

2

Investeringsmogelijkheden medisch-specialistische zorg

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Wijziging van de Wet toelating zorginstellingen en enkele andere wetten teneinde investeringsmogelijkheden in medisch-specialistische zorg te bevorderen (Wet vergroten investeringsmogelijkheden in medisch-specialistische zorg) (33168)**.

De voorzitter:

Ik heet de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van harte welkom in de Eerste Kamer.

De beraadslaging wordt geopend.



De heer Flierman (CDA):

Voorzitter. Vandaag hebben wij deel 2 in een reeks debatten over de ontwikkelingen in het stelsel van de gezondheidszorg. Wij hebben het vandaag in de eerste plaats over het wetsvoorstel dat de investeringsmogelijkheden in de medisch-specialistische zorg beoogt te verruimen. Bij de behandeling van het vorige wetsvoorstel gisteravond heb ik namens de CDA-fractie een paar opmerkingen gemaakt over het wetgevingsproces. Die zal ik niet herhalen, hoewel sommige ook op dit voorstel van toepassing zijn. Bij het wetsvoorstel verticale integratie heb ik benadrukt dat de CDA-fractie haar oordeel over beide voorliggende wetten en zeker over de onderdelen die de verdere ontwikkeling van het stelsel betreffen, in samenhang zal bepalen.

Met het nu aan de orde zijnde wetsvoorstel beoogt de regering de aanbieders van medisch-specialistische zorg – ziekenhuizen dus – meer mogelijkheden te bieden om eigen vermogen aan te trekken. De regering hoopt dat het daarmee ook gemakkelijker wordt om vreemd vermogen aan te trekken.

De heer Postema (PvdA):

Voorzitter. Laat ik hem er direct maar inschieten. De heer Flierman zegt de wetsvoorstellen die gisteravond en vandaag in deze Kamer worden besproken in samenhang te willen behandelen. Dat is natuurlijk zijn goed recht, maar zegt hij daarmee feitelijk ook dat zijn standpunt over het ene wetsvoorstel onlosmakelijk samenhangt met het andere, zodat een ja voor het ene wetsvoorstel ook een ja voor het andere is en een nee voor het ene ook een nee voor het andere?

De heer Flierman (CDA):

Ik heb gezegd dat wij de zaak in samenhang behandelen en dat ook onze afweging en ons uiteindelijke oordeel in samenhang tot stand komen. Of dat twee keer ja, twee keer nee of iets anders is, hangt heel erg af van de antwoorden van de minister. Daar wil ik niet op vooruitlopen.

De heer Postema (PvdA):

Sluit de heer Flierman dan niet uit dat het een ja-nee, een nee-ja of een ja-ja is?

De heer Flierman (CDA):

In dit huis bepaalt de fractie haar definitieve oordeel aan het einde van het debat. Zo ver is het nog niet.

De heer Postema (PvdA):

Het enige wat ik vraag of de heer Flierman iets uitsluit of niet.

De heer Flierman (CDA):

Ik heb niets uitgesloten.

De heer Postema (PvdA):

Waarvoor dank!

De heer Flierman (CDA):

Zoals gezegd, hoopt de regering de aanbieders van medisch-specialistische zorg meer mogelijkheden te bieden om eigen vermogen aan te trekken. Daarmee wordt het ook gemakkelijker om vreemd vermogen aan te trekken. Dat laatste is de afgelopen jaren steeds lastiger worden, mede gezien de strenge eisen die banken op grond van Europese regels stellen. Ziekenhuizen waarin private investeerders een doorslaggevende zeggenschap hebben, zullen naar de verwachting van de regering efficiënter en innovatiever werken en dat geeft andere aanbieders een stimulans om zich ook te verbeteren.

Op zichzelf kan de CDA-fractie in algemene zin een aantal argumenten van de regering wel volgen. Een goed geregeld invloed vanuit de private sector op aanbieders in het publieke domein kan inderdaad leiden tot efficiencyvoordelen en kwaliteitswinst bij aanbieders die in private handen komen. Daarvan kan ook weer een positieve prikkel naar de andere publieke aanbieders uitgaan. We kennen allemaal verschillende voorbeelden in binnen- en buitenland. Een andere verhouding tussen eigen en vreemd vermogen kan aantrekkelijk zijn. Dat maakt instellingen flexibeler en weerbaarder. Wij vragen ons echter wel af of dit wetsvoorstel voor deze sector op het goede moment komt. Er is veel aan de hand in de curatieve zorg. Ik denk dan aan de steeds grotere invloed van verzekeraars op de inkoop van zorg waarmee ze ook een enorme invloed op de bedrijfsresultaten van instellingen hebben. We hebben daar gisteravond al het nodige over gezegd.

De heer Postema (PvdA):

Het CDA maakt wel weer een heel bijzondere beweging vandaag. Daar waar we al eerder op het zorgdossier hebben moeten constateren dat er een grote mate van overeenstemming is tussen eerder ingenomen standpunten van de CDA-fractie en het regeringsbeleid, merk ik nu dat senator Flierman daar bij aanvang van het debat over het vergroten van de investeringsmogelijkheden in de medisch-specialistische zorg weer veel van wenst terug te nemen. Waar staat het CDA nu eigenlijk?

De heer **Flierman** (CDA):
Misschien is het dan het beste dat de heer Postema mijn verdere betoog afwacht.

De heer **Postema** (PvdA):
Dat doe ik natuurlijk graag, maar misschien wil de heer Flierman dan het volgende meenemen. Het is iets wat hij zelf eerder heeft betoogd en wel in Zorgvisie op 26 juni van dit jaar: "Het CDA is tegen kapitalistische durfinvesteerdere die voor kortermijnwinsten gaan, maar als grote institutionele beleggers, zoals PGGM, investeren in de zorg, dan moeten ze een rendement op geïnvesteerd vermogen kunnen krijgen. Daar is niets mis mee. Als ziekenhuizen geld lenen van banken, betalen ze daar ook een vergoeding voor in de vorm van rente." Ik mag er toch van uitgaan dat de heer Flierman dat soort belangrijke uitspraken voor het Nederlandse publiek centraal stelt in wat hij vandaag naar voren brengt?

De heer **Flierman** (CDA):
Ik ben mijn betoog ook begonnen met te zeggen dat wij ons in algemene zin wel iets kunnen voorstellen bij het beschikbaar maken van privaat vermogen, ook voor aanbieders in de publieke sector. Ik duidde daar ook op in de uitspraak die de heer Postema aanhaalt. Dat was echter op een moment dat dit wetsvoorstel nog niet eens door de Tweede Kamer was afgehandeld, laat staan dat het hier ter tafel lag. Vandaag hebben wij het niet over een algemeen principe waar wij ons iets bij kunnen voorstellen, maar over de concrete uitwerking in dit wetsvoorstel. Daar hebben wij een aantal forse vragen bij.

De **voorzitter**:
Mijnheer Postema, tot slot.

De heer **Postema** (PvdA):
Tot slot merk ik toch op dat de heer Flierman blijkbaar wel die behoefte had, in de wetenschap dat deze wet eraan kwam en toen hij ook al op de hoogte was van talloze ingrediënten van het voorstel. Ik mag veronderstellen dat hij bekend is met het regeerakkoord en met eerdere standpunten van het CDA over dit type vraagstukken. Ik mag er toch van uitgaan dat hij na zo'n publieke uitspraak — het is niet iets zomaar in de wandelgangen — vandaag niet opeens een heel andere richting kiest?

De heer **Flierman** (CDA):
Dat is een stellingname en ik geloof niet dat die verdere beantwoording behoeft. Nogmaals, in algemene zin kunnen wij ons iets voorstellen bij het beschikbaar stellen van privaat vermogen, ook voor aanbieders in de publieke sector. Op dit moment kijken wij naar dit wetsvoorstel en daarover zijn toch nog een aantal kritische vragen te stellen.

Wij vragen ons dus af of dit wetsvoorstel op dit moment en voor deze sector op het goede moment komt.

Over de invloed van verzekeraars hebben wij het al gehad. We stellen daarbij ook vast dat die verzekeraars op dit moment nog maar mondjesmaat in staat blijken te zijn om echt op kwaliteit in te kopen. Ook dat hebben wij gister-

avond gehoord en in de schriftelijke voorbereiding door de minister bevestigd gekregen. Tot op heden vertonen die verzekeraars ook nog maar heel weinig bereidheid om meerjarige afspraken te maken.

In de tweede plaats komen er veranderingen in de positie van de medisch specialisten per 1 januari aanstaande, zijn er bewegingen rond concentratie en samenwerking en is er discussie over de beschikbaarheid van voorzieningen in de perifere regio's. Dat zijn allemaal zaken die onhelder zijn. En wat te denken van het gegeven dat op dit moment — as we speak — nog geen enkel ziekenhuis een goedkeurende verklaring voor de jaarrekening 2013 heeft, omdat ons systeem zo ingewikkeld gemaakt is? Ik noem maar eens een paar omstandigheden. Is dit dan het moment waarop je als private investeerder instapt? Dat vragen wij ons ernstig af.

In de memorie van antwoord aan de Tweede Kamer van maart 2013 benoemde de regering een aantal factoren die investeerders mogelijkerwijze zouden kunnen beletten om te participeren. Het schokkende aan dat lijstje vonden wij dat het allemaal zaken van rijksbeleid zijn. Het is dezelfde minister, dezelfde regering, die investeerders enerzijds hoopt te verleiden om te participeren in aanbieders van medisch-specialistische zorg, maar die het hen anderzijds via allerlei regels en maatregelen zeer onaantrekkelijk maakt. Het is er sinds 2013 bepaald niet beter op geworden. Zou de minister nog eens willen duiden of dit nu voor investeerders het juiste moment is om in te stappen? Zouden we ons niet eerst moeten inspannen om een aantal van de zojuist genoemde problemen op te lossen? In antwoord op onze schriftelijke vragen stelde de minister dat het wetsvoorstel wat haar betreft eigenlijk beter al eerder ter tafel had kunnen komen. Dat vond ik een opmerkelijke uitspraak voor een bewindspersoon die inmiddels vier jaar aan het roer van het ministerie staat. Als de minister dat echt meent, waarom heeft ze dan niet meer haast gemaakt?

De volgende vraag die ons bezighoudt, is of de introductie van private investeerders niet een volume prikkel betekent. Er is de afgelopen jaren met man en macht en met het nodige succes aan gewerkt om de volumegroei te beheersen. Inkoop door verzekeraars en het macrobeheersinstrumentarium zijn belangrijke factoren om greep op de volumeontwikkeling te krijgen, maar private partijen streven naar omzetvergroting. We hebben dat al eerder ook in de gezondheidszorg gezien, bijvoorbeeld bij de medisch specialisten. Elders is dat niet anders. De CDA-fractie vreest dat dit effect opnieuw gaat optreden. Welke garanties zijn er dat de introductie van private partijen in ons stelsel niet tot ongewenste volumegroei zal leiden? Kan de minister daarop ingaan?

Het streven naar omzetgroei brengt ook andere risico's met zich mee. Er zouden bijvoorbeeld concessies aan de kwaliteit gedaan kunnen worden. Ook zou een vorm van selectie op min of meer complexe dossiers kunnen plaatsvinden en er zou een verstoring in het hele aanbod aan voorzieningen in de regio kunnen optreden. Wij betwijfelen of de maatregelen die nu in de wet zijn voorzien, voldoende waarborg tegen die risico's vormen. De vraag is bijvoorbeeld of de toezichthouder, de NZa, daarvoor niet te veel op afstand staat. We horen graag een reactie van de minister.

Naar verwachting komt slechts in een beperkt aantal gevallen een private investeerder aan boord. De minister schat in dat dit bij hooguit 25% van de aanbieders zal gebeuren, misschien minder, zeker gezien de belemmerende factoren die ik al noemde. Er is in wezen slechts sprake van een partiële, beperkte introductie van private spelers. Private en publieke aanbieders worden dus elkaars concurrenten. Is er nog sprake van een level playing field? De minister van Economische Zaken heeft met de Wet markt en overheid geprobeerd om de verhouding tussen private en publieke aanbieders op eenzelfde gebied enigszins te reguleren. Gaat die wet straks ook in deze sector gelden?

De minister verwacht dat de spanning tussen private en publieke aanbieders vooral tot positieve prikkels in de richting van het publieke deel leidt. Die spanning kan echter ook tot allerlei ongewenste effecten leiden. Ik denk daarbij aan moeizame samenwerking, verstoringen van het totale evenwicht in aanbod op regionale schaal en buitensporige reclame. Dit laatste is gisteren ook al genoemd. In andere sectoren waar private en publieke partijen naast elkaar opereren, zie je dat ook gebeuren. We vragen ons af wie dit soort effecten gaat voorkomen. Kan de minister op de spanning tussen private en publieke partijen ingaan?

De heer **Postema** (PvdA):

Ik zou graag van de heer Flierman willen weten welke van deze argumenten niet tot zijn beschikking stonden toen hij in juni 2014, vijf maanden geleden, zulke stellige uitspraken deed ten faveure van de strekking van het voorliggende wetsvoorstel.

De heer **Flierman** (CDA):

Een aantal argumenten was toen ook al bekend, maar de uitwerking in de wet zoals die nu voorligt, hadden wij toen nog niet op tafel. Bij de bestudering van het wetsvoorstel is het onze taak om kritische vragen te stellen. Ik begrijp niet wat daar mis mee is.

De heer **Postema** (PvdA):

Er is uiteraard niets tegen het stellen van kritische vragen; daar zijn wij voor. Ik vind het echter merkwaardig dat de heer Flierman zo buitengewoon inconsistent is. Voor de Bühne roept hij iets, maar in dit huis wordt hij waarschijnlijk teruggefloten en slaat hij een heel andere weg in. Het is niet de eerste keer dat dit gebeurt met het zorgdossier. Bij een debat met staatssecretaris Van Rijn eerder dit jaar, moest er letterlijk uit het CDA-verkiezingsprogramma worden geciteerd om de heer Flierman ervan te overtuigen waar het CDA stond. Welke nieuwe zaken hebben zich na juni 2014 voorgedaan die rechtvaardigen dat hij zo van standpunt is gewisseld?

De heer **Flierman** (CDA):

Ik weet niet of wij zo van standpunt zijn gewisseld. Dat stelt de heer Postema, maar ik heb in juni in heel algemene zin iets gezegd. We praten nu over een concreet wetsvoorstel, dat we bezien in samenhang met een paar andere plannen. In dat kader stellen we kritische vragen over deze wet.

Ik ga terug naar de financieringsproblematiek. Het is een van de twee gronden voor de introductie van de mogelijk-

heid voor winstuitkering. Deelneming van private investeerders leidt tot meer eigen vermogen en dat beïnvloedt de solvabiliteit gunstig. Dat zal echter alleen aan de orde zijn bij de instellingen die in private handen komen. Financiering van aanbieders die een publiek karakter behouden, wordt daarmee niet gemakkelijker. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat zij ook hun solvabiliteitspositie kunnen versterken en daarmee minder afhankelijk worden van de bereidheid van banken om hen te financieren? Ook daar is het vraagstuk van het level playing field aan de orde. In hoeverre lossen we met dit wetsontwerp voor het gehele land een probleem op? Zou de minister daar nog eens op willen ingaan?

Het beschikbaar stellen van eigen vermogen en het uitkeren van winst of rendement op dat vermogen moet natuurlijk met waarborgen omkleed zijn om te voorkomen dat de kwaliteit van de zorg verslechtert, of dat onjuiste afwegingen worden gemaakt. Het is ook nodig om te voorkomen dat het ziekenhuis wordt leeggeplukt of dat activa die met collectieve middelen zijn opgebouwd, zoals gebouwen, op onjuiste wijze in private handen komen. Die waarborgen zijn er. Ze zijn opgenomen in het oorspronkelijke voorstel en op een aantal punten uitgebreid door de Tweede Kamer. Toch hebben we nog wat vragen. De minister wijst de gedachte af dat openbaar wordt wie vermogen aan een ziekenhuis beschikbaar stelt. Dat lijkt onze fractie juist wel van belang om gevoel te hebben bij de partij achter de beschikbaarstelling en om haar intenties te kennen. Is het daadwerkelijk een partij die duurzame betrokkenheid en rendement op lange termijn nastreeft?

Voor het toezicht op de kwaliteit is er het reguliere instrumentarium, dat vooral repressief van aard is. Daarnaast is voorzien in een eenmalige toets door de IGZ, voordat de eerste keer winst kan worden uitgekeerd. Het lijkt erop dat na het nemen van deze eenmalige horde, drie jaar nadat de eerste investeerder betrokken is, vooral sprake is van financieel toezicht. Het uitkeren van winst mag dan alleen als de financiële positie op orde is en de instelling niet onder verscherpt toezicht staat. Wij vragen ons af of je niet zou moeten streven naar een cyclisch en proactief systeem van kwaliteitszorg, dat overigens net zo goed voor ziekenhuizen in publieke handen kan gelden. Als je allerlei specifieke kwaliteitstoetsen van oudervriendelijkheid tot kindvriendelijkheid in zo'n systeem kunt meenemen, zou dat zeer efficiënt kunnen zijn. Er zijn al vormen van dergelijke kwaliteitszorgsystemen, maar de minister wijst er in de schriftelijke voorbereiding op dat dergelijke kwaliteitszorg geen formele status en gevolgen heeft. Formeel is het misschien niet, maar materieel leidt een accreditatieproces, waarin blijkt dat het veiligheidssysteem in het ziekenhuis niet op orde is, onmiddellijk tot verscherpt toezicht van de IGZ en een korting op de vergoeding van de verzekeraars. Gevolgen zijn er dus wel degelijk. Wij blijven ons afvragen of een cyclische, integrale beoordeling van alle instellingen moet worden overwogen. Daarnaast hou je dan risicogericht, repressief toezicht van de IGZ.

