. Ik geef een actueel voorbeeld. Ik heb een patiënte van 91 jaar. Haar man is overleden na een ziekbed van drie weken. Ik heb dat samen met de zorgzusters en de familie begeleid. Mevrouw is heel helder. Twee weken na het overlijden ben ik gaan kijken hoe het met haar ging. Ik trof daar haar dochter aan met een iPad 2. Zij hebben dus een techniek in huis gehaald om contact te houden met de familie. Dit soort simpele maatregelen zorgt ervoor dat deze mevrouw langer thuis blijft en eerder hulp gaat zoeken. Als u zo'n apparaat hebt, ga dan naar de appstore en download de Philips vital science applicatie. Houd het apparaat vijf minuten voor u en u hebt uw hart- en ademhalingsfrequentie. Stelt u zich voor, een mevrouw heeft ademhalingsmoeilijkheden, zij gebuikt deze applicatie, zij krijgt mijn assistente aan de lijn en die hoort meteen dat het niet goed is. Ik hoef dan geen visite af te leggen, maar schakel meteen de ambulance in om deze patiënte naar de eerste hulp te brengen. Wij gaan naar dergelijke scenario's. Ik heb ruzie moeten maken met een directeur van een verzorgingstehuis. Ik heb gezegd dat ik dit wil. Ik heb Delta een klachtenbrief geschreven en gezegd: als jullie dit niet doen, kun je vergeten dat wij ooit nog iets in de zorg gaan doen. Wij hebben een gesprek gehad met de subdirectie om te kijken of deze simpele dingen ingevoerd kunnen worden. Als je innovatie een kans geeft, kan dat best wat opleveren.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik ben een beetje onder de indruk van dit laatste voorbeeld. Ook mijn fractie vraagt zich af waarom de AWBZ wordt uitgezonderd van die vorm van winstuitkering in de zorg.

De heer Van Rijn zei dat hij pragmatisch was. De heer Canoy zei dat er niet veel verandert. De heer Van Wijnbergen zegt dat het nu al kan. Wat doen wij dan eigenlijk met dit wetsvoorstel? Ik stel deze vraag allereerst aan de

heer Canoy. Hij zei dat wij de beleggers waarschijnlijk met een zaklampje moeten zoeken. Ik vertaal het in mijn eigen woorden. Ik zou ook van de heer Van Rijn willen weten of hij mogelijkheden ziet om te investeren in ziekenhuizen.

De heer **Canoy**: Het antwoord is al door de heer Van Wijnbergen gegeven toen hij zei dat dit wetsvoorstel een aantal zaken transparanter maakt en in die zin eraan kan bijdragen dat financiers beter weten waar zij aan toe zijn, ook in juridische zin. Misschien heb ik het wat gechargeerd. Hoewel ik het woord zaklampje niet gebruikt heb, bedoelde ik dat wel een beetje. Mijn eigen interpretatie is dat er meer om politieke dan om inhoudelijke redenen een aantal voorwaarden in dit wetsvoorstel staan. Ik weet niet precies waarom die erin staan en welke drama's er zouden gebeuren als die er niet in zouden staan.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Waarop doelt u?

De heer **Canoy**: Bijvoorbeeld de voorwaarde dat er de eerste drie jaar geen winst mag worden uitgekeerd. Dit suggereert toch dat als je dit niet zou doen, er sprinkhanen op afkomen die na een jaar hun geld eruit halen. Ik zie dat niet. Ik zie dat ook niet in het buitenland. Het maakt het echter wel minder aantrekkelijk. Het lijkt mij dat het er meer instaat om politieke redenen dan om inhoudelijke. Maar goed, dat is mijn interpretatie.

De heer **Van Rijn**: Spreken wij in zijn algemeenheid over winst in de zorg of heel specifiek? Er zijn allerlei voorbeelden waaruit blijkt dat winst uitgekeerd wordt, of dat nu gebeurt via loon, via bv's, zelfstandige behandelcentra of andere vormen. Grotere institutionele investeerders willen een bepaalde zekerheid, ook van het overheidsbeleid. Zij willen weten of er sprake is van een consistent investeerdersklimaat dat een wettelijke basis is en de zekerheid geeft dat een investering in dat kader plaatsvindt. Fatsoenlijke investeerders zijn niet uit op allerlei constructies. Zij willen door de voordeur investeren en verantwoording afleggen over de investering die zij gedaan hebben. In die zin kan dit wetsvoorstel helpen.

De heer Canoy sprak over de voorwaarden. Volgens mij zijn die begrijpelijk en geven die het comfort dat het niet ten koste moet gaan van de kwaliteit en dat er geen sprake is van sprinkhanengedrag. Ik kan alleen spreken voor de institutionele belegger die ik vertegenwoordig. Het Pensioenfonds Zorg en Welzijn heeft ons gevraagd om in de komende periode te onderzoeken onder welke condities het meer zou kunnen investeren in de zorg. Ik zie hier wel mogelijkheden. Wij hebben deze voorwaarden niet nodig om dat te doen. Als zij enig comfort geven, zijn zij wel begrijpelijk.

