

Antwoorden op kamervragen van het Kamerlid Schippers over Fusiebesprekingen tussen de Rivas zorggroep en zorgverzekeraar Univé.  
(ingezonden 3 november 2008)

1

Heeft u kennis genomen van de berichten over de besprekingen tussen de Rivas Zorggroep en zorgverzekeraar Univé over een eventuele fusie?<sup>1</sup>

1

Alvorens ik overga tot het beantwoorden van de vraag, wil ik graag even kort ingaan op het proces. Ik ben mij er namelijk terdege van bewust dat de beantwoording lang op zich heeft laten wachten, ook langer dan ik oorspronkelijk voorzag. Daarvoor bied ik U oprecht mijn excuses aan. Gegeven de samenhang met recenter vragen van Uw Kamer over voornemens van het Vlietland Ziekenhuis, zorgverzekeraar DSW en andere partijen, heb ik er voor gekozen de vragen gelijktijdig te beantwoorden.

Dan nu mijn antwoord op de voorliggende vraag. Ja, ik heb kennisgenomen van de berichten daaromtrent.

2

Wat is uw visie – los van de vraag of er in deze specifieke situatie sprake is van een daadwerkelijke fusie – op de aanhoudende fusiegolf in de zorg, waarbij de fusies niet beperkt blijven tot zorginstellingen onderling, maar zich ook uitstrekken tot zorgaanbod met woningbouw, en nu zelfs zorgaanbod met zorgverzekeraars?

2

Samenwerking tussen verschillende partijen in de zorg en woonzorgsector biedt naar mijn overtuiging veel kansen om te komen tot innovatieve zorgconcepten en het zorgaanbod beter aan te laten sluiten op de wensen van cliënten, bijvoorbeeld door maatwerk te bieden in zorggebonden woonvormen. Door te fuseren of andere samenwerkingsvormen aan te gaan, kunnen de verschillende partijen elkaar aanvullen en versterken en hierdoor meerwaarde voor cliënten bieden. Dat geldt ook voor verzekeraars die zelf zorg willen leveren. Verzekeraars die met het oog op verlaging van transactiekosten of vergroting van de transparantie een instelling in eigen beheer willen beginnen en/of een instelling willen overnemen, hebben hiervoor dan ook in principe de ruimte.

Maar ik vind het ook heel belangrijk dat er voor verzekerden en cliënten voldoende te kiezen is. Ik heb daar met Uw Kamer meerdere malen ook over gesproken, recent nog tijdens het Voortgezet Algemeen Overleg Zorgverzekeringwet van 16 december jl.. Want juist die keuzemogelijkheid is de spil waar de herziening van ons zorgstelsel om draait en de manier om te borgen dat cliënten kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg krijgen. Ik begrijp daarom de zorgen dat dergelijke fusies mogelijk in de weg staan aan de voor goede zorg benodigde competitie tussen zorgaanbieders en, in de curatieve zorg, tussen zorgverzekeraars.

Daarom staat voor mij wel vast dat het noodzakelijk is dat samenwerkingsverbanden (en dus ook fusies) plaatsvinden binnen de randvoorwaarden die nodig zijn om de publieke belangen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg te borgen. Dat betekent

---

<sup>1</sup> NRC Handelsblad en de Volkskrant bijlage, 25 oktober 2008.

vanzelfsprekend dat niet alle fusies zonder meer toelaatbaar zijn. Ditzelfde geldt ook voor minder vergaande vormen van samenwerking. Dat is dan ook de reden dat we daartoe mechanismen hebben die onwenselijke concentratievorming tegengaan en ook nader onderzoek hebben aangekondigd. In het antwoord op vraag 3 ga ik verder in op mijn visie en de beleidsagenda rondom fusies.

3

Deelt u de mening dat, als hiertegen vanuit de politiek geen vuist wordt gemaakt, wordt afgestevend op grote zorgmolochs die woningbouw, verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg, thuiszorg, ziekenhuiszorg en verzekeringen aanbieden?

