

Vergaderjaar 2023–2024

36 410 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2024

Nr. 159

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 7 juni 2024

Op 16 april jl. heb ik uw Kamer de rapportage toegestuurd van het onderzoek dat onderzoeksbureau EY in mijn opdracht heeft gedaan naar de rol van private equity in de zorg¹. Op 18 april jl. is er over dit onderwerp ook een debat met uw Kamer geweest. Bij deze gelegenheden heb ik toegezegd met een kabinetsreactie op dit onderzoek te komen. Met deze brief voldoe ik aan die toezegging.

Afgelopen jaar was er veel aandacht voor de rol van private equity-investeerdere in de zorg. Belangrijke aanleiding hiervoor was een aantal incidenten bij twee (bedrijfs)ketens in de huisartsenzorg. In zowel de media als in debatten over de zorg met uw Kamer is daar aandacht aan besteed en zijn verschillende moties aangenomen gericht op het verbieden van private equity financiering in (delen van) de zorg².

Zoals mijn voorganger en ik in meerdere debatten met uw Kamer hebben aangegeven is het onderzoek uitgezet om een feitelijk beeld van de rol van private equity in de zorg boven tafel te krijgen. Daartoe is onderscheid gemaakt in twee onderzoeksvragen:

1. onderzoek naar de huidige *omvang* van private equity in de verschillende sectoren van de zorg van de Zorgverzekeringswets (Zvw) en Wet langdurige zorg (Wlz), en
2. de *effecten* van private equity op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg.

Voor een goede beoordeling van de rol van private equity in de zorg is het van belang om een dergelijke vorm van private financiering te bezien in

¹ Kamerstukken II, 36 410 XVI, nr. 141

² Concreet betreft dit de volgende moties: motie Dijk (33 578, nr. 104), motie Marijnissen/Bikker (36 410, nr. 19), motie Dijk (36 410 XVI, nr. 75), motie Dijk (36 410 XVI, nr. 142) en motie Claasen/Krul (36 410 XVI, nr. 147).

de context van de publiek-private vormgeving van de zorgsector, ook in historisch perspectief. Denk hierbij aan de mate waarin privaat ondernemerschap aan de basis van het zorgsysteem heeft gestaan, waarbij uit onderzoeken is gebleken dat dit kan bijdragen aan innovatie en de toegankelijkheid van zorg. Tegelijk zie ook ik mogelijke risico's als financiële belangen gaan overheersen en ten koste gaan van publieke belangen in de zorg. Financiële belangen kunnen haaks staan op de principes van passende zorg: zorg die effectief is en waarbij patiënt en zorgverlener samen beslissen. Minder focus op ziekte en behandeling, en meer inzet op gezondheid en wat iemand wel kan. Die risico's bestaan echter ook breder en bij andere type investeerders in de zorg. Vooralsnog heb ik geen aanwijzingen dat investeringen door private equity partijen significant andere of hogere risico's opleveren dan investeringen door andere commerciële partijen.

Op basis van bovenstaande overwegingen, gecombineerd met de resultaten uit het onderzoek van EY, is er geen gegronde reden om zorgaanbieders specifiek te verbieden om hun kapitaalbehoefte te dekken met investeringsmiddelen van private equity partijen. Een dergelijke maatregel, die ook het recht op eigendom en het verbod van discriminatie raakt, maakt inbreuk op het vrij verkeer van kapitaal (EU). De noodzaak en proportionaliteit van een dergelijke maatregel vraagt een stevige onderbouwing om juridisch houdbaar te zijn. Daarvoor zie ik nu onvoldoende aanknopingspunten.

Wel kom ik tot de conclusie dat een aantal maatregelen gewenst is om mogelijke risico's op nadelige effecten van investeringen door commerciële partijen (waaronder private equity) voor de kwaliteit, toegankelijkheid of betaalbaarheid van de zorg te mitigeren. Maatregelen die overigens betrekking hebben op alle zorgaanbieders, ongeacht de wijze waarop zij zijn gefinancierd. Er bestaan daarmee voldoende mogelijkheden om dergelijke risico's te mitigeren, zoals ik in het vervolg van deze brief uiteen zal zetten.

Leeswijzer:

Om de context van het vraagstuk met betrekking tot private equity investeerders in de zorg beter te kunnen plaatsen zal ik eerst ingaan op de historische context en de rol van de overheid binnen de zorg. Vervolgens beschrijf ik de verschillende rechtsvormen en financiering van private georganiseerde zorg, waarna ik specifiek in zal gaan op commerciële partijen in de zorg, de resultaten van het EY onderzoek met daarna de maatregelen die ik voornemens ben te treffen.

1. Historische context

Privaat ondernemerschap is traditioneel de ruggengraat van de zorg in Nederland. Zorgaanbieders zijn in beginsel altijd private partijen geweest die zelfstandig werken. Daarbij is in de loop van de tijd de collectieve verantwoordelijkheid in de zorg wel toegenomen. Zo werd de zorg historisch gezien vooral gefinancierd vanuit kerken, kloosters en particuliere weldoeners. Mede gezien de oplopende kosten van zorg en de wens om de solidariteit rond zorgverlening in de maatschappij te versterken, zijn vanaf de 18^{de} eeuw steeds meer regionale ziekenfondsen opgericht³. Pas vanaf het ziekenfondsenbesluit van 1941 is er sprake van een publiek-privaat zorgstelsel met een verplichte zorgverzekering voor een aanzienlijk deel van de bevolking (burgers met een inkomen tot modaal).

