

Vergaderjaar 2009–2010

32 012

Governance in de zorgsector

Nr. 5

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 5 november 2009

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 10 september 2009 overleg gevoerd met minister Klink en staatssecretaris Bussemaker van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 mei 2009 over het advies van de Raad van State omtrent fusietoezicht (29 247, nr. 90);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 juni 2009 over het eindrapport van de Commissie verticale integratie zorgverzekeraars en zorgaanbieders (27 295, nr. 150);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 juli 2009 over Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning (32 012, nr. 1);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 augustus 2009 ten geleide van de Stand van zakenbrief Ziekenhuizen (32 012, nr. 2).**

Van het overleg brengt de commissie bijgaand stenografisch verslag uit.

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

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

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), Jan de Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Timmer (PvdA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie), Sap (GroenLinks) en De Roos-Consemulder (SP).
Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppérus (VVD), Atsma (CDA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Arib (PvdA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), De Krom (VVD), Thieme (PvdD), De Mos (PVV), Luijben (SP), Heerts (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Halsema (GroenLinks) en De Wit (SP).

Voorzitter: Smeets
Griffier: Teunissen

Aanwezig zijn acht leden der Kamer, te weten: Agema, Leijten, Sap, Smeets, Van der Veen, Van der Vlies, Jan de Vries en Zijlstra

en staatssecretaris Bussemaker en minister Klink, die vergezeld zijn van enkele ambtenaren van hun ministerie.

De **voorzitter**: Ik open deze vergadering van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Op de agenda van dit algemeen overleg staat governance in de zorgsector. Ik heet beide bewindslieden van harte welkom, net als het publiek op de tribune en de geachte afgevaardigden. Wij hebben een agenda die behoorlijk vol is. Voor dit overleg hebben wij vier uur uitgetrokken. Wij hebben zojuist met elkaar afgesproken dat wij twee interrupties per persoon toestaan in de eerste termijn van de Kamer. Ik zal niet snel afhameren, tenzij sprekers over de tien minuten spreektijd heengaan.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Voorzitter. Van wie zijn het ziekenhuis en het verpleeghuis? In ieder geval niet van de bestuurders, niet van de toezichthouders, niet van de gemeenten ook, zelfs niet van deze bewindslieden, maar van ons. Dan bedoel ik niet ons als Kamercommissie, maar ons allen, ons als samenleving. Daarom zijn zoveel burgers ook teleurgesteld in die zorginstellingen als de kwaliteit tekortschiet, als de bestuurders veel te veel verdienen, als er sprake is van wanbeleid, als de continuïteit van de zorginstelling in gevaar is, als blijkbaar economische motieven overheersen, of als de instelling fuseert tot een anonieme instelling. Het vertrouwen in de zorg staat daarmee enorm onder druk.

Daarom staan wij vandaag voor de vraag hoe wij voor iedere burger de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg kunnen garanderen en hoe wij dus ook kunnen bijdragen aan het herstel van vertrouwen.

Naar de mening van de CDA-fractie doen wij dat in ieder geval niet door een directe sturing door de overheid. De zorg moet ook van diezelfde samenleving blijven. De zorg moet dan wel weer doen wat wij ervan verwachten: een professionele dienstverlening gericht op het leveren van goede zorg voor iedereen. Dat vraagt om bezielde ondernemerschap en ook om menselijke maat in de zorg.

Helaas heeft er in de afgelopen tijd onvoldoende zelfcorrectie plaatsgevonden. De overheid mag dus ook niet stilzitten. Voor herstel van het vertrouwen is wel meer nodig dan alleen nieuwe procedures en nieuwe regels. Dat vraagt om bestuurders en toezichthouders van zorginstellingen die niet meer omzet en meer marktmacht nastreven, maar vooral ten dienste staan van hun zorgvragers en zorgverleners. Wij doen daarom met het kabinet een moreel appel op bestuurders en toezichthouders om hun maatschappelijke verantwoordelijkheid te nemen. Dan kunnen we ook met recht ruimte en vertrouwen geven.

De brief Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning getuigt van realisme en evenwicht. De bewindslieden houden vast aan de geregleerde marktwerking en vraagsturing en kiezen tegelijkertijd voor een betere borging van de publieke belangen.

Tegelijkertijd leiden regeldruk, verantwoordingsdruk en bureaucratie er toe dat diezelfde bestuurders, maar ook de mensen op de werkvloer, niet altijd met de dingen bezig kunnen zijn die nodig zijn. Helaas missen wij in de brief hiervoor aandacht, want er is wel een relatie met dit thema. En wat levert deze brief eigenlijk aan nieuwe bureaucratie op? Nog meer regels, nog meer registratie en verantwoording? Nog meer toezicht? En toezicht op toezicht? Dat kan toch niet de bedoeling zijn, want dan spannen wij het paard achter de wagen. Graag zouden wij daarom bij

deze ambities een regeldruktoets uit laten voeren. Graag krijg ik een reactie van de bewindslieden.

Bij ons allen in deze zaal is wel realiteitsbesef nodig. Wij moeten niet alleen kaders stellen, maar ook ruimte geven. Er zullen namelijk fouten gemaakt blijven worden. Laten wij dan, ook als Kamer, niet ieder incident aangrijpen om weer te pleiten voor nieuw beleid en dus ook ruimte geven aan het veld om te leren en te groeien.

Als wij willen dat ieder zijn verantwoordelijkheid neemt, is het wel nodig dat verantwoordelijkheden helder beschreven zijn. Dat is een algemeen probleem dat wij constateren met de bewindslieden. Er is helderheid nodig over de spelregels in de zorg. Daarover kom ik nog te spreken. Die spelregels kunnen wij naar onze overtuiging niet overlaten aan de toezichthouders. Die zullen wij met elkaar moeten vaststellen.

Ik kom bij het onderwerp governance in de zorg. De CDA-fractie acht begrenzing van het aantal toezichtfuncties dat een toezichthouder mag uitoefenen gewenst. Dat kan wat ons betreft via zelfregulering in de governancecode, die door de minister wordt aangewezen. Dat maakt die code ook minder vrijblijvend. Wat het aantal toezichtfuncties betreft, kan prima worden aangesloten bij de code-Tabaksblat.

De raad van bestuur moet de eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg ten volle kunnen uitoefenen. De casus Medisch Spectrum Twente bewijst dat intercollegiale correctie nodig is, dat transparantie en verantwoording nodig zijn en dat bestuurders hun eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit moeten kunnen, maar ook willen nemen. Dat moet gebeuren door een aanscherping van de toelatingsovereenkomsten, maar ook door een wettelijke basis. Wanneer gaat het kabinet over tot uitvoering van de heldere en nuttige aanbevelingen van de commissie-Lemstra? Inmiddels hebben wij een brief van het kabinet ontvangen. Wij constateren dat de meeste aanbevelingen ook door het kabinet worden overgenomen. Een tijdsplanning daarbij ontbreekt soms. Graag krijg ik hierover helderheid, want de urgentie is aanwezig.

Wat wij van belang vinden, is het voordrachtsrecht van de cliëntenraad en de ondernemingsraad bij de benoeming van de leden van de raad van toezicht. Want wij moeten echt het coöptatiesysteem in de zorg doorbreken. Daarmee maken wij ook concreet dat de zorginstellingen van ons allen zijn. Daarom moet ook de motie-Wilemse-Van der Ploeg gewoon worden uitgevoerd.

Wij zijn het ook eens met een instemmingsrecht voor cliëntenraden bij een aantal heel belangrijke onderwerpen, zoals fusie. Medezeggenschap is geen medebesturen. Dat is echt een misverstand, bijvoorbeeld bij ziekenhuizen. Patiënten zijn overigens in onze ogen geen cliënten. Eerder hebben wij opgeroepen gewoon te spreken van «zorgvragers». Dat deed het kabinet eerder, maar in deze brief zien wij steeds weer het begrip «cliënten» terug.

Wij zien overigens met de regering de noodzaak van een lokale inbedding van zorginstellingen. Een belanghebbendenraad is daarvoor een prima middel. Anderzijds, is het waken over de belangen van de belanghebbenden niet ook een vanzelfsprekende taak van de raad van toezicht? Dat hoor ik graag van de bewindslieden. Dat was ook de inbreng van professor Goodijk in onze hoorzitting. Hij wilde verder geen regulering, maar deed een oproep aan instellingen en gemeenten om lokaal hun samenwerkingsrelatie te regelen.

Ik kom bij de continuïteit van zorg. Als de continuïteit van de instelling in gevaar is, levert dat dus onrust op bij medewerkers en zorgvragers. Tegelijkertijd is voor ons de zorginstelling in zichzelf niet het doel. Continuïteit van zorg kan veelal ook door een andere instelling geleverd worden. En alleen wanneer de continuïteit van zorg echt in gevaar is, rechtvaardigt dit overheidsinterventie. Maar ook dat vraagt om heldere normen en verantwoordelijkheden. Die moeten nog worden uitgewerkt. Daarbij is het ook

goed om te kijken naar de eerste lijn en de ketenzorg. Wanneer krijgen wij de nadere uitwerking?

Vroegtijdige signalering is natuurlijk van belang, maar wij hebben ernstige twijfels bij en wij zijn ook niet overtuigd van de voorgestelde uitwerking. Allereerst is vroegtijdige signalering gewoon een standaardtaak van iedere bestuurder en toezichthouder.

Verder vragen wij ons af waarom niet gebruik kan worden gemaakt van het bestaande signaleringssysteem van de verzekeraars, in plaats van de NZa hiermee te belasten. Het gevaar is een stapeling van toezicht op toezicht, zeker als het College sanering zorginstellingen ook nog eens het werk van de NZa dunnetjes over gaat doen.

Daarnaast vinden wij dat de NZa al genoeg verschillende petten op heeft. Dat leidt alleen maar tot verwarring. Ten slotte moet de vroegtijdige signalering niet alleen gaan over financiën, maar ook over goed bestuur en over kwaliteit van zorg.

Wij begrijpen niet dat de regering zo snel afstapt van de zorgplicht van de zorgverzekeraars, waar het gaat om de continuïteit van zorg. Daar kan dus ook een verplichting uit voortvloeien om continuïteit van een instelling te garanderen wanneer die continuïteit van zorg in gevaar is. Het grote gevaar bestaat nu dat alle partijen – dat hebben wij eerder gezien – achterover gaan leunen en allemaal naar de overheid kijken. Hoe langer wij werken onder de huidige Zorgverzekeringswet, hoe minder verzekeraars zich aan die zorgplicht kunnen onttrekken, ook voor de continuïteit van zorg en dus soms ook van een instelling.

Overheidsingrijpen in uitzonderlijke gevallen voor faillissement moet ook echt uitzonderlijk blijven. Maar wanneer is nu echt objectief te bepalen wanneer het moment daar is. En wat zijn de criteria voor overheidsingrijpen?

De onderlinge verhoudingen tussen de NZa en het College sanering zorginstellingen zijn echt verwarrend, ook bij steunaanvragen. Het college krijgt ook bevoegdheden om bijvoorbeeld een aanwijzing te geven. De regering wil zelfs een bewindvoerder kunnen laten aanstellen. Dat gaat ons te ver. Dat grijpt te diep in de zelfstandige verantwoordelijkheid van de rechtspersonen. Het zou wat ons betreft alleen via de rechter moeten kunnen.

Ik kom bij samenwerkingsvormen in de zorg, ofwel fusie. De menselijke maat in de zorg staat door ongebreidelde fusiedrang onder druk. Het pijnlijke hoogtepunt was natuurlijk de afgelopen jaren de megafusie tot Espria. Het ontbreekt in de zorg helaas aan een goed beoordelingskader. De bestaande fusietoets van de NMa is te eenzijdig economisch georiënteerd.

Daarnaast is de verhouding ten opzichte van de NZa en de Inspectie voor de Gezondheidszorg volstrekt onhelder. Dat zagen we bij Espria en ook bij de Zeeuwse ziekenhuizen, maar wij zagen het ook deze zomer weer bij de overname van ambulancedienst VZA door het AMC. De NZa adviseerde vanwege de nadelige gevolgen negatief. De NMa legde dat advies doodleuk naast zich neer en keurde de fusie goed. Daarom ons pleidooi voor een zorgspecifieke fusietoets en voor een heldere verantwoordelijkheidsverdeling. Helaas lost de regering dat probleem niet op. De NMa kan wat ons betreft niet meer afwijken van het oordeel van de inspectie of de NZa. Is de NMa überhaupt nog nodig in de zorg? Kunnen wij niet volstaan met de NZa?

In de zorg is samenwerking vanzelfsprekend noodzakelijk. Ook zonder fusie kun je ver komen, maar dan is wel nodig dat al die zorginstellingen helderheid krijgen over de spelregels die daarvoor gelden. Die spelregels willen wij niet aan de NMa overlaten. Wij ontvangen die graag van het kabinet, zodat wij daarover ons oordeel kunnen geven. Bij samenwerking zouden wij graag de coöperatie meer in beeld krijgen. Jammer dat het kabinet daar niets over zegt. Dat geldt ook voor verticale integratie. Daarbij zien wij grote risico's van machtsconcentratie, dubbele petten en

aantasting van de keuzevrijheid. Het is misschien wettelijk wel mogelijk om dit te verbieden, maar wij vinden dit een onwenselijke ontwikkeling, die wat ons betreft alleen via de vorm van een coöperatie met goede publieke waarborgen vorm zou kunnen krijgen.

Financiële instellingen zijn terughoudend in de financiering van zorginstellingen, en soms terecht. Maar ook onzekerheid over het perspectief, het proces en de randvoorwaarden bij systeemwijzigingen dragen daaraan bij. Geef dus snel helderheid over bijvoorbeeld kapitaallasten en vrije prijzen. Dat zal ook financiële instellingen stimuleren om eerder leningen te verstrekken.

Wij zijn wel blij met de helderheid die de bewindslieden in de brief geven. Zij willen met ons geen commerciële instellingen, gericht op winstmaximalisatie, geen cowboys in de zorg. Tegelijkertijd is er een bestaande praktijk, bijvoorbeeld in de thuiszorg en in de bv-vorming. Daar moeten wij iets mee. Dus voor de toekomst en voor de bestaande praktijk is het nodig om te komen tot regulering. Wij zien een meerwaarde in het aantrekken van risicodragend kapitaal om de afhankelijkheid van banken te verminderen, maar dan moeten de publieke waarborgen goed zijn geregeld. Dat kan bijvoorbeeld via de maatschappelijke onderneming. Zo bevorderen wij ook dat het maatschappelijk belang voorop blijft staan. Graag krijgen wij een uitwerking van die voorwaarden. Kijk ook eens naar de mogelijkheid van obligaties, zou ik de bewindslieden willen meegeven. Wij plukken inmiddels de vruchten van de gereguleerde marktwerking. Zo bevorderen wij kwaliteitsverbetering, vraaggericht werken, keuzevrijheid en doelmatigheid. Aan die opgave kunnen zorginstellingen zich niet onttrekken, net zo min als de politieke partijen. Dat is geen gemakkelijke opgave. Daar is ook vertrouwen voor nodig. Wij hopen dat dit debat een begin is van het herstel van het vertrouwen in de zorg en in elkaar.

Mevrouw **Agema** (PVV): U houdt een interessant betoog. Wij kunnen ons zeker aansluiten bij uw voorstellen met betrekking tot een regeldruk- of een fusietoets, maar vandaag hebben wij het natuurlijk vooral over de bijbanencultuur. U stelt dat u het prima vindt dat de bijbanencultuur door zelfregulering aan de markt wordt overgelaten. Kunt u dat toelichten? Waarom vindt het CDA dat het maximeren van bijbanen aan de markt moet worden overgelaten?

De heer **Jan de Vries** (CDA): Mevrouw Agema bedoelt het aantal toezichtfuncties dat je uitoefent in de zorg. Wij zijn met haar van mening dat je dat moet begrenzen. Als wij, met de regering in haar brief, vinden dat toezicht houden niet zomaar een taak is en dat dat een grote en zware verantwoordelijkheid is, moet je die ook verantwoord kunnen uitoefenen. Dat hebben wij ook geleerd in andere sectoren. Daarom vragen wij de sector om dat te regelen in de governancecode, maar niet vrijblijvend. Daarom zei ik in een bijzin dat dit wel een code moet zijn die wordt aangegeven door deze minister. Dat betekent dat die code – net als in het bedrijfsleven, met de commissie-Frijns en de commissie-Tabaksblat – dus ook de instemming heeft van de minister. Wij kunnen ons voorstellen dat het maximum dat in de code-Frijns of de code-Tabaksblat wordt gehanteerd ook gaat gelden voor de zorg. Dat betekent maximaal vijf nevenfuncties, vijf toezichtfuncties. Als je voorzitter bent, telt zo'n functie voor twee.

Mevrouw **Agema** (PVV): Het klinkt mooi dat de minister moet instemmen, maar het zou natuurlijk andersom moeten zijn. Het zou zo moeten zijn dat de Kamer de kaders stelt waarmee de bijbanencultuur wordt aangepakt, en dat de instellingen zich aansluiten bij de lijnen die wij hier uitzetten. U laat het over aan de mensen die toch al niet de grenzen kennen. Wij hebben het afgelopen jaar vele debatten gehad over al die bijbanen en al die mensen die problemen hebben veroorzaakt. Ik moet hier echt conclu-

deren dat het CDA niets wil en niets doet om het maximeren van die bijbanen naar ons toe te trekken.

De heer **Jan de Vries** (CDA): In ons beeld moet de overheid niet de verantwoordelijkheid van toezichthouders en instellingen overnemen, maar moet zij hen wijzen op hun verantwoordelijkheid en hen oproepen die verantwoordelijkheid te nemen en dat niet vrijblijvend te laten zijn, door de code die daaruit voortkomt ook te laten aanwijzen door de minister, waardoor geen enkele zorginstelling en geen enkele toezichthouder in de zorg zich daaraan kan onttrekken.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): U zegt dat de sector eerst aan zet is, dat de sector die code moet gaan maken en dat wij die dan gaan bekrachtigen. Wat gaan we doen als de sector er zelf niet uitkomt en op dit punt de verantwoordelijkheid niet neemt, en niet de mooie formule overneemt die u noemde – van vijf nevenfuncties, waarbij de voorzitter voor twee telt – maar ruimer gaat zitten? Neemt u dan wel uw verantwoordelijkheid en gaat u dan aanvullende maatregelen treffen?

De heer **Jan de Vries** (CDA): Ik wil eigenlijk niet in zo'n scenario denken, want dit is het moment waarop de zorgsector zelf kan bewijzen dat men die verantwoordelijkheid ook aankan. Ik heb ook gezegd dat er tot op heden weinig zelfcorrectie heeft plaatsgevonden. Dat is ook een gegeven. Daarom kunnen wij het niet vrijblijvend bij die constatering laten, maar het is wel een opdracht die wij de sector moeten meegeven. Wanneer blijkt dat men die opdracht onverhoopt niet invult, komt die verantwoordelijkheid weer bij ons terecht. Maar dat lijkt ons niet de goede verantwoordelijkheidsverdeling. Het bedrijfsleven heeft bewezen dat het wel kan. In de zorg spiegelt men zich zo graag aan het bedrijfsleven, helaas, zeg ik daarbij. Laat men dan ook maar bewijzen dat men dat kopieergedrag in dit geval wel goed toepast.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Dit is toch een mooie en sterke oproep van u aan de sector om het wel te doen. Het is ook duidelijk dat wij het gaan oppakken als de sector in gebreke zou blijven. Hoe lang geeft u de sector nog hiervoor?

De heer **Jan de Vries** (CDA): Er ligt bij mijn weten een concept-governancecode voor toezichthouders en bestuurders in de zorg. Het lijkt mij het moment om die heel snel aan te vullen. Dat moet in het komend jaar ook prima kunnen.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Als ik de kabinetsbrief Ruimte en rekenschap lees, kan ik één ding zeggen. De toonzetting is goed. Ik merk het zoeken naar vertrouwen; dat is volgens mij een van de kernbegrippen. Vertrouwen als moreel kapitaal. Dat is ook de titel van de lezing van Eerste Kamerlid Roel Kuiper tijdens het christelijk-sociaal congres. Ik citeer hem: «Het probleem van onze moderne wereld is dat we vertrouwen hebben weggeorganiseerd. We hebben de processen van wederkerigheid, waarin vertrouwen groeit tussen mensen, laten overnemen door de overheid of de markt. We zijn sterk gaan leunen op contractueel vertrouwen, vertrouwen als confidence, het voorwaardelijk vertrouwen».

Mijn eerste opdracht aan het kabinet is: laten we opletten dat het vertrouwen waarover we dingen willen gaan afspreken niet slechts iets wordt van een risico-inschatting. Belangrijk is het voor de ChristenUnie dat er weer gemeenschappen gevormd worden die overzichtelijk zijn en waar processen van wederkerigheid weer kunnen bloeien. Verbanden waar moreel kapitaal wordt overgedragen, moeten gekoesterd en versterkt worden.

Daarom een tweede opdracht. Laten we voordat we het over financiële winstuitkeringen hebben, eerst zien dat we komen tot overeenstemming en commitment als het gaat om «winst van ethische reflectie en moreel beraad», de titel van een boek.

Laat ik eerst iets zeggen over de publieke randvoorwaarden. Verschillende incidenten zijn het afgelopen jaar de revue gepasseerd. Welke lessen moeten we hieruit trekken? Problemen hebben duidelijk gemaakt dat aanvullende maatregelen nodig zijn. Symboolwetgeving en stapeling van toezicht moeten wij wel zien te voorkomen.

Maar wat is er wel nodig voor een goede borging van het publieke belang? De ChristenUnie vindt dat er meer duidelijkheid moet komen over de verdeling van verantwoordelijkheden. Dat hoeft niet automatisch meer regels te betekenen, maar wel heldere en eenduidige regels. Die regelgeving moet worden gericht op het motiveren van mensen. Er moet een link worden aangebracht tussen regelgeving en zorg verlenen. Want het gaat toch allemaal over dezelfde inhoud en wij hebben toch zeker allemaal een gemeenschappelijk doel? Daar gaat het om!

Wat ik in de brief van het kabinet nog te veel mis, is de rol van de overheid zelf. Daarbij doel ik niet alleen op een kritische beschouwing over de vraag of de overheid niet te gemakkelijk en te snel afstand heeft gedaan van bepaalde sturingsinstrumenten, maar ook enige mate van zelfreflectie als het gaat om goed bestuur met betrekking tot het eigen bestuurlijk handelen. De bestuurlijke spagaat in de zorg wordt versterkt door de wisselende spelregels van de overheid. Zo maken het gebrek aan samenhang tussen Wmo en AWBZ en de budgetplafonds in de regio's besturen tot een lastige opgave. Wij hebben het nu eigenlijk alweer over allerlei financiële vraagstukken. Laten wij dan ook niet vergeten dat ondernemerschap in de zorg vooral iets moet zijn van mentaliteit, in plaats van financiële structuren of doelstellingen. Mij valt op dat de kwaliteitsdiscussie toch wel erg verweven is met de geldkwestie, de inkomensdiscussie, met allerlei daarbij horende perverse prikkels.

De vaardigheden van bestuurders, horend bij grote verantwoordelijkheid, dienen volgens de minister verder ontwikkeld te worden. Dat is correct. Uit onderzoek van Annemiek Stoopendaal blijkt overigens dat vaardigheden van bestuurders in relatie tot het kunnen managen van krimp in plaats van groei een minstens zo belangrijke vaardigheid is. Dit wordt in deze brief niet genoemd. Dat lijkt me wel relevant, net als het kunnen toepassen van verwachtingenmanagement aan de poort. Door regio-budgetplafonds en het bekende rondrekenen van tarieven om de zorgzwaartepakketten sluitend te krijgen, zien we een afname van het aantal netto inzetbare uren voor de cliënt.

Van de cliënt naar de maatschappelijke inbedding. Ik sta eerst stil bij de rol van de samenleving. Het kabinet zou wat de ChristenUnie betreft nog duidelijker moeten maken dat een goede samenhang en samenwerking vanuit de samenleving absoluut noodzakelijk zijn. Het uitbreiden van maatschappelijke stages en meer fiscale ruimte voor vrijwilligers kunnen goede impulsen zijn om gezamenlijk verantwoordelijkheid te kunnen nemen.

Versterking van de positie van de cliëntenraden is een belangrijk punt, maar ook daarbij geldt dat onnodige stapeling van toezicht moet worden voorkomen. En er is ook een goede afbakening nodig tot de verantwoordelijkheid van bestuurders.

In de brief wordt geschreven over «onderwerpen die nauw aan de dagelijkse leefomgeving raken». Maar wat is de rol van cliëntenraden rondom fusies? Bij fusies en bouwtrajecten zie ik wel knelpunten, omdat die investeringen een afschrijvingstermijn kennen die veelal de termijn van levering van zorg en diensten aan de huidige cliënten overschrijdt. Is deze maatregel van het kabinet voldoende op uitvoerbaarheid getoetst en zijn er geen andere, wellicht betere manieren om de positie van cliëntenraden te versterken?

Ik doe twee suggesties. Het budget voor cliëntparticipatie, zeggenschap en medezeggenschap zou separaat, buiten de budgetten van zorgaanbieders om, kunnen worden geregeld. Ik vind dat cliënten nu nog veel te afhankelijk zijn van de aanbieder. Een stevige financiële positie, los van de instelling, zou wel eens beter kunnen werken. Een tweede suggestie: ik mis in de brief de relatie met de Kwaliteitswet zorginstellingen. De huidige wettelijke mogelijkheden van de kwaliteitswet worden nog onvoldoende benut, ook als het gaat om een grotere betrokkenheid van cliëntenraden. Ik kom bij de continuïteit van zorg. Allereerst de definitie, de afbakening. Welke zorg is cruciaal? De omschrijving in de brief biedt nog onvoldoende duidelijkheid, het is een te algemene formulering. Wij kijken uit naar de door het kabinet toegezegde brief, die verheldering moet bieden op dit punt. De toevoeging van ketenzorg is goed, maar zou de zaak ook nog wel eens wat diffuser kunnen maken, omdat het dan niet alleen om de zorgfuncties gaat, maar ook omgevingsfactoren meegenomen moeten worden bij het bepalen of er sprake is van cruciale zorg. In de Randstad zou dat nog wel eens anders kunnen uitpakken dan bijvoorbeeld in Noordoost-Groningen. Hier ligt nog wel een grote uitdaging.

Dan kom ik bij het zogenaamde earlywarningsysteem. Om dat goed te kunnen laten functioneren, moet er wel een ontvangende partij zijn, die het signaal weet op te pakken bij problemen. Dat moet ook zeker voor het ministerie zelf gelden. Het is dus belangrijk dat er helderheid is over de precieze taakverdeling tussen de betrokken toezichthouders NZa en IGZ. De primaire verantwoordelijkheid voor de continuïteit van zorg ligt bij de zorgaanbieders, maar de rol van zorgverzekeraars en zorgkantoren blijft ook in deze brief wat onduidelijk. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht, maar welke verantwoordelijkheden horen daarbij als de continuïteit van zorg op het spel staat? Dat was een van de kernvragen tijdens de debatten die we de afgelopen tijd over financiële problemen bij zorginstellingen hebben gevoerd. De brief biedt daarop nog geen helder antwoord. Wat houdt de medeverantwoordelijkheid van zorgverzekeraars precies in? Kunnen de bewindspersonen dit nader toelichten?

