

Bot

Mevrouw **Arib** (PvdA): Wordt de Kamer hierover op korte termijn geïnformeerd?

Minister **Bot**: Dat is niet mogelijk. Ik reis vanavond naar Brussel. Ik ben morgen de gehele dag voor het Europese Parlement beschikbaar. Vrijdag en zaterdag ben ik voor de Gymnich bezig. De hele volgende week ben ik ook weg.

De **voorzitter**: U hoeft niet zelf te komen. U kunt gebruik maken van moderne communicatiemiddelen en van de u altijd toegewijde ambtenaren.

De beraadslaging wordt gesloten.

De vergadering wordt van 18.50 uur tot 20.05 uur geschorst.

Voorzitter: Ten Hoopen

Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van:

- het wetsvoorstel Vereenvoudiging van het stelsel van overheidsbemoedienis met het aanbod van zorginstellingen (Wet toelating zorginstellingen) (27659).

De algemene beraadslaging wordt hervat.

□

Minister **Hoogervorst**: Voorzitter. Ik dank de Kamer voor de indringende inbreng in eerste termijn en voor het feit dat wij reeds vandaag goede voortgang kunnen maken. Ik wil trachten op hoofdlijnen, maar dan wel zo volledig mogelijk, te antwoorden. Mijn reactie op de amendementen zal ik u schriftelijk doen toekomen net als de antwoorden op enkele vooral technische vragen die vanavond zijn blijven liggen. Hopelijk zullen wij het debat dan de volgende week kunnen afronden.

Er ontspoon zich een discussie tussen de heren Heemskerk en Weekers over de vraag wat nu precies de kern van dit wetsvoorstel is. Is het nu een dereguleringsoperatie of juist een versterking van regelgeving? Ik denk dat beide sprekers wel een punt hadden. De kern is natuurlijk dat wij hiermee proberen om wat meer vrijheid en meer verantwoordelijkheid voor

zorginstellingen te organiseren, dat wij wat deregulering bereiken, minder overheidsbemoedienis met capaciteit en met bouw en het perspectief van het toestaan van winst. Meer vrijheid en meer verantwoordelijkheid, maar tegelijkertijd, zoals de heer Heemskerk terecht zei, stellen wij daar wel wat hogere eisen aan. Als je de markt wat meer vrij wilt geven, moet je wel waarborgen inbouwen om er verzekerd van te zijn dat deregulering niet tot ongewenste situaties leidt. Ik heb in dit wetsvoorstel dan ook een bodem gelegd in de geboden vrijheden. Het gaat dan vooral om eisen inzake goed bestuur en waarborgen voor spreiding en toegankelijkheid, waar kamerbreed om is gevraagd, en in zekere zin ook wel kwaliteitseisen die vooral samenhangen met resterende bouwvoorschriften.

Eenieder heeft terecht geconstateerd dat het hier gaat om een proceswet, een soort kaderwet. Sommigen zijn helemaal tegen marktwerking, maar ook degenen die marktwerking op zich wel een wenkend perspectief vinden, realiseren zich dat dit niet ineens kan, dat je daarmee voorzichtig moet opereren, dat er in de gezondheidszorg verschillende deelmarkten zijn. Er is gevraagd naar een nadere duiding daarvan, maar dat kan ik niet zo een, twee, drie uittekenen, want je weet natuurlijk nooit precies hoe een markt zich ontwikkelt. Het is in ieder geval glashelder dat er een groot onderscheid is tussen de planbare electieve zorg, waarvan wij volgend jaar al een stukje vrij gaan geven, en de topreferente klinische zorg waar dat waarschijnlijk nooit zal kunnen gebeuren. Aan acute zorg gaan wij natuurlijk ook heel specifieke eisen stellen. Het moet dus in ieder geval geleidelijk verlopen en bovendien moet er nog een aantal belangrijke AMvB's worden geslagen. Die kan ik pas bij de Raad van State en de Kamer indienen als het wetsvoorstel is aangenomen. Daarnaast moet er nog een beleidsvisie met beleidsregels komen. Ik beloof u dat ik die tijdig aan de Kamer zal doen toekomen, opdat zij voldoende gelegenheid heeft daarover een oordeel te vellen. Over een groot aantal aspecten zullen wij dus ongetwijfeld nog nader komen te spreken.

Mevrouw **Vietsch** (CDA): De

minister zendt de AMvB's dus naar de Kamer. Vindt hij dat dit ook moet gelden voor zijn opvolgers, als zij die AMvB's wijzigen ± dus een feitelijke voorhangprocedure ± of is dit een eenmalige geste bij het begin?

Minister **Hoogervorst**: Naar mijn mening bestaat er al een voorhangprocedure voor het merendeel dat ik presenteer. Ik zal deze vraag nader bezien en nagaan of ik dit moet vastleggen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Of het nu in de wet staat of niet, ik noteer in de wetsgeschiedenis dat deze minister zegt dat de relevante AMvB's langs de Kamer komen. Dat is een toezegging van deze minister waaraan elke ambtsopvolger is gehouden.

Minister **Hoogervorst**: Ik ben blij dat het staatsrechtelijke geheugen van de Kamer vanavond weer aanwezig is. Inderdaad, de heer Van der Vlies heeft gelijk: mijn opvolgers zijn gehouden aan mijn toezeggingen, tenzij zij daar expliciet van afwijken.

Laat ik eindigen met de deregulerende aspecten van deze wet en een poging doen om de eventuele zorgen in de Kamer over de bodemleggende aspecten ervan weg te nemen. Het gaat hierbij vooral om garanties rond bereikbaarheid, met name van acute zorg: over welke instrumenten beschik ik om dit te bereiken en zijn die instrumenten voldoende? Misschien staat het in de memorie van toelichting onvoldoende duidelijk beschreven, maar ik heb nog eens laten opsommen wat ik allemaal tot mijn beschikking heb.

Welnu, dat is best wel wat. Ik ga van zacht naar hard. Zo is er in de financiële, randvoorwaardelijke sfeer natuurlijk de bekostiging. Ik heb verleden jaar in mijn begroting extra geld voor de kleine ziekenhuizen ter beschikking gesteld.

Mevrouw **Kant** (SP): Omdat ik denk dat die de discussie ten goede komt, de volgende vraag. De minister zegt dat er belangrijke vragen bestaan over de instrumenten ten behoeve van de bereikbaarheid van de acute zorg. Vanmiddag proefde ik een vooral beperkte visie: het gaat niet alleen om de bereikbaarheid van acute zorg, maar ook om de wenselijkheid van de zorg dicht bij huis, van basisziekenhuiszorg dicht

Hoogervorst

bij huis. Kan de minister daar niet eerst op ingaan?

Minister **Hoogervorst**: Ik kom daar nog over te spreken. Ik hecht eraan om eerst de instrumenten te beschrijven.

Mevrouw **Kant** (SP): Maar ter verduidelijking, omdat ik u graag goed wil kunnen volgen: de instrumenten die u nu gaat noemen, betreffen alleen de acute zorg?

Minister **Hoogervorst**: Nee, het gaat niet alleen om acute zorg, maar bijvoorbeeld ook om forensisch-psychiatrische zorg. De acute zorg is natuurlijk voor een belangrijk deel ingebed in de basiszorg; volgens mij hoeft je dat niet eens apart te benoemen. Maar het is dus niet per se beperkt tot acute zorg ± al wil ik geen woud van voorschriften aanleggen in ons land.

Ik zal de algemene beleidsvisie in oktober aan de Kamer doen toekomen, uit hoofde van artikel 2 van de wet. Deze beleidsvisie geeft de algemene lijnen aan. Ik denk dat die vooral zal zijn opgebouwd rond het referentiekader acute zorg, dat wij ook hebben besproken in relatie met de problematiek rond de ambulancezorg. Op grond van de beleidsvisie zal ik beleidsregels ontwikkelen. In de memorie van antwoord heb ik al de grove lijnen geschetst ± deze zullen de Kamer nog bereiken ± van de weg waarlangs dit zal moeten verlopen. De partijen in het veld, zorgaanbieders en zorgverzekeraars, zullen op regionaal niveau en onder coördinatie van de traumacentra een keten van acute zorg moeten gaan vormen. Zo zal overall een sluitend systeem van acute zorg ontstaan. Een beleidsregel in dit kader zou kunnen zijn de verplichting om aan de gesprekken over de vorming van zo'n keten van acute zorg deel te nemen en tot een resultaat te komen.

Het tusseninstrument ± de heer Heemskerk vroeg daarnaar ± in plaats van het zware instrument toelating is mijn bevoegdheid om op grond van artikel 12 van het wetsvoorstel voorschriften te geven aan bijvoorbeeld ziekenhuizen. Stel dat men er bij de onderhandelingen over de ketenzorg niet uitkomt. In zo'n geval kan een ziekenhuis worden verplicht 24-uurs acute zorg aan te bieden.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Het is goed nieuws dat de minister dit kan voorschrijven, maar ik wil iets dieper op de techniek ingaan. Hij is namelijk ook voor het stimuleren van het winsttoegmerk. Een privaat ziekenhuis dat winst wil maken, zou kunnen zeggen: dat voorschrift van u gaat mij geld kosten, dus daar trek ik mij niets van aan. Garandeert de minister de Kamer dat het voorschrift nooit strijdig zal zijn met dat streven naar winstgevendheid en dat het voorschrift om acute zorg te leveren altijd voorgaat op bijvoorbeeld een inbreuk op eigendomsrechten?

Minister **Hoogervorst**: Dat laatste zal niet aan de orde zijn. Ook een commercieel ziekenhuis zal zich echter aan zo'n voorschrift moeten houden. Als men dat niet doet, heb ik nog een ander instrument, namelijk de bestuursdwang die wordt vermeld in artikel 36. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om "last onder dwangsom" als de toelatingseisen, de voorschriften of de bouwvergunning niet worden nageleefd. Als ultimatum remedium heb ik verder nog de mogelijkheid om de toelating in te trekken. In vergelijking met de huidige situatie, waarin soms niet al te gelukkige discussies worden gevoerd over concrete issues, krijg ik dankzij dit wetsvoorstel veel meer instrumenten tot mijn beschikking. Dit biedt de waarborgen die nodig zijn als je de ziekenhuizen meer vrijheid wilt geven om marktaandeel te veroveren en met elkaar te concurreren. Bij elkaar gaat het om een belangrijke set aan instrumenten, waarmee wel heel verstandig moet worden omgegaan. Een goede marktwerking moet namelijk gepaard gaan met een zekere voorspelbaarheid. In theorie kunnen wij elke maand via een debat in de Kamer voorschriften veranderen of instellen, maar zo behoort het niet te gaan.

De minister beschikt in ieder geval over belangrijke instrumenten om zijn verantwoordelijkheid waar te maken. In dat verband moet rekening worden gehouden met het dynamische karakter van de zorg. Acute zorg nu zal anders zijn dan acute zorg over tien of twintig jaar, zoals deze nu ook anders is dan tien jaar geleden. Verder moet rekening worden gehouden met economische doelmatigheid en voorspelbaarheid. Dat gezegd hebbende, denk ik dat wij voorlopig vooruit kunnen met deze set aan instrumenten.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): De minister lijkt de Kamer hiermee een groot plezier te doen, inclusief de fractie van GroenLinks. Het is mij echter nog niet helemaal duidelijk of dat voorschrift een uiterst middel is. Wanneer denkt de minister het te kunnen gebruiken? Daar gaat het uiteindelijk om.

Minister **Hoogervorst**: Ik hoop het instrument eigenlijk niet nodig te hebben. Ik hoop dat de betrokkenen in een acutezorgregio samen met de verzekeraar tot goede afspraken zullen komen en dat er een dekkend systeem zal ontstaan dat spoort met het referentiekader dat wij hebben voor de bereikbaarheid. Zo zal het in de meeste gevallen ook gaan. Ik heb het instrument dan niet nodig. Je moet terughoudend zijn met het opleggen van voorschriften, maar als het nodig is dan kan het dus.

