

Vergaderjaar 2009–2010

**32 012**

**Governance in de zorgsector**

**Nr. 6**

**VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**

Vastgesteld 27 november 2009

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> heeft op 29 oktober 2009 vervolgoverleg gevoerd met minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en staatssecretaris Bussemaker van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 mei 2009 over het advies van de Raad van State omtrent fusietoezicht (29 247, nr. 90);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 juni 2009 over het eindrapport van de Commissie verticale integratie zorgverzekeraars en zorgaanbieders (27 295, nr. 150);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 juli 2009 over ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning (32 012, nr. 1);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 augustus 2009 over de Stand van zakenbrief Ziekenhuizen (32 012, nr. 2);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, d.d. 1 oktober 2009 naar aanleiding van het algemeen overleg Governance in de zorg (32 012, nr. 4);**
- **de brief van de minister van Economische Zaken d.d. 16 september 2009 over de beleidsregel van de minister van Economische Zaken betreffende concentraties van zorgaanbieders (29 247, nr. 97).**

Van het overleg brengt de commissie bijgaand stenografisch verslag uit.

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

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

<sup>1</sup> Samenstelling:

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

**Voorzitter: Smilde**  
**Griffier: Teunissen**

Aanwezig zijn zeven leden der Kamer, te weten: Agema, Leijten, Van Miltenburg, Smilde, Van der Veen, De Vries, Wiegman-van Meppelen Scheppink,

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

De **voorzitter**: Ik open het algemeen overleg en ik heet alle aanwezigen van harte welkom.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Voorzitter. In de eerste termijn stelden wij de volgende vraag: van wie zijn het ziekenhuis en het verpleeghuis? Het was goed om te horen dat de bewindslieden met ons van mening zijn dat de zorginstellingen van ons allemaal zijn en dat dit ook meer tot uitdrukking moet komen in het beleid. Daarbij past niet een ambitie die alleen maar gericht is op meer omzet maar juist op kwaliteit en samenhang in de zorg. We vinden het heel goed dat de minister daarop wil gaan sturen, ook in de bekostiging. De bewindslieden ondersteunen ook ons morele appel op bestuurders en toezichthouders van zorginstellingen. Het moet niet gaan om meer omzet en meer marktmacht maar om dienstbaarheid aan hun zorgvragers en zorgverleners.

In reactie op onze zorgen over extra regeldruk en toezichtlasten spreken de bewindslieden geruststellende woorden. De intentie is goed. Wij zijn er echter nog niet gerust op. Waarom laat men Actal pas bij wetgeving een toets uitvoeren? Waarom niet nu al?

Het is goed dat de staatssecretaris ons pleidooi voor begrenzing van het aantal toezichtfuncties dat een toezichthouder mag uitoefenen steunt en daarbij ook aansluiting wil zoeken bij de commissie-Tabaksblat. Heeft de staatssecretaris al positieve reacties van de toezichthouders gehad?

De raad van bestuur moet de eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg ten volle kunnen uitoefenen. Het is goed dat daartoe de wet wordt aangepast. Bovendien is het goed dat ook wordt gekeken of de maatschapstructuur belemmerend werkt. We vinden echter niet dat we tot die tijd moeten wachten met actie ondernemen. De toelatingsovereenkomsten bieden daarvoor nu al de ruimte.

Wanneer het Wetsvoorstel cliëntenrechten zorg onverhoopt aan de Kamer wordt voorgelegd zonder voordrachtsrecht van de cliëntenraad, zullen wij in lijn met de motie Willemse-van der Ploeg een amendement indienen. Verder vragen we ons af de titel van de wet nog de inhoud dekt.

Rond de jaarwisseling ontvangen wij een brief over de functies en normen waaraan de bewindslieden denken bij cruciale zorg. Het zou goed zijn als de bewindslieden nader in willen gaan op de zorgplicht en dus ook op de medeverantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars. Natuurlijk zien wij een spanning maar we moeten voorkomen dat de medeverantwoordelijkheid onhelder blijft en verzekeraars achteroverleunen.

Wij blijven twijfels houden bij de uitwerking van de vroegtijdige signalering. De bewindslieden zijn niet echt ingegaan op ons punt dat dit gewoon een standaardtaak van bestuurders en toezichthouders is. De NZa spreekt over «self assessment». Het is goed dat gebruik wordt gemaakt van het bestaande signaleringssysteem van de verzekeraars. Maar de verhouding tussen het College sanering zorginstellingen en de NZa vinden wij nog onhelder. Het gevaar is dat er een competentiestrijd ontstaat, dat er dubbel werk wordt verricht. Dit alles leidt tot vertraging en uitdijende organisaties. De NZa wil het graag zelf doen maar heeft wat ons betreft al genoeg petten. Waarom belasten we niet alleen het College sanering hiermee? We vinden dat sturing vanuit VWS nodig is. Het College krijgt

ook bevoegdheden om bijvoorbeeld een aanwijzing te geven. De regering wil zelfs een bewindvoerder kunnen laten aanstellen. Dat kan wat ons betreft alleen via de rechter.

De versterkte rol van de Inspectie, die helaas pas medio 2011 geregeld wordt door het wetsvoorstel, lost niet de problemen in de verhouding tussen de NMa en de NZa op. De NMa kan nog steeds de NZa overrulen. Bovendien toetst de NMa beperkter. Wij bereiden daarom een iniatief-wetsvoorstel voor dat ertoe leidt dat alleen de NZa nog belast is met het fusietoezicht in de zorg.

De NMa herziet haar richtsnoeren voor de zorg. Het moet helder zijn onder welke voorwaarden je kunt samenwerken. Maar daar is wel sturing vanuit VWS nodig, met inbreng van het veld.

Een absoluut verbod op fusies tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars mag dan Europeesrechtelijk zo goed als onmogelijk zijn, dat neemt niet weg dat de risico's groot zijn, zeker wanneer eerste lijn en ziekenhuis verbonden zijn aan een zorgverzekeraar. De minister ziet ook risico's. Hij laat de afweging bij de toezichthouders. Wij vinden dat hij een beoordelingskader moet geven. Wij zien veel meerwaarde in een coöperatie, om zo de publieke belangen te waarborgen.

Het is van belang dat de regering de externe kapitaalverschaffing en de bv-vorming wil reguleren, voor de toekomst en voor de bestaande praktijk. Wij wachten met belangstelling het wetsvoorstel af. Het is van belang dat aandeelhouders geen zeggenschap over de inhoud van de zorg krijgen. Helaas is de minister in dat licht niet ingegaan op onze gedachte van het uitgeven van obligaties. We horen graag een reactie van de minister hierop.

Ten slotte herhaal ik wat ik in de eerste termijn heb gezegd. Dit is allemaal nodig om het vertrouwen te herstellen. Maar daarbij is realiteitsbesef noodzakelijk. We moeten niet alleen kaders stellen maar ook ruimte geven. Er zullen fouten gemaakt blijven worden. Laten wij niet weer ieder incident aangrijpen voor beleidswijzigingen en dus ook ruimte geven om te leren en te groeien.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. In de eerste termijn hebben de minister en de staatssecretaris mooie woorden gesproken over cultuur, mentaliteit en de rol van de samenleving. Hiervan zie ik weinig in de brief van 1 oktober terugkomen. Ook over mijn afsluiting in de eerste termijn vind ik onvoldoende terug in de brief. Ik stelde dat we eerst zouden moeten kijken naar wat er met de bestaande wetgeving mogelijk is voor we tot nieuwe wetgeving overgaan. We willen liever niet meer regels, maar wel meer heldere en eenduidige regels. We willen dat de minister ook oog heeft voor de bestuurlijke spagaat waar zorgondernemers mee zitten. De regels moeten gericht zijn op het motiveren en in beweging zetten van mensen.

Vervolgens kom ik bij de positie van de cliëntenraden. In de eerste termijn heeft de minister gezegd dat zij niet op de stoel van de bestuurders moeten gaan zitten. Wat moeten ze wel doen? We vinden het belangrijk dat het budget en de cliënt minder afhankelijk gemaakt worden van de zorgaanbieders.

De brief van 1 oktober geeft een eerlijk beeld van de rol van de zorgverzekeraars. Toch is dit nog steeds wat onbevredigend. Daarom is de ChristenUnie nog steeds terughoudend ten opzichte van de verticale integratie.

Vooraf op dit terrein verwelkomen we een wetswijziging. We willen wettelijke waarborgen voor toegankelijkheid, keuzevrijheid, kwaliteit en privacy. De ChristenUnie vindt dat we moeten uitkijken met een toename van de administratieve lasten. Ik wil de «juichstemming» in de brief van 1 oktober iets afzwakken: behaalde resultaten in het verleden vormen geen garantie voor de toekomst.

Verder vragen we ons af of er nog andere varianten mogelijk zijn naast een maatschappelijke onderneming.

Tot slot: de ChristenUnie staat niet bij voorbaat afwijzend ten opzichte van nieuwe wetgeving, maar ze zal wel overtuigd moeten worden van de noodzaak en de toegevoegde waarde ervan.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Vandaag de tweede termijn van het AO Governance. Centraal staat hier de vraag: hoe vormen we een stelsel van regels voor een betere gezondheidszorg? Wat we hiervoor in ieder geval nodig hebben is een kader met 1) helderheid over verantwoordelijkheden, 2) duidelijk uitgewerkte spelregels, 3) toezicht op de naleving van deze spelregels en 4) een systeem van sancties en boetes als de regels aan de laars worden gelapt.

Naar aanleiding van ons eerste overleg hebben we een nieuwe brief van de minister gekregen, waarin wordt gezegd een antwoord op deze vragen te geven. Eerst een algemene opmerking: veel wat in de brief staat moet nog verder uitgewerkt worden, waardoor het effect van de voorgestelde maatregelen moeilijk te beoordelen valt. Het doel van de maatregelen in de brief is volgens de minister een cultuurverandering. Wat houdt deze in en waarom wordt de gewenste cultuurverandering gerealiseerd door de door u voorgestelde maatregelen?

Zoals we gewend zijn van de minister ligt de nadruk op de verantwoordelijkheid van de veldpartijen zelf, waarbij de toezichthouders uitglijders proberen te voorkomen dan wel af te straffen. Toch vinden wij de uitwerking van de verantwoordelijkheden en spelregels nog onvoldoende, zeker de eindverantwoordelijkheid blijft onderbelicht. Wat als de veldpartijen hun verantwoordelijkheid namelijk niet nemen? Welke verantwoordelijkheid heeft de overheid in deze?

Onduidelijk blijft wie nu waar verantwoordelijk voor is als het gaat om het signaleren, als er drie toezichthouders – namelijk NZa, IGZ en CSZ – bij betrokken worden. De PvdA voorziet al coördinatieproblemen. Kan dit niet eenvoudiger door één partij verantwoordelijk te maken? Op welk moment moet het bestuur van een zorginstelling trouwens vinden dat de financiële positie zodanig is verslechterd dat zij dit moet melden aan de NZa? De zin is namelijk erg mooi, maar wat houdt hij concreet in?

Wie bepaalt na een vroegtijdig signaal dat actie ondernomen moet worden, welke acties dit zullen zijn, en door welke spelers deze acties ondernomen worden? Waarom moeten zoals u aangeeft in uw brief zorgverzekeraars – maar welke stake holders nog meer ?? – na een vroegtijdig signaal actie ondernemen? Wat gebeurt als men geen actie onderneemt? Zeker gelet op de uitspraak dat verzekeraars niet gedwongen kunnen worden om zodanig te contracteren dat bepaalde zorgfuncties beschikbaar blijven.

De brief geeft aan dat de toedeling van verantwoordelijkheden daarmee lastig is zo niet onmogelijk. De uiteindelijke vraag blijft dus nog steeds staan: wie heeft de eindverantwoordelijkheid? Conclusie kan alleen maar zijn dat de minister eindverantwoordelijk is voor de continuïteit van de zorg zonder dat hij beschikt over een deugdelijk instrumentarium.

De idee is dat de governance in de zorgsector in een viertal wetten zal worden ondergebracht, wat volgens de PvdA de duidelijkheid over spelregels niet zal verbeteren. Kan de minister toezeggen bij de totstandkoming van de wetten intensief beraad met de veldpartijen te hebben, zodat dit alles niet zonder draagvlak van veldpartijen wordt ingevoerd? Met name in de Wet Cliëntenrechten zorg wordt een groot deel van de verantwoordelijkheden van bestuur en toezichthouders ondergebracht, evenals de relatie tussen medische staf en raad van bestuur. De bestuurders aansprakelijkheid en het EWS worden dan weer opgenomen in de wet continuïteit van de zorg. De WCZ is al een samenvoeging van een aantal bestaande wetten en wordt nu verder aangevuld met zaken die niets met cliëntenrechten te maken hebben. Kortom een onoverzichtelijke hoeveelheid

wetten waarbij soms de logica waarom wat in welke wet staat ontbreekt. Waarom worden onze governance besprekingen niet in één wet ondergebracht?

Ook het eigenaarschap van de gezondheidszorg wordt nog steeds onderbelicht: van wie is de zorg nu eigenlijk? Wij vinden dat de Nederlandse gezondheidszorg van de samenleving is: een belangrijk publiek goed. Zorginstellingen moeten daarom in handen komen van de samenleving door ze onder te brengen in een coöperatieve structuur. Waarvan in ieder geval burgers, lokale overheden, en patiëntenverenigingen lid kunnen worden en op die manier ook daadwerkelijke invloed hebben op de zorginstellingen. De zorgverzekeraars kunnen geen lid worden van de coöperatie, omdat zij door hun rol – het verzekeren van zorg en op kwaliteit inkopen – niet ook eigenaar kunnen zijn. De samenleving moet veel sterker verankerd worden in onze gezondheidszorg, waardoor er een tegenmacht is tegen zorgverzekeraars en managers. Dat een coöperatie gericht is «op het behartigen van bepaalde behoeften van aangesloten leden» lijkt ons daarbij juist de bedoeling.

De heer **De Vries** (CDA): Ik begrijp dat de PvdA-fractie accepteert dat het juridisch onmogelijk is om de verticale integratie te verbieden. De CDA-fractie had het graag anders gezien, maar we onderkennen de realiteit. De heer Van der Veen noemt nu de gemeente. De gemeenten of andere typen overheden hebben ook een dubbele pet. Dat moet de PvdA-fractie toch ook zien? Als de PvdA zuiver wil redeneren, moet zij niet de gemeente lid laten zijn van een coöperatie.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik moet nu geloven dat Europa tegen een verbod is op de verticale integratie. Ik wil dat zelf nog wel bestuderen. Als het niet kan, kan het niet, maar ik ben nog niet tot die overtuiging gekomen. Waarom zijn die gemeenten en lokale overheden zo van belang? De lokale overheden hebben een belangrijke functie in de betrokkenheid bij de belangrijke onderdelen van de gezondheidszorg in hun gemeente of regio. Om die reden vinden wij het ook voor de hand liggend om die overheden een plek te geven in de coöperaties. Op welke manier of in welke vorm, daar kunnen we het nog over hebben, maar we vinden wel dat die overheid direct of indirect in die coöperaties vertegenwoordigd moet zijn. Ik kijk met belangstelling uit naar een hopelijk goed onderbouwd verhaal van de minister over de coöperaties.

Dan kom ik bij het onderwerp van de financiële prikkels in de zorg. Wij hebben er eerder op gewezen: financiële prikkels leiden tot volumeverhoging. We hebben het gezien bij de specialisten en de huisartsen. Ik ben een groot voorstander van het doorknippen van de relatie tussen persoon, inkomen en omzet. Ik wacht met spanning het onderzoek af dat de minister heeft toegezegd naar het loondienstverband.

