

Vergaderjaar 2023–2024

36 410 XVI

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

Nr. 164

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 19 augustus 2024

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 7 juni 2024 over private equity in de zorg (Kamerstuk 36 410 XVI, nr. 159).

De vragen en opmerkingen zijn op 11 juli 2024 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 19 augustus 2024 zijn de vragen beantwoord.

De fungerend voorzitter van de commissie,
Eerdmans

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

Inhoudsopgave

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie	3
	Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie	5
	Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie	6
	Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie	8
	Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie	9
II.	Reactie van de Minister	10

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de brief over private equity in de zorg en hebben hierover nog enkele vragen en opmerkingen.

De Minister stelt dat uit onderzoeken is gebleken dat privaat ondernemerschap kan bijdragen aan innovatie en toegankelijkheid van zorg. De leden van de PVV-fractie zijn benieuwd op welke onderzoeken de Minister doelt? Kan de Minister deze inzichtelijk maken? Uit het werkveld krijgen de leden namelijk andere geluiden. Zij stellen dat de winsten maar minimaal in de zorg geïnvesteerd wordt en dat deze winst naar de bestuurders en aandeelhouders gaat. Kan de Minister hier duidelijkheid over geven? De leden van de PVV-fractie zijn dan ook blij dat het openbaar maken van de jaarverantwoording wordt ingevoerd. Aangezien deze zorgbedrijven worden gefinancierd met zorgpremies en belastinggelden.

De Minister benoemt in haar brief geen aanwijzingen te hebben dat investeringen door private equity partijen significante andere of hogere risico's opleveren dan investeringen door andere commerciële partijen. Betekent dit dat de risico's van zowel private equity alsmede commerciële partijen even groot zijn?

De Minister stelt geen juridisch houdbare onderbouwing te hebben om zorgaanbieders te verbieden met private equity partijen in zee te gaan, deze maatregel zou het recht op eigendom en het verbod van discriminatie raken. Echter, de voornoemde leden vragen hoe dit zich dat dan weer verhoudt tot de rechten die burgers hebben, zoals het recht op bescherming door de overheid en het recht op betaalbare zorg. Hoe gaat de Minister zorgen dat ook private equity gefinancierde partijen meer gaan inzetten op gezondheid en wat de patiënt wel kan en minder focussen op ziekte en behandeling?

De genoemde leden lezen dat in de brief vooral de positieve kant van huisartsenketens wordt benoemd, terwijl deze leden ook zien gebeuren dat een keten als Co-Med ten onder is gegaan. In verschillende onderzoeken wordt gewaarschuwd voor het risico van zorgaanbieders die te dominant worden. Erkend de Minister dit risico? De Minister benoemt tevens dat huisartsen steeds minder vaak praktijk eigenaar willen zijn. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) laat weten dat er weldegelijk voldoende huisartsen zijn die praktijkhouder willen worden, echter dat dit met betrekking tot de bekostiging van huisvesting veelal niet haalbaar blijkt te zijn. Kan de Minister haar zienswijze toelichten op de bekostiging van huisvesting voor de toekomst?

De beantwoording op de vraag van het lid Claassen over de grootste ambulancedienst van Nederland Witte Kruis B.V (dochteronderneming van het Franse Transdev) is nog niet volledig beantwoord. De leden van de PVV-fractie twijfelen niet aan de toegankelijkheid, kwaliteit en bereikbaarheid van de RAV-en. Genoemde leden willen graag weten of bij de winsten die gemaakt worden door Witte Kruis B.V deze winsten ten goede zijn gekomen aan de ambulancezorg of dat deze winsten zijn uitgekeerd aan de aandeelhouders? Indien dit het geval is betreft dit de aandeelhouders van Witte Kruis B.V? Of de aandeelhouders van het Franse Transdev? Zijn deze winsten daadwerkelijk gebruikt voor innovatie en toegankelijkheid van zorg? Zo ja, kan de Minister toelichten welke innovaties doorgevoerd zijn bij het Witte Kruis?

Het lid Claassen vroeg tijdens het 30 ledendebat over private equity in de zorg op 18 april 2024 naar het gebruik van ALS (advanced live support) ambulances (die op basis van beschikbaarheidsbekostiging gefinancierd worden), of deze gebruikt en uitgeleend worden aan de commerciële tak van Witte Kruis evenementenzorg? Uw voorganger gaf tijdens het debat aan «getriggerd» te zijn, maar het antwoord toen niet te weten. Kan de Minister toelichten of hier publieke en private financiering mogelijk door elkaar loopt? Deelt u de mening dat spoedambulances die op basis van beschikbaarheid worden gefinancierd niet ingezet zouden mogen worden voor commerciële doeleinden bij een dochteronderneming?

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben met veel interesse kennisgenomen van de kabinetsreactie op het onderzoek van Ernst & Young (EY) over de rol van private equity in de zorg. De betreffende leden maken zich grote zorgen over de commercialisering van onze publieke voorzieningen en inmenging van private equity in de zorgsector en achten het dan ook van groot belang dat de nieuwe Minister voortvarend aan de slag gaat met het terugdringen van de commercialisering en overnames door private equity in onze zorg. Genoemde leden vragen of de Minister een ander standpunt is toegedaan dan de vorige Minister en zo nee, waarom niet en zo ja, op welke punten. Ook hebben deze leden meerdere vragen over de kabinetsreactie op het onderzoek van EY.

De leden van GroenLinks-PvdA lezen in de brief dat de Minister vooralsnog geen gegronde reden ziet om zorgaanbieders te verbieden met private equity financierders in zee te gaan. Volgens de Minister zouden er bovendien «voldoende» mogelijkheden bestaan om mogelijke risico's met minder ingrijpende maatregelen te verminderen. Genoemde leden vragen in het licht hiervan hoe het zo mis heeft kunnen gaan bij commerciële huisartsenketen Co-Med, waar de inspectie al meermaals wilde ingrijpen nog voor zorgverzekeraars uiteindelijk de samenwerking opzegden en Co-Med faillissement aanvroeg.

Waar zijn de huidige maatregelen volgens de Minister tekortgeschoten in het geval van Co-Med? Kan de Minister in kaart brengen welke maatregelen wel en niet genomen zijn door de inspecties? Welke lessen worden getrokken uit de ondergang van Co-Med? Ziet de Minister naar aanleiding van het debacle rondom Co-Med redenen om de mogelijkheden om in te grijpen bij private investeerders in de zorg aan te scherpen of te veranderen, bijvoorbeeld in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) of de Wet toelating zorgaanbieders (Wtza)? Zo nee, waarom niet en hoe gaan dergelijke situaties in de toekomst voorkomen worden?

In antwoord op schriftelijke vragen van het lid Bushoff over het dreigende faillissement van Co-Med gaf de Minister daarnaast aan dat zij niet de mening deelt dat er bij Co-Med sprake was van «Too big to fail». Staat de Minister nog steeds achter deze uitspraak nu uit berichtgeving in onder andere NRC¹ blijkt dat sommige patiënten nergens anders worden aangenomen omdat huisartsen geen plek hebben voor alle gedupeerde patiënten die eerst bij Co-Med waren ondergebracht?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie zijn blij dat de Minister het met de Kamer eens is dat aanscherping van regelgeving noodzakelijk is voor de balans tussen een te groot financieel belang vanuit de zorgaanbieder en de publieke belangen van de zorg, en dat de Minister daarom voornemens is een aantal maatregelen te nemen. Wel vragen deze leden of de voorgenomen maatregelen stevig genoeg zijn. Zo lezen deze leden dat de Minister samen met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) de mogelijkheden wil verkennen om de deskundigheid van bestuur te bevorderen voor organisaties van grote omvang. Wat gaat de Minister nog meer doen dan slechts het verkennen van de mogelijkheden? Op welke manier en op welke termijn gaat de Minister gevolg geven aan de aanbevelingen die voortkomen uit deze verkenning?

Dezelfde zorg hebben deze leden over het voornemen van de Minister om gesprekken te organiseren met de beroepsgroep huisartsenzorg en IGJ om de kernwaarden continuïteit en persoonsgericht te concretiseren. Zijn gesprekken hierover voldoende om de problemen die zijn ontstaan door overnames van private equity en commerciële partijen in de huisartsenzorg aan te pakken? Wat gaat de Minister doen met de signalen die uit deze gesprekken voortkomen? Welke vervolgstappen gaat de Minister nemen op zowel de korte als lange termijn om de ambitie waar te maken om deze kernwaarden beter te borgen?

Daarnaast vragen de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie op welke termijn de Minister de bevoegdheden van de NZa met betrekking tot de Zorgspecifieke fusietoets (Zft) gaat uitbreiden.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie zijn blij met de onderzoeken die gedaan zijn en meer inzicht geven in de vercommercialisering van onze publieke voorzieningen. Toch blijven er ook zeker nog vragen over. Zo vragen deze leden de Minister om heel expliciet en zo gedetailleerd mogelijk inzichtelijk te maken hoeveel van de overgenomen partijen in de publieke sector (ten minste voor het beleidsterrein VWS) door private equity van de afgelopen jaren opnieuw zijn overgenomen door een ander private equity concern. Hoeveel tijd ging daar gemiddeld overheen? Kan de Minister per overname inzichtelijk maken hoeveel extra er betaald is ten opzichte van de vorige keer dat dezelfde partij werd overgenomen en hoeveel groter deze partij is geworden ten opzichte van de vorige keer dat ze werden overgenomen?

Als het gaat om overnames in de zorg door private equity kijken genoemde leden met argusogen naar het buitenland en bijvoorbeeld het private equity concern Orpea. In Nederland is dit concern eigenaar van tal van ouderzorginstellingen. In Frankrijk is dit concern naast misstanden ook in het nieuws gekomen omdat het gered moest worden van faillissement. Nu in Nederland met Co-Med ook een commerciële zorgaanbieder is omgevallen en in het buitenland dat ook dreigde te gebeuren vragen deze leden of de Minister zich zorgen maakt over de Nederlandse

¹ Einde Co-Med zorgelijk voor artsen én patiënten: «Niemand neemt me aan, want niemand heeft plek» - NRC

vestigingen van Orpea. Zo nee, waarom niet? Ziet de Minister een scenario zoals met Co-Med en met Orpea in Frankrijk is gebeurd als een risico in Nederland?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben ook nog enkele vragen over het winstverbod in de zorg. In de zorg geldt een winstverbod waar per algemene maatregel van bestuur (amvb) verschillende uitzonderingen op zijn. Kan de Minister aangeven of voor de niet uitgezonderde sectoren het winstverbod goed wordt gehandhaafd? Specifiek zijn deze leden benieuwd hoe het winstverbod in de medisch specialistische zorg zich verhoudt tot de zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en of de Minister kan aangeven of het winstverbod ook hiervoor standhoudt?

In de ouderenzorg, zorg met verblijf geldt, ook een winstverbod. Genoemde leden vragen in hoeverre dit winstverbod op gaat wanneer wonen en zorg vaak formeel gescheiden zijn, maar in de praktijk alsnog samengaan. Is het naar het oordeel van de Minister wenselijk dat door het formeel scheiden van wonen en zorg het toch mogelijk is om winst te maken binnen de ouderenzorg?

Tot slot hebben de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie nog een vraag over de uitvoering van het amendement Bushoff² over een proportionele jaarverantwoording ter vermindering van de administratieve lasten voor micro zorgaanbieders. Hoe staat het met de uitvoering van dit amendement en op welke termijn kan het beperkt regime voor de jaarverantwoording door micro aanbieders waar de Minister momenteel aan werkt worden verwacht?

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de kabinetsreactie op het onderzoek naar de rol van private equity in de zorg. Genoemde leden zien privaat vermogen als normaal, waarbij het leveren van goede kwaliteit van zorg en toegang altijd buiten kijf moeten staan. Net zoals dat geldt voor publiek gefinancierde zorg. Wanneer kwaliteit of toegang tekortschieten, is het noodzakelijk dat ingegrepen kan worden op basis van duidelijke regels en goed toezicht. Het is goed dat de Minister hiervoor enkele maatregelen schetst. Deze leden hebben naar aanleiding van de brief nog enkele vragen en opmerkingen. Allereerst merken de leden van de VVD-fractie op dat de term private equity niet altijd juist gebruikt wordt. Zo wordt private equity vaak gelijkgesteld met hedgefonds, terwijl ook pensioenfondsen bijvoorbeeld privaat vermogen zijn. Ook is recent Co-Med benoemd als voorbeeld van het falen van private equity, terwijl Co-Med volgens de geldende definities niet als private equity wordt aangemerkt. Voormalig Minister voor Medische Zorg heeft dit in de Kamer benadrukt en ook in het onderzoeksrapport staat dit expliciet vermeld. Kan de Minister daarom nog eens nader toelichten volgens welke definitie wat haar betreft private equity moet worden gezien en wat volgens haar de verschillen zijn tussen private equity en commerciële ketens?

De leden van de VVD-fractie lezen dat er geen aantoonbare verschillen zijn op de onderzochte indicatoren (kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid) tussen zorginstellingen met private equity participatie en zonder. In bepaalde sectoren is zelfs een hogere kwaliteit, toegankelijkheid en/of betaalbaarheid gemeten bij zorginstellingen met private equity participatie, zoals in de geestelijke gezondheidszorg en binnen de kraamzorg.

² Kamerstuk 36 357, nr. 14

Kan de Minister duiden wat dit wat haar betreft betekent voor specifiek deze sectoren, maar ook voor anderen binnen de zorg?

