

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX DEN HAAG
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
103702-100604-MC

Bijlagen
1

Uw brief
10 juli 2012

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Datum 16 augustus 2012
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van het Kamerlid Leijten (SP) over investeerders die azen op ziekenhuizen in financiële problemen (2012Z14338).

Hoogachtend,
de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers

Antwoorden op Kamervragen van het Kamerlid Leijten (SP) over investeerders die azen op ziekenhuizen in financiële problemen .
(2012Z14338)

Vragen van het lid Leijten (SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over investeerders die azen op ziekenhuizen in financiële problemen
(ingezonden 10 juli 2012)

1

Wat is uw reactie op het bericht dat private investeerders in een rap tempo zorginstellingen opkopen in de verwachting daar winst op te maken? Deelt u de mening dat dit een zorgwekkende ontwikkeling is? Zo nee, waarom niet? 1)

1

Nederlandse ziekenhuizen zijn (van oudsher) in overgrote meerderheid private partijen die vooral *gefinancierd* worden en tegenwoordig vooral *bekostigd* worden door middel van premiegelden. In dit bericht gaat het om *financiering* van de instellingen. Nederlandse ziekenhuizen zijn voor een groot deel gefinancierd door middel van bankleningen. De laatste jaren is er een opkomst van andere kapitaalverschaffers. Banken en andere privaatkapitaalverschaffers zullen in ruil voor het verstrekken van financiering rendement willen. Daardoor zien we dat ziekenhuizen aan banken en andere privaatkapitaalverschaffers, binnen de grenzen die de wet stelt, rendement op het verschaft kapitaal betalen. In de zorgsector is een grote behoefte aan financiering van investeringen, niet alleen voor gebouwen, maar ook om innovaties te bevorderen en de kwaliteit van zorg te verbeteren. Nu banken noodgedwongen terughoudender zijn met het verschaffen van kapitaal zijn zorginstellingen actiever op zoek naar kapitaal van andere privaatkapitaalverschaffers dan banken. Ik vind de ontwikkeling dat zorgaanbieders bij andere privaatkapitaalverschaffers dan banken financiering zoeken, logisch en dat ziekenhuizen minder afhankelijk willen zijn van banken, in principe niet verontrustend, echter ik wil dat dit zoveel mogelijk op een transparante manier gebeurt.

2

Op grond waarvan menen investeerders 15 tot 20% rendement op hun investeringen in ziekenhuizen en klinieken te halen, gelet op het verbod op winstuitkering?

2

Het verbod op winstuitkering ziet niet op alle vormen van het betalen van rendement op kapitaal dat verschaft is aan ziekenhuizen, maar slechts op het behalen van rendement op kapitaal door het uitkeren van winst. Ook door bijvoorbeeld het betalen van rente kan rendement worden behaald. Afhankelijk van de risico's die de kapitaalverschaffer loopt zal het percentage van rendement variëren. Op welke grond een kapitaalverschaffer in het NRC artikel op 15 tot 20 % komt is mij niet bekend.

3

Wat is uw reactie op de stelling dat het geldende verbod op winstuitkering symbolisch zou zijn en dat het systeem zo lek is als een mandje? Is de uitspraak waar dat er 200 manieren zijn om het verbod te omzeilen? Kunt u een overzicht geven van de vele manieren waarop dit kan, naast de trucs die reeds in het artikel zijn genoemd?

3

Voor aanbieders van medisch specialistische zorg is het hebben van een winsttoogmerk en daarmee het uitkeren van winsten verboden. Dit verbod is gebaseerd op de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). Het is niet verboden dat ziekenhuizen rente of rendement vergoeden voor ter beschikking gesteld kapitaal. Het artikel geeft enkele voorbeelden van ziekenhuizen die rendement betalen over verschaft kapitaal. Een uitputtend overzicht van manieren om rendement te betalen kan ik niet geven. Enkele in het artikel nog niet genoemde manieren om kapitaal aan te trekken en daarmee dus rente of rendement uit te keren zijn: het betalen van rente op een hypothecaire lening, het betalen van rente op een achtergestelde lening en rendement betalen over uitgegeven obligaties van een fonds dat zorginstellingen financiert.

4

Hoeveel zorggeld wordt jaarlijks via de bovenstaande constructies weggesluisd? Indien u hier geen overzicht van heeft, bent u dan bereid dit uit te zoeken? Zo nee, waarom niet?

