

Vergaderjaar 2012–2013

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)

Nr. 8

NOTA NAAR AANLEIDING VAN VERSLAG

Ontvangen 6 maart 2013

INHOUDSOPGAVE

I	ALGEMEEN	1
1.	Inleiding	2
2.	Reikwijdte	18
3.	Risico's en voorwaarden winstuitkering	26
4.	Toezicht en handhaving	61
5.	Goed bestuur en de Wet cliëntenrechten zorg	63
6.	Samenhang Europees en internationaal recht	65
7.	Budgettaire aspecten	66
8.	Onderzoek en consultatie	67
9.	Overig	69

I. ALGEMEEN

Met veel belangstelling heb ik kennis genomen van het verslag van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het wetsvoorstel houdende wijziging van de Wet cliëntenrechten zorg 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). Hieronder beantwoord ik de vragen die de leden van de verschillende fracties hebben gesteld.

Recent heb ik aan u een nota van wijziging op bovenstaande wetsvoorstel toegezonden. Deze bevat twee aanvullende voorwaarden waaraan aanbieders van medisch-specialistische zorg dienen te voldoen als zij winst willen uitkeren. De twee voorwaarden komen voort uit het regeerakkoord van de huidige regering¹. Ze komen bovenop de voorwaarden die ik in het reeds ingediende wetsvoorstel heb gesteld. Ten eerste wordt

¹ Zie Kamerstukken II 2012/13, 33 410, nr. 15, p. 22 van de bijlage.

geregeld dat het eigen vermogen uitgedrukt als percentage van het balanstotaal, na de winstuitkering ten minste 20% moet blijven. Hiermee sluit de regering aan bij de streefnorm die verschillende onderzoeken en het veld veelvuldig hanteren. De nota van wijziging regelt ten tweede dat winstuitkering slechts is toegestaan indien het resultaat uit de gewone bedrijfsuitoefening drie achtereenvolgende jaren positief is geweest. Aldus geeft de nota van wijziging invulling aan de voorwaarde uit het regeerakkoord dat winstuitkering slechts mogelijk is «bij winst uit reguliere exploitatie».

Ten derde regelt de nota van wijziging dat de regels over winstuitkering door zorgaanbieders in de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) zullen worden opgenomen, in plaats van in het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg (Wcz). De Wcz bevat vele onderwerpen, waaronder verbetervoorstellen voor klacht- en geschilbeslechtingsmogelijkheden. Gebleken is echter dat de gekozen opzet van het wetsvoorstel veel vragen oproept en weerstand ontmoet. Gegeven het belang van een snelle wettelijke regeling van het klachtrecht wil ik deze kabinetsperiode de vijf belangrijkste onderwerpen uit het wetsvoorstel afzonderlijk een stap verder brengen. Het wetsvoorstel Wcz zal daartoe bij nota van wijziging worden beperkt tot een regeling van klachten en geschillen; ook zal via deze nota van wijziging de Kwaliteitswet zorginstellingen worden aangepast. Deze nota van wijziging kunt u in april verwachten. Via afzonderlijke wetsvoorstellen worden u voorts nog dit jaar de onderwerpen goed bestuur en medezeggenschap, en later in deze kabinetsperiode een aanpassing van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst en aanpassing of vervanging van de Wet toelating zorginstellingen voorgelegd.

Bij de beantwoording van de vragen uit het verslag houd ik zo veel mogelijk de volgorde van de vraagstelling in het verslag aan, met dien verstande dat daar waar dit beantwoording van de vragen ten goede komt, antwoorden thematisch geordend zijn. Bij de beantwoording heb ik mij mede gebaseerd op de aanvullingen in de nota van wijziging op het ingediende wetsvoorstel.

1. Inleiding

De leden van de VVD-fractie vragen om een reactie op het veel gehoorde argument tegen het mogelijk maken van winstuitkering dat dit een volume oprijvend effect zou hebben.

Het argument waar de leden van de VVD-fractie naar verwijzen, bestaat er in de kern uit dat winststreven een extra stimulans aan zorgaanbieders kan geven om hun omzet te verhogen. Indien zij dit doen door betere kwaliteit te leveren dan andere zorgaanbieders en daardoor meer patiënten naar zich toe trekken, is dit geen probleem voor de macrobeheersbaarheid van de kosten. De omzet bij andere aanbieders zal dan, bij een gelijkblijvende vraag, immers dalen. Indien aanbieders hun volume echter verhogen door het verlenen van zorg die niet noodzakelijk, effectief of doelmatig is (ongepaste zorg of overbehandeling) en daarmee aanbodgeïnduceerde vraag creëren, dalen de kosten bij andere aanbieders niet en ontstaat er wel een risico voor de macrobeheersbaarheid.

Om dit risico weg te nemen, wordt de risicodragendheid van verzekeraars vergroot. De geleidelijke afschaffing van de huidige achterafcompensaties zal zorgverzekeraars ertoe bewegen om het volume in de hand te houden, bijvoorbeeld door afspraken te maken met zorgaanbieders om binnen een bepaald volume te blijven. Deze toegenomen risicodragendheid, in combinatie met de prestatiebekostiging en de grotere sturingsmogelijk-

heden voor de zorgverzekeraars, de hoofdlijnenakkoorden die ik met de instellingen voor medisch-specialistische zorg en met de medisch specialisten heb gesloten en van plan ben te blijven sluiten, en de invoering van de integrale tarieven voor deze zorg, zullen er naar mijn verwachting voor zorgen dat winstuitkering niet leidt tot een kostenoverschrijding op macroniveau. Als ultimatum remedium heb ik bovendien het macrobeheersinstrument. Het ingediende wetsvoorstel bevat daarom geen aanvullende maatregelen op dit terrein.

Ook vragen de leden van de VVD-fractie om een reactie op het veel gehoorde argument dat ziekenhuizen die deels in handen zijn van private investeerders, zullen sturen op het afstoten van niet-rendabele behandelingen of het doorsturen van risicovolle patiënten (met meer kans op complicaties).

Dit argument komt erop neer dat het door het toestaan van winstuitkering mogelijk is dat zorgaanbieders zich vooral willen richten op de meest rendabele zorgprestaties. Dit brengt het risico met zich dat onrendabele behandelingen niet meer worden aangeboden, met als mogelijk gevolg dat de toegankelijkheid van de zorg in het geding komt. Dit risico bestaat echter in principe alleen bij behandelingen waarvoor geen vrije prijsvorming geldt en waarvoor de vastgestelde prijs niet kostendekkend is. Voor behandelingen met vrij onderhandelbare prijzen komt door vraag en aanbod immers vanzelf een markconforme prijs tot stand. Er is dan ook geen sprake meer van meer of minder rendabele behandelingen; elke behandeling zal een prijs hebben die overeenkomt met de complexiteit ervan. Doordat met ingang van 2012 het aantal behandelingen waarvoor vrije prijsvorming geldt, uitgebreid is tot zeventig procent is een belangrijk deel van dit risico weggenomen.

Als zorgaanbieders zich richten op de meest rendabele zorgprestaties, bestaat ook het risico van patiëntenselectie, zoals de leden van de VVD-fractie zelf ook aangegeven. Dit zou mogelijk zijn indien de kosten voor relatief eenvoudige patiënten zonder comorbiditeit, lager zijn dan relatief complexe gevallen. Uiteraard moet voorkomen dat de behandeling van complexere patiënten in het geding komt. Doordat de DOT-structuur² meer rekening houdt met zorgzwaarte en het aantal behandelingen met vrije prijzen is uitgebreid, wordt het risico op patiëntenselectie beperkt. Zorgverzekeraars spelen hier ook een belangrijke rol. Zij moeten immers op grond van hun zorgplicht ook complexe zorg inkopen. Desalniettemin wil de regering de mogelijke effecten van winstuitkering op patiëntenselectie nauw in de gaten houden. Om die reden zal de regering de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verzoeken te monitoren of winstuitkering leidt tot patiëntenselectie en of hierdoor een probleem voor de toegankelijkheid ontstaat. Indien dit zo zou blijken te zijn, zal zij bekijken welke aanvullende maatregelen noodzakelijk zijn.

De leden van de VVD-fractie vragen – naar aanleiding van een artikel in Het Financieele Dagblad (FD) van 13 april 2012 over de fiscale gevolgen van het wetsvoorstel – naar een reactie op de stelling uit het artikel dat een ziekenhuis dat winst uitkeert, zijn belastingvrijstelling kan verliezen. Daarnaast vragen deze leden een reactie op de stelling dat er oneerlijke concurrentie dreigt tussen ziekenhuizen die wel en die geen winst uitkeren.

De zorgvrijstelling is halverwege de vorige eeuw in de Wet op de vennootschapsbelasting 1969 opgenomen om onder voorwaarden zorginstellingen van een belasting over winst vrij te stellen. Deze

² DOT = DBC's op weg naar Transparantie

voorwaarden om voor de vrijstelling in aanmerking te komen, geven aan dat het moet gaan om lichamen, i) die zich (nagenoeg) uitsluitend met – samengevat – het verlenen van zorg bezighouden en ii) dat de eventuele winsten van die zorginstelling uitsluitend ten goede moeten komen aan die zorginstelling, andere van de vennootschapsbelasting vrijgestelde zorginstellingen of een algemeen maatschappelijk belang. Bij zorginstellingen die worden gedreven in een lichaam met ook andere eigenaren dan vrijgestelde zorginstellingen zal de eventuele winst ook aan die anderen ten goede (kunnen) komen, waardoor de vrijstelling niet van toepassing is. Een voorbeeld van zo'n lichaam is een bv die wordt gehouden door private aandeelhouders. Het lichaam verliest de vrijstelling vanaf het moment dat niet (meer) wordt voldaan aan de gestelde voorwaarden. De zorginstelling heeft het echter zelf in de hand om private partijen als eigenaar aan te trekken. De vrijstelling van vennootschapsbelasting blijft van toepassing op aanbieders van medisch-specialistische zorg die aan de voorwaarden blijven voldoen. Het artikel in het FD merkt dus terecht op dat het ene ziekenhuis voor de vennootschapsbelasting vrijgesteld en het andere belastingplichtig kan zijn. De situatie van een vanuit een bv gedreven zorginstelling met door rendement gedreven particuliere aandeelhouders verschilt echter wezenlijk van de situatie waarbij de eventuele winsten van de zorginstelling uitsluitend kunnen worden aangewend door (de)zorginstelling(en) of binnen het algemeen belang. Derhalve wordt de stelling dat sprake zou kunnen zijn van oneerlijke concurrentie als gevolg van een verschillende behandeling in de vennootschapsbelasting niet onderschreven. Overigens is in de memorie van toelichting (mvt) bij het wetsvoorstel dat tot de Wet «Overige Fiscale Maatregelen 2012» heeft geleid, aangegeven dat de vele wijzigingen die zich de afgelopen decennia hebben voorgedaan in de zorgsector en die zich de komende jaren nog gaan voordoen, met name de wens om in de toekomst winstuitkeringen toe te staan, het noodzakelijk maken de huidige vrijstelling voor zorginstellingen kritisch tegen het licht te houden en te moderniseren. Een belangrijk aandachtspunt daarbij zal zijn of een vrijstelling nog wel opportuun is.³

De leden van de VVD-fractie vragen een reactie op hun suggestie om het A-segment verder in te krimpen om zo eventuele «cherry picking» (het toeleggen op winstgevende behandelingen) te voorkomen.

Net als de leden van de VVD-fractie verwacht ik dat er bij vrije prijsvorming weinig tot geen verschil zal zijn tussen meer of minder rendabele behandelingen. Door onderhandelingen over de prijs zal immers een marktconforme prijs tot stand komen voor elke specifieke behandeling. Voor zover behandelingen niet onder vrije prijsvorming vallen is het wel van belang dat de tarieven goed zijn gesteld. Het is dan cruciaal dat de tarieven de zorgwaarde goed beprijzen. Op dit moment zijn er geen concrete voornemens om het A-segment verder in te perken. Daarbij moet bedacht worden dat dit A-segment ten opzichte van het segment met de vrije prijzen als behoorlijk beperkt is.

De leden van de VVD-fractie vragen hoe privaat eigenaarschap risicovol gedrag van bestuurders zal voorkomen.

Aandeelhouders hebben er een financieel belang bij dat de zorgaanbieder goed presteert en hebben geen baat bij een bestuurder die risico's neemt die onverantwoord zijn. Immers, als de risico's realiteit worden, verliest de aandeelhouder een (groot) deel van zijn vermogen. De aandeelhouders hebben de wettelijke bevoegdheid om de bestuurder te ontslaan. Bij het

³ Kamerstukken II, 2011/12, 33 004, nr. 3.

besluit tot ontslag zullen de procedures voor het nemen van het besluit in acht genomen moeten worden.

De leden van de VVD-fractie vragen hoe een stichting over gaat in handen van een private investeerder, aan wie het bedrag dat de investeerder betaalt ten goede komt en in hoeverre er sprake is van beklemd vermogen.

Een zorgaanbieders-stichting die winst wil gaan uitkeren, zal zich daartoe moeten omzetten in een bv, een nv of een coöperatie. De algemene regels over de wijze waarop een stichting zich in één van deze rechtsvormen kan omzetten, zijn te vinden in artikel 2:18 van het BW. Daartoe is nodig:

- Een besluit tot omzetting, genomen met inachtneming van de vereisten voor een besluit tot statutenwijziging (van de stichting).
- Een besluit tot wijziging van de statuten.
- Een rechterlijke machtiging tot omzetting.
- Een notariële akte van omzetting die de statuten van de rechtspersoon waarin de stichting zich omzet (verder ook «nieuwe rechtspersoon» genoemd) bevat en waarin de notaris heeft verklaard dat de rechterlijke machtiging op het ontwerp van de akte is verleend.
- Uit de statuten van de nieuwe rechtspersoon moet blijken dat het vermogen dat de stichting bij de omzetting heeft en de vruchten daarvan slechts met toestemming van de rechter anders mogen worden besteed dan voor de omzetting was voorgeschreven. Dit vermogen en de vruchten daarvan worden derhalve beklemd.
- Opgave van de omzetting in het Handelsregister.

Wordt de stichting in een bv omgezet, dan wordt de rechterlijke machtiging aan de akte van omzetting gehecht (art. 2:183, eerste lid, onderdeel b, Burgerlijk Wetboek (BW)). Voor omzetting van een stichting in een nv geldt hetzelfde. Bovendien komt daar dan nog de extra eis bij, dat aan de akte van omzetting een verklaring van een accountant wordt gehecht, waaruit blijkt dat het eigen vermogen van de stichting op een dag binnen vijf maanden voor de omzetting ten minste het bedrag belooft van het gestorte deel van het geplaatste kapitaal volgens de akte van omzetting (art. 2:72, tweede lid, onderdelen a en c, BW). Bij het eigen vermogen mag dan wel de waarde worden geteld van hetgeen na die dag uiterlijk onverwijld na de omzetting op aandelen zal worden gestort.

Het bedrag dat investeerders betalen voor aandelen in de nieuwe zorg-bv of -nv (of voor een lidmaatschap van of andere deelname in een coöperatie, al lijkt deze rechtsvorm in dit geval minder voor de hand te liggen) komt ten goede aan de bv of nv, respectievelijk aan de coöperatie.

Zoals uit het voorgaande blijkt, wordt het vermogen dat de stichting voor de omzetting heeft, alsmede de vruchten daarvan (doorgaans: de rente), bij de omzetting beklemd. Dat wil zeggen dat de nieuwe rechtspersoon het slechts mag gebruiken voor een ander doel dan het doel dat de stichting tijdens haar bestaan volgens haar statuten had, als hij daarvoor de toestemming van de rechter heeft. Een stichting heeft immers een niet op winstuitkering gerichte, ideële doelstelling, en voorkomen moet worden dat de eigenaars van de nieuwe rechtspersoon (bij de bv en de nv de aandeelhouders, en bij de coöperatie de leden) het vermogen dat de voormalige stichting voor die doelstelling bijeen heeft gebracht, als winst aan zichzelf uitkeren of anderszins voor andere doelen dan het oorspronkelijke doel van de stichting gebruiken. Ervan uitgaande dat een zorgaanbieders-stichting volgens zijn statuten doorgaans als doel zal hebben gehad, goede zorg te verlenen, dient het geld dus voor de zorg te worden bestemd of gereserveerd (gebonden statutaire reserve). Slechts met toestemming van de rechtbank kan het geld anders gebruikt worden,

maar uit jurisprudentie blijkt dat die toestemming slechts gegeven wordt, indien dat andere gebruik aantoonbaar direct of indirect strekt ter bevordering van de belangen die binnen het oorspronkelijke stichtingsdoel vielen⁴. Blote uitkering aan aandeelhouders of leden, opdat dezen de winst naar eigen believen kunnen besteden, valt hier niet onder.

De leden van de VVD-fractie vragen naar de actuele waarde van de Nederlandse ziekenhuizen.

Het totale eigen vermogen van alle Nederlandse ziekenhuizen bedraagt 3,5 miljard euro. Het totale balanstotaal van Nederlandse ziekenhuizen is momenteel 21,9 miljard euro. Daarvan zijn 66 procent vaste activa, dat wil zeggen bezittingen van het ziekenhuis die nodig zijn voor de bedrijfsuitoefening. De actuele waarde kan daarvan echter afwijken. Als een ziekenhuis bijvoorbeeld erg hoge schulden heeft, verliesgevend is of kwaliteits- of reputatieproblemen heeft, zal de waarde van de vaste activa geen goede afspiegeling zijn van de waarde van het ziekenhuis. De waarde wordt dan negatief beïnvloed. Indien het ziekenhuis juist goede kwaliteit, reputatie en financiën heeft, kan de waarde van een ziekenhuis hoger zijn dan op basis van de balans verwacht mag worden.

De leden van de VVD-fractie vragen of de regering kan aangeven welke typen investeerders overwegen om in Nederlandse ziekenhuizen te investeren.

Verschuillende onderzoeken hebben uitgewezen dat er voldoende kapitaalverschaffers zijn met interesse om te investeren in Nederlandse ziekenhuizen. De voornaamste typen investeerders zullen naar verwachting bestaan uit gespecialiseerde zorgfondsen en institutionele beleggers, zoals banken, verzekeraars en pensioenfondsen.⁵ Zij hebben ruim voldoende kapitaal beschikbaar en geven aan geïnteresseerd te zijn in de ziekenhuissector als investeringsobject. Zowel financiële als institutionele kapitaalverschaffers geven aan dat zij hun kapitaal in het licht van de crisis graag in fondsen of objecten met een maatschappelijk belang beleggen. Daarnaast verwacht ik dat strategische investeerders, zoals buitenlandse ziekenhuizen, interesse zullen tonen.

Daarnaast vragen de leden van de VVD-fractie hoeveel ziekenhuizen naar verwachting een beroep zullen doen op private investeerders.

De omvang van de inbreng van risicodragend kapitaal bij instellingen die medisch-specialistische zorg leveren, laat zich moeilijk precies voorspellen. Hierbij spelen veel verschillende variabelen een rol. Op basis van een internationale vergelijking zou kunnen worden aangenomen dat vermogensverstrekking in circa twintig ziekenhuizen zullen participeren⁶. Dat is ongeveer tien tot vijftien procent. Deze verwachting komt voort uit het internationale beeld dat gemiddeld vijftien tot twintig procent van ziekenhuizen risicodragend vermogen aantrekt als dat mogelijk is.

⁴ Streek, J.L. van de (2008) *Omzetting van rechtspersonen*, Fiscale monografieën 129, Deventer: Kluwer, paragrafen 2.8.7.2, 2.8.7.3 en 2.10.

⁵ Boer & Croon (2010), *Investeringsbereidheid in de curatieve zorg*.

⁶ Zie o.a. Gupta Strategists (2009), *Private investeerders in ziekenhuiszorg, Quick scan inbreng privaat kapitaal in ziekenhuizen in internationale context*; Gupta Strategists (2009), *Analyse macro effecten privatisering S:t Göran Ziekenhuis in Stockholm, Zweden*; Patrick Jeurissen (2010), *For-profit Hospitals, A comparative and longitudinal study of the for-profit sector in four Western countries* en SEO (2010), *Winst in de eigendomsstructuur, Eigendom, winstbestemming en zeggenschap binnen ziekenhuizen*

Vervolgens vragen de leden van de VVD-fractie wat de grootste belemmeringen zijn voor private investeerders ten aanzien van hun investeringsbereidheid in de zorg.

Uit onderzoek dat in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)⁷ is uitgevoerd, blijkt dat in de ogen van mogelijke investeerders, naast een duidelijke interesse om te investeren, ook een aantal risico's aan investeren in aanbieders van medisch-specialistische zorg zit. Zij zien onduidelijk en inconsistent overheidsbeleid voor de lange termijn als het belangrijkste risico. Daarbij wijzen zij naast de directe regelgeving omtrent winstuitkering op het groeiende belang van prestatiebekostiging als risico. Ook een gebrek aan voldoende transparantie van kwaliteit in de ziekenhuissector zien investeerders als een mogelijk risico.

Daarnaast noemen investeerders ook de dreiging van kortingen voor handhaving van het Budgetair Kader Zorg, de governance structuur met een grote en onvoorspelbare rol van maatschappen en de onzekerheid over de wijze waarop verzekeraars verder invulling geven aan hun rol als zorginkoper. Ten slotte wijzen ze op hun beeld van een vermeende lage kwaliteit van zittend management en mogelijke terughoudendheid van bestuurders in het aantrekken van privaat kapitaal.

«Wat is het rendement dat privaatkapitaalverschaffers in de medisch-specialistische zorg denken te kunnen behalen?», vragen de leden van de VVD-fractie.

Rendement is een vergoeding voor het ter beschikking gestelde kapitaal. De hoogte van het rendement zal erg afhangen van het risicoprofiel van de investering, van de (internationale) geldmarkt en het doel van de privaatkapitaalverschaffer. Als een investering heel risicovol is, zal de privaatkapitaalverschaffer een hoger rendement vragen dan wanneer het risico relatief laag is. Indien de rente en aandelenkoersen internationaal laag zijn of laag worden ingeschat door de kapitaalverschaffer, zal het verwachte rendement ook lager zijn. Als de investeerder een strategische partner is zoals een andere zorgaanbieder, dan zal het verwachte rendement lager zijn dan wanneer de privaatkapitaalverschaffer bijvoorbeeld een pensioenfonds is dat puur investeert uit het beleggings-oogpunt. Op voorhand kan ik dus geen bandbreedte van het te verwachten rendement geven.

De leden van de VVD-fractie vragen om een reactie op de vragen van de Nederlandse Vereniging van Participatiemaatschappijen, onder andere over de procedure rond de kwaliteitstoets.

De leden van de VVD-fractie kan ik antwoorden dat de beschikking inzake de kwaliteitstoets binnen de redelijke termijn, bedoeld in artikel 4:13 Algemene wet bestuursrecht (Awb), gegeven dient te worden en dat deze termijn, tenzij tijdig is verlengd, in ieder geval verstreken zal zijn, indien na de ontvangst van de aanvraag acht weken zijn verlopen. Tegen de beschikking staat bezwaar bij de minister van VWS open. In de memorie van toelichting staat dat daarna beroep bij de rechtbank en hoger beroep bij de Afdeling bestuursrechtspraak Raad van State (RvS) mogelijk is. Dat was logisch, omdat de bepalingen over winstuitkering opgenomen zouden worden in de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) en de algemene rechtsgang tegen op grond van die wet genomen beschikkingen bestond uit beroep bij de rechtbank en hoger beroep bij de RvS. In de nota van wijziging die u tegelijk met deze nota naar aanleiding van het verslag

⁷ Boer & Croon (2010). *Investeringsbereidheid in de curatieve zorg*

ontvangt, is echter geregeld dat de bepalingen over winstuitkering niet meer in de Wcz zullen worden opgenomen, maar in de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi). Dat betekent dat voor het beroep tegen een beslissing op bezwaar over de kwaliteitstoets de in de Wtzi gebruikelijke rechtsgang van toepassing wordt. Deze houdt in dat men in één instantie in beroep kan gaan, en wel bij de Afdeling bestuursrechtspraak van de RvS (zie artikel 8:6 van de Algemene wet bestuursrecht en artikel 2 van de Bevoegdheidsregeling bestuursrechtspraak).

Het heeft de leden van de fractie van de PvdA verbaasd dat de regering de regels over winstuitkering door zorgaanbieders in de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) wil opnemen. Naar hun mening valt namelijk nog te bezien of de Wcz ooit kracht van wet zal krijgen, en bovendien schaadt de mogelijkheid van winstuitkering de belangen van cliënten eerder dan dat zij deze baat. Zij vragen deze keuze nader toe te lichten.

In het oorspronkelijke wetsvoorstel werd voorgesteld om de bepalingen over winstuitkering door zorgaanbieders in de Wcz op te nemen, omdat die wet een groot aantal bepalingen zou bevatten waaraan zorgaanbieders, met het oog op een goede zorgverlening aan hun cliënten, zouden moeten voldoen. Inmiddels is echter duidelijk geworden dat de Wcz niet in deze brede vorm zal worden doorgezet. In plaats daarvan wil het kabinet deze kabinetsperiode de vijf belangrijkste onderwerpen uit het wetsvoorstel Wcz afzonderlijk een stap verder brengen. Het wetsvoorstel Wcz zal daartoe bij nota van wijziging worden beperkt tot een regeling van klachten en geschillen; ook zal via die nota van wijziging de Kwaliteitswet zorginstellingen worden aangepast. De nota van wijziging kunt u in april verwachten. Via afzonderlijke wetsvoorstellen worden u voorts nog dit jaar de onderwerpen goed bestuur en medezeggenschap, en later in deze kabinetsperiode een aanpassing van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst en aanpassing of vervanging van de Wet toelating zorginstellingen voorgelegd.

Bij de nota van wijziging die u tegelijk met deze nota naar aanleiding van het verslag ontvangt, worden de regels over winstuitkering door zorgaanbieders in de Wtzi worden opgenomen. Overigens laat dit onverlet dat ik van mening blijf dat de mogelijkheid van winstuitkering de patiënten naar mijn mening zal baten, aangezien dit investeerders kan trekken die de bedrijfsvoering, de klantgerichtheid en de zorgkwaliteit van de instelling waarin zij investeren, wensen te verbeteren. Bovendien zal de mogelijkheid van winstuitkering naar verwachting ook leiden tot toetreding van nieuwe instellingen voor medisch-specialistische zorg. De winstuitkering zelf zal de belangen van patiënten niet schaden, nu deze slechts kan plaatsvinden indien aan de in dit wetsvoorstel neergelegde voorwaarden wordt voldaan.

De leden van de PvdA-fractie vragen waarop de regering de stelling baseert dat doelmatigheid in de zorg verbetert door de komst van private investeerders.

Een private investeerder die risicodragend vermogen inlegt, is gebaat bij een doelmatige bedrijfsvoering. Hoe efficiënter deze bedrijfsvoering is, hoe lager de kosten zijn, en hoe meer kans er is op winst(uitkering). Private investeerders brengen vaak bedrijfseconomische expertise met zich mee. Zij kunnen daarmee zorgen voor een professionalisering van de bedrijfsvoering. Ook door het overdragen en verspreiden van *best practices* zorgt de komst van private investeerders voor een verbetering van de doelmatigheid van de bedrijfsvoering van aanbieders van medisch-specialistische zorg.

De leden van de PvdA-fractie menen van de regering begrepen te hebben dat in het kader van de marktwerking door de zorgverzekeraars en de banken de doelmatigheid en efficiency van de zorgsector bevorderd zou worden. Zij vragen of zij nu moeten begrijpen dat deze partijen die rol onvoldoende spelen.

Het klopt dat zorgverzekeraars en banken een belangrijke rol hebben in het bevorderen van doelmatigheid en efficiency in de gezondheidszorg. Zij houden zorgaanbieders scherp door respectievelijk zorg gericht in te kopen en leningen beschikbaar te stellen aan instellingen die aan hun voorwaarden voldoen. Op deze manier voorzien zij zorgaanbieders van een stimulans om kwalitatieve en doelmatige zorg te leveren. Het toestaan van winstuitkering voegt hieraan een extra stimulans toe. Ook investeerders die participeren in zorginstellingen zorgen voor een prikkel om doelmatiger en efficiënter te werken. Er ontstaat daarnaast meer dynamiek in de markt, doordat nieuwe aanbieders die het verschil willen maken ten opzichte van bestaande aanbieders gemakkelijker kunnen toetreden. Een winstverbod belemmert immers het aantrekken van het benodigde startkapitaal. De mogelijkheid van winstuitkering zorgt daarmee tegelijkertijd voor een prikkel voor bestaande aanbieders om zich te (blijven) verbeteren.

De leden van de PvdA-fractie vragen zich af of ook systeem ziekenhuizen failliet mogen gaan.

In de brief *Waarborgen voor continuïteit van zorg en de samenhang tussen cruciale zorg, basiszorg en acute zorg* van 27 april 2011⁸, is het beleid op het gebied van faillissementen van zorgaanbieders uiteen gezet en wordt de belangrijke rol beschreven die de zorgverzekeraar daarbij speelt op grond van de zorgplicht. In deze brief wordt eveneens omschreven hoe omgegaan dient te worden met cruciale zorg in het geval van een faillissement. Het is in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder zelf om te zorgen voor de continuïteit van zijn zorgverlening. Daarnaast rust op de zorgverzekeraar een zorgplicht op grond waarvan hij voor zijn verzekerden moet zorgen voor de continuïteit van zorg. Komt de continuïteit van de zorg bij een zorgaanbieder in gevaar, om wat voor reden dan ook, dan is het aan de zorgverzekeraar om te zorg voor vervangend zorgaanbod voor zijn verzekerden. Lukt dit niet en is sprake van overmacht dan heeft de overheid een verantwoordelijkheid waar het gaat om cruciale zorg. De overheid zal dan om de continuïteit van cruciale zorg te kunnen bieden een tijdelijke vangnetstichting in het leven roepen. Op dit moment ligt een wetsvoorstel bij het parlement dat nadere regels stelt en uitleg biedt op het gebied van continuïteit van zorg.⁹

De leden van de PvdA-fractie vragen 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 bankensector is niet te vergelijken met de zorgsector. Voor uitspraken over het handelen van aandeelhouders bij banken verwijs ik u naar mijn collega van Financiën.

De leden van de PvdA-fractie vragen te motiveren waarom er in de zorgmarkt geen risico's genomen zullen worden in de zoektocht naar het hoogste rendement.

⁸ Kamerstukken II 2010/11, 32 620, nr. 10.

⁹ Kamerstukken II 2011/12, 33 253, nrs. 1–3.

De regering is het eens met de leden van de PvdA-fractie dat ongewenste effecten, zoals kortetermijninvesteringen en winstmaximalisatie ten koste van de kwaliteit, dienen te worden voorkomen. Om deze redenen zijn de voorwaarden als de driejaarstermijn en de kwaliteitstoets door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in dit wetsvoorstel opgenomen.