De PvdA-fractie staat uitermate gereserveerd tegenover de resultaatsafhankelijke uitkering in de zorg. We hebben een aantal praktische vragen. Hoe stellen de bewindslieden zich voor hoe er aandelen uitgegeven kunnen worden, als niet bekend is wie de eigenaar is? Wie geeft die aandelen uit? We hebben het wetsvoorstel inzake behoud van vermogens in de zorg. Die hebben we omdat we vinden dat de eigendommen van ziekenhuizen, het instrumentarium en het gebouw met publieke middelen zijn opgebouwd. In die zin mag een ziekenhuis of verpleeghuis niet zomaar iets doen met dat geld. Hoe kun je aandelen uitgeven als je dat niet helder hebt? Zijn deze aandelen verhandelbaar? We willen daar graag antwoorden op hebben. Zolang we die antwoorden niet hebben, nemen we een uiterst gereserveerd standpunt in.

Het belangrijkste onderwerp vinden we de cruciale functies. We weten met zijn allen hoe we de zorg zo doelmatig mogelijk zouden moeten inrichten, bijvoorbeeld door een sterke eerste lijn. De manier waarop we dat kunnen bereiken, staat elke keer weer ter discussie. We zouden willen

dat de minister deze cruciale functies preciezer omschrijft en wat ons betreft mag hij daar heel ver in gaan, aangezien het straks in het licht van de brede herwaardering heel relevant kan zijn om te weten wat de cruciale functies zijn.

In de APB heeft de minister-president een onderzoek toegezegd naar het effect van de marktwerking op de zorg. Wanneer kunnen we de resultaten hiervan tegemoet zien?

De PvdA vindt dat de eindverantwoordelijkheden in de brief slecht geregeld zijn. We stellen verheldering op prijs.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Voorzitter. Ik neem de tweede termijn over van mijn collega Zijlstra. Ik zal proberen terughoudend te zijn in de opmerkingen die ik maak. Maar het valt me als relatieve buitenstaander – niet echt natuurlijk als je je al zeven jaar met de zorg bezighoudt – wel op dat de patiënt in dit dossier afwezig is. Waar zijn de patiënten gebleven? Over wie gaat het eigenlijk en waar doen we het voor? Ik heb erg hard moeten zoeken. Vandaar mijn eerste vraag: hoe borgen we eigenlijk dat patiënten bij alle veranderingen actief betrokken blijven? Hoe zorgen we ervoor dat hun inbreng niet alleen gevraagd wordt maar ook geborgd wordt in wet- en regelgeving?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Wij stellen voor om instellingen in een coöperatieve vorm onder te brengen. Wat vindt u van dat idee, gelet op uw opmerking dat een patiënt echt iets te vertellen moet hebben?

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik wil daar nu geen definitief standpunt over innemen. Welke vorm men ook kiest, een coöperatie of een andere vorm, ik vind in ieder geval niet dat dit van bovenaf opgelegd moet worden. Het idee achter een coöperatie is dat een aantal ondernemers ervoor kiest om op een aantal punten samen te werken. Als het van bovenaf, door de overheid wordt opgelegd, is volgens mij de waarde en de aard van de coöperatie al wezenlijk veranderd. Daar zou ik in ieder geval geen voorstander van zijn.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik bedoel niet coöperatie in de zin van coöperatief samenwerken. Ik bedoel coöperatie als een juridische vorm.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Dat doet niets aan mijn antwoord af. Als het van bovenaf opgelegd is, is het niet meer een coöperatie zoals de Rabobank of coöperaties die in de landbouw ooit zijn ontstaan. Het is dan geen coöperatie in de pure zin van het woord.

We praten vandaag over governance. In het afgelopen weekend hoorden we dat er van de dertig artsen en psychologen die een beroepsverbod hebben gekregen, er minstens nog acht in Nederland werken met patiënten. Dit is een directe taak van de overheid, er zijn geen andere regels voor nodig. Ik lees in een reactie dat de minister van plan is om de Wet BIG aan te passen, zodat het in ieder geval niet meer voor kan komen dat artsen die uit hun beroep zijn gezet, toch met patiënten werken. Ik wil dat de minister vandaag duidelijker aangeeft op welke wijze en via welke wet hij dit wil veranderen. Ik neem aan via de Wet BIG. Wat gaat dit concreet betekenen? Als we niet in staat zijn om governance, onze directe verantwoordelijkheid, goed vorm te geven, vraag ik me af hoe dit in zijn algemeenheid vorm moet krijgen.

Dan kom ik bij het wetsvoorstel continuïteit van zorg, dat in de brief van de minister is aangekondigd. De formulering in de brief bevreemde mij een beetje. Hoe verhoudt deze wet zich tot het recht op zorg, dat allang in de wet is vastgelegd? Wat gaan we eigenlijk regelen met deze wet, die weliswaar een aantrekkelijke titel heeft? Wat gaan we oplossen? In de brief wordt aangegeven dat het vooral voor de langdurige zorg van belang is dat deze wet er komt. De minister geeft aan dat in december



bekend is wat de basisfuncties zijn voor de cure. Maar voor de care, die toch bij uitstek gaat over langdurige zorg, moeten we wachten op de memorie van toelichting, voordat we weten welke basisfuncties daarvoor worden genoemd. Het bevreemdt me. Ik zou graag willen dat beide bewindspersonen hier dieper op ingaan, vooral omdat deze brief naar aanleiding van de eerste termijn van dit overleg is geschreven. En dan wordt er opeens in de tweede termijn een nieuwe wet aangekondigd. In de brief wordt gesproken over verticale integratie. We kunnen ons hier in grote mate in vinden. Alleen: we begrijpen de conclusie niet. De redactie in de brief gaat uit van de driehoek verzekeraar, aanbieder en cliënt, allen met een onafhankelijke positie. Echter, de conclusie van de minister is dat het geen probleem is dat twee van de drie partners samen in een hoekje zitten. Dan heb je volgens mij geen driehoek meer, maar een rechte lijn, en voor rechtlijnigheid moet je oppassen, vind ik. In de brief staat: «Sturen op kwaliteit en wensen van cliënten in een concurrentieel krachtenveld is dus nadrukkelijk een rol die we zorgverzekeraars en zorgkantoren hebben toebedacht.» Daarom begrijp ik niet dat de minister vindt dat het toch zo kan zijn dat in het concurrentieel veld de zorgverzekeraar ook tegelijkertijd zorgaanbieder is.

De minister schrijft: de zorgplicht is niet absoluut. Toen ik dat las, voelde ik daar wel wat bij. Alleen, toen ik probeerde te bedenken wanneer dan wel en wanneer dan niet, kon ik eerlijk gezegd geen voorbeelden verzinnen. Ik kon niet verzinnen wanneer een zorgaanbieder of een zorgverzekeraar niet aan zijn zorgplicht gehouden kan worden. Ik hoop dat de minister dit wel kan. Ik wil de minister graag volgen, maar ik weet niet waarin ik hem dan moet volgen. Ik hoor graag een nadere uitleg.

Dan kom ik bij het onderwerp winst en maatschappelijke onderneming. De minister legt steeds meer risico bij de aanbieder. De VVD is daar in het geheel geen tegenstander van. Maar vervolgens lees ik in de brief dat de mogelijkheid voor een aanbieder om het risico met een ander te delen, bijvoorbeeld door aandeelhouders aan te trekken, steeds moeilijker wordt. Er komen nog nadere regels voor. Stel dat er niemand is die onder die voorwaarden wil participeren in de zorg, dan heb je een pijler uit je systeem gehaald. Dat lijkt me niet wenselijk. Op de laatste pagina van de brief staat de planning van de wetgevingstrajecten. Ik constateer dat er een enorm lange brief ligt over governance. Er is een lange eerste termijn geweest. Maar we missen een samenhangend verhaal, een samenhangend beeld van governance in de zorg. We moeten wachten tot er allerlei verschillende wetsvoorstellen worden ingediend, die op verschillende momenten en niet in samenhang in de Kamer worden behandeld. Het lijkt ons moeilijk om te beoordelen wat we hier eigenlijk van moeten vinden. Als laatste kom ik bij de brief van minister Van der Hoeven over concentraties van zorgaanbieders. Klopt het dat de fusie van de twee ziekenhuizen in Zeeland niet mogelijk was geweest als deze beleidslijn er al was geweest,?

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Na decennia van marktwerking en het op afstand zetten van de sector zien we dat het personeel in de zorg het plezier in het werk verliest. We zien dat we na faillissementen met kosten worden opgescheept. De schandalen over financiële malversaties stapelen zich op. We staan erbij en we kijken ernaar. We roepen van alles over hoge topsalarissen maar we doen niets. We kunnen toch wat doen? In de governancebrief schrijft de minister dat hij wetten gaat maken. Maar in plaats van de oorzaken aan te pakken, zet de minister de zorg nog meer op afstand, zodat hij er straks nog minder over te zeggen heeft. Waarom gaat de minister door op dezelfde voet? De winstuitkeringen die in 2011 geïntroduceerd worden, komen er voorlopig nog niet in de ouderen- en de gehandicaptenzorg. Als de minister de verantwoordelijkheid voor het vastgoed bij de zorginstelling legt, en toestaat dat de instelling privaat kapitaal aantrekt, is de winstuitkeringsdiscussie al gestart. Het CDA wil

obligaties. Welja, laten we dat gewoon doen. De SP is het er niet mee eens: geen winstuitkeringen in de zorg, ook niet in de curatieve zorg. Twee weken geleden vroeg ik de staatssecretaris wie er ingrijpt als de raad van toezicht niet functioneert, als de raad van toezicht geen enkel zicht heeft op wat de raad van bestuur doet en zich laat afschepen met vier keer per jaar een leuk dinertje maar vervolgens wel de handtekeningen moet zetten. Niemand kan de raad van toezicht wegsturen. Dat vind ik een groot probleem. Ik heb hier nog geen antwoord op gekregen. De raad van toezicht krijgt zelfs meer macht. Ik zie niet hoe we dit kunnen oplossen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Op zich is het wel een punt. Maar wie zou die raad van toezicht weg moeten sturen?

Mevrouw **Leijten** (SP): Met het op afstand zetten van de sector is er gekozen voor de huidige bestuursvorm in de zorg met een raad van bestuur en een raad van toezicht. We hadden ook voor een andere vorm kunnen kiezen, met directeuren in loondienst, die functioneringsgesprekken hebben, en ook ontslagen kunnen worden. Daarnaast zou er een regionaal toezicht kunnen zijn met zorgbrigades en adviesteams die aanwijzingen kunnen geven op het moment dat de kwaliteit niet goed is, of als er financiële problemen zijn. Dan stap je af van organisaties die met elkaar moeten concurreren en die bezig zijn met kwaliteitseisen op papier maar niet in de werkelijkheid.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik begrijp het niet. In een groot aantal gevallen wordt een directie beoordeeld door een raad van toezicht en worden er ook functioneringsgesprekken gevoerd. Het gaat nu om de situaties waarin de raad van toezicht niet functioneert. Wij hebben het voorstel gedaan van coöperaties, met algemene ledenvergaderingen. Zij kunnen een raad van toezicht wegsturen. Wat vindt mevrouw Leijten van het idee van een coöperatie?

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat zou best een oplossing hiervoor kunnen zijn. Ik heb in het debat over Avelijn gezegd dat we dit eens goed op een rij gaan zetten. Misschien zouden cliëntenraden hierover ook meer zeggenschap kunnen krijgen. Die staan nu buitenspel. Zij krijgen ook geen inzicht in financiële zaken op het moment dat zij daarnaar vragen. Een coöperatieve vorm kan daar een oplossing voor zijn. Ik vind een maatschappelijke onderneming in ieder geval geen oplossing.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik hoor mevrouw Leijten spreken over regionaal toezicht. Ik ken de SP als een partij die graag allerlei tussenlagen eruit breekt in verband met de bureaucratie. Ik hoor mevrouw Leijten nu toch een nieuwe tussenlaag introduceren, naast de Inspectie voor de Gezondheidszorg ook nog een regionaal toezicht. Kan mevrouw Leijten dit uitleggen?

Mevrouw **Leijten** (SP): Dit is helemaal niet zo'n nieuw verhaal. Het staat ook in ons verkiezingsprogramma. We zouden willen uitgaan van regionale inspectieteams, die kijken naar de kwaliteit en ook een adviserende functie hebben. Daarnaast zijn er visitatieteams die in de regio kijken naar de kwaliteit van de zorg en kijken hoe het beter kan met vooral de doelmatigheid. Dat is geen nieuw voorstel. Dit komt in plaats van allerlei lagen die er nu zijn. Lees ons verkiezingsprogramma er maar eens op na en laat u inspireren.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik begrijp dat er allerlei lagen worden weggehaald. Maar er komt één tussenlaag met ontzettend veel verschillende petten op, namelijk indi-



ceren, controleren, handhaven, noem maar op. Wie controleert dan wie? Hoe onafhankelijk is deze controle?

Mevrouw **Leijten** (SP): Je kunt uitgaan van het huidige systeem en vervolgens nadenken hoe de zorgbrigades daarin passen. Ik kan me voorstellen dat men dan de weg kwijtraakt. Wij zetten een streep onder hoe we nu de concurrentie en de grootschaligheid maar laten voortbestaan en aanwakkeren door alle nieuwe wetten die er aankomen. We gaan uit van regionale spelers die kleinschalig werken en elkaar niet beconcurreren maar samenwerken in samenspel met gemeenten. Dat wil de heer Van der Veen ook. Dan heeft men dus een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Uiteindelijk is er dan een ministerie dat wel zeggenschap heeft op het moment dat deze verantwoordelijkheid niet wordt genomen. De SP stapt af van het op afstand zetten van de sector, juist omdat de volksgezondheid te belangrijk is om over te laten aan bestuurders die niet weten wat de zorg inhoudt.

Wanneer gaan we het eens hebben over de invloed van mensen die het werk doen? Ik hoor daar geen voorstellen voor. Eigenlijk is het personeel, dat veel ideeën heeft, nooit onderdeel van het debat. We geven de or niet meer zeggenschap. Als ik wat quotes doorlees van de enquête die we hebben afgenomen, lees ik bijvoorbeeld: «de raad van bestuur en het management denkt vooral in termen van financiële haalbaarheid, terwijl de werkvloer denkt vanuit de behoeften van de cliënt». Dit toont de kloof die er bestaat tussen de werkvloer en de bestuurders, die vaak economen en bedrijfskundigen zijn, die geen ervaring hebben met de zorg en op grote afstand staan in veel te grote instellingen. En dan kunnen we met zijn allen een moreel appel gaan doen, maar als we de hypotheek toestaan en de raad van toezicht meer macht geven, hebben we een carrousel van mensen die overal toezicht houden en vriendjes zijn. We hebben te veel schandalen gezien om op deze weg door te gaan. Op papier lijkt alles in orde. Maar in de werkelijkheid is dat niet zo. Het early warning-systeem dat de verantwoordelijkheden legt bij de instellingen zelf, gaat dit niet verhelpen. Er was toch niets mis met Meavita en Philadelphia? Tot de beerput werd opengetrokken ...

