

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. 10**

### **NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET NADER VERSLAG**

Ontvangen 3 juli 2013

#### **INHOUDSOPGAVE**

|            |   |           |
|------------|---|-----------|
| <b>I.</b>  | <b>ALGEMEEN</b>                             | <b>1</b>  |
| 1.         | Inleiding                                   | 2         |
| 2.         | Solvabiliteitseis                           | 30        |
| 3.         | Reguliere exploitatie moet winstgevend zijn | 35        |
| 4.         | Toezicht                                    | 39        |
| 5.         | Reikwijdte                                  | 44        |
| 6.         | Risico's en voorwaarden winstuitkering      | 46        |
| 7.         | Overige                                     | 48        |
| <b>II.</b> | <b>ARTIKELSGEWIJS</b>                       | <b>49</b> |

#### **I. ALGEMEEN**

Met veel belangstelling heb ik kennis genomen van het nader verslag van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het wetsvoorstel houdende 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 kunnen uitkeren (voorwaarden voor winstuitkering aanbieders medisch-specialistische zorg). Hieronder beantwoord ik de vragen die de leden van de verschillende fracties hebben gesteld.

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.

## 1. Inleiding

*De leden van de VVD-fractie vragen waarop het kabinet zijn conclusie baseert dat de extra eisen die de nota van wijziging aan winstuitkering stelt niet afschrikwekkend zijn.*

Bij het opstellen van de voorwaarden in dit wetsvoorstel zijn verschillende partijen, waaronder investeerders, betrokken geweest. Uit deze contacten bleek dat met de in de memorie van toelichting en de in de nota van wijziging gestelde voorwaarden een goed afgewogen balans is gevonden tussen de belangen van de (door het kabinet gewenste lange-termijn)investeerders en het zoveel mogelijk tegengaan van risico's voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. De extra eisen werken wel afschrikwekkend voor kortetermijninvesteerders. Maar dat is ook wat het kabinet met de voorwaarden beoogt.

*De leden van de PvdA-fractie vragen wat de mogelijkheden zijn om de door de regering voorgestelde termijn van drie jaar voordat winst kan worden uitgekeerd te verhogen.*

De driejaarstermijn is tot stand gekomen mede op basis van het onderzoek dat Stichting Economisch Onderzoek (SEO) in februari 2010 in opdracht van de Nederlandse Vereniging van ziekenhuizen (NVZ) heeft gedaan.<sup>1</sup> 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.

Een verhoging van deze termijn leidt naar verwachting tot een verlaging van de investeringsbereidheid. Daarnaast is ook een wachttijd van drie jaar al 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. De Raad van State heeft ook in die zin geadviseerd en heeft in haar advies bij het wetsvoorstel al opgemerkt dat de proportionaliteit van de wachtperiode goed moet worden gemotiveerd. De periode van drie jaar is in het licht van de Europese regels en jurisprudentie nog proportioneel. Het valt daarentegen te betwijfelen of de beperking van het kapitaalverkeer die het gevolg is van een langere wachttijd (artikel 63 van het VWEU) voldoende kan worden gerechtvaardigd. Een periode die langer is dan drie jaar zal mogelijk disproportioneel worden geacht.

*Ook vragen zij welke bezwaren potentiële investeerders hebben tegen het ophogen van deze termijn.*

De investeringsbereidheid van potentiële investeerders in medisch-specialistische zorg neemt af bij het ophogen van de termijn van drie jaar omdat het het risico verhoogt. Gedurende deze periode ontvangen de investeerders immers geen rendement op het geïnvesteerd bedrag. Als de zorgaanbieder in de tussentijd failliet gaat of anderszins in de problemen komt dan heeft de investeerder geen rendement gekregen op het geïnvesteerd kapitaal.

---

<sup>1</sup> SEO, *Winst in de eigendomsstructuur. Eigendom winstbestemming en zeggenschap binnen ziekenhuizen*, februari 2010.

*Daarnaast vragen deze leden bij welke termijn van winstuitkering wordt verwacht dat investeerders niet langer willen participeren in zorginstellingen.*

Ik ben van mening dat drie jaar de beste termijn is. Uit het onderzoek dat SEO in februari 2010 in opdracht van de NVZ heeft uitgevoerd, blijkt dat drie jaar de optimale termijn is waarbij de publieke belangen worden geborgd, maar de investeringsbereidheid niet te zeer wordt beperkt.

*De leden van de PvdA-fractie vragen welke personen bij de in de nota naar aanleiding van het verslag genoemde bijeenkomsten met veldpartijen aanwezig waren, en of alle aanwezigen de driejaarstermijn onderschreven.*

In 2011 zijn twee veldbijeenkomsten georganiseerd voor de totstandkoming van dit wetsvoorstel. Bij deze bijeenkomsten waren onder andere vertegenwoordigers van (koepelorganisaties van) ziekenhuizen, investeerders, pensioenfondsen, verzekeraars, patiënten, medezeggenschapsorganisaties, banken en vertegenwoordigers van raden van toezicht aanwezig. Tijdens de bijeenkomsten is uitvoerig gesproken over de voorwaarden in het wetsvoorstel, waaronder de driejaarstermijn. Er is echter niet op elk punt door elke partij een standpunt ingenomen. Wel kwam uit deze discussie, net als uit voor dit wetsvoorstel geraadpleegde onderzoek,<sup>2</sup> een driejaarstermijn als goede termijn naar voren. Ook tijdens het rondetafelgesprek dat de Tweede Kamer in mei 2012 heeft georganiseerd, gaven aanwezigen aan dat een driejaarstermijn waarschijnlijk geen negatieve gevolgen heeft voor de investeringsbereidheid van langetermijninvesteerders.

*De leden van de PvdA-fractie vragen of van investeerders kan worden verlangd dat ze na een aantal jaar slechts een beperkt deel van hun aandelen van de hand doen, en het resterend deel nog een aantal jaar vastzit. Zij geven aan dat daarmee kan worden voorkomen dat zogenoemde «lijken in de kast» jaren later tevoorschijn komen en het ziekenhuis na vertrek van de investeerder nog in de problemen kunnen brengen.*

Natuurlijk zou een en ander afhankelijk zijn van de periode van verplichte investering en van het aandeel dat gedurende die periode toch nog verkocht zou mogen worden, maar in het algemeen verwacht ik dat een dergelijke regeling het investeren in instellingen voor medisch-specialistische zorg niet zou bevorderen. (Een deel van) het geld dat in de instelling zou worden gestopt, zou dan immers gedurende een aantal jaren muurvast komen te zitten.

Naar mijn mening voorkomen de voorwaarden voor winstuitkering in het wetsvoorstel, dat een investeerder gedurende zijn investeringsperiode «lijken in de kast» creëert, die ertoe kunnen leiden dat de instelling in later jaren in de problemen komt.

*De leden van de PvdA-fractie vragen of de indruk bestaat dat solvabiliteitscijfers voldoende zeggen over de kwaliteit van zorg in een ziekenhuis om op basis daarvan te concluderen dat het ziekenhuis winst mag uitkeren.*

---

<sup>2</sup> SEO, *Winst in de eigendomsstructuur. Eigendom winstbestemming en zeggenschap binnen ziekenhuizen*, februari 2010.

Dit wetsvoorstel stelt verschillende voorwaarden voor winstuitkering door aanbieders van medisch-specialistische zorg. Naast de solvabiliteitseis gaat het daarbij onder andere om een termijn van drie jaar en een extra kwaliteitstoets voordat winst mag worden uitgekeerd. Een aanbieder van medisch-specialistische zorg mag pas winst uitkeren als hij aan al de in dit wetsvoorstel en nota van wijziging genoemde voorwaarden voldoet. Ik acht in dat geval de veiligheid en continuïteit van zorg voldoende geborgd om risico's ten aanzien de kwaliteit en toegankelijkheid te voorkomen.

Voor alle zorgaanbieders geldt dat zij zorg van voldoende kwaliteit moeten leveren. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt hier toezicht op. Het is dus niet zo dat ik op basis van solvabiliteitscijfers alleen een oordeel vel over de kwaliteit van zorg in een ziekenhuis. Indien de IGZ naar aanleiding van haar toezicht een aanwijzing, een bevel, een last onder bestuursdwang of een last onder dwangsom oplegt, en daarmee dus aangeeft dat de kwaliteit van zorg onder de maat is, mag de aanbieder van medisch-specialistische zorg gedurende de periode waarover deze geldt, geen winst uitkeren; ook niet als hij wel voldoet aan de streefnorm voor solvabiliteit van twintig procent.

*Daarnaast vragen deze leden hoe kan worden voorkomen dat kwaliteitscijfers slechts een wenselijk beeld voorschotelen.*

Het is een van mijn speerpunten om de transparantie van kwaliteit van zorg te verbeteren. De vrijblijvendheid heeft te lang geduurd. Zorginstituut Nederland, en in het bijzonder het Kwaliteitsinstituut, zal hierbij een belangrijke rol spelen. Vrijwillige medewerking van zorgaanbieders biedt een onvoldoende solide basis om Zorginstituut Nederland een betrouwbare en onderling vergelijkbare dataset voor keuze- en toezichtsinformatie te kunnen laten vormen. In het wetsvoorstel tot 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 (Kamerstukken I 2012/13, 33 243, A), waarover wij onlangs hebben gesproken, worden zorgaanbieders dan ook verplicht aan Zorginstituut Nederland te rapporteren over de kwaliteit van verleende zorg op basis van de meetinstrumenten die zijn opgenomen in het register van Zorginstituut Nederland. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zal hierop toezien en zal zorgaanbieders die zich niet houden aan deze verplichting, een bestuurlijke boete kunnen opleggen. Het Kwaliteitsinstituut krijgt een rol bij het stimuleren van de ontwikkeling van goede meetinstrumenten. 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.

*Daarbij vragen zij zich af of dit wetsvoorstel in dat licht niet te vroeg komt en of niet eerst aan voornoemde voorwaarde voldaan moet worden.*

Ik acht het zeker gezien de huidige financiële crisis en de toegenomen risico's die aanbieders van medisch-specialistische zorg lopen van belang hen voldoende mogelijkheden te bieden vermogen te verkrijgen. Op dit moment blijkt dat veel aanbieders van medisch-specialistische zorg onvoldoende buffers hebben om financiële tegenvallers op te vangen en voldoende te blijven investeren om zorgverlening ook in de toekomst op peil te houden. Daar komt bij dat banken hun de eisen aan het verstrekken van vreemd vermogen in de vorm van leningen hebben aangescherpt.

Om deze problemen op te lossen, vind ik het belangrijk om aanbieders van medisch-specialistische zorg de mogelijkheid te geven risicodragend privaat kapitaal aan te trekken. Een belangrijke randvoorwaarde daarvoor

is het, onder voorwaarden, toestaan van winstuitkering, zoals dit wetsvoorstel doet. Met de in dit wetsvoorstel gestelde voorwaarden en verschillende andere maatregelen verwacht ik dat dit de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg ten goede zal komen.

Overigens verwacht ik dat het mogelijk maken van winstuitkering ook zelf de transparantie van zorg zal verbeteren. Door kwaliteitsinformatie aan te bieden kunnen aanbieders van medisch-specialistische zorg immers aantonen dat zij een goede kwaliteit leveren. Zo kunnen zij meer patiënten naar zich toe trekken, waardoor de omzet zal stijgen en de kans op winst(uitkering) toeneemt. In Duitsland is bijvoorbeeld een tendens waarneembaar dat op winst gerichte instellingen betere rapportages op kwaliteitsgebied produceren. Het innovatieve kwaliteitsmanagement-systeem van de winstuitkerende ziekenhuisgroep Helios heeft breder navolging gekregen in Duitsland en wordt inmiddels ook door 200 andere ziekenhuizen in Duitsland gebruikt.<sup>3</sup>

*De leden van de PvdA-fractie vragen waarom tot op heden de Nederlandse ziekenhuizen niet alle hun sterftcijfers kunnen en/of willen publiceren.*

Ik vind publicatie van sterftcijfers belangrijk. Publicatie kan een prikkel vormen om de registratie van kwaliteit verder te verbeteren en daaruit voortvloeiend ook de kwaliteit van zorg. Het belang van publicatie heb ik eerder aangegeven in mijn brief aan uw Kamer over patiëntveiligheid van 15 november 2012 en tijdens een recent interview met het NRC. Allereerst moet volledigheid en kwaliteit van de gegevensregistratie worden verbeterd. In november 2012 constateerde de IGZ al in haar rapport «De veiligheid telt»<sup>4</sup> dat de nodige verbeteringen gerealiseerd moeten worden. Slechts een deel van de ziekenhuizen neemt volledig deel aan de Landelijke medische Registratie (LMR) of de Landelijke Basisregistratie Zorg (LBZ). Ik spreek de ziekenhuisbesturen maar ook de brancheorganisaties daarop aan. Deelname is in combinatie met een betrouwbare en volledige gegevensregistratie een vereiste om betrouwbare en betekenisvolle sterftcijfers te kunnen berekenen. Over het jaar 2011 hebben 63 ziekenhuizen het gewogen gemiddelde sterftcijfer gepubliceerd en hebben 6 ziekenhuizen alle sterftcijfers per aandoening openbaar gemaakt. Er zijn 26 ziekenhuizen die nog geen sterftcijfer publiceren.

Mede omdat de publicatie van sterftcijfers onvoldoende van de grond komt organiseert VWS een breed bestuurlijk overleg (NVZ, NFU, Orde van medisch specialisten, V&VN, NPCF, ZN, ZKN) met als doel om concrete afspraken ten aanzien van patiëntveiligheid te maken waaronder over publicatie van sterftcijfers.

Op grond van artikel 38 van de Wmg zijn zorgaanbieders verplicht informatie openbaar te maken over de eigenschappen van aangeboden prestaties en diensten op een zodanige wijze dat deze gegevens voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn. Zoals ik heb aangekondigd in het notaoverleg patiëntveiligheid van 17 juni 2013 ben ik in overleg met de NZa over de wijze waarop de verplichting om betekenisvolle sterftcijfers te publiceren zo snel als mogelijk invulling kan krijgen. De sterftcijfers over 2013 moeten door ieder ziekenhuis worden gepubliceerd.

*Ook vragen de leden van de PvdA-fractie zich af hoe kan worden volgehouden dat aan de voorwaarde van kwaliteitscijfers is voldaan, als zelfs deze meest basale cijfers niet beschikbaar zijn. «Loopt de regering*

<sup>3</sup> Gupta Strategists, *Private investeerders in ziekenhuiszorg. Quick scan inbreng privaat kapitaal in ziekenhuizen in internationale context*, 17 augustus 2009.

<sup>4</sup> «Het resultaat Telt Veiligheidsindicatoren 2009, 2010 en 2011. De veiligheid telt».

*met dit wetsvoorstel daardoor niet te hard van stapel, en hoe wil zij voorkomen dat de papieren werkelijkheid de praktijk ontloopt?», zo vragen zij.*

Het vergroten van transparantie van zorg is één van mijn speerpunten. Vanuit de overheid bestaan er dan ook diverse initiatieven die bijdragen aan deze doelstelling, zoals de oprichting van het Kwaliteitsinstituut. Overigens verwacht ik, zoals ik in het antwoord op een eerder vraag van deze leden heb toegelicht, dat het mogelijk maken van winstuitkering ook zelf de transparantie van zorg zal verbeteren.

Wel ben ik het met de leden van de PvdA-fractie eens dat op dit moment de transparantie nog relatief beperkt is. Daarom ben ik mij bewust van een risico van winstuitkering voor de kwaliteit van zorg. Zoals ik ook in de memorie van toelichting van het wetsvoorstel heb beschreven, vind ik het noodzakelijk om maatregelen te nemen die dit risico wegnemen. Zo zal de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in een extra kwaliteitstoets de kwaliteit van de zorg toetsen voordat winst mag worden uitgekeerd.

*De leden van de PvdA-fractie vragen zich daarnaast af of ik vind dat zorgverzekeraars hun rol serieus moeten nemen en daadwerkelijk moeten selecteren op zowel kwaliteit als kosten.*

Ja, ik deel de mening van de PvdA-fractie dat zorgverzekeraars hun rol serieus moeten nemen en daadwerkelijk moeten selecteren op zowel kwaliteit als kosten. Ik zie in de zorg op dit moment ook positieve signalen dat zorgverzekeraars hier ook werk van beginnen te maken.

*Ook vragen zij of niet eerst aan deze randvoorwaarde moet worden voldaan voordat ziekenhuizen wordt toegestaan winsten uit te keren. Daarbij vragen zij waarom niet eerst de rol van zorgverzekeraars als bewakers van kwaliteit wordt geconsolideerd.*

Ik heb verschillende maatregelen genomen om zorgverzekeraars (verder) aan te zetten om zorg in te kopen op basis van de kosten van deze zorg en de kwaliteit die zorginstellingen leveren. Door de verdere invoering van prestatiebekostiging, gecombineerd met een uitbreiding van het aantal behandelingen waarvoor vrije prijsvorming geldt en de invoering van diagnosebehandelcombinaties (DBC) op weg naar transparantie (DOT) krijgen zorgverzekeraars meer mogelijkheden om aanbieders te belonen die goed bereikbare en kwalitatief goede zorg tegen een goede prijs bieden. Zorgverzekeraars krijgen daar zelf ook belang bij omdat hun risicodragendheid wordt vergroot doordat de ex-post compensaties voor verzekeraars geleidelijk worden afgeschaft.

Overigens is dit wetsvoorstel, zoals ik hierboven in antwoord op andere vragen van de leden van de PvdA-fractie heb aangegeven, zelf ook onderdeel van de transitie naar een goed functionerend stelsel van vraagsturing in de medisch-specialistische zorg. Zeker gezien de huidige financiële crisis is het van belang deze mogelijkheid om financiering aan te trekken in de vorm van privaat kapitaal voor aanbieders van medisch-specialistische zorg beter mogelijk te maken. Ik verwacht dat het toestaan van winstuitkering positieve effecten heeft voor de kwaliteit en doelmatigheid van zorg voor de patiënt.

*De leden van de PvdA-fractie vragen hoe kan worden voorkomen dat het ziekenhuis de controle verliest over haar investeerders als bij een faillissement van een investeerder het aan hem toebehorende ziekenhuis-aandeel in de failliete boedel belandt, waarna deze in onbekende handen valt.*

Ik merk op dat het in juridische zin de investeerders (aandeelhouders) zijn die de controle over het ziekenhuis hebben, en niet andersom. Echter, zeker als het ziekenhuis een bv is, is het mogelijk dat de aandelen initieel zijn ondergebracht bij een investeerder waar het ziekenhuis vertrouwen in heeft. Om te voorkomen dat dergelijke aandelen zomaar in handen van een vreemde komen, kunnen de statuten de overdraagbaarheid van aandelen beperken. Is dat niet gebeurd, dan dient, tenzij de statuten anders bepalen, een investeerder in een bv die zijn aandelen wil vervreemden, deze eerst aan zijn mede-investeerders ter overname aan te bieden (art. 2:195, eerste lid, BW). In geval van faillissement van een investeerder, kan een rechter echter op verzoek van – onder andere – een curator een statutaire beperking van de overdraagbaarheid of de regel dat aandelen eerst aan mede-investeerders aangeboden moeten worden, terzijde stellen (art. 2:195, zevende lid, BW). Hij zal dat bijvoorbeeld kunnen doen indien de aandelen anders tegen een te lage prijs aan de mede-investeerders ten goede zullen komen.<sup>5</sup> Dat zou immers de boedel en daarmee de schuldeisers van de faillierende investeerder benadelen. Kortom: een ziekenhuis-bv kan wel enige maatregelen treffen om te voorkomen dat de aandelen na faillissement in onbekende handen komen, maar een rechter kan besluiten om die maatregelen ongedaan te maken.

*Deze leden vragen daarbij of en zo ja, hoe lang het ziekenhuis een beschikkingsrecht kan krijgen over de aandelen, waardoor zij in staat is zelf de aandelen terug te kopen of te verkopen.*

Het is niet uitgesloten dat een ziekenhuis-bv of -nv aandelen van een faillierende investeerder koopt. De curator zal daar dan wel mee moeten instemmen, wat hij niet zal doen als de prijs die het ziekenhuis hem voor de aandelen biedt, te laag is. Dat zou immers de boedel benadelen. Voorts zal de inkoop van de eigen aandelen uiteraard wel aan de daartoe in het BW gestelde regels moeten voldoen.

