

12

Voorwaarden winstuitkering aanbieders medisch-specialistische zorg

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel 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) (33168)**.

De voorzitter:

Ik heet de minister welkom. We behandelen een wet, dus de spreektijden zijn in beginsel onbeperkt.

De algemene beraadslaging wordt geopend.



Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Voorzitter. Goede zorg draait om de gezondheid van mensen. Goede zorg gaat om de genezing van mensen. Goede zorg gaat ook om het vergroten van gezondheidswinst. Zorg gaat niet om het maken van pure winst. Winstbejag is geen goede raadgever. Het risico bestaat dat er onnodig veel zorg wordt geleverd, onnodig dure zorg en zelfs onnodige zorg. Het CDA wil dat geld voor ziekenhuiszorg ook echt in de zorg blijft. Daarom heeft het CDA moeite met het voorstel van de minister voor winstuitkering van ziekenhuizen. Het CDA ziet een groot risico als ziekenhuizen gaan sturen op maximalisatie van winst in plaats van zorg. Ziekenhuizen moeten zich richten op de kern van de zorg: zorg verlenen. De minister verzoekt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) al op voorhand te monitoren of winstuitkering leidt tot patiëntselectie en of er een probleem voor de toegankelijkheid van zulke ziekenhuizen ontstaat. Dat is een slecht voorteken, want waarom stelt de minister deze eisen eigenlijk al vooraf?

Ziekenhuizen zijn in de ogen van het CDA maatschappelijke ondernemingen: de samenleving en de patiënt staan centraal. Geld moet niet vooropstaan, wel kwaliteit en veiligheid. Het is opvallend dat het kabinet juist in de sectoren van de banken en de woningcorporaties een andere beweging inzet: weg van het ongeremde marktdenken en terug naar het klantdenken. Dan is het een tegendraadse beweging van deze minister om nu juist wel te kiezen voor meer marktwerking. Voor het CDA is dat op dit punt niet de juiste richting op. Juist in de zorg is het van belang om te denken vanuit de zorg voor de patiënt en niet vanuit de aandeelhouder.

De voorzitter:

Ik heb het knopje voor de microfoon gevonden. De heer Rutte heeft een vraag voor u.

De heer Rutte (VVD):

Nu kunnen we het allemaal horen, voorzitter. Dat is beter!

Mevrouw Bruins Slot heeft het over een tegendraadse beweging van de minister. Volgens mij is de minister juist

niet tegendraads, maar brengt zij vandaag een wetsvoorstel in de Kamer dat nog stamt uit een vorige kabinetsperiode, namelijk een periode waarin het CDA in het kabinet zat en waarin een handtekening van het CDA stond onder het regeerakkoord waar deze maatregel uit voortkomt. Is mevrouw Bruins Slot het met mij eens dat als iemand hier draait, zij dat zelf is?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

De heer Rutte gebruikt dan wel heel harde woorden. Ik kan het goed toelichten. Wij hebben in 2012 een verkiezingscongres van onze partij gehad. Daarbij heeft de partij zelf aangegeven dat zij niet langer winstuitkering in de ziekenhuiszorg wilde hebben. Natuurlijk hebben we de wens van de partij daarin gevolgd. We kiezen op dit punt voor een andere richting.

De heer Rutte (VVD):

Dat is duidelijk. Het CDA is dus gedraaid.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik moet heel eerlijk zeggen dat dit een onjuiste conclusie is. We hebben een andere afweging gemaakt. We gaan een andere richting op. Dat standpunt is inderdaad anders dan tijdens de vorige kabinetsperiode; daar heeft de heer Rutte geheel gelijk in.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Mevrouw Bruins Slot geeft ruiterlijk de eer voor het andere standpunt, het draaien, aan het CDA-verkiezingscongres, waarop is besloten dat het CDA geen voorstander meer is van de winstuitkeringen in de ziekenhuizen. Geldt dat ook voor de Eerste Kamerfractie van het CDA?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

We zijn nu met de behandeling in de Tweede Kamer bezig. De Eerste Kamer komt hierna, zoals mevrouw Leijten weet.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Laat ik dan een andere vraag stellen. De minister heeft in het schriftelijk overleg dat we over deze wet hebben gevoerd aangegeven aan de SP dat zij met zes partijen overleg heeft gevoerd nadat zij in januari de wetsbehandeling plotseling opschortte. Daarbij werd gesuggereerd dat de reden daarvan zou zijn dat er geen meerderheid was in de Eerste Kamer. Heeft de minister ook met het CDA gesproken over dit wetsvoorstel sinds het opschorten van de behandeling ervan?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik ga niet over de agenda van de minister. Net als mevrouw Leijten weet ook ik niet wie die vijf partijen zijn. Het lijkt me goed dat de minister straks opheldering geeft over de vraag met wie zij gesproken heeft.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Mijn vraag was: is met het CDA gesproken? Er worden zes partijen genoemd. Vijf daarvan kennen we wel: de regerings-

partijen en de drie gedoogpartijen. Is het CDA de zesde partij waar de minister mee heeft gesproken, voor zover mevrouw Bruins Slot weet? Het kan natuurlijk ook zo zijn dat zij dat niet weet. Is het CDA de zesde partij?

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik ga ook niet over de agenda van mijn collega in de Eerste Kamer. Ik heb de minister al wel een keer eerder moeten teleurstellen dat wij dit in het verkiezingsprogramma hebben staan.

Wat levert dit wetsvoorstel voor de zorg op? De minister is daar helder over. De minister zegt dat zij hiermee het probleem oplost dat banken niet voldoende krediet hebben om ziekenhuizen geld te lenen. Dan is mijn conclusie echter dat dit wetsvoorstel symptoombestrijding is. De kern van het probleem ligt in de positie van de banken, zegt de minister. Als dit zo is, dan is mijn wedervraag: waarom klopt zij niet aan bij de minister van Financiën? Spreek dan de banken aan op hun maatschappelijke verantwoordelijkheid. Welke ziekenhuizen hebben eigenlijk last van slechte financiering? Dat zijn toch vaak de zwakkere ziekenhuizen? Ik hoorde laatst een econoom het volgende zeggen: "Als je financieel sterk bent en een solide businesscase hebt, dan heb je geen durfkapitaal nodig. Als een bank of een waarborgfonds voor de zorgsector geen geld wil lenen, dan moet je oppassen." Dat was de uitspraak van die econoom. Economen geven dus aan dat als een plan al te wankel is voor financiering van een bank, het helemaal wankel wordt met private equity. Graag een reactie van de minister hoe zij over de uitspraak van deze econoom denkt.

Het CDA heeft ook nog maar weinig mensen enthousiast gezien over deze winstuitkering in de zorg. Medisch specialisten hebben er ook weinig vertrouwen in. Bijna drie kwart van de medisch specialisten is tegen de mogelijkheid om winst uit te keren aan private investeerders, blijkt uit een onderzoek. Deze artsen zijn bang dat het ziekenhuis vooral rendabele behandelingen zal gaan aanbieden en patiënten zal werven die winst opleveren. Massa is kassa, en weer staat de behoefte van de patiënt dan niet centraal. Wie is straks de baas van het ziekenhuis? Is de aandeelhouder straks de baas? De aandeelhouder valt namelijk niet onder de Wet normering topinkomens en kan dus ook kapitalen gaan verdienen. De bestuurder kan zich eigenlijk alleen op de wettelijke taken beroepen. De artsen en de verpleegkundigen kunnen de aandeelhouder niet direct aanspreken op bepaalde ontwikkelingen en de zorgverzekeraar kan alleen maar zwaaien met het contract dat is afgesloten. Waar staat de patiënt dan in dit geheel? Mijn vraag aan de minister is wie wel directe invloed op de investeerder heeft. Hopelijk gaat de minister niet zeggen dat ze daar niet over gaat, want het gaat uiteindelijk over zorggeld en dat zijn collectieve lasten. Dus hoe ziet de minister die positie van de aandeelhouder?

Akkoord, de minister stelt wel voorwaarden aan die tussentijdse uitkering. De vraag is wat die voorwaarden waard zijn. Er is namelijk een aantal bezwaren tegen die voorwaarden te benoemen. Het eerste is de beperkte toets van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het tweede is het toezicht op de naleving van de voorwaarden en het derde is de positie van het vastgoed, waar een reëel risico op weglekken zit.

Allereerst kom ik te spreken over de beperkte toets van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De inspectie moet in haar toets wel van tevoren toetsen wat de kwaliteit van de zorg is, maar na de winstuitkering geldt een andere eis. Dan geldt geen bijzondere eis meer. Dat betekent dat na de winstuitkering alles mogelijk is. Van tevoren kan de kwaliteit wel op orde zijn, maar na de winstuitkering kan dat anders zijn. Graag krijg ik nadere uitleg van de minister of dit wel of niet zo wordt gezien.

De naleving van de voorwaarden is behoorlijk rekbaar. Hoe operationaliseer je of hoe vul je een begrip in als "reguleren exploitatie"? En welke definitie van de verschillende vormen van solvabiliteit wordt nu eigenlijk van kracht? Dat kan op heel veel verschillende manieren gebeuren. Ik zou de minister in dit debat graag horen zeggen welke goede en vastomlijnde definities daarvan zijn.

Een ketting is altijd zo sterk als de zwakste schakel. Het lijkt erop alsof een behoorlijk weglekeffect kan plaatsvinden op het gebied van vastgoed door de bepalingen in dit wetsvoorstel. Ik hoor her en der al wat geluiden dat de vastgoedsector aas op de mogelijkheid tot winstuitkering. Er valt veel geld te verdienen met de verkoop van vastgoed van ziekenhuizen, doorverkoop, leaseback-constructies en dergelijke. Met verkoop, verhuur of verpachting van vastgoed is makkelijk veel voordeel aan particuliere investeerders weg te geven. Dan hoeft je niet eens aan winstuitkering te doen. Ik vind dat de minister hier onvoldoende oog voor heeft. Het is ook opvallend dat geen aandacht wordt gegeven aan het verkrijgen van aandelen door de private investeerder. Dit is eigenlijk het moment dat hij mede-eigenaar wordt. Als de aankoop tegen een te lage prijs gebeurt, heeft de private investeerder al winst gemaakt.

Het is dus echt noodzakelijk dat er op het gebied van vastgoed een slot op de deur zit. Daarom doet het CDA in een amendement het voorstel dat de toets van het College sanering zorginstellingen blijft. Dat neemt nu elke keer een soort toets af waarin duidelijk wordt aangegeven of het vastgoed op een marktconforme en eerlijke manier wordt verkocht. Volgens mij moeten we dat straks gewoon zo houden.

Er zit nog een slecht slot op de deur. De eerste investeerder mag drie jaar geen winstuitkering doen. Dat vind ik best redelijk van de minister. Echter, na die drie jaar mag iedere nieuwe investeerder die in die drie jaar gekomen is aan winstuitkering doen. Dat betekent dat als eenmaal de eerste investeerder in dat ziekenhuis zit, alle investeerders daarna vrij spel hebben. Dat kan tot onwenselijke een-tweetjes leiden, en dat is niet de bedoeling. Daarom ben ik bezig met een amendement, dat straks zal worden ingediend, waarin ik regel dat elke nieuwe investeerder ook eerst drie jaar moet wachten en ook die toets van de inspectie nodig heeft, voordat er tot winstuitkering mag worden overgegaan.

Het lijkt er ook op dat een zorginstelling zichzelf kan opeten. Als een zorginstelling drie jaar op rij onderdelen van zichzelf verkoopt en daardoor een positief resultaat heeft, mag het overgaan tot winstuitkering, zelfs als er zonder de verkoop van die organisatieonderdelen een negatief exploitatiere-sultaat overblijft. Ik zeg expres tegen de minister "negatief exploitatiere-sultaat". De investeerder casht met de verkoop van gezonde onderdelen, om na de winstuitkering zijn handen van het ziekenhuis af te trekken. Mijn vraag aan de

minister is of dit mogelijk is onder dit wetsvoorstel. Als de minister zegt dat dit niet mogelijk is, dan krijg ik graag uitleg over de vraag wat de waarborgen zijn.

De minister heeft ook een akkoord met de ziekenhuizen en de accountants gesloten, zodat het jaarverslag dit jaar wél goedgekeurd kan worden. Het moet me van het hart: welke investeerder gaat nou in een ziekenhuis investeren als de jaarverslagen niet eens goedgekeurd worden, omdat de risico's voor het krijgen van een rendabele of vertrouwenwekkende omzet te groot zijn? Hiervoor zijn speciale afspraken gemaakt, en het ontbreken van een goedkeurende accountantsverklaring kan bij zwakke ziekenhuizen tot faillissementen leiden. Ik snap dus wel dat de minister dat akkoord heeft gesloten, want ze moet er ook voor zorgen dat ziekenhuizen overeind blijven; anders is de zorg nog veel meer geld kwijt.

Het CDA begrijpt echter niet dat de patiënt in die afspraken eigenlijk de enige is die de rekening betaalt. Zorgverzekeraars geven patiënten niet meer het teveel van het betaalde eigen risico uit eigen beweging terug. Dus als blijkt dat een ziekenhuis bepaalde rekeningen onterecht in rekening heeft gebracht, en de zorgverzekeraar daardoor ook onterecht het eigen risico van de patiënt heeft geïnd, weet de patiënt daar eigenlijk helemaal niets van. De patiënt moet dan zelf bij de zorgverzekeraar aankloppen om het geld terug te vragen. Mijn vraag aan de minister is hoe een patiënt dit kan weten, en of de zorgverzekeraar hier wel actief op gaat sturen. Het CDA wil dat er een tussenoplossing op dat punt komt en dat patiënten straks niet onterecht hun eigen risico kwijt zijn. Voor een ziekenhuis is €360 erg weinig, maar voor iemand die zijn premie betaalt en die voor zijn gezin moet betalen, is het heel veel geld. Graag een reactie van de minister op dat punt.

Ik ga even terug naar de winstuitkering. Geld voor de ziekenhuiszorg moet in de zorg blijven, en niet in de zakken van risicovolle investeerders terecht komen. Het uitgangspunt van het CDA is dat de patiënt centraal dient te blijven staan, en niet straks de aandeelhouder.

De heer Rutte (VVD):

Ik wil even helemaal terug naar het begin van het betoog van mevrouw Bruins Slot, op basis waarvan het CDA kennelijk tot het nieuwe inzicht is gekomen dat zorggeld binnen de zorg moet blijven. Daarom mogen er geen investeerders aan boord komen. Kan mevrouw Bruins Slot mij uitleggen waarom het geen probleem is om 7% rente aan een bank te betalen, maar wel om 4% dividend uit te keren aan een pensioenfonds?

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Mijn betoog was onder andere ook gebaseerd op de formulering van de minister dat er winstuitkeringen in de zorg nodig zijn omdat banken niet meer willen financieren. Dat is symptoombestrijding. Je moet kijken naar de daadwerkelijke oorzaken. Wat is er nu aan de hand met ziekenhuizen, dat men niet in ziekenhuizen wil investeren?

De heer Rutte (VVD):

Dat is interessant, daar gaan we het misschien straks nog wel over hebben, maar dat is bepaald geen antwoord op

mijn vraag. Als zorggeld binnen de zorg moet blijven, waarom mag er dan wel rente betaald worden, namelijk een procent of zeven — ik heb even mijn licht opgestoken bij banken — en vinden we het niet goed als er een saai dividend van een procentje of vier aan een ingestapt pensioenfonds wordt betaald?

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik ga even terug naar mijn betoog. De kern van de zaak is dat ziekenhuizen gewoon te risicovol zijn om in te investeren. De heer Rutte kan dat ontkennen, maar dat is toch echt wel het geval. Er is een verschil tussen het betalen van een lening met een rente van 3% tot 5% en het halen van 10% tot 20% rendement uit een ziekenhuis.

□

Mevrouw Leijten (SP):

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

Voorzitter. Ik kan me voorstellen dat u denkt: daar spreekt de SP. Wij denken er immers ook zo over. Maar dit was de inbreng van de PvdA-fractie in de eerste schriftelijke ronde ten aanzien van dit wetsvoorstel. Dit wetsvoorstel werd ingediend door minister Schippers in de vorige regering. Het is ingediend met steun van het CDA, maar het CDA is gedraaid omdat zijn leden geen winstuitkering zien zitten. Chapeau voor die draai! De PVV steunde dit wetsvoorstel toen het werd ingediend, maar inmiddels niet meer. Tijdens de onderhandelingen over het regeerakkoord gaf Wouter Bos echter het kwartetkaartje van de zorg aan de VVD. We weten dat de Partij van de Arbeid sindsdien haar verzet tegen winstuitkeringen heeft gestaakt. En daarom staan we hier. De minister mag door met haar beleid, zij mag door met een winstuitkering in de zorg.

Wij zouden dit wetsvoorstel in januari bespreken. Een uur, misschien twee uur, voordat we het wetsvoorstel zouden behandelen, kwam de minister met het verzoek aan de Kamer om het niet te bespreken. Zij moest nog het een en ander nader onderzoeken. Iets anders wat er doorheen speelde, was dat de ChristenUnie heel duidelijk had aangegeven dat de minister niet behoefde te rekenen op steun voor dit wetsvoorstel in de Eerste Kamer. Daarmee verviel een meerderheid. In de schriftelijke behandeling was immers duidelijk geworden dat er dan geen meerderheid zou zijn, wetende dat de positie van het CDA en van de PVV gewijzigd was ten opzichte van de vorige regeringsperiode en dat ook de positie van de Partij van de Arbeid gewijzigd was.

De minister heeft in mei laten weten dat het wetsvoorstel weer behandeld kon worden. Er was geen enkel probleem om het te behandelen. We hebben daarover schriftelijk overleg gevoerd. Ik heb gevraagd met welke politieke partijen de minister in de tussentijd had gesproken. Zij heeft

aangegeven dat ze met zes politieke partijen heeft gesproken. Het is mij niet duidelijk wie de zesde partij is. Ik kan mij voorstellen dat dit is besproken met de VVD, de Partij van de Arbeid, maar ook met D66, de ChristenUnie en de SGP. Vorige week had ik hierover een interruptiedebat met de heer Slob. Hij gaf toen aan dat de ChristenUnie niet akkoord gaat met winstuitkeringen in ziekenhuizen. Er is dus met een zesde partij gesproken. Is dat gedaan omdat er een meerderheid nodig is in de Eerste Kamer? Is er gesproken met de partijgenoten van mevrouw Bruins Slot? Zij gaf niet helemaal duidelijk aan dat er met haar niet gesproken is, maar zij vroeg zich ook af wie de zesde partij was. Daarom vermoed ik dat zij dat niet zelf is geweest. Ik wil graag van de minister weten met welke partijen zij tussen 24 januari en nu heeft gesproken. Waren het Eerste Kamerfracties of Tweede Kamerfracties?

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik spreek natuurlijk wel vaker met mevrouw Schippers, maar ik heb haar altijd moeten teleurstellen op dit onderwerp. Onze positie is immers duidelijk geworden met de uitspraken van het verkiezingscongres. Mevrouw Leijten kan het vast en zeker waarderen dat, als leden een bepaalde opvatting uitspreken, partijen daar ook naar luisteren.

Mevrouw Leijten (SP):

Zeker, maar ik vroeg mevrouw Bruins Slot of zij hierover in de tussentijd heeft gesproken met de minister, opdat het voor mij duidelijk zou worden of het CDA de zesde partij was. Toen liet mevrouw Bruins Slot zelf een beetje in het ongewisse of dat was gebeurd. Heeft de minister dan gesproken met de CDA-fractie in de Eerste Kamer?

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik zeg nogmaals heel duidelijk dat ik wel vaker spreek met mevrouw Schippers, maar ik heb haar altijd op dit onderwerp moeten teleurstellen.

Mevrouw Leijten (SP):

We zullen wel van de minister horen met wie zij tussen januari en nu heeft gesproken over dit wetsvoorstel en over steun in de Eerste Kamer. Ik ben zeer benieuwd.

Voorzitter. Laten we eens stilstaan bij de vraag waarom we zorg ooit publiek zijn gaan organiseren. De kern was dat zorg voor iedereen bereikbaar moest zijn, ongeacht inkomen of ziektegeschiedenis. Zorg moest toegankelijk en kwalitatief goed zijn. Dat zijn de kenmerken van een beschaafd en ontwikkeld land. We zijn daar ook trots op. De minister spreekt ook regelmatig uit dat ze daar trots op is. Toch zien wij met lede ogen aan dat de toegankelijkheid van de zorg door deze minister in rap tempo wordt afgebroken. Zorgverzekeraars passen risicoselectie toe om chronisch zieken en gehandicapten buiten de deur te houden. Dat gebeurt niet in de basisverzekering, maar ze maken het zo ingewikkeld om een aanvullende verzekering af te sluiten dat mensen met chronische ziekten niet meer durven over te stappen. Vorige week hebben wij dit punt uitgebreid besproken in het kader van artikel 13.

We weten dat er op dit moment een toezichthouder is die zwaar onder vuur ligt. Is die nog geloofwaardig of niet? Er vindt een groot onderzoek plaats naar hoe het is gesteld

met onze toezichthouder. We weten niet of er fatsoenlijk overleg plaatsvindt over onderzoeken naar fraude in ziekenhuizen. We weten niet waarom er zaken geschikt zijn. We zien wel dat men in het bestuurlijke netwerk dat beslist over de zorg, vaak met elkaar op reis gaat. In dit geval is er naast de fraude en de schikking ook nog een reisje in 2012 geweest, waarbij misschien de drie hoofdrolspelers aanwezig waren. Ik word daar niet vrolijk van. Van het wetsvoorstel waarmee winstuitkering mogelijk moet worden gemaakt, word ik al helemaal niet vrolijk. Hoe transparant willen we het hebben? Waar gaan aandeelhouders straks wel en niet over?

Het voortbestaan van zorginstellingen vindt de minister geen zaak van haar meer. Zij zegt dat zorginstellingen zich op de markt moeten begeven. Als ze het daar niet redden en ze geen noodzakelijk ziekenhuis of andere noodzakelijke zorginstelling zijn, zal de minister ze niet redden. Zorginstellingen lopen steeds meer financiële risico's door dit beleid, door deze gedachte. Ze hebben geen zekerheid meer als het gaat om de financiering van hun vastgoed. Soms hebben ze nog wel een waarborg, maar soms ook helemaal niet. Ze lopen daarmee het risico om failliet te gaan als er geen financiering is van banken. De heer Rutte zei het al. De minister zegt eigenlijk: ik trek mijn handen ervan af; zoekt u het zelf maar uit. Sterker nog, zij maakt het mogelijk dat private financiers erin springen. We hebben bij het Ruwaard van Putten Ziekenhuis gezien hoe ingrijpend dat is als het in een regio gebeurt. Is er trouwens al zicht op de gang van zaken op Voorne Putten? De minister zou bijhouden of er geen cruciale zorg zou verdwijnen. Zijn daar al resultaten van bekend?

Zullen wij dit scenario niet ook in de toekomst zien? We laten een ziekenhuis failliet gaan, we kopen het goedkoop op en zodra winst mag worden uitgekeerd, trekken we de boel weer leeg. Het feit dat de zorginstellingen zelf de toenemende risico's moeten dragen, leidt er volgens de minister toe dat ziekenhuizen moeilijker een lening krijgen bij de bank. Banken willen dat risico liever niet lopen. Mevrouw Bruins Slot heeft al gevraagd welke investeerder dan wel graag risico's wil lopen met een investering in een ziekenhuis. Kan de minister daar een antwoord op geven? Als oplossing voor een zelf gecreëerd probleem draagt zij de winstuitkering uit. Gisteren zag ik een advies van het Centraal Planbureau over de rol van waarborgfondsen in de semipublieke sector. Zou dat niet een veel betere weg zijn, namelijk een beter werkend waarborgfonds met een grotere rol voor de overheid, waarmee ziekenhuizen kunnen worden ondersteund als zij geen financiering uit de markt kunnen krijgen? Het Centraal Planbureau schrijft dat waarborgfondsen juist hun nut tonen waar markten falen. Hebben we er hier niet mee te maken dat de banken falen? Waarom zouden we risicodragend kapitaal en private financiering aantrekken als de banken niet willen financieren?

Kan de minister aangeven met hoeveel procent een gemiddelde dbc- en dotprijs moet worden verhoogd om winst te kunnen maken? Houden de zorgverzekeraars hier rekening mee in hun selectieve inkoop? Is het niet gek om eerst te zeggen dat selectief moet worden ingekocht, zodat de ziekenhuizen vanzelf wel beter worden — ik geloof daar niet in, maar dat is zo'n beetje de gedachte van de minister — en tegelijkertijd aan te kondigen dat zij ook private aandeelhouders krijgen? Private aandeelhouders hebben er geen belang bij dat selectief wordt ingekocht, maar de

zorgverzekeraars weer wel. Krijgen we niet een enorme patstelling en zouden we dan niet veel beter kunnen kiezen voor de weg van het waarborgfonds?

In de zorg van Schippers hebben de maatpakken hun intrede gedaan. De vraag wordt steeds meer van wie de zorg eigenlijk is. Met dit wetsvoorstel wordt de vraag van wie het ziekenhuis is. Is het van de samenleving, van de dokters, van patiënten of is het van investeerders? We hebben deze discussie uitgebreid kunnen volgen bij het Slotervaartziekenhuis. Dat werd een speelbal van financiële belangen die niets meer met goede zorg te maken hadden. Patiënten en personeel werden de dupe en zij verkeerden in onzekerheid. Geen moment in dit machtsconflict is het over de patiënt of het ziekenhuis gegaan. Erkent de minister dit? Het ging over geld. Nu zegt een slimme investeerder het ziekenhuis voor 29 miljoen te willen kopen, dat wil zeggen voor 8 miljoen en 21 miljoen aan overname van schulden. Hij heeft de apotheek van het ziekenhuis voor 10 miljoen doorverkocht aan een ander ziekenhuis. De vraag is of deze slimme investeerder daarmee niet 2 miljoen in eigen zak steekt. Hij laat immers de schulden erin zitten. Hij heeft 8 miljoen betaald, krijgt er 10 terug en heeft dus 2 miljoen gewonnen. Als dit inderdaad het geval is, is dit dan de toekomst van het geld verdienen in de zorg? Is dit niet ook het privaat maken van heel veel publieke middelen? Is het Slotervaartziekenhuis uiteindelijk niet opgebouwd uit premiegeld van ons allemaal in de afgelopen jaren?

Hoe staat het eigenlijk met het vastgoed van het Slotervaartziekenhuis? Houdt het College sanering daar nog toezicht op? Dit doet het om te voorkomen dat publiekgefinancierd vastgoed niet voor een leuke prijs in handen komt van iemand die daar snel geld mee wil verdienen. Ook daar heeft mevrouw Bruins Slot heel intelligente dingen over gezegd. Er is door het CDA ook een zeer intelligent amendement op dat punt ingediend, namelijk om het toezicht van het College sanering zorginstellingen te behouden en op die manier dus toezicht te houden op publiekgefinancierd vastgoed in de zorg. Wij steunen het wetsvoorstel niet, maar wel het amendement.

Mag ik constateren dat de minister het risico voor lief neemt dat er in de toekomst meer ziekenhuizen zullen zijn die ten onder dreigen te gaan vanwege geruzie over geld? Is de minister blij met de episode rond het Slotervaartziekenhuis, die eigenlijk nog steeds doorgaat? Hoe kijkt zij terug op de dynamiek, zoals zij dat noemt? Hoe ziet zij dit in relatie tot de invoering van een winstuitkering? De SP is niet voor het uitkeren van winst, maar wij behandelen nu eenmaal het wetsvoorstel en wij denken mee over de waarborgen die wij zouden willen. De SP vindt dat er toestemming moet zijn van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het gaat dan niet alleen over de kwaliteit op dat moment, maar ook over de kwaliteit na het moment van winstuitkering. Ik heb gezien dat daarover een amendement is ingediend door de heer Van der Staaij van de SGP. Ik zal goed kijken of dat overeenkomt.

Toestemming van de ondernemingsraad vinden wij ook zeer belangrijk. De medewerker moet geen speelbal worden van aandeelhoudersbelangen. Ook moet er toestemming zijn van de raad van toezicht. De raad van toezicht houdt op dit moment toezicht op de raad van bestuur. De raad van bestuur mag kiezen voor het aantrekken van vreemd kapitaal of investeerders die privaat risico dragen met

winstuitkeringen. Maar daar hebben dan de toezichthouders weer geen stem in. Op wie houden zij uiteindelijk nog toezicht als er eigenlijk een nieuwe eigenaar komt van het ziekenhuis?

De lijst met risico's die de minister zelf bij dit wetsvoorstel formuleert, is erg lang. Er bestaat een risico dat investeerders in hun zoektocht naar winst de kosten dusdanig zullen verlagen dat het ten koste gaat van kwaliteit. Het risico bestaat dat ziekenhuizen productie gaan draaien in hun zoektocht naar winst. Het risico bestaat dat onrendabele behandelingen niet meer zullen worden aangeboden, waardoor de toegankelijkheid van de zorg in het geding komt. Maar voor alles is er een oplossing. Het risico dat de kwaliteit ondermaats wordt, wordt ondervangen door het Kwaliteitsinstituut, zo stelt de minister. Ik zie dat nog niet. Hoe gaat het Kwaliteitsinstituut dat dan meten? Vooraf zou je kunnen zeggen dat de kwaliteit iedere keer goed moet zijn, maar achteraf is het al onduidelijker. Op dit moment wordt er in het toezicht behoorlijk risicogestuurd toezicht gehouden. Ik haat dat woord, maar wij weten hier wel wat wij ermee bedoelen. Daar waar wij risico's verwachten, wordt extra gekeken. Maar ben je dan niet altijd te laat? Snijden wij ons niet in de vingers als wij het op deze manier doen?

Uit internationaal onderzoek blijkt dat de zorg in instellingen met een winstoogmerk lager is van kwaliteit dan in instellingen zonder winstoogmerk. Waarom heeft dit de minister er niet van weerhouden om een winstuitkering in te voeren?

Dan kom ik bij productie draaien. Wij zien nu al dat de transparantie van ziekenhuisrekeningen een groot probleem is. Wij weten niet of de declaraties die ziekenhuizen indienen, kloppen. Wij weten dat er sprake is van upcode. Dat betekent dat de hoogste rekening wordt ingediend voor een behandeling. Soms is dat frauderen, soms is dat overbehandelen en soms is het een fout. Wij weten straks door de winstuitkering eigenlijk alleen maar dat dit heel lucratief zal zijn voor de aandeelhouders. Wij weten dat er bureaus zijn die de omzet van zorginstellingen verhogen doordat zij de scores om tot de hoogste rekening te komen, verkopen aan de ziekenhuizen. Als je het goed invult, krijg je een hogere rekening om bij de zorgverzekeraar in te dienen. Is dat fraude of is het slim registreren? Wij weten het allemaal niet. Die discussie loopt nog volop. In deze Kamer moeten wij nog debatteren over vragen als: is dat allemaal fraude, waarnaar wordt onderzoek gedaan? Er wordt nu onderzoek gedaan, maar wij moeten al de winstuitkering invoeren. Wij vinden dat een verkeerde volgorde.

Dan kom ik bij iets waarvan ons de schrik om het hart slaat. Patiënten die niet rendabel zijn, kunnen buiten de deur worden gehouden. Is dat logisch? Ja, waarom zou je mensen behandelen als je er geen geld aan kunt verdienen? Is het wenselijk? Nee, natuurlijk niet. Wij willen niet dat mensen de deur wordt gewezen in een ziekenhuis omdat zij te duur zouden zijn, omdat zij geld kosten in plaats van dat zij geld opleveren. Hoe gaat de minister dit in de gaten houden? Hoe gaat zij in de gaten houden dat ook mensen met een dure aandoening behandeld worden? De minister zegt dat de zorgverzekeraar de sleutel is. Die heeft namelijk een zorgplicht en moet ervoor zorgen dat iemand een behandeling krijgt, ook al heeft hij een heel dure ziekte. Maar dan krijgen we het volgende. Deze persoon zal waarschijnlijk naar een ziekenhuis gestuurd worden dat geen private

financierders heeft, want in ziekenhuizen met private investeerders zal alle onrendabele zorg verdwijnen. Je kunt er immers geen winst op maken. De ziekenhuizen die zijn gefinancierd met het meeste publieke geld krijgen dus de duurste patiënten. De zorg in die instellingen wordt duurder, doordat ze het niet meer kunnen middelen met zorg waarop ze nog enige marge hebben.

Zien we dan geen parallel ontstaan met wat er gebeurde met de privatisering van de thuiszorg in de jaren negentig? Toen private uitvoerders met winst oogmerk werden toegelaten tot de markt, zag je dat zij de meest rendabele mensen opslokten waardoor de duurste mensen naar publiek gefinancierde instellingen gingen, die daardoor veel duurdere zorg voor hun kiezen kregen. Is dat wenselijk?

En wat moet de arts straks doen? De zorgverzekeraar gaat straks via inkoopregels beslissen over de zorg. Dat is al een keuze die wij niet zouden maken. Maar dan is er ook nog een investeerder of een aandeelhouder die zijn investering terug wil hebben. Welke giftige cocktail levert dat op? Als je al winstuitkeringen in de zorg zou willen, zou je er eerst voor moeten zorgen dat de rekeningen transparant zijn en dat het duidelijk is wat het zou moeten kosten, als je dat al kunt vaststellen. Pas dan zou je kunnen overgaan tot winstuitkeringen. Is de minister het hierover eens met de SP? Nu weten we immers niet waar de marge wel of niet wordt gehaald. Als je niet weet waar de marge wordt gehaald, hoe kun je dan überhaupt ervoor zorgen dat de zorg goed blijft?

De minister stelt voor dat zorginstellingen die van de inspectie een maatregel opgelegd krijgen omdat ze geen goede zorg verlenen, gedurende die periode geen winst mogen uitkeren. Dat is natuurlijk logisch. Als je onder verscherpt toezicht staat, of als je onder bestuursdwang staat, kun je geen winst uitkeren. Dat zou te gek worden. Ik heb al gezegd dat wij vinden dat de inspectie toestemming moet geven op het moment dat er winst uitgekeerd mag worden door een instelling.

Waar wij ook problemen mee hebben is dat de winst pas mag worden uitgekeerd op het moment dat er drie jaar op rij sprake is van een positief resultaat. Als dat positieve resultaat er niet is, mag er geen winst uitgekeerd worden. Dat is natuurlijk prima, maar wordt dit geen manier om creatief te gaan boekhouden? Nu zien we al dat de rekeningen oncontroleerbaar zijn door accountants, terwijl die toch een hoop door de vingers hebben gezien. Hoe weten we welk ziekenhuis positief of negatief draait? Hoe weet je dat, als ziekenhuisrekeningen pas een jaar na dato betaald worden door de zorgverzekeraars?

Een zorginstelling die steun ontvangt van de overheid door de rijksgarantieregeling of via de NZa mag geen winst uitkeren. Dat is logisch. In dat geval zou publiek geld immers direct verdwijnen in de zakken van investeerders. Het is wel gek dat ziekenhuizen er zo gemakkelijk overheen stappen dat zij in het verleden zijn opgebouwd met publiek geld. Waarom zou je de redenering niet doortrekken en stellen dat winstuitkeringen van ieder ziekenhuis eigenlijk bestaan uit publiek geld dat verdwijnt in de zakken van financiers?

Wij hebben het al gehad over het College sanering zorginstellingen. Ik loop er wat sneller doorheen, want een aantal punten had ik al behandeld. Dan kom ik op de eis om

reserves te hebben tot 20%. De SP vindt dat de reserves in de zorg te hoog zijn. 20% is nodig om winst te mogen uitkeren bij een zorginstelling. Wij kunnen dus zeggen dat de reserves die nu worden aangelegd bij zorginstellingen niet bedoeld zijn voor moeilijke tijden, voor een sociaal plan als er veel mensen ontslagen moeten worden, voor het repareren van een afdeling die lekt, of het aanschaffen van nieuwe apparatuur. Nee, de reserveringen die nu worden gedaan, zijn bedoeld om straks een mooie bruid met een bruidsschat te zijn voor investeerders. Vindt de minister dat wel een eigenlijke reden voor het vormen van reserves? Als wij honderd ziekenhuizen in dit land hebben die, zoals bekend is, gemiddeld 100 miljoen per jaar omzetten, is het dan geen zondegeld dat er 20% van 100 x 100 miljoen bij de ziekenhuizen op de bankrekening staat? In een tijd dat gezegd wordt dat de zorg te duur wordt, is dat toch heel gek. Is de minister dat met mij eens?

Het zal duidelijk zijn dat wij grote bezwaren hebben tegen dit wetsvoorstel, omdat wij van de zorg geen markt moeten maken. Het enige winst oogmerk dat men in de gezondheidszorg moet hebben, is het gezondheids winst oogmerk. De ziekenhuizen mogen niet gericht zijn op investeerders die van buiten komen en die belangen kunnen hebben die totaal tegengesteld zijn aan die van de artsen en de patiënten. Bij de totstandkoming van dit voorstel heeft de minister veel advies ingewonnen bij de financiële sector. Dat geeft zij toe in haar schriftelijke beantwoording tijdens de voorbereiding van dit wetsvoorstel. Ik vraag de minister om eens advies in te winnen bij de dokters en de patiënten. Die zeggen allemaal: niet doen; dit willen wij niet.



Mevrouw **Klever** (PVV):

Voorzitter. Wij praten om een voorstel om winst uit te keren, terwijl het voor veel ziekenhuizen niet eens duidelijk is of zij het afgelopen jaar winst gemaakt hebben en, zo ja, hoeveel. Transparantie over de financiële situatie van de ziekenhuizen ontbreekt totaal. Er zijn problemen met de jaarcijfers. Accountants trekken massaal aan de bel. 30% van de ziekenhuizen draait met verlies en er lekken miljoenen, zo niet miljarden weg door fraude. De BDO-Benchmark Ziekenhuizen 2013 spreekt zelfs van een diepe crisis. De eerste aanbeveling van BDO is dan ook dat er snel gewerkt moet worden aan een transparanter bekostigingssysteem. Mijn fractie is het daarmee eens. Wij kunnen wel alles toeschrijven aan de transitieperiode en zeggen dat de chaos slechts tijdelijk is, maar straks ontpoppen alle systeemwijzigingen zich misschien wel als systeemfouten. Systeemfouten los je niet op door het toestaan van winstuitkeringen. De vraag is derhalve wat dit wetsvoorstel oplost.