³ Denk bijvoorbeeld aan de medewerkersfondsen vanuit lokale medici, filantropisch georiënteerde ziekenfondsen vanuit liefdadigheidsorganisaties en commerciële ziekenfondsen.

Burgers met een hoger inkomen konden kiezen voor een particuliere zorgverzekering, deze was echter niet verplicht.

De primaire verantwoordelijkheid voor het zorgaanbod is een zaak van het particuliere initiatief gebleven. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk (ook financieel) voor het alledaagse reilen en zeilen en de organisatie van zorg, maar wel binnen een omgeving waarbinnen de overheid steeds meer in financiering voorzag en steeds meer ter regulering van deze private partijen rondom kwaliteit, toegankelijkheid/ beschikbaarheid en betaalbaarheid van zorg optrad. Begin van deze eeuw is geconcludeerd dat de mate van overheidsbemoeienis te ver was doorgeschoten: de prikkel voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om te innoveren of te veranderen ontbrak. Er ontstonden steeds langere wachtlijsten, en de kosten van zorg liepen – ondanks budgetteringsmechanismen – uit de hand. Dit was aanleiding voor de introductie van de Zorgverzekeringswet in 2006 en de vereenvoudiging van de regulering van het zorgaanbod, waarmee een belangrijke stap is gezet om (private) zorgaanbieders en zorgverzekeraars weer ruimte te geven om meer maatwerk van zorg te kunnen leveren. Daarbij stelt de overheid dus wel randvoorwaarden en eisen aan de waarborging van de publieke belangen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid in de zorg, maar blijft op gepaste afstand van het daadwerkelijke proces van zorgverlening.

Om binnen dit systeem, een privaat stelsel met veel eigen verantwoordelijkheden voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars, de eerdergenoemde publieke belangen te waarborgen is sprake van verschillende aangrijpingspunten voor regulering door de overheid. Die aangrijpingspunten betreffen in het huidige zorgstelsel onder andere regulering van de toetreding als zorgaanbieder, de tarieven, en de kwaliteit van de geleverde zorg. Toezichthouders als de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Autoriteit Consument en Markt (ACM) zien toe op naleving van deze regulering en kunnen handhaven als partijen zich niet aan de regels houden.

In deze context betekent particulier ondernemerschap dus niet dat er sprake is van volledig vrije markten. Toetredingsregulering, tariefregulering, regulering van winstuitkering (waarbij er sectoren zijn waar geen sprake is van beperkende maatregelen voor winstuitkeringen), kwaliteitsregulering e.d. zijn allemaal gericht op het mitigeren van mogelijke risico's voor de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg.

2. Rechtsvormen van zorgaanbieders en de mogelijkheid om winstuitkeringen te doen

Zorgaanbieders zijn vrij in de keuze voor een bepaalde rechtsvorm. Door de jaren heen is er een diversiteit aan rechtsvormen in de zorg opgekomen. Zorgaanbieders hebben zowel de keuze gemaakt voor een besloten vennootschap (bv), naamloze vennootschap (nv), coöperatie en onderlinge waarborgmaatschappij, vereniging of een stichting als de keuze voor een maatschap, vennootschap onder firma (vof), commanditaire vennootschap (cv) of een eenmanszaak. De meest gekozen organisatievormen in de zorg zijn een maatschap, een bv, een stichting en een vof. Tussen de verschillende subsectoren van de zorg bestaat daarbij wel een verschil in voorkeur. Zo kiezen veel ziekenhuizen voor de stichtingsvorm en zijn in de eerste lijn vooral maatschappen en bv's te vinden. Over het geheel gezien is er slechts een klein percentage zorgaanbieders dat kiest voor een andere rechtsvorm dan de vier meest gekozen vormen.

Bij de keuze voor een bepaalde rechtsvorm van de organisatie kan een rol spelen of (ook) bedoelingen bestaan om gemaakte winsten uit te kunnen keren aan de eigenaren. Uitkering van winst moet worden onderscheiden van het maken van winst: ongeacht de rechtsvorm is het behalen van een zekere winst altijd belangrijk voor het voortbestaan van de zorgonderneming. Iedere onderneming dient immers een marge te hebben om onvoorziene tegenvallers te kunnen opvangen zonder meteen in continuïteitsproblemen te komen en om reserveringen te maken voor de noodzakelijke investeringen. In zoverre is er geen onderscheid tussen rechtsvormen. Er is echter tussen rechtsvormen wel een verschil in mogelijkheid om behaalde winsten ook uit de onderneming over te hevelen naar eigenaren («de winst uit te keren»).

Een bv of een nv is primair gestructureerd voor het kunnen doen van een winstuitkering aan aandeelhouders. Daarbij kan bij een bv winstuitkering opzij worden gezet om later uit te keren ter aanvulling van het pensioen van deelnemers. Winstuitkering is ook goed mogelijk bij een onderlinge waarborgmaatschappij of coöperatie. Ook bij een maatschap of vof wordt de winst veelal uitgekeerd, zij het dat een winstuitkering bij deze vennootschappen vaak (maar niet altijd of niet altijd volledig) als vergoeding voor de ingebrachte arbeid van de maten/vennoten gezien moet worden. Bij eenmanszaken is er geen onderscheid tussen de gemaakte winst en het inkomen van de eigenaar. Winstuitkeringen zijn niet mogelijk bij een stichting of een vereniging.