4

Om verbeteringen in de zorg door te kunnen voeren, is het noodzakelijk dat er voor de zorg kapitaal beschikbaar is dat kan worden geïnvesteerd in de zorg. Om kapitaal beschikbaar te hebben zal een zekere rente of rendement betaald moeten worden, net als dat er voor arbeid betaald zal moeten worden. Er is dus geen sprake van wegsluiten, maar van het vergoeden van het beschikbaar hebben van kapitaal om verbeteringen in de zorg door te voeren en innovaties te bevorderen. Hoe zorgaanbieders hun kapitaalbehoefte financieren is niet geregistreerd. Het zou te ver voeren om voor alle zorgaanbieders in Nederland in kaart te brengen welk financieringsarrangement zij zijn aangegaan.

5

Is het waar dat momenteel zeker vijf ziekenhuizen technisch failliet zijn? Om welke ziekenhuizen gaat het, en wat gaat u hieraan doen?

5

Het is mij niet bekend of en welke ziekenhuizen technisch failliet zijn. Zoals ik in de brief "Waarborgen voor continuïteit van zorg"¹, die met instemming van uw Kamer is aangenomen, heb toegelicht ligt de primaire verantwoordelijkheid voor de continuïteit van zorg bij zorgaanbieders (in dit geval ziekenhuizen) en verzekeraars. Verzekeraars hebben richting hun verzekerden op basis van de Zorgverzekeringswet een zorgplicht. In het kader van haar zorgplicht dient de zorgverzekeraar de continuïteit van zorg te waarborgen.

¹ Tweede Kamer der Staten-Generaal, Vergaderjaar 2010-2011, Kamerstuk 32620 nr. 10

6

Is het waar dat een vijfde van alle medische klinieken in verzekerde zorg een investeringsmaatschappij als aandeelhouder heeft? Zo nee, wat zijn de juiste cijfers? Deelt u de mening dat deze ontwikkeling de continuïteit van zorg bedreigt, gelet op het feit dat investeringsmaatschappijen geen belang hebben bij langdurig voortbestaan van bedrijven, maar slechts in maximaal rendement op zo kort mogelijke termijn?

6

Ik beschik niet over gegevens van financieringsarrangementen van zorgaanbieders. Wel wil ik aangeven dat dergelijke investeringsmaatschappijen die aandeelhouder zijn, juist zorgen voor continuïteit van de zorgaanbieder die zij financiering hebben verstrekt. Als aandeelhouders hebben zij er namelijk belang bij dat de aandelen een zo hoog mogelijke waarde hebben bij een eventuele doorverkoop. Een goedlopende zorgaanbieder met goede toekomstperspectieven is meer waard dan een zorgaanbieder op de rand van een faillissement. Om het geïnvesteerde kapitaal er op langere termijn weer uit te halen, is het dus nodig dat de zorgaanbieder gezond is en blijft en is er dan ook geen gevaar voor de continuïteit van zorg. Dat geldt des te sterker als er geen onderliggende zekerheden zijn, zoals hypothecaire leningen of andere garanties. Juist bij het ontbreken daarvan, voorzien investeringsmaatschappijen in een financieringsbehoefte, waardoor bijvoorbeeld nieuw of vernieuwend zorgaanbod tot stand kan komen en de zorgaanbieder investeringen kan doen om zijn zorg te verbeteren.

7

Hoe voorkomt u dat de medische infrastructuur van Nederland in handen komt van sprinkhaankapitalisten? Wilt u uw antwoord toelichten?

7

De medische infrastructuur, zoals de gebouwen waarin ziekenhuizen en klinieken zijn gevestigd, is doorgaans vrijwel geheel belast met hypothecaire verplichtingen ten opzichte van banken. Andere privaatkapitaalverschaffers zullen deze infrastructuur dus niet snel in handen krijgen. Ik begrijp dat zorgaanbieders juist ook voor andere zaken dan infrastructuur op zoek zijn naar kapitaal, bijvoorbeeld om te investeren in innovaties en kwaliteitsverbetering. Ik vind dat een goede ontwikkeling, zo wordt de zorg verbeterd. Privaatkapitaalverschaffers in de zorg zijn, met name door de complexiteit van de zorg, doorgaans niet uit op korte termijn winsten. Privaatkapitaalverschaffers zijn juist uit op de continuïteit van de zorgaanbieder die zij financiering hebben verstrekt zodat zij zeker zijn van hun rendement en zodat zij zeker zijn dat het verstrekte kapitaal te zijner tijd ook weer terug betaald kan worden.

8

Bent u van mening dat het wenselijk is dat investeerders zorgaanbieders aanzetten tot het doen van meer verrichtingen, teneinde de omzet te vergroten? Hoe verhoudt dit zich tot uw wens om de zorgkosten te beheersen? Wilt u uw antwoord toelichten?