In plaats van een pas op de plaats te maken of een stap terug te gaan om het bekostigingssysteem aan te pakken, neemt de minister de vlucht naar voren, met alle risico's van dien. Investeerders streven immers naar winst. Omdat volumeverhoging niet voor de hand ligt met de huidige budgetplafonds, zullen de investeerders zich richten op het verlagen van de kosten. Op zich is daar niets mis mee, mits de kwaliteit bewaakt wordt. Daarin hebben wij echter te weinig inzicht. Zolang wij de kwaliteit niet kunnen nagaan, bestaat het risico dat die gaat dalen. Welke waarborg biedt de minister dat de kwaliteit niet daalt? De eenmalige kwaliteitstoets vooraf door de Inspectie voor de Gezondheidszorg is onvoldoende. Die toets moet minimaal een periodieke

toets worden, in combinatie met maatregelen om de kwaliteit beter te kunnen meten en inzichtelijk te maken.

Niet alleen ontbreekt het inzicht in de kwaliteit van de behandeling, ook de tarieven zijn schimmig. Een operatie aan de wervelkolom kost in het ene ziekenhuis €400 en in het andere €3.000. Dit weten wij aan de hand van de pas-santentarieven, want de gewone tarieven kent niemand. Dit is opmerkelijk als wij bedenken dat marktwerking juist uitgaat van het vergelijken van concurrenten op de prijs-kwaliteitverhouding, zodat een weloverwogen keuze gemaakt kan worden. Ook dit is een mankement dat eerst moet worden opgelost.

Natuurlijk heeft mijn fractie ook oog voor de problemen waar de ziekenhuizen nu mee te maken hebben. Banken zijn minder geneigd om kredieten te verstrekken. Sommige instellingen bevinden zich daardoor letterlijk in een wur-greep. Dat is zorgelijk, maar waarom winstuitkering hier een oplossing voor zou zijn, is mij een raadsel. Zijn niet-bancaire leningen of voorschotten van zorgverzekeraars soms niet meer mogelijk zonder winstuitkering? Kan de minister dit verduidelijken?

Waarom iets introduceren dat meer risico's met zich brengt dan oplossingen biedt? Gaan private investeerders werkelijk faillissementen bij ziekenhuizen voorkomen? Komen private investeerders werkelijk met een zak geld over de brug op het moment dat de banken het risico te groot vinden? Dit terwijl de zorgsector in een diepe crisis zit, de zorgakkoor-den elke groei belemmeren en zorgaanbieders zijn overge-leverd aan de zorgverzekeraars. Dit terwijl de paar zieken-huizen die het nog wel goed doen het macrobeheersinstru-ment boven het hoofd hangt, waardoor zij straks mogen meebetalen aan de oplossing van de chaos bij andere instellingen. Welke investeerder neemt zulke risico's? Wouter Bos heeft gelijk: het zorgstelsel is eerder stalinisme dan marktwerking. Ik denk dan ook niet dat private inves-teerders staan te trappelen en dat is eigenlijk het enige pluspunt van dit hele wetsvoorstel.

Daarin schuilt echter ook het grote gevaar. Aangenomen dat de animo gering zal zijn, blijft er eigenlijk maar één partij over die wel zou kunnen investeren en dat zijn de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraar is de enige partij die kennis heeft van en inzicht in de zorgsector, die grip heeft op de kostenontwikkeling en die met de afschaffing van artikel 13 vraag en aanbod op elkaar kan afstemmen. De zorgverzekeraar is ook de enige partij in deze sector met veel kapitaal en mag van deze minister een minderheidsbe-lang in een zorgaanbieder nemen. Tel dit bij elkaar op en je krijgt het Achmea-ziekenhuis met Achmea-hulpmiddelen en Achmea-artsen. De winst die Achmea met premiegeld maakt, wordt geïnvesteerd in Achmea-ziekenhuizen en vloeit via het uitkeren van winst weer terug in Achmea-zakken. De innovatie stopt. De kwaliteit gaat achteruit, de zorg verschaalt en de patiënt betaalt. Dat is wat dit wets-voorstel mogelijk maakt.

Op z'n minst zou er daarom inzicht moeten zijn in de complete aandeelhoudersstructuur. Zonder dat inzicht bestaat het gevaar dat zorgverzekeraars tot in de raad van bestuur of de raad van toezicht doordringen, verscholen achter een oerwoud aan bv's en andere louche constructies. Wil de minister dit alsnog verplicht stellen? De PVV is niet principi-eel tegen winst maken en ook niet tegen het uitkeren van

winst, maar op dit moment ziet zij weinig voordelen en veel risico's. Wij zullen daarom tegen dit wetsvoorstel stemmen.



Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Voorzitter. Ziekenhuizen komen moeilijk aan geld omdat banken minder snel geld uitlenen. Het wetsvoorstel dat wij vandaag bespreken, maakt het ziekenhuizen straks gemakkelijker om nieuwe bronnen van kapitaal aan te boren, net zoals dat nu al mogelijk is voor aanbieders van bijvoorbeeld huisartsenzorg en fysiotherapie. D66 verwacht dat er zo meer geld vrijkomt voor betere zorg en dienstverlening aan de patiënt.

De extra mogelijkheid om investeringen aan te trekken, biedt ook nog een aantal andere voordelen. Dit kan leiden tot een betere kwaliteit van zorg, omdat investeerders er belang bij hebben dat hun ziekenhuis uitblinkt in kwaliteit en dienstverlening.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Waarom verwacht mevrouw Dijkstra dat banken meer in ziekenhuizen gaan investeren? Vorige week hoorde ik haar nog met nadruk zeggen dat het met de financiering van ziekenhuizen op dit moment een puinhoop is.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ik zeg juist dat de banken dat op dit moment niet doen. Daarom is het nodig dat private investeerders een mogelijk-heid daartoe krijgen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Waarom zouden private investeerders in ziekenhuizen willen investeren als het zo'n enorme puinhoop is met de financie-ring van ziekenhuizen, zoals mevrouw Dijkstra vorige week terecht zei?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Om die reden vind ik dat daar heel snel orde op zaken moet worden gesteld. Wat mij betreft, zijn dat geen tegengestelde bewegingen. Het een moet gebeuren om het ander mogelijk te maken. Op dat punt moet je echt voortgang boeken.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Naar aanleiding de jaarverslagen van ziekenhuizen voeren we eigenlijk al twee jaar de discussie dat het een puinhoop is. Waarop baseert mevrouw Dijkstra het vertrouwen dat het per 1 januari, als deze wet ingaat, wel op orde is?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Als je bij alles zegt wat er op dit moment niet goed gaat, dan gaan we op de rem trappen wat betreft andere maatregelen en dan gebeurt er dus niets. Het is juist verschrikkelijk belangrijk dat het wel weer op gang komt. Ik wil het voor ziekenhuizen die echt geld moeten kunnen lenen voor innovatie en nieuwe ontwikkelingen, mogelijk en makkelijker maken om aan dat kapitaal te komen.

Voorzitter. Ik had het er net al over dat ik denk dat investeerders er belang bij hebben dat hun ziekenhuis uitblinkt in

kwaliteit en dienstverlening, want dat trekt meer patiënten waardoor de mogelijkheden op rendement toenemen. Ten tweede zorgt het voor een efficiëntere bedrijfsvoering, want met lagere kosten is er meer kans op rendement. Ten derde biedt dit voorstel meer ruimte voor innovatie en nieuwe aanbieders en dat leidt weer tot meer concurrentie, met positieve prikkels voor een betere zorg met meer service voor de patiënten.

Mevrouw Klever (PVV):

Waarom denkt mevrouw Dijkstra dat een private investeerder lagere kosten met zich brengt? Brengt een private investeerder niet juist hogere kosten mee?

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Naar mijn inzicht zal de private investeerder er belang bij hebben dat er een efficiëntere bedrijfsvoering is. Dat is precies de reden waarom ik dat net ook noemde.

Mevrouw Klever (PVV):

Maar een private investeerder doet het natuurlijk niet voor niets, die verwacht een rendement. Over het algemeen is het eigen vermogen van private investeerders duurder dan bankleningen, want hoe meer risico je loopt, hoe hoger de vergoeding moet zijn. Zorgt dit wetsvoorstel er dan juist niet voor dat ziekenhuizen duurder uit zijn?

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Ik kan mijn antwoord herhalen. In dit wetsvoorstel wordt een aantal randvoorwaarden gesteld die garanties bieden dat daar geen cowboys en durfinvesteerders op afkomen, waardoor het belangrijk is voor de investeerders om er juist voor te zorgen dat dat rendement op de lange termijn duurzaam is en waardoor de maatregelen die in het ziekenhuis genomen worden naar mijn inzicht ertoe leiden dat men zich toespitst en zich veel mee concentreert op de kwaliteit van de bedrijfsvoering en de kwaliteit van de zorg.

Mevrouw Klever (PVV):

Tot zover de theorie. Dat zou natuurlijk heel mooi zijn, maar welke investeerders zouden dat doen? Als banken al niet willen investeren, waarom zouden private investeerders, die een hoger rendement willen, dan wel in een ziekenhuis willen investeren? Is dat niet wishful thinking van mevrouw Dijkstra?

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Ik kan herhalen wat ik net gezegd heb. We zullen moeten zien wie daarin wil investeren.

Mevrouw Leijten (SP):

Er is veel onderzoek gedaan naar de kwaliteit bij zorginstellingen die met winstuitkering werken in relatie tot de kwaliteit van zorginstellingen zonder winstuitkering. Daar komt uit dat de situatie in de instellingen die voor profit werken, slechter is. British Medical Journal bericht daar uitgebreid over. Maar nu zegt mevrouw Dijkstra dat er garanties zijn, dat de inspectie ernaar kijkt en dat er dan geen winstuitkeringen mogen plaatsvinden. Dat is natuurlijk waar, maar

kijkt de inspectie niet alleen naar winstuitkeringen? Wat doen we met de kwaliteit tijdens het eigenaarschap van anderen? Wordt daar ook naar gekeken?

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Uiteraard, maar dat gebeurt al. Als er een private investeerder is, heeft de inspectie niet ineens andere voorwaarden voor het toezicht dan die ze nu heeft. Dat gaat gewoon door.

Mevrouw Leijten (SP):

De kwaliteit is dus gegarandeerd, zegt mevrouw Dijkstra. Ik heb daar mijn vraagtekens bij, maar daar kunnen we van mening over verschillen. Dan moet het echter ergens anders vandaan komen, want er moet ergens rendement op gehaald worden. Het rendement op service is dan echt niet het enige. Waarschijnlijk wordt dat ook gehaald door het weren van dure patiënten. Zou mevrouw Dijkstra ervoor zijn om een verbod op risicoselectie in de wet op te nemen, zodat heel helder is voor aandeelhouders, voor investeerders dat dit niet de uitkomst van hun investering mag zijn?

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Risicoselectie is verboden voor verzekeraars als het gaat om de basisverzekering. Ik denk dat dat een heel belangrijke randvoorwaarde is. Het stelsel gaat hiermee niet op de schop. Het enige wat gebeurt, is dat je een verruiming geeft van de mogelijkheden voor ziekenhuizen om kapitaal aan te trekken.

Mevrouw Leijten (SP):

Een verruiming tot het aantrekken van kapitaal kun je ook op een andere manier regelen, bijvoorbeeld via waarborgfondsen of zelfs via garantstelling van de overheid. Dat hoeft niet via private investeerders, die een winstlogo hebben. Dat zeg ik maar even tegen mevrouw Dijkstra. Er zijn vele smaken mogelijk om het probleem op te lossen dat er geen financiering is voor de ziekenhuizen. Je kunt het ook met publiek geld oplossen. In mijn betoog ben ik uitgebreid ingegaan op het gevaar dat de ziekenhuizen die private investeerders hebben, bepaalde dure behandelingen en onrendabele behandelingen niet meer doen. Daardoor blijven die nog maar over in een paar ziekenhuizen, waar misschien wel publiek geld bij moet om het recht op zorg in de lucht te houden. Ziet mevrouw Dijkstra dat risico echt niet?

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Ik zie wel risico's, maar daarom hebben we in deze wet een aantal randvoorwaarden geformuleerd. Ik heb zelf ook een amendement ingediend waarmee een extra voorwaarde wordt toegevoegd. Een van de voorwaarden is dat de winst pas later kan worden uitgekeerd. Daarnaast komt er een kwaliteitstoets door de IGZ. Verder komt er een solvabiliteitseis. Bovendien moet het resultaat in de bedrijfsvoering drie jaar achter elkaar positief zijn. In de inbreng van mevrouw Bruins Slot kwam al aan de orde dat er zowel op individueel niveau, voor het ziekenhuis zelf, als voor de zorggroep waartoe het ziekenhuis behoort, voorwaarden aan zijn gesteld. Er zijn zo veel randvoorwaarden dat ik daar niet zo bang voor ben.

Voorzitter. Ik heb net al gezegd dat met dit voorstel meer ruimte voor innovatie en nieuwe aanbieders wordt geboden. Dat leidt weer tot meer concurrentie, tot positieve prikkels en tot een betere zorg met meer service voor de patiënt. Naast de voordelen zien we echter ook de risico's. Een ziekenhuis is immers geen koekjesfabriek. Het is een complexe organisatie, waar kwetsbare mensen van afhankelijk zijn. Ook mijn fractie wil zorgcowboys en sprinkhanen uitsluiten. We zijn tegen durfinvesteerdere die voor de kortetermijnwinst gaan. Dat vraagt om strakke randvoorwaarden, maar wel op een evenwichtige manier, zodat die niet volledig de bereidheid tot investeren de kop indrukken.

Het risico dat ziekenhuizen meer productie gaan draaien en substitutie van de zorg naar de huisarts gaan frustreren, wordt onzes inziens beperkt omdat we overgaan op uitkomstfinanciering en door de beperkende groeifspraken uit de hoofdlijnenakkoorden. Wel lijkt het mij heel goed om de vinger aan de pols te houden. Wil de minister daarom de ontwikkeling van volumes bij ziekenhuizen met privaat kapitaal expliciet meenemen in de evaluatie van deze wet?

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Mevrouw Dijkstra zegt heel blij dat het risico beperkt wordt omdat we overgaan op de uitkomstfinanciering. Het klopt toch dat de uitkomstfinanciering überhaupt pas in 2020 volledig ingevoerd is?

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Ik zeg ook niet dat het morgen ingevoerd is, maar die stap maken we wel. Het proces is in gang gezet. We zijn bezig om dit hele stelsel werkend te maken. We zetten alsmaar andere stappen in die richting. Dit is er een van.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

De minister heeft ook nog een winstwaarschuwing afgegeven dat we niet al te enthousiast moeten zijn over een snelle totstandkoming van de uitkomstfinanciering. Zij wil eigenlijk een beetje rust in de sector hebben. 2020 zal dus lastig zijn. De uitkomstfinanciering is een belangrijke voorwaarde, maar dit wetsvoorstel treedt al ruim van tevoren in werking. Is het dan wel verstandig om nu die stap te zetten?

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Ik denk het wel, zeker gezien de situatie waarin een aantal ziekenhuizen verkeren. Ze hebben moeite om kapitaal aan te trekken en de banken zo ver te krijgen dat ze investeren. Het is heel belangrijk dat we hier nu wel mee komen. Ik heb gezegd dat ik het belangrijk vind dat we juist met het oog op mogelijke risico's heel goed opletten wat er gebeurt. Daarom heb ik aan de minister gevraagd om de ontwikkeling van volumes bij ziekenhuizen mee te nemen in de evaluatie.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Dit betekent dat de uitkomstfinanciering geen harde voorwaarde is, want anders zou mevrouw Dijkstra daar wel eerder conclusies aan verbinden. Eigenlijk is goede financiering op grond van het Waarborgfonds voor de Zorgsector allang mogelijk, maar dat financiert alleen ziekenhuizen die goede onderliggende plannen hebben. Het is wel mogelijk,

maar dan moet je wel goede plannen hebben. Wat vindt mevrouw Dijkstra daarvan?

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Ik denk dat investeerders die bereid zijn om kapitaal in ziekenhuizen te steken, ook gaan kijken of er goede plannen zijn. Hierdoor worden de mogelijkheden dus alleen maar uitgebreid. Ik kom overigens nog even terug op de harde voorwaarde die mevrouw Bruins Slot noemt. Ik heb die voorwaarde net geformuleerd, maar ik heb niet van een harde voorwaarde gesproken, want dan zou je het inderdaad van tevoren moeten regelen. Het is wel een van de zaken waarbij je het risico kunt beperken door daar goed op in te zetten. Ik noemde in dat kader ook de beperkende groeifspraken uit de hoofdlijnenakkoorden. Die zijn ook van groot belang.

De voorzitter:

Vervolgt u uw betoog.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Voorzitter. De minister stelt een aantal aanvullende randvoorwaarden om die echte zorgcowboys uit te sluiten. Een eerste voorwaarde is de eenmalige extra kwaliteits- en veiligheidstoets, die moet worden uitgevoerd voordat de winst wordt uitgekeerd. Ik vraag mij af of wij dat niet moeten versterken. Waarom wil de minister deze toets niet herhalen bij elke nieuwe winstuitkering?

Een tweede voorwaarde is dat winstuitkering pas mag plaatsvinden na een termijn van drie jaar. Verder zijn er enkele financiële voorwaarden zoals de solvabiliteits van 20%. Ik denk dat die de financiële weerbaarheid van zorginstellingen ten goede kunnen komen. Een andere eis is dat het resultaat uit de bedrijfsvoering drie achtereenvolgende jaren positief moet zijn. Deze extra regel vergroot de kans dat er meer dan drie jaar geen winst mag worden uitgekeerd. Ik vraag me wel af of deze regel in overeenstemming is met de Europese regels voor vrij verkeer van kapitaal. Hoe rechtvaardigt de minister deze regel in Europees verband?

Bij winstuitkering zijn straks de toestemming van het bestuur en een advies van de raad van toezicht nodig. Ik stel wel vast dat aandeelhouders deel kunnen uitmaken van de raad van toezicht. Daardoor is er een kans dat zij, gedreven door eigenbelang, sneller winstuitkering zullen toestaan. Ik begrijp dat aandeelhouders ook kennis meebrengen in de raad van toezicht, maar er kleeft toch een risico aan. Ik heb daarom een amendement ingediend dat het aantal aandeelhouders in de raden van toezicht van ziekenhuizen tot de helft beperkt. Ik krijg hier graag een reactie op van de minister. Ook hoor ik graag waarom de minister nu bij de raden van toezicht kiest voor een adviesrecht in plaats van een goedkeuringsrecht.

De verschillende randvoorwaarden vragen ook om een externe toezichthouder die met kennis van zaken actief toezicht houdt. Naar aanleiding van dit wetsvoorstel wordt de capaciteit bij de NZa echter niet uitgebreid. Daar komt bovenop dat de NZa extra expertise moet aantrekken. Bovendien zien we de problemen bij de NZa met de dag toenemen. Hoe gaat de minister zorgen voor extra expertise

bij de NZa? Wil zij onderzoeken in hoeverre de NZa over voldoende capaciteit beschikt en daarop terugkomen naar aanleiding van de uitkomsten van de commissie-Borstlap?

De minister stelt voor, deze wet na vijf jaar en na tien jaar te evalueren. Een winstuitkering is straks toegestaan bij onder meer de ziekenhuizen en de huisartsen. D66 vraagt zich af waarom wij de intramurale AWBZ-zorg inclusief de kleinschalige woonvoorzieningen als enige zouden uitzonderen, terwijl de kostenstijgingen juist ook daar vragen om meer efficiëntie en innovaties. Ik vraag de minister dan ook of zij de evaluatie wil aangrijpen om te achterhalen of private investeringen ook bij de intramurale langdurige zorg wenselijk zijn. Daarbij denk ik zeker ook aan de mensen die gebruikmaken van kleinschalige woonvoorzieningen en die door dit voorstel slechter af zullen zijn dan nu.

Het is belangrijk om te evalueren of de huidige voorwaarden de zorg zullen behoeden voor cowboys en sprinkhanen, maar ook niet zo streng zijn dat niemand zal investeren. Daarom vraag ik de minister om na drie jaar een eerste overzicht naar de Kamer te sturen waaruit blijkt hoeveel ziekenhuizen gebruikmaken van privaat kapitaal en van wat voor investeerders daarbij sprake is.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Mevrouw Dijkstra heeft het inderdaad over verschillende voor- en nadelen gehad. Mijn vraag aan haar is wie straks in een ziekenhuis met privaat kapitaal eigenlijk bepaalt wat er gebeurt.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

In het stelsel dat wij hebben, heeft een ziekenhuis een zorgaanbod. Zorgverzekeraars kopen dat in of doen dat niet. Een zorgverzekeraar heeft een zorgplicht en zal dus bekijken wat in dat ziekenhuis wordt aangeboden.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Mevrouw Dijkstra zegt dus eigenlijk dat de directie van het ziekenhuis niet meer over de organisatie en de inrichting van het ziekenhuis gaat. Wie gaat er straks wel over dat ziekenhuis? Wie is de baas in dat ziekenhuis?

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

De raad van bestuur blijft de baas in het ziekenhuis.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Dat vraag ik me af, of de raad van bestuur de baas blijft. Ik bedoel, straks kan de aandeelhouder volledige zeggenschap hebben en uiteindelijk bepalen wat er in het ziekenhuis gebeurt. Zelfs met het op zich positieve amendement van mevrouw Dijkstra kan de raad van toezicht straks bestaan uit aandeelhouders. Hoe gaat mevrouw Dijkstra ervoor zorgen dat de aandeelhouder straks niet alle zeggenschap over het ziekenhuis heeft en de sturing bepaalt?

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Als een aandeelhouder dat zou doen, gaat het niet goed met het ziekenhuis. Ik kan me niet voorstellen dat aandeelhouders volledige zeggenschap gaan krijgen. Ik zie dat met

de dan bestaande randvoorwaarden ook niet gebeuren. Mevrouw Bruins Slot zegt ook tegen mij dat de organisatie en sturing niet meer bij het bestuur zullen liggen, maar uiteraard zullen die dan nog steeds bij het bestuur liggen.

Mevrouw Leijten (SP):

In de aanloop naar de bankencrisis hebben we gezien dat een heel kleine aandeelhouder bij ABN AMRO wel degelijk kon leiden tot het splitsen van de bank en het verkopen van verschillende onderdelen. Dat kan natuurlijk straks bij een ziekenhuis ook.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Met alle voorwaarden die wij nu met elkaar hebben geformuleerd, ben ik daar niet zo bang voor. Maar als dat blijkt, zal daar goed toezicht op moeten zijn. Vandaar dat ik aan de minister heb gevraagd hoe zij dat bij de NZa gaat regelen en hoe zij ervoor gaat zorgen dat dit goed wordt gemonitord.

Mevrouw Leijten (SP):

Er worden randvoorwaarden gecreëerd voor het uitkeren van winst, maar niet voor wat een aandeelhouder kan doen als eigenaar van een ziekenhuis. Als die aandeelhouder het ziekenhuis in drie kokers splitst, in een daarvan alle verliesgevende dingen doet en die een jaar of vijf later failliet laat gaan — dat maakt hem niet uit, hij neemt dat verlies wel — en als er in die twee andere kokers gewoon winst wordt gemaakt, kan er gecashd worden. Dat kan de toekomst zijn. Waar blijft dan nog de regie van, bijvoorbeeld, de artsen, de patiënten, de raad van bestuur, de raad van toezicht? Mevrouw Bruins Slot vroeg dat al. Als de aandeelhouder beslist, beslist hij toch?

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Tot nu toe is er altijd een reactie van het personeel van een ziekenhuis gekomen als dat vond dat het helemaal fout ging. Ik denk dat dit heel belangrijk is. Wij kijken in dit wetsvoorstel vooral naar de mogelijkheid van winstuitkering, om privaat kapitaal te kunnen aantrekken. Ik ben niet zo bang voor wat mevrouw Leijten aangeeft. Zij heeft het in feite wel over de cowboys en de sprinkhanen. Wij hebben nu juist geregeld dat dit volstrekt onaantrekkelijk wordt voor de cowboys en de sprinkhanen.

Mevrouw Leijten (SP):

De cowboys en de sprinkhanen vinden altijd precies de gaatjes die wij denken te hebben gedicht. Je kunt het ook niet doen, dat winstuitkeringen toestaan, want daarmee trek je eigenlijk geen privaat kapitaal aan. Als je privaat kapitaal aantrekt, verleg je de zeggenschap, van publiek gestuurd naar privaat gestuurd. Het is duidelijk dat D66 daarvoor is.

Mevrouw Klever (PVV):

Stel, we hebben een investeerder. Die heeft een groot belang in een ziekenhuis. De rendementen vallen tegen, dus hij wil zijn geld terugtrekken. Dan hebben we een probleem, want het ziekenhuis gaat dan failliet. Hoe gaat mevrouw Dijkstra dat voorkomen?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Dat is op dit moment ook de situatie met banken. Als een bank niet wil investeren in een ziekenhuis en geen lening wil verschaffen, heeft een ziekenhuis een probleem. Als een investeerder zijn investering terugtrekt, denk ik dat het heel belangrijk is dat alle toezichthouders die zich daarmee bezighouden, daar goed op letten en aan de bel trekken. Vervolgens zal er naar een andere investeerder moeten worden gezocht.

Mevrouw **Klever** (PVV):

Het is niet verboden voor een investeerder om zijn geld terug te trekken, dus ik vraag me af hoe een toezichthouder daarop moet gaan letten. Het is immers het goed recht van de investeerder om, als de rendementen tegenvallen, zijn geld terug te trekken. Creëert u hiermee niet juist een groter probleem voor de ziekenhuizen, mevrouw Dijkstra? Maakt u de ziekenhuizen juist niet kwetsbaarder door private investeerders toe te staan, die hun geld op elk moment kunnen terugtrekken?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ik heb zojuist al aangegeven dat ik denk dat het aantrekken van private investeerders juist een positief effect zal hebben. Mevrouw Klever gaat uit van het negatieve. Ik denk dat we het soort investeerders dat op de korte termijn geld wil steken in ziekenhuizen, juist buiten de deur houden. In dat opzicht ben ik dus niet zo bang voor datgene wat mevrouw Klever voorspelt.

Mevrouw **Klever** (PVV):

Mevrouw Dijkstra is wel heel erg positief. Het is natuurlijk gewoon de realiteit. Wat denkt u dan, om even een voorbeeld te geven, van private investeerders in klinieken die door de wijziging van artikel 13 straks geen contract meer krijgen met een zorgverzekeraar? Die zijn gelijk failliet. Het is gewoon de realiteit. Het is dus nogal naïef van mevrouw Dijkstra om te zeggen dat dit niet zal gebeuren.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ik kan mijn antwoord herhalen, maar dat zal ik niet doen. De zelfstandige behandelklinieken zijn nou juist een voorbeeld van de wijze waarop door privaat kapitaal in klinieken efficiëntie, kwaliteit en innovatie worden aangestuurd. Ik blijf dus bij wat ik zojuist gezegd heb.

□

De heer **Slob** (ChristenUnie):

Voorzitter. Ziekenhuizen zijn er om mensen gezonder te maken, niet rijker. Ziekenhuizen zijn er om het publieke belang te dienen, niet het private. Zonder dit debat te willen versmallen tot een paar oneliners, zijn dit wel de nuchtere uitgangspunten op basis waarvan de ChristenUnie vandaag haar koers vaart in dit debat over de winstuitkeringen door ziekenhuizen. In mijn binnenzak heb ik ons verkiezingsprogramma voor deze periode. De passage daarin over winstuitkering is van meet af aan helder geweest. In ons programma staat: winstuitkeringen van zorgaanbieders aan aandeelhouders passen niet bij het karakter van de zorg. In deze lijn zijn we in de achterliggende jaren meer en meer bevestigd.

Begin dit jaar verscheen De terugkeer van het algemeen belang, een boek van prof. dr. Roel Kuiper, mijn partijgenoot en voorzitter van de parlementaire onderzoekscommissie van de Eerste Kamer die onderzoek deed naar privatiseringen en verzelfstandigingen. Zijn boodschap was de volgende. De afgelopen jaren hebben we het publieke belang moeten herontdekken als politiek. We waren het kwijtgeraakt aan doorgesloten heilsverwachtingen van de tucht van de markt. De jaren dat privatisering het antwoord was op iedere politieke vraag zijn we echter voorbij. We hebben lessen geleerd over een zorgvuldige borging van publieke belangen en zijn erachter gekomen dat bij alle privatiserings- en marktwerkingsdrift uit de jaren tachtig en negentig de belangen van gewone burgers ondergeschikt zijn geraakt.

Hoewel ziekenhuizen nu al een niet-publieke organisatievorm kennen en onderdeel zijn van een hybride zorgstelsel van competitie en regulering, dienen zij ook onmiskenbaar het publieke en algemene belang. Dat maakt de lessen over het zorgvuldig borgen daarvan relevant, ook voor dit wetsvoorstel, juist omdat in de plannen voor winstuitkering door ziekenhuizen weer iets doorklinkt van de oude heilsverwachtingen van het aantrekken van privaat kapitaal. Het pleidooi van ziekenhuizen om dit mogelijk te maken, stamt niet zonder reden uit het midden van de jaren negentig. Op het hoogtepunt van de Nederlandse privatiseringsdrift wilden ook ziekenhuizen een graantje meepikken van de gouden belofte van private investeringen. Ik zeg maar waar het op staat: dat denken kan twee decennia later echt niet meer.

Roel Kuiper geeft in zijn boek aan dat private investeringen in publieke belangen niet per se verkeerd hoeven te zijn. Publieke belangen hoeven lang niet altijd door de overheid behartigd te worden, maar overheden moeten ze wel kunnen verzekeren, garanderen en bewaken. Daarom is een cruciale vraag voor dit debat of het publieke belang van goede en toegankelijke ziekenhuiszorg gediend is met private investeringen, of dat de verantwoordelijkheid van de overheid voor dat publieke belang dan in het geding komt.

Het moge duidelijk zijn dat mijn fractie niet overtuigd is van dit wetsvoorstel. We zijn niet doof of blind of welke woorden we ook kunnen gebruiken voor de financieringsuitdagingen van ziekenhuizen. We zien dat ziekenhuizen vaak extra geld nodig hebben, vaak voor heel gerichte investeringen. Denk bijvoorbeeld aan het bouwen van een nieuwe locatie. De heer Rutte had gelijk toen hij tegen mevrouw Bruins Slot zei dat het niet zo is dat er nu helemaal geen geld vanuit de ziekenhuizen naar de private sector stroomt. Als een ziekenhuis geld leent van een bank om een bepaalde investering te kunnen doen, moet daarover rente worden betaald. Dat is geld dat niet in het ziekenhuis blijft, maar vanuit het ziekenhuis naar de banken gaat. Hoe dat gebeurt, is overigens ook volslagen transparant. Ik denk even aan een prachtig mooi nieuw ziekenhuis dat recentelijk is gebouwd in mijn eigen woonplaats, namelijk het Isala ziekenhuis. Isala betaalde bijvoorbeeld in 2011 11 miljoen euro aan rente. Dat stond netjes in het jaarverslag van 2012. Zo kon men geld lenen voor de bouw van een nieuw ziekenhuis. Die gang van zaken behoort wat ons betreft tot de mogelijkheden. Het verandert ook niet de gerichtheid van de instelling die het geld leent. Sterker nog, het draagt bij aan de verwezenlijking van haar kerndoelen.

We begrijpen dat er rond de banken problemen zijn en dat de financiering niet altijd op die wijze tot stand komt. Dat

is, denk ik, ook de achterliggende gedachte geweest van dit wetsvoorstel, dat in de vorige periode is ingediend en dat nu met enige wijzigingen aan ons is voorgelegd. Ik vat het kortheidshalve samen: de banken vinden de ontwikkelingen in de zorg wat onzeker, ook door de ingrepen die vanuit de politiek met enige regelmaat plaatsvinden en de bezuinigingen. Maar is dit het antwoord op het probleem? In hoeverre zou het voor private investeerders anders zijn dan voor banken op dit moment? Ik denk dat die vraag wel moet worden gesteld.

Geld kan de gerichtheid van ziekenhuizen ook gaan veranderen. Dan kom ik ook bij het voorliggende voorstel om de winstuitkeringen ook voor ziekenhuizen te introduceren. Dat kan gevolgen hebben voor de wijze waarop ziekenhuizen in de praktijk zullen functioneren, omdat de private investeerders dan een bepaalde stem willen hebben, ook in de wijze waarop een ziekenhuis met het publieke belang bezig is. Daar zou je een evenwicht in kunnen vinden, maar je kunt het risico lopen dat het publieke en het private belang met elkaar in botsing komen. Dat is bij het introduceren van de mogelijkheid van een winstuitkering niet ondenkbeeldig. De filosoof MacIntyre noemde dat "het inbrengen van externe goederen in interne praktijken". In de politieke traditie van de ChristenUnie zou ik kunnen zeggen dat je de verantwoordelijkheid van de kring van private investeerders vermengt met de verantwoordelijkheden van de kring van het ziekenhuis. Dat tast het leidende beginsel van die kring aan. Het leidende beginsel in de zorg is "zorg". Als je daarbij private belangen introduceert, loop je ook het risico dat er perverse prikkels ontstaan. Daar zijn wij beducht voor. Wat ons betreft, is er geen ruimte om die stap te zetten.

Ik vind dat we ook recht moeten doen aan dit kabinet en aan deze minister. Ik realiseer mij heel goed dat het wetsvoorstel dat nu voorligt, in behoorlijke mate verschilt van het wetsvoorstel dat in de vorige periode voorlag en dat door een andere coalitie is ingediend. Er ontstaat op dit moment een heel bijzondere situatie. In de vorige periode is door de VVD en het CDA, met steun van de PVV, een wetsvoorstel ingediend. In de oppositie zat de Partij van de Arbeid, die heel erg fel tegen dat wetsvoorstel was. De teksten van de heer Van der Veen, de vorige woordvoerder op dit terrein, logen er niet om. Ze zijn nog allemaal op internet terug te vinden. Nu zien we opeens een andere situatie. Er is iets veranderd in het wetsvoorstel. Dat heeft vooral met de voorwaarden te maken. Maar we zien opeens dat het CDA en de PVV afstand nemen van een wetsvoorstel dat volgens mij beter is dan het vorige. En we zien opeens dat de Partij van de Arbeid, die tegen was, nu aan de kant zit van de voorstanders van dit wetsvoorstel. Daar ga ik in ieder geval van uit. Het zou mij verbazen als de teksten straks anders zijn.

Het grote verschil ten aanzien van de inhoud is dat de voorwaarden zijn aangescherpt. Er zijn door collega's al vragen gesteld over de voorwaarden. Er zijn inderdaad nog wel veel aanvullende vragen over te stellen. Kortheidshalve sluit ik mij daarbij aan. Dit kan ook het effect hebben dat het doel dat met dit wetsvoorstel is gediend, namelijk privaat kapitaal aantrekken, op grotere afstand komt te liggen. Hoe meer voorwaarden je gaat introduceren — mogelijk gebeurt dat straks ook nog door middel van amendementen — hoe groter de drempel zal worden voor private investeerders om daaroverheen te stappen. Daarmee is het doel

uiteindelijk ook niet gediend. Ik vraag de minister om daarop in te gaan.

De heer Rutte (VVD):

Het betoog van de heer Slob is consistent en komt inderdaad rechtstreeks voort uit het verkiezingsprogramma van de ChristenUnie. Hij wil dat private kapitaal niet hebben in deze publieke diensten. Het is ideologisch heel zuiver, maar hoe lossen we het deadlock op als banken de ziekenhuizen niet meer volledig willen financieren en andere investeerders aan boord willen hebben, omdat zij het risico niet meer willen dragen?

De heer Slob (ChristenUnie):

Het is goed dat de heer Rutte deze vraag stelt. Aan het einde van vorig jaar ben ik uitvoerig aan de slag gegaan met dit wetsvoorstel, ook vanwege deze klemmende vraag. Het is overigens bijzonder om de wetsteksten over de voorwaarden erbij te pakken, want ook vanuit een juridisch oogpunt zijn het bijzondere artikelen. Je zoekt naar extra financiering en je ziet dat probleem bij banken. Wij zijn tot de conclusie gekomen dat de oplossing niet ligt in de introductie van een winstuitkering, gezien de ziekenhuiszorg, de publieke belangen en de plaats die private belangen daarbij kunnen hebben. Om die reden heb ik zojuist gevraagd of het niet beter is om eerst goed met de banken in de slag te gaan. Ik weet dat de minister daarmee bezig is. Het probleem bij de banken wordt veroorzaakt door grote onzekerheid, ook door allerlei besluiten van de politiek die nog wel eens kan wisselen. Daar zien we hier een schoolvoorbeeld van. In de vorige periode waren het CDA en de PVV hier een groot voorstander van. Ik herinner mij nog een andere periode, waarin wij deel uitmaakten van het kabinet en waarin het CDA een groot voorstander van winstuitkeringen was. Er ontstond een enorme strijd, ook in de coalitie, omdat de PvdA helemaal aan de andere kant stond. Wij hingen daar wat tussen en vroegen ons af wat er allemaal gebeurde. Het is een ideologische strijd, waarin je ziet dat de panelen opeens verschuiven: partijen die eerst in de voorhoede staan om te zeggen dat het moet, zeggen nu opeens dat het absoluut niet kan. Uiteraard ligt er een uitspraak van het congres aan ten grondslag die gerespecteerd moet worden. Daarnaast zijn er ook partijen die eerst zeiden dat het niet kon en nu opeens zeggen dat het wel moet, omdat zij gebonden zijn aan het regeerakkoord. Daar worden banken natuurlijk ook gek van.

Ik ben er niet op tegen om te kijken of niet iets kan worden gedaan door bijvoorbeeld leningen van andere partijen, maar deze Rubicon van winstuitkeringen met aandeelhouderschap, zeggenschap en invloed in ziekenhuizen wil ik niet overtrekken. Dat heb ik in het interruptiedebatje met mevrouw Dijkstra al naar voren gebracht. Ik heb daar ook geen ruimte voor in mijn programma. Ik heb er wel naar gekeken om recht te doen aan de minister en de inspanningen om de zorg betaalbaar te houden. Het zit er echter niet in.

De heer Rutte (VVD):

Ik zie inderdaad de zoektocht van de heer Slob, maar ik ben in ieder geval blij dat hij mijn zorg deelt. Een ziekenhuis, dat voor de rest goed functioneert, kan namelijk omvallen als banken nog maar een deel willen financieren. Daar moeten we een oplossing voor vinden. Dat de banken het

als risico's zien, heeft enerzijds te maken met de manier waarop wij met zorg omgaan, maar anderzijds met de internationale bankencrisis en de extra eisen die door de politiek aan hen worden gesteld. Wij willen ook niet meer dat zij heel grote risico's nemen. Zij zijn daar zelf ook bij betrokken. Kan de heer Slob mij uitleggen waarom hij er ideologisch ook problemen mee zou hebben als een heel saai pensioenfonds instapt in een ziekenhuis en akkoord gaat met een degelijk, saai rendement dat waarschijnlijk nog onder de te betalen rente zou liggen?

