

Voorzitter

om de juridische aspecten goed te kunnen bestuderen, want het is natuurlijk niet zomaar iets. Overigens onderschrijf ik het spoedeisende karakter. Toch wil ik ook dat de regering de ruimte krijgt om de juridische aspecten te onderzoeken.

Mevrouw **Van der Laan** (D66): Op basis van de overwegingen van de heer Van der Vlies kan ik mij goed voorstellen dat het verstandig is om de zaken te splitsen. Het gaat er nu om dat de boot de haven wil binnengaan. Dat is een andere discussie dan die over de vraag of de beperkte vergunning had mogen worden verleend. De urgentie zit natuurlijk niet in die vergunning ± daarover kunnen wij ook over een week debatteren ± maar in het binnenvaren van de haven. Het is een kwestie van internationaal recht, maar vooral van Europees recht, namelijk het vrije verkeer van personen. Daarover kunnen wij wat mij betreft ook met de staatssecretaris van Europese Zaken spreken. Het gaat erom dat er iemand van de regering is: de regering spreekt uiteindelijk met één mond.

Mevrouw **Arib** (PvdA): De schriftelijke vragen gingen inderdaad vooral over het niet toelaten van het schip tot de Portugese wateren. Ik kan mij voorstellen ± maar nu kijk ik collega Tonkens even aan ± dat het overleg over het andere aspect op een ander moment plaatsvindt. Het is op dit moment urgent dat wij van de regering horen welke acties zij van plan is te ondernemen om de mogelijkheid tot varen te bespoedigen. Als zij dat niet van plan is, wil ik daarvoor graag een keiharde argumentatie horen. Van verschillende kanten horen wij dat er internationale afspraken zijn om boten toe te laten. Alleen als een boot een bedreiging vormt voor de veiligheid of als er wapens aan boord zijn, mag de toegang worden geweigerd. Beide gevallen zijn niet aan de orde, dus ik denk dat hier zeker sprake is van traineren. Ik zeg niet dat de regering dat doet, maar er zijn in Portugal actiegroepen bezig om de boot tegen te houden. Dat lijkt mij geen goede zaak.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Ik ben bereid om het onderwerp te splitsen. Ik wil dan wel dat het overleg over dat andere aspect ook op korte termijn plaatsvindt. Dat

hoeft niet deze week, maar dan wel volgende week, in ieder geval voor de algemene beschouwingen.

De **voorzitter**: Ik stel voor, aan het verzoek van mevrouw Arib te voldoen en af te wachten of wij de antwoorden van het kabinet voor 16.00 uur binnenkrijgen. Zijn die antwoorden toereikend, dan hoeft er geen spoeddebat plaats te vinden. Een spoeddebat zou om 18.00 uur kunnen plaatsvinden, maar dan alleen over het onderdeel dat als urgent is aangemerkt, dus niet een bredere discussie.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik neem aan dat daarbij alleen een bewindspersoon van Buitenlandse Zaken aanwezig zal zijn, zodat wij niet in de verleiding komen om het onderwerp te verbreden.

De **voorzitter**: Ik denk inderdaad niet dat wij het heel breed moeten trekken. Wij moeten inderdaad een bewindspersoon van Buitenlandse Zaken uitnodigen. Dat wordt waarschijnlijk de minister, maar dat gaan wij nog bekijken.

Mevrouw **Van der Laan** (D66): Zal het debat in de plenaire zaal plaatsvinden of wordt het een spoed-AO?

De **voorzitter**: Het debat zal plenair plaatsvinden. Het tijdstip hangt mede af van het debat dat zo meteen zal plaatsvinden.

Overeenkomstig de voorstellen van de voorzitter wordt besloten.

Aan de orde is de behandeling van:
- **het wetsvoorstel Vereenvoudiging van het stelsel van overheidsbemoedienissen met het aanbod van zorginstellingen (Wet toelating zorginstellingen) (27659).**

De algemene beraadslaging wordt geopend.

□

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Voorzitter. De fractie van GroenLinks was en is van mening dat dit wetsvoorstel nog niet door de Kamer kan worden behandeld, omdat nog onduidelijk is wat daarin precies wordt geregeld. Het is slechts een

geraamte waaraan later pas vlees en bloed komt. De minister vindt het nog slechts de taak van de overheid om de ondergrens van toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid te bewaken, maar waar die ondergrens uit bestaat, vertelt hij ons nog niet. Er ontbreekt nog een beleidsvisie, zoals overigens ook de fracties van CDA en VVD in hun schriftelijke inbreng hebben aangegeven. Het ontbreekt aan de criteria op basis waarvan instellingen worden toegelaten tot de markt. Dit zijn overigens criteria die de minister wil vaststellen via beleidsregels zodat de Kamer er niet aan te pas komt. De GroenLinks-fractie is van mening dat het politieke debat bij uitstek hoort te gaan over deze criteria en dan niet alleen over spreiding, maar ook bijvoorbeeld over wachttijden. De GroenLinks-fractie wil dan ook dat de criteria worden opgenomen in de beleidsvisie. Bovendien ontbreken nog twee belangrijke AMvB's, namelijk inzake winsttoegemerk en bouwregime. De fractie van GroenLinks vraagt de minister daarom met klem om vóór de behandeling van de tweede termijn de ontbrekende AMvB's en de beleidsvisie naar de Kamer te sturen. Wij willen namelijk ook daarover nog een indringend debat kunnen voeren.

Eigenlijk is nu nog maar één ding helemaal duidelijk en dat is dat zorginstellingen voortaan winst kunnen maken. Daardoor wordt de zorg efficiënter en goedkoper, denkt de minister. Als directeuren van zorginstellingen winst mogen maken, dan gaan zij en hun personeel harder lopen, veronderstelt de minister. Nu vraag ik de minister het volgende. Gaat u zelf harder lopen als u winst mag maken? Stel: u mag vanaf morgen winst maken als minister. Zou u dan harder gaan lopen en zou uw personeel ook harder gaan lopen? Zou u een betere minister zijn als u winst mocht maken? Zo ja, dan hebben wij een gemanteelde minister. Zo nee, waarom denkt de minister dan dat zorgverleners wel harder gaan lopen als zij winst mogen maken?

De fractie van GroenLinks is niet tegen winst maken in het algemeen. Op de markt van consumptiegoederen kan winst inderdaad tot efficiëntieverhoging leiden. Als het gaat om de zorg en het openbaar bestuur, zien wij grote problemen. In de zorg kun je winst maken door iets aan te bieden waar veel kapitaal-

Tonkens

krachtige klanten voor zijn. Neem bijvoorbeeld heup-, oog- en knieoperaties. Welke zorgaanbieder ziet echter winst in thuiszorg in Oost-Groningen met een lange reistijd en weinig patiënten? Met thuiszorg in de grote stad valt immers veel meer winst te behalen. Het winsttoegmerk kan dus leiden tot efficiëntie, maar dan wel via afroaming van de best betalende klant en de goedkoopste ziekten. Erkent de minister dit gevaar van afroaming? Kan hij garanderen dat dit zich niet voordoet? Kan hij garanderen dat er voldoende zorgaanbod blijft voor complexe zorg, zeldzame ziekten en dunbevolkte gebieden?

Als over vier jaar blijkt dat mensen in Oost-Groningen vier jaar moeten wachten op thuiszorg omdat bijna niemand het daar wil leveren, wat zegt de minister dan? Ik weet al wat hij dan zegt. Hij zegt dan dat de zorgverzekeraar een zorgplicht heeft. Er is alleen helemaal geen maximum wachttijd voor zorg. De GroenLinks-fractie is daar wél voor en hopelijk de minister ook. Dat vragen wij hem toch nog maar een keer. Is hij bereid om dat te regelen in de toelatingscriteria? Als hij geen maximum wachttijd regelt, kan een verzekeraar zeggen "ik lever wel thuiszorg, maar het duurt alleen even, namelijk vier jaar". De minister zegt misschien dat de GroenLinks-fractie spoken ziet, maar kan hij garanderen dat het niet gebeurt? Zo nee, dan zijn het geen spoken maar reële gevaren. Iets algemener gesteld: wat nu als allerlei zorg niet of nauwelijks beschikbaar is omdat er geen winst mee te behalen is? Wat gaat de minister dan doen? Gaat de overheid die zorg dan leveren? Dat kan, maar dan halen de winstzoekers de krenten uit de pap en blijft de overheid met de pap zitten. De zorg in zijn geheel is dan niet meer goedkoper en efficiënter. Als de overheid voor de moeilijke en dure patiënten opdraait, is de efficiencywinst in zijn geheel teniet gedaan. Graag hierop een reactie van de minister.

Afroaming is niet het enige bezwaar van de GroenLinks-fractie tegen het toelaten van winsttoegmerk. Ik vroeg de minister of hij harder ging lopen als hij winst mocht maken. Ik heb die vraag ook gesteld aan veel mensen in de zorg en het antwoord was doorgaans "nee". Mensen in de zorg gaan niet harder lopen als er winst wordt gemaakt. Zij werken namelijk niet in de zorg omdat er winst wordt

gemaakt, maar zij worden over het algemeen gedreven door immateriële motieven. Zij gaan harder lopen als zij meer mogelijkheden zien om mensen gezond te maken en om pijn en lijden te beperken. Innovatie, betere samenwerking, meer opleidingsmogelijkheden en betere kwaliteitszorg zijn zaken waar mensen in de zorg harder van gaan lopen en dus efficiënter van gaan werken. Het idee dat zij harder gaan lopen voor winst, vinden veel mensen in de zorg ronduit beledigend. Erkent de minister dat en vindt hij ook niet dat wij die immateriële motivatie moeten prikkelen?

Om winst te maken, moet er sprake zijn van keiharde financiële concurrentie. Die concurrentie brengt iets met zich mee waar men voorstanders van winst maar weinig over hoort, namelijk faillissementen. Faillissementen en dreigingen daarvan horen bij het winstmotief. Men maakt winst door elkaar uit de markt te drukken. Straks liggen er dus mensen in ziekenhuizen en verpleeghuizen die bijna failliet gaan. Dat gebeurt nu ook een enkele keer, dat geef ik toe. Als dit wetsvoorstel werkelijkheid wordt, hoort het er echter helemaal bij. Dan ligt mijn moeder, ik hoop pas over tien jaar, in een verpleeghuis dat failliet dreigt te gaan. Het personeel loopt weg, want wie wil er nou werken in een failliete boedel. De kwaliteit van de zorg gaat daardoor sterk achteruit. Pyjama-dagen worden heel gewoon.

Als het verpleeghuis vervolgens echt failliet gaat, is mijn moeder dakloos. Erkent de minister dat dit erbij gaat horen en, zo ja, vindt hij dat wenselijk? In hoeverre kunnen wij de minister erop aanspreken als dit over tien jaar daadwerkelijk gebeurt? Of zegt hij dan dat hij er niet over gaat en dat de zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn voor het zoeken van een plek in een ander verpleeghuis? Leg maar eens aan mensen uit dat u niet gaat over zulke cruciale zaken. Er wordt veel gesproken over vertrouwen en wantrouwen in politiek en bestuur. De fractie van GroenLinks denkt dat een wet als deze bijdraagt aan de ondermijning van dat vertrouwen. De minister introduceert grote risico's zonder dat hij zelf aanspreekbaar is op de gevolgen ervan. Wat is zijn reactie hierop?

Wij zien nog meer grote risico's. Voor het maken van echte winst is concurrentie nodig. Dat weet

iedereen. Er zijn dan in Oost-Groningen minstens twee ziekenhuizen nodig. Het is echter al nauwelijks mogelijk om er één gaande te houden. Hoe wil de minister dat organiseren? Hoe verhoudt de noodzaak tot concurrentie tussen ziekenhuizen zich tot de noodzaak van regionale spreiding van ziekenhuizen?

Wij maken ons ook zorgen over de samenhang en de samenwerking en wij staan daarin niet alleen. Volgende week mag ik spreken op een groot congres over kindergeneeskunde dat gebrek aan regionale regie als hoofdthema heeft. Men heeft er nu al last van dat jeugdzorg, de GGD en kinderartsen zo langs elkaar heen werken. Dat probleem kan alleen worden opgelost door iemand de regie te geven. De minister geeft echter niemand de regionale regie. Hij laat de partijen elkaar doodconcurreren. Dat staat haaks op regionale samenhang en samenwerking. De fractie van GroenLinks begrijpt niet waarom de minister de eis om een regiovisie te formuleren die oorspronkelijk in het wetsvoorstel stond, heeft laten vallen. Die eis garandeerde weliswaar geen regionale regie, maar wel regionale samenwerking.

De minister stelt dat men vanzelf wel gaat samenwerken. Hoezo? Waarom zouden partijen die elkaar dood moeten concurreren nou gaan samenwerken. De minister zal waarschijnlijk zeggen dat de zorgverzekering hen daartoe zal dwingen, maar die verzekeraars concurreren ook met elkaar in hetzelfde gebied. Niemand heeft dus straks de regie en niemand bewaakt de samenhang. Dat is duur. Het is efficiëntieverlagend. Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO heeft becijferd dat ziekenhuizen door betere samenwerking en samenhang 20% kunnen besparen. Als zij die zaken niet op orde hebben, zijn zij dus 20% te duur. Dit wetsvoorstel doet niets om samenwerking en samenhang te bevorderen. Waarom is dat niet het geval? Erkent de minister dat hij de zorg hiermee onnodig duur maakt?

Het winstmotief bevordert wel het uitbesteden van taken aan lager of niet opgeleiden. Toevallig doet men dat in Engeland al een tijdje in het kader van efficiency, marktwerking en kostenbesparing. De minister neemt meestal de Engelse gezondheidszorg als voorbeeld van gebrek

Tonkens

aan marktwerking. De marktwerking is daar echter inmiddels al behoorlijk ingevoerd. In een modern Londens ziekenhuis is bijvoorbeeld het transporteren van patiënten van een operatiekamer naar een zaal uitbesteed aan een commercieel bureau. Dat is goedkoper en dus efficiënt. Het bureau huurt namelijk geen verpleegkundigen in, maar kruiers omdat die geen opleiding hebben en dus goedkoper zijn. De kruiers mogen de mensen echter niet aanraken. Als er iets misgaat, kan het bedrijf daar immers juridisch voor worden vervolgd. Dat is duur en vraagt om een grote verzekering. Dat mag dus niet. Het aanraken van patiënten is verboden. Het gevolg hiervan is dat patiënten vaak lang moeten wachten tot er een verpleegkundige beschikbaar is. Het betekent ook dat een verpleegster in haar eentje iemand moet tillen die te zwaar is terwijl de kruiers er werkloos naast staat. En het betekent dat een patiënt zichzelf maar van zijn bed naar bijvoorbeeld een rolstoel moet verplaatsen. Als hij valt, mag de kruiers de patiënt nog steeds niet aanraken en moet hij hem dus laten liggen.

Dit staat allemaal in het recente boek "Hard work" van de Britse journaliste Pauline Thornbey. Hieruit blijkt dus dat het allemaal goedkoper kan, maar kan de minister garanderen dat het dan niet ten koste van de patiënt en van de medemenselijkheid gaat? Of zegt hij: "Wie winst wil maken, moet daar niet van wakker liggen." De wet bevatte oorspronkelijk geen winstmotief; de minister heeft het via de derde nota van wijziging toegevoegd. Hij heeft het wetsvoorstel niet opnieuw aan de Raad van State aangeboden, want hij vindt het geen ingrijpende wijziging. Wij vinden dit onbegrijpelijk en wij willen hier graag een nadere toelichting op. De Raad van State was overigens sowieso erg kritisch over het wetsvoorstel, maar de minister heeft zich daar weinig van aangetrokken. Ook daarop graag een nadere toelichting.

Ten slotte een vraag over de wetten die door deze nieuwe wet buiten werking worden gesteld. Wat betekent deze wet voor het klachtrecht en voor de medezeggenschap van cliënten? Worden de WMCZ en de WMKZ voor instellingen met winststoemerk buiten werking gesteld? Zo ja, welke alternatieve regelingen voor medezeggenschap

en klachtrecht stelt de minister dan voor?

Voorzitter. Ik heb nog veel meer vragen, maar ik hoop dat die aan de orde kunnen komen als ik de informatie heb gekregen die ik in het begin heb gevraagd. Dan kunnen wij het debat voortzetten.

□

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Voorzitter. De Wet ziekenhuisvoorzieningen is door velen betiteld als een Sovjetsysteem in de gezondheidszorg, als de basis van Moskou aan de Nieuwe Gracht. Ondanks de grote ontevredenheid met deze wet is het tot nu toe niet gelukt om haar te vervangen. De Wet voorzieningen gezondheidszorg, haar opvolger, heeft de Kamer in 1982 aangenomen, maar die is nooit ingevoerd. Daarna volgden nog vele pogingen, de laatste was de Wet exploitatie zorginstellingen (WEZ), die met een groot aantal wijzigingen is omgezet in de wet die wij nu bespreken. En zoals steeds bij de behandeling van het zorgstelsel geldt ook hier de vraag of het er nu eindelijk van gaat komen.

De CDA-fractie vindt het van belang dat de patiënt de benodigde zorg kan krijgen. De overheid heeft daartoe drie kerntaken: de fysieke bereikbaarheid, de financiële bereikbaarheid en de kwaliteit van de zorg. Wetten toetsen wij op deze punten. De bereikbaarheid van de zorg is belangrijk; ze heeft in de Kamer tot de nodige discussie geleid en ongetwijfeld zal er nog meer discussie volgen. Volgens de nieuwe wet gaat de minister een beleidsvisie en beleidsregels maken. Maar hoe zal hij nu afdwingen dat het veld deze regels ook uitvoert?

Een voorbeeld. Stel dat het IJsselmeerziekenhuis besluit, de locatie Emmeloord te sluiten of dat het Medisch Spectrum Twente besluit om de locatie Oldenzaal slechts voor dagverpleging te gebruiken, hoe kan de minister dit dan met de nieuwe wet in de hand tegenhouden? Of stel dat een ziekenhuis als 't Lange Land in Zoetermeer een aantal IC- en CCU-bedden in gebruik heeft, maar dat het die niet allemaal gebruikt, omdat het dat te duur vindt. Of stel dat een oudere patiënt met een hersenbloeding wordt aangemeld bij het ziekenhuis in Vlaardingen, dat weet dat het aantal verpleeghuis-

plaatsen beperkt is en dat deze patiënt dus moeilijk over te plaatsen is. Het ziekenhuis geeft dus aan dat het geen bedden meer vrij heeft, zodat de ambulance verder moet rijden. Gaat de minister dan ingrijpen omdat het ziekenhuis zijn lege bedden beschikbaar moet stellen?

Mevrouw **Kant** (SP): Mag ik uit uw vraagstelling afleiden dat u vindt dat de minister moet kunnen ± blijven ± ingrijpen?

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Dat klopt, wij vinden dat de minister moet kunnen ingrijpen als de bereikbaarheid, de financiële bereikbaarheid of de kwaliteit van zorg niet gegarandeerd is. Dit zijn voor ons drie kernwaarden uit de Grondwet die de minister moet garanderen. Als hij de wet wil aanpassen, dan is dat uitstekend, maar dan wil ik wel heel concreet weten hoe het werkt. Daarom wil ik weten hoe de minister dit gaat aanpakken. Als wij de wet veranderen, maakt hij er dan ook gebruik van? Wij zijn het dus vermoedelijk eens.

Mevrouw **Kant** (SP): Inderdaad. Als de minister volgens de wet in ieder geval de mogelijkheid heeft om in te grijpen, zou de Kamer hem daartoe kunnen verzoeken of misschien zelfs dwingen.

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Precies. Ik denk dat het een heel goede zaak is en dat wij graag met u van die gelegenheid gebruikmaken. Dus nogmaals de vraag aan de minister: op welke wijze is dat met deze wetswijziging mogelijk en hoe geeft hij dat in de praktijk concreet vorm? Als het met het wetsvoorstel niet mogelijk is, zal de minister het dan alsnog aanpassen voordat wij het in deze Kamer aannemen?

De kwaliteit van zorg is voor ons ook van belang. Bij de WZV, de Wet ziekenhuisvoorzieningen, geldt dat men geen toestemming geeft voor de bouw en wordt alleen de maximale oppervlakte bepaald en de luxe beperkt. Zo worden volgens de norm bij verpleeghuizen nog steeds geen tv's op de kamer toegestaan, terwijl in gevangenissen elke gevangene zijn eigen tv heeft. De CDA-fractie ziet graag dat de bouwnormen evenals nu bij het Bouwbesluit minimale normen zijn en geen maximale normen. Indien bijvoorbeeld twaalf verstandelijk

Vietsch

gehandicapten een kamer delen moet volgens ons de minister kunnen ingrijpen. In de discussie over grote meerbedskamers, die de afgelopen tijd is gevoerd, bleek dat met de huidige wetgeving de minister alleen instellingen kan aanmoedigen om te bouwen, maar dat de minister eigenlijk met lege handen staat. Op welke wijze kan de minister door de huidige wetwijziging ingrijpen in schrijnende situaties? Indien de bouwnormen minimale normen zijn, moeten zij dan worden opgenomen in deze wet of eigenlijk in de Kwaliteitswet? Of moeten zij evenals voor gevangenis worden opgenomen in het Bouwbesluit, waarbij de gemeente toetst of voldaan wordt aan de minimale eisen? Hoe is de afstemming tussen deze wetten en welke rol heeft het ZBO College bouw daarbij? Om te voorkomen dat wij de hele kerstboom van de bouwregelgeving die onder de WTZi komt te hangen, staan wij op een voorhangprocedure bij de AMvB's zodat wij tot eenvoudige en eenduidige regelgeving komen.