Daarnaast kan het kunnen uitkeren van winst het in specifieke gevallen aantrekkelijk maken om in de zorg te (blijven) werken. Rechtsvormen waar rendement mag worden uitgekeerd kunnen daarbij dan ook belangrijk zijn om de continuïteit van het zorgaanbod op peil te houden. Dit wordt bevestigd door eerder onderzoek van de onderzoeksbureaus SiRM en Financial Ideas naar dividenduitkering in de zorg⁴. Uit dit onderzoek bleek dat dividend uitkeren zowel positieve als negatieve effecten heeft op de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg. In dit rapport worden verder verschillende risico's vermeld zoals dat de mogelijkheid winst uit te keren kan leiden tot onwenselijke prikkels om onnodige zorg te leveren, en het risico van het ontstaan van grote ketens van zorgaanbieders die mogelijk te dominant worden. Daarnaast wordt als risico benoemd dat korte termijn rendementsdoelen de zorgsector kwetsbaar maakt.

Hoewel in dit onderzoek wordt aangegeven dat ketens van zorgaanbieders mogelijk te dominant kunnen worden, kunnen ketens ook een positief effect hebben op de continuïteit van zorg. Zo zien we bijvoorbeeld in de huisartsenzorg dat huisartsen steeds minder vaak praktijk eigenaar willen zijn. Ketens kunnen door het efficiënt inzetten van personeel en het centraliseren van verschillende ondersteunende taken dit tekort mogelijk opvangen en zo ervoor zorgen dat het vak van huisarts aantrekkelijk blijft.

3. Financiering van zorg

Iedere zorgaanbieder heeft, net als ieder andere onderneming, kapitaal nodig om zijn werkzaamheden te kunnen (blijven) uitvoeren. Daarvoor zijn verschillende mogelijkheden. Traditioneel hebben banken in de zorg een belangrijke taak bij het verschaffen van dat (start)kapitaal. Ook dat is overigens niet gratis, banken behalen immers ook rendement door rente bij de zorgaanbieder in rekening te brengen. Daarbij wordt gewerkt met risico-opslagen: hoe meer risico, hoe hoger de risico-opslag. Het

⁴ SiRM en Financial Ideas, *Uitkering van dividend door zorgaanbieders, praktijkanalyse en effectanalyse*, 17 juni 2019

overgrote deel van de financiering van zorginstellingen komt nog steeds van banken, waarbij een aanzienlijk deel daarvan is geborgd door het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ). In dit kader is relevant om te benoemen dat kapitaalverschaffing door derden ook de risico's voor continuïteit van de zorg beperkt omdat financiers de beschikbaarheidsstelling van middelen laten afhangen van de financiële gezondheid van zorgaanbieders. Indien de financiële gezondheid van een zorgaanbieder (tijdelijk) onvoldoende is volgens de kapitaalverschaffer, dan kunnen leningen worden geweigerd of zelfs worden teruggevorderd. Dit stimuleert zorgaanbieders tot financiële gezondheid.

Steeds vaker zien we dat zorginstellingen ook op zoek gaan naar alternatieve vormen van financiering. Mede omdat door de transities in de zorg, waarbij kapitaalverschaffing minder is gericht op investeringen met onderpand (gebouwen) en meer op andere soorten investeringen (digitalisering, automatisering), banken terughoudender zijn bij het financieren van zorginstellingen. Daarbij is ook relevant dat banken zorginstellingen in de loop van de tijd zijn gaan zien als partijen met een hoger risico dan in het verleden, onder andere door de afschaffing van het bouwregime vanaf 2008. Hierdoor kregen zorginstellingen de kapitaallasten (rente en afschrijvingen) niet langer op basis van nacalculatie vergoed, dit werd onderdeel van het integrale tarief waarover met zorgverzekeraars onderhandeld moest worden. Dit betekende een extra risico voor banken, omdat rente en afschrijvingen niet langer gegarandeerd waren. Zorginstellingen die niet in aanmerking kwamen voor borging van leningen door het Waarborgfonds voor de Zorgsector konden niet langer gebruik maken van gemeentegaranties door strijdigheid van gemeentelijke garanties met de staatssteunregels. Mede in dat licht zijn zorginstellingen meer gaan zoeken naar andere kapitaalverschaffers zoals bijvoorbeeld de European Investment Bank, obligaties of private investeringen door commerciële kapitaalverschaffers of private equity partijen.

Private equity

Private equity betreft de verzamelnaam voor partijen die vermogen aanbieden aan niet-beursgenoteerde ondernemingen⁵. Investeringen vinden doorgaans plaats in de vorm van het verkrijgen van een meerderheidsaandeel. De fondsen voor dergelijke investeringen zijn hoofdzakelijk afkomstig van institutionele investeerders, zoals pensioenfondsen en verzekeringsmaatschappijen of particulieren en worden beheerd door private equity partijen. De voornaamste bron van rendement voor de investeerders is de verkoop van hun investeringen. Deze alternatieve vormen van financiering voorzien dus in behoefte aan kapitaal bij zorgaanbieders -zeker als banken kapitaal voor noodzakelijke investeringen niet (langer) willen verschaffen- en dragen op deze wijze bij aan de continuïteit van zorg.