De heer Slob (ChristenUnie):

Het gaat nadrukkelijk om de vraag vanuit welke positie je die ruimte aan financierders gaat bieden en of dat ook echt moet op de manier met aandeelhouderschap en daaraan gekoppeld winstuitkeringen. Er zijn ook andere mogelijkheden om leningen aan te gaan. Die kunnen via banken lopen, maar ook op andere manieren, bijvoorbeeld door obligaties. Hier wordt naar een heel specifieke invulling gezocht. Je zou in de sfeer van leningen zelfs ook nog naar de overheid kunnen kijken. Die discussie is de afgelopen jaren meerdere malen aan de orde geweest. Een van de voorgangers van deze minister — zij was toen zelf woordvoerder — bood de ruimte aan ziekenhuizen in problemen. Deze minister heeft vrij duidelijk gemaakt dat zij dat niet zal doen. Dat is een keuze. Wij moeten oppassen dat wij dit wetsvoorstel niet te veel gaan versimpelen, alsof dit de oplossing zou zijn. Dit is wel de oplossing waar het kabinet voor kiest, maar er is een breder palet aan mogelijkheden. Daar valt met ons over te spreken, maar ik zie geen ruimte voor winstuitkeringen.

De heer Rutte (VVD):

In het palet van mogelijkheden zou een mogelijkheid kunnen zijn dat de overheid dan maar de risico's op zich neemt en leningen gaat verstrekken. Is dat een van de mogelijkheden waar de heer Slob voor zou zijn?

De heer Slob (ChristenUnie):

Ik zeg niet dat ik er gelijk voor ben, maar het is inderdaad een van de mogelijkheden. De problemen bij banken hebben te maken met internationale eisen van Basel I, II en III en buffers die zij moeten hebben, maar ook met het feit dat de politiek zo grillig en onvoorspelbaar is, hetgeen investeringen doen voor een langere termijn afschrikt. Daar zijn wij zelf aan bod. Vorige week hebben wij hier een debat gevoerd. De minister heeft gezorgd voor hoofdlijnenakkoorden, afspraken in de sectoren die meerjarig duidelijkheid bieden. Langzaam maar zeker is de rust aan het terugkeren. Dat zou met een aantrekkelijke economie ook weer iets kunnen betekenen in de financiering.

Mevrouw Leijten (SP):

Vorige week hebben wij hierover een interruptiedebat gevoerd. Ik had toen de verkeerde veronderstelling dat de ChristenUnie voor dit wetsvoorstel zou zijn. Excuses daarvoor. Continuïteit van een zorginstelling kan op een aantal manieren worden gegarandeerd: door zekere inkoop, door financiers van buitenaf, door waarborgstelling of misschien door een financiering van de overheid. Vindt de heer Slob niet dat instemmen met het selectief inkopen door zorgver-

zekeraars de continuïteit van ziekenhuizen ook in groot gevaar kan brengen?

De heer Slob (ChristenUnie):

Ik heb er eerlijk gezegd niet veel behoefte aan om het debat van vorige week over te doen. Ik begrijp dat mevrouw Leijten daar graag naar terug wil. Wij hebben vorige week afdoende gemotiveerd waarom wij op die terreinen hebben ingestemd met de werking van artikel 13, wetende dat in de wet een groot aantal voorwaarden is opgenomen voor de wijze waarop zorgverzekeraars moeten werken. Daar staan wij voor en dat hebben wij afgelopen dinsdag middels onze stemming tot uitdrukking gebracht.

Het klopt dat mevrouw Leijten vorige week al conclusies trok over de positie van de ChristenUnie. Er was toen nog geen enkele reden om al zo uitgesproken te zijn. Wij zijn zeer consistent bij dit onderwerp. Ik besef heel goed dat dit, als je in een coalitieverantwoordelijkheid zit, soms wat lastig is. Zij sprak in haar eigen termijn de PvdA nogal stellig aan. Dat was een niet-onverwachte opening van haar bijdrage. Ik constateer echter dat de SP op dit moment in het college van Amsterdam heeft plaatsgenomen en de afschaffing van erfpacht heeft geaccepteerd. Dat is volgens mij niet echt des SP's. Zo gaat dat soms in coalities.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik mag niet vragen naar een debat van vorige week dat wel over de zorg en de continuïteit van zorginstellingen ging ...

De voorzitter:

Ook niet over de erfpacht, alstublieft.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik vind dat Amsterdam daarover gaat. Ik snap dat de druiven voor sommige partijen zuur zijn.

De voorzitter:

Wij laten ons niet uitdagen. Gaat u verder.

Mevrouw Leijten (SP):

Als ziekenhuizen een andere eigenaar krijgen dan wij nu hebben geregeld met publieke belangen en publieke waarborgen, is de heer Slob vrij consistent: dat moet publiek blijven. Bij de onzekerheid die de selectieve zorginkoop jaar in jaar uit kan meebrengen voor zorginstellingen maakt hij echter een andere afweging. Dat vinden wij jammer.

De heer Slob (ChristenUnie):

Tot slot op dit punt. Van de toegang tot de zorg en het feit dat mensen de basiszorg gegarandeerd krijgen — wij maken wettelijk afspraken over hoe de basiszorg eruitziet — is geen gram afgegaan bij het wetsvoorstel dat wij vorige week behandeld hebben. Daar kunnen mensen op rekenen. Dat konden zij en dat kunnen zij. Ik vind de vergelijking met dit wetsvoorstel dan ook niet helemaal opgaan.

Ik ben aan het eind van mijn termijn gekomen. Ik moet mij helaas verontschuldigen voor de rest van het debat vanwege een aantal andere afspraken. Ik beloof de minister dat ik haar bijdrage zal teruglezen voordat wij komende dinsdag de stemming hebben. Ik acht de kans dat haar antwoord ons stemgedrag nog zou kunnen beïnvloeden niet erg groot, maar ik zal uiteraard haar antwoord tot mij nemen.

De voorzitter:

Dank u, fijn dat u dat aankondigt.



De heer Rutte (VVD):

Voorzitter. Hoe zorgen we ervoor dat ziekenhuizen in Nederland investeringen kunnen aantrekken, waarmee nieuwbouw en nieuwe apparatuur kunnen worden gerealiseerd, en waarmee de kwaliteit en de patiëntvriendelijkheid verbeterd kunnen worden? Op die vraag biedt het wetsvoorstel dat wij vandaag bespreken, het antwoord volgens de VVD.

De VVD vindt het goed dat dit wetsvoorstel nu eindelijk behandeld wordt. De investeringsnood van Nederlandse ziekenhuizen is namelijk hoog. Als we er nu niet voor zorgen dat die nood wordt gelenigd, dreigt een grote verschraving van de zorg. De situatie in Oost-Groningen is een goed voorbeeld. Ziekenhuizen in Delfzijl en Winschoten kunnen door verschillende omstandigheden, waaronder bevolkingskrimp, niet zelfstandig blijven bestaan. De gebouwen voldoen niet meer en de kwaliteit van de zorg kan niet meer worden gegarandeerd. Daarom gaan deze ziekenhuizen samen in de Ommelander Ziekenhuis Groep, in een nieuw te bouwen ziekenhuis op een centrale locatie in Scheemda. Zo wordt in de komende decennia goede zorg in deze regio gewaarborgd.

De nieuwbouw van het ziekenhuis wordt bedreigd doordat Nederlandse banken niet langer bereid en in staat zijn om ziekenhuizen volledig te financieren. Als de banken wél financiering verstrekken, zijn de rentes hoog. Er moeten investeerders komen om te zorgen dat ziekenhuizen kunnen blijven investeren. Op dit moment is dat niet of onvoldoende mogelijk. In Oost-Groningen dreigt daardoor een kunstgreep: de provincie gaat voor bank spelen om het ziekenhuis te helpen. Dat vindt de VVD niet verstandig en niet wenselijk. Met het wetsvoorstel dat wij vandaag bespreken, realiseren wij dat ziekenhuizen duurzame investeerders voor duurzame investeringen kunnen aantrekken.

Mevrouw Leijten (SP):

De inbreng van de heer Rutte duizelt mij een beetje. Hij zegt dat we niet meer over de financiering van ziekenhuizen gaan, althans, er mogen ook zelfstandige investeerders en beleggers instappen. Als een provincie echter wil instappen omdat ze het van maatschappelijk belang vindt, mag dat niet van de VVD. Waarom mag dat niet?

De heer Rutte (VVD):

Volgens mij hebben we niet al te beste ervaringen met provincies die voor bank gaan spelen. Dat is echt een andere

functie en een andere rol. Dat moeten we niet doen. Wij trekken liever extern kapitaal aan. Laat mensen met verstand van zaken maar instappen als investeerder.

Mevrouw Leijten (SP):

We hebben ook echt ervaringen met externe beleggers en hoe zij omgaan met publiek bezit. Op dit moment zijn er veel verhoren bezig over de woningbouwcorporaties. Dat gaat ook over het vermarkten van de sector en welke gevolgen dat heeft gehad. Je kunt ook omgekeerd redeneren. Dat doet de provincie Groningen namelijk. Die zegt dat de markt faalt en dat zij vervolgens garant staat. Waarom is dat fout en is een private investeerder wel goed als de banken falen? Kan de heer Rutte dat uitleggen?

De heer Rutte (VVD):

Ik zeg niet dat de banken falen. De banken zijn terughoudend, voorzichtig. Dat willen wij ook, want in de politiek wordt links en rechts gedeeld dat banken in het verleden te grote risico's namen. Ze moeten veel beter kijken naar het risico van de lening die ze verstrekken. Daarom zijn ze terughoudender, ook als het gaat om de zorgsector. Verder is dat wat gebeurt rondom de ziekenhuizen echt niet vergelijkbaar met wat er gebeurt bij corporaties. In ons zorgstelsel hebben we de zorgverzekeraar die een zorgplicht heeft en inkoop op kwaliteit. Die zorgt er echt voor dat het deugt wat er in een ziekenhuis gebeurt, niet alleen nu maar ook in de toekomst. De zorgverzekeraar zorgt ervoor dat het loont om het heel erg goed te doen. In de corporatiesector ontbraken al dit soort prikkels.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik denk dat een van de problemen in de corporatiesector was dat het niet meer over huurders ging, maar over geld. Een van de problemen in de zorgsector is op dit moment dat het over verzekeraars, macht en tegenmacht gaat en niet meer over patiënten en dokters. Zij zijn overigens ook faliekant tegen het wetsvoorstel. Ik heb nog steeds geen antwoord op mijn vraag. De heer Rutte vindt het een goed idee om het eigendom van semipublieke instellingen volledig privaats te maken, maar hij vindt het een slecht idee dat een provincie een rol wil spelen. Wat is nu precies het verschil? Waarom mag provincie Groningen dat niet doen en een of andere investeerder met veel geld uit Groningen wel?

De heer Rutte (VVD):

Dit is echt een andere rol. Als externe financier verstrek je een lening en verder sta je enigszins buitenspel. Je geeft geld, je koopt je risico af met wat rente en dat is het dan. Dan moet je hopen dat je de risico-inschatting goed hebt gemaakt. Daar zijn banken beter in dan provincies, want die hebben meer verstand van het verstrekken van leningen dan provincies. Een investeerder is echt aan boord, want hij wordt mede-eigenaar. Hij zal goed bekijken hoe hij van het ziekenhuis een beter ziekenhuis kan maken. In ons stelsel, zeg ik tegen mevrouw Leijten, loont het om goede zorg tegen een scherpe prijs te bieden en sta je buitenspel, mede dankzij artikel 13, op het moment dat je dat niet doet. De aandeelhouder stuurt dus mee, om te zorgen dat er goede zorg komt in een ziekenhuis, tegen lage kosten. Dat is in ons aller belang.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

De heer Rutte zet de provincies wel gemakkelijk in het verdomhoekje. Los daarvan hoor ik de heer Rutte heel duidelijk zeggen dat banken op dit moment niet in ziekenhuizen investeren omdat de risico's te groot zijn. Is het dan niet beter om eerst de risico's terug te brengen?

De heer Rutte (VVD):

Wij brengen heel bewust meer risico in het zorgstelsel. Wij willen dat ziekenhuizen worden betaald naar prestatie en dat ziekenhuizen die het goed doen meer patiënten aan zich kunnen binden dan ziekenhuizen die het minder goed doen. Daarbij hoort risicodragendheid. Het effect daarvan kan zijn — dat doet zich op dit moment ook voor — dat de banken wel een deel willen financieren, maar niet alles; zij willen ook andere financiers aan boord hebben. Uiteindelijk wordt de zorg daar wel beter van. Daarvan zijn wij overtuigd. Overigens was het CDA daar tot voor kort ook van overtuigd.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Het mooie is dat wij een partij zijn met partijdemocratie. Als onze leden aangeven dat er gegronde redenen zijn om bepaalde zaken niet meer te doen, dan gaan wij daar actief mee aan de slag. Dat is prachtig.

Het aparte is dat er nog een partner is die investeert, te weten het Waarborgfonds voor de Zorgsector. Dit fonds schrijft in zijn jaarverslag dat het investeert op het moment dat de risico's aanvaardbaar zijn. Het fonds investeert niet in ziekenhuizen die komen met plannen die niet goed doordacht zijn. Dat vind ik een heel goede benadering. Vindt de heer Rutte niet dat wij het via het Waarborgfonds voor de Zorgsector prima hebben geregeld? Er is toch niet meer nodig?

De heer Rutte (VVD):

De financiering van een ziekenhuis bestaat uit verschillende elementen. De financiering kan bestaan uit leningen. Op grond van het wetsvoorstel kunnen er echte investeringen plaatsvinden, waarbij mensen aan boord stappen en mede-eigenaar worden van een ziekenhuis, en gaan meesturen om ervoor te zorgen dat de doelmatigheid, de patiënttevredenheid en de kwaliteit omhoog gaan, zodat er meer zorg mag worden geleverd via een contract met de zorgverzekeraar. Dat vinden wij een gewenste ontwikkeling.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

De vraag is dan wie er eigenaar is van het ziekenhuis. Dat is niet meer de raad van bestuur. De zeggenschap ligt dan bij de aandeelhouders. Gaat het hen uiteindelijk om winst, efficiëntie, of kwaliteit van zorg?

De heer Rutte (VVD):

De raad van bestuur blijft sturen, maar als er een investeerder aan boord is, heeft die ook iets te zeggen. Dat is lang niet altijd slecht. Op dit moment is het buitengewoon ingewikkeld om de raad van bestuur weg te krijgen als het ziekenhuis slecht functioneert. Ik vind het niet per definitie verkeerd dat de investeerder, die met risicodragend kapitaal is ingestapt, invloed kan uitoefenen. De investeerder heeft

er immers alle belang bij dat het ziekenhuis goed functioneert.

Mevrouw Klever (PVV):

Ik hoor de heer Rutte zeggen dat een investeerder van belang is in een ziekenhuis omdat die ervoor kan zorgen dat alles beter geregeld wordt, dat er efficiënter gewerkt wordt en dat de kosten omlaag gaan. Ook mevrouw Dijkstra sprak daar al over. Is dat niet gewoon de taak van de raad van bestuur?

De heer Rutte (VVD):

Ik zou dat denken. Het is niet gezegd dat het per definitie alleen maar kan met een investeerder. Een investeerder neemt echter wel kennis en ervaring mee. Daar is helemaal niets mis mee.

Mevrouw Klever (PVV):

Ziet de heer Rutte dit wetsvoorstel niet als oplossing voor een compleet ander probleem? Presenteert hij het wetsvoorstel niet als een oplossing voor het aanpakken van de chaos in de ziekenhuizen, die geen idee hebben van de kostprijzen — ik denk aan het plakken van een pleister voor €150 — en die vaak geen goedkeurende accountantsverklaring krijgen? Is het niet zaak dat wij dit probleem aanpakken in plaats van een sprong voorwaarts te doen en een winstuitkering toe te laten, met alle risico's van dien, omdat wij denken dat dit de oplossing is voor alles?

De heer Rutte (VVD):

Gezien haar betoog dacht ik dat mevrouw Klever het met mij eens zou zijn dat het ontzettend belangrijk is dat ziekenhuizen bedrijfsmatiger gaan functioneren en veel transparanter worden over de kosten van een behandeling. Een investeerder heeft daar alle belang bij, want het ziekenhuis dat dit goed kan, zal uiteindelijk ook het beste contract met de verzekeraar sluiten.

Mevrouw Klever (PVV):

De heer Rutte draait het om. Een investeerder heeft er belang bij dat een ziekenhuis goed gaat draaien, maar de raad van bestuur moet daar juist voor zorgen. Het is een beetje armoe als men daar een investeerder voor nodig heeft, als men het zonder een investeerder niet voor elkaar krijgt. Dat is toch het aanpakken van het verkeerde probleem?

De heer Rutte (VVD):

Ik zeg niet dat het zonder investeerders niet kan, maar ik bestrijd dat het een puinhoop wordt op het moment dat een ziekenhuis een investeerder aan boord krijgt. Met de investeerder kan de bevordering van de bedrijfsmatigheid en de doelmatigheid een versnelling doormaken.

De voorzitter:

U vervolgt uw betoog.

De heer **Rutte** (VVD):

Voorzitter. Met de wet die wij vandaag bespreken, realiseren wij dat ziekenhuizen duurzame investeerders voor duurzame investeringen kunnen aantrekken. Dat had ik al gezegd, maar ik het zeg gewoon nog een keer, want daar gaat het om. Deze wet biedt geen ruimte voor investeerders die op zoek zijn naar snel geld, maar wel voor investeerders, zoals pensioenfondsen, die willen investeren in een goed georganiseerd patiëntvriendelijk ziekenhuis, waar zorg van hoge kwaliteit wordt geleverd met een rendement dat meeloopt met de bevolkingsontwikkeling en de economische groei. Ik heb niet voor niets een amendement ingediend om de titel van de wet meer in lijn te brengen met waarvoor de wet bedoeld is, namelijk het aantrekken van investeerders. Winst is het resultaat en niet het doel van deze wetswijziging.

Ook voor de kwaliteit en de bedrijfsvoering van ziekenhuizen is het wenselijk dat ziekenhuizen duurzame investeerders kunnen aantrekken. Ik zei dit al tegen mevrouw Klever. Verzekeraars kiezen voor ziekenhuizen die goede zorg tegen een scherpe prijs leveren. Daarom hebben investeerders belang bij het verbeteren van de zorg en de bedrijfsvoering. Als een ziekenhuis goede en efficiënte zorg levert, is de kans groter dat verzekeraars een contract afsluiten en patiënten naar tevredenheid worden behandeld. Investeringsleiden dus tot een betere bedrijfsvoering, een betere zorg en meer transparantie. Vreemde ogen dwingen en daar wordt de zorg beter van. Daar is de VVD van overtuigd.

In deze wet is gezocht naar een goede balans tussen het aantrekken van voldoende investeerders en het realiseren van voldoende waarborgen. De heer Slob en mevrouw Dijkstra spraken daar ook over. De VVD vindt dat die waarborgen er zijn. Ik zei al dat deze wet niet bedoeld is voor investeerders die op zoek zijn naar snel geld. Deze wet geeft duurzame investeerders de ruimte om te investeren in de zorg. Ik hoor wel graag van de minister of zij ook van mening is dat de wet voldoende in balans is. Wij vragen ons namelijk af of er wel voldoende interesse bij investeerders is nu al deze waarborgen een plek hebben gekregen, hoe graag wij dat ook willen. Is de minister van mening dat de juiste balans is gevonden tussen ruimte bieden voor investeerders enerzijds en de waarborgen die nodig zijn voor langdurige investeringen anderzijds? Heeft zij wellicht voorbeelden waaruit blijkt dat de huidige wet daadwerkelijk investeerders naar de Nederlandse ziekenhuizen trekt? Graag een reactie.

Het heeft lang geduurd voor wij deze wet konden behandelen. Het wetsvoorstel stamt uit de vorige kabinetsperiode. De noodzaak van investeringen in de zorg is in de tussentijd alleen maar toegenomen. We mogen niet langer dralen, we moet doorpakken, zodat ziekenhuizen in Nederland investeringen kunnen aantrekken, zodat zij hun bedrijfsvoering kunnen verbeteren en vooral zodat zij de kwaliteit van de zorg kunnen verhogen. Ik kan mij eigenlijk niet voorstellen dat partijen die net als de VVD de ziekenhuiszorg in Nederland een mooie toekomst toewensen, tegen deze wet zullen stemmen.

De **voorzitter**:

Het was een uitdaging en mevrouw Leijten pakt die op.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ik voel mij niet aangesproken als ik tegen dit wetsvoorstel zal stemmen. 73% van de specialisten geeft aan niets te zien in de winstuitkeringen voor ziekenhuizen. De Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie is ook faliekant tegen. Daarmee voel ik mij behoorlijk gesteund in het niet willen toestaan van winstuitkeringen in de ziekenhuissector.

Ik kom nog even terug op het amendement van de heer Rutte. Het is best een ding om de naam van een wet te wijzigen omdat je vindt dat die niet klopt. Waar gaat het nu om? "Voorwaarden voor winstuitkering aanbieders medisch-specialistische zorg" moet worden "vergrote investeringsmogelijkheden medisch-specialistische zorg". Dan vraag ik toch aan de heer Rutte waarom het dan een probleem zou zijn als die investeerder bijvoorbeeld het Rijk is of de provincie. Maakt hij het met zijn wijziging van het wetsvoorstel ook mogelijk dat er geen winst uitgekeerd wordt, maar dat wel de financieringsopties worden vergroot voor bijvoorbeeld gewoon ons als overheid?

De heer **Rutte** (VVD):

Ik geloof niet dat de overheid in ziekenhuizen moet gaan investeren. Wij hebben een privaat stelsel, wat onderdeel is van het succes van ons stelsel. Ik verplicht geen enkele investeerder om een rendement te willen hebben. De werkelijkheid leert ons echter dat de meeste investeerders toch wel graag een rendement zien. Stel dat de investeerder een pensioenfonds is, bijvoorbeeld het pensioenfonds van mevrouw Leijten. Dan zou zij heel graag willen dat dat pensioenfonds een fatsoenlijk rendement maakt op de investering.

Een ander punt dat mevrouw Leijten aanstipt, is dat er partijen voor dit wetsvoorstel zijn en partijen tegen. Zij noemde de NPCF. Vorige week bespraken wij hier het wetsvoorstel inzake artikel 13 van de Zorgverzekeringswet. Daar was de NPCF heel erg voor en zij was er rabiaat tegen. Het is echt niet zo dat wij altijd daarin mee moeten lopen. Wij maken onze eigen afwegingen.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Misschien heeft de NPCF zich er niet tegen uitgesproken, maar alle patiëntenorganisaties die lid zijn van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie hebben laten weten dat zij geen voorstander waren van een selectieve inkoop. Dat was echter het debat van vorige week. Ik vind het zo naïef van de heer Rutte van de VVD, toch de partij van het grote geld, dat hij zegt dat er investeerders in de zorg komen, maar dat die niet om winst komen. Welnee, die doen het allemaal voor de charitas. Zij vinden het allemaal geweldig. Sterker nog, hij gaat er helemaal niet van uit dat er winst gemaakt hoeft te worden. De titel van het wetsvoorstel mag zelfs veranderd worden. Denkt de heer Rutte dat de investeerders in Nederland investeringen doen zonder dat zij zicht hebben op winst of "rendement", zoals hij het liever noemt?

De heer **Rutte** (VVD):

Mevrouw Leijten maakt er een heel groot toneelstuk van. Ik zeg haar net dat investeerders doorgaans een rendement willen. Dat is heel normaal en daar is ook helemaal niets mis mee. Het doel van het wetsvoorstel is niet om ervoor

te zorgen dat er rendement kan komen voor investeerders. Het doel van het wetsvoorstel is om ervoor te zorgen dat er investeerders komen. Dat zou mevrouw Leijten moeten aanspreken. Daardoor kunnen zorginstellingen in stand blijven die misschien nu onterecht om zouden vallen en kan er goede, doelmatige zorg worden geleverd. Ik kan mij niet voorstellen wat de SP daarop tegen heeft.

De voorzitter:

Heel kort tot slot, mevrouw Leijten.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik ben er erg op tegen om bezit zo te vervreemden dat je dus aandeelhouders krijgt en je je zeggenschap verliest. Ja, daar ben ik tegen. Dat er een winstuitkering tegenover moet staan voor dit soort investeerders, vind ik al duidelijk genoeg. Ik zou heel erg voor meer investeren zijn of garantie op investeringen, maar dat zou ik dan publiek regelen. Daarom heb ik aan de minister gevraagd of zij wil kijken naar een beter waarborgfonds in de zorg en daarom zal ik tegen dit wetsvoorstel stemmen.

De heer Rutte (VVD):

Daar denken wij dan uiteindelijk gewoon anders over. Dat kan gebeuren.

De voorzitter:

Dat komt wel eens voor in dit huis.

De heer Rutte (VVD):

Ja, dat hoort bij de politiek.

De voorzitter:

Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Bruins Slot, voor een interruptie.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik wil nog wat duidelijker hebben waarom is voorgesteld de naam van het wetsvoorstel te veranderen. Is dat omdat de heer Rutte van mening is dat het woord "winstuitkering" eigenlijk in de maatschappelijke discussie besmet is geraakt?

De heer Rutte (VVD):

Ik denk dat mevrouw Bruins Slot daar een terecht punt maakt. Dat is ook echt zo. Ik zie het ook in de discussie die hier plaatsvindt. Ik zie het bijvoorbeeld aan de manier waarop het congres van het CDA zich in één keer tegen dit voorstel heeft gekeerd. Als het voorstel daar ook echt goed was doorleefd en men had beseft dat het niet om de winst gaat, maar om de investering, denk ik dat het congres van het CDA deze tournure niet had gemaakt.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik zal de Rutte uitnodigen op ons congres. Dan kan hij meemaken hoe grondig mensen daar debatteren en hoeveel mensen met verstand van zaken uit de sector daar met

elkaar praten. Is dit niet een beetje het Bucklereffect, wat hij nu doet? Ik neem aan dat de heer Rutte nog wel weet wat Tom van 't Hek toen met Buckler deed. Ik bedoel wat Youp van 't Hek met Buckler deed. Sorry, ik ben een hockeyfan. Is dit niet een beetje het Bucklereffect?

De heer Rutte (VVD):

Je zou kunnen zeggen dat het Bucklereffect aan de naam "Wet winstuitkering zorg" kleeft en dat een andere titel veel beter zou aangeven waar het wetsvoorstel om gaat. Daar blijf ik ook bij. Ik denk dat de titel van dit wetsvoorstel leidt tot allerlei reacties, bijvoorbeeld dat, zoals mevrouw Bruins Slot net zelf zei, geld van de zorg niet buiten de zorg moet komen. Als ik naar een bank ga en ik rente betaal, vindt niemand dat erg. Als het "winst" heet, roept iedereen er echter in één keer schande van. Het gaat om een investering en bij een investering hoort rendement. Daar is helemaal niets mis mee. De titel van de wet komt veel meer in lijn met de bedoeling van de wet als mijn amendement wordt aangenomen.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Het gaat erom dat de kwaliteit van de zorg centraal staat. De heer Rutte zegt eigenlijk: aan de huidige titel van de wet hangt eigenlijk wel het Buckler-effect. Maar de heer Rutte weet toch ook dat Buckler failliet is gegaan?

De heer Rutte (VVD):

Buckler heeft misschien wat te lang gewacht om over te gaan op een goede naam die het product helder afdekt. Met mijn amendement krijgt deze wet een heldere naam, die past bij wat de wet doet en moet gaan doen.

Mevrouw Klever (PVV):

De heer Rutte maakt met deze wet dus investeringen mogelijk. Waarom denkt de heer Rutte dat investeerders in een ziekenhuis gaan investeren, terwijl banken het risico te groot vinden en banken er geen heil meer in zien?

De heer Rutte (VVD):

Het is niet zo dat banken helemaal geen heil zien in ziekenhuizen. Banken zeggen: wij gaan een ziekenhuis niet meer volledig financieren; wij willen best onderdelen of een deel van een ziekenhuis financieren, maar we willen dat het risico wordt gespreid en dat er andere investeerders aan boord komen. Verder is het een verschil of je een lening verstrekt, waarbij je erbuiten staat, of dat je investeerder bent, waarbij je meedoet. Dat is een andere manier van meesturen. Een investeerder maakt dus een andere afweging dan een bank.

Mevrouw Klever (PVV):

Over dat meedoen verschillen wij van mening. Ik vind dat een raad van bestuur — waarvan de leden dik betaald worden en als ze niet functioneren, met vaak forse afkoopsommen naar huis gestuurd worden — een ziekenhuis moet besturen. Maar goed, daarover verschillen we van mening. Maar dan nog, de heer Rutte wil een investeerder aantrekken voor iets wat banken niet meer geheel willen financieren. Als banken denken dat ze geld kunnen verdienen, zullen

ze heus wel investeren, dus vinden ze het risico waarschijnlijk te groot. Daarom nogmaals de vraag: als banken het risico te groot vinden, wat denkt u dan dat ziekenhuizen moeten gaan betalen, hoe veel winst ze moeten gaan uitkeren om investeerders aan boord te krijgen?

De heer Rutte (VVD):

Zoals ik net al zei, banken willen ziekenhuizen niet meer volledig financieren, maar wel ten dele, als er ook andere investeerders wil hebben. Hoe veel winst moet er worden gemaakt? Een investeerder die goed zijn werk doet, trekt meer productie naar een ziekenhuis tegen een scherpe prijs, krijgt een beter contract met de verzekeraar en krijgt daardoor uiteindelijk een interessant rendement. Daar is helemaal niets mis mee. Een bank heeft die rol niet. Een bank staat aan de buitenkant en fourneert een lening en dat is het dan ook.

Mevrouw Klever (PVV):

Het gaat er weer om dat die investeerder gaat meebesturen en dat dat eigenlijk de reden is waarom de heer Rutte investeerders wil hebben. Maar vergroot een investeerder niet ook het risico? Brengt hij een ziekenhuis niet in een kwetsbare positie op het moment dat de investeerder ziet dat de rendementen tegenvallen, dat het toch niet zo lukt met dat ziekenhuis beter maken? Dan kan een investeerder zeggen: ik trek mijn geld terug. Dan hebben we wel een probleem, want dan gaat het ziekenhuis failliet.

De heer Rutte (VVD):

Die investeerder heeft er juist alle belang bij om te zorgen dat het ziekenhuis een succes wordt, want anders is hij zijn geld kwijt. Dus als iemand er al belang bij heeft om ervoor te zorgen dat dit slaagt, zijn dat de investeerders. Ik neem aan dat mevrouw Klever daardoor zeer gerustgesteld weer gaat zitten en ik mijn betoog kan afronden.

□

De heer Van der Staaij (SGP):

Mevrouw de voorzitter. Laat ik maar gelijk verklappen dat het SGP-congres geen uitspraak heeft gedaan over dit wetsvoorstel. Ik vind het dan ook een luxepositie dat ik heel open kan horen wat de voordelen van het wetsvoorstel zijn en hoe hard die zijn, en wat de nadelen zijn en de risico's die eraan kleven. Tot nu ben ik vertrokken met een voorzichtig positieve benadering van het wetsvoorstel, maar wel met in mijn achterhoofd dat bij dit soort ingewikkelde onderwerpen de rampen die ervan verwacht worden, vaak uit blijven, maar dat de zegeningen die ervan gehoopt worden, vaak wat tegenvallen. We zullen zien hoe het in dit debat zal gaan. Maar als ik een peiling zou hebben gehouden op het congres van de SGP en gevraagd zou hebben wie het verstandig vindt om met een wetsvoorstel te komen om de investeringsmogelijkheden voor ziekenhuizen te vergroten, dan verwacht ik dat heel velen hun hand opgestoken zouden hebben en dat ze daar voor zouden zijn. Als ik gevraagd zou hebben wie er zou willen dat er meer winst gemaakt moet kunnen worden in ziekenhuizen, zou men wat fronsender gekeken hebben en gevraagd hebben of dat wel verstandig is. Ik denk dat het de realiteit is dat het over allebei gaat. Het gaat om het mogelijk maken van winstuitkeringen. Het is aan de ene kant in het licht van de

maatschappelijke discussie best begrijpelijk dat dit even die gefronste wenkbrauwen oplevert, maar aan de andere kant is er de reële vraag hoe de investeringsmogelijkheden kunnen worden vergroot.

De vergrijzing, de voortdurende technologische ontwikkelingen en een terugtrekkende overheid plaatsen aanbieders van medisch-specialistische zorg voor grote uitdagingen. Ze moeten ervoor zorgen dat ze met minder geld toch zorgen voor een kwalitatief hoogwaardig en innovatief aanbod. Wij signaleren dat het voor aanbieders van medisch-specialistische zorg de laatste jaren moeilijker is geworden om aan geld te komen dat nodig is voor de noodzakelijke vernieuwingen. Veel zorgaanbieders hebben te weinig eigen vermogen en het aantrekken van vreemd vermogen van banken is er sinds het uitbreken van de crisis ook niet makkelijker op geworden. Voor innovaties moet je risico's durven nemen en dat gaat niet altijd samen met het belang van banken, die juist minder risico's willen nemen. Bovendien hebben banken nog wat andere zaken aan hun hoofd: eisen om financiële buffers op te bouwen en het feit dat geld schaarser is geworden. Zo zorgen we ervoor dat banken — zelfs met goede plannen — vaak terughoudend zijn met het verstrekken van leningen. Wat ook al niet meehelpt bij het aantrekken van geld voor investeringen, is dat het risicoprofiel van aanbieders van medisch-specialistische zorg bepaald niet is afgenomen. Integendeel, de overheid geeft minder uit en bouwt risicovolle garanties af.

Ik stel toch nog de vraag die al door diverse andere collega's is gesteld: welke mogelijkheden, welk perspectief ziet het kabinet precies voor het bieden van meer comfort voor de banken, zodat ze eerder bereid zullen zijn om leningen te verstrekken? Dat is voor ons de beginvraag. De vraag is vervolgens wie nog meer kan investeren, in aanvulling op of in plaats van leningen van banken, in medisch-specialistische zorg. Als je het speelveld overziet, kan de SGP het voorstel goed plaatsen om een winstuitkering in de zorg onder strikte voorwaarden mogelijk te maken. Het doel daarvan is niet om die winstuitkering mogelijk te maken, maar om de investeringsmogelijkheden te vergroten. In die zin vind ik het amendement van collega Rutte zeer reëel. Het gaat niet om een opzichtige poging om op een lastig moment in de discussie een andere vlag op het schip te zetten — daar trapt natuurlijk niemand in — maar wel om middel en doel uitdrukkelijker neer te zetten. Dit bleef zojuist in de interruptie goed overeind. Het doel is uiteindelijk om de investeringsmogelijkheden te vergroten en niet om winstmogelijkheden te vergroten. Dat zet het wel in een fair perspectief. Daarom zullen wij het amendement steunen.

Er moet wel op een heel dun koord gebalanceerd worden. Aan de ene kant is voor de SGP van essentieel belang dat in de zorg publieke belangen in het geding zijn die beschermd moeten worden. Een keuze voor het aantrekken van privaat kapitaal zien wij als een middel om een reëel financieringsprobleem op te lossen. Zorgorganisaties zijn en blijven, los van de vraag of ze privaat kapitaal aantrekken, maatschappelijke ondernemingen. Daarom hechten we eraan om langetermijninvesteerders aan te trekken, zoals pensioenfondsen en vermogende particuliere familiebedrijven, en kortetermijnwinstjagers buiten de deur te houden. Die laatste zijn juist een bedreiging voor de publieke belangen. Als je uit het oogpunt van bescherming van die publieke belangen zo veel mogelijk voorwaarden en zo veel mogelijk bescherming wilt hebben, moet je wel oppassen dat je het aan de andere kant weer niet zo gaat dichtregelen

dat geen enkele private investeerder meer wil investeren. Dan tuigen we een papieren tijger op waar niemand gebruik van wil maken. De vraag is — daar zullen we het uiteindelijk ook aan toetsen — of in dit wetsvoorstel dat evenwicht gevonden is, al dan niet met inachtneming van amendementen die zijn of worden ingediend. Daar staan we zeer open in. We staan positief tegenover alles wat kan helpen om de publieke belangen te beschermen, maar voor alles wat de deur onnodig dicht kan zetten, voelen we weer niet.

In het wetsvoorstel zie ik in de eerste voorwaarde, artikel 16d, eerste lid, onderdeel a, dat geen winst uitgekeerd mag worden als de kwaliteit en de veiligheid van de zorg niet op orde zijn. Dat moet door de inspectie als onafhankelijke toezichthouder worden vastgesteld. We vinden dat een belangrijk criterium, ook om kortetermijninvesteerders weg te houden uit de zorg. Ik vraag me wel af hoe dat in de praktijk zal gaan functioneren. Het afgelopen jaar is gebleken dat het nog steeds erg lastig is om te definiëren wat goede kwaliteit nu eigenlijk is. Welke rol gaat het Kwaliteitsinstituut daarbij spelen?

In artikel 16d, eerste lid, onderdeel b, dat is toegevoegd in de nota van wijziging, staat de solvabiliteits eis van 20%. Wij staan hier ook positief tegenover. De minister gaat daarin uit van de economisch gebruikelijk definitie van solvabiliteit waarin het eigen vermogen wordt uitgedrukt als percentage van het balanstotaal, namelijk de vermogensratio. We begrijpen die keuze, maar vragen ons wel af of die niet meer mogelijkheden biedt dan de ook vaak gehanteerde budgetratio waarin het eigen vermogen wordt uitgedrukt als percentage van de jaaromzet. Biedt de vermogensratio niet ook meer mogelijkheden voor creatief boekhouden waardoor je ongewenst gedrag kunt krijgen? In de eerste nota van wijziging staat dat 16 van de 80 onderzochte algemene ziekenhuizen in 2011 voldeden aan de gestelde streefnorm voor solvabiliteit van 20% of hoger. Heeft de minister ook actuele cijfers waaruit blijkt hoe het er nu voorstaat?

In het oorspronkelijke wetsvoorstel koos de minister voor een verbod op winstuitkering gedurende de eerste drie jaar na het moment van investering. Inmiddels is dat aangescherpt tot een permanente toets waaruit moet blijken dat de resultaten gedurende de drie jaar die aan de winstuitkering voorafgaan, positief zijn. Dit staat in artikel 16d, eerste lid, onderdeel c. Wij begrijpen die aanscherping heel goed, omdat daardoor meer dan voorheen duidelijk wordt dat investeerders permanent moeten inzetten op kwaliteitsverbetering en een stabiel positief resultaat.

Ik vroeg me nog wel even af of dat niet te ver kan begrenzen. Dat bijvoorbeeld gedurende een van deze drie jaren een incidenteel verlies wordt geleden, kan er immers voor zorgen dat pas vier jaar later winst kan worden uitgekeerd. Dat verlies hoeft helemaal niet groot te zijn. In theorie kan het zelfs om een heel beperkt verlies gaan. Is die formulering niet te rigide, in die zin dat het potentiële investeerders kan afschrikken terwijl wel aan alle overige voorwaarden wordt voldaan?