3

Het gaat mij er om dat de zorg georganiseerd wordt met ruimte voor de menselijke maat en waarbinnen de wensen van cliënten centraal staan. We hebben zorgaanbieders de vrijheid gegeven om de zorgverlening naar eigen inzicht te organiseren, waarbij de overheid de randvoorwaarden in wetgeving heeft vastgelegd zodat de publieke belangen worden geborgd. Verschillende toezichthouders hebben de taak in te grijpen zodra de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg in gevaar kan komen. Noch een bepaalde organisatiegrootte, noch de reikwijdte van het dienstenpakket dat wordt aangeboden is *an sich* reden tot ingrijpen.

Ik ben dan ook niet per se tegen 'groot'. Zolang de zorg wordt georganiseerd binnen de gestelde randvoorwaarden ga ik mij niet uitspreken over wat de beste manier is om de zorg te leveren. Wel moet ik constateren dat een aantal recente ontwikkelingen in de zorg nog maar weer eens duidelijk heeft gemaakt dat 'groot' zeker niet altijd goed is en ook tot problemen rondom het bestuur van instellingen kan leiden. Als de afstand tussen bestuur en de werkvloer te groot wordt of als de organisatiestructuur dusdanig complex wordt dat vrijwel niemand meer zicht heeft op de financiële gezondheid van een instelling, dan vormt dat een bedreiging voor de kwaliteit en mogelijk ook de continuïteit van zorg. Om te borgen dat de gekozen organisatiegrootte en de reikwijdte van het dienstenpakket de cliënt ten goede komt, verwacht ik dan ook nadrukkelijk dat de Raden van Bestuur en Raden van Toezicht zich maatschappelijk georiënteerd en verantwoord gedragen. Dit houdt onder andere in dat de belangrijkste belanghebbenden, zoals cliëntenraden, ondernemingsraden en gemeenten worden betrokken bij belangrijke besluiten. Zoals ook tijdens de begrotingsbehandeling is toegelicht door Staatssecretaris Bussemaker zal het advies van de cliëntenraad bij fusies, maar ook bij zaken die de dagelijkse leefomgeving en de aard en de identiteit van de instelling betreffen, in de toekomst meer gewicht krijgen.

En hoewel ik niet van mening ben dat de politiek een vuist moet maken tegen fusievorming of schaalgrootte *an sich*, hecht ik wèl bijzonder veel belang aan het creëren van de juiste randvoorwaarden om de publieke belangen in de zorg te borgen. Het opzetten van een zogenaamde 'early warning systeem' om zich aftekenende financiële problematiek tijdiger in beeld te krijgen, is daar een voorbeeld van. Specifiek rondom fusies in de zorg is het met name van belang om, in de transitie naar vraaggestuurde zorg waarbij partijen elkaar door competitie scherp moeten houden, het ontstaan van te sterke machtsposities te voorkomen. In de u deze zomer toegezonden brief *Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg*<sup>2</sup> zijn de Staatssecretaris en ik hier nader op ingegaan, en hebben wij u in algemene zin onze visie op fusies en de daarbij behorende beleidsagenda geschetst. In deze brief staat het huidige instrumentarium beschreven zoals de fusietoets van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa)

---

<sup>2</sup> Kamerstukken II, 2007-2008, 29247, nr. 75.

en het aanmerkelijke marktmacht instrumentarium van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). In aanvulling op het huidige instrumentarium bereidt de Minister van Economische Zaken een beleidsregel voor om het fusietoezicht op concentraties van zorgaanbieders aan te scherpen. De Staatssecretaris en ik zijn betrokken bij de invulling van de beleidsregel. De beleidsregel zal naar verwachting voorjaar 2009 in werking treden. Verder hebben wij de Raad van State in "een verzoek van voorlichting" gevraagd de mogelijkheden van een zorgspecifieke fusietoets te onderzoeken. Van de vragen aan de Raad van State heb ik u een afschrift doen toekomen<sup>3</sup>. De Raad van State heeft aangegeven voorjaar 2009 een antwoord gereed te hebben op het verzoek van voorlichting.

Specifiek voor fusies tussen zorgaanbieders en de door u genoemde andere partijen is de regelgeving van de betreffende sectoren van kracht om de publieke belangen te borgen. Zo stelt de Woningwet dat toegelaten instellingen uitsluitend werkzaam mogen zijn op het gebied van de Volkshuisvesting (zie ook de brief van de Minister voor Wonen, Wijken en Integratie *Afwijzing bestuurlijke fusie tussen Woonzorg Nederland, Philadelphia Zorg en Evean Groep –fusie 'Espria'*)<sup>4</sup>. De toegestane activiteiten op het terrein van de zorg door woningcorporaties zijn beperkt tot investeringen in vastgoed ten behoeve van de zorg. Daarbij is het woningcorporaties toegestaan een intensieve samenwerking met een zorginstelling aan te gaan, zoals in de vorm van een personele unie.