Vanuit verschillende kanten worden zorgen geuit over de private equity-deelnames in de zorg. De vrees bestaat dat geld uit de zorg wegstroomt naar commerciële investeerders. Waarbij het risico bestaat dat dit ten koste gaat van de continuïteit, kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg omdat financiële belangen de boventoon zouden voeren.

⁵ Venture capital is een vorm van private equity, waarbij het geld geïnvesteerd wordt door een investeerder in een startend bedrijf (start-up). Een andere (Nederlandse) benaming voor de term venture capital is durfkapitaal. Het doel van venture capital is anders dan bij private equity waarbij geïnvesteerd wordt in bestaande ondernemingen en waarbij het veelal gaat om buy and build. Deze kamerbrief gaat dan ook niet over venture capital. Zie ook rapport van EY.

Ik begrijp deze zorgen. Als commerciële belangen voor het maatschappelijk belang gaan, levert dat risico's op voor het maatschappelijk belang. Dit risico is echter breder dan alleen bij investeringen door private equity partijen. Om die reden is de bestaande regulering, die is gericht op waarborging van de genoemde publieke belangen van kracht voor *alle* zorgaanbieders, ongeacht hun financieringsvorm. En dus ook voor zorgaanbieders die hun investeringskapitaal (deels) betrekken van investeerders die zelf geen zorgverlener zijn, maar via investeringen in zorgondernemingen waarde aan deze ondernemingen willen toevoegen. Eén van de opties daarbij is financiering door private equity partijen.

4. Omvang en effecten van private equity

Omvang private equity in de zorg

Vanaf ca. 2008 is er een sterke toename zichtbaar in het aantal overnames/transacties binnen de gezondheidszorg. Uit een rapport van Deloitte uit 2019⁶ blijkt dat het aantal transacties van zorgondernemingen met een minimale omzet van 5 miljoen in 2008 op ca. zeven lag, en in een recentere rapport⁷ blijkt dat het aantal gerapporteerde transacties/overnames van zorgaanbieders in 2022 op 177 lag. Uit het genoemde rapport van Deloitte blijkt ook dat in 2008 bij ca. 21% van de transacties private equity investeerders waren betrokken. En in het recentere rapport van JBR lijkt dit percentage te zijn toegenomen tot 58% in 2022. Ook uit het onderzoek van EY blijkt dat bij ruim 50% van de transacties private equity partijen betrokken zijn. Daarbij blijkt uit de JBR monitor dat daarbovenop ook nog 27% van de zorgaanbieders is overgenomen door een commerciële partij (geen investeringsmaatschappij). Deze percentages zeggen echter niets over de omvang van private equity in de gezondheidszorg.

Om deze reden heb ik EY gevraagd onderzoek te doen naar de omvang van private equity in de gehele zorg die valt onder de Zvw en Wlz.

Het recente EY onderzoek naar private equity in de zorg laat zien dat de huidige omvang van private equity in termen van het aandeel in de wettelijke geldstromen uit hoofde van de Zvw en de Wlz verschilt per sector.

Tabel 1. Aandeel private equity in wettelijke geldstromen Zvw en Wlz per sector

	Private Equity Participatie Zorgverzekeringswet	Private Equity participatie Wet langdurige zorg
Medisch specialistische zorg	~3,75%	~1,16%
VVT ¹	~0,73%	~0,55%
Geestelijke gezondheidszorg	~2,20%	~0%
Gehandicaptenzorg	~0%	~0%
Huisartsenzorg	~<1%	–
Kraamzorg	~20–25%	–
Paramedische zorg	~4–10%	–
Mondzorg	~19–26%	–

¹ Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg

Bron: EY, Onderzoek naar private equity in de zorg, 8 april 2024

⁶ Aantal overnames in de zorg stijgt voor vijfde jaar op rij (consultancy.nl)

⁷ JBR-zorgmonitor_2023.pdf

In de meeste sectoren blijkt het aandeel van private equity in de totale wettelijke geldstromen beperkt. Uitschieters zijn de kraamzorg en de mondzorg. In de andere onderzochte zorgsectoren is het aandeel van private equity gering.

In het dertig-leden debat over private equity van 18 april jongstleden heeft het lid Claassen gevraagd waarom de ambulancezorg niet in dit onderzoek is meegenomen met een verwijzing naar één van de huidige ambulancezorgaanbieders, Witte Kruis (dochteronderneming van het Franse Transdev). Ambulancezorg is qua regulering een zeer bijzondere zorgsector. Nederland bestaat uit 25 veiligheidsregio's. In ieder van die veiligheidsregio's is één aanbieder door de Minister van VWS aangewezen om de ambulancezorg uit te voeren (de Regionale Ambulancevoorziening, RAV). Deels zijn dit van oudsher private aanbieders (waaronder Witte Kruis, tegenwoordig onderdeel van Transdev), deels publieke aanbieders (bijvoorbeeld een GGD of een veiligheidsregio). Er is dus geen sprake van concurrentie tussen RAV-en en er is ook geen sprake van vrije toetreding op deze markt. De overheid wijst partijen aan. Daarbij worden aan de uitvoering van de ambulancezorg strikte eisen en voorwaarden gesteld (kwaliteit, bereikbaarheid en toegankelijkheid). De IGJ en NZa zien daarop toe. De bekostiging vindt primair plaats op basis van beschikbaarheid, voor een groot deel gebaseerd op een door de overheid (RIVM) vastgesteld referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid van ambulancezorg in de verschillende regio's. De sector publiceert jaarlijks een Sectorkompas⁸ waarin de prestaties van de verschillende RAV-en op een rijtje worden gezet. In de context van door de overheid aangewezen monopolisten (die op verschillende geografische deelmarkten actief zijn) met strenge, door de overheid vastgestelde, prestatie-eisen en bekostigingsaspecten is er voor gekozen om deze sector niet te betrekken in het EY onderzoek.