In het voorgaande heb ik de vraag gesteld op welke wijze de minister via de nieuwe wetgeving kan ingrijpen. Daarmee komt inderdaad het spanningsveld tussen overheid en de instelling, de minister en de raad van toezicht en de raad van bestuur tot uiting. Stel er zijn misstanden in een ziekenhuis of wij vinden dat er misstanden zijn in een ziekenhuis, stel de leden van de raad van bestuur krijgen een absurd hoog salaris of ziekenhuizen, zoals in het Gooi, besluiten te fuseren waardoor patiënten minder keus hebben. Is de wetgeving dan voldoende gewijzigd om een situatie zoals bij het IJsselmeerziekenhuis te voorkomen? Op welke wijze kan de minister in de toekomst door de onderhavige wetwijziging ingrijpen in de raad van toezicht en de raad van bestuur en hoe verhoudt zich dit tot de mogelijkheid dat er instellingen komen met een winstoogmerk? Toezicht en bewaking van kwaliteit wordt dan nog belangrijker. Wij zien graag dat in de AMvB verwezen wordt naar de diverse codes, zoals de code Tabaksblat. Gezien het belang dat wij eraan hechten, hechten wij ook aan een voorhangprocedure bij deze AMvB evenals bij de andere AMvB's die in de wet worden genoemd. Ook willen wij

graag uitgelegd zien hoe de AMvB zich verhoudt tot de bevoegdheden van de Zorgautoriteit en de NMa.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Mevrouw Vietsch refereert aan de code Tabaksblat. Zoals zij ongetwijfeld weet, is die inmiddels ook wettelijk verankerd. Pleit zij er ook voor om de ziekenhuiscodes, de health care governance code ± alles heet tegenwoordig governance code ± wettelijk te verankeren in een aparte AMvB?

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Ja. De minister heeft eerder toegezegd in het kader van deze discussie dat wij de WTZi zullen gebruiken voor good governance. De AMvB herken ik, maar ik wil de AMvB alleen terugzien. Ik vind de discussie zo belangrijk dat ik zeg dat die ook in de Kamer moet worden gevoerd en dat het niet alleen in een AMvB los van de Kamer geregeld moet worden.

Mevrouw **Kant** (SP): Wij hebben heel veel discussies gevoerd over de beloningsstructuur voor de top van de ziekenhuiswereld. Vooral het ziekenhuis in Emmeloord is daarbij veelvuldig als voorbeeld gebruikt. Nu komt er ook een AMvB over de bestuursstructuur van een instelling, waarbij getoetst wordt of die op orde is. Je zou daarbij ook de beloningsstructuur kunnen betrekken. Als absurd hoge beloningen mogelijk zijn in een ziekenhuis, zou je geen toestemming kunnen geven voor toelating. Wat vindt u van de suggestie om in de AMvB op dit punt iets op te nemen?

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Ik denk dat het goed is om naar codes te verwijzen. Je moet natuurlijk niet elk ziekenhuis tot de laatste cent het salaris van de directeur voorschrijven, maar dat zult u ook niet willen. Ik ben het er helemaal mee eens en dat vind ik ook het goede van deze wetwijziging, namelijk dat wij nu de mogelijkheden ervoor krijgen om dat af te dwingen. Ik vraag dan ook dat wij als Kamer daarop toezicht krijgen, in die zin dat de minister niet kan volstaan met te zeggen dat hij die of die code overneemt. Wij dienen er vervolgens in de Kamer over te kunnen spreken, via de voorhangprocedure, als wij het er niet mee eens zijn. Als wij het allemaal schitterend vinden, kunnen wij de minister daarvoor de

complimenten geven. Ik verheug mij daarop.

Mevrouw **Kant** (SP): Die codes moeten dan niet gaan over wat algemene morele richtlijnen, maar moeten ook echt consequenties kunnen hebben, bijvoorbeeld ten aanzien van een maximumsalaris, iets waarover in de Kamer meerdere keren is gesproken.

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Wat betreft de salarisdiscussie vind ik de zaken even absurd als u dat vindt. Laten wij eerlijk zijn: dat vindt iedereen in Nederland. Daar zijn wij het wel over eens, maar gezien onze achtergronden komen wij waarschijnlijk op een iets ander salaris uit. Dat geldt echter ook voor andere salarissen; die discussie moet gewoon gevoerd worden. In principe zijn wij het er echter over eens dat dit erin moet staan.

Mevrouw **Kant** (SP): Een suggestie zou kunnen zijn ± ik heb dit al meerdere keren gezegd ± dat het maximum gelijk is aan het maximum van een ministerssalaris, al vind ik dat nog heel hoog.

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Ik denk dat wij daar op terug moeten komen wanneer de AMvB's er zijn en dat wij nu deze wet daar niet mee moeten belasten, want dat vind ik wat te ver gaan.

Voorzitter. De CDA-fractie onderschrijft dat de zorg niet zo duur mag worden dat sommige mensen van zorg verstoken blijven. De prijsbepaling van de zorg is echter geregeld via andere wetten zoals de WTG ExPres of via DBC's. In artikel 2 van de nieuwe wet wordt een visie met een financieel kader, een soort nationaal plan, voor een periode van vier jaar geïntroduceerd, met daarbij een soort prioriteitenlijst. Wij vragen ons af of dat juist niet méér sovjetplanning is in plaats van méér marktwerking. Kan de minister aangeven waarom hij deze financiële kaders wettelijk wil verankeren, op deze wijze, en hoe dit zich verhoudt tot de andere financiële wetten die wij hier in de Kamer hebben aangenomen? Kan hij ook aangeven hoe de visie eruit gaat zien? Wij hebben daar in de schriftelijke ronde al om gevraagd, maar wellicht kan hij daar ondertussen toch iets concreter antwoord op geven dan bij de schriftelijke ronde. Waarom is er

Vietsch

een financieel kader voor de toelating, zo vragen wij ons af, terwijl wij zoveel mogelijk aanbieders willen om een zo groot mogelijke concurrentie te hebben?

Als de minister de vinger aan de financiële pols wil houden, waarom maakt hij dan van de adviescolleges, zoals in de Wet Ziekenhuisvoorzieningen voorzien was, zelfstandige bestuursorganen? Hoe verhoudt zich dat in zijn visie tot de aanbevelingen van de commissie-Kohnstamm? Waarom geeft de minister een ZBO de bevoegdheid om een bouwvergunning af te geven in plaats van dit zelf te doen, zoals het via de WZV was geregeld? De CDA-fractie vindt dat de minister en niet het college bouw de vergunningen moet afgeven. Daarover is ook een amendement van mijn hand ingediend.

In het kader van de beperking van de administratieve lasten stellen wij voor dat het college bouw niet altijd aan een eindafrekening hoeft te doen. In sommige gevallen kan in onze ogen volstaan worden met het bedrag en de toelating of vergunning, voor zover er bedragen nodig zijn. Dat scheelt weer administratieve lasten.

Samengevat is de CDA-fractie van mening dat een herziening van de WZV en van het planning- en bouwsysteem in de gezondheidszorg noodzakelijk is. Het doel \pm betere bereikbaarheid, betere kwaliteit en goede afstemming rond de betaalbaarheid \pm ondersteunen wij. Via de AMvB's zullen deze doelstellingen geconcretiseerd moeten gaan worden in de toekomst en vandaar dat wij een voorhangprocedure bij deze AMvB's willen. Tevens willen wij van de minister vernemen hoe hij met name ziekenhuizen kan dwingen bepaalde voorzieningen open te houden in plaats van deze te sluiten. Wij willen voorts graag een toelichting op het besluit om over te gaan op ZBO's en een financieel kader te introduceren. Daarnaast verkrijgen wij graag een paar reacties op de kleine puntjes die ik heb genoemd.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. De weg naar dit wetsvoorstel was lang. Al op 13 juni 2001 is er een hoofdlijnen debat gevoerd. Enkele nota's van wijzigingen en commissieverslagen verder zijn wij

nu toe aan de eerste ronde van de plenaire behandeling.

Waar spreken wij over? Het gaat wezenlijk om een authentieke overheidstaak die in de Grondwet is verankerd: een hoogwaardige en voor iedereen toegankelijke en bereikbare zorg en een in alle opzichten adequaat pakket van zorg- en dienstverlening voor de burger. Essentieel in de ontwikkelingen van de laatste jaren is de kanteling van aanbod- naar vraaggestuurde zorg. Dit wetsontwerp is naar het oordeel van de minister nodig om zo snel als verantwoord mogelijk is de overgang van de vastgelopen aanbodssturing naar gereguleerde marktwerking mogelijk te maken. Op die manier zou dan beter tegemoet kunnen worden gekomen aan de wensen van de zorgvragers. Positief geformuleerd: niet de instelling maar de zorgbehoevende mens staat centraal. Deze grondhouding krijgt de steun van mijn fractie.

Wij stuiten hierbij echter wel op een probleem. Een wet die bedoeld is om een soepele overgang mogelijk te maken, laat automatisch veel zaken open. Ook dit wetsvoorstel is technisch van aard en heeft het karakter van kaderwetgeving. Als ik het goed zie, staat op basis hiervan nog een breed scala aan mogelijkheden open: van zeer gedetailleerde beleidsregels \pm ik erken dat die regels in toenemende mate zijn gaan knellen \pm tot een bijna perfecte marktwerking met zo weinig mogelijk regels. Is die indruk juist? Zo ja, wat zijn daarvan dan de risico's?

De spil van het wetsvoorstel is de beleidsvisie die conform artikel 2 ten minste eens in de vier jaar moet worden vastgesteld. In een eerdere fase hebben wij een uitgebreid dummy-beleidskader gekregen. Er vindt nu een splitsing plaats tussen beleidsvisie en beleidsregels en onduidelijk is hoe zo'n visie er precies uit gaat zien. Je zou toch de contouren daarvan willen weten en wellicht op onderdelen meer dan alleen de contouren. Gaat het om een korte notitie waarin enkele algemene lijnen worden geschetst? Of wordt het een uitgebreide, naar sectorkenmerken uitgesplitste visie? De in het wetsvoorstel genoemde voorwaarden met betrekking tot doelmatigheid, evenwichtigheid en toegankelijkheid zijn nogal minimaal geformuleerd. Het zijn wezenlijke voorwaarden, maar wat ze concreet inhouden, moet later worden

ingevuld. Wanneer is iets doelmatig en wanneer niet? Wanneer is er sprake van evenwichtigheid in het aanbod? Wanneer kan worden gesproken van een toegankelijke instelling? Dat moet nog worden ingevuld. Ik wil de minister daarbij indringend vragen aan welke inhoudelijke kenmerken de beleidsvisie op die punten precies moet voldoen. Wij vinden allemaal dat er kwaliteit geleverd moet worden. Dat is een belangrijk begrip. Wij hebben ook een Kwaliteitswet, maar over het begrip kwaliteit is heel veel gezegd en zal het laatste woord wel nooit gesproken zijn. Dat geldt voor de andere zaken in wezen ook. Een en ander moet zich uitkristalliseren in die visie die eens per vier jaar komt. Wij staan nu echter aan het begin van een nieuwe route en daarom prikkel ik de minister om toch wat inzicht te geven in de wijze waarop hij hiermee zal omgaan.

Aanvankelijk zou die visie er om de twee jaar zijn. Het risico daarvan is inderdaad dat men erg gericht is op de korte termijn. Ik wil echter wel een kanttekening plaatsen. Naarmate die termijn langer wordt, is het risico groter dat het veld door alle ontwikkelingen die ook een eigen dynamiek hebben, weg groeit van de dan vigerende visie. Er moet een compromis tussen die twee processen gevonden worden.

Minister **Hoogervorst**: Een Kamertermijn.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Dat veronderstelt dat het kabinet gedragen kwaliteit blijft leveren, want anders kan het heel veel korter. Dat weet de minister ook wel.

De minister heeft als uitgangspunt de zorgsector een dynamische markt te laten zijn waar zo spoedig mogelijk marktwerking \pm zij het gereguleerde \pm optreedt. Als hij die ontwikkeling niet tegen wil werken, zal de beleidsvisie erg open geformuleerd zijn. De zeggingskracht van het document moet echter niet verloren gaan. Ik hoor graag van de minister de mate van precisie in deze context.

Kunnen wij er verder van uitgaan dat er zo kort mogelijk na inwerking-treding van de wet ook werkelijk een beleidsvisie beschikbaar is? Wanneer krijgt de Kamer daarover iets inhoudelijks gemeld?

Er is ook nog geen zicht op de inhoud van de AMvB's. AMvB's per

Van der Vlies

thema, prima, maar hoe gaan zij er uitzien, hoever zijn de voorbereidingen gevorderd en hoe worden de belanghebbende organisaties daarbij betrokken? Het lijkt ons voor die organisaties ook belangrijk om zo snel mogelijk te weten waaraan zij toe zijn, ondersteld dat wij er nog steeds voor gaan om de wet per 1 januari 2005 van kracht te doen zijn. Ik vrees dat er heel veel spanning op die datum zal komen. Ik vraag de minister dan ook klip en klaar of mij meent dat zorgvuldige invoering op die datum nog wel haalbaar is.

De minister heeft om te kunnen beoordelen of toenemende marktwerking mogelijk is, besloten de zorgsector op te delen in een aantal deelmarkten. Tussen een indeling in deelmarkten en het "vrijgeven" van een markt zit echter nog een route die voor de SGP-fractie onduidelijk is. De beoordeling of de publieke belangen voldoende zijn gewaarborgd, moet duidelijk gemaakt kunnen worden. Tot op heden mist de SGP-fractie hiervoor in de stukken eenduidige criteria. Is het niet mogelijk een duidelijker beslismodel aan te reiken?

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Ik hoor u dezelfde vragen stellen als die ik gesteld heb, maar ik begrijp niet zo goed welke conclusie u daaraan verbindt, mijnheer Van der Vlies. Wij willen eerst een aantal zaken ingevuld zien voordat wij kunnen oordelen over deze wet. U zegt echter dat u het best vindt als de beleidsvisie komt nadat de wet in werking is getreden. Vindt u dat deze wet voldoende aangekleed is om nu daarover te kunnen discussiëren en een en ander te kunnen beoordelen, of vindt u ook dat er eerst meer vlees en bloed aan moet komen?

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik stel vragen. U hebt er al een aantal gehoord en er komen er nog veel meer, mevrouw Tonkens. Ik geef de minister de kans ± dat was mijn compromis gisteren bij de regeling van werkzaamheden ± om daarop te reageren en daarna zal ik mijn conclusie trekken. Als ik nu al wist dat het antwoord van de minister hoe dan ook ontoereikend zou zijn, zou ik hier heel kort kunnen staan. Zo steek ik niet in elkaar.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Maar bijvoorbeeld met betrekking tot

de beleidsvisie maakt het nogal wat uit of je zegt dat je die eerst moet hebben om een oordeel over deze wet te kunnen vormen, of dat je zegt: wij gaan eerst over de wet praten en later komt er misschien nog eens een beleidsvisie. Welke keuze maakt u nu?

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik heb de minister gevraagd of ik ervan kan uitgaan dat per datum van inwerkingtreding van de wet er een beleidsvisie is en per wanneer wij iets van die beleidsvisie zullen vernemen. Uiteraard is het de bedoeling die te bekijken en daarover eventueel te debatteren. Dat laatste acht ik zeer waarschijnlijk. Dat kan toch?

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Dan is de wet al aangenomen en houden wij een debat nadat de wet is aangenomen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Nee, in mijn gedachten is dat niet zo. Dat is juist het punt dat ik probeer te maken. Wij hebben nu een plenair debat in eerste termijn. Hoe het hierna verder gaat, zien wij nog wel. Gesteld dat wij de zaak plenair afhandelen en de wet per 1 januari van kracht wordt, dan wil ik, als ik voor dat wetsvoorstel stem, wel weten wat ik op enkele cruciale punten te verwachten heb. Dat is wat ik aan de minister vraag.

Voorzitter. De beleidsvisie moet nader worden geconcretiseerd in beleidsregels. Dat is nog een omslag die volgt op de beleidsvisie. Een belangrijke factor daarbij is de waarborging van de bereikbaarheid van de zorg. Terecht noemt artikel 3 van de wet dit thema. De formulering luidt: deze beleidsregels bevatten in ieder geval criteria omtrent de spreiding van die vormen van zorg ten aanzien waarvan aan de bereikbaarheid een bijzonder belang moet worden gehecht. Einde citaat.

Deze passage vraagt naar mijn mening om verduidelijking. Uit de stukken lijkt naar voren te komen dat de minister hierbij als puntje bij paaltje komt alleen denkt aan acute zorg. Dat die zorg bereikbaar moet zijn, staat buiten kijf. Hoe kijken wij tegen de basisspecialismen aan? Zijn de basisspecialismen in het algemeen dan minder belangrijk volgens de minister? Is onze indruk juist dat hij in zijn visie eigenlijk ietwat opschuift: moet niet langer het

basisziekenhuis bereikbaar zijn onder de daaraan gestelde voorwaarden, maar alleen nog de acute zorg? Ik hoef alleen maar de discussie over het ziekenhuis in Emmeloord te noemen om te weten hoe heftig de discussie daarover kan gaan. Daarom moet de wettelijke formulering niet te veel ruimte daarvoor laten.

Een ander aspect is de juridische houdbaarheid van de voorwaarden over de bereikbaarheid die worden verbonden aan een toelating. Hoe dan ook, de eis om op een bepaalde manier te blijven bestaan, is behoorlijk vergaand. Zeker naarmate er sterker sprake is van ondernemerschap, is het de vraag of het mogelijk is, de vervulling van de voorwaarden ook nog echt af te dwingen. Is hiernaar onderzoek gedaan? Wat zijn de resultaten hiervan? Wat zijn de stappen die de minister kan ondernemen, anders dan bijvoorbeeld het intrekken van een vergunning? Om dat criterium van de bereikbaarheid van de basiszorg zwaarder in de wet te verankeren, heb ik op stuk nr. 22 een amendement ingediend. Dat heeft de Kamer inmiddels bereikt.

Als ten gevolge van de marktwerking een sterke prikkel wordt ingebracht om efficiënt te werken, is toezicht op de kwaliteit van de zorg uiteraard belangrijk. Natuurlijk ligt hier een belangrijke taak voor de inspectie. De minister zegt toe dat er extra aandacht aan gegeven moet en zal worden. Wat betekent dat concreet: extra formatieplaatsen? Hoe wordt aan dat extra toezicht vorm gegeven?

Bij de kwaliteit spelen vereisten voor toelating. Je kunt ook de prestatie-eisen voor de bouwvergunning noemen. Daarnaast noem ik nog alle geformuleerde en gesteunde wensen inzake privacy, de toegankelijkheid tot informatie en wat dies meer zij. Daartussen bestaat een spanningsveld. Ik begrijp best dat als wij zeggen dat zalen in de verpleeghuizen met vier of acht bedden niet langer kunnen en dat er een- of tweepersoonsvertrekken moeten komen, dit niet van vandaag op morgen gerealiseerd kan worden. Wij hebben in de loop der jaren heel veel gesproken over investerings-schema's op dit punt. Ik ontken niet dat er al heel veel is gebeurd. Ik kom heel mooie aanpassingen en nieuwbouw tegen. Wij weten echter allemaal dat wij er nog lang niet zijn.

Van der Vlies

Dat moet in de beschouwing betrokken worden.

Dan kom ik bij de bouw-prioriteiten. Voor de toestemming om instellingen te bouwen is ook van belang dat duidelijk is welke prioriteiten er worden gehanteerd. De eis dat hiervoor regels worden gesteld, is terecht weer toegevoegd aan de wet. Kan de minister meer inzicht geven in de manier waarop na de inwerkingtreding van de wet zal worden gehandeld als er twee vergelijkbare initiatieven ter beoordeling voorliggen? Worden er inhoudelijke afwegingscriteria gehanteerd? Of geldt de volgorde van binnenkomst, om maar eens iets anders te noemen? Wie beslist daar eigenlijk over? Hier zullen op dit moment ongetwijfeld bepaalde richtlijnen voor zijn, maar mijn fractie is van mening dat er meer inzicht moet worden gegeven in de wijze waarop die prioritering plaatsvindt.

Ook de regiovisie waarin in de afgelopen jaren veel is geïnvesteerd, verschuift weer naar de achtergrond. Dit leidt mij tot de aanvullende vraag hoe het gaat met de bovenregionale voorzieningen van zekere signatuur die zo geschakeerd zijn als de samenleving. Die voorzieningen liggen mij na aan het hart en mogen niet het nakijken krijgen als zij gerechtvaardigde initiatieven ontwikkelen voor renovatie, nieuwbouw of wat dan ook. Ik krijg graag een helder antwoord op dit punt.

Ik kom nu op het thema winstoogmerk. Het wetsvoorstel dat wij vandaag behandelen, biedt de mogelijkheid om door middel van een algemene maatregel van bestuur toe te staan dat zorginstellingen winst maken. Dit roept bij mijn fractie een aantal vragen op. In de toelichting is sprake van keuzevrijheid: instellingen mogen zelf ervoor kiezen of zij willen uitgaan van een winstoogmerk. Bij uit privaat geld gefinancierde instellingen is dit wel duidelijk; zij kunnen hun aandeelhouders geld uitkeren. Bij publiek gefinancierde instellingen lijkt dit moeilijker te zijn. Bij dergelijke instellingen zijn de zorgverzekeraars toch eigenlijk de enige "aandeelhouders". Aan wie moeten of mogen zij hun geld uitkeren? Met andere woorden: voor wie maken zij winst en waarvoor? Ik vind dat het geld dat in de zorg wordt verdiend, ook aan de zorg

moet worden besteed. Ik hoop dat de minister het hiermee eens is.