De onduidelijkheid over de rol van zorgverzekeraars maakt vervolgens ook een oordeel over verticale integratie heel moeilijk. Verticale integratie kan voordelen opleveren, maar we moeten waken voor een te theoretische benadering. Het uitgangspunt «de cliënt centraal» kan in deze constructie gemakkelijk een dubbele betekenis krijgen. Bijvoorbeeld een zorgaanbieder die vanwege budgettaire krapte, in strijd met de instellingsfilosofie, toch instemt met bepaalde zorgarrangementen die door een zorgverzekeraar worden aangeboden, of een zorgverzekeraar die zich onder druk van premiestijging ertoe laat verleiden om kwaliteit ondergeschikt te maken aan financiële drijfveren.

Het aangrijpingspunt voor de ChristenUnie hierbij is niet zozeer de juridische discussie over wel of geen verbod. Wat wij wel willen, is dat keuzevrijheid en professionele autonomie op een goede wijze worden geborgd. Ik wil hier ook wijzen op de samenhang met transparantie inzake kwaliteit. Een belangrijke voorwaarde voor verticale integratie is dat patiënten daadwerkelijk kunnen stemmen met de voeten. Nog maar kort geleden concludeerde de inspectie dat er nog steeds onvoldoende vergelijkingsmateriaal is. Dit speelt ook breder als het gaat om het nemen van vervolgstappen in het kader van de invoering van marktwerking in de zorg. In dit kader speelt ook het vraagstuk van de verhouding tussen financiering en governance in de sturingsfilosofie. Functionele bekostiging en dbc-systematiek moeten het maken van logische keuzes niet in de weg staan. Maatwerk moet mogelijk blijven.

Dan de fusietoets. Waarom komt deze rol bij de IGZ te liggen? Is dit geen oneigenlijke taak voor de IGZ? Heeft de IGZ hier wel voldoende expertise voor? Draagt dit bij aan een noodzakelijk heldere verantwoordelijkheidsverdeling tussen toezichthouders? Is dit geen recept voor nieuwe

problemen? Zie bijvoorbeeld verschillende standpunten van NMa en IGZ ten aanzien van het fusiebesluit van de Zeeuwse ziekenhuizen. Graag ook aandacht voor de spanning die er zit op ketenzorg en de NMa-opvattingen. Voor de AWBZ zou een sterke focus op samenwerking boven die op concurrentie moeten gaan.

Over de maatschappelijke onderneming hebben wij vooral vragen. Wat moeten wij precies verstaan onder «resultaatafhankelijke vergoedingen voor risicodragend kapitaal»? Wat betekent dit voor de winstexperimenten in ziekenhuizen, die hier ook wel eens voorbij zijn gekomen? Waarom is gekozen voor aansluiting bij de Wet op de maatschappelijke onderneming? Is er ook gekeken naar andere mogelijkheden?

Mijn kernboodschap naast de vragen die ik vanmiddag heb gesteld, is toch wel deze. Voordat we allerlei nieuwe dingen gaan doen, roep ik het kabinet op om eerst eens heel goed te inventariseren wat er al is aan wetgeving, om vervolgens te bekijken of de wetgeving die er is ook voldoende gebruikt, ingezet, geactiveerd is, dan wel of er nog wat dode artikelen in zitten, die wellicht tot leven moeten worden gewekt. Ik denk aan de Kwaliteitswet zorginstellingen, die nog onvoldoende vertaald is in heldere afspraken over zowel de explicitering van kwaliteitsverantwoordelijkheden als de integratie van kwaliteitssystemen. Als wij dat hebben gedaan, moeten wij goed inventariseren waar leemtes zitten. Als wij die leemtes in kaart hebben gebracht, moeten wij vervolgens beoordelen door wie die leemtes ingevuld moeten worden en langs welke weg: of dat de weg van de zelfregulering kan zijn, waarbij een overheid uiteindelijk toetst op eindresultaten, of dat er uiteindelijk wel wetgeving van de overheid nodig is. Op die punten ziet de ChristenUnie graag een duidelijke uitwerking door het kabinet.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Allereerst mijn complimenten aan de bewindslieden voor deze nota en de poging een antwoord te geven op de vraag wie nu eigenlijk gaat over wat in de gezondheidszorg. Met andere woorden: wie is nu eigenlijk waarvoor verantwoordelijk in de gezondheidszorg? Tijdens debatten in de Kamer over verschillende disfunctionerende instellingen hebben wij aangegeven dat het echt nodig is om op die vraag een antwoord te krijgen. Ook wordt in de nota ingegaan op een aantal mede door mijn fractie ingediende moties over governance in de zorg, waarvoor eveneens dank.

Governance in de zorg is een breed onderwerp. Ik hoop dat wij ook wat meer tijd hebben in een vervolgdebat om het daarover grondig te hebben. In feite spreken wij over de vraag wat onze onderliggende visie is op de gezondheidszorg. Ik begin met aan te geven dat wij als PvdA deze nota beoordelen op de bijdrage aan een kwalitatief goede gezondheidszorg die betaalbaar is en voor iedereen op dezelfde manier toegankelijk.

Laat ik vooropstellen – dat is ook de winst van de ontwikkelingen tot nu toe – dat wij voorstander zijn van keuzemogelijkheden voor de patiënt. Dat betekent inzicht in de geleverde kwaliteit en de daarbij behorende kosten. Wij vinden dat met name de laatste jaren het zicht op die kwaliteit en die kosten is toegenomen. Dat is winst.

Als je de nota leest, zou je bijna vergeten waar het eigenlijk om gaat in de zorg. Het gaat natuurlijk uiteindelijk altijd om de zorg die verleend wordt in de spreekkamer en aan het bed. Die zorg heeft een bepaald kenmerk, zeker vanuit het oogpunt van de patiënt. De zorg plaatst de patiënt eigenlijk per definitie in een afhankelijkheidsrelatie, die de patiënt moet aangaan en waarbij hij mag hopen, verwachten of eisen dat de hulpverlener die hem helpt, dat ook in een vertrouwensrelatie doet. Ik zeg dat zo nadrukkelijk omdat in deze nota heel vaak wordt gesproken over cliënten en de indruk wordt gewekt dat wij hier te maken hebben met mondige consumenten, die rationeel afwegend hun keuzes in de zorg maken. Dat is niet het geval. Ik vraag de minister om daar toch nog eens op in te gaan.

Het uitgangspunt is in veel gevallen dat je met een angstige en onzekere patiënt te maken hebt, die zijn weg moet zoeken in de zorg. Wat het risico betreft dat je loopt als je die patiënt uit het oog verliest, is een heel extreem voorbeeld de ontwikkeling in Enschede met een specialist die niet goed functioneerde. Het team dat dat heeft onderzocht, heeft zijn rapport ook niet voor niets de titel meegegeven: «En waar was de patiënt?» Ook uit dat rapport blijkt dat aan alles werd gedacht – de reputatie van het ziekenhuis, de financiële overwegingen, wie er nu over wat ging – maar dat volstrekt uit het oog verloren was dat het hier om de patiënt ging, die zorg nodig had. Ik denk dat wij ons dat heel goed voor ogen moeten houden bij het lezen van deze nota. Wanneer je als uitgangspunt neemt dat je niet te maken hebt met een cliënt maar met een patiënt die, onzeker zijnde, zijn weg moet zoeken, heeft dat ook gevolgen voor de financiering en de structuur van de gezondheidszorg. Wij zijn in toenemende mate bezig een koppeling te leggen bij hulpverleners tussen omzet en inkomen. Wij doen dat bij de huisartsen door met een verrichtingsstelsel te werken, en wij doen dat bij de specialisten. Hoe meer je produceert, hoe meer inkomen je hebt. Als je dan uitgaat van een patiënt die wanneer een arts tegen hem zegt «komt u maar eens terug» echt niet kan of hoeft te beoordelen of die arts dat doet uit een oogpunt van zorg of uit een oogpunt van inkomen, denken wij dat je op de kortst mogelijke termijn een knip moet leggen tussen omzet en inkomen. Dat dat niet helemaal een stelling uit het ongerijmde is, blijkt ook uit de aanmerkelijke overschrijding van de budgetten van huisartsen en specialisten, zonder dat wij kunnen aantonen dat die ten gunste is geweest van de kwaliteit van de zorg. Ik zeg daar niet mee dat alle artsen grootgraaiers zijn – dat wil ik echt vermijden – maar wanneer je zo nadrukkelijk omzet en inkomen aan elkaar koppelt, maak je het wel heel makkelijk en bind je de kat op het spek. In feite is er sprake van een bonussysteem. Waartoe dat kan leiden, hebben we ook bij de banken gezien. Gelet op de positie van de patiënt, die niet mondig de afweging kan maken of de geboden zorg wel of niet nodig is, en gelet op het feit dat ook de zorgverzekeraar dat tot nu toe niet kan, willen wij graag die relatie tussen omzet en persoonlijk inkomen geknipt hebben.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik ben toch heel benieuwd waar dit naartoe gaat. Stelt de PvdA-fractie nu voor om aan de hele nieuwe dbc-systematiek, waar jaren over is gedaan om die in te voeren, maar weer een einde te maken? Het was toch juist die systematiek die er niet voor zorgt dat specialisten meer arbeid verrichten, maar die ervoor zorgt dat zij meer schrijven welke arbeid zij verrichten? Kan de PvdA-fractie uitleggen hoe zij denkt die knip, waar u het over heeft, tot werkelijkheid te maken. Wil zij de dbc-systematiek, die nog niet eens is ingevoerd, weer afschaffen?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Deze interruptie betekent dat mijn betoog aardig is opgebouwd, want ik wilde juist verdergaan met dit onderwerp. Op die manier zal ik u antwoord geven. Ik hoor wel of dat voldoende is of niet.

U wijst terecht op de relatie tussen de dbc's en het persoonlijk inkomen van specialisten. Naar onze mening zou je dan ook, gelet op de uitspraak in de nota dat de raad van bestuur van een ziekenhuis de eindverantwoordelijkheid heeft voor de kwaliteit, de raad van bestuur zeggenschap moeten geven over de specialisten, ook als het gaat om het inkomen. Wij zijn voorstander van het in loondienst nemen van specialisten, omdat je op die manier in ieder geval omzet en inkomen van elkaar loskoppelt en de afspraken tussen de zorgverzekeraar en het ziekenhuis onder verantwoordelijkheid van de raad van bestuur brengt. Het is dan niet meer zo dat de specialist daar zelf een eigen, extra inkomen kan verwerven. Wil dat zeggen dat je helemaal af moet van het dbc-systeem? Dat denk ik niet. Ik denk dat het goed is om te weten wat iets kost. De vraag is alleen – daar

kijken wij op dit moment ook naar – of dat moet op de wijze die nu plaatsvindt, omdat dat overduidelijk heeft bewezen zo verschrikkelijk ingewikkeld te zijn dat niemand er meer uitkomt en bovendien ook zoveel aanleiding geeft tot – laat ik het heel voorzichtig zeggen – misverstanden dat wij daarvan af moeten. Wanneer je het belang van de dbc's bij de individuele hulpverlener hebt weggenomen, ben ik ervan overtuigd dat je dan ook tot veel gemakkelijker afspraken komt over dbc's en dat zij dan ook op die manier veel simpeler moeten kunnen zijn.

Ik kom bij loondienst, dan wel een vergelijkbare constructie om in ieder geval de knip tussen omzet en persoonlijk inkomen weg te halen, maar ook om de raad van bestuur daadwerkelijk iets over de specialisten te kunnen laten zeggen als het gaat om kwaliteit van de zorg. Wij vinden dat een raad van bestuur de individuele specialist mag aanspreken op de kwaliteit van de geleverde zorg en dat de raad van bestuur dan ook in staat moet zijn om daar ook disciplinaire maatregelen aan te verbinden. Ik kom op een ander punt. Omdat wij de gezondheidszorg willen kunnen meten, daar prijzen aan willen kunnen verbinden en ook de kwaliteit willen kunnen meten, moeten wij de gezondheidszorg opdelen in meetbare partjes. Nu is het op zichzelf niet zo erg als je probeert van elkaar te onderscheiden wat er van elkaar te onderscheiden valt, maar wat wij op het ogenblik zien, is dat wij wel heel ver gaan in het opknippen van de gezondheidszorg in allerlei pakketjes. De nadruk op het meetbaar maken van de gezondheidszorg leidt naar ons idee tot kwaliteitsverlies, omdat bijvoorbeeld de urenregistratie en de productomschrijving een flexibel aanbod van de zorg en afstemming tussen verschillende zorgverleners in de weg staan. De ontwikkeling van het knippen van de zorg leidt tot specialisatie en categorisatie, waardoor complexe gevallen, patiënten die niet in één door ons gefabriceerd vakje passen, minder goed geholpen kunnen worden. Dit staat haaks op de integrale benadering die nodig is voor de zorg. Als je zorg nodig hebt, kom je niet met één probleem binnen. Vaak is het een complex van factoren. Naarmate wij meer opknippen, zal het steeds moeilijker worden om die integrale zorg te verlenen. Wij zien dan ook in de zorg dat er steeds meer coördinatie en steeds meer schaalvergroting nodig is, en dat het opdelen in vakjes leidt tot cherry picking. Met andere woorden, zorgaanbieders kunnen zich richten op die onderdelen van de zorg die het meest opleveren.

Op welke wijze kun je dit nu tegengaan? Wat is nu belangrijker: een feilloos systeem met allemaal hokjes en prijskaartjes, of een systeem dat uitgaat van wat de patiënt nodig heeft en van zorgverleners die met elkaar samenwerken? Wij hebben hierover een vraag aan de bewindslieden. Dit geldt uiteraard zowel de AWBZ als de Zorgverzekeringswet. Hoe zorgen de bewindslieden ervoor dat het om de zorg gaat en dat wij niet zo ver gaan in onze beheersdrift dat die integrale benadering op de tocht komt te staan?

Wat het eigenaarschap van de zorg betreft, constateren wij dat het onduidelijk is wie er nu over de zorg gaat. Wij zijn voorstander van een coöperatief systeem, waarin je heel veel zaken die nu heel ingewikkeld geregeld worden met instemming en met adviesrecht kunt regelen. Wij sluiten ons aan bij de opmerking van de minister over het systeemziekenhuis en vinden het belangrijk dat wij het niet meer hebben over het systeemziekenhuis, maar over een gezondheidszorg waarin basaal omschreven is waar je recht op hebt. Hopelijk kunnen wij daarop later nog terugkomen. Wij vinden in ieder geval dat gedefinieerd moet zijn wat tot die basale zorg behoort.

Er is al eerder gesproken over de onduidelijkheid van het spel, de spelregels en de positie van de spelers. Mijn voorgangers hebben daar al op gewezen. Wij denken dat het echt noodzakelijk is om helderheid krijgen over de positie van de toezichhouders, maar ook over de zorgplicht van de zorgverzekeraar. Wij willen graag van de minister een helder overzicht op dit punt.

Het earlywarningsysteem kan ook naar onze mening leiden tot een hoge mate van bureaucreatie en verticale integratie. Ik adviseer de bewindslieden om het rapport van de Consumentenbond te lezen, waaruit blijkt dat de overgrote meerderheid van de consumenten daartegen is. Het is een illusie om te denken dat wij ooit in staat zullen zijn om de gezondheidszorg afdoende te regelen. Daarvoor is de gezondheidszorg te complex. Uiteindelijk wordt het goed functioneren van de gezondheidszorg bepaald door hulpverleners die zorg verlenen. Zij zullen het uiteindelijk moeten doen op basis van hun professionaliteit. Vorige sprekers hebben al gewezen op het morele aspect. Ik onderstreep dat. Uiteindelijk gaat het niet om de structuur en de financiering van de zorg, maar om datgene wat iedereen tussen de oren heeft als hij met zorg bezig is.

Mevrouw **Leijten** (SP): Er zitten dingen in het betoog van de PvdA waar de SP warm van kan worden: niet meer dat opknippen, niet meer dat hunkeren naar omzet. Maar over één zaak willen wij toch wel helderheid, namelijk de discussie over de winstuitkering. Ik heb gelezen dat u niet kunt zien welk probleem wordt opgelost met winstuitkering in de zorg. Staat de PvdA daar nog steeds achter?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dit is een aardige vraag, wat dit stukje had ik in mijn betoog overgeslagen. Laat ik heel helder zijn. Wij zijn tegen winstuitkering in de zorg. Als je vindt dat omzet en persoonlijk inkomen niet aan elkaar gekoppeld moeten zijn, geldt dat ook voor winst. Als je naar de dokter gaat, moet je ervan overtuigd zijn dat die dokter jou alleen behandelt vanuit het zorgbelang en niet omdat hij op een andere manier ook nog financiën boven tafel moet houden. Kort samengevat, gaat het voor ons om een tevreden patiënt, niet om een tevreden aandeelhouder.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik wil graag de hand reiken aan de PvdA, want wij hebben een Kamermeerderheid die geen winstuitkering in de zorg wil. Ik stel dus voor dat wij een mooie motie gaan voorbereiden, dat wij dit keer niet het CDA aan het langste eind laten trekken en dat wij in de discussie over de winstuitkering de mist die daarover hangt van tafel halen. Geen winstuitkering meer in de zorg, ja of nee?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Soms is de wereld iets complexer dan mevrouw Leijten doet geloven. Dit is onderdeel van een betoog. Als je alleen naar winstuitkering kijkt, ontsnapt een aantal andere zaken aan de aandacht, terwijl het zou moeten gaan om een veel bredere aanpak dan alleen de winstuitkering. Ik heb ook begrepen dat wij met elkaar een wat meer fundamenteel debat willen. Om nu al te komen tot een VAO en moties over wel of geen loondienst en wel of geen winstuitkering, zou ik te kort door de bocht vinden. Dat laat onverlet dat wij niet zien wat een winstuitkering toevoegt aan de zorg. Wij zijn zelfs van het tegendeel overtuigd.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Om toch te bevorderen dat wij aan het langste eind kunnen trekken, heb ik ook nog een vraag op dit punt. Terecht zegt de heer Van der Veen dat het soms iets complexer is dan mevrouw Leijten suggereert. Dat komt in veel debatten voor. De heer Van der Veen kent de zorgsector als geen ander en heeft er waarschijnlijk ook wel oog voor dat er op dit moment al heel veel winstuitkeringen plaatsvinden in de zorg. Wij hebben een thuiszorg waar op allerlei manieren naar het oordeel van de staatssecretaris soms zelfs cowboys aan het werk zijn. Wij zien allerlei ZBC's en bv's rondom ziekenhuizen ontstaan. Er wordt misschien via allerlei mooie loonbetalingen ook wel indirecte winst uitgekeerd. Dat vraagt toch ook om een antwoord van de PvdA-fractie waar de heer Van der Veen zijn ogen niet zomaar voor kan sluiten, nog los van de toekomst.

stige ontwikkeling. Die ontwikkeling is misschien niet te keren, maar wel in goede publieke banen te leiden.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik ben niet van: iedereen rijdt harder dan 100, dus waarom zullen wij op 100 kilometer gaan zitten. Ik heb met opzet gepleit voor een coöperatieve structuur. Ik heb de bewindslieden ook gevraagd om dat uit te werken. Wanneer je – nu zeg ik het heel strak, strakker dan ik het bedoeld had, omdat ik graag het antwoord van de bewindslieden hierop krijg – een coöperatieve structuur bindend stelt in de gezondheidszorg en bijvoorbeeld vastlegt dat zorgverzekeraars alleen met coöperatieve organisaties – dus per definitie niet-winstbeogende organisaties – contracten mogen sluiten, denk ik dat je heel veel kunt veranderen. Ik ken heel goed functionerende coöperatieve organisaties, zoals de Rabobank.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Zou die coöperatieve structuur dan ook bij verticale integratie kunnen gelden?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ja, op één partij na. Laat ik daar helder in zijn. Wij hebben heel duidelijke opvattingen daarover. Wij vinden, gelukkig net als de consumenten, dat je dat niet moet doen met de zorgverzekeraars erbij. Maar een coöperatieve vorm, waarbij bijvoorbeeld patiënten en consumentenorganisaties in de ledenraad zitten, net als plaatselijke overheden, zou ons zeer aanspreken. Bovendien heeft men dan ook echt formeel iets te vertellen zonder allerlei ingewikkelde omwegen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik had zojuist de vraag aan u gesteld of uit uw betoog te concluderen valt dat u de dbc-systematiek maar helemaal wilt afschaffen en of u van het opdelen van de zorg in partjes – de zorgzwaartepakketten – ook helemaal af wilt. Want het is uw kabinet dat hier zit en dat verantwoordelijk is voor de invoering van de grote systeemwijzigingen in de dbc-systematiek en de zorgzwaartepakketten. Uw fractie heeft daar nog geen enkel kritisch woord over laten vallen. Het is uw beleid en nu zegt u hier even en passant in een debatje op een achternamiddag: dan moeten wij er maar vanaf. Wilt u ervan af? Zo ja, hoe gaat u dat dan doen? En hoe serieus moeten wij uw hele betoog eigenlijk nemen? Het was Staf Depla van de PvdA die onlangs pontificaal bij EénVandaag zei dat het aantal bijbanen gemaximeerd moet worden. Daar hoor ik u ook helemaal niet meer over. Hoe zit dat nu?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Gegeven de beperkte spreektijd hebt u mij over meerdere punten niets horen zeggen. Wat de dbc's betreft: soms heb je het idee dat je heel goede dingen zegt en dat mensen daar ook naar luisteren. Uw opmerkingen maken mij weer nederig. Dan denk ik: ik heb het op de een of andere manier toch niet goed gedaan. Ik kan mij herinneren dat wij vorig jaar voor het reces een forse discussie hebben gehad, juist over de dbc's, en dat wij daarover samen met de SP heel forse opmerkingen hebben gemaakt. In nederigheid moet ik erkennen dat dat niet beklijft. Wanneer je bij de dbc's het persoonlijk inkomen niet meer hoeft mee te nemen, kun je het ook anders indelen. Dan kun je het ook grofmaziger doen. Het is toch handig om te weten wat bijvoorbeeld een heupoperatie kost, of een andere ingreep, zonder dat je dat zo in detail hoeft te doen, omdat dat losgekoppeld is van het persoonlijk inkomen. Ik vind het logisch dat je weet wat iets kost in de gezondheidszorg, maar niet in de gedetailleerdheid die nu met de dbc's aan de orde is. Ik zal ervoor zorgen dat ik u nog eens alle teksten toestuur met kritiek op de dbc's. Wat de bijbanen betreft, vind ik het jammer dat u het niet serieus vindt wat ik allemaal zeg, maar ik probeer u toch maar te overtuigen. Ik heb hierover ook in het Philadelphiadebat uitspraken gedaan. Toen prees u mij zelfs nog en zei u dat wij wel heel dicht bij elkaar zaten, ik meen met één

poppetje verschil wat het aantal mensen in de raad van toezicht betreft. Ik heb u toen gezegd – en ik zeg dat nu nog – dat ik het volstrekt onverantwoord vind dat mensen in een raad van toezicht zitten met ik weet niet hoeveel bijbanen uit statusoverwegingen. Daar denk ik dus niet anders over dan tijdens het debat waarin u mij steunde.

Mevrouw **Agema** (PVV): Het gaat hier niet om cabaret. Het gaat er niet om wie hier de meest grappige bijdrage levert. Ik stel een heel serieuze vraag. De dbc-trein rijdt, net als de trein van de zorgzwaartepakketten. Ik heb nog geen concreet voorstel van de PvdA gezien, noch een motie of een ander voorstel in de Kamer waarin u die trein op een ander spoor zet. U kunt kritische noten laten horen tot u een ons weegt, maar als u niets doet, gebeurt er helemaal niets.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Als er al gezegd wordt dat je niet serieus bent, heb je wellicht de neiging om daar vervolgens wat cabaretesk op in te gaan, in de hoop dat het dan wel overkomt. In alle duidelijkheid – u moet zich dat ook nog kunnen herinneren – hebben wij een- en andermaal zeer kritische opmerkingen gemaakt over de dbc-systematiek. Vorig jaar hebben wij een motie van de SP op dat punt ondersteund.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik ga even door op uw opmerking over geen winst in zorg en de coöperatiestructuur. Als dat uw uitgangspunt is, hoe ziet u dan het inbrengen van vrije prijsvorming, het inbrengen van kapitaal-lasten, dus feitelijk het inbrengen van risico's in de zorg? Hoe kunnen zorgaanbieders dergelijke risico's naar uw mening afdekken als zij dat soort mogelijkheden van u niet krijgen?

De heer **Van der Veen** (PvdA): U doelt op het aantrekken van kapitaal. Ik vind overigens dat dit heel snel moet worden geregeld. Ik denk dat het ook op andere manieren dan via aandeelhouders mogelijk is om aan kapitaal te komen. Wanneer er zoveel onzekerheid bestaat in de sector, moet je niet verbaasd zijn dat de banken niet bereid zijn om krediet te verstrekken. Je kunt, zoals de heer De Vries al heeft aangegeven, ook via obligaties gaan werken. Het gaat er mij niet om dat wij altijd tegen winst zijn, maar dat winst het zorgverleningproces kan beïnvloeden. Wanneer de zorgverlener er ook voor moet zorgen dat de aandeelhouderswaarde van een bedrijf omhoog gaat – ik zeg niet dat alle zorgverleners dat doen, maar wij maken dat wel mogelijk – vind ik dat wij niet goed bezig zijn.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik hoorde u in uw opening zeggen dat wij het heel snel moeten regelen toen het ging om het aantrekken van extern kapitaal. Dat betekent dat je rendementsuitkeringen zult moeten doen. Ik breng mijn geld ook niet naar de bank als de rente nul is. Dat geldt ook voor de gemiddelde rendementsuitkering. Dus als u vindt dat er zo snel mogelijk extern kapitaal in de zorg moet worden ingebracht, moet u ook de opening laten dat er rendementsuitkeringen mogelijk zijn.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dan heb ik het niet goed gezegd. Ik ben tegen het aantrekken van extern kapitaal op de manier zoals in de nota wordt omschreven. Ik heb gezegd dat er heel snel duidelijkheid moet komen over de kapitaallasten. Zolang daarover onzekerheid bestaat, is het ook heel lastig om langs reguliere weg bij de banken krediet te krijgen. Laat ik daar helder in zijn.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Mij intrigeerde de systeemvraag die u stelde. U zei: moeten wij blijven uitgaan van hokjes, knipjes of prestaties, of gaan we uit van wat de patiënt nodig heeft? Als je het zo stelt, is het antwoord denk ik voor iedereen helder. Dan ga je van het laatste uit. Het punt daarbij is dat ook de PvdA jarenlang heeft gezegd dat er nu te veel door

het aanbod wordt gestuurd wat de patiënt nodig heeft en dat dit meer door de patiënt zelf moet kunnen worden gestuurd. Daardoor zijn al die hokjes, knipjes en prestaties destijds door u opgetuigd. Betekent dat nu dat u uw geloof in die vorm van vraagsturing verloren bent en dat u eigenlijk terug wilt naar aanbodsturing, of ziet u nog een soort tussen-variant?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voor de statistiek wijs ik erop dat de PvdA tegen de Zorgverzekeringswet heeft gestemd. Wij zijn nooit zo'n groot voorstander geweest van al dat opknippen. Wanneer je vindt dat patiënten keuzevrijheid moeten hebben en moeten kunnen kiezen of deze dokter beter is dan die dokter, zul je moeten meten. Als je dat doet in een mate die past bij dit keuzevraagstuk is het goed, maar wij constateren – vandaar nu ook dit signaal – dat het nu wel heel erg doorschiet. Wij zijn nu zo bezig om het systeem te vervolmaken dat wij uit het oog verliezen wat aanvankelijk de bedoeling was: het systeem transparanter maken. Dat schiet nu door in fragmentatie, in financiële incentives. Het systeem gaat daarmee steeds meer haaks staan op samenwerking die nodig is voor de zorg. Het is ook een vraagstuk van maat. Zitten wij dan tussen vraagsturing en aanbodsturing in? Ik heb in het slot van mijn betoog aangegeven dat absolute vraagsturing niet kan in de zorg, tenzij je heel rijk bent, dan heb je een heel mooi systeem. Maar als je vindt dat iedereen op dezelfde manier zorg moet krijgen, zul je echt niet tot volledige vraagsturing komen. Alleen aanbodsturing is ook niet goed, ook daarvan zijn voorbeelden. De oplossing die je zoekt voor die structuur is ook altijd een beetje situatiebepaald. Ik vind dat de wijze waarop wij nu bezig zijn wat doorschiet en dat in een aantal gevallen wat meer aanbodsturing niet slecht hoeft te zijn.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Dat is een heldere uitspraak en een heldere oproep aan de coalitiegenoten om hierover mee te discussiëren. De grote vraag is dan natuurlijk wel waar je op uit gaat komen en wie uiteindelijk gaat bepalen wat de patiënt nodig heeft. Is dat de overheid, de professional of de patiënt zelf?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Als het om individuele zorg voor de patiënt gaat, bepaalt uiteindelijk de professional in overleg met de patiënt, of bepaalt de patiënt uiteindelijk op advies van de professional. Als het gaat om de verdeling van de zorg en om de vraag hoeveel middelen wij hebben voor hoeveel zorg, vind ik dat een zaak van de overheid, om de twee uitersten te noemen. Daartussenin zit het deel waarover wij het nu hebben van de governance, de maatschappelijke organisaties, de instellingen, die ervoor moeten zorgen dat de zorg op tijd wordt geleverd en dat er geen wachtlijsten zijn. Zij moeten ervoor zorgen dat ook de professionals op peil blijven.