Ook op het gebied van toegankelijkheid zien de leden van de VVD-fractie (kleine) verschillen bij de gemiddelde wachttijd. In sommige sectoren is deze lager met private equity participatie en in andere sectoren juist hoger. Wat is de verklaring voor deze verschillen? En wat wil de Minister daarmee doen?

Private equity vervult een belangrijke rol in het financieren van zorgondernemingen. Recent lazen de leden van de VVD-fractie dat private equity investeerders naar aanleiding van het politieke debat een stapje terug doen³. Klopt dit en wat betekent dit concreet voor zorgorganisaties in Nederland? Wat gaat de Minister doen om ervoor te zorgen dat zorgorganisaties voldoende toegang tot investeringen en kapitaal weten te houden? Ook vragen deze leden of er voldoende wettelijke en beleidsmatige waarborgen zijn om kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid te garanderen, ongeacht wie de eigenaar van een zorgaanbieder is.

De leden van de VVD-fractie lezen dat zorginstellingen steeds vaker op zoek gaan naar alternatieve vormen van financiering. Banken zijn, mede door transitie in de zorg met meer investeringen in automatisering en digitalisering en minder op investeringen met onderpand, terughoudender bij het financieren van zorginstellingen. Kan de Minister aangeven hoe de verdeling is tussen financiering vanuit banken en alternatieve vormen van financiering en hoe zich dit de afgelopen jaren heeft ontwikkeld? En in hoeverre dragen fondsen bij aan de digitalisering en verduurzaming van de zorg?

De leden van de VVD-fractie zijn niet per definitie tegen privaat vermogen en/of private equity in de zorg. Zij zien dit als een normale financieringsvorm voor zorginstellingen, denk ook aan alle huisartsen en apothekers die een (deel van de) praktijk in privaat eigendom hebben. Genoemde leden sluiten dan ook aan bij de conclusie dat een verbod op private equity financiering niet nodig en zelfs onwenselijk is. Toch is gebleken dat een meerderheid van de Kamer de motie⁴ om private equity uit de hele zorg te weren, heeft gesteund. Zijn er voorbeelden van landen in Europa waar een dergelijk verbod van kracht is? Wat is daaruit te leren? En kan de Minister uiteenzetten wat de directe en lange termijn consequenties zouden zijn voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van een dergelijk «verbod» op private equity in de hele zorg? En wat voor de verschillende sectoren? En is er (in grote lijnen) zicht op wat er wetgevingstechnisch, beleidsmatig en financieel nodig is om een dergelijk verbod daadwerkelijk in gang te zetten?

Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie

De leden van de NSC-fractie hebben de brief van de Minister met een reactie op het onderzoek van Ernst en Young over private equity in de zorg met interesse gelezen. Aanvullend hebben zij een aantal vragen en opmerkingen. Allereerst willen genoemde leden van de Minister weten wat de stand van zaken is van de gewijzigde motie van het lid Daniëlle Jansen c.s.⁵ over het onderzoeken op welke schaal zorgaanbieders tussen de moeder- en dochteronderneming, andere gelieerde entiteiten en/of personen excessieve vergoedingen vragen voor geleverde goederen of diensten of een verstrekte geldlening.

³ Recordaantal overnames in de zorg, private equity doet stapje terug (fd.nl)

⁴ Kamerstuk 36 410 XVI, nr. 147

⁵ Kamerstuk 36 410 XVI, nr. 154.

De leden van de NSC-fractie lezen in de brief van de Minister dat banken minder geneigd zijn om te investeren in zorginstellingen. Genoemde leden hebben bij navraag begrepen dat het Waarborgfonds voor de Zorgsector in de praktijk alleen borg verleent aan grote zorginstellingen. Welke mogelijkheden ziet de Minister om ook aan kleine zorginstellingen en praktijkhouders borg te verlenen via het Waarborgfonds zodat banken wel willen investeren in zorginstellingen en praktijkhouders? Is de Minister bereid om te overleggen met het Waarborgfonds om ook aan kleine zorginstellingen en praktijkhouders borg te verlenen en hierover de Kamer op de hoogte te stellen? Ziet de Minister andere mogelijkheden voor zorginstellingen en praktijkhouders om zonder inzet van private equity te investeren? Welke mogelijkheden ziet de Minister voor shared ownership (medewerkers zijn mede-eigenaar) bij zorgorganisaties en praktijkhouders?

De leden van de NSC-fractie lezen dat de Minister in de beleidsreactie op het rapport «de opkomst van bedrijfsketens in de huisartsenzorg» een aantal beleidsacties heeft genoemd. Is de Minister bereid om de Kamer over een half jaar te informeren over de voortgang van de beleidsacties?

De leden van de NSC-fractie lezen dat Ernst en Young (2024) onderzoek heeft gedaan naar kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van organisaties gefinancierd door private equity in vergelijking met organisaties niet-gefinancierd door private equity. Het verdienmodel van zorgorganisaties is vooral gericht op P (prijs) maal Q (hoeveelheid) en niet op passende zorg. Het advies van de speciale gezant geeft aan om passende zorg meer transparant te maken. Hoe gaat de Minister bij zorgorganisaties en praktijkhouders aantoonbare transparantie vragen ten aanzien van passende zorg en passende diagnostiek? Hoe gaat de Minister toetsen op praktijkvariatie van zorgorganisaties en praktijkhouders gefinancierd door private equity in vergelijking met organisaties niet-gefinancierd door private equity. Welke rol ziet de Minister van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en individuele zorgverzekeraars bij het transparant maken van passende zorg in de verschillende zorgorganisaties en praktijkhouders?

De leden van de NSC-fractie lezen dat in het rapport van Ernst en Young vergelijkend onderzoek is gedaan tussen organisaties gefinancierd door private equity en organisaties niet-gefinancierd door private equity. Co-Med valt niet onder de definitie van private equity. Co-Med was een commerciële keten van huisartsenpraktijken. Is de Minister bereid om ook het effect van commerciële ketens op de toegankelijkheid, kwaliteit en passende zorg van onder andere huisartsenpraktijken te monitoren?

De leden van de NSC-fractie menen dat om toegankelijke zorg aan patiënten te bieden het belangrijk is te sturen op continuïteit van zorg. Bijvoorbeeld door huisartsen te stimuleren zich te vestigen als praktijkhouder in gebieden waar het vinden van opvolging moeizaam gaat. Zorgverzekeraars spelen hier een belangrijke rol in omdat zij huisartsenzorg inkopen. Is de Minister bereid om met zorgverzekeraars te verkennen hoe ze beter kunnen sturen op continuïteit van zorg door huisartsen te ondersteunen die een praktijk willen overnemen of een nulpraktijk willen starten?

De leden van de NSC-fractie hebben begrepen dat zorgverzekeraar ONVZ verzekerden de dienst «Digitale Huisarts» aanbiedt, naast de eigen huisarts. Alhoewel deze innovatie de huisarts ontlast, zijn er ook zorgen over de continuïteit van zorg, gebrek aan kennis over de patiënt etc. Bovendien concludeerde het Zorginstituut Nederland (ZIN) eerder dat een digitale huisartsenzorg geen passende zorg is als patiënten al een eigen vaste huisarts hebben.

Genoemde leden willen graag weten hoe de Minister denkt over «een digitale huisarts» als patiënten al een eigen vaste huisarts hebben. Kan de Minister in gesprek gaan met zorgverzekeraars om dit aanbod te heroverwegen en andere manieren te zoeken om de continuïteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg te borgen?

De leden van de NSC-fractie maken zich zorgen over de patiëntendossiers waarover private equity en commerciële investeerders beschikken. Op welke manier zijn patiëntendossiers beveiligd tegen misbruik als buitenlandse investeerders betrokken zijn. Aan de andere kant worden patiëntendossiers bij het faillissement van Co-Med moeizaam overgedragen aan vervangende huisartsen. Genoemde leden vragen de Minister welke rol zij kan spelen om een moeizame overdracht te voorkomen.

De leden van de NSC-fractie lezen dat de Minister in haar reactie op het Ernst en Young rapport aanscherpingen van verschillende maatregelen noemt, bijvoorbeeld het wetsvoorstel «Wet integere bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders» (Wibz) en aanscherping Zorgspecifieke fusietoets (Zft) door NZa. Met deze aanscherpingen bestaat het risico tot lastenverzwaring voor zorgprofessionals zoals huisartsen. Kan de Minister toezeggen dat vanwege de aanscherpingen van de maatregelen het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) gaat meekijken en adviseren, specifiek om lastenverzwaring voor zorgprofessionals zoals huisartsen te voorkomen?

Bij Co-Med waren 50.000 patiënten betrokken die nu gedupeerd zijn. Genoemde leden zijn van mening dat het belangrijk is om hiervan te leren. Zij vragen de Minister op welk termijn de Kamer een gedegen onafhankelijke evaluatie van het debacle Co-Med kan verwachten, hoe zij deze evaluatie gaat aanpakken en het verzoek is om de Kamer hierin mee te nemen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister over private equity in de zorg. Genoemde leden stellen hierover nog de volgende vragen aan de Minister.

De leden van de BB-fractie lezen dat uit de analyse van Ernst & Young (EY) 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. Met het recente faillissement van Co-Med vragen deze leden hoe de Minister denkt over het feit dat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) heeft geconstateerd dat de bereikbaarheid van de zorgketen onder de maat is en dat ook de spoedzorg niet goed is geregeld. Hadden er niet eerder maatregelen genomen moeten worden door de inspectie. Zo ja, welke richtlijnen wil de Minister de inspectie hiervoor geven?

Ook vragen deze leden of de Minister van mening is, gezien het ontbreken van aantoonbare verschillen tussen zorginstellingen met private equity participatie en zonder, dat het faillissement van Co-Med niet te wijten is aan het private equity karakter van Co-Med.

Daarnaast vragen zij hoe de Minister denkt over de recent aangenomen motie van Dijk en Bushoff (Kamerstuk 36 410 XVI, nr. 143) waarin wordt opgeroepen om met zorgverzekeraars te overleggen over een plan om huisartsenpraktijken die eigendom zijn van private equity bedrijven tijdelijk over te nemen wanneer deze failliet gaan. Hoe is dit proces

verlopen bij Co-Med? En hoe zou deze tijdelijke overname er in de praktijk uit moeten zien en voor hoe lang? Is er een kans op moral hazard (moreel risico) als een overname bij faillissement gegarandeerd is?

Ook vragen deze leden of er door outsourcing van laboratoriumdiensten die eerst door de zorginstelling zelf werden gedaan en nu door private equity partijen, niet het risico bestaat dat de kennis en kunde van zorgprofessionals in het proces verloren gaat. Indien dit risico er is hoe gaat de Minister borgen dat dit niet ten koste gaat van de kwaliteit van het zorgproces en dat de medisch specialistische kennis stevig wordt geborgd?

Tot slot, veel privéklinieken lijken geen belang te hebben bij het Nederlandse zorgstelsel en hun inzet in bepaalde regio's lijkt ten koste te gaan van de zorg en het personeel in (regio)ziekenhuizen. Hoe kijkt de Minister hier tegen aan?

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief van het vorige kabinet over private equity in de zorg. Zij vinden het een enorme gemiste kans dat er niets wezenlijks wordt aangekondigd om de toenevende aanwezigheid van sprinkhaankapitalisten in de zorg tegen te gaan. Zij hebben daarom nog een aantal kritische vragen en opmerkingen. De leden van de SP-fractie lezen in de brief dat de voormalige Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de aanwezigheid van private equity in de zorg probeert goed te praten door erop te wijzen dat private partijen zoals «kerken, kloosters en particuliere weldoeners» historisch gezien een belangrijke rol hebben gespeeld in de Nederlandse zorg. Deze leden wijzen er echter op dat er een wereld van verschil zit tussen niet-commerciële instellingen die zijn gericht op liefdadigheid en sprinkhaankapitalisten die de zorg enkel zien als een investeringsobject om winst uit te halen. Deelt de nieuwe Minister de mening dat het absurd is om private equity partijen te vergelijken met liefdadigheidsinstellingen?

De leden van de SP-fractie hebben geen begrip voor de uitspraak van de voormalige Minister dat zij «geen (gegronde) reden [zag] om zorgaanbieders te verbieden om met private equity financierders in zee te gaan». Was de chaos die is ontstaan door het destructieve sprinkhanengedrag van Co-Med in de huisartsenzorg niet genoeg reden om de groeiende rol van puur commercieel gerichte investeerders in de zorg een halt toe te roepen? En hoe kan het dat er wel miljarden aan bezuinigingen op de zorg gepland staan de komende jaren, omdat de zorg onbetaalbaar zou worden, maar dat er praktisch niets wordt gedaan om het weglekken van zorggeld naar investeerders die de zorg vooral schade toebrengen te stoppen?

De leden van de SP-fractie constateren dat de motie Dijk⁶, die de regering verzocht «in het wetsvoorstel Integere bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders de noodzakelijke stappen te zetten die ervoor zorgen dat binnen de gehele zorg eigenaarschap van private equity partijen tot het verleden gaat behoren», niet werd uitgevoerd door de vorige Minister. Gezien het feit dat de huidige Minister deze motie als Kamerlid wel steunde, vragen de leden van de SP-fractie hoe zij deze motie wel gaat uitvoeren. Is de Minister van plan om het conceptwetsvoorstel voor de Wet integere bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders (Wibz) aan te passen om dit verbod hierin te verwerken?

⁶ Kamerstuk 36 410 XVI, nr. 75

De leden van de SP-fractie benadrukken ten slotte dat private equity weliswaar de meest ernstige vorm van commercialisering van de zorg is, maar helaas niet de enige. Hoe is de Minister van plan om het bredere probleem van aantasting van de zorg door commerciële belangen tegen te gaan? Is de Minister bijvoorbeeld bereid om het verbod op winstuitkering te verbreden naar de gehele zorg?