Hiernaast wordt bij de eerder al aangekondigde nota van wijziging die u tegelijk met voorliggende nota van wijziging zult ontvangen in dit wetsvoorstel ook een waarborg opgenomen tegen het uitkeren van nog niet gerealiseerde winst. Als een instelling voor medisch-specialistische zorg grond die zij in eigendom heeft, opwaarts heeft geherwaardeerd maar nog niet heeft verkocht, ontstaat een ongerealiseerd resultaat. Dat ongerealiseerde resultaat komt terug als post op de balans van ongerealiseerd vermogen. Zoals in het algemene deel van dit verslag reeds is aangegeven, wordt in de nota van wijziging onder andere geregeld dat een instelling voor medisch-specialistische zorg slechts winst mag uitkeren als haar solvabiliteitsmarge (eigen vermogen gedeeld door balanstotaal) na de winstuitkering 20% of meer blijft. Dat deel van het eigen vermogen, dat voorzien is als gevolg van een herwaardering maar nog niet gerealiseerd is, mag in de teller van bovengenoemde breuk niet als eigen vermogen worden meegeteld. Op deze manier wordt er voor gezorgd dat de solvabiliteit een afspiegeling is van het daadwerkelijke vermogen.

De leden van de PVV-fractie zouden graag geregeld zien dat zorgverzekeraars en farmaceuten geen aandelen in handen kunnen krijgen van aanbieders van medisch-specialistische zorg.

De regering is het met de PVV eens dat verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders voorkomen moet worden. Een daartoe strekkend wetsvoorstel is dan ook op 10 september 2012 bij de Tweede Kamer ingediend.¹⁰ Het wetsvoorstel regelt dat zorgverzekeraars geen zeggenschap mogen hebben in zorgaanbieders, of die zeggenschap nu direct zou zijn, of indirect via een tussenliggende rechtspersoon. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) kan slechts om twee redenen een tijdelijke ontheffing van dit verbod verlenen: indien dit noodzakelijk is omdat de zorgverzekeraar anders niet aan zijn zorgplicht kan voldoen en indien dit wenselijk is met het oog op innovatie van het zorgaanbod. Conform hetgeen hierover in het Regeerakkoord is opgenomen¹¹, mogen zorgverzekeraars overigens wel een niet tot zeggenschap leidend minderheidsaandeel in zorgaanbieders verwerven.

Het risico dat zou ontstaan als producenten van farmaceutische producten in een ziekenhuis deelnemen, zie ik niet. Indien een ziekenhuis uitsluitend bepaalde medicijnen zou aanbieden die niet conform de gestelde kwaliteitseisen zijn, of te veel, te weinig, te dure of verkeerde medicijnen zou voorschrijven, zou een zorgverzekeraar niet langer bij dat ziekenhuis zorg inkopen. Als de zorgverzekeraar dat niet zou kunnen omdat die zorgaanbieder marktmacht zou hebben, zodat de zorgverzekeraar niet om desbetreffende zorgaanbieder heen zou kunnen, zou de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) in haar fusietoezicht kunnen voorkomen dat een farmaceut zeggenschap zou verkrijgen over die aanbieder van medisch specialistische zorg. Ook kan de NZa maatregelen nemen, indien er sprake is van aanmerkelijke marktmacht. Bovendien zal de IGZ op kunnen treden indien een zorgaanbieder te veel, te weinig of verkeerde medicijnen voorschrijft. Aanvullende regulering met betrekking tot eventuele privaatkapitaalverschaffing van farmaceutische bedrijven is dus

¹⁰ Kamerstukken II 2011/12, 33 362, nrs. 1–3

¹¹ Zie Kamerstukken II 2012/13, 33 410, nr. 15, p. 22 van de bijlage.

niet nodig. De afweging is hier substantieel anders dan de afweging ten opzichte van zorgverzekeraars, vanwege hun specifieke en uitzonderlijke rol in het Nederlandse zorgstelsel.

De PVV-fractie verzoekt de regering om de winstbestemming te reguleren en een bepaald percentage van de winst te bestemmen voor innovatie.

Net als de PVV ben ik van mening dat innovaties gestimuleerd moeten worden. Dat is een van de doelen van dit wetsvoorstel. Ik ben echter van mening dat het onverstandig zou zijn om te regelen dat een deel van de winst aan innovatie besteed moet worden. Dit zou namelijk het ongewenste effect kunnen hebben dat een zorgaanbieder – bijvoorbeeld – noodzakelijke nieuwe apparatuur niet kan aanschaffen omdat een deel van de winst verplicht aan innovatie besteed dient te worden.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe de patiëntenbelangen worden geborgd, omdat ziekenhuizen geen cliëntenraden hoeven te hebben.

Anders dan vragenstellers menen dienen ziekenhuizen wel degelijk een cliëntenraad te hebben. Op grond van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz) is een cliëntenvertegenwoordigend orgaan verplicht voor alle instellingen die een Wtzi-toelating hebben.

De leden van de CDA-fractie vragen welk belang de patiënt heeft bij dit wetsvoorstel.

De patiënt zal merken dat door dit wetsvoorstel de kwaliteit en de dienstverlening van de zorg in ziekenhuizen zal verbeteren.

Het hoofddoel van dit wetsvoorstel is de verbetering van de kwaliteit, dienstverlening aan de patiënt en de doelmatigheid van de medisch-specialistische zorg. Een toename van investeringen door het toestaan van winstuitkering leidt naar verwachting tot een verbeterde kwaliteit en dienstverlening van zorgaanbieders. Private investeerders hebben er namelijk belang bij dat «hun» zorgaanbieder op het gebied van kwaliteit en dienstverlening aan de patiënt uitblinkt, omdat de aanbieder daardoor meer patiënten naar zich toe kan trekken. Het verbeteren van kwaliteit en veiligheid gaan vaak hand in hand met kostenbesparing, wat aantrekkelijk is voor de investeerder en de patiënt. Onvoldoende kwaliteit en veiligheid kan namelijk resulteren in een toename van het aantal hersteloperaties, doorligwonden en wondinfecties, wat leidt tot extra ligdagen en meer kosten. Bovendien loopt de zorgaanbieder een reëel risico op reputatieschade indien zou worden beknibbeld op kwaliteit en veiligheid. Patiënten blijven dan weg waardoor en de omzet daalt en de kans op winst(uitkering) daalt.

Verder verwacht de regering dat private investeerders zullen investeren in transparantie van de kwaliteit van zorg. Door kwaliteitsinformatie aan te bieden, kunnen aanbieders immers aantonen dat zij een goede kwaliteit leveren. Zo kunnen zij meer patiënten naar zich toe trekken waardoor de omzet kan stijgen en de kans op winst(uitkering) toeneemt. Uiteraard is deze transparantie ook aantrekkelijk voor patiënten, omdat zij hierdoor betere keuzen kunnen maken. Ten slotte verwacht de regering dat private investeringen zorgaanbieders meer gelegenheid zullen geven om te innoveren, waardoor patiënten betere en efficiëntere zorg kunnen ontvangen. Al met al verwacht de regering dat de patiënt een groot belang heeft bij dit wetsvoorstel.

De leden van de CDA-fractie vragen een nadere toelichting op de gevolgen van het ontbreken van eigenaarschap op het handelen van het bestuur.

De raad van bestuur is verantwoordelijk voor het besturen van het ziekenhuis en de raad van toezicht houdt er toezicht op dat het bestuur dit op een ordentelijke wijze doet. Echter, indien er geen goede beslissingen worden genomen en het ziekenhuis verlies draait, ondervinden de leden van het bestuur hier doorgaans geen persoonlijk financieel nadeel van. Ook andere partijen zouden hier geen financieel nadeel van ondervinden. Dit komt doordat in de zorg in de meeste gevallen de stichtingsvorm wordt gebruikt, waardoor er geen uiteindelijke eigenaar is die het bestuur kan corrigeren bij onvoldoende presteren. Wanneer er sprake is van een eigenaar, is het de eigenaar die het eerst verlies moet nemen als het slecht gaat met het ziekenhuis. Dit stimuleert de eigenaar om goede bestuurders aan te stellen die geen onverantwoorde risico's nemen en het ziekenhuis op een goede manier besturen. Dit wetsvoorstel verbetert de controle op de raad van bestuur door eigenaarschap in de vorm van aandeelhouderschap aantrekkelijk te maken.

De leden van de CDA-fractie vragen of de ziekenhuizen in de omgeving van een ziekenhuis dat winst uitkeert de zwaardere zorg verlenen en het moeilijker krijgen om de bedrijfsvoering rond te krijgen. En leidt het wetsvoorstel er niet toe dat juist de universitaire medische centra (UMC's), die geen winst mogen uitkeren, slechts met de complexe, dure patiënten worden opgescheept en daarmee op concurrentie-achterstand komen?

Zwaardere zorg kan – mits goed georganiseerd – ook rendabel zijn. De vrije prijsvorming die voor veel DOT's geldt, leidt ertoe dat voor de desbetreffende DOT's een marktconforme prijs tot stand. Indien een verzekeraar opmerkt dat bepaalde ziekenhuizen voor bepaalde DOT's alleen de minder complexe gevallen doen, kan hij een lagere prijs voor de prestatie afspreken dan bij ziekenhuizen die ook de complexe gevallen doen. Dat geldt overigens ook voor DOT's waarvoor nog maximumprijzen gelden. Aan de andere kant kan een zorgverzekeraar een UMC die juist de zware patiënten krijgt, met een hogere DOT-prijs belonen. Ook zal de nieuwe DOT-structuur meer aandacht besteden aan daadwerkelijke zorgzwaarte bij de bekostiging, wat het risico verder inperkt. Op deze manier zullen behandelingen bekostigd worden op basis van de specifieke zorgzwaarte, waardoor verschillen tussen rendabele en minder rendabele behandelingen wegvallen. Ook in het deel van de ziekenhuiszorg waar geen vrije prijsvorming geldt, is het van belang dat de zorgzwaarte goed in de prijs tot uitdrukking is gebracht.

De leden van de CDA-fractie vragen of het wetsvoorstel de kans vergroot dat er meer gespecialiseerde zorgaanbieders komen en minder algemene ziekenhuizen.

De ontwikkelingen dat er in Nederland te veel capaciteit is bij algemene ziekenhuizen, terwijl patiënten steeds korter verblijven in een ziekenhuis, staat los van dit wetsvoorstel. Wel kan gezegd worden dat ziekenhuizen die goed kijken naar de doelmatigheid en kwaliteit, zich richten op die verrichtingen en behandelingen waar zij goed in zijn en de verrichtingen en behandelingen waar zij minder goed in zijn of de schaalgrootte niet voor hebben, niet zelf blijven aanbieden. Dat is zowel voor de aanbieder als voor de patiënt op termijn beter. Het ziekenhuislandschap zal zich zeker verder ontwikkelen naar een landschap waarin niet iedereen meer alles doet. Het kabinet is ook een voorstander van die ontwikkeling. Aan de andere kant kunnen juist nieuwe initiatieven en gespecialiseerde

aanbieders tot stand komen dankzij privaatkapitaalverschaffers. Dat geldt overigens niet alleen voor de lichtste zorg. Het kan voor zorgaanbieders ook (juist) heel interessant zijn om zwaardere zorg aan te bieden, zolang de zorgzwaarte goed in de prijs is verdisconteerd. In het vrije segment zal deze tariefstelling geen aanleiding tot problemen geven, de prijs komt daar tot stand als gevolg van de onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Wel is het van belang dat in het gereguleerde segment de zorgzwaarte goed in het tarief is verdisconteerd. Ten slotte ben ik van mening dat voor de zeer complexe gevallen de academische ziekenhuizen de *last resort* functie hebben. Deze ziekenhuizen mogen ook na inwerkingtreding van de wet geen winst uitkeren.

De leden van de CDA-fractie vragen of de twee voorwaarden die prof. dr. Cools heeft geschetst voor een succesvol winstexperiment worden gedeeld en in hoeverre deze voorwaarden in het onderhavige wetsvoorstel zijn opgenomen.

Ten eerste geeft prof. dr. Cools aan dat de klassieke maatschapsstructuur omgevormd dient te worden, zodat de (financiële) belangen van medisch specialisten, directies en patiënten beter op elkaar worden afgestemd. Ik acht het van belang dat de (financiële) belangen van medisch specialisten, directies en patiënten meer in lijn met elkaar komen. Ik denk ook dat het afstemmen van belangen dermate belangrijk voor het efficiënt voeren van een bedrijfsvoering is, dat de privaatkapitaalverschaffer hier meer aandacht aan zal besteden. Het lijkt mij voor een betere afstemming van bovengenoemde belangen echter niet wenselijk of noodzakelijk om voor te schrijven dat de maatschapsstructuur dient te worden omgevormd.

Ten tweede geeft prof. dr. Cools aan dat een monitoringset van kwaliteitsindicatoren noodzakelijk is, waarover zorginstellingen periodiek publiekelijk rapporteren. De regering erkent het belang van kwaliteitsindicatoren en de vergelijkbaarheid daarvan. De regering acht het echter niet noodzakelijk om alleen aan winst uitkerende ziekenhuizen specifieke eisen over kwaliteitsinformatie te stellen. Het is namelijk belangrijk dat alle zorgaanbieders (niet slechts winst uitkerende zorgaanbieders) duidelijk en transparant zijn over de door hen geleverde kwaliteit.

In het wetsvoorstel dat de bevoegdheden van Zorginstituut Nederland¹² regelt, is daarom een verplichting opgenomen voor aanbieders om gegevens te leveren over de kwaliteit van zorg. Veldpartijen zijn zelf aanzet om afspraken te maken over wat goede zorg is (professionele standaarden) en hoe gemeten kan worden of deze geleverd is (meetinstrumenten zoals indicatoren). In het wetsvoorstel over het zorginstituut wordt geregeld dat het zorginstituut de regie op die ontwikkeling kan overnemen indien veldpartijen hun verantwoordelijkheid hierin niet nemen. Aan deze voorwaarde is derhalve voldaan.

Voor het antwoord op de vraag van de leden van de SP-fractie, waarom er oorspronkelijk voor gekozen is de voorwaarden voor winstuitkering in de Wcz neer te leggen, verwijs ik graag naar het antwoord dat ik eerder op een gelijklopende vraag van de PvdA-fractie heb gegeven.

De leden van de SP-fractie vragen of ziekenhuizen daadwerkelijk over te weinig middelen beschikken om het stelsel van ziekenhuiszorg in ons land overeind te houden.

¹² Kamerstukken I 2011/12, 33 243, A e.v., Wijziging van de Wet cliëntenrechten zorg en andere wetten in verband met de taken en bevoegdheden op het gebied van de kwaliteit van de zorg

De solvabiliteit van aanbieders van medisch-specialistische zorg is de afgelopen jaren in verschillende onderzoeken bekeken. Deze studies laten zien dat, hoewel de solvabiliteit de afgelopen jaren is gestegen, de ruime meerderheid van de instellingen hiermee niet voldoet aan de streefnorm voor solvabiliteit.¹³ Op basis van deze gegevens voldeden in 2011 maar zestien van de tachtig onderzochte algemene ziekenhuizen aan de in de onderzoeken gestelde normstelling voor solvabiliteit van twintig procent of hoger.¹⁴ Aanbieders van medisch-specialistische zorg hebben met andere woorden te weinig eigen vermogen om financiële tegenvallers op de korte of middellange termijn op te vangen. Hieruit volgt ook dat het voor ziekenhuizen lastig kan zijn om voldoende te (blijven) investeren in kwaliteit van zorg.

Anders dan de leden van de SP-fractie, ben ik van mening dat deze kwestie niet dient te worden aangepakt door van overheidswege meer geld aan de ziekenhuizen te verstrekken of hun risicodragendheid te verminderen. Juist door ziekenhuizen meer risico te laten dragen zal naar mijn mening een doelmatiger functionerende zorg tot stand komen.

De leden van de SP-fractie vragen toe te lichten waar het precies zo ernstig schort aan de kwaliteit van zorg en wat daarvan de oorzaak is. De leden van de SP-fractie vragen voorts waarom, indien de kwaliteit en efficiëntie zo ernstig tekort schieten, niet van overheidswege is ingegrepen. Tevens vraagt de SP in dit verband om een reactie op de bevindingen van de Commissie Lemstra over het Maastad ziekenhuis.

Over het algemeen schort het niet ernstig aan de kwaliteit en doelmatigheid van zorg, maar het kan wel beter. Verschillende onderzoeken¹⁵ hebben aangetoond dat winstuitkering belangrijke voordelen kan hebben voor zowel de doelmatigheid als de kwaliteit van zorg. Ik verwacht dan ook dat een snelle invoering ervan een positieve bijdrage kan leveren aan de zorgverlening voor patiënten. Zo blijkt uit onderzoek van de Erasmus School of Economics, Competition and Regulation Institute (SEO-ECRI)¹⁶ dat in situaties waarin de overheid marktfalen met specifieke regulering of instituties adequaat weet te voorkomen, een op winst gerichte onderneming de voorkeur verdient boven een onderneming zonder winst-oogmerk. Onder deze omstandigheden voorziet een op winst gerichte onderneming namelijk op de meest doelmatige wijze in de heterogene behoeften van consumenten en heeft deze voldoende aandacht voor kwaliteit, toegankelijkheid en continuïteit. Een overzicht van verschillende empirische onderzoeken¹⁷ toont aan dat op winstuitkering gerichte aanbieders van medisch-specialistische zorg niet onderdoen voor ziekenhuizen die niet op winstuitkering zijn gericht. Wel lijken ziekenhuizen waarvan de overheid eigenaar is duidelijk slechter te presteren ten aanzien van doelmatigheid. Internationale onderzoeken naar de effecten van winstuitkering laten daarnaast ook zien dat zorginstellingen die winst beogen qua prestaties niet onderdoen voor zorginstellingen die geen winst beogen.¹⁸ In de gevallen waar kwaliteit ernstig tekort schiet, is het aan de IGZ om op te treden.

¹³ BDO (2012) *Benchmark ziekenhuizen 2012* en PriceWaterhouseCoopers (2011) *Brancheanalyse gezondheidszorg 2011*.

¹⁴ BDO (2012) *Benchmark ziekenhuizen 2012*, p. 14.

¹⁵ SEOR-ECRI (2006), *Winstuitkering: winst voor de publieke belangen*; Allen & Overy en KPMG (2007), *Internationaal onderzoek op hoofdlijnen naar winstuitkering in de zorg in relatie tot publieke belangen van zorg*.

¹⁶ SEOR-ECRI (2006), *Winstuitkering: winst voor de publieke belangen*.

¹⁷ Patrick Jeurissen (2010), *For profit hospitals. A comparative and longitudinal study of the for-profit sector in four Western countries*.

¹⁸ Allen & Overy en KPMG (2007), *Internationaal vergelijkend onderzoek op hoofdlijnen naar winstuitkering in de zorg in relatie tot publieke belangen in de zorg*.

Het rapport-Lemstra bevat een aantal concrete aanbevelingen aan het Maasstad Ziekenhuis, die te maken hebben met het borgen van veiligheid en kwaliteit, zoals het behalen van de accreditatie van het veiligheidsmanagementsysteem, het invoeren van Veilig Incident Melden, het verplicht deelnemen door medisch specialisten aan het beoordelingsstelsel voor het Individueel Functioneren Medisch Specialist (IFMS) en concrete maatregelen die de toezichtfunctie van de raad van toezicht ondersteunen. Deze aanbevelingen overstijgen de casus Maasstad Ziekenhuis en onderstrepen het belang en de bittere noodzaak van het inbedden van patiëntveiligheid in de werkcultuur en de primaire processen van de zorginstellingen op alle niveaus van de organisatie. De aanbevelingen van de commissie-Lemstra sluiten volledig aan bij de bevindingen van de inspectie in het rapport «Falen infectiepreventie in het Maasstad Ziekenhuis verwijtbaar». Op 25 januari 2012 heb ik de Kamer een reactie gestuurd op dat inspectierapport¹⁹. Een van de maatregelen die ik heb genomen, is het ontwikkelen en inrichten van een landelijke signaleringsstructuur infectieziekten. Die structuur is inmiddels van start gegaan.

De leden van de SP-fractie vragen of er een parlementaire enquêtecommissie aan te pas moet komen om in te zien dat marktwerking de zorg niet beter en goedkoper maakt.

Sinds 2006 is een stapsgewijze omslag gemaakt van een stelsel waarin gestuurd werd op en door het aanbod, naar een stelsel van vraagsturing. Het doel van deze omslag is te komen tot meer doelmatigheid, meer vrijheid voor zorgaanbieders en goede toegankelijkheid van de zorg. Dit stimuleert zorgaanbieders de wensen en zorgbehoefte van patiënten centraal te stellen en zorg te leveren van goede kwaliteit die zoveel mogelijk aan die wensen en behoeften voldoet. Hoewel dit wetsvoorstel past binnen deze stelselherziening in de zorg, zoals deze met de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is ingezet, verandert deze wet aan de inrichting van het stelsel als zodanig niets.

De leden van de SP-fractie vragen de regering concrete voorbeelden aan te dragen van situaties waarin concurrentie en de mogelijkheid van winstuitkering de innovatie hebben bevorderd.

Voorbeelden van mogelijke investeringen zijn procesinnovaties (nieuwe manieren waarop processen worden vormgegeven), innovaties in dienstverlening (nieuwe, bijvoorbeeld digitale manieren waarop diensten worden aangeboden aan patiënten) of productinnovaties (nieuwe producten, instrumenten, apparatuur). Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan een laboratorium voor het samenstellen van medicijnen, verbeterd zorgvastgoed of automatisering door middel van robotica. Concrete voorbeelden zijn er op het gebied van innovatieve manieren om kwaliteit transparant te maken. In Duitsland is bijvoorbeeld een tendens waarneembaar dat op winst gerichte instellingen betere rapportages op kwaliteitsgebied produceren. Het innovatieve kwaliteitsmanagementsysteem van de winstuitkerende ziekenhuisgroep Helios heeft breder navolging gekregen in Duitsland en wordt inmiddels ook door 200 andere ziekenhuizen in Duitsland gebruikt.

De leden van de SP-fractie vragen een reactie op de stelling dat niet concurrentie, maar vooral samenwerking bijdraagt aan innovatie en vragen daarbij toe te lichten hoe het door zijn directie terugfluiten van een chirurg die was uitgenodigd te spreken op een congres, de innovatie heeft bevorderd.

¹⁹ Kamerstukken II 2011/12, 31 016, nr. 25.

Het wetsvoorstel brengt geen wijzigingen aan in de mate waarin aanbieders van medisch-specialistische zorg mogen samenwerken.

De leden van de SP-fractie vragen om een uiteenzetting over de wenselijkheid dat de inrichting van een vitale voorziening als de gezondheidszorg, wordt bepaald door particuliere kapitaalschieters

Aanbieders van medisch-specialistische zorg zijn en blijven privaat georganiseerde entiteiten die actief zijn binnen het stelsel van regels en regulering dat van toepassing is op de gezondheidszorg. Het wetsvoorstel brengt daar geen verandering in. De randvoorwaarden zijn en blijven bepaald door de overheid. Door deze regulering beschermt de overheid de publieke belangen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Daarbij wordt getracht zoveel mogelijk op uitkomsten te sturen in plaats van op de wijze waarop zorgaanbieders tot die uitkomsten moeten komen. Daarbinnen past het dat zorgaanbieders kunnen kiezen welke mix van financieringsbronnen zij inzetten om hun kapitaalbehoefte te financieren. Het is echter niet zo dat als gevolg van dit wetsvoorstel privaatkapitaalverschaffers de inrichting van de gezondheidszorg bepalen.

De leden van de SP-fractie vragen of de werkelijke belanghebbenden van de ziekenhuiszorg niet de burgers zijn, die afhankelijk zijn van deze publieke voorziening. Is het daarom niet beter om de zeggenschap van de burgers over de ziekenhuiszorg te vergroten, in plaats van de zeggenschap aan private entiteiten te geven?

De zorg in Nederland is altijd verleend door private entiteiten. Daaraan verandert niets. Het toestaan van winstuitkering zal naar verwachting bijdragen aan de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg. Het verbeteren van deze drie publieke waarden is dan ook het hoofddoel van dit wetsvoorstel. Het toestaan van winstuitkering zorgt er immers waarschijnlijk voor dat de bedrijfsvoering van medisch-specialistische zorgaanbieders verbetert, het gemakkelijker wordt voor aanbieders om investeringen te financieren, waardoor innovatie toeneemt, en het zorgt daarnaast naar verwachting ook meer dynamiek op de markt doordat nieuwe toetreders makkelijker de markt kunnen betreden. Dit draagt er uiteindelijk aan bij dat de zorg voor de patiënt zal verbeteren.

De leden van de SP-fractie vragen of het belang van goede ziekenhuiszorg voor iedereen niet zou moeten prevaleren boven de belangen van particulieren die geld willen verdienen.

Ziekenhuizen worden nu vooral voorzien van kapitaal door banken, eveneens op winst gerichte private entiteiten. Banken zijn gedwongen door de financiële crisis steeds meer de kredietkraan dicht te draaien. Winstuitkering is een vergoeding van rendement op geïnvesteerd kapitaal. Het is van belang dat aanbieders van medisch-specialistische zorg goed kapitaal kunnen aantrekken, ook als er risico's verbonden zijn aan het financieren van dat kapitaal. Aanbieders van medisch-specialistische zorg kunnen in de toekomst niet zo afhankelijk van vreemd vermogen (en dus banken) blijven als ze nu zijn. Het is dus in het belang van de burger dat er andere privaatkapitaalverschaffers actief worden met andere vormen van financiering dan nu het geval is.

De leden van de SP-fractie vragen een reactie op de stelling dat de democratie wordt uitgehold wanneer de zeggenschap over een vitaal onderdeel van de medische infrastructuur bij private investeerders wordt gelegd.

Het wetsvoorstel brengt geen verandering in de mate waarin de overheid zeggenschap heeft over aanbieders van medisch-specialistische zorg. Ook nu al zijn de meeste zorgaanbieders private rechtspersonen (veelal stichtingen) waar de overheid geen zeggenschap over heeft.

De mvt verwijst naar een onderzoek van Boer & Croon (2010) waaruit blijkt dat investeerders belangstelling hebben voor de medisch-specialistische zorg. Immers, «zij verwachten dat de gezondheidszorg in omvang blijft groeien». De leden van de SP-fractie vragen of daarmee niet de doelstelling van het beheersen van de zorgkosten onderuit wordt gehaald.

Zoals bekend voorziet het kabinetsbeleid in een beperkt groeipad voor de kosten van de gezondheidszorg. Ik verwacht niet dat de mogelijkheid van winstuitkering ertoe zal leiden dat dit groeipad overschreden wordt. Voor de redenen daarvoor verwijs ik graag naar mijn antwoord op de eerste vraag van de leden van de VVD-fractie.

Deze leden vragen zich voorts af hoe de regering kan spreken over beheersing van de zorgkosten, terwijl tegelijkertijd investeerders moeten worden gelokt die slechts belangstelling hebben indien het volume (fors) blijft groeien.

De vraag van de leden van de SP-fractie is in mijn ogen gebaseerd op een misvatting. Zij baseren zich op de aanname dat investeerders slechts belangstelling hebben om te investeren in aanbieders van medisch-specialistische zorg indien het volume (fors) blijft groeien. Dit is niet het geval. Een van de belangrijkste redenen die investeerders zelf aandragen voor hun interesse in de gezondheidszorg is juist het stabiele karakter van de sector. Zeker in de huidige economische omstandigheden onderscheidt de stabiliteit de gezondheidszorg van andere sectoren. Ook binnen het door het kabinet tot doel gestelde groeipad behoudt de gezondheidszorg dus zijn aantrekkelijke karakter voor investeerders.

De leden van de SP-fractie vragen in dit licht ook te reageren op de uitspraken van zorgondernemer Winter naar aanleiding van het ingediende wetsvoorstel.

Met de introductie van meer privaat kapitaal in de gezondheidszorg valt voor de maatschappij als geheel veel geld te verdienen. Zowel voor investeerders met een langetermijnhorizon die een – hoewel complexe – stabiele investeringsomgeving zoeken, als voor zorgaanbieders die op zoek zijn naar financiering, kan de mogelijkheid van rendement in de vorm van winstuitkering interessante mogelijkheden bieden. Dat de gezondheidszorg interessante mogelijkheden biedt voor investeerders, blijkt ook uit onderzoek dat in opdracht van het ministerie van VWS is uitgevoerd door adviesbureau Boer & Croon. Dit bureau verwacht onder andere dat de expertise van de investeerders kan leiden tot verbeteringen in de bedrijfsvoering, kwaliteitsverbeteringen en doelmatigheidswinst. Mijns inziens is dit waar in het artikel ook aan wordt gerefereerd. In een ander artikel geeft de heer Winter zelf ook aan dat het als zorginstelling essentieel is «te luisteren naar je klanten».²⁰ Door het voorkomen van onnodige overhead kan doelmatigheidswinst worden geboekt. Aangezien het geld dat daardoor vrij komt in kwaliteitsverbeteringen kan worden gestoken, kan dit uiteindelijk de patiënt ten goede komen.

²⁰ *Dokter leert van slager*, interview met Loek Winter in het Algemeen Dagblad, 1 december 2012.

Deze leden vragen ten slotte hoe het valt uit te leggen dat enerzijds de burger wordt getroffen door pakketverkleiningen en verhoging van de premie en het eigen risico met als argument de beheersing van de zorgkosten, terwijl anderzijds de poort wordt opengezet voor het opstrijken van winsten uit de zorg.

De leden van de SP-fractie spreken over het open zetten van de poort voor het opstrijken van winsten uit de zorg. Dit zie ik echter als een eenzijdige en onjuiste weergave van de werkelijkheid. Winstuitkering is de vergoeding die investeerders ontvangen voor het ter beschikking stellen van vermogen. Hierdoor ontvangen aanbieders van medisch-specialistische zorg geld, dat zij kunnen investeren in innovaties van de zorgverlening. Daarnaast zorgt de uitbreiding van het eigen vermogen ervoor dat zorginstellingen gemakkelijker in staat zijn om vreemd vermogen in de vorm van leningen bij banken te verkrijgen. De banken zijn op dit moment namelijk zowel vanwege de financiële crisis als vanwege het verhoogde risicoprofiel van de zorginstellingen minder gemakkelijk bereid om leningen te geven indien niet eerst het eigen vermogen verhoogd wordt. Op deze manier leveren de investeringen een (veel) groter rendement op voor zorginstellingen dan de investering zelf. Op deze wijze zorgt het uitkeren van winst er juist voor dat verbeteringen en innovaties, die ten goede komen aan de kwaliteit voor de patiënt, kunnen worden gerealiseerd. Er komt dus extra geld in de gezondheidszorg zonder dat de premies omhoog gaan.

