

Vergaderjaar 2014–2015

33 168

Wijziging van de Wet toelating zorginstellingen en enkele andere wetten om het mogelijk te maken dat aanbieders van medisch-specialistische zorg, mits zij aan een aantal voorwaarden voldoen, winst uitkeren (voorwaarden voor winstuitkering aanbieders medisch-specialistische zorg)

B **VOORLOPIG VERSLAG VAN DE VASTE COMMISSIE VOOR VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT¹**

Vastgesteld 7 oktober 2014

Het voorbereidend onderzoek van dit wetsvoorstel geeft de commissie aanleiding tot het maken van de volgende opmerkingen en het stellen van de volgende vragen.

Inleiding

De leden van de **VVD**-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van dit wetsvoorstel en zij hebben daarover nog een aantal vragen.

De leden van de **PvdA**-fractie hebben kennisgenomen van het wetsvoorstel vergroten investeringsmogelijkheden in medisch-specialistische zorg. Deze leden hebben naar aanleiding van dit wetsvoorstel de volgende vragen, onderverdeeld in vijf blokken: probleemanalyse, rechtmatigheid, doeltreffendheid, doelmatigheid, uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid.

De leden van de **CDA**-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het voorliggend wetsontwerp. Teneinde hun standpunt te kunnen bepalen zien zij graag nog een aantal vragen beantwoord.

De leden van de **SP**-fractie hebben kennisgenomen van het wetsvoorstel en zij hebben daarover een aantal vragen.

De leden van de **D66**-fractie hebben kennisgenomen van het wetsvoorstel, dat er toe moet leiden dat zorgaanbieders gemakkelijker dan voorheen en anders dan van banken kapitaal kunnen aantrekken uit de

¹ Samenstelling:

Holdijk (SGP), Dupuis (VVD) (*vice-voorzitter*), Linthorst (PvdA), Slagter-Roukema (SP) (*voorzitter*), Thissen (GL), Nagel (50PLUS), Koffeman (PvdD), Kuiper (CU), Quik-Schuijt (SP), Reuten (SP), De Vries-Leggedoor (CDA), Flierman (CDA), Barth (PvdA), Martens (CDA), vac. (CDA), Scholten (D66), Backer (D66), Ganzevoort (GL), De Lange (OSF), Ter Horst (PvdA), Beuving (PvdA), Frijters-Klijnen (PVV), Van Dijk (PVV), De Grave (VVD), Bröcker (VVD), Beckers (VVD), Van Beek (PVV), Bruijn (VVD), Koning (PvdA).

private financiële markt. Het aantrekken van kapitaal uit de private markt volgens de in het wetsvoorstel gekozen vorm heeft directe gevolgen voor het uitkeren van dividend. In het wetsvoorstel zijn daartoe terecht diverse drempels opgeworpen want de belangrijkste doelstelling, te weten verbetering van de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg, mag niet uit het oog worden verloren. Dit vergt voortdurende aandacht en onderhoud. De leden van de fractie hebben enige vragen.

De leden van de fractie van **GroenLinks** hebben met zorg kennisgenomen van dit wetsvoorstel. Alhoewel zij op zichzelf de geformuleerde intentie delen – te weten een verbetering van de kwaliteit, dienstverlening en doelmatigheid van medisch-specialistische zorg – zien zij geen onderbouwde relatie tussen deze intentie en de voorgestelde wijzigingen in het stelsel. Bovendien hebben zij wezenlijke bedenkingen bij een verdere privatisering van het zorgstelsel. Deze leden hebben daarom de volgende vragen.

De leden van de **ChristenUnie**-fractie hebben kennisgenomen van het wetsvoorstel «Wet cliëntenrechten zorg en enkele andere wetten om het mogelijk te maken dat aanbieders van medisch-specialistische zorg, winst uitkeren (voorwaarden voor winstuitkering aanbieders medisch-specialistische zorg)». De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe met onderhavig wetsvoorstel het belang van de patiënt voldoende wordt gediend. Deze leden hebben daarom de volgende vragen.

VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie merken allereerst op dat een aantal amendementen de wet aanzienlijk heeft veranderd, maar vooral ook de regeldruk rond instellingen van gezondheidszorg zeer aanzienlijk heeft vergroot. Deze leden vragen daarom aan de regering om nauwkeurig op een rij te zetten welke regels nu op grond van deze wet worden toegevoegd aan het toch al regeldichte veld van de gezondheidszorg, en wat deze regels in de praktijk van de gezondheidszorg voor effecten zullen geven. In dit verband vragen deze leden ook om een regeldruktoets conform de strekking van de ingetrokken motie-Ter Horst c.s.²

Het valt deze leden op dat dit wetsvoorstel enerzijds beoogt investeringen mogelijk te maken in instellingen die zorg aanbieden (wat tot nu toe grotendeels verboden is), maar daaraan een aantal voorwaarden verbindt die de kans dat die investeringen ook zullen plaatsvinden in hoge mate reduceert. Heeft deze wet dan nog wel zin, zo vragen deze leden. Deels zijn deze voorwaarden veroorzaakt door de amendementen die in de Tweede Kamer zijn aangenomen (zoals: «de eerste drie jaar na investering is uitkering van rendementsvergoeding niet toegestaan»³ en: «er moet een voorafgaande kwaliteitstoets plaatsvinden door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: IGZ)»⁴ en «ook op de continuïteit van het zorgaanbod, door de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa)»⁵).

Amendementen zijn niet ter advisering voorgelegd aan de Raad van State. Maar sommige hebben een dermate grote impact, dat het niet verantwoord lijkt om deze amendementen, die in dit geval geheel niet met het veld besproken zijn, zonder meer over te nemen. Dit geldt wel in de allereerste plaats voor het amendement-Bruins Slot⁶ dat gaat over de

² Kamerstukken I, 2013–14, 33 253, F.

³ Kamerstukken II, 2013–14, 33 168, nr. 23.

⁴ Kamerstukken II, 2013–14, 33 168, nr. 14.

⁵ Kamerstukken II, 2013–14, 33 168, nr. 19.

⁶ Kamerstukken II, 2013–14, 33 168, nr. 28.

bemoeienis van het College Sanering Zorginstellingen (hierna CSZ), waardoor in de toch al onder vuur liggende sectoren van de (langdurige) zorg grote onrust is ontstaan. Het gaat hierbij om artikel 18 Wet toelating zorginstellingen (hierna: WTZi), dat de regering wilde schrappen. Dit artikel, dat de positie en reikwijdte van de CSZ regelt, moet conform het amendement nu weer gehandhaafd worden en wordt zelfs uitgebreid. Zo neemt de bemoeienis van de overheid (via het CSZ) toe bij het vervreemden en verhuren van onroerend goed, maar ook bij het verwerven ervan, dit terwijl de Raad van State in 2007 al uitsprak dat «de overheid ten principale geen bemoeienis heeft met de vraag naar de besteding van het eigen vermogen van een instelling». Maar de Tweede Kamer wenst door dit amendement juist dat de overheid hier meer dan ooit boven op gaat zitten. Dit betekent ook dat Raden van Toezicht van instellingen in feite niet meer het laatste woord hebben, en monddood worden gemaakt terwijl het tot hun taak behoort juist op deze dossiers een rol te spelen. De leden van de VVD-fractie willen graag van de regering horen welke feiten deze drastische ingreep noodzakelijk maken. Gaat er dan zoveel mis in de praktijk? Deugen de Raden van Toezicht niet? Doen ze hun werk niet goed? Graag vernemen deze leden feitelijk onderbouwde antwoorden. Nogmaals, deze maatregel veroorzaakt een zeer ingewikkelde situatie bij instellingen die juist in deze tijd zozeer in zwaar weer zitten, en dus gedwongen worden tot vele transacties van aankoop en verkoop of verhuur, en een enorme extra regeldruk, en is een zeer belastende factor in het onderhandelen met eventuele kopers of huurders. Dit is bovendien een onderwerp dat op zich nauwelijks past bij hoofdinhoud van deze wet, maar dus wel een enorme impact zal hebben op een sector waarmee niet eens enig overleg heeft plaatsgevonden. Deze leden menen dat zulke impactvolle toevoegingen aan een wet strijdig zijn met behoorlijke wetgeving. De leden van de VVD-fractie hebben grote moeite met deze wijziging van artikel 18 WTZi in deze zin, en vragen de regering om haar argumentatie om dit amendement te aanvaarden en niet zeer af te raden.

Een andere vraag die de leden van de VVD-fractie hebben betreft de zelfstandige behandelcentra (hierna: ZBC's). Geldt dit wetsvoorstel ook voor ZBC's en betekent dit voor ZBC's die nu al met privaat geld gefinancierd worden, juist niet een belemmering van hun expansiemogelijkheden, of is dit juist hetgeen de regering bedoelt?

Voorts vragen deze leden of rente wel betaald mag worden of valt dit ook onder het verbod om rendement uit te keren, respectievelijk de beperkingen daarvan door een aantal voorwaarden? Of wordt rendement gelijk gesteld met rentekosten, en is dat dan niet een veel te beperkende maatregel, als betaling daarvan zozeer gelimiteerd wordt?

