

Integratie zorgverzekeraar en zorgaanbieder wekt argwaan

Verzekeraar-eigenaar was ooit oké

Karel-Peter Companje,
Frans J. Meijman,

Kenniscentrum Historie Zorg-
verzekeraars, afdeling
Metamedica, VU medisch
centrum Amsterdam

Correspondentieadres:
hiz@planet.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Tachtig jaar geleden maakte niemand zich druk over winsten in de zorg en zorgverzekeraars die ziekenhuizen, praktijken en apotheken bezaten. Vandaag de dag rust er een banvloek op. Dat heeft alles te maken met schaalvergroting en de daardoor onvermijdelijke regulering in de zorg.

VWS-minister Edith Schippers moest drie maanden geleden Kamervragen beantwoorden over de belangen van zorgverzekeraar Menzis in een aantal huisartsenpraktijken in Oost-Groningen. Het feit dat Menzis via Zorgpunt, een joint venture met investeerder Reggeborgh, in die regio een aantal huisartsenposten bezit, baarde PVV-kamerlid Karen Gerbrands zorgen. Minister Schippers was in haar antwoord op de Kamervragen helder. Ook zij ziet de koppeling tussen zorgverzekeraars en zorgaanbod als 'verticale integratie'. Daar is zij in principe op tegen. De zorgverzekeraar moet zorg inkopen en deze

functie zou in het gedrang komen als hij ook eigenaar is van de in te kopen zorg. Ook zou de zorgverzekeraar uit kostenoverwegingen de relatie tussen patiënt en arts kunnen beïnvloeden. Daarin wordt de minister gesteund door de LHV, die verticale integratie als aantasting van de autonomie van huisartsen ziet. Minister Schippers wil dat Menzis op termijn de belangen in Zorgpunt verkoopt, maar staat het tijdelijk toe om de huisartsenzorg in Oost-Groningen niet in gevaar te brengen. Ook in de tweede lijn komt verticale integratie voor. Al jaren heeft zorgverzekeraar DSW plannen om het noodlijdende Vlietland Ziekenhuis in Schiedam over te nemen. Dit voornemen leidde tot publiek en politiek debat. De Nederlandse Mededingingsautoriteit en de Nederlandse Zorgautoriteit gaven geen groen licht, omdat DSW als zorgverzekeraar in de regio Schiedam-Westland een te grote financiële en beleidsmatige invloed op de curatieve zorg zou krijgen. Overigens speelt deze zaak nog steeds. Betrokken partijen bekijken nu of de overname in de vorm van een coöperatie zou kunnen plaatsvinden.

Stabiele investering

Als gezegd, is investeerder Reggeborgh voor de helft eigenaar van Zorgpunt en dus nu ook voor de helft eigenaar van een aantal huisartsenpraktijken in Oost-Groningen. Private investeerders hebben op dit moment landelijk

In een nog niet zo heel grijs verleden was het heel gebruikelijk dat zorgverzekeraars ziekenhuizen en apotheken in eigendom hadden. Inmiddels is deze constructie not done. In Mctv uitgelicht belicht historicus Karel-Peter Companje de verschillen tussen toen en nu.

Bekijk het filmpje op www.medischcontact.nl/video.

mctv
uitgelicht



00:00



38 huisartsencentra voor 155.000 patiënten in eigendom. Zorgpunt heeft er 28, Arts en Zorg (voorheen bekend als Independer) bezit 10 huisartsenposten in Rijswijk, Den Haag en Enschede. Deze bedrijven zien in deze eerste lijnszorg een stabiele investeringsmogelijkheid, zeker nu de overheid de eerste lijn wil versterken. Ze willen ook rendement van hun investering. Winst dus. Maar winst in de zorg is en blijft een heikel punt.

Niet nieuw

Verticale integratie in de zorg – een verzekeraar of ziekenfonds als (mede)eigenaar van een zorginstelling – is niet nieuw. De ziekenfondsen, in 2006 door de Zorgverzekeringswet officieel zorgverzekeraar geworden, waren van oudsher vaak eigenaar van zorginstellingen of -praktijken. Deelname in huisartsen-, tandartsen- en andere praktijken en het bezit van eigen apotheken was weliswaar op grond

van de Ziekenfondswet verboden, maar was toegestaan aan fondsen die deze instellingen al voor de Ziekenfondswet bezaten. Fondsen als de Haagse Volharding, het Amsterdamse ZAO en het Utrechtse RZMN hadden in 1990 nog eigen apotheken, tandartsen- en fysiotherapiepraktijken en brillenzaken. Dit waren vaak instellingen die nog stamden uit het begin van de twintigste eeuw.

Ziekenfondsen hadden in de vorige eeuw verschillende redenen om voor hun verzekerden zelf zorg te bieden. Bijvoorbeeld omdat er onvoldoende aanbod aan zorgverleners als tandartsen, artsen en paramedici was of om de kosten van zorg in de hand te houden. Sociale betrokkenheid speelde een grote rol. Onderlinge fondsen, beheerd door een bestuur van verzekerden, wilden hun verzekerden een zo volledig mogelijke zorg bieden die door het ziekenfonds werd beheerd met artsen en specialisten in loondienst, eigen apotheken en eigen



Verticale integratie in de zorg was in de vorige eeuw heel gewoon. Fondsen hadden bijvoorbeeld eigen apotheken en tandartspraktijken. De Volharding had zelfs een eigen ziekenhuis.

beeld: KHZ



SAMENVATTING

- In het verleden was verticale integratie tussen ziekenfondsen en zorg vaak noodzakelijk en maatschappelijk geaccepteerd.
- In het huidige politieke debat is belangensverstrengeling een enorm taboe.
- Die ommekeer is heel goed historisch te verklaren.