2. Reikwijdte

De leden van de fractie van de VVD vragen waarom het verbod op winstuitkering voor instellingen die intramurale AWBZ-zorg leveren, zal blijven bestaan

Het kabinet houdt vast aan het voornemen om het verbod op winstuitkering alleen voor de medisch specialistische zorg op te heffen. De langdurige zorg zal de komende jaren grote veranderingen ondergaan en het regeerakkoord voorziet bovendien in een belangrijke wijziging van het stelsel van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Delen van de extramurale zorg zullen worden ondergebracht in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), andere delen zullen worden geïncorporeerd in de Zvw. Daarnaast zullen verscheidene intramurale pakketten in de komende jaren als aanspraak verdwijnen en zullen de cliënten die tot nu toe op die zorg aanspraak kunnen doen gelden door met name de gemeenten tot langere zelfstandigheid in staat moeten worden gesteld. Tegelijkertijd wordt het stelsel van de AWBZ tegen het licht gehouden. Deze majeure ontwikkelingen maken dat instellingen zich de komende tijd gesteld zien voor tal van strategische keuzes. Voor zover die keuzes gemaakt moeten worden door AWBZ-aanbieders die zowel intra- als extramurale zorg aanbieden, ligt die keuze anders dan voor de puur extramuraal georiënteerde instellingen. Voor die instellingen, die na de hervorming van de AWBZ intramurale zorg aanbieden, is het momenteel niet opportuun om het verbod op winstuitkering – dat, zoals de leden van de VVD-fractie terecht stellen, overigens niet voor kleinschalige woonvoorzieningen geldt – aan de orde te stellen.

De leden van de VVD-fractie vragen waarom het academische ziekenhuizen niet wordt toegestaan om hun medisch-specialistische zorg in een afzonderlijke rechtspersoon onder te brengen, waarna die rechtspersoon alsnog winst kan uitkeren.

De regering is van mening dat het verlenen van medisch-specialistische zorg en de specifieke taken van een academisch ziekenhuis zoals het verrichten van innovatie- en wetenschappelijk onderzoek, het ontwikkelen van nieuwe vormen van zorg en het verzorgen van de opleiding tot arts, zodanig verweven zijn en dienen te blijven, dat dit ongewenst is. Overigens zijn ook de bijbehorende geldstromen (enerzijds het geld dat een academisch ziekenhuis ontvangt voor het verlenen van de zorg en anderzijds de beschikbaarheidsbijdrage voor genoemde andere taken) niet gemakkelijk te scheiden, zodat enerzijds het risico zou bestaan dat de beschikbaarheidsbijdrage zou worden ingezet voor het genereren van winst in plaats van voor het verrichten van onderzoek en het geven van onderwijs, en anderzijds het risico zou bestaan dat de beschikbaarheidsbijdrage als winst aan aandeelhouders zou worden uitgekeerd. Om deze redenen is de regering van mening dat academische ziekenhuizen geen vennootschappen mogen oprichten om daar een deel van de zorg in onder te brengen, zelfs niet indien zij enig aandeelhouder in die vennootschap zouden zijn. Aandelen kunnen immers later in andere handen terechtkomen.

Een academisch ziekenhuis dat desondanks een dochtervennootschap opricht die winst uitkeert, zal te maken kunnen krijgen met een neerwaartse bijstelling in zijn bekostiging (art. 2.9, derde lid, van de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek).

De leden van de PVV-fractie vragen zich af of is meegewogen dat umc's door hun uitzonderingspositie in dit wetsvoorstel onaantrekkelijker worden voor kredietverschaffers om in te investeren.

Dit is inderdaad meegewogen bij het vormgeven van dit wetsvoorstel. Het verandert de situatie voor academische ziekenhuizen ten opzichte van de huidige situatie niet. Zij worden, zoals de leden van de PVV fractie zelf ook aangeven, in dit wetsvoorstel uitgezonderd van de mogelijkheid om winst uit te keren. Hierdoor zal het voor investeerders dan ook niet aantrekkelijk zijn om door middel van het inleggen van risicodragend kapitaal te participeren in deze categorie van aanbieders van medisch-specialistische zorg.

Verder vragen deze leden verduidelijking van de positie van het Nederlands Kanker Instituut (NKI)- Antonie van Leeuwenhoekziekenhuis (AVL), dat net als umc's ook een deel van de publieke taak voor zijn rekening neemt en daarvoor een academische component ontvangt.

Het NKI-AVL bestaat uit twee rechtspersonen. Het Nederlands Kanker Instituut doet onderzoek, en ontvangt voor dat onderzoek onder andere een subsidie van mijn ministerie. Het AVL biedt zorg aan kankerpatiënten in de vorm van een ziekenhuisvoorziening en radiotherapie. Het AVL is een categoriaal ziekenhuis, gebonden aan de relevante wet- en regelgeving van VWS en de NZa. Het NKI-AVL is geen academisch ziekenhuis in de zin van deze wet.

De leden van de D66-fractie vragen of nader kan worden toegelicht waarom er voor gekozen is het verbod op winstuitkering in de intramurale AWBZ te laten bestaan. Zij vragen bovendien of de regering plannen heeft om dit op de lange termijn wel mogelijk te maken. Bovendien vragen zij of het langdurige en planbare karakter van de intramurale AWBZ-zorg deze zorg niet geschikt maakt voor investeringen van private aanbieders en, zo nee, waarom niet.

Voor het antwoord op deze vragen verwijs ik de leden van de D66-fractie naar het antwoord op een gelijksoortige vraag van de leden van de VVD-fractie. Gezien alle komende veranderingen op het terrein van de AWBZ acht ik het niet opportuun om nu het verbod op winstuitkering voor instellingen die intramurale AWBZ-zorg leveren, op te heffen. Of en zo ja, wanneer, dat op langere termijn wel zou kunnen, hangt mede af de toekomstige inrichting van de AWBZ.

De leden van de D66-fractie vragen op welke termijn het uitkeren van winst voor academische ziekenhuizen wel mogelijk wordt.

Ik voorzie nog geen verandering in de uitzondering die in dit wetsvoorstel wordt gemaakt om academische ziekenhuizen uit te sluiten van de mogelijkheid tot het uitkeren van winst. Voor de reden hiervoor verwijs ik naar het antwoord op een gelijksoortige vraag van de leden van de VVD-fractie. In 2011 is overigens een interdepartementaal beleidsonderzoek²¹ opgezet om te zoeken naar verbeteringen in de huidige financieringsstromen van academische ziekenhuizen.

In het wetsvoorstel is een evaluatiebepaling opgenomen. In deze evaluatie zal ik ook de stand van zaken omtrent de bekostiging van umc's meenemen. Mocht blijken dat voldoende kan worden gewaarborgd dat er geen mogelijkheden zijn om de beschikbaarheidsbijdrage als winst uit te keren, dan zal ik overwegen om winstuitkering ook voor academische ziekenhuizen mogelijk te maken.

Deze leden willen ook graag weten in hoeverre de huidige omgeving leidt tot een ongelijk speelveld tussen academische ziekenhuizen en andere aanbieders bij het aanbieden van reguliere medisch-specialistische zorg.

Op dit moment concurreren academische ziekenhuizen al bij het aanbieden van reguliere medisch-specialistische zorg met andere aanbieders. In tegenstelling tot deze reguliere aanbieders van medisch-specialistische zorg krijgen academische ziekenhuizen geen mogelijkheid om winst uit te keren. Dientengevolge zullen zij ook niet gemakkelijk privaat kapitaal kunnen aantrekken. Aan de andere kant krijgen zij beschikbaarheidsbijdragen voor academische zorg, die andere ziekenhuizen weer niet krijgen. De financiering van de academische ziekenhuizen enerzijds en de andere ziekenhuizen anderzijds, is dus verschillend. Dit hoeft echter geen probleem te zijn, omdat een «gemengd systeem» van naar winst strevende aanbieders met private investeerders en aanbieders zonder private investeerders goed kan functioneren. De regering verwacht bovendien dat het toestaan van winstuitkering voor aanbieders van reguliere medisch-specialistische zorg ook een stimulans biedt voor academische ziekenhuizen om hun doelmatigheid en kwaliteit te verbeteren.

Ook vragen de leden van de D66-fractie zich af in hoeverre het mogelijk is bij academische ziekenhuizen de vergoeding voor de academische component te scheiden van de bekostiging van geleverde zorg via zorgverzekeraars.

In 2011 is een interdepartementaal beleidsonderzoek opgezet dat grofweg tot doel heeft de vraag die de leden van de D66 fractie stellen te beantwoorden. Hieruit blijkt dat door de intransparantie omtrent de inzet en baten van de – toenmalige – academische component, het lastig is te beoordelen in hoeverre het beeld terecht is dat umc's verschillende financieringsstromen gebruiken voor kruissubsidiëring richting reguliere

²¹ Bijlage bij Kamerstukken II 2011–2012, 33 278, nr. 1.

zorg. Hierbij speelt mee dat een eenduidige definitie voor topreferente zorg, waarvoor de academische component bedoeld is, niet voorhanden is. In ditzelfde onderzoek wordt een aantal beleidsopties geschetst die kunnen bijdragen aan het vergroten van de transparantie ten aanzien van de inzet van de academische component (inmiddels: beschikbaarheidbijdragen). Een van deze beleidsvarianten voorziet in een herverdeling van de academische component, waarbij de opdracht wordt verleend om voor deze middelen ook daadwerkelijk topreferente zorg te leveren.

De leden van de ChristenUnie-fractie constateren dat het door de hoge solvency-eisen ingewikkeld is voor instellingen om voldoende middelen te vinden voor investeringen. Zij vragen zich af of dit probleem wel wordt opgelost door deze wetswijziging.

Banken stellen op dit moment inderdaad relatief hoge eisen aan het verstrekken van leningen aan zorginstellingen. De risico's voor aanbieders van medisch-specialistische zorg zijn binnen het huidige stelsel toegenomen. Zij hebben echter zelf nog geen kans risicodragend vermogen aan te trekken om financiële tegenvallers op te vangen. Banken zijn hierdoor minder gemakkelijk bereid leningen te verstrekken. Daarnaast draaien banken als gevolg van de financiële crisis sowieso de geldkraan aan.

Het toestaan van winstuitkering biedt in mijn ogen wel degelijk een belangrijke oplossing voor deze situatie. Doordat het voor zorgaanbieders mogelijk wordt om risicodragend eigen vermogen aan te trekken zijn zij minder afhankelijk van vreemd vermogen, onder andere in de vorm van leningen bij banken. Daarnaast zorgt dit vergrote eigen vermogen ervoor dat deze zorginstellingen gemakkelijker aan de eisen van banken kunnen voldoen. Met een groter eigen vermogen zijn deze zorginstellingen beter in staat om vreemd vermogen aan te trekken en worden de totale kapitaallasten mogelijk lager.

Deze leden vragen voorts of er geen andere manieren zijn om dit probleem aan te pakken dan het mogelijk maken dat aanbieders winst uitkeren om financiële middelen aan te trekken.

De hoge eisen die banken stellen bij het beschikbaar stellen van vreemd vermogen komen enerzijds voort uit de groter geworden risico's die zorginstellingen lopen in het huidige zorgstelsel. Hierdoor zijn ook aan het verstrekken van leningen grotere risico's verbonden. Anderzijds vloeien deze strengere eisen voort uit de financiële crisis. Om het probleem van deze hoge eisen aan te pakken, hebben zorginstellingen grofweg twee mogelijkheden. Zij kunnen proberen gemakkelijker aan de eisen van banken te voldoen door de risico's die zij lopen in te perken. Garanties door de overheid zouden hiervoor in theorie helpen. Het is echter regeringsbeleid om verschuiving van de risico's die zorgaanbieders lopen naar de overheid, te voorkomen. Deze mogelijkheid past daarnaast niet bij de uitgangspunten van het huidige zorgstelsel, waarbij de overheid primair een systeemverantwoordelijkheid draagt.

De tweede mogelijkheid die zorgaanbieders hebben, is om het aandeel waarvoor zij bij hun kapitaalvraag afhankelijk zijn van vreemd vermogen, te beperken. Dit houdt in dat aanbieders van medisch-specialistische zorg alternatieven moeten zoeken om hun financiële positie te versterken. Het aantrekken van risicodragend eigen vermogen is hier in de ogen van de regering een goede route voor.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen waarom instellingen kapitaal willen aantrekken voor een investering die een bank onrendabel acht. Zij vragen hierbij in het bijzonder of een dergelijke kwalificatie van een bank niet sowieso een waarschuwing is.

Anders dan de leden van de ChristenUnie-fractie aangeven is het niet per se zo dat banken investeringen in de gezondheidszorg afhouden, omdat zij deze onrendabel achten. Het kan zijn dat een bank het nut van een investering in kan zien, maar dat de desbetreffende instelling voor de bank onvoldoende zekerheid biedt. Het ontbreken van voldoende zekerheid is soms juist het gevolg van het feit dat aanbieders van deze zorg in de huidige situatie niet in staat zijn risicodragend kapitaal aan te trekken. De risico's voor aanbieders zijn toegenomen, maar zij zijn op dit moment nog aangewezen op vreemd vermogen (leningen). Hierdoor zijn zij dus minder goed in staat financiële tegenvallers op te vangen. Wanneer een bank een lening verstrekt, loopt hij zelf het volledige risico van het terugverdienen van dit geld, terwijl het bestuur van de zorgaanbieder alle beslissingen neemt en zelf geen risico loopt. Door middel van dit wetsvoorstel wordt het mogelijk voor aanbieders om investeerders aan te trekken die participeren in zorginstellingen. Wanneer een private investeerder wil investeren, zullen banken ook meer vertrouwen hebben in de investeringsvoorstellen en gemakkelijker overgaan tot het cofinancieren van de plannen door middel van vreemd vermogen.

De leden van de fractie van de Christen Unie vragen of er voorbeelden zijn van mogelijk beoogde investeringen die door privaat kapitaal gerealiseerd kunnen worden.

Voorbeelden van mogelijke investeringen zijn procesinnovaties (nieuwe manieren waarop processen worden vormgegeven), innovaties in dienstverlening (nieuwe, bijvoorbeeld digitale manieren waarop diensten worden aangeboden aan patiënten) of productinnovaties (nieuwe producten, instrumenten, apparatuur). Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan een laboratorium voor het samenstellen van medicijnen, verbeterd zorgvastgoed of automatisering door middel van robotica. Hierdoor kunnen investeringen die voortkomen uit het gereguleerd toestaan van winstuitkering het innovatief vermogen van zorgaanbieders vergroten. Zij leveren daarmee een bijdrage aan de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen een reactie op een drietal alternatieven die zijn aangedragen tijdens het rondetafelgesprek van 13 april 2012: (1) de overheid kan garant staan voor vastgoedleningen; (2) artsen kunnen aandeelhouder worden en (3) pensioenvoorziening medewerkers ten dele in ziekenhuis investeren.

Wat betreft (1.) het garant staan van de overheid voor leningen geldt het volgende. Momenteel is er geen ruimte voor nieuwe overheidsgaranties. Bovendien leiden gegarandeerde investeringen niet altijd tot de beste of meest noodzakelijke voorzieningen. Doordat een garantie door de overheid wordt afgegeven, wordt immers een deel van het risico van een investering op de samenleving afgewenteld. Dat speelt dikwijls te risicovol gedrag in de hand of speelt in de hand dat investeringen gedaan worden die niet echt noodzakelijk zijn.

Wat betreft (2.): zodra het wetsvoorstel in werking is getreden, kunnen artsen aandeelhouder worden. Aandeelhouderschap gaat gepaard met het uitkeren van winst (dividend). Omdat er op dit moment een verbod op winstbeoogendheid geldt, zijn de meeste aanbieders van medisch-specialistische zorg georganiseerd in de stichtingsvorm. Stichtingen

kennen geen aandelen. Voor aandeelhouderschap is een kapitaalvennootschap een vereiste, dat wil zeggen een bv of nv. Het wetsvoorstel beoogt er voor te zorgen dat aanbieders van medisch-specialistische zorg zelf kunnen kiezen voor de beste financieringsmix voor de specifieke situatie. Als aandeelhouderschap voor artsen in een specifieke situatie de beste oplossing is, zijn ziekenhuizen na dit wetsvoorstel en met inachtneming van de voorwaarden uit dit wetsvoorstel vrij in om daarvoor te kiezen.

Wat betreft (3.) het volgende. Nadat dit wetsvoorstel in werking is getreden kunnen pensioenfondsen namens de bij hen aangesloten werkgevers en werknemers privaat kapitaal verschaffen aan aanbieders van medisch-specialistische zorg. Of dat betekent dat een pensioenfonds van de medewerkers van een ziekenhuis ook daadwerkelijk aandelen in het ziekenhuis neemt, is aan het bestuur van het pensioenfonds. De overheid kan een bepaalde sector niet verplichten het pensioen ten dele in de eigen werkgever te investeren.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen waarom zorginstellingen zelf niet voldoende slagkracht en een voldoende uitgangspositie hebben om ambitieuze kosten- en kwaliteitsdoelstellingen te realiseren.

De financiële weerbaarheid van aanbieders van medisch-specialistische zorg is de afgelopen jaren in verschillende onderzoeken bekeken. Deze studies laten zien dat de solvabiliteit van deze zorginstellingen de afgelopen jaren is gestegen. Zo blijkt uit onderzoeken van BDO²² en PriceWaterhouseCoopers²³ dat de solvabiliteit is gestegen van 12,0 procent in 2009, 14,1 procent in 2010 naar 14,9 procent in 2011. Dit neemt echter niet weg dat de ruime meerderheid van de instellingen hiermee niet voldoet aan de streefnorm voor solvabiliteit. Op basis van deze onderzoeken voldeden in 2011 maar zestien van de tachtig onderzochte algemene ziekenhuizen aan de in de onderzoeken gestelde normstelling voor solvabiliteit van twintig procent of hoger.²⁴

Het huidige zorgstelsel is erop gericht om door middel van gereguleerde concurrentie te komen tot een betere kwaliteit en doelmatigheid. Dit stelsel zorgt er ook voor dat zorginstellingen meer dan voorheen zelf verantwoordelijk zijn voor het omgaan met (financiële) risico's. Hiervoor dienen zij te bouwen aan een aanvaardbaar niveau van reserves. Het blootstaan aan meer risico's betekent immers dat meer buffervermogen gewenst is. Door verschillende andere ontwikkelingen, zoals de afname van «voorschotten» die zorgverzekeraars ter financiering van het werkkapitaal van ziekenhuizen verstrekten,²⁵ zijn aanbieders steeds meer afhankelijk geworden van vreemd vermogen bij het financieren van de benodigde innovaties om ambitieuze kwaliteits- en kostendoelstellingen te behalen. De hoge eisen die met deze kapitaalbron gepaard gaan, maken het voor de regering wenselijk aanbieders van medisch-specialistische zorg de mogelijkheid te geven om risicodragend eigen vermogen aan te trekken en hier – onder de in het ingediende wetsvoorstel geschetste strikte voorwaarden – winst over uit te keren.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen een reactie op de uitspraak van hoogleraar De Lange in het NRC Handelsblad dat »een arts niet op aarde is om winst te maken«. Zij vragen hierbij concreet naar hoe kan worden voorkomen dat het door de invoering van deze wet doel van instellingen wordt om winst uit te keren en privaat kapitaal aan te trekken.

²² BDO (2012) *Benchmark ziekenhuizen 2012*.

²³ PriceWaterhouseCoopers (2011) *Brancheanalyse gezondheidszorg 2011*.

²⁴ BDO (2012) *Benchmark ziekenhuizen 2012*, p. 14.

²⁵ Deloitte (2012) *Benchmarkonderzoek ziekenhuizen 2011*.

De regering verwacht dat het mogelijk maken van winstuitkering in de meeste gevallen een positieve invloed zal hebben op de kwaliteit en veiligheid van zorg. Zij sluit tegelijkertijd de kans echter niet uit dat er enkele private investeerders zullen zijn die zich, vanuit hun winststreven, uitsluitend zullen willen richten op kortetermijnwinstbejag. Zowel in het oorspronkelijke wetsvoorstel als in de nota van wijziging worden daarom voorwaarden gesteld die deze risico's zullen moeten voorkomen.

Dit is onder andere vormgegeven door winstuitkering alleen mogelijk te maken bij surpluswinst boven twintig procent, en uitsluitend uit gewone bedrijfsuitoefening, en pas na drie jaar na het moment van investeren. Daarnaast zal de IGZ, als extra waarborg, bovenop haar reguliere toezicht, een extra kwaliteitstoets uitvoeren voordat winst daadwerkelijk zal kunnen worden uitgekeerd. Deze voorwaarden zullen ervoor zorgen dat het voornamelijk aantrekkelijk is voor lange-termijninvesteerders om te investeren in aanbieders van medisch-specialistische zorg. Langetermijninvesteerders hebben er zelf ook baat bij om de kwaliteit van zorg voor patiënten te verbeteren.

Daarnaast vragen deze leden hoe kan worden voorkomen dat ziekenhuizen gaan concurreren met de eerstelijnszorg in plaats van te streven naar substitutie tussen eerste- en tweedelijnszorg.

Substitutie vereist enige concurrentie. Ook een ziekenhuis kan ertoe overgaan om activiteiten te ontwikkelen binnen de eerstelijnszorg. Wanneer het aanbieders van tweedelijnszorg lukt om competitief te zijn voor eerstelijnszorg, betekent dit dat zij een betere prijs-kwaliteitverhouding kunnen leveren dan de (oorspronkelijke) aanbieders van de eerstelijnszorg met wie zij concurreren. Op deze wijze heeft de patiënt er voordeel bij. Verzekeraars hebben dan meer mogelijkheden om tot de beste keuze te komen. Veel nieuwe initiatieven in de eerste lijn komen momenteel vanuit de tweede lijn. Met name in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) wordt de zeer gewenste omslag naar zorg dichtbij vanuit de tweede lijn geïnitieerd.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen welke risico's er zijn voor de continuïteit van zorg als dit wetsvoorstel na een negatieve evaluatie na invoering weer wordt teruggedraaid.

Als winstuitkering in de toekomst weer zou worden verboden, betekent dit niet dat de privaatkapitaalverschaffers hun aandelen moeten verkopen of hun lidmaatschap moeten opzeggen. Dit betekent echter wel dat zij geen winst meer kunnen ontvangen en slechts kunnen profiteren van een waardevermindering van hun aandelen en de winst bij verkoop. Het in de toekomst weer verbieden van winstuitkering kan een negatief effect hebben op de continuïteit van zorg, omdat het voor investeerders minder aantrekkelijk is om te investeren in zorgaanbieders, terwijl de verwachting is dat de kapitaalbehoefte van zorgaanbieders in de toekomst niet zal afnemen. Overigens heeft de regering op 27 april 2011 in de brief *Waarborgen voor continuïteit van zorg en de samenhang tussen cruciale zorg, basiszorg en acute zorg* haar beleid op het gebied van continuïteit van cruciale zorg uiteen gezet.²⁶

De leden van de fractie van de Christen Unie vragen welke andere constructies voor het aantrekken van privaat kapitaal reeds bij zorginstellingen operationeel zijn.

²⁶ Kamerstukken II 2010/11, 32 620, nr. 10.

De (hypothecaire) banklening is de meest voorkomende vorm van privaat kapitaal bij zorginstellingen. Ook constructies als factoring, sale en lease back en uitplaatsen van bepaalde diensten kan als het verschaffen van privaat kapitaal worden gezien. Daarnaast komen de obligatie, de achtergestelde lening en donatie of sponsoring voor. Doorgaans kunnen alleen sponsoring, donatie en bepaalde achtergestelde leningen (als die daadwerkelijk risicodragend zijn) aan het eigen vermogen worden toegevoegd.

De leden van de ChristenUnie-fractie merken op dat het door de invoering van deze wet gemakkelijker wordt voor aanbieders om investeringen te doen, waardoor meer innovatie kan plaatsvinden. Deze leden vragen zich af of er ook creatieve destructie kan plaatsvinden.

Het is inderdaad mogelijk dat door de intrede van vernieuwingen de marktaandeelen en winsten van zorgaanbieders die niet vernieuwen worden aangetast. Dit is echter voor de patiënt geen negatief verschijnsel. De zorgaanbieders die niet vernieuwen zullen immers op deze wijze worden aangezet om ook te vernieuwen. De patiënt heeft daar uiteindelijk baat bij.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen zich af of het niet verstandig is om eerst de resultaten en evaluaties van de uitbreiding van het B-segment af te wachten eer het mogelijk te maken om private investeerders aan te trekken.

Ik verwacht dat door de uitbreiding van de behandelingen waarvoor vrije prijsvorming geldt, een deel van de risico's weg is genomen. Voor deze behandelingen komt immers door vraag en aanbod vanzelf een marktconforme prijs tot stand. Een complexe behandeling kan doordat er een hogere prijs voor kan zijn overeengekomen, dan toch rendabel zijn. Vanuit deze redenering zie ik geen belemmering om winstuitkering voor aanbieders van medisch-specialistische zorg toe te staan.

Deze leden vragen zich daarnaast af hoe kan worden voorkomen dat patiënten met eenvoudige gezondheidsproblemen wel worden binnengehaald en patiënten met complexe zorg worden uitgesloten («cherry picking»).

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik de leden van de fractie van de Christen Unie graag naar het eerdere antwoord op een gelijklopende vraag van de leden van de VVD-fractie.

De leden van de fractie van de Christen Unie vragen zich voorts af of het wenselijk is dat brede lagen uit de samenleving kunnen profiteren van behaalde winsten.

Naar mijn mening is dit zeker wenselijk. Een belangrijk uitgangspunt van het toestaan van winstuitkering is dat dit niet alleen profijt moet hebben voor investeerders, maar juist ook dient bij te dragen aan de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg. Het verbeteren van deze drie publieke waarden is dan ook het hoofddoel van dit wetsvoorstel. Het toestaan van winstuitkering zorgt er immers naar verwachting voor dat de bedrijfsvoering van medisch-specialistische zorgaanbieders verbetert, en dat het gemakkelijker wordt voor aanbieders om investeringen te financieren, waardoor innovatie toeneemt. Daarnaast zorgt het mogelijk maken van winstuitkering waarschijnlijk voor meer dynamiek op de markt, omdat nieuwe toetreders makkelijker de markt kunnen betreden. Dit draagt er uiteindelijk aan bij dat de zorg voor de patiënt zal verbeteren.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe je de kwaliteit van het opleidingsniveau van verpleegkundigen en artsen borgt en vragen hoe dit wetsvoorstel het voor investeerders aantrekkelijk maakt om te investeren in een opleiding.

Privaatkapitaalverschaffers zullen er op uit zijn om de kwaliteit bij de zorgaanbieder zo goed mogelijk te laten zijn. Als de zorgaanbieder uitblinkt en goed presteert, is de kapitaalverschaffer ervan verzekerd dat het geïnvesteerde kapitaal veilig is. Een manier om de kwaliteit van zorg op een hoog niveau te houden, is investeren in goede opleidingen. Het is uiteindelijk echter aan het bestuur om te beslissen te investeren in opleidingen en er zo voor te zorgen dat artsen en verpleegkundigen goed zijn opgeleid. Het is niet waarschijnlijk dat privaatkapitaalverschaffers specifiek in detail bepalen wat het opleidingsniveau van artsen en verpleegkundigen zou moeten zijn. Hiernaast zorgt de beschikbaarheidsbijdrage voor opleidingen ervoor dat ieder ziekenhuis zijn deel van de opleidingen kan doen zonder daarop financieel in te leveren.

3. Risico's en voorwaarden winstuitkering

De leden van de VVD-fractie vragen hoe de kwaliteitstoets er precies uitziet, hoe lang deze toets duurt en hoe complex deze toets is. Zij vragen hoe de minister ervoor zorgt dat deze toets niet zo complex en tijdrovend wordt, dat deze potentiële investeerders afschrikt.

De IGZ geeft invulling aan de kwaliteitstoets door in de eerste plaats na te gaan of de zorgaanbieder voor medisch-specialistische zorg voldoet aan het IGZ-toetsingskader *Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid*.²⁷ In de tweede plaats bekijkt de IGZ of deze zorgaanbieder een kwalitatief goed veiligheidsmanagementsysteem (VMS) heeft. Hierbij zal de IGZ aannemen dat het veiligheidsmanagementsysteem in ieder geval kwalitatief goed genoeg is, indien het voldoet aan de Nederlands Technische Afspraak 8 009 *Veiligheidsmanagementsysteem voor ziekenhuizen en instellingen die ziekenhuiszorg* (NTA 8009) verlenen van het Nederlands Normalisatie-Instituut (NEN)²⁸.

Op grond van de uitkomsten van de kwaliteitstoets van de IGZ, geeft de minister van VWS een beschikking. Ingevolge art. 4:13 Awb dient de beschikking gegeven te worden binnen een redelijke termijn, welke termijn – tenzij tijdig is verlengd – in ieder geval verstreken zal zijn indien na ontvangst van de aanvraag acht weken zijn verlopen. De kwaliteitstoets is niet complex, de inhoud van deze toets is vooraf kenbaar voor de zorgaanbieders en de eisen die in de kwaliteitstoets gesteld worden, wijken niet af van de eisen waaraan alle zorgaanbieders voor medisch-specialistische zorg moeten voldoen. Bovendien blijkt op basis van gegevens van de NVZ dat, ten aanzien van het onderdeel van de kwaliteitstoets dat betrekking heeft op het VMS, circa 80% van de ziekenhuizen op dit moment voldoet aan NTA 8 009 en dus beschikt over een kwalitatief goed VMS. Naar verwachting zullen de overige ziekenhuizen in de loop van dit jaar eveneens hieraan voldoen. Er is voor de eerste investeerder gedurende de eerste drie jaar geen grotere onzekerheid dan een normaal ondernemingsrisico. Omdat de

²⁷ <http://www.igz.nl/actueel/nieuws/20110428toezichtkaderbestuurlijkeverantwoordelijkheidvoorkwaliteitenveiligheid.aspx>.

²⁸ <http://www.vmszorg.nl/Veiligheidsmanagementsysteem/Over-het-Veiligheidsmanagementsysteem/Subnavigation/NTA-8009-de-basiseisen-voor-uw-VMS->.
Inmiddels is er een versie 2011 van deze NTA waarin de onderwerpen Communicatie, Management van derden en Beheersmaatregelen zijn toegevoegd aan de NTA versie 2007.

voorwaarden vooraf kenbaar zijn en wettelijk zijn verankerd, verwacht ik niet dat deze voorwaarden potentiële investeerders afschrikken.

De leden van de VVD-fractie vragen waarom er is gekozen voor een termijn van drie jaar voordat winstuitkering mogelijk is en niet voor een kortere of langere termijn.