Het thema kruissubsidiëring wordt in de stukken aan de orde gesteld. Levert de mogelijkheid om zowel publiek als privaat geld in de organisatie te stoppen niet een erg groot risico op dat die gelden worden vermengd? Hoe loopt dit uiteindelijk ineen? Blijft het geld nog herkenbaar? Aan schotten hebben wij zo langzamerhand allemaal wel een hekel gekregen, maar de zaken moeten natuurlijk wel op orde blijven. Als het ene deel van een organisatie wel winst mag maken en het andere deel niet, moeten er toch duidelijke afspraken zijn. Is het wel mogelijk om hieraan adequate grenzen te stellen en om die te hanteren? Als ik de voorlopige analyse in de stukken lees, lijkt de regulering van organisaties die wel en niet een winstoogmerk hebben, mij heel ingewikkeld. In het algemeen roept de mogelijkheid van winstoogmerk bij mijn fractie de vraag op in hoeverre de overheid uiteindelijk achterblijft met de inefficiënte moeilijke gevallen terwijl de organisaties met winstoogmerk zich ontfermen over de aantrekkelijke efficiënte zorg. Mijn fractie komt daarom tot de conclusie dat dit punt veel praktische complicaties oproept waarvan het de vraag is of ze aanvaardbaar zijn. Zeker op dit punt houden wij ons definitieve standpunt nog op.

De mogelijkheid van faillissement behoeft naar de mening van mijn fractie bijzondere aandacht. Wij spreken immers over het verlenen van zorg waarbij de continuïteit moet zijn gewaarborgd. Welke middelen heeft de overheid om daarbij behulpzaam te zijn? Kan hiertoe worden verplicht en, zo ja, wie kan hiertoe worden verplicht?

Een commerciële exploitatie van een zorginstelling betekent ook dat er een grotere buffer moet zijn om risico's op te vangen. Die ruimte moet er dan ook zijn. Wij krijgen signalen uit het veld dat zorgverzekeraars de neiging hebben om instellingen met reserves minder gemakkelijk extra productie toe te kennen. De redenering is dan dat de instellingen daar zelf wel een potje voor hebben. Hoe kan volgens de minister worden bereikt dat organisaties ook echt hun bedrijfsmatig te verantwoorden reserve kunnen opbouwen zonder dat zij

hierdoor meteen in de problemen komen?

Tot slot maak ik nog een opmerking over de overgang naar de nieuwe regels. De bouwmaatstaven in de beide wetten die in de nu voorliggende wet opgaan, verschillen. Onder de nieuwe wet zal dus een goede regeling moeten komen voor de overgangssituatie zodat de te hanteren maatstaf duidelijk is. Die heb ik nog niet gezien. Wordt daarin voorzien?

□

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Voorzitter. Dit is het derde wetsvoorstel in het drieluik van de HOZ, Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg, de WTG Expres en de WTZi. Dit drieluik moet de omslag van de centrale aanbodssturing naar gereguleerde marktwerking in de zorgsector mogelijk maken. Voorlopig blijft het bij "mogelijk maken" want het gaat om proceswetten. Ik heb dat woord liever dan "kaderwet". Als deze wetten per 1 januari 2005 in werking treden ± met de nadruk op "als" ± dan blijft de introductie van marktwerking in eerste instantie beperkt tot een klein aantal deelmarkten met name delen van de planbare zorg: de planbare ziekenhuiszorg, de ZBC's en de fysiotherapie. Met welk tempo, en afhankelijk waarvan, worden deelmarkten vrijgegeven?

Er moeten eerst veranderingen in het management en de praktijk van zorginstellingen komen. Het aanbod moet voldoende groot zijn, de relatie tussen prijs en product moet vastgesteld zijn en, niet in het minst, de kapitaallastenproblematiek moet opgehelderd zijn. Dat zijn allemaal voorwaarden waaraan nog maar een klein deel van de zorginstellingen voldoet. Bestuurlijke rust en goede fasering zijn dan ook noodzakelijk. Wil de minister die ook aan de dag leggen? Met welke tijdschikking werkt hij? Kan hij de Kamer daarover informeren? In dit verband zou het de sector enorm helpen om inhoudelijk betrokken te worden bij de totstandkoming van de verschillende AMvB's. Een toezegging op dit punt neemt ook een hoop onzekerheid weg.

Het voorliggende wetsvoorstel nodigt uit tot een debat over een aantal meer fundamentele zaken in ons stelsel van gezondheidszorg. Ik sta in het bijzonder stil bij het

Rouvoet

vraagstuk van de winstuitkering aan derden, bij de regeling rond de bereikbaarheid van spoedeisende zorg en bij de vrijheid van instellingen bij de bouw van zorgvoorzieningen. Allereerst het punt van de winstuitkering aan derden. Met de WTZi wordt de mogelijkheid geïntroduceerd om winst uit te keren aan derden zoals aandeelhouders die institutioneel niet noodzakelijk verbonden zijn aan de zorgsector. Daarmee wordt een verruiming gerealiseerd van de huidige praktijk waarin zorginstellingen wel winst mogen maken in de zin van het kweken van reserves en het verlenen van winstgevende diensten maar waarbij de winst altijd terugvloeit in de instelling zelf. Ons standpunt mag als bekend worden verondersteld: zorgpremies mogen niet wegvloeien naar aandeelhouders en daardoor onttrokken worden aan de zorgsector. Dat uitgangspunt houden wij overeind. Wij houden er echter oog voor dat aandeelhouders eerst vermogen c.q. kapitaal hebben ingebracht. Kan erin voorzien worden dat winstuitkering en kapitaalverstrekking alleen betrekking heeft op rendement op het door aandeelhouders ingebrachte vermogen, niet op het kapitaal dat via zorgpremies of rijksbijdragen is ingebracht? Ik zie de haken en ogen en ik begrijp de overwegingen, maar ik denk in het bijzonder aan de kostenstructuur waarover de Zorgautoriteit in oprichting volgens de nota naar aanleiding van het verslag nog regels zal opstellen. Ik hoor graag een beschouwing van de minister van de mogelijkheden en de juridische haken en ogen.

De heer **Heemskerk** (PvdA): De heer Rouvoet zegt dat er geen zorgpremies mogen wegvloeien naar aandeelhouders. Weet hij dat Microsoft als softwareleverancier in ziekenhuizen aan de gang is? Interim-managementbureaus hebben ook aandeelhouders en de medische specialisten keren winst uit aan de eigen aandeelhouder ofwel de eigen portemonnee. Is de stelling "er kan geen enkele winst naar aandeelhouders gaan" niet in feite een fictie?

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Laat ik de heer Heemskerk een tip geven: voordat hij een vraag formuleert aan de interruptiemicrofoon moet hij de rest van een betoog beluisteren. Volgens mij is het

verschil tussen ons niet zo groot. Het standpunt van de ChristenUnie is altijd geweest dat zorgpremies niet mogen wegvloeien naar aandeelhouders om op die manier onttrokken te worden aan de zorgsector. Tegelijkertijd houden wij oog voor de praktijk waarin deze zaken reeds heel diffuus zijn en door elkaar lopen. Daarom heb ik de minister gevraagd om een beschouwing te wijden aan de vraag of een scheiding kan worden aangebracht tussen premies en rijksbijdragen enerzijds en kapitaal dat door aandeelhouders is ingebracht anderzijds. Dat is buitengewoon diffuus, zoals blijkt uit bijvoorbeeld het verschijnsel van de kruissubsidiëring. Ik denk dat het binnen de bedrijfsvoering van bijvoorbeeld een ziekenhuis buitengewoon lastig is om dat onderscheid te maken. Toch wil ik er niet van uitgaan dat de door de collectiviteit opgebrachte premies en de door de overheid verschaft bijdragen zo maar wegvloeien naar de aandeelhouders. Ik zal dadelijk nog een aantal redenen geven waarom wij er als politiek goed aan doen om op dit gebied de vinger aan de pols te houden. Ik vraag de minister om met een beschouwing te komen over de juridische haken en ogen en over de financiële en bedrijfseconomische problemen die daar ongetwijfeld aan vastzitten. Ik laat mijn uitgangspunt niet zo gemakkelijk los.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik had met name goed geluisterd naar het vervolg van de vraag van de heer Rouvoet. De stelling dat er geen winst mag wegvloeien naar aandeelhouders, is dus niet houdbaar, want dat gebeurt per definitie al. Natuurlijk kun je wel proberen om een onderscheid te maken in de eigendomsverhoudingen. Ik ben erg benieuwd naar de reactie van de minister hierop. Als er sprake is van een deel privaat eigendom en een deel publiek eigendom in een stichtingsvorm, kunnen en moeten er goede afspraken worden gemaakt over het toedelen van de winst aan de verschillende eigenaren. De heer Rouvoet geeft dus eigenlijk antwoord op zijn eigen vraag.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik ben niet gewend om antwoord te geven op mijn eigen vragen. Als ik het antwoord erbij kan verschaffen,

stel ik de vraag meestal niet meer. De heer Heemskerk is heel goed in staat om allerlei andere interessante vragen op dit terrein aan de minister voor te leggen. Zijn fractie deelt het uitgangspunt van mijn fractie dat middelen die worden opgebracht voor de zorg, ook zoveel mogelijk ten behoeve van de zorg dienen te worden aangewend. Daaruit komt mijn gereserveerde houding voort ten opzichte van de huidige ontwikkelingen. De fractie van de heer Heemskerk kan zich daar volgens mij ook in herkennen. Als wij beiden vanuit die voorzichtige, gereserveerde benadering de minister een aantal interessante vragen weten voor te leggen, moeten wij maar kijken hoe wij verder komen. Tegelijkertijd wil ik hier geen dogmatisch verhaal houden dat er geen cent mag wegvloeien, want ik zie de moeilijkheden in de praktijk. Ik wil mijn uitgangspunt van voorzichtigheid echter nog niet loslaten; wat collectief wordt opgebracht voor de zorg, moet zoveel mogelijk in de zorg blijven.

Mevrouw **Kant** (SP): Het feit dat het nu al gebeurt, hoeft natuurlijk geen goede zaak te zijn. Dat zouden wij dus ook kunnen veranderen. Daarvoor zitten wij ook in de Kamer. De heer Rouvoet zegt dat een zo groot mogelijk deel van het geld dat collectief is opgebracht voor de zorg, in de zorg moet blijven. Waarom gaat hij niet uit van het standpunt dat alles wat door Nederlanders is opgebracht voor de zorg, aan de zorg moet worden besteed? Waarom vindt hij dat te rigide?

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik heb het woord "rigide" volgens mij niet in de mond genomen. Hier speelt het probleem van de complexiteit van de bedrijfsvoering in een zorgstelling. Er is geen sprake van een kastje waarin de rijksbijdrage en de premies terechtkomen en een ander kastje waarin het kapitaal van de aandeelhouders zit. De heer Heemskerk heeft er terecht op gewezen dat het juist door de bedrijfsvoering, de wijze waarop een zorginstelling werkt, heel moeilijk is om een waterscheiding aan te brengen tussen de verschillende financieringsstromen. Ik kan de praktijk ten dele overzien en ik zie de problemen die zich daarin voordoen. Ik wil het probleem niet op het bord



De heer Rouvoet (ChristenUnie)

© M. Sablerolle ± Gouda

van de minister neerleggen, maar hij heeft natuurlijk met dezelfde vragen te maken. Hij is verantwoordelijk voor de collectief opgebrachte premies. Het is dus ook voor hem van belang om erover na te denken. Ik stel mij open voor de discussie en dat doe ik niet door de minister als boodschap mee te geven dat er geen cent van de premies en rijksbijdragen mag wegvloeien. Ik vraag hem wel hoe wij kunnen voorkomen dat de politiek of de overheid geen greep meer heeft op de collectief opgebrachte premies en de rijksbijdragen. Dat lijkt mij een heel valide vraag, waarover ik graag de discussie met de minister aanga.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik ga nog even een stapje terug naar de basis. De heer Rouvoet zegt zelf dat onderscheid moet worden gemaakt tussen het geld van de aandeelhouders en dat van de premiebetalers. Ik vraag mij af of die aandeelhouders eigenlijk wel thuishoren in de zorg. Moeten wij daar wel aan beginnen? Daarmee introduceren wij deze mechanismen en de bijbehorende problemen.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Dat zal mevrouw Kant ongetwijfeld in haar bijdrage naar voren brengen en dat is natuurlijk een valide standpunt. Ik kijk ook naar de huidige praktijk. Wij kunnen niet zeggen dat

wij vanaf dag x geen aandeelhouders meer in de zorg willen. Ik zal met belangstelling naar het verhaal van mevrouw Kant luisteren, maar ik heb mijn uitgangspunt uiteen gezet. Vanuit dat bekend veronderstelde principe wil ik het debat met de minister graag aangaan.

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Wij hebben het steeds over het wegvloeien van gelden uit de zorg. Gebeurt dat niet al? Maken maatschappen niet al winst? Hoe kijken wij daar tegenaan? Moeten wij een stap terug zetten door ervoor te zorgen dat zij geen winst mogen maken? Moeten gebouwen altijd eigendom blijven van de zorginstelling? Verhuurders maken tenslotte ook winst.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Dit is in andere bewoordingen exact dezelfde vraag als de heer Heemskerk mij stelde. Ja, in de praktijk gebeurt dat al. Daarom leg ik hier geen dogmatisch standpunt neer, maar wil ik de discussie aangaan. Daarbij heb ik mijn uitgangspunt aangegeven. Ik geef mevrouw Vietsch hetzelfde antwoord als de heer Heemskerk: ik wil het met de minister bespreken, juist omdat ik er oog voor heb dat er in de praktijk al heel veel gaande is. Niet alles vinden wij misschien even wenselijk, maar ook niet alles is uit te sluiten. Daarom wil ik het debat aangaan

vanuit dit principe. Ik geloof dat de minister dat goed heeft begrepen en dat is al een belangrijk winstpunt in dit debat. Ik hoop daarmee de vraag van mevrouw Vietsch te hebben beantwoord.

Ik gaf het risico van kruis-subsidiëring al aan. Een zorginstelling zou in de toekomst een divisie kunnen hebben, bijvoorbeeld een ziekenhuis, die wel uitkeerbare winst mag genereren, terwijl een andere divisie, bijvoorbeeld een verpleeghuis, dat niet mag. In zo'n geval ligt kruissubsidiëring op de loer. Ook binnen een ziekenhuis kan dit het geval zijn als er zowel niet vrije als vrije DBC's worden aangeboden. Leidt dit niet, ongeacht de regels die daarvoor worden opgesteld, altijd tot een situatie die fraudegevoelig is of op zijn minst aanleiding geeft tot creatief boekhouden?

Ook praktisch zie ik het lastig worden voor een zorginstelling die winst gaat uitkeren. Zoals ik in antwoord op vragen van de heer Heemskerk zei, zijn er nog wel meer argumenten om terughoudendheid daarin zo lang mogelijk vast te houden en die wat mij betreft zoveel mogelijk in regels te vatten. Als veel instellingen van een bepaalde categorie forse dividenden gaan uitkeren, dan is het vrijwel onmogelijk dat de politiek met lede ogen aan de zijkant blijft toekijken. Zolang er een verplichte zorgverzekering zal zijn ± en wat ons betreft is dat nog heel lang het geval ± zal niemand de druk kunnen weerstaan om de tarieven te verlagen. Graag ook op dat punt een reactie. Kunnen zorgverzekeraars ook aandeelhouder zijn van een zorginstelling of zijn zij dat wellicht op dit moment al? Hoe wenselijk vinden wij dat gelet op hun positie ten opzichte van de verzekeren? Kortom: er is sprake van een complex aan vragen rondom het principe van de winstuitkering, waarover wij het debat graag aangaan.

Ik kom nu te spreken over de spreiding van zorg en de positie van kleine ziekenhuizen. De debatten rondom de IJsselmeerziekenhuizen staan ons allemaal nog scherp voor ogen. Op zichzelf steunt mijn fractie de beweging in de wet waarbij voor met name acute zorg de sturingsmogelijkheden voor de overheid worden verbeterd. De toestemming tot het staken van de zorg zou pas moeten worden gegeven als is

Rouvoet

aangetoond dat het voorzieningen-niveau niet onder de daarvoor gestelde normen daalt. Cruciaal daarbij is wel hoe dat niveau wordt vastgesteld. Als ik het goed zie, dienen daartoe de beleidsregels van artikel 3. Ik zou het ook een goede zaak vinden als daarin wordt geregeld dat voor spoedeisende hulpvormen aan de desbetreffende instelling een toelating wordt gegeven, met als essentie dat de zorg op die locatie niet zonder instemming van de toelatende instantie mag worden beëindigd. Is dit inderdaad de bedoeling van de minister? Het antwoord op vraag 58 laat daar wat mij betreft nog enige onzekerheid over bestaan omdat daar wordt gesteld dat in de beleidsregels bedoeld in artikel 3 wordt opgenomen dat de overheid kan bepalen dat een door een ziekenhuis voorgenomen aanpassing niet doorgaat. Graag meer zekerheid op dat punt.

Voor wat betreft de kleine ziekenhuizen ga ik ervan uit dat ook zelfstandige ziekenhuizen, dus niet behorend tot een groter concern, het hoofd boven water kunnen houden onder het DBC-regime. Ook op dat punt krijg ik graag een bevestiging. Voor sommige kleine ziekenhuizen die onderdeel vormen van een groep van ziekenhuizen en in redelijke nabijheid van grotere ziekenhuizen liggen, kan om bedrijfseconomische redenen sluiting dan wel afslanking dreigen. Aangezien deze vestigingen vaak een grote waarde voor de lokale bevolking hebben, zou in onze ogen niet zomaar tot sluiting moeten kunnen worden overgegaan. Dat kan in elk geval niet op het moment dat een ondernemende partij zich meldt met een acceptabel businessplan. In dat geval zou het ziekenhuisconcern de infrastructuur moeten kunnen aanbieden aan de nieuwe partij. Wil de minister deze suggesties laten onderzoeken op hun juridische haalbaarheid? Ik zie best de haken en ogen van nieuwe concurrentie als men om bedrijfseconomische redenen iets wil sluiten. Het gaat echter wel om voorzieningen die met collectieve middelen van de grond zijn getild en die wij niet zomaar zouden moeten laten sluiten als er een partner beschikbaar is met een acceptabel businessplan. Ik wil vanuit de situatie die bij iedereen bekend is, meedenken over een nieuw wettelijk regime. Ik wil dus graag een beschouwing over de

juridische haalbaarheid van deze suggestie.

Ik vraag mij af wat precies de rol van de beleidsvisie is waar het gaat om de beschikbaarheid van zorg en de aansluiting op de behoefte in met name dunbevolkte gebieden. Dezelfde vraag heb ik ten aanzien van levensbeschouwelijke zorg. Wordt dat helemaal overgelaten aan de markt of wordt daarover ook iets vastgelegd in de beleidsvisie die in de stukken wordt genoemd? Ik doel bijvoorbeeld op instellingen op het gebied AWBZ-zorg, zoals psychiatrie.

Voor de discussie is ook kennis nodig van de AMvB die het bouwregime regelt. Ik ondersteun het streven om de kapitaallasten voor de gebouwen steeds meer in de tarieven te verwerken. De gelden voor de bouw zijn dan niet meer geormerkt en de instelling heeft de vrijheid om te kiezen tussen exploitatie en bouw. Op welke termijn verwacht de minister hierover duidelijkheid te kunnen geven? Ik begrijp dat dit een technisch complex onderwerp is. Worden de trekkingsrechten van instelling met de invoering van het systeem opgenomen in de tarieven? Wij realiseren ons dat veel instellingen in de loop der jaren op basis van CTG-normering via een virtuele spaarpot een aanspraak hebben opgebouwd die kon worden besteed aan renovatie of nieuwbouw. Worden die aanspraken in dat nieuwe systeem per instelling verrekend? Als dat niet gebeurt, worden instellingen die keurig hebben gespaard achteraf gestraft voor hun goede gedrag. Kan de minister daar meer duidelijkheid over geven?

Voor veel vormen van bouwen, waarschijnlijk vooral bij grotere projecten, is nog steeds een verklaring- en vergunningtraject nodig omdat de investeringskosten volledig moeten worden nagecalculeerd. Door het laten vervallen van de toetsing van bouw aan het budget, zoals bedoeld in artikel 6, zou die systematiek aanzienlijk kunnen worden vereenvoudigd. Nu is de toetsing aan het budget nog overgenomen in artikel 6 van de Wet Toelating Zorginstellingen. Het is de vraag of er geen aanzienlijke vereenvoudiging mogelijk is. Wat vindt de minister van de mogelijkheid om een systeem in te voeren waarbij wordt volstaan met het doorlopen van het vergunningtraject.

Mijn fractie pleit niet voor een absolute openeinderegeling voor de gezondheidszorg en ook niet voor het bouwen. Daar kunnen immers behoorlijke exploitatiegevolgen uit voortvloeien. Wij vragen ons echter wel af of toetsing aan een bepaald budget nodig is. Er kan immers een redelijke inschatting worden gemaakt van de bouwbehoefte op langere termijn. De beleidsregels kunnen sturend zijn voor vergunningen en voor de zorgbouw. Die beleidsregels kunnen bovendien behoorlijk snel worden aangepast. De noodzakelijkheid en doelmatigheid van de bouw worden dus als het ware gegarandeerd in de vergunningen. Wij denken dat het systeem daarmee behoorlijk kan worden vereenvoudigd en verkort. In de Wet Ziekenhuisvoorzieningen zijn immers ook maar beperkte mogelijkheden tot het ophouden van een vergunning.

Tegen degenen die bang zijn dat dit leidt tot geweldige overschrijdingen, wil ik zeggen dat er in het verleden eerder sprake is geweest van onderuitputtingen dan van overschrijdingen. Het kan zijn dat wij dingen over het hoofd zien. Ziet de minister mogelijkheden tot een aanzienlijke vereenvoudiging? Dat zou veel instellingen ten goede komen. Waarom zouden wij dat niet in het oog houden, zeker omdat dit kabinet streeft naar vereenvoudiging en vermindering van administratieve lastendruk?