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Waarom was het ook weer allemaal begonnen? Dat was om de patiënt. Gelukkig komt dat woord wel voorbij in de nota, maar niet heel vaak. Dat is een discussie die zich op een heel hoog abstractieniveau afspeelt. Dat is ook wel uit de brief te lezen. Ik moest die brief een paar keer lezen voordat ik dacht door te hebben wat erin stond. De bewindslieden hebben in ieder geval een zeer effectieve poging gedaan om het de lezer moeilijk te maken om te begrijpen wat er staat.

Het gaat hierbij om fundamentele afwegingen. Wij hebben een route ingezet, wat je daar ook van vindt, en of je nu voor marktwerking bent – zoals de SP het noemt, ik ga maar in dezelfde casuïstiek zitten – of voor een compleet overheidsgedreven gezondheidszorg. Wij hebben een route ingezet en de vraag is: ga je nu door of niet? Maar wij zijn het er denk ik over eens dat de situatie waar wij nu in zitten – niet eens in het midden,

denk ik – geen optimale situatie is. Ik heb wel eens gezegd dat wij in een situatie zitten die als het goed gaat kapitalisme is en als het slecht gaat socialisme. Want als een ziekenhuis dreigt om te vallen, springt de politiek erbovenop, komen de miljoenen te voorschijn en wordt het ziekenhuis overeind geholpen. Dan zijn wij de marktwerking even vergeten met ons allen. Wij moeten bekijken hoe we bij dit soort zaken verder gaan. Dat is wat hier voorligt. De VVD heeft de indruk dat er inderdaad besluiten nodig zijn, want wij komen knarsend en piepend tot stilstand volgens mijn «gut feeling».

Wat is er goed? Een betere verhouding tussen medisch specialist en bestuur. Daarop gaan de bewindslieden bij het deel van de governance goed in. Dat is inderdaad dringend noodzakelijk. Die verhoudingen zijn op dit moment niet goed geregeld. De positie van de raad van toezicht sterker funderen is goed. In de beperking van het aantal bijbanen willen wij met het kabinet meegaan, maar wij nemen aan dat als de sector het niet zelf invult het kabinet dan ook stappen zal nemen. Het verleden heeft wel uitgewezen dat je geen goed toezicht kunt neerzetten als je met 30 bijbanen komt binnenwandelen. Het is ook goed dat het kabinet zegt dat een aanbieder failliet kan gaan. Ik kom daar later in mijn betoog nog wel op terug, maar dat is in ieder geval een heldere keuze. De fusie-effectrapportage vinden wij prima, een betere sturing en het versterken van het instrumentarium rond aanmerkelijke marktmacht vinden wij ook goed. Laat ik niet te positief worden. Wij zijn per slot van rekening oppositiepartij. Dan een lijstje van wat volgens ons wel iets beter kan. Laat ik beginnen met de governance. De heer Van der Veen zei ook al dat het kabinet eigenlijk niet ingaat op de verhouding tussen inkomen, beloning en indicatiestelling, de prikkel die het systeem met zich meebrengt om feitelijk vraag te creëren. Wij hebben het gisteren over dotteren gehad. Stel dat een arts de indicatie stelt dat iemand gedotterd moet worden. Stel dat deze arts zelf mag dotteren en dat hij daar financieel voordeel van heeft. Wij kunnen natuurlijk alle geloof in de mensheid hebben, maar er is vast wel eens een arts die voor deze verleiding zwicht. Er zal ook op dit punt een ontvlechting moeten plaatsvinden, want het is gewoon een perverse prikkel.

Datzelfde geldt voor de verhouding tussen bestuur en de zorgprofessional van de maatschappijstructuur zoals we die nu kennen. Ik pleit er niet meteen voor om iedereen in loondienst te nemen, maar ook de VVD ziet dat als er in de huidige opzet een conflict is tussen raad van bestuur en zorgprofessionals, de raad van bestuur per definitie het onderspit delft. Dan is er dus iets niet goed in die structuur. Naar onze mening heeft het kabinet een aanzet gegeven, maar moet ook de structuur zelf nog eens goed worden bekeken.

Daarin speelt ook de numerus fixus een rol, want als je een matige of misschien zelfs een slechte specialist hebt, maar als alternatieven niet echt beschikbaar zijn, zie je toch wat meer door de vingers en modder je eerder maar een beetje door dan wanneer er makkelijker een andere specialist te vinden is. Ook die zaken zal het kabinet fundamenteel moeten meenemen om ook op dit gebied een vorm van marktwerking en concurrentie voor elkaar te krijgen.

Ik kom bij de versterking van de rol van lokale overheden. Ik zie dat geworsteld wordt met de vraag wat we moeten doen. Laten we het los of houden we het vast als overheid? Hebben we er nu vertrouwen in dat instellingen het zelf mogen doen, zelf mogen sturen en besluiten, of reguleren we de hele handel dicht? Wat de VVD betreft, moet je, als je richting concurrentie en marktwerking in de zorg wilt, de zorgondernemer ook laten ondernemen. Die keuze lees ik onvoldoende in de brief. Dan moet je niet regelen dat de hele wereld mag meepraten en meebeslissen. Dan moet je wel regelen dat er goed toezicht is. Lokale overheden in dat soort gremia inbrengen is dus wat ons betreft niet aan de orde. Dat een zorgondernemer als hij slim is het contact met de lokale overheid opzoekt,

moge vanzelf spreken, maar die keuze is aan hem. Dat moeten wij dus niet helemaal dichtreguleren, want dan komt de hele brij aan regels weer te voorschijn.

Wat ik ook mis, is hoe wij omgaan met eerstelijnsketens. Volgens mij is het hele stuk ongeveer geschreven op de tweede lijn. Je ziet steeds meer ketens in de eerste lijn, zoals clusterings van huisartsen. Hoe gaan wij daarmee om? Als er een kringetje huisartsen omdondert, is het probleem voor de patiënt vaak nog heel wat groter en acuter dan wanneer een ziekenhuis in betalingsproblemen komt.

Het earlywarningsysteem zien wij niet zitten. Dat is met name gebaseerd op jaarverslagen. Voordat jaarverslagen in de zorg definitief worden, zijn wij een jaar of drie verder, dus wij kunnen dit beter omdopen in «latewarningsysteem».

Ik kom bij de patiëntenverenigingen. Ik noem de casus MST. De titel van het rapport daarover was inderdaad briljant: «En waar was de patiënt?» Wat ons betreft, gaan de patiënten, in casu de patiëntenverenigingen, een rol spelen bij de visitaties op kwaliteit van zorginstellingen. Dat heeft de commissie in kwestie overigens niet meegenomen. Daarover komen wij nog te spreken, want willen wij de patiënt ook echt centraal stellen, dan moet ook dit soort zaken gebeuren. Studenten draaien ook mee in visitaties van hoger onderwijsinstellingen, dus laten wij de patiënt hierin ook meenemen.

Ik ga verder met de continuïteit. Het moet mij van het hart dat ik op bladzijde 16 lees over cruciale zorg en dat de IJsselmeerziekenhuizen achteraf toch geen systeemziekenhuis meer blijken te zijn, maar dat terzijde. De VVD heeft ook problemen met de controle op de naleving van de fusie-effectrapportage en de rol van de IGZ daarin. Want het kabinet legt taken bij de IGZ die daar volgens ons niet horen. De IGZ moet de kwaliteit van de zorg bewaken en moet dat ook vooral blijven doen. Ik roep het kabinet op om die rolvervuiling eruit te halen, want anders gaan allerlei instanties dubbele dingen doen. Dat brengt mij er overigens bij dat de NZa en de NMa wat ons betreft niet meer twee instellingen worden. Maak, zoals de Energiekamer onderdeel is van de NMa op energiegebied, de NZa de Zorgkamer van de NMa. Hoe wij het ook vormgeven, kom tot één organisatie. Wij hebben belachelijk veel toezichthouders – ik meen acht – in de zorg. De uitdaging is, ook in de governance, om dat aantal terug te brengen. Al die mensen in de zorg worden hier ook horendol van. Op de werkvloer, in besturen, overal moeten allerlei formulieren door iedereen worden ingevuld. Ook dat is een governancevraagstuk waarop het kabinet niet ingaat, maar dat wel tot heel veel werk en frustratie in de zorg leidt. Dus graag hoor ik wat het kabinet op dit punt gaat doen.

Op het gebied van cruciale zorg gaat het ook om de medeverantwoordelijkheid van zorgverzekeraars. Het kabinet schetst de spanning tussen scherp inkopen en het in stand houden van slechte, dure zorg. Het kabinet zegt dat daar spanning tussen kan zitten, want dat men toch niet van een zorgverzekeraar kan verwachten dat hij slechte zorg in stand houdt, alleen maar vanwege de zorgplicht. Dat delen wij, maar daar zit wel een signaleringsfunctie van de zorgverzekeraars. Als zij constateren dat zij in een regio niet op een efficiënte manier aan de zorgplicht kunnen voldoen omdat er maar één ziekenhuis is, dat te duur is in verhouding met anderen of slechte zorg geeft, moeten zij aan de bel trekken. Dan kan de overheid inspringen. Maar dat moet die zorgverzekeraar dan ook wel doen. Hij heeft dan ook wel degelijk een rol in het bijsturen en beter maken van de betreffende zorgaanbieder. Ik wil dit van de bewindslieden graag versterkt terugzien.

De heer Van der Veen wees er al op dat de Consumentenbond duidelijk is over de verticale integratie. Dat is de VVD ook altijd geweest: niet doen. Van het kabinet had ik op dit punt toch iets meer verwacht dan alleen maar naar een commissie verwijzen. Wat vindt het kabinet van de rol van de zorgverzekeraars? De invulling die het kabinet daaraan geeft, is bepa-

lend voor hun rol. Als zij onafhankelijk moeten inkopen, is het heel moeilijk om hen verticaal in het stelsel te laten integreren. Als zij een rol spelen in de machtsverhouding, de driehoek die wij hebben geschetst van patiënt, zorgverzekeraar en zorgaanbieder, als de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder bij elkaar zitten, is de patiënt degene die alleen achterblijft, terwijl het hele zorgstelsel toch is opgezet om de positie van de patiënt te versterken. Als het kabinet dat soort vragen niet beantwoordt, hebben wij volgens mij een fundamenteel probleem. Wat gaat het kabinet hiermee doen? Volgens het kabinet is integratie soms nodig om doorbraken te realiseren, maar die kunnen ook wel zonder de zorgverzekeraar als mede-eigenaar. Dat zij meefinancieren is helemaal goed, maar waarom moeten zij mede-eigenaar zijn? Het kabinet zegt ook dat zorgverzekeraars zich bij voldoende concurrentie geen eigen bedrijf eerst-strategie kunnen veroorloven. Gezien de geografische spreiding en het aantal zorgverzekeraars is het de vraag of die voldoende concurrentie er wel is.

Ten slotte het kapitaal en de kernvraag. Als wij er niet voor zorgen dat extern kapitaal in de zorg op een goede manier kan worden ingebracht, kunnen wij niet doorgaan met het vergroten van de risico's van zorgaanbieders. Als een ziekenhuis de kapitaallasten, de cashflow van de dbc's en al die zaken, moet gaan financieren en afhankelijk is van een bank die vanwege de risico's de rente verhoogt, kunnen wij niet verwachten dat men dat maar blijft doen zonder dat wij de gelegenheid bieden om extern kapitaal binnen te halen. Daarbij horen rendementsuitkeringen. Als je een rendementsuitkering – of een resultaatafhankelijke vergoeding op kapitaal – neerlegt waarbij je, zoals dit kabinet doet, zegt: u krijgt geen invloed, dan is mijn inschatting dat je geen kapitaal genereert. Daarmee zet je het systeem op slot. Als je dat doet, is dat een keuze, niet de mijne, maar dan moet je ook de consequentie in de andere richting trekken. Dat zie ik niet in het stuk. Dus als het kabinet een keuze maakt, prima, maar trek die dan ook door. Zet nu de vervolgstappen, want het stelsel gaat op deze manier geheel op slot.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Vandaag bespreken wij het managementevangelie, zoals professor Smalhout het noemde bij onze hoorzitting over goed bestuur in de zorg. Deze brief vol jargon van Klink en Bussemaker, die niemand op de werkvloed nog begrijpt, is gemaakt naar aanleiding van zoals zij het noemen «incidenten». Wij kennen allemaal de voorbeelden van de IJsselmeerziekenhuizen, Meavita, Philadelphia en vele anderen. Zij staan ons helder op het netvlies. Deze incidenten hebben de premiebetaler, ons allemaal, miljoenen gekost. Bij Meavita ging het om 48 mln. Wij weten niet hoe het daarmee staat, maar willen wij die zorg nog garanderen, dan is het in ieder geval het dubbele van wat Meavita nodig had toen zij bijna failliet ging.

Deze incidenten zijn een rechtstreeks gevolg van de terugtrekkende overheid, een overheid die bevoegdheden heeft gedecentraliseerd, toezicht op afstand heeft gezet en concurrentie heeft opgelegd. Omzet draaien werd het credo, vrijelijk besturen werd ongelimiteerd toegestaan. Een incidentenbrief? Volgens mij niet. Maar wel incidenten die volledig gelegitimeerd waren door de politieke keuzes.

Dat waren politieke keuzes van opeenvolgende kabinetten van CDA, VVD, PvdA en D66. Als je markt zaait, zul je chaos oogsten. Concurrentie zou de wachtlijsten oplossen. Alles zou efficiënter worden, de zorg zou betaalbaar blijven. Maar de SP-fractie ziet enkel chaos. Die zagen de mensen die naar alle hoorzittingen over goed bestuur kwamen ook. Wie is er nu nog verantwoordelijk? Niemand wist het meer.

Wie markt zaait, oogst fusies. Duurbeloonde bestuurders, want ja, we dragen risico, we kunnen wel eens in de krant komen, dus we moeten wel verdienen. Maar je zaait ook instellingen die rapporten verdoezelen die mogelijk concurrentienadelig zijn voor de instelling. Dat hebben wij gezien bij de IJsselmeerziekenhuizen.

De wachtlijsten zijn helemaal niet opgelost. En de prijs? Het is allemaal helemaal niet goedkoper. Het is dan ook niet voor niets dat de minister nu aan het inhouden is bij de verdere invoering van de marktwerking, maar nu de staatssecretaris nog. Ik schreef net nog een inbreng van de SP-fractie over de thuiszorg, al een vrije markt. De staatssecretaris zegt in de krant naar aanleiding van deze brief dat zij de cowboys in de zorg gaat aanpakken, maar zij vindt het prima dat er in de thuiszorg aanbieders zijn die werken met Poolse dames en die via deze Poolse dames zorg verlenen, van wie niemand nog de taal spreekt.

De heer **Zijlstra** (VVD): Mevrouw Leijten noemt allerlei misstanden, die allemaal aan de marktwerking te wijten zijn. Maar een van de misstanden die wij vorige week voorbij hebben zien komen, in Twente, speelde in een periode dat het woord «marktwerking» nog niet eens bestond in de zorg. Dus hoe kunt u hardmaken dat al die misstanden – volgens u enorm veel, volgens mij valt dat nog wel mee – door de marktwerking komen?

Mevrouw **Leijten** (SP): Volgens mij luistert de heer Zijlstra niet goed. De marktwerking had een aantal beloften. Door de concurrentie zouden de wachtlijsten oplossen. Zij zijn niet opgelost. Als u gewoon op kiesbeter.nl kijkt, kunt u precies zien hoe lang u op een wachtlijst staat voor welke operatie. Dat is een stuk korter dan vroeger, maar de wachtlijsten zijn niet opgelost. De zorg is niet goedkoper geworden. Om slecht toezicht te voorkomen, moet je toezicht niet op afstand zetten als je marktwerking introduceert, maar moet je toezicht versterken. Dat is helaas niet gebeurd. Juist wat in Enschede is gebeurd, vraagt om versterking van het toezicht. Ik ga ervan uit dat als wij daarvoor voorstellen doen in de Kamer, wij de VVD aan onze zijde vinden. Dat was in het verleden helaas niet zo.

De heer **Zijlstra** (VVD): Dan begrijp ik uw verhaal. Dat is dan een stuk genuanceerder. Feitelijk zegt u dat er allerlei beloften zijn gedaan die niet helemaal zijn uitgekomen. De wachtlijsten zijn wel korter geworden maar niet opgelost. Ik heb ook gezegd dat wij nog niet bij het ijkpunt zijn. Maar ik begrijp dat als we zijn aangekomen bij al die zaken waarheen wij nu op weg zijn, u voor de marktwerking bent. Want dan zijn die wachtlijsten weg en is het toezicht beter geworden. Dus eigenlijk bent u helemaal niet zo negatief.

Mevrouw **Leijten** (SP): U maakt het mij nu heel makkelijk, want u interrumpeert mij al na twee alinea's. Ik heb nog een heel betoog. Daarin zal het antwoord wel komen. Wij zien niets in de route van marktwerking en vreemd kapitaal in de zorg. Dat komt doordat onze visie op de zorg is dat die van ons allemaal is, zonder tweedeling. En dat er voordelen aan zullen zijn dat er meer mensen kunnen toetreden zie ik best in. Maar of dat dan vrije toetreding moet zijn? De SP is van mening dat er vooraf wel waarborgen gesteld moeten worden. Wij moeten niet als het kalf verdrinken is de put dempen. Dat is wel gebeurd bij de IJsselmeerziekenhuizen, Meavita of bij een systeem waarin zorgbestuurders blijkbaar gewoon kastelen konden aankopen van AWBZ-geld. Dat is politiek gelegitimeerd. Dat kon allemaal. Het waren geen criminele daden, want was dat het geval geweest, dan hadden wij niet nu de aanscherping hoeven hebben van deze bewindslieden dat bestuurders aansprakelijk worden gesteld. Dan zouden wij dat hebben geregeld. Vooral ook de VVD heeft politiek gelegitimeerd dat dit allemaal kon gebeuren.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik wil de marktwerking niet verheerlijken, maar als ik stel dat dankzij de marktwerking dingen naar boven zijn gekomen die wij nu bespreken maar die in het vorige stelsel konden voortbestaan en dooretteren – ik denk aan de Twentse neuroloog en aan IJsselmeerziekenhuizen – is het dan niet een

voordeel van marktwerking dat verantwoordelijkheden beter naar boven komen? Is het dan niet een voordeel dat wij flink met onze neus op de feiten worden gedrukt? Kennelijk zit het niet alleen in een bepaalde structuur, maar heeft het ook alles te maken met een cultuur. Je moet echt goed nadenken hoe je dat kunt faciliteren, zodat mensen zelf weer verantwoordelijkheid nemen, in plaats van te zeggen dat het door de marktwerking komt en dat de overheid alles weer moet terugnemen.

Mevrouw **Leijten** (SP): De IJsselmeerziekenhuizen hadden een rapport over de slechte luchtkwaliteit op de operatiekamers al in april, maar dat heeft men gewoon in een la gelegd. Het was namelijk een beetje nadelig voor de concurrentiepositie. De inspectie heeft niet goed toegezien in Enschede en eigenlijk ook niet bij de IJsselmeerziekenhuizen. Dus dat is een inspectievraagstuk. Ik zeg dat je met concurrentie ook organiseert dat er belangen zijn om bepaalde dingen onder de pet te houden. Daar kunt u niet zo gemakkelijk overheen stappen, want dat zien wij heel veel.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Dat is nu net wat ik wil doen: niet makkelijk over dingen heenstappen. Ik heb het niet over wat er in april is gebeurd of over vorig jaar, maar over tien jaar geleden. Ik heb het over dingen die toen al speelden, en nu eindelijk naar boven zijn gekomen. De discussie over marktwerking is er. Wij kunnen een discussie hebben over bekostiging, maar uiteindelijk gaat het erom hoe wij verantwoordelijkheden verdelen. Het is erg makkelijk om de zwartepiet bij de marktwerking te leggen. Dat is ook behoorlijk anoniem.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik kom er nog op hoe wij de verantwoordelijkheden willen organiseren. Wij constateren dat de politiek van de afgelopen 20, 25 jaar marktwerking heeft geïntroduceerd en dat wij nu oogsten wat wij nu aantreffen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Nu de marktwerking 25 jaar geleden al begonnen is, hoef ik mijn vraag niet meer te stellen, want die had betrekking op een wat korter achter ons liggende periode. Ik ben uitermate benieuwd naar het vervolg van uw betoog.

Mevrouw **Leijten** (SP): De SP stelt vast dat de incidenten waarover dit kabinet spreekt eigenlijk geen incidenten zijn, maar gelegitimeerde misstanden.

Waar de SP-fractie erg van schrok in de brief is dat niet de conclusie wordt getrokken dat wij van het betreden neoliberale pad afstappen. Nee, wij gaan erop door. Zorgen voor mensen wordt voortaan een maatschappelijke onderneming, en de PvdA kan dan wel zeggen dat zij de winstuitkeringen heeft gestopt of wil stoppen, het tegendeel is waar. Want een onderneming heeft namelijk, anders dan een stichting, eigenaren. Als zij rendement willen zien, zeker ook als er vreemd kapitaal wordt aange trokken, is de winstuitkering hiermee een feit. Mijn collega van de VVD heeft dat overigens ook heel goed door.

De stelling van de SP is dan ook dat als je marktwerking wilt, je er perverse praktijken bij krijgt. Ook mevrouw Wiegman erkent dat, die het ook had over perverse prikkels in dit systeem. Als je de zorg loslaat en als je wilt dat zorginstellingen en zorgverzekeraars het zelf uitzoeken, dan moet je er wel een enorm controleapparaat op loslaten. Laat dat nu iets zijn waar wij allemaal onder zuchten, de enorme bureaucratie. Als je er ten minste op wilt toezien dat publiek geld – want daar gaat het nog altijd om – niet over de balk wordt gesmeten om kastelen te kopen.

Het is heel duidelijk te zien hoe de discussie verloopt wanneer er kapitaal-lasten worden geliberaliseerd. Ziekenhuizen wilden af van het keurslijf van het College bouw zorginstellingen, maar zijn nu afhankelijk van banken. Ik heb hier toevallig de eisen die worden gesteld aan Orbis door onze gena-

tionaliseerde bank. Dat is net zo'n evangelie als zij kregen van het College bouw zorginstellingen. Zijn de ziekenhuizen daar nu mee opgeschoten? Nee, want de eisen worden nu gesteld door een private instelling. Eerder stelden wij de eisen. Hier gaat een bank bepalen wat de invulling zal zijn van de zorg. Die discussie zullen we volgend jaar ook gaan zien in de gehandicapten- en de ouderenzorg. Want ook daar gaan wij de kapitaal-lasten liberaliseren. Waarom zouden wij dan nog een nieuwe instelling bouwen voor patiënten met een laag en onrendabel zorgzwaartepakket? Professor Goodijk beaamde vorige week in de hoorzitting dat met de liberalisering van de kapitaallasten de noodzaak van vreemd vermogen vergroot wordt en dat we daarmee midden in de discussie over winst-uitkeringen komen. Dus we kunnen wel doen alsof we dat niet willen, we organiseren die winstuitkeringen. Ik wil graag steun van de PvdA in verdere debatten als het gaat over deze liberalisering van de kapitaal-lasten, want daarmee kunnen wij die winstuitkering echt buiten de deur houden.

Dan kunnen wij het hebben over toezicht, dat wil het CDA ook heel graag, maar wie betaalt, bepaalt. Dus wij kunnen nog zulke goede toezichthouders hebben, met maar vijf nevenfuncties, die betrokken zijn en lokaal geworteld zijn, als de bank zegt dat een instelling niet kan bouwen, dan kan een toezichthouder ook niets.

Het grote probleem is dat dit kabinet de zorg als een economisch product benadert en daarmee onze zorg op de Europese interne markt gooit. Dit wordt louter versterkt door nu te gaan spreken over de maatschappelijke onderneming. Hiermee maakt vooral het CDA een duidelijke keuze voor nog meer afstand. Ook hierbij is toezicht dan van minder belang, want kapitaal gaat prevaleren.

De cruciale vraag die voorligt, wordt niet beantwoord in deze brief. Welke zeggenschap hebben de overheid, landelijk of lokaal, en de burger over de zorginstellingen? Van wie is onze zorg eigenlijk? Is die van de mensen die zorg nodig hebben, is die van de mensen die het werk doen, is die van bestuurders en financiers, of is die gewoon van ons allemaal en hunkeren wij dus eigenlijk naar een publiek systeem? De grote kloof tussen werkvloer en bestuurders is een feit. De fusies maken dat bestuurders niet meer de mores hebben dat zij de taal spreken van de vloer. Ik vind het storend dat in deze brief niets staat over de mensen die het werk doen. Zelfs als zij meldingen doen bij de inspectie, zegt die niets te kunnen doen, want het gaat hier om een incident. Op die manier kunnen wij toezicht houden, toezicht houden en toezicht houden, maar als wij niet luisteren naar wat er speelt op de vloer, zullen voorbeelden zoals in Enschede blijven bestaan.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik wil toch even terug naar het eigenaarschap. U weet dat dat ons erg bezighoudt. Ik heb ook het voorstel gedaan om te bekijken of een coöperatieve structuur een mogelijkheid zou zijn. U zegt dat dit publiek geregeld zou moeten worden. Hoe moet ik mij dat voorstellen? Zou dat betekenen dat instellingen overheidsinstellingen gaan worden? Dan heb je namelijk de meest nadrukkelijke overheidssturing op de instellingen. Is dat wat u wilt?