Tot slot van mijn inbreng sta ik even stil bij de gevolgen die de introductie van private investeerders voor de arbeidsvoorwaarden in de zorg kan hebben. In de schriftelijke voorbereiding hebben we een aantal vragen over de Wet normering topinkomens gesteld, maar echt gelukkig werden we niet van de antwoorden. Eén opmerking wil ik er nog over maken. De minister merkt op dat zij er geen

probleem mee heeft als een investeerder rendement op zijn investering ontvangt, mits hij aan alle voorwaarden voldoet en de prestaties die met de zorgverzekeraar zijn afgesproken conform prijs en kwaliteit heeft geleverd. Het maakt haar niet uit dat dit rendement uiteindelijk betaald is met geld dat via premies, collectieve middelen, is opgebracht. De hoogte van de beloning acht zij niet van belang, als maar aan de prestaties is voldaan. Dat begrijp ik. Ik begrijp echter niet waarom het management, dat eindverantwoordelijk is voor een positief resultaat, wel wordt gemaximeerd in zijn beloning. Kan de minister dat uitleggen? Ik hoop dat ze dat niet doet door naar de WNT te verwijzen, maar door met inhoudelijke argumenten te komen.

Stel dat er voor aanbieders in private handen een aparte cao tot stand komt, die geldt voor iedereen: van portier, via de verpleegkundige tot de specialist in loondienst. Deze cao zou meer gerelateerd zijn aan de private markt van hoogwaardige dienstverlening. Dat zou ook weer zo'n verstoring effect kunnen geven, waar ik al eerder op duidde. Hoe ziet de minister dat? Gaan we voor de top toch het framework van de beloningsstructuur in de publieke sector toepassen? Daarmee ontnem je het systeem meteen weer een belangrijke prikkel en ontken je de marktwerking. Ik ga dan nog voorbij aan de vraag of de overheid überhaupt nog mag ingrijpen in zo'n cao. Wij blijven dit een onbegrijpelijke kronkel in het voorstel vinden.

Dit alles overziende, vragen wij ons ernstig af of de tijd al rijp is voor dit voorstel en of het wetsontwerp in deze vorm voldoende doordacht is. We wachten de reactie van de minister met belangstelling af.

De heer Kuiper (ChristenUnie):

Zou ik de heer Flierman nog een vraag mogen stellen? Ik begrijp dat het bezwaar tegen de wet vooral pragmatisch van aard is en niet principieel. We voeren deze dagen het debat over de marktordening. De twee wetten samen gaan natuurlijk over het stelsel als geheel. Begrijp ik het goed dat er volgens het CDA een plek is aan de kant van de aanbiedersmarkt voor private investeerders met een eigen winstoogmerk? Klopt het dat het CDA het heel goed denkbaar acht dat dit een onderdeel van het stelsel wordt?

De heer Flierman (CDA):

In het stelsel zoals het nu in ontwikkeling is, speelt marktwerking een belangrijke rol. Het stelsel is mede door CDA-bewindslieden vormgegeven. In beide Kamers is het voorstel door CDA-leden gesteund. Van die ontwikkeling distantiëren wij ons zeker niet. Daarnaast zie je nu ook al private aanbieders in het stelsel, zoals klinieken waar niet-verzekerde zorg wordt geboden, en grote apothekers- en tandartsenetens. Kortom, op allerlei plekken zie je al private aanbieders. Het is voor ons dus de vraag of je op dit moment een volgende stap moet zetten in deze richting. Daar hebben wij de nodige vragen bij.

De heer Kuiper (ChristenUnie):

Mijn vraag was of de heer Flierman het principieel denkbaar acht dat private investeerders op deze manier een plek hebben in de publieke gezondheidszorg. Dat is de kern van mijn vraag. Natuurlijk weet ik dat we marktelementen hanteren, maar de vraag is welke marktelementen we willen.

En wil de heer Flierman deze op publieke voorzieningen met deze prikkel?

De heer Flierman (CDA):

Als de heer Kuiper mij vraagt of ik het ten principale denkbaar acht dat private investeerders actief zijn in de zorgmarkt, is mijn antwoord daarop dat wij dat inderdaad ten principale denkbaar achten. Dat is nu ook al het geval. Als de heer Kuipers vervolgens vraagt of ik vind dat het op dit moment voor deze sector in deze vorm moet, is mijn antwoord daarop dat wij het antwoord van de minister afwachten, want juist hierover hebben wij nog een aantal kritische vragen.

Voorzitter: Linthorst

De voorzitter:

Tot slot.

De heer Kuiper (ChristenUnie):

Dat is niet helemaal een antwoord op mijn vraag. Ik wilde weten of de heer Flierman dit principieel ook vindt, maar hij geeft als antwoord: in deze vorm en op dit moment even niet. Maar goed, wij wachten het verdere debat af.

De heer Flierman (CDA):

Ik heb in de eerste helft van mijn antwoord gezegd dat wij ten principale betrokkenheid van private investeerders in de zorg denkbaar achten. Dat is nu ook al het geval.

De heer Kuiper (ChristenUnie):

Ja, maar het ging om deze vorm en het antwoord is dus ja.



Mevrouw Frijters-Klijnen (PVV):

Voorzitter. We praten hier over een voorstel om winst te gaan uitkeren terwijl voor veel ziekenhuizen niet eens duidelijk is of ze het afgelopen jaar winst hebben gemaakt en, zo ja, hoeveel. Er is een totaal gebrek aan transparantie over de financiële situatie van de ziekenhuizen en daarom moet er volgens onze fractie dan ook snel worden gewerkt aan een transparanter bekostigingssysteem. Niet alleen ontbreekt het inzicht in de kwaliteit van een behandeling, maar ook zijn de tarieven schimmig. Een operatie aan de wervelkolom kost in het ene ziekenhuis €400 en in het andere €3.000. Dit weten we aan de hand van de passanten-tarieven. Wat de gewone tarieven zijn, weet niemand. Dat is opmerkelijk als je bedenkt dat marktwerking juist uitgaat van het vergelijken van prijs- kwaliteitsverhoudingen tussen concurrenten, zodat je een weloverwogen keuze kunt maken. Ook dit is een mankement dat eerst moet worden opgelost. Kan de minister reflecteren op beide genoemde mankementen? Is zij met ons van mening dat een pas op de plaats beter is dan de vlucht naar voren met alle risico's van dien?

Het wetsvoorstel grijpt volgens onze fractie ongekend diep in op ten eerste de kwaliteit, ten tweede de doelmatigheid, vervolgens de toegankelijkheid van de medisch-specialisti-

sche zorg, maar ook op de democratische verhoudingen. Ik zal dit nader toelichten.

Allereerst ga ik in op de kwaliteit. Investeerders zouden belang hebben bij kwaliteit omdat kwaliteit goedkoper zou zijn. Onvoldoende kwaliteit en veiligheid kunnen immers resulteren in een toename van het aantal hersteloperaties, doorligwonden en wondinfecties, wat leidt tot extra ligdagen en meer kosten. Dat is een denkfout. Een toename van het aantal hersteloperaties leidt juist tot een hogere omzet en dus tot meer winst. Meer doorligwonden of wondinfecties kunnen inderdaad leiden tot extra ligdagen, maar of dat ook leidt tot meer kosten hangt af van de financiering van die dagen. Als het ziekenhuis hierbij een nieuwe diagnose-behandelcombinatie kan afsluiten, betekent het wederom een grotere omzet en dus meer winst. De tegenwerping is dat ziekenhuizen moeten voldoen aan kwaliteitsmaatstaven om winst te mogen uitkeren. Dat dwingt private investeerders interesse te hebben voor kwaliteit. Voldoen aan kwaliteitsmaatstaven is echter iets anders dan kwaliteitsverbetering. Ook nu moeten ziekenhuizen voldoen aan kwaliteitsmaatstaven. Maar sinds wanneer bestaat er in de publieke sector een causale relatie tussen een gunstiger investeringsklimaat en kwaliteit? Al met al is er geen enkel steekhoudend argument om te veronderstellen dat private investeringen tot een hogere kwaliteit zullen leiden. Deelt de minister onze mening?

Het wetsvoorstel stelt dat investeerders belang hebben bij een goede kwaliteit van dienstverlening in de zorg. Dit zou patiënten aantrekken en dus de omzet verhogen. Patiënten kiezen echter niet alleen op basis van kwaliteit van medisch en verplegend personeel. Ze gaan naar een ziekenhuis dichtbij en hun tevredenheid hangt ook af van zaken als de parkeergelegenheid en het restaurant. Een private investeerder die patiënten wil trekken, zorgt dus voor een makkelijk realiseerbare, mooie parkeerplaats en lekkere koffie in plaats van zich bezig te houden met het verlenen van goede zorg.

Ik kom bij de doelmatigheid. Het belangrijkste argument voor winstuitkeringen luidt dat het noodzakelijk is om private investeerders toe te laten omdat er te weinig andere financiers zijn. Door de marktwerking zijn ziekenhuizen voor de financiering helemaal afhankelijk geworden van banken en die zijn niet meer zo scheutig met het verstrekken van leningen, mede door de kredietcrisis en de stijgende kapitaal-eisen. Maar blijven die private investeerders de zorg wel aantrekkelijk vinden? Waarom zijn hun overwegingen anders dan die van banken? Mogelijk komt dat omdat ze denken ook invloed op het beleid te kunnen uitoefenen en zo de doelmatigheid te kunnen verhogen. Veel waarschijnlijker is het dat met de komst van private investeerders de doelmatigheid juist afneemt. Immers, een deel van het geld dat wij aan de zorg betalen, via belastingen en premies, gaat straks niet meer naar zorg, maar wordt uitgekeerd aan aandeelhouders. Het grootste risico dat zorgverzekeraars lopen, zijn beleggingsfouten: verliezen op investeringen en vastgoed. Ze gokken namelijk met ons premiegeld en ze maken daarom graag winst.

De minister beloofde vorig jaar de zorgverzekeraars aan te spreken op het feit dat ze de winst in de zorg staken in plaats van in het verlagen van de premies. Ik vraag me af hoe dat gesprek is verlopen. Resultaat heeft het in ieder geval niet opgeleverd. We betalen al jaren miljarden te veel en die willen we terug. Kan de minister hierop reflecteren?

Investeerders zullen in het kader van efficiencyvergroting geneigd zijn grotere risico's te nemen dan de ziekenhuizen zelf. Het wetsvoorstel erkent dat dit tot faillissementen kan leiden. De overheid zal dan niet bijspringen, tenzij de verlening van cruciale zorg in gevaar komt. Opnieuw geven we de markt alle ruimte om grote, onverantwoorde risico's te nemen en daar goed aan te verdienen. Als het echter misgaat, mag de belastingbetaler er weer voor opdraaien, ondanks de "geruststellende" woorden van het wetsvoorstel.

Ik kom bij de toegankelijkheid. Er bestaat vrees voor verminderde toegankelijkheid. Uit een enquête van Medisch Contact uit maart 2012 blijkt dat 73% van de medisch specialisten tegen winstuitkering is. Zij vrezen dat ziekenhuizen dan vooral rendabele behandelingen gaan aanbieden en dat zij patiënten zullen selecteren die winst opleveren.

Mijn vierde opmerking betreft de democratische verhoudingen. De meest zorgelijke en tegelijk minst belichte consequentie van het wetsvoorstel is dat het een regelrechte aanslag vormt op het democratische gehalte van de zorg. Voor de introductie van marktwerking werd het ziekenhuisbeleid bepaald door relevante stakeholders: overheid, artsen in het medisch stafbestuur, ander personeel in de ondermingsraad, enigszins door actuele en potentiële patiënten en hun naasten via de cliëntenraad en door de raad van toezicht. Sinds de introductie van marktwerking zijn al deze partijen gebleven, maar is de invloed van verzekeraars, banken en markttoezichhouders sterk toegenomen. Die invloed wordt alleen maar groter doordat het wetsvoorstel erin voorziet dat private investeerders mede-eigenaar kunnen worden van zorginstellingen. In dat geval zal wat er nog aan democratische structuur over is, totaal vernietigd worden.

Natuurlijk heeft mijn fractie oog voor de problemen waarmee de ziekenhuizen nu te maken hebben. Bankleningen zijn minder geneigd om kredieten te verstrekken. Sommige instellingen bevinden zich daardoor letterlijk in een wurg-greep. Dat is zorgelijk en het is onze fractie een raadsel waarom winstuitkering hiervoor een oplossing zou zijn. Waarom iets introduceren dat meer risico's met zich meebrengt dan dat het oplost? Welke investeerder neemt zulke risico's? Aangenomen dat de animo gering zal zijn, blijft er eigenlijk maar een partij over die wel zou kunnen investeren. Dat zijn de zorgverzekeraars. Dat is de enige partij die kennis en inzicht heeft 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 minderheidsbelang 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 maakt wordt geïnvesteerd in Achmea-zorg 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 wetsvoorstel mogelijk maakt.

De PVV-fractie is niet tegen winst maken en we zijn ook niet tegen het uitkeren van winst. Winst maken is geen probleem als dat betekent dat er geld wordt opgepot voor slechtere tijden, maar dan wel binnen bepaalde grenzen. Het probleem van de Wet op winstuitkering is echter dat de winst wordt uitgekeerd aan partijen die er niet zelf voor hebben gewerkt. Huisartsen of medisch specialisten mogen hun eigen vermogen in praktijk of maatschap investeren en daar

geld voor terugzien. Maar dat is op kleine schaal en bovendien is de investeerder tegelijkertijd degene die het werk doet. Bij winstuitkering in ziekenhuizen zijn de investeerders niet degenen die het werk doen en is de schaal veel groter. Het zal duidelijk zijn dat onze fractie op dit moment weinig voordelen en veel risico's ziet.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Aan het einde van dit interessante betoog wil ik mevrouw Frijters nog vragen of zij het artikel van Evelien Tonkens kent met als titel Winstuitkering in ziekenhuizen.

Mevrouw **Frijters-Klijnen** (PVV):

Niet direct. Ik ken wel bepaalde artikelen van haar, maar of dit artikel daarbij hoort, weet ik niet. U gaat het mij zeker vertellen.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Het staat op de site van de Wiardi Beckmanstichting van de PvdA. Daar staat altijd zeer lezenswaardig materiaal. Misschien is het aardig als mevrouw Frijters daar eens naar kijkt. Dan zal zij zien dat haar argumenten niet alleen in hoofdlijnen, maar zelfs woordelijk terugkomen. Anders gezegd, als een student dit zou doen, zou ik hem zeggen dat zijn bronvermelding iets explicieter mag.

□

Mevrouw **Scholten** (D66):

Voorzitter. Hoeveel marktwerking in de zorg willen we hebben? Dat is de vraag waar het vandaag om draait. Met kracht van argumenten zegt het ene kamp dat niet te willen, terwijl het andere kamp er juist voor is. Beide kampen zullen hun argumenten baseren op economische modellen waarvan je niet weet hoe die meanderen en die tot misschien onverwachte uitkomsten leiden. Bovendien, en zo kun je het ook benaderen, berusten economische modellen op bepaalde theoretische vooronderstellingen die niet altijd op voorhand algemeen geaccepteerd worden. Ook dat is een verklaring voor het feit dat de voorliggende vraag de kampen verdeeld houdt. Het winstverbod in de zorg is van decennia geleden. Het winstverbod in de WTZi, dat we vandaag zouden moeten afschaffen, dateert van dezelfde datum als de Zorgverzekeringswet. De WTZi bevat de voorwaarden, waaraan instellingen moeten voldoen om contracten met verzekeraars te sluiten voor het leveren van zorg. Het winstverbod is een van die voorwaarden. De WTZi heeft een sterk controlerend karakter, dat met dit wetsvoorstel deels wordt losgelaten.

Het systeem waarin de nog onder de WTZi vallende instellingen geen winst mogen uitkeren en het eventuele positieve resultaat als eigen vermogen vasthouden, geeft zekerheid, zeker als de jaarlijkse resultaten goed zijn. Dan kan een goede buffer worden gevormd in afwachting van onzekere tijden. Het kan ook anders. Er zijn ziekenhuizen failliet gegaan; die ziekenhuizen behaalden dus geen winst. Een recent voorbeeld is de Sionsberg in Dokkum en in een ander voorbeeld wordt in Groningen een ziekenhuis met overheidsgeld en met gegarandeerde contracten overeind gehouden. De vraag is of dat niet gebeurd zou zijn als die ziekenhuizen privaat geld hadden mogen aantrekken. Bij welke uitkomst is het voortbestaan van ziekenhuizen het best gegarandeerd? Ook dat is van groot belang voor de

werkgelegenheid. We weten dat het aantrekken van vreemd geld door ziekenhuizen een moeizaam proces is, zeker als er al meer leningen op de balans staan. Banken staan in de huidige tijd bepaald niet te trappelen en stellen hoge eisen. Zeker, er zijn ook instellingen die hun eigen weg vinden. Die hebben deze wet niet nodig. Als een instelling eigendom is van een ondernemer, gaan de behaalde winsten hun eigen weg. Het gaat er echter om dat de instellingen die het eigen aandeelhouderschap niet kennen, een gemakkelijker mogelijkheid krijgen om vreemd geld aan te trekken. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de medisch specialisten hebben, voor zover ik heb begrepen, instemmend gereageerd op het voorstel.