*Ook vragen zij of het ziekenhuis kan worden toegestaan het aandeel uit de failliete boedel terug te kopen voor maximaal de oorspronkelijke aankoopprijs.*

Een curator zal slechts met de koop van eigen aandelen door het ziekenhuis instemmen indien het ziekenhuis hem daarvoor een prijs ter hoogte van (ten minste) de waarde van die aandelen betaalt. Anders wordt de boedel benadeeld. Deze prijs hoeft niet gelijk te zijn aan de aankoopprijs van de aandelen. Een ziekenhuis kan immers inmiddels in waarde zijn gestegen of gedaald.

*De leden van de PvdA-fractie willen weten hoe voorkomen zal worden dat één aandeelhouder een onevenredig grote invloed op het ziekenhuis uitoefent, waardoor de kwaliteit, dienstverlening en doelmatigheid van het ziekenhuis in het geding kunnen komen. Zij vragen of er eisen kunnen worden gesteld aan het percentage aandelen dat zich in één hand bevindt.* De voorwaarden die dit wetsvoorstel aan winstuitkering door instellingen voor medisch-specialistische zorg stelt, zijn bedoeld om te voorkomen dat deze instellingen ten gevolge van zo'n uitkering in financiële problemen komen en daarmee mogelijk continuïteitsproblemen krijgen, of zorg van onvoldoende kwaliteit gaan verlenen. Ze gelden algemeen, dat wil zeggen ongeacht de vraag of de aandelen bij één investeerder in handen zijn, of bij meerdere. Naar mijn mening voldoen deze voorwaarden. Ik ben dan ook niet voornemens om daarnaast nog te regelen dat een investeerder niet meer dan een bepaald percentage van de aandelen in een instelling

<sup>5</sup> Overigens dient de rechter hierbij ook de belangen van de mede-investeerders en van het ziekenhuis in zijn afweging mee te nemen.

voor medisch-specialistische zorg mag hebben. Niet alleen is het niet juist dat – zoals de leden van de PvdA-fractie lijken te veronderstellen – grote invloed van één investeerder per definitie bekend dat de kwaliteit, dienstverlening en doelmatigheid van het ziekenhuis in het geding komen, maar ook ligt de zeggenschap over een instelling niet per definitie bij een meerderheidsaandeelhouder. Ten slotte zou de door de leden van de PvdA gevraagde regel gemakkelijk te ontduiken zijn door de aandelen te verspreiden over dochtermaatschappijen van de hoofdinvesteerder. *Deze leden vragen zich af waar de stelling op is gebaseerd dat «een private investeerder die risicodragend vermogen inlegt, is gebaat bij een doelmatige bedrijfsvoering».*

Private investeerders stellen vermogen beschikbaar aan een aanbieder van medisch-specialistische zorg, waarvoor zij een vergoeding ontvangen in de vorm van winstuitkering. Deze vergoeding ontvangen zij alleen indien de instelling aan de voorwaarden van dit wetsvoorstel voldoet ten aanzien van de kwaliteit, de financiële situatie en een positief resultaat in de bedrijfsvoering. Een doelmatige bedrijfsvoering draagt hieraan bij. Het reduceren van een teveel aan bureaucratie leidt immers tot een besparing van (onnodige) kosten. Een investeerder wordt dus aangezet om hierop aan te sturen, zodat hij in staat is een vergoeding voor het door hem ingebrachte kapitaal te ontvangen.

*Verder vragen de leden van de PvdA-fractie zich af bij welke Nederlandse ziekenhuizen inmiddels sprake is van een vorm van winstuitkering.*

Het is op dit moment in Nederland aan ziekenhuizen wettelijk niet toegestaan om winst uit te keren. Er zijn mij dan ook geen gevallen bekend van ziekenhuizen die winst uitkeren aan aandeelhouders.

*Daarnaast vragen zij aan welke voorwaarden ziekenhuizen op dit moment moeten voldoen als zij winst willen uitkeren.*

Omdat het op dit moment voor ziekenhuizen niet is toegestaan winst uit te keren, zijn hier ook geen voorwaarden aan verbonden.

*De leden van de PvdA-fractie vragen hoe ik de stelling dat private investeerders zijn gebaat bij een doelmatige bedrijfsvoering rijm met mijn ambitie de IGZ te hervormen.*

Ik zie geen directe relatie en/of tegenstrijdigheid tussen enerzijds de stelling dat private investeerders zijn gebaat bij een doelmatige bedrijfsvoering en anderzijds mijn ambitie om van de IGZ een toezichthouder te maken die scherper gaat toezien op veilige zorg.

*Ook vragen deze leden of de IGZ voldoende is toegerust op het controleren van de acties van investeerders binnen een ziekenhuis.*

De IGZ ziet er actief op toe dat aanbieders van medisch-specialistische zorg en andere zorgaanbieders zich houden aan de kwaliteitseisen uit wet- en regelgeving, veldnormen en professionele standaarden. Indien het de IGZ blijkt dat aanbieders deze regelgeving overtreden – al dan niet als gevolg van inmenging van investeerders – zal zij handhavend optreden. Daar is de IGZ in principe voldoende op toegerust, al is het daarbij noodzakelijk dat de IGZ haar verbetertraject (zoals met uw Kamer besproken op 14 maart jl.) met kracht doorzet. Mocht in het verbetertraject blijken dat de IGZ aanvullend handhavingsinstrumentarium nodig heeft om effectief op te kunnen treden, dan zal ik dat regelen.

*De leden van de PvdA-fractie constateren dat in voornoemde nota naar aanleiding van verslag een «tijdelijke vangnetstichting» wordt genoemd als optie om de continuïteit van cruciale zorg te kunnen waarborgen in geval van «overmacht» bij een eventueel faillissement. Deze leden vragen hoe dergelijke overmacht wordt gedefinieerd.*

Met het wetsvoorstel 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 zorg<sup>6</sup> wordt de eigen verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en zorgverzekeraars benadrukt. Indien een zorgverzekeraar, in geval van overmacht, niet langer kan voldoen aan zijn zorgplicht meldt hij dit bij de NZa.

Een overmachtsituatie betekent dat het voor de zorgverzekeraar niet mogelijk is om vervangend aanbod te contracteren of om de zorg (tijdelijk) zelf te doen verlenen. Er resteren dan geen andere mogelijkheden meer dan het oprichten van een tijdelijke vangnetstichting door de overheid om de continuïteit van cruciale zorg te borgen. Pas indien de zorgautoriteit oordeelt dat de verzekeraar als gevolg van overmacht niet in staat is om aan zijn zorgplicht te voldoen en mij hierover informeert, kan ik besluiten een tijdelijke vangnetstichting op te richten voor het continueren van cruciale zorg.

*Ook vragen deze leden hoe ik mijn recente uitspraken<sup>7</sup> rijm met een dergelijke vangnetstichting.*

De regering is van mening dat een rol van de overheid bij het voorkomen van faillissementen van ziekenhuizen leidt tot verdere stijging van de kosten. Door te allen tijde garant te staan voor de continuïteit van een aanbieder zijn meer financiële middelen nodig die burgers moeten opbrengen. Een overheidsvangnet in de vorm van steun aan zorgaanbieders stimuleert hen immers niet om hun keuzes goed te overwegen. Zij zullen naar verwachting eerder risico's nemen, omdat zij weten dat de overheid toch bijspringt als het verkeerd gaat. Bovendien leidt het door de overheid redden van failliete ziekenhuizen ertoe dat ook zorgverzekeraars onvoldoende geprikkeld worden om te zorgen dat ze invulling geven aan hun zorgplicht. Deze zorgplicht geldt immers ook als een zorgaanbieder in zwaar weer verkeert.

Met ingang van 2012 is daarom het beleid als het gaat om continuïteit van zorg gewijzigd. Deze aanscherpingen sluiten meer aan bij de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en zorgverzekeraar. Zolang een verzekeraar aan zijn wettelijke zorgplicht kan voldoen, is er geen rol voor de overheid. Voor bepaalde vormen van cruciale zorg, zoals spoedeisende hulp, is de regering van mening dat deze voor iedereen tijdig beschikbaar moeten zijn, om ernstige gezondheidsschade te voorkomen. Wanneer een verzekeraar bij de NZa meldt door overmacht niet aan zijn zorgplicht te kunnen voldoen en de zorgautoriteit oordeelt dat dit terecht is, kan de overheid – als het om cruciale zorg gaat – een vangnetstichting oprichten. Het gaat hier om een tijdelijke stichting die los staat van de failliete aanbieder. De failliete zorgaanbieder wordt niet langer gered door de overheid.

<sup>6</sup> Kamerstuk 33 253, A.

<sup>7</sup> «Ik red geen ziekenhuizen die failliet gaan», nrc.nl, 30 maart 2013.

*De leden van de PvdA-fractie vragen hoe kan worden voorkomen dat, overeenkomstig de bankensector, ziekenhuizen worden gezien als «too big to fail», waardoor de risicobereidheid van de investeerder dusdanig kan toenemen dat hij ongewenste risico's neemt of accepteert.*

Doordat de overheid geen instellingen van het faillissement redt, zal dit zich niet voordoen. Er bestaat ook niet zoiets als een optimale schaal-grootte voor zorginstellingen. Dit is sterk afhankelijk van het type zorg dat wordt geleverd. Om te voorkomen dat louter uit financiële overwegingen wordt gefuseerd, verplicht ik zorgaanbieders met het in het vorige antwoord genoemde wetsvoorstel om een fusie-effectrapportage op te stellen, opdat zij hun fusievoornemens zorgvuldig doordenken. Zorgaanbieders worden met deze rapportage verplicht tenminste aandacht te besteden aan: de doelstellingen van de concentratie, de redenen voor de concentratie, de structuur van de beoogde organisatie, de financiële gevolgen, de gevolgen voor de zorgverlening aan de cliënt, de risico's van de concentratie voor de kwaliteit en de bereikbaarheid, het oordeel en de aanbevelingen van cliënten, personeel en andere betrokkenen en de wijze waarop en het tijdsbestek waarbinnen de concentratie zal worden gerealiseerd. Zorgaanbieders worden op grond van de aanscherpingen uit het wetsvoorstel verplicht bij een fusievoornemen de relevante stakeholders te betrekken. De NZa zal er op toezien dat de effectrapportage wordt uitgevoerd.

*Ook vragen deze leden of het risico van daadwerkelijk faillissement dat de investeerder loopt bij een systeemziekenhuis ceteris paribus net zo groot is als bij ieder ander ziekenhuis.*

Ik ga niet langer uit van het begrip systeemziekenhuis als het gaat om continuïteit van zorg. Het continuïteitsbeleid gaat uit van de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar in het kader van de wettelijke zorgplicht. De rol van de overheid is beperkt tot het waarborgen van cruciale zorg indien een verzekeraar, als gevolg van een overmachtsituatie, niet aan zijn zorgplicht kan voldoen. Er wordt derhalve geen onderscheid gemaakt tussen ziekenhuizen als het gaat om faillissementsrisico's. Het is aan de investeerder zelf om te beoordelen welke risico's hij loopt bij het doen van de investering.

*De leden van de PvdA-fractie vragen hoe wordt voorkomen dat de mogelijkheid van winstuitkering zal leiden tot overbehandeling.*

De leden van de PvdA-fractie verwijzen naar het risico dat winststreven een extra stimulans aan aanbieders van medisch-specialistische zorg kan geven om hun omzet te verhogen. Indien zij dit doen door betere kwaliteit te leveren dan andere aanbieders van medisch-specialistische zorg en daardoor meer patiënten naar zich toe trekken en ruimere groei krijgen in hun contracten van de zorgverzekeraars, 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.

Het is aan de zorgverzekeraars om dit te voorkomen. Zij zijn de countervailing power van de zorgaanbieder. Om deze countervailing power te versterken, 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, bijvoor-

beeld door afspraken te maken met aanbieders van medisch-specialistische zorg 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 *ultimum remedium* heb ik bovendien het macrobeheersinstrument. Het ingediende wetsvoorstel bevat daarom geen aanvullende maatregelen op dit terrein.

*Daarnaast vragen zij hoe wordt voorkomen dat winstuitkering middels «cherry-picking» leidt tot meer praktijkvariatie.*

De leden van de PvdA-fractie verwijzen naar het risico dat het door het toestaan van winstuitkering mogelijk is dat aanbieders van medisch-specialistische zorg zich vooral richten op de «meest rendabele» zorgprestaties. De vrije prijsvorming die voor veel DOT's geldt, leidt ertoe dat voor de desbetreffende DOT's een marktconforme prijs tot stand komt. Hierdoor kan het voorkomen dat bepaalde behandelingen voor een bepaalde zorgaanbieder niet rendabel zijn. In die gevallen waar sprake is van overcapaciteit, kan ik mij voorstellen dat een ontwikkeling naar een kleiner aantal aanbieders, dat beter aansluit bij de vraag, voordelen biedt voor de kwaliteit van de zorg.

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. Indien dat het geval is, ligt het in de rede dat de NZa alsnog een kostendekkende prijs vaststelt. Voor behandelingen met vrij onderhandelbare prijzen komt door vraag en aanbod vanzelf een marktconforme prijs tot stand. Er is dan ook geen sprake van meer of minder rendabele behandelingen; elke behandeling zal een prijs hebben die overeenkomt met de complexiteit ervan.

Desalniettemin wil ik de mogelijke effecten van winstuitkering op patiëntenselectie nauw in de gaten houden. Om die reden zal ik de 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 ik bekijken welke aanvullende maatregelen noodzakelijk zijn.

*De leden van de PvdA-fractie vragen hoe het betalen per verrichting rijmt met het voorkomen van ziekte en volumestijging.*

Ik zie dit wetsvoorstel in het bredere kader van het beleid dat ik voer in de sector medisch-specialistische zorg. In het systeem van de medisch-specialistische zorg hebben zorgverzekeraars de taak om sturend op te treden als het gaat om selectieve inkoop bij instellingen. Hiertoe zal het ex ante risicovereveningsmodel geoptimaliseerd worden en zullen de ex post compensaties in het risicovereveningssysteem verantwoord en in samenhang met de veranderingen in de ziekenhuisbekostiging worden afgeschaft. Hierdoor zijn zorgverzekeraars en instellingen beter in staat om goede afspraken te maken, dat wil zeggen behalve over de prijs en volume ook over de kwaliteit van de geleverde zorgproducten. Hoewel een individuele zorgaanbieder in algemene zin een prikkel kan hebben die kan leiden tot volumestijging, is het de rol van de zorgverzekeraar om daaraan tegenwicht te bieden en afspraken te maken die doelmatig en van

goede kwaliteit zijn. Met het nu ingevoerde beleid in de medisch-specialistische zorg en de ontwikkelingen die daarbinnen gaande zijn, zijn voldoende «*checks and balances*» aanwezig zijn die dit voorkomen.

*De leden van de PvdA-fractie vragen om een reactie op een enquête in vakblad «Medisch Contact» waarin medisch specialisten werd gevraagd naar hun mening ten aanzien van winstuitkering.*

In het artikel waarnaar de leden van de PvdA-fractie verwijzen, staan verschillende argumenten waarop de tegenstanders van de mogelijkheid om winst uit te keren zich baseren. Geënquêteerde artsen 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.

Ik vind de punten die uit deze enquête naar voren komen belangrijke aandachtspunten. Het wetsvoorstel besteedt aan de genoemde 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 als hun reguliere exploitatie de afgelopen drie boekjaren een positief resultaat heeft opgeleverd. Met deze voorwaarden en de maatregelen die al in het wetsvoorstel waren geregeld, richt het wetsvoorstel zich op lange termijninvesteerders. Het geeft daarmee in mijn ogen voldoende waarborgen om tegen te gaan dat aanbieders zich alleen nog zullen richten op rendabele behandelingen of op patiënten die de meeste winst opleveren.

*De leden van de PvdA-fractie vragen welke rol ik, in de vaststelling van de waarde van het ziekenhuis, zie weggelegd voor het College sanering zorginstellingen (CSZ).*

Bij de vaststelling van de waarde van een ziekenhuis zie ik geen rol weggelegd voor het CSZ.

*Ook vragen deze leden of ik de vrees gegrond acht dat het vastgoed in de zorgsector bij veel instellingen voor een te hoge waarde in de boeken staat.*

Zorgaanbieders moeten in hun jaarverslag verslag doen van de financiële situatie. Onderdeel daarvan is dat zij een balansoverzicht geven. Het vastgoed is in deze balans voor een bepaald bedrag gewaardeerd. Deze waardering wordt door de accountant gecontroleerd. Op het moment is de onroerendgoedmarkt in Nederland onzeker, waardoor het zo zou kunnen zijn dat ook de waarde van vastgoed van sommige zorgaanbieders voor een hoger bedrag in de boeken staat dan de daadwerkelijke opbrengst bij plotselinge verkoop.

*Voorts vragen deze leden hoe kan worden voorkomen dat het beklemd vermogen van een ziekenhuis niet dusdanig daalt dat de solvabiliteitsmarge (eventueel na winstuitkering) beneden de twintig procent komt.*

Dit wetsvoorstel regelt dat de solvabiliteit tenminste 20% moet zijn. Dat geldt dus voor het gehele eigen vermogen inclusief het beklemd vermogen. Daarbij wordt de solvabiliteit uitgedrukt als eigen vermogen als percentage van het balanstotaal. Indien het beklemd vermogen zou

afnemen, hoeft dat niet te betekenen dat de solvabiliteit ook afneemt. Overigens wijs ik er op dat het beklemd vermogen niet zal dalen als gevolg van winstuitkering, aangezien dat deel van het vermogen juist geormerkt is. Doorgaans zal dat oormerk inhouden dat het beklemd vermogen direct aan de zorgverlening ten goede moet komen.

*De leden van de PvdA-fractie vragen wat in de waardebeoordeling van het beklemd vermogen, indien dit vastgoed betreft, nog de rol van het CSZ en het Waarborgfonds voor de zorgsector (Wfz) is op het moment dat winstuitkering in de zorg wordt toegestaan.*

Het CSZ speelt, op het moment dat winstuitkering in de medisch-specialistische zorg wordt toegestaan, geen rol meer bij de waardebeoordeling van het vastgoed. Het Wfz zal, naar verwachting, het eigen reglement van deelneming aanpassen aan de situatie die ontstaat op het moment dat winstuitkering wordt toegestaan.

*Ook vragen deze leden hoe de waarde van een ziekenhuis wordt vastgesteld, en op basis van welke criteria.*

Aannemende dat in de vraagstelling de actuele waarde in euro's bedoeld wordt, valt over de waarde van een ziekenhuis het volgende te zeggen. De prijs die op het moment van verkoop gerealiseerd wordt, is op dat moment de actuele waarde van het ziekenhuis. Alle andere waardebeoordelingen zijn modelmatig (toekomstige verdien capaciteit) of boekhoudkundig (boekwaarde) en geven als resultaat slechts een (meer of minder onderbouwde) benadering van de actuele waarde.

Belangrijke parameters bij elke waardebeoordeling zijn: de omvang (prijs x hoeveelheid) en de looptijd (een of meerdere jaren) van de contracten die met zorgverzekeraars gesloten zijn (de orderportefeuille), de kwaliteit van de geleverde zorg, de kwaliteit van het personeel en het management, het klantenoordeel en de nabijheid van andere ziekenhuizen etc. Ook de leningenportefeuille, de staat van de gebouwen en de apparatuur alsmede het eigen vermogen zijn van belang voor de waarde van een ziekenhuis. Bepalend is uiteindelijk de prijs die een koper betaalt.

*Verder vragen de leden van de PvdA-fractie of waardering van het vastgoed ook onder de «niet gerealiseerde boekwaardestijgingen» valt.<sup>8</sup>*

Waardering van vastgoed is altijd gebaseerd op aannames en daarom altijd omgeven door onzekerheidsmarges. Om «rijkrekennen» te voorkomen ligt het voor de hand om «niet gerealiseerde boekwaardestijgingen» van het vastgoed niet mee te tellen bij het bepalen van het eigen vermogen.

