

## Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

### 2958

Vragen van het lid **Van Gerven** (SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *een keten van commerciële gezondheidscentra in eigendom van een zorgverzekeraar* (ingezonden 15 juni 2010).

Antwoord van minister **Klink** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 22 juli 2010).

#### Vraag 1

Heeft u kennisgenomen van het feit dat zorgverzekeraar Menzis een keten van gezondheidscentra wil opzetten in een joint venture met investeringsmaatschappij Reggeborgh?<sup>1</sup>

#### Antwoord 1

Ja, het voornemen van Menzis Eerstelijns Zorg Holding B.V. en Reggeborgh Deelnemingen B.V., om een gemeenschappelijke onderneming tot stand te brengen met de naam ZorgPunt Holding B.V. is mij bekend. Dit voornemen is inmiddels ook bij de NMa gemeld.

#### Vraag 2

Vindt u het een gewenste ontwikkeling dat een investeringsmaatschappij mede-eigenaar is van een keten gezondheidscentra? Welke afspraken zijn er gemaakt met betrekking tot eventuele winstuitkering aan Reggeborgh in de joint venture? Op welke termijn wordt er winst uitgekeerd? Is deze constructie wettelijk toegestaan? Zo ja, kunt u dit toelichten?

#### Antwoord 2

Ik heb er geen bezwaar tegen dat een investeringsmaatschappij mede-eigenaar is van een zorgketen. Het afgelopen decennium is gebleken dat financiering een veelvoorkomend probleem is bij initiatieven om een gezondheidscentrum te starten. De interesse van een investeringsmaatschappij om te investeren kan dan ook als een kans worden gezien. Menzis heeft in de aandeelhoudersovereenkomst vastgelegd dat er de eerste vijf jaar geen dividend wordt uitbetaald en dat daarna winst alleen aan de aandeelhouders uitgekeerd mag worden, indien de benodigde vrije kasstroom van de ZorgPunt Groep niet in gevaar komt, de solvabiliteit van de ZorgPunt Groep daardoor niet te klein wordt (tenminste 40%) en het niet

<sup>1</sup> Het Financieele Dagblad, 12 juni 2010  
<http://www.fd.nl/artikel/15856001/menzis-werkt-samen-private-investeerder-zorgcentra>

nodig is om de winst aan te wenden ten behoeve van investeringen in de zorgpuntcentra (kwaliteit, continuïteit, klantvriendelijkheid en groei). De derde voorwaarde waaraan moet zijn voldaan alvorens er middelen aan ZorgPunt kunnen worden onttrokken is een akkoord van de Algemene Vergadering van aandeelhouders. Dit betekent dat beide aandeelhouders van Zorgpunt dus zowel Menzis als Reggeborgh akkoord moeten zijn.

In artikel 5, tweede lid, van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) is bepaald dat een toelating aan zorginstellingen met een winstoogmerk slechts zal worden verleend indien die instelling behoort tot Uitvoeringsbesluit WTZi aangewezen categorie. In artikel 3.1 jo artikel 1.2 van het Uitvoeringsbesluit WTZi worden ondermeer huisartsenzorg en farmaceutische zorg aangewezen als categorieën van instellingen die een winstoogmerk mogen hebben. Hetgeen betekent dat er geen wettelijk beletsel voor gezondheidscentra van apothekers en huisartsen bestaat om – in het voorkomend geval – dividend uitkeren.

Overigens heeft Menzis desgevraagd aangegeven dat het doel is de zorg dusdanig beter te organiseren dat die nog meer kwaliteit levert, zowel aan de arts als aan de patiënt. De verwachting is dat als dat lukt de zorgkosten gaan dalen, maar dit is volgens Menzis geen doel op zich. Wat op termijn voor Menzis boven de streep overblijft, wordt besteed aan verdere zorgvernieuwing en aan het beperken van de premiestijging.

### Vraag 3

Vindt u het een gewenste ontwikkeling dat een zorgverzekeraar mede-eigenaar is van een keten gezondheidscentra? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet?

### Antwoord 3

In zijn algemeenheid juich ik ontwikkelingen die leiden tot een doelmatiger en/of betere zorgverlening toe. Op welke manier dat gebeurt, is een zaak van zorgverzekeraars, aanbieders en andere partijen binnen de wettelijke kaders die we daarvoor hebben uitgezet. Dat geldt ook voor gevallen waarin sprake is van verticale samenwerking. Toezichthouders zoals de Nederlandse Mededingingsautoriteit, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Nederlandsche Bank houden toezicht op deze wettelijke kaders.

Zoals ik ook aangaf in de brief van 9 juli 2009 «Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning» (Kamerstukken II, vergaderjaar 2008–2009, 32 012, nr. 1<sup>2</sup> deel ik de visie van de commissie verticale integratie (Commissie Baarsma) op het belang van goede samenwerking tussen de betrokken toezichthouders en op het vaststellen van bereikbaarheids- en kwaliteitsnormen om de transparantie, voorspelbaarheid en objectiviteit van het toetsingskader nog te vergroten. Daarenboven heb ik in deze brief extra waarborgen voor kwaliteit, bereikbaarheid en continuïteit van zorg benoemd zoals het versterken van de positie van besturen en toezichthoudende organen, verbetering van de maatschappelijke inbedding van organisatie en de fusie-effectrapportage.

Ik heb geen reden aan te nemen dat het hiervoor beschreven toezichtskader niet toereikend is, of niet adequaat wordt toegepast, om negatieve effecten van verticale integratie te voorkomen of corrigeren.