De heer **Van Wijnbergen**: Ik denk dat vooral grote investeerders de weg die nu mogelijk is, liever niet bewandelen. Loek Winter zal op geen enkele manier gehinderd worden in het uitoefenen van zijn zorgactiviteiten, maar een afstandelijke investeerder zet die stap niet. Die is er niet persoonlijk bij betrokken. Die verschaft kapitaal en wil op een goede wettelijke basis bescherming en transparantie. Het is zonder meer waar dat in de commerciële wereld soms excessief schuldenfinanciering plaatsvindt. Ik neem aan dat de Kamerleden daarop doelen als zij stellen dat er geld aan onttrokken wordt. Wij hebben dat gezien. Kijk naar een bedrijf als NXP. Ik denk ook wel dat er bij ziekenhuizen financieel toezicht moet komen, zoals dat bij woningcorporaties ook veel meer zou moeten, dat indekt tegen oneigenlijk risicozoekend gedrag maar ook tegen te grote schulden. Dat vereist wel dat je een alternatief biedt voor schuldfinanciering, want nu is het 100% schuldfinanciering en dat is zeker veel te veel.

De heer **Canoy**: Ik heb nog een afterthought. Dit wetsvoorstel draagt vooral bij aan transparantie in de discussie. Ik herinner mij het proefschrift van mevrouw Plomp. U hebt haar eerder vandaag gesproken. Ik heb het proefschrift gelezen omdat ik toevallig in de commissie zat. Het bevatte talloze voorbeelden van ontwijkingsconstructies die zich grotendeels aan het publieke discours onttrekken. Zij zijn niet geheim maar je leest er eigenlijk niets over. Het zijn legale constructies maar eigenlijk trucjes om toch dingen te doen die met dit wetsvoorstel op een wat transparantere manier gebeuren. Dat vind ik wel wat waard.

Mevrouw **Leijten** (SP): Zegt de heer Van Wijnbergen dat er meer randvoorwaarden zouden moeten komen om geen schulden te financieren, dat het toezicht beter zou moeten zijn? Dus eigenlijk een soort hedgefundinvestering? De heer Canoy zegt echter dat hij dat niet ziet gebeuren. Ik ben benieuwd naar de reactie van de heer Canoy op de stelling van de heer Van Wijnbergen dat er eigenlijk extra financieel toezicht zou moeten zijn op schuldengefinancierd aandeelhouderschap in de zorg.

De heer **Van Wijnbergen**: Ik gaf aan dat er toezicht moet zijn op excessieve schuldfinanciering. Mevrouw Leijten spreekt over schuldengefinancierd aandeelhouderschap. Het gaat er mij om dat je ziekenhuizen niet te veel met schuld financiert en voldoende met aandelen. Ik denk dat dit het omgekeerde is van wat mevrouw Leijten in gedachten heeft.

De **voorzitter**: Dat is dan rechtgezet.

De heer **Mulder** (VVD): Ik heb een vraag aan de heer Van Rijn. Hij noemde de voorwaarden waaronder geïnvesteerd mag worden werkbaar. Kan hij misschien iets meer zeggen over de bereidheid van PGGM om te investeren in ziekenhuizen? Misschien kan hij ook iets zeggen over de bereidheid van andere pensioenfondsen om te investeren in ziekenhuizen?

De heer **Van Rijn**: Het is niet goed als ik uitspraken doe over de investeringsbereidheid van de klanten waarvoor ik werk. Wij werken voor pensioenfondsen en die moeten vooral zelf beslissen wat zij wel of niet doen. Ik kan wel zeggen dat het Pensioenfonds Zorg en Welzijn ons gevraagd heeft eens goed te kijken naar de condities van dit wetsvoorstel en of er meer geïnvesteerd kan worden in de zorg. Dat is logisch dat zo'n club daarnaar kijkt. Dat sluit nauw aan bij de doelstellingen. Waarom noemde ik de voorwaarden werkbaar? Er zitten twee aspecten in: er wordt gelet op de kwaliteit en er kan over enige tijd worden uitgekeerd. De praktijk is dat als je investeert in zorg het rendement van die investeringen pas over enige tijd optreedt. Het is vaak vijf jaar of misschien nog langer. Als de voorwaarde is dat pas over drie jaar winst mag worden uitgekeerd, zal dat een voorwaarde zijn die al gewoon geldt vanwege de investeringsprogramma's die men heeft. Het is een begrijpelijke voorwaarde waar je waarschijnlijk geen last van hebt. Je hebt die ook niet nodig. Veel investeerders zullen alleen investeren als de kwaliteit van de zorg geborgd is, anders lopen zij een geweldig imagorisico. Het is een begrijpelijke voorwaarde die bij langetermijninvesteerders in de genen zit en moet zitten. Het zijn begrijpelijke voorwaarden om ervoor te zorgen dat zaken transparant worden. Ik zeg erbij dat de werkbaarheid erg afhangt van de vraag of die kwaliteitseisen van tevoren transparant zijn. Het kan niet zo zijn dat men na drie jaar hoort: je hebt wel geïnvesteerd maar er wordt geen winst uitgekeerd, want de kwaliteitseisen zijn een beetje veranderd. Dan wordt het ingewikkeld. De voorwaarden moeten begrijpelijk zijn en van te voren moet duidelijk zijn waarop wordt afgerekend.