PvdA-fractie

Probleemanalyse

In de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel⁷ wordt gesteld dat door het verbod op winstoogmerk en daarmee in de praktijk ook een verbod op winstuitkering aanbieders van medisch-specialistische zorg thans nog niet goed in staat zijn privaat kapitaal in de vorm van risicodragend (eigen) vermogen aan te trekken en dat zij daarom bij financiering van hun bezittingen vooral aangewezen zijn op vreemd vermogen. Geconstateerd wordt dat banken steeds minder bereid zijn leningen te

⁷ Kamerstukken II, 2011–12, 33 168, nr. 3, pagina 2.

verstrekken.⁸ Voorts constateren de leden van de PvdA-fractie dat investeerders thans niet de rol van (mede)eigenaar hebben. De Nederlandse ziekenhuizen beschikken reeds over risicodragend eigen vermogen. Graag ontvangen deze leden de meest recente cijfers over de solvabiliteit van deze instellingen. Deze leden vernemen graag wat de ontwikkeling is geweest van de totale omvang (in euro's) van het vreemde vermogen van de Nederlandse ziekenhuizen sinds 2005, het jaar waarin een begin werd gemaakt met het niet meer op voorhand volledig vergoeden van de kapitaallasten. Acht de regering het noodzakelijk dat investeerders meesturen in de zorg? Zou deze rol niet veel beter door bewoners in het relevante adherentiegebied en cliënten ingenomen kunnen worden? Is de regering bereid de positie van bewoners in het relevante adherentiegebied en cliënten via wetgeving verder te versterken?

Rechtmatigheid

Deze leden constateren dat ZBC's thans veelal opgezet zijn als een stichting met een (verwante) BV, waarbij de stichting de zorg contracteert en de BV deze vervolgens in onder-aanneming van de stichting uitvoert. Kan worden geconcludeerd dat hiermee de facto winstuitkering in de medisch-specialistische zorg reeds is toegestaan? Hoe waardeert de regering het aangenomen amendement Van der Staaij,⁹ waarin het mogelijk wordt gemaakt nadere regels te stellen aan de maximale daling van de solvabiliteit als gevolg van een winstuitkering bij of krachtens een algemene maatregel van bestuur in termen van rechtszekerheid? Is de regering in dit kader bereid vlot met een algemene maatregel van bestuur dienaangaande te komen, zodat rechtszekerheid kan worden geboden?

Artikel I, onderdeel B, bepaalt met artikel 41e dat indien een zorgaanbieder die medisch-specialistische zorg verleent een toezichthoudend orgaan heeft, dit over ieder voornemen tot het uitkeren van winst *gehoord* dient te worden. Hoe verhoudt deze bepaling zich tot de statutaire praktijk dat besluiten tot winstbestemming *goedkeuring* van de raad van commissarissen behoeven?

Acht de regering het wenselijk dat besloten kan worden over winstuitkering in strijd met een negatief advies van de raad van commissarissen?

Kan de regering aangeven waarin de rol en positie van de raad van commissarissen van een aanbieder van medisch-specialistische zorg afwijkt van die van de raad van toezicht van een aanbieder van medisch-specialistische zorg?

Waarin wijkt de rol en positie van de raad van commissarissen van een aanbieder van medisch-specialistische zorg af van die van een raad van commissarissen louter op grond van het burgerlijk recht? Acht de regering dit voldoende waarborg dat de zorgaanbieder zich primair op haar maatschappelijke doeleinden richt?

Doeltreffendheid

Het wetsvoorstel beoogt (onder andere) het voor aanbieders van medisch-specialistische zorg gemakkelijker te maken om investeringen te financieren. Acht de regering het denkbaar dat het verkrijgen van financiering ten behoeve van investeringen geholpen zou zijn bij het

⁸ Kamerstukken II, 2011–12, 33 168, nr. 3, pagina 3.

⁹ Kamerstukken II, 2013–14, 33 168, nr. 21.

creëren van grotere zekerheden voor zorginstellingen en zorgverzekeraars in de vorm van meerjarige inkoopcontracten? Is de regering voornemens dergelijke meerjarige zorginkoop te stimuleren?

Ziet de regering ook nog andere mogelijkheden voor het aantrekken van vreemd vermogen door de Nederlandse ziekenhuizen, zoals door uitgifte van obligaties, sale-en-lease-back en het aantrekken van achtergestelde leningen? Ziet de regering voorts mogelijkheden voor financiering door overheidsbanken en -fondsen, zoals BNG Bank nu reeds doet? Zou hiermee niet goeddeels in een oplossing voor de in de memorie van toelichting gesuggereerde financieringsproblemen kunnen worden voorzien?

Welke effecten voorziet de regering van de aangenomen amendementen Bouwmeester,¹⁰ Van der Staaij,¹¹ Dijkstra¹² en Bruins Slot¹³ op de bereidheid van investeerders om te participeren?

In welke mate en hoe wijzigt de positie van cliënten van de aanbieder van medisch-specialistische zorg met dit wetsvoorstel?

In welke mate en hoe wijzigt de positie van bewoners in het adherentiegebied met dit wetsvoorstel?

Acht de regering het denkbaar dat met dit wetsvoorstel de positie van kleine, perifere ziekenhuizen verder verslechtert en de beschikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg aldaar in het gedrang komen? Hoe waarborgt de regering dat ook ziekenhuizen die er niet in slagen investeerders te vinden de kwaliteit van hun zorgaanbod verder versterken?

Doelmatigheid

Deze leden zijn niet overtuigd van de berekening in de memorie van toelichting van de eenmalige en structurele nalevingslasten in geval aanbieders van medisch-specialistische zorg er voor kiezen winstuitkering mogelijk te maken.¹⁴ Zo lijkt de inzet van het bestuur, ondersteunende juridische en fiscale experts, de ondernemingsraad en het toezicht in het geheel niet meegenomen te zijn. Graag zien deze leden een hernieuwde berekening van deze kosten.

Deze leden zijn evenmin onder de indruk van behandeling van de fiscale aspecten van het wetsvoorstel. Toetreding van een private partij als winstgerechtigde van een zorginstelling en het veranderen in een organisatie met een winst oogmerk heeft in ieder geval gevolgen voor de vennootschapsbelasting en de BTW en zij kan voorts gevolgen hebben voor de schenkbelasting en de overdrachtsbelasting. Daarmee lekt geld weg uit de zorg. Kan de regering aangeven om welke bedragen het op jaarbasis gaat, uitgaande van de verwachting van de regering dat 10 tot 15% van de aanbieders van medisch-specialistische zorg uitkeerbare winst zal invoeren?

Uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid

In het overleg met de Tweede Kamer¹⁵ heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangegeven dat de maatschappelijke doelstelling van de zorginstelling en de patiënten centraal moeten blijven staan, ook wanneer er sprake is van het toestaan van private investeerders. Zij sprak in dat kader over een maatschappelijke onderneming

¹⁰ Kamerstukken II, 2013–14, 33 168, nr. 19 en 20.

¹¹ Kamerstukken II, 2013–14, 33 168, nr. 21.

¹² Kamerstukken II, 2013–14, 33 168, nr. 24.

¹³ Kamerstukken II, 2013–14, 33 168, nr. 28.

¹⁴ Kamerstukken II, 2011–12, 33 168, nr. 3, pagina's 24–25.

¹⁵ Handelingen II, 2013–14, nr. 99, item 12.

dan wel een organisatie met maatschappelijke doeleinden. Hoe gaat de regering er op toezien dat dergelijke maatschappelijke doeleinden adequaat in de statuten van aanbieders van medisch-specialistische zorg zijn en blijven opgenomen? En hoe gaat de regering er op toezien dat genoemde aanbieders conform hun statuten blijven handelen, ook na de eenmalige extra toetsing door de IGZ en de NZa voorafgaande aan de eerste winstuitkering?

CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie constateren dat de indiening van het wetsvoorstel plaatsvond in februari 2012. Kan de regering duiden in hoeverre de omstandigheden voor het doen van winstuitkering intussen zijn veranderd? Zijn de condities gunstiger of ongunstiger geworden? Kan de regering nieuwe factoren benoemen die sinds februari 2012 van invloed op de afweging van investeerders zouden kunnen zijn, in positieve of negatieve zin? In de nota naar aanleiding van het verslag¹⁶ somt de regering een aantal factoren op die investeerders ervan zouden kunnen weerhouden te investeren in aanbieders van medisch-specialistische zorg. Deze passage vinden de leden van de CDA-fractie ontluisterend omdat de factoren allen betrekking hebben op overheidsbeleid. Hoe ziet de regering die factoren nu? Is het beleid inmiddels zo gewijzigd, dat investeerders meer vertrouwen in de overheid kunnen hebben? Welke wijzigingen betreft het volgens de regering? Is er inmiddels voldoende zekerheid en transparantie om investeerders aan te trekken? Zo ja, waaruit blijkt dat? Hoe wordt de investeringsbereidheid nu ingeschat door de regering?

Bij de behandeling van het wetsontwerp werd aanvankelijk ook nogal eens de kritiek gehoord dat de wet c.q. de mogelijkheid van winstuitkering te snel zou komen. Ook nu wordt dat signaal wel gehoord, verwijzend naar bijvoorbeeld de discussies over de positionering van medisch specialisten in 2015. Hoe ziet de regering dat op dit moment?

Voordat een investeerder winst kan uitkeren zal de inspectie een eenmalige kwalitatieve toets uitvoeren. Van verschillende zijden is er op aangedrongen deze kwalitatieve audit niet eenmalig, maar periodiek, bij voorbeeld eens in de zes jaar te laten plaats vinden. De regering voelt daar niet voor, maar de leden van de CDA-fractie zijn nog niet overtuigd door de bezwaren van de regering. Kan de regering nog eens uiteen zetten waarom een periodieke toets niet zinvol zou zijn, en daarbij dan ook de vraag beantwoorden of dat niet voor alle aanbieders, ongeacht hun rechtsvorm en financiering zou moeten gelden? Wil de regering daarbij ook betrekken hoe inmiddels in andere sectoren van overheidszorg over een dergelijke periodieke accreditatie wordt gedacht?