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Als een Kamermeerderheid erom vraagt, zal de minister dan inderdaad ingrijpen met de instrumenten die hij noemt? Kan hij dat ook? Hij zegt dat hij uiteindelijk zelfs de toelating kan stoppen. In hoeverre strookt deze macht met de macht die de Zorgautoriteit en de NMa hebben? De minister kan bijvoorbeeld zeggen dat hij het ziekenhuis sluit, terwijl de Zorgautoriteit zegt dat dit helemaal niet kan omdat er dan te weinig concurrentie is. Hoe zijn de verhoudingen? Kan de minister de andere partijen dan "overrulen"? Is het dan inderdaad einde discussie?

Minister **Hoogervorst**: Het intrekken van een toelating zal nooit het oogmerk hebben om een ziekenhuis dicht te doen.

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Dat is wel het resultaat.

Minister **Hoogervorst**: Dat hoeft helemaal niet. Er kan namelijk gewoon een nieuw bestuur komen dat zich wel aan de voorschriften houdt. De heer Weekers zegt dat het instrument een atoomwapen is. Je hoopt dat nooit te hoeven inzetten. Zo hoop ik dat dit inzake de toelating ook niet nodig is. Ik heb echter nog een heleboel instrumenten daarvoor. Daardoor voel ik mij er vrij zeker van dat het alleen in zeer ernstige situaties hoeft te worden toegepast. Natuurlijk zal ik ook rekening houden met bijvoorbeeld markt-

Hoogervorst

verhoudingen. De NMa of de Zorgautoriteit zal hier niet in kunnen treden.

Mevrouw **Kant** (SP): Het is wel duidelijk dat de minister het instrument kan gebruiken in de toekomst, maar onduidelijk is wanneer dat kan en waarom hij het, al dan niet samen met de Kamer, kan en wil doen. Nu wreekt zich dat wij niet weten wat de visie is, wat gewenste zorg is en hoe die georganiseerd zou moeten worden. Ik kan dus niet inschatten op welke momenten de minister het instrument zal gebruiken. Als ik terugkijk naar de afgelopen jaren, kan ik mij verschillende momenten voorstellen waarop het had kunnen gebeuren. Ik kan mij voorstellen dat een duidelijke visie een behoorlijke preventieve werking zal hebben op de stappen die bijvoorbeeld ziekenhuis-directeuren zetten. Ik kan mij evenwel niet voorstellen in welke situatie dat zal zijn, omdat ik niet weet wat de opvattingen van de minister daarover zijn.

Minister **Hoogervorst**: Ik denk dat u zich daarbij globaal best wel een voorstelling kan maken. Met het referentiekader hopen wij binnen enkele jaren te bereiken dat in ieder geval 95% van de mensen binnen vijftien minuten bereikt kan worden en binnen 45 minuten in het ziekenhuis kan zijn. Dat is een acutezorgverlening met percentages waarnaar menig Europees land likkebaardend kijkt. Dat zal ongeveer de bedoeling zijn. Over al deze dingen zullen wij nog komen te spreken als ik de zaken nader aan de Kamer voorleg. Op dit moment kan ik dat nog niet doen. Men moet er iets geduld voor hebben. Het zou natuurlijk rampzalig zijn als wij hier iedere maand debatteren over een of ander ziekenhuis, terwijl lokale krachten weten dat als maar genoeg druk op de ketel wordt gezet, er wel een voorschrift wordt gegeven en er eindeloos geld wordt bijgegooid. Dat moeten wij niet hebben. Ik ben er niet overdreven pessimistisch over dat het zo zal gaan.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat wordt natuurlijk voorkomen als namens de politici die het op dat moment voor het zeggen hebben, in de beleidsvisie duidelijk wordt gemaakt wat wel en niet wenselijk is.

Minister **Hoogervorst**: Ik zal natuurlijk nooit een blauwdruk voor Nederland kunnen maken. Dat ben ik ook niet van plan. Ik gaf een voorbeeld. Een belangrijke beleidsregel zal zijn dat men tot een regionale acutezorgketen moet komen. Dat is een heel goed instrument dat de lokale partijen dwingt om met elkaar om de tafel te gaan zitten. Zij zullen dat dan doen in de wetenschap dat als zij er niet uitkomen, er een minister is die kan optreden. Ten opzichte van de huidige situatie is dat een grote vooruitgang voor de borging van publieke waarden.

Mevrouw **Kant** (SP): Zeker, maar de vraag is of het genoeg is. Elke keer als de minister hierover een vraag wordt gesteld, heeft hij het over acute zorg. Ik vind dit een te beperkte benadering. Dat is mijn zorg. Het gaat ook om basiszorg dichtbij mensen. Ik wil dat dit in de beleidsvisie van de minister terugkomt, anders gaan ziekenhuizen wel degelijk door met het ontmantelingsproces van de basiszorg dichtbij mensen dat de afgelopen jaren heeft plaatsgehad. In antwoord op iedere vraag benoemt hij alleen de acute zorg. Wil hij straks nog zeggen wat zijn visie op de basiszorg is?

Minister **Hoogervorst**: Ik heb daar net een aantal voorbeelden van gegeven. Ik heb ook gezegd dat er eigenlijk geen acute zorg is zonder dat er basiszorg bestaat. Het gaat dus over veel meer. Ik wil dat alleen niet in detail specificeren. Terecht is het argument van de Kamer altijd geweest dat de acute zorg de essentie van de zaak is, maar er komt meer bij kijken. Dat weet ik. Wij kunnen hier nu een lange discussie voeren, maar u krijgt alle informatie nog.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik zie dat artikel 12 inderdaad de bevoegdheid aan de minister geeft om nadere voorschriften te stellen dan wel een toelating in te trekken. In artikel 13 wordt verder omschreven hoe het moet gaan in het daaraan voorafgaande traject. Zo bepaalt artikel 13, lid 2, dat er dan onder meer overleg moet worden gevoerd. De minister of het College voor zorgverzekering moet een termijn bepalen waarbinnen dat alles zich voltrekt. Mij is namelijk opgevallen

dat in artikel 16 over de sanering termijnen van zes weken en dergelijke worden genoemd, maar dat het traject als bedoeld in artikel 13 nog niet is ingevuld. Is onze ervaring nu met al die regionale ziekenhuizen niet zo dat in die termijn geweldig wordt geschoven en dat die wordt opgerekt zonder dat er knopen worden doorgemaakt? Ziet de minister dus niet de noodzaak om ook in dat traject concrete termijnen te noemen?

Minister **Hoogervorst**: Stel dat een ziekenhuis de acute zorg zodanig heeft laten verslonzen dat die er niet meer is en dat ik aan dat ziekenhuis de opdracht geef om die zorg weer op peil te brengen. Dan kan ik toch niet in de wet hebben gezet dat dit binnen zes weken moet zijn gebeurd? De heer Van der Vlies zal dat toch met mij eens zijn? Ik vind dat in een dergelijk geval moet worden gekeken naar de situatie zoals die zich voordoet en dat voor het herstel daarvan een redelijke termijn moet worden gesteld. Dat is de reden waarom in dezen een precieze termijn ontbreekt. De zwaarte van het probleem dicteert natuurlijk de termijn die nodig is om het op te lossen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Daar wil ik bestuurlijk wel begrip voor opbrengen. Het mag alleen niet eindeloos duren.

Minister **Hoogervorst**: Dat ben ik met de heer Van der Vlies eens.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Het mag ook niet financieel-strategisch worden benaderd, maar inhoudelijk. Het moet gaan om borging van de continuïteit in de zorg. Ik wil dat de minister dit bevestigt.

Minister **Hoogervorst**: Als zich de situatie voordoet dat er een voorschrift moet worden gesteld om die te redresseren, heeft een strategische omgang met termijnen geen enkele zin. Als eenmaal is erkend dat het probleem moet worden opgelost, leidt het sjoemelen met termijnen nergens toe. Dit is een enorme extra stap ten opzichte van de huidige situatie. Kunnen wij nog enige flexibiliteit houden?

De heer **Heemskerk** (PvdA): De minister spreekt voortdurend over de acute zorg. Hij heeft een zeer groot

Hoogervorst

wapen om daarin te kunnen ingrijpen. Hij kan de vergunning namelijk intrekken. Dit wapen zet hij natuurlijk liever niet in. Er is wel een verschil tussen acute zorg en medisch noodzakelijke zorg. Iets kan medisch noodzakelijk zijn zonder dat het morgen hoeft te gebeuren. Kan de minister duidelijk toezeggen aan de Kamer dat hij dat grote wapen ook zal inzetten voor medisch noodzakelijke zorg? Als er in Nederland op bepaalde terreinen geen medisch noodzakelijke zorg toegankelijk is, de kwaliteit ervan niet is geregeld of er wanbestuur is, dan kunt u toch deze trits van wapens inzetten?

Minister **Hoogervorst**: Ik heb het nu inderdaad over de bereikbaarheidsproblematiek gehad, maar het wapen kan ook worden ingezet in geval van wanbestuur.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Het kan dus ook worden ingezet voor andere soorten zorg dan acute zorg? Kan het worden ingezet voor alle medisch noodzakelijke zorg?

Minister **Hoogervorst**: Het instrument is breder inzetbaar dan alleen voor acute zorg.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Maar wat is nu het verschil? Acute zorg is voor morgen. Medisch noodzakelijke zorg kan een operatie zijn die ...

Minister **Hoogervorst**: Het herstellen van een liesbreuk is natuurlijk medisch noodzakelijke zorg, maar daarvoor behoeven wij niet te regelen dat er in heel Nederland binnen vijftien minuten geopereerd kan worden.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Dat ben ik met u eens. U hebt een groot wapenarsenaal. U moet maar eens met een andere term komen. Ik ben niet zo'n ontzettende pacifist, maar dit klinkt wel erg oorlogszuchtig. Ik begrijp echter dat u het instrumentarium niet alleen inzet voor acute zorg, maar ook voor medisch noodzakelijke zorg.

Minister **Hoogervorst**: Ik weet niet precies wat de consequenties van deze woordkeus zouden zijn. Het instrument is in ieder geval breder inzetbaar. Het is niet mijn ambitie om vanuit Den Haag alle besturen van ziekenhuizen op hun nek te zitten.

Wij moeten dit tot het hoogst noodzakelijke beperken. Anders moeten wij gewoon een national health organiseren.

De **voorzitter**: Ik vind het prima als mevrouw Kant nu weer een vraag stelt, maar zij heeft nog een derde termijn. Op deze wijze komt de minister niet aan antwoorden toe. Ik hoop dat zij dat wil meewegen.

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. Wij hebben gekozen voor een structuur van het debat waarbij wij de minister vooral willen meegeven hoe het verder moet. Dat is vrij cruciaal. Iedere keer als er een antwoord komt krijg ik de indruk dat de acute zorg binnen een beperkt aantal minuten bereikbaar moet zijn, maar dat voor de rest een andere afweging wordt gemaakt. Volgens mij denkt de meerderheid van de Kamer er toch wat anders over. Het is een maatschappelijke wens om ook voor een liesoperatie of een heupoperatie niet ver te moeten reizen. Men wenst basiszorg in een kleinschalig ziekenhuis. Zeker ouderen vinden dat prettig. Die maatschappelijke waarde moet ook worden gewogen en kan een reden zijn om in te grijpen als maatschappelijk niet gewenste beslissingen worden genomen.

Minister **Hoogervorst**: Het is niet mijn ambitie om vanuit Den Haag bemoeienis te hebben met het vermogen om liesbreukoperaties uit te voeren.

Mevrouw **Kant** (SP): U gaat langs de essentie heen. Elke keer als u spreekt over de momenten waarop u kunt ingrijpen, hebt u het over acute zorg. Ik zou graag van u horen dat u breder wilt kijken. Voor oudere mensen die een heupoperatie moeten ondergaan, is het van belang dat zij familie op bezoek krijgen. Misschien hebben zij een partner die niet ver kan reizen. Maatschappelijk is er een tendens dat wordt gewenst dat basiszorg in een ziekenhuis dicht bij huis kan plaatsvinden, ook bijvoorbeeld voor heupoperaties. Het is maar een voorbeeld. Wij willen dat niet afbouwen, maar in stand houden of juist opbouwen. Het wetsvoorstel is een instrument om dat te bereiken.