Eerder heeft EY in de jeugdzorg onderzoek gedaan naar niet-integere bedrijfsvoering binnen de jeugdzorg⁹, daarbij is ook gekeken naar de omvang van private equity in deze sector. Uit dit onderzoek is gebleken dat de omvang van private equity in de jeugdzorg zeer beperkt lijkt te zijn. Ten slotte heeft Nivel onderzoek gedaan naar ketenvorming in de huisartsenzorg¹⁰. Dit onderzoek laat zien dat ten tijde van het onderzoek ten minste 34 mogelijk (bedrijfs)ketens van huisartsenpraktijken in Nederland zijn die samen eigenaar zijn van in totaal 116 huisartsenpraktijken (van de 4847 huisartsenpraktijken). Uit het EY onderzoek is gebleken dat achter één (bedrijfs)keten in de huisartsenzorg een private equity partij zit (Centric Health).

Effecten van winstuitkering in de zorg

Zoals hiervoor al benoemd hebben de onderzoeksbureaus SiRM en Financial Ideas in 2019 in opdracht van VWS een onderzoek gedaan naar winstuitkering door zorgaanbieders¹¹. In dat onderzoek hebben de bureaus geconcludeerd dat het toestaan van winstuitkering in de zorg kan leiden tot zowel positieve en negatieve prikkels op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Dit onderzoek geeft aan dat bij voldoende concurrentiedruk zorgaanbieders mogelijk meer investeren in innovatie en patiëntervaring, onder meer door aanpassen van de

⁸ www.ambulancezorg.nl

⁹ EY, Onderzoek naar niet-integere bedrijfsvoering jeugdhulp, 15 december 2023.

¹⁰ Nivel, *Organisatievormen in de Nederlandse huisartsenzorg, van solopraktijk naar keten*, december 2023.

¹¹ SiRM en Financial Ideas, *Uitkering van dividend door zorgaanbieders, praktijkanalyse en effectanalyse*, 17 juni 2019

bedrijfsvoering. Commerciële zorgaanbieders geven zelf aan dat eigenaarschap daarbij motiverend werkt. Er bestaat echter ook een risico op verslechtering van zorginhoudelijke kwaliteit, vooral als deze niet inzichtelijk is. Een zorgaanbieder zou kunnen besparen op kwaliteit en daardoor een hoger resultaat halen. Het toestaan van winstuitkering kan ook leiden tot zowel positieve als negatieve prikkels op de toeganke-lijkheid van zorg. Zo kan het toestaan van winstuitkering toetreding van nieuwe partijen stimuleren/bevorderen hetgeen de dynamiek en innovatie kan bevorderen hetgeen de kwaliteit en de toegankelijkheid van zorg bevordert. Tegelijk bestaat het risico van ongewenste risicoselectie door zorgaanbieders. Ten slotte kan het toestaan van winstuitkering in de zorg ook leiden tot zowel positieve als negatieve prikkels op de betaalbaarheid van zorg. Mogelijk verbetert de doelmatigheid doordat for-profit aanbieders een sterkere stimulans hebben om kosten te besparen en juiste investeringsbeslissingen te nemen. Tegelijkertijd bestaat bij de tariefstelling/prijscontractering het risico dat prijzen te hoog worden vastgesteld.

Bovenstaande kansen en risico's van winstuitkering zijn vooral gebaseerd op de economische theorie en betreffen een breder beeld dan alleen het gedrag van zorgaanbieders die (deels) door private equity worden gefinancierd. Vandaar dat ik, mede op verzoek van uw Kamer, EY heb gevraagd te onderzoeken of er in de praktijk verschil is waar te nemen in de kwaliteit, de toegankelijkheid en/of de betaalbaarheid van zorg tussen private equity gefinancierde zorgaanbieders en niet-private equity gefinancierde zorgaanbieders.

In het genoemde rapport heeft EY daar een uitgebreide analyse van gemaakt gebaseerd op verschillende databronnen die beschikbaar waren. Uit die analyse blijkt dat er (op basis van die beschikbare data) geen aantoonbare verschillen bestaan tussen zorginstellingen met private equity participatie en die zonder private equity participatie wat betreft de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

Conclusie

In combinatie met het eerder aangegeven risico dat een eventueel verbod op private equity-financiering in de zorg de continuïteit en toeganke-lijkheid van zorg in gevaar kan brengen, zie ik derhalve geen (gegronde) reden om zorgaanbieders te verbieden om met private equity finan-cierders in zee te gaan. Daarbij komt dat een dergelijke maatregel, die ook het recht op eigendom en het verbod van discriminatie raakt, inbreuk maakt op het vrij verkeer van kapitaal (EU). De noodzaak en proportiona-liteit van een dergelijke maatregel vraagt een stevige onderbouwing om juridisch houdbaar te zijn (zie ook rapport van Van der Gonden, 2019¹²). Daarvoor zie ik nu onvoldoende aanknopingspunten. Er bestaan bovendien voldoende mogelijkheden om mogelijke risico's met minder ingrijpende maatregelen te mitigeren.