De leden van de CDA-fractie vernemen graag hoe de regering de positie van de Raad van Toezicht ziet, als een instelling omgezet is in een BV of NV. Op verschillende plaatsen in de toelichting verwijst de regering naar de rol en positie van de Raad van Toezicht (hierna: RvT). Echter, er zal ook een Raad van Commissarissen (hierna: RvC) zijn die door de aandeelhouders wordt benoemd. De taak van de RvC wordt door het vennootschapsrecht bepaald. Hoe verhouden RvC en RvT en het bestuur zich tot elkaar? Is er geen sprake van taken en bevoegdheden die op meerdere plaatsen belegd zijn? Graag ontvangen de leden van de CDA-fractie een nadere toelichting op de bestuursstructuur en de taken en bevoegdheden van de verschillende bestuursorganen van dergelijke instellingen voor zover die door de wet wordt voorgeschreven. Wie benoemt de bestuurder van het ziekenhuis?

¹⁶ Kamerstukken II, 2012–13, 33 168, nr. 8, pagina 7.

Graag vernemen de leden van de CDA-fractie ook hoe naar het inzicht van de regering wordt omgegaan met de spanning tussen medisch professionele verantwoordelijkheden en het toezicht daarop, en bedrijfseconomische verantwoordelijkheden en belangen, en het toezicht daar op? Voor wat betreft de medisch/professionele verantwoordelijkheden hebben de intercollegiaal ontwikkelde richtlijnen en protocollen een functie, alsmede intercollegiale toetsing, het tuchtrecht, en de IGZ. Voor wat betreft de bedrijfseconomische belangen zijn er de accountant, de RvC en de aandeelhouders. Hoe wordt met conflicterende belangen omgegaan, en kan de regering aangeven hoe wordt zeker gesteld dat waar nodig de professionele verantwoordelijkheid boven het bedrijfseconomisch belang gaat? Hoe is dat geborgd?

Het is voor een goede werking van het stelsel zoals de regering dat nastreeft van groot belang dat zorgverzekeraars als bundeling van de vraag van patiënten niet alleen naar de prijs, maar evenzeer naar de kwaliteit van de zorg die zij inkopen, kijken. Hoe staat het met het zicht op de kwaliteit van de geboden zorg? Is er voldoende inzicht, en zijn de zorgverzekeraars inmiddels voldoende geëquipeerd om op kwaliteit in te kopen? Graag een reactie van de regering.

De leden van de CDA-fractie zouden graag zien dat openbaar is wie investeert in een aanbieder van medisch specialistische zorg. De regering verwijst in stukken naar komende wetswijzigingen op dit punt. Hoe staat het daar nu mee? Kan de regering toezeggen dat via een openbaar register duidelijk wordt wie er in een aanbieder hebben geïnvesteerd?

De leden van de CDA-fractie zouden ook nog graag gespecificeerd zien welke positie private investeerders die al betrokken zijn van aanbieders van medisch specialistische zorg, nu hebben. Zij denken dan aan het Slotervaartziekenhuis, de IJsselmeerziekenhuizen maar ook aan monodisciplinaire behandelcentra en private klinieken. Mogen zij wel winst uitkeren aan hun eigenaren of investeerders? Zo niet, wat is dan de beloning voor de bereidheid kapitaal beschikbaar te stellen?

Tot slot hebben de leden van de CDA-fractie nog enkele vragen over de verhouding tussen dit wetsvoorstel en de Wet normering topinkomens (hierna: WNT), zoals die nu geldt, en mogelijkterwijls op basis van het regeerakkoord wordt gewijzigd. Is het juist dat de bezoldigingsmaxima van de WNT ook gelden voor bestuurders van instellingen die in private handen zijn gekomen? In welke mate zal dit de investeringsbereidheid beïnvloeden, en wat zal naar verwachting van de regering de impact van een voorgenomen wijziging van de WNT zijn? Is het voor de regering denkbaar dat een private investeerder, bijvoorbeeld een buitenlandse zorgaanbieder, een van zijn topmanagers vraagt de leiding van een Nederlandse instelling op zich te nemen, en daar een aanmerkelijke verbetering in de kwaliteit en efficiency te bewerkstelligen? Hoe ziet de regering de bezoldiging van de bestuurder in deze situatie?

De regering geeft in de stukken aan dat zij er geen bezwaar tegen heeft dat er winst, als een beloning op geïnvesteerd vermogen, naar investeerders vloeit, ook al is die winst in eerste instantie met premie- of belastinggeld tot stand gekomen. Daarbij geldt het argument dat de afgesproken prestatie is geleverd. Kan de regering uitleggen waarom deze argumentatie mutatis mutandis niet ook zou gelden voor de beloning van de bestuurders?

SP-fractie

Algemeen: terminologie

De leden van de SP-fractie vragen op twee punten om terminologische opheldering en precisie.

Terminologie investeren en beleggen

De memorie van toelichting – alsmede de erop volgende stukken van regeringswege – gebruikt de term «investeren» in twee (vermoedelijke) betekenissen, namelijk die van investeren en die van beleggen. Het onderscheid tussen «reële» en financiële acties en transacties (respectievelijk investeren en beleggen) is in economische verhandelingen, zoals die van het onderhavige wetsvoorstel, belangrijk. Onder andere de Wet op het financieel toezicht maakt een duidelijk onderscheid tussen investeren en beleggen. De bewindslieden van Financiën hebben toegezegd¹⁷ dit onderscheid in communicatie met de Kamer te handhaven. Bijvoorbeeld de volgende passage uit de memorie van toelichting¹⁸ laat zien hoe de lezer moet gissen naar wat er beweerd wordt: «Door het toestaan van gereguleerde winstuitkering, wordt het voor aanbieders gemakkelijker om nieuwe investeringen (gedeeltelijk) te financieren door risicodragend kapitaal aan te trekken, terwijl ze nu vooral zijn aangewezen op vreemd vermogen. De zorgaanbieders moeten investeerders [= beleggers] er wel van overtuigen dat zij [wie is «zij»? bij duidelijke terminologie t.a.v. investeren/beleggen zou dit «zij» geen probleem geven] een goed onderbouwd investeringsplan hebben [het investeringsplan van de zorgaanbieders of het plan van de beleggers om te beleggen?] en dat de investering [= belegging of investering?] zich op termijn terugverdient. Wanneer een private investeerder [= belegger] op basis van dat plan wil investeren [= beleggen] zullen banken ook meer vertrouwen hebben in de investeringsvoorstellen [een beleggingsvoorstel aan de bank?] en gemakkelijker overgaan tot het co-financieren van de plannen door middel van vreemd vermogen.»

De leden van de SP-fractie vragen de regering om voortaan, en zeker bij de verdere communicatie over dit wetsvoorstel, de genoemde termen te onderscheiden.

Terminologie doelmatigheid en efficiëntie

Doorheen de memorie van toelichting worden veelvuldig de termen «doelmatigheid» en «efficiëntie» gebruikt.¹⁹ Relevant voor dit wetsvoorstel is dat dit zonder nadere specificering vrij inhoudsloze termen zijn. Iedereen is (eventueel bij nader inzien) altijd vóór doelmatigheid/ efficiëntie. De vraag is met betrekking tot welk oogmerk (bijvoorbeeld met betrekking tot genezing van patiënten, werkvreugde of kapitaalrendement). De leden van de SP-fractie vragen de regering om voor de

¹⁷ Deze toezegging is geregistreerd onder nummer T01369.

¹⁸ Kamerstukken II, 2011–12, 33 168, nr. 3, pagina 4.

¹⁹ Kamerstukken II, 2011–12, 33 168, nr. 3.

Bijvoorbeeld: «het doel van deze omslag [in het zorgstelsel] is te komen tot meer doelmatigheid» (pagina 2); «bestuurders zullen druk ondervinden van de aandeelhouder om ... zorg zo efficiënt mogelijk te leveren» (pagina 3); «het hoofddoel van dit wetsvoorstel is een verbetering van de ... doelmatigheid van medisch-specialistische zorg» (pagina 3). En: «hoe efficiënter de bedrijfsvoering is, hoe lager de kosten zijn en hoe meer kans er is op winst(uitkering). Een investeerder met zeggenschap over de bedrijfsvoering, kan maximaal sturen op doelmatigheid. ... Kortom, de regering verwacht dat door winstuitkering mogelijk te maken voor aanbieders van medisch-specialistische zorg de doelmatigheid van de zorg verbetert.» (pagina 3).

duidelijkheid bij de verdere communicatie over dit wetsvoorstel de genoemde termen steeds te voorzien van het oogmerk (bijvoorbeeld kapitaalrendementsefficiëntie).

Sturingswijze van de sector

De leden van de SP-fractie hebben vragen over de sturingswijze van de sector, zoals verwoord in de inleiding van de memorie van toelichting. Deze stelt:²⁰

«Sinds 2006 is een stapsgewijze omslag gemaakt van een stelsel waarin gestuurd werd op en door het aanbod, naar een stelsel van vraagsturing. (...) Hoewel er betekenisvolle stappen zijn gezet, is de stelselherziening nog niet afgerond. Het systeem bevindt zich in de transitiefase tussen het oude aanbod gereguleerde systeem en het nieuwe vraag gestuurde systeem in.» Is het correct dat het onderhavige wetsvoorstel gericht is op sturing door beleggers (c.q. financiers), zij het binnen de randvoorwaarden die het wetsvoorstel stelt?