Dan kom ik bij de brief van minister Van der Hoeven. Eerlijk gezegd, als ik een brief krijg van Economische Zaken over de zorg, vraag ik me af waar we mee bezig zijn. Ik zie het besluit van de NMa en ik vraag me af wat de NMa überhaupt in de zorg te zoeken heeft. Met een fusietoets gaan we de macht van grote spelers doorbreken. In Zeeland wil niemand, maar dan ook niemand dat er gefuseerd wordt. Vervolgens geeft de NMa, onder het mom van kwaliteit van zorg, haar fiat. Het gevolg is dat Walcheren geen verloskunde meer heeft, als de fusie doorgaat. De NMa kijkt niet naar menselijkheid en naar welke zorg wij willen. Iedereen moet gaan samenwerken. De concurrentie die hierdoor geïntroduceerd wordt en de fusiegolf die dit meebrengt, gaan het alleen maar ingewikkelder maken. De NMa moet nu aangewezen inspraakorganen gaan horen. Deze mogen hun zegje doen, en dan? Wordt er ook wat mee gedaan? Kortom, dit is niet het laatste debat. We moeten nog vier wetsvoorstellen bespreken. We zullen dan weer ten strijde trekken. Zolang de minister de zorg op afstand blijft zetten, ook met de vier wetsvoorstellen, blijft hij op het verkeerde spoor zitten. Ik denk dat we deze twee bewindspersonen nog een keer terugzien voor een parlementaire enquêtecommissie over de marktwerking in de zorg.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Om te beginnen wil ik in deze tweede termijn over governance voorstellen vaker over dit onderwerp te spreken maar in het vervolg de rare Engelse term «governance» te vervangen door het Nederlandse woord «bestuur». Professor Smalhout had gelijk: dit soort interessanterige, nieuwe termen is voor de duidelijkheid niet nodig. Het dient slecht de valse indruk te wekken dat er wordt gesproken over

iets heel ingewikkelds en specifiek, terwijl we het gewoon hebben over het bestuur in de zorgsector. Dit onderwerp is zo op de agenda gekomen omdat we met zijn allen moesten constateren dat een reeks van incidenten bij zorginstellingen toch niet zo incidenteel waren als de bewindvoerders ons telkens voorhielden. We hebben telkenmale gewezen op wat volgens ons ten grondslag ligt aan de ontsporingen die in onze agenda bleven opduiken, namelijk de bestuurderscultuur in ons land. Niet alleen in de gezondheidssector, maar overal. Een van de tragische historische ontwikkelingen van de laatste decennia is dat besturen oftewel «managen», zoals het in diezelfde periode steeds vaker ging heten, steeds meer als een vak apart gezien werd, waarbij een grondige kennis van en inzicht in het besturen van minder belang werd geacht dan financieel-juridische handigheid of communicatieve vaardigheden, die ex-politici zo gewild maken voor bestuurlijke topfuncties. Zoals ook in andere sectoren heeft deze trend in de gezondheidszorg ervoor gezorgd dat zich een steeds diepere kloof aftekende tussen aan de ene kant de zorgprofessionals, artsen en verpleegkundigen en aan de andere kant de bestuurders, het management. Het lijkt soms alsof ze niet eens meer dezelfde taal spreken, zelfs met de beste bedoelingen. Dit is op zichzelf al problematisch. Nog zorgwekkender is dat de bestuurderskaste voor de buitenstaanders tekenen van eenkennigheid en soms vergevorderd autisme begon te vertonen. Men verwarde soms de eigen positie, aan de top van een organisatie, met persoonlijke onfeilbaarheid. Een voortreffelijkheid die natuurlijk beloond moet worden met enorme salarissen en andere vergoedingen en die tegelijkertijd een flinke persoonlijke ruimte toeliet om naast de verantwoordelijke hoofdbanen vele andere lucratieve of eervolle maatschappelijke functies uit te oefenen. Het beeld van een directeur die er bijna nooit is, af en toe eens binnenwandelt om een paar even doordachte als verstrekkende beslissingen te nemen, is voor veel organisaties een realiteit geweest en is dat nog steeds.

Mijn collega's hier aanwezig die een dergelijke klaagzang al van mij verwachtten, kunnen zich voorstellen dat ik deze week aangenaam verrast was door de kritische opmerkingen van minister Van der Hoeven over onze bestuurders en managers. Ze ontving overigens de voorspelbare kritiek terug dat ze te generaliserend was geweest. Ik raad haar aan, net als ik, in het vervolg te spreken over de bestuurderscultuur, wat duidelijker de mogelijkheid voor individuele uitzonderingen op de trend aangeeft. Al doende leert men, en ik wil de minister kort aanmoedigen vooral zo door te gaan.

Het is plezierig om af en toe dingen die je eerst als onbegrepen eenling deed steeds nadrukkelijker op de politieke agenda terug te vinden. Het afschaffen van de numerus fixus wordt weer bestudeerd. En er is, hoewel ik op voorhand verwacht dat dit gaat mislukken, toch politieke druk op de gezondheidssector gezet om via een eigen bindende code het aantal bijbanen te limiteren. Bovendien staat de door ons zeer gewenste persoonlijke aansprakelijkheid van wanbestuurders nadrukkelijk weer in de steigers, niet zoals we het hadden gewenst, maar er wordt over gesproken. Maar ik kan toch niet zeggen dat deze ontwikkelingen mij een voldaan gevoel bezorgen. Vooral de bijbanenkwestie niet. Er is weliswaar een consensus gevormd in dit politieke gezelschap, over de wenselijkheid van een limiet aan het aantal bijbanen. Maar de keuze van de regeringsmeerderheid om uitvoering aan de sector over te laten, weliswaar onder grote politieke druk, begrijp ik eigenlijk niet. Is het nodig de tere zieltjes van de bestuurderskaste te ontzien? Of is het nodig om hun de gelegenheid te geven de uitvoering naar eigen wens te regelen, bijvoorbeeld door het aantal toezichtfuncties niet alleen per persoon, maar ook per instelling te beperken? Zodat dezelfde populatie bestuurders minder maar beter gewaardeerde functies kunnen innemen? We willen niet alleen dat de huidige bobo's minder functies krijgen – zo'n ontwikkeling zou niet alleen het door ons gewenste effect van een limitering bevorderen – maar ook

dat een instroom van professionals van de werkvloer op gang komt richting de raden van bestuur en toezicht. Wij achten zo'n infuus noodzakelijk om de gezondheidszorg weer gezond te maken. We delen niet de in de eerste termijn uitgesproken zorg van de staatssecretaris dat hierdoor een gebrek aan financiële en juridische kennis zal ontstaan en ook niet de zorg van de minister dat er te weinig geschikte mensen zullen zijn voor deze verantwoordelijke functies. Wel zijn we zeer bezorgd over de manier waarop de zittende bestuurlijke machthebbers met de door ons gebrachte ontwikkelingen zullen omgaan. Zoals eerder gezegd: gezonde zelfkritiek is geen kenmerkende eigenschap van onze bobo's. Eerder is een gebrek daaraan symptomatisch en oorzakelijk gebleken bij de ernstige bestuurlijke misstanden waarmee we te maken hebben gekregen. Op 28 september schoof bij Pauw en Witteman een belangrijke bobo, ex-minister en ex-commissaris van de Koningin, aan om daar te vertellen dat zijn vele bijbanen elkaar nooit in de weg zaten, omdat hem nooit signalen hadden bereikt van mensen die daar anders over dachten. Die meneer is vijf jaar commissaris bij de DSB geweest en is onlangs benoemd als topman bij het ABP. Vijf jaar lang een beerput onder je ogen zien instorten is in bestuurlijke kringen blijkbaar geen diskwalificatie voor de hoge verantwoordelijkheid van de in deze tijd onder grote druk staande oudedagsvoorziening. Ik doel natuurlijk op de heer Elco Brinkman. De man die minister Klink niet persoonlijk aansprakelijk wil stellen voor zijn falen als voorzitter bij de gehandicapteninstelling Philadelphia. Voor een wetswijziging verwees minister Klink naar zijn collega Hirsch Ballin die op zijn beurt als commissaris ook betrokken was bij Philadelphia. We zijn buitengewoon teleurgesteld in de inspanningen van de regering om te komen tot een passende aanpak van wanbestuur en zelfverrijking. Alle aandacht gaat uit naar aanpassingen en verfijningen van de bestaande regelgeving, naar het vervolmaken van protocollen en naar het opstellen van of het aanmoedigen tot het opstellen van normen. Onze minister-president begon ooit als de man van normen en waarden. Inmiddels is duidelijk dat hij met één norm de geschiedenis zal ingaan: de Balkenendenorm. Op zijn standbeeld komt te staan: «Balkenende, de man die precies genoeg verdiende».

De heer **Jan de Vries** (CDA): Een feitelijke correctie: de heer Balkenende verdient minder dan zijn eigen norm.

Minister **Klink**: Voorzitter. Ik begin met per fractie de vragen te beantwoorden. Een algemene beschouwing, om het zo maar even te noemen, hebben we in de eerste termijn al gehad. Maar toch een enkel woord gericht tegen mevrouw Agema. Zij sprak over een bestuurscultuur waarin de besturen en de professionals, verpleegkundigen en specialisten, uit elkaar zijn gegroeid. Ze verwees hierbij naar de incidenten. Ik heb niet de behoefte om dit nu over de hele linie te ontkennen of te bevestigen, maar één ding wil ik wel zeggen. Vorig jaar hadden we vrij pittige discussies over de IJsselmeerziekenhuizen. Als één ding in de IJsselmeerziekenhuizen ook naar boven kwam, was het dat er sprake was van disfunctionerende specialisten. Om dan zomaar even te zeggen dat we een bobocultuur hebben gekregen bij de besturen en dat deze besturen lijnrecht tegenover degenen staan die het als professional allemaal geweldig doen en dat deze professionals daarom altijd gelijk hebben, gaat mij op basis van dit voorbeeld al te ver. Als ik kijk naar wat er in het MST gebeurde met de neuroloog en hoe er met visitatierapporten werd omgegaan, zie ik daar ook niet veel verschil rondom de vraag die de commissie-Lemstra terecht stelde: waar is de patiënt? Die was bij het bestuur maar zeker ook bij de specialisten en de maatschap te veel uit beeld. De schematisering die mevrouw Agema aanbrengt, gaat mij te ver, maar niet de oproep die erachter schuilgaat. Zoals mevrouw Van Miltenburg

ook zei: het gaat uiteindelijk om de patiënt. Die is in onze voorstellen uitdrukkelijk niet uit beeld. Early warning heeft alles te maken met het feit dat we patiënten ervoor willen behoeden dat de cruciale zorgfuncties binnen 45 minuten wegvallen. Als we spreken over een fusietoets en de kwaliteit van de zorg die hiermee gemoeid is en die op voorhand, niet alleen tijdens het proces van fuseren of daarna, inzichtelijk gemaakt moet worden, is dat uitdrukkelijk met het oog op de patiënt. Als we spreken over de Wet cliëntenrechten zorg, drukt alleen de titel van de wet al uit dat de patiënt uitdrukkelijk bij ons in beeld is. Ik zeg dit niet om onszelf op de borst te kloppen, maar om te onderstrepen dat het om de patiënt dient te gaan, bij ons, bij de bestuurders, maar ook bij de specialisten. Het morele appel waar de heer De Vries om vraagt, gaat iedereen aan. Ook de professional die zich, zoals uit de incidenten blijkt, te vaak verschuilt achter omzetbelangen of inkomensbelangen of achter de belangen van het opleidingsziekenhuis waar hij werkzaam is, omdat hij op basis van de visitatie die opleiding niet weg wil zien lopen. Nogmaals, de schematisering vind ik iets te ver gaan, maar niet de boodschap die achter uw woorden schuilgaat, namelijk dat het om de patiënt dient te gaan.

Mevrouw **Agema** (PVV): Het feit dat we hier spreken over goed bestuur, betekent nog niet dat er op de werkvloer iets verandert. Deze voorstellen doen helemaal niets aan de bestuurderscultuur die nu heerst en doen bovendien niets aan de bijbanencultuur, van het elkaar toeschrijven van mooie baantjes. Zij doen ook niets aan het feit dat de managementlaag in onze ziekenhuizen volgens het CBS 31% is. Zij doen niets aan dat waterhoofd.

Op het moment dat je op werkbezoek gaat en tegen directeuren van een ziekenhuis zegt dat je wilt praten met de mensen op de werkvloer zelf, zonder dat zij erbij zijn, wat ik bijna wekelijks doe, hoor ik altijd: wij begrijpen elkaar niet meer. Wij van de werkvloer begrijpen de managers niet en zij begrijpen ons niet. Wij moeten efficiënt omgaan met allerlei middelen, maar wij hebben geen tijd meer voor de mensen. Wij hebben geen tijd meer om een praatje te maken. Hoe kan de minister na drie jaar op deze post nog steeds niet begrijpen dat we te maken hebben met een gigantisch verziekte bestuurderscultuur en managementcultuur in ons land? Verandert er überhaupt iets met die lange governancebrief?

De **voorzitter**: Ik zou willen voorstellen dat de interrupties kort en bondig zijn, anders hebben we een soort derde termijn.

Minister **Klink**: Deze algemene negatieve kwalificatie van bestuurders in ziekenhuizen gaat mij te ver. Ook ik ben regelmatig op de werkvloer, weliswaar niet elke week. Ook ik vraag met enige regelmaat om te spreken met verpleegkundigen en specialisten, los van de besturen. Zo dramatisch en zo gitzwart als u het nu inkleurt, kom ik het niet tegen. Wat ik wel zie, is dat daar waar incidenten zijn, er geen sprake is van een schematisering tussen enerzijds het bestuur en anderzijds de mensen die het werk doen in zorginhoudelijke zin. De incidenten van de afgelopen jaren wijzen op een falend bestuur, maar ze wijzen zeker ook in de curatieve sfeer, bijvoorbeeld bij de IJsselmeerziekenhuizen en het MST, minstens zozeer op de professionals. Ik teken hierbij opnieuw aan, net als in de eerste termijn, dat deze incidenten bepaald niet representatief zijn voor hetgeen er aan zorg in ons land geboden wordt. Gelukkig niet. Sterker nog, we staan op alle ranglijsten over de hele wereld op nummer één. Het lijkt een kapotte grammfoonplaat, maar ik blijf het herhalen, teneinde diegenen die elke dag uit de veren komen om zich maximaal in te spannen voor de patiënt, niet te diskwalificeren via de voorbeelden die we kennen.

Dat neemt niet weg dat ik een aantal punten dat mevrouw Agema aansnijdt volkomen terecht vind. Terecht dat zij de vinger legt op de nevenfuncties. Ik vind ook dat in de zorgcode de vijf nevenfuncties en de

maximering opgenomen moet worden. Ik doe hierbij ook een dringend beroep op degenen die deze code maken. Ik vind het een goed punt. Het zal ook doorwerken in de relatie tussen raad van toezicht en raad van bestuur. Het feit dat wij willen dat in een raad van bestuur iemand benoemd gaat worden specifiek voor kwaliteit en veiligheid en met een doorzettingsmacht, eventueel in weerwil van datgene wat er afgesproken is met de maatschappen, zal op de werkvloer verandering brengen. Zeker nu we met veiligheidsnormen gaan werken en de kwaliteit inzichtelijk gaan maken. Dus mevrouw Agema moet niet zeggen dat wij niets doen dat op de werkvloer merkbaar zou zijn. Dat kan zij niet volhouden.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik distantieer me van de uitdrukking dat ik me niet zou bekommeren om de mensen die op de werkvloer werken. Om die mensen gaat het mij juist. Mijn fractie richt de pijlen op de bestuurderscultuur, op een cultuur van partijbobo's die elkaar maar allerlei nevenfuncties toeschuiven.

De **voorzitter**: Wat is uw vraag?

Mevrouw **Agema** (PVV): Hoe lang wil de minister dit nog volhouden? Met de brief die voorligt, lossen we niets op. Straks is de minister weg, en zitten er nog steeds mensen op de werkvloer met de gebakken peren, omdat er niets veranderd is.