De Nederlandsche Bank stelt op basis van de Wet op het financieel toezicht (Wft) eisen aan zorgverzekeraars op het gebied van onder meer beheerste bedrijfsvoering, waaronder risicomanagement en beleggingen, en solvabiliteit. Binnen dit kader, en mits de bedrijfsvoering en de solvabiliteit van de zorgverzekeraar dat toelaat, kunnen zorgverzekeraars in principe 'eigen instellingen' hebben om daarmee in de verzekerde zorg aan hun verzekerden te voorzien. Het belang van een toereikende beheerste bedrijfsvoering en toereikende solvabiliteit krijgt nog meer gewicht indien en voor zover deze 'eigen instellingen' tevens aan anderen dan de eigen verzekerden zorg verlenen. Deze dan 'bedrijfsvreemde' activiteit mag immers geen risico vormen voor de soliditeit van de verzekeraar en de polishouders mogen daarvan geen mogelijk financieel nadeel ondervinden.

4

Deelt u voorts de mening dat er een specifieke rol is weggelegd voor de politiek, omdat er (nog) geen sprake is van marktwerking in de betreffende sectoren? Deelt u tevens de mening dat ook door de overheid, in de rol van marktmeester, deze ontwikkeling geblokkeerd moet worden?

4

In de zorg is inderdaad geen sprake van volledige marktwerking maar van een naar zorgterrein gedifferentieerde en geleidelijke transitie naar gereguleerde marktwerking. Vanwege de bijzondere belangen die er in de zorg spelen streef ik ook niet naar volledige marktwerking. Mijn beleid is erop gericht om de cliënt in de zorg centraal te stellen. We geven partijen de ruimte en het vertrouwen, door zich te onderscheiden en uit te blinken, zorg te leveren van goede kwaliteit, maar deze ruimte is niet ongeclausuleerd. Wij geven deze ruimte voor onderlinge competitie zover (ook) de publieke belangen worden gediend. In veel sectoren, zeker in de zorgsector, is altijd een rol voor de overheid weggelegd om de publieke belangen te borgen.

---

<sup>3</sup> Kamerstukken II, 2007-2008, 29247, nr. 82.

<sup>4</sup> Kamerstukken II, 2007-2008, 31420, nr. 8.

Ik ben van mening dat met het bestaande instrumentarium en de uitvoering van de huidige beleidsagenda, zoals beschreven in het antwoord op vraag 3, de publieke belangen voldoende zijn geborgd. Het blokkeren van fusies, nog los van de vraag of dat juridisch mogelijk is en geen strijdigheid met de Europese schaderichtlijnen op zal roepen (het verbod beperkt immers de mogelijkheden van verzekeraars om in het kader van een natura verzekering zorg te leveren), is mijns inziens niet per se en op voorhand wenselijk en nodig. Dat betekent dus niet dat ik geen enkele rol voor de politiek zie. Juist vanwege het grote belang van goede competitie en voldoende keuzemogelijkheden in de zorg, is waakzaamheid geboden. Het is de reden waarom ik de Raad van State heb gevraagd mij te adviseren over een fusietoets waarbij in de zorg al bij een lager marktaandeel dan in het fusietoezicht gebruikelijk tot een verbod van de fusie wordt overgegaan. En daarom zal ik, zoals ik u ook naar aanleiding van de motie Schippers c.s.<sup>5</sup> heb toegezegd tijdens het VAO van 16 december jl., eveneens monitoren in hoeverre verticale integratie voldoende keuzemogelijkheden en daarmee voldoende competitie in de weg kan staan. Bij het geven van een antwoord op de vraag naar het eventueel blokkeren van onwenselijke ontwikkelingen, bijvoorbeeld in de vorm van een algemeen fusieverbod, wil ik graag de uitkomsten daarvan betrekken.

5

Acht u het niet realistisch dat dan ook huisartsen en apothekers zich in deze rij zullen aansluiten?