Zoals eerder aangegeven heeft uw Kamer een aantal moties aangenomen over het verbieden van private equity in (delen van) de zorg¹³. Ik constateer risico's van een dergelijk verbod voor de continuïteit en toegankelijkheid van zorg. Daarbij zijn er onvoldoende aangrijpingspunten om de noodzaak en proportionaliteit van een dergelijke zware maatregel te kunnen onderbouwen. Hierdoor kan ik de genoemde moties niet uitvoeren, met name waar die gericht zijn op een verbod.

¹² Kamerstukken II, 35 000 XVI, nr. 133

¹³ Motie Dijk (33 578, nr. 104), motie Marijnissen/Bikker (36 410, nr. 19), motie Dijk (36 410 XVI, nr. 75), motie Dijk (36 410 XVI, nr. 142) en motie Claassen/Krul (36 410 XVI, nr. 147).

Tegelijk voel ik zeker mee met de risico's in de balans tussen een te groot financieel belang voor de zorgaanbieder en de publieke belangen van de zorg.

Deels voorziet bestaande regelgeving met bijbehorend toezicht al in waarborging van die publieke belangen. Ik ben voornemens hier een aanscherping in te maken. Daar ga ik in de volgende paragraaf op in.

5. Instrumentarium om risico's voor publieke belangen te mitigeren

Huidige situatie

Zoals ik eerder aangaf is in de zorg geen sprake van volledig vrije markten. Ik zie wel in dat winstuitkering risico's met zich meebrengt zoals ook het rapport van SiRM/Financial Ideas heeft beschreven. Om deze reden worden er via verschillende wetten voorwaarden gesteld waaraan partijen in het zorgveld zich dienen te houden. Zonder uitputtend te zijn kan in het licht van deze brief over private equity worden gedacht aan de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de Wet toelating zorgaanbieders (Wtza). Zo stelt de Wkkgz voorwaarden aan de kwaliteit van zorg die zorgaanbieders leveren en regelt deze wet ook het toezicht van de IGJ daarop. De Wtza heeft tot doel beter toezicht op en bewustwording van eisen omtrent kwaliteit van zorg te stimuleren en het bevorderen van een transparantie en ordelijke bedrijfsstructuur en bedrijfsvoering.

In de Wmg zijn bevoegdheden voor de NZa geregeld op het gebied van tarief- en prestatieregulering, toezicht op ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders en bevoegdheden met betrekking tot aanmerkelijke marktmacht en de zorgspecifieke concentratietoets (of zoals vaak genoemd zorgspecifieke fusietoets, Zft). Bij tariefregulering door de NZa speelt het waarborgen van de publieke belangen, waaronder betaalbaarheid, een belangrijke rol. Voor de meeste door de NZa gereguleerde prestaties geldt dat het maximumtarieven zijn, die gebaseerd zijn op gemiddelde kosten van zorgaanbieders. De gemiddelde kosten die landelijk gemaakt worden voor een prestatie vormen daarmee de nieuwe bovengrens (norm) waartegen zorgaanbieders de zorg moeten leveren. De NZa herijkt

periodiek de tarieven per prestatie op basis van kostprijsonderzoek. Hiermee worden de opbrengsten per zorgprestatie voor zorgaanbieders gemaximeerd en worden ze gestimuleerd kosten waar mogelijk te beperken.

Naast regulering door de overheid hebben in ons stelsel ook zorginkopers een belangrijke rol bij het waarborgen van de publieke belangen voor patiënten/verzekerden: zij kopen zorg in voor de verzekerden en kunnen onder meer via (prijs)afspraken in de contractering excessieve winsten bij zorgaanbieders voorkomen, door het gesprek met de zorgaanbieder aan te gaan over de winstmarges, te kijken naar resultaten van zorgaanbieders, en daarbij een passende afspraak te maken over de prijs. Dit uiteraard met oog voor risico's voor de continuïteit van de zorg voor patiënten/verzekerden. En mede in het belang van degenen die die kosten uiteindelijk moeten opbrengen, te weten de verzekerde, diens eventuele werkgever en de belastingbetaler.

Daarnaast is er via het integraal zorgakkoord (IZA) een beweging op gang gezet naar passende zorg. Hiervoor moeten partijen meer samenwerken om de geformuleerde doelen te bereiken. Hoewel iedere partij zijn eigen

rol heeft binnen deze samenwerkingen, is iedereen verantwoordelijk om deze maatschappelijke doelen te bereiken.

Voorgenomen aanscherping regelgeving

De hiervoor genoemde wet- en regelgeving, alsook de afspraken in het IZA, geven al een stevige basis voor de borging van de publieke belangen in de zorg. Tegelijk ben ik het zoals gezegd met uw Kamer eens dat aanscherping van regelgeving noodzakelijk is voor de balans tussen enerzijds een te groot financieel belang

vanuit de zorgaanbieder en de publieke belangen van de zorg anderzijds. Ik ben daarom voornemens een aantal maatregelen te nemen. In onderstaande noem ik deze aanscherpingen.