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat is niet eens nodig. Wij gaan uit van zorginstellingen die een erkenning hebben. Wij toetsen vooraf of zij goede zorg verlenen en of zij aan de eisen voldoen ten aanzien van het personeel. Deze zorginstellingen kunnen ook privé-initiatieven zijn. Maar dan kunnen wij daaraan wel de eis stellen dat het stichtingen zijn. Wanneer zij geld overhouden, vloeit dat terug in de onderneming. De overheid kan wel de panden en het gebruik daarvan faciliteren. Je kunt er heel goed over nadenken hoe je dat publiek organiseert. Daarmee hoeft je dus niet het initiatief van mensen die iets willen in de zorg te temperen. Maar je zegt wel vooraf dat je duidelijke voorwaarden hebt, die je toetst. Wanneer

je met publiek geld zorg verleent, mag daar geen winstoogmerk in zitten, dus gaan wij het via stichtingen of verenigingen organiseren.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dan begrijp ik het eigenaarschap niet goed. Als het een juridische rechtspersoon is die geen winst mag maken, bijvoorbeeld een stichting of een coöperatie, vindt u dat het dan goed geregeld is? Is daarmee dan het eigenaarschap geregeld?

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik begrijp uw vraag niet goed. Waar wilt u dan naartoe?

De heer **Van der Veen** (PvdA): U zegt terecht dat het eigenaarschap het probleem is. Van wie is bijvoorbeeld een instelling? Vervolgens zegt u: het is van ons, het is publiek bezit. In welke juridische constructie moet ik dat dan zien? Dan zijn er verschillende mogelijkheden. Wij gaan alles nationaliseren. Dan heb je een heel duidelijke overheidsinvloed, los van de vraag of dat verstandig is of niet. Ofwel u houdt het privaat, en dat blijkt u nu te doen. Het kan een stichtingsvorm zijn of een coöperatieve vorm, als het maar geen winst maakt. Wat is dan het bijzondere daarvan?

Mevrouw **Leijten** (SP): Het bijzondere daarvan is dat wij nu in een discussie zitten door bijvoorbeeld de liberalisering van de kapitaallasten, maar ook door de ingebouwde mechanismen in de zorgzwaartepakketten en de dbc's, in de private zorgverzekeraars die wij hebben georganiseerd. Daarbij gaat het meer om omzet en om winstmaximalisatie. Dus al heel lang hangt boven de zorg de vraag wanneer die winstuitkeringen komen, die oud-minister Hoogervorst allang had beloofd. Wij zeggen dat wij die weg niet op willen. Deze brief is er niet voor niets. De vraag is van wie de zorg is en ons antwoord is dat die van ons allemaal is omdat wij de zorg publiek betalen. Je hoeft controle niet per definitie via indicaties te organiseren, dat kun je ook achteraf doen. U kent ons standpunt daarin. Maar dat hoeft niet te betekenen dat wij nationaliseren. Dat trekt u altijd in het ridicule. Wij willen alleen de hele discussie over de winstuitkering stoppen. Laten wij dat gewoon niet doen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): De zorgverzekeraars zijn allemaal onderlinge waarborgmaatschappijen, zeg maar coöperaties. Zij mogen geen winst maken. Dat is de structuur die u voor ogen heeft, de structuur zoals de zorgverzekeraars die op dit moment kennen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Zorgverzekeraars mogen uiteindelijk wel winst maken. Er staat niet in de wet dat zij geen winst mogen maken. Het is hun gekozen vorm op dit moment niet, maar dat kunnen zij morgen veranderen. Wij kiezen niet voor die vorm. Daarin zijn wij altijd heel helder geweest.

Van wie is de zorg op het moment dat de hele bevolking van Walcheren ervoor is dat er een volwaardig ziekenhuis, met acute zorg en verloskunde, behouden blijft, de hele Tweede Kamer daarvoor is, maar de minister toch niets regelt?

Van wie is de zorg wanneer 110 huisartsen uit de regio Schiedam en Vlaardingen protesteren tegen het laten vallen van het Vlietland Ziekenhuis? Een ziekenhuis dat door overheidsbeleid in de problemen komt en nu zomaar in de kou staat, terwijl 200 000 mensen vertrouwen op de zorg in dat ziekenhuis. Een ziekenhuis dat geworteld is in huisartsenzorg, thuiszorg en verpleeghuizen. U kunt wel zeggen dat deze mensen dan maar naar Rotterdam of Delft kunnen gaan als ze ziek zijn, maar u breekt hier de samenhang en de samenwerking in de zorg af, vanuit economisch perspectief. Wat de SP betreft, blijft het Vlietland Ziekenhuis dan ook gewoon behouden voor goede zorg. En een fatsoenlijke minister zegt niet eerst in een Kamerdebat iets toe en draait daarna om in een brief.

Van wie de zorg is, is ook de vraag van patiënten en medewerkers op het moment dat het gaat om gigantische fusies, aangejaagd door bekostigingssystemen. Nu komt er een toets of een inhoudelijke beoordeling van de inspectie. Dat is op zichzelf in orde, maar waarom gaan wij niet verder? Als er bij woningcorporaties wordt gefuseerd, moet de minister ja of nee zeggen. Ik zou graag willen dat de minister dat bij fusies in de zorg ook doet. Minister, gaat u maar eens beoordelen of de fusie gewenst is. Tijdens de hoorzitting van vorige week werd onder goed bestuur verstaan: simpelweg de taal spreken, met bezieling een instelling leiden, goede mores hebben. Maar concurrentie werkt andere mechanismen in de hand. Die concurrentie is iets waar juist het personeel zo graag vanaf wil. Personeel wil graag samenwerken, maar dan zegt het bestuur vervolgens: niet doen, want de NMa komt langs en straft ons af. Wij zitten hier in een georganiseerde spagaat door de geïntroduceerde concurrentie en marktwerking.

De stelling van de SP is altijd helder geweest: de zorg is geen markt maar is van ons allemaal, dus niet van een aantal mensen die bepalen hoe wij met premies en belastinggelden omgaan. Dat beslissen wij via het democratisch bestel. Wij willen niet dat geld wordt verspild in onnodige bureaucratie, die nu eenmaal nodig is in een op afstand gezette markt, in fusietrajecten die eigenlijk niemand wil, in bestuurderssalaries, waarvan iedereen vindt dat zij veel te hoog zijn. Wij zijn er zeker niet voor dat onze premiegelden wegvloeien in private zakken. Toezichtdiscussies zijn hiervan een afgeleide. Als wij het hebben over vertrouwen, moeten wij het hebben over de mensen die de fout ingaan. Ik vrees dat het debat van vandaag zich zal kenmerken door: wij dronken een glas, wij deden een plas en alles bleef zoals het was. Want de samenleving schreeuwt niet om dit managementevangelie, maar wil onze zorg behouden, dicht in de buurt. Maar dit kabinet trekt zijn handen daar steeds verder vanaf. Ik vraag mij dan ook oprecht af of ik vandaag nog wel spreek met de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, of misschien met de minister en de staatssecretaris van het op afstand zetten en het niet de verantwoordelijkheid nemen in de zorg.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. De burgers van dit land, wij mensen, moeten erop kunnen vertrouwen dat de best mogelijke zorg beschikbaar is. Het gaat om bereikbaarheid, toegankelijkheid enzovoorts. De systeemverantwoordelijkheid van deze minister voor het stelsel van zorg steunt op en ligt verankerd in de Grondwet en in de wetten die daaruit zijn voortgevloeid.

Van huis uit, of vanouds, is het particulier initiatief helder en nogal significant vertegenwoordigd geweest in het zorgveld, in de historische ontwikkeling. Dat heeft ons gebracht tot een zeer hoogwaardig zorgstelsel. Ook in een internationale vergelijking scoren wij doorgaans heel goed. Alleen is in de loop der tijden wel geconstateerd dat de openeinde-financiering voor diverse percelen binnen die zorg tot problemen leidt. Vanaf de jaren tachtig van de vorige eeuw is de discussie eigenlijk niet meer uit de lucht over het beheersbaar maken van de inspanningen op het punt van de zorg. Ik heb er zoals u weet een stukje van meegemaakt. Dat kan ik niet buiten haken plaatsen in het debat dat wij nu voeren, want het heeft er gewoon mee te maken.

Toen was het beleidsmatige antwoord dat wij er niet omheen kunnen om marktconformiteit, marktprikkels, in het systeem in te bouwen, om de zaak scherp te krijgen, en dat wij de zaak ook nog gaan budgetteren. Die situatie heeft nu de schaduwkanten blootgelegd. Daarmee hebben wij de achterliggende jaren nogal wat van doen gehad. Per debat – wij herinneren ons allemaal de voorbeelden die al zijn genoemd – hebben wij gezegd dat het hoog tijd wordt dat er een beleidsbrief over good governance komt. Die is er ook gekomen, waarvoor dank.

Die beeldvorming is wel eens wat doorgeslagen naar de negatieve kant. Ik begrijp dat gezien de incidenten, maar wij moeten het oog wel gericht houden op al die zorginstellingen die kwalitatief goede zorg leveren op een innovatieve en verantwoorde wijze. Maar de goeden lijden natuurlijk onder de kwaden. In het voorkomen van mismanagement en wat dies meer zij kunnen wij natuurlijk niet berusten.

Daarom is het goed dat er nu voorstellen worden gedaan om in de richting te sturen van goed bestuur, om daarmee de kwaliteit van de geleverde zorg beter te kunnen garanderen. In de brieven komen wat mij betreft waardevolle beleidsvoorstellen tot uitdrukking. Ik spreek de wens uit dat we daarmee mankerend bestuur in de zorgsector waar dat voorkomt kunnen voorkomen, dat wij het goede bestuur kunnen versterken en dat de kwaliteit van de geleverde zorg nog beter wordt.

Tussen de begrippen ruimte en rekenschap zit natuurlijk spanning. Rekenschap vraagt om verantwoording, administratie en regelgeving, terwijl ruimte eigenlijk zou vooronderstellen dat je daar zo weinig mogelijk van hebt. Daartussen zit een spanning, ook in de brief. Daarom val ik collega De Vries bij, die in deze context als eerste aan de orde stelde hoe het eigenlijk zit met de balans van de regeldruk op dit dossier. Waar zitten de verzwaren op dat punt, maar zijn er ook verlichtingen aanwijsbaar? Waar worden de lasten op dit terrein nu gereduceerd?

Dan de verticale integratie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Ook mijn fractie is daar nog beducht op. De regering stelt, net als de commissie, dat verticale integratie niet verboden kan worden en dat een verbod ook niet nodig is voor het waarborgen van de publieke zorgbelangen. Maar de keuzevrijheid van consumenten komt toch wel heel gemakkelijk in het geding, zo blijf ik vinden. Toegegeven, de verzekeraars hebben niet de wettelijke mogelijkheid om hun verzekerden te verbieden naar een andere aanbieder te gaan, maar de zorgverzekeraar kan het kiezen voor een andere aanbieder in de praktijk wel heel onaantrekkelijk maken. Ik heb de verhouding verzekeraar-aanbieder en cliëntenvertegenwoordiging eerder spelenderwijs «de trias politica van de zorg» genoemd. Dat moet wat ons betreft niet een duas politica worden, om die woordspeling maar even vol te houden. Een duas politica die, als zij vorm zou krijgen, heel gemakkelijk zou leiden tot ongelijke machtsverhoudingen. Ons gaat het erom die niet te introduceren.

Wat het versterken van het bestuur betreft, wij vinden het een overwegenswaardig voorstel om één lid van het bestuur primair verantwoordelijk te maken voor de kwaliteit van de zorginstelling. Mijn fractie vindt het met de regering ook wenselijk dat zorgprofessionals meer verantwoording moeten afleggen aan de raad van bestuur. Daarmee kunnen veel fouten worden voorkomen, maar daarnaast vindt mijn fractie het ook belangrijk om de medische professionals in de organisatie te betrekken bij de bedrijfsvoering, c.q. het management. Het moet niet zo zijn dat de dokters alleen maar ruimte, faciliteiten en personeel inhuren en verder geen verantwoordelijkheid dragen, nemen of willen nemen voor de totale bedrijfsvoering. Het is toch één organisatie die strak op elkaar moet zijn ingewerkt en ingespeeld? Graag een reactie op dit punt.

Ook over de verbetering van de maatschappelijke inbedding worden opmerkingen gemaakt. De versterking van de cliëntenraden is op zichzelf natuurlijk prima, maar in de praktijk komen wij toch signalen tegen dat de cliëntenraden wel te organiseren vallen op papier maar in de praktijk heel sterk samenhangen met de personele bezetting. Dat valt hier en daar dan nog wel een tandje tegen. Van een zwakke cliëntenraad heeft het bestuur in het algemeen weinig profijt. Anderzijds moet ook worden gewaakt voor het doorschieten van de professionalisering, want dan krijg je het risico dat de medezeggenschap op de stoel van het bestuur gaat zitten. Dat lijkt ook niet altijd constructief. Mijn fractie schat in dat het voorgestelde enquêterecht een prima balans oplevert.

De rolverdeling en de verantwoordelijkheid zijn volgens mijn fractie de kern van het debat van vandaag. Als er een ding tijdens de hoorzitting van vorige week duidelijk werd, is het wel de verwarring die er is rond de verantwoordelijkheidsverdeling. Er werd veel wegduikgedrag geconstateerd, omdat er een sfeer ontstaan is van: iedereen is verantwoordelijk, dus niemand voelt zich verantwoordelijk. Dingen die zouden moeten gebeuren, gebeuren daardoor niet altijd. De bevoegdheden zijn kennelijk niet goed en transparant genoeg geregeld. Een concreet knelpunt hierbij is de rolverwarring tussen zorgverzekeraars en het ministerie van VWS. Dat moet verhelderd worden. Gelukkig hebben diverse collega's daarnaar gevraagd.

Wat de nevenfuncties van bestuurders en toezichthouders betreft, kan het maar moeilijk zo zijn dat de toewijding van duizendpoten die heel veel aankunnen en heel veel bestuurlijke verantwoordelijkheid dragen bij de opstapeling van functies altijd op het niveau blijft dat gevegd wordt door de organisatie waarop toezicht wordt gehouden, laat staan die wordt bestuurd. Daarom is mijn fractie er sterk voor dat het veld tot zelfregulering komt en daarover een code bepaalt, dat een stempeltje moet krijgen van de minister. Dat is wat mijn fractie betreft niet vrijblijvend. Een andere zaak is natuurlijk waar dan de bodem moet worden gelegd, of het plafond ligt bij drie of vijf nevenfuncties. Daarover valt na te denken. Daarover heb ik geen sterke gevoelens, maar situaties die wij nu soms zien, kunnen niet zo blijven.

Ik begrijp dat versterking van de positie van lokale overheden nodig is en dat er geen voordrachtsrecht mag zijn voor een toezichthoudend orgaan. Natuurlijk is er afstemming en overleg tussen lokale overheden en instellingen nodig. Maar hoe wordt vervolgens omgegaan met het vraagstuk of een burgerlijke gemeente wel of niet investeert in een ziekenhuis? Zie bijvoorbeeld Lelystad en ten dele Schiedam. Moeten hieraan geen grenzen gesteld worden, vraag ik de minister, zeker ook vanuit het oogpunt om een gelijke positie te creëren voor ziekenhuizen? De spankracht van de ene gemeente is nu eenmaal niet die van de andere. Dat weten wij uit het openbaar bestuur.

Mijn fractie vindt het goed dat er meer aandacht komt voor versterking en professionalisering van het interne toezicht. Instellingen moeten ervoor oppassen dat zij niet losgezongen raken van hun maatschappelijke omgeving, inclusief de medezeggenschapsorganen die er functioneren. Stimuleer dat instellingen de Zorgbrede Governance Code naleven en spreek hen erop aan dat zij dit in hun documenten ook verantwoorden. De voorstellen voor versterking van de onafhankelijkheid van het toezicht sluiten aan bij wat de meeste organisaties in de praktijk al gewend zijn. Om de bestaande praktijk in de Wet cliëntenrechten zorg te verankeren kan natuurlijk geen kwaad. Maar welk netto effect verwacht de regering hier concreet mee te bereiken? Het zal uiteindelijk toch ook moeten gaan om een verduidelijking van de domeinafbakening tussen raad van toezicht en bestuur.

De Zeeuwse ziekenhuizen staan ook op de agenda. Ik dank de minister voor zijn brief van 25 augustus jl. maar stel met treurnis vast dat de door mij ingediende en door de Kamer breed gesteunde motie over het behoud van een volwaardig ziekenhuis op Walcheren niet lijkt te worden uitgevoerd. Daarover wil ik de minister toch wel om verantwoording vragen. Per 1 september zou er een business case liggen, die de grondslag vormt voor de fusieplannen. Heeft de minister die intussen en kan hij die naar de Kamer sturen? Ik begrijp dat er op Walcheren faciliteiten komen voor spoedeisende hulp en level 1 van de intensive care, maar als daar de laboratoria, de diagnostiekafdelingen en een operatiekamercomplex niet bij horen, heb je dan een ziekenhuis, of is het alleen maar een behandelcentrum, in vakjargon een ZBC? Graag krijg ik hierop een reactie. In Walcheren is het net andersom: er komt een spoedeisende hulpafdeling en een IC-afdeling, maar de opnamen voor de basisspecialismen moeten

juist plaatsvinden in Goes, als ik de brief goed lees. Wat moet ik mij voor invulling voorstellen bij de twee genoemde functies tegen het licht van de Kameruitspraak?

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Voorzitter. Wij kijken al een klein jaar uit naar dit debat. Het zal in september of oktober vorig jaar geweest zijn dat wij voor het eerst vooruitwezen naar deze brief. Vervolgens zijn er tientallen debatten geweest waarin steeds vooruit werd gewezen naar oplossingen voor problemen die in deze brief aan de orde worden gesteld. Bij een zo lange termijn en bij zoveel verwachtingen kan het bijna niet anders dan een anticlimax zijn. Dat is deze brief ook voor mijn fractie. Ondanks de 41 pagina's die de brief telt, blijft er nog heel veel in open en wordt er nog meer vooruitgeschoven naar brieven waarvoor wij nog geen nadere planning hebben. Dat vind ik teleurstellend.

Laat ik vooraf zeggen dat mijn fractie hoopt dat wij dit debat ook verder fundamenteel kunnen voeren en het ook dit jaar gaan afmaken. Alles wat in deze brief wordt aangekondigd aan onderzoeken die nog moeten volgen, willen wij nog dit jaar tegemoet zien. In algemene zin wil ik daarop ook een reactie van de bewindslieden.

Een algemene opmerking is dat het opvalt dat er een grote kloof zit tussen de analyse vanuit het veld van de problemen waarmee zorgwerkers en zorgbestuurders te maken hebben en de analyse die het kabinet maakt. Van de zorgwerkers en de zorgbestuurders horen wij al jaren dat zij te weinig ruimte ervaren om aan hun echte werk toe te komen. Dat komt volgens hen voor een groot deel door bureaucratie en door een onheldere toekomstvisie van het kabinet. Als je de brief leest, zegt het kabinet eigenlijk dat er genoeg ruimte is, maar dat het wil dat er meer wordt verantwoord. Dus eigenlijk zegt het kabinet: wij willen dat er nog meer verantwoording en bureaucratie komt. Ik kan me dan ook voorstellen – dat zien wij ook aan de reacties van het veld – dat er veel argwaan en veel angst is dat dit de bestaande problemen zal versterken, zonder dat op de onderliggende vraag of wij nu wel een goed en stuurbaar systeem een nieuwe visie komt. Dat gebrek aan visie wijd ik toch echt aan een patstelling die ik in deze brief ook zie, die volgens mij tussen de coalitiepartners is ontstaan.

Wij horen ook in het debat van vandaag dat het CDA heel graag verder wil op de ingeslagen weg, met meer concurrentie in de zorg en met ruimte voor meer prestatiebekostiging en winstuitkering, terwijl de PvdA-fractie langzaam zegt: wij haken hier af en gaan een ander pad in. Dat laatste geluid stemt mijn fractie vrolijk, want wij hebben iedere keer gezegd dat wij de marsroute naar prestatiebekostiging en winstuitkering kritisch bezien. Wij willen iedere keer pragmatisch bekijken of dat levert wat het zou moeten leveren. Wij vinden dat het in termen van kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid tot nu toe veel te weinig levert en hebben daar dus ook grote bedenkingen bij.

Wij hadden verwacht dat de brief een aantal problemen fundamenteel zou aanpakken, maar de brief komt eigenlijk neer op stilstand en vooruit-schuiven van de fundamentele problemen die wij nog met elkaar moeten gaan bespreken. Dat betreurt mijn fractie, want veel tijd is er niet meer, niet in de zin dat het dan allemaal misgaat, maar wij merken dat het veld echt vraagt om een heldere koers en niet uit de voeten kan met het compromis dat er nu ligt.

Naast het gebrek aan toekomstvisie vind ik wat wel in de brief staat toch wel erg vaag. Ik heb de brief net als andere collega's echt regelmatig moeten lezen voordat ik een beetje grip kreeg op wat er nu allemaal in wordt voorgesteld. Ik ben maar eens gaan turven hoeveel maatregelen er nu eigenlijk in worden aangekondigd. Je kunt heel lang discussiëren wat nu een initiatief is of een maatregel, maar met enige goodwill kom ik tot 37 soort van initiatieven, waarvan met enige goede wil elf concreet zijn te noemen, terwijl de rest allemaal vage, morele oproepen zijn aan de sector,

voornemens tot onderzoeken of verklaringen tot bereidheid tot onderzoeken, en onderzoeken zelf. Dat stemt mij niet vrolijk. Er wordt dus nog een hele hoop vooruitgeschoven, wat aangeeft dat het kabinet er zelf niet uitkomt. Ik daag het kabinet uit om er wel uit te komen en om aan de sector richting te geven door alsnog de toekomstvisie te ontwikkelen die in deze brief nog ontbreekt.

Ik ga nu in op de onderdelen van de brief. Als het gaat om de kwaliteit van het bestuur in de zorg en de ondersteuning is de kernvraag hoe je macht en tegenmacht in de zorg en de inspraak van alle betrokkenen in de zorg goed organiseert. Uitdrukkelijk is daarbij voor mijn fractie ook de gemeenschap een van de betrokkenen. Wat je moet constateren, is dat het perspectief van de tucht die de markt zou kunnen brengen, wegvalt. Dat zullen sommigen hier betreuren maar mijn fractie niet. De vraag is dan wel wat daarvoor in de plaats komt. Als je ziet wat de brief precies voorstelt op dat punt, moet je toch constateren dat het vooral een aanscherping is van interne controle door onafhankelijke, ongebonden toezicht-houders en een enorme hoop extra bureaucratie. Een reële tegenmacht en reële inspraak worden niet georganiseerd, wat wij wel gehoopt hadden. Wij roepen het kabinet dan ook op om alsnog meer werk te maken van meer inspraak voor patiënten en medewerkers en van meer betrokkenheid voor de gemeenschap. Dat betekent voor mijn fractie ook dat wij wel positief staan tegenover een patiëntenvertegenwoordiger in de raad van toezicht of het feit dat de patiëntenraad iemand mag aanwijzen. De heer De Vries wees daar ook al op. Wij vinden dat je daar verder in moet gaan en dat je echt de samenleving de zorginstellingen binnen moet halen.

Verder valt op dat alle maatregelen rondom de kwaliteit van bestuur vooral gaan om controle achteraf. Er gebeurt eigenlijk maar heel weinig aan de poort. Ik vraag het kabinet of wij daar niet meer aan moeten gaan doen. Is het niet goed om de sector ook op te roepen er in de zorgcode aandacht aan te besteden opdat bijvoorbeeld, naar analogie van het bankiersexamen in de bankensector – ook een vorm van zelfregulering – bestuurders in de zorg ook een soort zorgexamen gaan afleggen, zodat beter gegarandeerd is dat er kennis en ervaring is van wat er op de werkvloer speelt?

Het kabinet erkent dat in de relatie tussen bestuur en specialisten een belangrijk pijnpunt zit en doet daarvoor ook een aantal zinvolle voorstellen. Mijn fractie valt de PvdA op dit punt sterk bij. Wat je hierin ook voorstelt gaat niet werken als je niet heel duidelijk de relatie tussen omzet en inkomen van specialisten eruithaalt. Wij hebben al eerder gepleit voor meer specialisten in loondienst. Als wij dat niet gaan regelen, halen wij een van de kernproblemen in de aansturing van ziekenhuizen er niet uit. Op het punt van de continuïteit geeft de brief nog steeds geen helderheid over wat nu wel en niet een systeemziekenhuis of een systeeminstelling te noemen is, omdat de normstelling nog niet is uitgewerkt. Het bevreemdt dan ook dat de minister in het geval van het Vlietland Ziekenhuis concludeert dat dit geen systeemziekenhuis is en dat het kan worden afgevoerd. De normstelling is niet helder, dus kan die conclusie ook nog niet worden getrokken. Mochten in de toekomst nog zwaardere problemen komen met dit ziekenhuis, dan ligt dit wat mijn fractie betreft gewoon weer ter bespreking op tafel. In de brief wordt aangekondigd, dat er over de spoedeisende hulp dit jaar nog een brief komt. Mogen wij die brief nog voor de begrotingsbehandeling krijgen? Als het onderzoek eind deze zomer is afgerond, moet die brief er toch gewoon voor de begroting kunnen zijn? De langdurige zorg is nog vager. Daarover komt een onderzoek, maar wanneer weten wij niet. Ook daarvan zou ik zeggen: dit jaar graag gewoon die onderzoeksresultaten op tafel.

De maatschappelijke ondersteuning is nog minder concreet, want daarover staat dat de staatssecretaris bereid is om te onderzoeken of er misschien een steunfaciliteit moet komen binnen het Gemeentefonds. Als

zij dan toch bereid is tot zo'n onderzoek, laat zij dat dan snel doen zodat wij dat ook dit jaar tegemoet kunnen zien.

Zoals het earlywarningsysteem nu wordt vormgegeven, vreest mijn fractie dat wij vooral heel veel extra bureaucratie gaan krijgen en dat wij nog niet tijdig zicht krijgen op wat er speelt bij de verschillende instellingen. Ik pleit hier ook voor minder bureaucratie en meer echte indicatoren. Wat wij vorige week in de hoorzitting hoorden, vond ik ook alarme- rend, namelijk dat het Vlietland Ziekenhuis zelf al heel vroegtijdig aan de bel had getrokken, zonder earlywarningsysteem, en toen eigenlijk naar huis is gestuurd met de boodschap: kom maar terug als er echt een probleem is. Dat kan natuurlijk niet aan de orde zijn. Als wij dat ziekenhuis optuigen, moet het ook een reële functie krijgen. Mij lijkt ook dat wij de manier waarop wij dat optuigen, niet kunnen overlaten aan de toezicht- houders, maar dat wij dit terug moeten hebben in de Kamer. Ik vind dat een politieke discussie nodig is over de vraag hoe dat verder wordt ontwikkeld.