De leden van de SP-fractie vragen in hoeverre de Minister zicht heeft op de hoeveelheid winst die door commerciële partijen in de zorg wordt gemaakt en hoeveel daarvan uit de zorg weglekt door winstuitkeringen aan aandeelhouders. Wat is bijvoorbeeld de winstmarge van commerciële partijen? Hoe verhoudt zich dit met de winsten en winstmarges van andere (semi-publieke) zorginstellingen zoals ziekenhuizen?

De leden van de SP-fractie vragen, indien de Minister commerciële zorgpartijen zoals private equity niet wil verbieden, hoeveel winst(marge) de Minister dan acceptabel vindt voor deze instellingen. Of vindt zij dat er geen maximum aan hoeft te zitten? Is zulke winst voor de Minister ook acceptabel als dit ten koste gaat van kwaliteit van zorg voor patiënten of de arbeidsomstandigheden van zorgverleners? Zo nee, hoe is de Minister dan van plan te voorkomen dat die twee zaken ondergeschikt raken aan de winst, zoals we momenteel bij private equity instellingen zien gebeuren?

II. Reactie van de Minister

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de brief over private equity in de zorg en hebben hierover nog enkele vragen en opmerkingen. De Minister stelt dat uit onderzoeken is gebleken dat privaat ondernemerschap kan bijdragen aan innovatie en toegankelijkheid van zorg. De leden van de PVV-fractie zijn benieuwd op welke onderzoeken de Minister doelt? Kan de Minister deze inzichtelijk maken? Uit het werkveld krijgen de leden namelijk andere geluiden. Zij stellen dat de winsten maar minimaal in de zorg geïnvesteerd wordt en dat deze winst naar de bestuurders en aandeelhouders gaat. Kan de Minister hier duidelijkheid over geven?

Het is goed privaat ondernemerschap en het toestaan van winstuitkeringen te onderscheiden van elkaar. Nagenoeg alle zorgaanbieders zijn private ondernemingen en niet in publieke handen. Van deze private zorgondernemingen mag een deel winst uitkeren en een deel mag dat niet. Een (beperkt) deel van de zorgondernemingen die winst mogen uitkeren is in handen van private equity bedrijven, en een deel is in andere handen.

Door het toestaan van gereguleerde winstuitkering wordt het voor aanbieders gemakkelijker om nieuwe investeringen (gedeeltelijk) te financieren, door risicodragend kapitaal aan te trekken, in vergelijking met de situatie dat ze vooral zijn aangewezen op vreemd vermogen, zoals een lening. Zorgaanbieders zullen investeerders er wel van moeten overtuigen dat zij een goed onderbouwd investeringsplan hebben dat meerwaarde voor het zorgaanbod met zich meebrengt. Zo kunnen innovaties en andere plannen sneller worden doorgevoerd. Het kan daarbij gaan om procesinnovaties (nieuwe manieren waarop processen worden vormgegeven, bijv. verbetering van patiëntenlogistiek), innovaties in dienstverlening (nieuwe, bijvoorbeeld digitale, manieren waarop diensten worden aangeboden aan patiënten) of productinnovaties (nieuwe producten,

instrumenten, apparatuur). Onderzoek van SiRM en Financial ideas⁷, een praktijkanalyse en een effectanalyse, bevestigt dit en concludeert tevens dat winstuitkering kan leiden tot meer toetreding van nieuwe aanbieders. De onderzoekers geven daarbij wel aan dat er mogelijk ook nadelen zijn verbonden aan het toestaan van uitkeren van dividend, bijvoorbeeld als de focus op financiële resultaten ten koste gaat van het benodigde niveau van kwaliteit van zorg, of leidt tot ongewenste risicoselectie. Privaat ondernemerschap betekent ook dat zorgaanbieders vrij zijn om zelf te bepalen of, en wanneer, ze investeren in innovatie en hoeveel ze investeren. Ik heb geen overzicht over hoeveel er in de verschillende sectoren wordt geïnvesteerd in innovatie van zorg. Dergelijke gegevens worden wel opgenomen in de jaarverantwoording, echter niet alle zorgaanbieders waren de afgelopen jaren verplicht om een jaarverantwoording aan te leveren. Hierdoor kan dus ook vanuit de jaarverantwoording geen overzicht gemaakt worden van de totale investeringen die gedaan zijn voor innovatie van zorg. Dit benadrukt overigens wel het belang van de jaarverantwoording in de zorg, ook onder kleine zorgaanbieders.

De leden van de PVV-fractie zijn dan ook blij dat het openbaar maken van de jaarverantwoording wordt ingevoerd. Aangezien deze zorgbedrijven worden gefinancierd met zorgpremies en belastinggelden. De Minister benoemt in haar brief geen aanwijzingen te hebben dat investeringen door private equity partijen significante andere of hogere risico's opleveren dan investeringen door andere commerciële partijen. Betekent dit dat de risico's van zowel private equity alsmede commerciële partijen even groot zijn?

Het onderzoek van EY⁸ is gericht op private equity partijen, waarbij uit de resultaten is gebleken dat er geen significant verschil was met niet-private equity gefinancierde partijen met betrekking tot kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. De risico's die in de Kamerbrief zijn benoemd komen uit het rapport van SiRM en Financial Ideas naar winstuitkering in de zorg.⁹ Deze risico's zijn dus van toepassing op alle investeerders, zoals private equity partijen, commerciële partijen (private zorgondernemers die ook gericht zijn op het behalen van rendement), maar ook de zorgaanbieders zelf. Naar mijn weten bestaat geen onderzoek naar verschillen in risico's tussen private equity partijen en andere commerciële partijen.

De Minister stelt geen juridisch houdbare onderbouwing te hebben om zorgaanbieders te verbieden met private equity partijen in zee te gaan, deze maatregel zou het recht op eigendom en het verbod van discriminatie raken. Echter, de voornoemde leden vragen hoe dit zich dat dan weer verhoudt tot de rechten die burgers hebben, zoals het recht op bescherming door de overheid en het recht op betaalbare zorg. Hoe gaat de Minister zorgen dat ook private equity gefinancierde partijen meer gaan inzetten op gezondheid en wat de patiënt wel kan en minder focussen op ziekte en behandeling?

Ongeacht de eigendomsverhoudingen en hoe een zorgaanbieder wordt gefinancierd, moeten zorgaanbieders voldoen aan de randvoorwaarden en eisen die de overheid stelt aan de waarborging van de publieke belangen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid in de zorg. Die eisen en regels betreffen onder andere regulering van de toetreding als

⁷ SiRM en Financial Ideas, *Uitkering van dividend door zorgaanbieders, praktijkanalyse en effectanalyse*, 17 juni 2019

⁸ Kamerstuk 2023/2024, 36 410 XVI, nr. 141

⁹ SiRM en Financial Ideas, *Uitkering van dividend door zorgaanbieders, praktijkanalyse en effectanalyse*, 17 juni 2019

zorgaanbieder, de tarieven, en de kwaliteit van de geleverde zorg. Toezichthouders als de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Autoriteit Consument en Markt (ACM) zien toe op naleving van deze regulering en kunnen handhaven als partijen zich niet aan de regels houden. Privaat ondernemerschap betekent dus niet dat er sprake is van volledig vrije markten. De genoemde regulering is gericht op het mitigeren van mogelijke risico's voor de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg.

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) is met partijen, ongeacht de wijze waarop partijen worden gefinancierd, afgesproken om meer in te zetten op gezondheid en welzijn door middel van preventie en ondersteuning, zodat zorgvragen voorkomen worden, of minder zwaar worden. Dit betekent het bevorderen van een gezonde leefstijl en het versterken van de zelfredzaamheid van mensen. Gemeenten en andere niet-medische partijen spelen hierin een essentiële rol. Het is nu aan alle partijen (dus ook zorgaanbieders die van private equity partijen zijn) om hiermee aan de slag te gaan.

De genoemde leden lezen dat in de brief vooral de positieve kant van huisartsenketens wordt benoemd, terwijl deze leden ook zien gebeuren dat een keten als Co-Med ten onder is gegaan. In verschillende onderzoeken wordt gewaarschuwd voor het risico van zorgaanbieders die te dominant worden. Erkend de Minister dit risico?

Ik erken dat er specifieke risico's kunnen zitten aan zorgaanbieders die in een keten opereren. Door de omvang kunnen deze ketens zodanig dominant worden, dat wanneer zij onverhoopt in problemen komen er extra risico's voor de continuïteit van zorg ontstaan. Echter, risico's van zorgaanbieders die te dominant zijn, zien we niet alleen in ketenvorming. Bij het omvallen van iedere grote organisatie kan de continuïteit van zorg in gevaar komen. Het is aan zorgverzekeraars om zich hierop voor te bereiden en te voldoen aan hun zorgplicht. Faillissement van een keten heeft wel een extra dimensie bij verspreiding van de locaties over meerdere regio's. Hierdoor is er niet één dominante zorgverzekeraar verantwoordelijk om de continuïteit van zorg te waarborgen, maar is die verantwoordelijkheid over meer zorgverzekeraars verspreid.

De Minister benoemt tevens dat huisartsen steeds minder vaak praktijkgenooten willen zijn. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) laat weten dat er wel degelijk voldoende huisartsen zijn die praktijkhouder willen worden, echter dat dit met betrekking tot de bekostiging van huisvesting veelal niet haalbaar blijkt te zijn. Kan de Minister haar zienswijze toelichten op de bekostiging van huisvesting voor de toekomst?

Ik vind het belangrijk dat het voor (startende) huisartsen aantrekkelijk is om met een vaste patiëntenpopulatie te werken. Het praktijkhouderschap is (hoewel niet de enige) een door huisartsen veel gekozen vorm om dat te bereiken. Huisvestingsproblematiek is hierbij een belangrijk punt dat mijn volle aandacht heeft. Samen met de LHV, InEen, NZa, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) is er vorig jaar de handreiking «huisvestingsproblematiek huisartsen en gezondheidscentra» opgeleverd.¹⁰ Deze handreiking geeft partijen een handelingsperspectief als zij huisvestingsproblemen ervaren. Partijen hebben in de handreiking ook duidelijk gemaakt dat het nog niet altijd scherp is wat nu de aard en omvang van financiële knelpunten zijn. Ik ben samen met de partijen bezig om deze knelpunten in kaart te brengen. Zoals aangegeven in het schriftelijk overleg over de Kamerbrief stand van

¹⁰ Handreiking Huisvesting huisartsen en gezondheidscentra | Rapport | Rijksoverheid.nl

zaken versterking huisartsen¹¹, informeer ik uw Kamer hierover voor het eind van dit jaar.

Alle kosten voor praktijkhoudende huisartsen, zo ook voor huisvesting, zijn verwerkt in de tarieven van de huisartsenzorg. Deze tarieven worden jaarlijks door de NZa vastgesteld en moeten tenminste redelijkerwijs kostendekkend zijn. Dit doet de NZa door tarieven periodiek te herijken via een uitgebreid kostprijsonderzoek, zoals onlangs nog uitgevoerd¹², en in de tussenliggende jaren worden de tarieven geïndexeerd. Uit het recente onderzoek over de gegevens van 2022 is gebleken dat de kosten, met name voor personeel en huisvesting, de afgelopen jaren weliswaar sterk zijn toegenomen, maar de opbrengsten stegen daarin mee. Dit kwam onder andere door een veel hoger aantal ingeschreven patiënten en uitgevoerde consulten. Ook de vergoeding van de arbeidskosten voor praktijkhouders is met bijna 12% gestegen, omdat de functiezwaarte is toegenomen over de afgelopen jaren. De NZa heeft geconcludeerd dat huisartsenpraktijken er financieel goed voor staan en gemiddeld zelfs een ruim positief bedrijfsresultaat behalen. De tarieven zijn op basis van al deze uitkomsten herijkt per 2025. De bekostiging biedt aanbieders en verzekeraars overigens de mogelijkheid om aanvullende financiële maatwerkafspraken te maken. Ik zie daarin een systeem dat goed meebeweegt met de ontwikkelingen en herken me dus niet in de uitspraak dat de bekostiging of de tarieven (van o.a. huisvesting) het voor huisartsen op dit moment niet haalbaar zouden maken om praktijkhouder te worden.

De vraag van het lid Claassen over de grootste ambulancedienst van Nederland Witte Kruis B.V (dochteronderneming van het Franse Transdev) is nog niet volledig beantwoord. De leden van de PVV-fractie twijfelen niet aan de toegankelijkheid, kwaliteit en bereikbaarheid van de RAV-en. Genoemde leden willen graag weten of bij de winsten die gemaakt worden door Witte Kruis B.V deze winsten ten goede zijn gekomen aan de ambulancezorg of dat deze winsten zijn uitgekeerd aan de aandeelhouders? Indien dit het geval is betreft dit de aandeelhouders van Witte Kruis B.V? Of de aandeelhouders van het Franse Transdev? Zijn deze winsten daadwerkelijk gebruikt voor innovatie en toegankelijkheid van zorg? Zo ja, kan de Minister toelichten welke innovaties doorgevoerd zijn bij het Witte Kruis?

Witte Kruis Ambulance B.V. (WKA) is een directe en volledige dochter van Witte Kruis Holding B.V. (WKH). WKH is een directe en volledige dochter van Connexion Nederland N.V., welke op haar beurt weer een directe en volledige dochter van Transdev Nederland Holding N.V. is.