*Genoemde leden vragen hoe kan worden voorkomen dat zorginstellingen die hun vastgoed gewaarborgd weten door de Staat via het Wfz winst uitkeren aan hun aandeelhouders, terwijl dit vastgoed niet jaarlijks wordt geherwaardeerd.*

Het blijft voor aanbieders van medisch-specialistische zorg verboden om winst uit te keren als zij een Rijksgarantie hebben. Als zij een onderlinge garantie hebben via het Wfz is het aan dat fonds om te bepalen of er winst wordt uitgekeerd. Dit zal het Waarborgfonds in zijn algemeenheid niet toelaten indien de financiële positie niet zeer stevig is. Daarbij zal gekeken worden naar de liquiditeit, solvabiliteit en verwachte risico's. De waarde

<sup>8</sup> Kamerstuk 33 168, nr. 7, nota van wijziging, blz. 10.

van het vastgoed is een van deze risico's waar, naar ik aanneem, het Wfz zeer kritisch naar zal kijken.

*Ook vragen de leden van de PvdA-fractie of ik het met ze eens ben dat het ongewenst is dat ziekenhuizen winst gaan uitkeren wanneer zij dergelijke de facto staatssteun genieten.*

Deelname aan het onderlinge Wfz is geen vorm van staatssteun. Ik vind het uitkeren van winst dan ook niet principieel onverenigbaar met het aangesloten zijn bij een onderling Waarborgfonds.

*De leden van de PvdA-fractie vragen of als aanvullende eis voor winstuitkering kan worden gesteld dat alle specialisten in loondienst worden aangenomen.*

Op 10 oktober 2012 heb ik uw Kamer het rapport van de commissie inkomens medisch specialisten (commissie-Meurs) aangeboden.<sup>9</sup> 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 de belangen van instelling en specialist zoveel mogelijk op één lijn te brengen. Het kabinet heeft in haar reactie van 29 november 2012<sup>10</sup> 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. Van deze lijn wil ik in het kader van dit wetsvoorstel dan ook niet afwijken. Over de invoering van integrale tarieven en de verschillende elementen die daarbij een rol spelen zal ik Uw Kamer vanzelfsprekend nader informeren.

*Daarnaast vragen deze leden welk percentage van de in Nederland werkzame medisch specialisten momenteel in loondienst van een ziekenhuis werkt.*

Op basis van de gegevens van de algemene ziekenhuizen en universitaire medische centra (UMC's) die data hebben aangeleverd voor het jaardocument maatschappelijke verantwoording over 2011, werkt 51 procent van de medisch specialisten in loondienst. Voor algemene ziekenhuizen geldt dat, op basis van deze data, 31 procent van de medisch specialisten die in deze instellingen werken in loondienst is.

*De leden van de PvdA-fractie vragen wat ik vind van de constatering van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) over de mate waarin ziekenhuizen in staat zijn op maatschappelijk verantwoorde wijze de overgang naar winstuitkering in de zorg te maken.*

Buitenlandse ervaringen met winstuitkering in de medisch-specialistische zorg laten zien dat ziekenhuizen in bijvoorbeeld Duitsland goed in staat zijn de overgang op een maatschappelijk verantwoorde wijze vorm te geven. Doelmatigheid en transparantie blijken toe te nemen en ten

---

<sup>9</sup> Kamerstuk 29 248, nr. 240.

<sup>10</sup> Kamerstuk 29 248, nr. 242.

aanzien van de kwaliteit doen instellingen die winst beogen niet onder voor instellingen die geen winst beogen.<sup>11</sup>

Nederlandse ziekenhuizen zijn grote organisaties, die ook nu te maken hebben met financiële risico's en complexe regels. Ik acht de maatschappij als geheel en bestuurders en werknemers van ziekenhuizen in het bijzonder zeker in staat om te gaan met veranderingen. Ik onderstreep ook dat ziekenhuizen de laatste tijden al veel kennis hebben opgebouwd van financieringsproducten en zakelijke constructies, zodat de stap naar eventuele winstuitkering niet zo groot is als die op het eerste gezicht lijkt. Daarnaast is het niet zo dat ik alle ziekenhuizen met dit wetsvoorstel verplicht om privaat kapitaal aan te trekken. Ziekenhuizen krijgen slechts de mogelijkheid om een extra instrument in te zetten bij het aantrekken van financiering.

*Genoemde leden vragen naar aanleiding van het voornoemde RVZ-rapport waarom niet eerst wordt geëxperimenteerd met het toestaan van winstuitkering bij een beperkt aantal ziekenhuizen. Waarom wordt niet eerst de rol van zorgverzekeraars als bewakers van kwaliteit geconsolideerd?*

Ik acht het zeker gezien de huidige financiële crisis en de toegenomen risico's die aanbieders van medisch-specialistische zorg lopen van belangen voldoende mogelijkheden te bieden vermogen te verkrijgen om noodzakelijke investeringen in de kwaliteit van zorg te doen. Op dit moment blijkt dat veel aanbieders van medisch-specialistische zorg onvoldoende buffers hebben om financiële tegenvallers op te vangen en voldoende te blijven investeren om zorgverlening ook in de toekomst op peil te houden. Daar komt bij dat banken de eisen aan het verstrekken van vreemd vermogen in de vorm van leningen hebben aangescherpt. Juist nu is het dus belangrijk deze zorgaanbieders deze mogelijkheid te bieden winst uit te keren als belangrijke voorwaarde voor het aantrekken van privaat kapitaal.

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<sup>12</sup> worden verwacht dat tien tot vijftien procent 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.

*Ook vragen zij in dit licht hoe ik de ruimte zie die het regeerakkoord biedt om eerst te experimenteren met winstuitkering in de zorg, alvorens dit landelijk toe te staan.*

<sup>11</sup> Zie onder andere Allen & Overy en KPMG, *Internationaal vergelijkend onderzoek op hoofdlijnen naar winstuitkering in de zorg in relatie tot publieke belangen in de zorg*, september 2007.

<sup>12</sup> Zie o.a. Gupta Strategists, *Private investeerders in ziekenhuiszorg, Quick scan inbreng privaat kapitaal in ziekenhuizen in internationale context*, 17 augustus 2009; Gupta Strategists, *Analyse macro effecten privatisering S:t Göran Ziekenhuis in Stockholm, Zweden*, 2 november 2009; Patrick Jeurissen, *For-profit Hospitals, A comparative and longitudinal study of the for-profit sector in four Western countries*, 2010; SEO, *Winst in de eigendomsstructuur, Eigendom, winstbestemming en zeggenschap binnen ziekenhuizen*, februari 2010.

Het regeerakkoord stelt dat de mogelijkheid om winst uit te keren in de zorg zo ingeperkt zal worden dat het alleen interessant is voor investeerders met een langetermijnperspectief. Hiertoe voegt de nota van wijziging als voorwaarden aan het oorspronkelijke wetsvoorstel toe dat winstuitkering alleen mogelijk is als de solvabiliteitsmarge na winstuitkering 20% of meer blijft en alleen als de drie aan het uitkeringsjaar voorafgaande boekjaren een positief resultaat uit reguliere exploitatie hebben laten zien. Daarmee is dit wetsvoorstel in lijn met wat is afgesproken in het regeerakkoord. Zoals ik ook hierboven heb aangegeven, vind ik het van belang om aanbieders van medisch-specialistische zorg, gezien de huidige financiële crisis en de toegenomen risico's die zij lopen, voldoende mogelijkheden te bieden vermogen te verkrijgen om noodzakelijke investeringen in de kwaliteit van zorg te doen. Het toestaan van winstuitkering, gelet op de aanvullende voorwaarden in het regeerakkoord, geeft hen hiervoor een aanvullende mogelijkheid.

Zoals gezegd verwacht ik dat de invoering van het voorliggende wetsvoorstel een *de facto* gefaseerde invoering van winstuitkering inhoudt. Onderzoek in het buitenland wijst immers uit dat tien tot vijftien procent van de instellingen voor medisch-specialistische zorg zal kiezen voor een winstbeogende rechtsvorm. Deze instellingen zullen dit daarnaast niet allemaal tegelijk doen, laat staan dat zij op hetzelfde moment winst zullen uitkeren.

*De leden van de PvdA-fractie vragen waarom niet, alvorens de uitkering van winsten toe te staan, wordt afgewacht wat in 2015 de effecten van integrale bekostiging in de cure zijn.*

Een systeem van integrale tarieven doet recht aan de lokale dynamiek en de noodzaak om de belangen van instelling en specialist zoveel mogelijk op één lijn te brengen. In feite verdwijnt een deel regulering van overheidswege, te weten de separate regulering van honoraria medisch specialisten, het budgettair kader medisch specialisten en het macrobeheersingsinstrument medisch specialisten. De NZa verwacht geen generieke risico's als gevolg van deze deregulering. Er is dus geen reden om dit af te wachten.

*Ten slotte delen de leden van de PvdA-fractie de zorg van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-raad), dat winstuitkering een spelbreker kan zijn voor de samenwerking tussen eerste- en tweedelijnszorg. Deze leden vragen mijn mening hierover.*

Ik zie geen gevolgen voor de samenwerking tussen de eerste- en tweedelijnszorg. Ook nu al werken zowel tweedelijnszorgaanbieders als eerstelijnszorgaanbieders samen met op winst gerichte organisaties. Voor de mogelijkheden om samen te werken is het naar mijn mening niet van belang of een organisatie op winst is gericht of niet. Bovendien is winstuitkering in de eerste lijn al lang toegestaan.

*De leden van de PVV-fractie vragen of het niet te vroeg is om nu de stap naar winstuitkering in overweging te nemen.*

Voor het antwoord op deze vraag van de leden van de PVV-fractie verwijs ik hen naar mijn antwoord op dezelfde vraag van de leden van de PvdA-fractie hierboven.

*Voorts vragen deze leden of het niet verstandiger is te wachten met dit wetsvoorstel tot het zorgstelsel uit transitie is, verkeerde prikkels tot fraude en overbehandeling uit het systeem zijn gehaald, ziekenhuizen hun administratie op orde hebben, en kwaliteit objectief meetbaar is.*

Ik zie het toestaan van gereguleerde winstuitkering als een belangrijk onderdeel van de stelselherziening in de (curatieve) zorg zoals deze met de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is ingezet. Sindsdien is een stapsgewijze omslag gemaakt van een stelsel waarin gestuurd werd op en door het aanbod, naar een stelsel van vraagsturing. Deze stelselherziening is nog niet afgerond.

Een van de stappen die ik zet om dit systeem zo goed mogelijk te laten functioneren is het onder voorwaarden toestaan van winstuitkering voor aanbieders van medisch-specialistische zorg. Gezien de grotere risico's die deze zorgaanbieders in het licht van de stelselherziening zijn gaan lopen, acht ik het zeker gezien de huidige financiële crisis en de toegenomen risico's die zij dientengevolge ook nog lopen, van belang hen voldoende mogelijkheden te bieden vermogen te verkrijgen om noodzakelijke investeringen in de kwaliteit van zorg te doen. Op dit moment blijkt dat veel aanbieders van medisch-specialistische zorg onvoldoende buffers hebben om financiële tegenvallers op te vangen en voldoende te blijven investeren om zorgverlening ook in de toekomst op peil te houden. Daar komt bij dat banken hun de eisen aan het verstrekken van vreemd vermogen in de vorm van leningen hebben aangescherpt. Op deze wijze draagt dit wetsvoorstel in mijn ogen juist bij aan de noodzakelijke opbouw van het zorgstelsel.

*De leden van de SP-fractie vragen of de toekomstige aandeelhouders medische expertise met zich meebrengen.*

Ik verwacht niet dat het primaire voordeel dat investeerders in medisch-specialistische zorg met zich meebrengen ligt in hun medische expertise. Toch verwacht ik dat er ook investeerders zijn die wel over deze expertise beschikken, naast de bedrijfseconomische expertise waar zij ook vaak over beschikken. Een voorbeeld van deze combinatie van bedrijfseconomische en medische expertise vormen private, strategische investeerders in Duitsland. Daar is 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.<sup>13</sup> Voor het opzetten van dit systeem was niet alleen een investering, maar ook medische expertise nodig.

*De leden van de SP-fractie vragen of de recente gebeurtenissen bij het Slotervaartziekenhuis zich, nadat de mogelijkheid van winstuitkering zal zijn ingevoerd, niet bij andere instellingen voor medisch-specialistische zorg zullen herhalen.*

De financiering van een zorgaanbieder is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder zelf. Conflicten tussen aandeelhouders kunnen optreden. Deze conflicten kunnen worden voorgelegd aan de rechter. Indien de kwaliteit of de veiligheid van de zorg vanwege bestuurlijk falen in het geding is, kan de IGZ ingrijpen. Als het conflict leidt tot problemen voor de continuïteit van cruciale zorg zal de NZa de zorgverzekeraar aanspreken uit het oogpunt van de zorgplicht.

Dit wetsvoorstel stelt voorwaarden aan aanbieders van medisch-specialistische zorg die winst willen uitkeren (en dus ook aan investeerders). Met deze voorwaarden ten aanzien van de kwaliteit en de financiële positie van aanbieders van medisch-specialistische zorg ga ik

<sup>13</sup> Gupta Strategists, *Private investeerders in ziekenhuiszorg. Quick scan inbreng privaat kapitaal in ziekenhuizen in internationale context*, 17 augustus 2009.

mogelijke risico's tegen die het aantrekken van privaat kapitaal in de medisch-specialistische zorg met zich zou kunnen brengen. Dlk heb geen reden om aan te nemen dat dit wetsvoorstel invloed heeft op de kans dat de recente gebeurtenissen bij het Slotervaartziekenhuis bij meer aanbieders van medisch-specialistische zorg zullen plaatsvinden. Deze gebeurtenissen hadden geen betrekking op het uitkeren van winst, aangezien dat nu nog is verboden.

*Ook willen deze leden weten of ik kan garanderen dat zorginstellingen niet in handen komen van aandeelhouders die de organisatie vervolgens opsplitsen in rendabele en onrendabele delen waarbij alleen de rendabele delen van de organisatie voortbestaan.*

Ik vind deze situatie niet per definitie ongewenst. Vanuit het oogpunt van het waarborgen van de betaalbaarheid van de zorg ben ik er niet in alle gevallen voorstander van om onrendabele zorg in stand te houden. De vrije prijsvorming die voor een deel van de DOT's geldt, leidt ertoe dat voor de desbetreffende DOT's een marktconforme prijs tot stand komt. Hierdoor kan het voorkomen dat bepaalde behandelingen niet meer rendabel zijn, omdat de vraag ernaar onvoldoende is. Daarbij is het overigens niet zo dat complexe zorg per definitie onrendabel is. In die gevallen waar sprake is van overcapaciteit, kan ik mij voorstellen dat een ontwikkeling naar een kleiner aantal aanbieders, dat beter aansluit bij de vraag, voordelen biedt voor de kwaliteit van de zorg.

Overigens 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 zou komen, bijvoorbeeld doordat deze zorg niet rendabel is voor aanbieders van medisch-specialistische zorg, zijn zorgverzekeraars dus genoodzaakt om hun vergoeding voor deze zorg te verhogen, zodat er wel voldoende aanbieders van medisch-specialistische zorg 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 SP-fractie vragen mij of ik kan aangeven wat rendabele en onrendabele onderdelen van zorg zijn.*

Zowel eenvoudige zorgvragen als zwaardere, meer complexe zorg kunnen – mits goed georganiseerd – rendabel zijn. De vrije prijsvorming die voor veel DOT's geldt, leidt ertoe dat voor de desbetreffende DOT's een marktconforme prijs tot stand komt. Indien een verzekeraar opmerkt dat bepaalde ziekenhuizen voor bepaalde DOT's alleen de minder complexe patiënten behandelen, kan hij een lagere prijs voor de prestatie afspreken dan bij ziekenhuizen die ook de complexe patiënten behandelen. Dat geldt overigens ook voor DOT's waarvoor nog maximumprijzen gelden. Aan de andere kant kan een zorgverzekeraar een UMC die juist de zwaardere 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. Dat is de taak van de NZa.

*Ook willen de leden van de SP-fractie weten wat dit zou betekenen voor het zorgaanbod.*

Dit wetsvoorstel biedt voor zorg waarvoor het beter is dat deze dichtbij geleverd wordt mogelijkheden om door het aantrekken van privaat kapitaal financiering van deze zorg te vergemakkelijken. Ook zal er kapitaal aangetrokken kunnen worden om extra te investeren in verbeteringen voor de patiënt waardoor meer patiënten kunnen worden aangetrokken.

*Deze leden willen voorts graag de garantie dat het zorgaanbod niet verschaalt als gevolg van de invoering van de winstuitkering.*

De verwachting is dat het overgrote deel van de private investeerders kwaliteitsverbetering zal stimuleren om zo de waarde van de aanbieder van medisch-specialistische zorg te vergroten. Dit blijkt ook uit internationale verkenningen naar de gevolgen van winstuitkering.<sup>14</sup> De reputatie van de aanbieder van medisch-specialistische zorg is immers cruciaal voor het 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 aanbieder van medisch-specialistische zorg en extra toezicht houden indien zij vermoedt dat de kwaliteit tot een onacceptabel niveau zakt.

*Daarnaast willen zij weten of er een garantie kan worden afgegeven dat door het eventueel opsplitsen van rendabele en onrendabele zorg door investeerders geen publiek geld verdwijnt uit de zakken van aandeelhouders.*

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 publieke randvoorwaarden is opgebracht, doet daar niet aan af.

De meeste ziekenhuizen zijn op dit moment stichtingen. Uit het algemene rechtspersonenrecht volgt dat stichtingen die winst willen uitkeren, zich daartoe in een besloten vennootschap (bv), naamloze vennootschap (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

<sup>14</sup> Gupta Strategists, *Private investeerders in ziekenhuiszorg, Quick scan inbreng privaat kapitaal in ziekenhuizen in internationale context*, 17 augustus 2009.

als geld met een publiek randje. Dergelijk geld zal dus niet als winst mogen worden uitgekeerd.

Geld dat instellingen voor medisch-specialistische zorg hebben verdiend nadat zij zich in een bv, nv of coöperatie hebben omgezet, zullen zij, mits aan de in dit wetsvoorstel opgenomen voorwaarden wordt voldaan, wél als winst kunnen uitkeren.

*De leden van de SP-fractie vragen of ik onderschrijf dat aandeelhouders geen, of tenminste minder, oog hebben voor het publieke belang van een goed zorgaanbod en de belangen van werknemers.*

Die stelling onderschrijf ik niet. De belangen van de privaatkapitaalverschaffers waar dit wetsvoorstel zich op richt, lopen parallel met de door de leden van de SP-fractie genoemde belangen. Ook investeerders zijn gebaat bij continuïteit van een aanbieder van medisch-specialistische zorg op de lange termijn, een gezonde financiële positie en het uitblinken in zorgverlening die aansluit bij de wensen en eisen van de patiënt. Op deze wijze zijn zij in staat op de lange termijn rendement te behalen op hun investering in de vorm van winstuitkering.

*De leden van de SP-fractie willen weten of ik erken dat het risico bestaat dat zorginstellingen risicoselectie gaan toepassen om zo de winst op te drijven. Zij vragen daarbij hoe kan worden voorkomen dat zorginstellingen «onrendabele» patiënten buiten de deur houden.*

De leden van de SP-fractie verwijzen naar het risico dat het door het toestaan van winstuitkering mogelijk is dat aanbieders van medisch-specialistische zorg zich vooral 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 zou zijn. Indien dat het geval is, ligt het in de rede dat de NZa alsnog een kostendekkende prijs vaststelt. Voor behandelingen met vrij onderhandelbare prijzen komt door vraag en aanbod vanzelf een markconforme prijs tot stand. Er is dan ook geen sprake van meer of minder rendabele behandelingen; elke behandeling zal een prijs hebben die overeenkomt met de complexiteit ervan.

Als aanbieders van medisch-specialistische zorg zich richten op de meest rendabele zorgprestaties, bestaat ook het risico van patiëntenselectie. Uiteraard moet voorkomen worden dat de behandeling van complexere patiënten in het geding komt. Doordat de DOT-structuur 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 ik de mogelijke effecten van winstuitkering op patiëntenselectie nauw in de gaten houden. Om die reden zal ik de 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 ik bekijken welke aanvullende maatregelen noodzakelijk zijn.