Minister **Klink**: Ik vrees dat we die analyse niet delen en dat we in deze gedachteswisseling in herhaling vervallen.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik vrees dat ik de analyse van de minister niet deel als het gaat over de patiënt. Natuurlijk doet iedereen het in de gezondheidszorg voor de patiënt. Hun functies bestaan allemaal bij de gratie van de patiënt. De goede bedoelingen trek ik niet in twijfel. Ik noem twee voorbeelden waarbij het misschien wel gedaan wordt vóór de patiënt, maar zeker niet mét de patiënt. Allereerst de commissie-Baarsma, die zich heeft beziggehouden met verticale integratie. Deze commissie heeft niet eens gesproken met patiëntenorganisaties, laat staan dat ze hun visie heeft meegenomen in de beoordeling van iets wat de patiënt toch ook echt aangaat. Het tweede voorbeeld is het persbericht van de NZa naar aanleiding van het early warning-systeem: de patiënt komt in het hele persbericht niet voor. Dat is mijn probleem. Ik snap wel dat iedereen het voor de patiënt doet, maar ik vraag de minister op welke manier hij borgt dat de patiënt daarin ook een actief aandeel heeft. Alleen maar zeggen dat het voor de patiënt gebeurt, is onvoldoende, wat de VVD betreft.

Minister **Klink**: Ik denk dat we zo nog wel een poosje door kunnen gaan. Er zijn talloze voorbeelden te noemen waarbij niet direct de patiëntenorganisaties betrokken zijn. Maar deze voorbeelden kun je toch niet illustratief en maatgevend laten zijn voor de inzet van de mensen op de werkvloer, of voor de inzet van de bewindspersonen of het kabinet? Ik kan talloze voorbeelden noemen waarbij de patiënt in het middelpunt van de belangstelling staat, bijvoorbeeld in het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg. We gaan naar ketenzorg ten behoeve van de chronisch zieken, teneinde de patiënt betere zorg te bieden. We hebben hier onlangs met elkaar over gedebatteerd. De heer De Vries noemde zo-even dat we niet het volume, de omzet, de bekostiging of het salaris leidend moeten laten zijn, maar de kwaliteit van de zorg, zowel bij apothekers, ziekenhuizen als huisartsen. We gaan het begrip samenhangende zorg definiëren. Waarom? Omdat de zorg georganiseerd moet worden rondom de patiënt. Als men deze hoofdlijnen van het beleid afzet tegen het feit dat in een bepaalde consultatieprocedure rondom de commissie-Baarsma niet

met patiëntenorganisaties is gesproken – ik weet overigens niet precies of patiëntenorganisaties al dan niet zijn geconsulteerd, maar ongetwijfeld zal er met hen gesproken zijn – en dan zegt dat de patiënt uit beeld is, ben ik het daarmee niet eens. Maar één ding geldt wel: als ik kijk naar wat er is gebeurd bij het MST, zeg ik met Lemstra dat de kwaliteit en de samenhang in de zorg echt leidend moeten worden. Daar gaan we onze stelsels op inrichten, bestuurlijk maar ook in termen van bekostiging.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Nogmaals, ik denk niet dat de patiënt uit beeld is, maar het gaat over de betrokkenheid van de patiënt bij het tot stand komen van belangrijke standpunten. Dat mis ik en dat mis ik eerlijk gezegd ook in uw antwoord.

Minister **Klink**: Volgende week hoop ik in Amerika te zijn om magneetziekenhuizen te bezoeken. Deze zetten de verpleegkundigen en de patiëntenorganisaties op nummer één. Op dit moment ontwikkelen we met de patiëntenorganisaties indicatoren rondom tachtig aandoeningen. Het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg is uitvoerig van tevoren besproken met de bestuurders maar ook met de patiëntenorganisaties. Wij hebben de afgelopen periode 10 mln. geïnvesteerd in patiëntenverenigingen. In feite tegen de klippen op, omdat we voortdurend moeten bezuinigen. U kunt dan toch niet volhouden dat hier de patiënt of een patiëntenorganisatie niet in het middelpunt zou staan? Op basis van zomaar even een keer een consultatieprocedure waarin de benoeming van patiëntenorganisaties ontbreekt?

De oproep achter hetgeen mevrouw Agema en mevrouw Van Miltenburg inbrengen, deel ik wel degelijk. Laten we dat inderdaad niet vergeten. Sterker nog, het risico dat je loopt om in bestuurlijke verhoudingen te blijven hangen, is altijd groot. Daarom vind ik ook dat de moraal die met de zorg gemoeid is, en die de heer De Vries ook benoemde, in feite al onze voorstellen zal moeten doordesemen.

Dan kom ik bij het voorstel om Actal te betrekken bij het wetsvoorstel. Ik vind het een goed idee om Actal er zo vroeg mogelijk bij te betrekken. We hebben nu inmiddels iets meer dan 25% reductie van de administratieve lasten. Dat komt met name doordat we het loonbegrip gaan uniformeren en de premie die daarmee samenhangt. Dit raakt niet direct de inhoud van de zorg, maar het raakt wel onze administratieve lasten. Het lijkt mij dat Actal, nu we spreken over besturen en de inhoud van de zorg, daadwerkelijk een rol kan vervullen.

Het aanstellen van een bewindvoerder via de rechter als het gaat om de functie van CSZ, lijkt me een goed punt. We onderzoeken dat. De insteek is om de beslissing van de rechter leidend te laten zijn. Dit betekent dat het CSZ dit van de rechter zal vragen, maar de rechter beslist uiteindelijk. Meerderen hebben gevraagd naar de verhoudingen bij het early warning-systeem. Het onderscheid tussen signaleren en interveniëren is hierbij van belang. Bij de NZa ligt het in de aard van de taakvervulling besloten om die signalering te doen. Zij kennen de marktverhoudingen, zij kennen de continuïteit van de zorg die met een en ander gemoeid is. Het CSZ heeft ervaring met gemachtigden en met onderzoek bij individuele instellingen. De NZa en het CSZ hebben nu samen een uitvoeringstoets uitgebracht en daaruit blijkt dat met name op de overdrachtsmomenten nog een aantal witte vlekken zitten. Deze zullen we nader in kaart gaan brengen, om te kijken hoe die taken op elkaar afgestemd kunnen worden. Ik heb vandaag nagevraagd, ook intern, waar die overgangsmomenten zitten. Dan gaat het bijvoorbeeld om de vraag of we al dan niet tot een bewindvoerder overgaan. Op het moment dat het CSZ mikt op het introduceren van een bewindvoerder, ben je het stadium van faillissement of surseance al voorbij. Dat betekent dat er wellicht een bijdrage van de NZa gevraagd wordt teneinde de continuïteit van de zorginstelling te borgen. Op dat soort momenten sorteert het CSZ al voor op zaken waarbij uiteindelijk de



NZa weer bij betrokken is, namelijk of zij al dan niet steun moet gaan verlenen. Op dat soort momenten moet er samenspel zijn tussen het CSZ en de NZa. In ieder geval moet duidelijk zijn wie waarvoor verantwoordelijk is. Ik zal de Kamer van de verkenning en de uitvoeringstoets op de hoogte stellen en ik zal natuurlijk ook de uiteindelijke taakverdeling juridisch gaan borgen.

De heer **De Vries** (CDA): Ik heb een vraag over de samenwerking tussen beide instanties. De minister is nogal optimistisch over de uitkomst van dat overleg. Het is wel opmerkelijk dat de NZa op 27 oktober, twee dagen geleden dus, een persbericht uitbrengt, waarin ze eigenlijk zegt dat ze het niet samen wil doen met het College sanering, maar dat ze het liever zelf doet. Dat geeft ook aan hoe spanningsvol die verhouding is op dit moment. Ik kan niet anders concluderen. Ik moet eerlijk zeggen dat ik echt het probleem wel zie dat de NZa aansnijdt, ondanks de overwegingen die de minister daarbij geeft. Ik vind dat de minister aan het roer zal moeten, om te zorgen dat eruit komt wat we met elkaar willen, een goed early warning-systeem, dat recht doet aan de eigen verantwoordelijkheid van instellingen, maar dat niet in tweede instantie extra bureaucratie en extra ambtenaren oplevert. Het gaat blijkbaar niet goed. Ik kan niet anders concluderen.

Minister **Klink**: We zullen het early warning-systeem in wetgeving vastleggen. Dat zal ook gerealiseerd moeten worden. We hebben niet voor niets gekozen voor een aantal instanties, in dit geval voor de NZa en het CSZ, die signaleren en interveniëren. We vinden dat die twee, ook gezien de ervaringen die er zijn, uit elkaar gehaald moeten worden. We willen niet dat de NZa een al te grote speler in dit veld wordt. Niet omdat we de NZa niet vertrouwen, maar simpelweg vanwege de competenties die ik zo-even noemde. De heer de Vries heeft wel gelijk dat het op een goed samenspel zal moeten uitlopen. Daar ben ik inderdaad verantwoordelijk voor en daar mag men mij aan houden. Dat zal niet moeten leiden tot duplicering van de bureaucratie; die ondergrens wil ik wel trekken.

De heer **De Vries** (CDA): De intentie is goed. Maar hoe waardeert u het persbericht van de NZa die zegt dat ze het liever alleen doet?

Minister **Klink**: Dat persbericht interpreteer ik als een poging om u in elk geval aan de zijde van de NZa te krijgen. Ik zeg dat we de taken van elkaar moeten onderscheiden. Er zijn verschillende organisaties voor verantwoordelijk. Het samenspel moet wel goed zijn. Ik doe niet alleen een beroep op de NZa en de CSZ, maar ik zal er ook op toezien dat de NZa en het CSZ uiteindelijk goed met elkaar gaan samenspelen. Natuurlijk mag u van mij verwachten dat, als ik die verantwoordelijkheidstoedeling ga realiseren, er niet al een conflict ingebakken zit. Maar als we deze gedefinieerd hebben, zal iedereen zich in zijn eigen rol moeten voegen. Dan kom ik bij de zorgplicht en de continuïteit van zorg. Aan de ene kant vraag je van de zorgverzekeraar om scherp zorg in te kopen. Aan de andere kant kunnen er verschillende kostenpatronen uit voortvloeien als de zorgfuncties eenmaal benoemd zijn en instellingen deze vitale zorgfuncties moeten realiseren. Deze kunnen eenzijdig bij een verzekeraar neerslaan. Dat moeten wij zo veel mogelijk zien te vermijden. Dan komen beschikbaarheidstoelagen en dergelijke aan de orde. Die zaken zullen wel met elkaar gecombineerd moeten worden, anders krijg je onevenredige kostenpatronen voor de verschillende zorgverzekeraars, die met elkaar via de premie voor verzekerden moeten concurreren. Daar moeten we een balans in vinden.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik snap echt niet wat de minister met dit antwoord bedoelt.

Minister **Klink**: Het voorbeeld deed zich al voor bij de IJsselmeerziekenhuizen. Wij kwamen tot de conclusie dat de 45-minutennorm bij deze ziekenhuizen in het geding was. Vervolgens moesten wij constateren dat uit hoofde van de zorgplicht de instelling bij ontstentenis van de definitie van «cruciale zorgfuncties» in de benen gehouden zou dienen te worden. Wie was toen aan zet? Was dat de NZa die over de brug moest komen? Of konden wij op basis van de polis naar Achmea toelopen en zeggen: u dient hier toch echt te investeren in dit ziekenhuis, à raison van 20 of 25 mln. Wij hebben die poging voor een deel ook wel ondernomen en Achmea is voor een deel ook wel over de brug gekomen. Maar één ding: op het moment dat al deze kosten afgewenteld worden op een verzekeraar krijg je een gebrek aan level playing field. Daar moeten we een balans in zien te vinden. Daar worden we ook door deskundigen op gewezen. De heer De Vries vroeg naar de uitgifte van obligaties bij een resultaatsafhankelijke uitkering. Het verschil tussen obligaties en aandelen is dat er bij obligaties geen sprake is van risicodragend kapitaal. Er is ook geen sprake van eigen vermogen, maar van vreemd vermogen. Wat wij met de brief en het wetsvoorstel willen realiseren, is dat er ook eigen vermogen aangehouden kan worden, dat risicodragend is. We zien daar voordelen aan, bijvoorbeeld het creëren van een risicospreiding met betrekking tot de kapitaalverschaffing. Bovendien ademt datgene wat je uitkeert aan dividend mee met de resultaatsafhankelijke uitkering. Dat is bij banken anders. En als laatste kan het zo werken, dat blijkt ook uit het buitenland, dat vreemde ogen die met aandeelhouderschap gemoeid zijn ook dwingen tot betere kwaliteit en tot doelmatigheid. Dus om die reden zeggen we niet dat obligaties niet kunnen, sterker nog, het staat eenieder vrij om obligaties uit te geven. De mogelijkheid die er nu niet is in de WTZi, namelijk om via aandelen eigen vermogen aan te trekken, willen wij onder voorwaarden gaan realiseren, bijvoorbeeld onder de voorwaarde dat de zeggenschap over onder andere de cruciale zorgfuncties voorbehouden blijft aan de raad van bestuur.

De heer De Vries bereidt een initiatiefwetsvoorstel voor dat ertoe leidt dat alleen de NZa nog belast is met het fusietoezicht in de zorg. Als hij tot een initiatief overgaat, wil ik hem op één ding wijzen. Uiteindelijk zal de inhoud van de toets niet veranderen als je van de NMa naar de NZa gaat. Ik wil de heer De Vries aanbevelen om zichzelf af te vragen wat hij hiermee wint. Deze vraag wil ik bij hem neerleggen. De NMa zorgt voor uniformiteit met betrekking tot toepassing van de mededingingsregels op verschillende terreinen. Een van die terreinen is de zorg. De relatie tussen de NMa en de NZa is op zichzelf niet echt een novum. Wij kennen ook op andere terreinen soortgelijke constructies. De OPTA staat bijvoorbeeld ook in een dergelijke relatie tot de NMa.

Dan kom ik bij de verticale integratie. Een ding hebben we van de commissie-Baarsma kunnen leren: Europeesrechtelijk is het niet mogelijk de verticale integratie te verbieden. De proportionaliteit staat daarbij in de weg. Dat lijkt een technisch-juridisch antwoord, maar achter die proportionaliteit gaat iets anders schuil. Je kunt namelijk het doel, keuzevrijheid garanderen van de patiënt en van de verzekerden, ook via andere methoden realiseren, bijvoorbeeld via het toezicht van in dit geval de NZa op de aanmerkelijke marktmacht die zich zowel naar de verzekerdenmarkt als naar de zorgaanbieders vertaalt. Ik vind wel, dat heb ik de vorige keer ook toegezegd, dat de NZa met beleidskaders en regels moet komen waarbij min of meer op voorhand duidelijk is wat er al dan niet mag. Ik heb de NZa dan ook gevraagd om die beleidsregels te gaan realiseren. Ik vind dit van groot belang. Laat ik dit illustreren met een voorbeeld, om zo de zorgen die er leven een beetje in te kleuren: op het moment dat je een coöperatie krijgt waarin zowel de eerste als de tweede lijn als de verzekeraar vertegenwoordigd zijn, moet je niet uitsluiten dat in het verwijzingsgedrag van de huisartsen de tweede lijn snel in beeld komt. Daar ligt wat mij betreft een zorgpunt. Dan is het de vraag of je tot een verbod moet

overgaan, als die zorg terecht is. Of kun je volstaan met de regels van de aanmerkelijke marktmacht die de NZa afkondigt? Vooralsnog moeten we ervan uitgaan dat de regels van de NZa rondom aanmerkelijke marktmacht tegemoetkomen aan de eventuele macht die een verzekeraar of een ziekenhuis gebruikt om patiënten of verzekerden te sturen. De inschatting van de commissie-Baarsma, die dit wel degelijk onder ogen gezien heeft, is dat je dan kunt volstaan met de beleidsregels van de NZa rondom de aanmerkelijke marktmacht. Je hoeft niet naar een verbod te grijpen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Begrijp ik het goed dat de minister zegt dat het eigenlijk beter zou zijn als er volgens de Europese regelgeving wel een verbod op de verticale integratie mogelijk was geweest, omdat dan het natraject met allerlei aanvullende maatregelen niet nodig was geweest?