Op grond van de Wet ambulancezorgvoorzieningen (Wazv) verzorgt WKA in vijf regio's de ambulancezorg. Op grond van de Wazv mogen de baten die een Regionale ambulancevoorziening (RAV) behaalt met de uitvoering van hun wettelijke taak, niet gebruikt worden voor de financiering van andere activiteiten dan de wettelijke taak. De NZa ziet hierop toe.

Ambulancezorg valt niet onder het winstuitkeringsverbod uit hoofde van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi). Het is aan zorgaanbieders zelf hoe zij hun winstuitkering vormgeven. Het Witte Kruis heeft mij overigens laten weten dat zij tot op heden geen winst hebben uitgekeerd.

Het Witte Kruis heeft aangegeven dat zij innovaties in de zorg belangrijk vindt. Zij besteedt hier naar haar zeggen in haar jaarplannen aandacht

¹¹ Kamerstukken II, 2023–2024, 33 578, nr. 115

¹² Resultaten kostprijsonderzoek huisartsenzorg 2025 - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

aan, en heeft deze aandacht voor innovatie verankerd in haar managementstructuur en de operatie. Diverse innovaties worden jaarlijks besproken met zorgverzekeraars en doorgevoerd. Indien innovaties door zorgverzekeraars worden bekostigd, rapporteert Witte Kruis in haar regulier overleg met zorgverzekeraars over de voortgang. Daarnaast tracht Witte Kruis naar eigen zeggen innovaties door middel van subsidies, door het aangaan van samenwerkingsverbanden, of door de inzet van eigen middelen, te bekostigen. Voorbeelden van die innovaties zijn te vinden op de website¹³ van Witte Kruis.

Het lid Claassen vroeg tijdens het 30 ledendebat over private equity in de zorg op 18 april 2024 naar het gebruik van ALS (advanced live support) ambulances (die op basis van beschikbaarheidsbekostiging gefinancierd worden), of deze gebruikt en uitgeleend worden aan de commerciële tak van Witte Kruis evenementenzorg? Uw voorganger gaf tijdens het debat aan «getriggerd» te zijn, maar het antwoord toen niet te weten. Kan de Minister toelichten of hier publieke en private financiering mogelijk door elkaar loopt?

Naast de ambulances die onderdeel zijn van WKA, beschikt de Witte Kruis Groep ook over een commercieel wagenpark met enkele volledig uitgeruste ambulances. De activiteiten die zij hiermee uitvoert zijn, zoals eerder gesteld, gescheiden van de ambulancezorg die zij verzorgen op grond van de Wazv.

Witte Kruis heeft mij laten weten dat het op jaarbasis sporadisch voorkomt dat de commerciële tak van Witte Kruis Groep een reserveambulance huurt van de WKA. De commerciële tak zorgt in dergelijke gevallen zelf voor de medische materialen en brandstof. De baten uit de verhuur komen ten goede aan de WKA die de reserveambulance ter beschikking heeft gesteld. Het Witte Kruis heeft mij laten weten dat de beschikbaarheid en paraatheid van de RAV nooit wordt aangetast door de verhuur van reserveambulances.

Deelt u de mening dat spoedambulances die op basis van beschikbaarheid worden gefinancierd niet ingezet zouden mogen worden voor commerciële doeleinden bij een dochteronderneming?

Ambulancezorg wordt ingekocht op basis van het «referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg». Niet het aantal ambulances, maar het aantal ambulancediensten wordt berekend om tot een bekostiging te komen. De omvang en de samenstelling van het ambulancewagenpark waarmee een RAV deze beschikbaarheid invult, is uiteindelijk een keuze van een RAV zelf. Als WKA boventallige reserveambulances wil verhuren, is hier geen wettelijke beperking voor.

Overigens zijn ambulances voorzien van Openbare orde en Veiligheid (OOV) striping, voeren zij een zichtbare Star of Life (SOL) en zijn ze voorzien van optische- en geluidssignalen (OGS). Vanwege deze eigenschappen, is het vanuit de Wazv niet toegestaan om dergelijke ambulances in te zetten voor evenementenhulpverlening.

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA fractie

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben met veel interesse kennisgenomen van de kabinetsreactie op het onderzoek van Ernst & Young (EY) over de rol van private equity in de zorg. De betreffende leden maken zich grote zorgen over de commercialisering van onze publieke

¹³ Innovaties | Witte Kruis

voorzieningen en inmenging van private equity in de zorgsector en achten het dan ook van groot belang dat de nieuwe Minister voortvarend aan de slag gaat met het terugdringen van de commercialisering en overnames door private equity in onze zorg. Genoemde leden vragen of de Minister een ander standpunt is toegedaan dan de vorige Minister en zo nee, waarom niet en zo ja, op welke punten.

Ik ben tegen excessieve winstuitkeringen en wil waarborgen dat de focus van zorgaanbieders primair gericht is en blijft op kwalitatief goede en toegankelijke zorg. En niet op de eigen financiële belangen. De eigen financiële belangen mogen nooit zwaarder wegen dan het leveren van kwalitatief goede zorg die toegankelijk is voor elke patiënt. Dat geldt voor alle zorgaanbieders, los van de wijze waarop een aanbieder wordt gefinancierd. Ik ben ervan overtuigd dat verreweg de meeste zorgbestuurders, zorgaanbieders en zorgmedewerkers integer werken en het belang van de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg voorop stellen. Diegenen die winstbejag voor laten gaan op het leveren van kwalitatief goede en toegankelijke zorg, passen mijns inziens niet in onze zorg. Om deze reden wil ik dan ook voortbouwen op de aanpak niet-integere zorgaanbieders, met extra aandacht voor de aanpak van excessen. Ik wil dit doen door het voortzetten en op onderdelen aanscherpen van het eerder aangekondigde en in voorbereiding zijnde wetsvoorstel voor de Wet integere bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders. Met dit wetsvoorstel worden voorwaarden gesteld aan het mogen uitkeren van winst. Die voorwaarden zullen zijn gerelateerd aan onder andere de kwaliteit en de continuïteit van zorg. Daarnaast voer ik het gesprek met de toezichthouders, om te kijken welke mogelijkheden zij hebben binnen hun toezicht en welke hiaten zij zien. Kortom, ik zal alles doen wat in mijn vermogen ligt om te zorgen dat de eigen financiële belangen van aanbieders niet ten koste gaan van de publieke belangen. Patiënten mogen niet de dupe worden van zorgaanbieders die vanwege winstbejag de kwaliteit, of de toegankelijkheid, van zorg laten versloffen.

Ook hebben deze leden meerdere vragen over de kabinetsreactie op het onderzoek van EY. De leden van GroenLinks-PvdA lezen in de brief dat de Minister vooralsnog geen gegronde reden ziet om zorgaanbieders te verbieden met private equity financierders in zee te gaan. Volgens de Minister zouden er bovendien «voldoende» mogelijkheden bestaan om mogelijke risico's met minder ingrijpende maatregelen te verminderen. Genoemde leden vragen in het licht hiervan hoe het zo mis heeft kunnen gaan bij commerciële huisartsenketen Co-Med, waar de inspectie al meermaals wilde ingrijpen nog voor zorgverzekeraars uiteindelijk de samenwerking opzegden en Co-Med faillissement aanvraagde. Waar zijn de huidige maatregelen volgens de Minister tekortgeschoten in het geval van Co-Med? Kan de Minister in kaart brengen welke maatregelen wel en niet genomen zijn door de inspecties? Welke lessen worden getrokken uit de ondergang van Co-Med? Ziet de Minister naar aanleiding van het debacle rondom Co-Med redenen om de mogelijkheden om in te grijpen bij private investeerders in de zorg aan te scherpen of te veranderen, bijvoorbeeld in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) of de Wet toelating zorgaanbieders (Wtza)? Zo nee, waarom niet en hoe gaan dergelijke situaties in de toekomst voorkomen worden?

Voor het antwoord op de vraag welke maatregelen wel en niet genomen zijn door de inspecties en of die toereikend zijn, verwijs ik u mede naar de brief «Stand van zaken Co-Med» die uw Kamer heeft ontvangen op 27 juni

2024.¹⁴ Hierin worden de maatregelen beschreven die door de IGJ, de NZa en de zorgverzekeraars genomen zijn. Aanvullend heeft de IGJ op 24 juni 2024 aan Co-Med een bevel opgelegd. De strekking van het bevel is dat Co-Med de dossiers van haar patiënten per direct moet delen met de huisartsen die de zorg via het noodplan van de zorgverzekeraars hebben overgenomen. Dit staat ook in de stukken die ik op 15 juli 2024 op verzoek van het lid Dijk (SP) over de ontwikkelingen bij Co-Med aan uw Kamer heb toegestuurd¹⁵.

Ook in antwoord op de vraag naar de geleerde lessen verwijs ik naar de brief «Stand van zaken Co-Med». ¹⁶ Daarin wordt gerefereerd aan de concrete vervolgfafspraken uit de brief aan uw Kamer van 18 april 2024, betreffende de inhoudelijke reactie Rapport «Opkomst van bedrijfsketens in de huisartsenzorg». ¹⁷ Het faillissement van Co-Med onderstreept het belang van deze vervolgfafspraken. Een bredere evaluatie van deze casus om hieruit lessen te trekken voor de toekomst, vind ik van groot belang. Vanwege het nog lopende onderzoek kan deze evaluatie op dit moment nog niet plaatsvinden, maar ik neem het mee in de vervolgfafspraken waar ik hierboven naar verwijs.

Voor wat betreft uw vraag naar het aanscherpen of veranderen van de mogelijkheden om in te grijpen bij private investeerders in de zorg, verwijs ik u naar de brief «Private Equity in de zorg». ¹⁸ In deze brief wordt de voorgenomen aanscherping van regelgeving op dit punt opgesomd. Zo heb ik het Wetsvoorstel integere bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulp-aanbieders (Wibz) in voorbereiding, op grond waarvan de NZa toezicht zal gaan houden op de integriteit van financiële bedrijfsprocessen. Ook worden in dit wetsvoorstel basisvoorwaarden aan winstuitkering in de zorg en jeugdhulp voorgesteld, en extra weigerings- en intrekking-gronden ten aanzien van de Wtza-vergunning opgenomen, en de mogelijkheid tot het toetsen van toetredende zorgaanbieders verstevigd. Ook zet ik in op een aanpassing van de Wmg met betrekking tot de Zorgspecifieke fusietoets (Zft).

In antwoord op schriftelijke vragen van het lid Bushoff over het dreigende faillissement van Co-Med gaf de Minister daarnaast aan dat zij niet de mening deelt dat er bij Co-Med sprake was van «Too big to fail». Staat de Minister nog steeds achter deze uitspraak nu uit berichtgeving in onder andere NRC1 blijkt dat sommige patiënten nergens anders worden aangenomen omdat huisartsen geen plek hebben voor alle gedupeerde patiënten die eerst bij Co-Med waren ondergebracht?

Co-Med is een grote aanbieder van huisartsenzorg met locaties verspreid over het land. Het kost tijd om voor alle patiënten van Co-Med een structurele oplossing te vinden en die oplossing verschilt per regio. Op dit moment bieden de zorgverzekeraars voor alle patiënten van Co-Med een alternatief aanbod en voor een aantal praktijken is inmiddels een structurele oplossing gevonden. In samenspraak met de curator wordt gewerkt aan een structurele oplossing voor alle patiënten.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie zijn blij dat de Minister het met de Kamer eens is dat aanscherping van regelgeving noodzakelijk is voor de balans tussen een te groot financieel belang vanuit de zorgaanbieder en de publieke belangen van de zorg, en dat de Minister daarom

¹⁴ Kamerstukken II, 2023–2024, 33 578, nr. 119

¹⁵ Kamerstukken II, 2023–2024, 33 578, nr. 120

¹⁶ Kamerstukken II, 2023–2024, 33 578, nr. 119

¹⁷ Kamerstukken II, 2023–2024, 33 578, nr. 116

¹⁸ Kamerstukken II, 2023–2024, 36 410 XVI, nr. 159

voornemens is een aantal maatregelen te nemen. Wel vragen deze leden of de voorgenomen maatregelen stevig genoeg zijn. Zo lezen deze leden dat de Minister samen met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) de mogelijkheden wil verkennen om de deskundigheid van bestuur te bevorderen voor organisaties van grote omvang. Wat gaat de Minister nog meer doen dan slechts het verkennen van de mogelijkheden? Op welke manier en op welke termijn gaat de Minister gevolg geven aan de aanbevelingen die voortkomen uit deze verkenning?

De NZa en IGJ zijn gevraagd concrete voorstellen te doen om de regelgeving aan te passen in lijn met hun aanbevelingen. Daarnaast is uit de Evaluatie agenda goed bestuur¹⁹ gebleken dat zorgbestuurders de afgelopen jaren reeds een belangrijke professionaliseringsslag hebben gemaakt, onder andere door de Governancecode Zorg, het accreditatie-traject voor zorgbestuurders van de NVZD, en het programma «Goed Toezicht» voor toezichthouders van de NVTZ.

Dezelfde zorg hebben deze leden over het voornemen van de Minister om gesprekken te organiseren met de beroepsgroep huisartsenzorg en IGJ om de kernwaarden continuïteit en persoonsgericht te concretiseren. Zijn gesprekken hierover voldoende om de problemen die zijn ontstaan door overnames van private equity en commerciële partijen in de huisartsenzorg aan te pakken? Wat gaat de Minister doen met de signalen die uit deze gesprekken voortkomen? Welke vervolgstappen gaat de Minister nemen op zowel de korte als lange termijn om de ambitie waar te maken om deze kernwaarden beter te borgen?