*Deze leden willen weten of bij zorginstellingen het publieke belang van een goed zorgaanbod en de belangen van werknemers voorop hoort te staan. Ook vragen zij hoe dit rijmt met de introductie van de winstuitkering waarmee investeerders die uit zijn op geld worden aangetrokken.*

Aanbieders van medisch-specialistische zorg zijn en blijven privaat georganiseerde entiteiten die zelfstandig actief zijn binnen het stelsel van regels en regulering dat van toepassing is op de gezondheidszorg. Het wetsvoorstel brengt daar geen verandering in. Binnen het stelsel in de zorg zoals dit met de inwerkingtreding van de Zvw is geïntroduceerd, past het dat aanbieders van medisch-specialistische zorg kunnen kiezen welke mix van financieringsbronnen zij inzetten om hun kapitaalbehoefte te financieren. De randvoorwaarden zijn en blijven bepaald door de overheid. Door deze regulering beschermt de overheid de publieke belangen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

Ik verwacht dat het toestaan van winstuitkering positieve effecten heeft voor de kwaliteit en doelmatigheid van zorg voor de patiënt. Het hoofddoel van dit wetsvoorstel is de verbetering van de kwaliteit, dienstverlening aan de patiënt en de doelmatigheid van de medisch-specialistische zorg. Zeker gezien de huidige financiële crisis is het bovendien van belang deze mogelijkheid om financiering aan te trekken in de vorm van privaat kapitaal voor aanbieders van medisch-specialistische zorg beter mogelijk te maken. Een toename van investeringen door het toestaan van winstuitkering leidt naar verwachting tot een verbeterde kwaliteit en dienstverlening van aanbieders van medisch-specialistische zorg. 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 gaat 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 leed (heropnames, meer ligdagen) en meer kosten. Bovendien loopt de aanbieder van medisch-specialistische zorg een reëel risico op reputatieschade indien zou worden beknibbeld op kwaliteit en veiligheid. Patiënten blijven dan weg waardoor òn de omzet daalt òn de kans op winst(uitkering) daalt.

Verder verwacht ik dat private investeerders zullen investeren in transparantie van de kwaliteit van zorg. Door kwaliteitsinformatie aan te bieden, kunnen aanbieders aantonen dat zij goede kwaliteit leveren. Zo kunnen zij meer patiënten naar zich toe trekken, waardoor de kans op winst(uitkering) toeneemt. Uiteraard is deze transparantie ook aantrekkelijk voor patiënten, omdat zij hierdoor betere keuzen kunnen maken. Ten slotte verwacht ik dat private investeringen aanbieders van medisch-specialistische zorg 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 SP-fractie willen weten of het risico bestaat dat vakbonden, zoals in het Slotervaart is gebeurd, na de invoering van de mogelijkheid van winstuitkering ook in andere zorginstellingen voor medisch-specialistische zorg nauwelijks meer binnenkomen, zoals ook in het Slotervaart is gebeurd. Zo ja, is dit aanvaardbaar?*

Het is belangrijk dat leden van de vakbond hun werk kunnen doen. Daarom is in de wet ook bescherming geboden ten aanzien van het vakbondlidmaatschap. Het enquêterecht regelt bijvoorbeeld dat onder andere vakbonden een verzoek kunnen doen aan de Ondernemingskamer om een onderzoek in te stellen naar het beleid en de gang van zaken van een bedrijf of een stichting of vereniging. Een vakbond doet zo'n verzoek als hij ernstig twijfelt aan een juist beleid en of mogelijk sprake is van

wanbeleid of mismanagement. Dit geldt voor zorgaanbieders die winst uitkeren als voor zorgaanbieders die geen winst uitkeren.

*De leden van de SP-fractie willen weten of de zorgbrede governancecode ten aanzien van de onafhankelijkheid van de raad van toezicht in het Slotervaartziekenhuis niet is nageleefd, of ik dit onwenselijk vind, en of ik de vrees deel dat door de invoering van de winstuitkering meer zorginstellingen deze richting op gaan, omdat de investeerders geen behoefte hebben aan onafhankelijk toezicht. Hiermee is het publieke belang toch niet gediend?*

Los van de zorgbrede governancecode, ben ik van mening dat de raad van toezicht van een zorgaanbieder zo moet zijn samengesteld dat de leden ten opzichte van elkaar, de dagelijkse en algemene leiding van de instelling en welk deelbelang dan ook onafhankelijk en kritisch kunnen opereren. De Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) verplicht deze onafhankelijkheid voor de raad van toezicht.

Het is primair de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis om de governance zo te organiseren dat de onafhankelijkheid wordt geborgd. De IGZ is belast met het toezicht op de Wtzi. De IGZ heeft onderzoek gedaan naar de situatie in het Slotervaart, en heeft geconstateerd dat het Slotervaartziekenhuis, met de toetreding van de heer Dekker tot de raad van bestuur, de bepalingen van de Wtzi niet heeft nageleefd. Tijdens het onderzoek van de IGZ heeft de heer Dekker zijn functie als interim-bestuurder bij het Slotervaartziekenhuis neergelegd, waarmee de overtreding is beëindigd.

Aangezien de verplichting voor een onafhankelijke raad van toezicht wettelijk is vastgelegd, en er bij schending handhavend kan worden opgetreden, deel ik niet de vrees dat meer aanbieders van medisch-specialistische zorg deze kant opgaan. Hiervoor is het ook van belang dat de IGZ een handhavingsinstrumentarium heeft dat zij effectief kan inzetten. Dit instrumentarium zoals vastgelegd in de Wtzi bezie ik momenteel in het kader van de brief goed bestuur. Deze zal ik u dit najaar doen toekomen.

*De leden van de SP-fractie vrezen dat zorginstellingen zich door dit wetsvoorstel losmaken van de brancheorganisatie waardoor zij niet meer gebonden zijn aan de governancecode. Zij willen op drie punten weten of ik deze vrees deel en hoe dit zal worden ondervangen. Zij vragen daarbij specifiek naar het recht van belanghebbenden om geïnformeerd en geraadpleegd te worden, het recht van enquête dat in de governancecode is vastgelegd en de voorwaarde dat bestuurders geen aandelen mogen krijgen bij wijze van beloning.*

Mochten er gevallen komen waar investeerders zich niet aan de zorgbrede governancecode willen houden, dan zal de zorgaanbieder zich nog steeds aan de in mijn vorige antwoord bedoelde, bestaande en toekomstige Wtzi-bepalingen moeten houden. Overigens verwacht ik niet dat investeerders ervoor zullen kiezen om de zorgbrede governancecode niet te onderschrijven. Investeerders hebben er tenslotte een belang bij dat de governance in een instelling goed is geregeld. Goed bestuur en intern toezicht bij een zorginstelling is een randvoorwaarde voor het leveren van verantwoorde zorg. Immers, tekortschietende bestuurlijke kwaliteit kan een risico opleveren voor de zorgkwaliteit. Het is dan ook belangrijk voor investeerders dat de governance bij een zorgaanbieder goed is geregeld.

Wat betreft de genoemde onderwerpen gelden wettelijke eisen. Daar dienen de zorgaanbieders derhalve aan te voldoen. Zo is wettelijk vastgelegd dat belanghebbenden zoals cliëntenraden inspraak hebben door middel van (verzwaarde) adviesrechten. De Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz) bepaalt naast het recht op medezeggenschap voor cliënten ook dat de cliëntenraad onder andere invloed kan uitoefenen op een wijziging van de doelstelling of de grondslag van een instelling, het overdragen van de zeggenschap of fusie of het aangaan of verbreken van een duurzame samenwerking met een andere instelling, de gehele of een gedeeltelijke opheffing van de instelling, verhuizing of ingrijpende verbouwing, een belangrijke wijziging in de organisatie, een belangrijke inkrimping, uitbreiding of andere wijziging van de werkzaamheden, de begroting en de jaarrekening, het algemeen beleid inzake de toelating van cliënten en de beëindiging van de zorgverlening aan cliënten, het algemeen beleid op het gebied van de veiligheid, de gezondheid of de hygiëne en de geestelijke verzorging van, maatschappelijke bijstand aan en recreatiemogelijkheden en ontspanningsactiviteiten voor cliënten, de systematische bewaking, beheersing of verbetering van de kwaliteit van de aan cliënten te verlenen zorg en de vaststelling van een klachtenregeling. Ook mag de cliëntenraad invloed uitoefenen op de samenstelling van het bestuur of de raad van toezicht door middel van een bindende voordracht. Ook de toegang voor cliëntenraden tot de Ondernemingskamer van het Gerechtshof Amsterdam is reeds wettelijk vastgelegd, namelijk in de Wtzi.

Naast de verschillende eisen die zijn vastgelegd voor het betrekken van belanghebbenden, zijn tevens eisen gesteld aan de mogelijkheid voor bestuurders om aandelen te ontvangen. Dit is slechts mogelijk zolang de bezoldiging inclusief de waarde van de aandelen binnen de norm van de Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semipublieke sector (verder ook genoemd: Wet normering topinkomens;Wnt) blijft én zolang het geen prestatieafhankelijke beloning is, want bonussen zijn verboden. Aangezien deze voorwaarden de publieke belangen voldoende borgen, kies ik er niet voor om aandeelhouderschap voor bestuurders te verbieden. Tenslotte kan het er ook voor zorgen dat bestuurders zich extra gaan inzetten voor de zorgaanbieder vanwege het financiële belang dat ze hebben.

*De leden van de SP-fractie willen voorts weten of ik het met hen eens ben dat een honorering van een lid van de raad van toezicht, afhankelijk van de resultaten van de zorgorganisatie, een perverse prikkel is die publiek belang van de zorginstelling naar de achtergrond kan verdringen. Zo ja, dan willen zij graag weten hoe ik zo'n resultaatsafhankelijke honorering zal voorkomen.*

Op grond van de Wnt mogen leden en voorzitters van de raden van toezicht van zorginstellingen geen resultaatsafhankelijke beloningen krijgen. Hier vallen ook winstuitkeringen onder. De Wnt voorkomt derhalve dat de leden en de voorzitters van de raden van toezicht uit eigenbelang (namelijk de mogelijkheid om mee te delen in de winst) onvoldoende controleren of de uitkering van de winst wel aan de in voorliggend wetsvoorstel neergelegde voorwaarden voldoet.

*De leden van de SP-fractie willen een garantie dat niet meer zorginstellingen de brancheorganisatie verlaten om zo niet meer gebonden te zijn aan de governancecode.*

Ik kan dat niet garanderen. Zorginstellingen besluiten zelf om de Zorgbrede govenancecode al dan niet te onderschrijven. In de praktijk onderschrijft een overgrote meerderheid van de zorginstellingen deze

code. Ik hecht veel waarde aan dit initiatief van het veld dat ook brede steun in het veld geniet. Na de zomer kom ik met een brief met nadere voorstellen voor de corporate governance van zorginstellingen.

*Daarnaast willen genoemde leden weten of de wens om zich zoveel mogelijk te onttrekken aan de governancecode niet inherent is aan de invoering van de winstuitkering.*

Ik zie niet waarom het huidige wetsvoorstel tot gevolg zou hebben dat meer aanbieders van medisch-specialistische zorg zich aan de governancecode zouden onttrekken. Deze partijen hebben ten slotte een groot belang bij kwalitatief goede en veilige zorg en transparantie en verantwoording naar de maatschappij, de verzekeraar en de patiënt; iets waaraan een goede governance een belangrijke bijdrage levert.

*De leden van de CDA-fractie vragen welk probleem wordt opgelost met het toestaan van gereguleerde winstuitkering. Daarbij vragen zij ook om een reactie op de uitspraak van de voorzitter van de raad van bestuur van de Maartenskliniek in Nijmegen.*

Banken stellen op dit moment relatief hoge eisen aan het verstrekken van leningen aan aanbieders van medisch-specialistische zorg. De risico's voor deze zorginstellingen zijn binnen het huidige stelsel toegenomen. Zij hebben echter zelf nog geen kans risicodragend vermogen aan te trekken om financiële tegenvallers op te vangen door middel van het uitkeren van winst. 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 een belangrijke oplossing voor deze situatie. Doordat het voor aanbieders van medisch-specialistische zorg mogelijk wordt om risicodragend eigen vermogen aan te trekken, zullen zij minder afhankelijk zijn van vreemd vermogen, onder andere in de vorm van leningen bij banken. Daarnaast zorgt een groter eigen vermogen ervoor dat zorginstellingen gemakkelijker aan de eisen van banken kunnen voldoen. Oftewel: met een groter eigen vermogen zijn zij beter in staat om vreemd vermogen aan te trekken. De totale kapitaal-lasten worden dientengevolge mogelijk lager.

Ik ben het niet eens met de uitspraak waarnaar de leden van de CDA-fractie verwijzen. In mijn ogen zorgt vooral de financiële crisis ervoor dat banken de geldkraan voor aanbieders van medisch-specialistische zorg aandraaien. In dat licht kan het zo zijn dat een investering voor een bank relatief minder interessant is dan voor een private investeerder. Ik zie dit wetsvoorstel juist als een goede manier om hierop in te spelen. De uitbreiding van het eigen vermogen door het aantrekken van privaat kapitaal zorgt ervoor dat aanbieders van medisch-specialistische zorg 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 aanbieders van medisch-specialistische zorg minder gemakkelijk bereid om leningen te geven indien niet eerst het eigen vermogen verhoogd wordt.

*De leden van de CDA-fractie vragen een reactie op de stelling dat naarmate regulier aanbod beter georganiseerd is, private investering minder aantrekkelijk wordt.*

Een groep van privaatkapitaalverschaffers in de zorg in Nederland houdt zich inderdaad bezig met investeringen en daaraan gekoppelde verandertrajecten. Zij stappen in op het moment dat een zorgaanbieder niet goed presteert en er op eigen kracht niet meer uitkomt om verbeteringen door te voeren. Deze groep privaatkapitaalverschaffers tracht de investeringen hand in hand te laten gaan met veranderingen en kwaliteitsverbeteringen. Als de zorgaanbieder dan uiteindelijk verbeterd is en ook financieel beter presteert, kan de privaatkapitaalverschaffer mogelijk de investering terug verdienen met rendement. Deze categorie «*turn around*» investeringen hebben we in de Nederlandse zorgsector een aantal keer gezien. Privaatkapitaalverschaffers die willen investeren in reeds gezonde zorgaanbieders komen echter wel degelijk ook voor. Het feit dat deze nog wegblijven is onder andere een gevolg van het verbod op winstuitkering.

*De leden van de CDA-fractie zouden graag een reactie willen hebben op een passage in een artikel in het Financieele Dagblad van 30 maart jongstleden.*

Het artikel stelt dat de situatie rond het Slotervaartziekenhuis is ontstaan als gevolg van het feit dat er privaat geld de sector wordt binnengebracht. Allereerst merk ik op dat alle aanbieders van medisch-specialistische zorg vrijwel volledig privaat gefinancierd zijn. De situatie bij het Slotervaartziekenhuis is een gevolg van een verschil van mening tussen de verschillende aandeelhouders. Een dergelijke situatie kan zich dus ook voordoen indien er een verbod op winstuitkering is. Maar ik erken dat als er meer soorten privaatkapitaalverschaffers actief worden er verschillen van inzicht kunnen ontstaan. Juist daarom is regulering van belang. Naar aanleiding van de situatie rond het Slotervaartziekenhuis is mij gebleken dat een aantal maatregelen van belang is.

Ten eerste is mij opgevallen dat de maatschappelijke onrust vooral voortleek te komen uit het gebrek aan transparantie over wie nu precies eigenaar van het Slotervaartziekenhuis is. Op het moment is niet openbaar wie de aandeelhouders van een besloten vennootschap (zoals het Slotervaartziekenhuis) zijn, tenzij er slechts één aandeelhouder is. De Minister van Veiligheid en Justitie (V&J) heeft wetgeving in voorbereiding die strekt tot de instelling van een centraal aandeelhoudersregister. Dit register biedt de mogelijkheid eenvoudig vast te stellen wie de aandeelhouders zijn en welke aandelen (in welke rechtspersonen) bepaalde personen hebben.

Ten tweede valt mij op dat het Slotervaartziekenhuis afwijkt van de normen uit de Governancecode, die het wel onderschrijft. Ik vind dat onwenselijk. Als een zorgaanbieder er voor kiest om de Governancecode te onderschrijven, dan moet die zorgaanbieder wat mij betreft de hele code omarmen. De hoofdregels die echt belangrijk zijn, moeten echter wettelijk verankerd zijn, zodat de Governancecode slechts een uitwerking van de wettelijke hoofdregels is. Ik stuur uw Kamer dit najaar een brief over mijn voornemens op het vlak van goed bestuur.

Ten derde is toezicht het sluitstuk voor de werking van de governancebepalingen. Zolang de overheid niet handhavend optreedt bij schending van governancebepalingen is de kans klein dat zorgaanbieders zich er aan houden. Van belang is dat IGZ haar handhavingsinstrumentarium vaker en sneller inzet (bijv. last onder bestuursdwang wanneer bepalingen Wtzi worden geschonden). Tevens is van belang dat IGZ een handhavingsinstrumentarium tot haar beschikking heeft waarmee zij effectief kan handhaven. Waar dit nog niet het geval is, wil ik dit regelen. Ik heb de IGZ gevraagd te inventariseren welke instrumenten zij nog mist voor een effectieve handhaving van governancebepalingen.

Ook moet de kennis van de IGZ over toezicht op governance worden vergroot. Zoals op 14 maart jl. met uw Kamer besproken, gaat de IGZ scherper toezien op veilige zorg. Hiervoor heb ik een verbetertraject in gang gezet. Binnen dit verbetertraject staat mij voor ogen dat de IGZ zich verder moet ontwikkelen van adviseur naar handhaver. Dit geldt voor alle gebieden waarop de IGZ toezicht houdt, dus ook voor governance. *De leden van de CDA-fractie vragen welke alternatieven naast het toestaan van winstuitkering zijn overwogen om de kwaliteit van bestuurders in de zorg te verbeteren.*

Waar het onderhavige wetsvoorstel kan bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van het bestuur van aanbieders van medisch-specialistische zorg, is dit niet de enige aanpassing waarop wordt ingezet. In het Wetsvoorstel cliëntenrechten zorg (Wcz) werden verschillende voorstellen gedaan om de kwaliteit van bestuurders in de zorg te verbeteren. Gegeven het belang van een snelle wettelijke regeling van het klachtrecht, heb ik er onlangs echter voor gekozen om de vijf belangrijkste onderwerpen uit het wetsvoorstel afzonderlijk verder te brengen. Zoals eerder besproken met uw Kamer en conform mijn toezegging in de brief «Van systemen naar mensen»<sup>15</sup> ontvangt u dit najaar een brief waarin ik onder andere zal ingaan op het verbeteren van de kwaliteit van het bestuur en toezicht in de zorg. Hierin zal ik ook aangeven welke opties ik zie om dit in de toekomst te verbeteren.

*Deze leden vragen hoe de verwachting dat door het toestaan van winstuitkering meer nieuwe aanbieders de markt zullen betreden en hun marktaandeel zal toenemen zich verhoudt met de voorgestelde wijziging van artikel 13 van de Zvw.*

Met de voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw<sup>16</sup> worden de prikkels om te komen tot kwalitatief goede, vernieuwende, doelmatige en vraaggerichte zorg op drie punten versterkt.

Allereerst wordt verzekeraars duidelijkheid geboden: ze zijn vrij om, ingeval de zorg in natura is verzekerd, wel of geen vergoeding in de polis op te nemen in het geval de verzekerde naar een aanbieder gaat die de verzekeraar niet heeft gecontracteerd. Beter dan nu kunnen verzekeraars vergoeding van zorg door kwalitatief ondermaatse of dubieuze zorgaanbieders daarmee buiten de deur houden.

Een tweede versterking van de prikkel is dat de naturaverzekeraars eerder duidelijk maken welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn voor het nieuwe jaar. In het voorstel wordt geregeld dat zorgverzekeraars voor de zorg die in natura is verzekerd zes weken voor het verstrijken van de jaarlijkse opzegdatum (31 december) moeten publiceren met welke aanbieders in het volgende verzekeringsjaar contracten zijn gesloten. Doen ze dit niet, dan heeft een verzekerde die in dat jaar naar een niet gecontracteerde aanbieder gaat recht op volledige vergoeding van de gemaakte zorgkosten. Op deze wijze kunnen verzekerden beter dan nu daadwerkelijk meesturen op basis van de (kwaliteit van de) gecontracteerde zorg. Als het gebodene ze niet bevalt, kunnen ze immers nog overstappen naar een andere verzekeraar.

---

<sup>15</sup> Kamerstuk 32 620, nr. 78.

<sup>16</sup> Wetsvoorstel tot Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben, Kamerstuk 33 362, nrs. 1-3 e.v.

De derde prikkilversterking is ondersteunend aan de voorgaande twee. Met het wetsvoorstel wordt de transparantie in het polisaanbod groter. Als de wijziging van artikel 13 Zvw wordt aangenomen, kan alleen voor in natura verzekerde zorg minder dan het in Nederland gebruikelijke marktconforme tarief worden vergoed voor niet-gecontracteerde zorg.