Bereidheid om te investeren hangt volgens mij sterk af van de discussie over dit wetsvoorstel. Als de wet er is, zullen alle investeerders net als wij gaan onderzoeken of het aantrekkelijke voorwaarden kan bieden. Ik wijs erop dat het voor institutionele beleggers als pensioenuitvoerders en pensioenfondsen belangrijk is dat er een normaal rendement kan worden gemaakt. Zij investeren niet voor het maximale rendement maar om te kunnen blijven voldoen aan de pensioentoezeggingen. Die eis zal ook aan de zorg worden gesteld.

De heer **Mulder** (VVD): Wij gaan binnenkort dit wetsvoorstel bespreken en hopen natuurlijk dat er investeerders komen. Het zou dan wel helpen als de organisaties van de heer Van Rijn vooraf zeggen of zij denken dat het werkbaar is. Zo niet, dan kunnen wij eventueel amenderen. Verwacht de heer Van Rijn dat dit wetsvoorstel gaat vliegen of niet?

De heer **Van Rijn**: Ik heb al gezegd hoe het wetsvoorstel behulpzaam kan zijn bij het beantwoorden van de vraag of investeren in de zorg aantrekkelijk wordt. U vindt het denk ik niet erg dat wij de investeringsmogelijkheden afwegen op basis van concrete projecten en niet op basis van de randvoorwaarden. Het helpt zeer als de randvoorwaarden goed zijn. Ik hoop dat u van ons verwacht dat wij de investeringsmogelijkheden zullen afwegen in het licht van het belang dat wij ook moeten dienen, namelijk dat er voldoende rendement is voor de mensen die bij ons premie betalen. Het helpt echter zeer als de randvoorwaarden helder zijn. De heer Mulder vraagt garanties die hij zelfs niet zou willen vragen van mij.

De **voorzitter**: Ik kijk even naar mevrouw Trappenburg. Zijn er nog vragen die niet gesteld zijn? Is er nog iets dat u als voorzitter van de Stichting Beroepseer vanmiddag ter tafel wilt brengen?

Mevrouw **Trappenburg**: Je zou kunnen zeggen dat individuele professionals hiermee niets te maken hebben, omdat deze regelgeving gericht is op ziekenhuizen. Dat is volgens mij een miskennen van de realiteit. Mensen werken in een sociale context. Ik werk zelf in het onderwijs. U weet wat er bij Inholland gebeurd is. Dat gebeurt niet alleen omdat professionals disfunctioneren. Je werkt in een organisatie, je hebt je professionele beroepsethiek, maar je hebt ook te maken met allerlei prikkels die op je afkomen. Het is een illusie te denken dat je daarbuiten kunt blijven en uitsluitend kunt doen wat goed is voor je patiënt. Dat geldt zeker voor mensen iets lager in de hiërarchie, bijvoorbeeld verpleegkundigen. Die moeten doen wat de ziekenhuisdirectie van hen vraagt.

De heer **Van Wijnbergen**: Ik wil eigenlijk een wat constructiever antwoord geven op de vraag van mevrouw Leijten. Ik kwam een beetje rigoreus uit de hoek. De doelstelling van dit wetsvoorstel is natuurlijk dat er risicodragend kapitaal komt in de zorg. Je moet iets anders toelaten als je geen excessieve schulden wilt bij de ziekenhuizen. Daar gaat dit wetsvoorstel over. In de zakelijke wereld hebben wij duidelijk gezien welke schades er komen als er excessief schuld uitgegeven wordt. Dat gebeurt regelmatig. Ik vind dat daarvoor waarborgen moeten zijn. De normale wetgeving voor bedrijven stelt bijvoorbeeld grenzen aan winstuitkering. Bij negatief eigen vermogen mag geen dividend worden uitgekeerd. Ik zou zelf best additionele waarborgen willen hebben, dat na een overgangstijd waarin een ziekenhuis kapitaal of eigen vermogen kan opbouwen onder andere dankzij deze wet, bepaald wordt welke solvabiliteitsratio een ziekenhuis minimaal moet hebben. Dat bestaat bij veel organisaties, bijvoorbeeld bij pensioenfondsen. Als het eigen vermogen daar te ver zakt, moeten zij allerlei dingen gaan doen. Gezien het publieke belang van een ziekenhuis, ook ziekenhuizen in privaateigendom, kan ik mij voorstellen dat daar niet alleen medisch-kwalitatief toezicht is maar ook

financieel toezicht dat ervoor zorgt dat risico's niet te groot worden. Dat is precies de reden om risicodragend kapitaal aan te vragen, maar dan moet je er wel genoeg van hebben. Er moet een limiet zijn op de hoeveelheid schulden.

De **voorzitter**: Hiermee komen wij aan het einde van het vierde blok van vandaag. Ik dank u allen voor uw inzet en uw inbreng. Ik wens u een prettig weekend. Wij weten u te vinden voor aanvullende vragen en wellicht voor amendementen.

Sluiting 16.10 uur.