Minister **Klink**: Ik ben u dankbaar voor deze vraag, want dan beluistert u mij toch een beetje verkeerd. Mijn aarzelingen zitten niet in de verticale integratie tussen verzekeraar en zorgaanbieder, maar veel meer in de verticale integratie tussen eerste en tweede lijn en het daarmee gemoeide selectieve verwijsgedrag van huisartsen. Gegeven het feit dat patiënten in de regel sterk vertrouwen op de medisch inhoudelijke afweging van een huisarts, vraag ik mij af in hoeverre de patiënt, ook via het coöperatiemodel, zelf kan onderkennen of hij naar de beste arts wordt verwezen of dat er sprake is van één instelling en hij daarom binnen die instelling wordt doorverwezen. Daar heb ik meer aarzeling dan bij de verticale integratie tussen verzekeraar en zorgaanbieder. Er zijn namelijk heel goede voorbeelden, bijvoorbeeld Menzis met de eerstelijnszorg, van verbetering van de kwaliteit van de zorg en van de doelmatigheid. Ik zou niet graag zien dat bij een generiek verbod op verticale integratie dit soort initiatieven onmogelijk gemaakt zouden worden.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het is van tweeën één. Of we hebben drie spelers die elkaar in evenwicht houden of we gaan het anders doen. Maar dan krijg je een heel ander model. Het verhaal van de huisarts die in een constructie met het ziekenhuis, het ziekenhuis zou willen spekken, onderstreept ons verhaal dat je ervoor moet zorgen dat je geen financiële prikkels inbouwt zodat iedereen er rijk van wordt. Juist om die reden hebben we de zorgverzekeraar er neergezet om goed in de gaten te houden dat dit niet gebeurt. Ik vind het een beetje de omgekeerde wereld: de zorgverzekeraar mag wel in de coöperatie, maar de huisarts liever niet. Dat is zo'n andere redenering dan zoals het bedoeld is in de Zorgverzekeringswet. Op zich kan het, maar dan gaan we heel andere constructies aan. Dan moeten we ontzettend uitkijken naar samenwerking tussen eerste lijn en ziekenhuizen. Dat zou op zich heel goed kunnen zijn.

Minister **Klink**: Het punt is dat het niet van tweeën één is. Op het moment dat er samenwerkingsrelaties komen, bij fusies of bij verticale integratie, waarin de aanmerkelijke marktmacht de keuzevrijheid van een patiënt voor een zorgaanbieder, of de keuzevrijheid van een verzekerde voor een verzekeraar gaat inperken, hebben de NMa en de NZa de mogelijkheid om op te treden. Die nauwkeurigheid zou ik bepaald niet willen wegnemen door te komen met generieke verboden. Dat zou een heleboel creativiteit doodslaan. Daarom verwees ik ook naar de relatie tussen de eerste lijn en de verzekeraar, die uitdrukkelijk ook ten dienste zou kunnen staan van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Inderdaad, het is geen generiek verbod, het is geen generiek toestaan, het is maatwerk leveren langs lijnen van de beleidskaders van de NZa.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik hoor u zeggen dat u wilde dat ook zorgverzekeraars gingen investeren in de zorg. Daar zijn wij een groot

voorstander van. Er is helemaal niks mis met een verzekeraar die investeert in de eerste lijn als hij denkt dat het goed is voor zijn verzekerden. Maar een stap verder is dat een zorgverzekeraar vervolgens zegt: omdat ik er geld in heb gestoken, wordt het ook een stukje van mij. Dan gaat hij wat ons betreft een grens over. Zo is het niet bedoeld in de Zorgverzekeringswet, waarvan u ooit zei dat u daar de geestelijk vader van was. Dat verbaast ons.

Minister **Klink**: Voor zover dat laatste het geval is, en laat ik nu eens in die rol kruipen, zou ik als geestelijk vader het volgende zeggen. Het gaat mij om twee zaken: de keuzevrijheid van de patiënt en de keuzevrijheid van de verzekerden. Op het moment dat die niet in het geding zijn en er geen dusdanige machtsconcentratie is dat de verzekeraar kan stellen naar welke zorgaanbieder de patiënt dient te gaan, of de zorgaanbieder kan stellen naar welke verzekeraar de patiënt dient te gaan, is er sprake van reële markwerking, zonder verstoring.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Even een andere insteek in deze discussie. In de brief van 1 oktober wordt ingegaan op de rol van de zorgverzekeraar en wordt ook de spanning benoemd tussen concurrentie, doelmatige inkoop van kwalitatief goede zorg en het in stand houden van zorgaanbieders om cruciale zorgfuncties te waarborgen. De toedeling van die verantwoordelijkheid is lastig, zo niet onmogelijk. Als we dat op dit moment concluderen, is het dan niet alleen om die reden ontzettend lastig om die verticale integratie goed te regelen?

Minister **Klink**: U moet niet twee dingen door elkaar halen. Aan de ene kant hebben we te maken met cruciale zorgfuncties die we uit hoofde van de continuïteit van de zorg willen waarborgen. Daar speelt met name de vraag in hoeverre de eventuele steun van de NZa zich verhoudt tot de zorgplicht van de zorgverzekeraar. Maar dat is toch echt een totaal andere discussie dan de verticale integratie. Dat zijn echt twee onderscheiden domeinen. Als er gezegd wordt dat de verantwoordelijkheidsverdeling vrij lastig is, moet u dat niet doorvertalen naar de verticale integratie. Dat zijn echt twee verschillende vraagstukken. Bij de verticale integratie gaat het met name om de keuzevrijheid van patiënt en verzekerden. Bij de cruciale zorgfuncties gaat het om de zorgverlening en de continuïteit daarvan rondom de spoedeisende hulp en de daarmee gemoeide poortspecialismen.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Natuurlijk, het zijn verschillende dingen, maar juist ook op dat vlak kan spanning ontstaan in de verschillende rollen die een zorgverzekeraar moet spelen. Aan de ene kant moet hij dus scherp op de prijs zijn, maar aan de andere kant moet hij ook goed zijn voor de patiënt en goede afspraken maken met de zorgaanbieder.

Minister **Klink**: Misschien moet ik dan ter illustratie even ingaan op het scherp zijn op de prijs en de bedoeling van de Zorgverzekeringswet. Laten we even uitgaan van een verzekeraar die verticaal geïntegreerd is met een ziekenhuis. Op het moment dat de verzekeraar niet meer scherp is op de prijs in de richting van de zorginstelling en hij dit moet doorvertalen in zijn premie, zal hij zich uit de markt concurreren. Vandaar dat de keuzevrijheid van de verzekerden langs lijnen van de premiestelling wel degelijk gewaarborgd blijft. Er zitten waarborgen in dat die twee rollen niet zodanig met elkaar vermengd worden dat de rol van een verzekeraar die concurrerend wil blijven met zijn premiestelling, niet meer zal opgaan. Dat kan wel degelijk samenlopen. Sterker nog, ook op dit moment investeren verzekeraars in zorginstellingen. Men let dan ook op de kwaliteit en doelmatigheid van de zorginstelling. Het is niet zo dat men op grote afstand

zit. Het zijn contractuele relaties. Bij verticale integratie gaat het in die zin verder, dat er ook zeggenschapsrelaties komen. Maar het onderscheid is gradueel, niet zozeer principieel. Bovendien komt er nog bij dat een verbod, Europeesrechtelijk gezien, disproportioneel is.

Mevrouw Wiegman vroeg welke andere vormen er naast een maatschappelijke onderneming nog blijven bestaan. Daar kan ik vrij kort over zijn. Een maatschappelijke onderneming is een facultatieve rechtsvorm. De andere vormen, stichtingen, verenigingen of coöperaties, blijven allemaal nog wel mogelijk.

Dan kom ik bij de coöperaties. Excuses aan de heer Van der Veen voor het te beknopte «wikipedia-antwoord». In de toekomst zullen we kijken in hoeverre onze antwoorden wikipediaproof zijn. De heer Van der Veen heeft zelf al aangeduid wat het verschil is tussen een maatschappelijke onderneming en een coöperatie. De maatschappelijke onderneming voorziet in een winstuitkering onder voorwaarden, de coöperatie doet dat niet. Er kan sprake zijn van uitkeerbare winst binnen de coöperatie. Belanghebbenden in de coöperatie hebben niet per definitie een plek, dat is bij een maatschappelijke onderneming wel het geval. Uit de woorden van de heer Van der Veen begrijp ik dat hij de belanghebbenden wettelijk de coöperatie wil invlechten. Dat kan natuurlijk wel. De zeggenschap van de kapitaalverschaffers die deel uitmaken van de coöperatie is in een maatschappelijke onderneming zoals wij die voor ogen zien, begrensd. Bij een coöperatie is dit dus niet zo, sterker nog, de kapitaalverschaffer krijgt er meer zeggenschap dan in het model dat wij willen. Betekent dit dat een coöperatie zich niet zou kunnen verhouden tot een maatschappelijke onderneming? Ik denk het wel, maar dan krijg je een gekwalificeerde maatschappelijke coöperatie, om het zo maar even te noemen. Dat lijkt wat omslachtig, maar ik denk dat een coöperatie wel degelijk een rechtsvorm zou kunnen zijn die te voegen is in de doelstellingen die we met de maatschappelijke onderneming hebben. De maatschappelijke onderneming kan zich verhouden tot zowel de vereniging, de stichting, de vennootschap als de coöperatie. Ik wil samen met de minister van Justitie gaan verkennen in hoeverre de coöperatie een figuur kan zijn waarop de term maatschappelijke onderneming van toepassing is. Ik onderken namelijk ook dat de participatie van patiënten in een instelling als een ziekenhuis een meerwaarde kan hebben.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik weet niet zo goed wat ik met die toezegging moet. We hebben nu een enorm circus opgetuigd om mensen alle mogelijke invloed te geven. Cliëntenraden hebben een advies- of zelfs instemmingsrecht bij fusies met ziekenhuizen. Kortom, een heel circus. Er zijn bestaande structuren waarbij je dit allemaal niet nodig hebt, bijvoorbeeld de coöperatie. Deze bestaat al, een maatschappelijke onderneming heb ik nog niet concreet voor ogen. Uit de beantwoording van de minister leid ik af dat het toch een maatschappelijke onderneming gaat worden. Maar ik wil toch echt meer precies doordacht hebben wat de voordelen van een coöperatie zouden kunnen zijn tegenover de nog niet vastliggende voordelen van een maatschappelijke onderneming. Ik vraag me af of je dit zo in vrijblijvendheid moet doen. Zorgverzekeraars zijn bijna allemaal onderlinge waarborgmaatschappijen. Daar is geen vrijblijvendheid. Waarom zou je het voor instellingen in de zorg zo vrijblijvend houden hoe ze zich moeten organiseren?

Minister **Klink**: Ik denk dat u onderschat wat ik zo-even aangaf met die toezegging. De coöperatie is wel degelijk een rechtsvorm die we zullen moeten verkennen in het kader van een maatschappelijke onderneming. Ik zie het voordeel dat u noemt, dat je in een coöperatie wettelijk zou kunnen verankeren dat patiënten of vertegenwoordigers van patiënten er deel van uitmaken. Dat is in de huidige coöperaties, zoals het BW die kent, niet het geval. Maar daar geldt wel een punt. Er zit meerwaarde in boven alleen

maar belanghebbende zijn en af en toe je vinger kunnen opsteken. Dat zie ik ook wel. Maar ik wil er wel op wijzen dat er binnen zo'n coöperatie natuurlijk meer partijen zijn. De stemverhoudingen zouden wel eens anders kunnen komen te liggen dan als je de cliëntenraden bijvoorbeeld instemmingsrecht geeft over fusies. Dat instemmingsrecht kun je natuurlijk ook koppelen aan de coöperatie, maar je kunt niet stellen dat de coöperatie altijd een meerwaarde heeft. De cliëntenraden krijgen in ons voorstel ook een belangrijke stem met betrekking tot fusies en het benoemen van leden van de raad van toezicht. Dat moet je ook in een coöperatie gaan regelen, wil je de meerwaarde behouden. Met dit exposé geef ik al aan dat ik niet zomaar een loze toezegging doe. De coöperatie vind ik inderdaad de moeite waard om te verkennen, maar dan wel zodanig dat een aantal waarborgen die wij willen via de maatschappelijke onderneming, niet verloren gaan. Zij moeten geïncorporeerd worden binnen die rechtsvorm.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb een procedurele vraag. Er komen vier wetten aan. Een paar collega's heeft er al op gewezen dat deze op het eerste gezicht niet heel overzichtelijk aandoen. Zien we het verhaal van de coöperatie pas op het moment dat het wetsvoorstel er ligt of hebben we hier al eerder inzicht in? Ik heb er een grote voorkeur voor dat we daar eerder over bericht worden, zodat we ons ook eerder een oordeel kunnen vormen.

Mevrouw **Leijten** (SP): We hebben het hier over vier wetten die onze kant opgaan, maar de maatschappelijke onderneming valt weer onder Justitie. Hoe zit het met de wetsvoorstellen die wij moeten gaan toetsen en goedkeuren, terwijl de discussie over de maatschappelijke onderneming nog loopt via een andere commissie?

Minister **Klink**: We praten hier over belangrijke thema's. Het early warning-systeem is echt van vitaal belang om de continuïteit van de zorg te kunnen waarborgen. Dat geldt ook voor de zorgspecifieke fusietoets. Als we binnen deze kabinetsperiode deze wetsvoorstellen willen afronden, is er domweg geen tijd om per onderdeel met beleidsbrieven te komen. Dit zal echt in het kader van het wetgevingstraject moeten plaatsvinden, maar daar is dan ook ruime mogelijkheid voor. Binnen de wetgeving voor de maatschappelijke onderneming en de vier wetten die wij zullen indienen, kunnen alle opties wel degelijk naar voren komen. Daar is de Kamer zelf bij. Anders betekent het dat deze wetsvoorstellen over deze kabinetsperiode getild worden. Dan gaan we het domweg niet halen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Hiermee raakt u een procedureel punt. We hebben allemaal vragen gesteld die van dermate importantie zijn dat ik me probeer voor te stellen hoe we straks vier wetten los van elkaar gaan bespreken die allemaal governance-elementen bevatten. Ik probeer me voor te stellen hoe dat werkt.

De **voorzitter**: Ik stel voor dat de minister zijn beantwoording afmaakt, en dat we dan een procedurele ronde maken aan het einde van deze termijn. Is dat een goed voorstel?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dat lijkt me prima.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik kan het ook aan het einde doen, maar het is natuurlijk niet alleen procedureel maar ook inhoudelijk. Als er wordt besloten dat er een winstuitkering komt – je kunt het een ander woord geven maar het is gewoon een winstuitkering – en de maatschappelijke onderneming strandt, lopen wij al vooruit op allerlei zaken, terwijl die maatschappelijke onderneming er niet komt.



De **voorzitter**: U noemt nu een voorbeeld, maar er zijn meerdere voorbeelden. Mijn voorstel is dat de minister zijn antwoorden afmaakt en dat we aan het einde van dit algemeen overleg hierop terugkomen.