In de praktijk zijn de meeste instellingen allang gericht op het maken van winst. Een solide buffer is noodzaak en met dit wetsvoorstel krijgen de ziekenhuizen een ruimere armslag om vreemd geld aan te trekken. Daartegenover is het uitkeren van winst in dit wetsvoorstel niet vanzelfsprekend gemaakt. De hekken die in dit wetsvoorstel daartegen zijn opgeworpen, zijn behoorlijk hoog. In de schriftelijke rondes hebben wij daarover vooral technische vragen en vragen gericht op wetsuitleg gesteld. Die vragen zal ik hier niet herhalen.

De grootste vrees dat met het afschaffen van het winstverbod de zorgmarkt openligt voor kortermijninvesteerders deelt mijn fractie vooralsnog niet. We mogen niet vergeten dat de instellingen, veelal in stichtingsvorm, daarvoor eerst moeten worden omgezet van stichting naar een bv, een nv of een coöperatie, waarvoor toestemming van de rechtbank nodig is. Daarbij wordt niet over één nacht ijs gegaan, want het gebeurt niet zonder gedegen onderzoek vooraf door en met toestemming van de raad van toezicht en zonder dat zich al een serieuze gegadigde heeft aangediend. Die zal zwaar worden getoetst.

De heer **Reuten** (SP):

Dit is slechts één aspect van de wijziging van de rechtsvorm. Doorwaans moet je toestemming krijgen van de rechter. Dat is echter niet het grootste probleem. Waar het in dit aspect om draait, is de vraag of de statuten van de stichting het mogelijk maken dat de stichting haar eigen statuten kan wijzigen. Dat is cruciaal. Als een stichting haar eigen statuten kan wijzigen, vormt de rechter eigenlijk geen hobbel.

Mevrouw **Scholten** (D66):

Is dat een vraag of is dat een stelling?

De heer **Reuten** (SP):

Ziet u dit als jurist ook zo?

Mevrouw **Scholten** (D66):

Juristen zijn het altijd overal over oneens, afhankelijk van het standpunt dat je inneemt en het feitenonderzoek dat daaraan voorafgaat. Dat weet de heer Reuten.

De mogelijkheid is daarom reëler voor langetermijninvesteerders met aandacht voor de zorg.

De heer **Reuten** (SP):

Ik heb geen antwoord op mijn vraag gekregen! Ik vroeg of mevrouw Scholten het met mij eens is dat de vraag cruciaal is of de statuten het de stichting mogelijk maken om haar eigen statuten te wijzigen. Vindt mevrouw Scholten dat ook?

Mevrouw **Scholten** (D66):

Mijnheer Reuten weet heel goed dat het ook intern kan als de statuten de mogelijkheid geven om statuten te wijzigen. Is dat een antwoord?

De **voorzitter**:

Tot slot, de heer Reuten?

De heer **Reuten** (SP):

Mijn punt is dat in dat geval de rechter geen hobbel is. Mevrouw Scholten zegt dat haar fractie zich niet zo'n zorgen maakt omdat de rechter ertussen zit, maar de rechter kijkt naar wat er in de statuten staat. Als je de statuten echter al hebt kunnen wijzigen, levert de rechter geen hobbel op.

Mevrouw **Scholten** (D66):

Ik sluit niet uit dat die mogelijkheid erin zit, maar ik zou dat nog wel even aan een goede jurist willen voorleggen.

De mogelijkheid is reëler voor langetermijninvesteerders met aandacht voor de zorg. Er zijn kapitaalverschaffers, gericht op waardevermeerdering op langere termijn. Die zouden moeten worden binnengehaald. Verder zouden de andere hoge hekken, zoals de toetsing door de IGZ en de NZa, de solvabiliteitsbuffer en het verbod op winstuitkering zonder drie achtereenvolgende jaren met winst, afdoende moeten zijn om de investeerders gericht op kortetermijnwinst buiten de deur te houden. Zorgverzekeraars zouden hiertoe ook kunnen behoren, maar dat vindt de minister weer geen goed idee. Wat dat betreft, heb ik gisteren in plaats van een verbod een voorafgaande NZa-toets bepleit. Dat moet de NZa voor de winstuitkering sowieso doen en dat kan dan in één moeite door. In alle gevallen moet het uitgangspunt zijn dat de gekozen oplossing in het belang is van de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg. De vraag blijft of kan worden ingegrepen bij marktfalen, en zo ja, hoe. Stel dat ziekenhuizen in de problemen raken en de deregulering die met dit wetsvoorstel wordt beoogd, daarvan de oorzaak blijkt te zijn. Dat weten we volgens de evaluatiebepaling in artikel 11 niet eerder dan over vijf jaar na inwerkingtreding van de wet. Als het wetsvoorstel wordt aanvaard, moeten we het daarmee doen.

Nog een laatste punt hierover. Het onderwerp is uitvoerig belicht in het proefschrift Winst in de zorg van mevrouw Plomp. Zij concludeert op basis van uitvoerig onderzoek dat winstuitkering door instellingen voor medisch-specialistische zorg toelaatbaar is vanuit juridisch perspectief in het algemeen en vanuit rechtshistorisch, gezondheidsrechtelijk, Europees en internationaal rechtelijk perspectief in het bijzonder. Ze gaat nog verder door te stellen dat er vanuit rechtshistorisch en Europees rechtelijk perspectief zelfs argumenten zijn om te stellen dat het handhaven van het huidige verbod op winstuitkering niet langer houdbaar is. Daar laat ik het voorlopig bij.

Mijn fractie heeft meer problemen met het amendement-Bruins Slot dat het beleid voor het toezicht op zorgvastgoed 180 graden heeft gewijzigd. De Raad van State heeft geadviseerd om het toezicht op het vastgoed, zoals vastgelegd in het huidige artikel 18, los te laten. De minister nam dat advies over. Met het amendement-Bruins Slot is het toezicht toch weer ingevoerd, en wel op een veel ruimere basis dan nu in de wet staat. Niet alleen de verkoop van vastgoed, maar alle vermogensrechtelijke handelingen, zoals aankoop, huur en verhuur, moeten worden goedgekeurd. De NZa, die de taken van het College sanering zorginstellingen gaat overnemen, krijgt er dus een nieuwe rol bij. Het amendement heeft bij mijn fractie vragen opgeroepen. Zo is het herinvoeren van het toezicht op het vastgoed in tegenspraak met het beleid dat al jaren geleden is ingezet om het vastgoed geleidelijk over te dragen aan de risicosfeer van de zorginstellingen. Waarom zouden we de klok nu opeens terugdraaien? De minister, aangespoord door de vele bezwaren tegen het amendement-Bruins Slot, heeft in de nadere memorie van antwoord aangegeven dat ze de NZa heeft gevraagd om er nog eens naar te kijken in verband met de verwachte regeldruk en omwille van het creëren van duidelijkheid voor de betrokken zorginstellingen. Daarbij gaat het haar met name om verdere inperking van de reikwijdte, het hanteren van criteria en het invoeren van drempelbedragen. Ook heeft de minister toegezegd dit artikel vooralsnog niet in te voeren in afwachting van het aan de NZa opgedragen huiswerk. Dat geeft enige verlichting, maar de vraag is of deze praktische oplossing in formele zin kan worden uitgevoerd. De nadere regelgeving door de NZa zal bij Algemene Maatregel van Bestuur moeten worden vastgelegd, zoals de minister dat ook schetst. Artikel 18 heeft zelf geen kaderstellende AMvB-bepaling. Voor de oplossing van dat probleem verwijst de minister naar artikel 1, lid 2 van de WTZi. Kan de minister dat artikel en de daarin genoemde AMvB voor de regeling gebruiken? Het artikel houdt in dat bij AMvB met betrekking tot daarbij aan te wijzen categorieën van instellingen kan worden bepaald dat delen van de wet op die instellingen niet van toepassing zijn. Het gaat er dus niet om dat wordt bepaald dat delen van de wet wél van toepassing zijn, maar ze zijn expliciet níet van toepassing. Zo zijn in 2008 het vastgoed van de cure en in 2009 van de care van de WTZi-bepalingen vrijgesteld. Nadere regelgeving met betrekking tot het nieuwe artikel 18 is echter iets heel anders dan het bepalen dat delen van de wet niet van toepassing zijn volgens artikel 1, lid 2. Waarom denkt de minister toch dat zij de door haar bedoelde en door de NZa te ontwerpen regeling in het daaronder hangende uitvoeringsbesluit kan onderbrengen? Mij lijkt eerder dat het nieuwe artikel 18 moet worden aangevuld met een extra lid, waarin de minister bij AMvB de nodige aanpassingen kan doen. De regeling moet aan de goede kapstok hangen. Ook de Raad van State is daar kritisch op. Dit alles staat nog los van de vraag of de minister in een AMvB de reikwijdte van de bepaling die in het amendement is opgenomen, kan inperken. Er is in ieder geval een wetswijziging nodig. Om het nieuwe artikel 18 werkbaar te krijgen is sowieso een aanpassing nodig. In dat geval kan het artikel wellicht weer worden ingetrokken. Dat geef ik de minister in overweging. Ook daar heb je immers een reparatiewet voor nodig. Ik zal niet verhullen dat de voorkeur van mijn fractie naar dat laatste uitgaat.

Hier houd ik het voorlopig bij. Mijn fractie wacht graag de antwoorden van de minister af.



De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Voorzitter. Bij dit tweede wetsvoorstel in onze zorgdebatten van deze week wil de fractie van GroenLinks graag de onderliggende discussie voeren over de voortgaande marktwerking in de zorg. Dit hebben wij gisteren al aangekondigd. Misschien moeten we zeggen: schijnmarktwerking. Ik houd de twee wetsvoorstellen daarom bij elkaar, al zal ik uiteraard ook op de specifieke punten ingaan.

Het wetsvoorstel wordt gepresenteerd als een stimulans om de kwaliteit, dienstverlening en doelmatigheid van medisch-specialistische zorg te verbeteren. Daar is natuurlijk niemand tegen. Met deze argumenten wordt bijna elk wetsvoorstel aangeprezen. Het probleem is dat de relatie tussen de intentie en de concrete voorstellen vaak nogal dun is en soms zelfs tegengesteld. De echte intentie van het voorstel is het verder doorvoeren van een gereguleerde marktwerking. Daarmee is het debat ook een debat tussen de gelovigen in de markt en de sceptici.

Sinds de invoering van het nieuwe stelsel hebben we zo'n acht jaar ervaring kunnen opdoen. In een verhelderende analyse van de onderzoekredactie wordt de balans opgemaakt. Ik citeer: "kostenbeheersing, geen resultaat. Inzicht in de kosten: fragmentarisch en tot drie jaar vertraagd. Inzicht in de doelmatigheid en de kwaliteit van de ziekenhuiszorg: nog een lange weg te gaan. Bijdrage aan kwaliteitsverbetering in de zorg: niet meetbaar. Management en regie van de sector: onzeker en inefficiënt. Vooruitzichten op verbetering: onduidelijk." Ik nodig de minister uit om te reflecteren op deze analyse en op de vragen hoe de sturing moet plaatsvinden en kan verbeteren. Gisteren hebben we gedebatteerd over de kwaliteit. Vandaag gaat het onder andere over doelmatigheid. Ook daar heeft het huidige stelsel geen andere sturingsmogelijkheden dan de kaaschaaf over de inkoop. Er kan her en der wat aan de knoppen gedraaid worden. Daarmee werkt het stelsel net iets beter of net iets slechter. Een van de knoppen ligt vandaag op tafel. Het argument is hier dat aanbieders van medisch-specialistische zorg winst moeten kunnen uitkeren om investeerders te kunnen aantrekken. Hierdoor zouden ze beter kunnen investeren. Het is een nieuwe poging om het stelsel te stutten, terwijl het juist de vraag is of we op deze koers verder moeten.

Zorg is niet in de eerste plaats een product of een verhandelbare dienst. Zorg is in de eerste plaats een relatie tussen twee mensen, waarbij de een zich het lot van de ander aantrekt en hem bijstaat, zodat degene die zorg ontvangt weer verder kan. Dat is het centrale inzicht in de zorgethiek van Joan Tronto, of hier te lande van Annelies van Heijst. Omdat de zorg soms zo specifiek en technisch is dat het niet binnen gewone relaties kan worden geboden, organiseren wij de specialistische zorgrelaties in instellingen. Omdat we als samenleving het belang van solidariteit in zorgrelaties hoog achten, dragen we de kosten daarvan gezamenlijk. Dat is een totaal andere visie dan het dominante, technisch-economische perspectief dat de minister hanteert en dat ten grondslag ligt aan beide wetsvoorstellen. Hier is zorg een product geworden dat tegen de laagst mogelijke kosten en met de hoogst haalbare kwaliteit moet worden geleverd. De zorgaanbieders moeten met elkaar concurreren en de zorgverzekeraars zijn betaalmeester, inkoper en marktmeester tegelijk. Ook zij concurreren in theorie met elkaar, maar omdat verzekerden nauwelijks

overstappen, mag dat geen naam hebben. Zo lopen de reserves op bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars, vormen ze steeds grotere marktpartijen met kartelachtige machtsconcentraties en hebben kleine zorgaanbieders en verzekerden het nakijken. Dat alles gebeurt zonder echt inzicht in de kostenbeheersing, kwaliteit et cetera. Dat komt waarschijnlijk doordat de zorg helemaal geen echte markt is. Zo is het mogelijk dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders miljarden oppotten onder de noemer "risicoreserve", wat veel meer dan nodig is. Ook is het nog steeds mogelijk dat specialisten zich onttrekken aan de Wet normering inkomens, ondanks het feit dat de overheid uiteindelijk risicodragend blijft. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen klaagt over die wet omdat er geen goede mensen te vinden zijn die voor een ministersalaris in de publieke sector willen werken en de brancheorganisaties van zorgverzekeraars roepen hun leden tot de orde als ze kritisch zijn op het hele spel. Tot slot ervaren de patiënten vooral verschraving van het basispakket, oplopende zorgpremies en bureaucratie. Dit is de achtergrond. Tegen deze achtergrond en met het belang van patiënten als belangrijkste criterium beschouwt GroenLinks het voorstel om onder bepaalde voorwaarden winstuitkering toe te staan in de medisch-specialistische zorg. De eerste vraag betreft de noodzaak van deze verandering. De regering wijst daarvoor op de verminderde bereidheid van banken om leningen te verstrekken. Maar als dat al zo is, ligt hier dan geen taak voor bijvoorbeeld de Nederlandse Waterschapsbank of de Bank Nederlandse Gemeenten? Oftewel, kan de regering nadrukkelijker onderbouwen waarom winstdragend aandeelhouderschap de enige mogelijkheid is om aanbieders verder te helpen? Hoe groot is de nood als we geen winstuitkering toestaan?

Op onze eenvoudige vraag naar een empirische onderbouwing voor de verwachting dat de medisch-specialistische zorg verbeterd als er aandeelhouders meekijken, antwoordt de regering dat zorgaanbieders met aandeelhouders het niet slechter doen dan zorgaanbieders zonder aandeelhouders. Ze doen het dus niet slechter, maar dat was de vraag niet. De vraag was of ze het beter doen. Vervolgens worden onderzoeken met positieve en met negatieve effecten van winstuitkering genoemd. Omwille van de overtuigingskracht wordt echter alleen het positieve voorbeeld genoemd. Ik nodig de minister uit om te vertellen welk kwaliteitsverlies er in de onderzoeken naar voren kwam, zodat wij beter kunnen wegen hoe winst en verlies zich tegen elkaar aftekenen. Vooralsnog lijkt het beeld immers dat de verwachting van een sterke verbetering van kwaliteit, dienstverlening en doelmatigheid, niet erg evidencebased is. Dat zou de minister toch te denken moeten geven. De kritische vragen bij de motieven en de rol van aandeelhouders worden nogal makkelijk beantwoord met de verwachting dat aandeelhouders dezelfde motieven hebben als de instelling, namelijk het financieel gezond houden ervan. Het gaat in de memorie van antwoord dan over zaken als financieel belang, goed presteren en de waarde van de onderneming. De kwaliteit van de zorg is een middel om dat ondernemersbelang te realiseren. Maar dat is nu precies het probleem. Natuurlijk moet een zorginstelling financieel gezond zijn, maar dat is een middel om haar publieke taak goed te vervullen. De kwalitatief goede zorg zou het centrale doel moeten zijn, en niet andersom. Ongeacht wat de minister zegt, is het doel van de aandeelhouders primair toch het maken van winst. Als dit wetsvoorstel al leidt tot meer doelmatigheid, zal de opbrengst daarvan terugvloeien in de zakken van de aandeelhouder en niet leiden tot een terugdringen van de zorgkosten. Met een scherpe analyse en een kritische blik heeft Evelien Tonkens in een opiniebijdrage voor de Wiardi

Beckman Stichting laten zien dat dit voorstel averechts gaat werken en zij concludeert dan ook als volgt: "De kern van de wet voor winstuitkering is dat de publieke instellingen in private handen komen waardoor de democratische controle verzwakt, de kosten stijgen, en geld het wint van kwaliteit en professionaliteit. Dit kan geen sociaaldemocratisch politicus over zijn kant laten gaan".