Wet integrale bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders (Wibz)

Dit wetsvoorstel ligt op dit moment voor advies bij de Afdeling advisering van de Raad van State. Ik schets kort de hoofdlijnen van dit voorstel zoals dat thans bij de Afdeling advisering ligt. Met dit wetsvoorstel beoog ik een open norm voor integrale bedrijfsvoering vast te leggen. Op grond van dit wetsvoorstel zal het mogelijk zijn voor de NZa om toezicht te houden op de integriteit van financiële bedrijfsprocessen, waaronder het risicomangement. Verder worden in het wetsvoorstel basisvoorwaarden aan winstuitkering in de zorg en jeugdhulp voorgesteld. Deze basisvoorwaarden zullen samenhangen met de kwaliteit van de geleverde zorg, de rechtmatigheid van declaraties, de continuïteit van zorgaanbieder en het voeren van een zorgvuldige en integrale bedrijfsvoering. Ook worden extra weigerings- en intrekingsgronden ten aanzien van de Wtza-vergunning opgenomen, zoals de omstandigheid dat een goed en rechtmatig functioneren van de zorgaanbieder redelijkerwijs onvoldoende is geborgd. En wordt de mogelijkheid tot het toetsen van toetredende zorgaanbieders verstevigd. De Wibz bevordert hiermee «goed bestuur».

Aanscherping Zorgspecifieke fusietoets

Naast de aanscherping van regelgeving via de Wibz zet ik ook in op een aanpassing van de Wmg rond de vormgeving van de Zorgspecifieke fusietoets (Zft). De Zft is een toets om te beoordelen of zorgaanbieders het proces om te komen tot een concentratie (zoals een fusie of overname)¹⁴ zorgvuldig hebben doorlopen, bijvoorbeeld ten aanzien van de verwachte financiële gevolgen en betrokkenheid van cliënten, medewerkers en andere stakeholders bij de concentratieplannen. Daarnaast toetst de NZa een voorgenomen concentratie ook op de gevolgen voor de continuïteit van zorg (waaronder bereikbaarheid en toegankelijkheid valt) voor vormen van cruciale zorg¹⁵. De huidige opzet van de Zft biedt momenteel zeer beperkt de mogelijkheid om evident onwenselijke concentraties tegen te houden. Daarbij denk ik bijvoorbeeld aan concentraties waar bij één van de betrokken partijen de kwaliteit ondermaats is en de concentratie de kwaliteit niet verbetert. De afgelopen periode heb ik verkend welke mogelijkheden er zijn om de bevoegdheid van NZa uit te breiden gericht op het tegengaan van onwenselijke concentraties. De Kamerbrief

¹⁴ Het gaat hier om concentraties in de zin van de Mededingingswet zoals een fusie of overname. Niet te verwarren met concentratie van zorg waarbij een zorgaanbieder een profielkeuze maakt en zich specialiseert in een specifiek onderdeel van zorg.

¹⁵ Cruciale zorg bestaat uit ambulancezorg voorbehouden aan Regional Ambulancevoorzieningen, SEH-zorg, acute verloskunde, crisisopvang GGZ en Wlz-zorg. Zie voor een uitgebreide toelichting Kamerstukken II, 33 253, nr. 3, p. 8.

over de aanpassingen van het zorgspecifiek markttoezicht wordt zeer binnenkort naar uw Kamer verstuurd.

Elementen zoals genoemd in de beleidsreactie op het IGJ/NZa onderzoek naar bedrijfsketens in de huisartsenzorg

Samen met de Minister voor Medische Zorg (MZ) heb ik onlangs mijn inhoudelijke reactie op het rapport «de opkomst van bedrijfsketens in de huisartsenzorg» naar uw Kamer gestuurd¹⁶. Daarin geef ik onder andere aan welke acties de Minister voor MZ en ik gaan ondernemen:

- Verkennen van de mogelijkheden om deskundigheid van bestuur te bevorderen voor organisaties van grote omvang (gezamenlijk met NZa en IGJ).
- Het uitbreiden van de bevoegdheden van de NZa met betrekking tot de Zft.
- Het organiseren van gesprekken met de beroepsgroep huisartsenzorg en IGJ om de kernwaarden continuïteit en persoonsgericht te concretiseren.
- In gesprek gaan met diverse partijen om te verkennen welke kennislacunes er zijn als het gaat om het leveren van digitale huisartsenzorg door een andere partij dan de eigen huisarts.
- Het verduidelijken in de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz) dat samenwerken onderdeel kan zijn van goede zorg.
- In gesprek gaan met zorgverzekeraars om te verkennen welke mogelijkheden zij hebben om te sturen op de continuïteit van zorg.

Vergroting transparantie van kwaliteit

Alle zorginstellingen moeten zorg leveren die voldoet aan bepaalde kwaliteitseisen. Dit staat in de Zvw en de Wlz. Wat de verschillende beroepsgroepen onder goede zorg verstaan dient (verder) uitgewerkt te worden door de partijen (professionals, patiënten en zorgverzekeraars) in kwaliteitsproducten zoals een richtlijn (inclusief meetinstrumenten), indicatoren of een kwaliteitskader.