### Vraag 4

In hoeverre ziet u een bedreiging voor de kwaliteit van de gezondheidszorg in de drijfveren van een investeringsmaatschappij om te investeren in gezondheidscentra?

### Antwoord 4

Kapitaalverschaffers kunnen diverse drijfveren hebben om risicodragend te investeren in de zorgsector. Sommige investeerders zullen de nadruk leggen op verbeteringen van bijvoorbeeld het management. Andere investeerders leggen wellicht de focus op innovatie of het beheer van vastgoed of medische apparatuur. De investeerders hebben gemeen dat zij rendement

<sup>2</sup> Het Financieele Dagblad, 12 juni 2010  
<http://www.fd.nl/artikel/15856001/menzis-werkt-samen-private-investeerder-zorgcentra>

over hun investering zullen verwachten. Net zoals banken rendement eisen in de vorm van rente.

Ik zie deze rendementsuitkering niet als een bedreiging voor de kwaliteit van de zorg. Ten eerste omdat zorgaanbieders, ook degene waarin risicodragend kapitaal is geïnvesteerd, zich dienen te houden aan de bestaande wet- en regelgeving, zoals de Kwaliteitswet. De inspectie houdt daarop toezicht. Ten tweede laat onderzoek naar private investeringen in het buitenland geen significante verschillen zien in kwaliteit tussen aanbieders die wel en aanbieders die geen privaat kapitaal hebben aangetrokken. Wel lijken buitenlandse zorgaanbieders waarin geïnvesteerd wordt vaak transparanter te zijn over de door hen geleverde kwaliteit dan zorgaanbieders waarin niet is geïnvesteerd.<sup>3</sup>

De ZorgPunt gezondheidscentra worden gemodelleerd naar het voorbeeld van de twee andere gezondheidscentra van Menzis in Groningen (GC West) en Arnhem (GC Schuytgraaf). Onafhankelijk onderzoeksinstituut NIVEL heeft hiernaar onderzoek gedaan en geconcludeerd dat het gezondheidscentrum zeer positief wordt beoordeeld als het gaat om kwaliteit en klanttevredenheid. Huisartsen geven in dit onderzoek aan dat het zorgaanbod van Gezondheidscentrum West breder is en dat er meer tijd voor patiënten is dan in de oude situatie.<sup>4</sup>

Ik ben van mening dat het, mede vanwege de maatschappelijk aandacht voor de kwaliteit van zorg, in het belang van de investeerder zelf is de kwaliteit van de zorgaanbieder waarin hij investeert goed te bewaken. Wanneer de zorgaanbieder slechte kwaliteit biedt, zal de zorgvraag, en daarmee de kans op rendement, immers verminderen.

#### Vraag 5

In hoeverre ziet u een bedreiging voor de kwaliteit van de gezondheidszorg in het ontstaan van verticale integratie? Staat de onafhankelijkheid van de arts hierdoor niet onder druk, zeker gezien de besparingen van 100 tot 200 euro per patiënt die Menzis wil bereiken? Zo nee, waarom niet?

#### Antwoord 5

De commissie Baarsma heeft in haar rapport over verticale integratie in de gezondheidszorg (Kamerstukken II, Vergaderjaar 2009–2010, 27 295, nr.150) aangegeven geen reden te hebben aan te nemen dat huisartsen bij de verwijzing van cliënten naar zorgaanbieders, zich door andere factoren dan hun beroepsethiek, protocollen, gedragscodes en kwaliteitsnormen laten leiden.

Tegelijkertijd heb ik in de brief «Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning» onderkend dat deelname van huisartsen in een geïntegreerde onderneming in theorie kan leiden tot doorverwijsgedrag dat in de eerste plaats in het economische belang is van de geïntegreerde onderneming en pas in de tweede plaats in het belang van de cliënt. Door zijn vertrouwenspositie zou de huisarts in theorie invloed kunnen hebben de keuze van de cliënt voor een tweedelijnszorgaanbieder. In mijn brief van 25 januari j.l. (Kamerstukken II, 2009–2010, 29 689, nr. 298) heb ik de onafhankelijkheid van de artsen in geïntegreerde situaties nogmaals als een bijzonder aandachtspunt benoemd, dit heeft geleid tot het verzoek aan de NZa dit aspect pro-actief in het toezicht te betrekken.

Ook Menzis heeft oog voor de onafhankelijkheid van de arts, zij heeft deze onafhankelijkheid extra gewaarborgd door hetgeen is vastgelegd in het Medisch Statuut en de oprichting van een Medische Raad, die verantwoordelijk is voor het medisch-inhoudelijke beleid. Bovendien is de voorzitter van die Raad volwaardig lid van het management team van ZorgPunt.

#### Vraag 6

Bent u bereid in te grijpen om deze ontwikkeling onmogelijk te maken? Zo nee, waarom niet?

<sup>3</sup> SEOR-Ecri «Winstuitkering: winst voor de publieke belangen?» oktober 2006 en «For Profit Hospitals», Patrick Jeurissen (mei 2010).

<sup>4</sup> NIVEL2007 «Samenwerking en substitutie in Gezondheidscentrum West Evaluatie van de eerste ervaringen met geïntegreerde eerstelijnszorg volgens het Menzis-model».

Antwoord 6

Ik zie in lijn met de gegeven antwoorden op vraag 1 t/m 5 op voorhand geen reden om deze ontwikkeling onmogelijk te maken. Mijn verzoek aan de NZa de onafhankelijkheid van de verwijfsfunctie van de 1e naar 2e lijn pro-actief in haar toezicht te betrekken, vind ik op dit moment voldoende.