De driejaarstermijn is tot stand gekomen mede op basis van het onderzoek dat Stichting Economisch Onderzoek (SEO) in februari 2010²⁹ in opdracht van de Nederlandse Vereniging van ziekenhuizen (NVZ) heeft gedaan. SEO heeft in haar onderzoek geconcludeerd dat met deze voorwaarde de publieke belangen worden geborgd, maar de investeringsbereidheid niet te zeer wordt beperkt: drie jaar is volgens SEO een gangbare termijn in het normale investeringsverkeer voor langetermijninvesteringen.

Ten behoeve van de uitwerking van dit wetsvoorstel zijn ook veldbijeenkomsten georganiseerd, waarbij onder andere investeerders aanwezig waren. Daaruit bleek drie jaar een goede termijn te zijn. Een wachttijd van drie jaar betekent ook een beperking van het vrij verkeer van kapitaal. Zo'n beperking is een inbreuk op het Europees recht. Een inbreuk ten behoeve van een publiek belang in de gezondheidszorg mag wel, maar alleen als de inbreuk noodzakelijk en proportioneel is. Een langere periode zal goed moeten worden onderbouwd om in lijn te zijn met Europees recht.

De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre de raden van toezicht over de nodige financiële expertise beschikken om over de gevolgen van het aantrekken van private investeerders of het uitkeren van winst te adviseren.

In raden van toezicht is vaak de nodige financiële expertise aanwezig. Dit is vaak de sterkst vertegenwoordigde competentie binnen de raad. Hiernaast spelen de banken en het Waarborgfonds voor de Zorgsector (Wfz), indien de zorgaanbieder daarbij is aangesloten, een belangrijke rol bij het aantrekken van privaat kapitaal. Gezien hun financiële expertise kunnen zij de raad van toezicht en het bestuur adviseren over de effecten van het aantrekken van privaat kapitaal.

Verder vragen de leden van de VVD-fractie door wie de solvabiliteitseisen worden gesteld en hoe hoog deze zijn.

Via nota van wijziging bij dit wetsvoorstel is een harde eis gesteld aan de solvabiliteit voordat winstuitkering toegestaan is. Het bestuur weigert goedkeuring als het eigen vermogen uitgedrukt als percentage van het balanstotaal (solvabiliteit) na de winstuitkering niet ten minste twintig procent blijft.

In de toelichting gaat de minister in op het Wfz, waarbij zij aangeeft dat vanwege het privaatrechtelijk karakter van deze stichting winstuitkering aan private partijen ook mogelijk is, wanneer een zorgaanbieder gebruik maakt van het Wfz. Wat is nog de toegevoegde waarde van het Wfz, zo vragen de leden van de VVD-fractie, mede met het oog op het ingediende wetsvoorstel.

De rol van het Wfz is garantieverlening op leningen, waarmee een geldgever de zekerheid krijgt dat de rente en aflossing op die lening zullen worden voldaan. Financiering van zorginstellingen kan uit uiteenlopende

²⁹ Seo (2010), *Winst in de eigendomsstructuur. Eigendom winstbestemming en zeggenschap binnen ziekenhuizen.*

bronnen plaatsvinden, die in de praktijk ook naast elkaar voorkomen. Financieringen op basis van privaat kapitaal, schenkingen of leningen van steunstichtingen, bancaire leningen (al dan niet onder een garantie van het Wfz, een provincie of een gemeente) sluiten elkaar niet wederzijds uit. Ook wanneer privaat kapitaal een rol speelt in de financiering van zorginstellingen, zal dit doorgaans naast bancaire leningen zijn.

De toegevoegde waarde van het Wfz in een situatie waarin winstuitkering aan de orde zou zijn, blijft dezelfde als wanneer dit niet het geval is, namelijk dat een deel van het vreemd kapitaal geborgd wordt door de garantie van het Wfz.

De leden van de VVD-fractie vragen of het Wfz in de praktijk voldoende werkt

Uit meerdere aspecten blijkt dat het Wfz voor zorginstellingen toegevoegde waarde biedt, en doet waarvoor het is opgericht:

- Het merendeel van zorginstellingen (ruim zeventig procent) heeft zich inmiddels (vrijwillig) aangesloten bij het Wfz. Het Wfz krijgt per jaar tien à vijftien nieuwe aanvragen van zorginstellingen die ook willen toetreden.
- Het Wfz garandeert per jaar bedragen variërend tussen ongeveer 0,8 en 1,2 miljard euro aan nieuwe langlopende leningen. (Hierbij moet worden bedacht dat een groot deel van de garantieaanvragen van zorginstellingen op grond van een risicobeoordeling niet door het Wfz wordt gehonoreerd.)
- Het totaal aan gegarandeerde leningen bedraagt thans ruim 8,5 miljard euro.
- De gemiddelde looptijd van door het Wfz gegarandeerde leningen ligt momenteel rond de 24 jaar. Bancaire leningen met een dergelijk lange looptijd zijn door zorginstellingen zonder Wfz-garantie in de huidige financieringsmarkt onmogelijk nog te verkrijgen (5 à 10 jaar is doorgaans het bancaire maximum zonder garantie). Door het inzetten van Wfz-geborgde leningen met lange looptijden kan een zorginstelling het herfinancierings- en renterisico beperken.
- Het Wfz heeft in dit kader bovendien met de belangrijkste banken in de zorgsector risicobeperkende afspraken gemaakt over het gebruik van derivaten door zorginstellingen.
- De rente op Wfz-geborgde leningen is één tot meerdere procenten per jaar lager dan op bancaire leningen zonder garantie (dit rentevoordeel kan door de instellingen aan de zorg worden besteed).

De leden van de VVD-fractie vragen tot welke bedragen het Wfz garant staat.

Per individuele deelnemer wordt door het Wfz maximaal 100 à 150 miljoen euro aan garanties verstrekt. Het totaalbedrag aan garanties (korte en lange leningen) bedraagt momenteel ongeveer 8,5 miljard euro.

De leden van de VVD-fractie vragen of er wel sprake zou kunnen zijn van een combinatie van publieke steunverlening en winstuitkering aan private partijen.

Het wetsvoorstel verbiedt winstuitkering als deze samenvalt met directe balanssteun van de NZa of indien deze samenvalt met een directe garantie onder de Rijksgarantieregeling. Met betrekking tot de onderlinge garantieregeling van het Wfz, waarin de staat slechts als achterborg fungeert, geldt dat er is geen sprake is van directe publieke steunverlening. Op grond van het Reglement van het Wfz (artikel 13 lid 2) zal een deelnemende instelling niet zonder voorafgaande toestemming van het

Wfz zijn statuten kunnen wijzigen. Indien een deelnemende stichting de juridische structuur wil veranderen met het oog op winstuitkering, dan is hiervoor namelijk voorafgaand toestemming van het Wfz vereist. Het Wfz kan goedkeuring onthouden of aanvullende voorwaarden stellen op het moment van de statutenwijziging. Ik heb begrepen dat Wfz bij die statutenwijziging doorgaans zal eisen dat de zorgaanbieder in de statuten opneemt dat toestemming van het Wfz nodig is voordat de zorgaanbieder winst kan uitkeren.

Door de leden van de VVD-fractie wordt gevraagd in hoeverre de Rijksoverheid tot op heden aangesproken is op deze achterborg.

De Rijksoverheid is nog nooit aangesproken op de achterborg in het Wfz.

De leden van de PvdA-fractie vragen op welke wijze wordt nagegaan of een stijging van het budget bij een bepaald ziekenhuis veroorzaakt wordt door een verschuiving op microniveau dan wel dat er sprake is van een volumeverhoging door aanbodgeïnduceerde vraag die zorgt voor onangepaste zorg of overbehandeling.

De vraag van de leden van de PvdA-fractie verwijst naar één van de mogelijke risico's van het wetsvoorstel ten aanzien van de betaalbaarheid van de zorg. Het toestaan van winstuitkering kan een volumeopdrijvend effect hebben, omdat winststreven een extra stimulans geeft aan zorgaanbieders om hun omzet te verhogen en zorgaanbieders elders ook niet uit zichzelf bereid zijn het zorgvolume in te krimpen. Dit is echter alleen een risico als een volumestijging voortkomt uit aanbodgeïnduceerde vraag en dus gepaard gaat met onangepaste zorg of overbehandeling. Dit risico wordt weggenomen doordat de regering de risicodragendheid van verzekeraars vergroot. De geleidelijke afschaffing van de huidige achterafcompensaties zal verzekeraars ertoe bewegen om het volume in de hand te houden, bijvoorbeeld door afspraken te maken met zorgaanbieders om binnen een bepaald volume te blijven. Deze toegenomen risicodragendheid, in combinatie met de prestatiebekostiging en de grotere sturingsmogelijkheden voor de zorgverzekeraars, de hoofdlijnenakkoorden die ik met de instellingen voor medisch-specialistische zorg en met de medisch specialisten heb gesloten en van plan ben te blijven sluiten, en de invoering van de integrale tarieven binnen deze zorg, zullen er naar mijn verwachting voor zorgen dat het zorgsysteem goed werkt en de macrobeheersbaarheid onder controle is. Mocht dat toch niet het geval zijn, dan kan als ultimatum remedium het macrobeheersinstrument ingezet worden.

Om na te gaan of een volumestijging bestaat uit onangepaste zorg of overbehandeling wordt getoetst of aanbieders zich baseren op de door de beroepsgroep ontwikkelde standaarden voor goede zorg. De IGZ controleert of zorgaanbieders zich aan de kwaliteitseisen uit de wet- en regelgeving, veldnormen en professionele standaarden houden. Daarnaast beoordelen ook zorgverzekeraars bij het inkopen van zorg de kwaliteit van de geleverde zorg.

De leden van de PvdA-fractie wijzen erop dat er in 2012 een wet naar de Kamer zal komen die een omzetheffing voor ziekenhuizen bij budgetoverschrijding introduceert. Zij vragen welke gevolgen die wet zal hebben voor de individuele aandeelhouder.

In 2012 is, zoals de leden van de PvdA-fractie al aangeven, door middel van een wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) een zogenaamd macrobeheersinstrument in de medisch-specialistische zorg geïntroduceerd. Dit instrument is bedoeld als laatste redmiddel om de

macrokosten van de gezondheidszorg in de hand te houden. Zoals ook de commissie-Baarsma³⁰ heeft aangegeven, ziet de regering het voornamelijk als *ultimum remedium* dat als stok achter de deur kan dienen: indien er een overschrijding van het budgettaire kader wordt geconstateerd, zal deze overschrijding worden verhaald op individuele instellingen. In principe bestaat de kans dat aanbieders van medisch-specialistische zorg worden aangeslagen zonder dat zij zelf overschrijdingen laten zien. Overigens onderzoeken mijn medewerkers op dit moment een nieuw instrument, dat niet uitgaat van een algemene heffing, maar een gedifferentieerde heffing die de kosten gerichter neerlegt bij de instellingen die daadwerkelijk overschrijdingen laten zien. Indien een zorginstelling ten gevolge van het gebruik van het macrobeheersinstrument of het instrument dat daarvoor mogelijk in de plaats komt te maken krijgt met een terugbetalingsplicht, kan dat de mogelijkheid om winst uit te keren aan aandeelhouders beperken. De kans dat de instelling onder een solvabiliteitsmarge van 20% zou komen of niet drie achtereenvolgende jaren winst uit gewone bedrijfsuitoefening heeft gehad, wordt daarmee immers groter.

Daarnaast vragen deze leden zich in dit kader af wie wanneer in welk geval zal worden gekort.

Het huidige macrobeheersinstrument werkt volgens de volgende systematiek. De NZa stelt ieder jaar een omzetplafond vast voor alle instellingen van medisch-specialistische zorg gezamenlijk. Indien het omzetplafond wordt overschreden, kan de NZa deze overschrijding verhalen door ziekenhuizen te korten naar rato van hun marktaandeel. Een instelling betaalt dus, in het geval van een overschrijding van het algemene omzetplafond, het gedeelte van de overschrijding dat overeenkomt met het marktaandeel van deze instelling.

Voorts wijzen de leden van de PvdA-fractie er op dat recent is gebleken dat de zorgvraag in het zogenaamde B-segment met vier procent is gestegen, maar de omzet met acht procent. Zij vragen op welke wijze deze wet er zorg voor draagt dat de rekening komt te liggen bij die ziekenhuizen die door aanbodgeïnduceerde vraag te creëren, zorgen voor »ongepaste zorg« of »overbehandeling«. Op dit punt zouden deze leden graag een nadere toelichting zien.

Het macrobeheersinstrument in zijn huidige vorm differentieert bij de toepassing er van niet naar «goede» aanbieders die gepaste zorg bieden en «slechte» aanbieders die on gepaste zorg bieden. Ik ben mij ervan bewust dat dit geen ideale oplossing is. Mede daarom heb ik de Adviescommissie Macrobeheersinstrument (de commissie-Baarsma) de opdracht gegeven om te bekijken welke alternatieven mogelijk zijn om, binnen de kaders van de huidige gereguleerde marktssystematiek, te komen tot een maatregel die het budgettaire kader kan bewaken. De commissie-Baarsma heeft daarop geadviseerd om de risico's op overschrijding zoveel mogelijk aan de voorkant te beperken, zodat het macrobeheersinstrument daadwerkelijk als *ultimum remedium* kan fungeren.³¹ Het kabinet heeft dit advies overgenomen en in het regeerakkoord opgenomen de basisverzekering te zullen beperken tot natuurapollissen. Deze maatregel is bedoeld om verzekeraars te prikkelen selectiever te contracteren op basis van heldere kwaliteitscriteria. Daarnaast is in het regeerakkoord opgenomen dat bekeken wordt of het mogelijk is de NZa vooraf te laten toetsen of het door de verzekeraars gecontracteerde volume past binnen het begrotingskader zorg, zodat ook langs deze route

³⁰ Bijlage bij Kamerstukken II 2011/12, 29 248, nr. 232.

³¹ Bijlage bij Kamerstukken II 2011/12, 29 248, nr. 232.

de kans op inzet van het macrobeheersinstrument zo klein mogelijk wordt gemaakt. Beide maatregelen sluiten aan bij het betreffende voorstel van de commissie-Baarsma. Ik ben bezig de uitwerking van de beleidsvoor-nemens in het regeerakkoord die raken aan de vormgeving van het macrobeheersinstrument ter hand te nemen. Ik ben hierover in overleg met veldpartijen. Parallel aan die uitwerking is een extern juridisch adviesverzoek rondom mogelijke differentiatie van het macrobeheersin-strument in gang gezet. Op basis van het uitgebrachte juridische advies en daarop volgend overleg met veldpartijen zal ik een besluit nemen over de vormgeving van het macrobeheersinstrument voor 2014.

De leden van de PvdA-fractie vragen aan te geven waarom wordt blindgevaaren op relatief nieuwe instrumenten als de volume-afspraken met de zorgverzekeraar, de geleidelijke afschaffing van de ex-post verevening en het macrobeheersinstrument voor het betaalbaar houden van de zorg.

Al sinds de invoering van de Zvw in 2006 is het beleid erop gericht om de ex post compensatiemechanismen zo snel als verantwoord is, af te bouwen. De ex post compensatiemechanismen zijn een onderdeel van het totale risicovereveningssysteem. Het ex post deel kan worden afgebouwd naar de mate waarin het ex ante deel zelfstandig in staat is om het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars te genereren en naar mate zorgverzeke-raars meer in staat zijn de kosten te beïnvloeden. Bij invoering van de Zvw waren zorgverzekeraars risicodragend voor circa 63 procent van de kosten van somatische zorg. Door het geleidelijk afbouwen van de ex post compensatie mechanismen is de risicodragendheid van zorgverzekeraars inmiddels gestegen naar 93 procent van de kosten voor somatische zorg in 2013.

Het maken van volume-afspraken door verzekeraars is geen nieuw instrument. In gebudgetteerde sectoren is het maken van productieaf-spraken in het verleden altijd een verplichting geweest. Verzekeraars maakten in het verleden voor bijvoorbeeld de ziekenhuizen afspraken over volume in het kader van de functiegerichte budgettering. Ook in sectoren waar geen budgetsystematiek gold, met name in de eerstelijnszorg, werden en worden door verzekeraars al regelmatig volume-afspraken met aanbieders gemaakt.

Nieuw is wel dat met de overgang op prestatiebekostiging het maken van collectieve afspraken door verzekeraars vervangen wordt door afspraken met individuele verzekeraars en dat het maken van volume-afspraken niet meer verplicht is. Bovendien wordt de positie van zorgverzekeraars versterkt doordat zij in de toekomst slechts naturapolissen zullen mogen aanbieden. De prikkel om de kosten te beheersen om verzekeerden niet te confronteren met een hoge premie, blijft natuurlijk bestaan. Daarnaast zijn de gesloten convenanten van belang om de kosten op macroniveau beheersbaar te houden. Met name in die sectoren waar overgegaan wordt van budgetteringssystematieken naar prestatiebekostiging geven deze convenanten een stimulans om de zorg betaalbaar te houden.

De overheid vaart niet blind op de afbouw van ex post risicoverevening en het maken van volume-afspraken. Juist om als *ultimum remedium* een instrument te hebben waarbij de macrokosten kunnen worden beheerst, is het macrobeheersinstrument in de WMG opgenomen.

Ook vragen de leden van de PvdA-fractie of de regering met hen van mening is dat overhaaste invoering van deze wetgeving grote financiële consequenties met zich meebrengt.

Naar mijn mening is geen sprake van overhaaste invoering van eerdergenoemde instrumenten. Zoals uit het antwoord op de vorige vraag van de leden van de PvdA-fractie blijkt, is het maken van volume-afspraken tussen verzekeraars en zorgaanbieders al jaren gebruikelijk, terwijl de ex post compensatiemechanismen in de risicoverevening vanaf de invoering van de Zvw geleidelijk worden afgebouwd. Inzet van het macrobeheersinstrument kan inderdaad financiële consequenties voor de betrokken instellingen hebben, maar hiervan zal slechts in het uiterste geval gebruik worden gemaakt. Kortom, dit beleid is in lijn met het beleid dat de afgelopen jaren is gevoerd.

In dit verband vragen deze leden zich af waarom de regering er niet voor kiest eerst ervaring op te doen met de voorgestelde beschermingsconstructies alvorens majeure stelselwijzigingen voor te stellen.

Dit wetsvoorstel past binnen de stelselherziening in de zorg zoals deze met de inwerkingtreding van de Zvw is ingezet. Anders dan de leden van de PvdA-fractie aangeven, is het toestaan van winstuitkering dan ook geen majeure stelselwijziging. Sinds 2006 is een stapsgewijze omslag gemaakt van een stelsel waarin gestuurd werd op basis van aanbod naar een stelsel van vraagsturing. Het systeem bevindt zich ook nu nog in een transitiefase tussen deze twee systemen in. Omdat zorgaanbieders in deze transitie steeds meer vrijheid hebben gekregen om zelf te bepalen hoe zij de zorg willen leveren, zijn zij ook zelf verantwoordelijk voor het oplossen van financiële problemen en het voortbestaan van hun organisatie. Met het opheffen van het verbod op winstuitkering krijgen aanbieders van medisch-specialistische zorg ook de mogelijkheid om investeerders aan te trekken. Op deze manier kunnen zij ook zelf kiezen hoe zij gefinancierd willen worden, passend bij de grotere vrijheid en verantwoordelijkheid die aanbieders van medisch-specialistische zorg hebben gekregen. Deze nauwe relatie met de basisgedachte van het beoogde stelsel in de gezondheidszorg maakt dat de regering dit wetsvoorstel nu aan Uw Kamer heeft aangeboden

Zij vragen zich voorts af of er een wetenschappelijke basis voor dit vertrouwen is, en zo ja, welke.

Verschuillende onderzoeken hebben aangetoond dat winstuitkering belangrijke voordelen kan hebben voor zowel de doelmatigheid als de kwaliteit van zorg. Ik verwacht dan ook dat een snelle invoering ervan een positieve bijdrage kan leveren aan de zorgverlening voor patiënten. In algemene zin blijkt uit onderzoek van de Erasmus School of Economics, Competition and Regulation Institute (SEOR-ECRI)³² dat in situaties waarin de overheid marktfalen met specifieke regulering of instituties adequaat weet te voorkomen, een op winst gerichte onderneming de voorkeur verdient boven een onderneming zonder winstoogmerk. Onder deze omstandigheden voorziet een op winst gerichte onderneming namelijk op de meest doelmatige wijze in de heterogene behoeften van consumenten en heeft deze voldoende aandacht voor kwaliteit, toegankelijkheid en continuïteit. Een overzicht van verschillende empirische onderzoeken³³ toont aan dat op winstuitkering gerichte aanbieders van medisch-specialistische zorg niet onderdoen voor ziekenhuizen die niet op winstuitkering zijn gericht. Wel lijken ziekenhuizen waarvan de overheid eigenaar is duidelijk slechter te presteren ten aanzien van doelmatigheid. Internationale onderzoeken naar de effecten van winstuitkering laten

³² SEOR-ECRI (2006), *Winstuitkering: winst voor de publieke belangen*.

³³ Patrick Jeurissen (2010), *For profit hospitals. A comparative and longitudinal study of the for-profit sector in four Western countries*.

daarnaast ook zien dat zorginstellingen die winst beogen qua prestaties niet onderdoen voor zorginstellingen die geen winst beogen.³⁴

De leden van de PvdA-fractie vragen of ook de regering van mening is dat het erg belangrijk is dat de nadere invulling van dit kwaliteitsbegrip op instemming van het veld kan rekenen. Zij vragen of de regering bereid is om patiëntenorganisaties te betrekken bij de verdere ontwikkeling van dit begrip. De leden van de PvdA-fractie vragen of de regering van mening is dat zolang deugdelijke kwaliteitscriteria ontbreken de basis voor een winstuitkering ontbreekt.

Uiteraard is het kabinetsbeleid dat cliëntenorganisaties goed worden betrokken bij het ontwikkelen van richtlijnen, zorgstandaarden, normen voor verantwoorde zorg, kwaliteitsindicatoren en CQI-vragenlijsten. De werkwijze van het Kwaliteitsinstituut zal ook zijn dat cliëntenorganisaties standaard worden betrokken. De kwaliteitstoets die de IGZ uitvoert, is gebaseerd op inmiddels uitgewerkte en vastgestelde toetsingskaders, waarbij ook cliëntenorganisaties zijn betrokken. Deze toetsingskaders zijn onder andere het IGZ-toetsingskader *Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid*³⁵ en de Nederlands Technische Afspraak 8 009 *Veiligheidsmanagementsysteem voor ziekenhuizen en instellingen die ziekenhuiszorg verlenen* van het Nederlands Normalisatie-Instituut (NEN).³⁶ Aangezien deze criteria deugdelijk zijn, is de regering het niet eens met de visie dat de basis voor winstuitkering ontbreekt. De landelijke patiëntenorganisatie NPCF is tevens betrokken geweest bij de totstandkoming van de NTA 2008 en 2011 voor het veiligheidsmanagementsysteem.

De leden van de PvdA-fractie vragen welke bescherming de driejaars-termijn biedt tegen aandeelhouders die kortetermijnbelangen en winst boven goede zorg stellen nadat de driejaarstermijn verlopen is, en welke bescherming bestaat na de eerste mogelijkheid tot winstuitkering.

De regering heeft voor de kapitaalverschaffers die wel kortetermijnwinst nastreven de driejaarstermijn ingevoerd in combinatie met een kwaliteits-toets door de IGZ. Na het verstrijken van de eerste drie jaar blijven de volgende voorwaarden uit het wetsvoorstel van toepassing:

- geen winst mag worden uitgekeerd indien de solvabiliteitsmarge van de winst uitkerende instelling daarmee beneden de 20% zou komen,
- geen winst mag worden uitgekeerd indien het resultaat uit gewone bedrijfsuitoefening van de instelling niet gedurende drie achtereenvolgende jaren positief is geweest,
- geen winst mag worden uitgekeerd indien de instelling daarna haar opeisbare schulden niet kan betalen,
- geen winst mag worden uitgekeerd indien de zorgaanbieder steun ontvangt of leningen heeft die geborgd zijn met een Rijksgarantie,
- geen winst mag worden uitgekeerd indien aan de instelling op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen een aanwijzing, bevel, een last onder bestuursdwang of een last onder dwangsom is opgelegd,
- indien de zorginstelling een nv is, mag voorts slechts winst worden uitgekeerd ten laste van de vrije reserve,

³⁴ Allen & Overy en KPMG (2007), *Internationaal vergelijkend onderzoek op hoofdlijnen naar winstuitkering in de zorg in relatie tot publieke belangen in de zorg.*

³⁵ <http://www.igz.nl/actueel/nieuws/20110428toezichtkaderbestuurlijkeverantwoordelijkheidvoorkwaliteitsveiligheid.aspx>.

³⁶ <http://www.vmszorg.nl/Veiligheidsmanagementsysteem/Over-het-Veiligheidsmanagementsysteem/Subnavigation/NTA-8009-de-basiseisen-voor-uw-VMS->

- winst mag slechts worden uitgekeerd na advies van de raad van toezicht en goedkeuring door het bestuur (die deze goedkeuring dient te weigeren indien niet aan voorgaande voorwaarden is voldaan).

Deze voorwaarden, gecombineerd met het reguliere risicogestuurde toezicht van de IGZ op de kwaliteit – dat kan leiden tot het opleggen van eerdergenoemde aanwijzing, bevel, last onder bestuursdwang of last onder dwangsom – bieden een adequate waarborg tegen investeerders die kortetermijnbelangen en winst boven goede zorg willen stellen.

De leden van de PvdA-fractie vragen welke bescherming de driejaars-termijn biedt tegen een investeerder die kort voor het verstrijken van de driejaarstermijn instapt. De leden van de PvdA-fractie vragen of de regering kan motiveren waarom gekozen is voor een termijn van drie jaar, als een termijn van zeven jaar heel gebruikelijk is bij private equity.

Deze situatie kan zich alleen voordoen als er al een andere privaatkapitaalverschaffer met een langetermijnvisie participeert. Als er al een investeerder met een langetermijnvisie in de zorgaanbieder heeft geïnvesteerd, zal deze investeerder willen voorkomen dat een nieuwe investeerder er nét voor het einde van driejaarstermijn instapt en met een kortetermijnvisie winst wil uitkeren. Dit kan hij bijvoorbeeld voorkomen door een meerderheidsbelang te nemen in de zorgaanbieder (waardoor de nieuwe investeerder slechts een minderheidsbelang kan krijgen en geen besluit tot winstuitkering kan nemen).

De driejaarstermijn is tot stand gekomen mede op basis van het onderzoek dat SEO in februari 2010 in opdracht van de NVZ heeft gedaan.³⁷ SEO heeft in haar onderzoek geconcludeerd dat met deze voorwaarden de publieke belangen worden geborgd, maar de investeringsbereidheid niet te zeer wordt beperkt: drie jaar is volgens SEO een gangbare termijn in het normale investeringsverkeer voor langetermijninvesteringen. Ten behoeve van de uitwerking van dit wetsvoorstel zijn ook veldbijeenkomsten georganiseerd, waarbij onder andere investeerders aanwezig waren. Daaruit bleek dat drie jaar een goede termijn is.

Een wachttijd van drie jaar betekent ook een beperking van het vrije verkeer van kapitaal. Zo'n beperking is een inbreuk op het Europees recht. Een inbreuk ten behoeve van een publiek belang in de gezondheidszorg mag wel, maar alleen als de inbreuk noodzakelijk en proportioneel is. Een langere periode zal goed moeten worden onderbouwd om in lijn te zijn met het Europees recht. Een periode van 7 jaar zal mogelijk disproportioneel worden geacht.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de onderliggende waarde van de aandelen wordt vastgesteld.

De waarde van de aandelen wordt bepaald op basis van de waarde van de aanbieder van medisch-specialistische zorg als geheel. Het bestuur en de raad van toezicht van de zorgaanbieder zullen zich naar verwachting informeren op basis van eventuele taxatierapporten, hun financiële experts en de eigen kennis van balans en winst- en verliesrekeningen. Op basis daarvan zullen zij met een privaatkapitaalverschaffer in gesprek gaan. De privaatkapitaalverschaffer zal een eigen beoordeling maken van de waarde van het ziekenhuis en het risico dat hij loopt als hij deelneemt. Op basis van deze gesprekken is het uiteindelijk aan de raad van bestuur om te besluiten of er een samenwerking met de privaatkapitaalverschaffer

³⁷ Seo (2010), *Winst in de eigendomsstructuur. Eigendom winstbestemming en zeggenschap binnen ziekenhuizen*.

tot stand komt, net zoals het nu aan het bestuur is om te besluiten of een samenwerking met een bank over het verstrekken van financiering al dan niet doorgaat. De raad van toezicht houdt toezicht op de financiën en houdt ook toezicht op het bestuur in dit proces.

De leden van de PvdA-fractie willen weten wie aanspraak kan maken op de waarde van bijvoorbeeld een ziekenhuis, zoals deze in de uitgegeven aandelen tot uitdrukking komt. Op welke wijze wordt voorkomen dat kapitaalgoederen die aangeschaft zijn met premiegeld te gelde worden gemaakt en als winst verdwijnen in de dividenduitkering van de aandeelhouders? Hoe wordt ervoor gezorgd dat de overwaarde bij verkoop van een gebouw terugvloeit naar de zorg?

De meeste ziekenhuizen hebben op dit moment de stichtingsvorm. Willen zij aandelen kunnen uitgeven, dan zullen zij zich eerst moeten omzetten in een bv of een nv (of in een coöperatie, maar dat ligt minder voor de hand). Het vermogen dat de stichting op het moment van omzetting heeft, zal daarbij worden beklemd. Dat wil zeggen dat het gebruikt moet worden voor het doel waarvoor de voormalige stichting het bij elkaar heeft gebracht (voor zorginstellingen zal dat doorgaans zijn: het verlenen van zorg) of als statutaire, gebonden reserve op de balans moet worden gezet. Slechts met toestemming van de rechter mag het beklemd vermogen anders worden gebruikt, maar die toestemming wordt, zo leert de jurisprudentie, niet gemakkelijk gegeven. Eigenlijk komt het erop neer dat de rechter slechts toestemming verleent indien het andere gebruik dat de nieuwe rechtspersoon van het voormalige stichtingsvermogen wil maken, in het verlengde ligt van het doel van de voormalige stichting³⁸. Uitkering van het beklemd vermogen aan aandeelhouders opdat zij vervolgens met de uitkering kunnen doen wat zij willen, zal derhalve door de rechter niet worden toegestaan.