8

Mijn antwoord hierop is drieledig. Ten eerste vind ik het niet onwenselijk dat aanbieders proberen hun omzet te vergroten en meer patiënten te behandelen, zo lang zij dit maar doen door het efficiënt leveren van kwalitatief goede, medisch noodzakelijke zorg. Als zij op die manier patiënten proberen aan te trekken, leidt dit ertoe dat medisch noodzakelijke zorg uiteindelijk op die plek wordt geleverd waar de beste kwaliteit wordt geleverd tegen de laagste kosten. Dat draagt bij aan de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Ten tweede is het belangrijk dat onnodige volumegroei in de ziekenhuissector wordt voorkomen. Hier ligt een belangrijke rol voor verzekeraars. Op grond van spiegelinformatie ten aanzien van bepaalde behandelingen, kan de praktijkvariatie tussen aanbieders inzichtelijk worden gemaakt. Verzekeraars kunnen op basis hiervan het gesprek aangaan met aanbieders die bepaalde behandelingen relatief vaak uitvoeren, zonder dat dat verklaard kan worden door afwijkende kenmerken van hun patiëntenpopulatie. Verzekeraars ervaren hier – zeker sinds de afschaffing van de macronacalculatie – een financiële prikkel toe. Voor zover er medische richtlijnen en zorgstandaarden zijn ten aanzien de inzet van bepaalde behandelingen, kunnen ook die bij zo'n gesprek tussen verzekeraar en aanbieder worden betrokken. Tot slot heb ik in het hoofdlijnenakkoord met ziekenhuizen en zorgverzekeraars voor het eerst volumeafspraken kunnen maken zonder dat de wachtlijsten oplopen, waardoor ongepast gebruik van zorg tegen wordt gegaan.

9

Wat is uw opvatting over de ontwikkeling dat klinieken worden opgekocht die nog niet de afgesproken maximale volumegroei hebben bereikt? Deelt u de mening dat deze handel in 'zorgquota' onwenselijk is? Wilt u uw antwoord toelichten?

9

Ik vind het begrijpelijk dat private investeerders daar hun geld willen investeren, waar zij de meeste groeimogelijkheden zien. Ik zie dit niet als een onwenselijke ontwikkeling. Zoals toegelicht in het antwoord op mijn vorige vraag, is het daarbij wel van belang dat die groei gerealiseerd wordt door het efficiënt leveren van kwalitatief goede, medisch noodzakelijke zorg. Het is de rol van verzekeraars om hierop te sturen.

10

Deelt u de mening dat het Nederlandse zorgstelsel bedoeld is om zorgbehoevende mensen beter te maken en niet om ondernemers rijker te maken? Wilt u uw antwoord toelichten?

10

Ja. Die mening deel ik. Om de zorg in Nederland op peil te houden is niet alleen duurzaam *bekostigen* noodzaak, maar ook duurzaam *financieren*. Dat betekent dat ziekenhuizen en andere zorgaanbieders ook in de toekomst kapitaal nodig hebben om te kunnen investeren en om in te kunnen zetten bij het aanbieden van zorg. Te denken valt daarbij niet alleen aan investeringen in vernieuwing van gebouwen, maar ook aan investeringen in innovaties en betere zorg. Dat benodigde kapitaal kunnen zorgaanbieders mondjesmaat zelf opbouwen door winst te maken op het aanbieden van zorg, of dat kapitaal kunnen zij aantrekken van ondernemers zoals banken en andere privaatkapitaalverschaffers door daar rendement tegenover te stellen.

11

Wat is uw opvatting over de constructie om het verbod op winstuitkering te omzeilen, waarbij (een deel van) een ziekenhuis of kliniek wordt gekocht met het doel dit voor een hoger bedrag door te verkopen? Deelt u de mening dat deze constructie moet worden gestopt, omdat niet verbetering van de zorg, maar snel geld verdienen voorop staat? Wilt u uw antwoord toelichten?

11

Door de aankoop van een ziekenhuis of kliniek en een latere verkoop hiervan wordt het verbod op winstuitkering niet omzeild. Het winstverbod regelt uitsluitend dat het hebben van een winsttoogmerk niet is toegestaan en daarmee voor aanbieders van medisch specialistische zorg het uitkeren van winsten is verboden. Ik vind het begrijpelijk dat een privaatskapitaalverschaffer op termijn het geïnvesteerde kapitaal met een zeker rendement terug wil. Ik geloof niet dat er op dit moment in de zorg snel geld te verdienen valt, door middel van het verschaffen van kapitaal. De zorg is uiterst complex en kapitaalverschaffers zijn terughoudend. Ik hecht er belang aan dat kapitaalverschaffers die aan zorgaanbieders financieringen verstrekken gericht zijn op de langere termijn. Het doel van de investering gedurende deze langere termijn is een waardevermeerdering dus een verbetering van een (deel van) een ziekenhuis dat eerst kennelijk minder goed en later kennelijk beter presteert. Dit vind ik dat geen probleem. Verbetering van de zorg en rendement gaan dan hand in hand.