De kernwaarden in de huisartsenzorg zijn een belangrijk uitgangspunt voor de basiszorg aan patiënten en het toezicht door de IGJ, en zijn door huisartsen zelf opgesteld. Hiermee dragen huisartsen uit waar zij voor staan en vormt de basis van de taken die huisartsen oppakken. In het rapport «de opkomst van bedrijfsketens in de huisartsenzorg» geven de NZa en IGJ aan dat zij vanuit de kernwaarden en de bijbehorende beschikbare normen van de beroepsgroep niet goed kunnen toetsen of de personele bezetting in een huisartsenpraktijk voldoende is om continuïteit en persoonsgerichte zorg te borgen. Dit geldt ook voor de regelmatige personele wisselingen en bovengemiddeld gebruik van (wisselende) waarnemers in relatie tot continuïteit. De NZa en IGJ adviseren daarom de beroepsgroep en patiëntvertegenwoordigers om de kernwaarden «continuïteit van zorg» en «persoonsgericht» voor de huisartsenzorg te vertalen naar uitgangspunten (en waar mogelijk in normen) voor het toezicht van de IGJ. De toezichthouders vragen mij een coördinerende rol in te nemen en alle relevante partijen te betrekken bij de uitwerking. Zoals genoemd zijn de kernwaarden door de huisartsen zelf opgesteld. Samen met in ieder geval de LHV, IGJ, maar ook het Zorginstituut Nederland (ZIN) en de Patiëntenfederatie Nederland (PFN) zet ik in op huisartsenzorg volgens de kernwaarden, in het belang van de burger en patiënt. De IGJ is bereid om aan veldpartijen toe te lichten wat nodig is om het toezicht ten aanzien van ketens te versterken. Hiermee kunnen Veldpartijen samen verkennen of de beschrijving van de kernwaarden voldoende handvatten biedt voor de sector zelf, maar ook voor de handhaving door toezichthouders en de inkoop van zorg door verzoekers.

Daarnaast vragen de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie op welke termijn de Minister de bevoegdheden van de NZa met betrekking tot de Zorgspecifieke fusietoets (Zft) gaat uitbreiden.

¹⁹ Kamerstukken II, 2021–2022, 32 012 nr. 47

Het uitbreiden van de bevoegdheden van de Zft vergen wetswijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), waarmee het termijn afhankelijk is van het doorlopen van een wetstraject. Op dit moment bezie ik hoe ik het beste zo spoedig mogelijk deze wijziging van de Wmg kan realiseren.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie zijn blij met de onderzoeken die gedaan zijn en meer inzicht geven in de vercommercialisering van onze publieke voorzieningen. Toch blijven er ook zeker nog vragen over. Zo vragen deze leden de Minister om heel expliciet en zo gedetailleerd mogelijk inzichtelijk te maken hoeveel van de overgenomen partijen in de publieke sector (ten minste voor het beleidsterrein VWS) door private equity van de afgelopen jaren opnieuw zijn overgenomen door een ander private equity concern. Hoeveel tijd ging daar gemiddeld overheen? Kan de Minister per overname inzichtelijk maken hoeveel extra er betaald is ten opzichte van de vorige keer dat dezelfde partij werd overgenomen en hoeveel groter deze partij is geworden ten opzichte van de vorige keer dat ze werden overgenomen?

Het Ministerie van VWS beschikt niet over de informatie die u vraagt.

Als het gaat om overnames in de zorg door private equity kijken genoemde leden met argusogen naar het buitenland en bijvoorbeeld het private equity concern Orpea. In Nederland is dit concern eigenaar van tal van ouderzorginstellingen. In Frankrijk is dit concern naast misstanden ook in het nieuws gekomen omdat het gered moest worden van faillissement. Nu in Nederland met Co-Med ook een commerciële zorgaanbieder is omgevallen en in het buitenland dat ook dreigde te gebeuren vragen deze leden of de Minister zich zorgen maakt over de Nederlandse Co-Med zorgelijk voor artsen én patiënten: «Niemand neemt me aan, want niemand heeft plek» – NRC 4 vestigingen van Orpea. Zo nee, waarom niet? Ziet de Minister een scenario zoals met Co-Med en met Orpea in Frankrijk is gebeurd als een risico in Nederland?

In Nederland hebben we afspraken gemaakt over hoe om te gaan met dreigende discontinuïteit van zorg²⁰. Daarbij zijn in eerste instantie zorgorganisaties zelf verantwoordelijk voor hun financiële situatie. Zorgverzekeraars en inkopers van langdurige zorg hebben zorgplicht richting hun verzekerden en de NZa ziet toe op de naleving daarvan. De IGJ ziet toe op de kwaliteit van zorg. Zoals aangegeven in mijn brief van 27 juni jl. zal de casus Co-Med geëvalueerd worden, ik kan daarom nog geen verdere conclusies trekken over eventuele risico's. Ik zie wel dat een ongecontroleerd faillissement voorkomen is, en dat met het noodplan van zorgverzekeraars verzekerden niet zonder huisarts zijn komen te zitten.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben ook nog enkele vragen over het winstverbod in de zorg. In de zorg geldt een winstverbod waar per algemene maatregel van bestuur (amvb) verschillende uitzonderingen op zijn. Kan de Minister aangeven of voor de niet uitgezonderde sectoren het winstverbod goed wordt gehandhaafd? Specifiek zijn deze leden benieuwd hoe het winstverbod in de medisch specialistische zorg zich verhoudt tot de zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en of de Minister kan aangeven of het winstverbod ook hiervoor standhoudt? In de ouderenzorg, zorg met verblijf geldt, ook een winstverbod. Genoemde leden vragen in hoeverre dit winstverbod op gaat wanneer wonen en zorg vaak formeel gescheiden zijn, maar in de praktijk alsnog samengaan. Is het naar het oordeel van de Minister wenselijk dat door het formeel

²⁰ Kamerstukken II, 2019–2020, 32 620, nr. 235

scheiden van wonen en zorg het toch mogelijk is om winst te maken binnen de ouderenzorg?

Zorgaanbieders zijn vrij in de keuze voor hun rechtsvorm. Door de jaren heen is er een diversiteit aan rechtsvormen in de zorg opgekomen. Ongeacht de rechtsvorm wordt soms gebruik gemaakt van onderaannemers. Voor de zorg geldt dat het huidige winstuitkeringsverbod op grond van de Wtzi alleen van toepassing is op hoofdaannemers. Het komt in praktijk voor dat de hoofdaannemer de zorgverlening (al dan niet volledig) uitbesteedt aan een onderaannemer. Deze onderaannemer is op grond van de huidige regels niet gebonden aan het winstuitkeringsverbod. De voorgenomen mogelijkheid om voorwaarden aan winstuitkering te gaan stellen (Wetsvoorstel integrale bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders) zullen echter ook gaan gelden voor onderaannemers.

Sinds 1 januari 2022 heeft de NZa de wettelijke taak om toezicht te houden op het verbod op winsttoogmerk, zoals vastgesteld in artikel 5 Wet toelating zorginstellingen (Wtzi). De NZa heeft in een beleidsregel²¹ vastgelegd hoe zij dit toezicht in de praktijk vormgeeft.

Indien binnen de Wet langdurige zorg (Wlz) wonen en zorg gescheiden geleverd worden (via de leveringsvormen: Volledig Pakket Thuis (VPT), Modulair Pakket Thuis (MPT) of een persoonsgebonden budget (pgb)) geldt dit als extramurale zorg en is er geen verbod op uitkering van winst. Het aanbod van woonvormen op basis van het scheiden van wonen en zorg kan een aanvulling zijn op het bestaande aanbod. Cliënten kunnen daarbij zelf de afweging maken of de combinatie van het aanbod aan wonen en zorg in dit soort initiatieven voor hen van meerwaarde is (in de weging van prijs en kwaliteit van zowel wonen als zorg), ten opzichte van andere vormen van zorgverlening (waaronder ook valt de mogelijkheid van een intramurale opname) en het woon-/zorgaanbod op andere plekken. De IGJ houdt toezicht op de geboden kwaliteit; dat geldt ook voor deze initiatieven.

De IGJ en de NZa signaleerden in 2019²² dat de juridische structuur en/of de aansturing van zorgaanbieders in de afgelopen jaren complexer is geworden. 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 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, et cetera. Een transparante financiële bedrijfsvoering past bij de maatschappelijke verantwoordelijkheid van een zorgaanbieder.

²¹ Transparante bedrijfsvoering en verbod op winsttoogmerk - TH/BR-033 - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

²² Signalering Versterk de integriteit en professionaliteit van de bedrijfsvoering in de zorgsector - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

Tot slot hebben de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie nog een vraag over de uitvoering van het amendement Bushoff over een proportionele jaarverantwoording ter vermindering van de administratieve lasten voor micro zorgaanbieders. Hoe staat het met de uitvoering van dit amendement en op welke termijn kan het beperkt regime voor de jaarverantwoording door micro aanbieders waar de Minister momenteel aan werkt worden verwacht?

In maart 2024 heeft uw Kamer een amendement van het lid Bushoff bij de Verzamelwet VWS 2023 aangenomen over een proportionele jaarverantwoording om de administratieve lasten van micro zorgaanbieders te verminderen. Mijn voorganger heeft de Kamer toegezegd de benodigde ministeriële regeling zo snel mogelijk uit te werken en publiceren, als de Eerste Kamer het wetsvoorstel heeft aangenomen en deze is gepubliceerd in het Staatsblad. De concept-wijzigingsregeling, met daarin de introductie van het micro-regime in de zorgsector, is op 14 juni 2024 in internetconsultatie gegaan. Deze internetconsultatie liep nog tot 26 juli 2024. Parallel is het Adviescollege Toetsing Regeldruk (ATR), de NZa, de IGJ en het CIBG gevraagd om over deze concept-regeling te adviseren, dan wel een formele uitvoeringstoets in het kader van de handhaving of uitvoerbaarheid van de concept-regeling, uit te voeren. Het streven is om de Wijzigingsregeling per 1 januari 2025 in werking te laten treden. Dat is gelijk aan het einde van de pauze voor de jaarverantwoording. Mijn voornemen is dan ook dat de meeste micro zorgaanbieders zich vanaf boekjaar 2024 maatschappelijk kunnen verantwoorden, conform de afzonderlijke regels voor het micro-regime. De haalbaarheid van dit voornemen is wel afhankelijk van de tijdigheid van behandeling van de Verzamelwet VWS 2023, waarin deze wijziging wordt geregeld in de Eerste Kamer.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de kabinetsreactie op het onderzoek naar de rol van private equity in de zorg. Genoemde leden zien privaat vermogen als normaal, waarbij het leveren van goede kwaliteit van zorg en toegang altijd buiten kijf moeten staan. Net zoals dat geldt voor publiek gefinancierde zorg. Wanneer kwaliteit of toegang tekortschieten, is het noodzakelijk dat ingegrepen kan worden op basis van duidelijke regels en goed toezicht. Het is goed dat de Minister hiervoor enkele maatregelen schetst. Deze leden hebben naar aanleiding van de brief nog enkele vragen en opmerkingen. Allereerst merken de leden van de VVD-fractie op dat de term private equity niet altijd juist gebruikt wordt. Zo wordt private equity vaak gelijkgesteld met hedgefunds, terwijl ook pensioenfondsen bijvoorbeeld privaat vermogen zijn. Ook is recent Co-Med benoemd als voorbeeld van het falen van private equity, terwijl Co-Med volgens de geldende definities niet als private equity wordt aangemerkt. Voormalig Minister voor Medische Zorg heeft dit in de Kamer benadrukt en ook in het onderzoeksrapport staat dit expliciet vermeld. Kan de Minister daarom nog eens nader toelichten volgens welke definitie wat haar betreft private equity moet worden gezien en wat volgens haar de verschillen zijn tussen private equity en commerciële ketens?

Private equity betreft de verzamelnaam voor partijen die fondsen beheren, waarmee zij investeringen willen doen in niet-beursgenoteerde ondernemingen²³. Investerings 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. Private equity kan eigenaar zijn van een commerciële keten, maar dit is niet per definitie het geval. Een commerciële keten kan ook in handen zijn van anderen, zoals bijvoorbeeld een particuliere investeerder of zorgverleners zelf. Ketenvorming kan ontstaan door het overnemen van bestaande praktijken (buy and build), of het openen van nieuwe vestigingen.

De leden van de VVD-fractie lezen dat er geen aantoonbare verschillen zijn op de onderzochte indicatoren (kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid) tussen zorginstellingen met private equity participatie en zonder. In bepaalde sectoren is zelfs een hogere kwaliteit, toegankelijkheid en/of betaalbaarheid gemeten bij zorginstellingen met private equity participatie, zoals in de geestelijke gezondheidszorg en binnen de kraamzorg. Kan de Minister duiden wat dit wat haar betreft betekent voor specifiek deze sectoren, maar ook voor anderen binnen de zorg? Ook op het gebied van toegankelijkheid zien de leden van de VVD-fractie (kleine) verschillen bij de gemiddelde wachttijd. In sommige sectoren is deze lager met private equity participatie en in andere sectoren juist hoger. Wat is de verklaring voor deze verschillen? En wat wil de Minister daarmee doen?

In het onderzoek van EY²⁴ zijn extra analyses gedaan binnen sectoren waar de initiële bevindingen een mogelijke indicatie gaven van statistische significante verschillen tussen zorginstellingen met en zonder PE-participatie. Uit deze analyses bleken echter geen statistische significante verschillen aanwezig te zijn, ook niet binnen de geestelijke gezondheidszorg of binnen de kraamzorg.