Gebouwen die een ziekenhuisstichting op het moment van omzetting heeft, zullen tot het beklemd vermogen gaan behoren. Wordt een gebouw verkocht, dan zal het deel van de verkoopsom dat resteert na aflossing van de hypotheek en andere op het gebouw rustende schulden (de overwaarde), derhalve onderdeel worden van het beklemd vermogen. Ook deze overwaarde zal dus niet als vrij te besteden winst aan aandeelhouders kunnen worden uitgekeerd en zal voor de zorg moeten worden bestemd of moeten worden gereserveerd. Overigens moet men geen al te hoge verwachtingen koesteren van de overwaarde van het onroerend goed van ziekenhuizen.

Wel is het zo, dat de waarde van het beklemd vermogen mee zal tellen voor de waarde van de nieuwe bv of nv. Deze zal tot uitdrukking komen in de waarde van de aandelen die worden uitgegeven: hoe hoger het beklemd vermogen, hoe hoger de waarde van de aandelen. Mochten de leden van de PvdA bedoelen dat te vragen: het is niet zo dat de aandelen vervolgens gratis aan de aandeelhouders verstrekt mogen worden. Ook daaraan staat de vermogensklem in de weg. De aandeelhouders zullen derhalve de waarde van de aandelen aan de bv of de nv dienen te storten of de bv of nv een recht op storting moeten verschaffen.

De leden van de PvdA-fractie vragen om aan te geven hoe het is gesteld met het eigenaarschap van instellingen. De fractie vraagt naar een overzicht per ziekenhuis.

³⁸ Streek, J.L. van de (2008) *Omzetting van rechtspersonen, fiscale monografieën 129* Deventer: Kluwer, paragrafen 2.8.7.2, 2.8.7.3 en 2.10.

Alle ziekenhuizen in Nederland zijn stichtingen, met uitzondering van vier academische ziekenhuizen (drie zijn publiekrechtelijk rechtspersoon en één is een vereniging) en het Slotervaart ziekenhuis. Het Slotervaart ziekenhuis is een bv. Ik begrijp dat het eigendom van dat ziekenhuis ligt bij Meromi Holding bv. Van alle andere ziekenhuizen is de stichting eigenaar.

De leden van de PvdA-fractie vragen zich af hoe de regering zal voorkomen dat bij uitgifte van aandelen publieke en private middelen door elkaar gaan lopen.

Een zorgaanbieders-stichting die winst wil gaan uitkeren, zal zich daartoe moeten omzetten in een bv, een nv of een coöperatie. De algemene regels over de wijze waarop een stichting zich in één van deze rechtsvormen kan omzetten, zijn te vinden in artikel 2:18 van het BW. Daartoe is nodig:

- Een besluit tot omzetting, genomen met inachtneming van de vereisten voor een besluit tot statutenwijziging (van de stichting).
- Een besluit tot wijziging van de statuten.
- Een rechterlijke machtiging tot omzetting.
- Een notariële akte van omzetting, die de statuten van de rechtspersoon waarin de stichting zich omzet (verder ook «nieuwe rechtspersoon» genoemd), bevat, en waarin de notaris heeft verklaard dat de rechterlijke machtiging op het ontwerp van de akte is verleend.
- Uit de statuten van de nieuwe rechtspersoon moet blijken dat het vermogen dat de stichting bij de omzetting heeft en de vruchten daarvan slechts met toestemming van de rechter anders mogen worden besteed dan voor de omzetting was voorgeschreven. Dit vermogen en de vruchten daarvan wordt derhalve beklemd.
- Opgave van de omzetting in het Handelsregister.

Wordt de stichting in een bv omgezet, dan wordt de rechterlijke machtiging aan de akte van omzetting gehecht (art. 2:183, eerste lid, onderdeel b, BW). Voor omzetting van een stichting in een nv geldt hetzelfde, en bovendien komt daar dan nog de extra eis bij, dat aan de akte van omzetting een verklaring van een accountant wordt gehecht, waaruit blijkt dat het eigen vermogen van de stichting op een dag binnen vijf maanden voor de omzetting ten minste het bedrag belooft van het gestorte deel van het geplaatste kapitaal volgens de akte van omzetting (art. 2:72, tweede lid, onderdelen a en c, BW). Bij het eigen vermogen mag dan wel de waarde worden geteld van hetgeen na die dag uiterlijk onverwijld na de omzetting op aandelen zal worden gestort.

Het bedrag dat investeerders betalen voor aandelen in de nieuwe zorg-bv of -nv (of voor een lidmaatschap van of andere deelname in een coöperatie, al lijkt deze rechtsvorm in dit geval minder voor de hand te liggen) komt ten goede aan de bv of nv (respectievelijk aan de coöperatie).

Zoals uit het voorgaande blijkt, wordt het vermogen dat de stichting voor de omzetting heeft, alsmede de vruchten daarvan (doorgaans: de rente), bij de omzetting beklemd. Dat wil zeggen dat de nieuwe rechtspersoon het slechts voor een ander doel mag gebruiken dan het doel dat de stichting tijdens haar bestaan volgens haar statuten had, als hij daarvoor de toestemming van de rechter heeft. Een stichting heeft immers een niet op winstuitkering gerichte, ideële doelstelling en voorkomen moet worden dat de eigenaars van de nieuwe rechtspersoon (bij de bv en de nv de aandeelhouders, en bij de coöperatie de leden) het vermogen dat de voormalige stichting voor die doelstelling bijeen heeft gebracht, als winst aan zichzelf uitkeren of anderszins voor andere doelen dan het oorspronkelijke doel van de stichting gebruiken. Ervan uitgaande dat een zorgaanbieders- stichting volgens zijn statuten doorgaans als doel zal hebben gehad goede zorg te verlenen, dient het geld dus voor de zorg te

worden bestemd of gereserveerd te worden (in geval van reserveren wordt het dus een gebonden statutaire reserve). Slechts met toestemming van de rechtbank kan het geld anders gebruikt worden, maar uit jurisprudentie blijkt dat die toestemming slechts gegeven wordt indien dat andere gebruik aantoonbaar direct of indirect strekt ter bevordering van de belangen die binnen het oorspronkelijke stichtingsdoel vielen (zie ook het eerdere antwoord op een vraag van de leden van de PvdA-fractie). Het zomaar uitkeren van het bekleemd vermogen aan aandeelhouders of leden, opdat dezen de winst naar eigen believen kunnen besteden, valt hier niet onder.

De leden van de PvdA-fractie vragen zich af een ziekenhuis een beursnotering zal kunnen krijgen en zo ja hoe in een dergelijke situatie wordt voldaan aan de bij beursgang behorende spelregels.

Het is inderdaad mogelijk dat een ziekenhuis beursgenoteerd wordt. In het buitenland is dit in enkele gevallen (tijdelijk) gebeurd. Uiteraard zullen hiervoor de verplichte procedures moeten worden gevolgd, zoals een uitgebreide financiële verslaglegging, het opstellen van een prospectus bij het aanbieden van aandelen en het melden bij de Autoriteit Financiële Markten (AFM) wanneer aandeelhouders een bepaald percentage aandelen in handen hebben.

De leden van de PvdA-fractie vragen waarom de regering zich niet beperkt tot het toelaten van obligaties.

Obligaties kennen alleen een vergoeding voor het ter beschikking stellen van vermogen in de vorm van rente. In de financiële verslaglegging worden obligaties dan ook als vreemd vermogen aangeduid en niet als eigen vermogen. In de intramurale medisch-specialistische zorg is het juist van belang om het eigen vermogen te vergroten ten opzichte van het vreemd vermogen. Over het algemeen is de schuldenpositie van het ziekenhuis groot, terwijl het eigen vermogen relatief klein is om de schulden verantwoord te kunnen dragen. Naarmate het eigen vermogen groeit, is de verhouding tussen eigen vermogen en vreemd vermogen beter (de zorgaanbieder krijgt een betere solvabiliteit). Indien de solvabiliteit beter is, is het gemakkelijker – en dus mogelijk goedkoper – om vreemd vermogen aan te trekken.

De leden van de PvdA-fractie vragen waarom de regering niet heeft gekozen voor de coöperatieve structuur in de zorg.

Zoals ook uit het wetsvoorstel blijkt, staat het instellingen voor medisch-specialistische zorg vrij om te kiezen voor de coöperatieve structuur. De coöperatie kan een nuttige vorm zijn om zo'n instelling te organiseren. Ziekenhuizen zijn privaat georganiseerde entiteiten. Dit betekent dat zij zelf de vrijheid hebben om een passende juridische structuur te kiezen voor de concrete situatie. Mochten de leden van de PvdA-fractie van mening zijn dat coöperaties geen winst uitkeren, dan is dat een misvatting. Coöperaties keren wel degelijk winst uit aan hun leden.

De leden van de PvdA-fractie vragen de regering in te gaan op de ervaringen die de beroepsgroepen van verloskundigen, tandartsen en huisartsen al met winstuitkering hebben opgedaan. Zij vragen daarnaast of deze ervaringen nog aan een evaluatie worden onderworpen en of de Tweede Kamer daar inzicht in krijgt.

Ik heb geen negatieve signalen ontvangen met betrekking tot eventuele winstuitkeringen bij de beroepsgroepen van verloskundigen, tandartsen en huisartsen. Er is daarom vooralsnog geen directe noodzaak om een evaluatie op dit punt uit te voeren.

De leden van de PvdA-fractie vragen waarom de regering er niet voor heeft gekozen om het toestaan van winstuitkering in de medisch-specialistische zorg gefaseerd in te voeren.

Dit wetsvoorstel past binnen de stelselherziening in de zorg zoals deze met de inwerkingtreding van de Zvw is ingezet. Sinds 2006 is een stapsgewijze omslag gemaakt van een stelsel waarin gestuurd werd op en door het aanbod, naar een stelsel van vraagsturing. Het doel van deze omslag is te komen tot meer doelmatigheid, meer vrijheid voor zorgaanbieders en goede toegankelijkheid van de zorg. Dit stimuleert zorgaanbieders de wensen en zorgbehoefte van patiënten centraal te stellen en zorg te leveren van goede kwaliteit die zoveel mogelijk aan die wensen en behoeften voldoet.

Bij de grotere vrijheid en verantwoordelijkheid die aanbieders van medisch-specialistische zorg hebben gekregen, is het logisch en onvermijdelijk dat zij ook zelf kiezen hoe zij gefinancierd worden. Omdat voor hen op dit moment een verbod op winsttoogmerk en daarmee in de praktijk ook een verbod op winstuitkering geldt, zijn zij op dit moment nog niet goed in staat privaats kapitaal in de vorm van risicodragend (eigen) vermogen aan te trekken. Zij zijn daarom bij de financiering van hun bezittingen vooral aangewezen op vreemd vermogen (leningen). In het oude zorgstelsel was dit geen probleem, omdat de risico's binnen de het aanbod gestuurde stelsel grotendeels bij de overheid lagen. De overheid kan en wil dit risico niet langer dragen.

Het is dus noodzakelijk om de mogelijkheid tot het aantrekken van privaat kapitaal voor alle aanbieder van medisch-specialistische zorg te creëren. Een gefaseerde invoering van winstuitkering verhoudt zich niet tot de vrijheid die zorgaanbieders nodig hebben om de voor hun optimale financieringstructuur te organiseren. Bovendien bestaat het risico dat door fasering zorgaanbieders die graag private kapitaalverschaffers willen aantrekken worden, buitengesloten.

Overigens verwacht ik niet dat na invoering van voorliggend wetsvoorstel alle instellingen voor medisch-specialistische zorg zich onmiddellijk omzetten in een rechtspersoon die winst beoogt. Zoals in de memorie van toelichting is aangegeven, kan op basis van onderzoek in het buitenland worden verwacht dat 10 tot 15% van de instellingen voor medisch-specialistische zorg zal kiezen voor een winstbeogende rechtsvorm. Die instellingen zullen dat bovendien naar verwachting niet allemaal op hetzelfde moment doen, laat staan dat zij – gegeven de winstuitkeringsvoorwaarden die in dit wetsvoorstel zijn opgenomen – op hetzelfde moment winst zullen uitkeren. In die zin wordt de winstuitkering derhalve vanzelf gefaseerd ingevoerd.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de regering de stelling beoordeelt dat verzekeraars na de introductie van alweer een nieuw financieringssysteem in de ziekenhuissector voorlopig een flinke informatieachterstand hebben.

Voorliggend wetsvoorstel heeft geen gevolgen voor de wijze waarop de instellingen voor medisch-specialistische zorg de door hen verleende zorg bij de zorgverzekeraars in rekening brengen. Dit wetsvoorstel heeft op dit punt dan ook geen gevolgen voor de zorgverzekeraars.

De leden van de PvdA-fractie stellen dat de afbouw van de nacalculatie niet verantwoord is zonder evenredige verbetering van het ex ante vereveningssysteem. Voorts vragen de leden van de PvdA-fractie zich af of en zo ja hoe, de regering rekening heeft gehouden met de stelling van de FNV dat de zorg voor bepaalde groepen chronisch zieken voorspelbaar verliesgevend zal zijn voor verzekeraars en dat met het toestaan van winst in de zorg de solidariteit in de zorg onder druk komt te staan, waarmee één van de belangrijkste stutten onder de Zvw wordt ondermijnd. De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de Minister deze zorgen beoordeelt.

De inzet van ex post compensaties (en daarmee ook nacalculatie) ten behoeve van de vaststelling van de risicovereveningsbijdrage van de zorgverzekeraars, is afhankelijk van de mate waarin het ex ante vereveningsmodel in staat is het gelijke speelveld te genereren en van de mate waarin zorgverzekeraars in staat zijn de kosten van zorg te beïnvloeden. Door het toevoegen van nieuwe vereveningscriteria is de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel de afgelopen jaren toegenomen. Met name de introductie van farmaceutische kostengroepen (fkg's) en diagnose kostengroepen (dkg's), en van een criterium dat betrekking heeft op verzekerden die meerdere jaren achter elkaar de hoogste zorgkosten gemaakt hebben, heeft een positief effect gehad op de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel. Ook zijn, bijvoorbeeld door het afschaffen van budgettering voor de ziekenhuiszorg, de mogelijkheden die zorgverzekeraars hebben om de zorgkosten te beïnvloeden, versterkt. Hierdoor is het mogelijk geweest de risicodragendheid van zorgverzekeraars te vergroten. Hoewel verbetering van het ex ante vereveningsmodel derhalve belangrijk is voor het kunnen afschaffen van de ex post compensatiemechanismen, kan ik de stelling dat een *evenredige* verbetering van het ex ante model daarvoor noodzakelijk is, niet onderschrijven.

Ik zie niet in hoe winst bij zorgaanbieders kan leiden tot risicoselectie door zorgverzekeraars en daarmee tot ondermijning van de solidariteit. Ik lees een dergelijke relatie ook niet in de brief van de FNV. De FNV gaat in op de afbouw van de nacalculatie in de risicoverevening en de voorspelbare verliesgevendheid van bepaalde groepen. Op zich zijn er groepen te identificeren waarop verzekeraars een voorspelbaar verlies lijden of een voorspelbare winst maken. Dit is recent ook door de commissie «Evaluatie risicoverevening Zvw» bevestigd.³⁹ Ik heb in die brief⁴⁰ en in het daarop volgend Algemeen Overleg aangegeven wat ik al doe en zal gaan doen om risicoselectie te voorkomen.

De leden van de PvdA-fractie ontvangen graag een reactie op de suggestie om alle medisch specialisten in loondienst bij ziekenhuizen onder te brengen.

Op 10 oktober 2012 heb ik uw Kamer het rapport van de commissie inkomens medisch specialisten (commissie Meurs) aangeboden. De commissie heeft een aantal beleidsopties geïnventariseerd die ingrijpen op de (inkomens)positie van medisch specialisten en gaat daarbij onder andere in op maatregelen die toezien op de arbeidsverhouding van medisch specialisten. De commissie heeft geconcludeerd op lange termijn het meest te verwachten van de invoering van integrale tarieven waarvan VWS, de Orde van Medisch Specialisten (Orde) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) in het voorjaar van 2011 hebben afgesproken dat dit per 2015 zijn beslag zal krijgen. Een systeem van integrale tarieven doet recht aan de lokale dynamiek en de noodzaak om

³⁹ Kamerstukken II 2011/12, 29 689, nr. 405.

⁴⁰ Kamerstukken II 2011/12, 29 689, nr. 414.

de belangen van instelling en specialist zoveel mogelijk op één lijn te brengen.

Het kabinet heeft in haar reactie van 29 november 2012 dit advies overgenomen en heeft in het regeerakkoord aangegeven het rapport van de commissie als leidraad te zullen hanteren bij het inkomensbeleid gericht op medisch specialisten. Over de invoering van integrale tarieven en de verschillende elementen die daarbij een rol spelen zal ik Uw Kamer vanzelfsprekend nader informeren.

De leden van de CDA-fractie vragen welke prikkel een zorgverzekeraar heeft om een volumeopdrijvend effect voor een type zorg waarnaar veel vraag is, tegen te gaan.

De in het kader van de gereguleerde marktwerking tot stand gekomen onderlinge concurrentie tussen zorgverzekeraars vormt een belangrijke prikkel voor zorgverzekeraars om de volume-ontwikkeling in de zorg te beïnvloeden. Risicoverevening zorgt ervoor dat er een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars ontstaat door verzekeraars te compenseren voor voorspelbare gezondheidsverschillen van verzekerden in hun portefeuille. Het selecteren van voorspelbare gunstige risico's is, door de risico-verevening, niet voordelig. De vormgeving van het risicoverevenings-systeem is zodanig dat verzekeraars maximaal financieel risicodragend zijn. Hiertoe streef ik minimale inzet van ex post compensaties na, zodat het systeem zorgverzekeraars maximaal prikkelt om zich te richten op doelmatige zorginkoop. Zo is op 1 januari 2012 de macronacalculatie afgeschaft, waardoor het verschil tussen de raming en realisatie door zorgverzekeraars zelf moet worden opgelost. Het prikkelt hen dus ook maximaal om de zorgkosten en daarmee het zorgvolume te beperken.

Het macro beheersinstrument is bedoeld als een stok achter de deur voor het geval de combinatie van gereguleerde marktwerking en overeengekomen convenanten niet het beoogde effect sorteren als het gaat om de volume-ontwikkeling in de zorg. De tijd zal leren of de inzet van dit instrument nodig is en wat de effecten ervan zijn.

Een ziekenhuis kan terughoudend zijn in het voldoen aan de vraag van een verzekeraar voor het leveren van bepaalde dbc's uit angst dat het macrobeheersingsinstrument haar corrigeert. In dat geval zal de zorgverzekeraar naar alternatieven moeten zoeken. Hij zal er gelet op zijn zorgplicht voor moeten zorgen dat de zorg voor zijn verzekerden beschikbaar blijft, bijvoorbeeld door andere zorgaanbieders te contracteren. De NZa ziet erop toe dat zorgverzekeraars de zorgplicht naleven.

De leden van de CDA-fractie vragen of het klopt dat het macrobeheersingsinstrument slechts tijdelijk wordt ingezet.

Ik verwacht inderdaad dat de invoering van het macrobeheersinstrument als ultimum remedium een tijdelijke maatregel is. Het huidige zorgstelsel is op dit moment nog steeds in transitie van een aanbodgestuurd- naar een vraaggestuurd stelsel, zoals ik ook in de memorie van toelichting bij voorliggend wetsvoorstel heb aangegeven. Dit wetsvoorstel past binnen deze ontwikkeling. Om dit transitieproces goed te laten verlopen, zijn specifieke waarborgen noodzakelijk. Een van deze waarborgen is het door de leden van de CDA-fractie aangehaalde instrument. Ik verwacht dat ik het macrobeheersinstrument kan afbouwen nadat de overgang naar vraagsturing zal zijn voltooid.

Daarnaast vragen de leden van de CDA-fractie of met het macrobeheersinstrument echt het risico van volumeoprijving wordt weggenomen.

Met name de afschaffing van de macronacalculatie per 1 januari 2012 waardoor het verschil tussen de raming en realisatie voor rekening van de zorgverzekeraars komt, is hierbij belangrijk. Daarnaast stelt het macrobeheersinstrument een harde bovengrens aan het omzetplafond voor medisch-specialistische zorg. Immers, als de kosten voor de zorg dit plafond overschrijden, zullen deze overschrijdingen naar marktaandeel teruggevorderd worden op de zorginstellingen. Op deze manier is het dus niet mogelijk dat een omzetstijging leidt tot stijging van de macrokosten voor de zorg. Overigens dragen ook de vergrote risicodragendheid van verzekeraars, in combinatie met de hoofdlijnenakkoorden, de prestatiebekostiging in combinatie met de grotere sturingsmogelijkheden van de zorgverzekeraars, en de invoering van integrale tarieven er aan bij dat volumeopdriving wordt tegengegaan.

De leden van de CDA-fractie vragen of de mogelijkheid van samenwerking tussen een groter en een kleiner ziekenhuis mogelijk blijft na inwerking-treding van deze wet.

Deze wet heeft geen invloed op samenwerkingsverbanden. Ziekenhuizen die winst uitkeren kunnen ook in de toekomst samenwerken met andere ziekenhuizen, voor zo ver zij binnen de grenzen van toepasselijke wet- en regelgeving blijven.

De leden van de CDA-fractie vragen de regering nader toe te lichten dat met vrij onderhandelbare prijzen een marktconforme prijs tot stand komt. Zij wijzen in dit kader op de tendens bij zelfstandige behandelcentra (zbc's) om vooral rendabele zorg te leveren en de andere zorg voor rekening van algemene ziekenhuizen te laten.

De argumentatie dat onderhandelingen in het vrije segment zorgen voor een marktconforme prijs, is gebaseerd op de algemeen geldende economische theorie van vraag en aanbod. Verzekeraars zijn actiever dan voorheen bij het inkopen van medisch-specialistische zorg. Daarmee ontstaan meer marktconforme prijzen. Onderzoek in opdracht van NVZ laat zien dat de belangrijkste behandelingen in het B-segment relatief in prijs zijn gedaald, wat kan wijzen op prijsvorming die opschuift naar een marktconform niveau, beter gebaseerd op de verhouding tussen vraag en aanbod.⁴¹ Indien complexe zorgverlening relatief hoge kosten met zich brengt, zal de prijs voor deze zorg ook stijgen, zodat het aantrekkelijk blijft voor aanbieders om deze zorg te leveren. Door de verschillen in prijs, passend bij de complexiteit van de behandeling, heeft de tendens die de leden van de CDA-fractie beschrijven geen gevolgen voor de bekostiging van de verschillende behandelingen. Overigens herken ik de door het CDA geschetste tendens niet. Er zijn ook zbc's actief die zeer complexe zorg leveren.

De leden van de CDA-fractie vragen of de DOT structuur al zover is ontwikkeld dat hiervan geen nadelige invloed uitgaat op de keuze voor bepaalde zorgproducten.

Onderdeel van het nieuwe DOT-systeem is dat medisch specialisten niet meer kiezen welk zorgproduct past bij de verleende zorg. Op basis van de geregistreerde zorgactiviteiten wordt automatisch het bijpassende zorgproduct afgeleid. Op het moment dat de zorgactiviteiten niet matchen, wordt het zorgproduct afgekeurd. Op deze wijze wordt met meer zekerheid het juiste DOT-zorgproduct gedeclareerd.

⁴¹ Gupta Strategists (2008), *B-segment. Onderzoek naar de belangrijkste ontwikkelingen.*

De leden van de CDA-fractie vragen of, wanneer een ziekenhuis gedurende bijvoorbeeld vijf jaren achtereen een behoorlijke winstuitkering doet, we dan moeten concluderen dat we teveel hebben betaald voor de zorg in die vijf jaar.

Anders dan de leden van de CDA-fractie aannemen, betekent het uitkeren van winst niet dat er voor de zorgverlening teveel is betaald. Winstuitkering is de vergoeding die investeerders ontvangen voor het ter beschikking stellen van vermogen. Hierdoor zijn aanbieders van medisch-specialistische zorg in staat om bijvoorbeeld de zorgverlening te innoveren. Daarnaast zorgt de uitbreiding van het eigen vermogen ervoor dat zorginstellingen gemakkelijker in staat zijn om vreemd vermogen in de vorm van leningen bij banken te verkrijgen. Op deze manier leveren de investeringen een (veel) groter voordeel op voor zorginstellingen dan de uitbetaalde winst hen gekost heeft.

De leden van de CDA-fractie vragen aan welke investeerders zij moeten denken bij investeerders die een langetermijnrendement voor ogen hebben.

Bij investeerders die hun kapitaal voor langere tijd willen verbinden aan een instelling kan worden gedacht aan pensioenfondsen, gespecialiseerde zorgfondsen, maar ook aan familiebedrijven of strategische investeerders, zoals internationale zorginstellingen. Buitenlandse ervaringen wijzen uit dat deze investeerders daadwerkelijk interesse hebben om te investeren in aanbieders van medisch-specialistische zorg.

De leden van de CDA-fractie vragen de minister in te gaan op een periodieke toetsing op kwaliteit en veiligheid, zoals bepleit door diverse deelnemers uit het veld aan het Ronde Tafelgesprek dat de Tweede Kamer organiseerde ter voorbereiding van de wetsbehandeling. Ook de leden van de D66-fractie vragen waarom niet gekozen wordt voor een periodieke kwaliteits- en veiligheidstoets.

Zorgaanbieders die streven naar winst en winstuitkering staan net als alle overige zorgaanbieders onder het reguliere toezicht van de IGZ. In haar reguliere toezicht controleert de IGZ of de zorgaanbieders voldoen aan de kwaliteitseisen uit de wet- en regelgeving, wetenschappelijke richtlijnen en veldnormen. Daarbij controleert de IGZ daar waar zij de risico's het grootst acht. 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, ingevolge voorliggend wetsvoorstel geen winst uitkeren.

Als extra waarborg, bovenop het reguliere toezicht, voert de IGZ een eenmalige extra kwaliteitstoets uit. Deze vindt plaats op verzoek van een zorgaanbieder voor medisch-specialistische zorg die daadwerkelijk winst wenst uit te keren.

Voor het antwoord op de vragen van de leden van de CDA-fractie, wat er bij omzetting van een zorgaanbieders-stichting gebeurt met het stichtingsvermogen en hoe wordt geborgd dat dit niet aan private investeerders wordt uitgekeerd, verwijs ik graag naar mijn eerdere antwoorden op gelijklopende vragen van de leden van de VVD- en de PvdA-fractie.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe de waarde van een ziekenhuis wordt bepaald en wie die waarde bepaalt.

Het bestuur en de raad van toezicht bepalen de waarde van het ziekenhuis. Zij zullen zich naar verwachting informeren op basis van eventuele taxatierapporten, hun financiële experts en de eigen kennis van balans en winst- en verliesrekeningen. Op basis daarvan zullen zij met een privaatkapitaalverschaffer in gesprek gaan. De privaatkapitaalverschaffer zal een eigen beoordeling maken van de waarde van het ziekenhuis en het risico dat hij loopt als hij deelneemt. Op basis van deze gesprekken is het uiteindelijk aan de raad van bestuur om te besluiten of er een samenwerking met de privaatkapitaalverschaffer tot stand komt net zoals het nu aan het bestuur is om te besluiten of een samenwerking met een bank over het verstrekken van financiering al dan niet door gaat. De raad van toezicht houdt toezicht op de financiën en houdt ook toezicht op het bestuur in dit proces.

De leden van de CDA-fractie vragen of er geen sprake dient te zijn van een minimumsolvabiliteit voordat winstuitkering mogelijk moet zijn.

Het kabinet is het met de CDA-fractie eens dat het essentieel is dat zorgaanbieders ook na winstuitkering voldoende solvabel zijn. Om deze reden regelt de bij deze nota naar aanleiding van het verslag gevoegde nota van wijziging dat geen winst mag worden uitgekeerd als het eigen vermogen uitgedrukt als percentage van het balanstotaal (solvabiliteit) na die winstuitkering niet ten minste 20% blijft. Overigens geldt hetzelfde voor de solvabiliteit van een rechtspersoon die de moeder van de uitkerende rechtspersoon is, indien ook die moeder zorginstelling is. Het bestuur van de zorginstelling die winst wil gaan uitkeren, dient hier in het kader van de goedkeuringsprocedure van de winstuitkering goed op te letten.

Het Wfz verstrekt garanties op leningen aan zorginstellingen. Wanneer het Wfz zal bijspringen indien een zorgaanbieder die een externe investeerder heeft waarbij winst uitgekeerd wordt, wordt geëist dat in de statuten wordt geregeld dat winstuitkering alleen mag met toestemming van de Wfz, aldus de mvt. Kan dat worden afgedwongen, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

De eisen die het Wfz stelt aan zijn deelnemers vloeien voort uit het Reglement van Deelneming van het Wfz, waaraan elke deelnemende zorgaanbieder zich formeel heeft verbonden. Op grond van het Reglement van het Wfz (artikel 13 lid 2) zal een deelnemende instelling niet zonder voorafgaande toestemming van het Wfz zijn statuten kunnen wijzigen. Indien een deelnemende stichting de juridische structuur wil veranderen met het oog op winstuitkering, dan is hiervoor namelijk voorafgaand toestemming van het Wfz vereist. Het Wfz kan goedkeuring onthouden of aanvullende voorwaarden stellen op het moment van de statutenwijziging. Ik heb begrepen dat Wfz bij die statutenwijziging doorgaans zal eisen dat de zorgaanbieder in de statuten opneemt dat toestemming van het Wfz nodig is voordat de zorgaanbieder winst kan uitkeren. Dat het Wfz toestemming tot winstuitkering zou verlenen op een moment waarop zij, omdat de instelling financiële problemen heeft, daadwerkelijk garant moet staan voor een instelling voor medisch-specialistische zorg, acht ik zeer onwaarschijnlijk. Overigens zal zo'n instelling in dat geval ook niet aan een of meer van de in dit wetsvoorstel opgenomen voorwaarden voor winstuitkering, met name de voorwaarde dat na de winstuitkering de solvabiliteitsmarge 20% blijft, kunnen voldoen, zodat in zo'n geval winstuitkering überhaupt niet toegestaan is.

De leden van het CDA vragen op welk moment het Wfz toestemming vraagt.

Het Wfz eist toestemming op het moment dat een deelnemende zorgaanbieder de juridische structuur wil veranderen met het oog op winstuitkering. Op dat moment kan het Wfz goedkeuring onthouden of nadere aanvullende voorwaarden stellen.

De leden van de CDA-fractie vragen of een garantstelling van het Wfz niet in tegenspraak is met een investering van een externe investeerder die gericht is op winstuitkering.