Minister **Hoogervorst**: Er zal nog ruim gelegenheid zijn om in detail te praten over beleidsvisies en

beleidsregels. Ik creëer nieuwe instrumenten om leemtes die wij voelen in de huidige wet, met betrekking tot het zeker stellen van acute zorg, te vullen. Dat betekent niet dat ik voor het hele terrein van medische zorg een referentiekader ga opzetten. Heupoperaties zijn natuurlijk ook noodzakelijk, maar ik ga niet vaststellen dat de plaats daarvoor binnen vijftien minuten bereikbaar moet zijn. Dan worden wij dol.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik heb nog een vraag over het woord toegankelijkheid. De PvdA vindt toegankelijkheid niet hetzelfde als een reistijd van vijftien minuten. Natuurlijk kun je bepaalde vormen van zorg niet door heel Nederland spreiden door ze te versplinteren. Daar moet men dan wat langer voor reizen. Toegankelijkheid betekent echter wel financiële toegankelijkheid en geen exclusiviteit. Kan de minister in het referentiekader zijn vertaling van het begrip toegankelijkheid aangeven? Dat is wat anders dan reistijden.

Minister **Hoogervorst**: De toegankelijkheid tot de medische zorg wordt primair geregeld in een zorgverzekeringwet. Daarin wordt zij gegarandeerd, met een acceptatieplicht en een verbod op risicoselectie. Dat zal in Nederland zo blijven. Er komt geen tweedeling in de zorg. Maar daarmee heeft het instellen van dit instrument niets te maken.

Ik heb gezegd dat het in dezen niet alleen gaat om de acute zorg. Ik heb ook de forensische geestelijke gezondheidszorg genoemd. De basiszorg bevindt zich meestal in het kielzog van de acute zorg.

Voorzitter. Ik meen dat ik op het punt van de bereikbaarheid nu de belangrijkste vragen heb beantwoord. Ik wil dan overgaan tot het maken van opmerkingen over de eisen die wij willen stellen aan goed bestuur of aan, zoals dat in goed Nederlands heet, corporate governance. Naarmate de marktpartijen meer vrijheid krijgen is het nodig om ze te dwingen beter verantwoording af te leggen. Ik heb de Kamer al een uitgebreide brief doen toekomen met mijn visie op corporate governance. Misschien kunnen wij daar een keer over discussiëren. In deze brief heb ik op hoofdlijnen aangegeven wat ik

Hoogervorst

belangrijk vind op het gebied van adequate, interne administratie, het bestuur en onafhankelijk toezicht op het gevoerde beleid. Daarbij heb ik grotendeels de suggesties van de commissie-Meurs ten aanzien van transparantie vormgegeven.

Ik meen dat het voor de Kamer van groot belang is dat ik met deze wet inhoud geef aan de uitvoering van de motie-Arib/Schippers. Met die motie wordt mij gevraagd om de toegankelijkheid tot de Ondernemingskamer te vergroten. De AMvB voor de transparantie-eisen bepaalt dat de instelling in haar statuten moet opnemen wie bevoegd is om een enquêteverzoek bij de Ondernemingskamer in te dienen. Daarmee is een belangrijk instrument ontstaan, waarom de Kamer terecht heeft gevraagd. Daarvoor heb ik dus in deze wet een regeling getroffen.

De motie-Arib/Schippers noemt als belanghebbenden: de cliëntenraden, de zorgverzekeraars en de leden van een medische staf. Die worden met de regeling zeker niet uitgesloten, maar wij geven in de wet niet aan wie toegang hebben tot de Ondernemingskamer. Van geval tot geval kan de situatie namelijk sterk verschillen. Daarom willen wij de aanwijzing overlaten aan de zorginstellingen.

De situaties bij zorginstellingen verschillen erg. Soms is de cliëntenraad een sterke partij. In andere gevallen weer niet en is de patiëntenfederatie een betere partij om te worden genoemd. Wij zullen op dit punt goede voorlichting aan betrokkenen geven.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik heb een specifieke vraag over de cliëntenraden gesteld. U zegt dat de cliëntenraden soms dusdanig slecht functioneren dat zij niet aangewezen kunnen worden als belanghebbenden. Is dat niet raar? Het ziekenhuis kan dan zeggen: de cliëntenraad moppert wel, maar ik beschouw die niet als belanghebbende en dus mag die van mij niet naar de Ondernemingskamer. Er zou dan iets moeten worden geregeld via de patiëntenfederatie. Daarmee plaatst u eigenlijk alle cliëntenraden in diskrediet.

Minister **Hoogervorst**: Dat weet ik niet. Misschien mag ik even over uw vraag nadenken en daarop in tweede termijn terugkomen. Het is denkbaar dat een zorginstelling een cliëntenraad opzij wil zetten. Wat doe je dan?

Over die vraag wil ik nog even nadenken.

Voorzitter. Mevrouw Vietsch vroeg op welke wijze ik zou kunnen ingrijpen in de besluiten van de raad van toezicht en de raad van bestuur. Bij toelating worden eisen aan de bestuursstructuur en aan een ordelijke bedrijfsvoering gesteld. Het voldoen aan die eisen wordt getoetst door het CVZ. Verder krijgen de transparantie-eisen waarover ik zojuist sprak en die nader worden vormgegeven met een AMvB, een permanent karakter. Als een zorginstelling haar bestuursstructuur wijzigt, dient zij dit aan het CVZ te melden. Als een zorginstelling het voldoen aan de transparantie-eisen aan haar laars lapt, kan ik een voorschrift laten gelden en kan het instrumentarium waarover ik sprak in werking treden.

In verband met corporate governance zijn er vragen gesteld over de salariering. Ik kan wettelijk geen eisen stellen en grenzen verbinden aan de salariering in private instellingen zoals ziekenhuizen en zorginstellingen. Wel heb ik aan de zorginstellingen gevraagd om een eigen code voor de salariering te maken. Men is er nu mee bezig. Ik wil in de AMvB opnemen, parallel aan de wijze waarop de Tabaksblatcode wettelijk is verankerd, dat zorginstellingen inzicht moeten geven in de wijze waarop men met die code is omgegaan. Als men daarvan afwijkt, moet men melden waarom. Zo kan de positie van de raad van toezicht en van de buitenwereld ten opzichte van de salariering worden versterkt.

Mevrouw **Vietsch** (CDA): De minister heeft zo-even gezegd dat hij bij onduidelijkheid kan ingrijpen in de raad van toezicht. Het gaat mij om het geval van bijvoorbeeld een IJsselmeerziekenhuis. Wij zien dat de minister een bepaalde kant op wil en de raad van toezicht een andere kant. De vraag is dan wie de baas van het ziekenhuis is. Houdt de bestuursdwang in dat de minister kan ingrijpen in de bestuursorganisatie en leden van de raad van toezicht kan vervangen? Of betekent het dat alleen een financiële boete kan worden opgelegd die dermate hoog oploopt dat het ziekenhuis failliet gaat, er dus helemaal geen ziekenhuis overblijft en men moet proberen een opstartsituatie te realiseren? Als de uitdaging om een

opstartsituatie te realiseren op zijn bordje wordt gelegd, neemt de minister die dan aan en bezwijkt hij dus niet voor het argument: je hebt toch eigenlijk niks te zeggen?

Minister **Hoogervorst**: Ik ga natuurlijk geen bestuursleden vervangen, want daar ga ik niet over; ik benoem geen bestuursleden. Is er sprake van een enorme conflictueuze situatie en voldoet men niet aan de transparantie-eis die in de AMvB is vastgelegd, dan kan ik in eerste instantie ingrijpen met een voorschrift. Maar ik grijp niet in als men alleen maar een beetje ruzie heeft en er onderling niet uitkomt. Het moet heel precies gaan over de voorschriften die in de AMvB zijn vastgelegd. Een heel andere situatie is dat men in een ziekenhuis helemaal geen ruzie heeft, maar zich niet houdt aan de verplichting om acute zorg te verlenen. Dan kan ik ingrijpen, maar dat is eigenlijk het vorige hoofdstuk.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik begrijp niet zo goed waarom de minister niets kan zeggen over salarisstructuren. Ik begrijp dat hij het salaris niet kan bepalen, maar ik snap niet waarom hij niet in algemene zin wat normen zou kunnen stellen. Er gaat heel veel publiek geld in deze instellingen en de overheid gaat toch over dat publieke geld. De minister stelt op allerlei manieren voorwaarden aan de instellingen, maar dat zou niet kunnen voor normen voor de salariering van het bestuur van zo'n instelling. Ik zou niet weten waarom dat niet kan.

Minister **Hoogervorst**: Er wordt elk jaar ongeveer 250 mld aan publiek geld uitgegeven in Nederland. Dat gaat in zeer belangrijke mate naar private partijen waar wij helemaal geen snars te vertellen hebben over de inkomens en dat is maar goed ook. De zorg is daarin niet wezenlijk anders. Het zijn private instellingen die met oorspronkelijk publiek geld worden gefinancierd. Wegen worden ook met publiek geld gefinancierd, maar wij gaan niet over de inkomens in de wegenbouw. Wij ambiëren dat ook niet. Je kunt dat alleen doen in de publieke sector bij publieke instellingen. Die weg wil ik niet op. Ik wil wel voorwaarden creëren waardoor meer openheid en transparantie ontstaat en de



Mevrouw Kant (SP)

© M. Sablerolle ± Gouda

afspraken die een sector onderling heeft gemaakt minder gemakkelijk ter zijde worden geschoven dan nu misschien het geval is. Ik heb de Kamer beloofd om in september met een uitgebreide inventarisatie te komen van de inkomensontwikkelingen in de zorg. Het komt in sterke mate overeen met de aanpak die wij met de commissie-Tabaksblat voor de rest van de private sector hebben gekozen, althans voor de beursgenoteerde bedrijven.

Mevrouw **Kant** (SP): Wij hebben het hier toch niet over de private sector? Overigens zou ik willen dat de minister daar ook meer ingrijpt op het punt van die exorbitante salarissen. Wij hebben het hier over de publieke sector; ik wens de zorg in ieder geval zo te zien. Er gaat gemeenschapsgeld naartoe. Aan dat gemeenschapsgeld kunnen wij in mijn ogen gewoon voorwaarden stellen. Een van die voorwaarden zou kunnen zijn dat het maximumsalaris niet hoger is dan dat van de minister-president en dat de stijging van de salarissen niet hoger mag zijn dan de gemiddelde stijging van het cao-loon in die instelling. Dat lijkt mij een makkelijke, objectieve norm om te stellen.

Minister **Hoogervorst**: Dat kan ik niet. Over die cao heb ik trouwens ook al niets te vertellen.

Mevrouw **Kant** (SP): Nee, u wilt dat niet. Ik vraag om een koppeling van de ontwikkeling van de salarissen aan de top aan die van het gemiddelde cao-loon. Die afspraak kunt u gewoon maken. Dat kunt u gewoon koppelen aan de voorwaarden voor toelating. U wilt het gewoon niet.

Minister **Hoogervorst**: Ik wil het in ieder geval niet en ik geloof ook dat ik het niet kan.

Mevrouw **Kant** (SP): Waarom kan de minister het niet?

Minister **Hoogervorst**: Het zijn ongelooflijk zware voorschriften, die erop neerkomen dat je de arbeidsvoorwaarden in een belangrijke sector nationaliseert. Dat kan wel, maar dan moet ik er gewoon National Health van maken.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb niet gesproken over de exacte hoogte van de salarissen. Ik heb gevraagd om bepaalde normen waaraan ook de salarissen van de top moeten voldoen. Dat is het minste wat wij kunnen vragen, zeker na alle politieke discussies die wij hebben gevoerd, waarin terecht grote woorden gevallen zijn.

Minister **Hoogervorst**: Denkt u dat het voor ons mogelijk is om te bepalen dat voor alle beurs-

genoteerde bedrijven de salarissen van de top niet meer mogen stijgen dan de cao-loonstijging?