Private equity vervult een belangrijke rol in het financieren van zorgondernemingen. Recent lasen de leden van de VVD-fractie dat private equity investeerders naar aanleiding van het politieke debat een stapje terug doen. Klopt dit en wat betekent dit concreet voor zorgorganisaties in Nederland?

De jaarlijkse JBR monitor van samenwerkingen in de zorg²⁵ laat zien dat de ontwikkeling van het aantal transacties door private equity bedrijven door de jaren heen fluctueert. Zo was er in 2020 een daling te zien, in 2021 weer een stijging en in 2022 en 2023 weer een daling. De reden voor de daling in 2023 is onbekend en het is dus ook niet duidelijk of dit direct te relateren is aan het politieke debat.

Wat gaat de Minister doen om ervoor te zorgen dat zorgorganisaties voldoende toegang tot investeringen en kapitaal weten te houden?

²³ 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.

²⁴ Kamerstukken II, 2023–2024, 36 410 XVI, nr. 141

²⁵ JBR, Zorgsamenwerkingsmonitoren, diverse jaargangen.

De afgelopen jaren is de aandacht voor alternatieve investeringsmogelijkheden in de zorg toegenomen. VWS heeft geen signalen ontvangen dat er op dit moment onvoldoende financieringsmogelijkheden zijn voor zorgaanbieders.

Ook vragen deze leden of er voldoende wettelijke en beleidsmatige waarborgen zijn om kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid te garanderen, ongeacht wie de eigenaar van een zorgaanbieder is. De leden van de VVD-fractie lezen dat zorginstellingen steeds vaker op zoek gaan naar alternatieve vormen van financiering. Banken zijn, mede door transities in de zorg met meer investeringen in automatisering en digitalisering en minder op investeringen met onderpand, terughoudender bij het financieren van zorginstellingen. Kan de Minister aangeven hoe de verdeling is tussen financiering vanuit banken en alternatieve vormen van financiering en hoe zich dit de afgelopen jaren heeft ontwikkeld?

De afgelopen jaren is de aandacht voor alternatieve investeringsmogelijkheden in de zorg toegenomen. Tegelijkertijd blijft het overgrote deel van de zorginstellingen afhankelijk van bancaire leningen. De precieze verdeling tussen bancaire financiering en alternatieve financieringsmogelijkheden is niet bekend.

En in hoeverre dragen fondsen bij aan de digitalisering en verduurzaming van de zorg?

Ik heb geen inzicht in de doelstellingen en achtergronden van financieringen van zorginstellingen, en daarbij ook niet in welk aandeel van deze financieringen worden ingezet voor digitalisering en verduurzaming van de zorg.

De leden van de VVD-fractie zijn niet per definitie tegen privaat vermogen en/of private equity in de zorg. Zij zien dit als een normale financieringsvorm voor zorginstellingen, denk ook aan alle huisartsen en apothekers die een (deel van de) praktijk in privaat eigendom hebben. Genoemde leden sluiten dan ook aan bij de conclusie dat een verbod op private equity financiering niet nodig en zelfs onwenselijk is. Toch is gebleken dat een meerderheid van de Kamer de motie om private equity uit de hele zorg te weren, heeft gesteund. Zijn er voorbeelden van landen in Europa waar een dergelijk verbod van kracht is? Wat is daaruit te leren? En kan de Minister uiteenzetten wat de directe en lange termijn consequenties zouden zijn voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van een dergelijk «verbod» op private equity in de hele zorg? En wat voor de verschillende sectoren? En is er (in grote lijnen) zicht op wat er wetgevingstechnisch, beleidsmatig en financieel nodig is om een dergelijk verbod daadwerkelijk in gang te zetten?

Bij mijn weten zijn er geen EU-landen waar een verbod op private equity in de zorg geldt. In Duitsland werd eerder gesproken over een mogelijk verbod op private equity in de zorg, maar vanwege te beperkte onderbouwing bleek een verbod juridisch niet haalbaar. Een verbod op private equity, zou tot gevolg hebben dat de financiering van onderdelen van het zorgaanbod moeilijker wordt en daarmee de toegankelijkheid van zorg kan beperken. Daarnaast kan een algemeen verbod ook prikkels wegnemen tot innovatie en doelmatigheid in de zorg. Daarbij komt dat ik een verbod op investeringen door private equity juridisch kwetsbaar acht.

Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie

De leden van de NSC-fractie hebben de brief van de Minister met een reactie op het onderzoek van Ernst en Young over private equity in de zorg met interesse gelezen. Aanvullend hebben zij een aantal vragen en opmerkingen. Allereerst willen genoemde leden van de Minister weten wat de stand van zaken is van de gewijzigde motie van het lid Daniëlle Jansen over het onderzoeken op welke schaal zorgaanbieders tussen de moeder- en dochteronderneming, andere gelieerde entiteiten en/of personen excessieve vergoedingen vragen voor geleverde goederen of diensten of een verstrekte geldlening.

Zoals is toegelicht in de brief van 23 april 2024 (Kamerstuk 36 410 XVI, nr. 152) is deze motie voor mij gedeeltelijk niet uitvoerbaar, omdat de transacties tussen moeder- en dochterondernemingen niet zichtbaar zijn. Ook zijn niet alle transacties met verbonden partijen voor de externe toezichthouders in de toelichting op de jaarrekening zichtbaar. Het eerste onderdeel van deze motie die ziet op het onderzoeken op welke schaal zorgaanbieders in de genoemde constructies excessieve vergoedingen vragen, kan ik daardoor niet uitvoeren. Het tweede onderdeel van de motie om te onderzoeken hoe toezichthouders meer instrumenten in handen kunnen krijgen om op te treden tegen financiële constructies die het huidige verbod op winstuitkering ontwijken, neem ik mee in de nadere uitwerking van het verbod op winstuitkeringen in het Wetsvoorstel integrale bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders.

De leden van de NSC-fractie lezen in de brief van de Minister dat banken minder geneigd zijn om te investeren in zorginstellingen. Genoemde leden hebben bij navraag begrepen dat het Waarborgfonds voor de Zorgsector in de praktijk alleen borg verleent aan grote zorginstellingen. Welke mogelijkheden ziet de Minister om ook aan kleine zorginstellingen en praktijkhouders borg te verlenen via het Waarborgfonds zodat banken wel willen investeren in zorginstellingen en praktijkhouders? Is de Minister bereid om te overleggen met het Waarborgfonds om ook aan kleine zorginstellingen en praktijkhouders borg te verlenen en hierover de Kamer op de hoogte te stellen? Ziet de Minister andere mogelijkheden voor zorginstellingen en praktijkhouders om zonder inzet van private equity te investeren? Welke mogelijkheden ziet de Minister voor shared ownership (medewerkers zijn mede-eigenaar) bij zorgorganisaties en praktijkhouders?

In de statuten van het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) is beschreven welke zorginstellingen en welke investeringen in aanmerking kunnen komen voor borging. De statuten van het WfZ stellen in dit verband onder andere dat zorginstellingen grotendeels (2/3) gefinancierd moeten worden vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz)²⁶. Daarnaast moet de aard van de investering betrekking hebben op tweedelijnszorg. Naast de zogenoemde formele criteria kijkt het WfZ ook altijd naar de kredietwaardigheid van de betreffende zorginstelling en de financiële haalbaarheid van de beoogde investering. Op basis daarvan beslissen zij al dan niet een borging toe te kennen. Kleine zorginstellingen zijn daarmee niet uitgesloten van deelneming. Eerstelijnszorgorganisaties (o.a. praktijkhouders) zijn dat wel op basis van de statutaire afbakening van het «werkerrein».

²⁶ Investerings in verblijfvoorzieningen waarvan de kapitaallasten worden bekostigd uit de WMO of Jeugdwet, alsmede zorgwoningen die onder de sociale huurgrens worden verhuurd aan cliënten met een zorgvraag (bijvoorbeeld Bewoners die kiezen voor een Wlz leveringsvorm zoals Volledig Pakket Thuis (VPT) of Modulair Pakket Thuis (MPT)) komen eveneens in aanmerking voor WfZ borging.

Ik heb recent met het WfZ gesproken over de mogelijkheden om eerstelijnszorgorganisaties toe te laten tot het borgingsstelsel van het WfZ. Er is echter een aantal redenen waarom dit een langdurig en complex proces is en daarmee ook niet past bij de acute problematiek die huisartsen en praktijkhouders op dit moment ervaren met betrekking tot huisvesting. Het WfZ is in 1999 opgericht door brancheorganisaties van intramurale zorginstellingen²⁷ in samenwerking met het Ministerie van VWS. De Staat fungeert hierbij als achterborg, maar via een verplichte bijdrage van deelnemers (obligo) staan zorginstellingen in eerste instantie onderling garant. Eerstelijnszorginstellingen hebben destijds geen rol gehad bij de oprichting van het WfZ. Voor het verstrekken van een borging aan eerstelijnszorginstellingen is daarom een statutenwijziging nodig waar de Raad van Toezicht van het WfZ, de brancheorganisaties die betrokken zijn geweest bij de oprichting en het Ministerie van VWS toestemming voor moeten geven. Daarbij moeten de brancheorganisaties bereid zijn om te accepteren dat hun leden het risico van eerstelijnszorginstellingen op zich nemen.

Daarnaast is er een aantal praktische zaken die verder uitgezocht moeten worden en die het mogelijk minder aantrekkelijk maken voor eerstelijnsinstellingen om deelnemer te worden bij het WfZ. Zo vestigt het WfZ altijd zekerheden op de vaste activa van zijn deelnemers. Tevens zijn deelnemers gebonden aan het reglement van deelneming. Dit betekent dat er toestemming nodig is voor bijvoorbeeld de verkoop van vastgoed, of overname van bedrijfsvoering. Ook voor eventuele winstuitkering is toestemming van het WfZ nodig.

Zorgaanbieders hebben naast private equity deelname meerdere mogelijkheden om kapitaal aan te trekken voor investeringen. Denk bijvoorbeeld aan bancaire leningen, of inzet van kapitaal van (andere) zorgaanbieders of investeerders. Ook kunnen zij zelf aandelen uitgeven, of kunnen zij gebruik maken van het door de vragensteller genoemde shared ownership, waarbij inbreng van kapitaal door medewerkers plaatsvindt. De keuze voor de best passende financieringsvorm zal echter afhangen van de specifieke situatie en is een keuze van de zorgaanbieder zelf. Ik heb daarbij geen algemene voorkeursvariant; het gaat mij erom dat partijen bij hun keuzes de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg waarborgen.

De leden van de NSC-fractie lezen dat de Minister in de beleidsreactie op het rapport «de opkomst van bedrijfsketens in de huisartsenzorg» een aantal beleidsacties heeft genoemd. Is de Minister bereid om de Kamer over een half jaar te informeren over de voortgang van de beleidsacties?

Momenteel ben ik bezig met de uitwerking van de beleidsreactie op het rapport «de opkomst van bedrijfsketens in de huisartsenzorg». Ik zal uw Kamer in het najaar van 2024 informeren over de stand van zaken²⁸.

De leden van de NSC-fractie lezen dat Ernst en Young (2024) onderzoek heeft gedaan naar kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van organisaties gefinancierd door private equity in vergelijking met organisaties niet-gefinancierd door private equity. Het verdienmodel van zorgorganisaties is vooral gericht op P (prijs) maal Q (hoeveelheid) en niet op passende zorg. Het advies van de speciale gezant geeft aan om passende zorg meer transparant te maken. Hoe gaat de Minister bij

²⁷ Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), ActiZ, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) en de Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg Nederland (voorloper van De Nederlandse GGZ).

²⁸ Toezegging eerder gedaan in Kamerstukken II, 2023–2024, 33 578, nr. 116

zorgorganisaties en praktijkhouders aantoonbare transparantie vragen ten aanzien van passende zorg en passende diagnostiek? Hoe gaat de Minister toetsen op praktijkvariatie van zorgorganisaties en praktijkhouders gefinancierd door private equity in vergelijking met organisaties niet-gefinancierd door private equity. Welke rol ziet de Minister van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en individuele zorgverzekeraars bij het transparant maken van passende zorg in de verschillende zorgorganisaties en praktijkhouders?

Allereerst is goed om te benoemen dat het rapport van Ernst en Young (2024)²⁹ concludeert dat uit de beschikbare gegevens geen aantoonbare verschillen blijken tussen zorginstellingen met private equity (PE)-participatie en die zonder PE-participatie als het gaat om impact op de kwaliteit en toegankelijkheid. Op basis van de zogeheten Transparantiekalender van het Zorginstituut wordt bepaald welke data jaarlijks door zorgaanbieders verplicht moeten worden aangeleverd aan het Zorginstituut en openbaar worden gemaakt. Dit doen partijen gezamenlijk (tripartiet: organisaties van cliënten/patiënten, zorgaanbieders/zorgverleners en zorgverzekeraars). Transparantie over wat goede en effectieve zorg is, is essentieel om overbehandeling en onnodige zorg te voorkomen. De overheid en zorgpartijen zetten in op betekenisvolle stuurinformatie voor zo laag mogelijke administratieve lasten. Om deze reden hecht ik eraan bij transparantie van passende zorg zoveel mogelijk aan te sluiten bij wat al geregistreerd wordt. Dat verschilt per sector. Voor de medisch specialistische zorg (MSZ) wordt zoveel mogelijk aangesloten bij beschikbare data van kwaliteitsregistraties. In de MSZ is nog veel verbetering mogelijk in het (ICT ondersteund) gestructureerd en gestandaardiseerd registeren aan de voorkant, zodat data verderop in de keten met lage administratieve lasten hergebruikt kan worden. Op 18 juni 2024 bent u door mijn voorganger geïnformeerd over de acties op zowel middellange en lange termijn, als korte termijn om de informatiepositie van patiënten over de kwaliteit van zorg van de MSZ te verbeteren.³⁰ Voor de NZa zie ik een stimulerende en toezichhoudende rol bij het transparant maken van passende zorg in de verschillende zorgorganisaties en praktijkhouders. Voor ZN zie ik ook een stimulerende rol, doordat zij met de organisaties van patiënten, zorgverleners en zorgaanbieders jaarlijks spreken over wat van de MSZ via de Transparantiekalender van het Zorginstituut openbaar moet worden gemaakt. Alle IZA-MSZ partijen vervullen een rol hierin en stellen jaarlijks met elkaar vast welke indicatoren betekenisvol zijn en verplicht door MSZ instellingen aangeleverd moeten worden ten behoeve van transparantie. Daarnaast voeren de zorgverzekeraars met de verschillende zorgorganisaties en praktijkhouders contractbesprekingen die kunnen gaan over hoe zij passende zorg verwerken in de contracten, dit transparant maken naar verzekerden en patiënten, en hoe zij kunnen aansluiten bij de onderliggende principes van de passende zorgpraktijken van het Zorginstituut.