Ik wil nog een aantal wets-technische, maar niet minder fundamentele zaken aan de orde stellen. Het eerste betreft het instellingsbegrip. Heb ik goed begrepen dat de WTZi niet afdwingt dat een zorginstelling een rechtspersoon dient te zijn hoewel daar impliciet in de wetstekst toch van uit lijkt te worden gegaan? Kan een instelling die geen rechtspersoon is, voldoen aan de eisen die in artikel 14 worden gesteld? Het CVZ stelt dat elk organisatorisch verband dat meer is dan een individuele persoon een instelling is. Dat betekent dat er nu vergunningen worden verleend ± een toelating is immers eigenlijk een soort vergunning ± aan allerlei los-vaste verbanden van personen. Dat lijkt ons geen wenselijke situatie. Mijn fractie heeft een amendement in voorbereiding om toelatingen van instellingen alleen toe te kennen aan rechtspersonen. Alleen die kunnen immers voldoen aan de eisen van behoorlijk bestuur. Is de minister

Rouvoet

bereid om op dit onderdeel mee te denken of het wellicht over te nemen? Of ziet hij hier bezwaren tegen?

De heer **Nawijn** (LPF): Er zijn verschillende soorten rechtspersonen, dus waarop doelt u nu? Op stichtingen, op verenigingen? Of kan het u niet schelen?

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Dat laatste zeg ik niet zo snel. In het recht kennen wij twee soorten personen, natuurlijke en rechtspersonen, beide met een redelijk grote verscheidenheid. Ik denk in de richting van BV's en NV's, die in dit verband veel voorkomen, maar ik sluit niet uit dat er allerlei andere vormen mogelijk zijn. Het gaat mij nu even om de principiële vraag of het wenselijk is dat in het nieuwe systeem buiten de categorie rechtspersonen andere actoren toegelaten kunnen worden, omdat je dan eigenlijk niet meer de eisen van artikel 14 en andere artikelen over wijze van bestuur kunt stellen. Daarom vraag ik of het niet goed zou zijn, de WTZi echt toe te snijden op de categorie rechtspersonen. Wij moeten dan nog wel praten over wat zich daarbij aandient, maar ik vind dat wij in ieder geval wel die beperking moeten aanbrenge, opdat niet allerlei los-vaste verbanden van mensen als zorginstelling kunnen worden toegelaten.

Dan het fenomeen van de toelating zelf. Al lezend vroeg ik mij af waartoe een instelling eigenlijk wordt toegelaten. Het is misschien een beetje gek om die vraag te stellen, maar het hele traject van WEZ naar WTZi heeft ons gebracht in een situatie waarin dergelijke vragen toch nog wel eens naar boven komen, als je de materie op je laat inwerken. Wat zijn de rechten en plichten, verbonden aan een toelating? Wat de regering in antwoord op vraag 34 van de VVD-fractie aangeeft, komt eigenlijk veel meer in de buurt van een registratie dan van een toelating. Ik had dan ook een tamelijk ingrijpend amendement in voorbereiding, maar uit contact met het ministerie en overleg bleken daaraan zoveel complicaties te kleven dat ik de uitwerking daarvan heb gestaakt, in ieder geval tot dit debat. Wellicht biedt de manier waarop wij dit debat voeren, mogelijkheden om het amendement in tweede termijn toch

nog in discussie te brengen, maar ik beperk mij voorlopig maar tot het pleiten voor een verplichting voor alle zorginstellingen om zich te laten registreren, los van de wijze waarop de zorg wordt gefinancierd. In een situatie met een register van zorginstellingen, waarvoor ik dan ook pleit, ontstaan er twee verzamelingen van zorginstellingen. De meest wijde kring wordt gevormd door alle zorginstellingen die geregistreerd zijn, daarbinnen bevindt zich een kring van instellingen met een toelating in de zin van de WTZi, namelijk een toelating tot het verstrekken van via de Ziekenfondswet en de AWBZ gefinancierde zorg. Een goede registratie van in principe alle zorginstellingen lijkt mij ook een dringende wens van zowel de consument als de inspectie en de verzekeraar. Het geldt ook voor de buitenlandse verzekeraar, die toch moet weten waar hij in Nederland aan toe is. Voor de consument betekent registratie van een zorginstelling een extra garantie dat die instelling zich wil houden aan de kwaliteitseisen van de wet en dat ze onder toezicht van de inspectie staat.

Ik kan hierbij aansluiten op de actualiteit, namelijk op het rapport van de inspectie over de stichting Difference in Haaksbergen. Er zijn ook Kamervragen over gesteld, waarnaar ik zo dadelijk nog even zal verwijzen. In het rapport gaat het om een instelling die geen toelating heeft, maar die ± althans op het eerste gezicht ± wel AWBZ-zorg aan personen met een indicatie geeft. Het is een instelling die in de brief van de staatssecretaris gekwalificeerd wordt als een onderaannemer. Het zorgproduct wordt niet gedeclareerd aan het zorgkantoor, maar aan een zorginstelling die wel een toelating heeft, te weten OZC Amstelmonde. Er zijn voor de AWBZ-zorg afspraken gemaakt tussen deze "hoofdaannemer" en het zorgkantoor. Overigens komt een dergelijke constructie ook in de curatieve zorg steeds meer voor. De vragen liggen daarbij natuurlijk voor het opscheppen. Wie is er nu de zorgaanbieder in de zin van de Kwaliteitswet? En, dichter bij het onderwerp van vandaag, heeft zo'n onderaannemer een toelating ex WTZi nodig om deze zorg te mogen leveren? Zo nee, waarom niet? Overigens zijn enkele van deze vragen in het verband van de situatie in Haaksbergen ook al verwoord door mijn collega's Aasted

Madsen-van Stiphout en Vietsch. En juist in het kader van de behandeling van de WTZi kijk ik met belangstelling uit naar de antwoorden op deze vragen, maar het is ook wel goed om ze hierbij te betrekken, want ze zijn relevant voor het vervolg van dit debat.

Een bijkomend voordeel van een register van instellingen is dat tevens duidelijk wordt, welke zorgorganisaties bij welke rechtspersonen behoren. In de huidige lijst van toegelaten organisaties is dit volstrekt niet duidelijk. Ik gaf al aan dat ik vanwege de complexiteit van het thema afgezien heb van het verder ontwikkelen van mijn amendement om het nu al te kunnen indienen; ik heb begrepen dat het bijna een half nieuw wetsvoorstel zou vergen. Wellicht kan ik, afhankelijk van de reactie van de minister, volstaan met het vragen van een richtinggevende uitspraak van de Kamer in tweede termijn, als hiervoor belangstelling van andere woordvoerders is, waarmee de minister dan de ruimte krijgt om de zaak zelf in te vullen. Ik laat dit een beetje van het verloop van dit debat over.

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Ik wil toch onze vragen even toelichten. Wij gingen niet alleen uit van de toelating, wat hier door collega Rouvoet benadrukt wordt. De huisvesting waarin men had ondergebracht, had geen WZV-vergunning en werd wel indirect geëxploiteerd. In onze ogen is dat gewoon een economisch delict. Wij hebben dus gevraagd om vervolging van deze lieden.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik heb dat gezien in de vragen. Ik pikte er een punt uit dat in de lijn van mijn betoog aan de orde is. Mevrouw Vietsch heeft echter gelijk. Er zijn meer aspecten die relevant zijn in het gehele traject van bouwregime, toelating en eventuele registratie van zorgaanbieders. Het gaat mij er niet om de situatie van de betreffende instellingen met elkaar tot het bot af te kluisen, maar daar gaat het u ook niet om in dit debat, maar wel in de desbetreffende Kamervragen. Het gaat wel om de achterliggende vragen die direct zijn gerelateerd aan het onderwerp dat wij hier bij de WTZi bespreken.

Als ik alle stukken nog eens op mij laat inwerken, kan ik mij toch niet

Rouvoet

aan de indruk onttrekken dat wij een beetje tegenstrijdige dingen vragen van de zorgaanbieders. Enerzijds wordt van hen gevraagd om een onderneming in de markt te zetten, waarbij het draait om concurrentie, vergroting van marktaandeel enz., en anderzijds wordt van zorginstellingen gevraagd om de zorg goed op elkaar af te stemmen. Mevrouw Tonkens heeft daarover een aantal vragen geformuleerd waarin ik mij wel kon herkennen, in elk geval in de vraagstelling. De zorg moet goed worden afgestemd, horizontaal en verticaal. Denk bijvoorbeeld aan het niet staken van spoedeisende zorg als niet alle partijen het erover eens zijn of nieuwere en efficiëntere behandelvormen zo snel mogelijk met elkaar uitwisselen. Daarbij draait het niet om concurrentie, maar om optimale samenwerking. Of om het in de woorden van de minister te zeggen ± en ik leg het maar als een vraag en een beetje als een verzuchting, het slagveld overziende, aan hem voor ± is het denkbaar dat één raad van bestuur verantwoordelijk is voor zorgactiviteiten in zowel markttype I als II als III? Vragen wij dan inderdaad niet het onmogelijke aan het veld? Voor wie dit geheimtaal is, mag ik verwijzen naar de stukken en naar de nota naar aanleiding van het verslag. De minister weet waar ik het over heb. Als deze minister niet meer weet waar ik het over heb met drie markttypes, weet ik het ook niet meer. Ik ga ervan uit dat hij het weet.

Als u mij toestaat, voorzitter, wil ik één opmerking van meer huishoudelijke aard maken. Ik vind het erg spijtig, maar door de planning van de totale agenda is het mij niet goed mogelijk om het gehele debat te blijven bijwonen. Ik zal straks het debat moeten verlaten in verband met dringende verplichtingen elders. Voor het geval dat de minister daarover opgelucht wil ademen, geef ik hem de verzekering dat zijn antwoord nauwlettend wordt gevolgd vanuit mijn fractie en dat ik alles stipt zal nalezen. Dus in tweede termijn ontmoeten wij elkaar weer. En dit is een dreigement!

De voorzitter: Gezien de grootte van uw fractie zullen wij daarvoor in dit huis begrip hebben. De minister zal dat ook hebben.

□

Mevrouw **Kant** (SP): Mevrouw de voorzitter. Er werd even gesproken over een drieluik. Dit is inderdaad de derde wet in de opmars van dit kabinet naar meer marktwerking. Het gaat ook inderdaad in marstempo, want als het aan dit kabinet ligt, zijn alle wetten 1 januari aanstaande ingevoerd. Ik zal niet bij elk wetsvoorstel dat wij behandelen, mijn reeks aan argumenten en bezwaren tegen marktwerking en de risico's die ik zie, aan de orde stellen. Ik zal niet te veel in herhaling vallen, maar als de minister het niet erg vindt, wil ik wel graag met hem in discussie blijven daarover.

Bij dit wetsvoorstel wil ik in verband met de gevolgen van de marktwerking twee punten opnieuw aan de orde stellen. Het eerste punt is dat ik ervan overtuigd ben dat marktwerking de zorg duurder maakt. De vraag die ik de minister nog een keer wil voorleggen, ook omdat hij er zelf op ingaat in de stukken, is of de marktwerking niet haaks staat op kostenbeheersing. Dat is een vraagstuk waar ook deze minister tegen aanloopt. Zeker omdat de zorg niet echt een markt is ± en in mijn ogen eigenlijk helemaal geen markt is ± zal het leiden tot een stijging van de kosten, als je er marktwerking op loslaat.

Ik citeer de minister nu zelf, uit de nota naar aanleiding van het verslag. Hij schrijft daar: "Het is niet uit te sluiten dat ook in een vraaggericht stelsel een sterke ontwikkeling van de zorgvraag, ondanks een realistische raming van de totale zorguitgaven, tot een onaanvaardbaar hoog macrobeslag op de collectieve middelen leidt. Het kabinet heeft bij verschillende gelegenheden gesteld dat wanneer het model van gereguleerde marktwerking is ingevoerd, de sturingsmogelijkheden van de overheid in beginsel beperkt zullen zijn tot besluiten over de omvang en samenstelling van het verplicht verzekerde pakket en besluiten tot wijzigingen van de eigen betalingen."

Ik heb deze alinea even flink tot mij laten doordringen. Er staat eigenlijk wat er gebeurt: er komt meer marktwerking en daardoor zullen de kosten stijgen, want er komt dan meer vraag en er zal ook meer vraag gecreëerd gaan worden, als er geld aan verdiend kan worden.

Dat zal helaas niet altijd noodzakelijke zorg zijn. Sterker nog: het zal misschien vooral lucratieve zorg zijn, waar noodzakelijke zorg zelfs onder zou kunnen gaan lijden. De kosten stijgen en vervolgens heeft dit kabinet nog maar één manier om die kosten te beheersen, namelijk het uitkleden van het pakket of hogere eigen bijdragen vragen. In mijn ogen is dit proces al ingezet, want er is al het nodige uit het pakket gegaan. Er is vandaag zelfs in het nieuws dat er in dit opzicht opnieuw maatregelen zijn genomen.

Ik vind dat zeer verontrustend, zeker als het gaat om de maatregelen van vandaag. Het kan best zijn dat er ook bij de plastische chirurgie dingen gebeuren die misschien niet zo noodzakelijk zijn, maar er zijn helaas ook veel voorbeelden van zaken die een groot medisch probleem vormen voor mensen en zij kunnen het dan voortaan zelf betalen. Zo worden er misschien vandaag hier en daar grapjes gemaakt over flaporen, maar ik weet uit ervaring dat dit zeer belastend kan zijn voor mensen. Het is wederom een maatregel waarbij de goeden onder de slechten zullen lijden. Ik ben ongerust over nog meer eigen betalingen in de toekomst en nog meer verkleining van het pakket, omdat dit inderdaad de enige manier is om de kosten te beheersen. Ik wil graag dat de minister ingaat op dit dilemma waar hij zelf voor staat.

Een tweede punt bij marktwerking is dat de kwaliteit van de zorg onder druk komt te staan. Ook dat geeft de minister zelf wederom toe in de stukken, want hij zegt daar: omdat wij meer marktwerking krijgen, zullen wij de inspectie een ruimere taak moeten geven; die zal dit moeten compenseren. Nu hij dat zelf toegeeft, wil hij misschien ingaan op dit effect van zijn voorstellen ter zake van marktwerking.

Er is al door meerderen op gewezen dat er drie verschillende markttypen komen. Het wordt er daarmee niet makkelijker op; het wordt allemaal zelfs buitengewoon ingewikkeld. Welk markttype zal gelden voor welke vorm van zorg? Ik kan dit niet allemaal overzien en ik kan mij niet voorstellen dat de minister het allemaal kan overzien. Er komt nog het volgende bij. Op het moment dat je dit allemaal hebt ingedeeld en daar een idee over hebt, veronderstel je tevens dat zorg

Kant

per definitie in hokjes is in te delen. Dat is echter niet zo. De zorgvraag kan van de ene dag op de andere veranderen. Iets dat misschien zeer planbaar lijkt, kan dit uiteindelijk niet blijken te zijn. Ik geef een voorbeeld en wijs er daarbij op dat binnen ziekenhuizen veel vormen van zorgverlening nu eenmaal met elkaar samenhangen. Een heupoperatie zou bijvoorbeeld kunnen vallen onder markttype 3. Er kan echter iets misgaan bij de heupoperatie waarna de patiënt op de intensive care komt. Dat lijkt mij dan een ander type zorg, waarbij je ± naar ik mag hopen ± de marktwerking niet toelaat. Je ziet dan dat het allemaal niet zo gemakkelijk in hokjes is in te delen. Je kunt misschien zeggen dat je bij het ene op zo'n manier zorg gaat verlenen en bij het andere op een andere manier: dat is dan een bepaald markttype waarbij de financiering anders gaat, ook al is het dezelfde patiënt. Echter, de manier waarop ik het nu probeer uit te leggen en te verwoorden, geeft al aan in welke chaos wij volgens mij terecht gaan komen.

Er komt bij dat sommige vormen van zorg lucratief zijn en dat sommige slimme jongens en meisjes de krenten uit de pap zullen halen, waarbij de overheid blijft zitten met de kosten en de "onrendabele lijnen", zoals dit ook bij het openbaar vervoer is gegaan. Om het nog sterker te zeggen: ik hóóp dat de overheid blijft zitten met de kosten van die "onrendabele lijnen" en daar niet in gaat snijden, zoals men dit wel van plan is bij het bus- en treinvervoer.

Dit wetsvoorstel heeft vooral de lading van méér afstand nemen: meer afstand van de minister als het gaat om zeggenschap over zorginstellingen en meer het de handen ervan aftrekken. Maar ook letterlijk meer afstand krijgen en zich er meer van aftrekken, en ook letterlijk minder verantwoordelijkheid krijgen. Dat vind ik niet gunstig. Ik vind dat als het belangrijk is, als het een maatschappelijk belang is en om zorg gaat, de minister en daarmee ook de Tweede Kamer wel voldoende zeggenschap moeten houden. Dat is waarover ik mij ten aanzien van het wetsvoorstel grote zorgen maak en waar ik zo meteen nog de nodige vragen over zal stellen. Dat wil dus niet zeggen dat wij de huidige verstikkende regels en voorwaarden allemaal willen houden. Dat wil ook niet zeggen dat

er niet meer overgelaten kan worden aan het veld. Daar ben ik erg vóór, maar wel onder de voorwaarde dat de politiek gegarandeerd kan ingrijpen als er dingen gebeuren die ongewenst zijn vanuit maatschappelijk en zorgbelang.

Heel veel AMvB's moeten nog komen. Wij hebben nog geen idee welke richting het opgaat, wij weten alleen waarover het gaat. De onderliggende visie en de daaruit voortkomende beleidsregels zijn ook nog niet bekend. Daarom kan ik mij moeilijk voorstellen wat de minister wil bereiken met deze wet. Dat is ook de reden dat ik niet blij was met de volgorde van behandeling. Naar mijn mening moet de volgorde zijn: eerst beleidsregels, dan een volwaardig debat over de positie van kleine ziekenhuizen en dan pas een bespreking van deze wet. De politiek moet eerst bedenken waar zij naar toe wil, hoe zij daarheen wil en wat zij belangrijk vindt in de zorg en pas daarna welke instrumenten daarvoor nodig zijn. Dat lijkt mij de juiste volgorde.

Mevrouw Vietsch (CDA): Ik dacht juist dat wij het erover eens zijn dat wij door deze wet meer instrumenten krijgen om te kunnen ingrijpen. Het verbaast mij dat mevrouw Kant niet samen met mij blij is dat de minister nu gaat ingrijpen.

Mevrouw Kant (SP): Dat moet ik nog afwachten. Ik zie de minister in body language op uw opmerking reageren, maar ik vraag mij af of het werkelijk gaat gebeuren. Dat is nog maar zeer de vraag. Als er inderdaad meer mogelijkheden komen om in te grijpen, ben ik zeer gelukkig. Ik heb uit uw betoog begrepen, mevrouw Vietsch, dat u ook vindt dat ingrijpen op een aantal terreinen mogelijk moet zijn. Ik wil wel graag de garantie dat het inderdaad kan. Verder zitten er punten in de wet waarmee ik helemaal niet gelukkig ben. Dat betreft punten die gerelateerd zijn aan de marktwerking. Daartegen heb ik grote bezwaren. Het is mij echter volstrekt niet duidelijk of de wet inderdaad instrumenten biedt om te kunnen ingrijpen. Het was beter geweest als wij eerst hadden vastgesteld wat wij willen en waar wij willen kunnen ingrijpen. Ik had dat een handiger route gevonden.

Na de wijziging van de wet is er geen nieuw advies gekomen van de

Raad van State. Die had zich zeer kritisch uitgelaten over het oorspronkelijke wetsvoorstel. Het zou onvoldoende waarborgen bieden voor een samenhangend zorgaanbod, alsmede onvoldoende rechtszekerheid voor de instellingen. Wij weten niet of de Raad van State nu nog die mening is toegeedaan. Er is ook geen positief advies op die punten. Ik had het beter gevonden als de wijziging wel voorgelegd was aan de Raad van State. Ik zie niet in hoe de grote kritiekpunten met dit nieuwe voorstel opgelost zijn.

De minister zegt dat hij het niet heeft voorgelegd omdat er geen grote wijzigingen waren. Ik vind de introductie van een winsttoegmerk in de zorg nogal een forse wijziging waarover ik graag het advies van de Raad van State had gehad.

Bij de beleidsregels zitten mijn grootste vraagtekens en uitgerekend de beleidsregels kennen wij nog niet. Op basis van de beleidsregels die straks komen, kan de minister instellingen toelaten c.q. de toelating intrekken. De beleidsregels worden op basis van een visie vastgesteld. Over de beleidsregels heeft de Kamer niets meer te zeggen, maar ik mag toch aannemen dat de Kamer wél iets te zeggen heeft over die visie en daarover praat met de minister. Hoe ziet de minister dat?

Waarover gaat die visie? Welke inhoud heeft zij? In de wet staat dat de visie criteria bevat omtrent de spreiding van die vormen van zorg ten aanzien waarvan aan de bereikbaarheid een bijzonder belang moet worden gehecht. Ik vind dat zeer algemeen geformuleerd. Zelfs de hoofdlijnen zijn mij niet duidelijk. Waar gaat het over en waar kan de minister ingrijpen?

Mevrouw Tonkens (GroenLinks): Ik heb een belangrijke technische vraag. Is mevrouw Kant het met mij eens dat wij daarom geen beleidsregels moeten hebben maar AMvB's? Die moeten namelijk langs de Kamer komen en dan kunnen wij erover praten!

Mevrouw Kant (SP): Dat ben ik met u eens.

Uit de schriftelijke antwoorden heb ik de indruk gekregen dat daar waar de minister wil ingrijpen, het alleen gaat om acute zorg. Dat vind ik veel te beperkt. Daarom wil ik graag dat de minister daar een duidelijke toelichting op geeft. Ik ben blij met

Kant

het amendement dat de heer Van der Vlies op dit punt heeft ingediend. Mijn gedachten gingen uit naar een vergelijkbaar amendement. Ik wacht het antwoord van de minister af, maar er ligt nu iets concreets waarover wij kunnen praten. Ik denk dat het amendement van de heer Van der Vlies een enorme verbreding aangeeft van waar de minister op zou moeten kunnen ingrijpen en waar de politiek dus ook op moet kunnen ingrijpen. Ik vind dat een enorme verbetering. Ik ben benieuwd wat de minister daarvan vindt.