Het Wfz is een privaats georganiseerde onderlinge waarborg. Het Wfz bepaalt binnen de formele kaders van zijn statuten zelf aan welke zorginstellingen het wel of geen garantie verleent. Het Wfz baseert deze beslissingen strikt op een risicobeoordeling. Het uitgangspunt hierbij is dat het Wfz elk besluit tot garantieverlening moet kunnen verantwoorden aan het collectief van Wfz-deelnemers, die immers risicodragend participeren in de Wfz zekerheidsstructuur. Het is primair aan het Wfz en zijn deelnemers om te bepalen waar de grenzen liggen van de risico's die het Wfz mag aangaan bij garantieverlening. Indien het Wfz – in samenwerking met (de brancheverenigingen van) zijn deelnemers – besluit dat garantieverlening aan instellingen waar winstuitkering mogelijk is, acceptabel is met inachtneming van bepaalde voorwaarden, dan is dit primair zijn eigen verantwoordelijkheid. Het is vervolgens aan de desbetreffende instelling om te bepalen of de in dit kader door het Wfz gestelde voorwaarden acceptabel zijn, of een reden zijn om van deelname af te zien dan wel een bestaande deelname te beëindigen.

De CDA-fractie vraagt of een zorgaanbieder die winst uitkeert aan aandeelhouders in aanmerking kan komen voor een beschikbaarheidsbijdrage.

Zorgaanbieders die winst (mogen) uitkeren kunnen in aanmerking komen voor een beschikbaarheidsbijdrage. Beschikbaarheidsbijdragen kunnen niet hoger zijn dan het bedrag dat de ontvangende zorgaanbieder werkelijk kwijt is met het verrichten van detaken waarvoor de bijdragen worden verstrekt. De kosten van het beschikbaar houden van bepaalde vormen van zorg die in aanmerking komen voor een beschikbaarheidsbijdrage bepalen de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage. De bijdrage is voldoende om een normale exploitatie van de beoogde vorm van zorg mogelijk maken (norm College van Beroep voor het bedrijfsleven),⁴² maar is niet hoger dan voor een normale exploitatie van de beoogde vorm van zorg nodig is. Hieruit volgt dat de beschikbaarheidsbijdrage niet als winstuitkering kan wegvloeien uit de zorgaanbieder.

De leden van de SP-fractie vragen de regering om een inhoudelijke reactie op de constatering en zorgen van de SP-fractie dat voorwaarden in het wetsvoorstel niet voldoende de publieke belangen waarborgen en te veel uitgaan van de belangen van privaatkapitaalverschaffers.

Het wetsvoorstel richt zich voornamelijk op lange termijninvesteerders. Het zijn ook voornamelijk deze investeerders die in onderzoek hebben aangegeven interesse te hebben in de gezondheidszorg.⁴³ Zij geven onder andere aan kansen te zien in het stabiele karakter van de sector. Het aantrekken van investeerders voor een langere periode sluit goed aan bij de doelstellingen van het wetsvoorstel voor het verbeteren van de kwaliteit en de doelmatigheid: langetermijninvesteerders hebben immers zelf ook een prikkel om deze aspecten te blijven verbeteren. Het is dan ook belangrijk de bereidheid van deze investeerders om in de gezond-

⁴² Zie onder andere CBb 30 december 2009, AWB 08/96.

⁴³ Boer & Croon (2010), *Investeringsbereidheid in de curatieve zorg*.

heidszorg te investeren mee te wegen bij de vormgeving van de voorwaarden om winst te mogen uitkeren.

In de nota van wijziging zijn aanvullende voorwaarden gesteld die erop gericht zijn winstbejag op korte termijn af te schrikken. Het aantrekken van investeerders die uit zijn op winst op korte termijn kan immers de in de memorie van toelichting beschreven risico's voor kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van zorg met zich meebrengen. Privaatkapitaalverschaffers die met kennis van de sector en met een langetermijnhorizon risicodragend kapitaal investeren zullen juist gebaat zijn bij de aanvullende voorwaarden ten aanzien van een hoge solvabiliteit en een stabiel positief resultaat uit gewone bedrijfsuitoefening. Zij willen immers de waarde van hun investering op lange termijn behouden. Met deze aanvullende voorwaarden om winst te mogen uitkeren is in mijn ogen een (nog) beter afgewogen balans gevonden tussen de belangen van de (door het kabinet gewenste langetermijn-)investeerders en het voorkomen van risico's voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

De leden van de SP-fractie vragen waarom gesprekken met investeerders de kern vormden van het onderzoek naar de randvoorwaarden voor winstuitkeringen.

Om de mogelijke effecten van het draagvlak voor deze wet te toetsen heb ik mij voornamelijk gebaseerd op verschillende onderzoeken, die deels in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zijn uitgevoerd.⁴⁴ Naast deze onderzoeken is een tweetal veldbijeenkomsten georganiseerd. Bovendien is een groot aantal belanghebbenden in gesprekken betrokken bij de totstandkoming van dit wetsvoorstel. Bij de twee veldbijeenkomsten waren onder andere ziekenhuizen, investeerders, verzekeraars, patiëntenorganisaties, medezeggenschapsorganisaties, banken en vertegenwoordigers van raden van toezicht aanwezig. De aanneming van de SP-fractie dat gesprekken met investeerders de kern vormden van het onderzoek naar de randvoorwaarden voor winstuitkeringen, onderschrijf ik dan ook niet.

In het algemeen onderkennen aanwezigen in deze bijeenkomsten dat het belangrijk is een balans te vinden tussen stringente eisen aan op winstuitkering gerichte aanbieders van medisch-specialistische zorg en de mate waarin investeren voor privaatkapitaalverschaffers interessant is. Tijdens deze bijeenkomsten is tevens uitgebreid gesproken over de mogelijke risico's die verbonden zijn aan het toelaten van op winstuitkering gerichte aanbieders van medisch-specialistische zorg en de voorwaarden om deze risico's te mitigeren. Volgens zowel investeerders als overige aanwezigen zijn de voorwaarden streng genoeg om de publieke belangen te borgen. Zo geeft de NVZ, als vertegenwoordiger van zorgaanbieders, aan een voorstander te zijn van het ingediende wetsvoorstel en geeft deze vereniging ook aan de verwachte positieve effecten ervan op de kwaliteit van zorg te erkennen.⁴⁵

Deze leden vragen zich voorts af op welke wijze artsen en verpleegkundigen in de ziekenhuizen betrokken bij de totstandkoming van het ingediende wetsvoorstel.

⁴⁴ Waaronder SEO (2010), *Winst in de eigendomsstructuur. Eigendom, winstbestemming en zeggenschap binnen ziekenhuizen* en Boer & Croon (2010), *Investeringsbereidheid in de curatieve sector*; zie ook de MvT voor een uitgebreid overzicht van de inzichten uit onderzoeken die ik mee heb genomen bij de totstandkoming van dit wetsvoorstel.

⁴⁵ NVZ (2010), *Regeerakkoord veelbelovend voor ziekenhuizen*, persbericht van 4 oktober 2010.

In het voortraject van het opstellen van het wetsvoorstel zijn de Orde van Medisch Specialisten en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen geraadpleegd. Verpleegkundigen zijn niet separaat geraadpleegd. De NVZ is positief over het wetsvoorstel. De Orde van medisch specialisten onthield zich van een oordeel. Zij registreerde zowel voordelen als nadelen. Door middel van de uitwerking van de voorwaarden die worden gesteld aan winstuitkering worden eventuele nadelen zo veel mogelijk ondervangen.

De leden van de SP-fractie vragen de regering daarnaast om een reactie op de uitkomst van een onderzoek van tijdschrift Medisch Contact van 26 maart 2012, waaruit blijkt dat bijna vijftien procent van de medisch specialisten tegen marktwerking in ziekenhuizen is en in het bijzonder tegen het ingediende wetsvoorstel.

In het artikel waarnaar de leden van de SP-fractie verwijzen staan verschillende argumenten waarop de tegenstanders van de mogelijkheid om winst uit te keren zich baseren. Zij zijn voornamelijk bang dat ziekenhuizen alleen rendabele behandelingen aan gaan bieden of alleen patiënten zullen werven die winst opleveren. Voorstanders, daarentegen, verwachten dat het toestaan van winstuitkering de zorg in het ziekenhuis doelmatiger maakt en dat het ziekenhuis beter laat zien waar het goed in is.

Het kabinet vindt de punten die uit deze enquête naar voren komen belangrijke aandachtspunten. Het wetsvoorstel besteedt aan deze bezwaren dan ook uitgebreid aandacht. Om te voorkomen dat kortetermijninvesteerders zich zullen richten op kortetermijnwinsten stelt de nota van wijziging daarnaast twee aanvullende maatregelen voor die dit (mede) voorkomen. Aanbieders van medisch-specialistische zorg kunnen winst alleen uitkeren bij surpluswinst boven twintig procent solvabiliteit en alleen uit winst uit reguliere exploitatie. Met deze voorwaarden en de maatregelen die al in het wetsvoorstel zijn genoemd, richt het wetsvoorstel zich op langetermijninvesteerders. Het geeft daarmee in de ogen van het kabinet voldoende waarborgen om tegen te gaan dat aanbieders zich alleen nog zullen richten op rendabele behandelingen of op patiënten die winst opleveren.

De leden van de SP-fractie vragen de regering om opheldering over de risico's van kortetermijninvesteerders.

De wachttijd van drie jaar zorgt ervoor dat de eerste investeerder een langetermijnperspectief heeft. Vervolgens zal deze eerste investeerder de waarde die binnen de zorgaanbieder wordt opgebouwd over de lange termijn als rendement terug verwachten. De winst die is gemaakt in voorafgaande jaren mag immers gereserveerd worden en op een later tijdstip worden uitgekeerd. De eerdere investeerder zal zijn langetermijnperspectief en het behalen van zijn rendement willen uitstrekken over een periode die langer is dan de wachttijd van drie jaar. Het risico op korte termijninvesteerders (nadat de eerste langetermijninvesteerder is ingestapt) wordt verkleind doordat de eerste investeerder latere investeerders met een kortetermijnvisie niet zal toelaten, omdat dat ten koste gaat van het eigen langetermijnrendement.

De leden van de SP-fractie vragen een reactie op de stelling van de NPCF dat een wachttijd van vijf tot zeven jaar bij private equity gebruikelijk is.

De driejaarstermijn is tot stand gekomen mede op basis van het onderzoek dat SEO in februari 2010 in opdracht van de NVZ heeft gedaan.⁴⁶ Drie jaar is volgens SEO een gangbare termijn in het normale investeringsverkeer voor langetermijninvesteringen. SEO heeft in haar onderzoek geconcludeerd dat met deze termijn de publieke belangen geborgd worden zonder dat de investeringsbereidheid teveel beperkt wordt. Bij de uitwerking van dit wetsvoorstel zijn ook veldbijeenkomsten georganiseerd, waarbij onder andere investeerders aanwezig waren. Ook uit die veldbijeenkomsten kwam een driejaarstermijn als goede termijn naar voren.

Een wachttijd van drie jaar betekent ook een beperking van het vrij verkeer van kapitaal. Zo'n beperking is een inbreuk op het Europees recht. Een inbreuk ten behoeve van een publiek belang in de gezondheidszorg mag wel, maar alleen als de inbreuk noodzakelijk en proportioneel is. Een langere periode dan drie jaar zal mogelijk disproportioneel worden geacht in het licht van het Europese recht.

De leden van de SP fractie vragen waarom de regering de risico's van de macrobeheersbaarheid door de kans op een volumeopdrijvend effect van privaat kapitaal neemt terwijl de regering bij monde van de minister van Financiën heeft gesteld dat de zorgkosten een groter gevaar vormen dan de kredietcrisis.

De regering acht de voorwaarden in dit wetsvoorstel, in samenhang met de bestaande maatregelen zoals de risicodragendheid van de verzekeraars, het macrobeheersinstrument en de hoofdlijnenakkoorden, voldoende waarborgen bieden om de risico's in te perken die met het toestaan van winstuitkering kunnen samenhangen. Overigens verwacht ik dat dit wetsvoorstel verschillende positieve effecten teweegbrengt. Daarmee levert het ook een bijdrage aan doelmatigheid in de zorg.

De leden van de SP-fractie vragen of de groei van de zorgkosten van de afgelopen jaren niet met name voortkomt uit volumegroei van ziekenhuiszorg.

De regering merkt op dat in het «Onderzoek Excess growth» van KPMG-Plexus, dat in 2012 aan de Tweede Kamer is aangeboden als bijlage bij het de rapportage «Naar beter betaalbare zorg» van de Taskforce Beheersing Zorguitgaven, uitgebreid is ingegaan op de oorzaken van de groei van de zorguitgaven.

De rapportage van KPMG-Plexus geeft aan dat de groei van de zorguitgaven over de periode 2000–2010 gemiddeld 6,5% per jaar bedroeg. De bijdrage van de ZFW/Zvw en de AWBZ in de groei is ongeveer gelijk. In zowel absolute als relatieve zin zijn de ziekenhuiszorg, de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg en de GGZ de belangrijkste veroorzakers van de groei. In het rapport wordt geconcludeerd dat de loonontwikkeling bijna de helft van de jaarlijkse uitgavengroei verklaart. Demografie is verantwoordelijk voor 1,2%-punt groei per jaar in de ZFW/Zvw en voor 1,4%-punt in de AWBZ. De resterende groei van de zorguitgaven in de periode 2000–2010 wordt grotendeels verklaard uit de groei van het zorgvolume door andere oorzaken dan demografie.

KPMG-Plexus baseert zich in haar onderzoek op de cijfers uit de Zorgrekeningen van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). De CBS-cijfers over de ontwikkeling van het zorgvolume laten zien dat de volumegroei in

⁴⁶ Seo (2010), *Winst in de eigendomsstructuur. Eigendom winstbestemming en zeggenschap binnen ziekenhuizen.*

absolute omvang inderdaad het grootst is in de ziekenhuiszorg. Dat komt echter vooral omdat de ziekenhuiszorg in absolute omvang de grootste sector is in de zorg. De relatieve volumegroei in de ziekenhuiszorg lag het afgelopen decennium ongeveer op het gemiddelde en was lager dan in een aantal andere sectoren in de zorg.

De leden van de SP-fractie vragen of ziekenhuizen niet nu al proberen vraag te creëren (door snotterpoli's en promotieshows voor maagverkleiningen op te zetten).

Inderdaad lichten ziekenhuizen patiënten meer voor en worden er specifieke zorgpaden aangeboden voor bepaalde patiëntgroepen. Zoals hierboven weergegeven, is het niet aannemelijk dat deze ontwikkeling overwegend verantwoordelijk is voor de groei in de ziekenhuiszorg. Wel vind ik van belang dat zorgverzekeraars kritisch inkopen, om ervoor te zorgen dat er geen zorg verleend wordt die niet noodzakelijk, effectief of doelmatig is (ongepaste zorg of overbehandeling). Daarom wordt de risicodragendheid van verzekeraars vergroot. De geleidelijke afschaffing van de huidige achterafcompensaties zal zorgverzekeraars ertoe bewegen om het volume in de hand te houden, bijvoorbeeld door afspraken te maken met zorgaanbieders om binnen een bepaald volume te blijven. Deze toegenomen risicodragendheid, in combinatie met de prestatiebekostiging en de grotere sturingsmogelijkheden voor de zorgverzekeraars, de hoofdlijnenakkoorden die ik met de instellingen voor medisch-specialistische zorg en met de medisch specialisten heb gesloten en van plan ben te blijven sluiten, en de invoering van de integrale tarieven voor deze zorg, zullen er naar mijn verwachting voor zorgen dat winstuitkering niet leidt tot een kostenoverschrijding op macroniveau. Als ultimium remedium heb ik bovendien het macrobeheersinstrument. Het ingediende wetsvoorstel bevat daarom geen aanvullende maatregelen op dit terrein.

De leden van de SP fractie wijzen erop dat de vermeende investeringsbereidheid van kapitaalverschaffers afhangt van de mate waarin omzet- en volumegroei in de zorg kan worden gerealiseerd en vragen hierop in te gaan. En indien het kabinet er in zou slagen die omzet- en volumegroei in te dammen, zouden die investeerders zich dan niet uit de ziekenhuizen terugtrekken?

De leden van de SP-fractie lijken zich in hun vraagstelling te baseren op de aanname dat investeerders slechts belangstelling hebben om te investeren in aanbieders van medisch-specialistische zorg als het volume fors blijft groeien. Dit is niet het geval. Tijdens de rondetafelgesprekken die ik in voorbereiding op het wetsvoorstel heb georganiseerd, bleek dat de langetermijninvesteerders waarop deze wet zich richt voornamelijk interesse hebben in de gezondheidszorg door de stabiliteit van een langzaam, maar zeker groeiende markt. Een van de belangrijkste redenen die investeerders aandragen voor hun interesse in de gezondheidszorg is dus het stabiele karakter van de sector. Zeker in de huidige economische omstandigheden onderscheidt de stabiliteit de gezondheidszorg van andere sectoren. Ook binnen het door het kabinet tot doel gestelde groeipad behoudt de gezondheidszorg dus zijn aantrekkelijke karakter voor investeerders. Het biedt investeerders immers op de lange termijn immers een stabiele *return on investment*.

De leden van de SP-fractie vragen de regering om uitgebreid toe te lichten waarop zij de verwachting baseert dat ziekenhuizen zich niet voornamelijk zullen gaan richten op winstgevende handelingen en daarmee de toegankelijkheid in gevaar brengen.

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord op de tweede vraag van de leden van de VVD-fractie.

De leden van de SP-fractie wijzen op waarschuwingen van deskundigen, zoals hoogleraar chirurgie Johan de Lange, die erop wijst dat het nu al werkelijkheid begint te worden dat ingewikkelde patiënten worden afgehouden door ziekenhuizen. Zij vragen de regering of zij de mening deelt dat dit buitengewoon zorgwekkend is en of het de bedoeling is dat «onrendabele» patiënten straks alleen nog in academische ziekenhuizen terecht kunnen.

Uiteraard vind ook ik het zorgwekkend als zou blijken dat patiënten met een specifieke zorgvraag alleen nog in bepaalde ziekenhuizen kunnen worden behandeld, alleen omdat zij meer of minder rendabel zouden zijn. Mede door de introductie van de nieuwe DOT-systematiek verwacht ik niet dat dit het geval zal zijn. Een belangrijk deel van deze bekostiging is immers gebaseerd op de specifieke zorgwaarde van een patiënt. Als een ziekenhuis dus complexere patiënten behandelt, dan krijgt het hier ook een hogere vergoeding voor. Op deze manier kunnen ook complexe gevallen rendabel zijn, doordat de vergoeding samenhangt met de complexiteit en de specifieke zorgverlening die daarvoor nodig is. Daarnaast maakt de DOT-structuur de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders makkelijker en ontstaat er meer ruimte om rekening te houden met de aard van de patiëntenpopulatie.

Vanuit de zorginhoudelijke zorgvraag van de patiënt kan het overigens nodig zijn om in een academisch ziekenhuis behandeld te worden. Deze ziekenhuizen zijn immers het beste geëquipeerd om zorg te leveren die bij een complexe zorgvraag aansluit. Om te voorkomen dat deze ziekenhuizen niet meer in staat zijn deze zorg te leveren, ontvangen zij een aparte bijdrage in de vorm van een beschikbaarheidsbijdrage voor academische zorg. Hiermee wordt gewaarborgd dat ook patiënten met een behoefte aan zeer complexe zorg geholpen zullen worden.

De leden van de SP-fractie vragen de regering de aannahme dat door onderhandelingen in het vrije B-segment als vanzelf een marktconforme prijs tot stand zal komen te onderbouwen met cijfers en onderzoeken.

De aannahme dat onderhandelingen in het vrije segment zorgen voor een marktconforme prijs is gebaseerd op de algemeen geldende economische theorie van vraag en aanbod. Zo is een van de voordelen van het vrije prijssegment dat marktversturende factoren zoals «verkeerd» vastgestelde prijzen die ziekenhuizen kostenvoordelen kunnen bezorgen, niet aanwezig zijn. Ik verwacht dat verzekeraars ten gevolge van het grote aandeel vrije prijzen actiever zijn bij het inkopen van medisch-specialistische zorg en dat daarmee meer marktconforme prijzen ontstaan. Omdat vrije prijsvorming pas sinds kort (daadwerkelijk) is geïntroduceerd, is een wetenschappelijke onderbouwing hiervoor niet eenduidig te geven. Wel laat onderzoek in opdracht van de NVZ zien dat de belangrijkste behandelingen in het B-segment relatief in prijs zijn gedaald. Dit kan wijzen op prijsvorming die opschuift naar een marktconform niveau, beter gebaseerd op de verhouding tussen vraag en aanbod.⁴⁷

De leden van de SP-fractie vragen of het acceptabel is dat mensen ver moeten reizen voor het ontvangen van zorg.

⁴⁷ Gupta Strategists (2008) *B-segment: onderzoek naar de belangrijkste ontwikkelingen*.

De regering is van mening dat zorg dichtbij georganiseerd moet worden als dat kan. Door bijvoorbeeld onvoldoende vraag is dit echter niet altijd mogelijk. Hierdoor zullen mensen inderdaad soms verder moeten reizen om zorg te ontvangen. Met betrekking tot bepaalde vormen van zorg (acute verloskunde, spoedeisende hulp, crisis-ggz, ambulancezorg) is het noodzakelijk dat die zorg voldoet aan opgestelde bereikbaarheidsnormen. Spoedeisende hulp dient bijvoorbeeld binnen 45 minuten bereikbaar te zijn. Over het beleid op het gebied van cruciale zorg heeft het vorige kabinet op 27 april 2011 de brief «Waarborgen voor continuïteit van zorg» aan de Tweede Kamer gezonden.⁴⁸ In die brief, die het huidige kabinet onderschrijft, is vastgelegd op welke manieren deze bereikbaarheid wordt gewaarborgd.

De leden van de SP-fractie vragen een toelichting op de stelling dat, doordat de DOT-financiering meer rekening zal houden met zorgzwaarte dan de DBC's, er voor de behandeling van patiënten met een complexere problematiek een beter passende vergoeding komt waardoor deze behandelingen niet meer per definitie minder rendabel zijn.

Binnen de DOT-systematiek zal een belangrijk gedeelte van de bekostiging gebaseerd zijn op de specifieke zorgzwaarte van een patiënt. Als een ziekenhuis dus complexere patiënten behandelt, dan krijgt het hier ook een hogere vergoeding voor. Op deze manier kunnen ook complexe gevallen rendabel zijn. Daarnaast maakt de DOT-structuur de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders makkelijker en ontstaat er meer ruimte om rekening te houden met de aard van de patiëntenpopulatie.

De leden van de SP-fractie vragen de regering om toe te lichten hoe de IGZ adequaat toezicht kan houden op de toenemende risico's voor de kwaliteit.

De kwaliteitstoets is niet zo abstract en ziet niet op een papieren werkelijkheid, zoals de leden van de SP-fractie veronderstellen. Bij de toets of de zorgaanbieder voldoet aan het IGZ-Toetsingskader «Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid»⁴⁹ bekijkt de IGZ hoe het bestuur de zorgorganisatie aanstuurt en welke verantwoordingsinformatie het bestuur over de uitvoering terugontvangt. Het gaat hier om een essentiële waarborg voor de kwaliteit van zorg, namelijk of het bestuur van de zorgaanbieder »in control« is en of het bestuur bij kan sturen indien blijkt dat er problemen op het gebied van de kwaliteit van zorg zijn. Bij de toets of de zorgaanbieder een kwalitatief goed veiligheidsmanagementsysteem (VMS) heeft, onderzoekt de IGZ onder meer of er een in de praktijk werkend VMS is, waarbij zij signalen over problemen met kwaliteit of veiligheid van zorg registreert en bijstuurt indien dat noodzakelijk is. Ook hier gaat het om een essentiële waarborg voor de kwaliteit en de veiligheid van zorg. Ter illustratie van het feit dat het hier niet om een papieren werkelijkheid gaat, verwijs ik naar mijn brief van 15 november 2012⁵⁰ waarin ik mijn reactie geef op de IGZ-rapporten over veiligheid in ziekenhuizen, waaronder het IGZ-rapport over de invoering van veiligheidsmanagementsystemen in ziekenhuizen.

Ik deel niet de mening van de leden van de SP-fractie, dat als gevolg van winstuitkeringen en invloed van kapitaalverschaffers er toenemende risico's ontstaan. Ik verwacht juist een positieve invloed vanuit kapitaalver-

⁴⁸ Kamerstukken II 2010/11, 32 620, nr. 10.

⁴⁹ <http://www.igz.nl/actueel/nieuws/20110428toezichtkaderbestuurlijkeverantwoordelijkheidvoorkwaliteitenveiligheid.aspx>.

⁵⁰ Kamerstukken II 2012/13, 31 016, nr. 33.

schaffers. Het bestuur van de instelling voor medisch-specialistische zorg zal zich moeten verantwoorden aan de aandeelhouder(s). Dit zorgt voor een verdere professionalisering van de manier waarop een zorgaanbieder wordt bestuurd. Daar komt bij dat het wetsvoorstel investeringen door kapitaalverschaffers die op kortetermijngewin uit zijn, onaantrekkelijk maakt. Reputatieschade door slechte kwaliteit van zorg is slecht voor de aandeelhouder en derhalve zal deze juist nader inzetten op behoud van kwaliteit, waarmee reputatieschade voorkomen wordt. Daardoor worden kwaliteitsrisico's kleiner.

Ik heb er vertrouwen in dat de IGZ in staat is de extra werkzaamheden op te pakken die voortvloeien uit het wetsvoorstel dat winstuitkering door aanbieders van medisch-specialistische zorg – onder voorwaarden – mogelijk maakt. Ik heb eerder dit jaar opdracht gegeven voor twee onderzoeken naar de IGZ. De onderzoekers, de heer Van der Steenhoven en mevrouw Sorgdrager, hebben hun rapporten afgelopen november gepresenteerd en hebben daarin waardevolle aanbevelingen gedaan om de IGZ te versterken. Ik heb in februari mijn beleidsreactie op de onderzoeksrapporten aan uw Kamer toegestuurd. Daarin heb ik toegelicht hoe ik, samen met de nieuwe Inspecteur-generaal, het verbeterproces van de IGZ wil inrichten.

De leden van de SP-fractie vragen zich af wat de waarde is van de aanbeveling dat de IGZ-toets kort voorafgaand aan de daadwerkelijke winstuitkering moet plaatsvinden.

De IGZ-toets is gekoppeld aan de wachttijd van drie jaar. De wachttijd van drie jaar is in het wetsvoorstel geïntroduceerd om ervoor te zorgen dat investeerders met een langetermijnperspectief worden aangetrokken. Na drie jaar doet de IGZ een controle. Indien de IGZ tot de conclusie komt dat aan de veiligheids- en kwaliteitsvereisten wordt voldaan, kan een zorgaanbieder winst uitkeren. Hierdoor heeft de zorgaanbieder nog drie jaar tijd om zich voor te bereiden aan de eisen die op het gebied van kwaliteit en veiligheid aan winstuitkering gesteld worden. Overigens is een instelling niet verplicht om kort na de ontvangst van een positieve beschikking, die op zijn vroegst drie jaar na de eerste investering kan worden afgegeven, winst uit te keren. Dat mag ook later plaatsvinden. Daarbij zal dan uiteraard wel ook aan alle andere winstuitkeringsvoorwaarden van het wetsvoorstel moeten worden voldaan.

De leden van de SP-fractie vragen welk vermogen zorgaanbieders moeten hebben voordat winst uitgekeerd mag worden.

Zorgaanbieders dienen een gezonde financiële positie te hebben voordat winstuitkering mogelijk is. In het oorspronkelijke wetsvoorstel is daarom opgenomen dat er, voordat winstuitkering mogelijk is, een toets op de financiële buffers gedaan moet worden. De raad van bestuur moet controleren of de zorgaanbieder na winstuitkering zijn opeisbare schulden nog zal kunnen betalen. De raad van toezicht adviseert hierbij. Via nota van wijziging wordt een aanvullende eis gesteld aan het vermogen van de zorgaanbieder voordat winstuitkering mogelijk is: de solvabiliteitsmarge dient na de winstuitkering 20% of meer te blijven bedragen.

Juist deze eis zal ertoe bijdragen dat de door de leden van de SP aangehaalde «sprinkhaankapitalisten» het weinig aantrekkelijk zullen vinden om in instellingen voor medisch-specialistische zorg te investeren.

De leden van de fractie van de SP vragen of het wetsvoorstel niet voorziet in het doorsluizen van publiek opgebracht (premie)geld naar private zakken. Zo nee, hoe wordt dat dan voorkomen?

Geld dat zorgaanbieders van zorgverzekeraars of van patiënten ontvangen als wederdienst voor het verlenen van zorg, is privaat geld, zelfs als het deels uit collectieve middelen is bekostigd. Dat het geld dat zorgverzekeraars betalen (of dat patiënten nadat zij de rekening van de zorgaanbieder hebben betaald van hun zorgverzekeraar terugkrijgen) ooit onder meer publieke randvoorwaarden is opgebracht, doet daar niet aan af. Ook de – uit belastingen gefinancierde – aanneemsom die een bouwbedrijf van het Ministerie van Infrastructuur en Milieu ontvangt voor het aanleggen van een snelweg, is bijvoorbeeld geen publiek geld meer zodra het aan die aannemer voor zijn diensten is uitbetaald. Anders gezegd: het geld dat een private partij heeft ontvangen voor door hem verleende diensten, is geen publiek geld meer.

De situatie ligt bij de ziekenhuizen in die zin iets genuanceerder, dat de overheid in het verleden geld of op geld waardeerbaar voordeel kan hebben verschaft waar geen concrete wederdienst van (ongeveer) gelijke waarde tegenover stond. Te denken valt bijvoorbeeld aan het vroegere «sluittarief» en mogelijk ook aan bepaalde aan het vroegere «kapitaallas-tenregime» verbonden financiële voordelen.

De meeste ziekenhuizen zijn op dit moment stichtingen. Zoals in het voorgaande, met name in antwoord op daartoe strekkende vragen van de VVD-fractie, reeds uitvoerig is uiteengezet, volgt reeds uit het algemene rechtspersonenrecht dat stichtingen die winst willen uitkeren, zich daartoe in een bv, nv of coöperatie zullen moeten omzetten, waarbij het stichtingsvermogen wordt beklemd. Dat wil zeggen dat de nieuwe rechtspersoon het moet gebruiken voor het doel waarvoor de voormalige stichting het moest gebruiken of het – met de rente op het vermogen – statutair moet reserveren. De reden hiervoor is, dat stichtingen een ideële doelstelling hebben en dat de wetgever van mening is dat het voor zo'n doel bijeengebrachte vermogen derhalve niet, nadat de stichting zich heeft omgezet in een rechtspersoon die winst mag uitkeren, als winst aan aandeelhouders (bv, nv) of leden (coöperatie) moet kunnen worden uitgekeerd. Die reden geldt ook voor ziekenhuisstichtingen, en daarom geldt de vermogensklem ook onverkort voor ziekenhuisstichtingen die zich in een bv, nv of coöperatie hebben omgezet. Aangezien het gehele voormalige stichtingsvermogen beklemd zal worden, geldt dit ook voor dat deel van dat vermogen, dat nog wél zou kunnen worden beschouwd als geld met een publiek randje.