Ook het mogelijk maken van het uitkeren van winst versterkt de mogelijkheden om te komen tot kwalitatief goede, vernieuwende doelmatige en vraaggerichte zorg. Dit met name doordat aanbieders van medisch-specialistische zorg toegang krijgen tot extra mogelijkheden om te investeren. Er is geen reden om te veronderstellen dat nieuwe, door private partijen gefinancierde instellingen na inwerkingtreding van artikel 13 Zvw minder vaak gecontracteerd zullen worden dan de bestaande instellingen, althans, zolang de nieuwe instellingen goede kwaliteit leveren. Sterker, het verbod op verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, dat hoofdonderwerp vormt van het wetsvoorstel waarin artikel 13 Zvw gewijzigd wordt, zal juist een eerlijke inkoop bij zorginstellingen garanderen, nu dat wetsvoorstel regelt dat zorgverzekeraars geen zorg mogen inkopen bij «hun eigen» zorgaanbieders. De twee voorstellen liggen dus in elkaars verlengde.

De leden van de CDA-fractie hebben de indruk gekregen dat een ziekenhuis in de toekomst drie financieringsbronnen kan hebben: eigen vermogen, vreemd vermogen en premiegelden van de zorgverzekeraar. Zij vragen welke schuldeisers als eerste bediend worden indien een ziekenhuis failliet gaat.

Allereerst merk ik op dat geld dat een ziekenhuis van een zorgverzekeraar ontvangt als wederprestatie voor verleende of nog te verlenen zorg, niet te zien is als premiegeld. De ziekenhuizen ontvangen dit geld immers in het kader van een privaatrechtelijke overeenkomst van opdracht. Dat het geld dat de zorgverzekeraar in ruil voor de verleende of nog te verlenen zorg verstrekt ooit in de premie- (en belasting)sfeer is opgehaald, doet daar niet aan af.

Vervolgens merk ik op dat een zorgverzekeraar die een ziekenhuis heeft betaald voor geleverde diensten, uiteraard geen vordering in het faillissement heeft. De vraag van de leden van de CDA-fractie interpreteer ik dan ook zo, dat zij willen weten welke vordering voorrang heeft indien een faillerend ziekenhuis eigen vermogen heeft gehad dat door aandeelhouders is ingebracht, vreemd vermogen heeft gehad dat als lening door een bank is verstrekt, en geld van een zorgverzekeraar heeft gehad als voorschot voor nog te verlenen zorg.

In dit geval hebben de aandeelhouders slechts recht op een deel van de netto-opbrengst van de boedel voor zover die meer dan nihil zou bedragen nadat alle andere vorderingen zouden zijn voldaan. De kans dat er nog een positief restant is, is echter uiterst klein. De facto zullen de aandeelhouders derhalve hun investering kwijt zijn.

De bank en de zorgverzekeraar kunnen hun vordering bij de curator inbrengen. Indien noch de bank, noch de zorgverzekeraar een voorrangrecht heeft (of juist met het ziekenhuis heeft afgesproken dat zijn vordering een lagere rang heeft dan de wet hem toekent), zijn beide vorderingen van gelijke hoogte en worden ze derhalve naar evenredigheid uit de netto-opbrengst voldaan (art. 3:277 BW), voor zover daarvan althans nog iets over is nadat de vorderingen van preferente schuldeisers, zoals de fiscus, zijn voldaan. In de praktijk zullen banken overigens bij de lening vaak een hypotheekrecht hebben geregeld. Dat betekent dat zij voorrang hebben op de waarde het vastgoed en eventuele andere goederen van het ziekenhuis.

*De leden van de CDA-fractie vragen hoe de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gaat monitoren of winstuitkering tot patiëntselectie leidt en of ten*

*gevolge van (de mogelijkheid van) winstuitkering een probleem voor de toegankelijkheid ontstaat.*

De NZa zal de ontwikkeling van het aantal doorverwijzingen tussen ziekenhuizen volgen, aangezien deze een belangrijke aanwijzing kunnen zijn voor patiëntselectie. Daarnaast zal de NZa bij de beoordeling van de toegankelijkheid naar de wachttijden kijken. In antwoorden op vragen van de leden van de PvdA- en SP-fractie heb ik overigens al aangegeven, waarom ik verwacht dat het risico van patiëntselectie klein is.

*De leden van de CDA-fractie vragen om nogmaals in te gaan op hun eerdere vraag of de klassieke maatschapsstructuur omgevormd dient te worden.*

De huidige maatschapsconstructie is een zeer vrij omschreven organisatievorm waarbinnen allerlei onderwerpen georganiseerd kunnen worden; de structuur is geen belemmerende factor voor een grotere gelijkgerichtheid van belangen. Het lijkt mij voor een betere afstemming van de belangen van specialisten, ziekenhuisbesturen en patiënten niet wenselijk of noodzakelijk om voor te schrijven dat de huidige maatschapsstructuur dient te worden omgevormd. Ik ben die mening toegedaan omdat in de huidige maatschapsverbanden voldoende ruimte is om afspraken te maken over bijvoorbeeld deling van risico's tussen ziekenhuizen en specialisten, participatie in investeringen door specialisten, enzovoorts.

*De leden van de CDA-fractie willen graag weten hoe de nieuwe voorwaarden neergelegd in de nota van wijziging zich verhouden tot de van toepassing zijnde Europeesrechtelijke regelgeving inzake het vrije kapitaalsverkeer.*

Om de publieke belangen van de volksgezondheid en het financiële evenwicht van het gezondheidszorgstelsel te waarborgen, wordt de mogelijkheid van het doen van een winstuitkering aan een aantal voorwaarden gekoppeld. Pas wanneer aan deze voorwaarden is voldaan, is winstuitkering toegestaan. Met de nota van wijziging zijn nog enkele aanvullende voorwaarden toegevoegd, namelijk dat winstuitkering alleen mogelijk is indien de solvabiliteit 20 procent of hoger blijft en alleen als de instelling gedurende de drie aan de winstuitkering voorafgaande boekjaren een positief resultaat uit de gewone bedrijfsuitoefening had.

Omdat de uitkering van winst aan mogelijke buitenlandse investeerders ook aan deze voorwaarden moet voldoen, kan er bij deze grensoverschrijdende transacties een beperking ontstaan van het vrij verkeer van kapitaal. Dergelijke beperkingen zijn toegestaan, mits is voldaan aan de criteria die volgen uit de rechtspraak van het Hof van Justitie van de Europese Unie. Met de voorwaarden worden dwingende redenen van algemeen belang gediend: de volksgezondheid (in het bijzonder de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg) en het financiële evenwicht van het gezondheidszorgstelsel. De voorwaarden zijn tevens evenredig, proportioneel, kenbaar en non-discriminatoire.

De aanvullende voorwaarden voldoen dus, net als de reeds in het wetsvoorstel opgenomen voorwaarden, aan de door het Hof gestelde criteria voor rechtvaardiging van een beperking van het vrij verkeer van kapitaal.

*De leden van de CDA-fractie vragen of het klopt dat een organisatie die door delen van zijn organisatie te verkopen drie jaar een positief exploitatieresultaat heeft, gewoon tot winstuitkering kan overgaan, dus zelfs als de exploitatie zonder de verkopen negatief zou zijn.*

Als de verkoop van deze delen een daadwerkelijke, gerealiseerde winst opleveren, dan is dat inderdaad het geval. In de praktijk zijn zorginstellingen bijna allemaal stichtingen. Het vermogen van deze stichtingen blijft beklemd vermogen. Dat betekent dat zelfs na omzetting in een bv, nv of corporatie het vermogen ten goede moet komen aan het doel van de stichting.

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen in hoeverre het wenselijk is dat winst die wordt gemaakt in de zorg terugvloeit naar aanbieders en niet naar daadwerkelijke belanghebbenden, de cliënten.*

Dat aanbieders van medisch-specialistische zorg winst zullen uitkeren, wil niet zeggen dat er minder geld ten goede van de patiënt besteed zal worden. Ik verwacht juist dat het toestaan van winstuitkering zal leiden tot meer mogelijkheden voor aanbieders van medisch-specialistische zorg om te investeren in de zorg. 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 deze 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 aanbieders van medisch-specialistische zorg 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 deze 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.

*Ook vragen deze leden hoe kan worden voorkomen dat deze financiële prikkel leidt tot toenemende volumegroei, waarbij voornamelijk financiële motieven van zorgaanbieders voorop staan en niet het leveren van kwaliteit van zorg.*

De leden van de ChristenUnie-fractie verwijzen naar het risico dat winststreven een extra stimulans aan aanbieders van medisch-specialistische zorg kan geven om hun omzet te verhogen. Indien zij dit doen door betere kwaliteit te leveren dan andere aanbieders van medisch-specialistische zorg en daardoor meer patiënten naar zich toe trekken, die anders naar een andere zorgaanbieder zouden gaan, 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.

Met de vergroting van de risicodragendheid van verzekeraars wordt hun countervailing power versterkt. 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 *ultimum remedium* heb ik bovendien het macrobeheersinstrument. Het ingediende wetsvoorstel bevat daarom geen aanvullende maatregelen op dit terrein.

## 2. Solvabiliteitseis

*De leden van de VVD-fractie vragen hoeveel ziekenhuizen op dit moment een solvabiliteit hebben van 20 procent of hoger.*

Voor 2012 zijn bij mij nog niet voldoende gegevens bekend om een overzicht te geven van de solvabiliteitspositie van de Nederlandse ziekenhuizen. Zoals ik ook in de toelichting van de nota van wijziging heb aangegeven, blijkt dat in 2011 16 van de 80 ziekenhuizen voldeden aan de voor dit wetsvoorstel gestelde streefnorm van twintig procent solvabiliteit.<sup>17</sup> Gemiddeld is de solvabiliteit van algemene ziekenhuizen in de afgelopen jaren gestegen, van 12,0 procent in 2009, 14,1% in 2010 naar 14,9% in 2011.<sup>18</sup>

*De nota van wijziging stelt dat «20 procent aansluit bij de streefnorm die in verschillende onderzoeken en in het veld veelvuldig wordt gehanteerd». De leden van de VVD-fractie vragen welke onderzoeken en welk veld worden bedoeld.*

De streefnorm voor solvabiliteit van twintig procent komt veelvuldig naar voren in studies naar de financiële positie van aanbieders van medisch-specialistische zorg, bijvoorbeeld door grote accountancy- en adviesorganisaties. Verschillende van deze bureaus beschrijven jaarlijks de stand van zaken van de financiële positie van deze zorginstellingen in de gezondheidszorg. Zij baseren zich daarbij onder andere op de jaarverslagen van zorginstellingen. BDO geeft bijvoorbeeld in de *Benchmark ziekenhuizen 2012* aan dat naar hun mening «de solvabiliteit toe [dient] te groeien naar minimaal 20%».<sup>19</sup> Ook in de *Brancheanalyse gezondheidszorg 2012* van PriceWaterhouseCoopers staat dat een solvabiliteit onder de twintig procent niet voldoende is gezien de grotere risico's die aanbieders van medisch-specialistische zorg met ingang van 2012 lopen.<sup>20</sup> Met «het veld» worden dus de instellingen voor medisch-specialistische zorg bedoeld.

*De leden van de PvdA-fractie vragen of een overzicht kan worden gegeven van de solvabiliteit van Nederlandse ziekenhuizen, waarbij zij specifiek vragen hoeveel ziekenhuizen reeds voldoen aan de 20-procentnorm en hoeveel niet.*

Voor het antwoord op deze vraag van de leden van de PvdA-fractie verwijs ik hen naar mijn antwoord op dezelfde vraag van de leden van de VVD-fractie hierboven.

*De leden van de SP-fractie vragen of het kabinet, gezien de aanvullende voorwaarden die zij in de nota van wijziging stelt, nu zelf de nadelen en gevaren van winst steeds meer begint in te zien. Ook vragen zij of het dientengevolge niet verstandiger is om af te zien van het toestaan van het uitkeren van winst.*

<sup>17</sup> BDO, *Benchmark ziekenhuizen 2012*, oktober 2012.

<sup>18</sup> BDO, *Benchmark ziekenhuizen 2012*, oktober 2012; PriceWaterhouseCoopers, *Brancheanalyse gezondheidszorg 2012*, december 2012, p. 17.

<sup>19</sup> BDO, *Benchmark ziekenhuizen 2012*, oktober 2012, p. 14.

<sup>20</sup> PriceWaterhouseCoopers, *Brancheanalyse gezondheidszorg 2012*, december 2012, p. 17.

Ook in de memorie van toelichting bij het oorspronkelijke wetsvoorstel heb ik al aangegeven dat ik onderken dat het ongeclausuleerd toestaan van winstuitkering naast een positieve stimulans mogelijk risico's met zich meebrengt voor de kwaliteit en doelmatigheid van zorg. In het wetsvoorstel zijn dan ook voorwaarden gesteld om het optreden van dergelijke risico's te voorkomen. Ik verwacht dat met de aanvullende voorwaarden in de nota van wijziging een nog betere balans gevonden is tussen het vermijden van risico's enerzijds en het vermijden van te stringente voorwaarden die het animo om te investeren zouden wegnemen anderzijds.

*De leden van de SP-fractie willen weten of de problemen bij banken tijdens de economische crisis te maken hebben met de onverantwoorde risico's die zij hebben genomen. Ook vragen zij of wordt onderkend dat daarmee het publieke belang in ernstige mate geschaad is.*

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.

*Ook vragen zij of er een garantie is dat investeerders het voortbestaan van zorginstellingen niet op het spel zetten om er zelf financieel beter van te worden.*

Zoals ik ook in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel heb beschreven, onderken ik dat het ongeclausuleerd toestaan van winstuitkering naast een positieve stimulans risico's met zich meebrengt voor de kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Deze risico's doen zich voornamelijk voor bij investeerders die zich richten op kortetermijnwinstbejag. Investeerders die zich voor een langere termijn aan een aanbieder van medisch-specialistische zorg willen verbinden, hebben er zelf ook belang bij dat deze aanbieder ook op de langere termijn financieel gezond is en zorg levert die afgestemd is op de wensen en behoeften van patiënten.

Om het risico van ongewenste winstuitkeringen door kortetermijninvesteerderstegen te gaan, heb ik zowel in het oorspronkelijk wetsvoorstel als in de nota van wijziging voorwaarden gesteld die aanbieders van medisch-specialistische zorg in acht moeten nemen indien zij winst uit willen keren aan privaatkapitaalverschaffers. Met deze voorwaarden en de maatregelen die al in het wetsvoorstel zijn genoemd, richt het wetsvoorstel zich op langetermijninvesteerders. Het geeft daarmee voldoende waarborgen.

*Tevens willen de leden van de SP-fractie weten of ik erken dat de solvabiliteitseis als gevolg heeft dat er veel geld, dat eigenlijk voor de zorg is bedoeld, ongebruikt blijft liggen.*

Voldoende solvabiliteit opbouwen is in mijn ogen niet hetzelfde als ongebruikt geld laten liggen. Ik vindt het verstandig als organisaties, ongeacht of zij winst uitkeren of niet, voldoende solvabiliteit hebben om te kunnen investeren in vernieuwingen, zodat zij met hun tijd mee kunnen. Ik vind het ook verstandig dat zij voldoende solvabiliteit hebben om tegenslagen te overbruggen. In het algemeen wordt aangenomen dat daarvoor twintig procent solvabiliteit nodig is, uitgedrukt als percentage van het balanstotaal.

*Deze leden vragen of ik erken dat dit nodig is als de zorg volledig publiek gefinancierd wordt omdat de overheid dan garant staat.*

Allereerst ga ik ervan uit dat de leden beogen te stellen, dat een solvabiliteitsmarge van 20% *niet* nodig zou zijn indien de zorg volledig publiek gefinancierd zou zijn. Als de leden dit bedoelen, hebben ze gelijk. De medisch-specialistische zorg is op dit moment echter niet publiek, maar privaat gefinancierd. Dat (een deel van) het geld ooit op basis van publieke regels bijeen is gebracht, is hierbij niet van belang. Ook leningen (vreemd vermogen) van banken, zijn uiteraard privaat geld. Ook nu al dienen instellingen voor medisch-specialistische zorg, willen zij financieel gezond zijn, derhalve een solvabiliteitsmarge aan te houden, om schommelingen en onverwachte zaken op te vangen en om grotere investeringen te kunnen doen voor de toekomst. Er zou derhalve slechts dan geen of een zeer lage solvabiliteitsmarge nodig zijn, indien de ziekenhuizen tot de overheid zouden gaan behoren. Dit past niet in het beleid dat het kabinet met het zorgstelsel voor ogen staat. Het is zeer sterk de vraag of de kwaliteit, het up to date zijn van de behandeling, en de doelmatigheid van de zorg daar beter van worden.

*Ook willen zij weten of de twintig procent solvabiliteit de standaard gaat worden voor alle instellingen voor medisch-specialistische zorg.*

De solvabiliteitsmarge van 20% is de streefnorm voor ziekenhuizen en andere aanbieders van medisch-specialistische zorg die in verschillende onderzoeken en in het veld tegenwoordig veelvuldig wordt gehanteerd.<sup>21</sup> Voor instellingen voor medisch-specialistische zorg die winst willen uitkeren, zal zij conform het regeerakkoord verplichtend worden in die zin, dat geen winst zal kunnen worden uitgekeerd indien de solvabiliteitsmarge dientengevolge onder de 20% zou komen.

*De leden van de D66-fractie en de leden van de VVD-fractie vragen toe te lichten op basis van welke argumenten is gekozen voor de norm van 20%.*

De solvabiliteitsmarge is een uitdrukking van de financiële weerbaarheid van een instelling op de middellange tot lange termijn. Hiermee biedt deze marge ook een belangrijke indicatie voor de continuïteit van de instelling. In het verleden is soms gebruik gemaakt van een solvabiliteitsnorm van 15% in de gezondheidszorg. De afgelopen jaren is het risicoprofiel van aanbieders van medisch-specialistische zorg echter gestegen. Deze zorgaanbieders zijn zelf verantwoordelijk voor hun vastgoed en het systeem van vraagsturing stimuleert aanbieders om met elkaar te concurreren. Een norm voor solvabiliteit van twintig procent sluit daardoor beter aan bij de huidige risico's die zorgaanbieders lopen. Het is ook de streefnorm voor ziekenhuizen en andere aanbieders van medisch-specialistische zorg die in verschillende onderzoeken en in het veld tegenwoordig veelvuldig wordt gehanteerd.<sup>22</sup>

*Daarnaast vragen deze leden in hoeverre deze eis privaatkapitaalverschaffers zal afschrikken om te investeren.*

Ik verwacht dat de voorwaarden in dit wetsvoorstel vooral winstbejag op korte termijn afschrikken. Daarmee staan de voorwaarden – waaronder de voorwaarde dat de solvabiliteitsmarge niet beneden de 20% mag dalen – het doel van dit wetsvoorstel niet in de weg. De voorwaarden zullen over het algemeen niet ontmoedigend werken voor lange termijninvesteerders. Privaatkapitaalverschaffers die met kennis van de sector en met een langetermijnhorizon risicodragend kapitaal investeren, zullen gebaat zijn bij een hoge solvabiliteit en een stabiel positief resultaat uit gewone bedrijfsvoering. Zij willen immers de waarde van hun investering ook op lange termijn behouden. Ik verwacht ook juist dat deze groep investeerders een positieve invloed kan hebben op de kwaliteit en doelma-

<sup>21</sup> Zie bijvoorbeeld BDO, *Benchmark ziekenhuizen 2012*, oktober 2012; PriceWaterhouseCoopers, *Brancheanalyse gezondheidszorg 2012*, december 2012, p. 17

<sup>22</sup> Zie bijvoorbeeld BDO, *Benchmark ziekenhuizen 2012*, oktober 2012; PriceWaterhouseCoopers, *Brancheanalyse gezondheidszorg 2012*, december 2012, p. 17

tigheid van zorg in deze instellingen en daarmee een positieve bijdrage kan leveren aan de zorgverlening voor de patiënt.