Over de samenwerkingsvormen kan ik kort zijn. Over verticale integratie heeft de Consumentenbond inderdaad een heel goed verhaal. Het rapport van de commissie-Baarsma vinden wij zeer aanvechtbaar. Wij blijven dan ook bij ons pleidooi om dat gewoon te verbieden.

Wat de maatschappelijke onderneming betreft, zijn wij het eens dat er een winstklem in de zorg blijft en dat deze komt waar die er nu niet was. Dus trek die keuze ook consequent door naar de thuiszorg en de maatschappelijke ondersteuning. Het aantrekken van risicodragend kapitaal, wat het kabinet nog wel mogelijk wil maken via de constructie van de maatschappelijke onderneming en wat dan de resultaatafhankelijke vergoeding zou moeten opleveren, vindt mijn fractie een wassen neus. Er zal geen investeerder zijn die bereid is risicodragend kapitaal in te brengen als daar geen zeggenschap tegenover staat. Die zeggenschap vinden wij onwenselijk. Als er geen investeerder is, hoeft je dit niet allemaal op te tuigen en moet je naar andere manieren zoeken om dat kapitaal toch te verzekeren. Is die hele maatschappelijke onderneming nodig? Hebben we niet al bedrijfsvormen die veel beter passen bij de zorg dan de huidige stichtingen, bv's en verenigingen? Is de coöperatie niet de manier om de inspraak van alle betrokkenen en de macht en tegenmacht in de zorg goed te regelen?

De heer **Jan de Vries** (CDA): Mevrouw Sap geeft een boeiende analyse. Maar waar kiest zij eigenlijk zelf voor? Zij vraagt het kabinet om een toekomstvisie en omarmt vooral de PvdA-fractie. Wat is nu eigenlijk de visie van de GroenLinks-fractie, meer dan alleen het omarmen van de PvdA-fractie?

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Als iemand een goed voorstel doet in het debat, dan omarmen wij dat. Dit gebeurt af en toe, niet heel vaak. Maar dit wil niet zeggen dat je er geen eigen visie op hebt. Wij hebben altijd gezegd dat wij de zorg bij uitstek een publiek goed vinden. Dat zeggen wij nu ook. De overheid heeft een heel zware verantwoordelijkheid om een publiek goed te regelen. Dit betekent dat je private partijen niet toelaat als zij een winstoogmerk hebben. Daar zijn wij heel helder in. Dit betekent niet dat prestaties niet aan de orde zijn. We willen niet terug naar een systeem waarbij er bekostigd wordt zonder dat er geleverd hoeft te worden. Wij willen bekostigen als er wel geleverd wordt. Laat dat heel helder zijn. Maar laat ook heel helder zijn dat wij definitief af willen van het winstoogmerk in de zorg en dat wij naar een systeem willen waarin het publieke belang veel beter gewaarborgd is.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Het laatste bepleit ook de CDA-fractie. Misschien bepleit iedere fractie die hier aan tafel zit, dat wel. In haar toekomstvisie op de inrichting van het zorgstelsel is de enige correctie die

mevrouw Sap aanbrengt het al dan niet hebben van een winstogmerk en de winstklem. Dat beschouw ik als winst. Dit betekent namelijk dat mevrouw Sap eigenlijk geen fundamentele veranderingen voorstaat. Ten behoeve van de kwaliteit en de betaalbaarheid ziet zij de marktprikkels niet als doel op zichzelf, maar vindt zij deze wel nodig om doelmatig te werken aan goede zorg voor iedereen.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Dit is niet de enige verandering die ik voorsta. Als de heer De Vries goed geluisterd heeft, heeft hij gehoord dat ik ook gepleit heb voor veel meer inspraak van betrokkenen in de zorg. Ik wil de zorg dus niet overlaten aan de technisch deskundigen, zoals het kabinet voorstaat. Ik pleit voor veel meer inspraak en veel meer tegenmacht van patiënten, medewerkers en van gemeenten, van de lokale gemeenschap. Deze verandering komt er dus zeker nog bij. Maar als dit gegarandeerd is, kunnen wij wellicht samen een heel mooi alternatief ontwikkelen, als ik tenminste uit de woorden van de heer De Vries terecht opmaak dat hij ook bereid is om het winststreven te verlaten.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Het afgelopen jaar werd door de bewindspersonen van VWS en de coalitiepartijen nogal eens geklaagd over de vele spoeddebatten die wij voeren. Bij een groot deel van die spoeddebatten was het leidend onderwerp hetzelfde, namelijk een zeer gebrekkig functionerende top van zorggiganten en ziekenhuizen. Wat troffen we allemaal aan?

Philadelphia had 800 locaties voor zorg aan gehandicapten verzameld, was in de ban geraakt van vastgoedprojecten en had de zorg voor de hulpbehoevende uit het oog verloren. De andere gigant, Meavita, gaf zorg aan 100 000 zorgbehoevenden door heel het land en was bezweken onder maar liefst vijf managementlagen. Maar ook was er de al jaren totaal ongewenste fusie van de IJsselmeerziekenhuizen en was er de onterechte en volkomen overbodige fusie van de Oosterscheldeziekenhuizen, waardoor er geen verloskunde meer is in Vlissingen en thuis bevallen op Walcheren niet meer tot de mogelijkheden behoort. Ga zo maar door. Ik doe ons eerste voorstel: stop de fusiedrift! Dat moet niet alleen met een fusietoets gebeuren. Zorg ervoor dat er een maximum komt aan het aantal locaties voor zorginstellingen! Mijn voorstel is dat er een maximum komt van drie locaties. Als iemand een beter voorstel heeft, hoor ik dit graag.

Elke keer waren de zorgbobo's de verantwoordelijken. En vijf maal werd ondergetekende afgehamerd omdat zij niet mocht benoemen. Maar waarom eigenlijk niet? Ik kom hier later in mijn betoog op terug. De beantwoording door de bewindspersonen in al die debatten deed de verwachtingen voor vandaag hoog oplopen. En toen kwam de 42 pagina's tellende teleurstellende brief. Dit was niet alleen de gebruikelijke teleurstelling van een oppositiepartij waarvan de ideeën niet zijn overgenomen. De teleurstelling was groter, doordat sinds dit onderwerp geagendeerd was, het er verschillende keren juist op leek dat onze ideeën in aanzienlijke mate wél weerklank hadden gevonden.

In onze spoedige reactie op het rapport van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, met de titel «Governance en kwaliteit van zorg», hebben wij gepleit voor een stevige aanpak van de falende bestuurlijke elite door het limiteren van haar vele lucratieve, maar slordig uitgevoerde bijbanen. Zelfs Superman kon niet 79 bijbanen tegelijkertijd goed uitvoeren. Wij hadden dit trouwens eerder en vaker bepleit, hier in de Kamer, en ik had het ook al eens ter sprake gebracht bij Pauw en Witteman, toen ik daar te gast was met de machtigste man – en bijbanenkoning – en vrouw van Nederland. Na onze reactie op het rapport in een interview in Spits en een opiniestuk in Trouw leek de bijval even verrassend als overweldigend. En ook EénVandaag besteedde maar liefst twee achtereenvolgende afleveringen aan de schadelijke overdaad aan bijbanen. In de eerste aflevering

deelden kopstukken als Morris Tabaksblat en Rick van der Ploeg onze analyse. Een dag later sprak zelfs de PvdA, bij monde van Staf Depla, zich uit voor een wettelijke beperking van de nevenfuncties. Nou, dat beloofde wat. De RVZ, die enige tijd later haar rapport in de Kamer kwam toelichten, sprak zich bij die gelegenheid ook uit voor een limitering van bijbanen tot maximaal vijf. Ik was er blij om en het gaf ons de hoop dat nu eindelijk de bijl gelegd kon worden aan de verrotte bestuurderscultuur in ons land, de totaal verziekte, elkaar de mooie baantjes toespelende, politiek-bestuurlijke incestueuze elite. Weg met die beroepshotemetoten! We hebben geen behoefte aan toverformules in managementjargon. We hebben behoefte aan mensen uit de praktijk die de menselijke maat terugbrengen in de zorg.

Ons volgende voorstel is dat de raden van toezicht en advies voortaan worden samengesteld uit mensen uit de praktijk, bijvoorbeeld gepensioneerden. Uit onderzoek is gebleken dat raden van toezicht te eenzijdig zijn samengesteld uit mensen met een financiële in plaats van een medische achtergrond. Deze raden hebben niet de grote financiële debacles van de zorggiganten en de ziekenhuizen weten te voorkomen.

De bewindspersonen begrijpen mijn teleurstelling, nu de regering in deze brief afziet van de wettelijke beperking van het aantal bijbanen en in plaats daarvan verkondigt de hoop te vestigen op zelfdiscipline van bestuurders en toezichthouders. Je kunt je afvragen of deze regering lijdt aan een grenzeloze naïviteit. Ons voorstel is om het aantal bijbanen te maximeren op drie en de wenselijkheid uit te spreken van maximaal één bijbaan. Bovendien mogen hoofd- en nevenfuncties niet conflicteren met elkaar. Ik kom terug op de vraag die gesteld moet worden. Leidt het toestaan van bijbanen niet per definitie tot een ongewenste verstrengeling van belangen?

Mijn aandacht werd getrokken door een interview in de Volkskrant met CDA-minister Klink. Hij antwoordde dat hij de voorzitters en bijbanenkampioenen van de raden van toezicht van de IJsselmeerziekenhuizen, Philadelphia en Meavita niet aansprakelijk zal stellen voor hun falen. Wel wijst hij op een nieuwe wet in wording van zijn collega, CDA-minister Hirsch Ballin. Maar die collega-minister is niet alleen van de zelfde partij, hij was ook als commissaris betrokken bij Philadelphia. Ook de voorzitter van de raad van toezicht van Philadelphia, de heer Brinkman, is van het CDA. En de CDA-woordvoerder in de Kamer verklaarde hier zojuist dat het maximeren van bijbanen aan de sector overgelaten moet worden. Leidt dit soort verstrengelingen niet tot een verzwakt enthousiasme om de bijbanencultuur grondig aan te pakken? Een reactie van de CDA-woordvoerder zou leuk zijn.

De voorstellen van de regering hebben geen van alle betrekking op wat echt niet goed gaat, namelijk het opvallende en stuitende gebrek aan verantwoordelijkheidsgevoel. Telkens als het mis gaat, is er niemand verantwoordelijk en voelt niemand zich verantwoordelijk. De persoonlijke aansprakelijkheid van bestuurders in de zorg moet beter worden verankerd en nageleefd. Een pedofiel kan zich toch ook niet verzekeren tegen vervolging? Waarom bestuurders dan wel? Dit hebben wij bij de hoorzitting gehoord: op het moment dat wij in de Kamer de verantwoordelijkheid van bestuurders beter gaan verantwoorden, gaan zij zich gewoon verzekeren.

En neem verslaafdenzorg Winnersway. Een rechtspersoon vraagt een toelating aan voor de AWBZ en maakt daar vervolgens opzettelijk misbruik van. Wat is de consequentie voor die rechtspersoon, ook voor het opzettelijk in gevaar brengen van AWBZ-geïndiceerden? Er is zelfmoord gepleegd bij Winnersway, door gebrekkige zorg. Dat staat in het rapport. Maar tot nu toe gebeurt er niets.

Tenslotte bespreek ik de overhead. Zeer bloemrijk vertelde prof. dr. Smalhout over de intrede en later, zoals hij dat noemde, de «terreur» van het management. Toen hij begon, werd een ziekenhuis met 1000 bedden

gerund door 3000 medewerkers. Nu wordt een ziekenhuis met 900 bedden gerund door 6000 medewerkers. «Waar komen die allemaal vandaan?», vroeg hij zich hardop af.

Ik stel voor om de overhead in de ziekenhuizen af te bouwen van 31,1% naar het niveau van de verpleeg- en verzorgingshuizen. Zij moeten het met 13,9% doen. De medewerkers hoeven niet te worden ontslagen, maar kunnen met behoud van salaris een functie op de werkvloer gaan vervullen. Zelf moet de sector vervolgens voorstellen doen over welke bureaucratie en verantwoordingslast weg moeten, zodat wij er met zijn allen eens goed over kunnen praten.

Als laatste punt breng ik het earlywarningsysteem ter sprake. We hadden al een vermoeden. Als de macrobudgetten ontoereikend zijn en als na rekenen blijkt dat de kostprijs lager is dan het geld dat gegeven wordt, is de uitkomst hoe dan ook dat een instelling in financiële problemen komt.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Niet als de kostprijs lager is.

Mevrouw **Agema** (PVV): De heer Van der Veen praat er doorheen. Dat geeft mij de gelegenheid om het nog even goed uit te leggen. Om een voorbeeld te noemen: de verpleeg- en verzorgingshuizen hebben tien uiteenlopende zorgzwaartepakketten. Na berekening door de KNMG blijkt dat de pakketten 14% onder de kostprijs liggen, het bedrag dat wenselijk is. De instellingen komen dus hoe dan ook in de problemen. We hebben daarom niets aan een earlywarningsysteem. Straks rinkelen 2000 alarmbellen. Ik weet niet wat voor werkkamer de minister heeft, maar ik denk niet dat daar 2000 alarmbellen liggen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik dacht dat mevrouw Agema zei dat je als de kostprijs lager ligt dan het geld dat je krijgt, failliet gaat. En dat klopt niet, dacht ik toen. Als je meer krijgt dan wat iets kost, hou je eraan over. Maar ik denk, op basis van de toelichting van mevrouw Agema, dat zij het anders bedoelde en dat zij zich versprak. Mijn opmerking was een spontane reactie op wat zij zei.

Mevrouw **Agema** (PVV): Het ging over de zorgzwaartepakketten. Ik heb de heer Van der Veen nog nooit tijdens een debat daarover gezien. Hij wilde ze net en passant nog afschaffen.

De **voorzitter**: Voordat ik het woord geef aan beide bewindspersonen, wil ik met de geachte afgevaardigden, voor zover zij aanwezig zijn, het volgende afspreken. De minister en staatssecretaris hebben mij gezegd hoe zij de vragen uit de Kamer zullen beantwoorden. Eerst spreken de staatssecretaris en de minister over governance. Dan spreken zij over de continuïteit van de zorg, fusie en winst. De ene keer gaat het over de cure, de andere keer over de care. We beginnen met een algemene inleiding van de minister. Deze zal niet al te lang duren. Vervolgens geef ik de staatssecretaris het woord voor de governance. Daarna mag de minister daarover spreken. Ik stel dat voor dat we aan het einde van elk blokje gelegenheid creëren voor interrupties, om op tijd klaar te zijn. De heer Van der Vlies van de SGP verlaat de vergadering vroegtijdig om een ander debat in dit huis bij te kunnen wonen.

Minister **Klink**: Voorzitter. Deze ordening leidt ongetwijfeld tot een gestroomlijnde afwisseling tussen de staatssecretaris en mij, maar ik was voornemens om zelf een algemene inleiding te houden, dan het woord te geven aan de staatssecretaris, om te spreken over de cliëntenraden en de governance. Ik stel mij voor dat zij een inleiding houdt, maar ook de specifieke vragen uit de Kamer meeneemt. Daarna beantwoord ik de dan nog resterende vragen uit de Kamer. Anders pendelen wij te veel heen en weer, schat ik in. Ik zie aan de staatssecretaris dat wij het weer eens zijn.

Vooraf plaats ik twee opmerkingen. De eerste gaat over de actuele stand van de Nederlandse gezondheidszorg. De tweede gaat over de zelfreflectie, waarover mevrouw Wiegman een vraag heeft gesteld. Daarna zal ik een aantal algemene opmerkingen plaatsen, die meer met het thema van vandaag te maken hebben.

In de loop van de week verschijnt het stuk «Human Consumer Index» van de OESO. Ik kan het ook niet helpen dat deze titel Engels is. In dit stuk staat dat Nederland ver vooruitloopt op andere landen wat betreft de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg betreft. Dat wilde ik even noemen.

Elk jaar ga ik op bezoek in Amerika bij The Commonwealth Fund. Ik ben er nu twee keer geweest. Wellicht ga ik dit jaar weer. Daar zitten alle landen aan tafel die ooit tot de Commonwealth behoorden, aangevuld met Frankrijk, Duitsland en Nederland. Welk thema men ook pakt, Nederland komt elk jaar weer als nummer één uit de bus. Achter de prestaties staan veel zorgverleners, veel bestuurders en leden van raden van toezicht. Zij doen het; wij creëren de randvoorwaarden. Ik wil dat graag noemen, omdat bij incidenten en zeker in een debat als vandaag, waarin wij de governancestructuur en de verantwoordelijkheden zo willen verdelen dat incidenten niet meer voorkomen, vaak het beeld wordt gevestigd dat onze zorg onder de maat zou zijn. Door de bank genomen is zij dat bepaald niet. De zorg in Nederland is gewoon steengoed, gemeten aan de internationale maatstaven. Dat wil ik nog wel even benoemd hebben. Niet alleen mensen die de zorg verlenen staan daarachter. Ook zij en juist zij, maar er staan ook mensen achter die in de avonduren naar de raad van toezicht en naar de raad van bestuur gaan. Dat doen zij min of meer belangeloos. Zij steken daar heel veel tijd en energie in. Dit zijn mooie woorden, die je pleegt te uiten aan het begin van een debat als dit, maar ik meen ze echt. Die mensen verlaten huis en haard om invulling te geven aan de zorg.

Mijn tweede opmerking vooraf gaat over zelfreflectie. Ik ben het zeer met mevrouw Wiegman eens. Wij moeten ook naar onszelf kijken. Iedereen kan en moet zijn politieke invulling geven aan de visie op de toekomst, maar het veld vraagt wel om een zekere mate van bestendigheid in het beleid. Wat dat betreft ben ik het eens met diegenen die stellen dat wij naar de verkaveling in de AWBZ, de Wmo en de Zorgverzekeringswet moeten kijken. De staatssecretaris en ik lopen ook tegen deze grenzen op bij het organiseren van de zorg rondom patiënten. Ik kom hier zo meteen breder op terug. Als wij ketenzorg voor chronisch zieken willen organiseren, krijgen wij te maken met de Zvw, de huisartsen en verpleeginstellingen. Met dementiezorg heeft onlangs een experiment in Almere plaatsgevonden. Wat zie je daar? Het is daar hartstikke goed opgepakt, maar men loopt tegen de systeemknelpunten op.

Voorts is bestendigheid buitengewoon belangrijk. Ik wil best naar mijzelf kijken. De Kamer heeft mij daarom gevraagd. Dit ga ik ook voor 1 oktober bieden. De discussie over de kapitaallasten raakt aan de mate waarin een ziekenhuis in gesprek kan komen met de banken. De heer Van der Veen en de heer Zijlstra wezen hier terecht op. Dit is allemaal wel verklaarbaar. Aanvankelijk dachten we namelijk de prestatiebekostiging in 2009 in te voeren. Dan had je meteen de nadeelcompensatie gehad en waren we in feite van de problematiek af geweest. De doelstelling is om prestatiebekostiging in 2011 in te voeren, maar dat weten we niet zeker. Eerst moet de DOT-structuur enzovoort rond zijn. Ergo, we moeten ons hernemen, nieuwe reguleringszekerheid bieden en vervolgens ervoor zorgen dat daarin helderheid ontstaat. Als het veld vindt dat dit te lang geduurd heeft, moeten wij inderdaad naar onszelf kijken en ons afvragen of we wel voldoende helderheid hebben geboden. Hetzelfde geldt rond vrije prijsvorming en rond risicodragend kapitaal. Op een gegeven moment zullen knopen doorgemaakt moeten worden. In het politieke luchtledige hangen is voor het veld gewoon heel slecht. Zelfreflectie is dus heel belangrijk. Maar ik zeg wel direct de heer De Vries na: het is de vraag en de dure plicht van

zorgaanbieders en zorgverleners om de incidenten uit het verleden te voorkomen. Het MST is genoemd. We kennen de incidenten bij de IJsselmeerziekenhuizen en Meavita, die naar ik vrees meer structureel van aard zijn. Gebrekkig bestuur en nalatigheid waren daar aan de orde. Nalatigheid bestond eruit dat men niet wilde zien en niet wilde weten. Bij het MST was er zelfs uitdrukkelijk sprake van niet willen weten, en zeker niet naar buiten brengen. Men dacht dat men het intern wel kon regelen. Dat moet inderdaad over zijn. Ik sluit mij daarom graag aan bij het appel van de heer De Vries.

Ik haak aan bij de vraag waarmee de heer De Vries begon: Van wie is de zorginstelling eigenlijk nog? De boekdrukkunst werd door verschillende mensen uitgevonden, net als deze vraag. De vraag werd voor het eerst gesteld door de heer Van der Veen, zo'n twee jaar geleden, tijdens de eerste debatten die wij hadden. Deze vraag is zeer belangrijk. Zij raakt het hart van veel discussies die wij op dit moment voeren. Mij valt op dat als wij spraken over Zeeland of over de IJsselmeerziekenhuizen, er grote betrokkenheid bij de lokale bevolking was. Dit leeft enorm. Dit thema is bijna niet van de voorpagina van de Provinciale Zeeuwse Courant te krijgen. Dit raakt mensen. Waarom zouden we die betrokkenheid van mensen aan de achterkant, als het misgaat, niet aan de voorkant proberen te organiseren, door middel van constructieve betrokkenheid bij onze afwegingen?

Ik wil eerst naar het verleden toe. Vroeger waren stichtingen en verenigingen dominant. Uit betrokkenheid van de samenleving werden ziekenhuizen opgericht. In de jaren zeventig en tachtig kwamen wij in grote financiële problemen door openeinderegelingen. Dit gebeurde over de hele linie. Je zag het ook in het onderwijs en in de zorg. De jaren tachtig kenmerkten zich door een groot financieringstekort. Lubbers moest aan de slag. Wat hebben we toen gekregen? Budgetbeheersing en een enorme fusiedrift. Mevrouw Leijten heeft gezegd dat alle problemen worden veroorzaakt door de marktwerking. Dat is niet het geval. Deze ontstonden door de budgettering. Het was uitdrukkelijk de bedoeling om grote instellingen te creëren en via deze schaalvergroting schaalvoordelen te halen en langs deze lijnen de kosten te drukken. Toen zijn de grote conglomeraten van ziekenhuizen ontstaan. Dat gebeurde in de jaren '80 en '90. Ik zie ook wel dat de marktwerking op dit moment ziekenhuizen verleidt om hun positie te consolideren via verticale integratie, horizontale fusies enzovoort. Naar mijn beleving moeten we daar waar mogelijk een beetje bij wegblijven. Ik kom daar nog op terug, maar ik vind dat dit niet de manier is waarop wij ons stelsel moeten inrichten. Daarin dient het te gaan om kwaliteit, niet om machtsposities. Ik zeg de heer De Vries en de heer Van der Veen graag na dat het in een zorginstelling niet om omzet gaat. Als het daarom te doen zou zijn, zou overdiagnostisering ontstaan, door zo veel mogelijk patiënten te halen. Het dient te gaan om de kwaliteit. Het moet ook niet gaan om de positie en de marktpositie. Zorginstellingen moeten dus liever geen fusies organiseren, alleen maar om op die manier hun positie te bestendigen en concurrerend te kunnen zijn tegenover derden. Daartoe roepen wij competitie niet in het leven. Het moet om kwaliteit gaan. Wij willen natuurlijk niet dat dit ertoe leidt dat de reputatie bovengeschildt raakt aan helderheid en transparantie over incidenten, zoals we bij de neurologen hebben gezien. Daarom is ook de morele oproep gedaan. Wij moeten de randvoorwaarden creëren, waardoor de helderheid vergroot. Onverschilligheid kan dus niet, zoals bij een raad van toezicht waarvan de voorzitter meldt dat hij bepaalde cijfers niet heeft zien aankomen, dat hij niet wist dat zijn instelling verlies leed en dat het nog goed ging in het voorafgaande jaar. Maar we hebben dit wel meegemaakt. Daarom willen wij de verantwoordelijkheden verduidelijken. Dit betekent dus dat je als bestuurder aansprakelijk bent op het moment dat het misgaat.

Van wie is de zorginstelling dan wel? Naar mijn stellige overtuiging moet deze meer van de samenleving en van de patiënt worden. Dat betekent dat tegenover hen verantwoord moet worden. Om die reden kennen wij in de sfeer van de maatschappelijke onderneming betekenis toe aan belanghebbenden. Ik vroeg mij zo-even al af waarom wij niet in staat zijn om de emoties die ontstaan op het moment dat dingen misgaan, te kanaliseren tot een constructieve bijdrage aan deze belangrijke instellingen. Dit dient vooraf te gebeuren, bij de afwegingen. Mevrouw Van Bijsterveldt is nu staatssecretaris van Onderwijs. Toen zij nog voorzitter van het CDA was heb ik haar gevraagd waarom een rapport van de onderwijsinspectie niet openbaar zou moeten zijn, zodat mede op basis van een inspectierapport een uitnodiging uitgaat naar de ouders van leerlingen. Dan wordt zichtbaar hoe een bepaalde school scoort op een ladder en hoe deze zich verhoudt tot andere scholen, die lager of hoger op de ladder staan. Een school kan zich dan op een voor het publiek toegankelijke bijeenkomst daarvoor verantwoorden. Twee weken geleden heeft de staatssecretaris naar buiten gebracht dat zij dit wil doen in het onderwijs. Ik had een stuk of tien leden van raden van bestuur van ziekenhuizen op bezoek en besprak dit met hen. Een reactie was: ik word er een beetje nerveus van en daarom zal het wel goed zijn. Waarom zouden we dit niet ook in de zorg organiseren? Een zorginstelling zou verantwoording moeten afleggen over waar zij staat, wat betreft zichtbare zorg, veiligheid en de te varen koers. De belanghebbenden, dat is ook de samenleving, willen wij een positie geven. Deze positie willen wij borgen in de instituties, in het bestuur van zorginstellingen.

Zichtbare zorg betekent dat wij inzichtelijk maken wat de kwaliteit van de zorg is. De staatssecretaris heeft dit met betrekking tot de AWBZ al gedaan. Dan pas kun je zien in hoeverre zorginstellingen aan de maat zijn. Nu wordt de keuze voor een zorginstelling vaak nog bepaald door het huiselijke idee van: het is om de hoek en ik ben ermee vertrouwd. Maar ik wil dat patiënten en zorgvragers weten wie de beste zorgaanbieders zijn. Ook dat creëert meer betrokkenheid. We gaan de positie van de cliëntenraden versterken. In de bekostiging dient kwaliteit gaandeweg leidend te worden.

Een ziekenhuis zal nooit meer helemaal van de samenleving worden, in de zin dat een vrijwilliger 's avonds op zijn fietsje naar het bestuur gaat. Die tijd is voorbij. De professionalisering is gewoon te groot. Dit neemt niet weg dat de betrokkenheid van die mensen georganiseerd moet worden. Wordt een ziekenhuis van de markt? Wij hebben gezegd dat wij graag ook private investeerders zien. Maar wordt een ziekenhuis daarmee van aandeelhouders? Dat is niet het geval. Daarom willen wij de zeggenschap beperken. Van wie is het ziekenhuis dan? Het is natuurlijk van de raad van toezicht en van de raad van bestuur, maar wel als gedelegeerden, met een mandaat van de samenleving aan wie zij zich dienen te verantwoorden. Dit moeten wij dus borgen langs verschillende wegen, zowel met betrekking tot de vorm van de rechtspersoonlijkheid als met betrekking tot de verantwoordingsstructuren. Wij willen sociaal ondernemerschap, met de nadruk op het woord «sociaal», maar ook op het woord «ondernemerschap».