Minister **Klink**: Ik zal voortmaken. Maar niet nadat ik een opmerking heb geplaatst. Die brief is een buitengewoon dikke brief, waarin wij in samenhang aangeven hoe die vier wetsvoorstellen straks ook in samenhang beoordeeld zullen moeten worden. We hebben daar in eerste termijn drie uur over gesproken en spreken er nu in tweede termijn over. Natuurlijk is er alle mogelijkheid voor technische briefings enzovoort. In het kader van de voorbereiding van de wetsvoorstellen zullen deze thema's terugkomen. Maar het kan niet zo zijn dat wij onze beleidsintenties neerleggen in deze brief waar vervolgens wetsvoorstellen uitkomen die het normale parlementaire traject doorlopen, en dat de regering dan gaat zeggen: we gaan nu per onderdeel opnieuw met een beleidsbrief komen. Vervolgens lopen we dan, ik zeg het met enige nadruk, over deze regeerperiode heen en zal hetgeen we hier met elkaar bespreken uitmonden in een groot open einde, waar geen enkele conclusie in wetgevingstechnische zin uit wordt getrokken. Dit zijn politieke keuzes, en die maken we niet voor niets. Die maken we om de werkelijkheid van het zorgveld dusdanig te beïnvloeden dat het volgens onze ideeën gaat functioneren.

De heer Van der Veen vroeg naar de toezegging van de minister-president in de vorige Algemene Politieke Beschouwingen naar het onderzoek van de marktwerking. We hebben het nagevraagd bij AZ. De minister-president bedoelde te zeggen dat die evaluatie in de context van de evaluaties van de Zvw en de WMG uiteindelijk tussen mijzelf en de Kamer zal plaatsvinden. Dit zei hij ook tegen de achtergrond van het feit dat er binnen de SER op dit moment een onderzoek loopt naar de marktwerking in de zorg. Wij hopen de conclusies daarvan binnenkort, ik dacht in december, de Kamer te kunnen toezenden.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het was niet onverstandig geweest van de minister-president om dat toen te zeggen. Wij hebben de stellige indruk gekregen dat hij niet heeft verwezen naar iets wat al geregeld was.

Minister **Klink**: De heer Van der Veen vroeg hoe je de waarde van een ziekenhuis kunt bepalen en van wie een ziekenhuis eigenlijk is. Binnen de huidige vormen is een ziekenhuis een stichting of een vereniging. Als je het strikt juridisch beziet, kun je zeggen dat een stichting van een stichting is, en van niemand anders. Op het moment dat je te maken krijgt met aandeelhouders, is het ziekenhuis van de aandeelhouders, want zij hebben vermogen gestopt in het ziekenhuis en zijn uit dien hoofde ook eigenaar. Maar wel een eigenaar die aan alle voorwaarden die wettelijk gelden, zal moeten voldoen. Zoals de kwaliteit van de zorginstellingen, toezicht van de inspectie, en de condities die wij in onze brief hebben gesteld met betrekking tot de zeggenschap die aan de aandeelhouders toekomt. Zo ligt het en niet anders. Wat wel een rol gaat spelen, daarover zullen we binnenkort berichten, is het behoud van vermogen in de zorg. Dit ligt bij de Raad van State.

Dan kom ik bij de cruciale zorgfuncties. Laat duidelijk zijn dat het mij om de spoedeisende hulp gaat. Maar de vraag die wij ons, mede naar aanleiding van de IJsselmeerziekenhuizen, hebben gesteld, is wat cruciale zorgfuncties zijn die binnen 45 minuten bereikbaar dienen te zijn. Aangezien we dat toen nog niet in beeld hadden, moest deze instelling als systeemziekenhuis in stand worden gehouden. Het gaat dus om meer dan spoedeisende hulp. Er komen poortspecialismen achter vandaan, zoals gynaecologie. We gaan in beeld brengen welke specialismen hiermee gemeoid zijn. Wellicht gaat het niet om alle basisspecialismen, maar om een selectie daaruit.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Cruciale functies zijn die functies die binnen 45 minuten bereikbaar moeten zijn.

Minister **Klink**: Dat klopt. Aangezien wij nog nooit gedefinieerd hebben welke functies in de SEH binnen 45 minuten bereikbaar moeten zijn, zijn we op dit moment die verkenning aan het doen. Op het moment dat je zegt dat het om alle basisspecialismen gaat, heb je gedefinieerd dat er binnen een regio een basisziekenhuis dient te zijn. Dat is wellicht niet altijd nodig, als je het hebt over een 45-minutencriterium. Het hangt af van de functie en het specialisme. Op die uitkomst ga ik niet vooruitlopen. De Kamer krijgt deze binnenkort van ons te horen.

Hoe gaan wij de investeringsbereidheid in de zorgsector in het licht van de maatschappelijke onderneming en de resultaatsafhankelijke vergoeding onderzoeken? Wij zijn op dit moment met een onderzoeksbureau bezig om te kijken welke partijen eventueel geïnteresseerd zouden zijn om te investeren in de zorg. Doel van het onderzoek is inzicht te geven in de relatie tussen de investeringsbereidheid van partijen en de mogelijkheid om beperkingen aan de aandeelhouders op te leggen. Het doel van deze beperkingen is om zeggenschap over onder andere de cruciale zorgfuncties aan de raad van bestuur voor te behouden en niet te verlenen aan degenen die eigenaar zijn via het aandeelhouderschap.

Dan kom ik bij de fusie in Zeeland. Stel dat we een zorgspecifieke fusietoets hadden gehad in Zeeland, was deze fusie dan verboden geweest? Wat mij opviel bij de beoordeling van de NMa over deze fusie, is dat de kwaliteit, waarover de Inspectie overigens een aanbeveling geeft aan de NMa, uitdrukkelijk in beeld was. Met de nieuwe zorgspecifieke fusietoets zou de fusie in Zeeland ook doorgang hebben kunnen vinden, denk ik. Uiteindelijk gaat de NMa daar natuurlijk over.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik heb een vraag gesteld over het wetsvoorstel continuïteit van zorg en hoe dat zich verhoudt tot het recht op zorg, zoals we dit al lang in de wet hebben geregeld. Wat is de toegevoegde waarde van het wetsvoorstel?

Minister **Klink**: Op zichzelf lijkt me dit niet zo heel moeilijk te beantwoorden. De 45 minuten norm kennen wij omdat mensen met een bepaalde aandoening, bijvoorbeeld een hartinfarct nu eenmaal binnen 45 minuten opgenomen moeten kunnen worden en op een SEH moeten kunnen komen. Vervolgens krijg je dan de vraag of je wel iets hebt aan een SEH zonder specialismen eromheen waarmee je mensen kunt opvangen. Het is een precisering van een zorgplicht en het recht op zorg. Binnen 45 minuten dienen bepaalde voorzieningen aanwezig te zijn. Voor de overige zorg geldt dit criterium niet.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Heeft het wetsvoorstel ook betrekking op de beschikbaarheid van huisartsen en huisartsenposten, waar mensen terecht kunnen in het weekend of na vijven, maar waarvoor ze soms meer dan een uur moeten reizen?

Minister **Klink**: Kijk, het is een gezonde stelling van uw partij dat je niet de zaken moet gaan regelen die min of meer spontaan tot stand komen. Laat ik het voorbeeld geven van de huisartsen. We betalen consultarieven en inschrijftarieven. Daar zitten bepaalde bekostigingsregels onder. Er is een bepaald aantal patiënten nodig om een toereikende huisartsenpraktijk of een huisartsenpost in het leven te houden. Daarom heb ik er niet zo heel veel behoefte aan om met afstands- of tijdsriteria te gaan werken. Dat doen we niet. In het systeem van de bekostiging ligt besloten dat er toereikende en geografisch bereikbare zorg is. Dat ligt op dit moment anders bij de cruciale functies die te maken hebben met de SEH. Dat hebben we gezien bij de IJsselmeerziekenhuizen. Dan is de overheid aan

zet om het systeem zo in te richten dat de continuïteit van zorg gewaarborgd is. Dat gaan we nu doen, met het instrument van het early warning-systeem, de beoordeling van de NZa, en eventueel met het College sanering zorginstellingen dat maatregelen kan nemen op het moment dat de zorgfunctie daadwerkelijk in het geding is. Als mevrouw Van Miltenburg meer wil, moet zij dat melden.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Volgens mij heb ik dat in mijn vraag aangegeven. 's Avonds moeten mensen in heel veel delen van het land meer dan een uur reizen als ze naar een huisarts toe moeten. De beschikbaarheid en bereikbaarheid van huisartsen is helemaal niet goed geregeld. Misschien wel op papier, maar in de praktijk voor heel veel mensen in Nederland niet. Als de minister met zo'n wetsvoorstel komt, zouden wij het op prijs stellen als de minister dit uitbreidt naar de eerste lijn.

Minister **Klink**: We spreken hier over acute zorg waarbij het noodzakelijk is om binnen 45 minuten zorgaanbod te krijgen. Dat is een verschil met de huisartsenzorg.

Mevrouw Van Miltenburg vroeg hoe we kunnen voorkomen dat artsen met een beroepsverbod in het buitenland werken. Het BIG-register is via internet beter toegankelijk geworden. Wij overwegen om in het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg op te nemen dat een melding van structureel disfunctionerende artsen bij de inspectie ook in het buitenland bekend moet zijn. Ik heb daar onlangs in een vergadering met de collega's in Europees verband over gesproken om over en weer die inzichtelijkheid te gaan verbeteren.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Er zijn op dit moment minstens acht mensen met een beroepsverbod die in Nederland, niet in het buitenland, werken met patiënten. Wat doet de minister dan voor Nederland om deze situatie te verbeteren? Hoe voorkomen we dat deze artsen zichzelf nog steeds als therapeut neerzetten?

Minister **Klink**: Vrij simpel. Eerst maken we het inzichtelijk. Dat hebben we onlangs gedaan. Ik neem aan dat deze acht artsen, als ze geen selectieve beperking van hun bevoegdheid hebben gekregen, over de hele lijn niet bevoegd zijn. Dit betekent dat zij de voorbehouden handelingen niet mogen uitoefenen en dus dat zij strafbaar zijn als zij dat wel doen. Dus is opsporing in dit geval aan de orde.

Mevrouw Leijten vroeg naar de rol van de NMa en de rol van de patiënt hierin. In de nieuwe beleidsregel staat dat de NMa de cliëntenraden vraagt om een zienswijze op het moment dat er sprake is van een fusievoornemen.

Mevrouw **Leijten** (SP): De minister leest mijn vraag op, maar hij zegt niet wat er dan gebeurt. De NMa vraagt om een zienswijze. Is er dan nog enige mate van inspraak?

Minister **Klink**: Als de NMa de zienswijze van de patiënten betreft bij haar oordeelsvorming, is er toch sprake van inspraak van de kant van de cliënten? Anders zouden we ook kunnen zeggen dat de cliëntenraden de beslissingen gaan nemen.

Mevrouw **Leijten** (SP): In de brief van minister Van der Hoeven staat dat de aangewezen of en cliëntenraden worden gehoord, maar er staat niet bij wat de NMa ermee moet doen. De NMa kan wel met iedereen praten.

Minister **Klink**: Ik denk dat ik maar bij mijn antwoord blijf. Als mevrouw Leijten meer wil, zegt ze in feite dat het oordeel van de NMa overgaat naar het oordeel van de cliëntenraad. De zienswijze van de cliëntenraad wordt

serieus gewogen en vervolgens komt er een publieke verantwoording van de NMa over wat zij met de zienswijze gedaan heeft.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Uit de vraag van mevrouw Leijten spreekt de zorg of de NMa de zienswijze wel serieus weegt. We zien namelijk ook dat de NMa zich er weinig aan gelegen laat liggen wat de NZa vindt. Het is niet voor niets dat de CDA-fractie zegt: laten we de NMa er maar tussenuit knippen. We hebben tot op heden namelijk niet ervaren dat de NMa respect en oog heeft voor de zorgspecifieke vragen die bij fusies aan de orde zijn, ook al heeft ze hetzelfde toetsingskader. Het is voor ons een bevestiging dat het noodzakelijk is om de NMa ertussenuit te knippen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Mijn aanvulling daarbij is dat wij in een hoorzitting over hoe het zover heeft kunnen komen bij Meavita, de NMa uitdrukkelijk gevraagd hebben of ze kijkt naar de wenselijkheid, bereikbare zorg en dergelijke. De NMa blijkt daar niet naar te kijken. Ze kijkt sec naar de marktsituatie. In Zeeland is iedereen inderdaad gehoord, maar vervolgens mocht men wel fuseren. Hierdoor heeft Walcheren nu geen verloskunde meer.

Minister **Klink**: In het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg krijgen de cliëntenraden instemmingsrecht bij fusies. In Zeeland heeft het advies van de inspectie met een sterk zorgspecifieke inkleuring een uitdrukkelijke, misschien zelfs wel doorslaggevende rol gespeeld bij het oordeel van de NMa. De heer De Vries kan dus niet volhouden dat de NMa zich onttrekt aan zorgspecifieke duidingen, zeker niet omdat ze bij de relevante geografische markt wel degelijk ook rekening houdt met patiëntenstromen en de mate waarin men bereid is naar een bepaald ziekenhuis toe te gaan.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Voorzitter. Eerst een enkele algemene opmerking. De governancebrief gaat inderdaad voornamelijk over structuren, wetgeving en instanties. Daarachter gaat natuurlijk de feitelijke wereld van de zorg schuil. Ik denk dat je daar drie partijen voor nodig hebt. In de eerste plaats de cliënten; zij zijn de zorgvragers. In de tweede plaats de medewerkers, vooral die op de werkvloer. In de interactie tussen cliënten en medewerkers moet de zorg geleverd worden. Maar in de derde plaats heb je ook managers nodig. Ik heb vaak kritiek op managers maar ik denk dat ze heel hard nodig zijn om het proces in goede banen te leiden. Maar dan wel op een manier die ondersteunend is aan het primaire proces, niet op een manier die «topdown» dirigistisch bepaalt, in kleine onderdelen, wat medewerkers moeten doen. Dat is een cultuurverandering. Ik ben blij dat verschillende woordvoerders daar aandacht voor gevraagd hebben.

De heer De Vries zei dat de zorg uiteindelijk gaat over kwaliteit en samenhang, en niet over afzetmarkten. Het moet gaan over de dienstbaarheid van zorgverleners. Het zou wat mij betreft ook moeten gaan over de dienstbaarheid van bestuurders en toezichthouders. Alles wat zij doen moet dienend zijn aan het primaire proces van zorgverlening. Dan begrijp ik heel goed dat de governancebrief en ook dit debat technisch kunnen overkomen. Maar we hebben het wel nodig; we komen er niet door alleen warme woorden te spreken over de mooie verhouding tussen cliënt en medewerker. We hebben ook een structuurverandering nodig. Maar met mevrouw Wiegman zeg ik dat dit maar een deel van het verhaal is, de structuurverandering. Deze moet leiden tot een cultuurverandering. Je mag hopen dat een aantal elementen in onze wetten en wetsvoorstellen zullen leiden tot die cultuurverandering. Ik denk dat ze dat zeker zullen doen. Governance en de governancecode moeten bestuurders er wel toe dwingen om over hun eigen positie na te denken en daarop te reflecteren. Het zal alleen niet genoeg zijn. Er zal ook een cultuurverandering op gang moeten komen in de sector. Deze zal door de sector zelf geïnitieerd en

georganiseerd moeten worden. Dat kunnen wij misschien ondersteunen met een aantal projecten. We kunnen er af en toe een impuls aan geven. Maar we kunnen het niet voorschrijven.