*De leden van de D66-fractie verwachten dat de mogelijkheid van winstuitkering ertoe kan leiden dat privatekapitaalverschaffers een instelling voor medisch-specialistische zorg die failliet dreigt te gaan, weer op de been helpen. Zij vragen oft de nieuwe solvabiliteitseis iets dergelijks niet kan bemoeilijken.*

Ik verwacht niet dat lange termijninvesteerdere er door de nieuwe voorwaarden in de nota van wijziging, waaronder de solvabiliteitseis, van af zien te investeren in ziekenhuizen die dringend privaat kapitaal nodig hebben. Deze voorwaarden richten zich specifiek op het aantrekken van lange termijninvesteerdere. Deze groep privatekapitaalverschaffere die met kennis van de sector en met een langetermijnhorizon risicodragend kapitaal investeren, zullen gebaat zijn bij het opbouwen van een hoge solvabiliteit, ook over een langere periode. Ook als de uitgangpositie van de instelling op het moment van investeren niet florissant is, zullen zij immers de instelling op de lange termijn gezond willen maken om daarmee de waarde van hun investering te behouden (of zelfs te laten groeien) en in staat te zijn rendement op hun investering te ontvangen. Daarmee staan de extra voorwaarden het doel van dit wetsvoorstel niet in de weg.

*Deze leden vragen voorts waarom bij de solvabiliteitseis wordt gekozen voor eigen vermogen in plaats van garantievermogen.*

Aangezien de kapitaallasten een steeds grotere rol zijn gaan spelen, en aangezien aanbiedere van medisch-specialistische zorg nu zelf verantwoordelijk zijn voor het vastgoed dat op de balans staat, is het van belang om op de lange termijn naar de solvabiliteit te kijken ten opzichte van de gehele balans. Daarvoor leent de ratio van het eigen vermogen uitgedrukt als percentage van het balanstotaal zich het beste. Deze rekenmethode is in het economische verkeer gebruikelijk in alle sectoren. Banken en aanbiedere van medisch-specialistische zorg gebruiken deze ratio ook in hun risicobeoordeling in de zorgsector.

Het garantievermogen bestaat grofweg uit het eigen vermogen en achtergestelde leningen. Als norm voor het toestaan van winstuitkering vind ik het belangrijk om aan de veilige kant te zitten. Door het gebruiken van de eenheid van het eigen vermogen tellen zuiver achtergestelde leningen niet mee in de berekening van de solvabiliteit van een aanbieder van medisch-specialistische zorg. De in het wetsvoorstel gekozen invulling van het begrip «solvabiliteit» vergt bij een verplichte solvabiliteitsmarge van 20% derhalve meer eigen vermogen dan bij de invulling van het begrip «solvabiliteit» aan de hand van het garantievermogen.

*De leden van de D66-fractie vragen in het kader van de administratievelastendruk of het niet beter is om de solvabiliteit alleen op groepsniveau te toetsen, en niet ook op individueel niveau.*

Ik vind het belangrijk dat de solvabiliteitseis een zo goed mogelijk beeld geeft van de financiële positie van een aanbieder van medisch-specialistische zorg. Indien een zorgaanbieder onderdeel uitmaakt van een groep vraagt dit wetsvoorstel hem ook op het niveau van de hoogste zorgaanbieder van die groep de solvabiliteit te berekenen. Aldus voorkom ik dat binnen een groep door middel van het verschuiven van schulden tussen leden van de groep het balanstotaal van een zorgaanbieder in de groep die wil gaan uitkeren kunstmatig zo wordt verlaagd, dat hij ook na winstuitkering een solvabiliteitsmarge van 20% behoudt. Zou ik slechts

regels stellen aan de solvabiliteitsmarge van ofwel alleen de individuele zorgaanbieder ofwel de groep als geheel, dan zou ik het risico dat de solvabiliteit door verschuivingen van schulden een te rooskleurig beeld geeft, niet volledig uit kunnen sluiten. Daarnaast zorgt deze «dubbele» berekening voor een (zeer) beperkte toename van de administratievelastendruk, die ik in het licht van het bovenstaande acceptabel acht.

*De leden van de D66-fractie vragen of in Duitsland en Zweden, waar winstuitkering momenteel al mogelijk is, ook geldt dat winstuitkering alleen mogelijk is bij een solvabiliteit van 20% en indien het resultaat uit de gewone bedrijfsuitoefening drie achtereenvolgende jaren positief is. Zo nee, waarom wordt hier in Nederland dan toch voor gekozen? Zij vragen daarbij in hoeverre naar deze landen is gekeken bij het formuleren van deze nieuwe eisen.*

In verschillende onderzoeken is nagegaan of, en onder welke voorwaarden, winstuitkering in de medisch-specialistische zorg toegestaan is.<sup>23</sup> Uit deze onderzoeken blijkt dat andere landen geen algemene wettelijke voorwaarden stellen aan het uitkeren van winst. De Nederlandse situatie is echter niet vergelijkbaar met de onderzochte landen: in Duitsland en Zweden stelt de overheid op individueel niveau (specifieke) voorwaarden. In deze landen wordt dan door middel van een aanbesteding de exploitatie in het ziekenhuis aan een private partij gegund, terwijl het ziekenhuis zelf (de infrastructuur) publiek eigendom is. In Nederland zijn de infrastructuur en de exploitatie beide al in handen van private organisaties. Algemene wettelijke voorwaarden om mogelijke risico's voor de kwaliteit en houdbaarheid van de zorg tegen te gaan, passen daarom beter bij de Nederlandse medisch-specialistische zorg.

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen in hoeverre het realistisch is dat aanbieders van medisch-specialistische zorg bovenop de solvabiliteitseis van 20% winst maken zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van de geleverde zorg.*

Dit wetsvoorstel maakt het in mijn ogen gemakkelijker om bovenop de solvabiliteitseis van 20% winst te maken zonder dat dit ten koste gaat van de geleverde zorg. De manier om winst te maken, is om te verbeteren waar je als zorginstelling goed in bent. Zo zorgt ook een investeerder ervoor dat een aanbieder van medisch-specialistische zorg op de langere termijn winstgevend zal zijn. Met deze winst kan een aanbieder van medisch-specialistische zorg zijn eigen vermogen aanvullen, waardoor het mogelijk is de solvabiliteit te verhogen. Dit proces gaat in de praktijk echter langzaam, namelijk op basis van een winstgevendheid van enkele procenten per jaar. De ontwikkeling van de huidige solvabiliteitspositie van Nederlandse ziekenhuizen laat dit zien.<sup>24</sup>

Door middel van het aantrekken van privaat kapitaal is het voor aanbieders van medisch-specialistische zorg mogelijk snel de solvabiliteit boven de 20% verhogen. Het uitgeven van aandelen verhoogt immers het eigen vermogen. De winst die zij maken gaat dus niet ten koste van investeringen in of kwaliteit van zorgverlening.

<sup>23</sup> Gupta Strategists, *Private investeerders in ziekenhuiszorg. Quick scan inbreng privaat kapitaal in ziekenhuizen in internationale context*, 17 augustus 2009; Allen & Overy en KPMG, *Internationaal vergelijkend onderzoek op hoofdlijnen naar winstuitkering in de zorg in relatie tot publieke belangen in de zorg*, september 2007.

<sup>24</sup> Zie Gupta Strategists, *Great expectations. Studie naar de prestaties van Nederlandse ziekenhuizen in 2011*, november 2012.

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoeveel ziekenhuizen in 2012 voldeden aan de streefnorm voor solvabiliteit van 20% of hoger.*

Voor het antwoord op deze vraag van de leden van de ChristenUnie-fractie verwijs ik hen naar mijn antwoord op dezelfde vraag van de leden van de VVD-fractie hierboven.

*De leden van de ChristenUnie fractie vragen of er die (16) ziekenhuizen, die in 2011 een solvabiliteitsmarge van 20% hadden, direct winst uit zullen kunnen keren.*

De hier bedoelde ziekenhuizen zullen, tenzij hun solvabiliteitsmarge tussen 2011 en de datum van inwerkingtreding van het wetsvoorstel onder de 20% is gedaald, op zich aan de voorwaarde voldoen, dat zij winst kunnen uitkeren zonder dat hun solvabiliteitsmarge onder de 20% komt. Maar deze ziekenhuizen zullen voor winstuitkering ook aan de andere voorwaarden van dit wetsvoorstel moeten voldoen. Dat betekent met name, dat men na inwerkingtreding van het wetsvoorstel ten minste drie jaar zal moeten wachten, voordat men winst kan uitkeren. Gedurende deze periode kunnen overschotten op de exploitatie aan het balanstotaal worden toegevoegd. Is men na deze drie jaar de kwaliteitstoets doorgekomen, heeft men gedurende drie jaar een positief resultaat uit gewone bedrijfsuitoefening gehad, is de solvabiliteitsmarge op dat moment nog steeds hoger dan 20% en is bovendien aan de overige voorwaarden voor winstuitkering voldaan, dan zal winst kunnen worden uitgekeerd.

### **3. Reguliere exploitatie moet winstgevend zijn**

*De leden van de SP-fractie vragen of het niet zo is dat wanneer twee jaar achter elkaar een positief resultaat geboekt is, het wel degelijk lucratief kan zijn om onderdelen van de zorgorganisatie van de hand te doen om daarmee in het derde jaar de winst te verhogen.*

De geschetste situatie is in theorie mogelijk. Het afstoten van onderdelen die goed presteren en die goed passen in de totale focus van aanbieder van medisch-specialistische zal echter niet snel voorkomen. De totale waarde van de aanbieder wordt daardoor immers minder, waardoor de investering van de privaatkapitaalverschaffer in waarde vermindert. Het afstoten of discontinueren van onderdelen die niet goed presteren, zal over het algemeen niet lucratief zijn.

*Genoemde leden willen weten of de mogelijkheid van winstuitkering er niet toe zal leiden dat zorginstellingen worden opgesplitst vanwege financieel gewin.*

Het Nederlandse zorglandschap is in beweging en de ontwikkelingen volgen elkaar in hoog tempo op. We zien dat mensen minder lang in het ziekenhuis verblijven en dat de ontwikkeling en innovatie in zorgaanbod snel gaat. Dat betekent bijvoorbeeld dat sommige aanbieders van medisch-specialistische zorg te maken hebben met overcapaciteit of aanbod dat niet meer aansluit op de vraag. Het betekent bijvoorbeeld ook dat complexe zorg soms meer geconcentreerd wordt of moet worden op één locatie. Dat alles heeft tot gevolg dat aanbieders van medisch-specialistische zorg zich aanpassen en aan moeten passen. Privaatkapitaalverschaffers kunnen een rol spelen om soms moeilijke beslissingen over het afstoten of discontinueren van niet-rendabele zorg te vergemakkelijken.

*Voorts willen deze leden weten opsplitsing van zorginstellingen bijdraagt aan goede zorg en ten goede komt aan het publieke belang.*

Inderdaad kan dit bijdragen aan het publieke belang en de kwaliteit van zorg. In de huidige structuur van ziekenhuizen kan het voorkomen dat het moeilijk is om te besluiten om zorg die eigenlijk niet rendabel is of waarvan de kwaliteit onder druk staat, te stoppen of af te stoten. Een privaatkapitaalverschaffer kan in een dergelijk geval het proces om keuzes te maken faciliteren.

*De leden van de D66-fractie vragen hoe de eis van drie jaar positieve resultaten uit gewone bedrijfsuitoefening voordat winst mag worden uitgekeerd, zich verhoudt tot het Europees recht.*

Om de publieke belangen van de volksgezondheid en het financiële evenwicht van het gezondheidszorgstelsel te waarborgen, wordt de mogelijkheid van het doen van winstuitkering aan voorwaarden gekoppeld. Pas indien aan deze voorwaarden is voldaan, is winstuitkering toegestaan. Met de nota van wijziging zijn nog enkele aanvullende voorwaarden toegevoegd, namelijk dat winstuitkering alleen mogelijk is indien de solvabiliteitsmarge daarna 20% of hoger blijft en indien de resultaten uit de gewone bedrijfsuitoefening in de drie aan de winstuitkering voorafgaande boekjaren telkens positief waren.

Omdat de uitkering van winst aan buitenlandse investeerders ook aan deze voorwaarden moet voldoen, kan er bij deze grensoverschrijdende transacties een beperking ontstaan van het vrij verkeer van kapitaal. Dergelijke beperkingen zijn toegestaan, mits is voldaan aan de criteria die volgen uit de rechtspraak van het Hof van Justitie van de Europese Unie. Met de voorwaarden worden dwingende redenen van algemeen belang gediend: de volksgezondheid (in het bijzonder de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg) en het financiële evenwicht van het gezondheidszorgstelsel. De voorwaarden zijn tevens evenredig, proportioneel, kenbaar en non-discriminatoir.

De aanvullende voorwaarden voldoen dus, net als de reeds in het wetsvoorstel opgenomen voorwaarden, aan de door het Hof gestelde criteria voor rechtvaardiging van een beperking van het vrij verkeer van kapitaal.

*Zowel de leden van de ChristenUnie als de leden van de D66-fractie vragen of kan worden toegelicht waarom wordt gekozen voor een termijn van drie jaar opeenvolgende jaren met een positief bedrijfsresultaat, voordat aanbieders van medisch-specialistische zorg winst mogen uitkeren. De leden van de D66-fractie stellen daarbij vast dat deze eis er toe kan leiden dat een incidenteel verlies deze termijn flink kan verlengen.*

De driejaarstermijn is tot stand gekomen mede op basis van het onderzoek dat onderzoeksbureau SEO in februari 2010 in opdracht van de NVZ heeft uitgevoerd.<sup>25</sup> 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. Ten behoeve van het opstellen 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 vrije verkeer van kapitaal. Een dergelijke beperking is een inbreuk op het Europees recht. Een inbreuk ten behoeve van een publiek belang in de gezondheidszorg is toegestaan,

<sup>25</sup> SEO, *Winst in de eigendomsstructuur. Eigendom winstbestemming en zeggenschap binnen ziekenhuizen*, februari 2010.

maar alleen als de inbreuk noodzakelijk en proportioneel is. Een langere periode dan drie jaar zal Europeesrechtelijk mogelijk disproportioneel worden geacht.

*De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen of het opnemen van de eis van drie jaar positieve resultaten uit gewone bedrijfsuitoefening de waarborg in de wet is waardoor de mogelijkheid om winst te maken alleen interessant zou zijn voor investeerders met een langetermijnperspectief.*

Zoals ook in het regeerakkoord is opgenomen, staat dit wetsvoorstel instellingen voor medisch-specialistische zorg winstuitkering onder specifieke voorwaarden toe. Deze voorwaarden zullen er in samenhang voor zorgen dat het voornamelijk aantrekkelijk is voor langetermijninvesteerders om te investeren in aanbieders van medisch-specialistische zorg. Naast de voorwaarde dat investeerders pas na drie jaar positieve resultaten uit gewone bedrijfsuitoefening winst mogen uitkeren, gaat het daarbij onder andere om het behouden van een solvabiliteitsmarge van ten minste twintig procent en om de extra kwaliteitstoets door de IGZ, welke toets pas op zijn vroegst drie jaar na de eerste investering zal worden verricht. Overigens blijkt ook uit onderzoek dat het voornamelijk langetermijninvesteerders zijn die hebben aangegeven interesse te hebben om te investeren in de gezondheidszorg.<sup>26</sup>

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of het drie jaar op orde hebben van de bedrijfsuitoefening niet te kort is om te spreken van een langetermijnperspectief.*

Het langetermijnperspectief voor investeringen in de medisch-specialistische zorg houdt een periode in die (veel) langer is dan een periode van drie jaar. Deze investeerders, waar dit wetsvoorstel zich primair op richt, zijn ook uit zichzelf gemotiveerd om zich voor langere tijd te verbinden aan een aanbieder van medisch-specialistische zorg.

Het (enkel) voor drie jaar «vasthouden» van investeerders is niet de doelstelling van het mogelijk maken van winstuitkering drie jaar na het moment van investeren. Deze en de andere voorwaarden die ik in het wetsvoorstel en de nota van wijziging stel richten zich vooral op het afschrikken van winstbejag op korte termijn. Zij zijn daarmee te zien als een filter om lange termijninvesteerders over te houden en ongewenste investeerders af te schrikken. Ik stel de voorwaarden dus niet om investeerders die zich op de korte termijn richten lang genoeg «vast te houden».

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of het met deze wijziging nog steeds mogelijk is dat een ziekenhuis een beursnotering zal krijgen.*

Het is inderdaad, ook gezien de aanvullende voorwaarden in de nota van wijziging, 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.

---

<sup>26</sup> Boer & Croon (2010), *Investeringsbereidheid in de curatieve zorg*, januari 2010.

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of uiteen kan worden gezet welke voorwaarden er in omliggende buurlanden worden gesteld voor winstuitkering door aanbieders van medisch-specialistische zorg.*

In verschillende onderzoeken is nagegaan of, en onder welke voorwaarden, winstuitkering in de medisch-specialistische zorg toegeestaan is.<sup>27</sup> Uit deze onderzoeken blijkt dat andere landen geen algemene wettelijke voorwaarden stellen aan het uitkeren van winst.

De Nederlandse situatie is echter niet vergelijkbaar met de onderzochte landen: in Duitsland en Zweden stelt de overheid op individueel niveau (specifieke) voorwaarden. In deze landen wordt dan door middel van een aanbesteding de exploitatie in het ziekenhuis aan een private partij gegund, terwijl het ziekenhuis zelf (de infrastructuur) publiek eigendom is. In Nederland zijn de infrastructuur en de exploitatie beide al in handen van private organisaties. Algemene wettelijke voorwaarden om mogelijke risico's voor de kwaliteit en houdbaarheid van de zorg tegen te gaan, passen daarom beter bij de Nederlandse medisch-specialistische zorg.

*Deze leden vragen vervolgens waarom niet is gekozen voor de coöperatieve structuur in de zorg, en voor een coöperatieve structuur voor het uitkeren van winsten aan aandeelhouders.*

Met dit wetsvoorstel maak ik het voor zowel aanbieders van medisch-specialistische zorg met als rechtsvorm een nv of bv als voor instellingen die als coöperatie zijn georganiseerd mogelijk om winst uit te keren. Een aanbieder van medisch-specialistische zorg die beoogt privaat kapitaal aan te trekken heeft dus de mogelijkheid voor een dergelijke structuur te kiezen indien hij deze het beste vindt passen bij zijn specifieke situatie.

*Daarnaast vragen deze leden of concreet kan worden aangegeven welke investeerders zich door deze nadere wetwijziging niet meer interesseren voor investeringen in medisch-specialistische zorg.*

De aanvullende voorwaarden die in de nota van wijziging zijn opgenomen richten zich niet per definitie op het «uitsluiten» van bepaalde typen investeerders, maar op het inperken van de risico's die kunnen samenhangen met het toestaan van winstuitkering in de medisch-specialistische zorg. Zij richten zich met name op het afschrikken van kortetermijnwinstbejag. Zoals het regeerakkoord ook aangeeft, richt het wetsvoorstel zich daarmee op het aantrekken van investeerders met een langetermijnperspectief in de zorg. 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 brengen doordat zij, vanuit hun winststreven, de kosten van zorg dusdanig zouden kunnen verlagen dat daardoor de kwaliteit zou dalen.

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen waarom de aanvullende voorwaarden in de nota van wijziging het voor pensioenfondsen aantrekkelijker maken om te investeren in de medisch-specialistische zorg.*

De aanvullende voorwaarden in de nota van wijziging hebben niet als beoogd effect om het voor langetermijninvesteerders (nog) aantrekkelijker te maken om te investeren in de medisch-specialistische zorg. De nota van wijziging richt zich met name op het (verder) tegengaan van mogelijke

---

<sup>27</sup> Gupta Strategists, *Private investeerders in ziekenhuiszorg, Quick scan inbreng privaat kapitaal in ziekenhuizen in internationale context*, 17 augustus 2009; Allen & Overy en KPMG, *Internationaal vergelijkend onderzoek op hoofdlijnen naar winstuitkering in de zorg in relatie tot publieke belangen in de zorg*, september 2007.

risico's ten aanzien van de kwaliteit, houdbaarheid en continuïteit van zorg. De extra voorwaarden schrikken daartoe vooral winstbejag op korte termijn af. Zij zullen voor lange termijninvesteerders, zoals pensioenfondsen, die met kennis van de sector en met een langetermijnhorizon risicodragend kapitaal willen investeren, niet ontmoedigend werken.