Ik wil ook de positie van de kleine ziekenhuizen in de discussie betrekken. De afgelopen jaren bleek waar de politiek niet goed in kon grijpen, terwijl zij dat wel wilde. Deze wet moet daarom instrumenten bieden zodat wij dat in de toekomst wel kunnen doen. De meesten van ons in de Kamer hebben meegeemaakt dat er dingen gebeuren in het land, zoals het sluiten van bepaalde afdelingen in kleinere ziekenhuizen en het ontmantelen van hele ziekenhuizen als gevolg van fusies, bijvoorbeeld in Emmeloord en Velp. Er zijn discussies gevoerd over dingen die zijn gebeurd, omdat een paar mensen, meestal mannen, op een kantoor besloten hadden dat het anders moest, terwijl de hele regio en ook de politiek vond dat dat geen goede beslissingen waren. Dat zijn processen die wij niet willen, omdat het niet goed is voor de zorg en het niet in het maatschappelijk belang is. Hoe kan straks met deze wet in de hand worden ingegrepen? Ik hoop dat de minister daar een duidelijke beschouwing over geeft. Ook hij heeft de discussies namelijk volop meegemaakt.

Hoe pakt deze wet straks concreet uit? Wat zijn de mogelijkheden, bijvoorbeeld als het gaat om de maatschappelijke wenselijkheid om ziekenhuizen dicht bij huis te hebben? Het gaat dan natuurlijk niet om de moeilijke specialistische zorg, maar om bijvoorbeeld heupoperaties. Dat is belangrijk voor ouderen, die als hun partner in het ziekenhuis belandt, graag fatsoenlijk op bezoek willen kunnen komen. Ook bestaat de wens van een kleinschaligheid ziekenhuis, waar dicht in de buurt basiszorg verleend kan worden. Dat is een politieke wens die breed gedragen wordt en het is een maatschappelijke wens. Wij willen dat het instrument van deze wet het mogelijk maakt in te grijpen als er

processen zijn die de andere kant op gaan. Hoe gaat de minister voorkomen dat raden van besturen hun eigen koers blijven varen of gaan varen?

Gaat deze wet er verder voor zorgen dat als er een bestuurlijke fusie is geweest en er locatieconcentratie optreedt, er toch kan worden ingegrepen? Het zou wenselijk kunnen zijn dat er vanwege bestuurlijke redenen een fusie komt, maar als er functieverlies in locaties plaatsvindt, moet toch kunnen worden gezegd: dit gaat in tegen de wens en de visie die de Kamer of de minister heeft neergezet als het gaat om de wijze waarop de ziekenhuiszorg verspreid moet worden en waar het wenselijk is dat een kleiner ziekenhuis behouden blijft.

Mevrouw Tonkens (GroenLinks): Hoe komt mevrouw Kant aan de gedachte dat deze wet al die dingen die zij zouden willen, zou gaan regelen? Alleen dat er iets over spreiding in zou kunnen staan?

Mevrouw Kant (SP): Dat hangt af van welke beleidsvisie ten grondslag ligt aan dit instrument. Dat maakt de discussie ook zo ingewikkeld. Op het moment dat deze wet wordt aangenomen en er een beleidsinstrument is, kan het zijn dat de visie verandert. Deze samenstelling van de Kamer kan het behoud van kleine ziekenhuizen belangrijk vinden, maar over een paar jaar kan er een andere visie zijn. Het is dan aan de meerderheid van de Kamer om daar een beslissing over te nemen. Dat is meer dan wij nu kunnen. Nu staan wij met de handen in het haar. Het enige dat wij de afgelopen jaren hebben kunnen doen, is fusies tegenhouden. Dat was het enige bestuurlijke instrument dat wij hadden. Dat hebben wij gelukkig ook gebruikt. Als er processen lopen, moet je echter kunnen ingrijpen en kunnen zeggen: dit willen wij niet. Ik ben er echter niet gerust op dat dat kan met deze wet. Ik ben er nog minder gerust op dat de minister dat zou willen doen als het wel kan. Dat zijn twee factoren die natuurlijk wel van belang zijn. Ik probeer echter te zoeken naar een manier om de wet zodanig aan te passen dat het wel kan. Zoals de wet nu voorligt kan het niet, maar met het amendement van de heer Van der Vlies erbij zijn er al meer mogelijkheden. Uit de toelichting op de wet en de

achterliggende visie zal moeten blijken of het ook daadwerkelijk gaat gebeuren.

Mevrouw Tonkens (GroenLinks): Dan klopt het dus dat er in de voorliggende tekst niets staat dat die kant op gaat. Maar als u minister was, zou u dat er wel in zetten.

Mevrouw Kant (SP): Als ik minister was, had ik een heel andere wet gemaakt zonder marktwerking en zonder winstoogmerk. Zoals het nu is geformuleerd, is het niet duidelijk. Je kunt niet stellen dat het niet kan. Dat is het vage van de wet. Er staat een algemeen zinnetje over criteria die in revisie moeten en van toepassing moeten zijn op bereikbaarheid. Dat is een heel breed begrip. Het hangt ervan af hoe je dat uitwerkt, hoe specifiek je die criteria omschrijft en waarop je kunt sturen. Ik ben er niet gerust op dat deze liberale minister op dat gebied erg veel wil. Wat mij wel weer een beetje geruststelt, is dat een meerderheid van de Tweede Kamer jarenlang heeft gezegd dat kleine ziekenhuizen behouden moeten blijven en dat volwaardige ziekenhuizen dicht bij mensen maatschappelijk gezien belangrijk zijn. Daar houd ik mij aan vast. Een meerderheid van de Tweede Kamer moet er dan ook voor zorgen dat er een instrument is om mogelijk te maken wat zij als politieke wens uitspreekt.

Mijn volgende vraag is hoe het instrument, als het er eenmaal is, daadwerkelijk wordt toegepast. Wanneer moet er nu precies toelating gevraagd worden? Het is mij duidelijk dat als er nieuwe instellingen komen die een nieuw contract willen met zorgverzekeraars de procedure van toelating door de minister gevolgd moet worden. Bij wijzigingen wordt dat toelatingsvereiste ook toegepast. Dat is mij niet helemaal duidelijk. In welke situaties is het nu wel nodig en in welke niet? Moet het altijd bij bestuurlijke fusies? Is er dan sprake van een nieuwe instelling? Moet er dan getoetst worden? Hoe zit het met functieverandering? Nu heb je soms ziekenhuizen die onder een bestuursstructuur vallen. Kan een ziekenhuis zeggen: wij zijn één instelling en wij doen vervolgens wat wij willen? Als er sprake is van een functieverandering, bijvoorbeeld het opdoeken van verloskunde in de ene locatie, is er dan een nieuwe

Kant

instelling? Is daarvoor goedkeuring nodig? Mij is niet duidelijk hoe het in de praktijk zal gaan en ik hoop dat de minister die duidelijkheid kan scheppen.

In de wet worden enkele specifieke voorstellen gedaan. Ik grijp daarvoor even terug op de discussie over de kleine ziekenhuizen. Tijdens die discussie is de wet aangepast, waardoor het mogelijk werd, maatschappelijk betrokken partijen zoals patiënten/consumenten, huisartsen of verloskundigen te raadplegen. In de wet wordt gesproken over stakeholders. Ik vind dat een vervelend woord en heb het liever over maatschappelijk betrokken partijen. Dat aspect is nu helemaal komen te vervallen. Er staat wel iets over in de wet, maar niet alle groepen worden genoemd. Waarom heeft de minister die groep nu weer beperkt, terwijl wij die destijds toegevoegd hadden? Het is niet nodig, die groep te beperken. Als wij vinden dat mensen die erbij betrokken zijn er iets over mogen zeggen, moet die groep zo breed mogelijk gehouden worden! Ik heb op dat punt een amendement ingediend.

Als alle meningen binnenkomen, hoe weegt de minister deze? Hoe zwaar wegen die meningen? Ik wil graag weten hoe de minister met dit instrument omgaat. Tot nog toe is het vaak voorgekomen dat besturen van ziekenhuizen niet naar die meningen geluisterd hebben. Ik mag toch hopen dat dergelijke wensen voor de minister wel zwaar wegen.

Ik ben er niet helemaal gerust op, omdat in de wetstekst staat dat men opmerkingen mag maken. Dat klinkt een beetje als: je mag ook effe wat zeggen. Dat lijkt mij niet helemaal de bedoeling. Wil de minister daarop ingaan? Misschien kan er een beter woord voor "opmerkingen" gevonden worden. Zoals het nu in de wet staat, lijkt de inbreng van de verschillende maatschappelijk betrokken partijen niet erg zwaarwegend. Inspraak zou nog veel beter zijn. Als de maatschappelijk betrokken partijen ergens iets over zeggen, kan de landelijke politieke en de Tweede Kamer die afweging ook maken en heb je toch een behoorlijke vorm van democratie. Het kan allemaal beter. Het staat niet in het wetsvoorstel en ik weet niet of wij dit element daarin moeten brengen of dat het op een andere manier moet worden opgelost. Naar mijn mening

moet dit probleem worden opgelost in een AMvB bij dit wetsvoorstel.

Wat ik net heb beschreven, is eigenlijk allemaal nog veel te weinig. Ik heb het niet alleen over ziekenhuizen, maar over alle instellingen. Als ik echter even bij het voorbeeld van de ziekenhuizen blijf en je ziet hoe die bestuurd worden, dan is dat toch een soort old boys netwerk. In deze moderne samenleving zouden wij daar toch eens vanaf moeten. Het gaat over instellingen die werken met publiek geld. Daar moet een fatsoenlijke publieke verantwoording over worden afgelegd en daar hoort ook een bestuur bij waarin mensen zitting hebben die publiek verantwoordelijkheid dragen en willen dragen. Het mag geen ouwe jongens krentenbrood zijn waarbij men elkaar wel aan een baantje in de raad van bestuur helpt. Zo gaat het nu vaak. Ik vind dit een ongewenste situatie en hoor graag hoe de minister hier verandering in zal brengen. Je kunt ziekenhuisbesturen democratiseren, huisartsen en andere zorgverleners in het bestuur opnemen, gemeentebesturen en natuurlijk het personeel en de patiëntenvertegenwoordiging een stem geven. Kortom, er zijn allerlei manieren denkbaar om tot die democratisering te komen. Er wordt een algemene maatregel van bestuur uitgevaardigd waarin ook regels worden gesteld voor de bestuursstructuur. Dit kan een gelegenheid zijn om na te gaan of er veranderingen mogelijk zijn. Wil de minister hierop ingaan?

Ik zou graag zien dat er in die algemene maatregel van bestuur ook iets wordt opgenomen over de beloningsstructuur. Wij hebben hier al veel debatten gevoerd over het feit dat de salarissen in de zorg de pan uitrijzen. De minister antwoordt steeds dat hij geen instrument heeft om die ontwikkeling te keren. Nu wordt er een wet uitgevaardigd met een algemene maatregel van bestuur met codes en regels. Dit is een goede mogelijkheid om ook iets voor de salarissen te regelen. Natuurlijk kunnen wij daarin niet regelen welke salarissen er moeten worden betaald, maar je zou bijvoorbeeld wel een maximum als norm kunnen afspreken. Ik zou niet weten waarom dit niet kan. Ik overweeg op dit punt in tweede termijn een motie in te dienen.

Het zal niemand verbazen dat ik niet zo blij ben met het winstoogmerk. Ik heb daarom een wijziging

van de wet voorgesteld. Iedereen die in zijn bijdrage kritiek op dit punt heeft geuit, kan dit amendement steunen. Ik ben er niet voor dat premiegeld kan wegvloeien in de zakken van aandeelhouders. Mijn amendement beoogt dan ook dat als er al winst wordt gemaakt op zorg, die winst te allen tijde terugvloeit naar de zorg.

In de schriftelijke bijdrage van de minister staat letterlijk: "Een onderneming die winst nastreeft, deelt bij succes een positief exploitatieresultaat met degenen die financieel hebben bijgedragen." Dit is een mooie zin. Hiermee worden natuurlijk de aandeelhouders bedoeld, maar feitelijk hebben de premiebetalers financieel bijgedragen. Als er winst wordt gemaakt, zou die toch in de eerste plaats teruggesluisd moeten worden via premieverlaging of via betere zorg. De kans is echter groter dat het andersom gaat en dat de premiecenten in de zakken van de aandeelhouders verdwijnen. Ik vind dit soort mechanismen in de zorg ongewenst.

Hier komt nog bij dat een instelling verschillende geldstromen kan hebben: zorg met winstoogmerk en zorg zonder winstoogmerk. Het is onmogelijk om die geldstromen nog te onderscheiden en om daar zicht op te houden.

In deze wet noch in de algemene maatregel van bestuur wordt iets geregeld voor sponsoring. De minister lijkt sponsoring van de zorg wel een goede mogelijkheid te vinden. Ik vind dit een ongewenste ontwikkeling. Het risico is dat de instelling afhankelijk wordt van de sponsor. Bovendien dreigt het risico van belangenverstremgeling, want een bedrijf dat geld geeft, kan op een gegeven moment eisen dat zijn werknemers voorgaan. Zo zijn er nog veel andere risico's van sponsoring in de zorg te bedenken. Er bestaat een gedragscode. De minister vindt die blijkbaar niet erg belangrijk, want hij zegt dat sponsoring prima is. Die gedragscode zegt: niet bij basiszorg, maar alleen bij extra's. Ik zou echt niet weten waarom wij dit niet tot regel kunnen maken en die op de een of andere manier in de wet verwerken.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.



De heer **Heemskerk** (PvdA): Voorzitter. Mijn fractie zet een groot aantal kanttekeningen bij dit wetsvoorstel waarin onduidelijke garanties en verantwoordelijkheden van de minister staan ten aanzien van kwaliteit en belangrijke publieke waarborgen zoals toegankelijkheid en onvoldoende inzicht wordt geboden in de bestuurlijke checks and balances, met name voor patiënten en cliëntenorganisaties. Bovendien is het wetsvoorstel inhoudelijk leeg. De minister lijkt in al zijn uitlatingen vooral geïnteresseerd te zijn in de beheersing van de collectieve kosten. Dat blijkt ook uit dit wetsvoorstel want daarin worden weinig woorden gewijd aan een begrip als "kwaliteit". In het wetsvoorstel zijn de verantwoordelijkheden van de minister en zijn sturingsinstrumenten vaag. Er wordt een tamelijk zwart-witte oplossing geboden. De minister kan alleen een vergunning verstrekken of volledig intrekken als een zorginstelling eenmaal is toegelaten. Het intrekken van een vergunning is de zwaarste sanctie. Het opleggen van de zwaarste sanctie komt echter niet altijd geloofwaardig over. Mijn fractie verlangt een beter inzicht van de minister in het aanvullende instrumentarium, in tussenvormen zoals gele kaarten en bestuurlijke boetes, vooral als andere eisen dan de kwaliteitseisen overtreden worden. Ik noem bijvoorbeeld schendingen van de health care governance code, de afwezigheid van goede publieke zorg rapportages, te grote gouden handdrukken of te hoge pensioenrechten. Vanochtend debatteerden wij met de minister van Financiën die met de directie van de Nederlandse Bank, als goede heren onder elkaar, overeengekomen is dat afgezien wordt van bepaalde pensioenaanspraken. Daarbij was het handig dat hij wat stokken had om mee te slaan. Ik hoor dan ook graag welke instrumenten de minister en de diverse toezichthouders tot hun beschikking hebben om niet goed functionerende instellingen tot de orde te roepen. Wat zijn die tussenstappen?

Een andere belangrijke mogelijkheid om wanbestuur te corrigeren, is dat belanghebbenden een verzoek indienen bij de Ondernemingskamer. Mijn fractie acht het van groot

belang dat cliëntenraden automatisch tot deze categorie van belanghebbenden behoren. Als er één groep is die belang heeft bij het goed functioneren van een zorginstelling, dan is het wel de patiëntengroep. De minister kent waarschijnlijk de bezwaren en het alternatief dat de Landelijke organisatie cliëntenraden heeft bepleit, namelijk een simpele wijziging van het Burgerlijk Wetboek. Ik hoor graag een reactie op hun bezwaren en de oplossing in de brief van 30 augustus.

Een belangrijk uitgangspunt van de PvdA-fractie bij de stelselherziening is de verbetering van de prijs-kwaliteitverhouding voor patiënten en verzekerden. Welke garanties geeft de minister ten aanzien van de toegankelijkheid en de kwaliteit van het aanbod? Waarom heeft hij in de derde en vierde nota van wijziging deze garanties afgezwakt? Hoe regelmatig wordt op kwaliteit gecontroleerd? Hoe worden de bevindingen bekend gemaakt? De minister moet over die punten regie voeren. Bij de sterftecijfers hebben wij gezien dat er anders alleen maar verwarring wordt gecreëerd. Mijn fractie heeft in het hoofdlijnen debat al gepleit voor een zorgkaart voor elke zorginstellingen met duidelijke informatie voor gebruikers. Een en ander komt via zelfregulering tot stand waarbij overal het wiel opnieuw wordt uitgevonden. Vrijblijvendheid dient vervangen te worden door wettelijke informatieverplichtingen.

Ik kom op de risico's van commercialisering. In het verleden is mijn fractie voorstander geweest van meer marktwerking maar alleen als daarmee een grotere keuzevrijheid voor patiënten en verzekerden werd bereikt, kartels en oligopolies werden doorbroken of de kwaliteit per verrichting werd verbeterd. De PvdA-fractie is altijd terughoudend geweest bij de introductie van meer commercie in de zorg uit angst dat koopkrachtige partijen, rijke particulieren en grote werkgevers voorrang zouden krijgen of op exclusieve hoge kwaliteit zouden kunnen rekenen. Mijn fractie houdt twijfels bij het overgaan van collectief gefinancierd eigendom naar private kapitaalverschaffers met name ten aanzien van de cruciale zorgvoorzieningen. Blijven die voluit beschikbaar voor iedere burger of verdwijnen zij bij een faillissement?

Hoe gaat de minister hiermee om? Welke lessen trekt hij uit de ontwikkelingen in de energiesector? Ook daar hebben wij gezegd dat er een natuurlijk monopolie is dat nooit geliberaliseerd of vermarkt kan worden.

Een ander risico van commercialisering is dat de privé-klinieken de krenten uit de pap pikken en de lastige behandelingen of de fouten afwentelen op de niet-commerciële zorginstellingen. Onderlinge afspraken over dergelijke effecten komen niet vanzelf tot stand; ook daarvoor is een regisseur nodig. Ik heb het bijvoorbeeld over de vraag of medische fouten van een privé-kliniek kunnen worden doorbelast als zij worden opgelost door de niet-commerciële instellingen. Ook hier zijn dus sturingsinstrumenten van de minister of de toezichthouder nodig. Strekt de WTZi zich nu wel of niet uit tot de privé-klinieken? Paragraaf 5.1 van het verslag biedt hierover geen duidelijkheid: "het strekt zich uit over alle instellingen die zorg verlenen waarop in gevolge van de Ziekenfondswet of AWBZ aanspraak bestaat". Dit impliceert dat het in beginsel alleen gaat om de zogenaamde collectief gefinancierde zorg. Dan komt er een zin die ik ongeveer vier keer gelezen heb: "Dit beginsel lijdt uitzondering doordat ook ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra die vergelijkbare zorg verlenen maar die volledig privaat vergoed worden, onder de werksfeer van de WTZi vallen." Vallen de privé-klinieken er nu half onder en, zo ja, wat betekent dat dan? Of kunnen zij niet een beetje zwanger zijn en valt een kliniek direct volledig onder de WTZi als er ook maar één vergelijkbare verrichting geschiedt? Dat laatste is de interpretatie van mijn fractie.

Voorzitter: Weisglas

De heer **Heemskerk** (PvdA): Het College bouw ziekenhuisvoorzieningen stelde bij de uitvoeringstoetsen al vast dat de WTZi ontschotting en ketenvorming in het aanbod tot gevolg kan hebben. Daar zijn wij tegenwoordig allemaal voor; dat is een positieve ontwikkeling. Toch zou ik graag van de minister horen hoe ver hij denkt dat dit kan gaan. Is het bijvoorbeeld mogelijk dat ziekenhuizen grootscheeps fuseren en landelijke ketens

Heemskerk

gaan vormen? Mijn fractie heeft al eerder laten weten tegen verticale integratie te zijn. Als een regionale zorgverzekeraar straks een regionaal ziekenhuis kan overnemen, hebben wij prachtige monopolies gecreëerd. "Prachtig" bedoel ik natuurlijk cynisch.

Hoe moeten wij omgaan met strategisch gedrag? Bij marktwerking is een gelijk speelveld voor alle partijen belangrijk, maar op dit moment bestaan er grote verschillen. Het bouwregime is veel ruimer voor privé-klinieken en academische ziekenhuizen dan voor algemene ziekenhuizen. Naar verluidt wordt het bouwregime voor de algemene ziekenhuizen niet verruimd omdat de minister vreest dat dit tot een kostenexplosie leidt. Veel algemene ziekenhuizen hebben echter ook grond en gebouwen die tegen veel te lage bedragen op de balans staan. Een ruimer bouwregime, gekoppeld aan herwaardering, hoeft dus niets te kosten maar kan geld opleveren. Als wij het niet doen, lopen wij het risico dat dit tafelzilver wordt verpatst zonder dat er goede sommen worden gemaakt. Mijn fractie gaat er dan ook van uit dat de minister eindverantwoordelijk blijft voor een eventuele verkoop van onderdelen van bestaande zorginstellingen. Het is van groot belang dat wij ons realiseren dat al die ziekenhuizen zijn opgebouwd uit collectieve middelen. De middelen en mogelijke boekwinsten dienen dus altijd terug te vloeien naar de zorg. Ik vraag de minister hierop te reageren, want mijn fractie overweegt in tweede termijn een motie in te dienen over dit onderwerp.