De voorwaarde dat de goedkeuring van de raad van bestuur vereist is, beoordelen wij op zichzelf als positief, maar wij zetten wel vraagtekens bij de gronden waarop het bestuur al dan niet een goedkeuring kan weigeren. Ik verwijs hierbij naar artikel 16d, eerste lid, onderdeel d. Waarom zijn de gronden tot weigering beperkt tot die genoemd in artikel

16d eerste lid? Hoe verhoudt zich de beperkte bevoegdheid tot het risico op de aansprakelijkheid? Hoe verhoudt zich dit lid tot de zorgbrede governance code, waardoor bestuurders de mogelijkheid hebben om een externe toetsing aan te vragen over besluiten rond winstuitkering als die niet stroken met de governance code? Te denken valt aan besluiten over een te hoge dividenduitkering. De mogelijkheid tot het aanvragen van externe toetsing staat overigens niet alleen open voor bestuurders, want ook partijen die de belangen van de patiënten of cliënten van de zorginstelling vertegenwoordigen, worden hierbij genoemd. Graag hoor ik een reactie op dit punt.

Bij de bestudering van dit wetsvoorstel viel ons verder op dat de Raad van State opmerkt dat de wet wel bepaalt dat de winst pas na een bepaalde termijn mag worden uitbetaald, maar niet bepaalt hoeveel winst mag worden uitgekeerd. Klopt het dat winstuitkeringen gedurende de genoemde drie jaar kunnen worden gereserveerd en daarna gecumuleerd kunnen worden uitgekeerd, zolang maar wordt voldaan aan de solvabiliteits eis? Als dat klopt, is de voorgestelde wachttijd dan nog wel een effectieve remedie om kortetermijnwinstjagers buiten de deur te houden?

Voordat tot winstuitkering mag worden overgegaan, moet aan een heleboel voorwaarden worden voldaan. Dat is op zichzelf positief, maar wat wij wel missen, is dat aan de uit te keren winst geen voorwaarden worden gesteld, behalve dan dat de solvabiliteit niet onder de 20% mag komen. Er zijn enkele ziekenhuizen die op dit moment een solvabiliteit hebben die hoger is dan 30%. De omvang van het vermogen van een gemiddeld ziekenhuis is 150 miljoen. Dat betekent dat 15 miljoen kan worden uitgekeerd zonder dat de solvabiliteitsgrens wordt overschreden. Dergelijke uitkeringen kunnen grote negatieve gevolgen hebben voor de voortzetting van zo'n ziekenhuis. De investeerder met een langetermijnvisie zal een dergelijke winstuitkering niet doen, maar winstjagers doen dat uit eigenbelang misschien wel. Daarom hebben wij een amendement ingediend dat het mogelijk maakt om bij algemene maatregel van bestuur een maximum te stellen aan de solvabiliteitsdaling als gevolg van een winstuitkering.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Als de heer Van der Staaij alleen dit over het amendement wilde zeggen, heb ik een vraag voor hem.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Ja.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik wil allereerst tegen de heer Van der Staaij zeggen dat ik dit een interessant amendement vind. Mij valt alleen wel de kan-bepaling op: de minister hoeft het dus niet te doen. Wanneer moet de minister volgens de heer Van der Staaij wel een percentage vaststellen? Of vindt hij dat er vanaf het begin gewoon een duidelijk percentage moet zijn?

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Ik zou zeggen: als het dreigt mis te lopen, hebben we hiermee in ieder geval een stok achter de deur, een mogelijkheid om dit heel snel neer te zetten en te regelen. Ik denk dat alleen al van die mogelijkheid een preventief effect uit-

gaat; als je de kans verknoeit, kun je er immers op rekenen dat er nog verdergaand wordt ingegrepen. Ik heb me ook afgevraagd waarom we dit niet gelijk zouden doen. Ik wil daar graag de discussie over aangaan. Ik was bang dat het een tegengesteld effect zou kunnen hebben. Als je immers zegt dat het met zoveel mag dalen, zou dat een soort vrijbrief kunnen opleveren; er is namelijk een wettelijke mogelijkheid om de solvabiliteit met zoveel procent te laten dalen. Er zit dus ook het risico in van een soort opvolgedrag, dat helemaal niet wenselijk is. Vanwege die aarzeling, vanwege de mogelijkheid dat dit averechts zou kunnen uitpakken omdat men in ieder geval de ruimte zou kunnen pakken die de wetgever biedt, leek het mij wijzer om dit in de wet wel als slot op de deur te hebben, maar het niet onmiddellijk helemaal dicht te regelen.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Als je dat percentage niet vanaf het begin vaststelt, is het andere risico dat het in ieder geval één keer gewoon goed mis moet gaan. Er moet dan in ieder geval één keer een ziekenhuis zodanig worden leeggegeten — ik noem dat maar even zo, kort door de bocht — dat de minister daarna wel moet besluiten dat dit voor de rest van de sector niet mag gebeuren en daarom dat percentage instelt. Als de heer Van der Staaij al die belangen weegt, waar komt hij dan op uit?

De heer Van der Staaij (SGP):

Op dit moment kom ik uit op het openen van die mogelijkheid. Die mogelijkheid wordt overigens vanaf het begin geboden, dus we hoeven echt niet te wachten tot het misgaat. Als dit amendement het zou halen, zou het door een meerderheid of door het kabinet wellicht verstandig worden gevonden om gelijk van die mogelijkheid gebruik te maken. Ik wilde in ieder geval niet al in deze fase met een amendement zeggen dat dit absoluut en altijd zou moeten gebeuren, of het op een bepaald percentage fixeren. Ik wil die flexibiliteit er ook in houden.

Voorzitter. Ik ga afronden. Ik heb al aangegeven dat wij niet principieel tegen de mogelijkheid van winstuitkeringen in de zorg zijn. Wij vinden het wel ongelooflijk belangrijk dat de publieke belangen worden beschermd en dat uiteindelijk het doel wordt bereikt, namelijk het vergroten van de investeringsmogelijkheden, met het oog op een goede, hoogwaardige zorg voor iedereen. De minister stelde een flinke lijst met voorwaarden op waaronder tot winstuitkering mag worden overgegaan. Ik vind het heel belangrijk om nog haar reactie te horen op alle andere amendementen. Wij zullen daarna alle zaken afwegen, en bepalen of het zodanig vertrouwenwekkend is dat wij het kunnen steunen. Maar zoals iedereen heeft kunnen merken, staan wij voorzichtige positief voorgesorteerd.



Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Voorzitter. Vandaag bespreken wij een voorstel dat gaat over het creëren van mogelijkheden om te investeren in innovatie in de zorg; niet alleen in apparaten, maar ook in technieken en behandelingen, dit alles met betrekking tot de kwaliteit van zorg, die samenhangt met de organisatie van en de processen in een ziekenhuis. Het gaat ook om het tegengaan van schimmige financiële constructies,

waarmee een ondoorzichtige omweg is gevonden om alsnog winst uit te kunnen keren. Het gaat ook om de kans om vreemde ogen binnen te halen, die met een frisse blik naar de organisatie kunnen kijken.

Het vergroten van investeringsmogelijkheden in ziekenhuizen maakt het makkelijker om aan kapitaal te komen. Banken zijn steeds minder geneigd om ziekenhuizen van kredieten te voorzien, en ze vragen bovendien steeds hogere rentes als gevolg van een verminderd eigen vermogen. Door deze wijzigingen zullen ziekenhuizen externe financiering kunnen aantrekken en, als beloning en onder voorwaarden — let wel: onder voorwaarden — winst kunnen uitkeren; net zoals dat nu al mogelijk is in bepaalde andere onderdelen van de zorg, zoals de eerste lijn.

Hiermee krijgt de medisch-specialistische zorg financiële ruimte voor het vormen van een eigen toekomst. Dit voorstel is dus gericht op langetermijninvesteers die de kwaliteit, continuïteit en samenhang van het zorgaanbod versterken en die uiteraard de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid moeten borgen. Idealiter willen wij natuurlijk een bestuur en investeerders die de ambitie hebben om de beste kwaliteit van de zorg en de beste behandeling te leveren. Door investeerders toe te laten in de medisch-specialistische zorg worden dus kansen geboden. Wij zijn echter niet naïef. Er zijn ook risico's. Die hebben we overigens al eerder genoemd. We kennen allemaal de verkeerde voorbeelden van snelle jongens die geld onttrekken aan organisaties en een puinhoop achterlaten, of die de prijzen ophogen en de toekomstperspectieven beperken om snelle winst te maken. Dit is zeer onwenselijk; dit moeten wij dus voorkomen.

Echter, door de geringe groei en de complexiteit van de ziekenhuissector is het voor snelle jongens helemaal niet interessant om daarin te investeren omdat er op korte termijn niets te verdienen valt. Toch willen wij, om het risico te beperken, extra zekerheden inbouwen in deze wet om ervoor te zorgen dat er geen sprake is van lukrake winstuitkering, maar van gereguleerde winstuitkering. Er worden dus nadere eisen gesteld in de wet. Voordat ik daaraan toekom, gaan we, denk ik, naar een interruptie van mevrouw Leijten.

Mevrouw Leijten (SP):

De Partij van de Arbeid heeft na de eerste lezing van het wetsvoorstel — toen was de PvdA nog een oppositiepartij — heel duidelijk laten weten dat zij niet voor winstuitkering was. Daar waren heel veel argumenten voor. Een van de argumenten was dat zij vond dat de verantwoordelijkheid voor een publiek belang, namelijk de gezondheidszorg, niet bij aandeelhouders hoort te liggen. Waarom is de PvdA nu juist op dit vlak een andere mening toegedaan nu zij regeert?

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Dat zijn wij niet.

Mevrouw Leijten (SP):

Oké. Dus u wilt niet dat er aandeelhouders zijn die de verantwoordelijkheid dragen voor het publieke belang van de gezondheidszorg?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Nee.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Waarom maakt u het dan mogelijk dat er aandeelhouders komen in de zorg?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Wij maken mogelijk dat er wordt geïnvesteerd in de zorg, onder anderen door aandeelhouders. Dat is iets anders dan dat aandeelhouders de alleenzeggenschap krijgen.

De voorzitter:
Mevrouw Leijten, ik geef u nog een laatste gelegenheid om te interrumperen op dit punt. Interruptie en antwoord gingen heen en weer.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Ja, het ging heel snel.

Ik begrijp het niet. De heer Rutte zei: we willen investeringen en investeringen betekenen medezeggenschap. Door medezeggenschap zijn er andere eigenaren van het ziekenhuis, die op de processen kunnen gaan sturen. Dat was nu juist een van de dingen waarvan de Partij van de Arbeid zei: dat is publiek en wij willen niet dat dat in handen van aandeelhouders komt. Dat zegt mevrouw Bouwmeester nu opnieuw.

De voorzitter:
Wat is uw vraag?

Mevrouw **Leijten** (SP):
Dan moet zij niet voor dit wetsvoorstel stemmen, want daarmee maakt zij het mogelijk dat er andere eigenaren komen die een ander belang hebben, namelijk winstuitkeringen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Het is een heel verhaal, een verhaal keer twee. Het antwoord is ook nog steeds keer twee. Wij willen niet dat het alleen in handen komt van die mensen. Sterker nog, wij hebben een amendement ingediend waardoor de medezeggenschap aan banden wordt gelegd en er voorwaarden worden verbonden aan de medezeggenschap, sterke voorwaarden waaronder er geïnnoveerd kan worden. Dat is iets anders dan wat mevrouw Leijten zegt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
De heer Rutte was net heel duidelijk over de positie van investeerders in het ziekenhuis. Ik waardeer die duidelijkheid van hem. Hij zei: de investeerders in het ziekenhuis kunnen er via de raad van bestuur voor zorgen dat het ziekenhuis efficiënter wordt. Dat betekent dus dat aandeelhouders een actieve rol krijgen in de inrichting van de organisatie. Hoe kijkt mevrouw Bouwmeester daartegenaan?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Dat kan. Het gaat om medezeggenschap, dus niet om alleenzeggenschap. Dat is een belangrijk verschil. Zij hebben inderdaad medezeggenschap.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Zij hebben niet alleen medezeggenschap, zij krijgen ook totale zeggenschap. Zij kunnen binnen de constructie van dit wetsvoorstel totale zeggenschap krijgen over de beslissingen in een ziekenhuis: welke zorg gaan we verlenen en hoe doen we dat? Hoe kijkt mevrouw Bouwmeester daartegenaan?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Daarover hebben wij een amendement ingediend, omdat wij het juist willen hebben over medezeggenschap. Wij willen dus geen investeerder die lukraak van alles uit het ziekenhuis gooit en zegt: we houden nog maar één behandelingsdeling over, namelijk de behandeling die het meeste geld oplevert; dat doen we ook nog op een heel snelle manier. Ik noem het maar even: de zorgcowboys toestaan in het ziekenhuis. Dat willen we niet. Daarom hebben we een amendement ingediend.

De voorzitter:
Mevrouw Bruins Slot, tot slot.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
De investeerder heeft medezeggenschap, maar er zitten ook andere bestuurders bij. Hoe zorgen zij ervoor dat zij een doorslaggevende stem hebben om de aandeelhouders en hun positie te beperken?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Ik pak het amendement er even bij. In de wet staat dat de kwaliteit en de toegankelijkheid in de zorg altijd gewaarborgd moeten blijven. In het amendement wordt dat nog eens extra aangescherpt. De minimale kwaliteitseisen en de solvabiliteitseisen zijn er gewoon. Het draait om goede zorg en dat blijft zo. Het voordeel van de frisse ogen die je binnenhaalt, zou kunnen zijn dat kan worden bekeken hoe een en ander slimmer kan worden georganiseerd, met minder bureaucratie en meer zeggenschap voor de patiënten en de mensen die er werken. Dat is het voordeel van de medezeggenschap van mensen die je van buiten naar binnen haalt. Maar er zitten ook risico's aan. Daarom hebben we extra voorwaarden in de wet opgenomen. Ik kom daar nog steeds niet aan toe, want ik heb weer een interruptie.

Mevrouw **Klever** (PVV):
Ik had nog een vraagje over die zeggenschap. Mevrouw Bouwmeester kan wel op papier in het amendement regelen dat aandeelhouders geen zeggenschap mogen hebben, maar in de praktijk heeft een private aandeelhouder natuurlijk wel zeggenschap, want hij kan altijd dreigen met het terugtrekken van zijn investering.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Dat klopt. Dat kunnen banken nu overigens ook. Als de jaarrekening niet wordt goedgekeurd, kunnen banken per direct hun geld opeisen en dan valt een ziekenhuis om. Dat is inderdaad zeer zorgwekkend.

Mevrouw **Klever** (PVV):

Hoe gaat u dat dan voorkomen? Uw amendementje helpt dus niet.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

De PVV heeft voor een wetsvoorstel gestemd met minder voorwaarden. Nu ligt er een beter wetsvoorstel. Er staan meer voorwaarden in het wetsvoorstel en in de amendementen. Maar nu heeft mevrouw Klever een heel grote mond. Zij bezigt heel grote woorden. Dat past haar niet.

De voorzitter:

Mevrouw Klever, tot slot.

Mevrouw **Klever** (PVV):

Die grote mond laat ik voor mevrouw Bouwmeester. Volgens mij heeft mevrouw Bouwmeester hier een heel grote mond. Ik heb een kleine correctie. Laten we het wel even bij de feiten houden. De PVV heeft helemaal nergens voor gestemd, want we hebben nog helemaal niet over dit wetsvoorstel gestemd. Mevrouw Bouwmeester kan dat dus helemaal niet zeggen. Zij weet ook helemaal niet welke voorwaarden wij daaraan gesteld hebben. Zij had misschien even naar mijn termijn moeten luisteren. Daarin heb ik precies gezegd welke voorwaarden wij eraan hadden gesteld.

Maar ik kom even terug op de zeggenschap. Maakt dit wetsvoorstel, met al die waarborgen die in feite "nepwaarborgen" zijn, ziekenhuizen niet veel kwetsbaarder?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Het korte antwoord is nee, maar ik heb wel gelezen dat er een regeer- en gedoogakkoord was, waar het CDA en de PVV voor hebben getekend, op basis waarvan er minder voorwaarden aan deze wet verbonden waren dan er nu in staan. Ik vond het wel aardig dat de heer Slob zei: er ligt nu een beter voorstel, maar nu zijn de partijen die er toen voor waren, erop tegen. Dat is een beetje gek. Als het voorstel verbetert, zou je verwachten dat mensen er dan voor zijn. Maar iedereen heeft recht op het veranderen van zijn mening. Dat is helemaal niet erg. Het kan te maken hebben met voortschrijdend inzicht. Je kunt soms in coalitiebelang een deal sluiten. Dat maakt helemaal niet uit.

De voorzitter:

Heeft mevrouw Bruins Slot nog ...

Mevrouw **Klever** (PVV):

Ik maak een persoonlijk feit, want ik word hier aangesproken, mevrouw de voorzitter.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Het gaat uiteindelijk over de positie van een ziekenhuis, die heel kwetsbaar is. De positie van een ziekenhuis is nu kwetsbaar, want als er geen goedkeuring door de accountant wordt gegeven, kan de bank per direct het geld opeisen. Dat probleem hebben we dus nu en dat probleem blijven we in allerlei constructies houden. Een investeerder in de zorg is er alleen niet op uit om zijn geld terug te trekken. Hij wil dat het ziekenhuis goede zorg verleent, dat er veel patiënten heen gaan, dat het goed gaat, dat er op lange termijn rendement is en dat hij daar als beloning geld voor krijgt. Die angst van mevrouw Klever is dus deels onterecht.

De voorzitter:

Mevrouw Klever heeft een persoonlijk feit. Wat is het persoonlijk feit?

Mevrouw **Klever** (PVV):

Mevrouw Bouwmeester zegt elke keer dat de PVV ervoor gestemd heeft. Ik wil toch echt even duidelijk maken dat de PVV helemaal nergens voor gestemd heeft en dat we het hele debat nog helemaal niet gevoerd hebben. Dat wil ik dus even corrigeren.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Excuus, mevrouw de voorzitter, de PVV heeft getekend voor een gedoogakkoord waarin staat dat zij instemt met het toenmalige voorstel. Dat is overigens niet in de Kamer besproken, maar daar is toen wel voor getekend. Daar mag iedereen zijn eigen conclusies aan verbinden.

Mevrouw **Klever** (PVV):

Dat is de reden dat Rutte I ook niet meer bestaat.

De voorzitter:

Mevrouw Bruins Slot, hebt u een vraag over een ander onderwerp? U hebt net al een interruptie geplaatst op dit punt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik heb alleen een procedureel punt. Ik wil graag precies weten van mevrouw Bouwmeester wat het nummer van het amendement is, waarin zij de medezeggenschap heeft geregeld.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Daarin hebben wij meerdere dingen geregeld. Wij hebben twee amendementen ingediend en wel onder de nummers 19 en 20.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik wil graag het nummer van het amendement weten, waarin het punt van medezeggenschap is geregeld. Ik kan het er namelijk niet uithalen. Daarom vraag ik via de voorzitter of mevrouw Bouwmeester kan laten weten dat het punt van medezeggenschap expliciet geregeld is en dat aandeelhouders niet meer de volledige zeggenschap in het

ziekenhuis kunnen krijgen. Waar wordt dat expliciet onder welk lid en welke sub in de amendementen geregeld?

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Dat heb ik niet gezegd. Dat staat ook niet zo letterlijk in een amendement.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik kan ook niet terugvinden in het amendement waar mevrouw Bouwmeester heeft gezegd dat iemand die in een ziekenhuis investeert niet voor 100% eigenaar mag worden. Dat is feitelijk wat zij zojuist zei. Zij wilde niet dat aandeelhouders beslissen wat er inhoudelijk in een ziekenhuis gebeurt. Om die reden heeft zij een amendement ingediend. Ik zie echter niet waar dat in het amendement staat.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik ook niet.

De voorzitter:

Dan geven wij mevrouw Bouwmeester de gelegenheid om toe te lichten waar dat staat. Daarna vervolgt zij haar betoog.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Dat is fijn, want dat heb ik namelijk ook helemaal niet gezegd. Het gaat erom dat een ziekenhuis aan voorwaarden moet voldoen. Die heb ik zojuist genoemd. Die voorwaarden hebben betrekking op onder andere kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid. Dat zijn de eisen waaraan moet worden voldaan. De vrees- en doemscenario's die mevrouw Leijten noemde, heb ik weerlegd door te zeggen dat voorwaarden in de wet zijn gesteld. Ik wil graag heel uitgebreid over de amendementen spreken, maar dan moet ik op een andere manier door mijn spreektekst heen. Ik kijk de voorzitter dan maar even aan, want nu wordt het bijna een debatje voor drie.

De voorzitter:

Nee, dat gaan we niet doen. We hebben zojuist interrupties gehad op dit punt. U vervolgt uw betoog. Als er nog vragen zijn over de toelichting op het amendement, geef ik daarvoor aan het einde van deze ronde de gelegenheid.

Mevrouw Leijten (SP):

Voorzitter ...

De voorzitter:

Dank u wel! Mevrouw Bouwmeester vervolgt haar betoog. Als u nog vragen hebt over haar conclusie, geef ik u aan het einde van haar betoog de gelegenheid.

Mevrouw Leijten (SP):

Dan rest mij de opmerking dat ik het gek vind dat het niet aangewezen kan worden ...

De voorzitter:

Prima. U hebt dat heel duidelijk gemaakt en ik heb zojuist mevrouw Bouwmeester het woord gegeven.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Na het gedoogakkoord van VVD, CDA en PVV is dit voorstel in het regeerakkoord van de VVD en de PvdA gekomen met twee extra voorwaarden, waardoor investeren slechts aantrekkelijk wordt voor de lange termijn. Ik noem een aantal voorwaarden waaraan moet worden voldaan om te investeren en vervolgens te belonen met een uitkering. Er mag geen winst worden uitgekeerd wanneer de IGZ een sanctie heeft opgelegd aan een instelling. De winst mag pas worden uitgekeerd na een extra beoordeling van de kwaliteitseisen door de IGZ. Er mag pas drie jaar na de eerste investering winst worden uitgekeerd en dit moet voorkomen dat investeerders instappen met een kortermijn-perspectief. Er mag pas winst worden uitgekeerd na een toets van de financiële reserves. Hiermee wordt geborgd dat aanbieders de medisch-specialistische zorg kunnen blijven voldoen. Er mag geen winst worden uitgekeerd wanneer een zorgaanbieder steun geniet van de rijksgarantieregeling of steun heeft van de NZa. Publieke steun verhoudt zich namelijk slecht met private winst.

De PvdA heeft nog twee aanvullende voorwaarden in de amendementen staan. Het wetsvoorstel is vooral gericht op het aantrekken van investeringen en als gevolg daarvan het mogelijk maken om geld uit te keren als tegenprestatie. Dit streven mag niet ten koste gaan van de zorg, bijvoorbeeld doordat de zorgaanbieder een kwalitatief goed en logisch in de portefeuille passend zorgaanbod toch afstoot of beëindigt, louter om de winst te maximaliseren. Ook de zorgverlening aan de cliënt mag niet lijden onder het winstoogmerk. De introductie van een toets op de kwaliteit en de continuïteit door de IGZ en de NZa gezamenlijk kan onaanvaardbare risico's voor de publieke belangen inzake kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg voorkomen.

Het tweede amendement is erop gericht om behalve de inhoudelijke voorwaarden een termijn van drie jaar — een extra trap — in te voeren om investeringen op langere termijn te bevorderen. Wanneer aan alle voorwaarden is voldaan, mag in het vierde jaar slechts de helft van de winst worden uitgekeerd en pas in het vijfde jaar het geheel. Daarmee maken we de winstuitkering onaantrekkelijk voor snelle jongens, terwijl dit geen afbreuk doet aan de mogelijkheid voor investeerders die voor de lange termijn kapitaal willen verschaffen aan een ziekenhuis.

Naast de wettelijke regeling vraagt dit voorstel ook om goed bestuur, gericht op kwaliteit, op zinnige en zuinige innovatie, sociale innovatie en een mens- en patiëntgerichte houding.

De voorzitter:

Mevrouw Bouwmeester ...

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Mag ik even mijn alinea afmaken? Dat helpt. Ik maak toch even mijn alinea af, want dan is het rond en dat is volgens mij handiger. Naast die amendementen en naast de wet is er een systeem nodig dat de uitkomst beloont in plaats van

de behandeling, een fijnmazig nbi, en inzicht in waar de overschrijdingen plaatsvinden, zodat die gericht teruggehaald kunnen worden. Er moet inzicht zijn in praktijkvariatie, zodat onderlinge vergelijking het zorgaanbod kan verbeteren, kosten kunnen worden verlaagd en verspilling kan worden voorkomen. Dat is ons uitgangspunt. Graag een reactie van de minister hierop. Wanneer kunnen wij de voorstellen hierover, die al in voorbereiding zijn, in de Kamer verwachten?

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Het amendement op stuk nr. 20 is een interessant amendement. Mevrouw Bouwmeester heeft daarin iets geschreven waarover ik graag verdere uitleg wil. Zij zegt: gedurende de tijd dat er wel een positief resultaat wordt behaald maar geen winst mag worden uitgekeerd of slechts gedeeltelijk mag worden uitgekeerd — de eerste vier tot vijf jaar — zal het batig saldo geïnvesteerd moeten worden of aan de reserves moeten worden toegevoegd. Kan mevrouw Bouwmeester wat beter uitleggen wat zij bedoelt met de uitspraak dat het batig saldo geïnvesteerd moet worden of aan de reserves moet worden toegevoegd?

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Wat begrijpt u er niet aan? Er liggen twee opties voor. Wilt u een waardeoordeel over een optie, wilt u het ranken?

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Het batig saldo moet geïnvesteerd worden. Waarin mag het batig saldo allemaal worden geïnvesteerd? Is dat alleen in het ziekenhuis, is dat buiten de ziekenhuizen, is het voor de patiëntenbeweging? Er staan geen beperkingen bij. Het kan ook aan de reserves worden toegevoegd. Bedoelt mevrouw Bouwmeester dan de reserves voor de solvabiliteitspositie, de reserves van het ziekenhuis zelf of van de bv's en de stichtingen die er zijn? Graag een nadere toelichting. Deze formulering is zo ruim dat het geld nog alle kanten op kan.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Dat is ook de bedoeling, een ruime formulering.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Het batig saldo mag het bestuur dus ook buiten het ziekenhuis investeren, dus ook in bv's die het heeft opgericht of andere instellingen die het misschien ondersteunt. Het hoeft niet terug te komen in de zorg voor het ziekenhuis.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Het doel is dat het ten gunste komt van de zorg.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik heb een andere vraag.

De voorzitter:

Dan stelt u die.

Mevrouw Leijten (SP):

Mevrouw Bouwmeester wil allerlei waarborgen voor de winstuitkering om te voorkomen dat er alleen aan winstmaximalisatie wordt gedaan. Wat nu als iemand het ziekenhuis koopt, snel heel veel verandert waardoor het ziekenhuis wellicht aantrekkelijker wordt en onrendabele behandelingen niet meer worden gedaan, en het dan weer met winst verkoopt? Dat kan toch gewoon volgens dit wetsvoorstel?

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Nee, dat kan niet en daarom heb ik een amendement ingediend. Dat is het amendement op stuk nr. 19.

Mevrouw Leijten (SP):

Het zijn allemaal amendementen die toezien op het kunnen uitkeren van winst. Wat als iemand een ziekenhuis koopt en het met winst weer verkoopt? Dan verschuift het eigendom. Daarin voorziet geen enkel amendement en ook het wetsvoorstel doet dat niet. Vindt mevrouw Bouwmeester het wenselijk dat er op dat moment gecash kan worden?

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Ik deel de redentatie van de SP niet.

Mevrouw Leijten (SP):

Dus volgens mevrouw Bouwmeester kan het zo zijn dat je aandeelhouder wordt en dat je vijf jaar lang aandeelhouder moet zijn totdat er 100% winst kan worden uitgekeerd. De mogelijkheid dat de aandeelhouder de boel met winst verkoopt, zou er niet zijn. Daar moet ik even over nadenken.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Dat is natuurlijk altijd goed, als iemand erover nadenkt. Dit voorstel gaat over het investeren in de zorg. Er worden voorwaarden gesteld waaronder het geld kan worden uitgekeerd. Geld voor de zorg wil je immers niet zomaar ergens anders hebben. Je wilt ook niet dat er sprinkhanen komen of cowboys — de termen zijn al door de zaal gevlogen. Je wilt waarborgen hebben waaronder mag worden uitgekeerd.

Je kunt er op twee manieren naar kijken. Je kunt zeggen: het glas is per definitie leeg, alles is slecht, alles is verkeerd, er komen alleen maar slechte mensen met de allerslechtste bedoelingen, die patiënten het liefst het ziekenhuis ziek uitsturen in plaats van hen te helpen. Je kunt ook kijken wat de praktijk is. Er zijn ziekenhuizen die heel innovatief bezig zijn. Die werken bijvoorbeeld samen met een groot bedrijf, waarvan ik de naam niet mag noemen. Zij bekijken samen welke apparaten en behandelingen zij bijvoorbeeld op het gebied van oncologie kunnen inzetten, waardoor mensen sneller en beter worden geholpen en je uiteindelijk de kosten drukt. Dat is een belangrijke innovatie op het gebied van techniek en het is een sociale innovatie. Daar is geld voor nodig. Als je toestaat dat een bedrijf daarin investeert, dan helpt dat het ziekenhuis en de patiënt. Het grote bedrijf zal in dat geval zeggen dat er op lange termijn misschien andere ziekenhuizen gebruik willen maken van de techniek. Als het rendeert, wil hij daar winst van hebben want dan kan hij weer verder met een nieuwe innovatie. Zo kun je ook naar het wetsvoorstel kijken. Dat is de manier

waarop de Partij van de Arbeid ernaar kijkt. Wij vinden het positief.

Wij zijn echter niet naïef. We hebben ook de risico's benoemd. Daarom hebben we een extra toets waaronder de wet mag worden uitgevoerd, zodat de vitale functies in het ziekenhuis overeind blijven en je geen ziekenhuis overhoudt met alleen maar zeer winstgevende behandelingen. Het moet een breed ziekenhuis blijven. Onder die voorwaarden vertrouwen wij erop dat het op een goede manier in de praktijk uitvoering vindt. We blijven het uiteraard kritisch volgen.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik heb nog steeds geen antwoord gekregen op de vraag of de Partij van de Arbeid het goed vindt dat een aandeelhouder in de toekomst de verantwoordelijkheid krijgt over publieke zaken. Dat was mijn allereerste vraag aan mevrouw Bouwmeester. Toen kreeg ik als antwoord dat ze een amendement over dit aspect had ingediend. Dat kan ik echter niet lezen als een voorstel dat er helemaal geen zeggenschap of verantwoordelijkheid bij de aandeelhouder terecht komt. Mijn vraag blijft staan: vindt de Partij van de Arbeid nog steeds dat aandeelhouders niet de verantwoordelijkheid moeten krijgen over het publieke belang van de gezondheidszorg?

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Ik heb deze vraag al heel vaak beantwoord. Mevrouw Leijten mag de vraag nog twintig keer stellen, maar het antwoord blijft hetzelfde.

Mevrouw Leijten (SP):

Dan is de vraag waarom mevrouw Bouwmeester het mogelijk maakt dat er aandeelhouders komen die, zoals de VVD zegt, mede-eigenaar worden en vervolgens gaan sturen op lage kosten en innovatie in het ziekenhuis. Zij gaan dus de inhoud bepalen.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Dat is een heel relevante vraag, want het is precies wat wij beogen met dit wetsvoorstel.

Mevrouw Leijten (SP):

Oké, dus mevrouw Bouwmeester zei bij de eerste lezing van het wetsvoorstel dat het onwenselijk is dat een aandeelhouder de verantwoordelijkheid krijgt over publiek bezit, namelijk de gezondheidszorg, maar nu zegt ze dat het juist de bedoeling is. Dat is juist, zo is mijn lezing van het wetsvoorstel ook, maar dan heeft zij een draai van 180 graden gemaakt.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Nee, voorzitter. Mevrouw Leijten trekt haar eigen conclusies en als zij geen antwoord krijgt dat ze graag wil horen, zegt ze dat mensen niet goed luisteren of het niet begrijpen. Het gaat niet om de alleenzeggenschap. Het mooie, maar tegelijkertijd ingewikkelde, van een ziekenhuis is dat hét ziekenhuis van niemand is. Je hebt een bestuur, een financiële directie, je hebt soms maatschappen. Hét ziekenhuis

bestaat niet. Daar is niet één persoon verantwoordelijk voor. Als een groot bedrijf wil investeren in de afdeling oncologie waardoor betere technieken en een betere behandeling mogelijk zijn, heeft dat bedrijf medezeggenschap over de vraag hoe het traject ingestoken wordt. Nogmaals: het gaat om medezeggenschap. Als je een goede innovatie hebt — dat is precies wat we willen en precies wat de VVD heeft gezegd — dan heb je ook zeggenschap. Hoe organiseren we dat samen rondom die patiënt? Dat is wat wij willen hebben.

Mevrouw Leijten heeft er overigens wel gelijk in dat wij eerst tegen het wetsvoorstel waren. We hebben het regeerakkoord getekend waarin we vóór het wetsvoorstel zijn, maar ik moet er eerlijk bij bekennen dat het niet alleen door het regeerakkoord komt dat wij voor deze wet zijn, maar ook door de praktijk. Banken lenen ziekenhuizen geen geld meer, ziekenhuizen dreigen daardoor om te vallen en innovaties staan stil. Als in dat geval de enige mogelijkheid is dat je een langetermijninvesteerder hebt die zich kan richten op betere, slimmere en duurzamer behandelingen voor patiënten, dan moet je dat doen. Daarom zijn wij voor.

Mevrouw Leijten (SP):

De Partij van de Arbeid ziet de huidige praktijk als aanleiding om private investeerders aan te trekken. Het zou ook de aanleiding kunnen zijn voor een publieke oplossing. De overheid zou weer kunnen gaan werken aan garantstellingen, waardoor de leningen weer loskomen. Is het niet dát beleid geweest dat ertoe heeft geleid dat er nu geen financiering voor de ziekenhuizen meer is? In dat geval zou mevrouw Bouwmeester niet de vlucht naar voren nemen, maar zeggen dat we de publieke garantstelling voor de leningen herstellen. Op die manier krijgt niet de aandeelhouder zeggenschap, maar krijgen wij weer publieke zeggenschap. Daar had mevrouw Bouwmeester ook voor kunnen kiezen.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Publieke zeggenschap is altijd goed.

Mevrouw Leijten (SP):

Waarom heeft de PvdA daar dan niet voor gekozen?

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Ziekenhuizen krijgen geen financiën meer omdat de financiering heel complex en onzeker is en omdat er gewoon veel minder patiënten zijn, waardoor er minder inkomsten zijn. Wij moeten dus op een heel andere manier naar een ziekenhuis kijken.

Mevrouw Leijten (SP):

Ziekenhuizen krijgen ook geen garantstellingen meer van de overheid. Het is een belangrijk signaal geweest dat een minister een ziekenhuis failliet mocht laten gaan en dat een minister, ook een PvdA-minister, een ziekenhuis mocht laten opkopen door aandeelhouders die hun gang konden gaan. Dat is bijvoorbeeld gebeurd in Amsterdam. Dat is een belangrijk signaal geweest. Als de overheid geen garantstellingen meer afgeeft, leidt dat ertoe dat de banken hogere rentes vragen en minder bereidwillig zijn om geld

te lenen. Als de overheid zou zeggen dat zij garant staat of zorgt voor een publiek waarborgfonds voor de zorg, dan zou dat hetzelfde effect hebben als het aantrekken van aandeelhouders. Ik had gehoopt dat de PvdA voor de publieke oplossing in plaats van de private oplossing had gekozen.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Het is geen geheim dat wij zeer voor publieke oplossingen zijn. Hoe meer publieke zeggenschap, hoe beter. Wij zitten nu echter in deze situatie. Het verschil tussen de SP en de PvdA is dat wij proberen er het beste van te maken, een stap vooruit willen zetten en willen gaan voor de beste zorg en innovatie. Dat willen wij doen met waarborgen, veel waarborgen. De SP blijft echter stilzitten. Dat is haar keus.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik mocht aan het eind nog een feitelijke vraag stellen over de amendementen. Het is mij nog niet helemaal duidelijk. Mijn vraag aan mevrouw Bouwmeester is of zij in de amendementen geregeld heeft dat de zeggenschap van de investeerders beperkt wordt tot een medezeggenschap.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Nee, want dat is al in de wet geregeld.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Mevrouw Bouwmeester antwoordt met nee. Dat is een helder antwoord. Daarna zei zij dat al in de wet geregeld is dat het alleen maar om medezeggenschap gaat. Hoe is dat precies in de wet vormgegeven?

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Hoe ga ik dit netjes zeggen? Ik heb deze vraag al een paar keer beantwoord. "Het ziekenhuis" bestaat niet. Er is niet één eigenaar of één directeur van het ziekenhuis die alles bepaalt. Dat is maar goed ook. De absolute zeggenschap zal dus nooit bij één persoon komen te liggen. Momenteel lenen ziekenhuizen of maatschappen geld bij banken, waarvoor zij een hoge rente betalen. Dat kan nu voor een deel ondervangen worden door investeerders. Aan investeerders betaal je geen rente, maar keer je dividend uit. Het verschil tussen een investeerder en een bank is dat een investeerder medezeggenschap krijgt over het deel dat hij inbrengt. Daaraan moeten voorwaarden verbonden worden. Die voorwaarden staan in het regeerakkoord en in de wet. Daarnaast hebben wij over dit punt twee amendementen ingediend. Op die manier proberen wij de zaak te borgen.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik stel mijn vraag omdat het wetsvoorstel ervoor zal zorgen dat de status van een ziekenhuis kan veranderen. Een ziekenhuis kan bijvoorbeeld veranderen van een stichting in een bv. In een bv ligt de zeggenschap bij de aandeelhouders. In feite vraag ik aan mevrouw Bouwmeester op welke manier zij de juridische entiteit van een bv op het punt van de zeggenschap verandert? Zij merkte op dat de zeggenschap wordt beperkt, dus ik dacht dat er op dat vlak misschien iets zou gebeuren. Ik begrijp nu dat er op dat vlak niets wordt gedaan.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Nu begrijpen wij elkaar. Ik begrijp nu de vraag van mevrouw Bruins Slot. Wij hebben bekeken hoe wij ervoor kunnen zorgen dat de zeggenschap die een investeerder krijgt op zodanige wijze wordt ingezet dat die de kwaliteit van zorg en de innovatie ten goede komt, waardoor het beter gaat met het ziekenhuis, als gevolg waarvan er geld kan worden uitgekeerd. Daar hebben wij voorwaarden aan verbonden. Voor een deel staan die al in de wet. Ik noem de eisen voor toegang, de kwaliteitseisen en de solvabiliteitseisen, waarmee wordt voorkomen dat er gekke dingen gebeuren waardoor de kwaliteit naar beneden gaat of het ziekenhuis omvalt. Dat staat allemaal in de wet. Dat proberen wij via onze amendementen extra te versterken. Voor ons is heel belangrijk wat het betekent voor de patiënt. De patiënt wil gewoon weten of hij goede zorg krijgt en of er goed met het geld wordt omgegaan. Ook wij willen dat weten. Daarom hebben wij juist naar dit punt heel precies gekeken. Dat zijn ook de voorwaarden waar de Tweede Kamer op kan sturen. In dat opzicht hebben wij er vertrouwen in dat de financiële positie van ziekenhuizen kan verbeteren met de extra voorwaarden die zijn gesteld. Ook de innovatie kan verbeteren, wat weer goed is voor patiënten. Wij zijn echter niet naïef. We hebben wel waarborgen ingebouwd om verkeerde zeggenschap te voorkomen.