Mevrouw **Kant** (SP): De minister maakt steeds dezelfde vergelijking. Hij vergelijkt de Nederlandse gezondheidszorg blijkbaar met de top van het bedrijfsleven. Daarover verschillen wij behoorlijk van mening. Ik zie de gezondheidszorg nog steeds als een publieke sector, waarover wij wel degelijk iets te zeggen hebben, zeker als het gaat om salarissen. De minister heeft herhaaldelijk gezegd dat hij die hoge salarissen ongewenst vindt. Wees dan ook een vent en doe er dan wat aan op het moment dat dat kan!

Minister **Hoogervorst**: Mevrouw Kant loopt langer dan ik mee in de zorgsector. Het moet haar zijn opgevallen dat deze sector helemaal gevuld is met goed verdienende private instellingen en mensen die een heel goede boterham aan de zorg verdienen. Zeker, het is oorspronkelijk met publiek geld betaald, maar verpleegsters zijn geen ambtenaren en hun bazen ook niet. Het barst van de partijen die winst maken in de zorg, en dat is maar goed ook. Stel dat wij de farmaceutische industrie na de Tweede Wereldoorlog hadden genationaliseerd. Hoeveel medische innovaties zouden wij dan hebben gehad? Ik denk dat dat lelijk zou zijn tegengevallen.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Het kabinet spreekt voortdurend over normen en waarden. Simons heeft normen gesteld voor ziekenhuisdirecteuren. Heeft de minister geen enkel waardeoordeel over het werk van Simons en de hoogte van het salaris die hij als netjes betitelde?

Minister **Hoogervorst**: Die waardeoordelen heb ik wel en die heb ik ook eerder uitgesproken. Wij gaan nu regelen dat men, als men zich niet houdt aan die mooie normen van mijnheer Simons, moet uitleggen waarom dat niet gebeurt. Als wij dat vijf jaar geleden hadden gedaan, was misschien wat kwaad voorkomen.

Mevrouw Vietsch heeft gevraagd of de transparantie-eisen niet in een aparte AMvB kunnen worden vastgelegd. Voor de zuiverheid van de wetgeving is het mijns inziens het beste dat alle lagere regelgeving in

Hoogervorst

het kader van deze wet op één plek terug te vinden is. Ik zal er overigens voor zorgen dat alle zaken goed te onderscheiden zijn. Wat betreft het voorleggen aan de Kamer heb ik al aangegeven dat ik geen discriminatie tussen het een en het ander zal laten plaatsvinden.

Vervolgens kom ik te spreken over de dereguleringsaspecten van het onderhavige wetsvoorstel. De heer Weekers heeft gevraagd of de administratieve lasten daadwerkelijk zullen verminderen met de WTZi. Het wetsvoorstel was al ingediend voordat de Actal bestond. Derhalve hebben wij het destijds allemaal niet laten berekenen. Ik zal dat overigens nog wel laten doen. Ik verwacht dat de uitkomst ervan een daling van de administratieve lastendruk te zien zal geven. Er zijn duidelijk minder procedures rond de toelating. Het bouwregime wordt ingeperkt qua reikwijdte. Vooral ten aanzien van de AWBZ zullen tal van kleine instellingen straks buiten het bouwregime vallen, hetgeen het bouwen van kleinschalige voorzieningen zal stimuleren. Bovendien zal het aantal beslismomenten in de procedure fors teruggebracht worden. Daarnaast komt de huidige meldingsregeling te vervallen. Ook in de uitvoering is er veel aandacht voor vermindering van de administratieve lasten. Het College bouw ziekenhuisvoorzieningen is bezig de aanvraagformulieren te digitaliseren en om te zetten in intelligente formulieren. Klaarblijkelijk is men van mening dat de huidige formulieren dom zijn. Veel bouwmaatstaven zijn reeds omgebouwd naar prestatie-eisen op hoofdlijnen. Dat zullen wij in de toekomst verder uitbouwen.

De transparantie-eisen die ik eerder heb genoemd, zullen niet tot extra administratieve lasten voor instellingen leiden. De instellingen kunnen namelijk zoveel mogelijk aansluiten bij bestaande documenten. Aan de hand van haar statuten kan een instelling laten zien dat zij voldoet aan de transparantie-eisen. Om aan te tonen dat zij aan de transparantie-eisen blijft voldoen, kan worden aangesloten bij de regelgeving inzake de jaarverslaglegging zorginstellingen.

Al met al is er dus sprake van een tamelijk forse reductie van de administratieve lasten, al geef ik volmondig toe dat er op dat punt nog heel veel meer moet gebeuren. Zo blijft er nog een heleboel, vooral

bij de ziekenhuisvoorzieningen, onder het bouwregime vallen. Dat heeft ook veel te maken met het feit dat de kapitaallasten nu nog steeds volledig worden nagecalculeerd via de WTG. Vanuit de Kamer is erop aangedrongen dat de kapitaallasten voortaan normatief worden vergoed via de tarieven. Dat is een buitengewoon ingewikkelde zaak, omdat we ook te maken hebben met de lasten uit het verleden. Ziekenhuizen die hun gebouw 40 jaar geleden hebben laten bouwen, hebben geheel andere kapitaallasten dan instellingen die recentelijk hebben geïnvesteerd. Daar moeten we dus goed naar kijken. De heer Weekers heeft gevraagd of ik de Kamer nader wil informeren over de denkrichting die wij in dezen voorstaan. Welnu, wij zijn er al hard mee bezig. Naar mijn inschatting zullen wij rond februari de Kamer een nadere notitie kunnen doen toekomen over hoe wij met deze problematiek denken om te gaan.

Mevrouw Vietsch en de heer Weekers hebben gevraagd naar de rol van de ZBO's. Ik proefde bij hen daarbij een ondertoon van "kunnen we er niet een paar opruimen?". Mevrouw Vietsch verkeerde mijns inziens ten onrechte nog in de veronderstelling dat de huidige ZBO's adviescolleges zouden zijn. Deze uitvoeringsorganen zijn ZBO's. Het kabinet is bezig met een rijksbrede doorlichting van alle ZBO's. Ik ben overigens van mening dat de Zorgautoriteit zeker een ZBO moet zijn, want dit orgaan moet los van de politiek belangrijke marktbeslissingen kunnen nemen. Bij andere ZBO's ligt het genuanceerder. Het is niet goed om daar hap snap beslissingen over te nemen.

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Ik verkeerde niet in die veronderstelling. Ik weet dat het onder de WZV adviescolleges waren. De Kamer heeft in 1972 uitgebreid gediscussieerd over de functie en samenstelling van die adviescolleges. Mevrouw Borst heeft vooruitlopend op de WEZ deze colleges omgezet in ZBO's. De Kamer heeft echter de WEZ afgewezen. Mijn fractie vraagt zich daarom af waarom in deze wet de oude adviescolleges ZBO's zijn. Door deze wet is de situatie gewijzigd. Ik heb een amendement ingediend waarin wordt voorgesteld om de zelfstandige bestuursorganen weer onder de ministeriële verant-

woordelijkheid te brengen. Daarmee worden het in feite weer adviescolleges. Mijn fractie wil verder gaan dan een vrijblijvend onderzoek naar ZBO's. Wellicht heeft de minister echter zeer zwaarwichtige redenen waarom het in zijn ogen ZBO's moeten blijven en dan hoor ik die graag.

Minister **Hoogervorst**: U moet enkele dingen goed uit elkaar houden. Met de invoering van deze wet worden geen ZBO's geïntroduceerd, want deze organen zijn dat al. Er verandert helemaal niets aan de positie van de huidige ZBO's. Ik wil zeker niet terug naar de adviescolleges. Zij hadden belangrijke uitvoerende taken die zich niet goed onder de ministeriële verantwoordelijkheid lieten brengen. In deze colleges waren allerlei belangenbehartigers en de sociale partners vertegenwoordigd. Het voorstel van mevrouw Borst was al een grote stap vooruit in de richting van de professionalisering van de diverse organen. Wij moeten zeer zorgvuldig discussiëren over de vraag of sommige van die organen nu ZBO's moeten blijven of niet. Ik proef in de woorden van mevrouw Vietsch de wens om een en ander meer onder de ministeriële verantwoordelijkheid te brengen. Op zichzelf deel ik die wens. Die lag ook ten grondslag aan het interdepartementaal beleidsonderzoek dat wij straks zorgvuldig zullen doorlichten. Ik vraag enig geduld om de zaak grondig te kunnen bestuderen. Daarna zullen wij de Kamer een nieuw plaatje voorleggen.

Mevrouw **Vietsch** (CDA): U wijst erop dat vooruitlopend op een wet, die is verworpen, deze organen zijn omgezet in ZBO's. Die wet heeft de Kamer niet zonder reden teruggestuurd. Er is wel degelijk sprake van een overgang van een adviescollege onder ministeriële verantwoordelijkheid naar een ZBO dat meer op afstand staat. Het gaat er niet om hoe het historisch is gegroeid, maar de vraag is welke principiële keuze wij maken. Waarom moeten deze organen op afstand worden geplaatst? Dat is bij de WEZ-behandeling niet besloten, maar wel ingevoerd. Waarom vindt de minister het gerechtigd dat die organen nu op afstand staan? Ik wil daarvoor argumenten horen. Als de minister eigenlijk geen argumenten heeft, is

Hoogervorst

het leven voor ons simpel, want dan zien wij het helemaal niet zitten.

Minister **Hoogervorst**: Die WEZ is nooit aangenomen, dus daarin is het zeker niet geregeld. In een andere wet zijn de colleges uitvoerings-ZBO's geworden, onder grotere ministeriële verantwoordelijkheid dan in de voorgaande structuur. Daar is dus al verbetering ingekomen, gehoord de filosofie van mevrouw Vietsch. In deze wet verander ik helemaal niets. Ik onderschrijf het gevoel dat de ministeriële verantwoordelijkheid beter tot uitdrukking moet worden gebracht. Dat kan in sommige gevallen betekenen dat een ZBO een andere status krijgt en een rijksdienst wordt. Ik kan daarover nu geen afgewogen oordeel vormen, omdat het onderzoek daarnaar nog niet gereed is. Ik heb tijd nodig om die exercitie met het kabinet ordentelijk te vervolgen. Ik kom daarna graag bij de Kamer terug. Dan hebben wij het niet alleen over de ZBO's die toevallig in dit kader aan de orde zijn, maar over alle ZBO's in mijn werkveld.

De heer **Heemskerck** (PvdA): Omdat u de consequenties nog niet kunt overzien, keurt u het amendement-Vietsch, waarin wordt voorgesteld om van de ZBO's weer adviesorganen te maken, af? U ziet niet in wat wordt toegevoegd door of wat de gevolgen zijn van omvorming naar een adviesorgaan.

Minister **Hoogervorst**: Aan adviesorganen heb ik geen behoefte. Daar heb ik er al genoeg van. Ik heb vooral behoefte aan een goede uitvoering. Dat doen deze organen. De vraag is vervolgens of dit via een ZBO-status of via meer directe ministeriële verantwoordelijkheid moet worden geregeld. Die vraag bekijk ik graag met mevrouw Vietsch. Ik heb het gevoel dat wij in dezelfde richting denken. Ik vraag haar om mij de gelegenheid te geven om dat op een ordentelijke manier te doen.

De heer **Weekers** heeft gevraagd of er niet te veel partijen over toelatingseisen gaan. In veruit de meeste gevallen beslist het College voor zorgverzekeringen over de toelating. Dat doet het nu ook al op grond van de Ziekenfondswet en de AWBZ. Zelf ga ik over de toelating als sprake is van een instellingsplan dat onder het bouwregime valt. Met de deregulering van het bouwregime

dat ons voor ogen staat, zal dat steeds minder voorkomen. In de praktijk betekent dit dat ik bij complexe bouwplannen van grootschalige instellingen de nieuwe toelating afgeef of de bestaande aanpas. Het verschilt allemaal weinig van de huidige situatie. Ik ben het er wel mee eens dat het College voor zorgverzekeringen en ik goede werkafspraken moeten maken over de toelating, zodat men niet van het kastje naar de muur wordt gestuurd. In het vervolgtraject voor de deregulering kan dit een aandachtspunt zijn.