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of artsen nog steeds zelf aandeelhouder kunnen worden van medisch-specialistische zorg met de nieuwe eisen in de nota van wijziging.*

De aanvullende voorwaarden in de nota van wijziging wijzigen hier in principe niets aan. Als aandeelhouderschap voor artsen in een specifieke situatie de beste oplossing is, zijn ziekenhuizen na inwerkingtreding van dit wetsvoorstel en met inachtneming van de voorwaarden uit het wetsvoorstel en de nota van wijziging vrij in om daarvoor te kiezen. Indien een zorgaanbieder kiest voor de rechtsvorm van naamloze vennootschap kan zij niet kiezen wie de aandeelhouders zijn.

#### **4. Toezicht**

*De leden van de VVD-fractie vragen of de verplichting om een verantwoording aan de NZa te sturen na winstuitkering alleen geldt voor de eerste keer dat winst wordt uitgekeerd.*

De in de nota van wijziging opgenomen verantwoording aan de NZa waar de leden van de VVD-fractie naar verwijzen, zal een instelling voor medisch-specialistische zorg na iedere winstuitkering moeten sturen.

*De leden van de fractie van de VVD vragen wat de sanctie is indien een zorginstelling zich niet houdt aan de verantwoordingsplicht.*

De NZa zal een aanbieder van medisch-specialistische zorg die zich niet houdt aan de in artikel 16i Wtzi neer te leggen verantwoordingsplicht een aanwijzing kunnen geven, dan wel een last onder dwangsom of een bestuurlijke boete van ten hoogste € 500.000 of, als dat meer is, tien procent van de omzet kunnen opleggen. Dit wordt geregeld in de in artikel IV van het wetsvoorstel voorgestelde aanpassingen van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

*Ook vragen deze leden hoe de NZa kan controleren of instellingen zich houden aan deze verantwoordingsplicht.*

De NZa houdt wanneer deze wet in werking treedt, toezicht op het naleven van de voorwaarden uit deze wet als zorgaanbieders winst in de zin van deze wet uitkeren. Met andere woorden: dat instellingen die winst uitkeren zich aan de voorwaarden houden (en zich hierover verantwoord) en dat instellingen waarvoor een winstverbod geldt, geen winst uitkeren. De NZa baseert zich in haar toezicht op de informatie die zij ontvangt door de met dit wetsvoorstel te regelen verantwoordingsplicht van aanbieders van medisch specialistische zorg die winst uitkeren. Deze informatie combineert de NZa met informatie uit de jaarrekeningen en het DigiMV van zorgaanbieders (zowel op individueel als op groepsniveau, indien sprake is van een concern), waarbij de IGZ handhaaft dat alle instellingen die daartoe verplicht zijn op grond van de WTZi deze documenten aan het CIBG aanleveren. Tot slot kan de NZa bevindingen van de betrokken externe accountant betrekken, alsook de informatie van de IGZ met betrekking tot de kwaliteitstoets (voorafgaand aan de eerste winstuitkering) en andere signalen om te beoordelen of voldaan is aan deze wet.

*De leden van de PvdA-fractie vragen binnen welke termijn zij de NZa wil verplichten op te treden tegen malafide investeerders, na ontvangst van de verantwoording van winstuitkering.*

Ik heb in het wetsvoorstel geen verplichte termijn opgenomen waarbinnen de NZa zijn toezichtinstrumenten dient in te zetten wanneer uit de verantwoording en eventueel eigen onderzoek blijkt dat winstuitkering onrechtmatig heeft plaatsgevonden. Het gebruik en de invulling van de wettelijke instrumenten valt onder de verantwoordelijkheid van de NZa zelf.

Overigens geldt de verantwoordingsplicht waarnaar de leden van de PvdA-fractie verwijzen voor aanbieders van medisch-specialistische zorg (en niet de betreffende investeerders).

*De leden van de PvdA-fractie wensen, omdat het premie- en belasting-gelden betreft, volledig inzicht in de rechtspersonen waaraan een instelling voor medisch-specialistische zorg winst zal uitkeren. Zij vragen of het mogelijk is ziekenhuizen te verplichten in de aan de NZa te sturen verantwoording van winstuitkering, openbaar te maken aan welke rechtspersonen hoeveel winst is uitgekeerd.*

Anders dan de leden van de PvdA-fractie, ben ik van mening dat de winst die een instelling voor medisch-specialistische zorg in de toekomst, mits zij aan de daarvoor geldende voorwaarden voldoet, kan uitkeren, niet te zien is als premie- of belastinggeld. Immers, deze instellingen hebben dat geld van de zorgverzekeraars (of van patiënten) ontvangen als wederdienst voor geleverde zorg. Het gaat hier om een in een privaatrechtelijke overeenkomst van opdracht geregelde vergoeding voor verleende diensten. Dat de prestatie die de zorgverzekeraar in ruil voor de verleende zorg verleent – namelijk: betaling van de rekening – ooit in de belasting- en premiesfeer is opgehaald,<sup>28</sup> doet daar niet aan af. Afgezien daarvan ben ik van mening dat de winstuitkeringsvoorwaarden die dit wetsvoorstel voor instellingen voor medisch-specialistische zorg bevat, voldoende zijn om te voorkomen dat deze instellingen ten gevolge van zo'n uitkering in financiële problemen komen en daarmee mogelijk continuïteitsproblemen krijgen of kwalitatief onvoldoende zorg gaan verlenen. De toepasselijkheid van de voorwaarden hangt – behalve in geval van een uitkering aan een moeder- of zustermaatschappij – niet af van de investeerders waaraan de instelling overweegt uit te gaan keren, of van de uitkeringshoogte per investeerder. Om die reden acht ik het ongewenst voor te schrijven dat een ziekenhuis openbaar maakt aan welke investeerders hij hoeveel winst heeft uitgekeerd.

Wel kan de NZa ingevolge het voorgestelde artikel 16i Wtzi bepalen dat de aanbieder van medisch-specialistische zorg in de verantwoording aangeeft aan wie hoeveel winst is uitgekeerd. Dat kan van belang zijn om na te gaan of, indien de uitkerende instelling deel uitmaakt van de groep, de solvabiliteitsmarge van het groepshoofd twintig procent of meer blijft, en daarnaast kan dit van belang zijn bij het geven van een aanwijzing om ten onrechte uitgekeerde winst bij de investeerders terug te halen. De verantwoording die de instelling aan de NZa dient te zenden, is echter niet openbaar.

*De leden van de SP-fractie vragen wat ik vind van het idee om wettelijk te regelen dat er een lid in de raad van toezicht benoemd wordt die daar namens de vestigingsgemeente zitting heeft.*

<sup>28</sup> Dit geldt overigens slechts voor de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw en de bestuursrechtelijke premies voor wanbetalers en voormalig onverzekerden, niet voor de nominale premies.

Ik zie geen meerwaarde in een lid van de raad van bestuur namens de gemeente van vestiging. Ik vind het belangrijk dat iedere zorginstelling het toezicht zo inricht, dat dit zo effectief mogelijk voor de betreffende zorginstelling is. Dit is de verantwoordelijkheid van de zorginstelling zelf. Als de zorg die een zorginstelling levert door de bodem zakt, of als het bestuur en het toezicht van een zorginstelling niet aan de wettelijke vereisten voldoet, dan verwacht ik van de IGZ dat zij hiertegen optreedt. Ik zal zorginstellingen dan ook niet een dergelijke verplichting opleggen.

*Genoemde leden willen ook graag een reactie op het voorstel om in de wet op te nemen dat ten minste één lid van de raad van toezicht benoemd wordt op voorspraak van de werknemers.*

De ondernemingsraden hebben een aanbevelingsrecht voor leden van de raad van toezicht op grond van de Wet op de ondernemingsraden (WOR). Ik vind dat de werknemers aldus reeds voldoende betrokken zijn bij de samenstelling van de raden van toezicht.

*Als laatste willen de leden van de SP-fractie weten of niet wettelijk verplicht kan worden dat ten minste één van de leden van de raad van toezicht een achtergrond heeft in de zorg.*

Ik ben het met de leden van de SP eens dat het belangrijk is dat de zorg centraal staat. Het benoemen van bijvoorbeeld een lid van de raad van toezicht met een achtergrond in de zorg kan hier aan bijdragen. Er zijn echter ook andere mogelijkheden om het belang van de zorg naar voren te laten komen. Zorgaanbieders kunnen zelf kiezen hoe zij dit in willen richten. Ik zal dit dus niet wettelijk vastleggen, maar verwacht van zorgaanbieders dat ze het belang van een kwalitatief goede en veilige zorg voor de patiënt of cliënt voorop stellen.

*De leden van de CDA-fractie vragen hoeveel capaciteit de NZa nodig heeft om alle taken in het kader van toezicht betreffende dit wetsvoorstel uit te oefenen.*

De NZa heeft bijna 50 FTE beschikbaar voor toezicht en handhaving, exclusief beroep en bezwaar. Hiervan is 9 FTE tijdelijk ter beschikking gesteld voor de jaren 2013 en 2014. De capaciteit voor de uitvoering van deze werkzaamheden lopen mee in de werkplanbespreking met de NZa voor het werkprogramma 2014. Dit werkprogramma wordt eind 2013 vastgesteld.

*De leden van de CDA-fractie vragen een nadere toelichting op het uitgangspunt «privaat toezicht wanneer dit kan en publiek toezicht wanneer dit noodzakelijk is». Zij geven aan dit voor hen tegenstrijdig voelt aan de de rest van het toezicht in de zorg, dat aan publiekrechtelijke organen is opgedragen.*

Het ligt zowel vanuit het oogpunt van de administratieve lasten als vanuit de nalevingkosten voor de hand om het toezicht op financiële aspecten zo veel mogelijk aan te laten sluiten bij de bestaande praktijken en processen bij de zorgaanbieder. Daarom wordt voor het toezicht op bepaalde voorwaarden uit dit wetsvoorstel aangesloten bij het private interne toezicht. Zo kan bijvoorbeeld door de NZa gebruik gemaakt worden van een accountantsverklaring waarmee gestaafd wordt of een zorgaanbieder zich aan de voorwaarden uit dit wetsvoorstel houdt. Op deze manier kan de NZa goed robuust toezicht houden. Het is dus de bedoeling dat het publieke toezicht vooral «in actie» komt, als er aanwijzingen zijn dat er in het private deel van het toezicht hiaten zitten.

*Deze leden vragen voorts hoe voorkomen zal worden dat er aan de zijde van de ziekenhuiszorg beginnersfouten worden gemaakt indien de gereguleerde winstuitkering haar intrede doet.*

Buitenlandse ervaringen met winstuitkering in de medisch-specialistische zorg laten zien dat ziekenhuizen in bijvoorbeeld Duitsland goed in staat zijn de overgang op een maatschappelijk verantwoorde wijze vorm te geven. Doelmatigheid en transparantie blijken toe te nemen en ten aanzien van de kwaliteit doen instellingen die winst beogen niet onder voor instellingen die geen winst beogen.<sup>29</sup>

Nederlandse ziekenhuizen zijn grote organisaties, die ook nu te maken hebben met financiële risico's en complexe regels. Ik acht bestuurders en werknemers van ziekenhuizen zeker in staat om te gaan met veranderingen. Ik onderstreep ook dat ziekenhuizen de laatste tijden al veel kennis hebben opgebouwd van financieringsproducten en zakelijke constructies, zodat de stap naar eventuele winstuitkering niet zo groot is als die op het eerste gezicht lijkt. Daarnaast is het niet zo dat ik alle ziekenhuizen met dit wetsvoorstel verplicht om privaat kapitaal aan te trekken. Ziekenhuizen krijgen slechts de mogelijkheid om een extra instrument in te zetten bij het aantrekken van financiering.

*De leden van de CDA-fractie vragen waarom geen nadere regels zijn gesteld ten aanzien van belangenverstrengeling bij de raad van bestuur en de raad van toezicht.*

Om belangenverstrengeling tussen de raad van bestuur en de raad van toezicht bij zorginstellingen te voorkomen, zijn krachtens de Wtzi in het Uitvoeringsbelsuit Wtzi al verschillende maatregelen genomen. Zo kan iemand niet tegelijkertijd in de raad van bestuur en in de raad van toezicht van een zelfde zorgaanbieder zitten. Daarnaast heeft het veld het initiatief genomen om hierop in de Zorgbrede Governancecode aanvullende regels te stellen. Er zijn dus voorwaarden waaraan zorginstellingen in het kader van de Wtzi moeten voldoen. Daarnaast is er de Zorgbrede Governancecode. In dit wetsvoorstel is een specifieke adviserende bevoegdheid voor de raad van toezicht opgenomen bij het besluit om winst uit te keren. Na de zomer kom ik met een brief met nadere voorstellen over de corporate governance van zorginstellingen.

*Ook vragen deze leden waarom geen nadere regels zijn gesteld ten aanzien van belangenverstrengeling tussen bepaalde categorieën aandeelhouders, zoals farmaceutische bedrijven, en de instelling voor medisch-specialistische zorg waarin zij aandelen hebben.*

Ik heb geen nadere regels gesteld aan deelname in aanbieders van medisch-specialistische zorg door producenten van farmaceutische producten, omdat ik het risico dat hierbij zou ontstaan niet zie. 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 Autoriteit Consument en Markt (ACM) in haar fusietoezicht kunnen voorkomen dat een farmaceut zeggenschap zou verkrijgen over die aanbieder van medisch specialistische zorg. Ook kan de NZa maatregelen

<sup>29</sup> Zie onder andere Allen & Overy en KPMG, *Internationaal vergelijkend onderzoek op hoofdlijnen naar winstuitkering in de zorg in relatie tot publieke belangen in de zorg*, september 2007.

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 niet nodig. De afweging is hier substantieel anders dan de afweging ten opzichte van zorgverzekeraars – die in de toekomst geen zeggenschap over zorgaanbieders meer mogen hebben<sup>30</sup> – vanwege hun specifieke en uitzonderlijke rol in het Nederlandse zorgstelsel.

*De leden van de CDA-fractie hebben in de nota naar aanleiding van het verslag gelezen dat de aandeelhouder onder waarborgen de mogelijkheid heeft om het bestuur aanwijzingen te geven. Zij willen graag weten om welke aanwijzingen het gaat en welke waarborgen gelden.*

De algemene vergadering van aandeelhouders is binnen een bv of een nv het hoogste orgaan. De artikelen 2:107 en 2:217 van het BW bepalen dan ook «Aan de algemene vergadering behoort, binnen de door de wet en de statuten gestelde grenzen, alle bevoegdheid, die niet aan het bestuur of aan anderen is toegekend». Een belangrijke (wettelijke) grens aan de macht van de aandeelhouders is neergelegd in de artikelen 2:129, eerste lid en 239, eerste lid, BW. Die artikelleden bepalen dat, behoudens statutaire beperkingen, het bestuur is belast met het besturen van de vennootschap. Echter, de vierde leden van deze artikelen bepalen vervolgens weer dat de statuten kunnen bepalen dat het bestuur zich dient te gedragen naar de aanwijzingen van een orgaan van de vennootschap (waaronder bijvoorbeeld de algemene vergadering van aandeelhouders) die de algemene lijnen van het te voeren beleid op nader in de statuten aangegeven terreinen betreffen. Kortom, de algemene vergadering van aandeelhouders zal aanwijzingen kunnen geven, maar de omvang van het terrein waarop die aanwijzingen betrekking kunnen hebben, hangt af van wat statutair geregeld is. Te allen tijden geldt echter, dat de aanwijzingen er niet toe mogen leiden dat de vennootschap in strijd met de wet zal handelen. Zou, bijvoorbeeld, de algemene vergadering van aandeelhouders van een ziekenhuis in de toekomst besluiten dat er dividend moet worden uitgekeerd hoewel het ziekenhuis de afgelopen twee jaar verlies op de reguliere bedrijfsuitoefening heeft geleden, dan dient het bestuur die aanwijzing wegens strijd met artikel 16d, eerste lid, onderdeel c, Wtzi naast zich neer te leggen. De waarborgen zijn derhalve in de wet en in de statuten te vinden.

*De leden van de D66-fractie vernemen graag op welke wijze de NZa wordt uitgerust om het toezicht op en de handhaving van de twee nieuwe voorwaarden te vervullen en hoe in de benodigde extra capaciteit wordt voorzien.*

De NZa heeft bijna 50 FTe beschikbaar voor toezicht en handhaving, exclusief beroep en bezwaar. Hiervan is 9 FTe tijdelijk ter beschikking gesteld voor de jaren 2013 en 2014. De capaciteit voor de uitvoering van deze werkzaamheden lopen mee in de werkplanbespreking met de NZa voor het werkprogramma 2014. Dit werkprogramma wordt eind 2013 vastgesteld.

Bij het toezicht op de voorwaarden uit het wetsvoorstel zal de NZa gebruik maken de informatie die zij ontvangt door de met dit wetsvoorstel te regelen verantwoordingsplicht van aanbieders van medisch specialis-

<sup>30</sup> Wetsvoorstel tot Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben, Kamerstuk 33 362, nrs. 1–3 e.v.

tische zorg die winst uitkeren. Deze informatie combineert de NZa met informatie uit de jaarrekeningen en het DigiMV van zorgaanbieders (zowel op individueel als op groepsniveau, indien sprake is van een concern), waarbij de IGZ handhaaft dat alle instellingen die daartoe verplicht zijn op grond van de WTZi deze documenten aan het CIBG aanleveren. Tot slot kan de NZa bevindingen van de betrokken externe accountant betrekken, alsook de informatie van de IGZ met betrekking tot de kwaliteitstoets (voorafgaand aan de eerste winstuitkering) en andere signalen om te beoordelen of voldaan is aan deze wet. Als de NZa op basis van de bij haar aangeleverde gegevens het vermoeden heeft dat er iets niet klopt, dan zal de NZa een onderzoek instellen wat kan leiden tot handhavend optreden.

## **5. Reikwijdte**

*De leden van de CDA-fractie vragen of het toestaan van gereguleerde winstuitkering er niet toe kan leiden dat de constructie van het Wfz vanuit Europeesrechtelijk perspectief onder druk komt te staan.*

Dit wetsvoorstel zal er niet toe leiden dat het Wfz uit Europeesrechtelijk perspectief onder druk komt te staan. Het Wfz is een private onderlinge garantieregeling, waarin de staat slechts als achterborg fungeert. Er is derhalve geen sprake van directe publieke steunverlening. Het Wfz verstrekt garanties op leningen aan zorginstellingen. Hiermee krijgt een geldgever de zekerheid dat de rente en aflossing op die lening zullen worden voldaan. Omdat het Wfz werkt op basis van kredietwaardigheid en collectiviteit, zal het kritisch zijn op bij het fonds aangesloten aanbieders van medisch-specialistische zorg die winst uitkeren. Immers, de leden van het Wfz moeten bijspringen als deze zorginstelling in de financiële problemen komt.

*De leden van de CDA-fractie vragen of het Wfz te handhaven is als private investeerders c.q. buitenlandse partijen op de markt verschijnen.*

Van concurrentievervalsing zou slechts sprake zijn indien ziekenhuizen die in handen zijn (gekomen) van private investeerders of buitenlandse partijen alleen om die reden niet zouden kunnen kwalificeren voor deelname aan het Wfz. Dat is echter niet het geval.

*De leden van de CDA-fractie vragen van welk geld de winstuitkering op privaat kapitaal betaald wordt.*

Investeerders leveren kapitaal aan de zorgaanbieder. Hiertegenover staat een bepaald rendement. Rendement kan worden uitgekeerd in de vorm van rente op een lening, maar ook in de vorm van bijvoorbeeld dividend op een aandeel. Deze vergoeding is onderdeel van alle lasten die een zorgaanbieder heeft voor het aantrekken en aanhouden van kapitaal. Deze kostencomponent zit met alle andere kosten uiteindelijk ingeprijsd in de zorg die wordt geleverd.

*De leden van de CDA-fractie vragen welke mogelijkheden pensioenfondsen zonder dit wetsvoorstel hebben om vermogen aan ziekenhuizen te verstrekken en of zij daartoe zonder dit wetsvoorstel ook daadwerkelijk bereid zouden zijn.*

Pensioenfondsen kunnen zonder dit wetsvoorstel participeren in fondsen die hypothecaire leningen verstrekken of anderszins in vastgoed actief zijn. Ook zouden dergelijke fondsen risicodragend kapitaal kunnen verstrekken, bijvoorbeeld in de vorm van achtergestelde leningen, maar daar zou dan geen winstuitkering tegenover staan. Het rendement op

dergelijke leningen zou dan in de vorm van rente terugvloeien naar het fonds. Pensioenfondsen moeten immers bepaalde rendementen halen, omdat zij in de eerste plaats het doel nastreven om pensioen te verstrekken. Als pensioenfondsen risicodragend zouden investeren, dan zouden zij ook een zekere vorm van zeggenschap willen hebben. Zo kunnen zij immers het geïnvesteerde kapitaal bewaken. Deze twee elementen van zeggenschap en rendement komen bij elkaar in winstuitkering.