Daarmee kom ik bij de eerste vragen: wat kunnen we doen met een governancecode? Hoe zit het met het maximumaantal nevenfuncties van de leden van de raad van toezicht? De minister heeft er al het nodige over gezegd. Ik sluit me daarbij aan. Ik denk dat we een structuurverandering nodig hebben door aan te geven dat er paal en perk gesteld moet worden aan het grote aantal nevenfuncties. Maar we hebben ook een cultuurverandering nodig. Bestuurders moeten zichzelf bewust worden van de vraag wat ze eigenlijk doen, als ze een zorginstelling besturen en daar toezicht op houden. In de complexe wereld van vandaag kun je dit als bestuurder er niet zomaar bijdoen als nevenfunctie. Het vraagt om grote inzet en dienstbaarheid. Ik ben blij te constateren dat de sector en de veldpartijen inzien dat zijzelf initiatieven moeten ondernemen om in de nieuwe zorgbrede governancecode het aantal nevenfuncties te beperken. Alleen verbieden helpt niet voldoende. Het helpt pas als men er zelf van doorrongen is dat er iets moet gebeuren. Ik ben blij dat het veld dit oppikt, want daardoor is er een grotere kans op daadwerkelijk resultaat, dan wanneer je het alleen in een wet vastlegt. Wij hebben er sterk op aangedrongen om het aantal nevenfuncties in de governancecode te beperken tot vijf, zoals dit inderdaad ook in de code-Tabaksblat is gebeurd. Ik ga ervan uit dat het veld hier ook eigen verantwoordelijkheid in neemt. Stap één is gezet, ik ga ervan uit dat er ook volgende stappen worden gezet. Als het veld dit niet doet, zullen we ons buigen over wat er wel moet gebeuren. Daarmee zeg ik ook in de richting van de heer De Vries dat de leden van de brancheorganisaties zich thans over de herziene code 2010 buigen. We hebben nog geen concreet antwoord gehad, maar we gaan ervan uit dat zij zelf die maximering opnemen. De beoogde inwerkingtreding van deze code is afhankelijk van de goedkeuring door de brancheorganisaties. Mijn voorkeur zou het hebben als dit per 1 januari aanstaande in zou kunnen gaan. Mocht dit niet gehaald worden, dan in ieder geval per 1 mei 2010.

Ik heb laatst bij een spoeddebat aangegeven dat ik vorig jaar gesprekken heb gevoerd met raden van toezicht waarvan de bestuurders, meer dan bij andere zorginstellingen, de eigen codes ten aanzien van de topinkomens hebben overtreden, ook omdat ik daar een cultuurverandering wil stimuleren. Ik heb toen de vraag gesteld hoe het zo ver heeft kunnen komen en wat ze eraan gaan doen. Ik zal bij de gesprekken die ik voer met de toezichthouders in mijn sector vanaf nu consequent de vraag gaan stellen hoe het met nevenfuncties zit, om ook op die manier de bewustwording te stimuleren.

Mevrouw Leijten stelde een vraag over de controle op de raad van toezicht. Wie controleert de raad van toezicht? Ik ben het met haar eens dat er op dit moment een gat zit in de toezichtsverhoudingen. Ik geloof dat de minister en ik het hier beiden vaak over gehad hebben, in de debatten over de ontspoorde zorginstellingen. Daarom is dit onderwerp ook onderdeel van aandacht in de brief die de Kamer al in de zomer heeft gekregen. Hier gaan we de komende tijd mee aan de slag. Het kan flauw klinken, misschien vindt de Kamer het niet genoeg, maar ik denk dat de duidelijkheid die we nu scheppen over wat de rollen zijn van de verschillende geledingen en dus ook over de rollen van de raad van bestuur en de raad van toezicht, al in zichzelf een heel belangrijke stap is. We merken namelijk dat het op dit moment diffuus is geregeld. Daarom is het ook voor anderen, denk aan een cliëntenraad of een or, veel moeilijker om de zorgorganisatie erop aan te spreken. Met meer duidelijkheid kunnen leden van de raad van toezicht die hun verantwoordelijkheid niet hebben genomen, persoonlijk aansprakelijk gesteld worden bij wantoezicht. Dit wordt dan weer wettelijk geregeld in het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg. Dit betekent ook dat zij hun verantwoordelijkheid niet serieus nemen als

problemen niet gemeld worden. Daarin zit ook de relatie met het early warning-systeem, zij hun verantwoordelijkheid niet serieus nemen. Ook dit wordt in het wetsvoorstel geregeld. Er zijn dus wel degelijk manieren in de voorstellen die wij presenteren om het toezicht op de toezichthouders te vergroten.

Mevrouw **Leijten** (SP): De persoonlijke aansprakelijkheid bij wanprestaties staat natuurlijk continu open voor discussie. Toen we het hadden over de hypothecaire lening van Aveleijn, moest het CDA de staatssecretaris wel drie keer vragen of dit viel onder een wanprestatie. Dit kan ook nog bij een rechter sneuvelen. Het is een groot probleem. Ze kunnen door niemand weggestuurd worden en bepalen wel de speelruimte van de raad van bestuur. Als zij twee handen op een buik zijn, staan een goede or en een goede cliëntenraad buitenspel. Zij kunnen echt niet afdwingen dat zij alle papieren kunnen inzien. Zij kunnen bepaalde beslissingen niet tegenhouden. De staatssecretaris kan wel juridische stappen nemen. Dat is tenminste iets. Maar het lost niets op. We blijven in die spagaat zitten.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Ik ben het niet met u eens. De duidelijkheid en de aansprakelijkheid zijn twee belangrijke onderdelen, maar een volgend onderdeel dat we gaan regelen is het enquêterecht van de cliëntenraad. Indien de raad van toezicht een taak niet goed uitvoert, is het mogelijk dat de cliëntenraad bij de Ondernemingskamer van het gerechtshof om een enquête vraagt. De Ondernemingskamer kan indien er sprake is van wanbeleid leden van de raad van toezicht ontslaan. Natuurlijk is dat een zware ingreep en een zware procedure. U en ik discussiëren met grote regelmaat over de uitgangspunten die zouden moeten gelden in de zorg. Volgens mij zijn wij het erover eens dat het wenselijk zou zijn om van vertrouwen uit te gaan. Ik vind dat dit ook voor de samenwerking in een instelling tussen bestuur, medewerkers, cliënten en cliëntenraden zou moeten gelden. Maar waar het ontspoord, waar een raad van toezicht zijn verantwoordelijkheid niet neemt, heeft een cliëntenraad in de toekomst middelen om een enquêteverzoek te doen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het enquêterecht versterken, het liefst niet alleen voor de cliëntenraad, maar ook voor het personeel, in de or, vind ik goed. Waar het mij om gaat, is dat er enkel adviesrechten zijn. Er zijn zo weinig instemmingsrechten. Er is voor sommige zaken die het bestuur in samenspraak met de raad van toezicht doet, niet eens een plicht tot openbaarmaking van gegevens. Het controleren van de instellingen en daardoor ook besluiten dat het nodig is om naar de Ondernemingskamer te gaan, lukt niet. Bij Aveleijn kon de cliëntenraad of de or niet eens nee zeggen tegen de beloningsstructuur. Dat is ook een probleem. Als de staatssecretaris de cultuur wil veranderen, prima. Het lijkt me nu juist zo verstandig dat we de mensen om wie het gaat, de mensen die zorg nodig hebben en de mensen die zorg verlenen, instemmingsrecht geven in dit soort zaken.

De **voorzitter**: Ik sta meer interrupties toe dan we hebben afgesproken. Daarom verzoek ik u allen de interrupties zeer kort te houden.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Ik ben het niet met mevrouw Leijten eens dat we dit op alle onderdelen juridisch zouden moeten vastleggen. Ik ben het wel met haar eens dat cliëntenraden een zwaardere rol moeten krijgen dan nu het geval is. In het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg wordt de positie van cliëntenraden op tal van onderdelen versterkt ten opzichte van het bestuur. Maar het moet ook niet omgekeerd zijn. We willen niet dat een cliëntenraad een zorginstelling bestuurt of we zouden naar cliëntenzelfbestuur moeten willen gaan. Ik geloof dat dit in ieder geval bij veel zorgsectoren niet wenselijk is. Als je dat wel wilt, kun je dat met een pgb doen. Dus zelfs die optie hebben we al gecreëerd. Het gaat over het



vinden van evenwicht en het organiseren van «countervailing power» binnen zo'n organisatie. Ik denk zelf dat we door dit wetsvoorstel de positie van de cliëntenraden versterken. Ik vind het een vergaand middel om een cliëntenraad de mogelijkheid te geven een enquêteverzoek over haar eigen bestuur in te dienen. Ik geloof overigens ook dat als er een cultuur wordt ontwikkeld van meer openbaarheid en transparantie, die wij ondersteunen, een cliëntenraad en een of mans genoeg zijn om zelf te kunnen bedenken waar men met het bestuur over wil praten. Als er onderdelen zijn die wij zo zwaarwegend vinden dat ze gemeld moeten worden, zoals we bij Avelijn hebben gezien, moeten deze ook openbaar gemaakt worden en onderdeel worden van de code.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Deelt de staatssecretaris mijn zorg dat het straks uitermate onaantrekkelijk wordt voor vrijwilligers om nog in de raad van toezicht te gaan zitten? Zal die strakke nadruk op alles wat fout kan gaan bij raden van toezicht geen aanleiding geven tot het voeren van een uitermate conservatief en terughoudend beleid?

Staatssecretaris **Bussemaker**: Dat is precies het evenwicht dat we zoeken. Als je alles juridisch dichttimmert en je zegt dat bestuurders zonder meer altijd aansprakelijk zijn, is er straks geen bestuurder meer te vinden. Dat moeten we niet willen. We hebben die bestuurders ontzettend hard nodig, juist ook om de contacten met alle geledingen buiten de zorginstelling te leggen om de verantwoordelijkheden goed te regelen. Waar het nu om gaat, is dat we een aantal ontsporingen zien, dat we die terug willen dringen en dat we daar een kader voor willen schetsen. Maar nogmaals, als we met zijn allen elke keer weer zeggen dat we zo graag van vertrouwen uit willen gaan, moeten we ook het wantrouwen niet meer dan strikt noodzakelijk in de wetgeving vastleggen. Wat doen we dan met de controle op de raad van toezicht? Er vindt een oriëntatie plaats door de minister van BZK naar de meerwaarde van een publieke kamer. Hieraan zouden dan bijvoorbeeld ontslagprocedures van bestuursleden en leden van de raad van toezicht van zorginstellingen kunnen worden voorgelegd. Dat is weer een nieuwe vorm om maatregelen te treffen tegen de ontsporingen die we al uitgebreid besproken hebben.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): In het kader van vertrouwen: deze exercitie is nodig omdat er evidente misstanden zijn geweest. Dat is duidelijk. Maar ik begin er langzamerhand wel grote behoefte aan te krijgen om te weten wat de verhouding is tussen de ontspoorde bestuurders en de andere bestuurders en toezichthouders in de gezondheidszorg die op een correcte, adequate en zeer betrokken manier hun werk doen. Kan de staatssecretaris helpen om hier weer perspectief in te krijgen?

Staatssecretaris **Bussemaker**: Ik vind dat die alle waardering zouden moeten krijgen. We hebben het natuurlijk vaker over incidenten in de zorg, terwijl er ontzettend mooie voorbeelden van zorgverlening zijn in alle sectoren, zowel in de curatieve als in de langdurige zorg. We doen deze eigenlijk te kort door daar te weinig aandacht aan te besteden. Dat is ook niet fijn voor de managers die we nodig hebben en die ondersteunend zijn voor de professionals op de werkvloer. We moeten daar zorgvuldig mee zijn. Het gaat gelukkig om incidenten en niet om een algemene praktijk. We moeten ervoor zorgen dat het vertrouwen zo goed mogelijk tot zijn recht kan komen bij instellingen waar medewerkers, professionals, bestuursleden en leden van raden van toezicht hun verantwoordelijkheid nemen. En op de plekken waar het ontspoot, moeten we maatregelen nemen. Daarom vind ik de governancecode die de sector zelf ontwikkelt een mooie code, omdat ze hiermee aangeven waar bestuurders van uit kunnen gaan. Als er bestuurders zijn die zich niet aan de eigen code

houden, horen ze eigenlijk niet in de sector thuis. De sector geeft het signaal af: u kunt ons vertrouwen, wij houden ons aan de afspraken die wij met elkaar gemaakt hebben.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Mijn interruptie ging juist over het belang van de code. De bewindslieden geven in hun brief van juli aan dat die code te vrijblijvend is voor sommige onderwerpen. Zou het geen goed idee zijn om, evenals bij de code-Tabaksblat, de code een wettelijke basis te geven? Kunnen de bewindslieden de code aanwijzen als code van goed bestuur in de zorg, om daarmee aan te geven dat de code het vertrouwen heeft van de bewindslieden? Daarmee is de vrijblijvendheid van de code en de «pas toe of leg uit»-regeling, wettelijk gewaarborgd.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Er zitten voor- en nadelen aan. Ik ben bereid om die suggestie mee te nemen bij de wettelijke voorbereiding. De vraag is wel hoe je dat precies doet. We zouden moeten kijken of we dit analoog aan de code-Tabaksblat, in de zorg kunnen regelen. Ik wil juist niet dat we, daar waar het in de sector zelf geregeld kan worden, toch weer met een wettelijke omschrijving en gedetailleerdheid komen. Ik dacht dat ik al bij eerdere debatten, ook bij dat over Avelijn, heb gezegd dat ik wil kijken naar een koppeling tussen dat wat in de wet staat en dat wat in de code staat.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Precies die koppeling is nodig, om juist recht te doen aan de zelfregulering en deze tegelijkertijd geen vrijblijvendheid te laten zijn. Het zou van de gekke zijn dat we het bij beursgenoteerde ondernemingen, zonder direct publieke taak, beter regelen dan voor de zorg.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Wij zijn het helemaal met elkaar eens.

Mevrouw **Agema** (PVV): De staatssecretaris zei zojuist dat bestuurders die zich niet aan de code houden eigenlijk niet in de sector thuishoren. Dat vind ik op zich een inspirerende gedachte, die ik kan onderschrijven. Maar wat doen we als een groot aantal bestuurders zich niet aan de code houdt? Gisteren is toch ook weer aan het licht gekomen dat een flink aantal bestuurders ver boven de Balkenendenorm zit. Wat doen we daarmee?

Staatssecretaris **Bussemaker**: Dat is een verantwoordelijkheid die de sector zelf moet nemen. Zo zijn er organisaties die zeggen dat bepaalde instellingen niet meer lid van hun organisatie mogen worden, omdat zij hun goede naam niet willen bezoedelen. Zo moet het ook. Als we dit allemaal weer juridisch en wettelijk vanuit het departement van VWS gaan controleren, zetten we elkaar met allerlei juridische regelgeving volstrekt vast en kunnen we geen stap meer zetten.

Mevrouw van Miltenburg vroeg naar de basisfuncties. Ik vond dat zij een terechte vraag stelde, namelijk: welke vormen van zorg worden beschouwd als cruciale zorgvormen in verband met de AWBZ? Dat is een belangrijke maar niet een makkelijk te beantwoorden vraag, in ieder geval minder makkelijk dan bij de cure. Daarbij gaat het om concrete normen, zoals de 45-minutennorm. In de AWBZ willen we vooral dat de kwaliteit van bestaan voorop staat en natuurlijk ook goede medische zorg, maar niet alleen dat. Ik zou de term cruciaal dan ook niet willen verenigen tot alleen de medische kant van de zorg in de AWBZ, juist omdat cliënten vaak voor de rest van hun leven afhankelijk zijn van de zorg. Dit geldt zeker voor mensen die in een instelling verblijven. Ik vind het van belang dat kader te verduidelijken. Ik vind dat we die discussie eerder met elkaar aan moeten kunnen gaan dan wanneer het wetsvoorstel voorligt. Het is van belang om uitgebreid met elkaar te discussiëren over dit soort

punten. Ik zeg eerlijk dat er misschien wel meerdere stappen nodig zijn in het maatschappelijke en publieke debat om tot een goede afbakening te komen. Ik kan niet op voorhand zeggen dat het over een simpele, eenduidige norm gaat die voor iedereen hetzelfde is. Mijn voorstel is dat de brief die de minister heeft toegezegd over de cure en de basisnormen, een gezamenlijke brief wordt waarin we ook de basisnormen in de care meenemen. Die brief komt dan eind dit jaar of begin volgend jaar. Ik zeg er wel bij dat de normen voor de cure preciezer zullen uitgewerkt zijn dan voor de care. Dat geeft wel de gelegenheid om, voor we met elkaar het wetsvoorstel behandelen, over de basisnormen in de care te discussiëren. Nogmaals, ze zullen dus minder uitgewerkt zijn dan in de cure, maar dat geeft des te meer de noodzakelijkheid aan om dit nu te doen en het niet uit te stellen.