De leden van de NSC-fractie lezen dat in het rapport van Ernst en Young vergelijkend onderzoek is gedaan tussen organisaties gefinancierd door private equity en organisaties niet-gefinancierd door private equity. Co-Med valt niet onder de definitie van private equity. Co-Med was een commerciële keten van huisartsenpraktijken. Is de Minister bereid om ook het effect van commerciële ketens op de toegankelijkheid, kwaliteit en passende zorg van onder andere huisartsenpraktijken te monitoren?

²⁹ Kamerstukken II, 2023–2024, 36 410 XVI, nr. 141

³⁰ Kamerstukken II, 2023–2024, 31 765, nr. 858

Zowel bij zorgaanbieders zelf, als bij zorgorganisaties die door private equity zijn gefinancierd, als bij commerciële ketens bestaat het risico dat financiële belangen zwaarder wegen dan de publieke waarden kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Een additioneel onderzoek of monitoring vind ik op dit moment dus niet nodig. Mochten eventuele toekomstige ontwikkelingen hiertoe aanleiding geven, dan zal ik bezien of meer onderzoek nodig is. Ik ben wel voorstander om maatregelen te treffen om te borgen dat zorgbreed financiële belangen niet zwaarder wegen, dit door bijvoorbeeld voorwaarden te stellen aan winstuitkering waarbij de kwaliteit van zorg en continuïteit van de zorgaanbieder op orde moet zijn alvorens winst mag worden uitgekeerd.

De leden van de NSC-fractie menen dat om toegankelijke zorg aan patiënten te bieden het belangrijk is te sturen op continuïteit van zorg. Bijvoorbeeld door huisartsen te stimuleren zich te vestigen als praktijkhouder in gebieden waar het vinden van opvolging moeizaam gaat. Zorgverzekeraars spelen hier een belangrijke rol in omdat zij huisartsenzorg inkopen. Is de Minister bereid om met zorgverzekeraars te verkennen hoe ze beter kunnen sturen op continuïteit van zorg door huisartsen te ondersteunen die een praktijk willen overnemen of een nulpraktijk willen starten?

Ik vind het belangrijk dat verzekeraars, gemeenten, regionale huisartsenorganisaties (RHO's) en huisartsen zelf, zich gezamenlijk inzetten om de continuïteit van (huisartsen)zorg in hun regio te borgen. Daarom zet ik er met partijen op in om huisartsen zich te laten verbinden aan een vaste populatie. Ondersteuning bij praktijkovername, of bij het starten van een nulpraktijk, is een van de goede manieren om dit te bereiken. Ik zie ook dat er al veel goede voorbeelden zijn in regio's waarin genoemde partijen actief samenwerken op dit vlak, en ik zou alle regio's willen aanmoedigen om dit goede voorbeeld te volgen.

Brede regionale samenwerking is tevens onderdeel van de visie eerstelijnszorg. Zo wordt een belangrijke hoofdtak van de nog vorm te geven regionale eerstelijns samenwerkingsverbanden (RESV): het «regionaal organiseren van capaciteit en toegankelijkheid van eerstelijnsdisciplines». De concrete invulling hiervan werk ik op dit moment samen met de betrokken partijen uit en ik zal uiterlijk in het najaar de Kamer over de voortgang informeren.³¹

De leden van de NSC-fractie hebben begrepen dat zorgverzekeraar ONVZ verzekeren de dienst «Digitale Huisarts» aanbiedt, naast de eigen huisarts. Alhoewel deze innovatie de huisarts ontlast, zijn er ook zorgen over de continuïteit van zorg, gebrek aan kennis over de patiënt etc. Bovendien concludeerde het Zorginstituut Nederland (ZIN) eerder dat een digitale huisartsenzorg geen passende zorg is als patiënten al een eigen vaste huisarts hebben. Genoemde leden willen graag weten hoe de Minister denkt over «een digitale huisarts» als patiënten al een eigen vaste huisarts hebben. Kan de Minister in gesprek gaan met zorgverzekeraars om dit aanbod te heroverwegen en andere manieren te zoeken om de continuïteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg te borgen?

ONVZ wil in samenwerking met zorgorganisatie Arene onderzoeken of zorginnovaties, zoals de Digitale Huisarts, de druk op huisartsenzorg kunnen verlichten. Volgens de beschikbare informatie krijgen mensen die een basisverzekering bij ONVZ hebben, gratis toegang tot diensten van de Digitale Huisarts. Er wordt altijd een triage uitgevoerd om te zien of een consult bij de digitale huisarts passend is bij de zorgvraag van de patiënt. De patiënt geeft goedkeuring voor inzage in het medisch dossier en er

³¹ Toezegging eerder gedaan in Kamerstukken II, 2023–2024, 33 578, nr. 113

volgt een elektronische terugkoppeling naar het informatiesysteem van de eigen huisarts. Daarmee blijft het dossier en de zorghistorie up-to-date en wordt de eigen huisarts altijd van een terugkoppeling voorzien. Patiënten houden overigens hun eigen huisarts, maar kunnen kiezen voor het aanbod van de digitale zorg, als dat kan en als zij dat willen. Eind 2023 heeft het Zorginstituut geoordeeld dat digitale huisartsenzorg (door een ander dan de eigen huisarts) voor verzekerden met een eigen huisarts niet onder het basispakket valt. Dit soort initiatieven biedt een extra aanspreekpunt naast de eigen huisarts. Volgens het Zorginstituut is het «regulier aanbieden van een extra eerste aanspreekpunt naast de eigen huisarts (of dit nu digitaal is zoals bij Arene, of fysiek) niet wenselijk, omdat dit aanbod botst met de kernwaarden van de eigen huisarts (persoonsgericht, integraal, continu in persoon en in tijd).» In het rapport van de NZa en IGJ over ketenvorming in de huisartsenzorg³² doen de toezichthouders de aanbeveling (aanbeveling 5) om onderzoek te doen naar de consequenties voor de huisartsenzorg van vormen van digitale zorg geleverd door derden, niet zijnde de eigen huisarts. Mijn ambtsvoorganger heeft eerder aangegeven³³ deze aanbeveling samen met veldpartijen, waaronder zorgverzekeraars, op te pakken. De gesprekken hierover vinden dit najaar plaats.

De leden van de NSC-fractie maken zich zorgen over de patiëntendossiers waarover private equity en commerciële investeerders beschikken. Op welke manier zijn patiëntendossiers beveiligd tegen misbruik als buitenlandse investeerders betrokken zijn.

De verantwoordelijkheid voor het beheer van een patiëntdossier ligt bij de zorgverlener en de instelling waarvoor hij werkt. Op de gegevens in het patiëntendossier rust het medisch beroepsgeheim van de zorgverlener. Zonder toestemming van de patiënt mogen deze gegevens niet worden ingezien door, of gedeeld worden met derden die niet direct bij de behandeling zijn betrokken. Ook gelden de verplichtingen uit de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) bij het verwerken van persoonsgegevens uit het patiëntendossier. Zo moet op grond van de AVG elke verwerking rechtmatig, behoorlijk en transparant zijn, en moet de verwerking doelgebonden zijn, en beperkt tot wat noodzakelijk is. De Autoriteit Persoonsgegevens (AP) houdt toezicht op de naleving van de AVG.

Aan de andere kant worden patiëntendossiers bij het faillissement van Co-Med moeizaam overgedragen aan vervangende huisartsen. Genoemde leden vragen de Minister welke rol zij kan spelen om een moeizame overdracht te voorkomen.

De IGJ heeft op 24 juni 2024 een bevel opgelegd aan Co-Med Zorg B.V. om volledige medewerking te geven aan het noodplan van de zorgverzekeraars en te zorgen voor directe (tijdelijke) inzage in het patiëntendossier. Toen de IGJ constateerde dat Co-Med Zorg B.V. niet of niet volledig aan dit bevel heeft voldaan, heeft zij op 27 juni 2024 een bestuursdwang opgelegd. Daarbij heeft de IGJ een aantal professionals aangewezen om inzage en overdracht mogelijk te maken binnen het noodscenario van de zorgverzekeraars. Op dit moment is inzage en overdracht van patiëntendossiers mogelijk. De IGJ monitort deze situatie dagelijks om toegang te garanderen.

³² Kamerstukken II, 2023–2024, 33 578, nr. 114

³³ Kamerstukken II, 2023–2024, 33 578, nr. 116

De leden van de NSC-fractie lezen dat de Minister in haar reactie op het Ernst en Young rapport aanscherpingen van verschillende maatregelen noemt, bijvoorbeeld het wetsvoorstel «Wet integrale bedrijfsvoering zorg en jeugdhulpaanbieders» (Wibz) en aanscherping Zorgspecifieke fusietoets (Zft) door NZa. Met deze aanscherpingen bestaat het risico tot lastenverzwaring voor zorgprofessionals zoals huisartsen. Kan de Minister toezeggen dat vanwege de aanscherpingen van de maatregelen het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) gaat meekijken en adviseren, specifiek om lastenverzwaring voor zorgprofessionals zoals huisartsen te voorkomen?

Ik vind het van belang dat nieuwe wetgeving niet voor onnodige verzwaring van administratieve lasten zorgt voor de zorgprofessionals. Het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) wordt betrokken in de consultatiefase van alle nieuwe wetgeving. Dit zal ook gelden voor de aanpassing in de Wmg voor de Zft, en is al gebeurd voor het wetsvoorstel Wet integrale bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders.

Bij Co-Med waren 50.000 patiënten betrokken die nu gedupeerd zijn. Genoemde leden zijn van mening dat het belangrijk is om hiervan te leren. Zij vragen de Minister op welk termijn de Kamer een gedegen onafhankelijke evaluatie van het debacle Co-Med kan verwachten, hoe zij deze evaluatie gaat aanpakken en het verzoek is om de Kamer hierin mee te nemen.

Zoals aangegeven vind ik het van groot belang om deze casus te evalueren en hieruit lessen te trekken voor de toekomst. Een belangrijk onderdeel van deze evaluatie is, wat mij betreft, de vraag of het toezichtinstrumentarium van de toezichthouders voldoende slagvaardig is als de patiëntveiligheid of de toegankelijkheid van zorg in het geding is, of dat aanpassingen nodig zijn om de slagvaardigheid te vergroten. Vanwege het nog lopende onderzoek kan deze evaluatie op dit moment nog niet plaatsvinden maar ik neem dit mee bij de vervolgspraken om het toezicht op bedrijfsketens in de huisartsenzorg te verbeteren.

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister over private equity in de zorg. Genoemde leden stellen hierover nog de volgende vragen aan de Minister. De leden van de BB-fractie lezen dat uit de analyse van Ernst & Young (EY) 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. Met het recente faillissement van Co-Med vragen deze leden hoe de Minister denkt over het feit dat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) heeft geconstateerd dat de bereikbaarheid van de zorgketen onder de maat is en dat ook de spoedzorg niet goed is geregeld. Hadden er niet eerder maatregelen genomen moeten worden door de inspectie. Zo ja, welke richtlijnen wil de Minister de inspectie hiervoor geven? Ook vragen deze leden of de Minister van mening is, gezien het ontbreken van aantoonbare verschillen tussen zorginstellingen met private equity participatie en zonder, dat het faillissement van Co-Med niet te wijten is aan het private equity karakter van Co-Med.

Ik kan hier nog geen antwoord op geven. Allereerst zal er een evaluatie van het proces rondom Co-Med moeten plaatsvinden. Vanwege het lopende onderzoek kan deze evaluatie nog niet plaatsvinden. Wel kan ik

aangeven dat de IGJ en NZa in hun onderzoek naar ketenvorming³⁴ in de huisartsenzorg tot de aanbeveling zijn gekomen om de kernwaarden van de huisartsenzorg «continu» en «persoonsgericht» te vertalen naar uitgangspunten en waar mogelijk normen, zodat de IGJ hier in de toekomst beter toezicht op kan houden. Los van de financieringsvorm van een huisartsenpraktijk kan het uitvoeren van deze aanbeveling helpen bij het borgen van de kwaliteit en toegankelijkheid van huisartsenzorg. Zoals eerder toegezegd ga ik hierover met de betrokken partijen in gesprek.