De leden van de D66-fractie willen graag een nadere toelichting op de keuze voor een termijn van drie jaar en niet voor een langere termijn.

De driejaarstermijn is tot stand gekomen mede op basis van het onderzoek dat SEO in februari 2010 in opdracht van de NVZ heeft gedaan.⁵¹ Drie jaar is volgens SEO een gangbare termijn in het normale investeringsverkeer voor langetermijninvesteringen. SEO heeft in haar onderzoek geconcludeerd dat met een driejaarstermijn de publieke belangen worden geborgd zonder dat de investeringsbereidheid teveel wordt beperkt.

Bij de uitwerking van dit wetsvoorstel zijn ook veldbijeenkomsten georganiseerd, waarbij onder andere investeerders aanwezig waren. Uit die bijeenkomsten kwam naar voren dat drie jaar een goede termijn is. Een wachttijd van drie jaar betekent ook een beperking van het vrij verkeer van kapitaal. Zo'n beperking is een inbreuk op het Europees recht. Een inbreuk ten behoeve van een publiek belang in de gezondheidszorg

⁵¹ Seo (2010), *Winst in de eigendomsstructuur. Eigendom winstbestemming en zeggenschap binnen ziekenhuizen.*

mag wel, maar alleen als de inbreuk noodzakelijk en proportioneel is. Een langere periode zal goed moeten worden onderbouwd om in lijn te zijn met Europees recht.

De leden van de D66-fractie vragen of de regering de opvatting deelt dat het inzichtelijk maken van kwaliteit nog onvoldoende van de grond komt. De leden van de D66-fractie willen weten of het kabinet bereid is meer dwingend op te treden als het gaat om de ontwikkeling van deze indicatoren? En neemt het kabinet nog andere maatregelen om de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren te stimuleren?

In het transparantieprogramma Zichtbare Zorg is sinds 2007 in een aantal sectoren gewerkt aan het ontwikkelen van indicatoren voor het meten van de geleverde kwaliteit. Het gaat daarbij om de ziekenhuizen, de gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg (ggz), de verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg en thuiszorg (VV&T), de kraamzorg en verloskunde, de fysiotherapie, de farmacie, de mondzorg, de revalidatiezorg, de huisartsenzorg en de chronische zorg. Zorgaanbieders, zorgverleners, cliënten en verzekeraars werken in dit programma samen. Het programmbureau Zichtbare Zorg ondersteunt hen. Op www.zichtbarezorg.nl is een overzicht van de ontwikkelde indicatoren beschikbaar. De oogst van dit programma Zichtbare Zorg wordt ingebracht in Zorginstituut Nederland.

De regering is het met de leden van de D66-fractie eens dat de vrijblijvendheid te lang heeft geduurd. Om te zorgen dat er voldoende keuze- en toezichtinformatie beschikbaar is, biedt vrijwillige medewerking een onvoldoende solide basis om Zorginstituut Nederland een betrouwbare en onderling vergelijkbare dataset te kunnen laten vormen. Om die reden heb ik een wetsvoorstel bij het parlement ingediend waarin zorgaanbieders verplicht worden aan Zorginstituut Nederland te rapporteren over de kwaliteit van verleende zorg op basis van de meetinstrumenten die zijn opgenomen in het register van Zorginstituut Nederland⁵². De Nederlandse Zorgautoriteit ziet hierop toe en kan zorgaanbieders die zich niet houden aan deze verplichting, een bestuurlijke boete opleggen.

Als er geen consensus ontstaat tijdens het proces van ontwikkelen van een professionele standaard of een meetinstrument en een impasse dreigt, kan Zorginstituut Nederland partijen adviseren en daarmee de voortgang stimuleren. De Adviescommissie kan adviseren en bemiddelen met betrekking tot het onderwerp waarover de partijen het niet eens kunnen worden. Indien partijen er ook dan niet in slagen om tijdig, dat wil zeggen binnen de tijd die ervoor stond in de meerjarenagenda, en gezamenlijk een professionele standaard of meetinstrument aan te bieden, kan Zorginstituut Nederland de regie op de ontwikkeling van een professionele standaard overnemen door de Adviescommissie Kwaliteit te verzoeken de inhoud van de gevraagde professionele standaard of het meetinstrument te ontwikkelen.

De leden van de D66-fractie vragen de regering of zij de mogelijkheid van op zorgaanbieders gerichte, beperkende prikkels om mogelijke overbehandeling en praktijkvariatie tegen te gaan wil onderzoeken.

Overbehandeling en praktijkvariatie vindt de regering onwenselijk, ongeacht de oorzaak ervan. Om deze verschijnselen tegen te gaan, zal onder andere Zorginstituut Nederland veldpartijen stimuleren om professionele standaarden te ontwikkelen. Deze standaarden stellen normen voor de zorgverlening. Het voor deze normen te ontwikkelen

⁵² Kamerstukken I 2012/13, 33 243, A e.v.

toetsingskader zal ook de doelmatigheid meewegen. Zij geven daarmee aan wanneer zorg ongepast is en er overbehandeling plaatsvindt. Bovendien wijs ik erop dat het vergroten van de risicodragendheid van zorgverzekeraars stijging van de omzet op basis van aanbodgeïnduceerde vraag kan voorkomen. Dit beweegt zorgverzekeraars er immers toe om het volume in de hand te houden, bijvoorbeeld door afspraken te maken met zorgaanbieders om binnen een bepaald volume te blijven. Deze vergrote risicodragendheid, in combinatie met de prestatiebekostiging en de grotere sturingsmogelijkheden voor de zorgverzekeraars, de hoofdlijnenakkoorden die ik met de instellingen voor medisch-specialistische zorg en met de medisch specialisten heb gesloten en van plan ben te blijven sluiten, de invoering van de integrale tarieven voor deze zorg, en uiteindelijk, als ultimum remedium, het macrobeheersinstrument zal ervoor zorgen dat het zorgsysteem goed werkt en de macrobeheersbaarheid onder controle is. De combinatie van deze maatregelen biedt voldoende zekerheid dat winstuitkering niet leidt tot een kostenoverschrijding op macroniveau.

Daarnaast vragen deze leden hoe het kabinet denkt dat populatiebeprestiging waarbij samenwerking tussen de eerste- en tweedelij wordt gestimuleerd, daarbij een rol kan spelen.

Indien er meer zorg in de eerste lijn wordt geleverd, hoeft er minder zorg in de tweede lijn verleend te worden. Als de bekostiging meer populatiegebonden elementen heeft, zullen zorgverzekeraars zorgaanbieders eerder belonen voor gezondheidsuitkomsten. Op die manier kan onnodig beroep op de tweede lijn worden voorkomen en wordt samenwerking tussen zorgaanbieders gestimuleerd. Op korte termijn worden onderhandelingen gestart met de eerste lijn om te komen tot een akkoord om kostenstijging te voorkomen. Het maken van afspraken met de eerste lijn, de tweede lijn, de GGZ en de spoedeisende zorg kan naast de bovengenoemde maatregelen mogelijke overbehandeling en praktijkvariatie nog helpen tegengaan.

De leden van de D66-fractie vragen of de monitoring van de NZa of winstuitkering leidt tot patiëntselectie, permanent van aard is.

Ja, het verzoek van het kabinet aan de NZa om te monitoren of winstuitkering leidt tot patiëntselectie en of hierdoor een probleem voor de toegankelijkheid ontstaat, zal permanent van aard zijn.

Voorts vragen deze leden welke maatregelen worden voorzien indien patiëntselectie toch zal plaatsvinden.

Zoals de leden van de D66-fractie terecht aanstippen, ligt de verantwoordelijkheid voor het borgen van de toegang tot (goede) zorg in het huidige systeem bij de zorgverzekeraars. Zij zijn verantwoordelijk voor de toegankelijkheid van de zorg voor hun verzekerden. Indien deze toegankelijkheid in het geding komt, bijvoorbeeld doordat deze zorg niet rendabel is voor zorgaanbieders, zijn zorgverzekeraars dus genoodzaakt om hun vergoeding voor deze zorg te verhogen, zodat er wel voldoende zorgaanbieders bereid zijn de zorg aan te bieden. De maatregelen die ik neem om de toegankelijkheid te garanderen, zoals de rol voor de NZa in het monitoren ervan en de bekostiging via DOT's op basis van daadwerkelijke zorgzwaarte, zijn flankerend aan deze verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars.

De leden van de D66- fractie vragen uit welke veldraadpleging blijkt dat een goedkeuringsrecht voor de raden van toezicht de investeringsbeleidheid te veel zou beperken.

Het gaat hier om de twee veldbijeenkomsten die in 2011 zijn georganiseerd voor de totstandkoming van dit wetsvoorstel. Bij deze bijeenkomsten waren onder andere (koepelorganisaties van) ziekenhuizen, investeerders, pensioenfondsen verzekeraars, patiëntenorganisaties, medezeggenschapsorganisaties, banken en vertegenwoordigers van raden van toezicht vertegenwoordigd.

De leden van de D66-fractie vragen waarom een goedkeuringsrecht voor de raden van toezicht zou leiden tot beperking van de investeringsbereidheid. Zijn er aanwijzingen zijn dat zij winstuitkering onevenredig vaak zouden tegenhouden en zo ja, en op welke gronden zij dit dan zouden doen?

In het bedrijfsleven zijn de aandeelhouders de eigenaar van een kapitaalvennootschap. Zij hebben geïnvesteerd in de onderneming en hebben de aandelen in handen. Het uitgangspunt in het privaatrecht is dat zij kunnen beslissen over wat er gebeurt met het rendement dat de onderneming verdient met het door de aandeelhouders geïnvesteerde kapitaal. Om deze reden is in het BW vastgelegd dat aandeelhouders kunnen beslissen over winstuitkering. Het is echter in het belang van de onderneming dat de continuïteit van de onderneming gewaarborgd blijft als de onderneming verdiend rendement uitkeert. Bij besloten vennootschappen geldt dan ook bijvoorbeeld de eis dat het bestuur het besluit tot winstuitkering moet goedkeuren en alleen mag weigeren als de continuïteit van de onderneming in gevaar komt (doordat deze haar opeisbare schulden niet meer zou kunnen voldoen).

Als we deze situatie doortrekken naar de medisch-specialistische zorg, geldt ook hier het belang van de continuïteit van de zorgaanbieder na winstuitkering. Daarnaast dient het wetsvoorstel ook publieke belangen te waarborgen. Om dit te bereiken is in dit wetsvoorstel een aantal maatregelen opgenomen om langetermijninvesteringen te stimuleren en de kwaliteit van zorg te beschermen. De raad van toezicht heeft het recht om een advies te geven over het voorstel tot winstuitkering, waarbij de raad van toezicht het gedane voorstel om winst uit te keren in een bredere context plaatst.

Een goedkeuringsbevoegdheid voor de raad van toezicht werpt een extra barrière op voordat aandeelhouders over het rendement kunnen beschikken. Een dergelijke goedkeuringsbevoegdheid zou op twee manieren kunnen worden vormgegeven. De toets kan gelijk zijn aan de toets die het bestuur ook zal uitoefenen, namelijk dat de raad van toezicht alleen mag weigeren indien niet aan de winstvoorwaarden van voorliggend wetsvoorstel en van het BW wordt voldaan, of de toets kan breder worden ingevuld. De regering is van mening dat de eerste optie geen toegevoegde waarde heeft ten opzichte van het huidige model. Het bestuur is immers al gedwongen haar besluit voldoende te onderbouwen. Winstuitkering in strijd met de wet kan leiden zware sancties zoals persoonlijke aansprakelijkheid. Bovendien is een besluit in strijd met de wet nietig.

De tweede optie leidt tot een grote beperking van de bevoegdheid van de aandeelhouders om te beschikken over het rendement dat is behaald met het door hen geleverde kapitaal. Naarmate de ruimte voor de raad van toezicht toeneemt, neemt de investeringsbereidheid af, omdat investeerders van tevoren niet goed kunnen inschatten waar de raad van toezicht het voorgestelde besluit tot winstuitkering op zal beoordelen. Overigens is er geen aanwijzing dat raden van toezicht winstuitkering onevenredig vaak zouden tegenhouden. De regering acht het om bovenstaande redenen niet nuttig om bovenop de bestaande waarborgen

een goedkeuringsrecht voor de raad van toezicht bij winstuitkering te creëren.

De leden van de D66-fractie willen weten welke alternatieven voor de driejaarstermijn de regering heeft overwogen.

De maatregel is afgewogen tegen zwaardere maatregelen, zoals het opleggen van een nieuwe driejaarstermijn bij elke nieuwe investering of een minimum investeringsbedrag.

Het eerste alternatief stuit op grote praktische bezwaren, omdat investeerders vaak tijdens een investeringsperiode meerdere malen investeren in de aanbieder, bijvoorbeeld om innovaties te financieren. Indien de termijn zo zou worden aangepast dat deze voor elke investering zou gelden, zou de investeringsbereidheid sterk afnemen. Dit blijkt uit de gesprekken met investeerders tijdens de veldbijeenkomsten. Door de minimumtermijn te beperken tot de eerste investering zal de eerste investeerder een langetermijnperspectief moeten hebben. Vervolgens zal deze eerste investeerder de waarde die binnen de zorgaanbieder wordt opgebouwd over de lange termijn als rendement terug verwachten. De eerste investeerder zal er dus voor zorgen dat latere investeerders niet een kortetermijnrendement nastreven dat ten koste gaat van de langetermijnwaarde, omdat dat ten koste gaat van het eigen langetermijnrendement. De eerste privaatskapitaalverschaffer kan zijn belangen op verschillende manieren beschermen, bijvoorbeeld door ervoor te zorgen dat hij een meerderheid van de aandelen of stemrechten behoudt.

Alternatieve voorwaarden met betrekking tot een minimumtermijn die kapitaalverschaffers op stringenter manieren voor een langere periode aan de zorgaanbieder zouden binden, zouden leiden tot een geringe investeringsbereidheid. Daarom is voor de gebalanceerde wijze waarop de minimumtermijn van drie jaar is vormgegeven, gekozen. Op deze manier trekt het wetsvoorstel het doel van langetermijninvesteerders aantrekken stelselmatig en coherent door in de voorwaarde van de minimumtermijn van drie jaar.

De leden van de D66-fractie willen weten waarom er niet is gekozen voor een periodieke kwaliteits- en veiligheidstoets.

In feite is er sprake van een periodieke toetsing op kwaliteit en veiligheid: zorgaanbieders die streven naar winst en winstuitkering staan net als alle overige zorgaanbieders onder het reguliere toezicht van de IGZ. In haar reguliere toezicht controleert de IGZ of de zorgaanbieders voldoen aan de kwaliteitseisen uit de wet- en regelgeving, uit wetenschappelijke richtlijnen en uit veldnormen. Daarbij controleert de IGZ daar waar zij de risico's het grootst acht. 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. Dat is in voorliggend wetsvoorstel geregeld.

Als extra waarborg, bovenop het reguliere toezicht, zal de IGZ een eenmalige extra kwaliteitstoets uitvoeren. Deze vindt plaats op verzoek van een zorgaanbieder voor medisch-specialistische zorg die daadwerkelijk winst wenst uit te keren.

De leden van de fractie van D66 vragen zich af of ik overwogen heb ook de NZa te belasten met de solvabiliteitstoets.

Toen de leden van de fractie van D66 deze vraag stelden, was er nog geen sprake van een echte, harde solvabiliteitstoets. De financiële eis die in het wetsvoorstel was opgenomen, was dat de instelling voor medisch-specialistische zorg ook na de winstuitkering nog in staat moest zijn om haar opeisbare schulden te voldoen (een voorwaarde die overigens voor bv's ook al uit het BW voortvloeit). Voor nv's kwam daar nog de voorwaarde bij dat de winstuitkering slechts ten laste van de vrije reserves mocht komen (ook deze eis komt overigens uit het BW). Indertijd is inderdaad overwogen om het toezicht op de nakoming van deze voorwaarden bij de NZa te beleggen. De NZa was echter van oordeel dat zij op zij niet in staat was om toezicht te houden op hetgeen *binnen* een rechtspersoon geschiedt en dat de regering haar ook niet met die taak moest belasten. De raad van toezicht van de rechtspersoon en de accountants die de jaarstukken van de rechtspersoon moeten controleren, zijn daar de (ingevolge het BW aangewezen) organen en personen voor. De regering deelt deze mening van de NZa.

Echter, met de nota van wijziging die u tegelijk met deze nota naar aanleiding van het verslag ontvangt, is wordt naast bovenstaande eisen wèl een echte solvabiliteitstoets opgenomen in het wetsvoorstel opgenomen: de winstuitkering mag er niet toe leiden dat de solvabiliteitsmarge lager dan 20% wordt (hetzelfde geldt overigens voor de solvabiliteitsmarge van een eventuele moeder van de uitkerende instelling, indien die moeder zelf zorgaanbieder is). Op deze solvabiliteitseis zal de NZa wèl toezicht houden. Om de NZa daarbij te helpen, wordt in de nota van wijziging tevens voorgesteld om te regelen dat een instelling voor medisch-specialistische zorg die winst heeft uitgekeerd, uiterlijk drie maanden daarna een verantwoording aan de NZa zendt. Voor een nadere toelichting op deze bepalingen verwijs ik graag naar de toelichting op de nota van wijziging.

De leden van de D66-fractie vragen aan de regering op welke manier gewaarborgd is dat bij een faillissement de zorg direct wordt overgenomen door andere aanbieders. Tevens willen zij graag weten hoe de overheidsgarantie wordt ingevuld bij continuïteit van cruciale zorg en of de toelichting bij het wetsvoorstel op dit punt uitgebreid kan worden.

Op 27 april 2011 heeft het kabinet in de brief «Waarborgen voor continuïteit van zorg»⁵³ haar beleid op het gebied van continuïteit van zorg uiteen gezet. Het is aan de verzekeraar om zijn zorgplicht waar te maken indien een zorgaanbieder failliet gaat. De zorgverzekeraar zal er dus voor moeten zorgen dat de zorg elders beschikbaar is. Dit bewerkstelligt in principe dat de continuïteit van de zorg gewaarborgd wordt.

Indien de zorgverzekeraar kan aantonen niet aan zijn zorgplicht ten aanzien van cruciale zorg te kunnen voldoen, zal de overheid een tijdelijke vangnetstichting oprichten. Een en ander wordt geregeld in het wetsvoorstel tot Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg, de Wet cliëntenrechten zorg en enkele andere wetten in verband met het tijdig signaleren van risico's voor de continuïteit van zorg alsmede in verband met het aanscherpen van procedures met het oog op de kwaliteit en bereikbaarheid van zorg⁵⁴. In de memorie van toelichting bij dat wetsvoorstel wordt hier uitgebreid op ingegaan.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe groot het risico is dat de kwaliteit van zorg door het toetreden van private investeerders tot een onacceptabel niveau daalt.

⁵³ Kamerstukken II 2010/11, 32 620, nr. 10.

⁵⁴ Kamerstukken II 2011/12, 33 253, nrs. 1 t/m 3 e.v.

De verwachting is dat het overgrote deel van de private investeerders kwaliteitsverbetering zal stimuleren om zo de waarde van de zorgaanbieder te vergroten. De reputatie van de zorgaanbieder is immers cruciaal voor behoud van de waarde van de zorgaanbieder waarin is geïnvesteerd. Om het uitzonderlijke geval te voorkomen dat zorgaanbieders de kosten zo verlagen dat er niet langer sprake is van verantwoorde zorg, is aan de IGZ de taak toebedeeld om, voordat winstuitkering mogelijk is, een kwaliteitstoets uit te voeren. Op deze manier wil de regering het risico op kwalitatief slechte en dus onverantwoorde zorg minimaliseren. Verder kan de IGZ in haar risicogestuurde toezicht rekening houden met het feit dat een private investeerder eigenaar is van de zorginstelling en extra toezicht houden indien zij vermoedt dat de kwaliteit tot een onacceptabel niveau zakt.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen wie er uiteindelijk verantwoordelijk is voor de continuïteit van zorg en wie de verantwoordelijkheid heeft voor het gepast inzetten van zorg.

Het bestuur is verantwoordelijk voor het besturen van de zorgaanbieder en voor diens continuïteit. De aandeelhouder verschaft kapitaal en heeft onder waarborgen de mogelijkheid om het bestuur aanwijzingen te geven en eventueel te ontslaan. De verantwoordelijkheid voor de continuïteit van de organisatie ligt echter bij het bestuur.

De zorgverzekeraar is op grond van de zorgplicht verantwoordelijk voor de continuïteit van zorg aan zijn verzekerden. Als het gaat om cruciale zorg (acute verloskunde, spoedeisende hulp, crisis-ggz, ambulancezorg) kan de overheid bij een faillissement een rol hebben indien op geen andere wijze aan de zorgplicht voldaan kan worden. De overheid kan dan een vangnetstichting oprichten.

Het is doorgaans de arts of andere hulpverlener zelf, die in samenspraak met de patiënt of zijn familie besluit welke zorg voor de patiënt gepast is. Zorgverzekeraars kunnen zo nodig in het contracteerproces sturen op gepast gebruik. Bijna alle zorgverzekeraars voeren bijvoorbeeld bepaalde vormen van voorkeursbeleid, waarbij behandelingen op basis van kwaliteitsindicatoren selectief worden ingekocht bij bepaalde zorgaanbieders. Daarnaast kunnen zorgverzekeraar voor bepaalde vormen van zorg in de zorgpolis opnemen dat deze zorg slechts na een verwijzing van een bepaalde arts of met hun toestemming vergoed wordt. De toestemmingsprocedure wordt bijvoorbeeld gebruikt voor operaties die zowel om medische als om cosmetische redenen verricht kunnen worden. De arts geeft in zo'n geval in een brief aan, of de operatie medisch noodzakelijk is. Zo ja, dan geeft de verzekeraar toestemming, zo nee, dan kan de operatie niet voor rekening van de zorgverzekering worden gebracht.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of er door de strikte voorwaarden verwacht wordt dat alleen investeerders als pensioenfondsen geïnteresseerd zijn en zo ja, waarop die verwachting gebaseerd is.

Het wetsvoorstel maakt investeren inderdaad aantrekkelijk voor pensioenfondsen. Echter, ook andere langetermijninvesteerders, zoals gespecialiseerde zorgfondsen, banken en verzekeraars, zullen naar verwachting interesse hebben. Dat blijkt uit een in 2010 verricht onderzoek van Boer & Croon⁵⁵. Daarnaast verwacht ik dat strategische investeerders, zoals buitenlandse ziekenhuizen, en mogelijk ook familiebedrijven interesse zullen tonen.

⁵⁵ Boer & Croon (2010), *Investeringsbereidheid in de curatieve zorg*.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen zich af of er niet meer waarborgen in de wet ingebouwd kunnen worden om investeerders die alleen geïnteresseerd zijn in kortetermijnwinstgevendheid uit te sluiten, zodat bijvoorbeeld alleen investeringen worden toegelaten vanuit familiefondsen of pensioenfondsen.

Het is niet mogelijk om te regelen dat slechts familie- of pensioenfondsen mogen investeren in Nederlandse zorgaanbieders. Dat zou namelijk in strijd zijn met de Europese regels inzake het vrij verkeer van kapitaal. Daarbij komt dat het zeer moeilijk is af te bakenen wat een pensioenfonds of een familiefonds is. Dat werkt misbruik in de hand. Ten slotte zou het zonde zijn om andere partijen, zoals professionele zorgaanbieders uit het buitenland met een langetermijnvisie, niet de kans te geven om in het Nederlandse zorgaanbod toe te treden.

Wel worden bij nota van wijziging extra voorwaarden aan winstuitkering gesteld: de solvabiliteitsmarge dient na de winstuitkering ten minste 20% te bedragen en de zorginstelling dient gedurende ten minste drie opeenvolgende jaren een positief resultaat uit gewone bedrijfsuitoefening te hebben gehad. Deze extra voorwaarden maken het juist voor investeerders met een kortetermijnhorizon onaantrekkelijk om te investeren in een zorgaanbieder en zullen voor privaatkapitaalverschaffers met een lange adem, zoals familie- en pensioenfondsen, weinig problematisch zijn.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen nadere toelichting op de verwachting dat het aanbod van zorg zal gaan stijgen door deze wetswijziging. Zij vragen zich af hoe kan worden voorkomen dat met het stijgen van het aanbod de vraag naar zorg ook zal stijgen.

De vraag van de leden van de fractie van de Christen Unie verwijst naar één van de mogelijke risico's van het wetsvoorstel ten aanzien van de betaalbaarheid van de zorg. Het toestaan van winstuitkering kan een volumeopdrijvend effect hebben, omdat winststreven een extra stimulans geeft aan zorgaanbieders om hun omzet te verhogen en zorgaanbieders elders ook niet uit zichzelf bereid zijn het zorgvolume in te krimpen. Dit is echter alleen een risico als een volumestijging voortkomt uit aanbodgeïnduceerde vraag en dus gepaard gaat met ongepaste zorg of overbehandeling. Dit risico wordt weggenomen doordat de regering de risicodragendheid van verzekeraars vergroot. De geleidelijke afschaffing van de huidige achterafcompensaties zal verzekeraars ertoe bewegen om het volume in de hand te houden, bijvoorbeeld door afspraken te maken met zorgaanbieders om binnen een bepaald volume te blijven. Deze toegenomen risicodragendheid, in combinatie met de prestatiebekostiging en de grotere sturingsmogelijkheden voor de zorgverzekeraars, de hoofdlijnenakkoorden die ik met de instellingen voor medisch-specialistische zorg en met de medisch specialisten heb gesloten en van plan ben te blijven sluiten, en de invoering van de integrale tarieven binnen deze zorg, zullen er naar mijn verwachting voor zorgen dat het zorgsysteem goed werkt en de macrobeheersbaarheid onder controle is. Mocht dat toch niet het geval zijn, dan kan als ultimum remedium het macrobeheersinstrument ingezet worden.

Om na te gaan of een volumestijging bestaat uit ongepaste zorg of overbehandeling wordt getoetst of aanbieders zich baseren op de door de beroepsgroep ontwikkelde standaarden voor goede zorg. De IGZ controleert of zorgaanbieders zich aan de kwaliteitseisen uit de wet- en regelgeving, veldnormen en professionele standaarden houden. Daarnaast beoordelen ook zorgverzekeraars bij het inkopen van zorg de kwaliteit van de geleverde zorg.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe de publieke belangen worden gewaarborgd in dit wetsvoorstel en op welke manier de patiëntenorganisaties een sterke rol krijgen in het zorgstelsel.

Dit wetsvoorstel waarborgt de publieke belangen door de aanvullende voorwaarden die het stelt voordat winstuitkering mogelijk is, zoals een verplichte kwaliteitstoets, verschillende toetsen op de financiën van de zorgaanbieder en een driejaarstermijn voordat winstuitkering mogelijk is.

De patiëntenorganisaties worden bij voorgenomen wijzigingen in het zorgstelsel dan wel bij voorgenomen wijzigingen op het terrein van de maatschappelijk ondersteuning vaak geconsulteerd. Meer specifiek zal het toetsingskader van Zorginstituut Nederland de inbreng van het cliëntperspectief bij professionele richtlijnen borgen. Dit houdt in dat de cliëntpreferenties voor de ontwikkeling van de professionele standaard in beeld zullen worden gebracht, dat ervaringsdeskundigen op zodanige wijze bij de ontwikkeling van de professionele standaard zullen worden betrokken dat de cliëntpreferenties ook worden gehoord en dat eventueel afwijken van de inbreng van cliëntenorganisaties beargumenteerd moet worden.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen een reactie op de stelling dat het wetsvoorstel aanzienlijke risico's voor de kostenontwikkeling in de zorg met zich brengt. Hoe valt dit uit te leggen in deze tijden van bezuinigingen?

Uit het antwoord op de eervorige vraag van de leden van de fractie van de Christen Unie zullen deze leden begrijpen dat ik het risico op een grote kostentoeename in de medisch-specialistische zorg niet groot acht.

Het uitkeren van winst is een vergoeding voor het ter beschikking stellen van (risico)dragend kapitaal. Aanbieders van medisch-specialistische zorg dienen de keuze kunnen hebben om ook op deze wijze kapitaal aan te trekken. Het financieren van de kapitaalbehoefte door overwegend vreemd kapitaal, dat aanbieders van medisch-specialistische zorg in ruil voor betaling van rente bij banken betrekken, wordt moeilijker en mogelijk ook duurder. Winstuitkering kan dus een kostenefficiënte manier zijn om kapitaal aan te trekken. Er is dan ook geen tegenstelling tussen de mogelijkheid van winstuitkering en het beheersbaar houden van de kosten voor medisch-specialistische zorg.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen in hoeverre het wenselijk is om kaders vast te stellen waarin de hoogte (inclusief een maximum) van de winstuitkeringen wordt bepaald en wat de voordelen en nadelen zouden zijn.

Een winstuitkering is een vergoeding op het ter beschikking stellen van kapitaal. Het is een vorm van rendement. De hoogte van het rendement hangt samen met het risico dat de privaatkapitaalverschaffer loopt op het geïnvesteerde kapitaal. Risicodragend vermogen valt in het eigen vermogen van de zorgaanbieder. Doordat het eigen vermogen groter is, verbetert de solvabiliteit en kan de zorgaanbieder gemakkelijker of goedkoper een banklening aangaan. Door dat effect kan het goed zijn dat het rendement dat de zorgaanbieder aan de privaatkapitaalverschaffer uitkeert relatief hoog is, maar de totale financieringskosten lager zijn doordat het goedkoper wordt om een banklening aan te gaan. Op basis van dit effect zal de zorgaanbieder uit verschillende mogelijkheden voor de specifieke situatie de beste financieringsmix samenstellen. Het reguleren van de hoogte van winstuitkering zou het een aanbieder van medisch-specialistische zorg dus lastiger maken om juist die financieringsmix te bereiken, die het best is voor die specifieke aanbieder.

Bovendien zou het reguleren van de hoogte van de winstuitkering extra handhavingsverplichtingen met zich brengen. Het reguleren van de hoogte van de winstuitkering zou overigens niet noodzakelijkerwijs tot het aantrekken van stabiele langetermijnkapitaalverschaffers leiden.

4. Toezicht en handhaving

De leden van de SP-fractie vragen in welke mate de Tweede Kamer nog gaat over de ziekenhuiszorg en wat daarover het oordeel van de regering is.

Dit wetsvoorstel brengt geen verandering in de mate waarin de Tweede Kamer gaat over de ziekenhuiszorg.