12

Wat is uw opvatting over de constructie om het verbod op winstuitkering te omzeilen, waarbij een ziekenhuisstichting winst uitkeert via bedrijven aan wie activiteiten zijn uitbesteed, zoals een schoonmaakbedrijf of callcenter? Deelt u de mening dat deze maas in de wet moet worden gedicht? Zo nee, waarom niet?

12

Rendement kan alleen worden uitgekeerd via een uitbestede dienst, indien er voor die uitbestede dienst meer dan een marktconforme prijs betaald wordt. Zo lang er uitsluitend een juiste prijs voor de uitbestede dienst wordt uitgekeerd kan er geen sprake zijn van het betalen van rendement aan privaatskapitaalverschaffer via een uitbestede dienst. Ik ben van mening dat er een juiste prijs en niet een te hoge prijs voor uitbestede diensten moet worden betaald. Uitbesteden zou juist moeten gebeuren omdat en indien het uitbesteden efficiënter, beter of goedkoper is. Bovendien staat het te veel betalen voor uitbestede diensten, zelfs indien dat binnen een groep van rechtspersonen plaatsvindt, op gespannen voet met fiscale regels en kan er sprake zijn van fraude. Ik zal met de opsporingsambtenaren van de belastingdienst en het openbaar ministerie in overleg treden in hoeverre er aanwijzingen zijn dat dit soort praktijken voorkomen.

13

Hoe verklaart u de uitspraak dat de overheid een oogje toe knijpt bij de constructie van winstuitkering via uitbesteding aan bedrijven die niet onder het verbod vallen? Was u op de hoogte van deze en overige constructies? Wat is hierop uw beleid geweest? In hoeverre heeft u de Kamer hierover geïnformeerd?

13

Zoals hierboven beschreven kan het betalen van rendement via uitbestede diensten uitsluitend plaats vinden door een te hoge prijs voor de dienst af te rekenen. Een dergelijke praktijk zou in strikte zin niet onder het verbod op winstuitkering in de WTZi vallen, maar kan wel in strijd zijn met fiscale regels. Ook kan er sprake zijn van fraude. Mij is bekend dat enkele gevallen van te hoge vergoedingen en wegsluizen van zorggeld, anders dan door het overtreden van het verbod uit de WTZi, door het OM zijn aangepakt. Een voorbeeld van de aanpak van fraude is de uitspraak van de rechter in de Icare-zaak, waarbij een voormalig directeur werd veroordeeld tot een gevangenisstraf (Rb. Assen 1 juli 2010, LJN BM6323).

14

Wat is uw opvatting over de constructie om het verbod op winstuitkering te omzeilen, waarbij eigenaren van klinieken of ziekenhuizen geld kunnen verdienen door aparte diensten aan te bieden, die vervolgens door het ziekenhuis via outsourcing worden betaald? Deelt u de mening dat hier feitelijk sprake is van witwaspraktijken met premiegeld waaraan een einde moet komen? Wilt u uw antwoord toelichten?

14

Zie mijn antwoord op vraag 12.

15

Wat is uw opvatting over de constructie waarbij eigenaren van ziekenhuizen rente over leningen opstrijken? Is dit voor u geen aanwijzing dat geld verdienen voorop staat, zelfs zonder dat dit aan een concrete prestatie is gerelateerd? Wilt u uw antwoord toelichten?

15

Het verschaffen van kapitaal is in de ziekenhuissector een concrete prestatie, waarvoor in zijn algemeenheid een vergoeding betaald wordt in de vorm van rente. Ik zie geen verschil tussen het betalen van een dergelijke vergoeding aan een bank of aan een andere private partij. Wel acht ik van belang dat de rente niet ongerechtvaardigd hoog is, aangezien op die manier bijvoorbeeld fiscale regels omzeild zouden kunnen worden. De hoogte van de rente van een lening hangt doorgaans af van de looptijd en het risico dat de privaatkapitaalverschaffer loopt.

16

Wat is uw opvatting over de in het artikel genoemde constructie van maatschappen en apothekers die veel geld verdienen door extreem hoge tarieven te hanteren? Pleit dit niet voor specialisten in loondienst en apothekers in een abonnementensysteem? Wilt u uw antwoord toelichten?