De heer Van der Vlies heeft gevraagd of wordt voorzien in een overgangssituatie, omdat de bouwmaatstaven in beide wetten verschillen. Voor zover dat nodig is, zal ik daarin voorzien.

Mevrouw Vietsch heeft gewezen op het voorstel om ter beperking van de administratieve lasten het college bouw niet altijd een eindafrekening te laten goedkeuren. Die mogelijkheid is al in de wet geregeld. Bij AMvB kan ik dit verder invullen. Dit punt komt dus nog terug.

De heer Rouvoet heeft gevraagd naar de kwestie van de kapitaallasten en de tarieven. Ik heb een brief in februari 2005 toegezegd.

De **voorzitter**: De heren Rouvoet en Nawijn laten zich verontschuldigen.

Minister **Hoogervorst**: De heer Weekers heeft nog gevraagd waarom het nodig is dat instellingen in de gezondheidszorg hun begroting aan de minister voorleggen. Mijn ambtenaren laten mij weten dat die instellingen dat niet hoeven in het kader van de WTZi en de WZV.

De heer **Weekers** (VVD): Inzake de transparantie wordt in de wet voorgeschreven dat de minister nadere regels stelt over hoe het openbaar gemaakt moet worden. Ik kan mij voorstellen dat in de nadere regels of in de beslissing van de minister over waar een en ander ter inzage gelegd moet worden een differentiatie plaatsvindt.

Minister **Hoogervorst**: Misschien dat ik nog even naar dit punt mag kijken. Het is geen kwestie van het aan mij voorleggen. Wellicht staat het wel vermeld in de transparantie-eisen. Ik zal dat bezien.

Mevrouw Vietsch vraagt waarom er een financieel kader van toepas-

sing is in de bouw. Het merendeel van de toelatingen zal in de toekomst niet binnen het financiële kader vallen. Bij grote miljarden-investeringen zoals bij ziekenhuizen moet ik een zekere "say" blijven houden. Het gaat immers om gigantische geldstromen. Als bijvoorbeeld een academisch ziekenhuis hierover geheel zelfstandig kan besluiten, gaat mijn budgettair kader helemaal kapot. Dat kan niet de bedoeling zijn.

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Het is aardig dat de minister het voorbeeld van een academisch ziekenhuis noemt. Volgens mij is daarover een convenant met erg grote geldstromen gesloten.

Minister **Hoogervorst**: Dat is ook een beperking.

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Mij valt op dat wij in de begroting het financieel kader bouw versleuteld hebben, aangezien het in de tarieven opgaat. Wij kunnen niet meer met de minister praten over mee- of tegenvallers. Dat zit immers in het financieel kader. Wij mogen niet meer over een apart bouwkader praten. Nu krijgen wij ineens het bouwkader terug. Wij zouden elk jaar keurig met een bouwkader moeten werken. Ik heb begrepen dat het bouwkader voor ziekenhuizen zelfs al twee jaar niet verschenen is. Er bestaat sowieso discussie over in hoeverre wij daarvan op aankunnen. Daarnaast speelt dat er jarenlang een totale onderschrijving van het bouwkader heeft plaatsgevonden. Wat is überhaupt de zin van zo'n kader? Het betekent enorm grote administratieve lasten om een kader op te stellen. Iedereen wordt er gaar van. Vervolgens wordt er niets mee gedaan. Er is immers altijd onderschrijving. Jaar op jaar blijft er geld over.

Minister **Hoogervorst**: Dat laatste valt de laatste tijd helaas wat tegen. Het was echter enige tijd bij elke begroting een gouwe ouwe: kijk of met het bouwkader nog een gaatje te vullen valt.

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Is dat niet de reden dat de minister het de laatste keer bij de begroting versleuteld heeft, zodat het niet meer terug te vinden is?

Hoogervorst

Minister **Hoogervorst**: Ik word hier van iets beschuldigd waar ik mij in ieder geval niet van bewust ben.

De **voorzitter**: Ik zie het meer als een vraag en nog niet als een beschuldiging.

Minister **Hoogervorst**: Het wordt de laatste tijd tamelijk goed gevuld. Ik wil het allemaal zo veel mogelijk liberaliseren. Het gaat hier bepaald niet om klein geld. Ook buiten de academische ziekenhuizen zijn er instellingen die gigantische kapitaalinvesteringen moeten doen. Het is vooralsnog wenselijk dat wij daar enig zicht op hebben.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik vind het uitstekend dat er zicht op blijft, vooral als het om heel veel geld gaat. Ik heb een vraag gesteld over een gelijk speelveld. Is het bouwregime voor academische ziekenhuizen aanmerkelijk flexibeler en aantrekkelijker dan voor algemene ziekenhuizen of ZBC's? Hoe voorkomt de minister dat dit ongelijke speelveld doorwerkt in de DBC-kostprijzen?

Minister **Hoogervorst**: Die vraag moet ik in tweede termijn beantwoorden. Mijn parate kennis schiet hier tekort. Academische ziekenhuizen en overige ziekenhuizen bevinden zich overigens niet noodzakelijkerwijs op een gelijk speelveld. Vandaar dat er een verschillend regime voor beide geldt. Ik kan proberen hier een precies antwoord te geven. Dat kan wellicht plausibel klinken, maar is dat niet noodzakelijkerwijs.

Voorzitter. Bijna tot slot wil ik nog enkele opmerkingen maken over het winstoogmerk, het tweede onderdeel van de liberalisering. Het kan inderdaad even schrikken zijn als in het kader van de zorg wordt gesproken over winst. Horen winst en zorg nu wel bij elkaar? Terecht hebben sommigen gezegd dat winst in feite al zeer in de zorg is ingeburgerd. Er is over specialisten gesproken, maar er zijn ook nog fysiotherapeuten, huisartsen, apothekers, fabrikanten van hulpmiddelen en van medicijnen, leveranciers van ziekenhuizen. Het zou mij niet verbazen als een zeer hoog percentage van de zorg door winstbeogende ondernemingen wordt geleverd. Denk bovendien nog maar eens aan de banken die vrijwel

risicoloos winst maken door leningen aan ziekenhuizen. Het is eigenlijk dus nu al een heel normale zaak. Dat op zich is natuurlijk geen reden om het uit te breiden, maar winst is in ieder geval geen Fremdkörper in de gezondheidszorg.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): De minister maakt zich er nu wel heel gemakkelijk van af. De toeleveranciers en de farmaceutische industrie bieden geen cliëntgebonden zorg, geen zorg aan mensen. Dat geldt voor meer bedrijven, zoals cateraars. Daar hebben wij het in de discussie in ieder geval niet over gehad. Bij medisch specialisten of huisartsen kun je misschien wel spreken van het maken van winst omdat ze hun salaris op een niet altijd even transparante manier bij elkaar halen, maar ook daar gaat het niet om. In deze discussie gaat het om instellingen die winst kunnen maken met zorg aan patiënten. Dat andere is in ieder geval voor mij totaal niet interessant en kunnen wij beter buiten de discussie laten. Dat maakt het alleen maar helderder!

Minister **Hoogervorst**: Medicijnen en hulpmiddelen zijn toch ongelooflijk belangrijk voor mensen. Ook dat is een elementaire vorm van zorg waarop winst wordt gemaakt en gelukkig wordt er op dat punt ook geconcurrereerd. Dat levert onder andere heel veel innovatie op, zoals ik al aangaf met het voorbeeld van een farmaceutische industrie. De innovatie van de afgelopen decennia had natuurlijk nooit kunnen plaatsvinden als er geen winst had kunnen worden gemaakt.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): De minister doet hiermee geen recht aan in ieder geval mijn betoog over winst in de zorg. Dan gaat het niet om de farmaceutische industrie. Ik heb daar ook helemaal geen bezwaar tegen, afgezien dan in sommige gevallen tegen de mate waarin. Het gaat in dit geval om de cliëntgebonden zorg en daar sloegen mijn argumenten ook op.

Minister **Hoogervorst**: Maar wat is dan het verschil? Is een medicijn niet cliëntgebonden?

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Het gaat erom dat professionals in de omgang met mensen over het

algemeen andere waarden hebben, dat het hen niet om winst gaat, maar om het leveren van goede zorg. Die motivatie zou je moeten willen prikkelen om ervoor te zorgen dat mensen zich nog beter gaan richten op hetgeen de patiënt nodig heeft. Daaraan zou een winstoogmerk in onze ogen niet veel bijdragen, integendeel, eerder verkeerd kunnen werken. Als het om medicijnen gaat heb ik helemaal geen bezwaar tegen winstoogmerken.

Minister **Hoogervorst**: Mevrouw Tonkens vroeg mij of ik harder zou gaan lopen als ik winst zou kunnen maken. Ik heb in het bedrijfsleven gewerkt, in de ambtenarij en in de politiek en ik ken geen meer concurrerende omgeving dan de politiek. Harder lopen dan ik nu al doe, zal ik niet kunnen. Als het gaat om servicegerichtheid in winstbeogende instellingen, wijs ik maar op hetgeen thans in Duitsland gaande is, waar verschillende winstbeogende commerciële ziekenhuisketens concurreren met de staatsziekenhuizen. Het is heel duidelijk en door niemand bestreden dat het kostenniveau lager is en het serviceniveau op zijn minst gelijk en vaak zelfs hoger is. Dat bereikt men onder andere doordat men in de ziekenhuizen niet allemaal verschillende bedrijven heeft, maar alle specialisten in loondienst zijn binnen duidelijke structuren en ook door het organiseren van winstdeling voor al het personeel, specialisten én verpleging. Dit werkt enorm stimulerend op de servicegerichtheid van die bedrijven. Ik zou dus echt graag zien dat de Nederlandse ziekenhuissector ooit ± ik zal later termijnen noemen ± open komt te staan voor, bijvoorbeeld, partijen uit het buitenland, die ervaring hebben met het laten draaien van een commercieel ziekenhuis. Ik denk dat dit een enorme impuls kan geven aan de verbetering van efficiency en dat daardoor meer mogelijkheden komen voor het aantrekken van kapitaal en de vorming van eigen vermogen. Als er vermogen wordt ingebracht, hoeft een hogere solvabiliteit niet direct te leiden tot hogere kosten. Het zal ook de ziekenhuizen die niet commercieel willen gaan werken maar gewoon willen blijven werken zoals zij nu doen, stimuleren tot betere prestaties. Ik ben daar echt van overtuigd.

Hoogervorst

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Interessant dat u zegt dat alle specialisten daar in loondienst zijn; GroenLinks is daar al heel lang voorstander van, dus als we de VVD daarop ook eens meekregen...

Maar dat terzijde. U zegt dat u niet harder zou gaan lopen als u winst mocht maken; u loopt al hard, want de concurrentie is hevig. Het is interessant dat u concurrentie weet los te koppelen van winst: u concurreert, maar maakt geen winst en zult ook niet harder gaan lopen als u winst gaat maken. Waarom denkt u dat mensen in de zorg wel harder gaan lopen als ze winst maken?

Minister **Hoogervorst**: De meeste mensen zullen helemaal niets met winst te maken krijgen, die zijn gewoon werknemers van een bedrijf dat winst beoogt en zullen in dat bedrijf vooral worden gestimuleerd om zeer servicegericht te handelen ± waarmee ik overigens allerm minst wil zeggen dat de huidige verpleegkundigen niet hun best doen om patiënten goed te helpen.

De **voorzitter**: Als het woord "winst" valt, wordt het ineens erg vol bij de interruptiemicrofoons...

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ja, voorzitter, maar niet omdat winst een onsmakelijk begrip zou zijn of onder een taboe valt; een prestatie mag ook in mijn visie worden beloond. Maar de prestaties moeten wel omhoog. Dat is volgens mij de reden waarom men in de doorsnee huiskamers tegen het winstoogmerk aanloopt. Er zijn wachtlijsten, vraag en aanbod sluiten niet in redelijke termijn op elkaar aan, de premies gaan omhoog, de bijdrage uit de collectieve sector moet jaar op jaar worden bijgeplust... en dan toch ruimte scheppen voor het winstoogmerk, als bevestiging van iets wat reeds bestaat, dan wel als nieuwe impuls voor marktconforme prikkels. Ik denk dat dit het spanningsveld is. Hoe reageert de minister hierop?