De voorzitter:

Hiermee zijn wij aan het eind gekomen van de eerste termijn van de Kamer. Om 20.00 uur zetten wij de behandeling voort, te beginnen met de eerste termijn van de zijde van het kabinet.

De vergadering wordt van 18.51 uur tot 20.09 uur geschorst.

De voorzitter:

We hebben even een bijzondere situatie, doordat de apparatuur ons in de steek laat en de minister daardoor niet staand plaats kan nemen in vak-K, het regeringsvak. Als de minister gaat zitten in vak-K, is het beeld onduidelijk. Bovendien zal de microfoon het daar, doordat de apparatuur aan elkaar gelinkt is, ook niet goed doen. De minister heeft er daarom in bewilligd om te spreken vanaf het spreekgestoelte voor de leden. Dat is natuurlijk een beetje bijzonder, al heeft zij dat eerder gedaan, in een ander leven. Het is dus een bijzondere gelegenheid dat de minister vanaf die positie de Kamer zal antwoorden, tenzij een van de leden een meerderheid kan vinden in de Kamer die zich daartegen verzet. Mevrouw Bouwmeester?

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Het is heel verleidelijk, voorzitter. Nee hoor, ik wilde zeggen: minister, welkom in onze Kamerzaal.

De voorzitter:

Dan geef ik nu het woord aan de minister, maar niet nadat ik heb gezegd dat wij hebben afgesproken dat er maximaal vier interrupties geplaatst zullen worden.



Minister Schippers:

Voorzitter. Het voelt toch wel een beetje vertrouwd, moet ik zeggen. Al is het bijzonder. De bankencrisis heeft ertoe geleid dat de eisen die wij aan banken stellen fors zijn verhoogd. De banken stellen zich op hun beurt veel kritischer op als het gaat om kredietverlening. Dat was ook de bedoeling van die strengere eisen. De kredietkraan is daardoor behoorlijk dichtgegaan. Daarnaast lopen onze ziekenhuizen meer risico. Doordat wij het systeem zo hebben ingericht dat ziekenhuizen die het minder goed doen ook minder patiënten krijgen, is het uitlenen van geld aan ziekenhuizen ook riskanter geworden. De overheid redt ook geen instellingen die het financieel niet meer bolwerken. De overheid richt zich in dat geval op de continuïteit van cruciale zorg voor patiënten.

Er is in de ziekenhuissector een probleem. Er is geld nodig voor vernieuwing, voor kwaliteit, voor aanpassingen aan gebouwen en voor nieuwe apparatuur. Het eigen vermogen is echter laag en de veranderende wereld en risico's leiden tot hogere rentes, waardoor dus geld naar de bank gaat in plaats van naar de zorg. Als ik dat probleem beter had kunnen oplossen dan met dit wetsvoorstel, had ik dat gedaan. Ik weet immers dat een aantal leden er erg kritisch over is. Wij hebben ook naar een andere oplossing gezocht, maar die niet gevonden. In een zorgstelsel dat uitgaat van private ziekenhuizen die zelf hun broek ophouden, moeten die ziekenhuizen ook de ruimte krijgen om dat te doen.

Het wetsvoorstel dat vandaag voorligt, geeft ziekenhuizen de kans om geld van buiten de zorg aan te trekken, waardoor er meer geld de zorg inkomt en dus het eigen vermogen van die ziekenhuizen stijgt. Daarmee daalt bovendien het risico en dus ook de rente op leningen. Dat betekent meer geld de zorg in en minder geld te zorg uit. In Nederland hebben wij enorme pensioenfondsen. Die pensioenfondsen mogen overal in beleggen en in de hele wereld, maar niet in de ziekenhuiszorg. Zij mogen overigens wel investeren in geneesmiddelenontwikkeling, in hulpmiddelenbedrijven, in eerstelijnscentra, in huisartsenpraktijken, in fysiotherapie, in thuiszorg, in kraamzorg of in psychotherapeutenpraktijken. Dat mag allemaal wel, maar bij de medisch-specialistische zorg hebben wij een verbod ingesteld.

Ook internationaal gezien is het verbod op het geven van een vergoeding voor beschikbaar gesteld kapitaal eerder uitzondering dan regel. Slechts in twee landen bestaat een vergelijkbare beperking, namelijk in België en in Oostenrijk. Scandinavië wordt voor velen vaak als voorbeeld gezien, ook waar het gaat om de zorg. In het Sankt Görans ziekenhuis in Zweden, maar ook in de Helios Klinieken in Duitsland zien wij dat de invloed van externe investeerders enorme kwaliteitsverbeteringen heeft gebracht. Helios heeft een innovatief kwaliteitsmanagementsysteem opgezet dat inmiddels door zo'n 200 ziekenhuizen is overgenomen. Het Sankt Görans ziekenhuis heeft de efficiency sterk verhoogd zonder de kwaliteit aan te tasten. Private investeerders kunnen kennis meebrengen, bijvoorbeeld uit de vliegtuigsector. Denk aan de manier waarop KLM omgaat met veiligheid of de manier waarop DSM dat doet.

Waar wij nu naar hebben gezocht, is een manier om de langetermijninvesteerders naar de zorg krijgen. Dat zijn de investeerders die wij willen hebben, investeerders die er

belang bij hebben dat het goed gaat met het ziekenhuis. Als het goed gaat, stijgt immers de waarde van het ziekenhuis en dus de waarde van de aandelen. Dat is goed. Tegelijkertijd willen wij investeerders die zich richten op de korte termijn, hier de sprinkhanen en de cowboys genoemd, weren. In dit wetsvoorstel hebben we vijf grendels op de deur gezet. Er worden vijf voorwaarden gesteld, die ervoor moeten zorgen dat we wel te maken krijgen met de voordelen, maar niet met de ongewenste bijwerkingen.

In de eerste plaats noem ik de kwaliteitstoets. De IGZ moet toetsten of de kwaliteit in orde is. Zij doet dat door te controleren of er een goed veiligheidsmanagementsysteem is. Zij past bovendien het toezichtkader Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid toe. De IGZ toetst dus ook of het bestuur "in control" is wat kwaliteit en veiligheid betreft.

In de tweede plaats geldt er een minimale investeringstermijn van drie jaar. Ik wil met dit wetsvoorstel stimuleren dat investeerders met een langetermijnperspectief in de zorg stappen. Investeerders die zich richten op de korte termijn, passen niet in de zorg. De termijn van drie jaar sluit volgens onderzoeken aan bij wat er gebruikelijk is voor investeerders. Dit is een gebruikelijke termijn voor investeerders. Dat blijkt uit het onderzoek van SEO.

In de derde plaats gelden er verschillende strenge financiële eisen voordat het mogelijk is om een vergoeding uit te keren voor beschikbaar gesteld kapitaal. Het uitkeren van een vergoeding mag er uiteraard niet toe leiden dat een instelling verarmd achterblijft. Zo mag de zorgaanbieder niet in de financiële problemen komen door de vergoeding. Ook moet de zorgaanbieder over 20% solvabiliteit beschikken, waarbij resultaten ook daadwerkelijk moeten zijn gerealiseerd. Een positief resultaat als gevolg van bijvoorbeeld herwaardering van gebouwen mag hierbij niet worden meegerekend. Ook moet de zorgaanbieder ten minste drie jaar een positief resultaat hebben behaald op de reguliere bedrijfsvoering. Alleen financieel gezonde aanbieders mogen dus een vergoeding uitkeren voor het aangetrokken kapitaal.

In de vierde plaats heeft het bestuur het recht, het besluit goed te keuren van de aandeelhouders om een vergoeding voor aangetrokken kapitaal uit te keren. Het bestuur mag deze vergoeding weigeren indien men voorziet dat de zorgaanbieder hierdoor in de financiële problemen komt. Geeft het bestuur toestemming en komt de zorgaanbieder toch in de financiële problemen, dan kan het hoofdelijk aansprakelijk worden gesteld voor het uitgekeerde bedrag. De raad van toezicht heeft het recht, advies te geven bij het besluit tot het uitkeren van een vergoeding voor beschikbaar gesteld kapitaal. Ik verwacht dat de raad van toezicht bij deze beoordeling vooral naar de langetermijnperspectieven zal kijken.

In de vijfde plaats is het verboden om winst uit te keren als zorgaanbieders overheidssteun ontvangen. Het mag duidelijk zijn dat een dergelijke situatie zich niet verhoudt met het verstrekken van een vergoeding voor beschikbaar gesteld kapitaal. Ik ben van mening dat met deze voorwaarden een goede mix is gevonden van enerzijds het stimuleren van private instellingen in de zorg en anderzijds het beschermen van de publieke belangen.

Ik kom op de werking van de voorwaarden. Het scheppen van investeringsmogelijkheden voor medisch-specialistische zorg is nodig om ervoor te zorgen dat er voldoende kapitaal beschikbaar is en blijft. Dat is nodig voor innovaties, kwaliteitsverbetering, vernieuwing van vastgoed en dat soort zaken. Ik erken dat in een situatie waarin private kapitaalverschaffers betrokken zijn bij de medisch-specialistische zorg, er een extra oog moet zijn voor de publieke belangen. Daarom zijn vooraf voorwaarden gesteld. Dat is ook aanbevolen door SEO, dat onderzoek heeft gedaan. Dit geldt ook voor het monitoren van eventuele effecten. Ik wil juist een extra vinger aan de pols houden om de eventuele effecten op publieke belangen goed in de gaten te houden en zo nodig te kunnen bijsturen.

Mij is gevraagd met welke partijen ik gesproken heb over dit voorstel. Ik zou daarop eigenlijk de volgende vraag willen stellen: met welke partijen heb ik niet gesproken? Ik heb, zeker vóór januari, met zo'n beetje alle partijen in de Kamer gesproken. Ik heb inderdaad niet met mevrouw Leijten gesproken, dat geef ik toe. Dat heb ik niet gedaan, omdat ik niet de indruk had dat mevrouw Leijten zich door mij zou laten overtuigen. Vanuit haar idee over hoe de zorg georganiseerd zou moeten worden, kan ik dat ook heel goed begrijpen. Het is dus waar: die kans heb ik niet gepakt. Maar verder heb ik met zo'n beetje iedere partij wel gesproken. Ook na januari zijn die gesprekken doorgegaan.

De voorzitter:

Ik zie dat mevrouw Leijten de minister wil interrumpen. Voordat ik haar daarvoor het woord geef, gaan we even proberen of we de minister kunnen laten terugkeren naar haar eigen plek. Ik zie namelijk dat de technische problemen zijn opgelost.

Minister Schippers:

O, dat is me helemaal niet opgevallen!

De voorzitter:

Ik hoor van de Kamerbode dat het geruisloos is gegaan.

De voorzitter:

We testen even of de microfoon bij de minister het doet. Ik hoor dat die het doet. Ik geef het woord aan mevrouw Leijten.

Mevrouw Leijten (SP):

In de beantwoording van deze vraag, die ik ook schriftelijk heb gesteld, zegt de minister dat met zes partijen over het wetsvoorstel is gesproken sinds januari 2014. Ik wil graag weten welke partijen dat zijn en of dat de Eerste of de Tweede Kamerfracties betrof van deze partijen.

Minister Schippers:

VVD, PvdA, ChristenUnie, SGP, D66 en CDA en dat waren Tweede Kamerfracties. Het is echter niet zo dat ik Eerste Kamerfracties niet spreek. Ik spreek heel veel Eerste Kamerleden en in deze periode heb ik ook Eerste Kamerleden gesproken.

Mevrouw Leijten (SP):

Hebt u met Eerste Kamerleden van het CDA gesproken voordat u besloot dat de behandeling van het wetsvoorstel voortgezet kon worden?

Minister Schippers:

U bedoelt of ik het even weer terug heb genomen?

Mevrouw Leijten (SP):

Wij hebben in mei bericht gekregen dat het wetsvoorstel door kon. Was dat nadat u met de CDA-fractie had gesproken of daarvoor?

Minister Schippers:

De CDA-fractie had daar eerlijk gezegd niet heel veel invloed op, maar voordat ik het wetsvoorstel weer in de Kamer heb gebracht, heb ik inderdaad met het CDA gesproken, maar niet vlak daarvoor. Dat was al weer maanden geleden. Ik weet niet precies wanneer, maar ik heb eerlijk gezegd zo'n beetje alle partijen al eerder gesproken het afgelopen jaar. Sinds januari heb ik ook met het CDA gesproken.

Mevrouw Leijten (SP):

Waar ik naar op zoek ben, is of er een afspraak, een deal is. We weten dat deze regering, omdat ze geen meerderheid in de Eerste Kamer heeft, afspraken maakt met fracties in de Tweede Kamer, maar ook met die in de Eerste Kamer. Ik ben daar gewoon benieuwd naar. Ik vind namelijk dat in het kader van transparantie helder zou moeten zijn, als er afspraken liggen, met wie die gemaakt zijn. Maar ik maak uit de woorden van de minister op dat dat niet zo is.

Minister Schippers:

Nee. Als u dat gevraagd had, had ik dat meteen kunnen zeggen. Er is geen enkele deal gesloten. Als ik een deal sluit, breng ik dat meestal met een groot persbericht naar buiten, want daar ben ik dan altijd trots op, op zo'n deal. Maar er is hier helemaal geen deal gesloten. Dat neemt echter niet weg dat je natuurlijk heel vaak contact hebt met mensen, soms in het voorbijgaan, soms voor een afspraak. Soms heb je een afspraak die over heel iets anders gaat en komt zo'n wetsvoorstel zijdelings voorbij. Dat is hier ook gebeurd, maar er is geen enkele deal gesloten, behalve het regeerakkoord, maar dat had u al gelezen.

Voorzitter. De derde vraag van de CDA-fractie is waarom ik niet bij Financiën aanklop en waarom ik het probleem op deze manier oplos. Dit stelsel — dat overigens mede door het CDA ontworpen is — is een privaat stelsel binnen publieke randvoorwaarden. Het CDA heeft ook altijd hard ingezet op het feit dat dit een privaat stelsel is. Als je een privaat stelsel hebt, dan moet je uiteindelijk ook aan de voorwaarden voldoen en moet je, als je zegt dat een ziekenhuis zijn eigen broek moet ophouden, er ook voor zorgen dat een ziekenhuis zijn eigen broek kan ophouden. Als je niet wilt dat de ziekenhuizen aan een overheidsfonds of een overheidssubsidiestroom liggen, dan moeten zij toch op een andere manier aan kapitaal kunnen komen.

Wat wij nu hebben gedaan, is dat we tegen ziekenhuizen zeggen: die mogelijkheden sluiten wij uit, je kunt bij de bank

gaan lenen, maar dan moet je hogere rentes betalen, want de risico's nemen toe. Het stelsel is er namelijk op gebouwd dat je risico loopt en patiënten verliest als je het slecht doet. Dan moet men natuurlijk wel op een of andere manier het eigen vermogen kunnen opkrikken. Daar gaat het hier om. Het eigen vermogen heeft hier een hefboomfunctie. Als je een iets hoger eigen vermogen hebt, zie je dat meteen terug in de rentes die je moet betalen voor een lening. De bank denkt dan namelijk: oké, daar zitten extra investeerders, dus ik heb meer garantie en kan een lagere rente hanteren. De oplossing die hier is gekozen, kan dus eigenlijk niemand verbazen, want die past helemaal bij dit stelsel. Niet bij het stelsel van mevrouw Leijten, maar wel bij het stelsel zoals dat in 2006 van start is gegaan.

Dan is gevraagd hoe ik reageer op economen die zeggen dat investeringen op basis van private equity wankeler zijn dan die op basis van leningen, omdat banken er blijkbaar niet aan durven. Het is echter niet per definitie zo dat banken investeringen in de gezondheidszorg afhouden omdat ze die onrendabel achten. Zij kunnen het nut van een investering heel goed inzien, maar bepaalde investeringen kunnen te riskant zijn voor banken. Met andere woorden, het risico-profiel van een instelling op het punt van bijvoorbeeld innovatie, past niet altijd bij het risico dat een bank wil lopen. Bovendien zijn banken, gelet op nieuwe regelgeving, gebonden aan opgeschroefde eisen die aan de solvabiliteit worden gesteld. Daarom kunnen ze soms minder investeren. In de praktijk is het niet of-of, maar zal het eigenlijk standaard en-en zijn, al moet ik zeggen dat met dit wetsvoorstel niemand gedwongen wordt om winst uit te gaan keren. Het is een mogelijkheid die we creëren. Het hoeft niet. In landen waar die mogelijkheid bestaat, doet een heel groot deel van de ziekenhuizen het helemaal niet en een klein deel van het ziekenhuiswezen wel. Men heeft dan vaak én leningen van de bank én private investeerders.

Wie is straks de baas van het ziekenhuis? Is dat de aandeelhouder? En waar staat de patiënt? Ziekenhuizen zijn ook nu private instellingen en geen semipublieke instellingen. In een situatie waarin we aandeelhouders krijgen, blijft de raad van bestuur net zoals nu de baas van het ziekenhuis. De raad van bestuur is eindverantwoordelijk voor en belast met het besturen van de zorgorganisatie. De raad van toezicht houdt toezicht op het besturen door de raad van bestuur. Aandeelhouders kunnen eigenaar zijn. Dat hangt af van de grootte van hun aandeel. Stel dat het om meer dan 50% van de aandelen gaat, dan kunnen zij eigenaar zijn van het ziekenhuis en kunnen zij instructies geven aan het bestuur als dat in de statuten staat.

Zo'n aanwijzing mag er echter niet toe leiden dat het bestuur in strijd handelt met zijn wettelijke en statutaire verplichtingen voor het leveren van verantwoorde zorg aan patiënten. De maatschappelijke doelstelling en de patiënten moeten centraal blijven staan. Daar heeft de raad van bestuur een eigenstandige beslissing in, zoals gebruikelijk is in heel veel organisaties waar we private investeerders toestaan maar waar de organisatie een maatschappelijke onderneming is of maatschappelijke doeleinden heeft. Deze situatie is niet anders.

Patiënten hebben inspraak in het beleid van zorgaanbieders via de cliëntenraad. De cliëntenraad heeft hiertoe adviesrecht en verzwaarde adviesrechten. De ondernemingsraad

overlegt met de raad van bestuur over het beleid en de personeelsbelangen.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Het punt van zeggenschap vindt het CDA heel belangrijk. Het is goed dat de minister daarover duidelijkheid geeft. De juridische vorm van een ziekenhuis zal veranderen op het moment dat het de mogelijkheid tot winstuitkeringen wil hebben. Hoe zorgt de raad van bestuur ervoor dat de statuten daadwerkelijk goed luiden, dus dat de borging van de kwaliteit van zorg erin zit? Hoe kijkt de minister daartegen aan?

Minister Schippers:

Ik zei net dat het allemaal bv's worden, maar men kan ook voor de vorm van een coöperatie kiezen. Ook dan kun je winst uitkeren. Men kan zelf de vorm kiezen. In Nederland kan tussen verschillende vormen gekozen worden. Dat geldt hierbij net zo goed. De statuten worden gemaakt voor het ziekenhuis. Een ziekenhuis is een maatschappelijke onderneming en moet kwaliteit van zorg leveren. Als het dat niet levert, grijpt sowieso de inspectie in. Die verantwoordelijkheid geven we aan het bestuur. Er kan nooit in de statuten staan dat de raad van bestuur er niet toe geroepen is om dat te doen. Ongeacht de statuten worden automatisch de eisen gesteld aan een raad van bestuur dat er kwaliteit van zorg wordt geleverd, dat er een goede, transparante financiële huishouding is en dat er een goed jaarverslag wordt opgesteld waarin niet alleen staat hoeveel rente wordt betaald aan de bank, maar ook hoeveel dividend aan een aandeelhouder. Daar worden eisen aan gesteld. Dat moet voor andere instellingen en voor de zorg straks gewoon transparant zijn.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Eerder hebben we in de Kamer een debat gevoerd over de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Als een nieuwe instelling een toelating wil krijgen, moet zij de statuten overhandigen aan het ministerie. Het ministerie geeft daar dan een soort goedkeuring aan. We hebben toen besproken dat het misschien wenselijk zou zijn dat, als er aanzienlijke veranderingen zouden zijn in de statuten, het ministerie weer de kans krijgt om de statuten te bezien. De minister zou dat bestuderen. In het kader van dit wetsvoorstel is dat ook weer relevant. Is de minister misschien nu wel voornemens om ervoor te zorgen dat het ministerie de statuten weer ziet bij een grote wijziging daarvan en kan bezien of die in overeenstemming zijn met de WTZi?

Minister Schippers:

Volgens mij houden wij als ministerie daar geen toezicht op, maar doet de Inspectie voor de Gezondheidszorg dat. Als er grote wijzigingen in de statuten zijn, beoordeelt de inspectie of die correct zijn. Het ministerie doet dat niet. Ik weet niet zeker of wij dat bij de aanvraag van vergunningen zelf doen of dat de inspectie dit doet. Ik zie dat dit niet zo is, maar ik kom daar zo meteen op terug.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Als de minister daar in tweede termijn op wil terugkomen: graag.

Ik heb dan nog een vervolgvraag. Ik had met mevrouw Bouwmeester een goed debat over medezeggenschap en zeggenschap. Hoe kijkt de minister tegen medezeggenschap aan? Mevrouw Bouwmeester zei dat je er eigenlijk altijd voor zou moeten zorgen dat aandeelhouders een vorm van medezeggenschap hebben en nooit volledige zeggenschap. Ik wil graag dat er op dat punt geen onduidelijkheid meer bestaat. Het klopt toch dat de aandeelhouders ook volledige zeggenschap kunnen hebben?

Minister Schippers:

Wat ik uit het debat het begrepen — maar corrigeer mij als ik het fout zie — is dat mevrouw Bouwmeester het volgende heeft gezegd. Kun je nou zeggen dat het ziekenhuis van iemand is? Je hebt maatschappen in een ziekenhuis, die hebben een stem. Je hebt de or, die heeft een stem. Uiteindelijk worden een heleboel dingen in Nederland gemeenschappelijk bepaald. Een aandeelhouder kan een ziekenhuis echter gewoon voor 100% in bezit hebben. Kan hij dan zomaar alles met dat ziekenhuis doen als hij dat in bezit heeft? Nee, want je hebt allerlei eisen waaraan een ziekenhuis moet voldoen conform de wet. De inspectie houdt daar toezicht op. De NZa houdt daar toezicht op. Je hebt een bestuur dat het ziekenhuis bestuurt en dat daarvoor een eigenstandige verantwoordelijkheid heeft. Zo is dat ongeveer verdeeld.

De voorzitter:

Mevrouw Bouwmeester werd aangesproken. Ik geef haar dus de gelegenheid om te reageren.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Ik wil dit even zeggen voor de Handelingen. Er werden mij woorden in de mond gelegd die ik niet heb gezegd. Wat de minister net zei, verwoordde wel de intentie van wat ik heb geprobeerd te zeggen. De minister zei dat nog eens veel korter en krachtiger. Voor de Handelingen wil ik duidelijk zeggen dat dit de intentie is van hetgeen ik in mijn termijn heb gezegd.

De voorzitter:

Dank u wel. De minister vervolgt haar betoog.

Minister Schippers:

Het CDA vraagt wat de voorwaarden waard zijn die de minister stelt. Ik denk dat wij in het wetsvoorstel en in de nota van wijziging voorwaarden hebben opgesteld die robuust zijn. Ik heb ze opgenoemd, dus ik ga ze niet nog een keer opnoemen. Ze zijn ook tot stand gekomen op basis van het advies van SEO Economisch Onderzoek. Ze zijn goed te handhaven. Wij hebben met allerlei partijen uitgebreid over deze voorwaarden gesproken. Ze zijn heel erg goed doorgenomen, omgekeerd en nog een keer bekeken en ze zijn robuust. Ik ben het met iedereen eens die wil weten hoe het zit met de balans. De heer Rutte vroeg dat. De heer Van der Staaij vroeg dat.

Dat wij die balans heel precies bewaken, is voor dit wetsvoorstel natuurlijk heel belangrijk. Als die balans zo uitvalt dat wij geen nieuw geld krijgen in de zorg door de voorwaarden die wij hebben gesteld, dan staan wij hier allemaal voor

niks. Het doet verder geen schade, maar er komen ook geen nieuwe investeerders in de zorg. Uiteindelijk is de patiënt daar de dupe van, terwijl wij willen dat de patiënt hier juist baat bij heeft. Daarom hebben wij goed uitgezocht hoe wij een en ander zo op kunnen stellen dat wij wel investeerders krijgen, maar de cowboys weren. Ik denk dat wij hier een heel heldere balans hebben gevonden. Wij hebben daarnaar gezocht en ik denk ook dat wij die hebben gevonden. De Kamer doet daar nog een aantal voorstellen voor in allerlei amendementen; daar kom ik helemaal aan het eind van mijn betoog nog even op terug.

Dan ga ik in op de beperkte toets door de inspectie vooraf; daarna zou niet meer getoetst worden. Vooraf kan de kwaliteit op orde zijn, maar na de winstuitkering kan dat anders zijn. Dat is natuurlijk niet zo. De inspectie toetst namelijk aan het begin of winst uitgekeerd kan worden, ja of nee. Als het antwoord ja is, wil dat niet zeggen dat de desbetreffende instelling helemaal niet meer onder toezicht staat. Die wordt net als andere instellingen gewoon door de inspectie gecontroleerd, onverwacht of juist na afspraak, maar meestal onverwacht. De inspectie baseert zich daarbij ook nog eens op risico. Zeker in het begin ligt het voor de hand dat zij bij instellingen waar winst is uitgekeerd, de vinger nog eens extra aan de pols houdt. Ik zal daarnaar kijken, maar het is niet zo dat een ziekenhuis dat winst uitkeert, aan mindere eisen moet voldoen dan een ziekenhuis dat dit niet doet. Alle ziekenhuizen moeten een goede kwaliteit leveren en daar zal de inspectie toezicht op moeten houden.

Verder is mij gevraagd hoe ik de begrippen "solvabiliteit" en "reguliere exploitatie" operationaliseer. De definities van "solvabiliteit" en "reguliere exploitatie" heb ik in de nota van wijziging echt precies vastgelegd. "Solvabiliteit" is in de nota van wijziging gedefinieerd als het eigen vermogen uitgedrukt als percentage van het balanstotaal. Dat is de zogenaamde vermogensratio. "Eigen vermogen" en "balanstotaal" worden gedefinieerd in het Burgerlijk Wetboek. Deze rekenmethode is in het economisch verkeer ook gebruikelijk. De definitie van "reguliere exploitatie" sluit aan bij de regels en definities uit het Burgerlijk Wetboek en de Regeling verslaggeving WTZi. Het gaat daarbij om de opbrengst, bijvoorbeeld vergoedingen voor het leveren van zorg en het uitlenen van personeel, verminderd met de lasten, bijvoorbeeld personeelskosten, en verminderd met de te betalen rente en belastingen. De definities zijn dus expliciet heel helder gemaakt.

Wat is nou de weglek van het risico op vastgoed? De ketting is zo sterk als de zwakste schakel: met die algemene uitdrukking ben ik het eens. Ik zie niet voor me dat er zorgaanbieders zijn die geen marktconforme prijs voor hun vastgoed willen realiseren. Daar hebben ze namelijk een groot belang bij. Wat voor belang heeft iemand die bezit heeft, om dat bezit onder de marktprijs te verkopen? Nou, dat belang is er niet; als je iets verkoopt, probeer je daar altijd zo veel mogelijk geld voor te krijgen. Vaak is er het argument dat besturen en raden van toezicht de kennis niet hebben om vastgoedtransacties goed te kunnen uitvoeren. Het College sanering zorginstellingen pakt dit als volgt aan. Het vraagt de zorgaanbieder om twee afzonderlijke taxaties door een beëdigd taxateur te laten verrichten. Het vraagt ook om een openbare inschrijvings- of tenderprocedure. De zorgaanbieder kan het op dezelfde wijze doen: twee taxaties door een beëdigd taxateur en een openbare inschrijvings- of tenderprocedure. Zorgaanbieders die voor eigen risico vastgoed

realiseren, zouden niet met overheidsbemoeienis moeten worden geconfronteerd, als ze zelf belang hebben bij een marktconforme prijs van het vastgoed.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

De minister geeft aan dat het ziekenhuis dat werk eigenlijk op dezelfde wijze als het College sanering zorginstellingen kan doen. Wat is dan het bezwaar tegen de mogelijkheid om het College sanering zorginstellingen dat werk gewoon te laten blijven doen?

Minister Schippers:

Ik heb daar geen principiële bezwaar tegen. Ik kom daar straks bij de amendementen op terug. Ik leg alleen uit waarom dit wetsvoorstel is zoals het is. Het lijkt mij de goede volgorde om eerst dit te doen en pas later op de amendementen in te gaan, al wil ik dat ook nu wel doen. Ik heb daar dus geen principiële bezwaren tegen. Wel heb ik er moeite mee dat het College sanering zorginstellingen een klein bureautje is, dat op zichzelf staat. Ik zou het in een grotere organisatie willen zetten. Ik kom daar straks op terug.

De voorzitter:

Prima. Vervolgt u uw betoog.

Minister Schippers:

Nu het opnieuw toetsen van een nieuwe investering, iedere keer na drie jaar. De driejaarstermijn die in het wetsvoorstel staat, is mede tot stand gekomen op basis van het onderzoek dat in februari 2010 in opdracht van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen is uitgevoerd. Dit is in het normale investeringsverkeer een gangbare termijn voor langetermijninvesteringen. In dit onderzoek wordt geconcludeerd dat de publieke belangen met deze voorwaarden worden geborgd, terwijl de investeringsbereidheid niet te zeer wordt beperkt. Ik heb vele varianten van de driejaarstermijn overwogen. Alternatieve vormen zijn onnodig ingewikkeld. Eventuele voordelen wegen niet op tegen de nadelen. Maar in de praktijk is het onuitvoerbaar om na elke investering steeds een termijn van drie jaar te starten. Er zijn varianten waaraan je kunt denken, maar steeds opnieuw starten lijkt mij niet werkbaar. Ook hierop kom ik straks bij een amendement terug.

Welke investeerder gaat investeren in een ziekenhuis als de jaarrekening niet wordt goedgekeurd? Op 22 mei heb ik de Kamer een brief gestuurd over de Aanpak verantwoording en jaarrekening medisch-specialistische zorg. De Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants heeft aangegeven dat met de afspraken in deze brief een sluitende aanpak wordt geboden, die het verstrekken van goedkeurende accountantsverklaringen mogelijk maakt. Ik ga derhalve niet uit van de geschetste situatie van een niet-goedgekeurde jaarrekening. Natuurlijk kan een individueel ziekenhuis een niet-goedgekeurde jaarrekening hebben. Dat kan nu, dat kan straks ook. Ik kan mij voorstellen dat een investeerder daar dan misschien niet een-twee-drie in investeert, maar een investeerder zou daar dan zelf over gaan.

Nu het eigen risico. Mevrouw Bruins Slot vroeg mij om een oplossing. Ik heb de Kamer vanmiddag een brief gestuurd waarin hierop wordt ingegaan. Ik heb begrepen dat wij volgende week dinsdag hierover een debat zullen voeren. Ik heb het hier uitgebreid staan, maar het lijkt mij handig om dit onderwerp te scheiden van het wetsvoorstel. Aanstane dinsdag duurt niet zo heel lang. We kunnen dan uitgebreid met elkaar over die brief in debat gaan. Dit is geen onderdeel van het wetsvoorstel.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Voorzitter, een procedureel punt. De minister heeft al een uitgebreid antwoord gegeven. Ik vind het prima om het debat daarover aanstaande dinsdag te voeren. Ik vond dit wel een aangelegen punt om ook hiervoor te gebruiken. Misschien kan in ieder geval het deel dat de minister nu al schriftelijk heeft, dus dat nu op haar blaadje staat, alvast met de beantwoording van de feitelijke vragen naar de Kamer komen?

Minister Schippers:

Wat hier op mijn blaadje staat, is precies hetzelfde als wat in de brief staat. Dat is namelijk mijn reactie.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Die reactie in de brief heb ik gelezen en daar kwam mijn vraag ook uit voort.

De voorzitter:

Wij zullen dinsdag stemmen over dit wetsvoorstel. Ik begrijp dat er dinsdag ook een debat zal worden gevoerd over een deel van waar het nu over gaat. Dat is het enige wat ik de Kamer in overweging wil geven. Dus: als het nu van belang is voor de beoordeling van het wetsvoorstel, stel ik voor dat het debat op dit punt ook kort wordt gevoerd; voor zover dat niet noodzakelijk is voor de beoordeling van het wetsvoorstel, niet.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Eerlijkheidshalve moet ik zeggen dat het voor de afweging en de beoordeling van het wetsvoorstel niet doorslaggevend is.

De voorzitter:

Dan stel ik voor dat wij daarover dinsdag het debat verder voeren en dat wij nu bij het onderwerp van dit wetsvoorstel blijven.

Minister Schippers:

De SP vraagt of de NZa nog geloofwaardig is. Ja. Ik heb er het volste vertrouwen in dat de NZa haar toezichtstaken kan uitvoeren. De berichtgeving van afgelopen weekend maakt daarbij voor mij geen verschil. Het feit dat de vorige bestuurders onder druk zijn gekomen, betekent niet dat de organisatie niet gewoon kan doorwerken. Er werken daar prima mensen, die precies weten wat zij moeten doen en die uitstekend hun werk doen. Verder is afgelopen week de heer Maarten Ruys aangetreden als interim-voorzitter van

de NZa zodat de NZa gezaghebbend haar toezichhoudende functie kan voortzetten.

Wat is de stand van zaken van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis? Vorig jaar is het Ruwaard van Putten Ziekenhuis failliet gegaan. Direct na het faillissement op 24 juni 2013 is door een coöperatie bestaande uit drie ziekenhuizen, te weten Maasstad, Ikazia en het Van Weel Bethesda, die de boedel van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis hebben overgenomen, het Spijkenisse Medisch Centrum opgericht. De cruciale zorg voor inwoners van Voorne-Putten is niet in het geding. De inspectie houdt toezicht door middel van aangekondigde en onaangekondigde bezoeken. De zorgverzekeraars nemen hun verantwoordelijkheid voor het invullen van hun zorgplicht, met name voor de continuïteit van cruciale zorg. De NZa houdt, tot slot, toezicht op het invullen van de zorgplicht van de zorgverzekeraars. Kortom, het stelsel heeft hier goed zijn werk gedaan.

Is dit het scenario: dat in de toekomst zorginstellingen failliet gaan? Welke investeerder gaat welk risico lopen? Kan de minister dat toelichten? Ik wil eerst het volgende zeggen. Een investeerder wordt mede-eigenaar van een ziekenhuis. Hij heeft er geen enkel belang bij dat het ziekenhuis failliet gaat, want dat betekent dat zijn aandelen niets meer waard zijn en dat hij daarop geld verliest. Het is dus helemaal in het belang van de aandeelhouder dat het ziekenhuis het ontzettend goed doet, dat het ziekenhuis het zo goed doet, dat meer patiënten naar dat ziekenhuis gaan en dat meer zorgverzekeraars contracten afsluiten. Als een ziekenhuis het goed doet en groeit, hebben zij meerwaarde in hun aandelen. Ik zie dus helemaal niet het scenario dat juist aandeelhouders de kans op faillissementen doen toenemen. Ik zie het juist andersom: die kans zou hierdoor kunnen afnemen.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik had een andere vraag gesteld. Ik krijg nu antwoord op een vraag die ik niet gesteld heb. Wordt het scenario niet dat straks noodlijdende ziekenhuizen gered kunnen worden en dat dan de winstuitkering geïntroduceerd kan worden? Met andere woorden: is het scenario dat van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis, waarbij men een ziekenhuis bewust failliet heeft laten gaan? Daarbij is de boedel goedkoop verkocht en is het ziekenhuis gesaneerd en over drie ziekenhuizen verspreid, zodat er eigenlijk geen ziekenhuis meer overblijft. Is dat nu het scenario dat de minister in petto heeft voor de rest van de zorg?

Minister Schippers:

In deze stelling zitten aannames die niet kloppen. Waarom zou, als een ziekenhuis failliet gaat, degene die ervoor moet zorgen dat er maximaal geld wordt opgehaald om de schuldeisers te betalen, de boedel goedkoop verpatsen? Zo werkt het toch niet? Als een ziekenhuis failliet gaat, wil men juist nog zo veel mogelijk krijgen voor wat resteert, zodat schuldeisers betaald kunnen worden en de schuld zo klein mogelijk gemaakt wordt.

Mevrouw Leijten (SP):

Dit is weer geen antwoord op mijn vraag. Een ziekenhuis failliet laten gaan, betekent inderdaad dat je de schuldeisers in de kou laat staan: jammer, ga maar naar de vorige eige-

naren. Dan volgt het goedkoop opkopen en het al dan niet voortzetten van het ziekenhuis, of het zodanig opsplitsen van het ziekenhuis als gebeurd is bij het Ruwaard van Putten Ziekenhuis, waarbij de patiënten over drie ziekenhuizen in de buurt verdeeld zijn. Dat is natuurlijk een heel makkelijke manier om winst te kunnen maken op een failliete boedel, terwijl je de schulden achterlaat in de failliete boedel. Is dat het toekomstscenario dat de minister voor ogen heeft? Moeten investeerders gewoon wachten totdat er een ziekenhuis omvalt, failliet gaat? "O, dan is er paniek. O, dan springen wij in en zijn wij de grote redders, maar wij hebben geen bemoeienis meer met het verleden. Wij kunnen voort op publiek bezit, maar wij kunnen dat wel helemaal privaat inzetten." Is dat de bedoeling van de minister?