16

Ik herken de genoemde constructies niet. Onder de huidige bekostiging (per 2012) van medisch specialisten worden alle door medisch specialisten te declareren tarieven voor geleverde zorg door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgesteld. Tevens geldt een honorariumomzetplafond per individuele instelling,

zodat het totaal aan door medisch specialisten gedeclareerde honorariumtarieven per instelling nooit boven het vooraf gestelde macroplafond kan uitkomen. Het omzetplafond medisch specialisten geldt per instelling (ziekenhuis of zbc) voor de werkzaamheden van alle vrijgevestigd medisch specialisten in die instelling.

Apothekers kunnen niet zomaar extreem hoge tarieven in rekening brengen. Zorgverzekeraars en apotheekhoudenden maken immers afspraken over de tarieven en de prijzen van geneesmiddelen. De contracteergraad voor het jaar 2012 is erg hoog. Ten aanzien van de tariefafspraken voor het jaar 2012 hanteerden zorgverzekeraars als uitgangspunt een budgettair neutrale overgang naar de situatie van vrije tarieven en nieuwe prestatiebeschrijvingen. Dit betekent feitelijk een daling van de tarieven bij een oplopende zorgvraag.

Deze beheersingsmechanismen in acht genomen zie ik niet in waarom een en ander zou pleiten voor specialisten in loondienst of een verplicht abonnementsstelsel voor apothekers, te meer omdat apotheekhoudenden en zorgverzekeraars ook andere bekostigingswijzen, waaronder een abonnementstarief, kunnen afspreken voor door de Nederlanders Zorgautoriteit vastgestelde zorgprestaties.

17

Deelt u de mening dat het verontrustend is dat zorgverzekeraars niet zeggen te weten hoeveel zorggeld wordt uitgekeerd aan eigenaren van klinieken? Hoe kunnen verzekeraars in een liberaal zorgstelsel toezicht houden op de doelmatigheid als er zonder hun weten links en rechts zorggeld weglekt? Wilt u uw antwoord toelichten?

17

Ik vind het niet zorgwekkend dat zorgverzekeraars niet weten hoeveel er wordt uitgekeerd aan eigenaren van klinieken. De wijze waarop zorgaanbieders zich financieren is een zaak van de zorgaanbieder zelf. Zorgverzekeraars hoeven geen inzicht te hebben in alle kostencomponenten van de zorgaanbieder zoals toeleveranciers, rentes en lonen. Dit kan wel een onderwerp van gesprek worden indien de zorgverzekeraar tijdens onderhandelingen met een zorgaanbieder constateert dat de zorgaanbieder te veel vraagt voor zijn aanbod. Ook de kapitaallasten zoals rente kunnen dan onderwerp van gesprek worden. Als de zorgverzekeraar tot de conclusie komt dat de zorgaanbieder te duur is, dan kan de verzekeraar besluiten niet bij die zorgaanbieder in te kopen. Op deze wijze kunnen de zorgverzekeraars de kosten en de doelmatigheid in hun eigen hand houden.

18

Hebben belangen of eisen van (potentiële) investeerders een rol gespeeld bij het afstoten van zorg door streekziekenhuizen, zoals in Dokkum? Deelt u de mening dat zoiets volstrekt onwenselijk zou zijn? Wilt u uw antwoord toelichten?

18

Het is mij niet bekend dat er een verband zou zijn tussen potentiële investeerders en het afstoten van zorg door streekziekenhuizen, zoals in Dokkum. Ik heb geen overzicht van de mate waarin investeerders betrokken zijn bij streekziekenhuizen.

In dit verband wijs ik er op dat er voor streekziekenhuizen verschillende redenen kunnen zijn zich te specialiseren in datgene waar zij goed in zijn en dus ook sommige zorg af te stoten. Over het algemeen zullen banken en andere kapitaalverschaffers financiering verstrekken voor die projecten die zij het meest kansrijk achten.

19

Deelt u de mening dat het vreemd is dat maatschappen van medisch specialisten zijn uitgezonderd van het verbod op winstuitkering? Zo nee, waarom niet?

19

Maatschappen en specialisten BV's leveren medisch specialistische zorg. Zij zijn echter geen instelling voor medisch specialistische zorg als in artikel 1.2 Uitvoeringsbesluit WTZi, dat is het ziekenhuis waarin ze werken. Hierdoor vallen zij niet onder de WTZi en daarmee dus niet onder het winstverbod. Alleen als de maatschap of de specialisten BV zelf een kliniek exploiteert die verzekerde zorg levert, valt deze onder de WTZi en het winstverbod.

1) NRC Handelsblad, 7 juli 2012