Minister **Hoogervorst**: De prijs-inflatie die wij de afgelopen tijd in de zorg hebben gekend, heeft niet zijn weerga gevonden in de private sector; die is daar veel lager geweest. Ik wijt dit niet alleen aan een gebrek aan concurrentie in de zorg, maar het is wel een belangrijke factor. Een probleem in de zorg is

dat alles verzekerd is en dat consument, zorgverzekeraar en zorgaanbieder weinig financiële prikkels kennen om doelmatig te werken of verantwoord te gebruiken. Dat leidt ertoe dat de kosten elk jaar enorm toenemen. Mijn beleid is erop gericht, op een breed front de eigen verantwoordelijkheid van al die partijen te vergroten. Dat zijn geen loze leuzen: er zal een reële invulling komen van de eigen verantwoordelijkheid van zorgconsument én zorgaanbieder. De laatste moet tot een grotere prestatie worden gedwongen. Meer concurrentie is een, maar niet het enige instrument dat daarvoor geschikt is. En daarbij hoort ook het beogen van winst.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Het maakt in het verwerken van zo'n instrument iets uit wat er gebeurt aan het eind van het jaar. Stel dat er, simpel gezegd, meer is binnengekomen dan is uitgegeven: er is winst gemaakt. Dat wordt uitgedeeld aan de mensen die daarvoor verantwoordelijk waren. Zij mogen daarvan iets merken; dat vind ook ik. Als de instelling echter nog tekortschiet in de prestaties, in termen van redelijkheid en billijkheid, zou een relevant deel daarvoor moeten worden aangewend. Daarvoor betaalt de samenleving die prijs.

Minister **Hoogervorst**: Daarmee ben ik het wel eens. Indien het winstoogmerk wordt toegelaten, moeten er voldoende waarborgen zijn voor toegankelijkheid en kwaliteit; liever nog heb ik zelfs dat deze nog wat stijgt. In mijn betoog heb ik al aangegeven hoe ik die waarborgen geef, bijvoorbeeld bij de bereikbaarheid. Velen zeggen ± dat doet de heer Van der Vlies overigens niet ± dat het introduceren van winstgevendheid ten koste zal gaan van de kwaliteit. In Duitsland heeft men dat ook jarenlang geroepen, maar dat is in de praktijk niet gebeurd: de kwaliteit is juist omhoog gegaan. Tegelijkertijd zijn er bedrijven ontstaan die het voor precies dezelfde prijs doen als de staatsziekenhuizen en er toch in slagen om winst te maken. Bij die staatsziekenhuizen verdwijnt de "winst" waarschijnlijk in ondoelmatigheid en bureaucratie. Overigens is er ook nog de waarborg van het prijsmechanisme. In Duitsland zijn de prijzen voor ziekenhuiszorg nog volledig gefixeerd, en toch heeft men het

winstoogmerk in de ziekenhuiszorg geïntroduceerd. Dit kan dus heel goed samengaan, hoewel er met het (gedeeltelijk) vrijgeven van de prijzen wellicht meer concurrentie kan worden gecreëerd. Op zichzelf hebben wij het prijsmechanisme nog steeds achter de hand. Mijn indruk is overigens dat de commerciële ziekenhuizen de vaste prijzen wel prettig vinden, want deze zijn afgestemd op ondoelmatige staatsziekenhuizen. Zij kunnen daar dus makkelijk onder duiken met hun kostprijs.

Mevrouw **Kant** (SP): Over de vergelijking met Duitsland valt natuurlijk heel veel te zeggen. De belangrijkste reden dat deze mank gaat, is dat daar slechts 7% van de ziekenhuiszorg commercieel is. Verder heeft men nooit de schaarste meegemaakt die wij in Nederland kennen, en heeft men relatief veel meer dokters en verzorgenden. Er zijn dus heel veel factoren die het vergelijken van de twee landen moeilijk maken.

Bij de interruptie van mevrouw Tonkens maakte de minister een vergelijking met farmaceuten, die ook winst mogen maken. Zij betoogde dat het in dit geval niet gaat om toeleveranciers maar om mensen die zorg verlenen. Als de minister zijn parallel vol wil houden, zou hij farmaceuten geneesmiddelen moeten laten voorschrijven. Dat vindt hij terecht geen goed idee, wat duidelijk maakt dat zijn vergelijking niet opgaat en dat het wellicht niet zo verstandig is om winstoogmerk en concurrentie in te bouwen bij mensen die direct zorg verlenen aan de patiënt.

Minister **Hoogervorst**: Voordat je in een ziekenhuis komt, wordt dat ook "voorgescreven"; je komt daar niet zomaar binnen. Wat is het probleem?

Mevrouw **Kant** (SP): De minister trekt een parallel met farmaceuten die winst maken. Daarover valt overigens nog een heel andere discussie: is het wel slim, hoeveel kost dat ons? Hij maakt echter een vergelijking: er zijn al heel veel partijen in de zorg die winst maken en daarom is het geen probleem dat ook instellingen die direct zorg verlenen, winst gaan maken. Als dat volgens hem geen probleem is, moet hij ook accepteren dat farmaceuten gaan bepalen hoeveel geneesmidde-

Hoogervorst

len mensen krijgen. Dat vindt hij toch ook geen goed idee?

Minister **Hoogervorst**: Ik zou er zeker niet voor kiezen om commerciële ziekenhuizen in staat te stellen om zelf patiënten binnen te halen en behandelingen voor te schrijven. Dat verloopt allemaal via de poortwachter van de zorg, de huisarts. Bovendien probeer ik een tegenwicht te creëren ± voor een groot deel bestaat dat al ± door de positie te versterken van de zorgverzekeraars en de patiënten, die belang hebben bij kostenbewaking.

Mevrouw **Kant** (SP): Wat de minister zegt is helemaal niet waar!

Minister **Hoogervorst**: Het gaat allemaal om checks and balances. Bovendien is het daarmee nog niet afgelopen. Er is namelijk ook nog het kwaliteitstoezicht van de IGZ en er is straks een Zorgautoriteit die ervoor waakt dat er geen misbruik van marktposities ontstaat, dat er geen kruissubsidiëring plaatsvindt en dat van schaarste geen misbruik wordt gemaakt door de prijzen excessief op te drijven. Verder zullen wij de transparantie van de markt sterk vergroten.

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. Als u mij toestaat! De minister praat wel door, maar eerlijk gezegd komt dat volgens mij omdat hij geen reactie heeft op de stelling die ik poneer. Hij heeft namelijk gewoon een oneigenlijke vergelijking gemaakt. Het zou hem sieren als hij dat toegaf. Hij zegt dat je voor een ziekenhuis toch ook eerst een verwijzing moet hebben. Dat is waar, maar op een gegeven moment is de patiënt bij de specialist in het ziekenhuis met winstoogmerk dat door het geven van zorg winst kan maken. Als dat het geval is, kan die specialist in dat ziekenhuis gewoon bepalen dat dit testje ook nog wel kan plaatsvinden en dat mijnheer of mevrouw nog wel een keer kan terugkomen. De vergelijking gaat dus niet op. Als de minister winstoogmerk brengt bij mensen die over de zorg voor patiënten gaan, dan brengt hij prikkels in die ertoe leiden dat mensen er belang bij hebben om zorg ± ook onnodige zorg ± te leveren. Dat moet hij toch erkennen.

Minister **Hoogervorst**: Dat gevaar is altijd wel aanwezig. Om die reden

wil ik goede checks and balances in het systeem hebben, onder meer door de zorgverzekeraar een veel sterkere positie te geven. Bovendien wil ik goede checks and balances inbrengen in het hele systeem van DBC's. Als men zich eraan te buiten gaat, zal men zich behoorlijk uit de markt prijzen.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Mijn fractie erkent met de minister dat op veel terreinen in ziekenhuizen al winst wordt gemaakt. Uiteindelijk komt alles wat in een ziekenhuis gebeurt ten goede aan de patiënt, als het goed is. Er zit dus al een winstgerichtheid in richting de patiënt. Wij moeten daarom ook niet heel spastisch doen over het winstoogmerk. Veel belangrijker is de vraag of er niet te veel winst wordt gemaakt. Mijn fractie gruwet ervan als in de gezondheidszorg het creëren van aandeelhouderswaarde de ultieme drijfveer is. Die kant moeten wij niet op met de Nederlandse gezondheidszorg. In mijn eerste termijn heb ik gesproken over het krenten uit de pap halen, oftewel wel de makkelijke operaties doen, maar zodra er een fout is, de probleempatiënt doorschuiven naar het algemene of academische ziekenhuis.

Minister **Hoogervorst**: Daarvoor zal men dan gewoon een goede rekening moeten eisen.

De heer **Heemskerk** (PvdA): U zorgt ervoor dat er een instrument is om een en ander te verhalen op de privé-kliniek?

Minister **Hoogervorst**: Daarover moet ik nog eens goed nadenken. In algemene zin zal krenten uit de pap halen toch niet zo verschrikkelijk eenvoudig zijn, vooral omdat ik van plan ben om heel forse basisvoorwaarden te stellen aan bijvoorbeeld het leveren van acute zorg. De firma Röhn Klinikum heeft mij verteld waarom zij de Nederlandse markt interessant vindt. Er is namelijk geen tweedeling in de zorg. Ziekenhuizen kunnen het volledige spectrum aan diensten verlenen. De firma is ervan overtuigd dat het zeer efficiënt is om zo'n beetje alles in huis te hebben, te weten goede acute zorg en andere basiszorgvoorzieningen. Ik ben er dus niet zo van overtuigd dat marktontwikkelingen beperkt zullen worden tot

het krenten uit de pap halen. Bovendien heb ik de waarborgen die ik eerder in mijn verhaal uiteengezet heb.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Kwalitatief is het allemaal redelijk in het op winst gerichte ziekenhuis, maar er worden toch fouten gemaakt. Er worden altijd fouten gemaakt, vooral omdat men geen extra geld wilde uitgeven aan dat nieuwe instrumentarium. Uiteindelijk wenst men de patiënt niet meer te helpen en komt hij terecht bij het academische ziekenhuis, dat geen winstoogmerk heeft. Op welke manier gaat het academische ziekenhuis dan om met de mislukte operatie die is ontstaan doordat men in dat andere, winstgerichte ziekenhuis voor een dubbeltje op de eerste rang wilde zitten?

Minister **Hoogervorst**: Op die vraag kan ik niet één, twee, drie antwoord geven. Ik kan mij ± vrijuit spreken ± het volgende voorstellen. Het eerste ziekenhuis heeft een DBC afgesproken en krijgt daarvoor een bepaalde vergoeding. Maar daarvoor moet wel alles gebeuren. Als er een complicatie ontstaat, moet men die wel zelf betalen. Weliswaar moet het probleem in een ander ziekenhuis worden opgelost, maar de contracterende partij is er toch financieel verantwoordelijk voor.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Dus het loopt via een verrekening van de DBC via de zorgverzekeraar? Wij komen hierop terug tijdens het debat over de DBC's.

Ik heb in mijn eerste termijn nog de vrij technische vraag gesteld of een verrichting in een privé-kliniek onder de WTZi valt als die met de AWBZ dan wel Ziekenfondswet vergelijkbaar is.

Minister **Hoogervorst**: Dat is wel het geval als die privé-kliniek collectief verzekerde zorg biedt. Een kliniek waar injecties met Botox worden gegeven, hoeft geen vergunning op grond van de WTZi te hebben. Daar hebben wij namelijk helemaal niets mee te maken.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Dat is duidelijk. Een privé-kliniek is dus alleen verplicht om een vergunning op grond van de WTZi te hebben voor verrichtingen die onder de

Hoogervorst

definitie van medisch noodzakelijke en acute zorg vallen.