De memorie van toelichting stelt voorts dat het doel van de omslag naar vraagsturing is om, onder andere, «meer vrijheid voor zorgaanbieders» te realiseren (naast meer doelmatigheid en goede toegankelijkheid van de zorg). Zo zouden volgens de memorie «de wensen en de zorgbehoefte van patiënten» centraal komen te staan. Hoe past daarin de tendens, c.q. het voornemen, om aan patiënten – al dan niet via zorgverzekeraars – beperkingen op te leggen t.a.v. de artskeuze, de keuze van een ziekenhuis, en anderzijds de beperkingen voor ziekenhuizen om bepaalde zorg c.q. bepaalde medische handelingen al dan niet aan te bieden?

De memorie van toelichting geeft aan dat het verbod op het uitkeren van winst voor de intramurale AWBZ-zorg gehandhaafd blijft.²¹ De leden van de SP-fractie vragen of, en in welk opzicht, de argumenten die de memorie van toelichting hieromtrent aanvoert voor de ziekenhuizen, al dan niet van toepassing zijn op de intramurale AWBZ-zorg.

Risico's en voorwaarden winstuitkering

De leden van de SP-fractie hebben een reeks opmerkingen en vragen bij de risico's van winstuitkering en de voorwaarden die de regering aan uitkering stelt. Het gaat hierbij om een drietal aspecten van de stelling van de regering dat «het ongeclausuleerd toestaan van winstuitkering extra risico's» met zich meebrengt.²²

Risico's van winstuitkering voor de betaalbaarheid van de zorg

De leden van de SP-fractie wijzen erop dat regering erkent²³ dat «winstuitkering een volume opdrijvend effect [kan] hebben»; de regering wijst in dit verband op aanbod geïnduceerde «ongepaste zorg» en «overbehandeling». Vervolgens stelt de regering (kort gezegd) dat de zorgverzekeraars dit probleem zullen oplossen. Erkent de regering dat zij zich hiermee erg gemakkelijk van dit probleem afmaakt? De regering gaat zelfs zo ver dat zij het in deze probleemoplossend vermogen van de zorgverzekeraars ziet als een «waarborg» voor de oplossing van dit probleem. Zij stelt immers: «als extra waarborg» werkt het instrument van een omzetting bij ziekenhuizen. Kan de regering over dit laatste instrument aangeven of

²⁰ Kamerstukken II, 2011–12, 33 168, nr. 3, pagina 2.

²¹ Kamerstukken II, 2011–12, 33 168, nr. 3, pagina 2.

²² Kamerstukken II, 2011–12, 33 168, nr. 3, pagina 7. Er staat: «De regering erkent dat het ongeclausuleerd toestaan van winstuitkering extra risico's met zich kan brengen. Veel van deze risico's bestaan al in de huidige context en staan los van het uitkeren van winst.» Een risico bestaat of het bestaat niet (het «kan» lijkt dus overbodig). Indien het om extra risico's gaat (eerste zin) dan kunnen deze niet al bestaan (tweede zin).

²³ Kamerstukken II, 2011–12, 33 168, nr. 3, pagina 8.

het een micro- dan wel een macro-instrument is en hoe dit precies een «waarborg» voor de oplossing van het probleem vormt? De regering concludeert over deze kwestie: «Bovenstaande maatregelen bieden naar het oordeel van de regering voldoende zekerheid dat winstuitkering niet leidt tot een kostenoverschrijding op macro niveau. Dit wetsvoorstel bevat daarom geen aanvullende maatregelen op dit terrein.»²⁴ Erkent de regering dat zij zich hiermee wel erg gemakkelijk afmaakt van een belangrijk probleem? Overigens, in hoeverre is het verhoopde gedrag van zorgverzekeraars, en de verhoopde effectiviteit daarvan, een «maatregel» van de regering?

Aangaande de betaalbaarheid van de zorg leggen de leden van de SP-fractie de regering het volgende voor. De rechtspersoon «stichting» keert geen winst uit. Het gerealiseerde surplus (omzet minus kosten) wordt bij zorginstellingen in beginsel geïnvesteerd. Bij een kapitaalvennootschap daarentegen vloeit een deel van het surplus naar de aandeelhouders, dat is zodoende niet beschikbaar voor investeringen. Voorts zullen voor iedere rechtspersoon de rentekosten op extern vermogen doorgaans variëren met de solvabiliteit. De regering lijkt te veronderstellen dat bij omzetting van een stichting in een kapitaalvennootschap de rentedaling per saldo (*ceteris paribus*) groter zal zijn dan de winstuitkering. Hoe onderbouwt de regering deze veronderstelling? De regering wordt gevraagd dit zo mogelijk te onderbouwen los van eventuele organisatiewijziging.²⁵ (Bij het onderhavige voorstel gaat het niet om Box 2-aandeelhouders. Overige aandeelhouders bemoeien zich doorgaans niet met de interne organisatie van een onderneming – dat geldt bijvoorbeeld ook voor het ABP; voorts kan een ziekenhuis zich ook door anderen dan aandeelhouders laten adviseren). Is de regering met de leden van de SP-fractie van oordeel dat de genoemde veronderstelling mede van belang is voor de beoordeling van de betaalbaarheid van de zorg als gevolg van het wetsvoorstel?

Risico's van winstuitkering voor de toegankelijkheid van de zorg: «onrendabele» behandelingen en patiëntselectie

De leden van de SP-fractie constateren dat de regering stelt: «door het toestaan van winstuitkering is mogelijk dat zorgaanbieders zich met name willen richten op de meest rendabele zorgprestaties».²⁶ De regering wijst vervolgens op twee problemen. Ten eerste het probleem dat «onrendabele behandelingen niet meer worden aangeboden», en ten tweede het probleem van «patiëntselectie».

Over het eerste probleem stelt de regering dat zich dit niet voordoet in het segment van vrije prijsvorming (thans ongeveer 70%). Voor het segment van maximumtarieven (20–25%) doet het probleem zich volgens de regering evenmin voor, «tenzij de marktconforme prijs boven het maximumtarief ligt».²⁷ Kan hieruit geconcludeerd worden dat winstmaximerende zorgaanbieders het deel van dit segment waarvoor dit geldt of waarvoor dit onzeker is, zullen mijden? Over het resterende segment met vaste prijzen (5–10%) doet de regering in de memorie van toelichting geen uitspraak ten aanzien van dit eerste probleem. De leden van de SP-fractie vragen de regering ook op dit laatste segment in te gaan. Bij het tweede probleem (patiëntselectie) wijst de regering op het risico dat «naar winst strevende aanbieders zich expliciet gaan richten op «rendabele» patiënten. Dat is mogelijk doordat de kosten van de behandeling binnen eenzelfde prestatie kunnen verschillen tussen

²⁴ Kamerstukken II, 2011–12, 33 168, nr. 3, pagina 9.

²⁵ Zie de memorie van toelichting over de expertise van beleggers, Kamerstukken II, 2011–12, 33 168, nr. 3, pagina's 3 en 6.

²⁶ Kamerstukken II, 2011–12, 33 168, nr. 3, pagina 9.

²⁷ Kamerstukken II, 2011–12, 33 168, nr. 3, pagina 9.

patiënten».²⁸ De regering stelt vervolgens: «Specialisatie van bepaalde ziekenhuizen in minder complexe patiënten *hoeft* de toegankelijkheid van zorg niet te bedreigen, *mits* er andere ziekenhuizen zijn die zich specialiseren in complexere patiënten. Deze specialisatie *kan* tot meer doelmatigheid leiden en is dus *niet altijd ongewenst*» (cursivering toegevoegd). Samenvattend staat hier: het probleem is opgelost indien andere ziekenhuizen het probleem oplossen. Is deze samenvatting correct? Kan de regering aangeven wat er gebeurt indien andere ziekenhuizen de (winst-onzekere) complexiteit ook gaan mijden?

Over een mogelijke algemene patiëntselectie stelt de regering: «Dit risico wordt verminderd doordat de DOT-productstructuur meer rekening met zorgzwaarte van patiënten houdt dan de DBC-structuur doet.» Het risico wordt dus (hopelijk) *verminderd* doch niet uitgesloten. Vervolgens legt de regering de oplossing van dit probleem op het bord van de zorgverzekeraars: «Verzekeraars hebben op grond van de Zorgverzekeringswet een zorgplicht, die hen verplicht ervoor te zorgen dat hun verzekerden voldoende toegang hebben tot zorg waar zij wettelijk recht op hebben. (...)

De regering gaat er vanuit dat zorgverzekeraars deze rol waarmaken en dat daarmee het risico van patiëntselectie wordt voorkomen».²⁹ Is de conclusie van de leden van de SP-fractie correct dat de regering met dit wetsvoorstel een enorm probleem creëert en dat zij vervolgens stelt dat anderen, namelijk de zorgverzekeraars, gehouden zijn dit probleem op te lossen? Sluit de regering uit dat de zorgverzekeraars dit probleem niet of niet voldoende kunnen oplossen zodat de patiënten, samen met goedwillende medisch-specialisten, tussen wal en schip vallen?

De regering stelt nog dat de NZa het probleem zal «monitoren» en dat NZa en Nederlandse Mededingingsautoriteit (thans Autoriteit Consument & Markt) marktmacht en ongeoorloofde prijs- of marktverdelingsafspraken in de gaten zullen houden. Dat is uiteraard niet verkeerd maar het lost de essentie van dit probleem niet op.