De heer **Postema** (PvdA):

Acht de heer Ganzevoort de ziekenhuizen in Nederland publieke instellingen?

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Ik snap wat de heer Postema bedoelt. Als hij het heeft over de publiekrechtelijke en privaatrechtelijke structuur daarvan, heeft hij ongetwijfeld gelijk dat dit zelfstandige instellingen zijn, maar ze behoren wel tot de publieke sector.

De heer **Postema** (PvdA):

Ja, maar dat is niet wat in het betreffende artikel in Socialisme & Democratie wordt beweerd. Er wordt geschetst alsof wij in een publiek stelsel met publieke organisaties van doen hebben, waar evident is dat ziekenhuizen in Nederland nooit publiek zijn geweest. Het zijn altijd private partijen zoals stichtingen en verenigingen geweest. In die zin heb ik wel wat moeite met het beeld dat de heer Ganzevoort schetst. Ik ga een heel eind mee in zijn analyse, maar vindt hij niet dat hiermee een verkeerd beeld wordt opgevoerd, als zouden die ziekenhuizen publiek zijn?

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Nee, want dat hangt af van de definitie van "publiek". Als de vraag van de heer Postema is of het overheidsinstellingen zijn, is het antwoord natuurlijk nee. Als de vraag is of het marktinstellingen zijn, is het antwoord ook nee. Ze zitten er in het maatschappelijke veld precies tussenin. Ook daarvoor gebruiken wij de term "publiek". Het woord "publiek" is in die zin dan ook verwarrend. Wanneer je het puur juridisch gebruikt tegenover privaat, heeft het een andere definitie dan wanneer je het hebt over de drieslag markt, samenleving, met een middenveld van stichtingen en verenigingen, en overheid.

De heer **Postema** (PvdA):

Mijn vervolgvraag is of de heer Ganzevoort het denkbaar acht dat er juist in dat middensegment sprake is van een veelheid aan mogelijkheden om dit soort instellingen te financieren. Dat kan met giften, bancaire of via het eigen vermogen.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Het antwoord daarop is natuurlijk ja. Er is een veelheid aan mogelijkheden. Ik snap alleen niet wat de relatie daarvan met mijn bezwaren is.

De heer **Postema** (PvdA):

Ik wil daar nog even kort op ingaan. Veel van de bezwaren van de heer Ganzevoort zijn terechte aandachtspunten. Mij gaat het echter met name om het signaal dat hij afgeeft dat er bij de GroenLinks-fractie een fundamenteel probleem

zou zijn met het feit dat wij hier spreken over het investeren door aandeelhouders in deze maatschappelijke sector. Ik wil toch graag van hem weten of daar een principiële bezwaar tegen bestaat.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Het woord "principieel" is wel heel erg groot, maar ik heb er op z'n minst wel principiële vragen bij. Die vragen hebben te maken met de motieven waarmee aandeelhouders zouden willen instappen in deze "zorgmarkt" en de effecten die dat heeft op het handelen van de instellingen. Daar zit onze grote zorg. Het grote probleem is dat je daarmee een ander motief, te weten winst, tot een van de leidende motieven gaat maken in het handelen van de instelling. Daar zit wel een principiële bezwaar. Als je investeringen dienstbaar blijven aan het primaire doel van een zorginstelling, kun je je daar iets bij voorstellen, maar dat is niet geborgd. Wat er wel gebeurt, is dat uiteindelijk de winstdoelstellingen van een investeerder — en die zijn er altijd want anders investeert men niet — een grote rol kunnen gaan spelen.

Ik was benieuwd naar de reactie van mijn sociaaldemocratische collega's en die heb ik voor een deel gekregen. Maar uiteraard ben ik ook benieuwd naar de reactie van de minister op dit punt. Op andere vragen is geen antwoord gekomen, dus die herhaal ik hier maar. Is het denkbaar dat een private investeerder of aandeelhouder — dat sluit op de vraag van zojuist — invloed zal gaan uitoefenen op de bedrijfsvoering, de selectie van patiënten of de wijze waarop de zorg wordt verleend? Is het denkbaar dat investeerdersbelangen daarbij interfereren met zorgbelangen en die zelfs kunnen overschaduwen? Is het denkbaar dat een investeerder bijvoorbeeld eist dat de zorgaanbieder diensten of apparatuur bij een bepaalde leverancier afneemt of medicijnen van een bepaalde producent voorschrijft? Is het derhalve denkbaar dat de kwaliteit van zorg, de doelmatigheid en de transparantie juist afnemen? Als we op deze vragen niet een afdoende antwoord krijgen, zitten we op een gevaarlijke weg.

Mijn fractie ziet weinig heil in het verdergaan op het pad van de marktwerking. Wij zien zorginstellingen, en ook zorgverzekeraars, niet als bedrijven die winst moeten maken, maar als maatschappelijke ondernemingen die een publiek belang hebben te dienen. Daarom vragen wij aan de minister of zij bereid is meer te redeneren vanuit de intrinsieke betekenis van de zorgrelatie en minder vanuit een economisch perspectief. Op deze en de andere gestelde vragen horen we graag het antwoord van de regering.



De heer **Reuten** (SP):

Voorzitter. Ik ga vandaag niet de politiek-ideologische positie van mijn fractie tegenover die van de minister zetten. Ik beoordeel het wetsvoorstel vanuit de bedoelingen van de minister. Zij wil de investeringen van medisch-specialistische zorgaanbieders bevorderen. Ik spreek in het vervolg korthedshalve over ziekenhuizen en sluit de andere aanbieders daarmee in.

Om de investeringen van ziekenhuizen te bevorderen, wil de minister toestaan dat ze winst gaan maken, zodat financiers of beleggers er heil in zien. Zij onderkent dat dit voor het zorgaanbod extra risico's met zich meebrengt,

maar zij meent dat die ondervangen kunnen worden. Ik ga vandaag met haar meedenken en beoordeel het wetsvoorstel immanent.

Ik bespreek drie onderwerpen. Ten eerste, de extra risico's die de minister onderkent, maar waarvan zij meent dat de huidige wet deze voldoende regelt. Ten tweede, de extra risico's die zij onderkent en waarvoor dit wetsvoorstel met extra maatregelen komt. Ten derde, de problemen die zij waarschijnlijk heeft onderschat, in het bijzonder aangaande de beklemming van het vermogen van ziekenhuisstichtingen nadat deze zijn omgezet in een bv of nv.

Voor ik daarmee begin, moet ik kort ingaan op een terminologisch kwestie. Investerings van ziekenhuizen staan op de activazijde van hun balans. Op de passivazijde staat de wijze van financiering daarvan. De minister gebruikt wat slordig de term "investeren" voor de activiteit van financiers en beleggers. Daarvan is onder andere sprake in de memorie van toelichting en het gewijzigde opschrift van het wetsvoorstel. Die financiers en beleggers investeren niet, maar zij verschaffen wel vermogen.

Ik probeer in het vervolg de terminologie zuiver te houden en ik hoop dat de minister dat vandaag ook doet. Ik dank haar voor de toezegging dat zij, mocht dit wetsvoorstel worden aangenomen, de terminologie bij de eerstvolgende wetswijziging zal aanpassen. Als ik de minister straks citeer, gebruik ik haar oude terminologie.

Ik kom bij mijn eerste onderwerp. In de memorie van toelichting wijst de minister op het extra risico van een volumeopdriving omdat: "het winststreven een extra stimulans geeft aan zorgaanbieders om hun omzet te verhogen". Ook stelt zij daar: "Door het toestaan van een winstuitkering is het mogelijk dat zorgaanbieders zich met name willen richten op de meest rendabele zorgprestaties." Tot slot stelt de minister daar: "Naast de kans dat aanbieders zich alleen richten op rendabele behandelingen, bestaat ook het risico van patiëntselectie indien naar winst strevende aanbieders zich expliciet gaan richten op rendabele patiënten."

Het gaat dus allemaal om extra risico's die het wetsvoorstel met zich brengt. Nu stelt de minister dat deze extra risico's geen extra maatregelen vergen; die staan dan ook niet in het wetsvoorstel. De reden daarvoor is uiteindelijk dat zorgverzekeraars deze problemen dienen op te lossen en volgens de minister hebben zij daartoe de wettelijke plicht. Zij schrijft voorts: "De regering gaat ervan uit dat zorgverzekeraars deze rol waarmaken." Ja, zij hebben in de huidige constellatie een zorgplicht, maar met dit wetsvoorstel wijzigt de minister de constellatie.

Ik heb in het nader voorlopig verslag gevraagd of de minister met de ziektekostenverzekeraars schriftelijk heeft vastgelegd dat de laatste naast hun huidige zorgplicht, na de eventuele aanvaarding van het wetsvoorstel, de zorgplicht volledig blijven dragen onder de gewijzigde verhoudingen die het wetsvoorstel mogelijk maakt, derhalve inclusief de extra risico's dienaangaande. Ik heb op die vraag geen antwoord gekregen. Daarom vraag ik de minister nu opnieuw om een antwoord. Kan de regering buiten de ziektekostenverzekeraars om de institutionele verhoudingen wijzigen terwijl de verzekeraars toch volledig verantwoordelijk blijven, zoals zij dat waren voor de wijziging? Houdt de regering het voor mogelijk dat de verzekeraars zich met rede aan de volledige zorgplicht kunnen

onttrekken, omdat zij met dit wetsvoorstel willens en wetens extra risico's introduceert? De vraag is dus of een beroep op die reden stand zal houden bij de rechter.

Als tweede onderwerp bespreek ik zaken die het wetsvoorstel wel beoogt te regelen. In de memorie van toelichting wordt gesteld: "De regering sluit de kans niet uit dat er enkele private investeerders zullen zijn die vanuit hun winststreven de kosten van zorg zodanig verlagen dat daardoor de kwaliteit kan dalen. Dergelijke investeerders zijn alleen geïnteresseerd in de kortetermijnwinstgevendheid." Met "investeerders" worden hier dus financiers bedoeld. Tot de laatste behoren ook de zogenoemde financiële sprinkhanen die niet worden genoemd in het wetsvoorstel. Zij beleggen in een bedrijf, nemen de aandeelhoudersmacht en eventueel het bestuur over, plukken het bedrijf leeg en lopen dan weg. Dat is de gebruikelijke gang van zaken bij financiële sprinkhanen. Bij mijn derde onderwerp bespreek ik waarom juist ziekenhuizen met voornamelijk stichtingsvermogen bijzonder interessant zijn voor deze sprinkhanen.

De minister stelt in de memorie van toelichting: "Om deze risico's weg te nemen, stelt dit wetsvoorstel voorwaarden aan het uitkeren van winst." Ik noem de twee markantste voorwaarden. Ten eerste de termijn van drie jaar alvorens tot eerste winstuitkering mag worden overgegaan. Ten tweede de solvabiliteit van 20% en de eis van drie achtereenvolgende jaren met positief bedrijfsresultaat alvorens winst mag worden uitgekeerd. De facto gaat het om uitstel van winstuitkering. De minister meent dat zo'n uitstel de financiële sprinkhanen buiten de deur zal houden. Zij willen immers onmiddellijk rendement op hun financiering.

Ik heb in de verslagen gemeld dat dit uitstel van winstuitkering eenvoudig kan worden omzeild doordat de bv geld mag uitlenen aan de aandeelhouders. Zij kunnen zo gereserveerde winst onmiddellijk incasseren; dat wil zeggen: een voorschot op de winst. De minister schrijft in de nadere memorie van toelichting dat zij zo'n constructie niet begrijpt. Op nadere vragen wordt nu in de nota naar aanleiding van het verslag gesteld dat zo'n constructie "geen blijk van goed bestuur is". Daarmee ben ik het geheel eens, maar goed bestuur is niet het oogmerk van financiële sprinkhanen. In de nota wordt ook gesteld: "Een kapitaalverschaffer die participeert in de zorginstelling zal er doorgaans op gericht zijn om de kwaliteit en de continuïteit van de instelling te waarborgen." In het woordje "doorgaans" ligt de kern van de problemen. De regering sluit sprinkhaangedrag bij nader inzien niet uit, maar het wetsvoorstel verhindert het niet. Waarom niet? Een ziekenhuis kan dus worden leeggeplukt. De minister schrijft dat zij beoogt financiers met een kortetermijnvisie buiten de deur te houden, maar het wetsvoorstel is daarin onvoldragen. Ziet de minister gelegenheid om dit te herstellen?

Ik kom bij mijn derde en laatste onderwerp. Waarom zijn ziekenhuizen nu zo interessant voor financiers in het algemeen en voor financiële sprinkhanen in het bijzonder? De bijna 100 niet-academische ziekenhuizen in Nederland zijn op een na allemaal stichtingen. Zij hebben thans naar schatting een gezamenlijk eigen vermogen van 3,8 miljard euro, een gemiddelde solvabiliteit van 20% en een rendement op het eigen vermogen van gemiddeld 10%. Ik heb dit in twee tabellen in het nader voorlopig verslag weergegeven. In de memorie van antwoord informeerde de minister deze Kamer nog onjuist waar zij stelde dat het

rendement gemiddeld 2% zou zijn en dat de ziekenhuissector daarmee relatief oninteressant is voor kortetermijninvesteerders. Ik voeg hieraan toe dat de minister verkeerd is geïnformeerd door een rapport waarin die 2% wordt genoemd. Als je naar de cijfers van het CBS kijkt, zie je dat het rendement op het eigen vermogen gemiddeld 10% is.

De heer Postema (PvdA):

Nu de heer Reuten de minister met belangrijke woorden adresseert, lijkt het mij passend om vast te stellen dat het in "ziekenhuisland" goed gebruik is om rendement in termen van de omzet te bepalen, juist ook omdat het eigenvermogensbegrip zo betrekkelijk is. Als ik in de gedachten van de heer Reuten meega, voeg ik hieraan toe dat je in zijn redenering, bij het rendement op geïnvesteerd vermogen, de return on equity, in de huidige situatie met oneindige rendementen van doen zou hebben. Ik vraag hem ook in te zien dat het in vele benchmarks zoals die sinds jaar en dag bijvoorbeeld door Ernst & Young worden uitgevoerd, goed gebruik is dat rendement te duiden in termen van de omzet.

De heer Reuten (SP):

Ik ben econoom en ik ken eigenlijk geen econoom die rendement zo definieert. Ik constateer ook dat het CBS — dat in de hele wereld gezien wordt als een uitstekend bureau — rendement ook definieert zoals ik dat doe, namelijk rendement op eigen vermogen. Dat andere, de winstmarge op omzet, heet "omzetwinst". Ik ken geen enkele econoom die dat "rendement" noemt.

De heer Postema (PvdA):

Hier staat hij. Ik zal toelichten waarom dit nuttig is. Normaliter wordt rendement niet altijd en alleen maar geduid in termen van beleggers. In dat geval ga ik met de heer Reuten mee. Rendement wordt echter ook vaak gebruikt als alternatief begrip voor winst; dat wil zeggen: voor resultaat. Dan is het gebruikelijk om dat juist af te zetten tegen omzet.

De heer Reuten (SP):

Ik stel voor dat wij terugkeren naar de kern van de zaak. Als je het eigen vermogen van ziekenhuizen of van een bedrijf hebt onderscheiden, deel je de winst op het eigen vermogen. De uitkomst bij ziekenhuizen is dan een gemiddeld rendement van 10%. Daar gaat het om. Van die andere terminologie wil ik af zijn. De kern van de zaak is dat het rendement op het eigen vermogen zoals dat gebruikelijk wordt gedefinieerd, 10% is. De solvabiliteit en het rendement zien er behoorlijk gezond uit. Daarmee hebben ziekenhuizen een voldoende voorwaarde voor continuïteit in hun investering. Ik stel dus dat de sector van de niet-academische ziekenhuizen in Nederland gemiddeld gesproken niet ongezond is.

De heer Postema (PvdA):

Het belang van deze discussie is natuurlijk, naast het jargon, de vraag welk probleem wij bespreken. Dan is het behoorlijk evident dat nogal wat ziekenhuizen in ernstige financieringsproblemen verkeren. Ik kom daar in mij bijdrage nog op terug. Ik spreek de heer Reuten hierop aan omdat hij een beleggingsterm gebruikt voor een sector waarin tot dusverre nog niet wordt belegd; er wordt nog niet belegd in de medisch-specialistische zorg. Een rendementsdefinitie

in termen van geïnvesteerd eigen vermogen is daarom op dit moment nog niet van toepassing. Dit is geen bruikbare benadering. Straks misschien wel als de investeerders in de zorg komen, maar dan verandert er ook onmiddellijk iets aan het eigen vermogen.

De heer Reuten (SP):

Dat ben ik helemaal niet eens met de heer Postema. Er is vermogen dat eigendom is van de stichting en er is ingeleend vermogen. Dat onderscheid kun je zuiver maken. Laat ik het nog zuiverder stellen. Aan de passiefzijde van de balans staat het ingeleende geld en het restant is eigen vermogen. Dat is heel simpel boekhouden. Het eigen vermogen is zuiver vast te stellen en vervolgens kun je heel zuiver vaststellen wat de winst is gedeeld door het eigen vermogen. Dat is geen enkel probleem.

De voorzitter:

Mijnheer Postema, ik wijs erop dat u nog een eigen bijdrage zult leveren en dat er ook nog een tweede termijn komt. Ik stel voor om deze discussie nu af te ronden.