Naar aanleiding van het betoog van de heer Van der Veen wil ik nog iets over het ondernemerschap zeggen. Ik ben het er met hem helemaal over eens dat als er één slag is die wij de komende tien jaar moeten maken, dit de herijking van de bekostigingsstelsels is. Wij kennen nu bekostiging van prestaties. Wat zijn die prestaties? Dat zijn verrichtingen. Een dbc is een verrichting. Als een apotheker een doosje schuift naar een klant, is dit een verrichting, waarvoor hij geld krijgt. Dat bedoel ik niet badinerend. Als een huisarts een consult draait, staat tegenover die verrichting een bepaald bedrag. Maar al die verrichtingen worden zelfstandig betaald. Meer verrichtingen betekent meer omzet. Ik ben het zeer met de heer Van der Veen eens, als hij zegt dat wij niet meer de verrichting, bijvoorbeeld het

schuiven van een doosje, zouden moeten betalen, maar de kwaliteit. De medicatiebewaking, het voorlichten van de patiënten over medicatie en het bevorderen van therapie zijn zaken waarvoor een professional is opgeleid en waarvoor hij betaald moet worden. In de sfeer van specialismen betekent dit samenhangende zorg en kwaliteit bieden. Je krijgt dan wellicht meer betaald, omdat je beter bent, niet omdat je meer omzet draait. Bij de huisartsen geldt hetzelfde. Wij gaan met de ketenzorg toe naar een specifieke bekostiging van ketenzorg die men biedt aan chronisch zieken, diabetespatiënten en hartfalenpatiënten, op basis van een prestatie die in samenhang wordt beloond en waarbij de kwaliteit leidend is. Wellicht moeten we in de toekomst ook bekijken of we niet toe moeten naar een basistarief, naast deze specifieke prestatiebekostiging, met daarboven modules die het extra dat een huisarts doet in de vorm van kleine, lichte operaties, betalen.

Bij de specialisten is het vraagstuk hetzelfde. Niet voor niets hebben we in deze brief de vraag geagendeerd van de parallelle van belangen van ziekenhuizen en specialismen. Nu lopen wij ertegenaan dat specialisten betaald krijgen per dbc. Daarvoor geldt een normtijd, die vermenigvuldigd wordt met het uurtarief van de specialist. Op die manier weet je één ding zeker: als je meer dbc's opent, krijg je er ook meer bekostigd. Als je sneller gaat werken en productiever bent, en als je het werk waarvoor in de dbc een uur staat binnen een halfuur doet, betekent dit dat je twee keer een dbc declareert. De winst die voortvloeit uit deze arbeidsproductiviteit gaat niet naar het ziekenhuis. De winst gaat ook niet naar de patiënt, de verzekerde. Daarom zijn wij de normtijden aan het herijken. We bezien of we die normtijden niet gewoon moeten afschaffen, om meer parallelle tussen ziekenhuisbestuur en specialisten te realiseren. De heer Van der Veen wierp hierbij de interessante vraag op of je zou moeten gaan naar een bekostiging van specialisten in loondienst. Ik vind het interessant om te bekijken in hoeverre de zorg hierdoor minder productiegedreven wordt. Dat ga ik zonder meer een keer verkennen. Ik wil namelijk dat kwaliteit betaald wordt en dat samenhang in de zorg betaald wordt. Ik wil geen versplintering. Ik wil geen opdeling volgens de specialismen van een ziekenhuis, maar een opdeling in zorg die georganiseerd is rondom de patiënt. Dat wil ik belonen. Het is een hele toer om dit in het komende decennium te veranderen. Maar ik ben het volstrekt met de heer Van der Veen eens. Twee zaken moeten wij betalen: kwaliteit en daarmee samenhang in de zorg. De zorg mag niet versnipperen. Niet volume en omzet moeten leidend worden, maar de kwaliteit van de zorg. Voor de komende tijd staat dit op de agenda. Dit is buitengewoon belangrijk.

Natuurlijk kan mevrouw Sap zeggen dat zij geen prestatiebekostiging wil. Maar dan zijn wij terug bij de budgettering. Dan geef je een ziekenhuis of de specialisten een zakgeld, lumpsum, en bekijk je aan het einde van het jaar wel wat de productie is geweest. Dit is te vergelijken met hoe het in Engeland gaat. In het afgelopen decennium zijn daar miljarden euro's in de zorg gestoken, terwijl de arbeidsproductiviteit gedaald is. De wachtlijsten daar zijn wel weg, maar vraag niet tegen welke sommen. Als wij die kant opgaan en ook vele miljarden in ziekenhuizen gaan investeren, zonder te weten of hier prestaties tegenover staat, lopen wij hetzelfde risico. En als we dan te maken krijgen met vergrijzing en een wegvallend aanbod van mensen die willen werken in de zorg, gecombineerd met een lage arbeidsproductiviteit, voorspel ik dat je binnen tien jaar alle wachtlijsten van de wereld terug hebt, dat we een inhaaloperatie moeten doen, zoals mijn voorganger heeft gedaan, en dat er gigantisch veel geld bij moet. Want dan betaal je terug wat je nu bespaart via rantsoenering, om extra te investeren in extra handen aan het bed.

Wij moeten dus naar een intelligente vorm van prestatiebekostiging, die niet meer gerelateerd is aan verrichtingen, maar aan kwaliteit en aan samenhangende zorg. Als we dat inzichtelijk kunnen maken voor de patiënt, raakt hij tegelijkertijd ook weer geïnteresseerd. Daarom wijd ik er

ook zo over uit. Wat interesseert een patiënt namelijk bij een zorginstelling in een ziekenhuis? De kwaliteit die daar geboden wordt. Dan heb je ook de aangrijpingspunten om mensen weer betrokken te krijgen. Ik ga er natuurlijk iets te ver in, maar je krijgt mensen niet in de benen als je spreekt over een earlywarningsysteem, een dbc-structuur en over het feit dat de normtijden naar beneden moeten. Degene die daarvoor nog naar de raad van toezicht wil, moet uit heel goed hout gesneden zijn. Of hij moet nalatig zijn. We moeten kortom terug naar kwaliteit als invulling van de zorg. Daarop is deze brief mede gestoeld.

Ik rond mijn algemene betoog af. Wij kwamen een vijftal problemen tegen in de afgelopen jaren. De bereikbaarheid is het eerste probleem. Je kunt wel zeggen dat je marktwerking toestaat en dat ziekenhuizen mogen omvallen of failliet gaan, maar dat kan niet gelden voor elk ziekenhuis. Als een ziekenhuis dat nodig is voor spoedeisende hulp, zoals in Zeeland, wegvalt, heb je onbehoorlijke zorg. We zullen dus een onderscheid moeten maken tussen algemene ziekenhuizen en ziekenhuizen die systeemfuncties vervullen, zoals we het nu maar noemen. Maar dan moeten we het ook weten zodra een ziekenhuis in problemen komt. Dit willen we niet achteraf pas weten, over bureaucratie gesproken. Dan komt de NZa en bekijken we op het departement met ons allen waar de problemen ontstaan en hoe we ze kunnen oplossen. Dat doen we liever vooraf, proactief, via een earlywarningsysteem. Ik zeg de heer Zijlstra na dat als een zorginstelling de boekhouding op orde heeft en als ook de raad van bestuur en de raad van toezicht er meteen zicht op hebben als het misgaat, je mag hopen dat men in de benen komt en de problemen weet te vermijden. Dan is de early warning en de problematiek die daarachter zit, helemaal niet nodig.

Het tweede probleem dat wij tegenkwamen, was het ontoereikend functioneren van raden van toezicht, en op delen ontoereikend functioneren van raden van bestuur. Daarom willen wij iemand voor de kwaliteit verantwoordelijk stellen. Wij willen ook toe naar een beperking van de nevenfuncties. Ik bedank mevrouw Agema, die dit terecht heeft aangekaart. Wij willen ook toe naar aansprakelijkheid bij wanbestuur.

Het derde probleem dat wij tegenkwamen, was de relatie met de specialisten. We hebben gezegd dat de raad van bestuur gaat over de kwaliteit en de veiligheid. Tegenover de raad van bestuur dient de specialist zich te verantwoorden. Ook in financiële zin willen we meer samenhang en meer samenbinding tussen specialisten en raden van bestuur en raden van toezicht.

Verticale integratie, het vierde probleem, is inderdaad wellicht een manier om je marktpositie te verstevigen. Op zichzelf is daar niets mis mee. Maar leidend dient wel de kwaliteit te zijn, tenzij de keuzevrijheid van mensen een probleem wordt. Maak ik mij hier zorgen over? Ja, ik zie de zorgelijke kant ook. Ik maak een onderscheid tussen de verzekeringsmarkt en de zorgmarkt. In de verzekeringsmarkt zie ik het probleem niet zo snel ontstaan. Een zorgaanbieder, laten we het Vlietland Ziekenhuis als voorbeeld nemen, plaatst een patiënt die niet verzekerd is bij DSW, bij het ophalen van het pasje waarmee hij naar binnen mag, echt niet op een wachtlijst of in een wachtkamer, terwijl een patiënt die wel verzekerd is bij DSW, gelijk door mag naar de specialist. Dat gaat echt niet gebeuren. Ik ben er dus niet zo bang voor dat de verzekerdenmarkt verstoord raakt doordat er aanbieders zijn die daarmee verticaal zijn geïntegreerd. Op de zorgmarkt kan het veel makkelijker gebeuren dat een verzekeraar een cliënt duidelijk maakt dat deze verticaal geïntegreerd is met een ziekenhuis en dat er daarom met voorrang van dat ziekenhuis gebruik zal worden gemaakt. Zeker als huisartsen deel uitmaken van het conglomeraat, zou sneller verwezen kunnen worden naar het Vlietland Ziekenhuis. Je zou het volgende kunnen tegenwerpen. Als deze verwijzing naar het Vlietland Ziekenhuis plaatsvindt, terwijl dit ziekenhuis duurder is dan andere ziekenhuizen, komt dit in de premie van DSW terug. Dan kun je

premieverschillen krijgen, waardoor mensen bij deze verzekeraar weggaan. Maar voordat dit uitkristalliseert, moet wel een lange route worden afgelegd. Bovendien kan dit veel subtieler. Uiteindelijk oordeel ik er niet over in hoeverre hier aanmerkelijke marktmacht ontstaat. Daar gaan de NZa en de NMa over. Ik zeg ook niet dat dit niet kan, maar ik geef wel de dimensies aan die de NMa en de NZa zeker zullen verkennen op het moment dat dit aan de orde is, met name in de sfeer van de zorgmarkt.

Het laatste probleem dat we tegenkwamen, is het fenomeen van de winst. Wij zijn niet begonnen om iets te doen aan de winst in de zorg omdat de minister van Justitie toevallig bezig was met de maatschappelijke onderneming en wij daar maar eens leuk bij wilden aanhaken. Dit doen we ook niet omdat mijn voorganger heeft gezegd dat in 2011 winst gemaakt mag worden. Nee, het probleem speelt gewoon. Ik had het zojuist al over de samenhang in de zorg en over de verbindingen die tussen de eerste lijn en de tweede lijn aan het ontstaan zijn. Heel concreet speelt het rondom ParkinsonNet. Ook speelt het bij verticale integratie. Maar ook van verbindingen tussen de fysiotherapeuten en de academische ziekenhuizen heb ik voorbeelden. Als men naar een gemeenschappelijke organisatie wil, mag er geen winst uitgedeeld worden in de ziekenhuizen en de verpleeginrichtingen. Het mag wel bij de kraamhulpen, bij de fysiotherapeuten en bij de huisartsen. De eerste lijn vormt geen probleem. Wij staan dus domweg voor de vraag welk regime we hanteren. We hebben gezamenlijk voor de keuze gestaan en hebben bepaald dat we het in ieder geval over één ding eens moeten zijn. Besturen moeten gevrijwaard blijven van zeggenschap over vitale onderdelen van de zorg op het moment dat aandeelhouders aan zet zijn. Zo meteen kom ik terug op de vraag hoe ver je hierin moet gaan en in hoeverre je kunt aansluiten bij de structuurvennootschap. Maar daar waren we het snel over eens. Zodra we het daarover eens zijn, hebben we meteen een titel om in sferen als de thuiszorg, waarin commercie op dit moment gewoon is toegestaan, grenzen te stellen rondom de zeggenschap, die wij van betekenis vinden. Wij hebben dit Europeesrechtelijk laten toetsen. Dit kan inderdaad. Ik ben er eigenlijk wel zeker van dat het Europeesrechtelijk vrijwel onmogelijk is om winstuitdeling morgen te verbieden waar het nu toegestaan is.

Ik wil nog op een laatste punt wijzen. Naar ik vernomen heb, vestigt een Duits instituut op het gebied van oncologie zich binnenkort in Nederland. Neem van mij maar aan dat dit instituut mede van vermogen wordt voorzien door een private markt in Duitsland, waar dit wel is toegestaan. Die zaken gaan dus ook spelen. In hoeverre zijn je handen op je rug gebonden als een ziekenhuis in Nederland van mening is dat het ook aan zet is, maar voor kapitaal aangewezen is op een bank? Mevrouw Leijten heeft er gelijk in dat het traditionele beeld van de bank niet meer klopt, als verstrekker van een lening van zoveel miljoen euro, terwijl het rentepercentage voor 30 jaar vaststaat. Dat gebeurt niet meer. Rentepercentages staan voor korte perioden vast en ook banken kijken intensief mee met raden van bestuur en raden van toezicht. Wie dus het idee heeft dat er iets vreemds gebeurt als aandeelhouders gaan meekijken met de exploitatie, even afgezien van de vitale onderdelen, gaat uit van een beeld van de bank dat echt gedateerd is. Ook wil ik niet dat er een monopoliepositie ontstaat voor een paar banken die in Nederland de zorg financieren, zodat een zorginstelling altijd is aangewezen op de huisbank, die vervolgens alleen maar geld geeft op voorwaarde dat de instelling gaat fuseren. Dan hebben we ook precies op het punt van zeggenschap het een en ander verloren. Ergo, monopolieposities lijken me nergens goed. Mevrouw Leijten ziet haar gelijk bevestigd. Monopolieposities lijken me nergens goed, noch in de zorg, noch in de financiële wereld.

De **voorzitter**: Dit was de algemene inleiding van de minister. Ik stel voor dat we verder gaan met de staatssecretaris, die zal spreken over de governance.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dat lijkt me prima, maar ik neem aan dat bijvoorbeeld het onderwerp loondienst wel terugkomt. Er is een aantal dingen gezegd die niet alleen voor mij, maar ook voor anderen wel interruptiegevoelig zijn.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Voorzitter. Met zijn algemene opmerkingen heeft de minister mij de woorden uit de mond genomen. Daaruit blijkt maar weer hoe eensgezind wij zijn in de analyse die hieraan ten grondslag ligt. Meer maatschappelijke inbedding, minder gerichtheid op alleen prestatie en omzet, meer gerichtheid op het primaire proces, meer tegenmacht, meer invloed voor zorgvragers, meer transparantie in de kwaliteit en meer vertrouwen zijn noodzakelijk.

Mevrouw Wiegman vroeg of we niet kunnen uitgaan van meer wederkerigheid. Dat sprak mij zeer aan. Maar helaas heb ik de afgelopen twee jaar zeer tegen mijn zin meer uren dan mij lief was gestoken in organisaties die dat vertrouwen geschaad hebben. Daarvoor wordt wetgeving gemaakt. Daarom nemen we nu een aantal maatregelen, waarvan ik hoop dat we ze niet vaak hoeven te gebruiken. Ik ga er ook van uit dat instellingen die hun zaakjes goed op orde hebben, er niet mee geconfronteerd kunnen worden, omdat ze het vertrouwen al waard zijn. De minister heeft alle problemen genoemd die ten grondslag aan deze brief liggen. Je ziet dan dat er niet een eenduidige oplossing is. Er is geen panacee voor alle kwalen. Daarom sluiten de diverse maatregelen die in de brief staan ook op elkaar aan. Mevrouw Sap zei een beetje gekscherend dat er zoveel problemen zijn en dat er maar zo weinig wetgeving is. Dit probleem is ook niet alleen met wetgeving op te lossen. Dat doen we voor een deel door de wet aan te passen. Voor een deel doen we dit ook door het stimuleren van zelfregulering. Voor een deel doen we dit ook door financieringsstructuren te veranderen, door tegenmacht te organiseren, soms ook door een morele oproep te doen en soms ook door een combinatie van maatregelen te nemen. Een voorbeeld daarvan is een combinatie van zelfregulering en wetgeving. Dit past precies bij de visie op governance die ten grondslag ligt aan de brief. Deze gaat uit van een eigen verantwoordelijkheid voor bestuur en toezicht, van checks and balances en dus van macht en tegenmacht en van verantwoording, van democratische besluitvorming met stakeholders en van een transparante verantwoording tegenover alle partijen die daar direct bij betrokken zijn.

Op het terrein van governance zijn drie specifieke onderdelen aan de orde gekomen in de termijn van de Kamer. Zijn de maatregelen die wij treffen voldoende om de leden van de raden van bestuur en leden van de raad van toezicht aansprakelijk te stellen voor misstanden die wij constateren? Worden professionals daarbij voldoende gehoord? Mevrouw Leijten vroeg hiernaar. Ja, zou ik zeggen. Wij willen juist de bestuurder die tekortschiet aansprakelijk maken voor de vergoeding van de schade die als gevolg van het falend bestuur is opgetreden. Dat betekent inderdaad dat er meer ruimte moet komen, maar waar men misbruik maakt van die ruimte, ook meer strengere maatregelen. Men zal dit dus voelen. Wij zullen dit in de Wcz opnemen, met een aantal specifieke taken en bevoegdheden van bestuurders en raden van toezicht. Een van de elementen die ten grondslag aan deze hele operatie liggen, is een gebrek aan duidelijkheid over wie waarvoor verantwoordelijk is. Dat gaan we expliciteren, met de daarbij behorende verantwoordelijkheden en met de consequenties die optreden als men daarvan misbruik maakt. We gaan bestuurders en toezichthouders dus verplichten om financiële en kwaliteitsproblemen soms te melden. Indien bestuurders zich niet aan die verplichtingen houden, zijn zij direct

aansprakelijk. De nieuwe maatregel houdt verder in dat de norm van artikel 2.9 uit het Burgerlijk Wetboek ook van toepassing wordt op de leden van de raad van toezicht. Dit zijn kortom allemaal manieren om een succesvolle aansprakelijkheidstelling bij wanprestaties te vergroten. Hiermee zijn we overigens ook nu al bezig.

Mevrouw Agema verwees specifiek naar Winnersway. Dinsdag bij het spoeddebat hebben we het daarover ook gehad. Ook toen heb ik al verwezen naar de uitbreiding van het bestuurlijke handhavingsinstrumentarium in de wetgeving op het gebied van de volksgezondheid. Die wet ligt momenteel bij de Eerste Kamer. Deze wet bepaalt dat we een bestuurlijke boete kunnen opleggen bij een strafbare gedraging, bijvoorbeeld als een calamiteit niet wordt gemeld of een verslag over de kwaliteit van zorg niet wordt ingeleverd. Kortom, we zijn bezig en zullen ook verder vormgeven aan de duidelijkheid over de verdeling van de verantwoordelijkheden en de aansprakelijkheid die daarbij hoort.

Op het terrein van governance zijn er nog twee thema's waarover veel Kamerleden het hebben gehad. Het ene thema is de governancecode en het maximum aantal nevenfuncties dat men kan hebben. Het andere thema is de positie van de cliëntenraad. Ook gezien de tijd wil ik mijn bijdrage over governance tot deze thema's beperken. Misschien is het goed om voor het onderwerp governance en zelfregulering nog even terug te pakken naar 2005, toen de brancheorganisaties, dus alle aanbieders in de zorg, de zorgbrede governancecode hebben vastgesteld, met daarin opvattingen over goed bestuur, toezicht en verantwoording van zorgorganisaties. Met ingang van 2006 is deze code van kracht geworden. In januari van dit jaar is de code geëvalueerd. De code zal worden aangepast. Wij vinden het goed als de sector zelf maatregelen neemt. Want waar zij laat zien dat zij haar verantwoordelijkheid aankan en dat zij er serieus werk van maakt, is het minder noodzakelijk om wetgeving op te tuigen en alles wat daaraan vastzit, zoals zeer precieze voorschriften en eventuele administratieve lasten. Het is, kortom, goed als men zelf het initiatief neemt.

Tegelijkertijd kiezen wij er ook voor om een aantal taken en bevoegdheden van het bestuur, de raad van toezicht en de cliëntenraad al wettelijk te verankeren, bijvoorbeeld omdat een aantal onderwerpen in de code ontbreken, de code niet juridisch afdwingbaar is, het «pas toe of leg uit»-beginsel het mogelijk maakt om van de code af te wijken en niet alle aanbieders bij de code zijn aangesloten. Dit zijn allemaal redenen om onderdelen in wetten op te nemen. Anderzijds zijn er ook redenen om dit niet te doen. Zelfregulering kan ook voordelen hebben, bijvoorbeeld omdat dit de bestuurders scherp houdt, omdat je ervan uit mag gaan dat maatwerk nodig is, omdat omstandigheden misschien veranderen, omdat er misschien een uitzondering mogelijk is. Wij verwachten dat in de governancecode een aantal onderwerpen wordt geregeld die niet in de Wcz zijn opgenomen, zoals de werving van bestuursleden en van leden van de raad van toezicht, de taakverdeling van bestuursleden en van leden van de raad van toezicht, de informatievoorziening tussen bestuur en raad van toezicht en, inderdaad, het aantal nevenfuncties van leden van de raad van toezicht. Ik heb gezegd dat de code in januari van dit jaar geëvalueerd is. 78% van de zorgorganisaties waarvan de jaardocumenten zijn geanalyseerd geven aan dat zij de code nu al naleven. Het is wel van belang dat de code en de naleving ervan verder verbeterd worden. Daarom is men bezig met een herziening van de code.

We hebben vernomen dat de veldpartijen wel bezig zijn met een discussie over nevenfuncties, maar dat er in de code nog geen maximum voorzien is in het aantal nevenfuncties. Wij hebben er sterk op aangedrongen om wel een maximum vast te stellen. Gisteren is er naar de organisaties een brief uitgegaan, waarin is verzocht om alsnog een regel voor het maximum vast te stellen. Daarbij is het getal genoemd van een maximum van vijf nevenfuncties, zoals ook gehanteerd wordt in de code-Tabaksblat.

Ik meen dat het de heer De Vries was die zojuist zei dat bestuurders in de zorg ook op andere onderdelen graag naar de financiële markten kijken en dat zij dit daarom ook hierbij zouden moeten doen. Net als hij vind ik het jammer dat deze bestuurders zich zo richten op de financiële markten. Maar laten zij dat dan ook doen wat betreft het maximum aan nevenfuncties. Ze zouden geen knip voor de neus waard zijn als zij niet zelf in staat zouden zijn om tot een goede regeling te komen. Maar ook bij deze regeling is maatwerk nodig. Ik heb er dus vertrouwen in dat men een code kan vaststellen. Dan zijn er nog heel veel momenten om dit nader met elkaar te bespreken, maar ik wil hier niet op vooruitlopen. Ik vind het principieel de verantwoordelijkheid van de sector om daarover onderlinge afspraken te maken.

Er is een aantal vragen gesteld over medezeggenschap. Deze vragen gaan specifiek over de positie van cliëntenraden. De heer Van der Veen vroeg bovendien naar de relatie met de gemeente. De heer Van der Vlies is zojuist vertrokken, maar ik vind dat hij het zojuist wel treffend formuleerde. De medezeggenschap moet versterkt worden, maar moet ook niet dusdanig geprofessionaliseerd worden dat cliëntenraden op de stoel van bestuurders gaan zitten. Want dan krijg je weer onduidelijkheden in de verantwoordelijkheid. Een van de boodschappen die wij tegenover de sector uitdragen, is dat zij zich meer bewust moet zijn van haar verantwoordelijkheid en zich daaraan moet houden. Als dat heel schimmig wordt, worden we er met z'n ons allen niet beter van. Dat neemt niet weg dat wij vinden dat de positie van de cliëntenraden versterkt moet worden en dat er meer overleg moet zijn met gemeenteraden.

De fracties van de PvdA en de VVD hebben gewezen op de positie van de gemeenteraden. Wij stellen vast dat de gemeente bij meerdere zorginstellingen belangen heeft en ook bij één zorginstelling meerdere belangen kan hebben. Die belangen kunnen strijdig zijn met het belang van de kwaliteit van zorg. Ik denk dat het daarom van belang is om gemeenten geen doorslaggevende invloed te geven. Er zou een rare vermenging van verantwoordelijkheden optreden als gemeenten die niet financieel verantwoordelijk zijn voor een instelling, wel beslissingsbevoegdheid zouden hebben, want ook zij horen niet op die stoel thuis. Het is wel van belang dat gemeenten in het proces voorafgaand aan belangrijke beslissingen goed worden betrokken. Bij fusies bijvoorbeeld zullen zorgaanbieders daarom worden verplicht tot het opstellen van een fusie-effectrapportage. Daarover moeten zij met belanghebbenden, waaronder de gemeenten, het gesprek aangaan. Die moeten daarbij worden betrokken. Daarnaast kunnen gemeenten bij de aan de NMa gemelde voorgenomen fusie een zienswijze afgeven. Gemeenten die in hun rol als zorginkoper voor de Wmo betrokken zijn bij een voorgenomen fusie, zullen op grond van de eerder aangekondigde beleidsregel van de minister van Economische Zaken in de toekomst door de NMa expliciet worden uitgenodigd om een zienswijze te geven. Wij regelen in het Wetsvoorstel maatschappelijke onderneming dat lokale overheden als belanghebbende inspraak kunnen krijgen en dus op die manier invloed kunnen uitoefenen op het beleid van een zorgaanbieder. Overigens zijn we ook op andere terreinen druk bezig om de relatie tussen gemeenten en zorgaanbieder te versterken, met name wat betreft de relatie tussen AWBZ- en Wmo-zorg. We hebben geleerd van de Meavita-casus, wat betreft het uitwisselen van informatie bij instellingen die in problemen zijn. Bij Meavita ging het zowel over AWBZ-zorg, waar zorgkantoren aan zet waren, als over gemeenten die gebruikmaakten van Meavita in het kader van huishoudelijke hulp. De enorme vermenging van functies kwam eigenlijk te laat bij ons op het bureau. Er wordt afgesproken dat over en weer veel meer samengewerkt moet worden. We zijn ook in gesprek met de VNG en met BZK over de eventuele mogelijkheden van een steunfaciliteit voor de Wmo. Maar daar gaan we ook weer niet al te gemakkelijk mee om. Gemeenten zijn namelijk onder andere verantwoordelijk voor de

prijzen in de huishoudelijke hulp. Zij dienen daarvoor dus ook de verantwoordelijkheid te dragen.