De regering trekt vervolgens de volgende conclusie: «Omdat de waarborgen die in deze paragraaf genoemd worden volgens de regering voldoende zijn om de toegankelijkheid van zorg te garanderen, ook wanneer winst uitgekeerd mag worden, bevat dit wetsvoorstel daarvoor geen aanvullende maatregelen».³⁰ Erkent de regering dat de mitsen en maren die zij zelf aanvoert, hiermee veronachtzaamd worden?

Risico's van winstuitkering voor de kwaliteit van de zorg

Tenslotte bespreken de leden van de SP-fractie de risico's van winstuitkering waar de regering met dit wetsvoorstel wèl aan sleutelt: de risico's van winstuitkering voor de kwaliteit van de zorg. De memorie van toelichting stelt: «De regering sluit de kans echter niet uit dat er enkele private investeerders [beleggers] zullen zijn die, vanuit hun winststreven, de kosten van zorg dusdanig verlagen dat daardoor de kwaliteit kan dalen. Dergelijke investeerders [beleggers] zijn alleen geïnteresseerd in de korte termijnwinstgevendheid».³¹

De leden van de SP-fractie vragen om onderbouwing van de stellingheid dat het hier om «enkele» beleggers gaat. Daarbij willen zij ook graag weten welk percentage – op grond van die onderbouwing – het «enkele» betreft. Zij vragen ook om onderbouwing van de stellingheid dat het probleem van kwaliteitsdaling zich «slechts» bij gedrevenheid door kortetermijnwinst voordoet. Om een voorbeeld te noemen: alom wordt erkend dat het merendeel van de banken en accountantskantoren zich in de afgelopen decennia niet zeer bekommerd heeft om de nuttigheidskwa-

²⁸ Kamerstukken II, 2011–12, 33 168, nr. 3, pagina 9.

²⁹ Kamerstukken II, 2011–12, 33 168, nr. 3, pagina 10.

³⁰ Kamerstukken II, 2011–12, 33 168, nr. 3, pagina 10.

³¹ Kamerstukken II, 2011–12, 33 168, nr. 3, pagina 8.

liteit van de dienstverlening. Trekt de regering hieruit de conclusie dat deze ondernemingen «dus» niet geïnteresseerd zijn in winst op middellange of lange termijn? Zo ja, hoe onderbouwt zij deze conclusie? In dit verband zijn de leden van de SP-fractie nogal verbaasd over het antwoord van de regering op de vraag van de PvdA-fractieleiden uit de Tweede Kamer die vroegen of het ingrijpen van de overheid in de bankensector aantoont dat aandeelhouders van deze banken onvoldoende gedreven waren door de gezondheid op lange termijn van deze instellingen. De regering antwoordde daarop uiterst kort met: «De bankensector is niet te vergelijken met de zorgsector».³² De leden van de SP-fractie wijzen erop dat «vergelijken» betekent het aangeven van de overeenkomsten en verschillen. Zij stelen hierbij dezelfde vraag, ervan uitgaande dat de regering nu wèl zal beantwoorden.

De memorie van toelichting stelt over de risico's van winstuitkering voor de kwaliteit van de zorg: «Om deze risico's weg te nemen stelt de regering in dit wetsvoorstel een aantal voorwaarden aan het uitkeren van winst».³³ Dit «wegnemen» klinkt geruststellend absoluut. Het wetsvoorstel noemt vijf voorwaarden.

Ten eerste. «Indien een zorgaanbieder voor medisch-specialistische zorg niet meer aan de minimumkwaliteitseisen voldoet en de IGZ dit in haar reguliere toezicht op het spoor komt, zal de IGZ ingrijpen. Indien de IGZ daarbij een aanwijzing, een bevel, een last onder bestuursdwang of een last onder dwangsom oplegt, mag de zorgaanbieder gedurende de periode waarover deze geldt, geen winst uitkeren».³⁴ De regering constateert dat ten opzichte van de huidige situatie (en dus het huidige reguliere toezicht van de IGZ daarop) er een extra risico is op het kwalitatief onderpresteren van winstgerichte aanbieders (de regering stelt immers dat «het ongeclausuleerd toestaan van winstuitkering risico's kan opleveren voor de kwaliteit van de zorg»³⁵ – we bespreken thans de eerste clausule). Onderkent de regering dat in ieder geval gedurende de periode dat de IGZ het onderpresteren niet heeft opgespoord, de patiënten een extra risico lopen op ondermaatse zorg? Zo nee, waarom niet?

De leden van de SP-fractie vragen, wanneer de aanbieder vervolgens weer aan de minimumeisen gaat voldoen, of de niet-uitgekeerde winst over de betreffende periode alsnog uitgekeerd mag worden. Deelt de regering de opvatting dat indien dit het geval is, niet is uit te sluiten dat aanbieders periodiek qua kwaliteit onderpresteren, met alle gevolgen van dien voor de patiënten? Ware het niet beter om de winst over de gehele geconstateerde periode van onderpresteren te ontnemen? Is de regering bereid om de IGZ, eventueel met tussenkomst van de rechter, daartoe te equiperen?

Ten tweede een eenmalige extra kwaliteitstoets – mede aangaande het bestuur van de aanbieder – door de IGZ voorafgaande aan de (transitie naar) winstuitkering. Is de regering niet al te stellig wanneer zij hierover schrijft: «Door deze kwaliteitstoets van de IGZ zorgt de regering ervoor dat de kwaliteit van de zorg bij winstuitkering is gewaarborgd»?³⁶ De waarborg geldt immer slechts ten tijde van het doorstaan van de toets.

Ten derde een minimumtermijn van drie jaar alvorens zorgaanbieders die de transitie naar een winst-uitkerende rechtsvorm gemaakt hebben, winst mogen uitkeren. De memorie van toelichting stelt hierover: «Met deze maatregel voorkomt de regering dat door korte termijninvesteerdere van de lange termijnwaarde van de zorgaanbieder en daarmee de kwaliteit van de zorg worden uitgehold. (...) De winst die is gemaakt in voorafgaande jaren mag (...) gereserveerd worden en op een later tijdstip worden

³² Kamerstukken II, 2012–13, 33 168, nr. 8, pagina 9.

³³ Kamerstukken II, 2011–12, 33 168, nr. 3, pagina 10.

³⁴ Kamerstukken II, 2011–12, 33 168, nr. 3, pagina 11.

³⁵ Kamerstukken II, 2011–12, 33 168, nr. 3, pagina 10.

³⁶ Kamerstukken II, 2011–12, 33 168, nr. 3, pagina 11.

uitgekeerd».³⁷ Onderkent de regering dat er korte-termijnbeleggers zijn, waaronder zogenoemde financiële «sprinkhanen», waarvoor een termijn van drie jaar geen beletsel is om een onderneming vervolgens alsnog uit te hollen? Op welke gronden is de regering in het geval van ziekenhuisondernemingen dan zo optimistisch? Is het overigens toegestaan dat de vanaf jaar 1 gerealiseerde (doch niet uitgekeerde) winst wordt uitgeleend (aan de belegger of wellicht een connectie van de belegger)? Is het voorts toegestaan dat er (vanaf jaar 1) op basis van activa van de ziekenhuisonderneming geld ingeleend wordt en dat dit als uitlening doorgesluisd wordt naar een derde (de belegger of wellicht een connectie van de belegger)?

Ten vierde winstuitkeringsvoorwaarden ten aanzien van enerzijds de solvabiliteit (minimaal 20% na winstuitkering) en anderzijds een positieve winst uit de gewone bedrijfsuitoefening over de voorafgaande drie jaar.³⁸

Mede in samenhang met de derde voorwaarde vragen de leden van de SP-fractie of, en zo ja hoe, het uitgesloten is dat (sprinkhaanachtige) beleggers de ziekenhuisonderneming verkopen (dus wat hun betreft liquideren)? Bij verkoop lijken de voorwaarden drie en/of vier ineffectief. Maar zelfs indien het voor kort gewin uithollen van de onderneming met deze voorwaarden beperkt zou worden, dan blijft de voor de zorgkwaliteit cruciale vraag of aandeelhouders die voor de lange termijn beleggen daarmee de kwaliteit garanderen. In de tweede alinea van deze paragraaf wezen de leden op de voorbeelden van de bankensector en de accountantssector die een lange termijn winstperspectief hebben en de nuttigheidskwaliteit van de dienstverlening daaraan ondergeschikt maken. (Individuele bedrijven zijn hier zelden uitgesproken over. De regering zij herinnerd aan de befaamde uitspraak uit het jaarverslag van KPN over 2002: «doelstelling van KPN is niet om producten te maken maar om winst te maken».) De regering zou erop kunnen wijzen dat kwalitatief onderpresteren op termijn aan de kaak wordt gesteld (zoals bij banken en accountants of, in andere branches, bij asbestblootstelling). Kan de regering dan aangeven hoe patiënten hiermee op de korte en de middellange termijn gediend zijn? De vraag is dus wat de solvabiliteits- en winstregulariteitsvoorwaarden op dit punt bereiken.

Ten vijfde de rol van de Raad van Toezicht. De RvT heeft slechts een adviserende rol aangaande winstuitkering.³⁹ De regering zegt daarover enerzijds dat uit «veldraadplegingen» is gebleken dat een zwaardere rol de beleggingsbereidheid zou beperken. Anderzijds stelt de regering: «In de regel zal het bestuur of zullen de aandeelhouders het advies van de raad van toezicht volgen.»⁴⁰ Waaruit maakt de regering op dat dit – bij het ontbreken van ervaring op dit terrein – «de regel» zal zijn? Overigens lijken die twee posities te wringen. Indien de regering van oordeel is dat deze posities niet wringen, concludeert zij dan dat het voor het bestuur en/of de aandeelhouders doorgaans niet al te lastig zal zijn om gemotiveerd af te wijken van het advies van de raad van toezicht?