Minister **Hoogervorst**: Ja. Een privaot gefinancierde kliniek die heupoperaties uitvoert, is wel WTZi-plichtig.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Wat de minister net zei over de DBC's en het verrekenen van mislukte operaties als horende bij de DBC, vond ik zeer interessant. Wil hij dat voor het volgende overleg over DBC's op papier zetten? Dan hoeven wij er nu niet verder over te praten.

Minister **Hoogervorst**: Dat weet ik niet. Ik moet namelijk ook nog een AMvB opstellen over winstoogmerk. Deze vragen komen dus nog aan de orde. Wij kunnen dan dieper op de techniek ingaan. Dit is een belangrijk onderwerp, maar het hoeft niet vandaag te worden opgelost. De vraag is opgeslagen. Ik beloof mevrouw Tonkens dat ik die te zijner tijd beantwoord, al weet ik nog niet bij welke gelegenheid.

Mevrouw **Kant** (SP): Graag! Die vraag is interessant genoeg om op door te gaan. In eerdere debatten over privé-klinieken hebben wij voorgesteld om reguliere ziekenhuizen de mogelijkheid te bieden om eventuele complicaties op privé-klinieken te verhalen indien die voortkomen uit operaties of behandelingen in die privé-klinieken. Ik weet niet of deze minister of een van zijn voorgangers heeft gezegd dat dit juridisch al mogelijk is en al wel gebeurt. Het is in ieder geval geen regel dat dit gebeurt. Dat is het probleem. Het beleid zou moeten zijn dat dergelijke complicaties altijd worden verhaald.

Minister **Hoogervorst**: Dat is in mijn ogen toch echt een zaak van de contractpartijen. Een zorgverzekeraar moet voor duizend heupoperaties gewoon een contract met een privé-kliniek of een commercieel ziekenhuis sluiten en daarbij eisen dat alle complicaties voor rekening van die kliniek of dat ziekenhuis komen zodat die in de prijs worden verrekend. Het wordt steeds simpeler nu ik erover nadenk.

Mevrouw **Kant** (SP): Nee, het is helemaal niet zo simpel. Laat ik het voorbeeld van de lekkende borstprothese gebruiken, als dat mag. Dit

komt pas een half jaar later in een ander ziekenhuis aan het licht. Je moet dan wel organiseren dat de oorzaak van het medische probleem duidelijk is, zodat het verhaald kan worden. Het is dus iets ingewikkelder dan de minister nu schetst.

Minister **Hoogervorst**: Ja. Als mijn stofzuiger het na een jaar begeeft, weet ik ook niet meer waar ik naartoe moet.

Er zijn vragen gesteld over wat moet worden gedaan in geval van faillissement. Dit onderwerp, maar ook dat van de verkoop van kapitaalgoederen uit het verleden moeten goed worden bestudeerd. De stelregel is dat de marktwaarde ervan moet worden afgeboekt en dat ze in de zorg moeten blijven als ze aan derden worden vervreemd. Ik beantwoord die vraag in het verdere traject nader. Faillissement is natuurlijk in het huidige stelsel aan de orde van de dag, zou ik bijna zeggen. Uiteindelijk wordt het via het College Saneringen geregeld. Ook worden tarieven en dergelijke verhoogd. Het is niet marktconform, maar het gebeurt nu al. Wij moeten wel oppassen dat dit in een commerciële setting niet leidt tot moral hazards. Mevrouw Vietsch en de heer Van der Vlies hebben dat probleem aangekaart. Ik neem dat in het vervolg van mijn overwegingen nog graag mee.

De heer Rouvoet heeft gevraagd of een zorgverzekeraar aandeelhouder van een instelling kan zijn. Dat is mogelijk, maar NMa en de Zorgautoriteit moeten natuurlijk goed in de gaten houden dat er geen onheuse marktmacht gaat ontstaan. De heer Rouvoet heeft ook gevraagd of de winstuitkering alleen betrekking heeft op het verstrekte risicodragend vermogen. Het antwoord is: ja.

Eerder spraken wij al over de zorg van de heer Heemskerk over grote ketens van ziekenhuizen en verticale integratie. NMa en Zorgautoriteit zullen daar goed op moeten letten. Ik ben al ver met mijn notitie over de relatie tussen de minister, de Zorgautoriteit en de NMa. Ik leg de antwoorden op een aantal vragen binnenkort voor.

De heer Heemskerk vroeg hoeveel overcapaciteit nodig is voor efficiencywinst en een gezonde markt. Ik ben ervan overtuigd dat er in het huidige ziekenhuiswezen veel onbenutte capaciteit is. Er is veel

dure apparatuur die maar een gering aantal uren per week wordt gebruikt. Veel ziekenhuizen zijn de halve vrijdag al gesloten. Er is veel onbenutte capaciteit, die wakker geschud zou kunnen worden. Ik verwijt dat de ziekenhuizen niet, want dat heeft veel te maken met onze budgetteringssystematiek. Er is ook veel potentieel bij de specialisten. De mogelijkheid van toetreding van buitenaf zal tot nieuwe capaciteit kunnen leiden.

De heer Weekers vroeg of het niet interessant zou zijn een experimenteerartikel op te nemen, zodat al in 2005 een experiment zou kunnen worden aangegaan met het beogen van winst. Ik heb daar geen enkel probleem mee. Ik vraag mij wel af of een instelling zo'n monumentale beslissing als voor winst gaan in een experiment wil uitproberen. Zal zij niet meer zekerheid willen hebben? Ik laat het aan de Kamer over om er nog eens over na te denken. Misschien hoor ik er in tweede termijn nog iets over.

De heer **Weekers** (VVD): Mijn opmerking over een experimenteerartikel strekte nog een stukje verder. Als je dat alleen voor de winst invoert, zou je er hooguit een jaar mee winnen. Ik wil er echter ook andere onderdelen van de wet bij betrekken. De minister wil dereguleren en overlaten aan de markt de komende jaren in een aantal stapjes realiseren. Als een algemeen experimenteerartikel wordt gemaakt, waarbij het mogelijk wordt gemaakt om voor te sorteren voor stappen die nog moeten worden gezet, kan dat wellicht tot interessante perspectieven leiden. Ik wil een experimenteerartikel dus niet beperken tot winstbeoogdheid.

Minister **Hoogervorst**: Deze suggestie heeft inderdaad een veel bredere strekking. Ik wil daar nog even over nadenken en er in tweede termijn op terugkomen.

De heer Rouvoet heeft gevraagd of het juridisch mogelijk is een te sluiten ziekenhuislocatie aan te bieden aan een nieuwe partij. Die vraag neem ik graag mee in de discussienota over kapitaallasten, waarvan ik heb toegezegd dat die er in februari zal komen.

De heren Rouvoet en Van der Vlies hebben gevraagd of kruissubsidiëring tot creatief boekhouden leidt. Kruissubsidiëring leidt niet tot

Hoogervorst

creatief boekhouden, dat is creatief boekhouden en daarom vinden wij het niet goed dat dit gebeurt. De Zorgautoriteit zal dan ook zeer goed op deze subsidiëring moeten letten.

De heer Van der Vlies heeft vragen gesteld over instellingen met een landelijke functie voor mensen met een bepaalde geloofsovertuiging. Zolang voor deze instellingen de contracteerplicht bestaat, verandert er niets. Het leidende principe is de wens van de cliënt ten aanzien van wonen en zorg op maat. Aan de vraag van ook dit type cliënten zal door bepaalde aanbieders tegemoet worden gekomen. Verzekeraars zullen voldoende contracten met aanbieders van die zorg moeten sluiten.

De heer Rouvoet heeft een opmerking gemaakt over een openbaar register van zorginstellingen. Op zichzelf vind ik zijn suggestie interessant. Tegelijkertijd wijs ik erop dat wij reeds ontzettend veel registratieverplichtingen hebben. De heer Rouvoet zal begrijpen dat ik geen nieuwe administratieve lasten wil laten ontstaan. De informatie die bij de verschillende bestaande instanties, zoals het College bouw ziekenhuisvoorzieningen en het CTG, aanwezig is zou beter inzichtelijk kunnen worden gemaakt. Misschien zou ik daartoe een poging kunnen doen. In ieder geval wil ik daarover goed nadenken en daarop later terugkomen. Ik wil dit dus graag bestuderen.

De heer **Weekers** (VVD): Ik wijs er in dit verband op dat het Handelsregister gecentraliseerd zou worden. Met de informatietechnologie zou het toch vrij gemakkelijk moeten zijn om met inachtneming van de verplichting dat daarin bepaalde registraties moeten worden opgenomen, de gegevens voor de zorgsector eruit te filteren. Daarmee zou je in één klap de registratie hebben geregeld.

Minister **Hoogervorst**: Ik betrek deze suggestie graag bij mijn nadere beschouwingen.

De heer Rouvoet heeft indringend gevraagd of de toelating alleen voor rechtspersonen geldt. Hij had het bij het juiste eind. Als de toelating wordt beperkt tot rechtspersonen vallen alle niet als zodanig opgezette verbanden niet onder het regime van de wet. Ik heb mij laten vertellen dat bijvoorbeeld de maatschappen er dan niet onder zouden vallen. Dat

kan natuurlijk niet. Daarom is bij nota van wijziging het begrip rechtspersoon vervangen door "organisatorisch verband".

De heer Rouvoet heeft voorts gevraagd waarvoor een instelling eigenlijk wordt toegelaten. Zij wordt toegelaten voor vormen van zorg die verzekerd zijn op grond van de Ziekenfondswet of de AWBZ. Daarom vallen privé-klinieken die botoxinjecties geven daar niet onder.

Voorzitter. Ik meen hiermee de belangrijkste vragen te hebben beantwoord.

De **voorzitter**: Blijkbaar niet, want een aantal leden wil u nog een vraag stellen. Ik heb gehoord dat u nog een aantal suggesties in beraad houdt. Zult u de leden daarover schriftelijk informeren?

Minister **Hoogervorst**: Over een aantal dingen zal ik op termijn meer weten. Ongetwijfeld zullen er nog vragen niet beantwoord zijn. Ik heb gezegd dat ik op een aantal punten in tweede termijn terugkom. Die zal ik zoveel mogelijk schriftelijk behandelen. Als dat niet mogelijk is zal ik ze volgende week in tweede termijn bespreken.

De **voorzitter**: Kunnen wij dan afspreken dat uw schriftelijke reactie er in ieder geval voor de tweede termijn is?

Minister **Hoogervorst**: Ja.

De **voorzitter**: Dan geef ik als eerste mevrouw Tonkens de gelegenheid om een reactie te vragen op vragen die niet beantwoord zijn.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Ik zal mij beperken tot drie hoofdpunten. Het eerste heeft betrekking op de verhouding tussen concurrentie en regionale samenhang en op de vraag waarom u de regiovisie niet wilt instellen. Ik heb inmiddels begrepen dat u regionale teams wilt, maar alleen voor de acute zorg. Daarmee blijft de vraag staan voor de rest van de zorg.

Het tweede punt heeft betrekking op de vraag naar het al dan niet vervallen van de wetten voor klachtrecht en medezeggenschap.

Minister **Hoogervorst**: Die vervallen niet.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks):

Maar zijn die nog geheel van toepassing op deze instellingen?

Minister **Hoogervorst**: Ja.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Het derde en meest substantiële punt is dat deze wet naar het oordeel van GroenLinks nog steeds niet goed kan worden beoordeeld, omdat er nog zoveel onduidelijk is. U hebt net gezegd dat de beleidsvisie in oktober komt. Wij zouden graag eerst de beleidsvisie en de AMvB's willen hebben. Wij zouden ook graag zien dat een paar beleidsregels AMvB's worden. Ik heb gevraagd of u bereid bent om eerst het gehele pakket van de beleidsvisie en de AMvB's spoedig naar ons te zenden, zodat wij dat kunnen meewegen bij de beoordeling van de wet.