De heer Postema (PvdA):

Dan stel ik wel vast dat de heer Reuten denkt het gelijk aan zijn kant te hebben, maar dat het in de sector tot vandaag de dag gebruikelijk is dat als men spreekt over rendement, feitelijk het resultaat van ziekenhuizen wordt bedoeld. Ik ben van mening dat de heer Reuten voor verwarring zorgt in dit debat.

De heer Reuten (SP):

Ik werp dit van mij. Ik denk dat de verwarring bestaat bij diegenen die omzetwinst verheffen tot rendement. Dat is volkomen ongebruikelijk. Willen de ziekenhuizen winst uitkeren — dat wil het wetsvoorstel mogelijk maken — dan moeten de ziekenhuisstichtingen op de een of andere manier omgezet worden in een kapitaalvennootschap of winstuiterende coöperatie. Waar ik in het vervolg korthedshalve over "bv's" spreek, is inbegrepen de nv en de winstuiterende coöperatie.

Ik ben van oordeel dat de Tweede Kamer over onvoldoende informatie beschikte over de consequenties van de omzetting van stichting in bv, in casu de omzetting van een ziekenhuisstichting in een bv. In de Tweede Kamer stelden de leden van de VVD-fractie, de PvdA-fractie en de SP-fractie in het verslag en in het nader verslag vragen over de omzetting van stichting in bv en de consequenties daarvan voor het stichtingsvermogen, elk in verschillende bewoordingen. Het antwoord van de minister in de nota naar aanleiding van het verslag en in het nader verslag deed het voorkomen alsof de beklemming van het stichtingsvermogen voldoende geregeld is, zodat nieuwe aandeelhouders niet kunnen weglopen met het stichtingsvermogen en/of de vruchten daarvan. In de plenaire behandeling in de Tweede Kamer speelde de kwestie van omzetting en beklemming vervolgens geen enkele rol.

Uit de schriftelijke discussie over deze kwestie tussen de leden van de SP-fractie in deze Kamer en de minister blijkt dat zij nu erkent dat de huidige wet en/of het wetsvoorstel dit niet sluitend regelen, zodat nieuwe aandeelhouders wel

aan de haal kunnen gaan met het voormalige stichtingsvermogen en/of de vruchten daarvan. Hoe dan ook ontbrak het de Tweede Kamer aan voldoende informatie op dit punt. Deelt de minister mijn zorgen op dit punt?

Ik wil aannemen dat de minister zelf onvoldoende op de hoogte was. Impliciet stelt de nota dit en ik aanvaard dat, mede omdat een rapport van Boer & Croon, waar de minister in belangrijke mate op vaart, van de hele kwestie van beklemd stichtingsvermogen niet rept. Dat is heel opmerkelijk, omdat dit rapport wel het veld op dit gebied zoekt en in kaart brengt, maar niet rept van deze cruciale kwestie. Kennelijk bijgevolg noemt de memorie van toelichting de hele kwestie ook niet.

Wat betreft de omzetting en beklemming van vermogen zijn er een aantal in het verslag genoemde belangrijke punten die de regering betwist. Ik verwacht dat we deze veelal juridisch gecompliceerde kwesties in dit relatief korte debat niet gaan beslechten en ik laat ze daarom over aan de wetsgeschiedenis. Ik geef echter wel kort de vijf punten aan, waarover de minister en mijn fractie het intussen wel eens zijn geworden, blijkens de nadere memorie van antwoord en de nota naar aanleiding van het verslag. Voor al deze punten geldt dat waar het feilen of leemtes in de huidige wet betreft, dit niets afdoet aan die leemtes. Die leemtes zijn er. In ieder geval heeft het onderhavige wetsvoorstel die leemtes niet opgevuld. Het gaat bij ziekenhuisstichtingen wel om groot geld.

Ik noem de punten van overeenstemming. In de eerste plaats erkent de minister dat er ten aanzien van het beklemd vermogen geen wettelijke regels zijn over de verdeelsleutel van de winst tussen het beklemd en niet-beklemd vermogen. Dat is een potentieel lek in de beklemming; het is dus niet uitgesloten dat nieuwe aandeelhouders slechts een minimale winst aan het beklemd vermogen toekennen.

In de tweede plaats erkent de regering dat ondernemingsverliezen inclusief reorganisatiekosten kunnen worden afgeboekt van het beklemd vermogen. Ook dit is een lek in de beklemming. Dat zou erin kunnen resulteren dat het beklemd vermogen grotendeels of geheel wordt uitgehold, bijvoorbeeld in de eerste jaren na de omzetting van stichting in bv.

In de derde plaats erkent de regering — in tegenstelling tot het gestelde daarover in de memorie van antwoord — dat er geen wettelijke regeling bestaat die ervoor zorgt dat afgeboekte verliezen moeten worden ingehaald ten behoeve van het oorspronkelijk beklemd stichtingsvermogen.

In de vierde plaats erkent de regering dat bij faillissement het resterende beklemd vermogen uitgewonnen kan worden. Dit punt is tevens relevant voor sprinkhanen die een nogmaals afgesplitste bv failliet kunnen laten gaan.

In de vijfde plaats erkent de regering dat ten aanzien van de ongerechtvaardigde onttrekking van middelen aan de zorgaanbieder-bv derden, waaronder banken, geen geldige besluitvorming van organen van de bv — waaronder die van het bestuur of de aandeelhoudersvergadering — kunnen aantasten. Wel kunnen financiële consequenties aan bepaalde besluiten worden toegekend, zoals een boete wegens contractbreuk.

Deze vijf punten, in het bijzonder de eerste twee, maken dat de Tweede Kamer onvoldoende op de hoogte was van potentiële lekken in de beklemming. Ik weet niet wat deze Kamer daar nu mee moet. Hoe herstelt zij dit? Ik leg het voor aan de andere woordvoerders en ik hoor graag hoe zij een mogelijke oplossing zien. Ik hoor uiteraard ook graag van de minister hoe zij denkt dat we deze lekken het beste kunnen herstellen.

De heer Postema (PvdA):

Spelen deze vijf zaken ook niet als er sprake is van een regulier ziekenhuis in een reguliere stichtingsvorm? Ik wijs bijvoorbeeld op faillissementsvragen en het uitnutten van vermogen. Daar is toch ook sprake van wanneer het ziekenhuis gewoon het ziekenhuis in de stichtingsvorm blijft?

De heer Reuten (SP):

Natuurlijk!

De heer Postema (PvdA):

Als dat bevestigend wordt beantwoord, geeft de heer Reuten dan niet een aantal theoretische opties weer, waarvan wij nog even moeten afwachten of ze allemaal wel kloppen en die voorbij gaan aan het feit dat het beklemd vermogen ook statutair is beklemd? Dat vergeet hij namelijk te vertellen. Het vermogen is niet zomaar beklemd, maar het is verbonden aan de statutaire doelstelling van de stichting. De vijf suggesties doen vermoeden dat de ziekenhuizen financieel leeggetrokken kunnen worden, daar waar dit voorstel juist enorme wallen opwerpt om dat nu net te voorkomen. Dat zal straks ook mijn inbreng zijn.

De heer Reuten (SP):

Ik ben econoom, maar ik kom van een lichte diep die rechten in het pakket had. Deze kwestie zat mij niet lekker. Ik ben er een pietsje in geschoold, maar ik ben zeker geen jurist. Ik heb contact opgenomen met een aantal experts op het gebied van omzetting van stichting naar bv. Zij hebben mij laten weten dat er inderdaad wat dit betreft lekken in het Burgerlijk Wetboek zitten. Daarom is er ook een behoorlijke hoeveelheid jurisprudentie op dit punt, tot aan de Hoge Raad toe. Daarin wordt bevestigd dat die lekken er zijn. Het ziet er niet gunstig uit voor de ziekenhuizen.

De heer Postema (PvdA):

Het ware mooi geweest wanneer dit met casuïstiek was omderbouwd. Het ware ook goed geweest ... Ik heb natuurlijk goed geluisterd naar senator Reuten die zegt dat hij het wetsvoorstel immanent wil behandelen. Hij noemt drie punten, waaronder dit laatste punt. Ik neem aan dat dit ook geldt voor de vorige twee punten. Als de minister in staat is om helder te maken dat de vijf zaken die de heer Reuten noemt, niet zullen voorkomen omdat zij geborgd zijn met dit wetsvoorstel en de praktijk van het BW, en als dezelfde redenering geldt voor de inbreng rondom de zorgplicht van verzekeraars en de inbreng rondom de verdedigingswallen om de sprinkhanen buiten de deur te houden, dan mag ik er toch van uitgaan dat de heer Reuten welwillend over het wetsvoorstel is?

De heer **Reuten** (SP):

Ik heb gezegd dat ik met de minister meedenk. Kun je op deze manier de kortetermijninvesteerders, waarmee de minister de financiële sprinkhanen bedoelt, buiten de deur houden? Ik heb daar bijzonder grote twijfels over. Ik heb overigens in het nader voorlopig verslag uitgebreide bronverwijzingen gegeven, inclusief arrestverwijzingen.

De vijf punten die ik heb genoemd, zijn de vijf punten waarover de minister reeds heeft gezegd dat wij het erover eens zijn. Die staan dus buiten kijf. Wat er nog ligt, is een aantal kwesties die ik nu niet genoemd heb en waarvan ik zei dat ik die naar de wetsgeschiedenis verwees. Het was een aantal andere belangrijke punten waarover de minister en mijn fractie het niet eens zijn. Dat zijn niet deze vijf punten. Over deze vijf punten is er overeenstemming tussen de minister en mijn fractie, tenminste als ik de nota naar aanleiding van het verslag als zodanig mag aanhalen.

De **voorzitter**:

Mijnheer Postema, u krijgt straks een eigen termijn en er komt nog een tweede termijn. Ik laat u nu niet interrompen, want anders zitten we hier vannacht om 03.00 uur nog. Ik stel voor dat de heer Reuten zijn betoog vervolgt.

De heer **Reuten** (SP):

Ik wil nog even ingaan op de kwestie waar de heer Postema mee begon. Hij zei namelijk dat ziekenhuizen nu ook failliet kunnen gaan. Dan is het vermogen ook weg. Het cruciale punt is echter dat financiële sprinkhanen zich kunnen afsplitsen naar nieuwe bv's als zij eenmaal een bv hebben. In dat geval kunnen ze 'n bv failliet laten gaan. Als daar het stichtingsvermogen in zit, is het klaar.

Ik concludeer dat het eigen vermogen van de niet-academische ziekenhuizen — dat zijn op één na allemaal stichtingen — eind 2014 naar schatting 3,8 miljard euro bedraagt. Uit de genoemde punten blijkt dat dit vermogen, dan wel de vruchten ervan, door het voorliggende wetsvoorstel potentieel uitgerold kan worden door aanstaande aandeelhouders, al dan niet financiële sprinkhanen. Ziekenhuizen zijn in het maatschappelijk middenveld opgebouwd, oorspronkelijk veelal door religieuze ordes en diaconessen die liefdewerk verrichtten zonder of tegen slechts geringe beloning en gesteund door donaties. Vervolgens werden ze betaald door zorgverzekeringspremies van huishoudens. Het wetsvoorstel borgt deze belangen onvoldoende. Ik hoop dat de minister een weg weet te vinden om deze belangen wel voldoende te borgen. Ik zie uit naar de antwoorden van de minister op mijn vragen en haar commentaar op mijn betoog.

□

De heer **Kuiper** (ChristenUnie):

Voorzitter. De Kamer behandelt gisteren en vandaag een tweetal wetsvoorstellen die in samenhang kunnen worden gezien. Ze raken beide de ziekenhuiszorg, in het bijzonder de medisch-specialistische zorg. De Wet marktordening gezondheidszorg die wij gisteravond behandelden, beoogt een prikkel te geven om te komen tot kwaliteitsverbetering van zorg door specifiek inkoopbeleid van zorgverzekeraars. De winst die daarmee wordt behaald, lijkt echter te worden ondergraven door private kapitaalverschaffers met

een winstoogmerk een rol te laten spelen bij de financiering van diezelfde zorg.

Voorzitter: Broekers-Knol

De heer **Kuiper** (ChristenUnie):

Dat zal een druk leggen op de bedrijfsvoering en zo teniet kunnen doen wat wordt beoogd met het selectieve inkoopbeleid. Dat lijkt me een belangrijk punt waarover we het moeten hebben. Welke richting gaat de minister al met al op met haar beleid als we over die twee wetsvoorstellen heen kijken? Dat willen we graag weten.

Het wetsvoorstel lijkt uit nood geboren. Er zijn ziekenhuizen die moeite hebben om leningen van banken aan te trekken om noodzakelijke investeringen te doen in nieuwe apparatuur en gebouwen. De minister ziet risicodragend privaat kapitaal als oplossing voor deze financieringsproblematiek. Wat mijn fractie betreft is dat een erg forse beweging. Het gaat hier niet zomaar om een praktische oplossing, maar om een principiële keuze die nieuw is en die te maken heeft met de inrichting van ons zorgstelsel op hoofdlijnen. Welke kant gaat het op? Ik zal in deze bijdrage onze bezwaren tegen die beweging aan de minister voorleggen.

Het belangrijkste is dat privaat kapitaal dat winstgevend moet zijn, iets gaat doen met de eigenlijke gerichtheid van de zorg in ziekenhuizen: het verlenen van geneeskundige zorg ten dienste van de patiënt. De zorgpraktijk is iets anders dan een economische praktijk. Collega Ganzevoort wees er al op en ik ben het met hem eens. Een ziekenhuis is er niet voor de portemonnee van de investeerder. Veranderen we hiermee ons gereguleerde zorgstelsel waarin het publieke belang, het belang van de patiënt, centraal staat, niet in een arena van strijdende belangen?

Het gaat hier om het inbrengen van een financiële logica die zomaar leidend kan worden in de zorgpraktijk van ziekenhuizen. Dat zou de verkeerde prikkel zijn in de wereld van de zorg. Het brengt ook frictie op een aantal terreinen. Het wetsvoorstel laat dat zien, bijvoorbeeld bij de patiëntselectie. Hoe wordt voldoende voorkomen dat zorgaanbieders uit winstoogmerk patiënten met een voor hen lastige zorgvraag weigeren of ontwijken? De minister zegt dat dit kan worden tegengegaan, maar wij zouden graag meer willen horen en vragen ons af of de NZa het toezicht hierop krachtig genoeg kan uitoefenen.

Er is ook nog een risico op belangenverstrengeling. Dit zou ik kunnen plaatsen rondom die bv's, de winst uitkerende juridische lichamen die er komen. Is het straks voldoende inzichtelijk wie welke deelneming heeft in de zorgaanbieder? Welke mogelijkheden zijn er om misbruik tegen te gaan? Het is allerminst ondenkbaar dat winstuitkeringen een volume-opdrijvend effect hebben. Dat lijkt mij niet de bedoeling van het beleid. Heeft de minister andere mogelijkheden om perverse effecten tegen te gaan, dan alleen ex postcontrole door de NZa? Juist in een tijd waarin we alles doen om de zorgkosten onder controle te krijgen, is dat een belangrijk punt.

Ik heb uiteraard gezien dat de regering deze effecten onder ogen ziet. Ik noteer bijvoorbeeld dat de positie van cliëntenraden zou moeten worden verbeterd om tegenwicht te bieden aan deze prikkels, maar ik constateer ook dat cliëntenraden alleen verplicht zijn als zorg gepaard gaat met

verblijf. Kan de minister ingaan op de rol die cliënten en cliëntenraden zouden kunnen spelen in het kader van dit wetsvoorstel?

De regering benadrukt dat ze kortetermijnwinstbejag wil tegengaan. Pas drie jaar na de eerste investering mag, onder enkele voorwaarden, voor het eerst winst worden uitgekeerd. Zo zullen volgens de regering vooral investeerders voor de lange termijn worden aangetrokken. Echter, deze driejaarstermijn geldt slechts eenmaal. De vraag is niet onterecht waarom deze termijn niet voor elke nieuwe investeerder of zelfs voor elke nieuwe investering geldt. Het feit dat dit potentiële investeerders afschrikt, is wat de ChristenUnie betreft een extra mogelijkheid om het kaf van het koren te scheiden.

Alles wegende, ontstaat bij onze fractie weinig enthousiasme voor dit wetsvoorstel. Het zet de richtingwijzers in de verkeerde richting. Bovendien heeft de regering ons er nog niet van kunnen overtuigen dat er geen andere oplossingen zijn voor de praktische problematiek van de financiering van investeringen die een ziekenhuis moet plegen. Waarom zouden andere wegen niet tot oplossingen kunnen leiden, zonder deze verkeerde prikkel te introduceren? Wat heeft de regering ondernomen om deze wegen te onderzoeken? Wat mijn fractie betreft zou de regering daarnaar alsnog op zoek moeten gaan. Het wetsvoorstel dat we vandaag bespreken, lijkt geen duurzame oplossing te bieden en zet de balans in ons zorgstelsel op het spel. Het veroorzaakt een kanteling naar nog meer marktdenken in de zorg, terwijl we juist meer vanuit het belang van de samenleving moeten gaan denken. Beide wetsvoorstellen overziend, staan we voor een belangrijke toename van de invloed van zorgverzekeraars op de inrichting van de zorg voorbij de eerste lijn, de medisch-specialistische zorg inclusief. Ik acht het onverstandig daaraan ook nog de invloed van private partijen met een winst oogmerk toe te voegen.

Ik heb hiermee mijn vragen gesteld en ik zie uit naar het verdere debat en de reactie van de minister.