Tenslotte noemt de regering nog een punt dat geen uit het wetsvoorstel voortvloeiende voorwaarde is, namelijk de beperkingen die een bank kan stellen aan winstuitkering. Is de regering het met de leden van de SP-fractie eens dat dit punt niet ter zake is omdat potentiële beleggers bij voor hen te stringente bankvoorwaarden immers niet tot beleggen zullen overgaan?

³⁷ Kamerstukken II, 2011–12, 33 168, nr. 3, pagina 12.

³⁸ Kamerstukken II, 2012–13, 33 168, nr. 7.

³⁹ Kamerstukken II, 2011–12, 33 168, nr. 3, pagina 14.

⁴⁰ Kamerstukken II, 2011–12, 33 168, nr. 3, pagina 14.

Conclusies ten aanzien van de risico's van en de voorwaarden bij winstuitkering

De leden van de SP-fractie concluderen dat de regering met dit wetsvoorstel extra risico-problemen voor de zorg creëert in vergelijking met de huidige. De regering erkent dit. De regering meent echter dat deze extra risico's door de maatregelen uit het wetsvoorstel verminderd kunnen worden. Opvallend is dat de regering ten aanzien van de belangrijke extra risico's ten aanzien van de betaalbaarheid van de zorg en de toegankelijkheid van de zorg met dit wetsvoorstel geen extra maatregelen neemt of voorwaarden stelt! Ten aanzien van het derde extra risico – aangaande de handhaving van de kwaliteit van de zorg – zijn de leden van de SP-fractie bepaald niet gerust op de toereikendheid van de maatregelen/voorwaarden. De regering concentreert zich daarbij bovendien op (al dan niet tijdelijke) restricties aangaande de omvang en de snelheid van de winstuitkering, zonder in te gaan op de kwestie of het winstcriterium en de mate van rendement zelf van invloed zou kunnen zijn op de zorgkwaliteit. De leden van de SP-fractie vragen de regering daarop in te gaan.

Bestuur: rechtsvormwijziging, beklemming en ontkenning

Overgang van stichting naar kapitaalvennootschap of winst-uitkerende coöperatie

De leden van de SP-fractie vragen of het correct is dat menig ziekenhuis tot stand is gekomen door toedoen van religieuze instellingen en dat de (verdere) vermogensopbouw mede tot stand kwam door «liefdewerk» waar een geringe beloning tegenover stond. Voorts vragen zij of het correct is dat voortgezette vermogensopbouw mede tot stand kwam via donatie van gemeenschapsgelden of overheidssubsidies.

In het verslag en nader verslag van de Tweede Kamer stelden diverse fracties vragen over de overgang van de stichtingsvorm naar de kapitaalvennootschapsvorm. De regering beantwoordde de vragen uit genoemd verslag in termen van de omzetting van de stichting in een kapitaalvennootschap en de beklemming die vervolgens rust op het oorspronkelijk vermogen van de stichting (naar gelang de doelstelling van de stichting).⁴¹ Naar aanleiding hiervan hebben de leden van de SP-fractie een aantal vragen (Waar onderstaand «kapitaalvennootschap» staat, is inbegrepen de winst-uitkerende-coöperatie).

Ten eerste. Kan de regering aangeven wie, in het geval van omzetting (c.q. rechtsvormwijziging) al dan niet in economische zin eigenaar is van het voormalige stichtingsvermogen? Is dit de kapitaalvennootschap vertegenwoordigd door het bestuur? Hebben de houders van nieuw uit te geven aandelen vervolgens via de aandeelhoudersvergadering de zeggenschap over dit vermogen (dat van de oorspronkelijke stichting) – zij het met in achtneming van de beklemming? Kan de regering in dit verband aangeven of het voormalige stichtingsvermogen kan worden aangewend ter volstorting van de uit te geven aandelen?

Ten tweede. Komen de vruchten van het door de stichting ingebrachte vermogen toe aan de aandeelhouders? Is het correct dat dit bij winstuitkering per saldo de nieuwe aandeelhouders zijn? De regering schrijft: «Geld dat instellingen voor medisch-specialistische zorg hebben verdiend nadat zij zich in een BV, NV of coöperatie hebben omgezet, zullen zij, mits aan de in dit wetsvoorstel opgenomen voorwaarden wordt voldaan, wél als winst kunnen uitkeren.»⁴² Valt deze passage wel te rijmen met de in artikel 2:18 Burgerlijk Wetboek opgenomen vermogensklem op grond

⁴¹ Kamerstukken II, 2012–13, 33 168, nr. 8, pagina 5–6 en 34–37.

⁴² Kamerstukken II, 2012–13, 33 168, nr. 10, pagina 20.

waarvan ook de vruchten van het voormalige stichtingsvermogens slechts kunnen worden besteed conform de doelstelling van de stichting?⁴³

Ten derde. De regering geeft aan dat het eigen vermogen van de Nederlandse ziekenhuizen in totaal € 3,5 miljard bedraagt.⁴⁴ Is het correct dat (de vruchten van) dit vermogen van merendeels stichtingen door het onderhavige wetsvoorstel potentieel kan overgaan in private handen als ware het een schenking?⁴⁵

Ten vierde. Is het correct dat alle investeringen, maar ook andere bestedingen, die worden gedaan in overeenstemming met het oorspronkelijke stichtingsdoel (bijvoorbeeld in de eerste drie jaar van de omzetting – dat wil zeggen de periode dat er geen winst mag worden uitgekeerd) prioritair kunnen worden afgeboekt van het beklemd vermogen? Is het correct dat dit, en met name ook het doen van andere dan investeringsbestedingen, kan gebeuren zonder tussenkomst van de rechter?⁴⁶

Ten vijfde. Is het correct dat eventuele – na de omzetting geleden – ondernemingsverliezen prioritair van het beklemd vermogen kunnen worden afgeboekt, met als gevolg dat er navent geen beklemd vermogen meer resteert? Is het voorts correct dat als er vervolgens weer winst wordt behaald, deze winst onbeklemd naar de aandeelhouders kan vloeien? Is het ook correct dat beklemming geen rol speelt in geval van faillissement?

Ten zesde. Is het correct dat indien de kapitaalvennootschap tevens een doelstelling ten aanzien van gezondheidszorg in de staten opneemt, vervreemding van activa van de vennootschap (eventueel de aandelen in een dochter van de vennootschap) doorgaans niet effectief beklemd is, en de opbrengst van die vervreemding evenmin?

Ten zevende. In de memorie van toelichting maakt de regering gewag van «ongerechtvaardigde onttrekking van middelen aan de zorgaanbieder».⁴⁷ Is de regering met de leden van de SP-fractie van oordeel dat het verhinderen van dergelijke «onttrekking» niet waterdicht geregeld is in het wetsvoorstel? Klopt het dat een dergelijke onttrekking slechts aanvechtbaar is met behulp van algemene civielrechtelijke leerstukken, zoals onbehoorlijk bestuur en onrechtmatige daad?

Ten achtste. In de aanhef van deze paragraaf is verwezen naar de rechtsvormwijziging (omzetting) van de stichting in een kapitaalvennootschap. De leden van de SP-fractie vragen nadere informatie over de mogelijkheid waarbij de oorspronkelijke stichting, of een stichtingsopvolger daarvan, voor haar vermogensdeel houdster wordt van aandelen die ingebracht worden in een kapitaalvennootschap die eigenaar is van het ziekenhuis (wellicht kan de regering nog varianten aangeven die dezelfde intentie realiseren).

Raad van Toezicht en Raad van Commissarissen

De regering schrijft in de memorie van toelichting: «Een Raad van Toezicht bij een zorgaanbieder die is georganiseerd in de rechtsvorm van kapitaalvennootschap, is hetzelfde orgaan als een Raad van Commissarissen.»⁴⁸ De leden van de SP-fractie vragen de regering om toelichting hiervan. Is de regering bijvoorbeeld van mening dat een RvC slechts adviserende bevoegdheden heeft? Kan de regering de algemene bevoegdheidsovereenkomsten en -verschillen tussen de beide organen opsommen?

⁴³ Zie ook B. Snijder-Kuipers, *Civielrechtelijke aspecten van rechtsvormwijziging op grond van Boek 2 BW en titel 7.13 BW*, *Tijdschrift voor Ondernemingsbestuur 2010–3*, blz. 76.

⁴⁴ Kamerstukken II, 2012–13, 33 168, nr. 8, pagina 6.

⁴⁵ Exclusief academische ziekenhuizen. De regering specificeert niet of de genoemde € 3,5 miljard inclusief of exclusief de laatste is. Wat is het geval?

⁴⁶ Zie ook B. Snijder-Kuipers, aangehaald artikel blz. 77.

⁴⁷ Kamerstukken II, 2011–12, 33 168, nr. 3, pagina 21.

⁴⁸ Kamerstukken II, 2011–12, 33 168, nr. 3, pagina 19.

De regering schrijft in de memorie van toelichting: «De belangrijkste vrijstellingen BTW voor zorginstellingen bepalen dat deze alleen van toepassing zijn indien met de achterliggende prestaties geen winst wordt beoogd.»⁴⁹ Wat is, c.q. was, de argumentatie van de regering voor deze vrijstelling? Is/was het zorgkarakter of de winst de kern van de argumentatie of gaat/ging het om de combinatie? Valt het ziekenhuis dat thans (d.w.z. onder de vigerende wet) winst uitkeert onder deze BTW-vrijstelling?