De heer De Vries vroeg of de titel van het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg de lading dekt. Ik weet dat er her en der opmerkingen over worden gemaakt, ook in het veld. Ik denk dat uiteindelijk het wetsvoorstel heel goed zijn naam verdient. Het gaat uiteindelijk voor het overgrote deel over de positie en de rechten van cliënten en goede zorg is daar wel het belangrijkste onderdeel van. Veel onderdelen die te maken hebben met de verhouding tussen medewerkers en bestuur, en de positie van het bestuur en de toezichthouders, zijn uiteindelijk allemaal bedoeld voor de cliënt. Mevrouw Van Miltenburg vroeg: waar blijft de cliënt? Ja, daar is het allemaal om begonnen. Ook bij dit wetsvoorstel. Ik denk dat het uiteindelijk ook voordelen biedt voor cliënten om de onderdelen in een wet bij elkaar te hebben.

Dan is er een aantal vragen gesteld over de positie van cliëntenraden, met name de vraag van de heer De Vries over de gebonden voordracht. Ik heb hem goed gehoord. Hij zegt dat we dit al in eerste termijn hebben toegezegd, en hij geeft ons nog een keer de kans om het te regelen in de wet. Als wij het niet regelen, weet hij wat hem te doen staat. Ik heb het goed in mijn oren geknoopt.

Waarom hebben wij in eerste instantie, zoals het ook in de brief staat, besloten de gebonden voordracht van de raad van toezicht te vervangen door instemmingsrecht op de profielen? Aan de ene kant is dat omdat de raad van toezicht zijn interne toezichtstaak onafhankelijk moet uitoefenen en alle leden daarbij het cliëntenbelang in het oog moeten houden. Mevrouw Wiegman zei ook: de cliëntenraad moet niet op de stoel van bestuurders gaan zitten. Bestuurders moeten integrale afwegingen kunnen maken. Dat is een argument om te zeggen: niemand heeft meer een gebonden voordracht, maar cliënten hebben wel een instemmingsrecht bij alle leden van de raad van toezicht, dus niet alleen bij één persoon. Aan de andere kant hebben we het ook gedaan omdat de cliëntenraad zelf een sterkere positie krijgt, want hij krijgt instemmingsrecht op onderwerpen die de cliënt direct raken. Hij kan dus ook eenvoudiger afdwingen dat er voldoende middelen zijn om de taak uit te voeren. Ik begrijp wel waar de zorg van de heer De Vries vandaan komt. Je zou kunnen zeggen dat instemming bij profielen mooi op papier is, maar hoe weet je zeker dat de belangen van de cliënten voldoende geborgd zijn in de raad van toezicht? Ik ga ervan uit dat dit de achtergrond is van zijn vraag. Daarom stel ik voor dat we nog een keer met de cliëntenraden en met de organisaties van cliëntenraden en medezeggenschap overleggen over het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg. Ze kunnen niet allebei krijgen. We moeten ook evenwicht houden tussen de positie van raden van toezicht, bestuur en cliënten. Ik ben bereid om nog eens met hen te overleggen wat hun voorkeur heeft, gebonden voordrachtsrecht voor één lid of instemmingsrecht bij de profielen. Ik zal hun ook de vraag stellen of er op dit punt onderscheid gemaakt kan worden in zorg zonder kortdurend verblijf, zorg met kortdurend verblijf en zorg met langdurend verblijf. Ik vind zelf dat juist bij langdurend verblijf de vraag naar instemming met posities in de raden van toezicht nog van groter belang is dan bij kortdu-

rende zorg. Dat onderscheid loopt voor een deel gelijk aan de lijn tussen cure en care, maar niet helemaal. Het gaat echt over zorg met kortdurend verblijf en zorg met langdurend verblijf. Ik stel voor dat wij rapporteren over de resultaten bij het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg. Naar verwachting zal de Raad van State binnenkort het advies uitbrengen. Volgend jaar krijgt de Kamer de reactie van de minister en mijzelf op het wetsvoorstel en de reactie van de Raad van State. Dan kunnen wij zo nodig verder over dit onderwerp met elkaar debatteren.

Mevrouw Wiegman vroeg naar de onafhankelijke financiering. Mevrouw Willemse van het CDA heeft er in haar motie ook om gevraagd. In de wet wordt geregeld dat de zorgaanbieder de cliëntenraad onvoorwaardelijk de middelen ter beschikking moet stellen die de cliëntenraad redelijkerwijs nodig heeft ten behoeve van zijn werkzaamheden. De cliëntenraad maakt daar een budget voor en een werkplan en dient een begroting in bij de zorgaanbieder. Het is onmogelijk, vast te stellen hoeveel middelen de aanbieder vervolgens ter beschikking moet stellen, omdat we, gelukkig, een grote variatie in zorgaanbieders hebben. Dit zal dus per instelling en per situatie kunnen verschillen. Als de zorgaanbieder en de cliëntenraad het niet eens zijn over het budget, kan de kwestie ter beoordeling voorgelegd worden aan een commissie van vertrouwenslieden. Eigenlijk proberen we daar ook de lijn te volgen van het uitgaan van vertrouwen. Ik geloof ook dat bij heel veel zorginstellingen de relatie tussen cliëntenraad en bestuur goed is. Daar zal men geen problemen hebben. Mocht men dat probleem wel hebben, dan is er als terugvaloptie een commissie van vertrouwenslieden. Deze wordt gezamenlijk ingesteld door de organisatie van zorgaanbieders en de cliëntenraden. In de wet wordt de aanbieder verplicht om hierbij aangesloten te zijn. Vooruitlopend op de wet zijn organisaties van cliëntenraden en zorgaanbieders al gevraagd om afspraken te maken over de financiering van cliëntenraden en daar is ook een modelfinancieringsregeling voor gemaakt. In de conceptregeling die wij hebben gezien, zijn onder andere objectieve normen opgenomen voor scholing, ondersteuning en coaching van de cliëntenraden. Dat betekent dat er vooruitlopend op de wetwijziging wel degelijk al van alles verandert. De modelfinancieringsregeling geeft ook normen voor de beoordeling van een eventueel geschil over het budget voor een cliëntenraad door een vertrouwenscommissie en versterkt daardoor ook al de mogelijkheden van de cliëntenraad om voldoende budget te krijgen.

Mevrouw Van Miltenburg vroeg naar de actieve betrokkenheid van cliënten in het algemeen. De cliënten hebben op verschillende manieren invloed, door zorg te kunnen kiezen die bij hen past. We willen de keuzevrijheid van cliënten vergroten. Ze kunnen invloed uitoefenen op strategische beslissingen via de cliëntenraad. Daarom is er ook een verzwaaard adviesrecht bij essentiële besluiten, bijvoorbeeld over fusies. Wij ondersteunen cliënten en cliëntenraden om hun rol hierbij te kunnen vervullen, zodat ze op gelijke voet, of in ieder geval op goede voet, met de raad van bestuur kunnen overleggen. Ze krijgen het instemmingsrecht op onderwerpen die het dagelijks leven betreffen. Ik denk dat op die manier de positie van cliënten formeel geborgd wordt, maar ook hiervoor geldt dat het structuurveranderingen zijn en dat je mag hopen dat die structuurveranderingen ook leiden tot een cultuurverandering waarbij aanbieders zich meer gelegen laten liggen aan goede zorg voor de cliënt.

Mevrouw Leijten vroeg hoe we het personeel betrekken bij het debat. Vakverenigingen krijgen enquêterecht bij de Ondernemingskamer. Daar heb ik al op gewezen. Ze kunnen daar misstanden aan de kaak stellen. Personeelsleden van de ondernemingsraad hebben invloed op het beleid van de zorginstellingen. Ik heb al eerder aangegeven dat ik het van groot belang acht dat er ondernemingsraden zijn in de zorg, maar dat ik niet voor de zorg een aparte regeling zou willen hebben voor ondernemingsraden. Dat zou over alle sectoren heen geregeld moeten zijn. Ook daarvoor geldt overigens dat je het niet alleen met structuur kunt regelen en

dat we juist ook via bijvoorbeeld het Zorginnovatieplatform, via subsidies die we geven, proberen om aandacht voor de zorg en de medewerkers op de vloer te creëren. Dit zou in wisselwerking moeten gebeuren.

De **voorzitter**: Dank u wel. Zijn er nog vragen blijven liggen?

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): De staatssecretaris riep bij mij een vraag op met haar toezegging om nog te praten over het wetsvoorstel continuïteit van zorg. De minister gaf duidelijk aan dat het alleen gaat om het vacuüm tussen acute zorg en dat wat nodig is om deze goed te regelen. De staatssecretaris geeft aan dat het in de AWBZ ook gaat over wat nodig is voor mensen die langdurige zorg nodig hebben. Dan vraag ik me af hoe de eerste lijn in die brief gevat moet worden? Ik kan me niet voorstellen dat het wel over de AWBZ en over ziekenhuizenzorg gaat, maar niet over de eerste lijn. Ik hoop dat daarvoor in de brief ook aandacht is. Ik begrijp dat er nu geen antwoord op gegeven kan worden.

De **voorzitter**: Dat lijkt mij een goed idee.

Dan hebben we nog de discussie over een aantal onderwerpen waarvan wij het minder wenselijk vinden dat ze pas tijdens het wetgevingstraject aan de orde komen. Als ik het uit mijn hoofd zeg, gaat het onder andere om de resultaatsafhankelijke uitkering en de verticale integratie. Er is ons een brief toegezegd. Zou het een optie zijn dat wij vragen om op deze punten nog nader in te gaan?

De heer **Jan de Vries** (CDA): Ik ga ervan uit dat in de voorbereiding goed geluisterd wordt naar dit debat en dat dit een vertaling krijgt in wetsvoorstellen waarvan op sommige onderdelen een grote meerderheid in deze Kamer vindt dat dingen geregeld moeten worden. Je kunt bij het wetsvoorstel discussie hebben over de proportionaliteit en over de mate waarin, maar dat is een discussie die we bij het wetgevingstraject krijgen. Sommige dingen moeten nu snel gebeuren. Ik wil nu geen ambtelijke capaciteit verknoeien ten koste van een nieuwe schriftelijke ronde met de Kamer. Ik steek die energie liever in het zo snel mogelijk neerleggen van een goede wet bij de Kamer, zodat we daar een debat over kunnen hebben.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Dat deel ik wel. Ik zit er zelf ook mee hoe we de samenhang in de gaten houden. Maar daar zijn we wel zelf bij. Ik denk dat de minister en staatssecretaris hiervan goed doordrongen zijn. Op het moment dat zij de wetten aanleveren aan de Kamer, zullen zij dus die samenhang bewaken. Doen zij dat niet, dan denk ik dat wij als Kamerleden ook heel goed in staat zijn om de minister en de staatssecretaris er heel scherp op te houden dat de samenhang gewaarborgd is.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik zit te aarzelen. Als je zegt dat de brieven die hier voorliggen een goed en samenhangend beeld geven, dan hoef je het er niet meer over te hebben. Maar ik krijg de indruk dat er nogal wat losse eindjes zijn. Die wetten komen na elkaar en door elkaar, dus hoe moeten we bij een wetsvoorstel in de gaten houden dat het deeltje over de relatie medische staf en raad van bestuur in de wet cliëntenrechten zit, enzovoort? Dat is gewoon heel lastig, omdat deze brieven daar met opzet ook heel vaag in zijn. Maar goed, als iedereen zegt dat het bij het wetgevingstraject wel goed komt... Maar ik zou wel graag een prioriteitenlijstje hebben van wat er meteen moet gebeuren en wat er kan wachten.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik ben het grotendeels met de heer Van der Veen eens. Blijkbaar vindt een meerderheid hier dat alles zo maar

door kan gaan. We hadden gedacht dat dit een hoofdlijnen debat zou zijn. Dat is het niet geworden. Er zijn veel te veel losse eindjes. Tussen de eerste en de tweede termijn wordt weer een nieuwe wet aangekondigd, het wetsvoorstel continuïteit van zorg.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Maar de VVD heeft twee woordvoerders.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Zo hebben wij beiden het beleefd. Wij zouden graag een hoofdlijnen debat hebben, waarbij echt duidelijk wordt wat de samenhang is tussen de verschillende wetten.

Mevrouw **Leijten** (SP): We hebben twee behoorlijk dikke brieven gekregen over bestuur in de zorg. Er zullen vijf wetten uitkomen, vier bij VWS, en één bij Justitie. Er knelt wel iets. Ik ben het eens met de heer De Vries dat we niet te veel capaciteit aan onzinnige dingen moeten besteden. Maar ik ben er bang voor dat we begin 2010 een debat hebben over het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg en dan in de zomer weer geconfronteerd worden met andere wetsvoorstellen, terwijl we dan al een hele discussie hebben gehad. Ik vind dat wel wringen. Of die wetsvoorstellen moeten dan maar eerder in de Kamer behandeld worden, dat kan ook nog wel een toezegging zijn.

Minister **Klink**: Ik gaf zo-even al aan dat deze brief vrij omvangrijk is. Het is niet voor niets een brief waaruit een aantal wetsvoorstellen voortvloeit. Juist om die samenhang aan te brengen, hebben we ervoor gekozen niet met afzonderlijke brieven te komen. De insteek is duidelijk. We hebben zes uur gedebatteerd. We nemen natuurlijk alle punten in overweging, bijvoorbeeld het punt van de coöperatie. Natuurlijk zal dit punt straks meelopen in het wetgevingstraject rondom Justitie. Ik zal zeker berichten hoe we daar verder mee omgaan. Natuurlijk zal ik mijn collega daarover inlichten en nemen wij dat vervolgens mee in een traject voor VWS. Ik zou met een variant op het woord verknoeien willen zeggen dat wij de toch al vrij geringe ambtelijke capaciteit, goed moeten kapitaliseren. De prioritering is aangebracht in de volgorde van de wetsvoorstellen die komen. In de brief staat een planning van de wetgevingstrajecten. Ik denk dat in de prioritering wel degelijk de volgordelijkheid is aangegeven. De wet cliëntenrechten zorg komt begin 2010. De cruciale zorgfuncties vormen een belangrijk thema, omdat daarmee de steunverlening aan ziekenhuizen gemoeid is.

Dat is echter behoorlijk te separeren van de vraagstukken rondom de governance. Dat zijn echt twee onderscheiden vraagstukken. Rondom de governance speelt onder andere de resultaatsafhankelijkheid van de investeringen. Ook deze zou ik toch met enige snelheid bij de Kamer willen aanbrengen, zodat we geen vertraging oplopen en over anderhalf jaar moeten constateren dat het wetgevingstraject dat we met elkaar zijn ingegaan, niet aan behandeling door de Eerste Kamer is toegekomen. Dat zou doodzonde zijn, nog even afgezien van de uitkomsten. Het staat elke fractie natuurlijk vrij om haar eigen standpunten te bepalen.

De **voorzitter**: We hebben de minister gehoord. Ik denk dat we hier verder mee aan de slag gaan. Het leek me goed om bij eenieder te inventariseren en het commentaar van de minister daarop te horen. Ik dank de minister, de staatssecretaris, de ambtenaren en de collega's voor hun aandeel in dit debat en ik sluit de vergadering.