Minister Schippers:

Dit scenario klopt niet. Een ziekenhuis gaat failliet omdat het niet kan voldoen aan de vorderingen van de schuldeisers. Dan komt er een curator. Die curator heeft als opdracht om voor hetgeen resteert, het maximale binnen te halen. Die curator gaat dat niet onder de marktconforme prijzen verpatsen. Nee, hij moet zo veel mogelijk geld terughalen. En wat er teruggehaald wordt, wordt weer aan de schuldeisers betaald. Daar zijn allerlei volgordes voor vastgesteld. Het is niet zo dat als een ziekenhuis failliet gaat, er iets overblijft wat je zomaar goedkoop kunt overnemen, waarvoor je dus niet marktconform zou hoeven te betalen. Zo werkt het niet.

Mevrouw Leijten (SP):

Misschien kan de minister op een rij zetten hoe het zit met alle schuldeisers van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis? Misschien kan zij aangeven hoe het zit met personeelsleden die heel veel arbeidsvoorwaarden hebben zien wegvloeien? Die personeelsleden zien wel dat er nu een ziekenhuis verdergaat met een mogelijk rendement voor de andere overnemende ziekenhuizen. Daar is wel degelijk een dikke veer gelaten, terwijl we allemaal weten dat het niet nodig was geweest. Er is door de curators met man en macht gewerkt, maar er was niet meer uit te halen wat erin zit. Dan kan een investeerder de restanten van een ziekenhuis goedkoop overnemen. Ik vroeg of dat de bedoeling van de minister was.

Minister Schippers:

Mevrouw Leijten zegt dat een investeerder dan de restanten van een ziekenhuis goedkoop kan overnemen. Ik deel die stelling dus niet. Natuurlijk is daar een dikke veer gelaten. Het ziekenhuis draaide dramatisch, zowel in financieel als in kwalitatief opzicht. Het deed het dus eigenlijk op geen enkel vlak goed. Natuurlijk is het heel treurig dat een ziekenhuis failliet moet gaan, omdat het niet goed bestuurd is. Zo zit het wel in elkaar. Natuurlijk hebben wij ervoor gekozen om de premiebetaler daar niet voor op te laten draaien. Als bestuurders verantwoordelijkheid krijgen, dan moeten ze ook op de blaren zitten als het misgaat. Dat is een systeem met heldere verantwoordelijkheden. Verder hebben we de gang van zaken bij een faillissement in dit land goed geregeld, niet alleen in de zorg maar in de gehele samenleving. Het is niet zo dat de onderdelen dan maar verpatst worden. Zo werkt het gewoon niet.

Mevrouw **Klever** (PVV):

Ik moet mevrouw Leijten op dit punt bijvallen. Als een ziekenhuis op de rand van een faillissement staat, is er toch geen investeerder die zegt "hier hebt u een heel grote zak met geld", terwijl hij weet dat als hij niet met dat geld over de brug komt en het ziekenhuis failliet gaat, hij het gewoon voor een prikkie kan kopen? Zo is het toch gewoon?

Minister **Schippers**:

Nee, zo is het niet. Dat is een verkeerde redenering. Ik heb al twee keer geprobeerd om dat uit te leggen, maar mevrouw Klever denkt ook dat de aandeelhouder zomaar zijn geld uit een ziekenhuis kan trekken. Een aandeelhouder heeft bezit. Als hij dat bezit niet meer wil hebben, moet hij het verkopen. Een aandeelhouder kan dus niet zomaar geld uit een ziekenhuis trekken. Dat kan een bank doen als er niet aan de voorwaarden wordt voldaan. Dan kan een bank nu gewoon het geld terugtrekken. Dat kan een aandeelhouder echter niet. Zo zit het ook met onze faillissementswetgeving. Het is deugdelijk geregeld. Er moet inderdaad een afweging worden gemaakt of de schulden van een ander wel of niet worden overgenomen, maar de stelling dat iemand zomaar dingen onder de marktprijs kan kopen, kan gewoon niet worden hardgemaakt.

Mevrouw **Klever** (PVV):

Als een ziekenhuis failliet is, dan hangt het er maar net van af hoeveel investeerders er zijn die de boedel willen opkopen. Dan is het heel wel mogelijk dat een investeerder zo'n ziekenhuis ruim onder de marktprijs kan kopen. Ik snap niet dat de minister dat niet inziet. En wat krijg je dan? Dan krijg je net zoals bij het Ruwaard van Putten Ziekenhuis een uitgekleeft ziekenhuis. Dan is er geen spoedeisende hulp meer en worden ook andere taken afgestoten. Dan zijn we toch veel verder van huis?

Minister **Schippers**:

Er is altijd sprake van vraag en aanbod. Uiteindelijk wordt de marktprijs bepaald door vraag en aanbod. Daar heeft mevrouw Klever gelijk in. Maar het Ruwaard van Putten Ziekenhuis is nu wel beter af dan in het verleden. Toen was de inspectie niet tevreden over de kwaliteit en was het in financieel opzicht een puinhoop. Er staat nu een ziekenhuis dat niet meer de oude omvang heeft — dat is jammer — maar dat in kwalitatief opzicht wel een goed ziekenhuis is en een ziekenhuis dat draait. Als in Nederland bestuurders fouten maken in de aansturing van het ziekenhuis, dan wil ik de premiebetaler daar niet voor laten opdraaien. Dat is immers het alternatief. Als ik geld in een ziekenhuis stop, dan is het niet mijn geld maar dan is het geld van de premiebetaler. Dat vind ik nogal gemakkelijk. Je bent bestuurder van een ziekenhuis, je maakt er een potje van en dan gaat de premiebetaler het bijplussen. Dat is niet waarvoor wij kiezen. Dat is een pervers systeem.

De **voorzitter**:

Mevrouw Klever, heel kort.

Mevrouw **Klever** (PVV):

Het ging om de vraag wat dit wetsvoorstel toevoegt. De minister denkt dat met investeerders alle ziekenhuizen

overeind blijven. Maar ik probeer aan te tonen dat het helemaal niet waar hoeft te zijn dat ziekenhuizen daarmee overeind blijven. Dat is het punt dat ik wilde maken.

Minister **Schippers**:

Ik zeg niet dat alle ziekenhuizen overeind blijven. Ik zeg dat we nu een probleem hebben. We hebben een probleem in ziekenhuisland. We willen dat ziekenhuizen worden afgerekend op de prestaties die ze leveren, maar ze mogen geen kapitaal aantrekken. Die situatie kun je niet laten voortbestaan. Je kunt zeggen dat ze terug moeten naar een ander financieringssysteem. Maar in het kader van het systeem zoals we dat nu hebben, wordt gezegd: ziekenhuizen moeten wel met elkaar concurreren, maar ze kunnen niet hun eigen vermogen versterken door privaat kapitaal aan te trekken. Dat systeem klopt niet. Ik vrees dat we helaas zullen zien dat het niet rondloopt.

Voorzitter. Mij is gevraagd: hoeveel is de meerprijs voor een dbc om winst te kunnen maken? We hebben een systeem in Nederland waarbij de verzekeraar en de zorgaanbieder onderhandelen over de prijs van een dbc, ofwel er is een A-segment waarbij de overheid de prijs reguleert met een maximumtarief. Zo komt de prijs tot stand. Daar zullen de kosten uit moeten. Als er geld overblijft, kun je dat aan je reserves toevoegen of kun je een nieuw apparaat kopen. Zo werkt het. Ik kan niet in zijn algemeenheid zeggen dat voor ieder ziekenhuis een dbc eenzelfde prijs zou moeten hebben.

Zou het voorstel voor een waarborgfonds niet beter zijn om leningen te kunnen krijgen? Een waarborgfonds geeft garanties, waardoor je een lagere rente kunt krijgen bij de bank, maar een waarborgfonds investeert niet zelf in de zorg. Als er extra nieuw geld in de zorg nodig is, heb je niets aan de route van een waarborgfonds. Maar doordat je bij een waarborgfonds een zekere mate van risicoverlaging zult hebben, kun je een lagere rente krijgen op je lening. Het waarborgfonds is ook een particuliere aangelegenheid, waarbij het primair aan het waarborgfonds en de deelnemers is om te bepalen waar de grenzen liggen van de risico's die het waarborgfonds mag aangaan bij de garantieverlening. Het gaat om privaat georganiseerde onderlinge waarborg. Binnen de formele kaders van de statuten wordt ook bepaald aan welke zorginstellingen wel of geen garantie wordt verleend. We hebben in de afgelopen week in de discussies rondom het WSW gezien welke risico's het met zich meebrengt als een dergelijke uitgebreide analyse niet plaatsvindt. Ik wil heel graag extra nieuw geld in de zorg en daar heb je echt externe investeerders voor nodig.

Houden zorgverzekeraars rekening met winst bij zorginkoop? Kunnen we niet beter kiezen voor een waarborgfonds? Ziekenhuizen maken nu ook winst. Zij keren dat alleen niet uit. Zij kunnen dat besteden of aan hun reserves toevoegen.

Ik kom op de stand van zaken bij het Slotervaartziekenhuis. Wat was de rol van het College sanering zorginstelling daarbij? Het College sanering zorginstellingen is recentelijk betrokken geweest bij het Slotervaart in het kader van onroerendgoedtransacties. Het Slotervaart heeft zich in december 2013 gemeld bij het College sanering zorginstellingen in verband met de voorgenomen verkoop van het

recht van erfpacht van perceelgrond op de locatie Amsterdam aan het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis. Op 22 april is het aangepaste goedkeuringsbesluit genomen. Dat is te vinden op de website van het College sanering zorginstellingen. Onlangs, op 19 juni, heeft het College sanering zorginstellingen van de MC Groep een nieuwe melding ontvangen met betrekking tot de verhuur van vastgoed op de locatie Slotervaart. Deze melding is momenteel nog in behandeling bij het college.

Het uitgangspunt van het overheidsbeleid is continuïteit van zorg en niet van zorgaanbieders. Het risico bestaat dus dat ook in de toekomst zorgaanbieders failliet kunnen gaan. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder zelf om te zorgen voor continuïteit van zijn zorgverlening. Dit wetsvoorstel heeft geen effect op meer of minder faillissementen, al denk ik dat de financiële positie van ziekenhuizen hierdoor een stuk steviger kan worden. Laten wij wel wezen, het Slotervaartziekenhuis was er allang niet meer geweest als er geen private investeerders waren geweest die jaren geleden in dat ziekenhuis hebben geïnvesteerd. Dat is een goed ding. Wat ik een slecht ding vind, is de tamelijk ordinaire ruzie die later na het overlijden van de aandeelhouder is uitgebroken. De energie die in dat soort ruzies gaat zitten, komt niet ten goede aan de zorg van patiënten. Natuurlijk zijn dergelijke ruzies onwenselijk, maar deze casus laat wel juist het voordeel van aandeelhouders zien. Het vergroten van de investeringsmogelijkheden in medisch-specialistische zorg trekt aandeelhouders namelijk aan. Zij hebben het Slotervaartziekenhuis jaren geleden dus gered.

Als winst wordt uitgekeerd, moet er toestemming zijn van de inspectie. De toestemming van de ondernemingsraad is ook van belang, evenals die van de raad van toezicht. De vraag is gesteld op wie de inspectie nog toezicht houdt als het ziekenhuis andere eigenaren krijgt. De raad van bestuur is op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg. Deze wettelijke plicht blijft bij de raad van bestuur, ook met dit wetsvoorstel. De raad van toezicht houdt toezicht op de raad van bestuur. Ook dat is wettelijk vastgelegd. Dat verandert niet als het ziekenhuis aandeelhouders krijgt. Ook de taak van de ondernemingsraad verandert niet wanneer een ziekenhuis aandeelhouders krijgt. De ondernemingsraad blijft met de raad van bestuur overleggen over het beleid en de personeelsbelangen. De IGZ houdt toezicht op de kwaliteit van de zorg en ook dat verandert niet als een ziekenhuis aandeelhouders krijgt.

Het kwaliteitsinstituut stimuleert de tijdige totstandkoming of actualisering van professionele standaarden. Die standaarden gelden voor alle zorgaanbieders, ook voor zorgaanbieders met particuliere investeerders. Het kwaliteitsinstituut heeft geen rol bij het oplossen van de vrees van diverse partijen voor dalende kwaliteit ten gevolge van particuliere investeerders. Ik zie overigens eerder positieve gevolgen voor de kwaliteit van zorg, doordat een investeerder er belang bij heeft dat de kwaliteit van zorg goed is, omdat daardoor zijn aandelen meer waard worden.

De inspectie houdt toezicht op ziekenhuizen op grond van een risicogebaseerde benadering. Daarbij houdt zij onder meer rekening met de omstandigheden, zoals particuliere investeerders, in relatie tot kwaliteit en veiligheid van zorg.

Ik kom nu op het onderzoek in het British Medical Journal. In sommige onderzoeken scoren for-profitziekenhuizen beter op kwaliteit, terwijl in andere onderzoeken not-for-profitziekenhuizen beter scoren. Ik heb verschillende onderzoeken meegewogen in de voorbereiding van dit wetsvoorstel, bijvoorbeeld onderzoeken van Gupta en van SEOR-ECRI. Deze onderbouwen mijn verwachting dat het vergroten van de investeringsmogelijkheden in de medisch-specialistische zorg kan leiden tot verbetering in de kwaliteit van dienstverlening. Onderzoek laat ook zien dat in een gemengd systeem van profit- en non-profitziekenhuizen de beste kwaliteit wordt geleverd. Dat is bijvoorbeeld het geval in Zweden.

In Duitsland is een tendens waarneembaar dat op winst gerichte instellingen betere rapportages op kwaliteitsgebied produceren. Het innovatieve kwaliteitsmanagementsysteem van de winstuitkerende ziekenhuisgroep Helios heeft bijvoorbeeld navolging gekregen in 200 andere Duitse ziekenhuizen.

De vraag is gesteld of niet eerst fraude en upcoding moeten worden aangepakt voordat deze discussie wordt gevoerd. Het bestrijden van fraude zal altijd aandacht en prioriteit moet hebben. Ook het tegengaan van upcoding, wat een vorm van fraude is, heeft hoge prioriteit. Het is onderdeel van de rijksbrede aanpak van fraude, die is ingezet met het actieprogramma fraude. De staatssecretaris en ik hebben de Kamer in september vorig jaar een plan van aanpak voor de bestrijding van zorgfraude gestuurd. Wij hebben sindsdien een tweede voortgangsrapportage gestuurd, evenals een brief over de voortgang aan de commissie.

Daarnaast zullen ziekenhuizen in het kader van de aanpak van de jaarrekeningen hun gehele administratie over 2012 en 2013 moeten doorspitten om iedere twijfel over goede of verkeerde declaraties weg te nemen. Als hieruit blijkt dat sprake is van onjuiste declaraties, zullen zij afspraken maken met verzekeraars over de verrekening daarvan.

De reden om dit wetsvoorstel niet uit te stellen, is omdat de noodzaak te groot is om de mogelijkheden voor investeringen in ziekenhuizen te vergroten.

Er is gevraagd hoe wij kunnen voorkomen dat dure patiënten buiten de deur worden gehouden. Niemand wil dat dure patiënten buiten de deur worden gehouden. Met een goede bekostiging zijn er geen rendabele en onrendabele patiënten. Toch vind ik het van belang dat er geen onrechtvaardige patiëntenselectie plaatsvindt. Ik zal de mogelijke effecten van het vergroten van de investeringsmogelijkheden in de medisch-specialistische zorg op patiëntenselectie nauw in de gaten houden. Ik heb al eerder gezegd dat de NZa zal monitoren of het vergroten van de investeringsmogelijkheden in de medisch-specialistische zorg leidt tot bijvoorbeeld patiëntenselectie en of hierdoor een probleem voor de toegankelijkheid ontstaat. Ik kom hier straks bij het amendement van mevrouw Bouwmeester expliciet op terug.

Mevrouw Leijten (SP):

Uit onderzoek onder medisch specialisten over private investeerders in ziekenhuizen blijkt dat voor- en tegenstanders van zo'n private investeringsmogelijkheid en de mogelijkheid tot winstuitkering het met elkaar eens zijn dat er een groot risico is dat het ziekenhuis zich vooral zal richten op rendabele behandelingen en rendabele patiënten.

Zowel voor- als tegenstanders van de stelling om private investeerders te krijgen, zeggen in meerderheid: dat zal dan gaan gebeuren. Nu zegt de minister dat de NZa het zal monitoren. Moet er niet gewoon een verbod op zijn? Voor zorgverzekeraars is er een verbod op risicoselectie. Moet dat ook niet voor de ziekenhuizen gelden?

Minister Schippers:

Ik deel die vrees niet, want met een goede bekostiging heb je geen rendabele en onrendabele patiënten. Een zorgverzekeraar heeft namelijk zorgplicht. Als je een patiënt hebt met een dure ziekte, moet je de zorg voor die dure ziekte inkopen. Dan ga je kijken wie die zorg met de hoogste kwaliteit en de scherpste prijs aanbiedt. Uiteindelijk moet je het ergens inkopen. Je kunt niet zeggen: ik ga die zorg gewoon niet inkopen.

Mevrouw Leijten (SP):

Dit betreft de rol van de zorgverzekeraar, maar ik had het over het ziekenhuis. Het ziekenhuis kan zeggen: dit is een onrendabele tak of een tak waar niet zo veel winst op wordt gemaakt, die schrappen wij. Of er komt een patiënt binnen waarvan we eigenlijk wel weten dat hij wellicht niet zo veel opbrengt als een andere patiënt. Daar gaat het om. Bij zorgverzekeraars is het verboden om die risicoselectie toe te passen. Zou dat ook niet verboden moeten worden voor ziekenhuizen die een winsttoegmerk hebben?

Minister Schippers:

In het verhaal van mevrouw Leijten zit een denkfout. Zij zegt: alle onrendabele dingen, als die er al zijn, zouden door een publiek ziekenhuis moeten worden gedaan. Wij hebben overigens geen publieke ziekenhuizen, want ze zijn allemaal privaat. Die dingen zouden door een niet-winstuitkerend ziekenhuis moeten worden gedaan. Een niet-winstuitkerend ziekenhuis moet echter ook zijn financiën rondkrijgen. Dat zal dus toch een prijs vragen, zodat het die zorg rendabel aanbiedt. Anders gaat dat ziekenhuis kapot. Omdat de zorgverzekeraar de plicht heeft om alle zorg in te kopen die nodig is, heeft het systeem daar een ijzersterke waarborg. Nu hebben wij het amendement van mevrouw Bouwmeester. Zij zegt: moet je nu niet kijken wat er gebeurt en moet er niet een toets komen van Inspectie en NZa om te bepalen of de krenten niet uit de pap worden gepikt? De andere kant van de medaille is dat wij in de Kamer graag willen dat, als een ziekenhuis iets kwalitatief heel slecht doet, het daarmee stopt en dat een ander ziekenhuis, dat het beter doet, daarmee doorgaat. Ik begrijp de gedachte die erachter ligt en zal daar straks op ingaan. Je moet echter wel meenemen dat wij er een ander oordeel over hebben als een ziekenhuis er toch al niet goed in was.

De voorzitter:

Mevrouw Leijten, mag ik u vragen een korte slotopmerking te maken en niet weer een hele redenering te houden?

Mevrouw Leijten (SP):

Ik zou graag antwoord willen hebben op mijn bezwaar en op mijn vraag of er niet een verbod op risicoselectie zou moeten zijn voor ziekenhuizen. Dat is geen denkfout. Uit een onderzoek onder medisch specialisten, die er dagelijks

mee te maken hebben, blijkt dat tegenstanders en voorstanders bang zijn dat het ziekenhuis vooral rendabele behandelingen zal gaan aanbieden en patiënten zal gaan werven die winst opleveren. Die specialisten werken in de praktijk van alledag. Maken die ook een denkfout? Ik vraag de minister of zij ervoor wil zorgen dat er een verbod op risicoselectie komt, zodat de patiënten niet op de stoep komen te staan bij het ziekenhuis van hun keuze.

De voorzitter:

Uw vraag is helder. Het woord is aan de minister.

Minister Schippers:

We hebben het in wet- en regelgeving zo geregeld dat dit niet gaat gebeuren. Ik zie en hoor echter die vrees. Dat is voor ons de aanleiding geweest om het te gaan monitoren, zodat we kunnen zien of het gebeurt. Wij gaan ervan uit dat een zorgverzekeraar zorg moet inkopen, omdat hij zorgplicht heeft. Het ziekenhuis dat de zorg aanbiedt, zal er dus een prijs voor vragen waarmee het kostendekkend draait. Er zal dus geen tweedeling ontstaan tussen rendabele profitinstellingen die behandelingen met een laag risico aanbieden en non-profitinstellingen die alle behandelingen met een hoog risico krijgen. Als een instelling alle behandelingen met een hoog risico krijgt, behandelt ze waarschijnlijk vooral zware of complexe patiënten. Dan zal men ook een prijs moeten vragen die kostendekkend is om de behandeling uit te voeren. Vraagt men die niet, dan verdwijnt de zorg, terwijl de zorgverzekeraar een zorgplicht heeft. Hij moet leveren! De zorg zal dus geleverd worden.

De voorzitter:

Nee, mevrouw Leijten, u wilt nu interrumpen, maar u hebt zojuist al een interruptie geplaatst. De minister heeft antwoord gegeven op uw vraag en vervolgt nu haar betoog.

Minister Schippers:

Ik geloof echt dat er met goede bekostiging geen rendabele en onrendabele patiënten ontstaan. We monitoren het, omdat ik de angst en vrees daarvoor zie en die ook een plek wil geven. Dat ga ik in de gaten houden via monitoring.

Wat is het doel van het wetsvoorstel en waarom moet het nu? Je hebt een doel en een middel. Ik vind dat de heer Rutte daar gelijk in heeft. Het doel van het wetsvoorstel is het uitbreiden van de investeringsmogelijkheden omdat we extern geld in de zorg nodig hebben. Als je extra geld in de zorg nodig hebt, gaat of de premie omhoog, of moet je ergens anders geld vandaan halen. Heel veel andere wegen ken ik niet. De premie omhoog brengen vind ik zeer ongewenst, dus moeten we kijken hoe we het geld op een zorgvuldige manier ergens anders vandaan kunnen halen. Dat willen we bereiken, dat is het doel van het wetsvoorstel.

Waarom moet het nu? Er is een grote noodzaak toe. Dat komt niet alleen door de toegenomen risico's in de zorg, maar ook doordat banken hun exposure afbouwen door de wereldwijde crisis. De Rabobank heeft bijvoorbeeld al gezegd dat hij niet dezelfde mate van schuldfinanciering in de zorgsector zal volhouden. Dan zie je het probleem dus al aankomen. De Nederlandse Vereniging van Banken heeft expliciet aangegeven dat er een oplossing moet komen,

omdat dit vastloopt. Dan kunnen we natuurlijk doen alsof het niet vastloopt, maar dat doet het wel. In dat geval kun je de premie verhogen of onder zware voorwaarden extern geld in de zorg toelaten.

Hoe voorkomen wij creatief boekhouden, zeker met een winstuitkering na drie jaar? De periode van drie jaar heb ik gesteld omdat ik wil dat er langetermijninvesteerders in de zorg komen. Kortetermijninvesteerders die op snelle winst uit zijn, moeten eruit blijven. Die langetermijninvesteerders zullen niet geïnteresseerd zijn in creatief boekhouden om na drie jaar een resultaatafhankelijke vergoeding op risicodragend kapitaal te laten uitkeren. Daarnaast moet op basis van de jaarrekening en de balans worden vastgesteld of ziekenhuizen daadwerkelijk een vergoeding voor aangetrokken kapitaal mogen uitkeren. Daar wordt toezicht op gehouden. Ziekenhuizen zijn nu al verplicht om een jaarrekening en een balans op te maken die wordt beoordeeld door een externe accountant. De documenten moeten worden opgesteld volgens vastgestelde verslaggevingseisen waarin is bepaald wanneer de kosten en opbrengsten verantwoord moeten worden.

Over de rijksgarantieregelingen is gevraagd of er bij winstuitkering van ziekenhuizen die met publiek geld zijn gefinancierd, publiek geld in private zakken verdwijnt. Dat is niet het geval. Het wetsvoorstel verbiedt het uitkeren van een vergoeding voor aangetrokken kapitaal als deze samenvalt met directe balanssteun van de NZa of als deze samenvalt met een garantie onder de rijksgarantieregeling. Ik heb bovendien geen aanleiding om te verwachten dat de euro's die in zorgvastgoed zijn geïnvesteerd ineens zouden wegvloeien uit de zorg. Er zijn immers afdoende private waarborgen aanwezig. Het Waarborgfonds voor de Zorgsector moet vooraf goedkeuring verlenen aan vastgoedtransacties als er sprake is van een lening die door het waarborgfonds zorggeborgd is, of als de Rijksgarantieregeling 1958 wordt uitgevoerd. Dat waarborgt dat in die gevallen geen weglek uit de zorg kan plaatsvinden. De statuten van zorginstellingen bepalen vaak dat het vermogen niet anders dan aan de zorg besteed mag worden. Wat mij betreft is de belangrijkste waarborg het beleid dat is ingezet om te komen tot integrale tarieven. Dat vormt namelijk een prikkel voor instellingen om de marktwaarde te bedingen bij transacties met onroerende zaken en de opbrengst te besteden aan de zorg. De interne toezichthouder van de zorgaanbieder zal zich er daarom van willen vergewissen dat er sprake is van een goede opbrengst van vastgoedtransacties en dat deze opbrengst ten goede komt aan de doelen die zijn vermeld in de statuten.

Gevraagd is of de eis van een solvabiliteit van 20% niet te hoog is. Deze solvabiliteitseis sluit aan bij de streefnorm die in verschillende onderzoeken en in het veld veelvuldig wordt gehanteerd. Zorgaanbieders dienen een gezonde financiële positie te hebben voordat zij een vergoeding voor beschikbaar gesteld kapitaal mogen uitkeren.

Ook is de vraag gesteld waarom ik in het voortraject voornamelijk financiële stakeholders heb geraadpleegd. Had ik niet meer moeten luisteren naar patiënten en artsen? Ik vind dit een opmerkelijk argument, zo kort op het aannemen van artikel 13, want de NPCF, de Orde van Medisch Specialisten en nog een reeks andere partijen waren heel erg voor dit artikel. Daarover was met hen in een hoofdlijnenakkoord een afspraak gemaakt. Toen vond mevrouw Leijten dit punt

niet doorslaggevend voor haar stemgedrag. Ik weet dat de NPCF op dit punt kritisch is en ik weet wat de Orde van Medisch Specialisten expliciet heeft aangegeven. Ik begrijp best dat er verschillend over gedacht wordt in de samenleving. Winst en zorg passen nu eenmaal slecht bij elkaar. Als wij echter de mensen zouden vragen of zij het goed vinden als pensioenfondsen kunnen investeren in een ziekenhuis, zodat het eigen vermogen omhoog gaat en de ziekenhuizen goedkoper kunnen lenen, zullen veel mensen dat een goed idee vinden. Waarom mogen de pensioenfondsen wel in Amerika in allerlei zaken investeren en niet hier? Het ligt er dus ook aan hoe je het voorlegt. Overigens hebben wij met heel veel partijen voorafgaand aan de indiening van het wetsvoorstel gesproken.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Is het voor pensioenfondsen op dit moment niet mogelijk om ziekenhuizen van financiering te voorzien? Zegt de minister dat?

Minister Schippers:

Ja, zij kunnen het wel doen, maar dan behalen zij geen rendement. Dan worden alle mensen die pensioen ontvangen heel onrustig, want dat is natuurlijk een heel slechte deal.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Als ik de schriftelijk gegeven antwoorden van de minister lees, constateer ik dat er iets anders staat. Zij schrijft dat pensioenfondsen zonder dit wetsvoorstel kunnen participeren in fondsen die leningen verstrekken of anderszins in vastgoed actief zijn, dat zij risicodragend kapitaal kunnen verstrekken in de vorm van achtergestelde leningen en dat het rendement op dergelijke leningen in de vorm van rente terugvloeit naar het pensioenfonds. Ik begrijp daaruit dat rendementen ook nu al mogelijk zijn.

Minister Schippers:

Ik heb meer zorgen over het verstrekken van achtergestelde leningen dan over het aantrekken van aandeelhouders door een ziekenhuis. Een achtergestelde lening kan altijd opgevraagd worden. Als dat gebeurt, wordt in één keer een ziekenhuis omgetrokken. Ik wil zorgen voor investeringsmogelijkheden die ziekenhuizen echt helpen. Met dit wetsvoorstel bieden wij daarvoor solide mogelijkheden. Als wij de mensen uitleggen dat hun premie omhoog kan gaan omdat er extra geld in de zorg moet, tenzij wij de pensioenfondsen gelegenheid geven om het eigen vermogen te versterken via goedkope leningen, dan zullen zij daar niet tegen zijn.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

De minister licht er nu één puntje uit. Ik sprak over "bijvoorbeeld" achtergestelde leningen. Mijn vraag ging over iets anders. De minister zei zo-even dat rendementen voor pensioenfondsen niet mogelijk zijn, terwijl op pagina 39 van het antwoord van de minister staat dat rendementen op dit moment mogelijk zijn voor pensioenfondsen.

Minister Schippers:

Ja, maar dat zijn geen rendementen die men verkrijgt door een aandeel te nemen in een ziekenhuis. Dat willen wij nu mogelijk maken. Dat onderdeel ligt nu ter beoordeling aan de Kamer voor.

Investeerders streven naar winst en dus naar verlaging van de kosten. Dat geeft kans op een verlaging van de kwaliteit. Mevrouw Klever vraagt welke waarborgen de minister op dit punt heeft. Als je een aandeel neemt in een ziekenhuis en je dus mede-eigenaar wordt van dat ziekenhuis, dan wil je dat je aandeel meer waard wordt. Dan zal het niet helpen als je slechte kwaliteit levert en je patiënten weglopen, want dan wordt je aandeel in het ziekenhuis minder waard. De ratio achter de vraag van mevrouw Klever zie ik dus niet. Wij hebben waarborgen in de vorm van de kwaliteitstoets die door de inspectie wordt uitgevoerd. Als de kwaliteitstoets slecht uitpakt of negatief is, kan de inspectie zeggen dat iets niet doorgaat of pas kan doorgaan na een bepaalde wijziging of verbetering. Wij ontmoedigen met dit wetsvoorstel ook zorgaanbieders die uit zijn op kortetermijngewin. Wij stellen namelijk de eis dat een ziekenhuis geen vergoeding mag uitkeren in de eerste drie jaar. Je moet er ook nog een langere adem voor hebben.

Wat lost dit wetsvoorstel op? Ik heb al aangegeven dat wij een stelsel hebben gebouwd dat privaat is binnen publieke randvoorwaarden. Een ziekenhuis moet zijn uiterste best doen om patiënten te trekken, door een scherpe prijs en een goede kwaliteit. Het kan echter geen nieuwe investeerders aantrekken. Als een ziekenhuis wil investeren in een nieuwe vleugel aan het gebouw, in een nieuw apparaat of in extra kwaliteitsimpulsen, dan is er geen mogelijkheid om kapitaal aan te trekken.

Laten wij niet doen alsof er nu geen aandeelhouders in de zorg zijn. Die zijn er allang in de eerste lijn en de segmenten waar dat nu al kan. Vaak gaat het om familiebedrijven; bedrijven die zijn toegesneden op de zorg. Daar zien wij dat aandeelhouders met hun aandeel meerwaarde brengen. Uit andere sectoren brengen zij efficiency of extra kwaliteitswaarborgen in. Ik verwacht dat dit ook gebeurt bij de medisch-specialistische zorg.

Mevrouw Klever (PVV):

Ik borduur nog even voort op mijn vraag welk probleem met het wetsvoorstel wordt opgelost. De minister zegt dat dit wetsvoorstel mogelijk maakt dat er private investeerders worden aangetrokken. Mijn punt is nu juist dat er al private investeerders zijn. Ik noem Loek Winter en het Slotervaart-ziekenhuis, hoewel dat niet zo'n heel goed voorbeeld is. Waarom is dit wetsvoorstel nodig?

Minister Schippers:

Er zijn vooral private investeerders als zij ook rendement kunnen uitkeren, dus in de eerstelijnscentra en dat soort initiatieven. In de medisch-specialistische zorg zijn wel een paar aanhouders, eigenaren van ziekenhuizen, maar bijvoorbeeld pensioenfondsen kunnen er niet in investeren. Pensioenfondsen hebben nu eenmaal rendement nodig, anders worden de mensen die pensioen krijgen onrustig. Dat is ook logisch. Je koopt een aandeel en daar mag je rendement op verwachten. In dit onderdeel van de zorg zijn er geen mogelijkheden voor investeerders. Internationaal

gezien is dat een vreemde eend in de bijt, maar eigenlijk ook in de zorg. Er wordt gedaan of dit voorstel heel erg raar is, maar in het overgrote deel van de zorg kan het al en is het ook altijd mogelijk geweest.

Mevrouw Klever (PVV):

Wij hebben ook private investeerders in de tweede lijn. Ik noemde Loek Winter al, een private investeerder in de tweede lijn. In een interview zegt hij dat dit wetsvoorstel niets toevoegt, want zij halen hun rendement wel op hun manier. Is de minister niet bang dat de enige partijen die echt in de zorg gaan investeren, de zorgverzekeraars zijn? Het is een moeilijke markt. Een partij moet inzicht in de markt hebben en moet een beetje kunnen sturen. De zorgverzekeraars hebben dat inzicht en zij kunnen de vraag en het aanbod sturen. Is de minister niet bang dat de zorgverzekeraars gaan investeren en dat daarmee een partij veel te veel macht krijgt?

Minister Schippers:

Daarom behandelen wij deze wetten in de goede volgorde. Vorige week hebben wij een wet behandeld waarin staat dat verticale integratie, dus zorgverzekeraars die ziekenhuizen overnemen, niet mag. Daar komt een verbod op. Het kan dus niet dat zorgverzekeraars een meerderheidsaandeel in een ziekenhuis hebben. Zij kunnen niet sturen. Zij zullen daar nooit zeggenschap krijgen. Dat wetsvoorstel hebben wij vorige week behandeld. Dan is het de goede volgorde om dit wetsvoorstel nu te behandelen.

Mevrouw Klever (PVV):

Die argumenten hebben wij vorige week al gewisseld. Ik heb gezegd dat een zorgverzekeraar zelfs met een minderheidsbelang het in feite voor het zeggen heeft. Hij heeft niet alleen een belang in een ziekenhuis, maar hij kan ook de vraag sturen. De facto heb je het dan wel voor het zeggen.

Minister Schippers:

Ik zie dat totaal anders. Je hebt het niet voor het zeggen met een minderheidsbelang. Zo hebben wij het geregeld. Je hebt toch de helft plus 1 nodig wil je het voor het zeggen hebben. Zo simpel is het. Ik wil het niet verbieden, omdat wij ook krimpregio's hebben waar ziekenhuizen het heel moeilijk hebben om overeind te blijven. Dan mogen wij blij zijn dat zij ergens nog geld vandaan kunnen krijgen. Ik wil die weg niet afsnijden zoals mevrouw Klever wil, want dat kan nog wel eens heel vervelend uitpakken. De meerderheid heb je met 50 plus 1.

Ziekenhuizen zijn op dit moment volledig afhankelijk van leningen. Zij zijn niet in staat om eigen vermogen aan te trekken en dat is terug te zien in hun financiële positie. Op dit moment voldoen veel ziekenhuizen niet aan de financiële streefnorm. Ook blijkt uit verschillende jaarlijkse onderzoeken van bureaus als Ernst & Young en BDO dat de effecten van de financiële crisis en de maatregelen die naar aanleiding daarvan zijn genomen er nog steeds voor zorgen dat banken de geldkraan aandraaien en hogere eisen stellen. Hierdoor is het lastig om voldoende te blijven investeren in de kwaliteit van zorg en kunnen zorgaanbieders financiële tegenvallers moeilijker opvangen. Juist in het belang van

de patiënt geef ik ziekenhuizen daarom de mogelijkheid om extra kapitaal aan te trekken.

Ik kom nu op de passantentarieven. De feitelijke tarieven zijn niet bekend. Op dit moment loopt het traject kostenbewustzijn in de zorg. Een belangrijke stap is het creëren van meer kostenbewustzijn. Dat gebeurt door het inzichtelijker maken van de zorgnota voor patiënten, ook in de medisch-specialistische zorg. Daardoor zal duidelijk worden welke zorg er gedeclareerd is voor welk tarief. Die verplichting zal ik nog wettelijk vastleggen. Het wetsvoorstel stuur ik de Kamer binnenkort toe, net als de voortgangsrapportage over het traject kostenbewustzijn in de zorg.

Waarom zijn hypothecaire leningen geen oplossing meer? Ziekenhuizen zijn al vrijwel geheel afhankelijk van leningen, zonder dat zij voldoende eigen vermogen hebben om al die leningen te kunnen dragen. Dat is om twee redenen ongewenst. De eerste is dat het geen houdbare situatie is. Niet alleen door de toegenomen risico's in de zorg, maar ook door de wereldwijde crisis bouwen banken hun exposure af. De tweede is dat de totale financiering van een ziekenhuis goedkoper kan worden. Private kapitaalverschaffers geven namelijk een injectie in het eigen vermogen, in tegenstelling tot een banklening, die in het vreemd vermogen valt. Dat lijkt misschien op het eerste gezicht duurder kapitaal. Juist doordat het eigen vermogen is toegenomen, kan echter het vreemd vermogen tegen een lager tarief worden aangetrokken. Dit heet hefboomwerking en is een belangrijk voordeel van het hebben van voldoende eigen vermogen en voldoende solvabiliteit.

Over het Achmea-ziekenhuis hebben wij het al gehad. Dat kan niet ontstaan als het wetsvoorstel wordt aangenomen zoals ik dat vorige week hier met de Kamer hebben besproken.

Kunnen aandeelhouders zich terugtrekken? Nee, dat is nu juist het verschil met schuldfinanciering. De aandeelhouders investeren in het eigen vermogen van de zorgaanbieder, maar kunnen het ingelegde kapitaal niet terugvragen. Als zij eruit willen stappen, zullen zij dus hun aandelen moeten verkopen.

Zijn de driejaarstermijn en de solvabiliteitseis wel in lijn met de Europese wetgeving inzake vrij verkeer van kapitaal? Ja. Deze voorwaarden vormen een beperking van het vrije verkeer van kapitaal. Op grond van het Europees recht is het mogelijk om onder voorwaarden het vrije verkeer van kapitaal te beperken. De voorwaarden moeten beantwoorden aan een dwingende regel van algemeen belang, proportioneel en noodzakelijk zijn en zonder discriminatie worden toegepast. Deze voorwaarden voldoen daaraan.

Mevrouw Dijkstra riep op tot goede monitoring van de productieontwikkeling van ziekenhuizen die meedoen in de evaluatie. Ik zal de werking van deze wet nauwgezet in de gaten houden. Die zal ook worden geëvalueerd. In deze evaluatie zal aandacht worden besteed aan de productieontwikkeling van ziekenhuizen die risicodragend kapitaal hebben aangetrokken.