D66-fractie

Dit wetsvoorstel heeft zijn basis in het regeer- en gedoogakkoord van het kabinet Rutte I. de goedkeuring in het regeerakkoord van Rutte II is bij nota van wijziging verwoord. Voor de leden van de D66-fractie is het de vraag hoe dit wetsvoorstel in de zorgwereld is ontvangen. Kan de regering deze leden informeren of, en zo ja hoe, de bij dit wetsvoorstel belang hebbende zorgaanbieders, waaronder de vereniging van ziekenhuizen, de vereniging van medisch specialisten en andere belanghebbenden waaronder eventuele zelfstandig behandel centra, bij de ontwikkeling van dit wetsvoorstel betrokken zijn geweest, of zij zijn geconsulteerd en welke de uitkomst daarvan was? Onderschrijven deze groeperingen het belang van het wetsvoorstel?

Volgens het wetsvoorstel is het aandeelhouderschap in een zorgorganisatie in de vorm van een besloten dan wel een naamloze vennootschap of in de vorm van het lidmaatschap van een coöperatie een hoofdvoorwaarde om winstuitkeringen te kunnen krijgen (artikel 16c onder b, Wet toelating zorginstellingen). De investeerder die winstuitkeringen mag ontvangen moet aandeelhouder zijn. De stichtingsvorm wordt inefficiënt. Heeft de regering overzicht over het aantal zorgaanbieders die statutair onder een van deze rechtspersoonsvormen opereren? En heeft de regering overzicht over het aantal zorgaanbieders die om in aanmerking te komen voor het aantrekken van extern kapitaal de juridische vorm van hun organisatie zullen moeten gaan omvormen en daarvoor belangstelling hebben?

De zorgaanbieders halen hun omzet doorgaans uit de met hun zorgverrichtingen door de zorgverzekeraars overeengekomen vergoedingen, nu de tarieven meer en meer zijn vrijgelaten – onder de noemer van de prestatiebekostiging. (De complicaties van het huidige artikel 13 Zorgverzekeringwet worden hierbij buiten beschouwing gelaten). Deze prestatiebekostiging heeft naar verwachting over de gehele linie een prijsdalend effect. Dat zal een neerwaartse invloed hebben op de gemiddelde omzet van de zorgaanbieder. Die ontwikkeling was ten tijde van het schrijven van de memorie van toelichting in het jaar 2011 nog niet in gang gezet, zodat de regering er toentertijd nog geen rekening mee kon houden. In 2014 is dat effect meer zichtbaar. Wat is er van deze ontwikkelingen nu te zeggen, zo vragen de leden van de D66-fractie de regering.

Een ander effect is niet denkbeeldig. De investeerder zal naar verwachting een bepaald rendement willen behalen dat hoger ligt dan de aan de bank te betalen rente. Dat zal invloed hebben op de onderhandelingsruimte van de zorgaanbieder met de zorgverzekeraar, die de hoge rendementsverplichtingen van de zorgaanbieder zal kunnen aangrijpen om een lagere prijs te contracteren. Hoe kijkt de regering daartegenaan?

⁴⁹ Kamerstukken II, 2011–12, 33 168, nr. 3, pagina 26.

Het wetsvoorstel heeft betrekking op de orgaanbieder die medisch-specialistische zorg verleent, dus ziekenhuizen maar ook los daarvan opererende maatschappen van specialisten. Een ontwikkeling is gaande waarin deze specialisten zich meer en meer groeperen in regio maatschappen die met deze organisatievorm verder van de ziekenhuizen komen af te staan. Niet valt uit te sluiten dat door deze ontwikkeling de toekomstige structuur van ziekenhuizen verandert van een volwaardig ziekenhuisbedrijf tot een bedrijf dat zich richt op de verhuur van ruimten, apparatuur en bedden aan de behandelend medisch specialist. De vraag is in hoeverre het ziekenhuisbedrijf gelet op deze ontwikkeling nog een interessant investeringsdoel zou zijn.

Tegenstanders van dit wetsvoorstel vrezen dat zorgaanbieders met het oog op winstmaximalisatie ten behoeve van hun aandeelhouders aan risicoselectie gaan doen en daardoor gecompliceerde zorg gaan weren. Die ontwikkeling staat haaks op de doelstelling, hiervoor aangehaald, te weten de verbetering van de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg. Deelt de regering deze vrees en zo ja welke maatregelen ter bestrijding daarvan is de regering voornemens te treffen?

Bij nota van wijziging is de voorgestelde wijziging in de Wet cliëntenrechten zorg (hierna: Wcz) vervallen verklaard en is de aandacht geconcentreerd op de onderhavige wijziging van de WTZi.⁵⁰ Daarmee vervalt ook een groot deel van de memorie van toelichting die grotendeels betrekking heeft op de wijziging van de Wcz. Waarom de wijziging van de Wcz toen is doorgestreept heeft de regering in de toelichting op de nota van wijziging niet benoemd. Kan de regering dit alsnog toelichten?

Om de durfkapitalisten, die doorgaans uit zijn op snelle winsten, buiten de deur te houden zijn er in het wetsvoorstel diverse serieuze drempels opgeworpen. Een van die voorwaarden (artikel 16d, lid onder c) is dat het resultaat uit gewone *bedrijfsoefening* na belastingen (bedoeld zal zijn *bedrijfsvoering* overeenkomstig artikel 16a, lid 1 onder f) gedurende drie boekjaren die aan het uitkeringsjaar vooraf zijn gegaan, positief moet zijn geweest. Dat betekent dat een investeerder ten minste drie jaar moet wachten voordat er rendement op zijn investering kan worden behaald. De vraag is hoe het begrip positief hier moet worden beoordeeld? Er is geen ondergrens bepaald. Ook een winst van één euro gedurende drie jaren is positief. Daarmee kan een van de belangrijkste voorwaarden gemakkelijk worden omzeild. Waarom heeft de regering er niet voor gekozen om hier een bepaald (binnen veiligheidsmarges vallend) percentage van de omzet als ondergrens te benoemen?

In artikel 16c, lid 1 is de zorgaanbieder die winst mag gaan uitkeren gekwalificeerd als de zorgaanbieder *die op grond van een zorgverzekeraar verzekerde* medisch-specialistische zorg verleent. In artikel 16d, lid 1 wordt een financiële drempel opgeworpen die is voorbehouden aan de zorgaanbieder die medisch-specialistische zorg verleent. De woorden *die op grond van een zorgverzekering verzekerde* zijn daarin weggelaten. Hiermee valt een onderscheid te maken tussen twee groepen van zorgaanbieders, zij die wel verzekerde zorg aanbieden en zij die dat niet doen. Dat laatste komt, zo menen de leden van de D66 fractie, nauwelijks voor. Heeft de regering desondanks een bepaalde bedoeling met dit onderscheid en zo ja welke? Zo nee, ligt het dan om misverstanden te voorkomen niet voor de hand om artikel 16d, lid 1 te wijzigen in: een in artikel 16c lid 1 bedoelde zorgaanbieder?

In artikel 16c lid 1 onder b is de voorwaarde gesteld dat de zorgaanbieder een rechtspersoon naar Nederlands recht moet zijn. Dit betekent dat buitenlandse zorgaanbieders van de Nederlandse zorgmarkt worden uitgesloten. De vraag is of deze voorwaarde zich niet verzet tegen de

⁵⁰ Kamerstukken II, 2012–13, 33 168, nr. 7.

Europeesrechtelijke regels van vrij verkeer van vestiging en van goederen en diensten.

In artikel 16d lid 1 onder a is de voorwaarde gesteld dat de zorgaanbieder een beschikking van Onze Minister moet hebben inhoudende dat hij zijn bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid van de te verlenen zorg naar behoren heeft ingericht en dat hij een kwalitatief goed veiligheidsmanagementsysteem heeft. Kan de regering toelichten aan welke criteria de zorgaanbieder moet voldoen om deze beschikking te krijgen? En waarom is niet de eis gesteld dat deze beschikking nodig is voorafgaand aan elke nieuwe winstuitkering? Niets is immers absoluut. Het bestuur en daarmee de bestuurlijke verantwoordelijkheid kan veranderen. Dan valt niet uit te sluiten dat de bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid ook kan gaan schuiven.

Artikel 16d, lid 1 onder d stelt als voorwaarde dat het bestuur goedkeuring aan het besluit tot uitkering van winst dient te verlenen. Die voorwaarde is te rechtvaardigen omdat het bestuur handelt in het belang van alle stakeholders en daarom tegenover aandeelhouders die rendement vragen een hek wil dat op slot kan. De vraag is echter hoe deze bepaling zich verhoudt tot de bevoegdheden van de bestuurders van de BV en NV en coöperatie volgens Boek 2 BW. Volgens het vennootschappelijk systeem (artikelen 2:58, 2:101 en 2:210 BW) is de macht in de coöperatie c.q. vennootschap aan de leden c.q. aan de aandeelhouders. Het besluit waarbij de jaarrekening wordt vastgesteld wordt genomen in en door de algemene vergadering van aandeelhouders. Voor de naamloze en besloten vennootschap is daarbij bepaald dat besluiten waarbij de jaarrekening en daarin impliciet de winst en de verdeling daarvan wordt vastgesteld in de statuten niet worden onderworpen aan goedkeuring van de organen van de vennootschap. Het bestuur en de Raad van Commissarissen hebben over deze onderwerpen slechts een adviserende functie. Hoe moet in dat licht de voorafgaande eis van goedkeuring door het bestuur in artikel 16d, lid 1 onder d worden geïnterpreteerd?