5

Aan samenwerking tussen apotheekhoudenden en huisartsen, waaronder verticale integratie, zijn voorwaarden verbonden. Zij zijn slechts toegestaan als zij niet tot gevolg hebben of kunnen hebben dat het ter hand stellen van receptgeneesmiddelen aan patiënten door andere overwegingen dan die van een goede geneesmiddelenvoorziening worden beïnvloed (zie artikel 11 van het Besluit Geneesmiddelenwet). Hierbij valt te denken aan:

1. afspraken met zorgverzekeraars over het belonen van doelmatig voorschrijven;
2. farmacotherapieafspraken tussen beroepsbeoefenaren en zorgverzekeraars;
3. het farmacotherapieoverleg tussen voorschrijvers en apotheekhoudenden;
4. afspraken over rationele geneesmiddelenvoorziening in instellingen die eerstelijnszorg leveren.

Kortom het verbod laat samenwerking tussen beide groepen van beroepsbeoefenaren die wel in het belang is van de patiënt ongemoeid. Volledigheidshalve verwijs ik u verder naar mijn recente brief over belangenverstrengeling tussen arts en apotheekhoudende<sup>6</sup>.

6

Wat is uw mening over de realistische kansen van keuzevrijheid en afrekening op prestaties in de zorg, als het aanbod en de verzekering zich hebben verenigd in één aanbieder, en de concurrentiemogelijkheden daarmee totaal zijn uitgeschakeld?

6

---

<sup>5</sup> Kamerstukken II, 2008-2009, 29689, nr. 236.

<sup>6</sup> Kamerstukken II, 2008-2009, 29477, nr. 67.

Net als u ben ik van mening dat een fusie tussen een bepaalde zorgaanbieder en zorgverzekeraar die concurrentiemogelijkheden totaal uitschakelt, de keuzevrijheid van cliënten en verzekerden schaadt. Dat komt de geleverde prestaties in de zorg niet ten goede en dient naar mijn stellige overtuiging te worden voorkomen. Maar dat wil niet zeggen dat samenwerking tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, ook niet als die samenwerking de vorm van een fusie zou aannemen, in alle gevallen zal leiden tot het uitschakelen van de competitie. Nieuwe samenwerkingsvormen, mits binnen de grenzen van onder andere de Mededingingswet en de Wet marktordening gezondheidszorg, kunnen de keuzevrijheid van verzekerden en cliënten ook vergroten en de variatie van zorgconcepten en (daarmee) de competitie versterken. Het huidig instrumentarium beoogt fusies die in de weg staan aan competitie te voorkomen, maar tegelijkertijd voldoende ruimte te bieden om samenwerking nodig voor goede zorg te faciliteren en stimuleren. Mocht een verzekerde van mening zijn dat zijn keuzemogelijkheden te veel worden beperkt door een fusie tussen een verzekeraar en een aanbieder, dan kan de verzekerde overstappen naar een andere verzekeraar.

Zie voor een nadere toelichting mijn antwoorden op vraag 3 en 5 van de Kamerleden Smilde en De Vries over de fusiebesprekingen tussen de Rivas Zorggroep en zorgverzekeraar Univé (ingezonden 31 oktober 2008).

7

Kunt u aangeven wat u vindt van de huidige schaal van de zorg, ook in internationale context en in verhouding tot de meest ideale zorgvorm die veel kleiner is?

7

In de zorg zien we allerlei veranderingen in schaalgrootte. Deze veranderingen vormen een onlosmakelijk onderdeel van een stelsel waarin de cliënt steeds meer centraal komt te staan. Daarbij zien we een dubbele beweging in de schaal van zorg. Enerzijds zien we schaalvergroting en specialisatie op onderdelen, bijvoorbeeld als dat nodig is om te voldoen aan de hoge eisen bij complexe, niet vaak voorkomende zorgvragen. Maar we zien ook schaalverkleining, in de curatieve zorg zichtbaar in de meer patiëntgerichte aanpak van ziekenhuizen en het steeds meer buiten het ziekenhuis organiseren van zorg, bijvoorbeeld door het instellen van decentrale prikposten en door het oprichten van nazorgafdelingen in een verpleeghuis.