Over het bouwregime heb ik twee vragen. Welke risico's en kansen schat de minister in bij verruiming van het bouwregime voor algemene ziekenhuizen? Als de minister dat niet gaat verruimen, hoe wil hij er dan voor zorgen dat de zorginstellingen in ieder geval een gelijk speelveld kennen? Een ander bouwregime werkt door in de kostprijzen en dus in de DBC-tarieven.

Vergroting van het aanbod is een belangrijke doelstelling van dit wetsvoorstel. Daar zitten wij allemaal op te wachten. De minister verwacht dat het aanbod de komende jaren wordt vergroot door een verhoging van de capaciteit en door het verbeteren van de productieprijken. Een groter en efficiënter aanbod is

een goede zaak en zal natuurlijk ook leiden tot prijsdalingen. Verzekeraars hebben hierin een belangrijke verantwoordelijkheid via hun zorgplicht. Mijn fractie waardeert de intenties en de geruststelling dat de zorgverzekeraars dat wel voor elkaar brengen, maar zij zal de minister blijven aanspreken op zijn eindverantwoordelijkheid voor zowel de toegankelijkheid als de beschikbaarheid van zorg. Mijn fractie is zeer benieuwd naar de overcapaciteit die de minister aan het einde van zijn ambtstermijn denkt te hebben gerealiseerd.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Ik ben verbaasd over uw optimisme dat er automatisch een prijsdaling tot stand zal komen als er sprake is van verruiming van het aanbod. Dat hangt er erg van af. Bij medisch-specialistische zorg zal dat bijvoorbeeld niet zo snel het geval zijn, want daar is en blijft sprake van schaarste. In de thuiszorg zou het misschien kunnen als je de salarissen nog een eindje naar beneden doet, maar ik neem aan dat de PvdA-woordvoerder sociale zaken in dat geval grote bezwaren gaat maken. Waar ziet u dat waar u het ook wenselijk vindt?

De heer **Heemskerk** (PvdA): Het is een logische economische wetmatigheid dat de prijzen dalen als het aanbod stijgt. Het is afhankelijk van de vraag waar het meeste beroep op wordt gedaan waar dat vervolgens tot uiting komt in de hele productieketen. Als er veel thuiszorg wordt aangeboden, dan is er vervolgens weer behoefte aan thuiszorgwerkers. Zij kunnen daarvan misschien profiteren doordat hun lonen weer omhoog gaan. Dat is afhankelijk van de manier waarop de keten zich ontwikkelt. Verruiming van het aanbod is uiteindelijk goed omdat het de wachtlijsten wegwerkt en kan leiden tot een prijsverlaging.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Dit is echt economie les 1. Economie les 2 luidt dat er deelmarkten zijn waardoor het afhangt van het aanbod en \pm in ons geval omdat wij van de politiek zijn \pm of het wenselijk is. In de thuiszorg lijkt het mij niet wenselijk dat de salarissen dalen en ik hoor graag van u of u dat wél wenselijk vindt. Als u dat niet wenselijk vindt, dan heb je ook niets aan een eventuele prijsdaling.

Sterker nog: dan moet je die tegengaan en daar geen vrolijke noot over zingen.

De heer **Heemskerk** (PvdA): U gaat er nu automatisch van uit dat een verruiming van het aanbod, bijvoorbeeld in de thuiszorg, zal leiden tot een daling van de lonen daar. Dat zie ik helemaal niet zo. Sterker nog: dat zou inderdaad niet wenselijk zijn, want juist door de thuiszorgmedewerkers wordt heel hard gewerkt en worden veel problemen opgelost waardoor duurdere vormen van zorg worden vermeden. Ik zie niet in waarom dat dit, zoals u denkt, automatisch tot loondaling bij de thuiszorg zal leiden.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Dat zei ik ook niet. U zegt echter dat meer aanbod leidt tot een lagere prijs. Dat is in de zorg het geval als het salaris wordt verlaagd. De loonkosten vormen immers de belangrijkste kostenpost. Zeker in de thuiszorg is er niet zo heel veel meer. Ik stel dat u daarmee zegt dat het wenselijk is dat de salarissen in de thuiszorg omlaag gaan. Dat lijkt mij niet wenselijk. Wij willen niet dat aanbodverruiming leidt tot prijsdaling.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik zal nog een les economie geven. Als het aanbod wordt verruimd, zal men ook met de bestaande managementcapaciteit meer thuiszorg gaan aansturen. De winst zou wel eens kunnen zitten in een relatieve daling van de managementkosten ten opzichte van het totale aanbod en niet in een daling van de lonen.

Het volgende punt is het Budgettair Kader Zorg. De minister zegt in de memorie van toelichting dat de vraag uiteindelijk bepalend moet zijn voor het zorgaanbod. Door de medische innovaties en door de vergrijzing die wij gelukkig hebben in land, zal de vraag naar zorg alleen maar toenemen. De minister gaat overcapaciteit creëren, maar tegelijkertijd blijft hij vasthouden aan het Budgettair Kader Zorg als beperkende randvoorwaarde. Ongeacht de mate van liberalisering blijven de uitgaven, de prijzen en de productie dus getoetst worden aan dat kader. Gaat dit verdwijnen bij verdere liberalisering? Is dit niet een zeer tweeslachtige sturingsmethode? De minister geeft immers enerzijds de ruimte, maar hij gaat ter

Heemskerk

bescherming van zijn Budgettair Kader Zorg op andere plaatsen weer even hard op de rem staan. Doet dit nu recht aan de doelstelling om patiënten en professionals de ruimte te geven?

Mijn laatste inhoudelijke punt betreft de hogere kosten als gevolg van toegenomen bedrijfsrisico's. Deze minister blijft om de hete brei heen draaien. Daarom zal ik een duidelijke consequentie van deze wet noemen. Door het liberalere en dus onzekerdere regime voor zorginstellingen zullen de solvabiliteits-eisen en de rentekosten die banken vragen in macro-economisch opzicht toenemen. De minister stelt in zijn antwoord dat dit de eigen verantwoordelijkheid is van de zorginstellingen. Wij weten waar bij dit kabinet eigen verantwoordelijkheid voor staat. Het is een synoniem voor "zoek het zelf maar uit" of voor "bezuinig zelf maar".

Mijn fractie wenst een toezegging van de minister dat hij bij volgende stappen, dus bij een volgende AMvB, voortdurend een macro-inschatting en een kwantitatieve onderbouwing geeft van deze effecten. Het gaat erom hoe hoog de kosten van de instellingen als totaal zijn en hoe de concurrentiepositie onderling wordt beïnvloed. Het is namelijk belangrijk dat wij inzicht krijgen in deze cijfers, anders is een nieuwe tegenvaller ingebakken. Hoge solvabiliteits-eisen kunnen leiden tot uitgavenbeperkingen omdat winst moet worden ingehouden. Dat mag in elk geval niet worden verhaald op de chronisch zieken en het mag niet leiden tot een hogere eigen bijdrage of een verkleining van het pakket. Als wij de consequenties van de hogere solvabiliteits-eisen en de hogere rentekosten gezamenlijk vooraf onderkennen als een logisch gevolg van liberalisering, moeten wij de financiële gevolgen daarvan aanvaarden in een gezamenlijke rekening.

Ten aanzien van de AMvB inzake het winstoogmerk en die over het bouwregime is terecht gekozen voor de zwaarste voorhangvariant. De ontwerp-AMvB is na vaststelling voorgelegd aan het parlement en kan pas dertig dagen na die voorlegging in werking treden, tenzij de Kamer binnen deze termijn eist dat het ontwerp wordt omgebouwd tot een amendeerbaar wetsvoorstel. De minister heeft hier echter niet bij alle AMvB's in deze wet voor gekozen.

Voor de AMvB over de bestuursstructuur is bijvoorbeeld voor een andere vorm gekozen. Wil de minister per AMvB onderbouwen waarom voor andere procedures is gekozen?

De Wet Toelating Zorginstellingen is een kaderwet en deze is nogal leeg. Heel veel wordt bepaald in aanvullende AMvB's. Daarmee wordt het evenwicht tussen marktwerking en regulering bepaald. De liberalisering waarvoor wij kiezen, kan uiteindelijk binnen die AMvB's ook weer grotendeels worden teruggedraaid. De PvdA-fractie vindt dat wenselijk. Wij gaan namelijk stapsgewijs te werk. Wij moeten fouten kunnen corrigeren en lessen kunnen trekken, allemaal in goed overleg met deze Kamer.

Mevrouw **Kant** (SP): U sprak in het begin van "de PvdA wás voor marktwerking", dus ik heb even gewacht of u er nog op zou terugkomen. Ik dacht dat u zou gaan uitleggen waarom uw fractie van gedachten veranderd is, maar dat heeft u niet gedaan. Ik zou dus graag vernemen wat het standpunt van uw fractie nu is. Daarna had u een heel betoog over de risico's van de commercie in de zorg. Er is een amendement van mijn fractie om winstoogmerk in de zorg alleen toe te staan voor zover de winst terugvloeit naar de zorg. Ik zou graag willen weten wat u van dat amendement vindt, want u was ook op dat punt zeer kritisch.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Als je consequent doorvoert dat alle winst moet terugvloeien naar de zorg, kom je uit bij een volstrekt non-profit door de Staat gestuurd zorgaanbod. Dan moet alle computersoftware ontwikkeld worden door overheidsdiensten, dan mogen er alleen nog maar ambtenaren werken in de zorg en dan mogen alle maatschappen niet meer verdienen dan ambtenarensalarissen. Dat zou een nog grotere revolutie zijn dan de verandering waarmee deze minister bezig is. Daarmee is het ook onhaalbaar.

Mevrouw **Kant** (SP): U moet het niet ridiculiseren, want de zorg is altijd zonder winstoogmerk geweest. Het gaat erom of zorginstellingen winst mogen maken, het gaat niet om toeleveringsbedrijven. U moet het niet belachelijk maken, want zo is de

situatie tot nu toe steeds geweest. Maar nu wordt er met deze wet geïntroduceerd dat zorginstellingen, zoals ziekenhuizen, winst mogen maken.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik zal u nog een ander geheim verklappen: ziekenhuizen moeten nu al winst maken, want een ziekenhuis dat jaar in jaar uit een exploitatieverlies heeft, moet op een gegeven moment zijn deuren sluiten. Het maken van winst is dus voor ons niet het kerncriterium voor het beoordelen van een stelselherziening. Wij beoordelen die op toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. Die zaken moeten allemaal goed geregeld zijn, daarop spreken wij deze minister ook aan. En of de zorg privaat of publiek wordt verleend, vind ik eerlijk gezegd van minder belang. De voedselvoorziening in Nederland, toch zeker ook een publiek belang, is volledig in handen van commerciële bedrijven.

Mevrouw **Kant** (SP): Waarom antwoordt u niet gewoon dat uw fractie er in tegenstelling tot die van de SP geen moeite mee heeft? Zeg dat dan toch gewoon in plaats van zo'n heel verhaal op te hangen. Nu wordt geïntroduceerd dat ziekenhuizen winst mogen maken. U zegt dat ze dat al mochten, maar die winst moest wel ten behoeve van het ziekenhuis en de zorg ingezet worden, terwijl die nu aan aandeelhouders ten goede mag komen. De PvdA vindt dit goed. Zeg dat dan ook gewoon.

De heer **Heemskerk** (PvdA): De PvdA kijkt dit heel pragmatisch en wij beoordelen bij het winstoogmerk steeds de toegankelijkheid, de betaalbaarheid en het ontbreken van exclusiviteit.

En wat uw eerste vraag betreft, wij waren reeds een voorstander van marktwerking in de zorg als die leidt tot meer keuzevrijheid voor patiënten en meer doelmatigheid en als ze strikt gereguleerd is. Wat het M-woord betreft is er dus misschien een zeer grote kloof tussen de SP en de PvdA.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Maar vervolgens maakt het toch wel uit wat er precies met die winst gedaan wordt. Wordt dat geld gebruikt om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, de capaciteit van de zorg uit te

Heemskerk

breiden en de wachtlijsten weg te werken? Of wordt het gebruikt om degenen die daarbij in beeld zijn, in staat te stellen om een tweede vakantie te financieren? Ik druk mij nu expres wat ridicul uit om even scherp aan te geven wat ik bedoel.

De heer **Heemskerk** (PvdA): De kern van de hele stelselherziening is dat wij tegenover iedere vorm van macht een tegenmacht zetten. Nu is er bij de zorginstellingen wel eens iets te weinig tegenmacht. Een tegenmacht zal gevormd worden door de zorgverzekeraars, die kritisch zullen gaan inkopen en die een aantal dingen zullen gaan organiseren. Omdat er nu nog te weinig tegenmacht is binnen de zorginstellingen, zie je eerlijk gezegd dat de tweede, derde en vierde vakantie al plaatsvinden. Die worden namelijk door de medisch specialisten opgenomen. Je ziet dat die opgenomen worden door de software-ontwikkelaars, die omdat men onvoldoende op de kosten let, het ene softwarepakket na het andere aan de ziekenhuizen weten te verkopen. Meneer Gates gaat daarvan wel een keer of vier op vakantie. Ofte wel ik vind de vraag of een deel van de winst terugvloeit naar een aandeelhouder van mindere relevantie dan de vraag of doelmatig wordt gewerkt en of niet te veel binnen de keten winst wordt verspeeld aan toeleveranciers.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Als u praat over doelmatig werken, ben ik het daar op zichzelf mee eens. Dat moet zich dan ook vertalen in verbetering van de kwaliteit van de zorg. Dat is toch wat u bedoelt?

De heer **Heemskerk** (PvdA): Daar staan wij in ieder geval gezamenlijk voor.

De heer **Weekers** (VVD): Mijnheer de voorzitter. De centrale aanbodsturing in de zorg heeft bewezen niet te werken. Op grond daarvan is overigens al een tijd geleden besloten dat er in de gezondheidszorg een overgang moet komen naar meer vraaggerichte sturing. In het regeerakkoord is gekozen voor een robuuste aanpak, waarbij is vastgelegd dat zo snel als verantwoord is de overgang moet worden gemaakt ± ik gebruik nu mijn eigen woorden ± van sovjetmodel naar

gereguleerde marktwerking. De WTZi is cruciaal om deze stap te zetten. Deze processenwet regelt een aantal belangrijke randvoorwaarden om de gereguleerde marktwerking in de gezondheidszorg ook daadwerkelijk vorm te geven. De concretisering zal stapsgewijs plaatsvinden door middel van beleidsregels en algemene maatregelen van bestuur. De VVD-fractie is zeer benieuwd hoe die AMvB's en beleidsregels eruit zullen zien en vooral ook geïnteresseerd in de vraag hoe daarop in de praktijk zal worden ingespeeld, in welk tempo het aantal regels wordt verminderd en de teugels worden losgelaten.

Namens mijn fractie complimenteer ik minister Hoogervorst met de liberale slag die hij duidelijk in de derde en vierde nota van wijziging van de voormalige WEZ heeft gemaakt, als ik de toelichting zo lees. Een groot aantal bezwaren die de VVD-fractie eerder heeft uitgesproken tegen het in 2001 ingediende wetsvoorstel, zijn daarmee weggenomen. Het teveel aan bemoeienis vanuit Den Haag lijkt te worden losgelaten. Ik zeg "lijkt", want het is nu nog in woord en geschrift. De praktijk en in het voorstadium ervan de visie, de beleidsregels en de algemene maatregelen van bestuur en vooral de toepassing ervan, moeten nog het bewijs leveren dat het roer ook echt om is. Eerdere sprekers hebben daarop ook al geduid. Met andere woorden, the proof of the pudding is in the eating.

De wijzigingen in de WEZ en de uitleg van de WTZi sporen meer en meer met de richting waarin de VVD-fractie wil gaan met de gezondheidszorg, zoals ook is uitgeschreven in onze visie Kiezen voor keuze. Daarin staat de patiënt, de zorgconsument of de cliënt centraal. In verband met de overgang naar een gereguleerde vorm van marktwerking vindt mijn fractie het een goede zaak dat de regiovisie is geschrapt. Dit in tegenstelling tot andere sprekers die ik zojuist heb gehoord. Daarmee wordt in onze ogen overbodige bureaucratie geschrapt. Marktwerking zal in onze ogen met behoud van de regiovisie onvoldoende van de grond komen. Het zou werken als een slak op een teerton. Veel partijen zijn zeer goed in staat om in een regio goede afspraken te maken over de bereikbaarheid, waarbij wij tegelijker-

tijd zeggen: zolang dat maar niet leidt tot marktverdelingsafspraken die nieuwkomers buiten de deur houden. Daarin moet straks de Zorgautoriteit een belangrijke rol vervullen.

Een aantal punten willen wij in dit debat voor het voetlicht brengen. In de eerste plaats is dat de deregulering. Deregulering, ook in gezondheidszorg, is al jarenlang een aandachtspunt van de VVD. De introductie van gereguleerde marktwerking in de gezondheidszorg houdt in dat Den Haag zich steeds meer op afstand zal plaatsen van het veld. Veldpartijen krijgen meer verantwoordelijkheden toebedeeld. De overheid grijpt alleen in daar waar dit echt nodig is en stelt de randvoorwaarden vast. Om die gereguleerde marktwerking een kans te geven en tot een succes te maken, moet de overheid die afstand ook nemen en het vertrouwen hebben dat veldpartijen hun verantwoordelijkheid nemen. Dat wil ik graag namens mijn fractie benadrukken.

Instellingen in de gezondheidszorg moeten de mogelijkheid en de vrijheid krijgen om in een gereguleerde markt te werken. In hoeverre instellingen ook daadwerkelijk de vrijheid krijgen om hun werk te doen, hangt straks af van de inhoud van de algemene maatregel van bestuur en de beleidsregels. Wat in elk geval voorkomen moet worden, is dat die nadere, lagere regelgeving dat speelveld straks weer volledig dicht reguleert. Ik moet daar overigens bij zeggen dat ik het wel met de regering eens ben dat je nu niet ineens alles kunt loslaten en dat je dit stapsgewijze zult moeten doen. Daar zul je een tijdpad aan moeten verbinden en in elk geval de ambities die je je stelt voor het vrijlaten van die markten. In de toelichting bij de derde nota van wijziging wordt vrij helder uiteengezet welke markten er te onderscheiden zijn en wordt aangegeven dat je voortdurend onderzoek moet doen naar de imperfecties van de betrokken markt. Zodra de imperfecties zijn opgeheven dan wel met randvoorwaarden begeleid kunnen worden, kun je ook steeds meer aan die markt overlaten.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik kan dit betoog van de VVD-fractie niet helemaal volgen. Enerzijds heeft u het over deregulering en liberalisering, maar ik zal eens vertellen wat er gebeurt. Wij zijn een aantal dingen

Weekers

wellicht een beetje aan het liberaliseren, maar daar stellen wij gelukkig heel veel regulering tegenover. Deze minister maakt de ene regel na de andere en de ene toezichthouder na de andere; hij creëert een Zorgautoriteit. Deze minister is dus een minister van méér regels en niet van minder regels. Waar baseert u dat hele punt van deregulering op?

De heer **Weekers** (VVD): De bedoeling van deze wet ± zeker als je naar het eindplaatje kijkt ± is dat er ongelooflijk veel regels verdwijnen en dat er ook ongelooflijk veel bureaucratie verdwijnt, zodat je niet meer voor elke verbouwing verbouwingsplannen in dertigvoud hoeft in te dienen bij het college bouw. Wij hebben er begrip voor dat je niet alles ineens los kunt laten en dat je zaken zult moeten reguleren. Niet voor niets spreken wij van een geregleerde marktwerking. Immers, de markt in de gezondheidszorg is niet perfect door tal van oorzaken. Dat zul je goed in beeld moeten hebben. Maar daar waar dit mogelijk is, moet je zaken loslaten en moet je zaken uit handen geven. Als u zegt dat dit een minister is die méér regels maakt in plaats van minder, dan ben ik dit niet met u eens, maar dat kan de minister beter zelf uitleggen, omdat hij ook beter zijn eigen beleid kan verdedigen dan dat ik dat zou moeten doen. Wel vinden wij dat als het gaat om lagere regelgeving ± ik heb dit zojuist aangegeven en kom er zo meteen in mijn verhaal op terug ± er wellicht nog een slagje extra gemaakt zou kunnen worden dan de minister op dit moment wil.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Als u spreekt over het bestrijden van bureaucratie in de zorg, dan heeft u de PvdA-fractie helemaal aan uw kant. Ook wij proberen op alle mogelijke manieren bureaucratie terug te dringen. Maar juist als het gaat om liberalisering, is tevens regulering gevraagd. Houd u daarom alstublieft op met dogmatisch te spreken van deregulering of minder regels. Laten wij eerlijk zijn tegen de sector en zeggen: wij voegen een aantal regels toe, omdat wij uw vrijheid uitbreiden maar daar wel voorwaarden aan stellen.

De heer **Weekers** (VVD): Uiteindelijk wordt het een woordspelletje en daar wil ik niet in meegaan. Waar het om

gaat, is dat je het veld veel meer ruimte voor creativiteit laat en dat je het veld laat inspelen op de wensen van de patiënt, op de wensen van de zorgconsument, zonder dat men gehinderd wordt door tal van regels die in de burelen van Den Haag of van bepaalde colleges worden bedacht. Dat is één kant van het verhaal. Juist omdat een aantal deelmarkten in de gezondheidszorg verre van perfect is door de scheve verdeling in informatie, door de schaarste en door nog een aantal zaken, is het belangrijk dat er spelregels worden opgesteld. Daar is deze minister mee bezig en dat wordt ook vastgelegd in de lagere regelgeving. Voorts is het belangrijk dat er een goede scheidsrechter in het leven wordt geroepen in de vorm van de Zorgautoriteit, die als een soort marktmeester gaat opereren. Men zal in andere verhoudingen moeten opereren. Soms ervaart men dat er een aantal regels bijgekomen zijn. Per saldo moet de bewegingsvrijheid om goede zorg te kunnen verlenen optimaal worden. Ik meen dat wij over die doelstelling niet van mening verschillen.