Mevrouw Dupuis (VVD):

Voorzitter. Ging dit wetsvoorstel maar uitsluitend over de zaken die in de titel worden genoemd: het vergroten van investeringsmogelijkheden voor ziekenhuizen. Daarover valt zeker veel te zeggen en dat doen de meeste fracties in deze Kamer dan ook. Toch is de VVD-fractie hier in principe niet negatief over. Gezien de houding van de banken in Nederland is het steeds moeilijker voor ziekenhuizen om betaalbare leningen te verkrijgen. Andere bronnen zijn dan wellicht te overwegen. Hier treedt inderdaad een vermenging van privé-geld en publiek geld op. Maar zijn banken uiteindelijk ook niet instanties met een zeker publiek karakter? Zij investeren tenslotte het geld van burgers. Aanduiden wat publiek en privé is, is trouwens nog best ingewikkeld. Ik wil alleen maar zeggen dat het niet zo veel verschil maakt of banken investeren met privé-geld van burgers of privé-instellingen. Dat verschil zal mij dus nog duidelijk gemaakt moeten worden, want dat zie ik niet zo. De VVD-fractie heeft niet een a priori afkeurende houding ten opzichte van deze nieuwe investeringsmogelijkheden. Bovendien, en dat is al gezegd, is er om de winstuitkering een enorm hek gezet. Er zijn allerlei wettelijke mitsen en maren aan verbonden, zelfs zozeer dat de VVD-fractie zich

afvraagt of er nog iemand bereid zal zijn om te investeren. Veel zullen het er zeker niet zijn. In de praktijk blijkt het buitengewoon ingewikkeld om als instelling in de gezondheidszorg winst te maken. Wellicht moeten we dat niet betreuren. Er zijn nu eenmaal veel prijsafspraken gemaakt om de kosten van de zorg in de hand te houden. Dit betekent dat er eigenlijk niet zo veel ruimte is om winst te maken. Onze vraag is dus wat er werkelijk zal gaan gebeuren in de praktijk. We horen graag van de minister hoe dit wetsvoorstel, als het wordt aangenomen, in haar visie zal uitwerken. Ik noteer nog dat gewone rentebetalingen buiten de regeling vallen en gewoon kunnen plaatsvinden.

De VVD-fractie zou zich nu verder graag concentreren op een zaak die zij als buitengewoon lastig en onwenselijk beschouwt, namelijk het ook al door enkele woordvoerders genoemde amendement-Bruins Slot inzake artikel 18 van de WTZi. In dat opzicht verwijs ik ook graag naar de toespraak van mevrouw Scholten, waarin wij veel herkennen van onze eigen mening. Het voorliggende wetsvoorstel beoogde oorspronkelijk onder meer om de rol van het College sanering zorginstellingen te beëindigen en daarmee ook diens taken op het gebied van controle van vastgoedbeheer door instellingen. Dit amendement haalt deze controle echter terug, maar dan als taak van de NZa. Een belangrijk deel van de wet wordt op deze wijze in onze visie destructief geamendeerd. De VVD-fractie is van mening dat een dergelijk belangrijke wijziging van een wet bij amendement staatsrechtelijk eigenlijk ongepast is.

De heer Flierman (CDA):

Gisteravond, bij de bespreking van de andere wet, heeft mevrouw Dupuis een punt gemaakt van de stapeling van drie onderwerpen in één wet. Meerdere woordvoerders, en ook ikzelf, hadden daar moeite mee. We hebben geconstateerd dat het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet bij nota van wijziging door de regering is ingevoerd. Vindt mevrouw Dupuis dat ook "staatsrechtelijk ongepast", omdat de Raad van State daarover niet heeft kunnen adviseren?

Mevrouw Dupuis (VVD):

Nee, dat vind ik niet. Dat was omdat daarvoor nog geen regeling bestond; het was gewoon een open kwestie die nog geregeld moest worden. Hier is een voorstel gedaan in de eerste versie van de wet, waarin duidelijk een mening naar voren is gebracht en een zaak is geregeld. Dat lag in een lange lijn der verwachtingen, omdat de overheid zich steeds meer terugtrok bij de controle van het vastgoedbeheer door instellingen. En dan komt er nu ineens een amendement dat de hele zaak op zijn kop zet. Dat gaat ons te ver!

De heer Flierman (CDA):

Wie is in de ogen van mevrouw Dupuis de hoeder van dat staatsrechtelijk beginsel? Is dat de regering?

Mevrouw Dupuis (VVD):

Ik denk dat dit een taak van de Kamers is, mijnheer Flierman.

De heer **Flierman** (CDA):

Moeten wij dan wetgeving entameren waarbij alle amendementen die Tweede Kamerleden indienen, voortaan eerst door de Raad van State worden getoetst?

Mevrouw **Dupuis** (VVD):

Ik stel voor dat dit een debat is voor een ander moment. Er is echter wel een verschil tussen een aanvullend amendement, dat mogelijk de positie van de wetgever nog versterkt, en een destructief amendement. Wij beschouwen dit als een destructief amendement.

De **voorzitter**:

Tot slot, mijnheer Flierman.

De heer **Flierman** (CDA):

Ik denk dat juist die onderverdeling niet kan worden gemaakt, anders dan dat het oordeel aan Kamer is. Als mevrouw Dupuis dit een destructief amendement vindt, zullen wij dat wellicht in het stemgedrag van de VVD-fractie terugzien.

Mevrouw **Dupuis** (VVD):

Nou, we zullen zien of de minister nog tussenoplossingen biedt. Dat lijkt mij ook nog een optie. In ieder geval is de VVD-fractie van mening dat dit wel erg ingewikkeld is. De wet in deze vorm heeft immers niet de normale procedure doorlopen van bespreking in het kabinet en advisering door de Raad van State. Integendeel, de wet wordt in één slag op zijn kop gezet en de Eerste Kamer staat daardoor voor een voldongen feit. Ik zou wel denken dat dit een situatie is waarin de Eerste Kamer extra moet inzetten op een kritische beoordeling van de wet, die immers in zo'n lichte procedure zo totaal en ernstig is veranderd. De VVD-fractie heeft grote moeite met dit amendement en begrijpt niet waarom de minister het niet heeft afgeraden, tenzij er partijpolitieke of coalitiepolitieke achtergronden zijn. Maar moeten die dan niet ondergeschikt worden aan het belang van allen, het publieke belang? De VVD-fractie vindt dit te overwegen.

De heer **Flierman** (CDA):

Mevrouw Dupuis vraagt zich af waarom de minister het amendement niet heeft afgeraden. Ik zou haar willen helpen. Ook wij kijken op dit punt uit naar de beantwoording door de minister. De minister heeft in het debat met mevrouw Bruins Slot niet alleen het amendement niet afgeraden. Sterker nog, zij heeft gezegd dat ze er geen bezwaar tegen heeft. Ze heeft dat niet één keer gezegd, maar ze heeft dat met haast Bijbelse symboliek tot drie keer toe bevestigd. "Ik heb er geen bezwaar tegen", zo staat dat drie keer in de tekst van de Handelingen. Wij zijn heel benieuwd wat mevrouw Dupuis hiervan vindt. Is de minister de staatsrechtelijke weg kwijt als ze een amendement, dat mevrouw Dupuis als destructief typeert, zelf typeert als een amendement waartegen ze geen bezwaar heeft? Wij zijn natuurlijk ook benieuwd naar de reactie van de minister daarop.

Mevrouw **Dupuis** (VVD):

Het is niet aan mij om de minister te verdedigen. Als de heer Flierman de minister ter verantwoording wil roepen, doet hij dat zelf maar. Het is niet mijn taak om daar commentaar op te geven. Ik vind ook dat het regeerakkoord geen argument mag zijn. De regering had nooit dit amendement kunnen voorzien. Dus is er geen argument om dit amendement onder de klemmende verplichting van het regeerakkoord te laten vallen. En overigens verdient het thema aandacht of na twee jaar regeren door een kabinet het regeerakkoord sowieso als overtuigend argument kan dienen.

Nu heeft de minister, de kritiek op dit amendement uit het voorlopig verslag vernemend, inderdaad al aangekondigd dit onderdeel van de wet niet meteen in te voeren, maar te zoeken naar een lichte invulling. Op zichzelf waarderen wij dit gebaar. Daar blijkt ook wel uit dat de minister het kenmerk voor een deel met ons eens is, maar wij zijn er niet gerust op. Wij willen heel graag horen wat de minister onder een lichte uitvoering verstaat. Wil zij dat preciezer aangeven? En wat zou in haar ogen een zware uitvoering zijn? En wat gebeurt er als er geen lichte uitvoering is te vinden? Mevrouw Scholten heeft al gezegd dat het wets-technisch helemaal niet zo simpel is om bij amendement of een andere bepaling zoals een ministerieel besluit, de werking van een wet te beperken. Wat gebeurt er dus als dit niet kan of niet lukt? Dan zit de gezondheidszorg — en dit amendement slaat op alle instellingen — weer met een bureaucratisch monster en met een kostbaar monster bovendien. Als er een moment is dat de Eerste Kamer volledig gerechtigd is om kritisch te zijn, dan is het wel een situatie als deze. Het is gewoon niet logisch om een wet zo te amenderen dat op dat punt het tegendeel wordt bereikt van wat is bedoeld. Het is een lastig probleem en wij zouden dus graag van de minister willen horen wat zij onder een lichte uitvoering verstaat, en hoe zij met het amendement omgaat als blijkt dat er geen lichte invulling mogelijk is.

Een andere kwestie is dat de NZa nu aan de voorkant bij een handeling van een instelling inzake vastgoed wordt betrokken. De NZa heeft ook een taak in de uiteindelijke beoordeling. Dat kan toch niet? Eerst krijgt de NZa een rol om toe te stemmen in bepaalde handelingen en vervolgens gaat ze zichzelf beoordelen. Zijn wij in dit land niet langzamerhand de weg aan het kwijtraken als het om regelgeving gaat, en met name om regelgeving betreffende toezicht op de gezondheidszorg? Wat vindt de minister van deze dubbele in mijn ogen tegenstrijdige taak van de NZa? Kortom, wij zien uit naar een antwoord van de minister op onze vragen.

De VVD-fractie bevindt zich in een lastig pakket: enerzijds hebben wij geen bezwaar tegen het hoofdthema van de wet, de eventuele winstuitering, anderzijds hebben wij wel moeite met het tweede deel. De minister spreekt over een latere invoering. Dat lijkt in de richting van een oplossing te kunnen gaan, maar dan zou de VVD-fractie eerder aan een uitstel van twee of drie jaar denken. Immers juist in de komende jaren — in 2015 en 2016 — zal onder druk van de Wmo, met name in de langdurige zorg veel vastgoed moeten worden afgestoten. Daarbij is zeker geen sprake van grote groepen gegadigden. Integendeel, de meeste instellingen zijn blij als er een koper of huurder wordt gevonden. En dan gaat er weer een toestemmingsprocedure lopen. Weet de NZa dan of een prijs de juiste prijs is? Heeft

de NZa die expertise? Hoeveel tijd mag hiermee verloren gaan? Instellingen hebben toch ook raden van toezicht? Vaak zit hierin toch veel financiële expertise, zou je denken. Waarom denkt de minister dat de NZa het beter kan? Kortom: wil de minister deze oneigenlijke rol van de NZa wel en hoe lang kan de minister de invoering uitstellen? Is het misschien mogelijk om een noodwet te maken om er alsnog van af te komen? Ik doe maar een paar voorstellen.

Wij zien uit naar het antwoord van de minister.



De heer **Postema** (PvdA):

Voorzitter. Wij behandelen vandaag een wetsvoorstel ter vergroting van de investeringsmogelijkheden in de medisch-specialistische zorg. De belangrijkste aanleiding hiertoe is de problematische financiering van nogal wat ziekenhuizen en zbc's, waardoor de continuïteit en het innovatievermogen van deze instellingen in het geding dreigen te komen. De achterliggende oorzaken van deze ontoereikende financiering zijn echter minder eenduidig. In sommige gevallen betreft het ziekenhuizen die de afgelopen jaren inadequaat zijn geleid. Niet zelden gaat het ook om instellingen in krimpregio's, met een daling van de productie, de verleende zorg en het aantal opnames. En dan zijn er gevallen die door inkoopbeslissingen van de zorgverzekeraars in de knel komen. Een combinatie van deze factoren is bepaald geen uitzondering. Onze eerste vraag aan de minister is dan ook of met dit wetsvoorstel weliswaar het symptoom, maar niet de oorzaak van de onderfinanciering van ziekenhuizen wordt bestreden.

Beantwoording van deze vraag zal ongetwijfeld samenhangen met de visie van de bewindspersoon op de gewenste inrichting van de zorg in het algemeen en de medisch-specialistische zorg in het bijzonder.

De heer **Reuten** (SP):

Heeft senator Postma een idee om hoeveel niet-academische ziekenhuizen het daarbij gaat? Uit de CBS-cijfers blijkt dat die bijna honderd ziekenhuizen er gemiddeld goed voorstaan. In hoeveel gevallen is het problematisch?

De heer **Postema** (PvdA):

Het CBS spreekt zich er niet over uit of ziekenhuizen er financieel goed voorstaan of niet. Het CBS geeft data over de samenstelling en de omvang van de vermogens van ziekenhuizen, maar velt daar geen oordeel over. Het CBS heeft ook geen oordeel over de vraag hoe de banken vervolgens naar de ziekenhuizen kijken. Het is een beetje andere wereld dan die van Statline, waar de heer Reuten een abonnement op heeft. Het is de wereld van feitelijke problemen van ziekenhuizen om een bancaire financiering te krijgen. Dan hebben wij het niet over een paar ziekenhuizen, maar over een hele lijst. Ik kom er straks op terug in de vorm van casuïstiek.

De heer **Reuten** (SP):

Het gemiddelde is niet onbelangrijk in algemene kwantificeringen. Ziekenhuizen hebben gemiddeld een solvabiliteit van 20%. Bij een rendement van 10% op het eigen vermo-

gen is dat niet problematisch. Dat is wat bedrijfseconomisch in het algemeen als gezond gekarakteriseerd wordt.

De heer **Postema** (PvdA):

Ik heb bij interruptie al aangeduid dat deze bril niet past bij het stelsel van ziekenhuizen. Daarbij past niet de bril van het beleggingsbegrip. Daar hebben wij een discussie over gehad. Die bril helpt ons ook niet als dat ertoe leidt dat het probleem wordt ontkend. Dat lijkt mijnheer Reuten althans te doen. Feit is dat ziekenhuizen vandaag de dag problemen hebben om bancaire financiering aan te trekken. Dan gaat het niet om een handjevol, maar om behoorlijk veel ziekenhuizen. Dat komt omdat de banken zien dat het risicoprofiel de afgelopen jaren in het acht jaar oude zorgstelsel aanzienlijk is toegenomen. Dat is wat er speelt.

De **voorzitter**:

Kort, mijnheer Reuten.

De heer **Reuten** (SP):

Ik werp de aantijging dat ik het probleem niet wil onderkennen verre van mij. Het gemiddelde dat het CBS presenteert ziet er gezond uit. Ik vroeg de heer Postema hoeveel procent van de ziekenhuizen problematisch is. Daar heb ik geen antwoord op gehad.

De heer **Postema** (PvdA):

Ik doe nog een poging, want ik wil de heer Reuten natuurlijk graag van een antwoord voorzien. Talrijke ziekenhuizen hebben problemen met de financiering. Ik zal straks een lijst van die ziekenhuizen noemen. Als de heer Reuten vraagt of ik van mening ben dat het combineren van data van het Centraal Bureau voor de Statistiek tot de conclusie kan leiden dat er geen probleem is in deze sector, kan ik hem antwoorden dat dit beeld slechts een klein deel van de werkelijkheid schetst. Het is alleen een beeld van het eigen vermogen, maar niet van het risicoprofiel en ook niet van de liquiditeit van het eigen vermogen. Ik heb mij dan ook gepermitteerd om de collega's te confronteren met de volgende vragen. Wat bedoelen wij nu eigenlijk? Hebben wij het wel over hetzelfde probleem, over dezelfde definities? Ik zit er inderdaad bovenop, omdat er mist ontstaat bij het duiden van het probleem. Volgens mij ontstaat die mist wanneer de heer Reuten stelt dat er op basis van de CBS-statistiek niets aan de hand is en dat het eigen vermogen van ziekenhuizen dusdanig is dat wij onze tijd aan het verdoen zijn. Dat is volgens mij niet geval. Daarom hecht de fractie van de PvdA er zo aan om hier secuur mee om te gaan.

Ik had het over de visie van de bewindspersoon op de inrichting van de zorg. Daar is al door diverse collega's op ingegaan, onder andere die van de ChristenUnie en zeker door die van GroenLinks. Die visie wordt niet altijd gedeeld, maar door veel partijen minimaal betwist. De visie gaat uit van vraagsturing en marktwerking, overigens in de ook door de minister onderkende en voorgestane sterk door de overheid gereguleerde sector. Zo ingewikkeld is het wel. Marktwerking in de zorg is niet de visie van de PvdA. Wij zijn sinds jaar en dag geen voorstander van concurrentie om de markt, maar van samenwerking om de patiënt. In deze coöperatievisie — daarmee doel ik zowel op de filoso-

fie van de coöperatie als op de inrichtingsvorm — slaan huisartsen en andere eerstelijnsverzorgers de handen ineen met zorginstellingen, met de tweede lijn en als het moet met de derde lijn, met zorgverzekeraars en met cliënten- en patiëntenraden om gezamenlijk regionaal tot passende zorg te komen. Preventie staat daarbij voorop. Integratieve en op maat gesneden zorg wordt waar nodig geboden. Helaas staan wij daar vandaag de dag ver vanaf. Het huidige stelsel bevat voor de zorgverleners nauwelijks prikkels tot preventie en nodigt evenmin uit tot samenwerking. In veel gevallen is die zelfs expliciet verboden. We moeten aldus in alle eerlijkheid constateren dat de minister en mijn fractie elkaar voor wat betreft deze principiële vragen over de inrichting van ons zorgstelsel niet zullen vinden.