In de brief *Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg*<sup>7</sup> hebben de Staatssecretaris en ik onze visie gegeven op deze veranderingen in schaalgrootte. Daaruit blijkt ook dat er geen sprake is van één, objectief vast te stellen ideale zorgvorm. Het is aan de zorgaanbieder om samen met de cliënten te bepalen wat de ideale zorgvorm is. Wat voor de één ideaal is, is voor de ander wellicht minder geschikt. Waar het mij om gaat is dat de zorg aansluit bij dat wat mensen nodig hebben en wenselijk vinden. Dat betekent geen grote organisaties met een grote afstand tussen enerzijds de zorgverlener en het management van de zorginstelling en anderzijds de cliënt, maar respect, geborgenheid, veiligheid en maatwerk. Soms kan daaraan tegemoet worden gekomen in een grootschalige organisatievorm, soms in kleinschalige vorm.

8

Wat is uw reactie op de ongewenste situatie dat een verzekerde niet weg kan bij een zorgkantoor, en straks ook niet bij het zorgaanbodbedrijf van het zorgkantoor?

---

<sup>7</sup> Kamerstukken II, 2007-2008, 29247, nr. 75.

8

In de situatie die u beschrijft is onverkort van toepassing dat het zorgkantoor (de concessiehouder) zijn zorginkoop vorm geeft op een non-discriminatoire en objectieve wijze. Dit betekent dat een goede offerte van een andere zorginstelling door het zorgkantoor gehonoreerd wordt. Dit vloeit voort uit de (Europese) regelgeving over aanbesteding. Deze eisen zijn ook vastgelegd in de aanwijzing zorgkantoren voor de periode 2009 - 2011<sup>8</sup> en in de leidraad zorginkoop van Zorgverzekeraars Nederland. De NZa betreft deze eisen en de zorginkoop nadrukkelijk bij het toezicht.

Overigens wijs ik er op, naar aanleiding van het eerste deel van de vraag, dat AWBZ-cliënten de vrijheid hebben een persoonsgebonden budget of een zorgaanbieder buiten de eigen regio te kiezen. Een mogelijke fusie doet hier niet aan af.

9

Hoe wordt kruissubsidie voorkomen? Hoe wordt voorkomen dat de premie-euro van zorg verdwijnt in een tegenvaller in bijvoorbeeld de woningbouw tak van het bedrijf?

9

De regelgeving staat een bestuurlijke of juridische fusie tussen een zorginstelling en een woningcorporatie niet toe. Wel is een intensieve samenwerking in de vorm van bijvoorbeeld een personele unie toegestaan. Daarbij blijft voor zowel de zorginstelling als voor de woningcorporatie het toezichtregime onverminderd van kracht. Voor de woningcorporatie geldt dat zij uitsluitend ten dienste van het wonen actief mag zijn en dat er dus geen maatschappelijk vermogen bestemd voor de volkshuisvesting naar de zorg weg mag vloeien, en vice versa.

Voor een toegelaten zorginstelling, ook een instelling die na verticale integratie zou ontstaan, geldt dat - in het verlengde van mijn antwoord op vraag 2 - de nieuwe rechtspersoon ook moet voldoen aan onder andere de eisen die de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) stelt aan toegelaten zorginstellingen. Zo gelden eisen voor de bedrijfsvoering, waaronder het verantwoorden van middelen zodat in de financiële administratie van de instelling ontvangsten en betalingen duidelijk traceerbaar zijn naar bron en bestemming, en zodat duidelijk is wie op welk moment welke verplichtingen voor of namens de instelling is aangegaan.

10

Hoe voorkomt u het verlies van keuzevrijheid van het zorgaanbod? Acht u dat waarschijnlijk? Welke kansen hebben zorgaanbieders om te overleven in concurrentie met het zorgverzekeraars/zorgaanbodbedrijf?

10

Zie mijn antwoorden op de vragen 6 en 11.

11

Welke invloed heeft de situatie "eigen bedrijf eerst" - daar ligt dan immers het belang van de zorgverzekeraar - op toetreding van nieuwe aanbieders?