Het is belangrijk dat wij weten hoe die lagere regelgeving eruit komt te zien. De minister heeft toegezegd deze aan de Kamer te zullen aanbieden. Wij zullen de beleidsregels kritisch beoordelen op onnodige regelzucht of administratieve lasten. Het gaat ons om het nettoresultaat. Als er minder bureaucratie vanuit de overheid komt, moeten de verzekeraars natuurlijk niet méér regels gaan opstellen. Het gaat om de bewegingsvrijheid binnen de gezondheidszorgmarkt. Als de minister een beschouwing wijdt aan de regeldruk, verzoek ik hem ook hieraan aandacht te schenken. Wij schieten er niets mee op als de overheid de regels vermindert en de zorgverzekeraars tal van regels daarvoor in de plaats stellen.

In artikel 2 van het wetsvoorstel staat dat de minister een keer per vier jaar zijn visie op doelmatigheid, evenwichtigheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg zal geven. Het is goed dat in de vierde nota van wijziging de frequentie is verhoogd. Mijn fractie vraagt zich wel af welke status die visie krijgt. Ik meen uit de stukken te moeten opmaken dat het niet meer is dan een document dat de staat van de gezondheidszorg beschrijft, afgezet tegen het einddoel

van deze wet met betrekking tot de ontwikkelingsrichting, de snelheid waarmee een en ander wordt gerealiseerd, de bereikbaarheid, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid, met als sluitstuk de mogelijkheid voor de politiek om aan de knoppen te draaien als dat echt nodig is. Voorkomen moet worden dat de visie een blauwdruk wordt en leidt tot de gedachte van een maakbare gezondheidszorg. Dan zijn wij terug bij af!

De wenselijkheid of onwenselijkheid van de maakbaarheid van de gezondheidszorg brengt mij ook op het volgende. Wat de bereikbaarheid van acute zorg en de positie van kleine ziekenhuizen betreft, staat de VVD voor een dilemma. Acute zorg moet voor iedereen bereikbaar en toegankelijk zijn. Bovendien wil iedereen graag zorg in de buurt. Voorgaande sprekers wezen ook daarop. Te veel fusies en concentraties lijken daar haaks op te staan. De VVD zet ook in op een divers en voldoende aanbod van zorg. Pas bij voldoende aanbod zal de zorg zich werkelijk richten op de patiënt. Ook de klantvriendelijkheid en de keuzevrijheid van de patiënt zullen toenemen. Fusies en concentraties staan daar haaks op. Voldoende aanbod is ook de enige manier om in de zorg méér marktwerking te krijgen. Om deze redenen ziet mijn fractie liever geen ziekenhuis-capaciteit verdwijnen. Zonder voldoende aanbod ontstaat er geen gezonde zorgmarkt. Dat geeft de regering ook aan. In sommige gevallen moeten kleine ziekenhuizen echter de krachten bundelen om met een gezonde bedrijfsvoering te overleven en kwalitatief goede zorg te waarborgen. Als voorbeeld noem ik de situatie rondom ziekenhuis Bernhoven. Door de standstill kan men niet starten met de bouw van een centraal voor iedereen toegankelijk groter ziekenhuis. Met dat grotere ziekenhuis kunnen alle functies ± ook spoedeisende hulp ± op een fatsoenlijk niveau worden behouden voor de regio. Dit voorbeeld van Bernhoven bewijst dat standstill achteruitgang betekent en dat hier de standstill in ieder geval moet worden opgeheven.

Mevrouw **Kant** (SP): De argumenten die de heer Weekers hier noemt, zijn de argumenten van slechts één partij. Er zijn heel veel gemeentebesturen in de regio die er heel anders

Weekers

over denken. Deze wet wil regelen dat de Kamer kan ingrijpen als er beslissingen worden genomen die niet in het belang zijn van de zorgverlening in de regio; dat de Kamer kan aangeven dat die beslissingen in strijd zijn met de visie van de Kamer op ziekenhuiszorg. De meerderheid van de Kamer kan in een dergelijk geval zeggen dat zij geen standstill wil omdat die in strijd is met haar beleidsvisie. Wil de heer Weekers daarop reageren?

De heer **Weekers** (VVD): Ik wil even inzoomen op het ziekenhuis Bernhoven. Wij hebben daar gisteren of eergisteren een brief van gekregen. Het gaat daarbij niet om slechts één partij, want de brief is mede ondertekend door de ondernemingsraad en de cliëntenraad, waar u, terecht, veel waarde aan hecht, mevrouw Kant. Uit de verslagen blijkt verder dat er vele wethouders in de regio zijn die dit de enige oplossing vinden voor het probleem, omdat anders twee ziekenhuizen wegwijnen. Er zijn uiteraard ook tal van andere opvattingen in de regio, maar er zal uiteindelijk een knoop doorgehakt moeten worden. Dan is de vraag wat je laat prevaleren. Ik heb ook het dilemma geschetst, waar ik voor sta. Ik vind het goed dat de minister in deze wet meer bevoegdheden krijgt om op te treden tegen ongewenste ontwikkelingen. Het allerslechtste zou zijn als er maar geen besluiten worden genomen en een ziekenhuis wegwijnt, specialisten vertrekken en verplegend en verzorgend personeel gedemotiveerd raakt. Daar schieten wij niets mee op. Ik denk dan ook dat er op een gegeven moment een keuze moet worden gemaakt. Ik heb aangegeven dat wij, op grond van de stukken die wij hebben gekregen, vinden dat die standstill moet worden opgeheven.

Mevrouw **Kant** (SP): Daar staat de VVD gelukkig behoorlijk geïsoleerd in en dat wil ik graag nog even zo houden. Het voorbeeld is echter ook belangrijk. Er moeten uiteraard beslissingen worden genomen. Het is nooit goed dat er jarenlang ergens over wordt gesteggeld. Dat ben ik met u eens. U heeft echter een mening over welke kant de beslissing op zou moeten gaan, maar nogal grote groepen mensen in die regio hebben daar een andere mening over. Ik heb daar ook een

andere mening over en ik hoop dat de meerderheid van de Kamer daar een andere mening over heeft. Stel echter dat de partners besluiten te fuseren en één ziekenhuis te bouwen, dan moeten er toch beleidsregels en een visie zijn, aan de hand waarvan kan worden bekeken of dat een gewenste ontwikkeling is of niet? Er moet dan ook gezegd kunnen worden: hetgeen daar gebeurt, is hiermee in strijd. Daar kan dan eventueel een Kamerdebat over worden gevoerd en dan moet er kunnen worden ingegrepen. Zou u, ongeacht dat u er anders over denkt dan ik, willen dat deze wet een instrument geeft om, als het een ontwikkeling betreft die een deel van de politiek ongewenst vindt, in te kunnen grijpen?

De heer **Weekers** (VVD): Dat wil ik inderdaad. Dat blijkt echter ook uit de wet en uit de beleidsvoornemens van de minister. De minister creëert in deze wet niet voor niets een aantal bevoegdheden voor zichzelf, die hij op grond van de thans vigerende wetgeving niet heeft. Natuurlijk zal het zo moeten zijn dat de minister een aantal beleidsregels opstelt. Voor mijn part legt hij die neer in de visie die een keer in de vier jaar wordt vastgesteld. Ik hoor graag van de minister hoe hij daartegen aankijkt. Kernvraag is echter of er na de fusie of na concentratie sprake is van meer functies, een betere bereikbaarheid, meer specialisten en betere zorg voor de patiënt. Het gaat de VVD-fractie erom dat de patiënt centraal staat. Ik hoor graag van de minister hoe hij omgaat met dit dilemma. Ik wil namelijk niet dat de Kamer elke week naar aanleiding van een incident of plan de minister naar de Kamer roept en dat wij overal een standstill voor moeten afkondigen, omdat er weer opnieuw over gepraat moet worden. Ik denk dat het goed zou zijn als een helder kader wordt vastgesteld, op grond waarvan de minister kan opereren, en dat de minister de zegen van de Kamer heeft als het gaat om de weg waarlangs hij moet gaan opereren wanneer er ongewenste ontwikkelingen plaatsvinden.

De minister krijgt meer bevoegdheden en dat is goed. Hij kan daarmee goed uit de voeten, al was het maar omdat hij die bevoegdheden als stok achter de deur heeft. Ik deel niet de opvatting van de fractie van de Partij van de Arbeid dat er

slechts één middel is, namelijk het niet afgeven van de toelating. Dat zou namelijk het atoomwapen zijn. Dat ben ik wel met hen eens. De minister kan echter beperkingen en voorwaarden verbinden aan de toelating. Hij kan ook bestuursdwang toepassen of dwangsommen opleggen wanneer niet wordt gehandeld zoals in de toelatingseisen is vastgelegd. Je moet ook het uiterste wapen van de intrekking van de toelating hebben, willen de andere wapens snel genoeg effect kunnen sorteren. Mist de minister misschien nog bepaalde instrumenten? Als dat het geval is, wil ik daar graag over praten.

De minister dient het meest verrijnde instrumentarium te hebben om te kunnen optreden als dat nodig is. Tegelijkertijd waarschuw ik dat wij in deze zaal de minister niet te pas en te onpas moeten vragen, op te treden. Voor ons staat centraal dat veel meer moet worden overgelaten aan het veld en dat de politiek zich niet overal mee moet bemoeien.

Het zou mij een lief ding waard zijn als wij verdere politisering van de casuïstiek rond kleine ziekenhuizen in de toekomst konden voorkomen. Daarvoor is wel een duidelijk beleidskader noodzakelijk. Dat ben ik met mevrouw Kant eens.

Toelating van instellingen blijft ingewikkeld. Als ik de wetstekst bekijk, vraag ik mij af of dat niet eenvoudiger kon. Verschillende partijen zijn hierbij betrokken. Zo is toelating nodig van het College voor zorgverzekeringen zowel voor collectief gefinancierde zorg alsook voor niet collectief gefinancierde zorg. Mij ontgaat de reden waarom een tweetal leden van artikel 4 zo is geformuleerd. Wat zijn de verschillen tussen beide? Er is een toelating nodig van het College bouw voor een aantal zaken. Er is ook nog een toelating nodig door de minister. Kan dat niet eenvoudiger? Zou de toelating niet gewoon via de minister moeten lopen, waarbij de minister zich zo nodig laat adviseren door deze of gene? Waarom moeten bepaalde zorginstellingen bij verscheidene loketten langs om tal van toelatingen te krijgen? Kan de minister toelichten waarop de verschillen zijn gebaseerd? Waarom is het nodig de toelating zo ingewikkeld te houden?

Hoe ziet de minister de toekomstige rol van het College bouw en andere adviescolleges? Ik sluit mij

Weekers

aan bij de opmerking van mevrouw Vietsch die vraagt of deze ZBO's moeten blijven. Ik kan mij heel goed een ZBO-structuur voorstellen voor de Zorgautoriteit. Een Zorgautoriteit die als marktmeester functioneert net als de NMa zal op een zekere afstand van in ieder geval de minister van VWS moeten staan. Ik vraag mij echter af waarom de overige colleges die in de wet worden genoemd op afstand van de minister geplaatst worden. Kunnen zij niet gewoon uitvoeringsdiensten van de minister worden, waarbij de minister de integrale verantwoordelijkheid heeft? Kan de minister hierop een toelichting geven? Ik zou mij kunnen voorstellen dat de minister dit element betreft bij de totale rijksbrede discussie over dit onderwerp.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): De heer Weekers is nogal optimistisch over de wens van instellingen om te worden toegelaten. Mijn angst is juist dat er regio's zijn waar helemaal niet veel instellingen zijn die staan te trappelen om te worden toegelaten, zeker niet wanneer in het model van de heer Weekers er meer dan één moet zijn. Wat is zijn visie daarop? Ik heb als voorbeeld Oost-Groningen genoemd. Bij marktwerking is één ziekenhuis niet genoeg. Er moeten dan twee ziekenhuizen in Oost-Groningen zijn. Denkt hij echt dat die er zullen komen? Vindt hij dat wenselijk?

De heer **Weekers** (VVD): Op zichzelf vind ik het wenselijk dat er keuzevrijheid is voor mensen en dat er sprake is van een zekere mate van competitie. Dat houdt aanbieders in de zorg scherp. Dat leidt tot innovatie en creativiteit. Ik kan van hieruit niet bepalen wat hier of daar nodig is. Dat wil ik ook niet, vandaar dat wij kiezen voor de benadering van marktwerking. Laat dat over aan het veld en de markt, aan de vraag van patiënten en zorgconsumenten. Ik zou mij kunnen voorstellen dat er in een dunbevolkte regio een ander aantal instellingen bestaat dan in een dichtbevolkte regio. Dat is nu ook het geval. Ik zie zo snel het probleem niet. Nogmaals, wij moeten af van die centrale aanbodsturing, waarbij door overheidsinstellingen wordt bepaald wat de capaciteit precies moet zijn: hoeveel bedden en hoeveel verrichtingen. Wij moeten veel meer vraagsturing krijgen en

laat de markt daar maar op inspelen. Als een gevestigd ziekenhuis dat doet, is het prima. Als een nieuwkomer zich wil vestigen omdat die denkt dat er brood te verdienen is, dan vind ik dat ook prima, als hij maar aan de kwaliteitseisen voldoet en als de acute zorg voor iedereen maar bereikbaar en toegankelijk is.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): U loopt er volgens mij omheen. Het punt is dat er in Oost-Groningen niet zo heel veel mensen wonen. In uw model van marktwerking moet er overal competitie zijn, want anders is er geen markt. Er moeten meer aanbieders zijn, anders heb je namelijk een monopolie. Zo gauw er in Oost-Groningen maar één ziekenhuis is, moet u in de Kamer op uw achterste benen gaan staan. Dan moet u zeggen dat het niet kan, omdat er een monopolie is en geen marktwerking. Gaat u dat inderdaad doen? Zo niet, dan meent u het eigenlijk ook niet. Dan vindt u marktwerking toch niet echt nodig.

De heer **Weekers** (VVD): U maakt hier een karikatuur van marktwerking. In dun bevolkte gebieden zijn er natuurlijk minder aanbieders, ook van andere noodzakelijke voorzieningen. De heer Heemskerck heeft straks het voorbeeld gebruikt van de voedselvoorziening in Nederland. In bepaalde dorpen is er ook maar één bakker, op wie het hele dorp is aangewezen. Als die bakker slechte producten levert, dan ziet een andere bakker er misschien wel brood in om zich daar te vestigen. Ik heb ook nog wel vertrouwen in de patiënten, de verzekerden en de verzekeringsmaatschappijen. Zij zullen er in elk geval voor zorgen dat er adequate zorg wordt verleend. Als dat niet in dat ene ziekenhuis in de buurt gebeurt, dan zal men voor bepaalde vormen van zorg ook uitwijken naar andere ziekenhuizen.

De heer **Heemskerck** (PvdA): U was in eerste instantie enthousiast over de beleidsvisie op de zorg één keer in de vier jaar en over de toegankelijkheid die daarin naar voren komt. Nu zegt u eigenlijk dat je in Oost-Groningen alleen nog maar hoeft te rekenen op acute zorg. Waar gaat u nu de beleidsvisie van de minister op toetsen? Is dat puur en alleen of mensen snel geholpen worden als zij een acuut probleem

hebben of strekt die toegankelijkheid zich breder uit?

De heer **Weekers** (VVD): Ik denk dat je een onderscheid moet maken tussen de bereikbaarheid en de toegankelijkheid van acute zorg en andere vormen van zorg. Voor acute zorg moet je ongelooflijk snel ter plekke kunnen zijn. Als er iets gebeurt, moet je snel gestabiliseerd kunnen worden, bijvoorbeeld door een heel goede ambulancevoorziening en dan moet je snel naar een ziekenhuis of een eerstehulp post gebracht kunnen worden. Dat is wat anders dan bijvoorbeeld planbare zorg, bijvoorbeeld het ondergaan van een operatie. Dat hoeft niet per se binnen vijftien minuten bereikbaar te zijn. Natuurlijk zou ik het liefst iedereen in het land een ziekenhuis om de hoek bezorgen. Het moet alleen wel allemaal betaalbaar zijn. Als je een aantal zaken aan de markt overlaat, dan denk ik dat de markt vanzelf inspringt op de vraag die bij de mensen in het land leeft. Voor acute zorg zullen er wellicht hiaten vallen, maar daarvoor zullen wij een vangnet moeten creëren. Ik heb de indruk dat dit fatsoenlijk is gewaarborgd met deze wet en de uitwerking die de minister daaraan wil geven.

De heer **Heemskerck** (PvdA): U bent het dus met ons eens dat er niet alleen voor acute zorg sprake moet zijn van bepaalde maximumtijden of aanrijtijden, maar dat je ook voor planbare zorg een spreiding dient te hebben door het land en over de regio's en dat ook daar een taak ligt voor deze minister.

De heer **Weekers** (VVD): Wat betreft de spreiding van zorg is er natuurlijk ook een zekere taak. Wij vertrouwen erop dat de koers die wij inzetten ertoe zal leiden dat het er voor de patiënten, zorgconsumenten, cliënten van zorg beter op wordt. In dit wetsvoorstel staat dat eens in de vier jaar een beleidsvisie moet worden opgesteld. Ik heb aangegeven dat de VVD-fractie van mening is dat daarin een goed beeld moet worden gegeven van de staat van de gezondheidszorg, en de bereikbaarheid en de toegankelijkheid van die zorg. Als wordt geconstateerd dat de marktwerking ertoe leidt dat bepaalde regio's tussen wal en schip dreigen te vallen, zal beleid moeten worden ontwikkeld om dat tegen te gaan. Het is overigens natuurlijk niet

Weekers

voor niets dat de minister zich instrumenten heeft verschaft om de kwaliteit van de gezondheidszorg overal in Nederland te kunnen waarborgen.

Voorzitter. Het toekomstig bouwregime verdient volgens mijn fractie nog de nodige aandacht. De instellingen in de gezondheidszorg zijn namelijk gebonden aan bureaucratische en tijdrovende regelgeving voor het bouwbeleid. In dit wetsvoorstel wordt renovatiebouw van het bouwregime uitgezonderd en gedereguleerd. Dit regime blijft echter wel van toepassing op vervangingsbouw. Waarom is hiervoor gekozen? Kan de minister aangeven of hierdoor niet een integrale afweging tussen investering en exploitatie vrijwel onmogelijk wordt gemaakt? De heer Heemskerk wees hier al op toen hij sprak over het tafelzilver. Is het verder geen tijd om de verantwoordelijkheid voor het huisvestingsbeleid over te dragen aan de ziekenhuizen?

Momenteel is de zelfbeschikking in het bouwbeleid afhankelijk van de markt waarbinnen de instelling valt. Moet dit niet gelijk worden getrokken? Daardoor kan namelijk tevens de achterstand ten opzichte van zelfstandige behandelcentra en de academische ziekenhuizen worden weggenomen. Ik voeg hier wel aan toe dat het tijdens de overgang naar marktwerking noodzakelijk is om een gelijk speelveld te creëren. Dat doe je onder meer door een antwoord te geven op de vragen die ik zojuist stelde. Verder moeten wij ons natuurlijk ook realiseren dat het door de kapitaallastenproblematiek nodig is om ook op andere terreinen een gelijk speelveld te realiseren. Ik vergelijk deze problematiek maar met de bruteringsoperatie die enkele jaren geleden bij de woningbouwcorporaties heeft plaatsgevonden. Hoe beoordeelt de minister dit? Als het niet mogelijk is om een en ander binnen het kader van dit wetsvoorstel te regelen, is de minister dan bereid om de Kamer hierover een notitie te doen toekomen? Wellicht kunnen bij deze notitie de ervaringen worden betrokken die het ministerie van VROM in het verleden heeft opgedaan. Overigens draagt VROM nog de wrange erfenis met zich mee van het dynamische kostprijsstelsel, een erfenis die hierbij zeker ook zal moeten worden betrokken. Bij delen van de ouderenzorg speelt deze problematiek namelijk nog

steeds een rol. Het College Sanering Ziekenhuisvoorzieningen beschikt waarschijnlijk ook over expertise waarvan gebruik kan worden gemaakt. In elk geval zullen alle zeilen moeten worden bijgezet om op al deze terreinen een gelijk speelveld te creëren en de markt hier op een goede manier te laten functioneren.

De overheid richt zich op de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de zorg. Door het openbreken van de markt kunnen nieuwe spelers op de markt actief worden. Dat zal zeker moeten worden aangemoedigd, want ondernemerschap krijgt daardoor de ruimte. Voorwaarde hierbij is wel dat de toetredingsdrempels niet te hoog mogen worden gelegd. Het moet immers aantrekkelijk blijven om deze markt te betreden, ook in Groningen.

De nieuwe toetreders zullen aan dezelfde eisen moeten voldoen als de huidige spelers op de markt om oneerlijke concurrentie te voorkomen. Kan de minister aangeven hoe de minister dit gelijke speelveld denkt te creëren? Kan hij daarbij ook ingaan op de rol van het Europees recht? Ik wijs in dit verband op het functioneren van Belgische aanbieders van gezondheidszorg, bijvoorbeeld in mijn eigen regio. Ze doen nu al mee als het gaat om het wegwerken van de wachtlijsten. Als gevolg van een volstrekt andere dekking van kapitaallasten in België is er echter sprake van een volstrekt oneerlijke concurrentie tussen Belgische en Nederlandse ziekenhuizen. Het kan niet de bedoeling zijn dat Nederlandse ziekenhuizen in de grensstreken moeten sluiten als gevolg van die oneerlijke concurrentie.