De heer Flierman (CDA):

Toen ik aan het woord was, heeft de heer Postema gevraagd waar het CDA nu staat. Die vraag wil ik hem ook stellen. Waar staat de PvdA nu? De heer Postema zegt dat de minister en zijn fractie elkaar op deze principiële vraag waarschijnlijk niet zullen vinden. Dat is nog zwak uitgedrukt. Ik zal de heer Postema niet vastpinnen op de letterlijke tekst van het verkiezingsprogramma van de PvdA. Dat is in deze Kamer niet nodig, maar het verkiezingsprogramma van de PvdA is doordeesemd van de gedachte dat marktwerking juist bestreden moet worden. Er is een paragraaf die letterlijk luidt: Niet de markt maar de mensen. Marktwerking wordt beëindigd en zorginstellingen mogen geen winstgevendende bedrijven zijn, staat in dat programma. In het licht van die tekst ben ik benieuwd waar de PvdA-fractie en de heer Postema vandaag staan en waar zij wellicht vanavond of volgende week staan.

De heer Postema (PvdA):

Dank voor deze vraag. Dit biedt mij de gelegenheid om er nog wat dieper op in te gaan. In de visie van de Partij van de Arbeid staat de mens, de cliënt/patiënt of de inwoner van een adherentiegebied — om in zorgtermen te blijven — centraal. De zorg moet zich om die persoon concentreren. Dat is een samenwerkingsmodel, zoals ik net heb bepleit. Dat bepleiten wij al langer, ook al omdat wij juist graag een zwaardere inzet zien op preventie. Men zal mij niet horen zeggen — en veel van mijn collega's niet — dat marktwerking, vraagsturing en het mechanisme van vraag en aanbod totaal uitgesloten zouden moeten worden in de zorg. Dat zou ons waarschijnlijk tot een akelig stelsel brengen dat ons weinig vreugde zal opleveren en zeker geen goede zorg. Ik verwijs in dit verband naar de historie. Ik wil daar genuanceerd over zijn. Ik ben zeer kritisch over de wijze waarop het stelsel vanaf 2006 is ingericht. Ik zal daar straks wat meer over zeggen. Binnen die kritiek zal ik dit wetgevingstraject een plek proberen te geven.

De heer Flierman (CDA):

Toch nog een opmerking: het gaat niet om "genuanceerd" en om maatvoering. In het verkiezingsprogramma van de PvdA is een heel digitale stelling ingenomen die diametraal tegenover het wetsvoorstel staat dat wij hier nu aan de orde hebben. In dat licht blijft de vraag waar de PvdA en de heer Postema staan, mij intrigeren.

De heer Postema (PvdA):

Nogmaals: de PvdA heeft een samenwerkingsvisie op de zorg. Een van mijn vragen aan de minister zal straks zijn of zij kan aangeven in hoeverre het huidige stelsel die samenwerkingsvisie uitsluit c.q. faciliteert. Dat is voor ons een belangrijk punt, maar de PvdA heeft nooit getekend voor de algehele inrichting die in 2006 is gekozen. Dat zal de heer Flierman duidelijk zijn.

De voorzitter:

Helemaal tot slot, mijnheer Flierman.

De heer Flierman (CDA):

Ondanks wat de heer Postema nu zegt, zou ik mij zomaar kunnen voorstellen dat hij uiteindelijk toch akkoord gaat met deze verdere stap, die natuurlijk niet strikt nodig is.

De heer Ganzevoort (GroenLinks):

De kritische woorden over marktwerking zijn mij uit het hart gegrepen. Op dat punt kunnen de heer Postema en ik elkaar dus waarschijnlijk vinden, maar twee elementen intrigeren mij nog. De heer Postema had het onder andere over prikkels die niet uitnodigen tot samenwerking; in veel gevallen is samenwerking zelfs expliciet verboden. Misschien is het een goed idee dat hij hierover nog even spreekt met zijn collega Beuving, die gisteravond heeft bepleit dat verticale integratie — een vorm van samenwerking in de keten, tussen zorgverzekeraar en zorginstelling — moet worden verboden. Daar lijkt enige discrepantie tussen te zitten. Misschien kan de heer Postema mevrouw Beuving overtuigen.

De heer Postema (PvdA):

Dat vind ik toch een beetje een flauw punt. Uiteraard heb ik goed nota genomen van datgene wat mijn collega heeft ingebracht; ik was daar gisteravond ook bij. Wat zij zei, vond ik juist heel helder: een verticale integratie middels een meerderheidsbelang van een zorgverzekeraar in een zorginstelling zou in Nederland inderdaad echt niet aan de orde moeten zijn. Daar was zij helder over en dat ben ik ook. Dat sluit bepaald niet uit dat er wordt samengewerkt. Dat kan namelijk ook nog steeds tussen zorginstellingen onderling en zeker ook tussen zorginstellingen en verzekeraars. Het kan echter niet in meerderheidsbelangen en niet in termen van participatie, maar bijvoorbeeld in termen van langjarige contracten of andere samenwerkingsvormen.

De heer Ganzevoort (GroenLinks):

De heer Postema kan het noemen zoals hij het noemen wil, "flauw" of niet, maar ik constateer dat dit een ander geluid is dan wat hierin staat.

De heer Postema (PvdA):

Nee, dat werp ik van mij.

De heer Ganzevoort (GroenLinks):

Laat ik nog op een ander punt wijzen. Met alle kritiek die de heer Postema op dit voorstel heeft en met de constatering dat zijn fractie en de minister elkaar niet gaan vinden op het punt van principiële vragen, heeft mevrouw Dupuis

hem enorm geholpen door te zeggen dat zij niet vastzit aan het regeerakkoord en kennelijk de PvdA daar dus niet aan zal vasthouden. Wellicht geeft dat de heer Postema alle ruimte om zijn kritiek te laten gelden.

De heer **Postema** (PvdA):
Dat geeft de burger moed.

De **voorzitter**:
Gaat u verder.

De heer **Postema** (PvdA):
Het is niet uitgesloten dat de minister het gelijk aan haar kant wil hebben, in die zin dat het door haar en haar partij voorgestelde stelsel eigenlijk heel goed werkt. In dat geval zou er sprake moeten zijn van een aanzienlijke kwaliteitsverbetering in de zorg, zouden de kosten beheerst c.q. teruggedrongen moeten zijn, zou er sprake moeten zijn van een gezonde concurrentie tussen een veelheid van aanbieders en zou de patiënt steeds meer te kiezen moeten hebben. Dat is echter niet zo, in ieder geval niet in de mate waarin dit ons door voorstanders van marktwerking in de zorg dikwijls wordt voorgehouden. In termen van kwaliteit is het beeld gemengd. Er is sprake van onmiskenbare medische vorderingen en verbeterde behandelmethodes, maar tegelijkertijd is er ook sprake van een niet zelden als vervreemdend ervaren verzakelijking en van aanhoudende incidenten. In termen van kosten was er, zeker direct na de introductie van de dbc's, sprake van een aanzienlijke ongecontroleerde en bovendien scheef verdeelde stijging.

Pas in de afgelopen jaren is er sprake van beheersing en stabilisatie van de collectieve zorgkosten, hetgeen echter evident niet is toe te schrijven aan marktwerking, maar juist aan stevige ingrepen van overheidswege, bijvoorbeeld via budgetbeheersing, via het Budgettair Kader Zorg en via ingrepen in het basispakket en in de AWBZ. In termen van de beloofde gezonde concurrentie zien we zorginstellingen en verzekeraars zich als zogenaamde goede ondernemers juist tegen deze marktwerking verzetten door zich steeds meer te concentreren. De markt van de zorgverzekeraars heeft sterk oligopolistische trekken. Ook zien we de ziekenhuizen in rap tempo fuseren, daartoe niet zelden gedwongen door de zorgverzekeraars. In de afgelopen vijf jaar fuseerden Zorggroep Passana, Kwadrantgroep, Nij Smellinghe en de Antonius Zorggroep, Noorderbreedte en Tjongerschans, Noorderboog en Isala, Gemini en MCA Alkmaar, het St. Lucas Andreas en het OLVG, het Kennemer Gasthuis en het Spaarne, de Rijnland Zorggroep en het Diaconessen in Leiden, Zuwe Hofpoort en het St. Antonius, MC Haaglanden en Bronovo, Haga, Reinier de Graaf en LangeLand, Vlietland en het Sint Franciscus, Rivas en het Albert Schweitzer, Ziekenhuis Walcheren en de Oosterschelde Ziekenhuizen, het Franciscus in Roosendaal met Lievensberg, het TweeSteden met het St Elizabeth en — bijna afgerond — Orbis in Sittard met het Atrium in Heerlen.

De laatstgenoemde combinatie is al vijf jaar in bange afwachting van de benodigde bancaire financiering; dat geldt vaker voor deze fusies. Wij vragen de minister of dat nu de beoogde marktwerking is. Was deze drastische hervorming van het ziekenhuisaanbod, ook regionaal in ons land, de bedoeling van het nieuwe zorgstelsel? Was het de

bedoeling dat dit niet zelden wordt afgedwongen, juist door een problematische bancaire financiering, waardoor de banken dan wel de zorgverzekeraars een zeer sturende rol hebben gespeeld in het creëren van deze fusies? Dat geldt ook voor de lijst met probleemgevallen, bovenop diverse zojuist genoemde partijen, bijvoorbeeld voor het Gemini Ziekenhuis in Den Helder, het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk, het LangeLand in Zoetermeer en de Ommelander Ziekenhuis Groep, met vestigingen in Winschoten en Delfzijl. Die worden allemaal overeind gehouden door respectievelijk lokale of provinciale overheden, een arbodienst en/of andere zorginstellingen. Vorige week voegde De Sionsberg in Dokkum zich aan dit rijtje toe, overigens nog zonder uitzicht op redding. Een en ander leidt tot veel onrust in de lokale gemeenschappen. Lokale en provinciale overheden voelen zich genoodzaakt om bij te springen. Is hier sprake van een wenselijke transitie, zo vragen wij de minister, of toont het nieuwe stelsel hier zijn kwetsbare kant?

Met andere woorden: met de ons voorgestelde zegeningen van marktwerking, van concurrentie in de zorg, blijkt het na bijna tien jaar behoorlijk tegen te vallen. Hieruit moeten lessen worden getrokken. Wat de Partij van de Arbeid betreft, is een belangrijke les dat loutere concurrentie ons niet de zorg biedt en gaat bieden waar de mensen in het land om vragen. Zij mogen er dan ook op rekenen dat wij blijven strijden voor een andere kijk op de zorg, die zoals gezegd juist preventie en samenwerken als uitgangspunt neemt.

Hebben we het hier nu over onoverbrugbare ideologieën? Is het louter een kwestie van marktwerking versus overheidsregie, met samenwerking als een intermediaire variant? Als we eerlijk zijn, is dat te gemakkelijk, zeker als we het over de zorg hebben. Ik ken geen succesvolle stelsels waarin de overheid niet intervenueert om publieke belangen zeker te stellen. Loutere staatsplanning en staatsuitvoering van de zorg zijn evenmin houdbaar en zijn daarmee ook geen garantie voor het borgen van diezelfde publieke belangen. De juiste inrichting van de zorg is veeleer een zoektocht, tijd- en contextgebonden, die veel meer een oplettende blik dan ideologische scherpslijperij vergt. Die oplettende blik, als ik het zo mag stellen, leert dat er juist nu sprake is van een behoefte aan meer ruimte voor samenwerking binnen de zorg. Acht de minister deze ruimte voor samenwerking verenigbaar met de doorontwikkeling van het Nederlandse zorgstelsel, inclusief het onderwerp dat wij vandaag behandelen, het toestaan van winstuitkering in de medisch-specialistische zorg? Hoe kan deze samenwerking er wat haar betreft uitzien? Voor de Partij van de Arbeid is het antwoord op deze vragen van groot belang voor de standpuntbepaling over het onderhavige wetsvoorstel.

Daarmee is de brug gemaakt met het onderhavige wetsvoorstel. Daarbij staat de vraag centraal hoe binnen de kaders van het huidige stelsel de evidente financieringsproblemen van diverse ziekenhuizen en zbc's kunnen worden verholpen.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):
Wij onderschrijven de door de heer Postema bepleite samenwerking, maar bedoelt hij daarmee samenwerking binnen de zorgketen of samenwerking met aandeelhouders, investeerders en anderen?

De heer **Postema** (PvdA):

Ik doel daarmee primair op de samenwerking binnen de zorgketen. Ik acht het alleen bepaald niet uitgesloten dat ook onverwachte partijen zich bij die samenwerking aansluiten. In de stukken wordt het voorbeeld genoemd — daarom permitteer ik mij om dat voorbeeld te noemen — dat je je best zou kunnen voorstellen dat een partij als PGGM met redenen omkleed een samenwerking aangaat met zorginstellingen. Ik zou daar op voorhand bepaald niet tegen zijn.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Ik vraag dit omdat een woord als "samenwerking" verhelderend kan werken. Dat kan namelijk al heel snel alles en daarmee ook goedkeuring van dit voorstel impliceren. Als samenwerking binnen de zorg zelf het primaire doel is, zal de heer Postema dit voorstel dan beoordelen aan de hand van de vraag of het die samenwerking stimuleert en niet samenwerking als zodanig met een geldschietster?

De heer **Postema** (PvdA):

Dat hangt natuurlijk samen met wat we onder "geldschietster" verstaan, want we kennen in Nederland een best mooie traditie van publiek-private samenwerking. Daar lopen we zelfs behoorlijk in voorop. Daarbij zie je succesvolle modellen, waarbij publieke en private initiatieven — dat kunnen ook echt commerciële initiatieven zijn — met absoluut oog voor de publieke belangen elkaar toch weten te vinden. Als ik het heb over samenwerking in de zorg, sluit ik dat soort publiek-private samenwerkingsmodellen dus bepaald niet uit. Ik zei "primair", omdat ik het met name heb over regionale verbanden die beter dan nu opgetuigd moeten worden ter verbetering van het zorgaanbod.

De vraag die centraal dient te staan, is hoe binnen de kaders van het huidige stelsel de evidente financieringsproblemen van diverse ziekenhuizen en zbc's kunnen worden verholpen, zodat minder instellingen louter en alleen om die reden fuseren, zoals Orbis en Atrium, of omvallen, zoals het Ruwaard van Putten, en zodat er geïnvesteerd kan worden in de mensen en voorzieningen die nodig zijn voor gezondheidszorg van deze tijd. Vanuit dat perspectief bezien wij het voorliggende voorstel. Het zij nogmaals gezegd: voor ons wordt met het toestaan van winstuitkering in de medisch-specialistische zorg mogelijk wel het symptoom, maar niet de oorzaak van tekortschietende financiering bestreden. Vervolgens biedt het wetsvoorstel echter wel tal van maatregelen om dit op een zorgvuldige manier te doen, met inachtneming van de publieke belangen die hierbij spelen. Dat is de toets die wij hier vandaag vanuit onze rol uitvoeren. Dan constateert mijn fractie dat de minister, mede door de extra bepalingen van het regeerakkoord en een flink aantal aangenomen amendementen, heel wat stappen heeft gezet. Winstuitkering zal alleen een optie zijn voor ziekenhuizen en zbc's die — het is nogal wat — zich daar uitdrukkelijk en toetsbaar voor hebben gekwalificeerd; die langjarige winst kunnen aantonen waarvan uitkering aan aandeelhouders alleen kan plaatsvinden als een zeer ruim gestelde solvabiliteitsgrens wordt overschreden; waarvan de winst niet afkomstig is uit het zogeheten bekleemde vermogen van de rechtsvoorganger; waarvan de winst niet gegenereerd is anders dan uit het normale bedrijfsresultaat; waarbij door de IGZ wordt getoetst of zij voldoen aan de kwaliteitseisen van het zorgaanbod en door

NZa wordt getoetst of zij voldoen aan de continuïteitseisen van het zorgaanbod. Voorts dienen vastgoedtransacties — koop en verkoop, huur en verhuur — ter toetsing te worden voorgelegd aan de NZa en wordt continu getoetst op de wettelijke en statutaire verplichtingen inzake het leveren van verantwoorde zorg, die van goed niveau, doelmatig en patiëntgericht is en is afgestemd op de behoeften van de patiënt, conform de Kwaliteitswet zorginstellingen en het feit dat deze instellingen zijn toegelaten op grond van de Wet toelating zorginstellingen; dat is feitelijk het onderwerp van vandaag. Tot slot gelden de bepalingen van de Zorgverzekeringswet, waarbij de zorgverzekeraars een expliciete zorgplicht hebben.

Deze set van waarborgen is zelfs dusdanig uitgebreid dat zich de vraag opdringt of beleggers hiermee nog wel bereid zijn om in de zorg te investeren. Wij begrijpen uit de memorie van antwoord dat de minister dit, op grond van eerder onderzoek en nadere consultatie, onverkort beaamt.