Minister **Hoogervorst**: De wet kan niet in werking treden voordat ik al die AMvB's af heb. Alles moet nog langs u komen voordat de wet in werking treedt, dus u hoeft niet bezorgd te zijn dat er iets gaat gebeuren terwijl u niet kunt overzien wat wij doen. De beleidsregels, de beleidsvisie en de AMvB's komen allemaal bij u voor de inwerkingtreding.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Ik heb een ander probleem. Wij moeten wel al dan niet instemmen met deze wet. Wij kunnen er niet mee instemmen, omdat wij die niet kunnen beoordelen. Het gaat mij er niet om dat de wet later in werking treedt.

Minister **Hoogervorst**: Gesteld dat de Kamer onverhoopt al die beleidsregels, de beleidsvisie en de AMvB's afkeurt. Dan kan de wet niet in werking treden en blijft de huidige wet van kracht. Er gebeurt niks zonder dat u erover kunt spreken.

Ik kom bij de verhouding tussen concurrentie en regionale samenwerking. Ik heb inderdaad het voorbeeld gegeven van de acute zorg. Daar zal concurrentie niet of nauwelijks kunnen plaatsvinden, omdat eerder samenwerking vereist is dan concurrentie. Dat is inderdaad enigszins strijdig met elkaar, maar het is ook de reden waarom ik de concurrentie niet in één klap over de hele zorgsector uitspreid.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb nog drie vragen en ik heb ook gevraagd naar



De heer Van der Vlies (SGP)

© M. Sablerolle ± Gouda

de verdere procedure. Ik geef een voorbeeld. Het amendement van de heer Van der Vlies is een verbetering van het wetsvoorstel. Ik kan nog niet goed beoordelen of dat voldoende is om te waarborgen wat wij met de wet willen, omdat ik daarvoor eerst die visie nodig heb. Ik weet wel dat ik voor dat amendement ben, maar de rest van de Kamer laat het oordeel daarover misschien ook afhangen van de visie van de minister. Willen wij beoordelen of de wet voldoende regelt wat die zou moeten regelen, dan heb ik die beleidsvisie echt nodig. Ik hecht er toch aan dat wij de tweede termijn pas houden, als wij de visie hebben.

Minister Hoogervorst: Dit snap ik nu echt niet. Ik heb u duidelijk gemaakt dat ik niets kan met deze wet. Ik kan geen AMvB's indienen bij de Raad van State als de wet niet is goedgekeurd.

Mevrouw Kant (SP): Ik heb het over de visie die eronder ligt. Dat is iets anders.

Minister Hoogervorst: Ik heb u beloofd dat alles bij u langs komt. Als u het er niet mee eens bent, kan ik niks met deze wet; dan treedt die niet in werking. Er is helemaal geen sprake van dat uw rechten op enige manier worden ingeperkt.

Mevrouw Kant (SP): Het gaat mij erom dat wij de wet goed kunnen beoordelen. Het gaat niet om het verschil van mening.

Ik kom bij de twee andere vragen. De eerste vraag is of er in de komende bestuursstructuur-AMvB voorstellen te verwachten zijn voor de democratisering van de zorginstellingen. De tweede vraag heeft betrekking op het oordeel van de minister over sponsoring van zorg.

Minister Hoogervorst: Ik heb aan het eind van de eerste termijn aan mevrouw Kant gevraagd wat die sponsoring inhoudt, want dat was mij niet bekend. Ik heb er nog geen mening over. Misschien mag ik er nog over nadenken.

Ik weet niet helemaal wat wordt bedoeld met de democratisering van zorginstellingen. De precieze transparantie-eisen en eisen aan de bestuurlijke inrichting zullen bij AMvB bekend worden gemaakt. Ik stel voor dat wij er bij die gelegenheid preciezer over spreken.

Mijn standpunt over de sponsoring zal ik vóór of tijdens de tweede termijn naar voren brengen.

De heer Van der Vlies (SGP): Voorzitter. Ik heb in eerste termijn een cruciale vraag gesteld, mede gelet op de procedure die nog moet worden afgewikkeld. Blijft de

minister gaan voor de invoeringsdatum van 1 januari 2005?

Minister Hoogervorst: Ja, daar blijf ik voor gaan, maar het betekent dat er nog een hele inspanning voor geleverd moet worden. Ik zal u nog een groot aantal dingen moeten leveren.

De heer Van der Vlies (SGP): Daarmee ontstaat voor de Kamer een dilemma. Moet zij ja zeggen tegen een carrier waarvan zij nog niet precies weet welke goederen ermee vervoerd zullen worden? Ik weet hoe het staatsrecht in elkaar zit. De minister kan pas een AMvB slaan nadat de wet is vastgesteld. Het is bij belangrijke wetgeving echter wel eens gebeurd dat concept-AMvB's of conceptvisies ter inzage zijn gelegd. Zou het mogelijk zijn om dergelijke concepten ook deze keer aan de Kamer te overleggen, zonder daaraan naar de letter al verbonden te zijn, opdat de Kamer weet in welke richting de minister de spijkers in de planken wil slaan?

Minister Hoogervorst: Ik begrijp deze vraag, maar uit mijn eerste termijn heeft de Kamer wel een indruk kunnen krijgen van waar ik naartoe wil. De beleidsvisie zal opgebouwd zijn rondom het referentiekader acute zorg, waarover wij het al herhaalde malen hebben gehad. Ook dat zal niet tot echte verrassingen leiden. De beleidsregels zullen vooral zien op een ketenbenadering rond acute zorg, zoals ik in de memorie van antwoord al vrij uitgebreid heb aangegeven. Ik denk dus niet dat de Kamer in het duister tast. Zij zal niet voor heel rare verrassingen komen te staan. Van de hoofdrichting van het beleid heeft zij een goede indruk. Mocht het uiteindelijk niet naar de zin van de Kamer zijn, dan heeft zij behoorlijk wat middelen om te verhinderen dat de wet aldus wordt uitgevoerd.

Mevrouw Vietsch (CDA): Voorzitter. Ik heb op twee vragen geen antwoord gekregen. Hoe denkt de minister over het afgeven van de vergunning door de minister in plaats van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen? Het is in afwijking van wat nu voorligt.

Wat vindt de minister ervan om bij bouwprestatie-eisen over minimale eisen in plaats van maximale eisen te praten? Dan gaat het bijvoorbeeld

Hoogervorst

om "geen 12-bedskamers meer" in plaats van "een 1-bedkamer mag niet meer dan 12 m² groot zijn". Waarom moeten de bouwprestatie-eisen in deze wet geregeld worden en niet, conform de handelwijze van Justitie, in het Bouwbesluit van VROM? Of waarom kunnen ze niet in de Kwaliteitswet worden meegenomen?

Minister **Hoogervorst**: Voorzitter. Op die laatste vraag zal ik volgende week ingaan.

De vraag van vergunningverlening door de minister of het College bouw ziekenhuisvoorzieningen kan worden betrokken bij de rolverdeling, bij de vraag rond de ZBO-status van de diverse colleges.

Worden bouwprestatie-eisen minimeisen? Het worden veel globalere eisen, die meer het karakter van minimeisen zullen hebben.

De heer **Heemskerck** (PvdA): Als het instrumentarium van deze wet zich echt alleen maar beperkt tot het begrip "acute zorg", dan moeten wij ons oordeel over deze wet nog maar eens goed bepalen. Acute zorg is namelijk heel wat anders dan medisch noodzakelijke zorg.

Verder zou ik graag nog antwoord krijgen op mijn in eerste termijn gestelde vraag over de solvabiliteit en de rentekosten. Ziet de minister kans om een macroberekening te maken op dat punt? Ik zou namelijk met hem van tevoren willen praten over mogelijk onzichtbare, ingebakken tegenvallers.

Minister **Hoogervorst**: Dat vind ik een terechte vraag. De februarinota is mijn inziens een goed vehikel om die te beantwoorden.

De heer **Weekers** (VVD): Ik zou graag nog antwoord krijgen op drie punten.

Allereerst sluit ik mij aan bij de opmerkingen van mevrouw Vietsch en haar amendementen ten aanzien van de discussie over de vraag of het niet wenselijk zou zijn dat de minister zelf de toelating verzorgt en dat de colleges die nu onder de ZBO-structuur vallen rechtstreeks onder hem komen te vallen. Wil de minister er nader over nadenken om dat punt meteen te regelen? Uiteindelijk is dit een proceswet. Als je de discussie gaat verschuiven, is straks alsnog wetswijziging nodig.

Verder vraag ik de minister om aan te geven of er al zicht is op de manier waarop de aanbevelingen van de commissie-Meurs door het veld worden geïnterpreteerd en worden geïmplementeerd. Naar ik heb begrepen, doet de inspectie daarnaar onderzoek bij zorginstellingen.

De minister heeft in zijn eerste termijn iets gezegd over het openbaar maken van de begroting. Daarvan heb ik al eerder gezegd dat dit zich mijns inziens niet verhoudt met een stelsel van winstbeogende ondernemingen. Ik verwijs in dit verband ook naar artikel 14. Ik zou daarop graag een nadere reactie van de minister krijgen.

Minister **Hoogervorst**: Op uw laatste punt kom ik op een later moment nog terug.

De transparantie-eisen die voortvloeien uit de aanbevelingen van de commissie-Meurs zullen vastgelegd worden in de AMvB. Het is dan dus niet meer een kwestie van naleven maar van gewoon doen. Er komt dus nog een wettelijke basis onder, die nu nog ontbreekt.

Dan de kwestie van de verhouding met de colleges en de ZBO's. Het is in ieder geval niet mijn indruk dat er in de ZBO's lukraak beslissingen worden genomen buiten mijn medeweten om. Vrijwel alle belangrijke beslissingen keur ik uiteindelijk goed. Het is dus niet zo dat ze heel grote zelfstandige bevoegdheden hebben. De heer Weekers zei: dan moet later de wet weer veranderd worden. Welnu, wij zullen het in één wet voor alle ZBO's tezamen regelen. Er worden dus niet allerlei wetten voor opengebroken. Ik hecht er zeer aan een systematische ordentelijke afweging te kunnen maken ten aanzien van alle ZBO's.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

De **voorzitter**: De schriftelijke antwoorden zullen de Kamer vóór de tweede termijn bereiken. Het streven is erop gericht om die tweede termijn volgende week dinsdagavond te houden.

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. Daar zijn de woordvoerders het nog niet over eens. De commissie zal volgende week een extra procedurevergadering houden over de vraag of dat wel verstandig is.

De **voorzitter**: Wij wachten de uitkomst van de procedurevergadering af.

Sluiting 22.03 uur

□

Lijst van ingekomen stukken, met de door de voorzitter ter zake gedane voorstellen:

1. twee koninklijke boodschappen, ten geleide van de voorstellen van (rijks)wet:

Wijziging van de Politiewet 1993 in verband met het versterken van de bevoegdheden op rijksniveau ten aanzien van de politie en de aanpassing van de bevoegdheden op regionaal niveau, alsmede de opheffing van de Raad voor het Korps landelijke politiediensten (29704);

Wijziging van de Wet op het Centraal bureau voor de statistiek in verband met de uitvoering van de nieuwe Intrastatverordening (29726).

Deze koninklijke boodschappen, met de erbij behorende stukken, zijn al gedrukt en rondgedeeld;

2. de volgende brieven:

een, van de minister voor Bestuurlijke Vernieuwing en Koninkrijksrelaties, inzake aanvaarding motie-Rouvoet c.s. inzake opnemings van de grond "handicap en chronische ziekte" in artikel 1 van de Grondwet (29355, nr. 7);

twee, van de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, te weten: een, over de verdeelmaatstaven voor onderwijshuisvesting in het kader van het Gemeentefonds (29200-B, nr. 20);

een, ten geleide van het Ontwerp Plan van Scholen 2005-2006-2007 (29728);

een, van de minister en de staatssecretaris van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap en de minister van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit, inzake het plan van aanpak, de Harmonisatie groen onderwijs (27417, nr. 7);

twee, van de staatssecretaris van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, te weten:

een, over de wettelijke regelingen in Zweden en de VS met betrekking tot de toegang tot informatie voor visueel gehandicapten (28330, nr. 10);