11

Bij een voorgenomen fusie wordt het risico dat de zorgverzekeraar voorrang zal geven aan "de eigen" zorginstelling — en daardoor mogelijke nieuwe toetreding

---

<sup>8</sup> Kamerstukken II, 2008-2009, 30597, nr. 38.

zou kunnen belemmeren — door de NMa meegewogen bij de beoordeling van een concentratie. Daarbij wordt de lokale marktpositie van verzekeraars en aanbieders betrokken en zijn de keuzemogelijkheden een relevant criterium. Is de goedkeuring na deze afweging verleend dan mag worden aangenomen dat een eventuele “eigen bedrijf eerst-gedachte” niet schadelijk is voor de concurrentie in de regio. In deze context lijkt een rigide “eigen bedrijf eerst-filosofie” overigens geen logische keuze voor de betrokken zorgverzekeraar als daardoor zorgaanbieders die kwalitatief beter en/of efficiënter zijn dan “het eigen bedrijf” niet worden gecontracteerd. De dreiging dat verzekerden zullen overstappen naar een andere zorgverzekeraar zal eraan bijdragen dat niet alleen het “eigen bedrijf” zal worden gecontracteerd. Mocht een verzekeraar (of zorgaanbieder) marktmacht hebben, dan kan de NZa met de inzet van haar aanmerkelijke marktmacht-instrumentarium verplichtingen opleggen om eventueel misbruik te voorkomen.

Voor een nadere toelichting op het beschikbare instrumentarium in geval er sprake is van marktmacht, verwijs ik u graag naar mijn antwoorden op vraag 5 van de Kamerleden Smilde en De Vries over de fusiebesprekingen tussen de Rivas Zorggroep en zorgverzekeraar Univé (ingezonden 31 oktober 2008).

12

Deelt u de mening dat de consequenties zo groot zijn en zo tegengesteld aan de doelstellingen, die gelden in het gezondheidszorgbeleid, (toegankelijkheid, betaalbaarheid, hoge kwaliteit en keuzevrijheid) dat deze fusies – tussen zorgaanbod en zorgverzekeraar – wettelijk moeten worden verboden?

12

Nee. Zoals ik u ook naar aanleiding van de motie Schippers c.s. over dit onderwerp tijdens het VAO Zorgverzekeringwet van 16 december jl. heb aangegeven, spreekt de strekking van de motie mij aan, maar ben ik vooruitlopend op de aangekondigde monitoring niet toe aan de conclusie dat een algemeen fusieverbod nodig is. Hoewel ik uw zorgen over ‘grote zorgmolochs’ begrijp, deel ik de door u genoemde mening over fusies tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars niet. De ruimte voor ondernemerschap en dus ook voor fusies is niet ongeclausuleerd. Verticale relaties, inclusief verticale integratie door fusievorming, zijn slechts toegestaan onder bepaalde voorwaarden. Zo zien de NMa en de NZa erop toe dat het niet leidt tot (een versterking van of misbruik van) machtsposities en borgt de DNB dat het alleen is toegestaan voor zover de soliditeit van zorgverzekeraars niet in gevaar komt (zie ook het antwoord op vraag 3 en mijn reactie op het RVZ-advies over zorginkoop<sup>9</sup>). De ontwikkelingen naar gerichte zorginkoop staan nog in de kinderschoenen. De partijen in de zorgsector zijn zich in toenemende mate strategisch aan het oriënteren op de zorginkoop, en er zijn op dit vlak meer en meer goede initiatieven zichtbaar. Nog los van de vraag of dat met het oog op de Europese schaderichtlijnen juridisch mogelijk is, zie ik gegeven de reeds bestaande wettelijke waarborgen dan ook voorshands – ook feitelijk – geen aanleiding voor nieuwe regelgeving in de vorm van een algemeen wettelijk verbod op fusies tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Vanwege het belang van het onderwerp hebben de Staatssecretaris en ik u onlangs toegezegd om u nog in het voorjaar een brief te doen toekomen over het onderwerp goed bestuur bij zorgaanbieders. In die brief zullen we ook nader ingaan op het onderwerp verticale integratie (zie Aankondiging brief goed bestuur bij zorgaanbieders, d.d. 20 januari, kenmerk MC-U-2907953).

---

<sup>9</sup> Kamerstukken II, 2007-2008, 29689, nr. 216.

**Toelichting:** deze vragen dienen ter aanvulling op eerdere vragen terzake van de leden Smilde en De Vries (beiden CDA), ingezonden 31 oktober 2008 ,  
(vraagnummer 2080904200)