Daarnaast vragen zij hoe de Minister denkt over de recent aangenomen motie van Dijk en Bushoff waarin wordt opgeroepen om met zorgverzekeraars te overleggen over een plan om huisartsenpraktijken die eigendom zijn van private equity bedrijven tijdelijk over te nemen wanneer deze failliet gaan. Hoe is dit proces verlopen bij Co-Med? En hoe zou deze tijdelijke overname er in de praktijk uit moeten zien en voor hoe lang? Is er een kans op moral hazard (moreel risico) als een overname bij faillissement gegarandeerd is?

Op dit moment geven de zorgverzekeraars gezamenlijk uitvoering aan het opgestelde «noodplan» na het faillissement van Co-Med. Er wordt per praktijk gekeken wat de beste manier is om de continuïteit van zorg voor patiënten te garanderen. Waar nodig loopt dat op de korte termijn via digitale huisartsenzorg van Arene. Ook worden lokale/regionale afspraken gemaakt met omliggende praktijken, om fysieke zorg te garanderen. Waar mogelijk nemen omliggende praktijken ook patiënten over. Daarnaast zijn op verschillende plekken al structurele oplossingen gevonden, omdat de praktijken van Co-Med zijn of worden overgenomen door een nieuwe praktijkhouder. Dat is een positieve ontwikkeling. Zorgverzekeraars hebben ook de mogelijkheid om – eventueel in samenwerking met de regionale huisartsenorganisatie – zelf een praktijk over te nemen en met huisartsen in (loon)dienst zorg te dragen voor de ingeschreven patiënten. Ik zie dat er op meerdere manieren gewerkt wordt aan de continuïteit van de huisartsenzorg. Ik vind het van groot belang dat zorgverzekeraars samen met de huisartsen in de regio zoeken naar een duurzame oplossing om alle verzekerden een vaste huisarts(enpraktijk) te bieden. Dat kan in allerlei vormen. Ik zal naar aanleiding van de casus Co-Med en het rapport van de IGJ en NZa over ketenvorming met zorgverzekeraars en huisartsenpartijen in gesprek gaan over de manier waarop we dit soort onwenselijke situaties in de toekomst kunnen voorkomen én welke mogelijkheden er zijn wanneer er, desondanks, een keten failliet gaat. Hierbij zal ik ook de motie van de Kamerleden Dijk en Bushoff betrekken.

Ook vragen deze leden of er door outsourcing van laboratoriumdiensten die eerst door de zorginstelling zelf werden gedaan en nu door private equity partijen, niet het risico bestaat dat de kennis en kunde van zorgprofessionals in het proces verloren gaat. Indien dit risico er is hoe gaat de Minister borgen dat dit niet ten koste gaat van de kwaliteit van het zorgproces en dat de medisch specialistische kennis stevig wordt geborgd?

Het is de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis om de kwaliteit van zorg, ook op langere termijn, te borgen. Dat geldt ook als er diensten worden uitbesteed. Zij dienen daarover goede afspraken te maken met de desbetreffende partners. De IGJ houdt toezicht op de kwaliteit van zorg, ook in dit geval.

³⁴ Kamerstukken II, 2023–2024, 33 578, nr. 114

Tot slot, veel privéklinieken lijken geen belang te hebben bij het Nederlandse zorgstelsel en hun inzet in bepaalde regio's lijkt ten koste te gaan van de zorg en het personeel in (regio)ziekenhuizen. Hoe kijkt de Minister hier tegen aan?

Ik ben van mening dat, ongeacht of het een privékliniek, particuliere praktijk, (academisch) ziekenhuis of anderszins betreft, de rechtsvorm van de zorgorganisatie nooit invloed mag hebben op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Daarbij dienen alle zorgorganisaties zich te houden aan dezelfde regelgeving. Het borgen van goede toegankelijkheid van zorg is overigens niet alleen de verantwoordelijkheid van de aanbieder. Ook zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol bij de inkoop van zorg. Ik verwacht van hen ook een kritische houding ten aanzien van de kwaliteit en de doelmatigheid van alle partijen die zij contracteren.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief van het vorige kabinet over private equity in de zorg. Zij vinden het een enorme gemiste kans dat er niets wezenlijks wordt aangekondigd om de toenemende aanwezigheid van sprinkhaankapitalisten in de zorg tegen te gaan. Zij hebben daarom nog een aantal kritische vragen en opmerkingen. De leden van de SP-fractie lezen in de brief dat de voormalige Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de aanwezigheid van private equity in de zorg probeert goed te praten door erop te wijzen dat private partijen zoals «kerken, kloosters en particuliere weldoeners» historisch gezien een belangrijke rol hebben gespeeld in de Nederlandse zorg. Deze leden wijzen er echter op dat er een wereld van verschil zit tussen niet-commerciële instellingen die zijn gericht op liefdadigheid en sprinkhaankapitalisten die de zorg enkel zien als een investeringsobject om winst uit te halen. Deelt de nieuwe Minister de mening dat het absurd is om private equity partijen te vergelijken met liefdadigheidsinstellingen?

Het doel van de betreffende passage is een illustratie te geven van hoe het bestaande zorgstelsel al sinds jaar en dag gebaseerd is op private partijen van allerlei aard, en waar de overheid stringente regulering heeft geïntroduceerd om nadelige gevolgen voor de publieke belangen te mitigeren zonder dat private karakter ter discussie te stellen.

De leden van de SP-fractie hebben geen begrip voor de uitspraak van de voormalige Minister dat zij «geen (gegronde) reden [zag] om zorgaanbieders te verbieden om met private equity financierders in zee te gaan». Was de chaos die is ontstaan door het destructieve sprinkhanengedrag van Co-Med in de huisartsenzorg niet genoeg reden om de groeiende rol van puur commercieel gerichte investeerders in de zorg een halt toe te roepen?

Ik zie dat commerciële investeerders actief zijn op de zorgmarkt en situaties als het faillissement van Co-Med vind ik niet wenselijk. Echter, ik zie ook dat de meeste zorgbestuurders, zorgaanbieders en zorgmedewerkers integer werken. Maar die enkelen die uit puur financiële belangen patiënten benadelen horen niet in de zorg thuis. Daarbij zie ik dat dit risico een zorgsysteem breed risico is, dus zowel onder aanbieders gefinancierd door commerciële investeerders, als bij andere zorgaanbieders. Om deze reden wil ik dan ook voortbouwen op de aanpak niet-integere zorgaanbieders, met extra aandacht voor de aanpak van excessen, via het voortzetten van het wetsvoorstel voor de Wet integere bedrijfsvoering zorg en jeugdhulpaanbieders. Met deze wet zullen zorgbreed voorwaarden worden gesteld aan winstuitkering, in de zin dat

geen winst mag worden uitgekeerd indien de kwaliteit en continuïteit van zorg niet op orde is bij de desbetreffende zorgaanbieder.

En hoe kan het dat er wel miljarden aan bezuinigingen op de zorg gepland staan de komende jaren, omdat de zorg onbetaalbaar zou worden, maar dat er praktisch niets wordt gedaan om het weglekken van zorggeld naar investeerders die de zorg vooral schade toebrengen te stoppen?

Ik hecht er aan te benadrukken dat er geen bezuinigingen in de zorg op de stapel staan, maar dat er wel de noodzakelijke maatregelen worden getroffen om de groei van de zorguitgaven af te remmen om de zorg ook op lange termijn betaalbaar te houden en ook andere prioriteiten in de zorg mogelijk te maken.

Zoals hierboven aangegeven wil ik het wetsvoorstel voor de Wet integere bedrijfsvoering zorg en jeugdhulpaanbieders aanscherpen en voortzetten. In deze wet wil ik ook voorwaarden opnemen voor winstuitkering, bijvoorbeeld dat de kwaliteit van zorg op orde dient te zijn, voordat er winst mag worden uitgekeerd.

De leden van de SP-fractie constateren dat de motie Dijk, die de regering verzocht «in het wetsvoorstel Integere bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders de noodzakelijke stappen te zetten die ervoor zorgen dat binnen de gehele zorg eigenaarschap van private equity partijen tot het verleden gaat behoren», niet werd uitgevoerd door de vorige Minister. Gezien het feit dat de huidige Minister deze motie als Kamerlid wel steunde, vragen de leden van de SP-fractie hoe zij deze motie wel gaat uitvoeren. Is de Minister van plan om het conceptwetsvoorstel voor de Wet integere bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders (Wibz) aan te passen om dit verbod hierin te verwerken?

Ik ben tegen excessieve winstuitkeringen en zal mij inzetten om dit tegen te gaan. Echter, de noodzaak en proportionaliteit van een dergelijk verbod vraagt een stevige onderbouwing om juridisch houdbaar te zijn. Het invoeren van een verbod op private equity partijen acht ik, vanwege het ontbreken van een dergelijke objectieve onderbouwing, juridisch zeer kwetsbaar.

De leden van de SP-fractie benadrukken ten slotte dat private equity weliswaar de meest ernstige vorm van commercialisering van de zorg is, maar helaas niet de enige. Hoe is de Minister van plan om het bredere probleem van aantasting van de zorg door commerciële belangen tegen te gaan? Is de Minister bijvoorbeeld bereid om het verbod op winstuitkering te verbreden naar de gehele zorg? De leden van de SP-fractie vragen in hoeverre de Minister zicht heeft op de hoeveelheid winst die door commerciële partijen in de zorg wordt gemaakt en hoeveel daarvan uit de zorg weglekt door winstuitkeringen aan aandeelhouders. Wat is bijvoorbeeld de winstmarge van commerciële partijen? Hoe verhoudt zich dit met de winsten en winstmarges van andere (semi-publieke) zorginstellingen zoals ziekenhuizen?

Ik heb geen zicht op hoeveel winst er precies door alle zorgorganisaties binnen de verschillende sectoren wordt gemaakt. Ik acht het wel belangrijk dat we hier meer inzicht in gaan krijgen. Hiervoor is de jaarverantwoording een belangrijk onderdeel, om bijvoorbeeld meer inzicht te krijgen in de financiële gegevens.

Ik acht een zorgbreed verbod op winstuitkering niet wenselijk, gezien de prikkel tot innovatie en doelmatigheid die daarmee verdwijnt. Daarnaast zou een dergelijke verbreding ingrijpen in het eigendomsrecht, en daarmee in de rechtszekerheid van zorgaanbieders die nu wel winst mogen uitkeren. Een objectieve onderbouwing van de noodzaak van een

dergelijke verbreding ontbreekt, waardoor ook de juridische houdbaarheid naar mijn mening zeer kwetsbaar is.

De leden van de SP-fractie vragen, indien de Minister commerciële zorgpartijen zoals private equity niet wil verbieden, hoeveel winst(marge) de Minister dan acceptabel vindt voor deze instellingen. Of vindt zij dat er geen maximum aan hoeft te zitten? Is zulke winst voor de Minister ook acceptabel als dit ten koste gaat van kwaliteit van zorg voor patiënten of de arbeidsomstandigheden van zorgverleners? Zo nee, hoe is de Minister dan van plan te voorkomen dat die twee zaken ondergeschikt raken aan de winst, zoals we momenteel bij private equity instellingen zien gebeuren?

In ons zorgstelsel is het primair de rol van zorgverzekeraars en zorgkantoren om bij de afspraken die zij met zorgaanbieders maken rekening te houden met de gevolgen voor (overmatige) winstuitkeringen. De NZa heeft als taak daar waar de tarieven gereguleerd zijn, deze op een redelijkerwijs kostendekkend niveau vast te stellen. Daarbij zal de NZa rekening houden met een redelijke vergoeding voor het verstrekte kapitaal.

Wettelijke maximering van een winstpercentage zou geen recht doen aan fluctuaties in de bedrijfsresultaten door de tijd. Soms kan winst enige tijd onder druk staan, door bijvoorbeeld grote investeringen die pas op een later moment renderen. Het dan afkomen van die winst doet geen recht aan een gezonde bedrijfsvoering. Relevant is ook dat in 2019 het SEO³⁵ in opdracht van het Ministerie van VWS onderzoek heeft gedaan naar onder andere de mogelijkheid om een norm te stellen voor een maatschappelijk aanvaardbare winstuitkering.

Het SEO schetst daarbij een aantal kanttekeningen, waaronder:

- Winstmaximering kan de prikkel tot kostenreductie door zorgaanbieders ontmoedigen. Aanbieders zouden bijvoorbeeld hogere reserves kunnen aanwenden voor investeringen die niet ten goede van de zorg komen (duur gebouw, bedrijfsauto's). Anderzijds zouden aanbieders minder belang hebben bij het leveren van onnodige zorg;
- Wachtlijsten kunnen toenemen;
- Risico's voor de toegankelijkheid van zorg door vermindering van het aanbod als door het minder aantrekkelijk maken er minder toetreding van zorgaanbieders plaatsvindt;
- Ontmoediging van ondernemerschap doordat kapitaalverschaffers minder in de sector willen investeren hetgeen ten koste kan gaan van innovatie;
- Aanbieders hebben veel mogelijkheden om de norm te ontwijken. Een dergelijke norm is daardoor vooral een statement met symbolische waarde;
- Extra administratieve lasten en uitvoeringskosten.
- SEO stelt daarbij de mijns inziens de terechte vraag of deze nadelen opwegen tegen de mogelijke baten.

Om te voorkomen dat kwaliteit en arbeidsomstandigheden van personeel ondergeschikt raken en financiële belangen de overhand gaan nemen, ben ik voornemens het Wetsvoorstel integere bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders voort te zetten. In deze wet wil ik ook voorwaarden opnemen voor winstuitkering, bijvoorbeeld dat de kwaliteit van zorg op orde dient te zijn, voordat er winst mag worden uitgekeerd.

³⁵ Normering winstuitkering zorg | Rapport | Rijksoverheid.nl