De medezeggenschap van cliënten in zorginstellingen is het volgende onderwerp. Ik denk dat we het er allemaal over eens zijn dat die positie versterkt moet worden en ook, zoals uit onderzoek blijkt, dat een versterking van de positie van cliënten bijdraagt aan betere zorg. Uit een onderzoek van Stichting Cliënt & Kwaliteit blijkt ook dat zorgaanbieders waarover cliënten meer dan gemiddeld tevreden zijn, zorgaanbieders zijn waar de cliëntenraad goed voor de belangen van de cliënt opkomt. Kortom, de medezeggenschap moet niet exclusief een taak van de raad van toezicht blijven. De cliëntenraden hebben daar een belangrijke rol bij. Hoe moet dat dan? De heer De Vries verwees naar de motie-Willemse-van der Ploeg, die oproept tot versterking van de positie van cliëntenraden door een instemmingsrecht bij overdracht of fusie van een instelling met een andere instelling, dan wel door vaststelling of wijziging van het beleid terzake en een onafhankelijk budget. Beide onderdelen worden in de wetten opgenomen. We voeren de motie dus uit. Dan speelt nog de discussie over de vraag of cliënten instemmingsrecht moeten hebben bij de gebonden voordracht bij een lid van de raad van toezicht. Wij zijn van mening dat ten behoeve van het verkrijgen van helderheid over de verdeling van de verantwoordelijkheden, de cliëntenraad niet over de benoeming van een persoon zou moeten gaan, maar wel instemmingsrecht zou moeten hebben ten aanzien van het profiel van bestuursleden en van het toezichthoudend orgaan. Dat betekent dus dat de positie van de cliëntenraad wel versterkt wordt, maar dat er niet één persoon in de raad van toezicht alleen voor de cliënten moet spreken. Wij vinden namelijk dat de hele raad van toezicht de belangenbehartiging van cliënten als integrale afweging zou moeten maken.

De cliëntenraad krijgt dus instemmingsrecht. Hoe ziet het eruit als een cliëntenraad niet instemt met een besluit waarover hij instemmingsrecht krijgt? Hij krijgt dit recht namelijk niet alleen ten aanzien van het profiel, maar ook ten aanzien van onderwerpen die raken aan het dagelijks leven van de cliënt. Daarbij denk ik bijvoorbeeld aan zorgleefplannen, aan zaken die dichtbij zijn en die met het leven en de ervaringen van de cliënt te maken hebben. Het gaat bijvoorbeeld niet om de besluitvorming over kapitaallasten. Dat ligt heel ver weg. Daarbij spelen financiële afwegingen een rol. Naar mijn idee zou je cliëntenraden daarmee niet moeten opzadelen. Als een cliëntenraad niet instemt met een besluit op alle onderdelen waarop hij instemmingsrecht krijgt, kan de zorgaanbieder het besluit niet doorvoeren, behalve als een commissie van vertrouwenslieden oordeelt dat de cliëntenraad zich onredelijk opstelt of dat er andere zwaarwegende belangen zijn om een besluit toch uit te kunnen voeren. De eisen aan een commissie van vertrouwenslieden worden in de WCZ aangescherpt. Organisaties van cliëntenraden en organisaties van zorgaanbieders hebben dan een gelijke stem in het bepalen van de samenstelling van de commissie van vertrouwenslieden. Naar ons idee biedt dat een goede basis om verantwoordelijkheden niet door elkaar te laten lopen, om de positie van cliëntenraden te versterken en om ervoor te zorgen dat bij thema's die cliënten direct raken, die te maken hebben met de kwaliteit van de woonomgeving en met de ervaren kwaliteit van leven, maatregelen uit te voeren. Zo voeren we ook de motie-Willemse-van der Ploeg wat betreft de financiering uit. In de Wcz zal namelijk worden geregeld dat de zorgaanbieder de cliëntenraad onvoorwaardelijk de middelen ter beschikking moet stellen die de cliëntenraad redelijkerwijs nodig heeft ten behoeve van de werkzaamheden. De cliëntenraad moet het budget ramen, een werkplan maken en een begroting indienen bij de zorgaanbieder. Conform de motie hebben wij al aan cliëntenraden en aan organisaties van zorgaanbieders gevraagd om afspraken te maken over de financiering van cliëntenraden. Naar ik heb begrepen, is een modelfinancieringsregeling voor cliëntenraden in een vergevorderd stadium. Ook daar

zie je dus weer een wisselwerking tussen zelfregulering en wetgeving. In de conceptregeling, die wij al hebben mogen inzien, zijn objectieve normen opgenomen voor onder andere scholing en ondersteuning en coaching van de cliëntenraad. Ik heb er dan ook het volste vertrouwen in dat men daarmee een aantal stappen kan zetten om de tegenmacht te vergroten en de positie van cliënten te versterken. Voor zover ik goed heb geluisterd, zijn op het terrein van governance geen specifieke vragen over de care gesteld. Ik wil het hierbij dus laten.

Mevrouw **Agema** (PVV): De staatssecretaris sprak zojuist vrij gemakkelijk over het aansprakelijk maken in geval van wanprestaties. Maar ik heb wel twee vragen. De ene vraag heeft betrekking op de bestuurlijke boete. Volgens mij is in een amendement van de heer De Vries opgeroepen om deze boete te verdubbelen. Mijn fractie heeft daar destijds tegen gestemd, omdat een bestuurlijke boete maar al te gemakkelijk van het algemene instellingsbudget afgetrokken wordt en dus weggehaald wordt bij de mensen die zorg nodig hebben, niet bij de uiteindelijk verantwoordelijken. Mijn tweede vraag is wat haar reactie is als de sector aansprakelijk wordt. We hebben tijdens de hoorzitting gehoord dat de sector, die zo goed voor zichzelf kan zorgen, dan gewoon een verzekering afsluit. Hoe gaat de staatssecretaris dat ondervangen? Heeft zij daar al over nagedacht?

Staatssecretaris **Bussemaker**: De bestuurlijke boete is een fors bedrag. Ik meen dat deze oploopt tot €33 000. Voor zover mij bekend is, kun je niet vaststellen dat dit altijd individueel betaald moet worden. Dat kan wel bij individuele aansprakelijkheid. Daarom heb ik dit zo nadrukkelijk toegevoegd. Dit maakt de individuele bestuurder en toezichthouder namelijk individueel en persoonlijk aansprakelijk voor het falen van zijn of haar functioneren. Die zaken moeten in verhouding tot elkaar worden gezien. Het is altijd mogelijk dat bestuurders zich verzekeren. Maar ik denk wel dat het van belang is dat ook een vonnis waarin een bestuurder wordt aangesproken, buitengewoon onaangenaam is. Ik denk ook dat een verzekeraar daar strikte voorwaarden aan zou willen en kunnen stellen. Het lijkt me goed om het debat hierover met elkaar te voeren als de wetsvoorstellen voorliggen waarin we de individuele aansprakelijkheid willen vormgeven. Over de doelstelling daarvan zijn wij het namelijk niet oneens met elkaar, maar het moet wel zorgvuldig en redelijk gebeuren. Ik zou namelijk niet willen dat het dusdanig scherp wordt geformuleerd dat iedere potentiële bestuurder deze functie liever aan zich voorbij laat gaan. We hebben wel goede bestuurders en goede toezichthouders in de zorg nodig. Anders dan mevrouw Agema ben ik niet van mening dat als je dit door een groep ervaringsdeskundigen laat doen, het vanzelf goed gaat. Wij zijn van mening dat iemand in de raad van toezicht verantwoordelijk moet zijn voor de kwaliteit van de zorg. Maar je hebt ook mensen nodig met kennis van de wetten en van financiën. Je kunt iemand nodig hebben die inzicht heeft in bouwprocessen. Kortom, het moet een evenwichtig geheel zijn.

Mevrouw **Agema** (PVV): De staatssecretaris heeft heel veel woorden nodig, maar zij geeft geen antwoord op mijn vraag. Wat doet de staatssecretaris op het moment dat de sector in volle arrogantie stelt: u kunt ons persoonlijk verantwoordelijk maken, maar wij verzekeren ons daar gewoon voor? Waarom is de staatssecretaris ze geen stap voor? Waarom regelt zij dat niet?

Staatssecretaris **Bussemaker**: Ik kan dit niet zomaar verbieden. Nogmaals, het lijkt mij goed om deze discussie met elkaar te voeren als wij het ook in precisie in de wet vastleggen. Dan kunnen wij de voors en tegens, de precieze modellering ervan en de verhouding ten opzichte van andere wetten goed met elkaar overwegen. Ik denk dat we geen bijdrage aan de zorg leveren als wij af en toe links en rechts uit de heup schieten.

We moeten zorgvuldig kijken naar wat we kunnen en mogen doen ten opzichte van andere wetten. Maar ik ben het ermee eens dat bestuurders meer aansprakelijk gesteld moeten worden. Daarover kan geen onduidelijkheid bestaan.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Ik wil de kans benutten om twee misverstanden recht te zetten. De minister begon in zijn betoog over prestatie-bekostiging. Daar heb ik mij niet tegen uitgesproken. Laat dat helder zijn. Wel heb ik me uitgesproken tegen de link tussen omzet en inkomen en tegen de winstuitkeringen. Vervolgens is het niet zo dat ik in de nota te weinig wetgeving heb gevonden. Mijn punt was dat de nota te weinig concreet is, dat er te veel vooruitgeschoven wordt en te weinig in de planning wordt aangegeven wat er echt gaat gebeuren. Op dat punt krijg ik graag nog een reactie van de minister.

Ik vind dat de staatssecretaris een inconsequente redenering volgt wanneer zij pleit voor meer oog voor het belang van de cliënt in de raad van toezicht. De staatssecretaris zegt dat alle toezichthouders oog moeten hebben voor de klant en dat je er niet iemand speciaal mee kunt belasten. Maar tegelijkertijd doet het kabinet dat zelf wel op het punt van kwaliteit in het bestuur. Het kabinet zegt dat dit heel goed kan samengaan. Het hele bestuur moet oog hebben voor de kwaliteit, maar omdat dit zo belangrijk is, belasten wij er één iemand speciaal mee. Waarom zou die redenering niet ook voor het klantbelang kunnen gelden?

Staatssecretaris **Bussemaker**: Omdat het belang van de kwaliteit van zorg een belang is dat abstraheert van de concrete situatie. In de langdurige zorg moet dat gekoppeld zijn aan normen van verantwoorde zorg en van de inspectie. Ik wil niet dat er een systeem van coöptatie ontstaat of van een «old boys» network. Anderen hebben daar ook op gewezen. Dat kan ook ontstaan – al is dat minder waarschijnlijk – als je cliëntenraden voor laat schrijven of een beslissingsbevoegdheid geeft ten aanzien van een van de leden van de raad van toezicht. De leden van de raad van toezicht moeten zonder last en ruggespraak met iedereen binnen de instelling tot integrale besluitvorming kunnen komen. Zij moeten dus niet een deelbelang binnen de instelling of het belang van een deel van de groep vertegenwoordigen. Omdat het hierbij om zorg gaat, is dat de integrale afweging in het primaire proces, waar iedereen naar moet kijken. En om ervoor te zorgen dat er niet alleen mensen met kennis op het gebied van financiën of bouwen in plaatsnemen, maar dat de zorg centraal blijft staan, hebben we daarvoor gekozen. Door de bevoegdheid aan de cliëntenraad te geven om zich over het profiel uit te kunnen spreken en doordat hij daarover beslissingsbevoegdheid heeft, kan men daarmee zeer dichtbij een kandidaat – of bij verschillende kandidaten, waarom zou het er één zijn? – komen die het integrale belang van cliënten vertegenwoordigt.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Ik deel dat er geen sprake mag zijn van de vertegenwoordiging van deelbelangen, maar ik bestrijd dat als je iemand speciaal vanuit het klantperspectief neerzet, dit per se tot deelbelangen leidt. Ik trek een parallel. Het verhaal van de overheidscommissaris bij de banken is precies hetzelfde. Die commissarissen zitten er om te verzekeren dat het perspectief van de overheid een rol speelt, maar zij moeten primair op het belang van de bank letten. Het kan dus heel goed samengaan. Als de staatssecretaris dat hierbij niet wil toegeven, lijkt het toch alsof zij het perspectief van de klant minder gewicht toekent of dat zij patiënten daarin niet vertrouwt. Dat vind ik jammer.

Staatssecretaris **Bussemaker**: De vergelijking die mevrouw Sap maakt, gaat mank. Haar vergelijking gaat alleen op bij banken die in problemen zijn geraakt en waar een overheidscommissaris is benoemd. Dat zouden

we ook kunnen doen bij een aantal zorginstellingen. Dat hebben we ook overwogen. Maar we gaan niet bij alle zorginstellingen in Nederland een overheidscommissaris benoemen. Ik vind dus dat de vergelijking van mevrouw Sap mank gaat. Volgens mij wordt zij bovendien op haar wenken bediend. De macht van cliëntenraden neemt namelijk absoluut toe ten opzichte van de macht van de raad van bestuur en de raad van toezicht.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik wil opmerken dat de staatssecretaris continu het Wetsvoorstel cliëntenrechten zorg aanhaalt. Dat wetsvoorstel hebben wij als Kamer nog niet eens, maar ondertussen mogen wij niet spreken over de wet over de bestuurlijke aansprakelijkheid, die mogelijk komt. Ik vind dat dit niet klopt. Ik wil nog wel wat zeggen over de bestuurlijke aansprakelijkheid. We kunnen wel in boetes vluchten, maar daar gaat zorggeld mee heen. Ik zou veel liever zien dat we ook eens gaan bepalen wanneer een bestuurder ongeschikt is voor de zorg. Ik vraag de staatssecretaris om hierover haar mening te geven.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Wat mij betreft is het niet verboden om over welke wet dan ook te praten. Maar ik heb een aantal hoofdlijnen genoemd, zowel van het Wetsvoorstel cliëntenrechten zorg als van de onderdelen van de individuele aansprakelijkheid. Omdat er een aantal ingewikkelde juridische zaken in zit, bijvoorbeeld over de vraag of je mensen kunt verbieden om zich te verzekeren tegen eventuele boetes die ze oplopen, lijkt het mij nuttig om het debat hierover met elkaar te voeren bij de bespreking van de wet. Iedereen heeft bijvoorbeeld contractvrijheid en is in principe vrij om een verzekering af te sluiten. Wij kunnen dat niet zomaar verbieden. Maar misschien zijn er andere mogelijkheden om er wel paal en perk aan te stellen. Dat wil ik dan graag doen.

Wanneer is een bestuurder niet geschikt voor de zorg? Dat hangt helemaal af van de zorginstelling. Is dit een academisch ziekenhuis of een kleinschalig lokaal verpleeghuis? Daar worden heel verschillende eisen aan gesteld. Maar het lijkt mij dat iemand in ieder geval moet voldoen aan de eis van betrokkenheid bij de zorg en aan de eis van kennis van zaken. Maar ik ben niet degene die dat tot in detail moet uitwerken. Daarvoor bestaat nu juist een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling. De raden van toezicht benoemen de raden van bestuur.

De **voorzitter**: Ik breng in herinnering dat we de wet nog krijgen en dat we er nog uitgebreid over gaan debatteren.

Mevrouw **Leijten** (SP): We hebben het vandaag ook over hoofdlijnen. Bestuurders die hoofdelijk aansprakelijk worden gesteld of in het verleden hoofdelijk aansprakelijk zijn gesteld voor malversaties, fraude of misstanden in zorginstellingen mogen wat ons betreft niet van de ene naar de andere zorginstelling hoppen. Dat zien we namelijk al te vaak gebeuren. Dat is ook de grote frustratie van de mensen die van de minister het verwijt krijgen dat zij achteraf misschien de verkeerde betrokkenheid tonen. Dan hebben we het wél over een old boys network dat maar doorhopt. Wat ons betreft moet een belangrijk element van de wet zijn dat hier wat aan wordt gedaan. Verder wil ik weten wanneer de wet er is. We zitten er namelijk om te springen.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Mevrouw Leijten spreekt over mensen die bewegen van de ene naar de andere zorginstelling. Ik zou willen dat ik nu al de middelen had om individuele bestuurders aansprakelijk te stellen. Ik ken een paar voorbeelden waarbij VWS dit geprobeerd heeft en zelf ook tegen de wet is aangelopen, omdat het eenvoudigweg niet kon. Laten we er dus eens mee beginnen om dit mogelijk te maken. Daar heb ik inder-

daad ook haast bij. Dat wetsvoorstel ligt nu bij de Raad van State. Als het een beetje meezit, krijgt de Kamer dit voorstel nog dit jaar.

De heer **Zijlstra** (VVD): Laat niet de indruk bestaan dat de VVD-fractie ervoor pleit om gemeentebesturen en gemeenteraden er erg bij te betrekken. Het omgekeerde is waar. Een goede zorgaanbieder zorgt ervoor dat hij met de gemeente gaat spreken, maar dit moet niet door de overheid worden opgelegd. Dat genereert vooral veel regels. Over de aansprakelijkheid van besturen zeg ik: go for it! Maar wanneer is iemand aansprakelijk? Er is een mooie recente casus, het MST. Daar is onderzoek naar gedaan, waaruit heel veel zware conclusies zijn getrokken. Is een raad van bestuur aansprakelijk op het moment dat een misstand plaatsvond? Of is de raad ook aansprakelijk als de leden zijn aangetreden nadat de misstand heeft plaatsgevonden en er een hele tijd hun mond over houden?

Staatssecretaris **Bussemaker**: Op deze belangrijke vraag kan ik niet direct een juridisch antwoord geven. Maar ik snap wel uw overweging. Ben je alleen verantwoordelijk als je op heterdaad betrapt wordt of ook als je zaken waarvan je kennis had, bewust onder de pet hebt gehouden? Het debat over die vraag moeten we voeren op het moment dat het wetsvoorstel er is. Formeel kan natuurlijk alleen een zittend bestuur aansprakelijk worden gesteld voor wat gebeurd is. Je komt hiermee weer terug bij de vraag wat je in wetgeving moet regelen, wanneer je een morele oproep moet doen en wat je overlaat aan de zelfregulering van de bestuurders. Iedere bestuurder die merkt dat er bij zijn instelling in het verleden dingen fundamenteel verkeerd zijn gegaan, moet dit alsnog melden bij de inspectie. Maar ik zou het veel te ver vinden gaan om hem bestuurlijk aansprakelijk te stellen voor de schade. Althans, ik zou dan zelf nooit meer bestuurder bij wat voor zorginstelling dan ook willen worden, en velen met mij. Ik denk dat we dan een heel nieuw probleem met elkaar creëren.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik ben er blij mee dat u ziet waar het probleem ligt. Het onderzoek naar het concrete geval van het MST loopt tot 2003. Wat de VVD betreft, moet ook worden bekeken waarom de IGZ in de periode daarna bepaalde dingen niet heeft gedaan en waarom zittende bestuurders toen geen melding hebben gedaan. Dat hoort bij het serieus nemen van de complete aansprakelijkheid van de keten. Als we dat niet doen, krijgen we vluchtgedrag. Dat willen we voorkomen.

De **voorzitter**: We krijgen nog een apart algemeen overleg over deze zaak.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Bovendien ligt deze specifieke vraag op het terrein van de cure, waarover de minister gaat. Ik heb het hier over een wet gehad en denk dat de heer Zijlstra het wel met mij eens is dat we die wet pas kunnen toepassen als deze ook door de Kamer is goedgekeurd. Daar kunnen we niet incidenteel op vooruitlopen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik wil een mogelijk misverstand wegnemen. De Partij van de Arbeid heeft niet gepleit voor een gemeente met beslissingsbevoegdheid. Ik heb de motie die wij samen met anderen hebben ingediend nog eens nagelezen, maar daar staat niet in dat de gemeente beslissingsbevoegdheid moet hebben. Wij hebben ervoor gepleit dat de gemeente samen met anderen betrokken wordt bij een instelling voor zorg. In de nota en in het antwoord van de staatssecretaris op de vragen daarover valt mij op dat wij nu een heel ingewikkeld systeem optuigen van cliëntenraden die instemmingsrecht hebben en gemeenten die geraadpleegd moeten worden. Ook in de gestelde vragen blijkt die verwarring. Waarom sluiten we niet aan bij een bestaande juridi-

sche structuur, die alle elementen in zich heeft om ook de stakeholders op een juridisch nette plaats vertegenwoordigd te krijgen, te weten de coöperatie? Ik zou graag van de staatssecretaris willen weten waarom ze de coöperatie in haar antwoorden op de vragen over inspraak en bevoegdheden niet genoemd heeft.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Omdat we dat niet dwingend voorschrijven, omdat de minister straks, bij de discussie over verticale integratie, ook zal ingaan op de coöperatie en omdat we het er volgens mij over eens zijn dat er niks dwingend voorgeschreven moet worden als het gaat om de rol van de gemeente. Wel mag je van een zorgaanbieder verwachten dat hij samenwerkt met de gemeente. We hebben ook gezegd dat het mooi zou zijn als een aanbieder een jaarlijkse verantwoordingsdag zou houden, waarbij alle stakeholders betrokken zijn. En volgens mij zie je al vaak dat dat de manier is waarop het gaat en dat gemeenten en zorgaanbieders met elkaar moeten samenwerken, gericht, op lokaal niveau, waarbij het elke keer weer anders is.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het ene misverstand is nu opgelost, maar het andere misverstand is weer terug, namelijk dat we het erover eens zouden zijn dat de gemeente geraadpleegd mag worden en dat dat in de praktijk vanzelf gaat. Maar wellicht kunnen we daar later nog op terugkomen.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Ik heb gezegd dat bij fusies aanbieders verplicht worden tot het opstellen van een fusie-effectrapportage, waar gemeenten bij moeten worden betrokken. Dat betekent ook dat een gemeente een zienswijze kan afgeven. Die zal dan natuurlijk wel een van de criteria vormen bij het al dan niet goedkeuren van een visie.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): De minister heeft een mooi betoog gehouden over hoe de zorg aan de patiënt geregeld en betaald moet worden. De kwaliteit moet betaald worden. Blijft in de toekomst wel het onderscheid bestaan tussen cure en care in de manier waarop je dat doet? Ik vraag de staatssecretaris bovendien of ze wat dieper wil ingaan op het probleem dat ik heb neergelegd. In de ketenzorg, zeker in de AWBZ, bestaat een spanning. Eigenlijk wordt er geprikkeld tot een bepaalde mate van concurrentie, terwijl je juist in de AWBZ veel meer samenwerking zou moeten hebben, omdat het hierbij om langdurige zorg gaat en er niet efficiëntie is te bereiken door mensen op een snelle manier beter te maken.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Mag ik deze vraag tegelijk met de meer specifieke vragen die te maken hebben met continuïteit van zorg en samenwerking beantwoorden? Deze vraag heb ik geparkeerd in het volgende blok.

De heer **De Vries** (CDA): Tegenmacht is nodig in de zorginstellingen. Daarom verbaast het mij zo dat het kabinet afziet van een eerder voorstellen om het voordrachtsrecht voor de cliëntenraad te regelen. De motie hierover is immers unaniem aangenomen in de Kamer. Ook hebben we in de verschillende casussen gezien dat die tegenmacht echt nodig is. Ook de ondernemingsraad heeft een voordrachtsrecht. En waarom zou je cliënten in een andere positie brengen dan de medewerkers? Is het niet nodig dat het coöptatiesysteem wordt doorbroken en dat het profiel waarborgt dat iedereen niet alleen deelbelangen dient, maar uiteindelijk ook het belang van de kwaliteit van zorg voor de totale instelling?

Staatssecretaris **Bussemaker**: Ik heb gepoogd om duidelijk te maken dat wij wel degelijk tegemoetkomen aan de versterking van de positie van

cliënten, door de cliëntenraad instemmingsbevoegdheid te geven bij het profiel, niet bij maar één lid, maar bij alle leden van de raad van toezicht. Daarmee heeft men meer invloed dan wanneer men maar één lid kan benoemen. Maar mensen die in de cliëntenraad zitten, kunnen daarmee wel een integrale afweging maken vanuit het belang van de zorg. Maar ook hierover is natuurlijk nog niet het laatste woord gezegd. Ik ga graag het debat hierover aan met de heer De Vries en met alle anderen, op het moment dat het wetsvoorstel dat dit regelt voorligt.

De **voorzitter**: Ik voorzie dat niet alle vragen voor het einde van de vergadering beantwoord zullen zijn. We zullen zien hoe ver we komen en kunnen ook nog een vervolg-AO plannen.

Minister **Klink**: Ik neem me vaak voor om in steekwoorden te beantwoorden. Dat worden meestal volzinnen die op een gegeven moment niet meer te volgen zijn. Ik ga proberen om het nu beter te doen.

De heer De Vries heeft een vraag gesteld over regeldruk en bureaucratie. Ik ben het met hem eens dat we de administratieve lasten goed moeten bewaken. In hoeverre vergt dat een specifieke toets? Actal kijkt natuurlijk sowieso mee met onze wetten. Een rubricering daarvan krijgt u. Maar ik zei zojuist al dat je beter vooraf, bijvoorbeeld bij een fusie-effectrapportage, alles in kaart kunt hebben. Anders komt de NMa met vele vragen. Dat geeft een heleboel maatschappelijk ongemak, doordat de fusie is aangekondigd en alles nog niet helder blijkt te zijn. Je kunt dus beter voorin zitten. Dat is geen extra toevoeging van administratieve lasten. Ik ben het zeer met de heer Zijlstra eens dat alle stukken over de early warning gewoon bekend zouden moeten zijn bij de raad van bestuur en de raad van toezicht. Dan komt het er niet op aan dat je extra informatie verzamelt, maar dat je op basis van die informatie als minister je vinger opsteekt. En dat is niet een enorme administratieve last.

De aanbevelingen van de heer Lemstra zijn tweeledig. We hadden in het licht van het advies van de commissie-Legemaate al gezegd dat we de Wet BIG gaan aanpassen, in die zin dat er een spoedvoorziening kan komen om schorsing van een bepaalde arts of zorgverlener te vragen. Dat kan gebeuren vanuit het tuchtrecht. Die aanpassing zullen wij snel doorvoeren. Ook komt de relatie tussen het bestuur en de specialist aan de orde in de Wet cliëntenrechten zorg. Ik zeg de heer Zijlstra toe dat ik ga nadenken over een eventueel vervolgonderzoek.

Wanneer zijn de normen voor cruciale zorg gereed? Het veld komt aan het eind van deze maand met normen voor spoedeisende hulp. Deze normen zijn natuurlijk belangrijk omdat het bij de cruciale functies in feite gaat om een zorgaanbod dat gelieerd is aan de spoedeisende hulp. In het verleden werden acht specialismen daarvoor benoemd. Wij zullen voor het einde van het jaar melden welke specialismen noodzakelijk zijn om met de 45-minutennorm gescharnierd te zijn.

We kunnen niet altijd vertrouwen op het vroegtijdig signaleringssysteem van de verzekeraars. Dat is in het verleden ook gebleken. Sommige zaken moeten wel bekend geweest zijn bij verzekeraars, maar werden niet bij ons gemeld. Er bestond ook niet een uitvoerige procedure voor. Maar het zou mooi zijn als men het signaleringssysteem kan vervlechten met het stelsel dat wij in het leven roepen. Wij zullen dan ook van die signalering gebruikmaken.