De heer **Reuten** (SP):

Ik hoor senator Postema zeggen dat het wetsvoorstel onder andere verbeterd is door amendementen. Ik memoreer het amendement-Bruins Slot. De VVD-fractie heeft gezegd dat zij daar blij mee is. Geldt dat ook voor de PvdA-fractie?

De heer **Postema** (PvdA):

Ik wil graag antwoorden.

De heer **Reuten** (SP):

Bent u daar ook blij mee?

De heer **Postema** (PvdA):

Voor de PvdA-fractie geldt dat dit wetsontwerp daadwerkelijk is verbeterd door de amenderingen in de Tweede Kamer. Ons valt bij het amendement-Bruins Slot op dat het een nogal generieke strekking heeft en dat is wel weer bijzonder. Ook de instellingen die vandaag de dag in het regime zitten dat er niet meer hoeft worden getoetst en die not-for-profitstichtingen blijven, dreigen onder het bereik van het amendement te vallen. Dat vinden wij een opmerkelijk punt.

De **voorzitter**:

Mijnheer Reuten, tot slot op dit punt.

De heer **Reuten** (SP):

Wij leven in een coalitieland. Daar heb ik helemaal geen bezwaar tegen. Ja, beide partijen in zo'n coalitie moeten water bij de wijn doen. Zo is het nu een keer. Toch is het heel opmerkelijk. De ene coalitiepartner aan de overkant vindt dit een reden om het wetsvoorstel af te wijzen en de andere coalitiepartner is er blij mee. Waar moet dat heen? Dit vraag ik ook de minister.

De heer **Postema** (PvdA):

Ik kan die vraag onmogelijk beantwoorden. Ik heb er wel goed naar geluisterd. Ik leg de minister de volgende vragen voor.

In de eerste plaats vernemen wij graag haar visie op de toekomstige marktordening voor medisch-specialistische zorg, met medeneming van de verschijnselen van concentratie en sluitende ziekenhuizen zoals hierboven geschetst. Is een hybride markt, deels bestaande uit not-for-profitinstellingen en deels uit winstgerichte instellingen, op termijn houdbaar?

In de tweede plaats vragen wij hoe winstgerichte instellingen zich verhouden tot de wenselijkheid om juist in te zetten op preventie en op het terugdringen van overbodig zorgaanbod?

Ten derde hecht de Partij van de Arbeid zeer aan het bieden van ruimte aan de diverse partijen in de zorg om vooral samen te werken, met het gezamenlijke belang van alle bewoners van een bedieningsgebied — gezond of ziek, zelfstandig of hulpbehoevend, arm en rijk, jong en oud — voorop. Kan de minister aangeven dat deze samenwerking de komende jaren ruim baan krijgt en hoe die wat haar betreft gestalte kan krijgen?

In de vierde plaats is het van groot belang dat de raden van toezicht van de ziekenhuizen zowel formeel als personeel zijn toegerust om de primaire statutaire doelstelling van een zorginstelling — en dat is het verlenen van adequate zorg — te bewaken boven een eventuele winstuitkeringsdoelstelling van de instelling. In dat kader lijkt het wetsvoorstel op diverse onderdelen wat te schuren met de bepalingen en de praktijk van Titel 2 van het Burgerlijk Wetboek. Kan de minister de normale en gewenste praktijk bevestigen dat de raad van toezicht, in dit geval in de figuur van een raad van commissarissen — omdat het dan gaat om een stichting die is omgezet in een vennootschap — de winst en de winstuitkering vaststelt, alvorens de aandeelhouder deze goedkeurt? En ware het niet evenzeer te verkiezen en middels deze beraadslaging nog eens te onderstrepen en vast te leggen dat leden van de raad van toezicht, ook in de figuur van een raad van commissarissen, te allen tijde primair het belang van de onderneming hebben te dienen? Dat primaire belang, het bevorderen van de volksgezondheid, in het bijzonder de verlening van medisch-specialistische zorg, is immers wettelijk vastgelegd in de statutaire doelomschrijving.

Ten vijfde is de omvorming van een bestaand ziekenhuis, veelal een stichting, tot een besloten of naamloze vennootschap dan wel een coöperatie een omvangrijke, tijdrovende en kostbare operatie. Is het onderhavige wetsvoorstel in die termen wel als doelmatig te duiden? Ware het niet beter geweest, louter op grond van de financiële behoeften van ziekenhuizen, de financieringsmogelijkheden te vergroten met handhaving van het not-for-profitkarakter en de bijbehorende juridisch-organisatorische structuur?

Tot slot voorzitter — en met deze vraag sluit ik af — vernemen wij graag van de minister over welke instrumenten zij beschikt om, in geval de talrijke ingebouwde waarborgen onverhoopt niet effectief zijn, te voorkomen dat ziekenhuizen de speelbal worden van investeerders die het geldelijk gewin boven het aanbieden en leveren van verantwoorde zorg stellen. Is het in dit kader denkbaar dat er — en ik meen dat ook mijn collega Flierman daaraan refereerde — ook na de dividendklem van drie jaren zoals deze nu in het wetsvoorstel is bepaald, sprake zal zijn van periodieke

accreditatie waarvan het resultaat eveneens richtinggevend is voor het toestaan van winstuitkering?

Wij wachten de beantwoording van de minister met belangstelling af.



De heer **De Lange** (OSF):
Mevrouw de voorzitter. Bij wetsvoorstel 33168 is het van belang, eerst in te gaan op de redenen die de regering aanvoert voor de invoering ervan. Allereerst wordt betoogd dat het voorstel past in de trend van de afgelopen jaren van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorg. Over de wenselijkheid van die trend bestaan grote maatschappelijke tegenstellingen. Ten tweede wordt voortdurend benadrukt dat waar momenteel de banken zeer terughoudend zijn in het verschaffen van risicodragend kapitaal, daar een rol voor private investeerders is weggelegd. Een belangrijk doel van die operatie zou dan zijn om door versterking van het eigen vermogen van de zorginstelling vervolgens investeringen door banken interessanter te maken en uit te lokken.

Laat me voorstellen dat in ons land de stijgende zorgkosten een probleem vormen dat onder ogen gezien moet worden. Dat marktwerking hier een rol kan spelen, wordt door mijn fractie niet ontkend. Dat een nog verdere vergroting van marktwerking dan nu al het geval is het antwoord zou zijn, is echter uitermate kwestieus. Naar de mening van mijn fractie, en ik heb dat gisteravond betoogd, is juist de toenemende macht van de zorgverzekeraar aan een kritische beschouwing toe. Ook de regering onderkent dat er een spanningsveld is tussen publieke belangen enerzijds, en de vrijheid voor investeerders anderzijds. De regering verwoordt dat als volgt:

"Bij de vaststelling van de randvoorwaarden is een balans gevonden tussen het borgen van de publieke belangen enerzijds en het behoud van de investeringsbereidheid anderzijds. De voorwaarden die zijn gekozen, zijn naar het oordeel van het kabinet voldoende streng om de risico's voor het publieke belang weg te nemen, maar niet zó streng dat private investeerders niet meer willen investeren (waardoor de doelen van de wet niet behaald zouden kunnen worden)."

De vandaag voorliggende vraag is dus tweërlei, namelijk allereerst of het wetsvoorstel nodig is, en vervolgens of het effectief is. Allereerst wil ik het hebben over de noodzaak. In een normale wereld zijn het de banken die krediet verschaffen. Dat die kredietverschaffing op zeer veel terreinen uiterst problematisch is, is vooral een gevolg van het gevoerde regeringsbeleid. Door steun te verlenen aan een monetaire politiek in Europa die volledig in het slop zit, en door de banken, die in belangrijke mate medeverantwoordelijk zijn voor de huidige crisis, met fluwelen handschoentjes aan te pakken en zich te verlaten op hun zelfreinigend vermogen, duurt de crisis nodeloos voort. Zelfs bij een staatsbank als ABN AMRO is deze regering niet bereid stevige, effectieve regelgeving op het gebied van beloningsbeleid af te dwingen. Spaarders en pensioenfondsen weten natuurlijk al jaren dat het kunstmatige lage rentebeleid in Europa desastreus is. In die zin wekt het geen verbazing dat ook de zorgsector de negatieve gevolgen van dit beleid ondervindt. Om nu echter met een soort tweetrapsraket via

private investeerders de banken tot actie te verleiden, lijkt toch vooral een wanhoopsmiddel dat door de huidige crisis wordt ingegeven. Het zou veel meer voor de hand liggen, een beleid te voeren dat de banken weer zo snel mogelijk in het gareel krijgt, zodat zij hun normale taken weer kunnen uitvoeren. Daar zou de discussie eigenlijk over dienen te gaan.

Voorts presenteert de regering een nogal rooskleurig beeld van investeerders die geneigd zouden zijn in zorginstellingen te investeren. Ze zouden, overlopend van hooggestemde motieven, slechts geïnteresseerd zijn in een langetermijnbelang en ze zouden alleen maar kwaliteitsverhoging van de instelling beogen. Hun financiële invloed op het beleid van de zorginstelling zou slechts dergelijke ideële doelen dienen. Nu leiden de spreekwoordelijke goede bedoelingen tot van alles, zeker ook in ongewenste richtingen. Bovendien, zo betoogt de regering waarschijnlijk terecht, verdraagt de stichtings- of verenigingsvorm van een zorginstelling zich niet met de voorgestelde wetgeving. Daartoe is een andere juridische vorm vereist, met impliciet de noodzaak om te komen tot een raad van toezicht of een raad van commissarissen. In die nieuw te vormen organen heeft de regering erg veel vertrouwen. Heeft zij daarbij ervaringen uit het verleden aan haar zijde? En zijn die ervaringen in dit geval wellicht juist wel een garantie en wel een goede maat voor de toekomst?

Ik doel uiteraard op de lange reeks van schandalen in de financiële wereld en zijn uithoeken. Bij alle treurigheid die in de afgelopen jaren is opgetreden bij banken, woningcorporaties, en ja, ook bij diverse ziekenhuizen, waren raden van commissarissen of raden van toezicht volop in actie. Nou ja, in actie, op papier dan, want in werkelijkheid zaten ze te tukken of waren deel van het probleem. Ik noem de staatsbank ABN AMRO, SNS Reaal, de onverkwikkelijke taferelen bij het Slotervaartziekenhuis, de IJsselmeerziekenhuizen, de Dick Scheringa Bank, woningcorporatie Vestia, en zo kunnen we nog even doorgaan. Als ondanks allerlei vormen van toezicht, als ondanks allerlei goed betaalde maar kennelijk minder competente lieden die met dat toezicht belast waren dergelijke schandalen niettemin voorkomen, waarom denkt de regering dan dat nieuw en meer toezicht het antwoord zou zijn? Ontbreekt het juist in de financiële wereld niet te vaak aan een moreel kompas? Is dat niet het echte probleem?

Dan de effectiviteit van het wetsvoorstel. Daarbij rijst meteen de vraag of de door de regering noodzakelijk geachte randvoorwaarden de beoogde investeerders nu wel of juist niet over de brug zullen trekken of dat, omgekeerd, die randvoorwaarden onvoldoende strikt zijn om het publieke belang in alle opzichten te borgen. Bij het beantwoorden van dergelijke vragen speelt ook de perceptie van de burger een belangrijke rol.

De regering spreekt graag in lovende bewoordingen over het verantwoordelijkheidsgevoel en de hoogstaande bedoelingen van private investeerders die vooral uit zouden zijn op het langetermijnbelang van de zorginstellingen waarin zij investeren. Ongetwijfeld bestaan dergelijke investeerders, maar de gemiddelde burger ziet dat toch anders. Allereerst is zijn vertrouwen in de financiële wereld op een historisch dieptepunt, en daarnaast is hij niet gecharmeerd van financiële instellingen die geld verdienen aan zijn gezondheid of liever het ontbreken daarvan. Gezondheidszorg met winstoogmerk ligt nogal gevoelig,

en mijn fractie begrijpt dat. Ook het feit dat investeerders invloed krijgen op het beleid van de zorginstelling is voor veel burgers slecht te pruimen, ondanks de sussende woorden van de regering. Zouden vrijwilligers in de gezondheidszorg nog wel bereid zijn zich in te zetten als een deel van die inspanningen als winst naar de investeerder gaat? Zijn de randvoorwaarden die de regering stelt inderdaad voldoende strikt om sprinkhaaninvesteerders buiten de deur te houden? Zijn al die investeringen en vormen van bezit die met garanties en subsidies van de overheid in het verleden tot stand zijn gekomen inderdaad wel voldoende afgeschermd van de rücksichtsloze winstoogmerken die te veel financiers kenmerken? Is dat met name bij het vastgoedbezit van zorginstellingen wel het geval? Dit soort vragen dringt zich op en mijn fractie is er niet van overtuigd dat de antwoorden positief zijn en dat de belangen van de burger onverkort gediend worden.

De burger die het woord vastgoed hoort, voegt daar min of meer automatisch het woord fraude aan toe. De schandalen met vastgoed bij alle deconfitures bij banken, woningcorporaties en pensioenfondsen liggen hem immers nog vers in het geheugen en zwaar op de maag. De regering voelt natuurlijk goed aan dat dit een probleem is bij het huidige wetsvoorstel. Zij kwam met een wachtperiode van drie jaar voordat winst uitgekeerd mag worden. Zij probeerde een rem te zetten op de toegang van mogelijke buitenlandse investeerders. Zij poogt het toezicht te versterken. Zij stelt dat bij de zorg kosteneffectiviteit en kostprijs hand in hand gaan. Klopt dat allemaal of is hier de wens de vader van de gedachte?

De Raad van State was nogal kritisch over de wachttijd van drie jaar voordat winst uitgekeerd mag worden. Ik ga de argumenten hier niet herhalen, we hebben ze allemaal gelezen. Niettemin heeft de regering besloten, de wachttijd alleen van toepassing te laten zijn op de eerste investeerder, terwijl ook winsten uit het verleden in principe voor uitkering in aanmerking komen. Dat kan enerzijds investeerders verleiden om deel te nemen, maar bindt anderzijds de kat op het spek. Onder druk van de argumenten van de Raad van State wordt nu ook ruimte geboden aan buitenlandse investeerders. Dat die nog veel moeilijker dan Nederlandse investeerders aangesproken kunnen worden op hun maatschappelijke en morele verantwoordelijkheden moge duidelijk zijn.

Een bijzonder prangend punt is toch wat er gaat gebeuren met vastgoed en goederen die in het verleden zijn aangeschaft met garanties of subsidies van de overheid. De Raad van State stelde voor om de waardering van de desbetreffende vermogensbestanddelen tegen marktwaarde plaats te laten vinden naar de stand van 1 januari 2008. De regering betoogt, naar mijn mening overtuigend, dat met name de taxatie van vastgoed op een datum ver in het verleden een mission impossible is. Dit alles heeft de regering doen besluiten in het voorliggende wetsvoorstel af te zien van het opnemen van bepalingen over vermogensbehoud. Dat hetgeen nu overblijft een wetsvoorstel is waarbij over vastgoed en goederen eigenlijk niets geregeld is, is misschien doorslaan naar de andere kant. Ik vraag daarom de minister nadrukkelijk of het ontbreken van beperkende regelgeving op dit punt niet de deur openzet naar selectieve vervreemding van eigendom door opportunistische investeerders.

Ten slotte de Europese wet- en regelgeving. In de schriftelijke voorbereiding had de discussie over dit punt een hoog welles-nietesgehalte. Het is bepaald niet de eerste keer dat iets dergelijks zich voordoet. Het betekent helaas wel dat wat in Europa gebeurt zich in belangrijke mate aan het zicht van onze volksvertegenwoordiging onttrekt. Het risico dat daarmee wetsvoorstellen aangenomen worden die onvoldoende basis in het Europese recht hebben, is dan ook levensgroot. Dat komt de kwaliteit van het democratische proces in eigen land helaas niet ten goede. Laat me tot een afronding komen. Het wetsvoorstel is gebaseerd op een analyse van de huidige financiële markten en instellingen waarop veel valt af te dingen. Met name het af en toe nogal naïef overkomende vertrouwen in financiële instellingen kon ons al samenleving nog wel eens opnieuw voor de zoveelste maal grondig opbreken. Men kan op grond van een heel wat realistischer analyse betogen dat het wetsvoorstel niet alleen het verkeerde probleem aanpakt, maar dat bovendien ook doet op een weinig effectieve wijze. Te waarderen valt dat de regering zich bewust is van de risico's van de ingeslagen weg, en poogt potentiële excessen in te dammen. Te vrezen valt dat die inspanningen op basis van het nu voorliggende wetsvoorstel onvoldoende zullen zijn.

Ik kijk met belangstelling uit naar de wijze waarop de minister de bezwaren zoals die door mij en diverse andere woordvoerders naar voren zijn gebracht zal beantwoorden. Juist de kwaliteit en de inhoud van het debat in de Eerste Kamer dienen van grote invloed te zijn op de uiteindelijke meningsvorming van de leden. Ik hoop dat ons debat van vandaag precies die rol zal gaan vervullen.

De voorzitter:

Dank u, mijnheer De Lange. Wenst een van de leden in eerste termijn nog het woord? Dat is niet het geval.

De beraadslaging wordt geschorst.

De vergadering wordt van 11.34 uur tot 11.42 uur geschorst.