In 1934 konden zorgverzekeraars vrijer opereren dan nu

tandheelkundige en paramedische voorzieningen: zorg voor en in dienst van de verzekerden. Het Haagse ziekenfonds De Volharding had zelfs een eigen ziekenhuis: verticale integratie in optima forma.

Flinke ruzie

Een voorbeeld van een ziekenfonds met eigen instellingen die door privaat kapitaal werden gefinancierd was het Utrechtse Ziekenzorg. Het bestuur van dit fonds kreeg in 1933 flinke ruzie met de plaatselijke artsen en apothekers die weigerden hun contracten met het fonds te verlengen. De verplichte ziekenfondsverzekering werd pas in 1941 ingevoerd, waardoor deze zorgverleners niet konden worden gedwongen om met Ziekenzorg samen te werken. Goede raad was duur voor het Ziekenzorg-bestuur: in januari 1934 liepen de bestaande contracten af en zou het bestuur de 14.000 Ziekenzorg-verzekerden geen zorg meer kunnen bieden. Financieel gesteund door leningen van andere fondsen en een onbekend gebleven private investeerder slaagde het bestuur erin om binnen twee maanden voldoende huisartsen, tandartsen en paramedici in loondienst aan te trekken en een eigen apotheek in te richten. De leningen werden binnen enkele jaren terugbetaald met 3 procent rente.

Wat betekende dit voor Ziekenzorg? Het fonds was een verzekeraar geworden met verticale integratie avant la lettre. Het bood een voor 1934 volledig zorgpakket met enkele beperkingen. De verzekerden konden alleen kiezen uit de bij Ziekenzorg in dienst zijnde artsen. En voor medicijnen konden verzekerden alleen terecht

bij de Ziekenzorg-apotheek. Specialistische hulp was beperkt tot enkele huisartsen met 'half-specialistische' bevoegdheid. De kostprijs van deze door verticale integratie geleverde zorg was per verzekerde niet hoger dan bij de andere Utrechtse fondsen, die alleen gecontracteerde zorg leverden.

Het verhaal van het Utrechtse Ziekenzorg is leerzaam. Het maakt duidelijk dat verticale integratie tussen een zorgverzekeraar en het zorgaanbod kan werken. Sterker nog, het kan nodig zijn. In dit geval om het voortbestaan van een ziekenfonds als verzekeraar van zorg mogelijk te maken.

Ook stuitte de investering met privaat kapitaal door middel van rentedragende leningen niet op weerstand. Het sociale Ziekenzorgbestuur


had geen bezwaar om deze rente aan de private investeerders – particulier en collegafondsen – te betalen.

Handelingsvrijheid

Verticale integratie en winst op zorg waren dus in 1934 mogelijk. In 2011 rust er blijkbaar een banvloek op. Hoe komt dat? Daarvoor zijn drie oorzaken te geven. Destijds oefenden de verzekerden bij de onderlinge ziekenfondsen een sturende controle uit op het bestuur. Zo'n relatie is uit het zicht verdwenen bij de hedendaagse conglomeraten van zorgverzekeraars die bovendien de allure van een commerciële instelling hebben gekregen, ook al streven ze (nog) niet naar winstmaximalisatie of overheveling van 'zorggelden' naar hun aandeelhouders. Een tweede mogelijke oorzaak is het feit dat de zorg nu sterk gereguleerd is, ondanks de populariteit van het hedendaagse marktdenken. In 1934 konden ziekenfondsen vrijer opereren dan zorgverzekeraars in de huidige tijd. De handelingsvrijheid van weleer speelde zich echter af in het directe zicht van alle betrokkenen. Terugkoppeling en controle verlopen in het huidige stelsel indirect en met veel vertraging, waarbij de overheid de vrijheid met toezicht verder inperkt en diffuser maakt. Verzekerden en zorgverleners hebben zicht noch grip op de gang van zaken. Verzekerden kunnen kiezen; zorgverleners kunnen zorg aanbieden. Daarmee is het wel gezegd.

Een derde mogelijke oorzaak betreft het winstbejag of, scherper geformuleerd, de vraag waar het geld blijft. Een beperkte winst die bij voorkeur binnen de zorg blijft, vond en vindt eerder brede instemming dan een ongebreidelde winst die wegvloeit buiten de zorg. Het is niet zeker dat private investeerders eventuele winsten zullen herinvesteren in de zorg. Misschien dat daarom slechts weinigen staan te trappelen om zorgverzekeraars en private investeerders met open armen te ontvangen. Een standpunt daarover lijkt ons ondergeschikt aan de twee andere overwegingen.

Sinds de historische voorbeelden is sprake van een enorme schaalvergroting en een toegenomen complexiteit van de verhoudingen tussen de drie machten: verzekerden (in Nederland alle burgers), zorgverleners en zorgverzekeraars. Mede gezien de gigantische bedragen waar het om gaat, maken die ontwikkelingen een strikte scheiding van de belangen onvermijdelijk, zoals bij de trias politica.

Met alle respect voor nostalgie moeten we het hoofd koel houden: verstrengelde belangen op een kussen, daar slaapt de duivel tussen. 

Voetnoot

Companje KP (red.). Tussen volksverzekering en vrije markt. Verzekering van zorg op het snijvlak van sociale verzekering en vrije markt 1880-2006. Amsterdam 2008.