Gaat het earlywarningsysteem over goed bestuur, dus over zowel kwaliteit als financiën? Ja, het gaat over beide. Het gaat over de solvabiliteit en liquiditeit van de instellingen, over de vraag of er omvangrijke nieuwbouwplannen of fusievoornemens zijn en over de score op de kwaliteitsindicatoren. Dat zijn de eerste indicaties van wat we willen opnemen in de set indicatoren. Als men ten aanzien van deze zaken zwaar in het rood gaat, dient men dit te melden bij inspectie en NZa.

Ik ga verder met het antwoord op de vraag of je voor het faillissement moet ingrijpen, dan wel of je moet laten failleren. Hiermee heeft VWS inmiddels ervaring opgedaan bij de problemen met de IJsselmeer-ziekenhuizen en met Meavita. In beginsel kiezen wij voor faillissement, tenzij er heel akelige dingen gebeuren, dat het personeel wegloopt en dat de belangen van de curator niet parallel lopen met die van de continuïteit van de zorg. Als dat gebeurt, kan het College sanering zorginstellingen op basis van de maatschappelijke effectenanalyse – de Kamer zal de criteria hiervoor ook krijgen – bepalen om toch via een bewindvoerder of anderszins in te grijpen.

Is de NMa nog nodig in de zorg? Onder anderen de heer Zijlstra heeft hiernaar gevraagd. Slechts een kamer van de NMa zou nog actief moeten zijn. Een ander pleidooi is om de NMa buiten beeld te brengen, zodat haar verantwoordelijkheid helemaal komt te rusten bij de NZa. Ik verwijs naar bestaande wet- en regelgeving, waaraan natuurlijk Europeesrechtelijke eisen worden gesteld. De NMa kijkt op dit moment in de breedte naar de fusies. We kennen ook de zienswijze van de NZa en de inspectie. Ik denk dat er nog heel veel water door de Rijn zal stromen voordat deze structuur verandert. Ik zeg daarbij wel dat als de inspectie vindt dat de kwaliteit en de bereikbaarheid in het geding komen bij een fusie, men niet eens toekomt aan een toetsing door de NMa. Want dan mag de fusie sowieso niet doorgaan. Ik kan de specifieke rolverdeling nog wel schriftelijk doen toekomen.

Waarom houden we geen pleidooi voor het coöperatiemodel? Ik zie ook de charme van dit model. Je verenigt ermee binnen een instelling een aantal belangen die niet per se contrair hoeven te zijn, maar waarmee je wel veel winst kunt behalen als je ze kunt schakelen. Dat is het voordeel van een coöperatie. Desalniettemin gaan we deze rechtsvorm niet opleggen. Ook de maatschappelijke onderneming als rechtsvorm komt nog aan de orde in de Kamer. Wellicht valt dan te spreken over bepaalde elementen die in de maatschappelijke onderneming meegenomen zouden kunnen worden. Ik sluit dat niet helemaal uit.

Zijn publieke zaken het beste te waarborgen via het coöperatiemodel? In huisartsenposten wordt dit model al toegepast. Ik denk niet dat je kunt zeggen dat deze rechtsvorm bij uitstek geëquipeerd is om alle publiek belangen te waarborgen. Daarvoor bestaat de regelgeving die wij de Kamer in het kader van de maatschappelijke onderneming hebben toegezonden. In het kader van de winst in de zorg kennen wij ook zeggenschap toe aan de raad van toezicht en vrijwaren we de raad van toezicht van beïnvloeding door derden. Dit kunnen namelijk ook anderen zijn dan aandeelhouders. Op die manier creëren we de publieke waarborgen. Wat vind ik van de coöperatie van het Vlietland Ziekenhuis en DSW? Ik gaf zo-even al aan wat volgens mij de aandachtspunten zullen zijn van de NZa en de NMa, zonder een oordeel in deze specifieke casus te vellen. Dat komt mij op dit moment gewoon niet toe.

De heer De Vries heeft een vraag gesteld over de wetgeving rondom private kapitaalverschaffers. De minister van Justitie en ik streven ernaar om halverwege 2010 het wetsvoorstel naar de Kamer te zenden. Ik voeg tegenover de heer De Vries en zeker ook tegenover De heer Van der Veen toe dat het, ook met betrekking tot de reguleringszekerheid, van belang is dat een aantal zaken helder geworden is rondom de kapitaallasten en wellicht zelfs rond de prestatiebekostiging. Nog even afgezien van de formele structuur die wij kiezen zijn dit de voorwaarden, materieel gezien, voor iedereen die geld wil steken in een ziekenhuis. Voor deze investeerders is het goed om te weten hoe het gaat met de kapitaallasten en de prestatiebekostiging. Dat is precies het punt waarop mevrouw Wiegman wees. Anders gaan de onzekerheden van ziekenhuizen of andere zorginstellingen over op de kapitaalverschaffers. Dit speelt ook bij de banken. De heer Van der Veen wees daar terecht op.

Willen de externe kapitaalverschaffers überhaupt nog investeren? Ik laat dit najaar een onderzoek doen waaruit duidelijk moet worden onder welke voorwaarden men überhaupt bereid is om te investeren. Ik gaf al aan dat wat wij hebben neergelegd behoorlijk in lijn is met de structuurvennootschap. Daarvoor gelden namelijk ook bepalingen, zoals dat boven een bepaalde investering, bijvoorbeeld van 25%, de aandeelhouders geen zeggenschap hebben. Zo zijn er meer voorwaarden verbonden aan de structuurvennoot die sterk lijken op wat wij hier neergelegd hebben. Daarmee wil ik maar zeggen dat we de verhoudingen tussen de zeggenschap van de aandeelhouder en van het bestuur nog niet hebben vastgelegd. We zullen verkennen welke mogelijkheden zich daarbij aftekenen, onder één belangrijke conditie, namelijk dat de kwaliteit van de zorg en de bereikbaarheid gewaarborgd worden. De zeggenschap op die fronten zal gewaarborgd moeten zijn.

Je zou eisen kunnen stellen aan de solvabiliteit en aan de rentabiliteit. Daar kwam de NVZ mee. Ik wil daar met een open blik naar kijken. De NVZ gaf bijvoorbeeld ook aan dat je de winstuitkering zou kunnen maximeren, in samenspel met de criteria voor rentabiliteit en solvabiliteit. Daar wil ik ook open naar kijken. Want in de maximering zit natuurlijk ook een zekere waarborg voor degenen die snel winst willen maken. Ik wil wel één ding aantekenen, meer in algemene zin: als u het boekje van de heer Teulings en de heer Van Ewijk leest, zult u zien dat de bancaire crisis niet is veroorzaakt door de aandeelhouders. Deze crisis heeft er integendeel alles mee te maken dat leden van de raad van bestuur niet goed met hun eigen bank omgingen, in de hoop dat er aandeelhouders waren. Dit gaf hun vervolgens een titel om met bonussen en extra inkomsten uit de voeten te kunnen. Dat lag dus niet aan de structuur als zodanig, maar aan de manier waarop de leden van de raden van bestuur en de raden van toezicht ermee omgingen. Maar deze discussie zal nog uitvoerig worden gevoerd, schat ik zo in.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik begrijp dat de crisis aan het samenspel heeft gelegen.

Minister **Klink**: Dat is ook mijn vraag aan de heer Van Ewijk. Kun je de bankencrisis helemaal losmaken van de context? Dat lijkt mij toch ook een beetje problematisch. Daar geef ik de heer Van der Veen gelijk in.

Wanneer komt de SER met het advies naar aanleiding van de motie-Vos, over de marktwerking? De SER heeft laten weten dat hij begin 2010 met het advies komt.

Laten wij de bewindvoerder via de rechter aanstellen? Dat zou waarschijnlijk een enorme vertraging betekenen. Het moet natuurlijk snel gebeuren, want je hebt niet voor niets een bewindvoerder. Maar we kunnen bekijken in hoeverre er nog een plek is voor een juridische interventie door de rechter.

Is objectief te bepalen wanneer ingrijpen na een faillissement evident nadeliger is? Het College sanering zorginstellingen zal hiernaar gaan kijken op basis van een toetsingskader, de maatschappelijke effectenanalyse die ik heb genoemd. Dat kader moet wel zo veel mogelijk geobjectiveerd worden. Het zal altijd van de specifieke casus afhangen. Zo-even gaf ik een paar criteria, die u overigens ook in de brief vindt.

Ik dank mevrouw Wiegman voor haar opmerkingen over de regelingszekerheid en over de lessen die wij geleerd hebben. Dat lijkt me heel belangrijk, zoals ik al zei.

Wat is de rol van de overheid? Ik mag de Kamer geen overheid noemen, maar wel degene die de overheid controleert. Hoewel, juristen zijn het oneens over de vraag in hoeverre je de formele wetgever tot de overheid moet rekenen, zoals zij het over bijna alle dingen onderling oneens zijn. Maar dat terzijde. Wat is de rol van de overheid? Publieke belangen zitten hem in de inzichtelijkheid van de kwaliteit van de zorg en ook in de betaal-

baarheid van de zorg en van de structuren. Daarom had ik het over de samenhang in de zorg en vroeg ik mij af in hoeverre het zo gelukkig is dat wij alles rond de AWBZ en de Zvw hebben opgeknipt. Het is ook een taak van de overheid om structuur en lijn aan te brengen in de continuïteit van de zorg. Maar ook de bereikbaarheid is een taak van de overheid. Die was in het kader van de Zvw nog onvoldoende belegd. Dat proberen we nu wel te doen, in de vorm van systeemfuncties, een earlywarningsysteem en interventies, als die noodzakelijk mochten zijn.

Ik zal zeker nog terugkomen op de vraag wie de eigenaar van het ziekenhuis is. Ik stel namelijk voor dat wij naar aanleiding van dit debat met een procesbrief komen, waarin staat wanneer wij wat gaan doen. Deze procesbrief bevat annotaties, waarin wij nader ingaan op de punten die vandaag aan de orde zijn geweest. Dan kunnen wij op basis van de inhoudelijke annotaties nog een keer met elkaar spreken, natuurlijk voor zover de Kamer dat wenst. Dan kunnen we de bijdragen uit de Kamer meenemen in de wetsvoorstellen, die in de procesbrief geschetst worden.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik zie ook wel dat we dit debat vandaag niet afronden. Maar als onder een procesbrief verstaan wordt dat wij een brief krijgen waarin staat wanneer wat komt, zonder dat we nu kunnen overzien wanneer wat komt, dan heb ik daar wel moeite mee. Er is minimaal een aantal onderwerpen waarover, in ieder geval volgens mij, vóór de begrotingsbehandeling veel meer duidelijkheid zou moeten bestaan. De toezegging van een procesbrief met wat annotaties komt op mij dus wat vaag over.

Minister **Klink**: Ik wil graag aangeven wanneer de Kamer welke wetsvoorstellen kan verwachten, dan wel wanneer we op grond van huidige regelgeving al kunnen overgaan tot het implementeren van een earlywarningstelsel. Ik zal die brief vergezeld laten gaan van annotaties, waarin wij onze reactie op de inbreng van de Kamer geven, zodat daarover tussen het kabinet en de Kamer nog een behoorlijk inhoudelijk debat kan worden gevoerd. Dat nemen we vervolgens mee bij de verdere invulling van de wetgevingstrajecten. We hopen dat we dan twee dingen kunnen scharnieren. Het proces komt niet tot stilstand. Daar kunnen we mee verdergaan. Ondertussen kunnen we wel voldoende ruimte, tijd en gelegenheid geven om de inbreng van de Kamer volledig mee te nemen in de voorbereiding van de wetten. Dat laatste bedoel ik met de nodige ernst. Ik zie de heer Van der Veen erg bedenkelijk kijken, waardoor ik geneigd ben dit heel langzaam uit te spreken.

De **voorzitter**: Wanneer verwacht de minister de procesbrief aan de Kamer te kunnen sturen?

Minister **Klink**: Vóór 1 oktober krijgt de Kamer de brief.

De ontvangende partij van het signaal over de early warning is de NZa. De NZa of het College sanering zorginstellingen neemt vervolgens een besluit: wordt een zorginstelling al dan niet gevolgd of wordt zelfs een bewindvoerder in het leven geroepen? Die beslissingen zijn nogal ingrijpend. De vraag naar de ontvangende partij is dus niet zomaar een willekeurige vraag, maar is een vraag naar de bevoegdheden en naar de waarborgen. Daar gaan we in de nadere voorstellen uitdrukkelijk op in. Maar ik signaleer dit wel. Dit moet redelijk goed geobjectiveerd kunnen worden. Anders krijgen we willekeur, en dat kan echt niet.

Wat is de taakverdeling tussen de NMa, de IGZ en de NZa? De staatssecretaris en ik stellen de zorgfuncties samen die vitaal zijn voor de continuïteit en de bereikbaarheid van de zorg. De NZa en de IGZ bepalen in de concrete situatie of die daadwerkelijk in gevaar zijn. Het College sanering zorginstellingen besluit of er moet worden ingegrepen. De NZa gaat eventueel over een steunaanvraag. Veel scharniert rondom de vraag wat het

College sanering zorginstellingen gaat doen. Dat heeft namelijk nogal wat implicaties voor de betreffende instellingen.

Tegen mevrouw Wiegman zeg ik nog dat de IGZ rondom de fusietoets gaat bekijken in hoeverre de kwaliteit en de bereikbaarheid aan de orde zijn. Als die in het geding zijn, is van een voorstel in de richting van de NMa überhaupt geen sprake. Ook dat besluit van de inspectie is nogal verstrekkend. Dat realiseer ik me. Ook daarbij zullen wij naar de juridische waarborgen moeten kijken.

Mevrouw Wiegman heeft gevraagd of de omstandigheid dat meerdere toezichthouders fusietoezicht houden, geen recept voor problemen is. Daarbij komt natuurlijk weer de trits van IGZ, NMa en NZa om de hoek kijken. Daar zullen wij ongetwijfeld nog een keer over komen te spreken. Ik heb de indruk dat de heer De Vries, die al een amendement in zijn zak heeft, ook op dit punt nog wel wat wil.

Mevrouw Wiegman maakte zeer terecht de opmerking dat er een spanning bestaat tussen de ketenzorg en de opvatting van de NMa. Grote zorggroepen betekenen ook aanmerkelijke marktmacht. Als zorggroepen integraal gecontracteerd dienen te worden door zorgverzekeraars, in hoeverre kun je dan nog kiezen? De NMa is bezig met het opstellen van een toetsingskader voor zorggroepen. Dit kader zal ter consultatie aan het veld worden voorgelegd. De NZa onderzoekt momenteel wat de effecten van zorggroepen zijn op de aanmerkelijke marktmacht. Daar kom ik vrij binnenkort al bij de Kamer op terug.

Kan privaat kapitaal samengaan met maximalisatie van cliëntwaarde? Deze vraag kan ik beantwoorden voor zover wij intern onderzoek hebben kunnen doen en naar het buitenland hebben kunnen kijken. In Zweden heeft de regering in het verleden – ik meen dat die toen door de sociaaldemocraten werd gevormd – vastgelegd dat ziekenhuis x privaat kapitaal kan aantrekken en aan winstuitdeling kan doen. In Engeland heeft de regering onder Tony Blair hetzelfde gedaan. Zij hebben dit nauwgezet gemonitord. In Zweden tekende zich een kostenreductie van 5% af. Die trad niet alleen op bij de private instelling, maar ook bij de publieke en non-profitinstellingen, doordat zij een concurrent kregen die het beter deed. Dit is een beetje het spiegelbeeldige van wat Obama wil. Hij wil een publieke instantie in het leven roepen. Vanuit zijn optiek valt daar veel voor te zeggen. Daarmee kan scherp worden ingekocht. In Amerika is Medicare daar zeer vaardig in. Scherp inkopen houdt in ieder geval de private partijen scherp. Dat mag ook gebeuren, neem ik aan.

In Zweden hebben ze een privaat ziekenhuis in het leven geroepen om de publieke, c.q. maatschappelijke ziekenhuizen scherp te houden. Het CPB concludeert ook dat dit publiek-private conglomeraat het hele stelsel scherper maakt. Dat is in ieder geval de uitkomst van wat in Duitsland en in Zweden is gebeurd en wat Tony Blair ook in Engeland hoopt te bereiken. Vaak wordt gedacht dat in Amerika de halve wereld commercieel is. Maar ongeveer 16% is er profit. De rest is non-profit. Maar ze houden elkaar wel scherp.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Minister Klink werkt de vragen in de volgorde van de sprekers af. Een paar vragen van mij zijn nog niet beantwoord.

De **voorzitter**: Laat dat maar aan mij over. De minister gaat verder. Aan het einde van het overleg zullen we bekijken wat is blijven liggen.

Minister **Klink**: De vraag van de heer Zijlstra is ingevoegd in de set antwoorden op vragen van de heer Van der Veen.

De heer **Zijlstra** (VVD): We weten dat we te weinig tijd hebben voor alle vragen. Daardoor is straks een deel van de vragen maar beantwoord. We weten in ieder geval zeker dat de vragen van alle collega's die links van

mij zitten, niet aan bod komen. Er zijn heel fundamentele vragen neergelegd over onder meer de rol van de zorgverzekeraar. Tijdens een volgend debat zullen sommigen denken: ik heb mijn pakje binnen. Er komt een brief met alle uitwerkingen. We kunnen nog tien minuten ons dingetje doen. Ik stel voor om het debat nu af te ronden. Als het kabinet de antwoorden op alle vragen degelijk en keurig op schrift zet, hebben alle partijen het helder op een rijtje. Anders wordt het volgende debat erg moeilijk.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik stel voor dat deze brief vóór 1 oktober bij ons is.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik steun het voorstel zeer, want dit wordt afrffelwerk. Op 1 oktober hebben we zowel de antwoorden als de procesbrief. Dan moeten we zo snel mogelijk na 1 oktober een AO over dit onderwerp beleggen.

De **voorzitter**: Daar gaan wij zelf over. Dat regelen wij in de procedurevergadering. Ik verzoek de minister om de vragen te beantwoorden die in de resterende tijd kunnen worden afgehandeld.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Ik hoef nog maar een paar heel korte vragen te beantwoorden. Misschien helpt het als ik dat nu doe.

Minister **Klink**: Ik weet niet of ik ook een procedurevoorstel mag doen. Ik zie een variant. In de komende week of in de komende weken geven we een vervolg aan dit algemeen overleg. Als de Kamervragen beantwoord moeten worden voor 1 oktober, zal dit kort, wel duidelijk, moeten gebeuren. Anders hebben we te weinig tijd.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik vond die 41 pagina's geen plezier. Hoe korter, hoe beter.

Minister **Klink**: Dan verwijzen we korthedshalve naar de brief.

De **voorzitter**: Ik stel voor dat de minister nu nog kort antwoord geeft op een aantal vragen. Dan hoeven die niet meer schriftelijk afgehandeld te worden.

Minister **Klink**: Dat gaan we doen.

De heer Van der Veen, de heer De Vries en de heer Zijlstra hebben een vraag gesteld over de rol van de zorgverzekeraar. In hoeverre is deze rol onderbelicht gebleven, zo vragen zij. Ik zei al waarom de verzekeraars weliswaar een rol zouden kunnen spelen in het earlywarningsysteem, maar wij hun niet een positie geven, noch de verplichting om te melden. Een zorginstelling is niet van hen.

Waarom geven wij de verzekeraars geen rol met betrekking tot de instandhouding van de ziekenhuizen die in problemen komen? Dat is een vrij fundamenteel punt. Twee zaken spelen hierbij een rol. Wij verwachten eigenlijk dat dbc's of zorgzwaartepakketten in een ziekenhuis of zorginstelling een toereikende financiering opleveren om de integrale zorginstelling in de benen te houden, op zo'n manier dat deze min of meer concurrerend is naast de andere ziekenhuizen en niet te duur wordt voor verzekeraars. Tegelijkertijd verwachten wij van sommige ziekenhuizen dat zij spoedeisende hulp blijven leveren. Die kan duur zijn. De specialismen voor spoedeisende hulp kunnen ook duur zijn. Dat kan komen doordat een ziekenhuis het slecht doet. Dan heb je het over mismanagement of mindermanagement. Specialismen kunnen ook duur zijn doordat het aantal geopende dbc's ontoereikend is om de vaste kosten van de spoedeisende hulp te dekken. Als een verzekeraar vindt dat een bepaald ziekenhuis ondoelmatiger is dan andere ziekenhuizen, en als de verzekeraar

liever deze zou contracteren, moet je een verzekeraar dan vragen om overmatig te investeren in het ondoelmatige ziekenhuis? Dat doen we niet. Daar hebben wij de beschikbaarheidsvergoedingen voor. Die roepen we niet voor niets in het leven. Anders zou je als verzekeraar concurrentienadeel hebben op het moment dat je toevallig veel ziekenhuizen hebt met een spoedeisende hulp. Tot zover ging het dus over ziekenhuizen die duur zijn door ontoereikende dbc's. Een ander probleem is dat een verzekeraar een ziekenhuis te duur kan vinden doordat het management ontoereikend is. Dan moet een verzekeraar kunnen bepalen dat hij geen zaken meer doet met het ziekenhuis. Of hij moet erop kunnen duwen, opdat het ziekenhuis goedkoper wordt.

In beide gevallen kun je een verzekeraar niet de zorgplicht opleggen om de betreffende instelling met extra kosten in leven te houden. Daarom werken wij met beschikbaarheidsvergoedingen en komt er een earlywarningsysteem. Ik wil niet dat het departement of de NZa in the end voor de kosten opdraait. Dus komt er een extra verantwoordelijkheid bij de raden van bestuur en de raden van toezicht te liggen. Zij moeten melden als het misgaat, en als het misgaat kan het zijn dat de NZa en het College sanering zorginstellingen ingrijpen. Ik voeg mij bij de woorden van de staatssecretaris dat dit niet betekent dat je achterover gaat leunen. Je krijgt als een raad van bestuur wel een erg grote rode kaart als je een early warning moet geven, zeker op het moment dat je geconfronteerd wordt met een interventie van het College sanering zorginstellingen.

Waarom heb ik deze vraag zo uitvoerig beantwoord? Omdat ik daarmee in ieder geval een van de kernpunten heb kunnen beantwoorden. Als dit op schrift gesteld zou moeten worden, betekent het extra werk voor de mensen die rechts van mij zitten. Andere zaken kunnen puntiger worden beantwoord.

Ik kom op de vraag over medisch specialisten in loondienst. Ik weid kort uit over iets wat mij zeer aan het hart gaat. Als wij alleen voor verrichtingen betalen, zeker bij prestatiebekostiging, wordt het aantrekkelijker, zeker als een zorginstelling in problemen komt, om de productie op te voeren. Gisteren hebben wij het over dotteren gehad. Er tekent zich een praktijkvariatie af rondom amandelen, astma, en verwijzen naar de tweede lijn. Daar krijgen we gaandeweg wat inzicht in, op gemeentelijk niveau. In sommige gemeenten wordt drie keer zo vaak verwezen naar de tweede lijn voor behandeling als de richtlijn indiceert en als gemiddeld genomen plaatsvindt. Het kan natuurlijk zijn dat in die regio toevallig veel mensen met een longaandoening wonen, maar dat is onwaarschijnlijk. Er is dus inderdaad beïnvloeding van de kant van degenen die doorverwijzen, c.q. behandelen. Zeker als een ziekenhuis constateert dat zijn productie en inkomsten teruglopen, kan het zijn dat een zekere aanjaagfunctie ontstaat. Dat moeten wij vermijden. Dat kan doordat de zorgverzekeraars met degressieve tarieven gaan werken. Dat kan ook doordat praktijkvariatie inzichtelijk wordt gemaakt, zodat patiënten, doorverwijzers en de instelling weten dat er waarschijnlijk overbehandeling plaatsvindt. Overbehandeling is duur en is voor de patiënt nooit goed. Ik zou ook wel eens willen weten in hoeverre een en ander samenhangt met de dbc-structuur, die op dit moment separaat betaald wordt. Separaat betekent hierbij dat specialisten, op basis van de dbc's, via uurtarieven en normtijden, per aparte behandeling betaald krijgen. Ik zou willen weten in hoeverre dit in andere ziekenhuizen minder gebeurt. Ik wil dit in beeld brengen en vervolgens met de Kamer de discussie over loondienst nog eens voeren.

Ik zeg dit uiteindelijk om één relevant punt: ik wil geen ziekenhuizen die produceren. Ik wil ziekenhuizen die kwaliteit leveren. Dit hangt vaak van de samenhang van de zorg af. Dbc's heten niet voor niets een diagnosebehandelcombinatie. Dbc's zijn dus niet enkelvoudige verrichtingen, maar bieden een totaalpakket. Dat is al een verbetering ten opzichte van het verrichtingenstelsel. Tegelijkertijd blijft gelden dat ik de dbc's in samen-

hang van zorg geleverd wil zien. Wellicht brengt loondienst betere resultaten met zich mee dan de structuur die we nu kennen. Deze verkenning wil ik onbevangen doen, vanuit het leidmotief waarmee de heer Van der Veen begon: de kwaliteit van zorg moet leidend zijn, niet de inkomsten, de opbrengst, de productie of de omzet.

De **voorzitter**: Ik stel voor dat we hiermee dit overleg beëindigen. De staatssecretaris heeft gezegd dat ze nog heel kort het woord zou willen.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Ik heb alleen een procedurele opmerking gemaakt. De vragen over continuïteit van zorg op het terrein van de AWBZ zijn zeer beperkt. Die kan ik goed schriftelijk afdoen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Wat is de status van dit AO? Het is halverwege gestopt, zou je kunnen zeggen. Er is ook nog geen tweede termijn geweest. Kunnen we het AO nu schorsen?

De **voorzitter**: Mag ik een voorstel doen, mijnheer Van der Veen? Ik was daarmee bezig, maar wilde de staatssecretaris nog even de gelegenheid geven om haar zegje te doen. Het volgende stel ik voor aan de geachte afgevaardigden. Wij ontvangen voor 1 oktober een procesbrief, met daarin een overzicht van bestaande wetten en wetten die nog naar de Kamer komen. Daarin staan ook een reactie en antwoorden op wat vandaag gewisseld is. De antwoorden op de vragen die nog liggen, zullen kort zijn. Direct na 1 oktober zullen wij weer een volwaardig overleg houden. Dat is mijn voorstel aan de commissie.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik heb een opmerking voor de staatssecretaris. Als in de brief inderdaad maar een paar puntjes staan die de Kamercommissie als niet relevant beoordeelt, dan zal de staatssecretaris geen uitnodiging ontvangen voor het overleg. Als we de antwoorden relevant vinden, is zij van harte welkom.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Ik vraag de minister om in zijn procesbrief een helder schema op te nemen, met alle stappen en het tijdsplan. Ik vraag de minister ook om ons te laten weten wanneer het onderzoek naar specialisten in loondienst dat de minister overweegt te doen afgerond is en wat daarvan de planning is.

De **voorzitter**: Hebt u nog iets in te brengen, mevrouw Leijten?

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik ga de procedurevergadering nu niet houden. Laten we dat gewoon doen als we de brief hebben.

De **voorzitter**: Heeft iemand nog een op- of aanmerking? Ik constateer dat dit niet zo is. Ik bedank beide bewindslieden en hun ambtenaren, het publiek en de geachte afgevaardigden en sluit de vergadering.