Verder is er het wetsvoorstel kwaliteitsregistraties zorg. Deze wet regelt een wettelijke grondslag voor de verwerking van (bijzondere) persoonsgegevens door kwaliteitsregistraties in de medisch-specialistische zorg, voor het meten en verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Daarnaast regelt het voorstel dat kwaliteitsregistraties die aan de wettelijke voorwaarden voldoen, worden opgenomen in een openbaar register voor kwaliteitsregistraties, dat door het Zorginstituut Nederland (ZiN) zal worden bijgehouden. Voor kwaliteitsregistraties in dit register geldt dat zorgaanbieders worden verplicht cliëntgegevens aan te leveren.

Transparantie van financiële gegevens

In het onderzoek van EY wordt een aantal keer geconstateerd dat onderzoek naar private equity in de zorg bemoeilijkt wordt, doordat niet alle categorieën van zorgaanbieders verplicht waren om over de boekjaren 2022 en 2023 een (uitgebreide) jaarverantwoording openbaar te maken. Dat gaat veranderen. Vanaf boekjaar 2024 eindigt, gelet op het maatschappelijk belang van transparantie van financiële gegevens, de pauze voor de jaarverantwoording voor de categorieën van bestaande zorgaanbieders waarvoor de plicht tot het openbaar maken van de jaarverantwoording nieuw is. Het uitgangspunt blijft dan ook dat in principe alle categorieën van zorgaanbieders verplicht blijven om zich jaarlijks vóór 1 juni maatschappelijk te verantwoorden door het openbaar

¹⁶ Kamerstukken II, 33 578 nr. 116

maken van een jaarverantwoording. De verplichting om de jaarverantwoording in zijn geheel openbaar te maken, zorgt ervoor dat een ieder daarvan kennis kan nemen. Hierdoor kan een zorgaanbieder voor zijn hele bedrijf worden aangesproken op de continuïteit van de zorgverlening, integriteit en professionaliteit van de bedrijfsvoering. De openbare jaarverantwoording betreft zowel een maatschappelijke verantwoording over de besteding van collectieve middelen als een versterking van informatiepositie van diverse externe toezichthouders in het kader van het risicogestuurd (data)toezicht.

In lijn met de toelichting op het amendement van het lid Bushoff¹⁷ en onder andere de visie op de eerstelijnszorg 2030 wordt voor alle categorieën van zorgaanbieders gewerkt aan een zo beperkt en simpel mogelijke jaarverantwoording, zodat er een proportionele en toekomstbestendige openbare jaarverantwoording ontstaat. Daarbij vind ik het van belang om rekening te houden met de diversiteit aan categorieën van zorgaanbieders binnen de Nederlandse zorgsector. Vanwege deze diversiteit kunnen niet aan alle zorgaanbieders dezelfde inhoudelijke eisen aan de jaarverantwoording worden gesteld. Om de openbare jaarverantwoording proportioneel te houden wordt in de Regeling openbare jaarverantwoording WMG onderscheid gemaakt tussen verschillende categorieën van zorgaanbieders naar rechtsvorm en omvang van het gehele bedrijf. In lijn met het amendement van het lid Bushoff werk ik ook aan een beperkt regime voor de jaarverantwoording door micro zorgaanbieders.

Vergroting transparantie van constructies

De IGJ en de NZa signaleerden in 2019 al dat de juridische structuur en/of de aansturing van zorgaanbieders in de afgelopen jaren complexer is geworden.¹⁸ Steeds vaker werken zorgaanbieders met een in een rechtspersoon vormgegeven bestuurlijke laag boven en een bedrijfsstructuur onder de betreffende aanbieder. Deze complexere bedrijfsstructuren zijn terug te vinden in alle deelsectoren van de zorg en tevens bij kleinere zorgaanbieders. De IGJ en NZa signaleren dat deze

bedrijfsstructuren bewust kunnen worden gebruikt om geld te onttrekken aan het zorgbedrijf. Het is dan ook belangrijk dat bestuurders en interne toezichthouders, van zowel hoofd- als onderaannemers in de zorg transparant zijn over hun financiële bedrijfsvoering.

Door de jaarverantwoording is ook meer zicht op waaraan de winst wordt uitgekeerd en welke van betekenis zijnde transacties niet onder normale marktvoorwaarden zijn aangegaan, de omvang van die transacties, de aard van de betrekking met de verbonden partij, etcetera. Een transparante financiële bedrijfsvoering past bij de maatschappelijke verantwoordelijkheid van een zorgaanbieder¹⁹. Bovendien vergroot transparantie het vertrouwen in de zorgsector als geheel.

6. Tot slot

Net zoals uw Kamer vind ik dat de publieke belangen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid in de zorg moeten worden gewaarborgd. Daarbij mogen financiële belangen voor zorgaanbieders niet boven maatschappelijke belangen gaan en dient passende zorg te worden gestimuleerd. Om zorgaanbieders te verbieden om met private equity

¹⁷ Kamerstukken II, 2023–2024, 36 357 nr. 14

¹⁸ SIGNALERING Versterk de integriteit en professionaliteit van de bedrijfsvoering in de zorgsector, Nederlandse Zorgautoriteit en Inspectie gezondheidszorg en jeugd, 5 maart 2019

¹⁹ Kamerstukken II, 23 235, nr. 179

financierders in zee te gaan is juridisch niet haalbaar en naar mijn idee ook niet nodig en niet wenselijk. Naast de bestaande regulering van het zorgaanbod dat voor alle zorgaanbieders geldt, zie ik wel aanleiding om bestaande regelgeving verder aan te scherpen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
C. Helder