Moeten wij de kwaliteits- en veiligheidstoets van de inspectie niet herhalen bij iedere nieuwe winstuitkering? Dat punt heb ik eigenlijk al behandeld.

Waarom krijgt de raad van toezicht geen goedkeuringsrecht in plaats van een adviesrecht? De raad van bestuur is het integraal verantwoordelijke orgaan dat besluiten neemt. De raad van toezicht moet hierbij gehoord worden. De raad van bestuur kan niet zomaar afwijken van een advies van de raad van toezicht. Het wetsvoorstel regelt dat de raad van toezicht advies uitbrengt voorafgaand aan een besluit over winstuitkering. Het is voorafgaand, dat is wel cruciaal. Mocht het bestuur afwijken van dit advies van de raad van toezicht, zal het dat goed moeten motiveren. Het is een zwaarwegend advies. Het niet naleven ervan zonder dat daar gegronde redenen voor zijn, zal voor de raad van toezicht reden kunnen zijn om daar conclusies uit te trekken. Uiteindelijk kan zo'n conclusie ook zijn dat zwaardere middelen worden ingezet, zoals het ontslaan van de raad van bestuur of uiteindelijk zelfs een gang naar de Ondernemingskamer van de rechtbank.

Hoe ga ik ervoor zorgen dat er extra expertise komt bij de NZa en hoe ga ik ervoor zorgen dat er voldoende capaciteit komt naar aanleiding van de commissie-Borstlap? Toezicht op het verbod om een vergoeding voor kapitaal uit te keren sluit goed aan op het takenpakket van de NZa. De NZa heeft dan ook de juiste kennis in huis om erop toe te zien of ziekenhuizen die een vergoeding voor aangetrokken kapitaal willen uitkeren, aan de voorwaarden voldoen. De NZa ziet erop toe dat instellingen die een vergoeding uitkeren, zich aan de voorwaarden houden en dat instellingen die hier geen toestemming voor hebben, ook daadwerkelijk geen vergoedingen uitkeren. Om dit te kunnen beoordelen, is kennis van accountancy en wetgeving vereist en is opsporingsdeskundigheid nodig. Die kennis is bij de NZa aanwezig. Als dat nodig is, worden die kennis en deskundigheid uitgebreid. De NZa maakt uiteraard gebruik van de kennis van de IGZ. Ik kan hier ook zeggen dat als de commissie-Borstlap constateert dat er ergens versterking nodig is, ik dat natuurlijk heel goed zal bestuderen.

Kan er in de evaluatie na vijf en na tien jaar meegenomen worden of een verbod op winst voor langdurige zorg, met name voor de kleinschalig langdurige zorg, nog nodig is? Ja, dat zal ik meenemen in de evaluatie.

Er is gevraagd of er na drie jaar een eerste overzicht kan komen van onder andere het aantal ziekenhuizen dat gebruikmaakt van privaat kapitaal, en een overzicht van de investeerders. Ik zal de werking van het wetsvoorstel nauwgezet in de gaten houden en de Kamer ook na drie jaar een overzicht sturen van het aantal ziekenhuizen dat gebruikmaakt van de mogelijkheden om risicokapitaal aan te trekken. Waar mogelijk zal ik daarbij vermelden welk soort kapitaal dit is.

De kernvraag van de fractie van de ChristenUnie is of het publieke belang in de zorg gediend is met private investeringen in ziekenhuizen. Ik ben ervan overtuigd dat het antwoord op deze vraag ja is. De woordvoerder van de ChristenUnie is nu niet aanwezig in de zaal. Ik hoop dat, als men bij de ChristenUnie het verslag van dit debat naleest, men daarin de argumenten kan vinden om mij hierin te volgen. Private investeringen dragen bij aan de doelmatigheid van een instelling, maken innovatie nodig en kunnen ook extra kennis van investeerders in zo'n ziekenhuis brengen, bijvoorbeeld over veiligheid of over kwaliteit. Private investeringen komen de solvabiliteit en continuïteit van de instelling ten goede. De vergroting van de investeringsmogelijk-

heden in medisch-specialistische zorg is dus in het belang van de patiënt. Uiteindelijk heeft de patiënt belang bij een ziekenhuis dat financieel gezond en kwalitatief goed is. Ook aandeelhouders hebben daar belang bij. Er is dus sprake van een gedeeld belang. Het kan bovendien de doorlooptijd van innovatieontwikkeling aanmerkelijk verkorten. Ik heb eigenlijk ook al de argumenten genoemd waarom volgens mij de kwaliteit beter wordt.

Volgens mij hebben wij een goede balans gevonden tussen publieke en private belangen. Voor de zoveelste keer zeg ik verder dat het van cruciaal belang is dat het bestuur verantwoordelijk is en verantwoordelijk blijft voor de wettelijke plicht om goede zorg te leveren. Zorgverleners moeten handelen conform de professionele standaard. Zij beloven ook in hun artseneed dat zij het belang van de patiënt voorop zullen stellen. Dit wetsvoorstel doet niets af aan de professionele verantwoordelijkheid om goede zorg te leveren. Bovendien verwacht ik dat het vergroten van investeringsmogelijkheden leidt tot een verbeterde kwaliteit en dienstverlening omdat private investeerders er belang bij hebben dat hun zorgaanbieder hierin uitblinkt. In die zin zou het beleid van ziekenhuizen dus kunnen verbeteren.

Ook is gevraagd of het toevoegen van nieuwe voorwaarden de bedoeling van het wetsvoorstel niet ondermijnt. Er zijn twee nieuwe voorwaarden, namelijk dat een ziekenhuis gedurende drie jaar gezond moet zijn en dat de solvabiliteit ten minste 20% van het eigen vermogen ten opzichte van het balanstotaal moet zijn. Dat zijn invullingen van de drie andere voorwaarden, die eerder al in het wetsvoorstel waren opgenomen. Zij ondermijnen in mijn ogen niet de bedoelingen van het wetsvoorstel, want het zijn invullingen. Ik heb geen aanwijzingen dat door deze twee invullingen de investeringsbereidheid zal afnemen. Wij hebben dat gecheckt in gesprekken en wij hebben dat niet gevonden. "Voor zoveel dat waard is", zeg ik erbij, want je moet altijd bekijken wat er in de praktijk gebeurt.

De heer Rutte heeft ook een vraag gesteld over de balans. Ik heb gezegd dat we moeten zien wat er in de praktijk gebeurt. Zo is het. Na alle gesprekken die we hebben gevoerd, is mijn mening echter dat we de balans hebben gevonden.

Ik denk dat met dit wetsvoorstel het gewenste comfort aan banken wordt gegeven. Een klein beetje extra vermogen stelt zorgaanbieders in staat om makkelijker leningen te krijgen. De crux van dit wetsvoorstel is dan ook dat private investeerders de hefboom kunnen vormen om van banken makkelijker die leningen te krijgen. Het vergroten van het eigen vermogen van de zorgaanbieder biedt meer zekerheid voor de bank. Een bank zal minder strenge eisen aan een lening stellen als een zorgaanbieder een groter eigen vermogen heeft.

Ook de heer Van der Staaij vroeg of de balans tussen enerzijds bescherming van publiek belang en anderzijds de waarborgen die investeerders afschrikken, nu goed gevonden is. Ik heb daar lang op gestudeerd en we hebben echt allerlei mogelijkheden meegenomen om dat ook via andere wegen te doen. Heel vaak moesten we dan concluderen dat als we het ene versterkten, het andere eronder ging lijden. Daarom denk ik dat we nu een goede balans hebben gevonden. Het moet namelijk ook uitvoerbaar zijn. Als je op een gegeven moment zo veel regelgeving over

een sector uitstort dat niemand er meer gebruik van gaat maken, dan schiet het ook zijn doel voorbij.

Op de rol van het Kwaliteitsinstituut ben ik, denk ik, al ingegaan. Het Kwaliteitsinstituut geeft helderheid en geeft protocollen en richtlijnen die gedragen zijn. Op basis daarvan gaat de inspectie toezicht houden en zal de inspectie beoordelen of een ziekenhuis voldoende goed functioneert.

Dan de keuze voor de solvabiliteitsratio. Ik kies in dit wetsvoorstel niet voor de budgetratio. Dat is het eigen vermogen uitgedrukt als percentage van de jaaromzet. Dat heb ik niet gedaan, omdat het niets zegt over wat je hebt, want dat kan in het ene jaar heel anders zijn dan in het volgende jaar. Dat fluctueert heel sterk. Ik kies in de nota van wijziging voor de zogenaamde vermogensratio om de solvabiliteit te berekenen. Dat betekent dat het eigen vermogen wordt uitgedrukt als percentage van de totale balans. De totale balans bestaat uit alle bezittingen en schulden. Dat is een veel stabielere balans en die zegt ook meer. Het is van belang om op de langere termijn naar de solvabiliteit van aanbieders te kijken. Deze ratio leent zich daarvoor het best en het vermindert ook het risico op creatief boekhouden, omdat de waarborgen daartegen bij assets op de balans groter zijn.

Dan de vraag of ik actuelere cijfers heb dan die uit 2011. De cijfers van 2012 laten ook zien dat zestien ziekenhuizen aan de norm van 20% voldoen. In de uitzonderlijke situatie dat ziekenhuizen hier ver boven zitten, kunnen zij niet zo maar veel winst uitkeren. Dat zullen betrokken banken in die gevallen, gezien hun vermogenspositie, ook niet toelaten.

Is de voorwaarde dat er drie jaar achtereenvolgens een positief resultaat in de reguliere exploitatie moet zijn, niet te rigide? Stel dat een zorgaanbieder incidenteel één jaar verlies lijdt? Het is inderdaad een stevige voorwaarde. Een zorgaanbieder kan alleen rendement of een risicodragend kapitaal uitkeren als er drie jaar achtereenvolgens een positief resultaat is neergezet. Als het een jaar slechter gaat, is dat dus niet gelukt. Ondanks dat dit stevig is, hecht ik er wel aan dat het rendement alleen wordt uitgekeerd als de zorgaanbieder structureel over een langere periode laat zien dat hij gezond is. Ik denk niet dat langetermijninvesteerders zich hierdoor laten afschrikken. Zij hebben doorgaans een veel langere horizon dan die drie jaar. De privaatkapitaalverschaffers die ik tegenkom en die nu naar de zorg kijken, denken over een veel langere periode.

Verder is gevraagd een om reactie van mij op de gronden waarop de goedkeuring van de raad van bestuur geweigerd kan worden. Ik heb net al aangegeven dat de raad van bestuur wel degelijk goed zal moeten luisteren naar de raad van toezicht en goed zal moeten motiveren waarom zij een advies van de raad van toezicht niet overneemt, en dat de raad van toezicht daar ook zelf weer zijn eigen oordeel over kan hebben.

Worden de ongewenste investeerders wel voldoende afgeschrikt als de overschotten die de eerste drie jaar gerealiseerd worden, gecumuleerd mogen worden om dan na drie jaar in één keer uitgekeerd te worden? Eigenlijk ben ik daar net al heel kort op ingegaan. Die overschotten kunnen inderdaad worden gereserveerd en daarna worden uitgekeerd. Daarbij moet wel worden voldaan aan alle overige voorwaarden van het wetsvoorstel. De solvabiliteits-

marge moet na de uitkering bijvoorbeeld ten minste 20% blijven en de mogelijkheid om winsten die over die eerste drie jaar zijn gemaakt, met in achtneming van de wettelijke voorwaarden, na drie jaar uit te keren, zal geen ongewenste investeerders aantrekken. Dat zal zeker de kortetermijninvesteerders buiten de deur houden, want die zullen geen drie jaar willen wachten. En het allerbelangrijkste: ik denk dat banken het gewoon niet toestaan. Banken zullen niet toestaan dat je een heel groot deel van de solvabiliteit wegtrekt.

Er is gevraagd welke investeerders bereid zijn om te investeren. Op dit moment zijn familiebedrijven actief die in bijvoorbeeld huisartsenzorg investeren. Ook gespecialiseerde investeerders, zoals NPM Healthcare en Gilde, zijn al actief in de zorg. Een familiebedrijf zoals Zorg van Zaak kijkt expliciet naar investeringsmogelijkheden in de zorg. Dat zijn partijen die ook geïnteresseerd zijn om hun betrokkenheid in de zorg uit te breiden naar medisch-specialistische zorg.

De transparantie van rente in jaarrekeningen is te verkiezen boven winst. De uitkering van het rendement moet evenals de uitkering van de rente in het jaarverslag gespecificeerd worden. Dat biedt echt eenzelfde mate van transparantie.

Tot slot rest mij nog de vraag wanneer ik naar de Kamer kom met de uitkomstbekostiging en de mbi-differentiatie. De uitkomstbekostiging zal niet van vandaag op morgen plaatsvinden, maar zal als het aan mij ligt ook nooit met een big bang plaatsvinden. Daar heb ik mijn buik wel van vol. Ik denk dat het echt niet goed is om van de ene op de andere dag in een ander financieringsmodel te zitten. We zien bij de overgang naar de DOT wat dat allemaal voor ellende brengt. Ik denk dat je de DOT langzaam maar zeker steeds meer op uitkomst moet organiseren. Je zult dus ieder jaar weer een ingrediëntje erbij moeten doen, zodat je langzaam maar zeker groeit naar een uitkomstbekostiging.

De kwaliteits- en doelmatigheidsagenda krijgt de Kamer voor de zomer. Daarin staat ook een aanpak van de ongewenste praktijkvariëaties. Naar de mbi-differentiatie hebben we uitgebreid gekeken. Zoals de Kamer weet, is dat tot nu toe niet gelukt. We hebben uitnodigingen aan het veld gedaan om mee te denken en alternatieven te bedenken. We hebben hierover in de zomer een gesprek met de partijen. Na de zomer zal ik de Kamer daarover informeren.

Ik ga de amendementen behandelen. Ik meende even dat ik ze niet hier zou hebben, maar ik heb ze wel. Gelukkig maar!

In het amendement-Bruins Slot op stuk nr. 11 wordt voorgesteld om artikel 18 WTZi in gewijzigde vorm te handhaven. Met het amendement wordt beoogd te voorkomen dat investeerders geld aan de zorginstelling onttrekken via vastgoed. Daartoe worden transacties aan goedkeuring van het College sanering zorginstellingen onderworpen. Ik begrijp de wens uit dit amendement wel. Dat was ook de reden waarom ik in het oorspronkelijke wetsvoorstel enkele bepalingen had opgenomen die eveneens gericht waren op het behoud van vermogen van zorginstellingen. De Kamer heeft dat vast gezien. De Raad van State heeft mij echter geadviseerd om het voorstel op dit punt aan te passen. Om strijd met het eigendomsrecht uit het EVRM te

vermijden zou volgens de Raad de waardebepaling moeten worden gekoppeld aan het moment dat het bouwregime werd afgeschaft, op 1 januari 2008. Daarna komt het vastgoed immers voor risico voor de zorgaanbieder en behoort waardevermeerdering tot het vermogen van de instelling.

Naar aanleiding van dat advies heb ik opnieuw bekeken of het behoud van vermogen toch geregeld kan worden. Dat is niet het geval. De vergoeding voor kapitaallasten van ziekenhuizen wordt al sinds 1 januari 2005 afgeschaft. Dat gebeurt geleidelijk en zit complex in elkaar. Het is dus moeilijk om één peildatum te bepalen en meerdere peildata te hanteren. Dat is onwerkbaar. Bovendien is het lastig om de waarde te bepalen op een moment dat in het verleden ligt. Als alternatief is bezien of de marktwaarde op het moment van de vastgoedtransactie gecorrigeerd kan worden voor het deel dat is opgebouwd met een vergoeding voor kapitaallasten. Maar ook dan loop je aan tegen de complexe en geleidelijke afschaffing van die vergoeding, zodat moeilijk te bepalen is voor welk bedrag gecorrigeerd zou moeten worden. Verder kunnen er schulden liggen op onroerend goed van instellingen. Die schulden zijn niet per se gemaakt ter verwerving of behoud van dat goed. Welk waardeoordeel de transactie precies oplevert, is dus niet altijd duidelijk. Volgens de Raad van State is het maar zeer de vraag of het vermogen dat besloten ligt in het vastgoed dat met kapitaallastenvergoedingen is aangeschaft, nog wel als een publiekrechtelijk middel te beschouwen is. Zorgaanbieders zijn immers doorgaans private organisaties. Om deze reden heb ik het oorspronkelijke wetsvoorstel aangepast en de vereiste goedkeuring van het College sanering zorginstellingen voor vastgoedtransacties in artikel 18 WTZi geschrapt. Dit amendement maakt dat ongedaan, maar ik noemde zojuist dus de reden waarom ik het er zelf uitgehaald heb.

De Kamer kan echter al uit mijn antwoorden proeven dat ik er geen principiële bezwaren tegen heb. Sterker nog: ik had het in eerste instantie zelf in het wetsvoorstel gezet. Ik kan me dus voorstellen dat je de taak van het CSZ, het College sanering zorginstellingen, in stand zou houden. Ik zou die dan overigens niet in stand houden bij een klein bureau zoals het nu geregeld is, maar in een grotere organisatie die verstand heeft van bekostigings- en financieringsvraagstukken, namelijk de NZa.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Volgens mij haalt de minister precies de kern uit het amendement. Het CDA vindt het inderdaad ook belangrijk dat de taak en de specifieke deskundigheid die het Collega sanering zorginstellingen heeft opgebouwd, kunnen worden behouden. Ik kwam net aan het woord voordat de minister haar eindoordeel daarover gaf, maar het gaat mij erom dat dit deel van de taak een wettelijke basis krijgt zodat het overeind blijft.

Minister Schippers:

Ik heb gezegd dat ik daar geen principiële bezwaren tegen heb. Als mevrouw Bruins Slot het amendement zo aanpast dat we de taak handhaven en onderbrengen bij de NZa, dan laat ik het oordeel daarover aan de Kamer.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

De komende dagen ga ik daar goed op studeren. Ik zal daar ook wel wat ambtelijke bijstand bij vragen.

Minister **Schippers**:

Dat kan altijd. Ik wil echter zeggen dat ik er wel echt problemen mee heb als het apart blijft, want ik vind het heel kwetsbaar om zo'n taak te laten liggen bij een heel kleine organisatie die zo sterk is afgebouwd.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ter verduidelijking vraag ik dan toch nog het volgende aan de minister. Het gaat dus om het feit dat je een aparte wettelijke bevoegdheid creëert? De inrichting van de organisatie kun je immers altijd anders doen, maar het gaat erom dat je een aparte wettelijke bevoegdheid hebt. De minister heeft geen bezwaren tegen het waarborgen van die aparte wettelijke bevoegdheden, toch?

Minister **Schippers**:

Als mevrouw Bruins Slot die taken in stand wil houden, dan heb ik daar geen bezwaar tegen. Sterker nog, ik heb het eerst voorgesteld. Ik heb echter ook gezegd wat het oordeel van de Raad van State is. Dat heb ik haar meegegeven, maar ik laat het oordeel aan de Kamer.

De **voorzitter**:

Dan concludeer ik dat mevrouw Bruins Slot gaat kijken of zij in overleg met het ministerie het amendement zo kan aanpassen. Vervolgens zal het in stemming worden gebracht.

De minister vervolgt haar betoog met het volgende amendement. Dat is het amendement van mevrouw Leijten op stuk nr. 12.

Minister **Schippers**:

Dit amendement strekt ertoe dat het besluit tot winstuitkering wordt voorafgegaan door een goedkeuring van de raad van toezicht. De verhouding tussen bestuur en raad van toezicht is eigenlijk heel simpel. De raad van bestuur heeft de rol om het besluit van de aandeelhouders tot winstuitkering goed te keuren. De raad van toezicht moet hierbij worden gehoord. Door het amendement gaat de raad van toezicht op de stoel van de raad van bestuur zitten. Dan zou van beide organen goedkeuring worden verlangd. De WTZi stelt al eisen aan de bestuursstructuur van instellingen. Er is een orgaan dat toezicht houdt op de leiding van de instelling en de leiding adviseert. De leden van het toezicht houdend orgaan zijn ten opzichte van elkaar, de leiding, de instelling en welk deelbelang dan ook, onafhankelijk en kritisch. Ik vind het amendement dus niet nodig. Het is niet aan de NZa om toe te zien op de juiste interne verhoudingen tussen de raad van bestuur en de raad van toezicht. Door het amendement wordt die taak wel bij de NZa gelegd.

De **voorzitter**:

Daarmee ontraadt u dit amendement.

Dan gaan we naar het amendement-Leijten op stuk nr. 13.

Minister **Schippers**:

In dat amendement wordt toestemming vooraf door de ondernemingsraad geregeld. Het wetsvoorstel biedt voldoende waarborgen inzake het besluit tot winstuitkering zodat de continuïteit van de zorgaanbieder niet in gevaar komt. Verder kent de Wet op de ondernemingsraden een verplicht advies en een verplichte instemming. Advies geldt bij zaken die de onderneming in het algemeen betreffen en instemming geldt bij zaken die het personeel in het bijzonder aangaan. Het betreft hier geen personeel, dus het verlangen van instemming gaat te ver. Bovendien zou de instemming van de ondernemingsraad boven op de goedkeuring van het bestuur komen. Daarom ontraad ik dit amendement.

Een besluit tot winstuitkering vereist een daaraan voorafgaande kwaliteitstoets door de IGZ.

De **voorzitter**:

Dat wordt beoogd met het amendement-Leijten op stuk nr. 14.

Minister **Schippers**:

Ja, het amendement op stuk nr. 14. Volgens het wetsvoorstel is winstuitkering alleen toegestaan als de bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid in het veiligheidsmanagementsysteem in orde is. De inspectie houdt doorlopend toezicht op de kwaliteit van de zorg. Er mag dus geen winst worden uitgekeerd als de inspectie een maatregel heeft genomen. Als na vijf jaar blijkt dat het niet goed is en de inspectie een maatregel neemt, mag je dus gewoon geen winst uitkeren. Het voorgestelde amendement is dus overbodig.

Bovendien wordt van de inspectie een onmogelijke toets verlangd: het beleid van alle investeerders zou moeten worden achterhaald en er zou ook nog eens moeten worden voorspeld welke gevolgen dat voor de kwaliteit zou hebben. Het is ook niet redelijk om een zorgaanbieder af te rekenen op het beleid van zijn investeerders. Het criterium van verslechtering impliceert overigens dat het slecht is gesteld met de kwaliteit. Ik verwacht dat het toestaan van winstuitkering juist leidt tot een verbeterde kwaliteit en dienstverlening door zorgaanbieders. Private investeerders hebben er immers belang bij dat hun zorgaanbieder hierin uitblinkt. Concrete voorbeelden van een betere kwaliteit zijn de innovatieve manieren om kwaliteit transparant te maken. Ik heb dit al gezegd, met voorbeelden uit Duitsland en Zweden. Ik ontraad daarom dit amendement.

De **voorzitter**:

We komen bij het amendement op stuk nr. 16 van de heer Arno Rutte.

Minister **Schippers**:

De heer Arno Rutte heeft een amendement ingediend om de beweegreden en de citeertitel te wijzigen. Ik onderschrijf de beweegredenen die met dit amendement tot uitdrukking worden gebracht. De mogelijkheid om onder voorwaarden winst uit te keren, is inderdaad bedoeld om investeringen aan te trekken. In het wetsvoorstel heb ik me beperkt tot een aanduiding van wat er materieel wordt geregeld. Omdat

het vooral een wijzigingswet is, heb ik er geen citeertitel aan gegeven. Wat mij betreft, wordt de bedoeling van dit wetsvoorstel met dit amendement goed tot uitdrukking gebracht.

De voorzitter:

Ik kan hieruit concluderen dat u zich ermee verenigt?

Minister Schippers:

Ik ondersteun het amendement.

De voorzitter:

Ik kijk nu rond of iemand zich ertegen verzet om het deel uit te laten maken van dit voorstel, zodat het geen deel meer uitmaakt van de beraadslagingen.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik moet nu even schakelen. Zei de minister dat ze het zou overnemen? Eigenlijk wil ik hier wel over stemmen, want het is vrij uitzonderlijk dat de beweegreden van een wetsvoorstel wordt gewijzigd. De Raad van State maakt daar weleens opmerkingen over, dus het lijkt mij goed om het wel in stemming te brengen.

De voorzitter:

Prima. Zodra een van de leden zich verzet tegen een overname op deze wijze, doen we dat aldus. Dit amendement zal dus wel in stemming worden gebracht.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Prima, voorzitter.

Mevrouw Klever (PVV):

De PVV wil er ook graag over stemmen.

De voorzitter:

Prima, goed zo, dat kan.

We gaan nu door met het amendement op stuk nr. 19 van het lid Bouwmeester.

Minister Schippers:

Dat amendement introduceert een eenmalige toets door de NZa van de zorginhoudelijke gevolgen van de winstuitkering. Natuurlijk moeten groepen patiënten, bijvoorbeeld risicovolle patiënten, niet kunnen worden weggestuurd vanwege de mogelijkheden die dit wetsvoorstel biedt. Ik geloof dat er met een goede bekostiging geen rendabele of onrendabele patiënten zijn, en dat dit dus niet zal gebeuren. Toch vind ik het van belang dat we dit voorkomen. Als de Kamer denkt dat dit hiermee wordt voorkomen, laat ik het oordeel over dit amendement aan de Kamer.

De voorzitter:

Oké. Nu het amendement op stuk nr. 20.

Minister Schippers:

Het tweede amendement van mevrouw Bouwmeester, op stuk nr. 20, gaat over de fasering van de winstuitkering. Het wetsvoorstel kent een aantal waarborgen om alleen investeerders met een langetermijnperspectief aan te trekken. Ik heb geprobeerd om te stringente voorwaarden te vermijden. Dit amendement voegt een waarborg toe, namelijk dat in het eerste jaar waarin winst mag worden uitgekeerd de uitkering niet meer dan de helft van de winst bedraagt. Ik verwacht niet dat hierdoor de investeringsbereidheid veel zal afnemen. Voor zover de winst in dat eerste jaar niet wordt uitgekeerd, kan de solvabiliteit van de zorgaanbieder worden versterkt. Ik laat dus het oordeel over dit amendement aan de Kamer.

Het amendement op stuk nr. 21, van de heer Van der Staaij, gaat over een maximale daling van de solvabiliteit. Ik heb al aangegeven dat banken dit in mijn ogen niet zullen toelaten. Als de Kamer denkt dat er met dit amendement een extra check is die dat kan voorkomen, laat ik het oordeel erover aan de Kamer.

De voorzitter:

We gaan verder met het amendement-Pia Dijkstra op stuk nr. 24, ter vervanging van het amendement op stuk nr. 22.

Minister Schippers:

Dit amendement bepaalt dat het toezichthoudend orgaan voor maximaal de helft uit aandeelhouders bestaat. Op grond van de WTZi worden al eisen gesteld aan de bestuursstructuur van de instelling. Er moet een orgaan zijn dat toezicht houdt op de leiding van de instelling en dat deze adviseert. Niemand kan zowel de leiding hebben over als zitting hebben in het toezichthoudend orgaan. Verder moeten de leden van het toezichthoudend orgaan onafhankelijk en kritisch kunnen opereren ten opzichte van elkaar, van de leiding van de instelling en van welk deelbelang ook. Aandeelhouders in het toezichthoudend orgaan worden dus niet geacht om op te komen voor hun belangen als aandeelhouder, ook niet als ze een minderheid vormen in het toezichthoudend orgaan. Ik kan het echter wel begrijpen. Ik zal niet meer iets als "overnemen" zeggen, maar ik vind het een heel sympathiek amendement.

De voorzitter:

U kunt het overnemen.

Minister Schippers:

Ik sta er positief tegenover en laat het oordeel hierover aan de Kamer. Is dat een goede formulering?

De voorzitter:

U kunt het overnemen.

Minister Schippers:

Ik vind het een sympathiek amendement; laat ik het zo zeggen.

De voorzitter:
Oordeel Kamer, prima.

Minister Schippers:
Op het amendement-Bruins Slot op stuk nr. 23 ben ik eigenlijk al ingegaan. Dit amendement is echt heel moeilijk uitvoerbaar. Om na elke investering steeds een termijn van drie jaar te laten starten, is in de praktijk onuitvoerbaar. Daarom ontraad ik het amendement.

De voorzitter:
Tot slot het amendement-Leijten op stuk nr. 25.

Minister Schippers:
Dit amendement introduceert een verbod op risicoselectie. Het verbod op risicoselectie kennen we bij de zorgverzekeraars. Dat is cruciaal, want de zorgverzekeraars moeten ervoor zorgen dat zij iedereen, zwaar ziek, een beetje ziek of juist heel gezond, de zorg kunnen aanbieden die zij moeten aanbieden. Ik denk dat wij het systeem zo ingesteld hebben dat dit goed gewaarborgd is. Daarbovenop doe ik een monitor. Bovendien heb ik het oordeel over het amendement van mevrouw Bouwmeester over de extra toets aan de Kamer gelaten. Ik zou dit amendement dus echt willen ontraden.

Mevrouw Leijten (SP):
Als er nu zo veel waarborgen, monitors en toetsen zijn, wat is dan het bezwaar tegen een verbod?

Minister Schippers:
Als je een systeem hebt, moet dat logisch in elkaar zitten. Wij kunnen het wel helemaal dichtregelen met een toezicht-houder die daar weer allerlei criteria voor moet formuleren, maar dat lijkt mij niet de gewenste weg. Ik heb een andere variant gekozen, namelijk die van monitoring door de NZa. Nog een andere variant, waarover ik het oordeel aan de Kamer heb gelaten, is die van mevrouw Bouwmeester. Zij zegt: er wordt nog getoetst ook voordat we gaan beginnen. Ik denk dat het daarmee afdoende is geregeld. Het is aan de Kamer zelf om ervoor te stemmen, maar ik zou het niet doen.

Mevrouw Leijten (SP):
In dit amendement staat dat een zorgverzekeraar, als hij merkt dat een patiënt de deur wordt gewezen omdat hij te duur is, dit onverwijld moet melden aan de minister en dat de minister dan de toelating tot de winstuitkering moet intrekken. Als het systeem werkt zoals de minister heeft uitgelegd, is er geen enkel bezwaar tegen om dit te doen, tenzij de minister zegt "ik wil dat niet", "ik hoef dat niet" of "risicoselectie mag wel een beetje half".

Minister Schippers:
Nee. Als een zorgaanbieder een patiënt wegstuurt, is het aan de zorgverzekeraar om te zeggen: ja hallo, ik heb met jou een contract en in dat contract staat dat jij gewoon die en die zorg levert! Daar gaat het contract immers over. Het is echt allemaal al helemaal geregeld.

De voorzitter:
Mevrouw Leijten, tot slot; heel kort.

Mevrouw Leijten (SP):
Het is helder: de minister trekt haar handen ervan af.

Minister Schippers:
Nee, de minister regelt het goed in de wet en goed geregeld is goed geregeld.

De voorzitter:
Daarmee heeft de minister alle amendementen besproken. Ik schors de vergadering voor vijf minuten.

De vergadering wordt van 21.49 uur tot 21.55 uur geschorst.



Mevrouw Bruins Slot (CDA):
Voorzitter. Ik dank de minister voor haar antwoorden. Ik wil toch nog even wat doorvragen over twee onderwerpen.

Het eerste onderwerp is zeggenschap. Simpel gezegd gaat het om de vraag: wie is er nu eigenlijk de baas in het ziekenhuis? De minister heeft heel duidelijk uitgelegd dat investeerders zeggenschap kunnen krijgen, maar dat er in het systeem een aantal waarborgen zit waardoor ze niet de alleenmacht krijgen. Ik zeg het nu even wat kort door de bocht. De vraag daarbij is wel: hoe zorg je ervoor dat die waarborgen die de minister heeft aangegeven, ook echt scherp blijven. De minister zei dat een belangrijke waarborg is gelegen in de statuten van het ziekenhuis. In de statuten staat keurig waarvoor het ziekenhuis in het leven is geroepen: voor het verrichten van kwalitatief goede zorg, voor het besteden van aandacht aan goede zorg in de regio. Op het moment dat een zorginstelling wordt opgericht, vindt er altijd een toets op de statuten plaats. Dat staat in de Wet toelating zorginstellingen. Dat wordt gedaan door het CIBG. De minister sprak over de IGZ, maar dat moet natuurlijk het CIBG zijn. Ik kan natuurlijk uitleggen waar die afkorting voor staat, maar ik heb inmiddels begrepen dat die afkorting geen afkorting meer is, omdat die nergens meer op sloeg. Het heet nu gewoon het CIBG.

Het CDA deelt de opvatting dat de statuten het meest belangrijke instrument zijn. In de statuten staat immers waarvoor een ziekenhuis op aarde is. Je zou in ieder geval dus ook moeten voorkomen dat die statuten zodanig gewijzigd kunnen worden dat er op een gegeven moment in staat: dit ziekenhuis is in het leven geroepen om vooral veel winst voor aandeelhouders voor elkaar te krijgen. Ik chargeer het nu even. Wij hebben eerder een debat met de minister gevoerd over de wijziging van statuten en over het feit dat je een substantiële wijziging eigenlijk zou moeten voorleggen aan het CIBG. Ik maakte uit het antwoord van de minister op dat het niet helemaal duidelijk is wat daarmee gebeurd is. Daarom dien ik de volgende motie in.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat de statuten van een ziekenhuis van groot belang zijn voor een zorgvuldige winstuitkering;

constaterende dat de statuten van een ziekenhuis na toelating tot de Wet toelating zorginstellingen gewijzigd kunnen worden zonder kennisneming van het CIBG;

verzoekt de regering, te regelen dat het CIBG voortaan ook kennis krijgt van substantiële statutenwijzigingen van ziekenhuizen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Bruins Slot. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 26 (33168).

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik heb expres "substantiële" gezegd. Het gaat echt niet meer om kleine wijzigingen. Als een ziekenhuis van koers en opdracht verandert, zou je op dat moment ook de vinger aan de pols moeten kunnen blijven houden, zeker in een nieuwe situatie die ontstaat als dit wetsvoorstel in werking treedt.

Het tweede punt gaat over het toezicht door de inspectie. De minister zegt dat er van tevoren een toets door de inspectie plaatsvindt of een winstuitkering mogelijk is. Die winstuitkering is mogelijk op het moment dat de kwaliteit van zorg goed is. Mijn vraag is eigenlijk nog steeds of er achteraf, dus na de winstuitkering, ook niet een check zou moeten plaatsvinden. Ik vraag dat omdat in dit wetsvoorstel wordt geregeld dat er één keer, na drie jaar, een toets komt. Dan is er een winstuitkering, maar dan kunnen er daarna nog vele winstuitkeringen plaatsvinden. Na de eerste investering vindt er immers geen toets meer plaats of een winstuitkering wel mogelijk is. Zou dan eigenlijk ook niet een soort check achteraf moeten plaatsvinden? Of zegt de minister dat ik dat verkeerd zie? Er is één keer een winstuitkering na drie jaar. Als de andere investeerders die inmiddels in dat ziekenhuis zitten, ook een winstuitkering willen doen, dan moet de inspectie toch nog een keer die toets doen. Dat is me echter nog niet helemaal duidelijk. Ik wil op dat punt graag opheldering van de minister.

Daarvoor is mijn amendement ook bedoeld. In dat amendement wordt duidelijk geregeld dat op het moment dat er na de eerste winstuitkering nog winstuitkeringen volgen, er gewoon weer drie jaar tijd overheen gaat. De minister zegt dat de uitvoering daarvan heel lastig is. Ik begrijp eigenlijk niet waarom dat lastig is. Het is toch heel duidelijk wanneer een nieuwe investeerder zich bij het ziekenhuis meldt? Die klopt aan en gaat in overleg met de raad van bestuur. Die gaat in overleg met de andere investeerders. Dan wordt er waarschijnlijk een contract opgesteld over het geld dat in het ziekenhuis geïnvesteerd wordt of over de manier waarop dat gebeurt. Dan wordt besproken hoe dat precies zijn beslag gaat krijgen. Dan is toch ook heel duidelijk vast te leggen wanneer die nieuwe investering ingaat? Daarna kun je toch ook heel goed vastleggen wanneer die periode van drie jaar verstreken is? Graag wil ik

dat de minister een betere onderbouwing geeft van haar antwoord op dit punt.

Voorzitter, dank voor uw aandacht.



Mevrouw Leijten (SP):

Voorzitter. In maart 2012 werd er een onderzoek gedaan onder medisch specialisten in ons land. 73% van de deelnemende medisch specialisten zei nee tegen private investeerders in het ziekenhuis. De meerderheid van de tegenstanders én de voorstanders is bang dat ziekenhuizen vooral rendabele behandelingen zullen aanbieden en patiënten zullen werven die winst opleveren. Zelfs de voorstanders van private investeerders zeggen dat dit zal gebeuren, maar de minister ziet dat probleem niet. Ik ben daardoor best wel flabbergated.

Ik denk dat de risico's van dit wetsvoorstel heel duidelijk zijn genoemd door de minister. Zij probeert het met allerlei waarborgen in te kleden. Ik ben het niet eens met de stap om winstuitkeringen toe te laten. Die mogen we overigens geen "winstuitkeringen" meer noemen. Maar een van de risico's van de komst van private investeerders, die allerlei kortetermijnbelangen kunnen hebben en die een ziekenhuis in gevaar zouden kunnen brengen, is risicoselectie. Dat is een van de risico's die de minister ook constateerde. Zorgverzekeraars mogen niet aan risicoselectie doen. Dat is opgenomen in de wet. Dat kan echter niet worden opgenomen als het gaat om ziekenhuizen. Maar wat als het niet werkt zoals de minister het zegt?

Stel dat een ziekenhuis een onrendabele behandeling niet meer aanbiedt, omdat de investeerder zegt: we krijgen daar immers te weinig rendement op. Dan zegt de minister: een zorgverzekeraar moet het ergens inkopen, dus het zal wel ergens blijven. Dat betekent dat de keuze voor de zorgverzekeraar om in te kopen, kleiner wordt. De redenering van de minister is dat de prijs dan zal stijgen. Maar als de zorgverzekeraar zegt dat hij de prijs niet laat stijgen — wat geheel denkbaar is — dan kunnen aanbieders ook zeggen: we doen het niet meer voor die prijs. Wat dan? Dan is er een wettelijk geformuleerd recht op zorg, alleen niemand biedt die zorg aan. Je krijgt er immers geen goede prijs voor. Als de zorgverzekeraar niet kan afdwingen dat die zorg wordt geleverd in ziekenhuis X of in ziekenhuis Y, omdat er een ander belang is, namelijk het belang van de investeerder, dan zou met dit wetsvoorstel en andere wetsvoorstellen de minister aan zet om het leveren van cruciale zorg te regelen met publiek geld. Dan is er sprake van de situatie die ik beschreef. Behandelingen worden steeds minder aangeboden. Op een gegeven ogenblik zegt niemand nog: ik doe het. De patiënt staat dan in de kou en de zorgverzekeraar kan het ook niet meer afdwingen. Wat gebeurt er dan?