Veldpartijen krijgen meer vrijheid en verantwoordelijkheid voor de organisatie van zorg waardoor ook de mogelijkheid van het maken van winst wordt verruimd. Per deelmarkt wordt bekeken op welke termijn het verbod op het winst oogmerk kan worden losgelaten. Voordelen van het maken van winst zijn onder andere ruimere toegang tot privaat kapitaal en een rationele bedrijfsvoering. Verder zet het maken van winst aan tot klantgerichtheid, efficiënt en innovatief gedrag en natuurlijk tot een hogere kwaliteit van de geleverde zorg. Ik wil de minister vragen om niet tot 2006 te wachten met het loslaten van het winstverbod en het geven van meer vrijheden en

verantwoordelijkheden aan het veld, althans voor zover dat mogelijk is. Je kunt het natuurlijk niet helemaal loslaten. Wij zien graag dat er een experimenteerartikel in de wet wordt opgenomen. Dergelijke experimenteerartikelen kennen wij ook al in de sociale zekerheidswetgeving, zoals de Wet werk en bijstand en SUWI. De minister moet daarvoor toestemming verlenen, eventueel aan de hand van bepaalde beleidsregels. Uiteraard kan het daarbij alleen maar gaan om experimenten die vooruitlopen op latere fasen. Als dergelijke experimenten mogelijk worden gemaakt, kan er een proeftuin ontstaan waarin problemen inzichtelijk worden gemaakt en waarin creativiteit tot bloei kan komen. Tegelijkertijd kan de minister voortdurend de vinger aan de pols houden.

Het winst oogmerk in de gezondheidszorg is niet nieuw. Winst maken is al gangbaar bij de vrije beroepsbeoefenaar die als zelfstandige ondernemer optreedt en dito faciliteiten geniet. De mogelijkheden worden nu uitgebreid en mijn fractie staat daar positief tegenover, ook al realiseert zij zich dat dat een cultuuromslag vergt die niet van het ene op het andere moment voor alles en iedereen kan worden gerealiseerd. Het is een misvatting te veronderstellen dat wij enkel en alleen de voordelen zien van winst maken in de gezondheidszorg. Wij zien wel degelijk ook de risico's. Wat absoluut niet kan, is dat over de rug van de patiënt op een oneigenlijke manier winst wordt gemaakt. Alleen waar sprake is van marktwerking mag winst worden gemaakt. In schaarstesituaties mag geen winst worden gemaakt en er mag geen misbruik worden gemaakt van monopolie- of oligopolieposities of van een enorme informatievoorsprong. Wij kunnen lessen trekken uit de reeds opgedane ervaringen met winst maken in de gezondheidszorg. Als de door mij bepleite experimenteermogelijkheid wordt gerealiseerd, kan ook de nodige ervaring worden opgedaan. Winst in een goed werkende markt is de beloning voor het genomen ondernemersrisico en dito creativiteit. Het is bovendien een prikkel om een deelmarkt in de gezondheidszorg te betreden. Het doel van winst maken is een kwalitatief goed toegankelijke en klantgerichte gezondheidszorg. Is dat niet iets wat

Weekers

wij allen willen? Het is tijd om stappen in die richting te zetten. Welk tijdspad heeft de minister voor wat betreft het loslaten van verbod op het winsttoegmerk voor ogen? Hoe is de stand van zaken met betrekking tot een zorgkamer bij de rechtbank, naar analogie van de Ondernemingskamer? Hoe ziet de minister de rol en de bevoegdheden van de Zorgautoriteit? Een goede marktmeester is tenslotte van cruciaal belang! Graag krijg ik een heldere schets van de verantwoordelijkheidsverdeling.

Risicodragend kapitaal in de gezondheidszorg biedt ook mogelijkheden voor ziekenhuizen. Vaak is er sprake van strubbelingen tussen management en specialisten waarbij laatstgenoemden niet zelden het belang van de maatschap vooropstellen in plaats van het belang van het ziekenhuis als geheel, hetgeen leidt tot dure conflictsituaties. Een mogelijke oplossing is gelegen in het mee laten profiteren door specialisten en wellicht anderen die een bijdrage leveren aan de productie van de positieve resultaten van het ziekenhuis. Met het wetsvoorstel worden daartoe mogelijkheden geboden, waardoor individuele belangen meer parallel kunnen komen te liggen met het totale belang van de instelling.

Ordelijke, inzichtelijke bedrijfsvoering en inzicht in geldstromen zijn noodzakelijke voorwaarden voor marktwerking en winst maken. Transparantie is hierbij het sleutelwoord, want zonder transparantie is er geen markt. Kan de minister aangeven of er zicht is op de manier waarop de aanbevelingen van de commissie-Meurs door het veld worden geïnterpreteerd? Worden deze overgenomen? Is de minister bereid om de aanbevelingen in lagere regelgeving wettelijk te verankeren?

In artikel 14 van de WTZi is geregeld dat instellingen hun balans en resultatenrekening en hun begroting voorleggen aan de minister. In een goed werkende markt is het echter ondenkbaar dat bedrijven hun begroting aan iemand voorleggen. De jaarstukken leggen zij neer bij de Kamer van Koophandel. Naar mijn mening moet onderscheid worden gemaakt tussen instellingen; bij instellingen die geheel in de markt kunnen worden geplaatst, kan worden volstaan met de algemene regels voor ondernemers. Instellin-

gen die functioneren in nog niet perfecte markten en die aan nadere regelgeving onderworpen zijn, moeten begrotingen en dergelijke overhandigen.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik ben in opperste verwarring gebracht door uw breedsprakigheid. Wilt u de winst- en verliesrekening en de jaarrekening wel of niet aan de minister voorgelegd zien? Ik stel voor om het punt nog even aan te houden te meer omdat in het ondernemingsrecht inmiddels toezicht op jaarverslaggeving wordt geïntroduceerd, waarbij de AFM een grote rol speelt. Er is immers nogal wat misgegaan bij de jaarverslaggeving. Laten wij dit niet even ouderwets afliberaliseren.

De heer **Weekers** (VVD): Ik wil niet alles ouderwets afliberaliseren. Ik geef slechts aan dat voor instellingen die echt aan de markt kunnen worden overgelaten de generieke wetgeving rondom transparantie van jaarstukken gehanteerd kan worden, inclusief de controle daarop. De minister van VWS moet zich daar verder niet mee bemoeien.

De heer **Heemskerk** (PvdA): De les is juist dat wij dit punt niet aan de markt kunnen overlaten. Daarom wordt toezicht op de jaarverslaggeving door de AFM in het leven geroepen. Vervolgens is de les dat privaats kapitaal heel voorzichtig geïntroduceerd wordt in de zorg. Laat de minister daar de komende jaren heel goed naar kijken in de jaarverslagen.

De heer **Weekers** (VVD): Wij komen hier ongetwijfeld nader op terug. Misschien kan de minister een eerste reactie geven.

Ik sluit mijn betoog af met de stelling dat het hoog tijd is dat in de zorgsector creativiteit en ondernemerschap aan de dag worden gelegd. De subsidiecultuur en het wijzen naar de overheid met alle incidenten en debatjes in dit huis van dien moeten worden verminderd. Ik wens de minister veel succes met deze omslag.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Ik heb uw betoog over de wel of niet heiligheid van de markt aangehoord en ik vind het interessant om te horen dat de markt voor u ook niet heilig is. U noemde een aantal condities en zei dat er geen

marktwerking mag zijn in geval van schaarste. Kunt u een voorbeeld geven van een plaats waar marktwerking op dit moment niet mogelijk is? Ik denk daarbij zelf aan de ziekenhuizen in Oost-Groningen.

De heer **Weekers** (VVD): Het gaat niet aan om nu voorbeelden te noemen. Zaken kunnen ook worden overgelaten aan een gereguleerde markt. De prijzenwetgeving is op dit moment niet aan de orde, maar gelet op de schaarste moet wellicht met maximumtarieven gewerkt gaan worden. Zodra de schaarste is opgeheven, kan de prijsvorming aan de markt worden overgelaten. Daarvoor verwijs ik evenwel graag naar de stukken van de minister die op dit punt vrij helder zijn.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Dat vind ik nu niet echt een antwoord. U stelt een voorwaarde, namelijk bij schaarste geen marktwerking, maar u weet daar geen enkel voorbeeld van te noemen! Dan stelt het toch ook niets voor?

De heer **Weekers** (VVD): Moeten wij nu elk voorbeeld gaan noemen?

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Eén voorbeeld!

De heer **Weekers** (VVD): Ik ben volgens mij al heel duidelijk geweest. Waar er sprake is van schaarste of het mogelijk is dat wezenlijke voorzieningen, bijvoorbeeld rondom acute zorg, niet van de grond zullen komen of zullen verdwijnen als er niet sprake is van enige overheidsbemoeienis, dan zal de overheid moeten ingrijpen, hetzij met een prijzenwet, hetzij met een aanwijzing of met wat dan ook!

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Nog steeds geen antwoord op mijn vraag!

De heer **Weekers** (VVD): Het heeft ook geen toegevoegde waarde om met voorbeelden te komen. Die zie ik in ieder geval niet!

□

De heer **Nawijn** (LPF): Voorzitter. Mijn fractie hecht eraan dat hard wordt gewerkt aan reorganisatie van de gezondheidszorg. Dat is bevestigd in de bezoeken die ik in het reces aan enkele ziekenhuizen heb

Nawijn

gebracht en waar ik heb gezien dat de gezondheidszorg drastisch moet veranderen. Na die werkbezoeken heb ik het gevoel dat wij zo'n beetje in de omgekeerde wereld leven. Zo heb ik een bezoek gebracht aan het academisch ziekenhuis in Utrecht, ben daar ook op de operatiekamers geweest en heb ik geconstateerd dat de specialisten en de operatiekamer-assistenten ambtelijke rangen hebben. Wij hebben het wel eens over die hoge salarissen in de gezondheidszorg, maar de specialist die ik heb ontmoet, is een van de topspecialisten maar heeft schaal 12 in de ambtelijke rangen. Dat vind ik nu niet zo veel betaald. Mij is ook verteld dat veel van de medisch specialisten uit de academische ziekenhuizen weglopen naar de perifere ziekenhuizen omdat ze daar meer verdienen of omdat ze willen gaan privatiseren. Ik denk dan ook dat wij daar nog eens goed naar moeten kijken. Daar waar de beste gezondheidszorg wordt gegeven, moeten ook de betere salarissen worden betaald. Ik hoop dat dit wetsvoorstel het in die richting doet gaan.

Mevrouw **Kant** (SP): Een andere suggestie zou kunnen zijn om daar waar die salarissen dan zo hoog zijn, die salarissen te verlagen!

De heer **Nawijn** (LPF): Dat kan, maar het grote gevaar is dat die specialisten dan nog meer naar het buitenland vertrekken. Daar worden ze ook beter betaald. Een topspecialist in een academisch ziekenhuis mag best iets meer betaald worden.

Mevrouw **Kant** (SP): Volgens mij bent u niet helemaal goed geïnformeerd, want vooralsnog komen er meer specialisten uit het buitenland naar ons land!

De heer **Nawijn** (LPF): Dat is niet juist, want ik weet dat er heel wat Nederlandse specialisten in Spanje zitten en daar aardige salarissen opstrijken omdat het daar allemaal marktwerking is.

Onze fractie staat achter deze minister als het gaat om de invoering van marktwerking in de gezondheidszorg. Wij vinden het een goede zaak dat creativiteit en ondernemerschap weer kansen krijgen en dat de bureaucratie wordt teruggedrongen en dat alles om de kosten in de gezondheidszorg te

beperken. In het afgelopen reces heb ik ook gemerkt dat eenzelfde operatie in het academisch ziekenhuis door dezelfde medisch specialist drie dagen vergt en in een perifere ziekenhuis één dag. Dat scheelt twee dagen, dus ook twee dagen liggeld en dat is heel wat. Daar is naar mijn mening ook veel op te bezuinigen. Voor ons hoeft er dus niet direct meer geld bij, maar moet eerst worden gezien of er niet veel efficiënter kan worden gewerkt.

Uit het wetsvoorstel wordt ook mij niet duidelijk wat nu precies de rol van de minister in dit geheel is. Ik wil hem toch nog eens vragen hoe hij die regiefunctie in de gezondheidszorg zelf ziet. Als je over marktwerking praat, zou je de markt de vrije hand kunnen geven, maar je zou ook iedereen zijn eigen initiatieven kunnen laten tonen en het kunnen overlaten aan verzekeraars en aanbieders, maar ik denk dat dit niet helemaal zal werken en dat de minister toch een marginale functie moet hebben. Ik denk dan met name aan de positie van de kleinere ziekenhuizen. Ik vind dat we erop moeten blijven letten dat de gezondheidszorg toegankelijk, bereikbaar en betaalbaar is en dat mensen zo snel mogelijk kunnen worden geholpen. Acute zorg speelt daarbij natuurlijk een belangrijke rol. Daarom wil ik graag een reactie van de minister op de problematiek van de kleine ziekenhuizen, ook naar aanleiding van de brief van 16 juli. We kunnen niet altijd maar ziekenhuizen ontmantelen omdat de kwaliteit niet kan worden gewaarborgd; ontmantelen komt in de praktijk immers bijna altijd neer op sluiten, zoals bij het ziekenhuis in Emmeloord. De Raad voor de Volksgezondheid en de inspectie, die beide onder verantwoordelijkheid van de minister vallen, hebben het constant over kwaliteit. Kwaliteit is natuurlijk belangrijk, maar de minister weet dondersgoed dat voor de bevolking ook de bereikbaarheid en de snelheid van zorg van belang zijn. Hoe ziet de minister dit in het kader van dit wetsvoorstel en wat is zijn functie in dezen? Het kan niet alleen maar gaan om betaalbaarheid en kwaliteit, ook toegankelijkheid telt en daarin spelen kleinere ziekenhuizen een rol.

Ik denk wel dat in een aantal ziekenhuizen nog veel kan worden verbeterd, bijvoorbeeld omdat er veel sprake is van doublures, maar

acute hulp moet dicht bij de burger zijn. Stelt de minister zich een soort spreidingsplan voor, waarin staat waar concentraties moeten komen en waar kleinere ziekenhuizen mogen blijven bestaan? Daarover dient duidelijkheid te komen, ook om te voorkomen dat we het altijd over één enkel ziekenhuis hebben, zoals dat in Emmeloord. Zo'n spreidingsplan moet in ieder geval over gezondheidszorgconcentraties gaan en een adequate acute zorg garanderen.

De minister zal ons niet op zijn weg vinden bij zijn plannen over marktwerking. Dat moet eindelijk eens van de grond komen, om bureaucratie tegen te gaan. Er kan nog heel veel worden weggesneden in de gezondheidszorg. Laat die concurrentie maar komen, wij hebben daar geen enkel probleem mee.

Verder wil ik weten wat de taak is van de minister als zich excessen voordoen. We hebben zoiets gezien bij de salarissen in de zorg, bijvoorbeeld die van leden van de raden van bestuur, die nauwelijks of niet verantwoord zijn, of bij de raden van toezicht die zich enorme vergoedingen toe-eigenen die wel moeten worden betaald uit de premies die wij allen opbrengen. De minister toonde zich ooit ± zij het in een andere functie ± niet zo gelukkig over de stijging van de topsalarissen in het bedrijfsleven, maar hoe kijkt hij daartegen aan? Hoe denkt hij er een redelijke greep op te krijgen? Wil hij wel ingrijpen? Ik heb het hierbij overigens niet over de private klinieken: als die het goed doen, mogen ze best winst maken. Dat gebeurt al in Duitsland en in Spanje; daar maakt een kleine kliniek 5% winst, bekostigd door Nederlandse zorgverzekeraars. Ik vind dat niet erg, want dat wijst op een goede bedrijfsvoering.

De discussie over salarissen speelt ook bij mismanagement. De minister, of in ieder geval een toezichthoudende instantie, moet onmiddellijk kunnen ingrijpen indien mismanagement wordt vastgesteld in ziekenhuizen of zorginstellingen. Hiervoor moet een instrument in het leven worden geroepen. Hoe denkt de minister daarover in het licht van dit wetsvoorstel?

Hoe zit het eigenlijk met Nederlandse artsen in het buitenland? Ik weet wel dat de minister daar niet over gaat, maar er wonen alleen al in Spanje 200.000 Nederlanders. Er

Nawijn

worden daar hoe langer hoe meer zorginstellingen opgetuigd met Nederlandse artsen en Nederlands personeel. Ik zou graag zien dat de minister daar toch iets over zegt. Onder de mensen daar heerst namelijk grote onrust over wat er in Nederland met de gezondheidszorg gaat gebeuren.

De **voorzitter**: Wij zijn gekomen aan het eind van de eerste termijn van de Kamer. Ik wil even met u overleggen hoe wij het verdere verloop van het debat het meest efficiënt kunnen organiseren.

De vergadering wordt enkele minuten geschorst.

De **voorzitter**: Ik heropen de vergadering om haar te schorsen tot 18.00 uur. Om 18.00 uur precies zal, zoals bij de regeling van werkzaamheden is afgesproken, een kort debat worden gevoerd met de minister van Buitenlandse Zaken. Dit zal naar mijn verwachting een halfuurtje duren. Vervolgens zal ik nog zo'n vijf kwartier schorsen, waarna wij verdergaan met het antwoord van de minister van VWS in het debat over het wetsvoorstel Wet toelating zorginstellingen.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

De vergadering wordt van 16.44 uur tot 18.00 uur geschorst.

Aan de orde is het **debat over het schip van Women on Waves en de opstelling van de Portugese maritieme autoriteiten.**

De **voorzitter**: Ik stel voor, één termijn te houden met spreektijden van twee minuten. Mocht een tweede termijn nodig zijn om een eventuele motie in te dienen, dan wordt in die termijn alleen die motie ingediend.

Daartoe wordt besloten.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Voorzitter. Laat ik beginnen met de mededeling dat dit spoeddebat niet gaat over de vraag op welke manier abortus moet worden geduid. Daarover zullen wij later nog veel komen te spreken. Dit debat gaat over het schenden van

internationale verdragen door een land dat tot de Europese Unie behoort, en de reactie van de Nederlandse minister van Buitenlandse Zaken, die tevens voorzitter is van de EU. De minister zit hier dus nu met een dubbele pet.

De **voorzitter**: Mevrouw Arib, ik onderbreek u even. Het is namelijk goed om bij het eerste debat tijdens het EU-voorzitterschap het volgende te zeggen. Als een minister, in dit geval de minister van Buitenlandse Zaken, hier komt, dan wordt hij door de Kamer alleen gecontroleerd als Nederlandse minister. Verantwoording als voorzitter van de EU wordt elders afgelegd.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik reageer hierop niet.

Voorzitter. De minister heeft kennisgenomen van de beslissing van de Portugese regering om het schip Borndiep van Women on Waves niet toe te laten tot de Portugese wateren. Gezien zijn reactie steunt hij voorlopig de Portugese autoriteiten in hun weigering het schip doorgang te verlenen. In zijn reactie is de minister niet erg consistent. Enerzijds stelt hij dat een overtijdbehandeling buiten de Portugese territoriale wateren niet kan worden aangemerkt als misdrijf. Bovendien vindt hij dat het niet toelaten van het schip tot de territoriale zee en de havens alleen op die grond onverenigbaar is met de bepalingen van het VN-Zeerechtverdrag van 1982 betreffende de onschuldige doorvaart van schepen. Anderzijds stelt de minister dat de beoogde activiteiten van Women on Waves, het in Portugese havens aanmeren en aan boord nemen van vrouwen, kan worden beschouwd als nauw gelieerd aan een dienstverrichting in de zin van het EG-verdrag. Dit geeft de Portugese autoriteiten volgens hem de ruimte in deze specifieke situatie het schip toegang te weigeren. Wij zouden graag in detail de juridische gronden horen waarop de minister zijn oordeel baseert. Als straks de KLM of de Nederlandse Spoorwegen een vrouw vervoeren die later een overtijdbehandeling ondergaat, worden zij dan op eenzelfde wijze aanspreekbaar?

Daarnaast steunt de minister het Portugese beroep op bescherming van openbare orde en volksgezondheid. Hij acht dat in dit specifieke

geval gerechtvaardigd. De PvdA is altijd een warm voorstander van de bescherming van de openbare orde en de volksgezondheid. Maar in dit geval slaat openbare orde op bedreiging van veiligheid. Volksgezondheid betreft epidemieën. Ik dacht dat abortus geen epidemie was. Verliest de minister hierbij niet het begrip van proportionaliteit uit het oog? Sinds wanneer is het laten aanmeren van schepen en het vervoer van personen een gevaar voor openbare orde en volksgezondheid? Of erger nog: sinds wanneer is het specifieke vervoer van vrouwen een ernstiger aanslag op de openbare orde en volksgezondheid dan de praktijken van ondergrondse, illegale abortussen die in Portugal plaatsvinden?

Wij dringen er bij de minister op aan om zijn voorlopige oordeel te herzien, juist met het oog op de gewenste proportionaliteit. Wij willen dat hij actief zijn collega's in Portugal aanspreekt, hun ertoe beweegt om het schip het recht te geven tot aanmeren in de Portugese wateren en om dit soort oneigenlijke juridische argumenten niet te gebruiken of, liever gezegd, te misbruiken om een andere ideologische discussie te voeren.

De heer **Ormel** (CDA): Voorzitter. Mevrouw Arib vraagt van de minister om een juridische, nauwkeurige onderbouwing van de beantwoording. Zij vergelijkt de situatie in kwestie voorts met een vrouw die in Lissabon landt aan boord van een Nederlands vliegtuig waarin zij abortus heeft laten plegen. Deze vergelijking raakt in mijn ogen kant noch wal. Kan zij die vergelijking nader preciseren nu zij dit ook van de minister vraagt?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Hebt u de antwoorden van de minister gelezen?

De heer **Ormel** (CDA): Ja zeker, maar daarin stond niets over een vliegtuig met aan boord een vrouw die abortus heeft laten plegen.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Nee, dat stond er niet in. Als de redenering van de minister consequent moet worden gehanteerd, moet die ook consequent zijn. Het gaat om vrouwen. De minister beschouwt het aanmeren, het verstrekken van informatie en het aan boord nemen van vrouwen als grond om een