*Daarnaast vragen deze leden onder welke voorwaarden winstuitkering door academische ziekenhuizen mogelijk zou zijn.*

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 het ongewenst is dat zij winst uitkeren. 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. Daardoor zou enerzijds het risico bestaan dat de beschikbaarheidsbijdrage wordt ingezet voor het genereren van winst in plaats van voor het verrichten van onderzoek en het geven van onderwijs, en anderzijds zou het risico 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.

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. In het wetsvoorstel is een evaluatiebepaling opgenomen. In deze evaluatie zal ik ook de stand van zaken omtrent de bekostiging van UMC's meenemen.

*Ook vragen deze leden hoe zich dit verhoudt tot mijn eerdere opmerking dat een academisch ziekenhuis dat desondanks een dochtervennootschap opricht die winst uitkeert, te maken zal kunnen krijgen met een neerwaartse bijstelling in de bekostiging.*

Zoals ik in de voorgaande vraag van de leden van de CDA-fractie heb aangegeven, voorzie ik op dit moment geen verandering in het in dit wetsvoorstel opgenomen verbod aan UMC's, om winst uit te keren. Zouden UMC's vervolgens dochtermaatschappijen kunnen oprichten die wél winst zouden kunnen uitkeren, dan zou het verbod gemakkelijk kunnen worden omzeild. Mijn eerdere opmerking houdt in dat een UMC dat dit probeert, geconfronteerd kan worden met een lagere bekostiging.

*Ten slotte vragen zij of ook ik vind dat de academische ziekenhuizen een aparte poot in de ziekenhuiszorg zijn en dat deze onafhankelijke positie voor toekomstige zorgvragen, wetenschappelijk onderzoek en multiproblematiek essentieel is.*

De publieke functies van de UMC's zijn het leveren van topreferente patiëntenzorg, de innovatie en ontwikkeling van zorg, het verrichten van medisch onderzoek en het aanbieden van medisch onderwijs en opleidingen. Deze taken vragen een uitgebreide infrastructuur bestaande uit omvangrijke voorzieningen voor diagnostiek, onderzoek en de training

van medisch specialisten, alsmede de beschikbaarheid van medische kennis in de volle breedte teneinde multidisciplinaire behandeling en zorg te faciliteren. De bundeling van deze publieke functies in één instelling maakt dat een UMC een bijzondere positie heeft binnen het zorglandschap. Deze bijzondere positie leidt ertoe dat UMC's, anders dan andere ziekenhuizen, geen winst zullen mogen uitkeren.

*De leden van de CDA-fractie vragen of militaire gezondheidszorginstellingen, zoals het Centraal Militair Hospitaal, stichting de Basis en het revalidatiecentrum in Doorn, straks ook winstuitkering mogen doen.*

Het Centraal Militair Hospitaal en het Militair Revalidatiecentrum maken deel uit van de Militair Geneeskundige Diensten (MGD'en), die tot het Ministerie van Defensie behoren. Zij zullen geen winst kunnen uitkeren. Niet alleen ligt het uitkeren van winst door een ministerie niet voor de hand, maar ook zullen de MGD'en niet aan de in het wetsvoorstel opgenomen voorwaarden kunnen voldoen, al was het maar omdat zij niet de vereiste rechtsvorm (bv, nv of coöperatie) hebben. Stichting De Basis maakt geen onderdeel uit van de MGD'en. De Stichting werkt niet exclusief voor (gewezen) militairen, maar ook voor (oud)medewerkers van ambulance, brandweer, defensie, openbaar vervoer en politie. Zij biedt professionele dienstverlening op het vlak van preventie en (na)zorg bij ingrijpende gebeurtenissen, maar geen medisch-specialistische zorg. Dat betekent dat voorliggend wetsvoorstel geen wijzigingen aanbrengt in de mogelijkheden van Stichting De Basis om winst uit te keren. Aangezien het om een stichting gaat, zal het Burgerlijk Wetboek in dit geval overigens aan winstuitkering in de weg staan.

## **6. Risico's en voorwaarden winstuitkering**

*De leden van de CDA-fractie vragen op welke wijze de zorgverzekeraars invloed hebben op het gedrag van de private investeerders.*

Zorginkoop door zorgverzekeraars biedt een prikkel voor aanbieders van medisch-specialistische zorg om de beste zorg tegen een zo scherp mogelijke prijs te leveren. Private investeerders die geïnvesteerd hebben in een aanbieder van medisch-specialistische zorg ondervinden dezelfde prikkel. Immers, wanneer zij hier niet in slagen door onvoldoende te investeren of onvoldoende innovatief te zijn, bestaat de kans dat zorgverzekeraars geen contract met hen zullen afsluiten. Hiermee staat ook de bedrijfsvoering, en daarmee het rendement van de ingebrachte investering onder druk. Hoewel de zorgverzekeraars derhalve geen directe invloed hebben op het gedrag van private investeerders, lopen de belangen van beide groepen wel parallel.

*Deze leden vragen voorts of de aannahme klopt dat de reden voor een macrobeheersingsinstrumentarium toeneemt, omdat er gereguleerde winstuitkering wordt toegestaan.*

Ik kan mij niet vinden in de aannahme van de leden van de CDA-fractie dat de noodzaak voor een macrobeheersinstrument per definitie toeneemt omdat dit wetsvoorstel winstuitkering onder voorwaarden toestaat. De bestaande maatregelen, zoals de risicodragendheid van verzekeraars en de hoofdlijnakoorden, bieden in mijn ogen voldoende waarborgen om eventuele volumedruk tegen te gaan. 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. Het macrobeheersinstrument is in dat licht een *ultimum remedium* dat kan zorgen dat de macrobeheersbaarheid onder controle blijft. Overigens verwacht ik dat dit wetsvoorstel verschillende positieve

effecten teweegbrengt. Daarmee levert het juist een bijdrage aan doelmatigheid in de zorg.

*De leden van de CDA-fractie vragen hoe de IGZ de taak uit dit wetsvoorstel wil invullen als raden van bestuur en raden van toezicht kwaliteit van zorg niet als aandachtspunt hebben. Zij wijzen daarbij op het kabinetsstandpunt op de onderzoeken over de IGZ.*

De IGZ geeft invulling aan de kwaliteitstoets door in eerste plaats na te gaan of de aanbieder voor medisch-specialistische zorg voldoet aan het IGZ-toetsingskader *Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid*.<sup>31</sup> In de tweede plaats bekijkt de IGZ of deze zorgaanbieder een kwalitatief goed veiligheidsmanagementsysteem (VMS) heeft. Als aanbieders van medisch-specialistische zorg niet aan deze voorwaarden voldoen, ontvangen zij geen beschikking op basis waarvan winst mag worden uitgekeerd.

*De leden van de CDA-fractie vragen waarom niet is gekozen voor een periodieke kwaliteitstoets, een «licence to operate», die kan worden ingetrokken als iemand zijn werk niet meer goed doet.*

Aanbieders van medisch-specialistische zorg 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, professionele standaarden en veldnormen. Daarbij controleert de IGZ daar waar zij de risico's het grootst acht. Indien een aanbieder 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 aanbieder van medisch-specialistische zorg gedurende de periode waarover deze geldt, ingevolge voorliggend wetsvoorstel geen winst uitkeren. Als extra waarborg, bovenop het reguliere toezicht, voert de IGZ een extra kwaliteitstoets uit. Deze vindt plaats op verzoek van een zorgaanbieder voor medisch-specialistische zorg die voor de eerste keer daadwerkelijk winst wenst uit te keren.

*De leden van de CDA-fractie vragen of is overwogen om de driejaars-termijn te laten lopen bij elke nieuwe rechtspersoon (lees investeerder) die in een bepaalde instelling wil gaan investeren.*

Er zijn bij het opstellen van het wetsvoorstel meerdere vormen van de driejaarstermijn overwogen, waaronder de variant waarnaar de leden van de CDA-fractie vragen. Zoals ik eerder heb aangegeven, is het bij het opstellen van voorwaarden belangrijk om een balans te vinden tussen het vermijden van risico's enerzijds en het vermijden te stringente voorwaarden die het animo om te investeren zouden wegnemen anderzijds. Onlangs hebben deskundigen hier in een artikel in het *Financieele Dagblad* ook op gewezen, mede in verband tot de driejaars-termijn.<sup>32</sup> Ik vind het vanuit deze gedachte onwenselijk om bij de algemene driejaarstermijn extra drempels op te werpen, bijvoorbeeld door de driejaarstermijn bij elke nieuwe investeerder te laten lopen.

<sup>31</sup> <http://www.igz.nl/actueel/nieuws/20110428toezichtkaderbestuurlijkeverantwoordelijkheidvoorkwaliteitenveiligheid.aspx>.

<sup>32</sup> Emke Plomp en Marco Varkevisser, «Politiek moet mogelijkheden voor uitkering winst bij ziekenhuizen niet onnodig beperken», *Het Financieele Dagblad*, woensdag 8 mei, p. 11.

*Deze leden vragen of de introductie van gereguleerde winstuitkering ook betekent dat het management van ziekenhuizen bonussen kan gaan verdienen.*

Op basis van de Wnt is het reeds verboden om bonussen aan het management van zorgaanbieders uit te keren, ook als die zorgaanbieders de rechtsvorm van een bv of nv hebben. De introductie van gereguleerde winstuitkering maakt hierin geen verschil.

*Voorts vragen de leden van de CDA-fractie of de aandeelhouder als eigenaar van de zorgaanbieder ook onder de Wnt valt met de grens van 130 procent van een salaris van een Minister.*

Nee, de aandeelhouder valt als eigenaar niet onder de grens van 130% uit de Wnt. De Wnt stelt dus geen maxima aan het aan aandeelhouders uit te keren dividend. De in voorliggend wetsvoorstel neergelegde eisen waaraan voldaan moet worden voordat winstuitkering is toegestaan en voordat dividend kan worden uitgekeerd, gelden uiteraard onverkort. Ik wijs er in dit verband ook nog op dat de aandeelhouder of de privaatkapitaalverschaffer doorgaans geen natuurlijk persoon zal zijn.

## **7. Overige**

*De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen nader toe te lichten waarom de categorieën zorgaanbieders die in het voorgestelde artikel 16c, vierde lid, Wtzi worden genoemd, winst zullen mogen uitkeren zonder aan de Wtzi-voorwaarden te hoeven voldoen waaraan andere zorgaanbieders die medisch-specialistische zorg verlenen, wèl zullen moeten voldoen.*

De in het voorgestelde artikel 16c, vierde lid, onderdelen a en b, Wtzi genoemde zorgaanbieders die medisch-specialistische zorg verlenen, mogen op dit moment al winst uitkeren zonder dat zij aan de in wetsvoorstel opgenomen winstuitkeringsvoorwaarden voor instellingen voor medisch-specialistische zorg hoeven te voldoen. In onderdeel a gaat het om zorgaanbieders die louter ambulante psychiatrische zorg verlenen, eventueel gecombineerd met zorg van psychologen en psychotherapeuten. In onderdeel b gaat het om zorg van psychologen of psychotherapeuten, die niet onder de financiering van de AWBZ valt. Dat wil zeggen dat het gaat om extramurale (oftewel ambulante) geestelijke gezondheidszorg (ggz) of om intramurale ggz in het eerste jaar. Te denken valt hierbij aan verslavingsklinieken. Investeerders kunnen al in deze zorgaanbieders hebben geïnvesteerd onder de verwachting dat dergelijke zorgaanbieders vrijelijk<sup>33</sup> winst mogen uitkeren. Naar de mening van de regering zou de overheid onbetrouwbaar zijn, indien zij zou bepalen dat dergelijke ggz-instellingen vanaf de datum waarop voorliggend wetsvoorstel in werking treedt slechts winst uit mogen keren voor zover zij aan de in dit wetsvoorstel neergelegde winstuitkeringsvoorwaarden voldoen. In dat geval zou ook niet uitgesloten zijn, dat de overheid in het kader van artikel 1 van het Eerste Protocol bij het Europees Verdrag van de Mens en de Fundamentele Vrijheden (EVRM) geconfronteerd zou worden met eisen tot schadeloosstelling. Ten gevolge van het alsnog van toepassing worden van de winstuitkeringsvoorwaarden zou immers de waarde van de aandelen kunnen dalen.

Specialisten werken vooral om fiscale redenen soms als directeur-groootaandeelhouder van een door hen zelf opgerichte bv. De bv keert hen dan loon uit, maar kan – ter aanvulling van het loon, maar bijvoorbeeld

<sup>33</sup> Wel zal uiteraard voldaan moeten worden aan de in het BW neergelegde regels over winstuitkering.

ook ter investering in een pensioenvoorziening voor de specialist-dividend uitkeren. In juridische zin is ook zo'n eenpersoons-bv van een medisch specialist een «zorgaanbieder die op grond van een zorgverzekering verzekerde medisch-specialistische zorg verleent». Zonder nadere bepaling zouden derhalve de winstuitkeringsvoorwaarden die voor ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra gaan gelden, ook op winstuitkeringen van dergelijke eenpersoons-bv's van toepassing worden. Dat is niet de bedoeling, omdat de uitkeringen van dergelijke specialisten-bv's van een heel andere orde zijn dan winstuitkeringen van ziekenhuizen. De specialisten-bv's zouden ook nooit aan deze voorwaarden kunnen voldoen. Om die redenen is in het voorgestelde artikel 16c, vierde lid, onderdeel c, Wtzi bepaald dat dergelijke specialisten-bv's winst kunnen uitkeren zonder aan de winstuitkeringsvoorwaarden te voldoen.

## II. ARTIKELSGEWIJS

*Het voorgestelde artikel 16g Wtzi regelt dat een zorgaanbieder die winst mocht uitkeren omdat hij zorg aanbood die niet tot het op grond van een zorgverzekering te verzekeren pakket behoorde, de eerste drie jaren nadat (delen van) die zorg wèl in het te verzekeren pakket is opgenomen, winst mag blijven uitkeren. De leden van de CDA-fractie vragen of dit geen calculerend gedrag bij investeerders kan uitlokken.*

De kans dat investeerders een aanbieder van medisch-specialistische zorg oprichten met het specifieke oogmerk om, nadat de door die instelling te verleende zorg in het te verzekeren pakket is opgenomen, gedurende drie jaar winst uit te keren zonder aan de daar normaliter voor geldende voorwaarden te voldoen, acht ik erg klein. Ten eerste kan het hier alleen gaan om medisch-specialistische zorg. Dergelijke zorg stroomt bijna altijd automatisch het te verzekeren pakket in,<sup>34</sup> dat wil zeggen zonder dat daaraan een beslissing van de wetgever ten grondslag ligt waarop de investeerders zouden kunnen anticiperen. En zelfs voor zover er wel een afzonderlijke beslissing aan de instroom ten grondslag zou liggen waarop geanticipeerd zou kunnen worden,<sup>35</sup> acht ik de kans op het optreden van het bovenbeschreven gedrag klein. Het zou er immers op neerkomen dat een instelling een vorm van innovatieve medisch-specialistische zorg ontwikkelt, met succes aantoont dat deze zoveel voordelen heeft, dat deze tot het te verzekeren pakket moet gaan behoren en vervolgens, na opname in dat pakket, deze zorg blijft doorleveren met het loutere doel om de instelling die die zorg verleent binnen drie jaar na oprichting «leeg te zuigen» en failliet te laten gaan. Dat zou neerkomen op het slachten van de kip met de gouden eieren. Naar mijn inschatting zal het in zo'n geval voor een investeerder veel aantrekkelijker zijn de instelling in staat te stellen om de innovatieve zorg zowel in de eerste drie jaar als daarna zo goed mogelijk te leveren en om de werkzaamheden uit te bouwen. De dividenden en de waardestijging van de aandelen, die verkocht kunnen worden, vormen waarschijnlijk een aantrekkelijker, en bovendien maatschappelijk acceptabel, alternatief voor het leegzuigen van een aanbieder van medisch-specialistische zorg met potentie.

<sup>34</sup> Artikel 2.1, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering leidt er in verbinding met artikel 2.4 van dat Besluit namelijk toe dat tot de te verzekeren medisch-specialistische zorg al datgene behoort, wat volgens de maatstaven van de wetenschap en praktijk tot (verantwoorde) medisch-specialistische zorg behoort of, bij het ontbreken van dergelijke maatstaven, geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

<sup>35</sup> Dit zou het geval kunnen zijn in geval van innovatieve zorg, na een succesvolle periode van voorwaardelijke financiering als bedoeld in artikel 2.1, vijfde lid, van het Besluit zorgverzekering.

*De leden van CDA-fractie willen voorts weten of een zorginstelling winst zal kunnen uitkeren zodra de door haar verleende zorg buiten het te verzekeren pakket is komen te vallen.*

Dat is inderdaad mogelijk, maar alleen als *alle* zorg die de instelling verleent, buiten het zorgverzekeringspakket komt te vallen. In het geval van ziekenhuizen zal hier niet snel sprake van zijn.

*De leden van de CDA-fractie constateren dat het voorgestelde artikel 16g Wtzi ook geldt voor instellingen die extramurale AWBZ-zorg verlenen die ten gevolge van overheveling van zorg van de AWBZ naar de Zvw onder het op grond van een zorgverzekering te verzekeren pakket zouden komen te vallen. Dit zou ertoe leiden dat zij, voor zover zij medisch specialistische zorg aanbieden, de eerste drie jaar zonder te voldoen aan de in dit wetsvoorstel geregelde voorwaarden, winst zouden kunnen uitkeren. Zij vragen of dit wel verstandig is.*

Terecht merken de leden van de CDA-fractie op, dat overheveling van AWBZ-zorg naar de Zvw en daarmee naar het op grond van een zorgverzekering te verzekeren pakket geen ondenkbare situatie meer is. Sterker, in de brief van staatssecretaris Van Rijn van 25 april 2013,<sup>36</sup> wordt aangekondigd dat de thuisverpleging (en daarmee onlosmakelijk verbonden verzorging) en de op behandeling gerichte, intramurale ggz vanaf het tweede verblijfsjaar,<sup>37</sup> op 1 januari 2015 van de AWBZ naar de Zvw zullen worden overgeheveld.

Echter, thuisverpleging (en de daarmee onlosmakelijk verbonden verzorging) behoort niet tot de medisch-specialistische zorg. Ook indien deze zorg nu al onder de Zvw zou vallen, zouden de in dit wetsvoorstel geregelde winstuitkeringsvoorwaarden derhalve niet op ze van toepassing worden. Dergelijke instellingen mogen, indien ze louter extramurale zorg verlenen, nu al winst uitkeren, en straks ook. Daarbij moeten ze uiteraard wel voor zover van toepassing de in het BW neergelegde voorwaarden in acht nemen.

Intramurale ggz is wel medisch-specialistische zorg. Maar ook instellingen die dergelijke zorg vanaf het tweede verblijfsjaar verlenen, zullen vanaf het moment waarop die zorg naar de Zvw over gaat niet van artikel 16g Wtzi kunnen profiteren. Enerzijds niet omdat dat artikel vergt dat de zorg vóór de pakketuitbreiding met een winstoogmerk mag worden verleend. Dat is voor intramurale AWBZ-zorg niet het geval. Anderzijds niet omdat instellingen alleen van artikel 16 Wtzi kunnen profiteren indien ze voor de pakketuitbreiding geen medisch-specialistische zorg verlenen die onder de dekking van de zorgverzekering valt. De ggz-instellingen waar het hier om gaat, zullen hun patiënten echter ook altijd gedurende het eerste verblijfsjaar ggz verlenen, zodat zij ook nu al medisch-specialistische zorg in de zin van de Zvw verlenen. Een en ander betekent dat intramurale instellingen voor ggz na overkomst van de hier bedoelde zorg uit de AWBZ in de toekomst wel winst zullen mogen uitkeren, maar alleen als ze aan de in dit wetsvoorstel neergelegde winstuitkeringsvoorwaarden voldoen.

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

---

<sup>36</sup> Kamerstuk 30 597, nr. 296

<sup>37</sup> Het eerste verblijfsjaar in een ggz-instelling valt al onder de dekking van de zorgverzekering.