Volgens artikel 16e, lid 1 moet het toezichthoudend orgaan van de zorgaanbieder over het winstverdelingsvoorstel worden gehoord. Dat is een extra wettelijke waarborg om het besluit een solide basis te geven. De vraag is wat er dient te gebeuren als het toezichthoudend orgaan negatief adviseert en het bestuursbesluit tot winstuitkering toch gehandhaafd blijft? Kan de regering dit toelichten?

Bij amendement-Bruins Slot⁵¹ is artikel 18, dat volgens het wetsvoorstel zou vervallen, opnieuw ingevuld door het College Sanering Zorginstellingen toch nog een rol te geven bij de controle op vastgoedtransacties, alles ter bescherming van het daarmee gemoeide kapitaal. Zowel de vereniging gehandicaptenzorg⁵² als GGZ Nederland en Actiz⁵³ hebben hiertegen bij brieven van 24 respectievelijk 25 september 2014 aan de vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport hun bezwaren ingebracht. Met name vanwege de niet langer noodzakelijke bemoeienis van het College, de te verwachten toename van de bureaucratie door deze bemoeienis en de onduidelijkheid van de bevoegdheden van het College. De leden van de fractie van D66 verzoeken de regering op deze bezwaren te reageren.

⁵¹ Kamerstukken II, 2013–14, 33 168, nr. 28.

⁵² Deze brief is ter inzage gelegd bij de afdeling Inhoudelijke Ondersteuning onder griffinummer 155523.01.

⁵³ Deze brief is ter inzage gelegd bij de afdeling Inhoudelijke Ondersteuning onder griffinummer 155523.02.

GroenLinks-fractie

De leden van de GroenLinks-fractie vragen wat volgens de regering de reden is dat aanbieders van medisch-specialistische zorg moeite hebben om hun financiering rond te krijgen? Welke andere oplossingen voor dat probleem heeft de regering overwogen? Waarom is daar niet voor gekozen? Welke rol zou bijvoorbeeld de Nederlandse Waterschapsbank daarin kunnen spelen?

De regering verwacht dat de doelmatigheid van medisch-specialistische zorg met dit voorstel zal verbeteren en geeft daarbij aan dat deze verwachting wordt ondersteund door empirisch onderzoek. Op welk empirisch onderzoek baseert zij zich? Zijn daarin precies dezelfde parameters aanwezig als in het onderhavige wetsvoorstel?

De regering verwacht dat ook de kwaliteit en dienstverlening van zorgaanbieders en de transparantie van de kwaliteit van zorg met dit voorstel zal verbeteren. Klopt het dat zij hiervoor geen empirische onderbouwing heeft?

Welk doel – anders dan winst maken – zouden investeerders hebben als zij door middel van aandelen mede-eigenaar worden van een zorgaanbieder? Vindt de regering het ten principale wenselijk dat private partijen eigenaar worden van zorginstellingen en dat met publiek geld private winsten worden gerealiseerd? Als doelmatigheid het doel is van dit wetsvoorstel, zou dan de opbrengst van die doelmatigheid niet moeten terugvloeien naar de publieke middelen of de verzekeren die immers de netto-betalers zijn (immers: de investeerder zal alleen geld beschikbaar stellen om uiteindelijk netto-ontvanger te zijn).

Vrije prijsvorming dient patiëntselectie tegen te gaan, zo stelt de regering. Vrije prijsvorming is echter een onderhandeling tussen aanbieders en zorgverzekeraars. Daarbij zou de kwaliteit van de behandeling gemakkelijk ondergeschikt kunnen worden gemaakt aan de prijs van de behandeling. Hoe gaat de regering dit tegen?

Kan de regering aangeven of het denkbaar is dat een private investeerder/aandeelhouder invloed zal uitoefenen op de bedrijfsvoering, de selectie van patiënten of de wijze waarop de zorg wordt verleend? Is het denkbaar dat investeerdersbelangen daarbij interfereren met zorgbelangen en die zelfs kunnen overschaduwden? Is het denkbaar dat een investeerder bijvoorbeeld eist dat de zorgaanbieder diensten of apparatuur bij een bepaalde leverancier afneemt of medicijnen van een bepaalde producent voorschrijft? Is het derhalve denkbaar dat de kwaliteit van zorg, de doelmatigheid en de transparantie juist afnemen?

In het voorstel en de begeleidende documenten spreekt de regering niet de verwachting uit dat dit wetsvoorstel zal bijdragen aan verminderde overheidsuitgaven in de medisch-specialistische zorg. Kunnen deze leden hieruit afleiden dat in elk geval onvoldoende is aangetoond dat het toestaan van winstuitkering zal leiden tot lagere kosten in de medisch-specialistische zorg? Kan de regering aangeven welke verwachting zij heeft met betrekking tot een toename dan wel afname van overheidsuitgaven in de medisch-specialistische zorg als gevolg van het toestaan van winstuitkering?

In de medisch-specialistische zorgsector is geregeld sprake van een select aantal aanbieders van een specifiek type zorg. Is het binnen de kaders van dit wetsvoorstel mogelijk dat investeerders aandeelhouder worden bij elk van deze aanbieders en daarmee prijsafspraken in de hand werken?

Verwacht de regering dat vergroting van de risicodragendheid van zorgverzekeraars dit kan voorkomen en zo ja, waarop baseert zij deze verwachting? Zo nee, hoe voorkomt de regering dit?

Op zorgaanbieders is de WNT van toepassing. De regering hecht grote waarde aan normering van deze topinkomens, zo stelt zij.⁵⁴ De WNT houdt echter onvoldoende rekening met beloning van niet-bestuurders binnen zorgaanbieders, terwijl in de medisch-specialistische sector bovengemiddeld sprake is van samenwerkingsverbanden tussen specialisten. Hoe voorkomt de regering onevenwichtige, maatschappelijk onverantwoorde of exorbitante salarissen en bonussen voor niet-bestuurders binnen de medisch-specialistische zorg? Verwacht de regering dat in de medisch-specialistische sector vaker sprake zal zijn van hogere salarissen en bonussen voor specialisten dan voor hun bestuurders? Deelt de regering de opvatting dat normering van topinkomens zoals in dit wetsvoorstel wordt voorgesteld, dient te gelden voor alle bij de zorgaanbieder werkzame personen?

ChristenUnie-fractie

Voor de leden van de ChristenUnie-fractie staat het belang van de patiënt voorop. Kan de regering aangeven hoe het belang van de patiënt is gewaarborgd in het wetsvoorstel?

Het wetsvoorstel voorziet in de mogelijkheid van externe investeringen in de zorgsector. Zijn er in het wetsvoorstel voldoende beschermende maatregelen ingebouwd ten behoeve van het belang van patiënten ten opzichte van het belang van de investeerder en welke zijn dit? Kan in het huidige wetsvoorstel worden gegarandeerd dat de extra gelden door investeerders niet louter worden gebruikt voor vermeerdering van waarde voor de investeerders, en zo ja, hoe dan? En kan de regering aangeven of zij aspecten ziet in de zorg die beschermd zouden moeten worden tegen de bedrijfskundige expertise die een investeerder met zeggenschap over de bedrijfsvoering meebrengt? Welke zijn dat?

De regering voert verscheidene malen het argument aan dat investeringen van vreemd kapitaal kunnen leiden tot investeringen in nieuwe apparatuur, meer onderzoek en betere verzorgingscondities. Wat echter onduidelijker is, is hoe dit kan leiden tot het goedkoper maken van de zorg, één van de redenen voor dit wetsvoorstel volgens de regering. Is dit wetsvoorstel ook een bestrijding van de groeiende zorgkosten voor zowel overheid als burger?

Gezondheidszorg is een publiek belang. Dat betekent dat het daarbij niet alleen gaat om het belang van zorginstellingen, maar vooral ook dat van patiënten. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe de burger profiteert van de verwachte kostenbesparing in de zorg als gevolg van dit voorstel. Kan de individuele burger ook profiteren van de bedoelde bestrijding van groeiende zorgkosten?

Een deel van de argumentatie van dit wetsvoorstel lijkt te berusten op het feit dat zorginstellingen, zeker in een tijd van economische crisis, niet langer (genoeg) geld kunnen lenen bij banken voor bijvoorbeeld innovatie of investeringen. Waarom is voor een oplossingsrichting van dit probleem niet gekozen voor het versterken van de financieringspositie van zorginstellingen door bijvoorbeeld een overheidsgarantie van leningen van banken aan zorginstellingen?

⁵⁴ Kamerstukken II, 2011–12, 33 168, nr. 3, paragraaf 3.2.5.

Voor de leden van de ChristenUnie-fractie is nog onduidelijk wat de regering precies bedoelt met de verwachte investering in de transparantie van de zorgsector, iets dat zij meermalen noemt als motivatie bij dit wetsvoorstel. Hoe wordt volgens de regering in dit wetsvoorstel de transparantie in de zorg verbeterd?

In dit licht zijn de leden van de ChristenUnie-fractie ook benieuwd naar de visie van de regering op de toekomst van de zorg in verband met extern kapitaal. Wat is de verwachting van de regering ten aanzien van de toekomstige invloed van extern kapitaal in de zorg? En wat is haar verwachting ten aanzien van de toegankelijkheid van de zorg? Kan deze volgens de regering voldoende worden gewaarborgd?

De leden van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport zien de antwoorden van de regering met belangstelling tegemoet en ontvangen deze graag uiterlijk 24 oktober 2014.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Slagter-Roukema

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