Het is overigens geen theoretische situatie. We hebben net een heel dispuut gehad over de genderzorg die bij het VUmc werd aangeboden. Het VUmc had gezegd: wij kunnen het niet meer doen voor die prijs. Daardoor konden de meeste mensen die genderzorg nodig hebben, niet meer terecht bij het VUmc, dat een van de twee aanbieders van genderzorg in Nederland was. Daardoor ontstond er een wachtlijst. De patiënt was daar echt de dupe van. Als Kamer hebben wij ons ertegenaan bemoeid.

De heer **Rutte** (VVD):

Het begint mij te dagen waarom mevrouw Leijten zich altijd zo verzet tegen onze Zorgverzekeringswet. Ze snapt hem niet. Ze heeft een heel lang betoog gehouden, maar ze heeft niet één keer gerefereerd aan het feit dat de zorgverzekeraar zorgplicht heeft.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Jawel.

De heer **Rutte** (VVD):

Nee, u hebt er niet aan gerefereerd.

De **voorzitter**:

Maakt u uw vraag af.

De heer **Rutte** (VVD):

Mevrouw Leijten heeft er niet aan gerefereerd. Zij heeft verteld hoe erg het allemaal wel niet is: de ziekenhuizen houden ermee op en de verzekeraar is niet bereid om een fatsoenlijke prijs te bieden en dan staat de patiënt in de kou. Maar de zorgplicht houdt juist in dat de verzekeraar de plicht heeft om zorg in te kopen. Hij zal een fatsoenlijke prijs moeten bieden op het moment dat het product schaars is.

De **voorzitter**:

Wat is uw vraag?

De heer **Rutte** (VVD):

Wil mevrouw Leijten dat niet begrijpen of heeft zij geen zin om hier uit te leggen hoe de wereld in elkaar zit?

Mevrouw **Leijten** (SP):

Volgens mij heb ik gezegd dat die zorgplicht er wel op papier is, maar als er geen aanbieder is die de zorg wil leveren, kun je de zorgplicht wel formuleren in de wet, maar dan is die zorg er niet meer. Dat was mijn vraag aan de minister en daar heeft ook de heer Rutte geen antwoord op. De zorgverzekeraar heeft immers zorgplicht, maar als er geen zorgaanbieder is die het tegen die prijs doet, staat de patiënt met de rug tegen de muur.

De heer **Rutte** (VVD):

Maar dat gaat toch volledig voorbij aan het feit dat het voor een ziekenhuis de moeite waard is om hoogspecialistische zorg te leveren als daar een fatsoenlijke prijs voor wordt geboden? Dat staat helemaal los van de specifieke casus van de transgenderzorg. Die is zo hoogspecialistisch dat er geen aanbieders zijn die dit zomaar kunnen doen. We moeten eerst mensen opleiden voordat we dit kunnen aanbieden. Dat heeft niets met aandeelhouders maken. Het is een heel raar betoog. Het heeft ook niets te maken met het niet willen invullen van de zorgplicht door de zorgverzekeraars. Dit heeft te maken met een gebrek aan hoogspecialistisch aanbod, omdat de mensen er niet voor opgeleid zijn. Dat is een ander verhaal.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Er is bijvoorbeeld hoogspecialistische zorg die niet of minder rendabel is. Je moet namelijk ook investeren in hoogspecialistische of wat minder specialistische zorg. Als een aandeelhouder dat niet meer in zijn ziekenhuis wil en deze zorg op een of twee plekken in het land wordt geconcentreerd, kan de zorgverzekeraar nog wel een zorgplicht hebben, maar dan is die zorg er niet meer zodra de prijs niet goed genoeg is. Ik vind dat niet zo'n theoretische discussie. De artsen zijn er niet voor niets bang voor dat ziekenhuizen zich alleen nog zullen richten op de meest rendabele behandelingen en de meest rendabele patiënt. We zien wat er gebeurt bij bijvoorbeeld de transgenderzorg, maar we zien dat ook bij een ziekenhuis dat patiënten van een bepaalde verzekeraar niet meer toelaat. De patiënt wordt op dat moment een speelbal. Ik houd het laatste voorbeeld er even buiten, maar als er nog maar één aanbieder is van hoogspecialistische of laagspecialistische zorg is die er vanwege de prijs mee stopt, wat moet een zorgverzekeraar dan?

De **voorzitter**:

Tot slot de heer Rutte, kort!

De heer **Rutte** (VVD):

Als elk ziekenhuis ophoudt met behandelingen — wat overigens nu ook al zou kunnen — hebben we een heel raar theoretisch fenomeen. Dan gaan we er namelijk van uit dat de artsen, van wie mevrouw Leijten zoveel houdt, die zorg niet meer willen leveren en dat verzekeraars ondanks hun zorgplicht de prijs daarvoor niet meer willen bieden. Het is een hypothetisch verhaal dat volkomen voorbijgaat aan de realiteit van een beetje marktwerking. Ik begrijp dat mevrouw Leijten aan dat laatste niet wil. Zij denkt liever in planeconomieën, waarin dit soort enge dingen wel gebeuren. Het is een theoretisch verhaal en het is een angstverhaal. Het klopt niet. Het klopt alleen in de wereld van de SP.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ik heb de vraag gesteld wat wij daarmee moesten. Dit hebben we gezien toen de thuiszorg in de jaren negentig werd opengesteld voor private aanbieders. Overheidsgefinancierde instellingen kregen de onrendabele patiënten, omdat de private aanbieders ze niet wilden hebben. Zij maakten er te weinig winst op en er moest zoveel geld bij dat het toenmalige paarse kabinet als de wiedeweerga de liberalisatie van de thuiszorg heeft teruggedraaid. In zo'n situatie kunnen we ook nu terecht komen. Als de minister allerlei waarborgen wil, moet je dit soort scenario's er ook bij betrekken. Wat doen we als de zorgverzekeraar wel een zorgplicht heeft, maar niemand de zorg aanbiedt? Dan zijn we in de aap gelogeerd en is de patiënt de dupe. Het kan wel degelijk de uitkomst zijn van enerzijds aandeelhoudersbelang en anderzijds artikel 13. Dat is de discussie die we de vorige week hebben gevoerd.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Het is een theoretisch voorbeeld, maar ik kan wel meegaan in de angst van mevrouw Bouwmeester. Het voorbeeld van de transgenders gaat in dit geval echter niet op, want de universitaire ziekenhuizen vallen buiten deze wet. Juist om te voorkomen dat de angst van mevrouw Leijten bewaar-

heid wordt, hebben we in de wet vastgelegd dat er een zorgplicht is. Mevrouw Leijten wil dat met een andere variant nog een keer in de wet vaststellen, want als de eerste variant niet wordt nagekomen, gaan we over op de tweede. We hebben een zorgplicht en we hebben nog een keer een zorgplicht. Zij wil het dus dubbel vastleggen. Begrijp ik dat zo goed?

Mevrouw Leijten (SP):

Ik heb de minister gevraagd om stelling te nemen tegen risicoselectie. Zij ziet het risico op risicoselectie. U ook, u hebt ook in een amendement een variant neergelegd in de wet. Ik zeg dat er een verbod op moet zijn. Als het gebeurt en de zorgverzekeraar constateert dat — die is immers degene die het merkt als in een ziekenhuis dit soort patiënten de deur wordt gewezen of op een wachtlijst komen terwijl andere patiënten worden geholpen — moet hij dat onverwijld melden aan de minister. De minister maakt dan een einde aan de mogelijkheid tot winstuitkering bij die instelling. Dat stel ik voor. Ik vind het goed om te monitoren en om het bij te houden. Ik zal dat steunen als wij stemmen over dit wetsvoorstel, ook al ben ik niet voor het wetsvoorstel. Als het stelsel zou werken zoals de minister het telkens uitlegt en als er geen risicoselectie plaatsvindt, is er dus ook geen bezwaar tegen dit verbod. Het is geen vervanging van de zorgplicht die er is. Het zegt alleen iets over de ziekenhuizen die dat strategische gedrag vertonen.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Dank dat u ons amendement steunt. Ik snap uw angst, maar denk dat dit punt al is geborgd in de wet en dat daarmee het amendement overbodig is. Ik ga het nog een keer vragen, puur om te testen. Wij hebben in de wet vastgelegd dat een patiënt recht heeft op zorg. Dat staat in de wet en die moeten wij handhaven. Ik ga er dus van uit dat dit zo is. Ook is in de wet vastgelegd, vorige week nog eens extra met artikel 13, dat een zorgverzekeraar verplicht is om in een regio een divers aanbod te bieden. Feitelijk is nu al op twee manieren in de wet vastgelegd dat het op geen enkele manier zo kan zijn dat patiënten geen zorg krijgen. Dat maakt dan toch uw amendement overbodig, of zie ik iets over het hoofd?

Mevrouw Leijten (SP):

Nee, dan kan een zorginstelling nog steeds zeggen: als ik twee patiënten voor mij heb waarvan ik er een kan helpen, help ik de rendabele wel en de onrendabele niet. Die komt op een wachtlijst of wordt naar een ander ziekenhuis doorverwezen. Dat kan een keer voorkomen omdat je het te druk hebt. Het heeft niet alleen met de inkoop van de zorgverzekeraar te maken, maar ook met de capaciteit in het ziekenhuis op dat moment. Als dat vaker voorkomt, moet de zorgverzekeraar echter aan de bel trekken en zeggen: wij zien dat strategisch gedrag van het ziekenhuis en wij zien dat er een winstuitkering is in het ziekenhuis, wij vinden dat die winstuitkering moet worden ingetrokken. Dan zal je zien dat dat strategisch gedrag zich niet voordoet. Dan komt gewoon de patiënt die zich het eerst aanmeldt ook het eerst in behandeling.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Dan begrijp ik uw voorstel. De redenatie gaat alleen niet op, want dat zouden ze nu ook al kunnen doen als dat zo is. Juist de zorgverzekeraar heeft de plicht om breed en divers in te kopen. Dat is een overweging voor mijn partij om uw amendement niet te steunen.

Mevrouw Leijten (SP):

Het gaat niet om de plicht om in te kopen, maar om het gedrag van het ziekenhuis. Als je helemaal gelooft in dat hele marktsysteem — het is duidelijk dat ik daar niet in geloof — als het systeem van vraag en aanbod helemaal zou werken, als er altijd de juiste prijs en de juiste hoeveelheid wordt ingekocht omdat je de zorg zo ontzettend goed kunt voorspellen, wordt het amendement, als het wordt aangenomen, helemaal niet toegepast. Dan is er immers geen risicoselectie. De minister denkt dat het probleem er niet is. Mevrouw Bouwmeester ziet wel degelijk de gevolgen. Ik maak een mogelijkheid in de wet om, als risicoselectie plaatsvindt, onverwijld de winstuitkering bij een instelling stop te zetten.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik probeer te beoordelen in hoeverre dit een theoretische situatie is. Er zijn nu verschillende vergunningen verleend voor de protontherapie. Er ligt dus in ieder geval een zorgaanbod. Volgens mij heeft tot nu toe geen van de zorgverzekeraars die therapie daadwerkelijk ingekocht. Ik weet dat niet helemaal zeker. Doelt mevrouw Leijten op zo'n situatie?

Mevrouw Leijten (SP):

Als iemand geholpen moet en kan worden en als het ziekenhuis helpt maar de zorg niet of niet voldoende heeft ingekocht, treedt volgens mij de situatie op dat het alsnog moet worden vergoed. Het gaat mij erom dat het aanbod verschaalt of minder wordt, omdat aandeelhouders iets niet meer willen aanbieden omdat het te veel kost. Uiteindelijk ontstaat er dan een situatie waarin de zorgverzekeraar een heel hoge prijs moet betalen of waarin het zorgaanbod kan wegvallen. In die situatie kun je wel degelijk terecht komen. Dat raakt overigens wel een beetje aan het amendement dat ik indien, maar dit is meer de situatie die ik de minister had voorgelegd en waarop ze niet wil ingaan. Ik denk dat het niet zo'n theoretische situatie is. Ik denk dat het wel degelijk een van de risico's is die onder dit wetsvoorstel liggen en überhaupt onder het stelsel dat we nu hebben.

Wordt de kwaliteit beter? Dat was een van de vragen die aan de medisch specialisten werd gesteld die meededen aan het onderzoek van Medisch Contact. Van de voorstanders denkt minder dan de helft dat dit het geval is en van de tegenstanders minder dan 5%. Dat laatste vind ik niet zo verwonderlijk, maar het eerste wel. Van de voorstanders van winstuitkeringen in de zorg, wat dus een minderheid is van de medisch specialisten, zegt minder dan de helft dat dit de kwaliteit van de zorg zal verbeteren. En ik hoor de minister alleen maar over kwaliteitsverbetering spreken. Heeft zij met andere mensen in de zorg gesproken dan degenen die hebben deelgenomen aan dit onderzoek, of doet zij een beetje aan wensdenken?

De minister gaat uit van de shoppende patiënt. De shoppende patiënt zal wel weten waar de kwaliteit goed is, en of die op een goede manier gestuurd wordt door de zorgverzekeraar. Door vraag en aanbod zal er vanzelf een evenwicht ontstaan. Daar waar er een potje van wordt gemaakt, valt een ziekenhuis gewoon om. Maar wat doen we als het een ziekenhuis is dat in vraag en aanbod heel noodzakelijk is? De minister redt het ziekenhuis niet meer, want zij is er niet meer verantwoordelijk voor. Bij een faillissement is er echter heel veel schade. Er is schade bij de mensen die er werken, bij patiënten, de omgeving, huisartsen en de bereikbaarheid van zorg. De minister zegt dat ze falende bestuurders niet gaat redden. Nee, over het algemeen redden die zichzelf wel. Er is in ieder geval nooit een gevolg voor de bestuurders. Daarom denk ik dat het goed is om de volgende motie in te dienen.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat een faillissement van een ziekenhuis een grote impact heeft op de bereikbaarheid van zorg, de kwaliteit en continuïteit van zorgverlening aan patiënten en de banen van personeel;

constaterende dat bestuurders bij een faillissement bijna altijd vrijuit gaan, al dan niet met een riant vertrekbonus;

verzoekt de regering om bij een faillissement van een ziekenhuis altijd een onderzoek in te stellen naar de handelwijze van bestuurders en te beoordelen of de bestuurders hoofdelijk aansprakelijk kunnen worden gesteld,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Leijten. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 27 (33168).

Mevrouw Leijten (SP):

De minister noemde de ruzie bij het Slotervaartziekenhuis een ordinaire ruzie. Ik ben het met haar eens, maar dit is wel een van de dingen die kunnen gebeuren als er meerdere eigenaren zijn die niet met elkaar door één deur kunnen als het gaat over de toekomst van het ziekenhuis. Dat kan in de toekomst ook gebeuren in andere ziekenhuizen. Dat de minister dat niet als een gevaar ziet, vind ik jammer.

Het amendement op stuk nr. 23 dat mevrouw Bruins Slot heeft ingediend vind ik heel slim. Hiermee laat zij zien hoe boterzacht de driejaarsgrens op dit moment is. Stel dat een investeerder in jaar 1 voor €1 in een ziekenhuis investeert, dan mag hij na drie jaar winst uitnemen. Als hij na een of twee jaar ziet dat het goed gaat en dat hij snel winst kan uitnemen, zal hij wellicht meer investeren en meer winst uitnemen. Dat is eigenlijk raar. Ik steun het amendement op stuk nr. 23 en als de minister echt een driejaarsgrens wil hebben, moet ze het amendement gewoon overnemen.

Tot slot haalt de minister een aantal keren Amerika aan als voorbeeld van investeren door private ondernemers in de zorg. Ik neem Amerika en het Amerikaanse gezondheidsstelsel liever niet als voorbeeld.



Mevrouw Klever (PVV):

Voorzitter. In mijn eerste termijn stelde ik de vraag wat dit wetsvoorstel oplost. Dat is me nog steeds niet duidelijk. Gaat het ervoor zorgen dat ziekenhuizen niet failliet gaan, of gaat het juist voor kille sanering zorgen? Gaat het innovatie en vernieuwing aanjagen, of gaat het alleen maar de krenten uit de pap halen? We weten het niet. Wat ik wel weet is dat zorgverzekeraars met premiegeld kunnen gaan investeren in ziekenhuizen. Zorgverzekeraars zijn hiervoor namelijk de ideale partij. Ze hebben inzicht in de markt, ze sturen de markt en ze hebben miljarden euro's aan premiegeld op de plank liggen. Straks zijn zij aandeelhouder, krijgen zij zeggenschap en keren zij zichzelf winst uit. Er is een aanzienlijke kans dat zorgaanbieders en patiënten de dupe worden van deze machtsconcentratie. De minister neemt heel veel risico's, te veel risico's, met dit wetsvoorstel. De zorg is letterlijk van levensbelang voor veel Nederlanders. Dat vraagt om een minister die voorzichtig en weloverwogen te werk gaat. Dat is in onze ogen niet het geval. Wij zullen daarom tegen het wetsvoorstel stemmen.



Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Voorzitter. Ik dank de minister voor haar beantwoording. Ik ben blij met haar toezegging om de wet uitgebreid te evalueren en nauwlettend te bekijken welke ziekenhuizen gebruikmaken van privaat kapitaal en om welke investeerders het gaat. "Voor zover dit mogelijk is", zei ze erbij; dat snap ik.

Wij zijn het er allemaal over eens dat de ziekenhuizen moeilijk aan geld komen omdat de banken minder geld lenen. Mijn fractie wil daarom bevorderen dat de ziekenhuizen extra investeringen kunnen aantrekken. Die investeringen zijn belangrijk om de ziekenhuizen niet alleen vandaag, maar ook in de toekomst in staat te stellen om te investeren in nieuwbouw, innovatie en kwaliteit. Dat doen wij wel onder strikte randvoorwaarden. Mijn fractie heeft daar nog een randvoorwaarde aan toegevoegd, inzake de bevestiging van de onafhankelijke positie van de raad van toezicht. Wij willen tenslotte cowboys en sprinkhanen weren.

Mijn conclusie is dat er nu een behoorlijk evenwichtig voorstel ligt op grond waarvan durfinvesteerders, die uit zijn op kortetermijnwinst, worden uitgesloten, zonder dat de bereidheid tot investeren de kop wordt ingedrukt. Dat is uiteindelijk het beste voor de patiënt, en daar gaat het om.



De heer Rutte (VVD):

Voorzitter. Ik dank de minister voor de uitgebreide en duidelijke beantwoording en voor haar bereidheid om het door mij ingediende amendement over te nemen. Het is jammer dat de Kamer zich daar niet meteen bij aansloot, maar wij zullen zien hoe aanstaande dinsdag de stemming verloopt. Wij vinden oprecht dat de huidige titel van de wet niet de

lading dekt. Zoals ik in mijn bijdrage in eerste termijn al zei, gaat het erom dat wij borgen en regelen dat door de ziekenhuiszorg in ons land investeerders aangetrokken kunnen worden. Die investeerders zijn broodnodig, want zij zorgen ervoor dat er weer geïnvesteerd kan worden — mevrouw Dijkstra zei het zojuist al — in innovatie en kwalitatief hoogwaardige zorg.

Na de vorige termijn rest mij nog één vraag. De minister heeft het oordeel over een aantal amendementen aan de Kamer gelaten. Ik kan mij dat voorstellen, want het zijn stuk voor stuk uitgebalanceerde amendementen die extra waarborgen inbouwen. Mijn vraag blijft of de balans nog steeds klopt als wij die amendementen steunen. Ik snap dat de minister niet kan garanderen dat die balans klopt, want zij heeft geen deur die zij kan openen waardoor de investeerders naar binnen stromen. Wij zullen moeten afwachten hoe dit loopt. Ik hoor echter graag van de minister hoe zij de balans apprecieert.

De voorzitter:

Ik doe nu brutaal een voorstel dienaangaande. Een optie zou kunnen zijn dat wij komende dinsdag stemmen over de amendementen en de moties en dat wij de minister de gelegenheid geven daarop te reageren. Over het wetsvoorstel zouden wij dan donderdag kunnen stemmen. Wij weten immers dat er ook op donderdag nog stemmingen plaatsvinden. Dat is een overweging. Ik meld het en u kunt het aan de minister vragen, als u dat wenst.

De heer Rutte (VVD):

Alle amendementen liggen nu op tafel. De minister kan nu de weging maken en haar oordeel geven. Dat oordeel zullen wij meenemen bij de stemming van dinsdag aanstaande.

□

De heer Van der Staaij (SGP):

Voorzitter. Ik dank de minister voor de duidelijke beantwoording. Dit wetsvoorstel zet voorzichtig de deur open voor vergroting van de investeringsmogelijkheden in medisch-specialistische zorg. Ik vind dat vanavond helder uit de verf is gekomen dat daar reden voor is, dat er een reëel financieringsprobleem is. Ik vind dat de minister dat overtuigend heeft beargumenteerd.

Breed leeft in de Kamer ook het gevoel dat als die deur opengaat, daar wel goede grendels op moeten zitten waarmee de winstuitkering aan regels wordt gebonden. Er moeten waarborgen in de wet worden opgenomen die de publieke belangen borgen. Ik vind dat wij ook daar een goede gedachtewisseling over hebben gehad. Er is een aantal amendementen ingediend die volgens mij die balans nog verder kunnen versterken. Ik dank de minister voor de positieve bejegening van mijn amendement op stuk nr. 21. Zij heeft gezegd dat zij denkt dat het niet nodig is, gelet op de rol van de banken, maar zij heeft er ook geen bezwaar tegen. Het lijkt de SGP-fractie nuttig om toch deze kapstok in de wet uitdrukkelijk op te nemen.

□

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Voorzitter. Ik dank de minister voor haar antwoorden. Wij hebben het over een wetsvoorstel dat gaat over investeren

in innovatie in ziekenhuizen en dat een oplossing biedt voor geldgebrek van ziekenhuizen, maar allemaal wel onder strenge voorwaarden. Investeer zo veel je wilt, zou ik zeggen. Er kan echter alleen winst worden uitgekeerd onder de voorwaarde dat de kwaliteit, de betaalbaarheid en ook de toegankelijkheid van zorg geborgd blijven. Wij hebben er vertrouwen in dat de voorwaarden die in de wet staan en ook in onze amendementen — dank voor het positieve advies erop — voldoende waarborgen op een rij zetten om ervoor te zorgen dat je goede investeringen krijgt en omgekeerde zeggenschap tegengaat. Dit draagt dus bij aan een gereguleerde winstuitkering.

Er is nog één vraag blijven liggen. Naast wet- en regelgeving is er ook goed bestuur nodig. Dat heb je overigens per definitie nodig. De minister is er kort op ingegaan. Er liggen al diverse voorstellen, waar de Kamer al een grote inbreng op heeft geleverd. Wanneer kunnen wij die voorstellen verwachten? In één van de moties — ik meen een motie van mevrouw Leijten — ging het over hoofdelijke aansprakelijkheid van bestuurders. Dat soort issues willen wij graag in een brede context meenemen. Daar hoor ik graag een reactie op van de minister.

De voorzitter:

Ik heb begrepen dat de minister direct kan antwoorden. Daar geef ik haar nu de gelegenheid toe.

□

Minister Schippers:

Voorzitter. Ik vond dat de heer Van der Staaij het goed omschreef: wij zetten de deur voorzichtig een beetje open. Wij hebben strenge voorwaarden vastgesteld om die winstuitkering mogelijk te maken, opdat de nieuwe investeringen in de zorg, die zo hard nodig zijn, er komen en opdat het extra geld dat zo hard nodig is in de zorg er komt. Ik denk dat het wetsvoorstel, ook met de amendementen die ik het advies oordeel Kamer heb gegeven, in balans is. Ik kan dat beoordelen omdat wij hier heel veel op gestudeerd hebben en de varianten mij ook wel bekend zijn. Ik kan echt zeggen dat het, ook met de amendementen die ik positief heb beoordeeld heb of waarover ik het oordeel aan de Kamer heb gelaten, nog steeds een wetsvoorstel in balans is.

Ik ben mevrouw Bruins Slot van de CDA-fractie sowieso nog een antwoord verschuldigd. Zij heeft ook een motie ingediend, waarbij ik dat meteen kan meenemen. Zij zei terecht dat de toets op de statuten wordt uitgevoerd door het CIBG bij aanvraag toelating of aanvraag wijziging van de toelating. De IGZ heeft daar inderdaad geen rol bij. In mijn brief over goed bestuur van september 2013 heb ik aangegeven dat binnen de verscherpte toelating wijzigingen van statuten op essentiële punten, zoals de doelstelling of de regeling van het intern toezicht, opnieuw moeten worden doorgegeven aan de minister. De toets op belangrijke wijzigingen van statuten, zoals omzetting van een stichting in een bv, wordt wat mij betreft door het CIBG uitgevoerd.

Mevrouw Bruins Slot en mevrouw Bouwmeester hebben er gelijk in dat ik daar nog op terug zal komen in de beantwoording van vragen van de Kamer over de brief over goed bestuur. Het is mij niet gelukt om dat nog vóór het zomerreces te doen. We hadden op het ministerie nogal veel te doen. Ik kom hierop na de zomer echter terug. Ik verzoek

mevrouw Bruins Slot daarom, haar motie aan te houden. We kunnen het namelijk in één geheel bekijken als ik hiermee na de zomer kom.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Dat vind ik een redelijk verzoek. Kan de minister er dan wel voor zorgen dat we die antwoorden echt direct na het zomerreces krijgen? Immers, juist voor het proces van good governance, van goed bestuur van ziekenhuizen en zorginstellingen, is het nu van belang om extra waarborgen te realiseren, ook gezien de vele wijzigingen. Hierop en op het wetsvoorstel nog veel langer wachten, lijkt mij geen goed idee. Ik zou ook hiermee vaart willen maken.

Minister Schippers:

Voor een deel zijn wij hier niet aan toegekomen omdat de workload bij VWS dit jaar zwaar is geweest. Onder andere hierdoor is het wat verschoven. De Kamer had het eerder moeten hebben. Zullen we afspreken dat ik ervoor zorg dat dit in ieder geval in oktober bij de Kamer ligt? Ik krijg namelijk signalen dat dat te realiseren is. Op die manier doe ik een toezegging waarvoor ik niet later weer een uitstelbriefje moet opstellen.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Zullen we zeggen dat het vóór het herfstreces naar de Kamer komt?

Minister Schippers:

Ik heb geen idee wanneer het herfstreces is. Als dat in oktober is ...

De voorzitter:

De eerste dag van het herfstreces is 17 oktober.

Minister Schippers:

Oké, laten we dat dan doen.

De voorzitter:

Is daarmee de motie aangehouden, mevrouw Bruins Slot?

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ja, want het is ook goed om het bij elkaar te bezien. Daarvoor zijn de antwoorden van de minister noodzakelijk op de vele vragen die we eerder hebben gesteld.

De voorzitter:

Op verzoek van mevrouw Bruins Slot stel ik voor, haar motie (33168, nr. 26) aan te houden.

Daartoe wordt besloten.

Minister Schippers:

Mevrouw Bruins Slot vroeg ook aandacht voor haar amendement op stuk nr. 23. Kijk, ik heb zelf vele varianten overwogen omtrent die termijn van drie jaar. Alternatieve

vormen voor die termijn van drie jaar zijn onnodig ingewikkeld. Eventuele voordelen wegen niet op tegen de nadelen. Ik zie het niet zitten om na elke investering steeds een termijn van drie jaar te laten starten. Dat geldt zeker als je daarbij zegt dat ook de eerste investeerder dan pas mag uitkeren. Als je het zo regelt, is dit helemaal onuitvoerbaar. Het wordt ook erg moeilijk als je dat niet zegt, maar stelt dat de eerste investeerder na drie jaar kan gaan uitkeren en dat de investeerder die bijvoorbeeld een jaar later is ingestapt, pas een jaar later kan gaan uitkeren. Dan moet er dus een soort schema worden gemaakt. Ik vind dat we bij dit soort wetsvoorstellen ook rekening moeten houden met de uitvoeringslasten. Ik doel in dit geval op de uitvoeringslasten voor de zorgaanbieder en de uitvoeringslasten voor de toezichthouder. Ik wil dit voorstel daarom toch ontraden. Wij hebben de termijn van drie jaar grondig bekeken.

Er ligt een ander amendement, van mevrouw Bouwmeester. Daarover heb ik gezegd: het wordt natuurlijk altijd moeilijker als de instelling na drie jaar pas 50% mag uitkeren en pas na vier jaar 100% mag uitkeren. Ik heb gezegd: dit maakt het natuurlijk wat lastiger, maar volgens mij zal dit investeerders niet afschrikken. Volgens mij moeten we het daarbij echter wel echt laten, juist om de balans niet te verstoren, een balans die zo belangrijk is bij het aantrekken van investeerders.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

De minister weet dat mijn partij geen voorstander is van dit wetsvoorstel. Dat betekent echter niet dat we ook niet hoeven te bekijken welke zwakke plekken het bevat. Bijna alle waarborgen van de minister gelden voor de eerste keer dat winst wordt uitgekeerd, en dus niet voor alles dat daarna volgt.

Minister Schippers:

Daarna is er toch gewoon het toezicht van de inspectie! Die houdt risicogestuurd toezicht. Dat betekent dat als de inspectie ziet dat er veel private investeringen in een ziekenhuis zijn, zij daar eens extra gaat kijken. Het is dus niet zo dat er niemand meer naar zo'n instelling kijkt nadat de eerste keer winst is uitgekeerd. Zo'n instelling valt dan gewoon onder het toezicht en wordt dan net zo streng beoordeeld als andere instellingen, of misschien nog wel strenger beoordeeld dan andere instellingen. Er wordt immers risicogestuurd toezicht gehouden.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Voor de eerste investering is een complete kerstboom opgetuigd, en terecht. Immers, er moet worden gezorgd voor zorgvuldigheid. Bij de tweede investering verandert er eigenlijk niets. Daarbij is de winstuitkering even risicovol als bij de eerste winstuitkering. Dan is het toch logisch dat je dat proces gewoon doortrekt?

Minister Schippers:

Ik begrijp dat niet. Stel, een eerste investeerder investeert een X bedrag in een ziekenhuis en een tweede investeerder investeert ook een X bedrag in dat ziekenhuis. Stel dat die twee bedragen samen even groot zijn als het bedrag dat een andere investeerder in een ander ziekenhuis in één keer

investeert. Als we daartussen een onderscheid moeten maken, zijn we toch een beetje aan het "difficulteren"? Ik begrijp dat mevrouw Bruins Slot geen voorstander is van het wetsvoorstel, maar ik wil de wet wel graag uitvoerbaar houden. Als we daar niet voor zorgen, gaan we dit traject wel door, maar zal er uiteindelijk helemaal niemand investeren. Dat wil ik echt voorkomen. Wij moeten bij dit wetsvoorstel goed de balans in de gaten houden. Is het uitvoerbaar? Wat zijn de toezichtslasten? Ik vind dat dit te belastend is, dus ik blijf bij mijn oordeel over het amendement.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Het probleem met het risicogestuurd toezicht van de inspectie, dat de minister als een waarborg, een soort slot op de deur ziet, is dat het achteraf gebeurt. Het toezicht van de inspectie op dat punt is achteraf en niet vooraf. Het gebeurt nadat die andere winstuitkeringen zijn gedaan. Dan demp je toch uiteindelijk de sloot.

Minister Schippers:

Nee, uiteindelijk ben je niet de put aan het dempen, maar heb je als winstuitkerend ziekenhuis een extra toets op de kwaliteit gehad die andere ziekenhuizen niet hebben. Er is dus juist een extra garantie voor kwaliteit. Daarbij verwacht ik ook nog dat de kwaliteit alleen maar gaat toenemen, omdat je anders je geld stopt in iets wat een aflopende zaak is.

Mevrouw Leijten (SP):

Als je investeert in een ziekenhuis moet je drie jaar lang je best doen, daarna mag je winst uitkeren tot je een ons weegt. Feitelijk is dat de portee als we het amendement van mevrouw Bruins Slot niet aannemen.

Ik werd echter getriggerd door de uitspraak van de minister dat het risicogestuurde toezicht inhoudt dat als er sprake is van financiers, er natuurlijk extra toezicht nodig is.

De voorzitter:

En uw vraag is?

Mevrouw Leijten (SP):

Komt dat in de nieuwe toezichtsprotocollen van de inspectie te staan?

Minister Schippers:

Mevrouw Leijten doet altijd eerst een stelling en stelt dan een vraag. Dan voel ik mij toch weer geroepen om op die stelling in te gaan. Als dat de samenvatting is van dat onze zorg, vind dat wel heel armzalig. Zij zal begrijpen dat ik die niet deel. Het is niet zo dat de zorg maar kan doen wat hij wil. We hebben aan alle kanten toezicht geregeld en we hebben allemaal kwaliteitswetten. We hebben het dus behoorlijk dichtgeregeld. Sommigen vinden dat eerder te veel dan te weinig. In ieder geval buiten dit huis. Als er een nieuwe situatie is waar wij in het zorgstelsel nog niet aan gewend zijn, dan kijkt de inspectie daar altijd extra zorgvuldig naar. Aangezien we ook een monitoring hebben, waarin we de vinger aan de pols houden, vind ik het ook goed als de inspectie dat doet. Laat zij in dit soort nieuwe situaties

de eerste periode maar extra kijken. Mevrouw Leijten zei: u hebt verder naar niemand geluisterd en nergens naar gekeken. Ik heb echter heel veel onderzoeken gezien en heel veel buitenlandse ervaringen bekeken waaruit blijkt dat winstuitkering wel degelijk de kwaliteit verhoogt. Dat geeft mij het vertrouwen dat dat in Nederland ook zal gebeuren.

Mevrouw Leijten (SP):

Daarom vind ik het zo gek. Ik hoor de minister de hele avond zeggen "het verhoogt de kwaliteit" en dan zegt ze in een bijzin: maar het risicogestuurd toezicht houdt in dat er een extra risico is bij investeerders van buitenaf, dus dan controleert de inspectie extra. Ik vroeg gewoon aan de minister of dan ook in de inspectieprotocollen komt te staan dat het risicogestuurde toezicht als aanname heeft dat er een hoger risico is als er aandeelhouders zijn.

Minister Schippers:

Nee, want ook als er nieuwe instellingen in dit land komen, hebben we met elkaar afgesproken dat de inspectie daar naar kijkt. Dat doet zij omdat er iets nieuws is, omdat er een andere situatie is. Als je zo iets voorstelt en je eigenlijk de deur op een kier zet met dit wetsvoorstel, waardoor men extra investeringen kan aanboren, dat kijken we allemaal extra goed hoe dat gaat. Uw verwachtingen zijn dan wel anders dan de mijne, maar u kunt er dan toch niet op tegen zijn dat we allemaal extra kijken.

De voorzitter:

Nog een heel korte slotopmerking, mevrouw Leijten.

Mevrouw Leijten (SP):

De inspectie gaat extra controleren, omdat er dus blijkbaar mogelijk een risico is voor de kwaliteit.

Minister Schippers:

Er is een nieuwe situatie en daar is heel veel bezorgdheid over. Om aan die bezorgdheid tegemoet te komen, gaan we allemaal extra opletten. Zo moet u het zien.

Mevrouw Leijten heeft ook gesproken over risicoselectie. Ik moet echt zeggen dat de redenering wel zeer theoretisch was. De genderzorg werd erbij gehaald, die door een academisch ziekenhuis wordt gegeven. Daar heeft dit wetsvoorstel echter geen gevolgen voor, want academische ziekenhuizen mogen ook na dit wetsvoorstel nog steeds geen winst of geen rendement uitkeren. Verder heeft de NZa wel degelijk opgetreden, want het is een onderzoek van de NZa, en ten slotte is er een oplossing gevonden. Het doemscenario dat er zorg verdwijnt, is dan ook van iemand die niet gelooft in dit systeem. We kunnen wel constateren dat de kwaliteitsresultaten van het systeem de afgelopen acht jaar heel behoorlijk zijn geweest. Op de internationale en Europese ranglijsten staan wij steevast bovenaan. We zien en horen heel weinig dat de zorgplicht van verzekeraars verzaakt wordt. Het doemscenario dat er opeens kwam naar aanleiding van dit wetsvoorstel, vond ik dan ook heel theoretisch. Ik denk dat dit zich niet gaat voordoen omdat we het in de wet zo dicht hebben geregeld met een zorgplicht voor de verzekeraar, dat ik deze weg niet volg.

Mevrouw Leijten zei dat het wensdenken is dat de kwaliteit beter wordt. We hebben wel degelijk gekeken naar de praktijk in het buitenland, waar het al plaatsheeft. Daar kun je echt zien wat er gebeurt. Ik heb daarvan een aantal voorbeelden gegeven. We hebben ook onderzoeken bekeken. Daaruit blijkt dat het een verhogende kwaliteitsinvloed heeft gehad op de plekken waar het heeft plaatsgevonden. We zullen moeten afwachten of dat in Nederland hetzelfde is. Er zullen waarschijnlijk maar een paar ziekenhuizen deze weg opgaan. Dan zullen we kijken hoe het gaat. Mevrouw Leijten kan niet zeggen dat het wensdenken is en dat ik over één nacht ijs ben gegaan met dit wetsvoorstel. Er zijn weinig wetsvoorstellen waar zo diepgaand naar is gekeken en waarbij zo naar het buitenland is gekeken.

Ik kom dan bij de tweede motie.

De voorzitter:

Dat is de motie-Leijten op stuk nr. 27.

Minister Schippers:

Deze motie ontraad ik. Het faillissementsrecht is ordentelijk geregeld in het Burgerlijk Wetboek. De curator is aan zet, niet de minister. De curator ziet erop toe dat schuldeisers niet worden benadeeld. Vanuit de zorg is daar niks extra's aan toe te voegen.

Mevrouw Leijten stelt dat ik de VS als voorbeeld neem. Dat is echt onzin. Ik heb aangegeven dat twee landen eenzelfde regime kennen als Nederland nu heeft, namelijk België en Oostenrijk. Van de voorbeelden die ik heb aangedragen is het ene uit ons buurland Duitsland en het andere uit ons buurland Zweden. We moeten oppassen dat we elkaar geen stereotyperingen aansmeren.

In het kader van de vraag van de heer Rutte heb ik al gezegd dat ik de balans in dit wetsvoorstel met inbegrip van de amendementen waarover mijn oordeel "oordeel Kamer" is, nog steeds aanwezig vind.

Naar aanleiding van de vraag van mevrouw Bouwmeester heb ik gezegd dat het stuk over goed bestuur voor het herfstreces naar de Kamer komt.

De algemene beraadslaging wordt gesloten.

De voorzitter:

We zijn hiermee gekomen aan het einde van dit debat. Stemmingen over de amendementen, de moties en het wetsvoorstel vinden aanstaande dinsdag plaats.