De leden van de D66-fractie vragen hoeveel capaciteit bij de IGZ wordt vrijgemaakt voor de uitvoering van de kwaliteitstoets en het kwaliteitstoezicht op de zorgaanbieders. Zij vragen of ik van plan ben bij de invoering van deze wet de eerste jaren thematisch toezicht in te stellen.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) zal de eenmalige extra kwaliteitstoets zoals opgenomen in het wetsvoorstel winstuitkering medisch-specialistische zorg binnen de beschikbare capaciteit uitvoeren. Apart thematisch toezicht op winstuitkerende zorgaanbieders (en niet op andere zorgaanbieders) is niet nodig. De controle op die winstuitkerende zorgaanbieders loopt via het algemene IGZ-toezicht.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen zich af welke middelen medici hebben om ervoor te zorgen dat hun medisch handelen niet belemmerd of beïnvloed wordt door investeerders.

De professionele autonomie van artsen blijft onveranderd met het toestaan van winstuitkering voor aanbieders van medisch-specialistische zorg. De professionele autonomie is een groot goed in het zorgverlening-proces. Dit wetsvoorstel kan eraan bijdragen dat zorginstellingen makkelijker over de noodzakelijke middelen kunnen beschikken om investeringen te doen die de zorgverlening ten goede komen. Hierdoor hebben zorgverleners meer mogelijkheden om die vormen van zorg aan te bieden, die in hun ogen het beste aansluiten bij de zorgvraag van de patiënt. Om er zeker van te zijn dat, wanneer een instelling voor de eerste keer winst wil uitkeren, de verantwoordelijkheden rondom kwaliteit en veiligheid goed zijn ingericht, zal de IGZ een extra kwaliteitstoets uitvoeren. Indien er sprake zou zijn van een situatie waarbij zorgverleners belemmerd worden in het kunnen voldoen aan hun professionele standaarden, dan zou dit naar voren moeten komen op grond van de kwaliteitstoets. Uiteraard ontslaat dit zorgverleners niet van hun verantwoordelijkheid om kritisch te zijn en vanuit de eigen professionaliteit op te komen voor de belangen van de patiënt.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen op welke manier de raden van toezicht voldoende tegenwicht kunnen bieden aan de eisen van private investeerders, welke middelen zij in handen hebben en op welke manier zij worden beschermd.

De raad van toezicht heeft als taak onafhankelijk toezicht te houden op het functioneren van de raad van bestuur. Deze onafhankelijkheid is wettelijk gewaarborgd in het Uitvoeringsbesluit Wtzi en biedt bescherming aan de raad van toezicht. De raad van toezicht houdt, logischerwijs, geen toezicht op de aandeelhouders, zij zijn immers slechts de kapitaalverschaffers en niet belast met het besturen van de zorgaanbieder. De raad van toezicht kan wel, indien het bestuur zich primair laat leiden door aandeelhouders-

belangen, tegenwicht bieden door bij het toezicht houden en het verstrekken van adviezen alle relevante belangen (dus niet alleen het belang van de aandeelhouders) af te wegen.

De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen hoe patiënten worden beschermd tegen mogelijke eisen van investeerders die ingaan tegen goede kwaliteit van zorg.

Patiënten zullen over het algemeen baat van private investeringen hebben, aangezien de verwachting is dat de kwaliteit verbetert als gevolg van de aanwezigheid van privaat kapitaal. Daarbij komt dat de reputatie van de zorgaanbieder belangrijk is voor de bepaling van diens waarde. Daarnaast bevat het wetsvoorstel een aantal waarborgen die beogen de patiënt te beschermen tegen misbruik van de mogelijkheden die dit wetsvoorstel creëert. Het wetsvoorstel regelt dat aanbieders van medisch-specialistische zorg die niet aan de minimumkwaliteitseisen voldoen, geen winst mogen uitkeren. Indien het oordeel van de IGZ op basis van de uitgevoerde kwaliteitstoets negatief is, of indien de IGZ in het kader van haar reguliere toezicht 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. Daarnaast ontmoedigt het wetsvoorstel investeerders die op kortetermijngewin uit zijn op diverse, hierboven al besproken manieren.

In het wetsvoorstel krijgt de raad van toezicht een adviesrecht ten aanzien van het besluit tot winstuitkering. In de regel zal het bestuur of zullen de aandeelhouders het advies van de raad van toezicht volgen. Een afwijking van het advies zullen zij moeten motiveren. De raad van toezicht dient een brede afweging te maken. De raad van toezicht moet ten behoeve van het advies toetsen of de zorgaanbieder blijvend aan haar betalingsverplichtingen kan voldoen na winstuitkering; daarnaast neemt de raad van toezicht de kwaliteit van zorg en overeenstemming met de wetgeving mee in haar overwegingen. Op deze manieren is de patiënt voldoende beschermd tegen eventuele eisen van investeerders die de kwaliteit van de geleverde zorg zouden kunnen schaden.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen zich af hoe wordt voorkomen dat investeerders hoge kosten in rekening brengen bij ziekenhuizen voor het afnemen van advies en diensten.

Het wetsvoorstel voorziet niet in voorschriften omtrent de hoogte van te betalen vergoedingen voor het afnemen van advies aan diensten bij investeerders of derden. De methode waar de leden van de fractie van de Christen Unie op doelen wordt wel genoemd als een sluiproute die investeerders in de huidige situatie waar winstuitkering verboden is, kunnen gebruiken om rendement op privaat kapitaal uit te betalen, zonder dat er sprake is van winstuitkering.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen zich af of het mogelijk is om te regelen dat een minimumpercentage van de winst besteed kan worden aan innovatie in het primaire proces.

Net als de Christen Unie ben ik van mening dat innovaties gestimuleerd moeten worden. Dat is een van de doelen van dit wetsvoorstel. Ik ben echter van mening dat het onverstandig zou zijn om te regelen dat een deel van de winst aan innovatie besteed moet worden. Dit zou namelijk het ongewenste effect kunnen hebben dat een zorgaanbieder – bijvoorbeeld – noodzakelijke nieuwe apparatuur niet kan aanschaffen omdat een deel van de winst verplicht aan innovatie besteed dient te worden.

5. Goed bestuur en de Wet cliëntenrechten zorg

De leden van de VVD-fractie vragen of de governanceregels in de zorg aangepast dienen te worden op for-profit zorginstellingen en of de Wcz in voldoende mate aansluit op dit wetsvoorstel.

Het is niet noodzakelijk om de governanceregels aan te passen, juist omdat aanbieders van medisch-specialistische zorg die winst willen uitkeren, dat niet vanuit een stichting kunnen doen. Daardoor wordt voor die aanbieders het veel stringentere regime voor kapitaalvennootschappen uit het BW van toepassing.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe kan worden gegarandeerd dat de zorginhoudelijke zeggenschap volledig bij de raad van bestuur blijft.

De raad van bestuur vertegenwoordigt de zorgaanbieder en is verantwoordelijk voor het te voeren beleid (dus ook op het gebied van kwaliteit). Aandeelhouders zouden als kapitaalverschaffer eigenaar van de zorgaanbieder kunnen zijn en zouden in die hoedanigheid invloed uit kunnen oefenen op het bestuur. De raad van bestuur blijft echter op grond van de Kwaliteitswet Zorginstellingen eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg. Bovendien moet deze zorg op grond van de wet verantwoord zijn. Deze wettelijke plichten blijven rusten op de raad van bestuur. Dit bewerkstelligt dat de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit zorg bij de raad van bestuur blijft.

De leden van de SP-fractie vragen hoe bestuurders onafhankelijk van aandeelhouders kunnen handelen aangezien aandeelhouders de bevoegdheid hebben om bestuurders te ontslaan.

Het bestuur wordt benoemd om de zorgaanbieder zo goed mogelijk te besturen. Het bestuur doet dit namens de aandeelhouders (de eigenaars van de zorgaanbieder). Het bestuur zal zich altijd aan alle wettelijke eisen dienen te houden die op de rechtspersoon van toepassing zijn. In het geval van een voorgenomen winstuitkering gaat het daarbij dus om de eisen die in voorliggend wetsvoorstel en in het BW zijn opgenomen. Daarnaast zal men zich aan de fiscale regels moeten houden. Onafhankelijk toezicht op het handelen van het bestuur is vormgegeven via de raad van toezicht.

De leden van de SP-fractie vragen de regering om een reactie op de constatering dat de raad van toezicht niet onafhankelijk kan zijn omdat aandeelhouders niet zijn uitgesloten van lidmaatschap.

De onafhankelijkheid van de raad van toezicht is wettelijk geregeld (krachtens de Wtzi). Dit betekent dat een aandeelhouder die in de raad van toezicht zit het aandeelhoudersbelang niet zwaarder mag laten wegen dan de andere belangen van de zorgaanbieder. Overigens blijkt uit de rondetafelbijeenkomsten dat verschaffers van privaat kapitaal meestal geen behoefte hebben om lid te worden van de raad van toezicht van de zorgaanbieder waarin zij een aandeel hebben.

De leden van de fractie van de SP vragen om een reactie op de stelling dat de versterking van de medezeggenschap in de Wcz geen nut heeft voor de medisch-specialistische zorg, omdat daar geen sprake is van verblijf.

Het is niet correct dat cliëntenraden geen rol zouden hebben in de medisch specialistische zorg. Het verplicht hebben van een cliëntenraad is onder andere gekoppeld aan het leveren van zorg met verblijf. Veel instellingen voor medisch specialistische zorg (zoals ziekenhuizen) leveren

zorg met verblijf en zijn daardoor verplicht een cliëntenraad te hebben. Overigens zal het wetsvoorstel Wcz bij nota van wijziging worden aangepast.

De leden van de SP-fractie vragen of de cliëntenraad in dit wetsvoorstel preventief een rol speelt bij het voorkomen van wanbeleid en welke middelen de cliëntenraad tot haar beschikking heeft om haar taak uit te oefenen.

De cliëntenraad heeft op grond van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen het recht op medezeggenschap. Dit betekent dat het bestuur de raad dient te betrekken bij besluitvorming en dat hij de ruimte moeten hebben om advies uit te brengen over voorgenomen beleid van de instellingen dat diens cliënten kan raken. Op deze manier kan de cliëntenraad stimuleren dat het bestuur de zorgorganisatie goed bestuurt. Ook kan de cliëntenraad invloed uitoefenen op de samenstelling van de raad van toezicht door middel van een bindende voordracht. De raad van toezicht houdt op haar beurt toezicht op het functioneren van het bestuur, waarbij zij controleert of het bestuur de taken die haar zijn toebedeeld behoorlijk uitvoert. In het uiterste geval kan de cliëntenraad bij de Ondernemingskamer van het gerechtshof Amsterdam een enquête-verzoek indienen om de rechter een onderzoek te laten starten naar wanbeleid. De cliëntenraad heeft dus diverse mogelijkheden om wanbeleid te voorkomen dan wel aan te pakken.

De leden van de SP-fractie vragen naar de opvatting van de regering over de professionele autonomie van zorgverleners. Zij vragen voorts hoe de regering kan garanderen dat de professionele autonomie gehandhaafd blijft en dat medici niet verworden tot instrumenten om winst voor aandeelhouders te genereren.

De professionele autonomie is een groot goed in het zorgverleningproces. Gestimuleerd door Zorginstituut Nederland zullen artsen (in samenwerking met cliënten en andere partijen) de standaarden opstellen die aangeven welke behandeling bij een zorgvraag past. Artsen hebben vervolgens ook zelf de verantwoordelijkheid om, in overleg met en per individuele patiënt, te bekijken of zij een standaard dienen te volgen, of dat zij hier in het belang van de patiënt van af moet wijken.

De professionele autonomie van artsen blijft onveranderd met het toestaan van winstuitkering voor aanbieders van medisch-specialistische zorg. Dit wetsvoorstel kan eraan bijdragen dat zorginstellingen makkelijker over de noodzakelijke middelen kunnen beschikken om investeringen te doen die de zorgverlening ten goede komen. Hierdoor hebben zorgverleners meer mogelijkheden om die vormen van zorg aan te bieden, die in hun ogen het beste aansluiten bij de zorgvraag van de patiënt. Om er zeker van te zijn dat, wanneer een instelling voor de eerste keer winst wil uitkeren, de verantwoordelijkheden rondom kwaliteit en veiligheid goed zijn ingericht, zal de IGZ een extra kwaliteitstoets uitvoeren. Deze toets is erop gericht de kwaliteit van zorg bij winstuitkering, te waarborgen. Indien er sprake zou zijn van een situatie waarbij zorgverleners belemmerd worden in het kunnen voldoen aan hun professionele standaarden, dan zou dit naar voren moeten komen op grond van de kwaliteitstoets. Uiteraard ontslaat dit zorgverleners niet van hun verantwoordelijkheid om kritisch te zijn en vanuit de eigen professionaliteit op te komen voor de belangen van de patiënt.

De leden van de SP-fractie vernemen graag hoe de regering aankijkt tegen de zorgrelatie tussen arts en patiënt in het licht van marktwerking en winstuitkeringen. Zij vragen in het bijzonder of de regering meent dat het

bevorderlijk is voor het vertrouwen indien een patiënt zich moet afvragen of de specialist handelt vanuit medische noodzaak of vanuit winst-oogmerk.

De regering is van mening dat het vertrouwen tussen arts en patiënt essentieel is voor goede zorgverlening. Patiënten dienen erop te kunnen vertrouwen dat de arts handelt vanuit zijn professionele motivatie om de patiënt beter te maken. Het huidige stelsel in de (curatieve) zorg maakt het mogelijk dat artsen nu en in de toekomst de zorg kunnen blijven leveren die zij voor hun patiënten noodzakelijk achten.

Zoals ook hierboven is aangegeven, blijft de autonomie van zorgverleners onveranderd met het toestaan van winstuitkering voor aanbieders van medisch-specialistische zorg. Het zorgt er naar verwachting wel voor dat zorginstellingen makkelijker over de noodzakelijke middelen kunnen beschikken om investeringen te doen die de zorgverlening ten goede komen. Dat geeft de arts ruimte om nieuwere apparaten of technieken toe te passen. Om er zeker van te zijn dat, wanneer een instelling voor de eerste keer winst wil uitkeren, de verantwoordelijkheden rondom kwaliteit en veiligheid goed zijn ingericht, zal de IGZ een extra kwaliteitstoets uitvoeren. Daarna houdt de IGZ regulier kwaliteitstoezicht.

De leden van de D66-fractie vragen welke middelen het bestuur tot zijn beschikking heeft indien de aandeelhouder tracht de rol van het bestuur te vervullen.

Aandeelhouders hebben de bevoegdheid om aanwijzingen te geven. De reikwijdte van deze aanwijzing verschilt per rechtsvorm en per invulling van de statuten. Voor een nadere toelichting hierop verwijs ik deze leden graag naar het antwoord op een vraag van de leden van de CDA-fractie in deze paragraaf. Indien de aanwijzing volgens het bestuur onverenigbaar is met de wet of de statuten, zal het bestuur deze aanwijzing niet opvolgen. Indien de aandeelhouder dit toch wil, kan hij naar de rechter stappen. Het is essentieel dat in de statuten goede afspraken worden gemaakt over de bevoegdheden van de aandeelhouders op dit gebied.

De leden van de D66-fractie vragen een toelichting op het toestaan van aandeelhouders in de raad van toezicht.

De onafhankelijkheid van de raad van toezicht is wettelijk geregeld (krachtens de Wtzi). Dit betekent dat een aandeelhouder die in de raad van toezicht zit het aandeelhoudersbelang niet zwaarder mag laten wegen dan de andere belangen van de zorgaanbieder. Door deze wettelijke onafhankelijkheidswaarborg is het niet noodzakelijk om aandeelhouders te verbieden in de raad van toezicht. Overigens blijkt uit de rondetafelbijeenkomsten dat verschaffers van privaat kapitaal meestal geen behoefte hebben om lid te worden van de raad van toezicht van de zorgaanbieder waarin zij een aandeel hebben.

6. Samenhang Europees en internationaal recht

De leden van de VVD-fractie vragen of de regelgeving in Duitsland, Zweden en Frankrijk anders is ten aanzien van winstuitkering en zo ja, op welke manier.

In Duitsland, Zweden en Frankrijk is het gezondheidszorgsysteem anders dan in Nederland. Er is in die andere landen geen sprake van een verbod op winstuitkering. Door de verschillen in systemen komen in die landen winstbeogende en niet winstbeogende zorgaanbieders voor. In Zweden is er bijvoorbeeld sprake van het aanbesteden van medisch-specialistische

zorg, waarbij de overheid precies in het contract kan voorschrijven onder welke voorwaarden ziekenhuizen de zorg mogen leveren. In Duitsland en Zweden is een (groot) deel van de ziekenhuizen van de overheid, waardoor het systeem eveneens anders werkt. In alle drie deze landen zijn aanbieders met winstoogmerk actief. De nadere regulering verschilt op onderdelen, maar in beginsel dienen winstbeogende aanbieders zich te houden aan alle regulering waaraan ook publieke en non-profit ziekenhuizen zijn gebonden. Rondom de fiscale positie van commerciële ziekenhuizen bestaan er wel verschillen. De mate waarin deze instellingen zijn vrijgesteld van belastingen als publieke dienstverlener, verschilt.

De leden van de SP-fractie vragen waarom de regering in recente discussies over de thuiszorg en ambulancezorg met betrekking tot de verenigbaarheid van die wetsvoorstellen met het Europees recht een standpunt heeft ingenomen dat tegenovergesteld lijkt aan het in dit wetsvoorstel ingenomen standpunt.

Ieder afzonderlijk wetsvoorstel wordt uitgebreid op de verenigbaarheid met het Europees recht getoetst. Hoewel bepaalde elementen, zoals beperkingen van het vrij verkeer en mogelijke rechtvaardigingsgronden voor die beperkingen, in de toetsing van verschillende wetsvoorstellen op het terrein van de zorg terugkomen, is het eindoordeel bij elk wetsvoorstel het resultaat van een gedegen afweging van alle Europeesrechtelijke aspecten die bij het betreffende voorstel een rol spelen. Daardoor kan het voorkomen dat het oordeel over de verenigbaarheid met het Europees recht bij een wetsvoorstel over het afschaffen van de aanbestedingsplicht voor thuiszorg anders uitvalt dan het oordeel met betrekking tot het onderhavige wetsvoorstel.

Tevens vragen de leden van de SP-fractie de regering toe te lichten wat er gebeurt als er jurisprudentie komt die de waarborgen in dit wetsvoorstel onderuit haalt. Worden de winstuitkeringen ongedaan gemaakt als de waarborgen niet «Europa-proof» blijken te zijn, zo vragen deze leden.

De regering heeft er voor gekozen om het mogelijk maken van winstuitkering voor aanbieders van medisch-specialistische zorg te omgeven met een aantal waarborgen. Indien de rechter uitspraken doet die raken aan deze waarborgen zal de regering bezien in hoeverre die rechterlijke uitspraken moeten leiden tot aanpassing van wet- en regelgeving. Een dergelijke aanpassing zal, net als dit wetsvoorstel, in overeenstemming moeten zijn met het Europees en internationaal recht. Het door de leden van de SP-fractie geopperde ongedaan maken van winstuitkeringen die al hebben plaatsgevonden zal, zonder nadere waarborgen, naar verwachting in strijd zijn met het eigendomsrecht zoals beschermd door artikel 1 van het Eerste Protocol bij het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens.

7. Budgettaire aspecten

De leden van de PVV-fractie willen weten waarom de regering ervan overtuigd is dat de verwachte efficiencyeffecten minimaal de winstuitkering zullen overtreffen.

De ziekenhuizen in Nederland hebben een erg grote schuldenpositie. Zij lenen heel veel kapitaal en dat is erg duur. In de nabije toekomst zal het voor ziekenhuizen moeilijker worden hun kapitaalbehoefte te financieren door middel van het aantrekken van vreemd vermogen (leningen). Dat zal ook duurder worden. In de intramurale medisch-specialistische zorg is het daarom van belang om het eigen vermogen te vergroten ten opzichte van het vreemd vermogen. Naarmate het eigen vermogen groeit, is de

verhouding tussen eigen vermogen en vreemd vermogen beter (de zorgaanbieder krijgt een betere solvabiliteit). Indien de solvabiliteit beter is, is het gemakkelijker – en dus mogelijk goedkoper – om vreemd vermogen aan te trekken. Zelfs als ziekenhuizen over het kleinere deel eigen vermogen een hoger rendement uitbetalen, betekent dat niet dat de totale financiering van het ziekenhuis duurder wordt.

De leden van de PVV-fractie vragen hoe de efficiëntie gemeten zal worden en welke maatregelen er genomen worden als de efficiëntie tegenvalt.

Ziekenhuizen rapporteren jaarlijks over hun solvabiliteit. Deze gegevens zijn vrij toegankelijk via de jaarverslaglegging van de ziekenhuizen. Het wetsvoorstel kent geen efficiency doelstellingen of bepaalde doelen van een hoeveelheid ziekenhuizen die winst moeten uit gaan keren of risicodragend privaat kapitaal aan moeten trekken. Op basis van internationale vergelijking is de verwachting dat een klein aantal ziekenhuizen daadwerkelijk gebruik zal maken van de mogelijkheid winst uit te keren. De ziekenhuizen die wel winst willen gaan uitkeren, zorgen er, ten gevolge van de invloed die privaatkapitaalverschaffers zullen hebben, mogelijk voor dat zij ook de ziekenhuizen die geen winst uitkeren scherper houden op het gebied van innovatie, kwaliteit en transparantie. Een studie naar een privaat ziekenhuis in Stockholm kon achteraf bepaalde verbeteringen in de hele ziekenhuiszorg rondom Stockholm toeschrijven aan de privatisering.⁵⁶ De effecten van de wet zullen na vijf jaar geëvalueerd worden.

8. Onderzoek en consultatie

De leden van de CDA-fractie vragen of de prikkel tot meer doelmatigheid en betere kwaliteit ook kan worden bereikt via de zorgverzekeraar en waar precies de extra impuls zit die de externe investeerder aan de kwaliteit kan geven.

Verzekeraars stimuleren zorgaanbieders nu ook al om doelmatiger te werken en de kwaliteit te verbeteren door middel van hun inkoopbeleid. Zorgverzekeraars zijn echter geen eigenaar van zorgaanbieders. Hierdoor kunnen zij niet direct de bedrijfsvoering en kwaliteit verbeteren, maar dit alleen indirect stimuleren via de zorginkoop. Private investeerders kunnen dit wel door direct invloed uit te oefenen op het ziekenhuis.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen zich af in hoeverre is gekeken naar draagvlak voor deze wet onder ziekenhuizen en medisch specialisten.

De NVZ heeft, als vertegenwoordiger van zorgaanbieders, kenbaar gemaakt voorstander te zijn van het ingediende wetsvoorstel. Ook erkent zij de verwachte positieve effecten op de kwaliteit van zorg.⁵⁷

Uit een enquête onder medisch specialisten⁵⁸ kwam naar voren dat zij zowel voor- als nadelen zien in het toestaan van winstuitkering. Zij maken zich zorgen dat ziekenhuizen alleen rendabele behandelingen gaan aanbieden, of alleen patiënten zullen aannemen die winst opleveren. Aan de andere kant verwachten zij dat de zorg in het ziekenhuis doelmatiger wordt en dat het ziekenhuis beter zal laten zien waar het goed in is. Ik vind

⁵⁶ Gupta Strategists (2009) *Private investeerders in ziekenhuiszorg: analyse macro-effecten privatisering St. Göran Ziekenhuis in Stockholm, Zweden.*

⁵⁷ «Regeerakkoord veelbelovend voor ziekenhuizen», persbericht NVZ, 4 oktober 2010.

⁵⁸ Enquête van Medisch Contact, medisch contact nummer 13, 27 maart 2012. Het vakblad stuurde de enquête naar 600 medisch specialisten, die in het KNMG-panel zitten. Van hen reageerden er 319..

de punten die uit deze enquête naar voren komen belangrijke aandachtspunten. In de memorie van toelichting bij dit wetsvoorstel en de eerdere antwoorden in deze nota naar aanleiding van het verslag wordt aan deze bezwaren dan ook uitgebreid aandacht besteed. Om te voorkomen dat kortetermijninvesteerdere zich zullen richten op kortetermijnwinsten, stelt de nota van wijziging naast de al in het oorspronkelijke wetsvoorstel opgenomen uitkeringsvoorwaarden twee hiervoor al meerdere malen genoemde aanvullende maatregelen voor. Het wetsvoorstel geeft daarmee in mijn ogen voldoende waarborgen om te voorkomen dat aanbieders zich alleen nog zullen richten op rendabele behandelingen of op patiënten die winst opleveren.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen zich af waarom tien tot vijftien procent van de ziekenhuizen in Zweden, Frankrijk en Duitsland winst uitkeren, en op welke manier deze groep ziekenhuizen zich onderscheidt van andere ziekenhuizen.

Meer in het algemeen kan worden gesteld dat de omvang van een winstbeogende sector sterk samenhangt met de vraag naar kapitaal en met de wijze waarop kapitaallasten bekostigd worden in het nationale zorgstelsel. Hiernaast geldt dat ook de impact van commercieel werken op de honoraria van de artsen van belang is.

Het percentage ligt ongeveer tussen de tien en vijftien procent omdat een winstbeogend ziekenhuis in de praktijk minimaal tien procent doelmatiger moet werken om concurrerend te zijn ten opzichte van goedlopende publieke of non-profit ziekenhuizen, die met een lagere winstmarge werken. Dit lukt tot op zekere hoogte, maar de doelmatigheidswinst is niet altijd vanzelfsprekend ten opzichte van goed gemanagede andere ziekenhuizen.

De winstbeogende ziekenhuizen onderscheiden zich over het algemeen doordat ze een kleinere omvang hebben. Dit heeft onder andere te maken met het feit dat investeerders grote, kapitaalintensieve zorgsystemen met een complexe governance, zoals academische ziekenhuizen, vaak als te risicovol beschouwen.

Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat winstuitkering belangrijke voordelen kan hebben voor zowel de doelmatigheid als de kwaliteit van zorg. Een overzicht van verschillende empirische onderzoeken⁵⁹ toont aan dat op winstuitkering gerichte aanbieders van medisch-specialistische zorg niet onderdoen voor ziekenhuizen die niet op winstuitkering zijn gericht. Wel lijken ziekenhuizen waarvan de overheid eigenaar is duidelijk slechter te presteren ten aanzien van doelmatigheid. Internationale onderzoeken naar de effecten van winstuitkering laten daarnaast ook zien dat zorginstellingen die winst beogen qua prestaties niet onderdoen voor zorginstellingen die geen winst beogen.⁶⁰

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen zich af hoeveel zorgaanbieders nu al voldoen aan de in het wetsvoorstel gestelde eisen.

Het is niet mogelijk om vast te stellen hoeveel zorgaanbieders nu al voldoen aan alle in het wetsvoorstel gestelde eisen. Wel is het mogelijk om iets te zeggen over de kwaliteitstoets van de IGZ, de gestelde solvabiliteits, het resultaat uit gewone bedrijfsvoering en het verbod op

⁵⁹ Patrick Jeurissen (2010) *For profit hospitals: A comparative and longitudinal study of the for-profit sector in four Western countries.*

⁶⁰ Allen & Overy en KPMG (2007) *Internationaal vergelijkend onderzoek op hoofdlijnen naar winstuitkering in de zorg in relatie tot publieke belangen in de zorg.*

winstuitkering indien de zorgaanbieder een lening heeft die geborgd is via de Rijksgarantieregeling of steun ontvangt. Om een indruk te geven van hoeveel zorgaanbieders voldoen aan de voorwaarden worden hieronder te voorwaarden één voor één behandeld voor ziekenhuizen.

Op dit moment voldoet ruim 80% van de ziekenhuizen aan de kwaliteitseisen wat betreft het veiligheidsmanagement systeem. Met betrekking tot de solvabiliteit blijkt uit een onderzoek van BDO⁶¹ dat 16 ziekenhuizen in 2011 een solvabiliteit van twintig procent of meer hadden. Verder blijkt uit dit onderzoek dat de meeste ziekenhuizen een positief resultaat uit gewone bedrijfsvoering hadden.

In 2012 hadden 44 ziekenhuizen leningen die geborgd waren met een Rijksgarantie. Ten slotte ontvangt één ziekenhuis op dit moment nog steun van de NZa. Uit deze gegevens blijkt dat een groot aantal ziekenhuizen op dit moment nog niet voldoet aan de eisen die in het wetsvoorstel aan winstuitkering zijn gesteld. Zij zullen dus nog de nodige kwaliteitsverbetering en verbetering in de financiën moeten realiseren voordat winstuitkering mogelijk is.

9. Overig

De leden van de PvdA-fractie vragen welke prikkel er van deze wet uitgaat naar het inzetten op preventie.

De verwachting is dat aanbieders van medisch-specialistische zorg door de introductie van winstuitkering scherper zullen letten op kwaliteit, transparantie en dienstverlening. Bovendien zullen zij de doelmatigheid willen verbeteren. Preventie past daarin. Sommige ziekenhuizen zien dat preventie en doelmatigheid hand in hand kunnen gaan en hebben al stappen gezet in efficiënte preventieprogramma's. Zo worden er soms bijvoorbeeld leefstijl- en preventieprogramma's in groepsverband georganiseerd waarbij een of meerdere medisch specialisten een groep patiënten voorlicht die dan ook onderling ervaringen kunnen uitwisselen. Ik verwacht dat dergelijke vernieuwingen versterkt doorgaan in een omgeving waar winst kan worden uitgekeerd. Het op een goede manier inzetten van preventie maakt het aanbieden van zorg doelmatiger. Bovendien zal de patiënt een betere dienstverlening en kwaliteit ervaren indien er veel aandacht is voor preventie. Het is dan ook niet waarschijnlijk dat de aandacht voor preventie zal verminderen na de inwerkingtreding van deze wet.

De leden van de PvdA-fractie willen weten of artsen in hun consult meer of minder aandacht en tijd zullen besteden aan preventie.

De verwachting is dat aanbieders van medisch-specialistische zorg door de introductie van winstuitkering scherper zullen letten op kwaliteit, transparantie en dienstverlening. Het op een goede manier inzetten van preventie maakt het aanbieden van zorg doelmatiger en bovendien ervaart de patiënt een betere dienstverlening en kwaliteit indien er veel aandacht is voor preventie. Het is dan ook niet waarschijnlijk dat de aandacht voor preventie zal verminderen na de inwerkingtreding van deze wet.

De leden van de PvdA-fractie vragen de regering hoe zij garandeert dat de zwaarwegende privébelangen van de investeerders de zorgverlening niet beïnvloeden.

⁶¹ BDO (2012) *Benchmark ziekenhuizen 2012*, p. 14.

De professionele autonomie van artsen blijft onveranderd met het toestaan van winstuitkering voor aanbieders van medisch-specialistische zorg. De professionele autonomie is een groot goed in het zorgverleningsproces. Artsen hebben zelf de verantwoordelijkheid om per individuele patiënt te bekijken welke behandeling de patiënt het beste helpt.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers