



Onderzoek Private Equity in de zorg

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

8 april 2024

EY Consulting

Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
1.1	Onderzoeksvraag en scope	4
1.2	Onderzoeksaanpak	5
1.3	Beperkingen van het onderzoek	6
2	Omvang Private Equity in de zorg	7
3	Aandeel Private Equity in wettelijke geldstromen	10
3.1	Analyse van het Nederlandse zorglandschap: een overzicht van de actuele stand van zaken	10
3.2	Medisch Specialistische Zorg	13
3.3	Verpleeg, Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT)	14
3.4	Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)	16
3.5	Gehandicaptenzorg	18
3.6	Ramingen overige subsectoren	19
3.7	Huisartsenzorg	20
3.8	Kraamzorg	22
3.9	Paramedische zorg	24
3.10	Mondzorg	27
4	Invloed van Private Equity participatie op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg	30
4.1	Kwaliteit	32
4.2	Toegankelijkheid	37
4.3	Betaalbaarheid	41
5	Casestudies	49
5.1	Novicare (Gilde Healthcare)	49
5.2	Scharenborg Groep (Gilde Healthcare)	52
5.3	TopzorgGroep (Capital A Partners)	55
5.4	HMCC Medical Group (Holland Capital Management)	57
5.5	Fresh tandartsen (Livingbridge)	60
6	Belangrijkste conclusies	61
A.	Bijlage A: Profielschetsen Private Equity partijen	64
B.	Bijlage B: PE-partijen en zorgorganisaties	74
C.	Bijlage C: Toelichting op datasets	76
C.1	Dataset: NZa Fusiebesluiten	76
C.2	Dataset: EY Barometer Nederlandse Gezondheidszorg	76

Samenvatting

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft behoefte om een onderzoek te laten uitvoeren naar verschillende aspecten van Private Equity in de zorg, met het doel objectieve gegevens te verzamelen. EY heeft dit onderzoek in opdracht van het Ministerie van VWS uitgevoerd.

Hieronder zijn de bevindingen uit het onderzoek samengevat.

Aantal Private Equity partijen

In totaal zijn er 35 Private Equity partijen geïdentificeerd die actief zijn in zorginstellingen die direct of indirect zorg leveren die valt onder de Zorgverzekeringswet en/of de Wet langdurige zorg. Het aantal partijen is het grootst in de mondzorg (11 actieve partijen), gevolgd door de medisch specialistische zorg (8 partijen) en de VVT-sector (7 partijen).

Omvang aandeel Private Equity

De huidige indicatieve omvang van Private Equity in termen van het aandeel in de wettelijke geldstromen uit hoofde van de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg staat in onderstaande tabel per subsector weergegeven.

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

Impact Private Equity in de zorg op kwaliteit

Uit het onderzoek blijken geen aantoonbare verschillen op de onderzochte indicatoren tussen zorginstellingen met PE-participatie en die zonder PE-participatie.

Impact Private Equity in de zorg op toegankelijkheid

Uit het onderzoek blijken geen aantoonbare verschillen op de onderzochte indicatoren tussen zorginstellingen met PE-participatie en die zonder PE-participatie.

Impact Private Equity in de zorg op betaalbaarheid

Uit het onderzoek blijken geen aantoonbare verschillen op de onderzochte indicatoren tussen zorginstellingen met PE-participatie en die zonder PE-participatie.

Vanwege de beperkte beschikbaarheid van (geschikte) databronnen, moet bij de interpretatie van de kwantitatieve resultaten rekening worden gehouden met een inherent niveau van onzekerheid.

1 Inleiding

De rol van Private Equity in de zorg is zowel een onderwerp van maatschappelijk debat als van politieke discussie. In deze context heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) behoefte om een onderzoek te laten uitvoeren naar verschillende aspecten van Private Equity in de zorg, met het doel objectieve gegevens te verzamelen. Het Ministerie van VWS heeft EY verzocht dit onderzoek te verrichten. In dit rapport zijn de resultaten van dit onderzoek opgenomen.

1.1 Onderzoeksvraag en scope

De focus van dit onderzoek zijn organisaties die in ieder geval zorg leveren in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en/of de Wet langdurige zorg (Wlz). Organisaties actief in andere delen van de zorg, denk aan de jeugdzorg, publieke gezondheidszorg, Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Arbowetgeving zijn niet meegenomen in dit onderzoek.

De centrale vraagstelling voor dit onderzoek is tweeledig:

Onderzoeksvraag 1: Wat is de huidige omvang van Private Equity in de verschillende sectoren van de zorg (Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg) in termen van aantallen en omzet?

Onderzoeksvraag 2: Wat zijn de effecten van Private Equity op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg?

De definitie Private Equity (PE) zoals gehanteerd voor dit onderzoek betreft de verzamelnaam voor partijen die financieringsoplossingen aanbieden aan niet beursgenoteerde volwassen ondernemingen. Investeringsvinden 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 en worden beheerd door PE-partijen. De voornaamste bron van rendement voor de investeerders is de verkoop van hun investeringen.

De kernactiviteit van een PE-partij bestaat uit het participeren in organisaties, bijdragen aan de waardegroei van deze organisaties en vervolgens weer uitstappen. Tijdens de looptijd is Private Equity over het algemeen niet geïnteresseerd in de uitkering van winst, deze wordt meestal gebruikt voor de verdere ontwikkeling van de organisatie. De focus ligt op de verkoopwaarde van de organisatie bij 'exit', hoe hoger de verkoopwaarde hoe hoger de mogelijke boekwinst.

Gedurende de investeringsperiode oefent de PE-partij invloed uit op het beleid van de onderneming, zowel door haar positie als aandeelhouder en in de meeste gevallen ook door het sluiten van een investeringsovereenkomst met het bedrijf waarin ze participeren, bijvoorbeeld een zorginstelling.

Er zijn verschillende manieren waarop PE-partijen sturen op het behalen van rendement. Doorgaans richten ze zich op het verhogen van de organisatiewaarde door het herinrichten van bedrijfsprocessen, het efficiënter maken van de operationele bedrijfsvoering en het vergroten van de schaal van bedrijfsactiviteiten.

Hoewel Private Equity in de regel streeft naar het behalen van rendement op de investering wordt het label 'Private Equity' vaak onterecht geplakt op allerlei vormen van ondernemen en investeren in de zorg. Denk bijvoorbeeld aan internationale zorgbedrijven met vestigingen in Nederland of een zorgvilla in particulier bezit.

Naast de definitie van Private Equity zoals gehanteerd voor dit onderzoek waar het gaat om financieringsoplossingen voor volwassen ondernemingen is er een specifieke tak van financiering aangeduid als Venture Capital dat zich specifiek richt op investeringen in startups of jonge ondernemingen die zich in een fase van groei bevinden. Venture Capital is niet in dit onderzoek meegenomen.

1.2 Onderzoeksaanpak

Voor het bepalen van de *huidige omvang van Private Equity* in de zorg (onderzoeksvraag 1) is op hoofdlijnen de volgende aanpak gevolgd.

Op basis van de gepubliceerde besluiten inzake de zorg specifieke concentratietoets zoals gepubliceerd op de website op puc.overheid.nl/nza is een dataset gemaakt. Deze dataset is gebruikt voor het identificeren van PE-partijen waarbij onderzoek is gedaan op zowel het internet als in databanken met daarin onder meer informatie rond de juridische structuur en uittreksel van de Kamer van Koophandel (KvK). Een belangrijk tussenresultaat is een overzicht van PE-partijen met de betreffende participaties en een lijst met KvK-nummers van de bijbehorende zorginstellingen.

Voor de verschillende subsectoren waarvoor voldoende data beschikbaar was over de Zvw- en Wlz-gelden op het niveau van de zorginstellingen in de betreffende subsector is, op basis van de lijsten met KvK-nummers van PE-partijen, het aandeel Zvw- en Wlz-gelden bepaald. Voor de subsectoren waarvoor deze data niet beschikbaar was zijn schattingen gemaakt op basis van indirecte indicatoren zoals het aantal vestigingen en aannames zoals de gemiddelde omzet per vestiging.

Voor het bepalen van de *effecten van Private Equity* (onderzoeksvraag 2) is zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek gedaan. Op hoofdlijnen is de volgende aanpak gevolgd.

Voor de kwantitatieve analyse is gebruik gemaakt van een aantal datasets met gegevens over indicatoren die meer inzicht kunnen geven in de effecten van Private Equity op de toegankelijkheid, betaalbaarheid of kwaliteit van de zorg. De declaratiedata van Vektis was helaas niet voor dit onderzoek beschikbaar. Uitvragen naar relevante data bij onder andere CBS, de IGJ, Patiëntenfederatie Nederland, beroepsverenigingen (GGZ Nederland, VGN, KNGF, NVDA, ActiZ, Keurmerk Fysiotherapie, KNMT) en de zorgverzekeraars hebben eveneens geen voor dit onderzoek bruikbare databronnen opgeleverd. Een belangrijke randvoorwaarde om de dataset te kunnen hanteren voor dit onderzoek was de mogelijkheid om op basis van KvK-nummers de data te kunnen splitsen in gegevens over zorginstellingen met PE-participatie en zorginstellingen zonder PE-participatie.

Op basis van de beschikbare en bruikbare databronnen voor analyse is in overleg met het Ministerie van VWS een eerste selectie van kandidaat indicatoren gemaakt. Vervolgens is waar nodig een extra verfijning aangebracht in de selectie om te zorgen voor een voldoende homogene groep van zorginstellingen om met elkaar te kunnen vergelijken. Daarnaast is onderzocht of er voldoende datapunten in de twee groepen die tegen elkaar zijn afgezet zaten.

Er zijn casestudies uitgewerkt. Voor iedere casestudie is een aantal semigestructureerde interviews gehouden met betrokkenen van de PE-partij en de betreffende zorginstelling waar de PE-partij in heeft geïnvesteerd. Onderwerpen die aan bod zijn gekomen omvatten onder meer de beweegredenen achter de participatie, de doelstellingen van de investeerder, de impact op de operatie en de rol die de PE-partij heeft bij de ontwikkeling van de organisatie, bijvoorbeeld als het gaat om digitalisering of de introductie van nieuwe zorgconcepten. Aan de hand van een opgestelde short-list van kandidaat casestudies zijn er

voorafgaand aan de interviews door het Ministerie van VWS vijf casestudies geselecteerd voor verdere uitwerking.

1.3 Beperkingen van het onderzoek

Voor dit onderzoek zijn verschillende externe bronnen gebruikt. Het is belangrijk om te benadrukken dat de betrouwbaarheid van de resultaten die in dit rapport worden gepresenteerd, mede afhankelijk is van de kwaliteit van de data in deze externe bronnen. Inzichten waarbij twijfel was rond de betrouwbaarheid van de onderliggende data zijn uit deze rapportage gehouden (bv. als er te weinig datapunten in de steekproef zaten) en/of zijn in de analyse correcties doorgevoerd en/of is gekozen voor een specifieke weergave (bv. middels bandbreedtes). Niettemin moet er bij de interpretatie van de resultaten rekening worden gehouden met een inherent niveau van onzekerheid.

De in dit onderzoek gepresenteerde analyses betreffende toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg dienen te worden beschouwd als indicatief en vormen geen basis voor definitieve conclusies. Bovendien kunnen de resultaten die voor een specifieke indicator binnen een bepaalde subsector worden gevonden, niet zonder meer worden geëxtrapoleerd naar andere subsectoren binnen de gezondheidszorg. Factoren zoals de beperkte toegang tot kwaliteits- en declaratiegegevens, evenals de beperkte omvang van de onderzoekspopulaties, die het resultaat zijn van inspanningen om de vergelijkbaarheid tussen instellingen te maximaliseren, vragen om gepaste voorzichtigheid bij de interpretatie van de bevindingen.

2 Omvang Private Equity in de zorg

Op basis van de gepubliceerde besluiten door de NZa inzake de zorg specifieke concentratietoets is onderzocht of er PE-partijen betrokken zijn bij deze zorg verlenende organisaties (zie bijlage C.1, Dataset NZa Fusiebesluiten). Hierbij is gezocht naar de actuele PE-partij; de partij die in januari 2024 een belang heeft in een of meerdere zorg verlenende organisaties. Het beeld dat is verkregen betreft derhalve een momentopname. Het is belangrijk te benoemen dat op het moment van publicatie van dit onderzoek er wijzigingen kunnen hebben plaatsgevonden.

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van verschillende bronnen waaronder de documentatie bij de concentratiebesluiten (voor zover gepubliceerd), een controle op de websites van de betreffende PE-partijen (met name het vaak gepubliceerde portfolio met investeringen), aanvullend internetonderzoek en zoeken in specifieke databanken, in het bijzonder D&B Hoovers en Company Info.

De fusiebesluiten geven inzicht in transacties waarbij organisaties zijn betrokken waarbij met tenminste 50 personen direct zorg wordt verleend in Nederland. Het gaat dan om zorghandelingen op basis van de Zorgverzekeringswet, de Wet langdurige zorg en de Wet BIG. Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt naar de wijze waarop deze werkzaamheden worden gecontracteerd (bv. hoofd- of onderaanneming) en worden aantallen personen van organisaties die behoren tot een concern waarbij meerdere juridische entiteiten betrokken zijn bij elkaar opgeteld.

De mogelijkheid is aanwezig dat er PE-investeerders participeren in organisaties waar met minder dan 50 personen zorg wordt verleend; deze komen via de fusiebesluiten niet in beeld. Echter, de kans hierop is beperkt omdat Private Equity zich hoofdzakelijk richt op organisaties die al verder ontwikkeld zijn. Daar komt bij dat instellingen die groeien door PE-gefinancierde overnames en daarbij over deze drempel heen gaan op dat moment wel in beeld komen.

Omdat desinvesteringen niet altijd publiek worden gemaakt, is niet uit te sluiten dat een geïdentificeerde PE-partij inmiddels geen actief belang meer heeft in een specifieke zorginstelling. Evenmin is er een publiek register waarin het exacte belang is gespecificeerd waardoor niet met zekerheid vastgesteld kan worden dat het in alle gevallen gaat om een meerderheidsbelang.

Omdat er tot 10 jaar terug is gekeken, is het te verwachten dat er, gegeven de typische investeringshorizon van 4 tot 7 jaar, ook organisaties in de dataset zitten waar de geïdentificeerde PE-partij inmiddels haar belang in de betreffende zorg verlenende organisatie heeft (door-) verkocht.

Over de periode 2014 en 2023 laat het aantal door de NZa gepubliceerde fusiebesluiten een stijgende trend zien¹. Bijna de helft (47,9%) van deze gepubliceerde besluiten was te herleiden tot zorginstellingen waarin Private Equity een belang heeft. Hoewel het percentage gepubliceerde besluiten die terug te herleiden zijn naar Private Equity op het eerste gezicht hoog lijkt en in lijn ligt met cijfers uit eerdere brancheverslagen², impliceert dit niet direct een specifieke omvang van PE-participatie in de Nederlandse zorg. De meerderheid van de zorgsector kenmerkt zich door stabiliteit zonder fusies; de

¹ Zie bijlage B1 voor een beschrijving van de gehanteerde dataset.

² JBR (2023). *Zorgsamenwerkingsmonitor 2023*: [JBR-zorgmonitor_2023.pdf](#)

fusiebesluiten hebben alleen betrekking op het deel van de zorg dat betrokken is bij concentraties. Ook de verhouding tussen aantallen besluiten met of zonder PE-betrokkenheid is weinig zeggend. De fusie van AMC en VUmc en de fusie tussen twee paramedische instellingen resulteren allebei in één melding bij de NZa en een instelling kan meerdere keren geteld worden (bijvoorbeeld na verkoop door een PE-partij aan een andere PE-partij).

Jaar (datum beschikbaar fusiebesluit)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Aantal hits (documentsoort = 'fusiebesluit')	43	84	105	127	193	166	119	222	165	208

Tabel 1 aantal fusiebesluiten per kalenderjaar, gepubliceerd door de NZa

In totaal zijn aan de hand van de zorg specifieke fusiebesluiten 38 PE-partijen geïdentificeerd. De geïdentificeerde PE-partijen en de zorginstellingen waarin ze participeren zijn opgenomen in bijlage B.

Vervolgens is onderzocht in welke subsectoren de organisaties waarin de geïdentificeerde PE-partijen participeren primair actief zijn. Daaruit komt naar voren dat de meeste PE-partijen investeren in één of twee subsectoren, een enkele partij in meer dan twee. Onderstaande tabel bevat een overzicht per subsector van het aantal PE-partijen dat in de betreffende subsector participeert.

Subsector	Aantal PE-partijen actief
Mondzorg	11
Medisch specialistische zorg	8
VVT	7
Medische hulpmiddelen, materialen en technologie	6
Paramedische zorg	5
Apotheek	3
Geestelijke gezondheidszorg	3
Kraamzorg	2
Diagnostiek	2
Huisartsenzorg	1
Gehandicaptenzorg	0
Overig Zvw/Wlz	4
Overig geen Zvw/Wlz	7

Tabel 2 aantal PE-partijen primair actief per subsector

Tijdens de analyse van de fusiebesluiten van de NZa kwamen verschillende organisaties naar voren met participatie buiten de Zorgverzekeringswet/Wet langdurige zorg waaronder organisaties die diensten

leveren in het kader van het bevorderen van de gezondheid en welzijn van werknemers (Arbowetgeving) en de Jeugdwet en bijvoorbeeld ook een organisatie die zich richt op (zorg-)vastgoedontwikkeling ('Overig geen Zvw/Wlz' in de tabel). Ook zagen we enkele participaties van Private Equity in organisaties die zorgpersoneel uitzenden/detacheren en een organisatie die zich richt op onderaanneming in de zorg voor verschillende subsectoren onder meer in de Zorgverzekeringswet/Wet langdurige zorg ('Overig Zvw/Wlz').

Van de geïdentificeerde PE-partijen zijn er 3 niet actief in de Zorgverzekeringswet/Wet langdurige zorg (Zvw/Wlz). Van de in totaal 35 PE-partijen die wel actief zijn (direct of indirect) in de Zorgverzekeringswet/Wet langdurige zorg komen er 14 uit Nederland. De rest is verspreid over 9 verschillende landen. Onderstaande figuur geeft het totaaloverzicht³.

Land van herkomst	Aantal PE-partijen in Zvw/Wlz actief
Nederland	14
UK	5
Zwitserland	3
Frankrijk	3
Zweden	3
US	2
Denemarken	2
Luxemburg	1
België	1
Canada	1
Totaal	35

Tabel 3 aantal actieve PE-partijen in de Nederlandse zorg

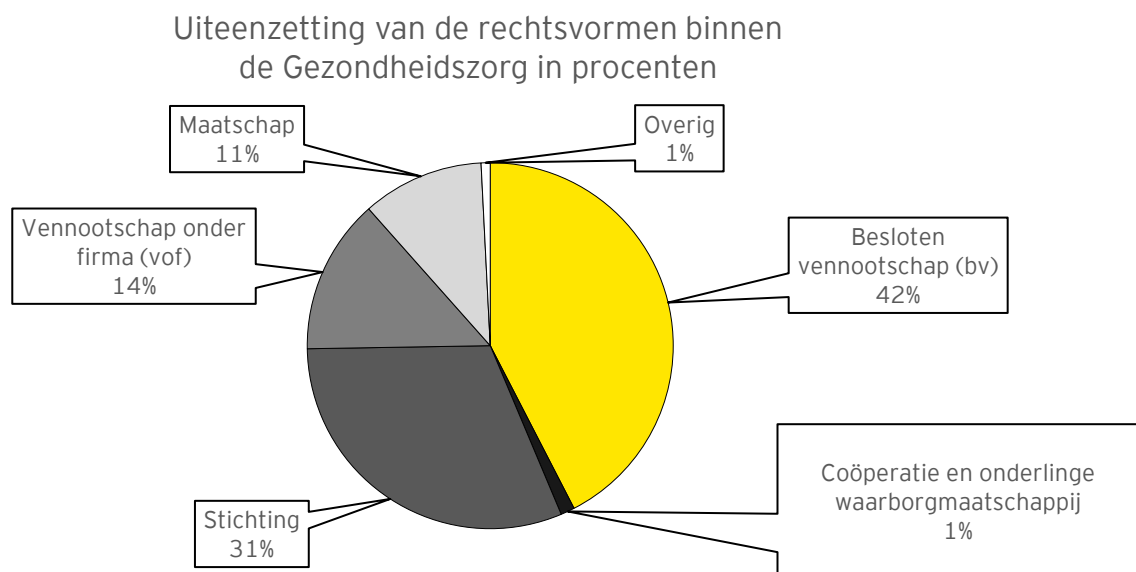
Naast de geïdentificeerde PE-partijen zijn er ook concentraties waar wel sprake is van een commerciële partij, maar geen Private Equity. Een voorbeeld hiervan is Co-Med, een keten in de huisartsenzorg.

³ Grote internationale PE-partijen hebben vaak vestigingen en juridische entiteiten in meerdere landen. Voor deze indeling is gekeken naar het land van herkomst en daar waar de herkomst niet tot een specifiek land kon worden herleid is één van de landen met het hoofdkantoor gekozen.

3 Aandeel Private Equity in wettelijke geldstromen

3.1 Analyse van het Nederlandse zorglandschap: een overzicht van de actuele stand van zaken

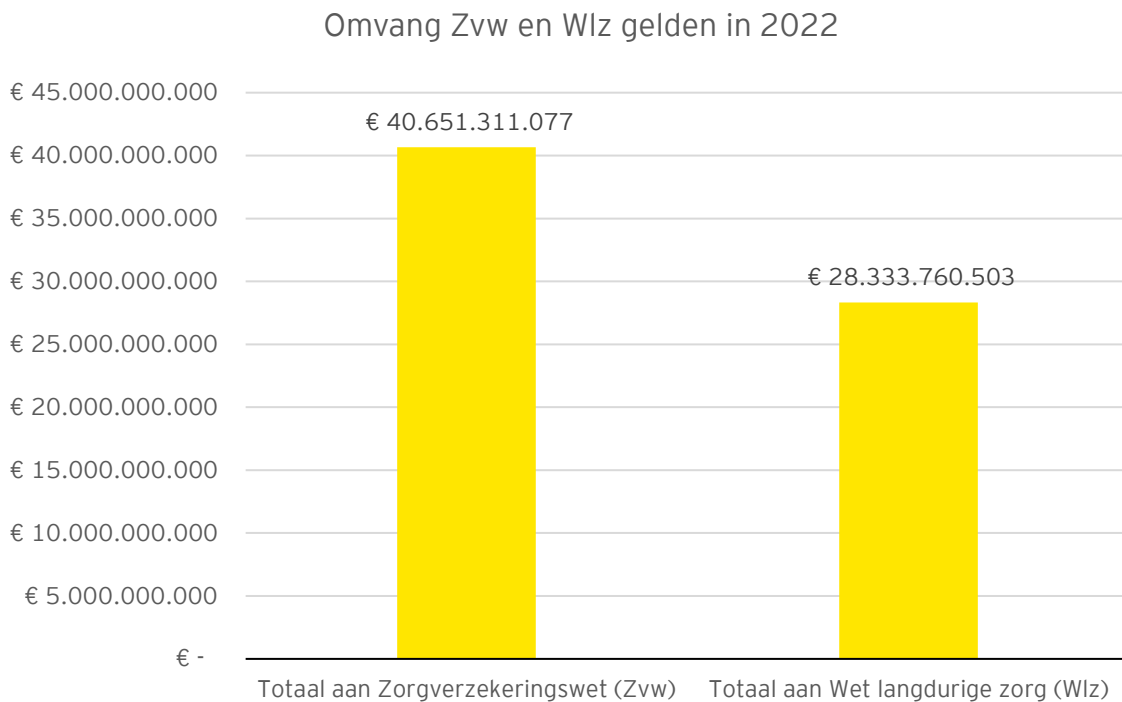
Voor de analyse is gebruik gemaakt van de dataset die EY gebruikt voor haar jaarlijkse EY Barometer Nederlandse Gezondheidszorg (zie bijlage: C.2 Dataset: EY Barometer Nederlandse Gezondheidszorg). Exclusief de categorieën 'jeugdhulp' en 'overig' bevat deze dataset gegevens van 3.069 zorg verlenende organisaties.



Figuur 1 uiteenzetting van de type rechtsvormen voorkomende binnen de totale onderzoekspopulatie voor de kwantitatieve analyse voor verslagjaar 2022

Figuur 1 illustreert de diversiteit aan rechtsvormen van zorginstellingen binnen de onderzochte populatie. De samenstelling van rechtsvormen verschilt sterk tussen de verschillende subsectoren van de gezondheidszorg. Hoewel Private Equity verschillende methoden kan hanteren om een belang in zorginstellingen te verwerven, lenen bepaalde rechtsvormen zich meer voor participatie dan andere. Zo lenen stichtingen en coöperaties zich minder voor participatie dan bv's, maatschappen en vof's. Voor de analyse van de rechtsvormen (ook de analyses voor de subsectoren verderop in het rapport) is gekeken naar de rechtsvorm van de instelling die de jaarcijfers deponeert, niet naar de onderliggende juridische structuur.

In de categorie 'overig' vallen specifiek de volgende rechtsvormen: Commanditaire Vennootschap (CV) met 0,18%, Eenmanszaak met 0,28%, Publiekrechtelijke rechtspersoon met 0,28% en Vereniging met 0,07%.



Figuur 2 omvang Nederlandse Gezondheidszorg uitgesplitst naar bedrijfsopbrengsten, Zvw en Wlz gelden van in dataset aanwezige zorginstellingen

Uit een analyse van de 3.069 meegenomen zorginstellingen blijkt dat de totale financiële stromen bestaan uit 40,7 miljard euro afkomstig van de Zorgverzekeringswet en 28,3 miljard euro voortkomend uit de Wet langdurige zorg.

In de gehanteerde dataset zijn cijfers opgenomen van instellingen die verplicht zijn te deponeren. Een algemeen verschijnsel in de zorg is het werken met onderaannemers. Deze vorm van contracteren van onderaannemers (middels een overeenkomst van opdracht) staat los van eventuele PE-participatie. Als een instelling met PE-participatie opgenomen in deze dataset werkt met onderaannemers (bv. ZZP'ers die werken als verpleegkundige voor een VVT-instelling of bv's van zelfstandige artsen die bijvoorbeeld werken voor een ZBC) dan is deze omzet volledig meegenomen als PE-participatie. Voor de instellingen zonder PE-participatie (bv. zelfstandige artsen die via een Medisch Specialistisch Bedrijf werken voor een ziekenhuis) is deze omzet idem dito gezien als geen PE-participatie.

Omdat organisaties in een aantal subsectoren, met name huisartsenpraktijken, tandheelkundige klinieken en paramedische praktijken, niet verplicht zijn hun financiële gegevens te deponeren mag er vanuit worden gegaan dat de werkelijk bedragen hoger liggen.

Voor het bepalen van het aandeel Private Equity in de wettelijke geldstromen in het kader van de Zorgverzekeringswet/Wet langdurige zorg, is verder onderzoek gedaan in de volgende subsectoren van zorgverleners:

1. Medisch specialistische zorg (MSZ: ziekenhuizen, revalidatiecentra, ZBC's, overig)
2. Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT)

3. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)
4. Gehandicaptenzorg
5. Huisartsenzorg
6. Kraamzorg
7. Paramedische zorg
8. Mondzorg

De gepresenteerde omzetcijfers zijn geen puntwaarde-schattingen. Een puntwaarde-schatting probeert de waarde van een onbekende parameter, in dit geval het aandeel PE-participatie, van de hele populatie te bepalen op basis van een steekproef. In dit geval zijn er verschillende methoden gebruikt om te komen tot een indicatieve orde-grootte-schatting van het aandeel PE-participatie. In werkelijkheid verwachten we dat het aandeel PE-participatie in de buurt ligt van deze indicatie, maar het kan hoger of lager uitvallen.

Voor de kwantitatieve analyses zijn de gegevens consistent op instellingsniveau geïnterpreteerd, zoals aangeleverd door de zorginstellingen. Dit houdt in dat een instelling zowel uit een enkele vestiging kan bestaan, waardoor de vestiging en de instelling één en hetzelfde zijn, als ook uit meerdere vestigingen kan bestaan. Dit onderscheid tussen een enkele vestiging en meerdere vestigingen binnen één instelling is cruciaal voor de interpretatie van de onderzoeksresultaten, aangezien zorginstellingen hun gegevens overwegend op het niveau van de instelling deponeren.

Als concreet voorbeeld binnen de kraamzorgsector kan een specifieke kraamzorginstelling genoemd worden die opereert vanuit één locatie en dus beschouwd wordt als een enkele vestiging die tegelijkertijd de gehele instelling vertegenwoordigt. Aan de andere kant kan een grotere kraamzorginstelling meerdere vestigingen hebben verspreid over het land, waarbij elke vestiging deel uitmaakt van de overkoepelende instelling. Online databanken, zoals Zorgkaart⁴, presenteren echter het aantal vestigingen in plaats van het aantal instellingen. Een duidelijk voorbeeld hiervan is het aantal kraamzorginstellingen in Nederland, dat volgens cijfers van het CBS rond de 200 lag in 2022⁵. Daarentegen toonde Zorgkaart 933 vestigingen wanneer er op Kraamzorg gezocht werd⁶.

Om vast te stellen van welke subsectoren uit de zorg er een compleet beeld op basis van de aanwezige data te verkrijgen is, is er op basis van openbaar en publiek toegankelijke gerapporteerde sectoronderzoeken en databanken, een vergelijking gemaakt van de totale omvang van elke subsector in de dataset ten opzichte van publicaties en totaal gedeclareerde gelden zoals gepubliceerd door Vektis⁷. Voor de subsectoren met deponeringsplicht bedraagt het totale volume Zvw- en Wlz-gelden van de instellingen in de gehanteerde dataset ruim 95% van de totale gelden zoals aangegeven op [Zorgcijferdatabank.nl](https://zorgcijferdatabank.nl).

⁴ Zorgkaart Nederland ([ZorgkaartNederland](https://zorgkaartnederland.nl))

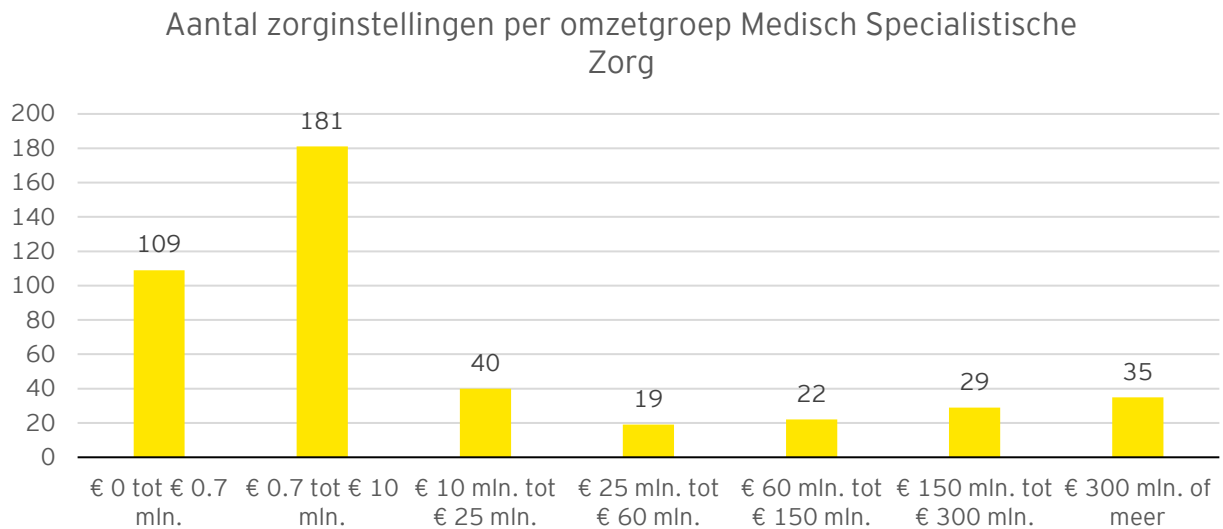
⁵ IGJ (januari 2023). *Goede kraamzorg, onder uitdagende omstandigheden*: [Factsheet Goede kraamzorg onder uitdagende omstandigheden | Publicatie | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd \(igj.nl\)](#)

⁶ Zorgkaart Nederland. *Zorgaanbieders met de tekst 'kraamzorg' in Nederland*: [934 zorgaanbieders met de tekst 'kraamzorg' in Nederland \(zorgkaartnederland.nl\)](https://zorgkaartnederland.nl/kraamzorg)

⁷ Zorgcijfersdatabank (2023). *Totale kosten Zorgverzekeringswet*: [Totale zorgkosten Zorgverzekeringswet | Zorgcijfersdatabank.nl](https://zorgcijfersdatabank.nl)

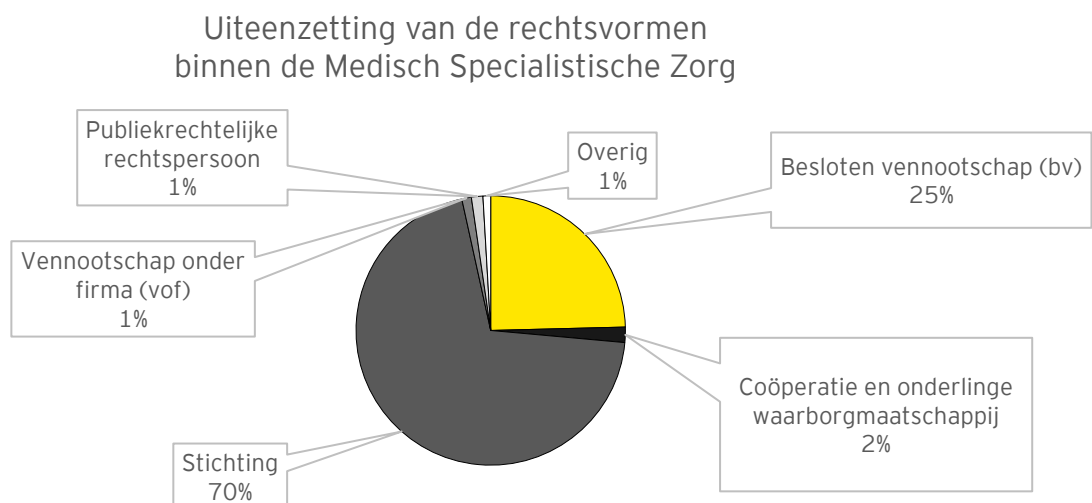
3.2 Medisch Specialistische Zorg

Binnen deze subsector valt een breed scala aan zorginstellingen waaronder categorale en algemene ziekenhuizen, universitair medische centra, revalidatiecentra, erfelijkheidsadviseringsklinieken, ziekenhuispsychiatrie en zelfstandige behandelcentra (ZBC's).



Figuur 3 verdeling zorginstellingen naar NVTZ-omzetklassen binnen de Medisch Specialistische Zorg

Van de 435 zorginstellingen binnen deze subsector, heeft 67% een jaarlijkse omzet die lager ligt dan 10 miljoen euro. 33% van deze zorginstellingen genereert meer dan 10 miljoen euro aan omzet per jaar, vergeleken met slechts 22% binnen de gehele onderzoekspopulatie.



Figuur 4 uiteenzetting van de rechtsvormen binnen de Medisch Specialistische Zorg

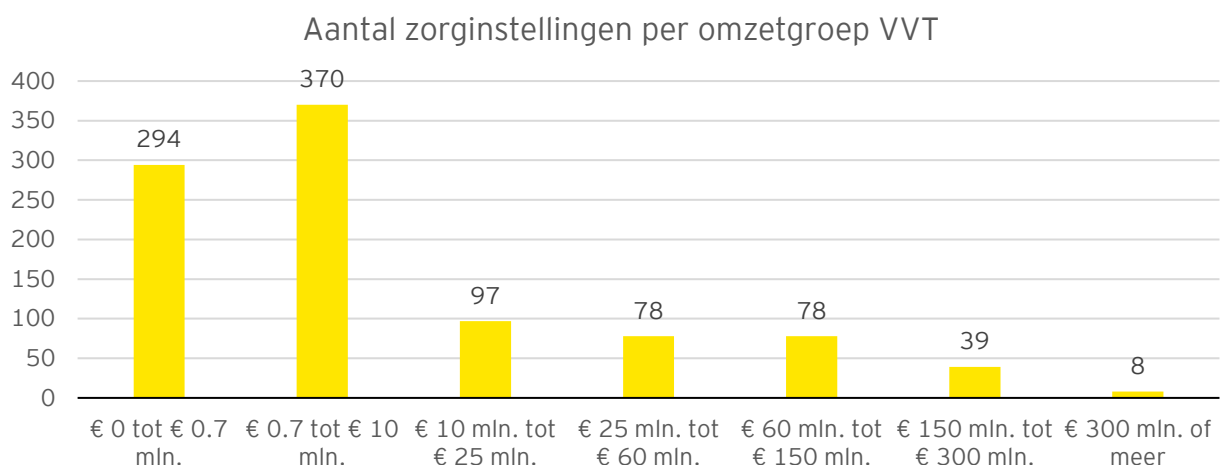
In vergelijking met de totale onderzoekspopulatie is er een merkbaar verschil in de samenstelling van rechtsvormen binnen de Medisch Specialistische Zorg (MSZ). Er is een relatief lager aandeel Besloten Vennootschappen, namelijk 25%, in vergelijking met 42% binnen de gehele onderzoekspopulatie. Stichtingen vormen met 70% het grootste deel binnen deze subsector. Dit is aanzienlijk hoger dan het gemiddelde van 31% in de totale onderzoekspopulatie.

Tabel 4 biedt een inzicht in de verdeling van financiële geldstromen tussen zorginstellingen in de MSZ met en zonder participatie van Private Equity. Het overgrote deel van de geldstromen in de MSZ betreffen zorginstellingen zonder PE-participatie (~96,25% uit de Zorgverzekeringswet en ~98,84% uit de Wet langdurige zorg) tegenover ~3,75% van de Zvw-gelden en ~1,16% van de Wlz-gelden door acht zorginstellingen met PE-participatie. Voorbeelden van medisch specialistische zorg die (ook) vergoed kan worden vanuit Wlz-gelden zijn specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten.

Zorginstellingen	Zorgverzekeringswet	Wet langdurige zorg
Geen Private Equity participatie	€ 23.797.940.729 (~96,25%)	€ 872.645.614 (~98,84%)
Private Equity participatie	€ 926.038.839 (~3,75%)	€ 10.204.551 (~1,16%)
Totaal	€ 24.723.979.118 (100%)	€ 882.850.165 (100%)

Tabel 4 aandeel wettelijke geldstromen waarbij Private Equity betrokken is ten opzichte van totaal aan Zvw- en Wlz-gelden binnen de MSZ

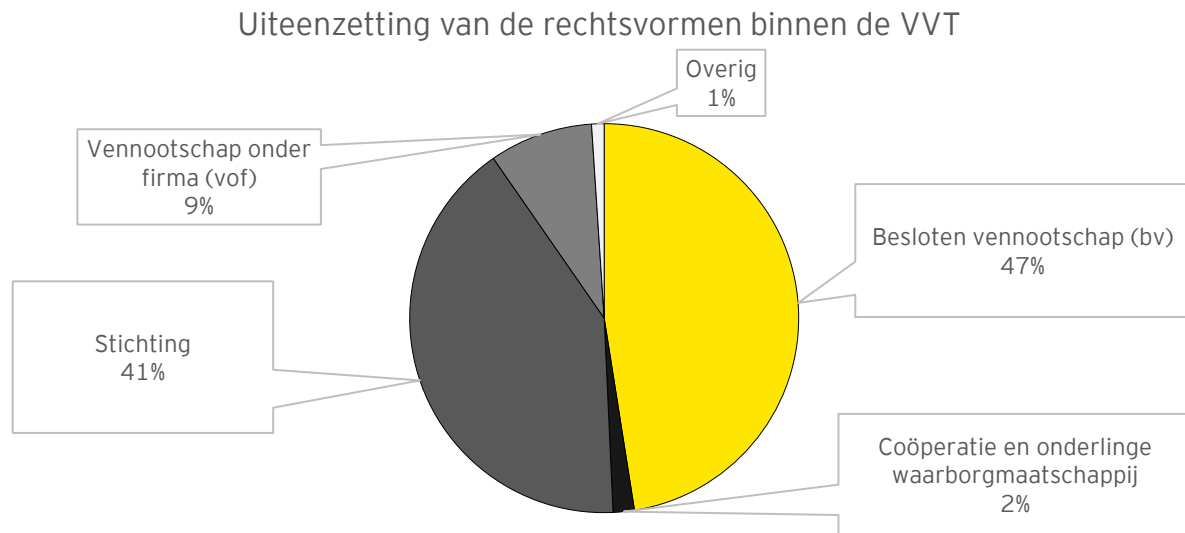
3.3 Verpleeg, Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT)



Figuur 5 verdeling zorginstellingen naar NVTZ-omzetklassen binnen VVT

Uit de analyse van de 964 zorginstellingen in de dataset binnen de VVT-sector, komt naar voren dat 69% een jaaromzet heeft van minder dan 10 miljoen euro. Dit is aanmerkelijk lager dan het gemiddelde van

78% voor zorginstellingen met een omzet onder deze grens in de gehele zorgsector. 31% van de VVT-instellingen realiseert een jaaromzet van meer dan 10 miljoen euro, wat boven het sectorgemiddelde van 22% ligt.



Figuur 6 uiteenzetting van de rechtsvormen binnen de VVT

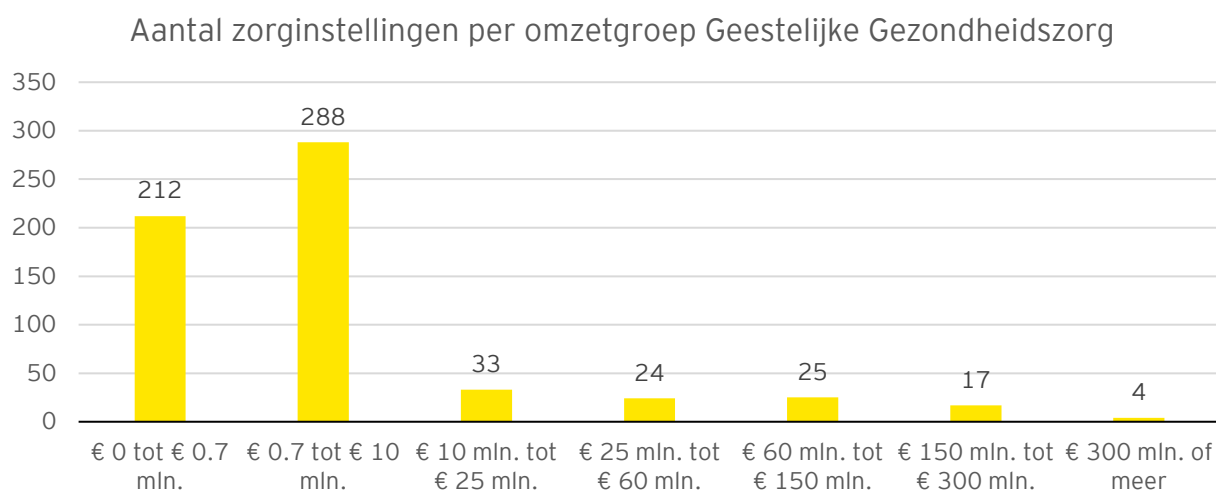
Bij de analyse van de rechtsvormen binnen de VVT-sector komt naar voren dat de verdeling sterk lijkt op verdeling van de gehele onderzoekspopulatie. Een uitzondering hierop is het relatief hoge aandeel van stichtingen binnen de VVT-sector, namelijk 41%, in vergelijking met 31% stichtingen in de algemene onderzoekspopulatie.

Tabel 5 biedt een weergave van de verdeling van financiële stromen binnen de VVT-sector, onderverdeeld in zorginstellingen met en zonder PE-participatie. Uit de data blijkt dat de overgrote meerderheid van de geldstromen, met ~99,27% vanuit de Zorgverzekeringswet en ~99,45% uit de Wet langdurige zorg, zorginstellingen zonder PE-participatie betreft. De 7 zorginstellingen met PE-participatie vertegenwoordigen een omzet van ~0,73% van de Zvw-gelden en ~0,55% van de Wlz-gelden. Dit toont een zeer bescheiden participatie van Private Equity in de financiering van zorgverleners in de VVT-sector.

Zorginstellingen	Zorgverzekeringswet	Wet langdurige zorg
Geen Private Equity participatie	€ 4.452.040.170 (~99,27%)	€ 16.146.370.664 (~99,45%)
Private Equity participatie	€ 32.663.287 (~0,73%)	€ 88.535.337 (~0,55%)
Totaal	€ 4.484.703.457 (100%)	€ 16.234.906.001 (100%)

Tabel 5 aandeel wettelijke geldstromen waarbij Private Equity betrokken is ten opzichte van het totaal aan Zvw- en Wlz-gelden binnen de VVT⁸

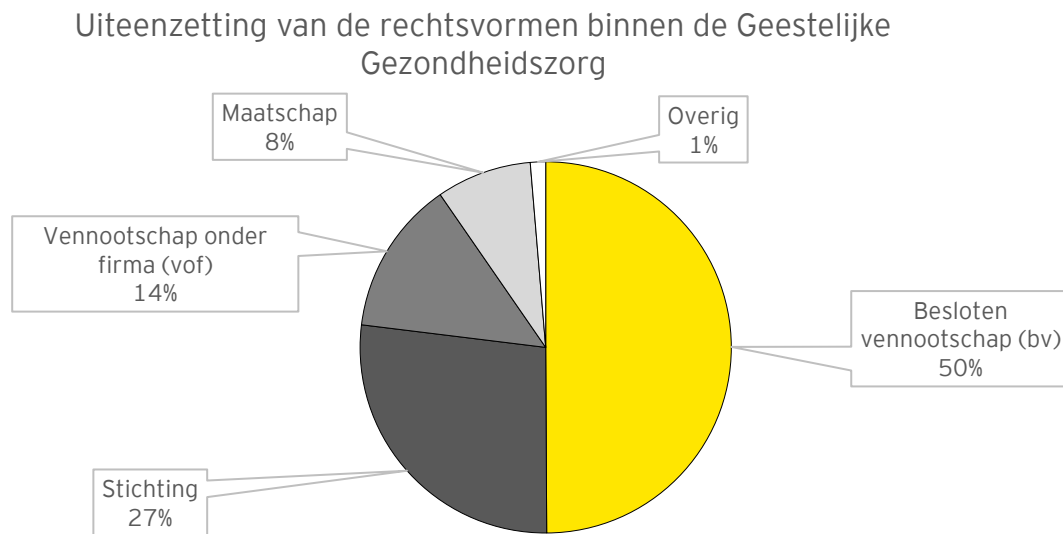
3.4 Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)



Figuur 7 verdeling zorginstellingen naar NVTZ-omzetklassen binnen de Geestelijke Gezondheidszorg

Uit de data blijkt dat van de 603 zorginstellingen binnen deze subsector (83% van het totaal), een jaarlijkse omzet heeft die onder de 10 miljoen euro ligt. Slechts 17% van de zorginstellingen in de GGZ-sector heeft een jaaromzet van meer dan 10 miljoen euro. Dit is lager dan het percentage van 22% voor de gehele populatie.

⁸ Cijfers zijn geen puntwaarde-schattingen maar dienen beschouwd te worden als indicatieve orde-grootte-schattingen, inclusief de bijbehorende variatie-intervallen.



Figuur 8 uiteenzetting van de rechtsvormen binnen de Geestelijke Gezondheidszorg

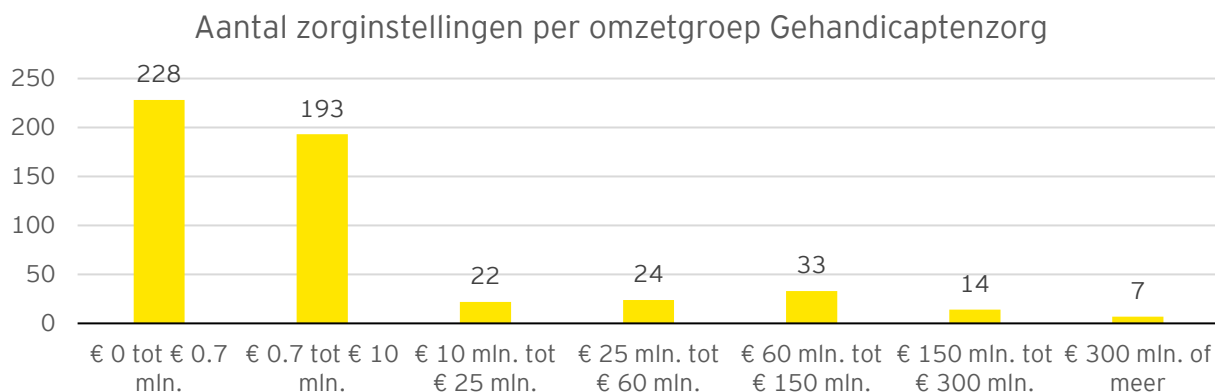
Bij het bestuderen van de rechtsvormen in de GGZ, komt naar voren dat de verdeling grotendeels overeenkomt met die van de totale onderzoekspopulatie. De enige noemenswaardige afwijking hierin is het hogere percentage van Besloten Vennootschappen in de GGZ, namelijk 50%, in vergelijking tot 42% in de gehele onderzoekspopulatie.

De overgrote meerderheid van de geldstromen in de GGZ-sector heeft betrekking op zorginstellingen zonder PE-participatie, te weten ~97,80% vanuit de Zorgverzekeringswet en ~100,00% uit de Wet langdurige zorg. Het is redelijk te verwachten dat het werkelijke percentage van de Wet langdurige zorg voor zorginstellingen zonder PE-participatie niet precies 100,00% zal zijn. Echter, gebaseerd op de beschikbare data voor zorginstellingen met PE-participatie, is er geen indicatie dat eventuele verschillen materieel zullen zijn. Het aandeel van de drie zorginstellingen met PE-participatie is relatief bescheiden, met slechts ~2,20% van de Zvw-gelden. Dit toont een zeer bescheiden participatie van Private Equity in de financiering van de GGZ-sector.

Zorginstellingen	Zorgverzekeringswet	Wet langdurige zorg
Geen Private Equity participatie	€ 4.329.183.907 (~97,80%)	€ 1.775.972.624 (~100%)
Private Equity participatie	€ 97.573.477 (~2,20%)	€ 0 (~0%)
Totaal	€ 4.426.757.384 (100%)	€ 1.775.972.624 (100%)

Tabel 6 aandeel wettelijke geldstromen waarbij Private Equity betrokken is ten opzichte van totaal aan Zvw- en Wiz-gelden binnen de GGZ⁹

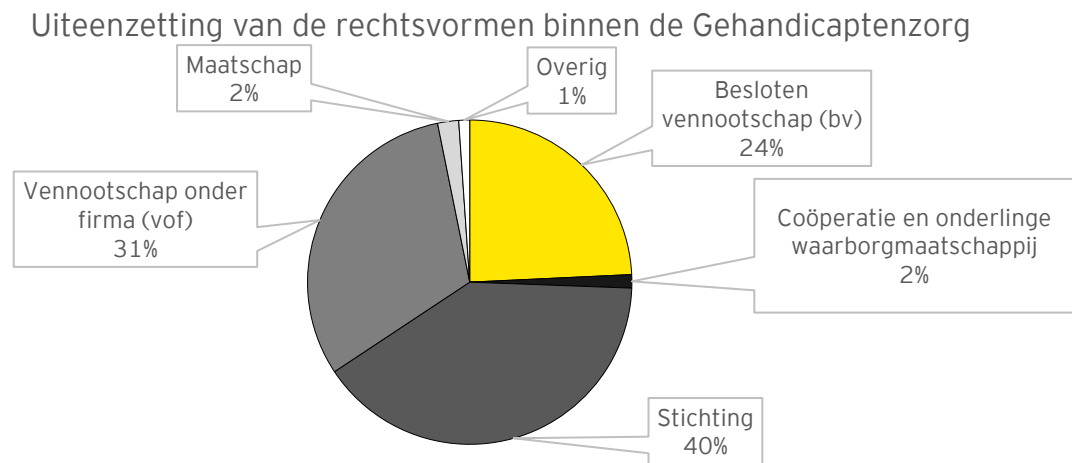
3.5 Gehandicaptenzorg



Figuur 9 verdeling zorginstellingen naar NVTZ-omzetklassen binnen de Gehandicaptenzorg

Uit de data blijkt dat van de 521 zorginstellingen binnen deze subsector, een aanzienlijk percentage, namelijk 81%, een jaarlijkse omzet heeft die onder de 10 miljoen euro ligt en 19% van de zorginstellingen in de Gehandicaptenzorg een jaaromzet heeft die de drempel van 10 miljoen euro overstijgt. Dit is lager dan het percentage van 22% voor de gehele gezondheidszorgsector.

⁹ Cijfers zijn geen puntwaarde-schattingen maar dienen beschouwd te worden als indicatieve orde-grootte-schattingen, inclusief de bijbehorende variatie-intervallen.



Figuur 10 uiteenzetting van de rechtsvormen binnen de Gehandicaptenzorg

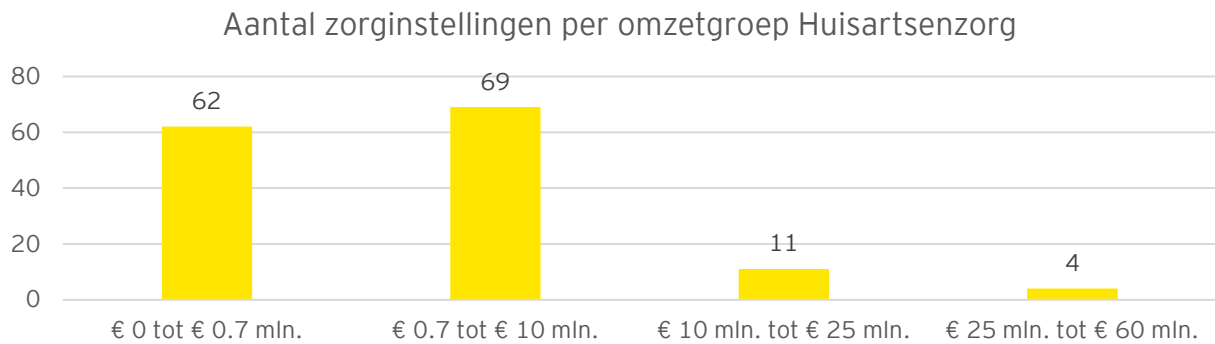
Bij het bestuderen van de rechtsvormen in de Gehandicaptenzorg, komt naar voren dat de verdeling aanzienlijk afwijkt van de totale onderzoekspopulatie. Een van de meest noemenswaardige afwijkingen hierin is het lagere percentage van Besloten Vennootschappen in de Gehandicaptenzorg, namelijk 24%, vergeleken met 42% in de algemene onderzoekspopulatie. Daarnaast is het aanzienlijk hogere percentage vof's, namelijk 31%, in vergelijking tot 14% ook opvallend.

Volgens de gehanteerde methodologie en het verkregen inzicht in de PE-partijen binnen de zorgsector, is er geconstateerd dat op het moment van schrijven geen PE-partijen betrokken zijn bij zorginstellingen die direct zorgkosten declareren binnen de gehandicaptenzorg. Hierdoor is het aandeel van de financiering uit de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg voor deze subsector ~0%.

3.6 Ramingen overige subsectoren

Voor de onderstaande subsectoren geldt een beperkte verplichting tot het deponeren van de jaarverslagen, waardoor er geen compleet overzicht is op (de verdeling van) geldstromen uit de Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg. Desondanks is er door middel van gefundeerde schattingen en datapoints, die per subsector verder zijn toegelicht, alsnog tot ramingen van de omvang gekomen. Voor het schatten van de omvang van PE-participatie in verhouding tot de gelden uit de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg binnen de verschillende subsectoren, wordt een bandbreedte gehanteerd. Deze aanpak creëert ruimte voor het opvangen van potentiële afwijkingen die kunnen voortkomen uit het indirect benutten van gegevens voor de schatting.

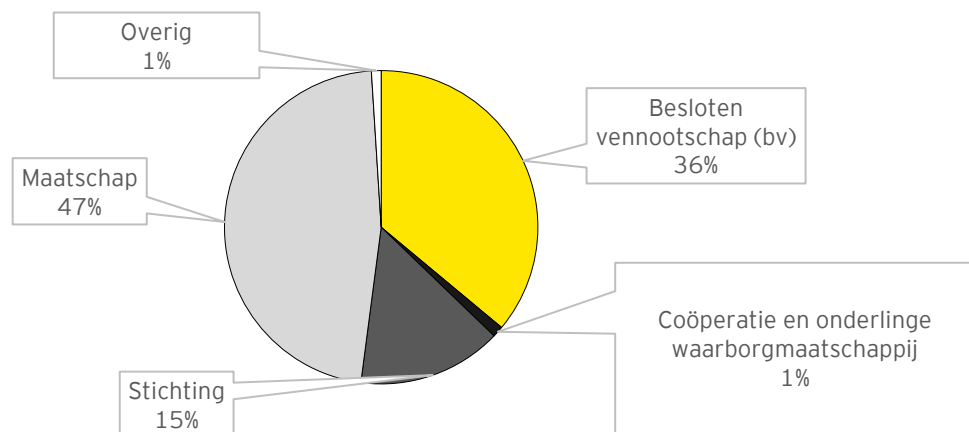
3.7 Huisartsenzorg



Figuur 11 verdeling zorginstellingen naar NVTZ-omzetklassen binnen de Huisartsenzorg

Hoewel de beschikbare data voor deze subsector niet volledig is en het werkelijke aantal zorginstellingen in Nederland aanzienlijk hoger ligt dan de 146 die in de dataset zijn opgenomen, is het redelijk om aan te nemen dat de verdeling volgens omzetklasse binnen het totale cohort van zorginstellingen ruwweg overeenkomt met de verdeling zoals waargenomen in de dataset. Uit de data blijkt dat 90% van de zorginstellingen in de huisartsenzorg een jaaromzet heeft van minder dan 10 miljoen euro, terwijl slechts 10% een omzet genereert van meer dan 10 miljoen euro. Dit percentage is aanzienlijk lager dan het gemiddelde van 22% voor zorginstellingen met een omzet van meer dan 10 miljoen euro in de gehele zorgsector.

Uiteenzetting van de rechtsvormen binnen de Huisartsenzorg



Figuur 12 uiteenzetting van de rechtsvormen binnen de Huisartsenzorg

Bij de analyse van de rechtsvormen binnen de huisartsenzorg blijkt dat, in vergelijking met de bredere zorgsector, een significant hoger percentage huisartsenpraktijken georganiseerd is als maatschappen, namelijk 47%, tegenover slechts 11% in de gehele zorgsector. Daarnaast is het aandeel stichtingen binnen de huisartsenzorg aanzienlijk lager, met 15%, vergeleken met 31% in de gehele zorgsector.

Binnen deze subsector van de huisartsenzorg is er slechts één zorginstelling met PE-participatie die direct declareert geïdentificeerd. In de aanloop naar deze schatting is gekeken of deze zorginstelling met PE-participatie in de beschikbare data aanwezig is, hetgeen niet het geval was. Om te komen tot een gefundeerde schatting is daarom gebruik gemaakt van andere publiek toegankelijke databronnen.

Uit de zorgcijferdatabank, gebaseerd op declaratiedata van Vektis¹⁰, blijkt dat voor de huisartsenzorg in 2022 een totaal van 4,3 miljard euro aan gelden uit de Zorgverzekeringswet is gedeclareerd. Voor de Wet langdurige zorg was er geen declaratiedata beschikbaar. Het bedrag van 4,3 miljard euro is als basis genomen voor de totale omvang. Om een indicatie te kunnen geven van de relatieve omvang van PE-participatie is gekeken naar het aantal vestigingen en het aantal werkzame huisartsen. Hiervoor is gebruik gemaakt van zowel de website van de zorginstelling zelf als het publiek toegankelijke huisartsendashboard van Vektis¹¹. Dit dashboard biedt inzicht in het aantal werkzame huisartsen per vestiging, wat vervolgens voor alle relevante vestigingen van de actieve partij in kaart is gebracht. Voor de vestigingen waarvoor deze informatie niet beschikbaar was, is een gemiddelde berekend op basis van de beschikbare data van de vestigingen waar deze informatie wel voorhanden was. Daarna zijn de aantallen huisartsen per vestiging opgeteld om een schatting te maken van de omvang van de betreffende zorginstelling, gebaseerd op het totale aantal huisartsen.

In totaal zijn er naar schatting 49 huisartsen werkzaam binnen de zorginstelling met PE-participatie. Vervolgens is binnen de dataset gezocht naar zorginstellingen met een vergelijkbaar aantal huisartsen, aanvankelijk binnen een bandbreedte van zorginstellingen met 44 tot 54 werkzame huisartsen, waarna deze range is uitgebreid naar instellingen met 39 tot 59 huisartsen. Deze benadering resulteerde in het identificeren van 6 zorginstellingen binnen de dataset. Voor deze zorginstellingen is onderzocht wat zij aan Zvw- en Wlz-gelden hebben gerapporteerd. Vervolgens is het gemiddelde van deze gelden berekend. Hierbij is het cruciaal om te vermelden dat er geen extreme waarden aanwezig waren die het gemiddelde van deze groep disproportioneel beïnvloedden.

Met behulp van deze methodologie is geraamd dat het aandeel van de enige zorginstelling met PE-participatie in de Zvw-gelden binnen de huisartsenzorg minder dan ~1% bedraagt. Dit wijst op een verwaarloosbaar aandeel van zorginstellingen met PE-participatie in deze subsector op het moment van schrijven.

¹⁰ Zorgcijfersdatabank (2023). *Totale kosten Zorgverzekeringswet*: [Totale zorgkosten Zorgverzekeringswet | Zorgcijfersdatabank.nl](#)

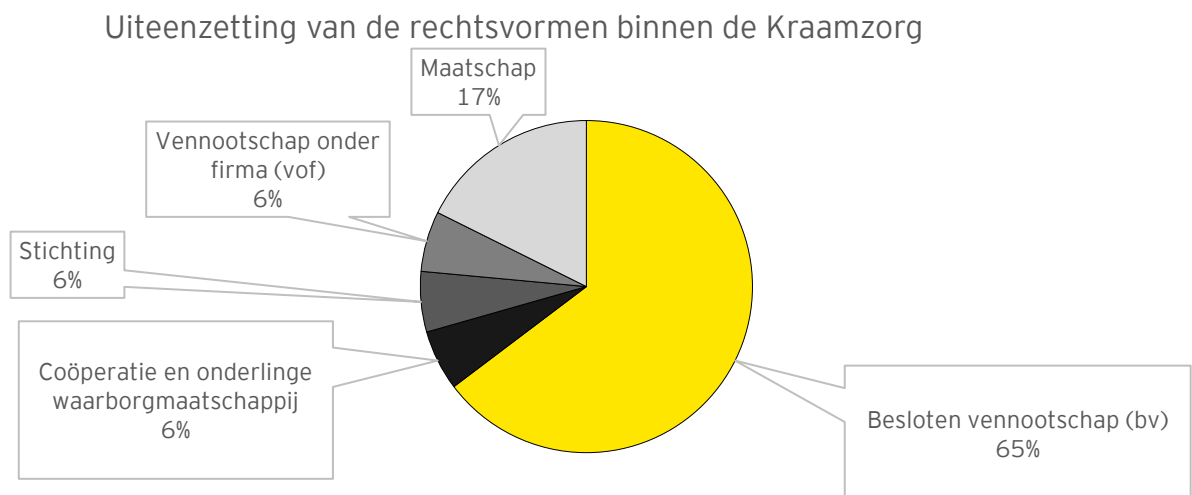
¹¹ Vektis. *Dashboard huisartsenzorg*: [Wat is het aantal huisartsen in de regio en per praktijk? \(vektis.nl\)](#)

Zorginstellingen	Zorgverzekeringswet	Wet langdurige zorg ¹²
Geen Private Equity participatie (raming)	€ 4.261.950.289 - € 4.263.210.383 (~>99%)	-
Private Equity participatie (raming)	€ 3.341.766 - € 4.601.860 (~<1%)	-
Totaal	€ 4.266.552.149 (100%)	-

Tabel 7 aandeel wettelijke geldstromen waarbij Private Equity betrokken is ten opzichte van totaal aan Zvw- en Wlz-gelden binnen de Huisartsenzorg¹³

3.8 Kraamzorg

Het bepalen van de verhouding tussen zorginstellingen in de kraamzorg met en zonder PE-participatie wordt belemmerd door het beperkte aantal resultaten in de gebruikte dataset, waar slechts 17 hits voorkomen. Het totaal aantal zorginstellingen binnen deze subsector wordt volgens CBS cijfers geschat op ongeveer 200¹⁴. Bovendien weerspiegelt deze verdeling in de kraamzorg niet noodzakelijkerwijs het relatieve aandeel in de gelden van deze subsector, aangezien de grootste 10 zorginstellingen gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor 60% van het totale volume¹⁵.



Figuur 13 uiteenzetting van de rechtsvormen binnen de Kraamzorg

¹² Voor de Wet langdurige zorg is geen declaratiedata beschikbaar.

¹³ Cijfers zijn geen puntwaarde-schattingen maar dienen beschouwd te worden als indicatieve orde-grootte-schattingen, inclusief de bijbehorende variatie-intervallen.

¹⁴ IGJ (januari 2023). *Goede kraamzorg, onder uitdagende omstandigheden*: [Factsheet Goede kraamzorg onder uitdagende omstandigheden | Publicatie | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd \(igj.nl\)](#)

¹⁵ ZonMw. *Kraamzorg volop in ontwikkeling*: [Kraamzorg volop in ontwikkeling | ZonMw](#)

Bij het analyseren van de zorginstellingen in de beschikbare dataset, is het opvallend dat het aandeel besloten vennootschappen (bv's) met 65% aanzienlijk hoger ligt dan het gemiddelde van 42% in de sector. Daarnaast is het percentage stichtingen binnen deze dataset met 6% aanzienlijk lager dan het sectorgemiddelde van 31%.

Om de omvang van zorginstellingen met PE-participatie in verhouding tot de gelden uit de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg binnen de kraamzorg te ramen, is aanvankelijk geïnteriseerd welke PE-partijen primair actief zijn in deze subsector. Dit zijn twee PE-partijen, die beide tot de top 10 grootste zorginstellingen in deze subsector behoren. Tijdens de voorbereiding van de schatting werd onderzocht of deze zorginstellingen vertegenwoordigd waren in de dataset. Voor één van de zorginstellingen was dit het geval, en derhalve zijn de gerapporteerde Zvw- en Wlz-gelden van deze zorginstelling gebruikt. Voor het ramen van de totale PE-participatie is van de andere zorginstelling, die niet in de dataset was opgenomen, een schatting gemaakt op basis van publieke bronnen en gebruik gemaakt van de gedeponeerde jaarrekening uit Company Info.

Voor het inschatten van de totale omvang van de kraamzorgsector in termen van Zvw- en Wlz-gelden, zijn cijfers uit de zorgcijferdatabank benut, die zijn gebaseerd op declaratiegegevens van Vektis¹⁶. Uit deze gegevens komt naar voren dat in 2022 een totaalbedrag van 319 miljoen euro aan Zvw- gelden is gedeclareerd. Voor de Wet langdurige zorg was geen declaratiedata beschikbaar. Dit bedrag van 319 miljoen euro aan Zvw-gelden wordt gebruikt als fundament voor het bepalen van de totale omvang waarbinnen het aandeel van zorginstellingen met PE-participatie in deze subsector geëvalueerd wordt. Gezien het ontbreken van gegevens over het aantal zorg verlenende medewerkers of het aantal behandelde patiënten, is besloten om informatie uit de jaarrekeningen, verkregen via Company Info, te gebruiken.

Vervolgens is uit de jaarrekeningen de totale bedrijfsopbrengsten geëxtraheerd, die op een geaggregeerd niveau per zorginstelling is gepubliceerd. Omdat in de jaarrekeningen geen specifieke uitsplitsing werd gemaakt naar inkomsten uit de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg, of naar andere factoren die de bedrijfsopbrengsten beïnvloeden, werd de aandacht gericht op de zorginstellingen binnen deze subsector die in de dataset voorkomen. Voor deze zorginstellingen is de verhouding tussen de inkomsten uit de Zorgverzekeringswet en de totale omzet van de zorginstelling berekend. Hieruit is een gemiddelde verhouding voor de subsector Kraamzorg afgeleid. Deze verhouding is vervolgens toegepast op de totale bedrijfsopbrengsten van de zorginstelling met PE-participatie om een schatting te maken van de omvang van Zvw-gelden op basis van de totale omzet. Deze berekening is uitgevoerd met verschillende verhoudingen om de robuustheid van de uitkomst te verifiëren. Aan de hand van deze verhoudingen kon een bereik worden bepaald van de Zvw- inkomsten voor deze zorginstelling. Voor zowel de laagste als de hoogste schatting zijn de inkomsten uit de Zorgverzekeringswet opgeteld bij die van de andere zorginstelling binnen deze subsector, waarvoor wel data beschikbaar was, om zo tot een totale schatting van PE-participatie te komen.

Uit de toegepaste methodologie blijkt dat twee zorginstellingen met PE-participatie tussen de ~20% en 25% van de financiering uit de Zorgverzekeringswet binnen de kraamzorgsector aanspreken. Hoewel dit

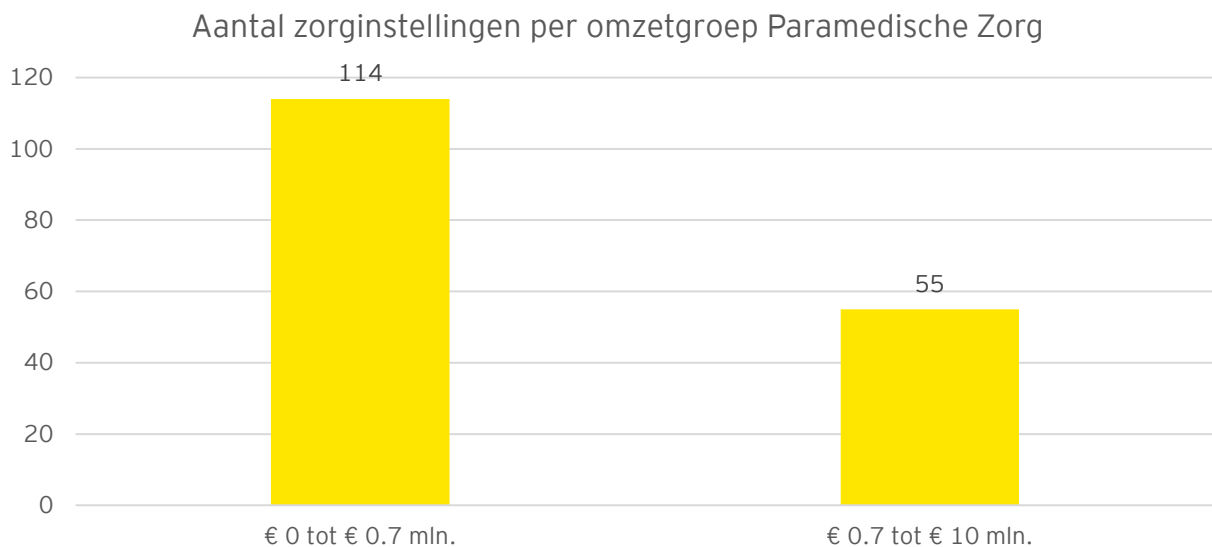
¹⁶ Zorgcijfersdatabank (2023). *Totale zorgkosten Zorgverzekeringswet Kraamzorg*: [Totale zorgkosten Zorgverzekeringswet Kraamzorg | Zorgcijfersdatabank.nl](https://www.zorgcijfersdatabank.nl)

percentage aanzienlijk lijkt voor slechts twee partijen, is dit in overeenstemming met bevindingen van ZonMw¹⁷. ZonMw geeft aan dat binnen deze subsector de tien grootste zorginstellingen, inclusief de twee met PE-participatie, gezamenlijk 60% van het totale volume vertegenwoordigen, wat aangeeft dat een concentratie van marktaandeel bij een beperkt aantal zorginstellingen niet ongewoon is in de kraamzorgsector.

Zorginstellingen	Zorgverzekeringswet	Wet langdurige zorg ¹⁸
Geen Private Equity participatie (raming)	€ 245.965.064 - € 252.140.110 (~75 - 80%)	-
Private Equity participatie (raming)	€ 67.377.798 - € 73.552.844 (~20 - 25%)	-
Totaal	€ 319.517.908 (100%)	-

Tabel 8 aandeel wettelijke geldstromen waarbij Private Equity betrokken is ten opzichte van totaal aan Zvw- en Wlz-gelden binnen de Kraamzorg¹⁹

3.9 Paramedische zorg



Figuur 14 verdeling zorginstellingen naar NVTZ-omzetklassen binnen de Paramedische zorg

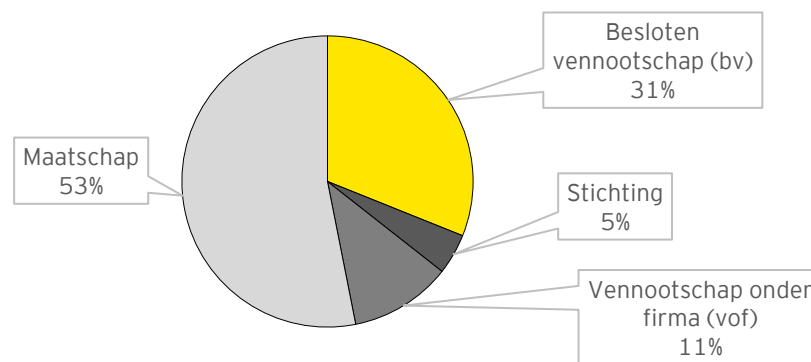
¹⁷ ZonMw. *Kraamzorg volop in ontwikkeling*: [Kraamzorg volop in ontwikkeling | ZonMw](#)

¹⁸ Voor de Wet langdurige zorg is geen declaratiedata beschikbaar binnen deze subsector.

¹⁹ Cijfers zijn geen puntwaarde-schattingen maar dienen beschouwd te worden als indicatieve orde-grootte-schattingen, inclusief de bijbehorende variatie-intervallen.

Hoewel de data voor deze subsector niet volledig is en het werkelijke aantal zorginstellingen vermoedelijk aanzienlijk hoger ligt dan de geïdentificeerde 169 zorginstellingen in de dataset, geeft de verdeling naar omzetklasse toch een aanwijzing. Deze suggereert dat het merendeel van de zorginstellingen binnen deze subsector waarschijnlijk een jaaronzet heeft die onder de 10 miljoen euro blijft. Dit percentage ligt redelijkerwijs beduidend hoger dan het sector brede gemiddelde van 78%.

Uiteenzetting van de rechtsvormen binnen de Paramedische Zorg



Figuur 15 uiteenzetting van de rechtsvormen binnen de Paramedische zorg

In de analyse van de rechtsvormen binnen de paramedische zorgsector valt op dat maatschappen een aanzienlijk groter aandeel hebben dan in de gehele zorgsector, namelijk 51% vergeleken met 11%. Daarnaast is het percentage stichtingen binnen de paramedische zorg met 5% beduidend lager dan het sectorgemiddelde van 31%.

Bij het schatten van de omvang van zorginstellingen met PE-participatie met betrekking tot gelden uit de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg is een bandbreedtemethode toegepast om mogelijke variaties op te vangen die voortkomen uit het indirecte gebruik van gegevens. Initieel werd vastgesteld dat er vijf zorginstellingen met PE-participatie primair actief zijn binnen de paramedische zorg. Bij het doorzoeken van de beschikbare dataset werd slechts één van deze zorginstellingen geïdentificeerd. Voor deze specifieke zorginstelling werden rechtstreeks de gerapporteerde gegevens gebruikt, terwijl voor de andere vier zorginstellingen informatie uit openbare bronnen en de bij Company Info gedeponeerde jaarrekeningen zijn benut.

Om de totale omvang van de paramedische zorg in termen van Zvw- en Wlz-gelden te beoordelen, zijn cijfers uit de zorgcijferdatabank²⁰, gebaseerd op declaratiegegevens van Vektis, gebruikt. Hieruit blijkt dat in 2022 een totaal van 1.026 miljard euro aan Zvw-gelden werd gedeclareerd voor diensten zoals fysiotherapie, oefentherapie Mensendieck/Cesar, logopedie, ergotherapie, dieetadvies en gecombineerde leefstijladvies. Wat betreft de Wet langdurige zorg zijn geen specifieke declaratiegegevens beschikbaar. Echter, een analyse van alle zorginstellingen binnen deze subsector die

²⁰ Zorgcijfersdatabank (2023). *Totale zorgkosten Zorgverzekeringswet Paramedische zorg*: [Totale zorgkosten Zorgverzekeringswet Paramedische zorg | Zorgcijfersdatabank.nl](#)

in de dataset aanwezig zijn, toont aan dat de Wlz-gelden minder dan 0,4% van de totale bedrijfsopbrengsten van deze zorginstellingen vormen. Hierbij merken we op dat de enige in de dataset geïdentificeerde zorginstelling met PE-participatie op basis van de voorhanden data geen aanspraak heeft gemaakt op Wlz-gelden in 2022.

Door het ontbreken van specifieke data over het aantal zorg verlenende medewerkers en patiënten bij de betreffende zorginstellingen met PE-participaties, is teruggevallen op jaarrekeningen die op instellingsniveau beschikbaar zijn via Company Info. De totale bedrijfsopbrengsten van deze zorginstellingen is in kaart gebracht, waarbij zo nodig correcties zijn toegepast voor inkomsten die hoofdzakelijk uit paramedische zorgactiviteiten voortkomen. Dit was nodig omdat enkele actieve zorginstellingen ook inkomsten genereren buiten de paramedische zorg en in sommige gevallen zelfs internationaal opereren, waarbij een correctie is gemaakt voor de omzet behaald in Nederland.

Daarnaast is binnen de dataset de verhouding tussen bedrijfsopbrengsten en gerapporteerde Zvw-gelden voor alle opgenomen zorginstellingen geanalyseerd. Deze verhouding is vervolgens gebruikt om een schatting te maken van de totale Zvw-gelden voor de zorginstellingen met PE-participaties, uitgaande van verschillende schattingen: conservatief, gebaseerd op datasetverhoudingen en optimistisch, om de robuustheid van de bevindingen te beoordelen.

Een tweede methode is toegepast om de resultaten van de eerste benadering te toetsen, door de verhouding van de totaal gedeclareerde Zvw-gelden, zoals gerapporteerd in de zorgcijferdatabank, af te zetten tegen de totale kosten voor de paramedische zorg, gerapporteerd door de NZa voor 2022²¹. Door deze verhouding toe te passen op de totale omzet van de zorginstellingen met PE-participaties, resulteert dit in een schatting van Zvw-gelden die overeenkomt met de eerder gebruikte methode.

In de laatste stap is de totale geschatte waarde van Zvw-gelden - de geschatte bedragen van de vier zorginstellingen zonder direct beschikbare data plus de waarde van de wel gerapporteerde zorginstelling - gedeeld door het totaal gedeclareerde Zvw-gelden en vermenigvuldigd met 100 om een percentage te berekenen. Volgens deze schatting maken de vijf zorginstellingen met PE-participatie aanspraak op tussen de ~4 en 10% van de Zvw-gelden, wat hun aanwezigheid in deze subsector weerspiegelt.

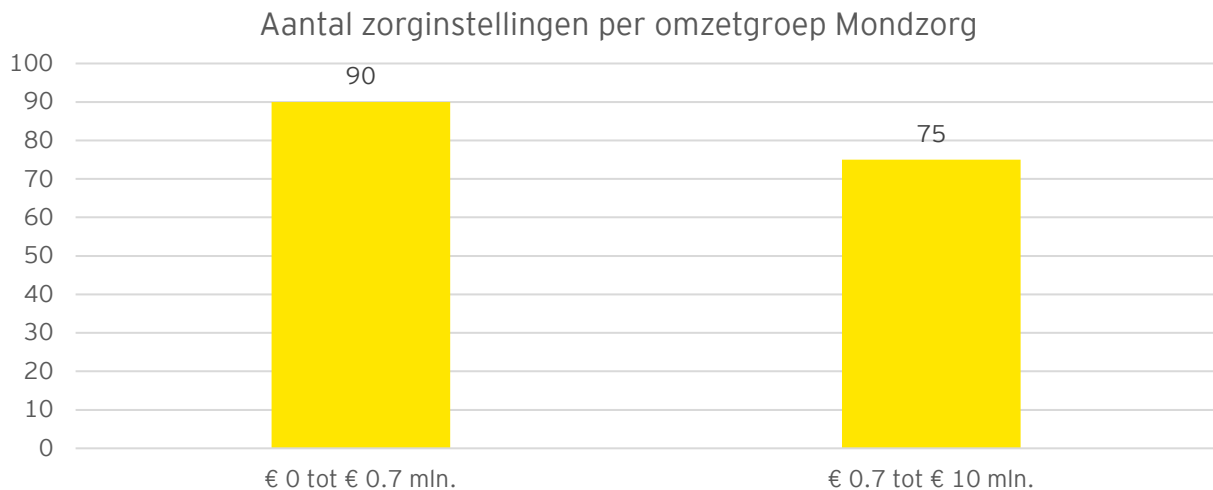
Zorginstellingen	Zorgverzekeringswet	Wet langdurige zorg ²²
Geen Private Equity participatie (raming)	€ 942.501.824 - € 979.720.275 (~90 - 96%)	-
Private Equity participatie (raming)	€ 47.128.737 - € 84.347.188 (~4 - 10%)	-
Totaal	€ 1.026.849.012 (100%)	-

Tabel 9 aandeel wettelijke geldstromen waarbij Private Equity betrokken is ten opzichte van totaal aan Zvw- en Wlz-gelden binnen de Paramedische zorg²³

²¹ Nederlandse zorgautoriteit. *Kerncijfers paramedische zorg*: [Kerncijfers paramedische zorg | Paramedische zorg | Nederlandse Zorgautoriteit \(nza.nl\)](#)

²² Voor de Wet langdurige zorg is geen declaratiedata beschikbaar binnen deze subsector.

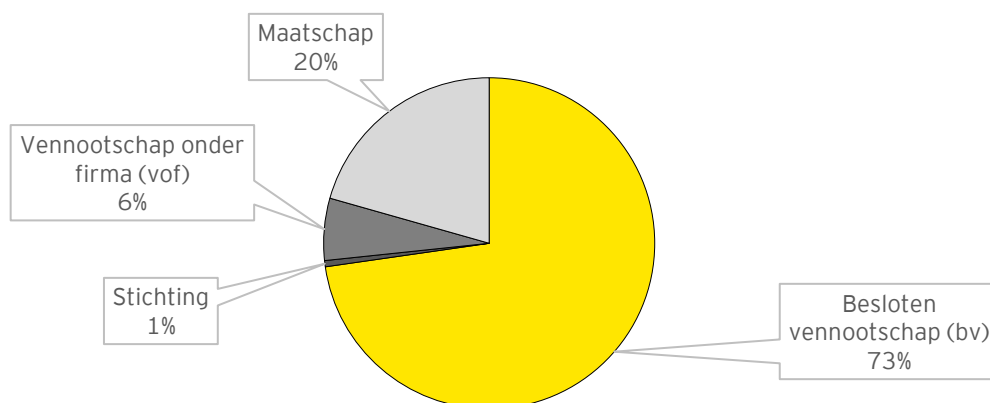
3.10 Mondzorg



Figuur 16 verdeling zorginstellingen naar NVTZ-omzetklassen binnen de Mondzorg

Ondanks de onvolledigheid van de data voor deze subsector en de waarschijnlijke onderschatting van het aantal zorginstellingen, dat vermoedelijk ver boven de gemelde 165 ligt, geeft de omzetklassenverdeling, zoals visueel weergegeven voor de zorginstellingen in de dataset, een indicatie. Deze wijst erop dat waarschijnlijk een groot deel van de zorginstellingen in deze subsector een jaaromzet genereert die onder de 10 miljoen euro blijft, een aandeel dat aanzienlijk hoger ligt dan het gemiddelde over de gehele sector van 78%.

Uiteenzetting van de rechtsvormen binnen de Mondzorg



Figuur 17 uiteenzetting van de rechtsvormen binnen de Mondzorg

²³ Cijfers zijn geen puntwaarde-schattingen maar dienen beschouwd te worden als indicatieve orde-grootte-schattingen, inclusief de bijbehorende variatie-intervallen.

Bij het onderzoeken van de rechtsvormen in de mondzorgsector blijkt dat besloten vennootschappen met 73% het leeuwendeel uitmaken, wat aanzienlijk meer is dan het gemiddelde van 42% in de gehele zorgsector. Opvallend is ook dat in de mondzorg maar 1% van de instellingen als stichting is geregistreerd, terwijl dit percentage sector breed op 31% ligt

Om tot een raming te komen van de omvang van zorginstellingen met PE-participatie binnen deze subsector is eerst in kaart gebracht welke PE-partijen binnen de Mondzorg participeren, wat tien zorginstellingen met PE-participatie betrof (N.b. na 2022 is een deel van een participatie overgaan naar een andere PE-partij). In de verzamelde dataset was voor slechts één van deze zorginstellingen directe data beschikbaar in de voorhanden dataset. Voor de resterende zorginstellingen is onderzoek gedaan op basis van publieke databanken en gedeponeerde jaarverslagen.

De omvang schatting van wettelijke geldstromen voor de mondzorgsector, bekostigd door middelen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz), is gebaseerd op informatie uit de Zorgcijferdatabank²⁴. Deze informatie is ontleend aan declaratiegegevens aangeleverd door Vektis. Uit deze gegevens bleek dat er in 2022 een totaal van €835 miljoen aan Zvw-gelden werd gedeclareerd, voornamelijk voor tandheelkundige zorg aan jeugdigen, gebitsprothesen, en een beperkt deel voor volwassenen. Specifieke Wlz-gerelateerde declaratiedata was niet beschikbaar, maar uit de beperkte dataset van 165 zorginstellingen is geconstateerd dat het Wlz-financieringsaandeel aanzienlijk minder dan 1% van de totale omzet bedraagt, met geen gerapporteerde Wlz-gelden vanuit de enige zorginstelling met PE-participatie.

Wegens het ontbreken van data over het aantal zorgverleners en uitgevoerde behandelingen onder de Zorgverzekeringswet/Wet langdurige zorg, is gebruikgemaakt van indirecte indicatoren via jaarrekeningen. Voor de resterende negen zorginstellingen met PE-participatie zonder directe data werden totaalomzetten uit de jaarrekeningen ontleend en aangepast op basis van zorgverlening binnen Nederland, noodzakelijk vanwege de internationale activiteiten van sommige entiteiten. Het aantal vestigingen voor deze entiteiten werd eveneens bepaald via hun officiële websites.

Verder is de verhouding tussen de totaalomzet en de Zvw-gelden berekend voor alle in de dataset aanwezige zorginstellingen binnen deze subsector. Deze ratio is vervolgens toegepast op de gecombineerde omzetten van de negen zorginstellingen met PE-participatie, gevolgd door een robuustheidstoetsing via diverse methoden om een bandbreedte voor de geschatte Zvw-financiering te bepalen. Dit omvatte onder andere het vergelijken van de totale Zvw-aangesproken bedragen volgens Vektis-gegevens met de totale omvang van de mondzorgsector zoals gepubliceerd door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)²⁵, en een schatting gebaseerd op gemiddelde omzet per zorginstelling met PE-participatie.

De uiteindelijke stap betrof het berekenen van een bandbreedte die een schatting vertegenwoordigt van de totale Zvw-gelden toegeschreven aan zorginstellingen met PE-participatie. Hierbij werd het geschatte totaalbedrag van deze fondsen, afgeleid van zowel de direct beschikbare data als de schattingen voor de

²⁴ Zorgcijfersdatabank (2023). *Totale zorgkosten Zorgverzekeringswet Mondzorg*: [Totale zorgkosten Zorgverzekeringswet Mondzorg | Zorgcijfersdatabank.nl](https://www.zorgcijfersdatabank.nl/mondzorg)

²⁵ Nederlandse zorgautoriteit. *Kerncijfers mondzorg*: [Kerncijfers mondzorg | Mondzorg | Nederlandse Zorgautoriteit \(nza.nl\)](https://www.nza.nl/mondzorg)

overige negen zorginstellingen, als percentage gepresenteerd van het totaal gedeclareerde Zvw-bedrag van de subsector. Volgens deze schatting vertegenwoordigen de tien zorginstellingen met PE-participatie tussen de ~19% en 26% van de Zvw-gelden binnen de sector, wat duidt op een substantiële participatie van Private Equity in de mondzorgmarkt.

Zorginstellingen	Zorgverzekeringswet	Wet langdurige zorg ²⁶
Geen Private Equity participatie (raming)	€ 622.144.801 - € 671.780.963 (~74 - 81%)	-
Private Equity participatie (raming)	€ 163.593.997 - € 213.230.159 (~19 - 26%)	-
Totaal	€ 835.374.960 (100%)	-

Tabel 10 aandeel wettelijke geldstromen waarbij Private Equity betrokken is ten opzichte van totaal aan Zvw- en Wlz-gelden binnen de Mondzorg²⁷

²⁶ Voor de Wet langdurige zorg is geen declaratiedata beschikbaar.

²⁷ Cijfers zijn geen puntwaarde-schattingen maar dienen beschouwd te worden als indicatieve orde-grootte-schattingen, inclusief de bijbehorende variatie-intervallen.

4 Invloed van Private Equity participatie op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg

Om de invloed van PE-participatie op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg te bepalen is een kwantitatieve (data-)analyse gedaan. Hiervoor is gebruik gemaakt van diverse publieke databronnen, waaronder die van Zorginzicht²⁸, datasets aangeleverd door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)²⁹, de DigiMV dataset³⁰, en de dataset die reeds in het eerste deel van dit onderzoek is gebruikt.

Om de validiteit van de analyse te vergroten, is gestreefd homogene groepen van zorginstellingen te creëren. Deze groepen zijn vervolgens, onderverdeeld in één groep met en zonder PE-participatie. Bijvoorbeeld, in de medisch specialistische zorg omvat het aanbod zowel klinieken met een specifieke focus als ziekenhuizen met een breed profiel. Er zit inherent grote variëteit tussen deze twee type zorginstellingen vanwege de verschillende behandelingen en de verschillen in patiënten. Derhalve is besloten om uitsluitend klinieken in de vergelijking op te nemen. Binnen deze groep klinieken is een verdere differentiatie naar specialisme doorgevoerd om de vergelijkbaarheid en representativiteit verder te vergroten. Bijvoorbeeld, binnen de oogzorg is, waar mogelijk, een onderscheid gemaakt naar het type behandeling. Deze methodologische benadering brengt echter de beperking met zich mee dat het aantal datapunten afneemt, wat potentieel nadelig kan zijn voor de representativiteit. Indicatoren waarvoor slechts een beperkt aantal waarnemingen beschikbaar was, waardoor de representativiteit significant in het geding kwam, zijn uitgesloten van de analyse.

De methodologie voor het selecteren van indicatoren voor analyse betrof het systematisch evalueren van alle beschikbare indicatoren binnen de dataset, gericht op het identificeren van die indicatoren die relevant zijn voor het meten van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Dit evaluatieproces is uitgevoerd in samenspraak met het Ministerie van VWS. Een cruciaal criterium voor de selectie van indicatoren was de representatie van zorginstellingen met PE-participatie binnen de dataset. Het bleek vaak dat sommige indicatoren, hoewel ze data bevatten, een ontoereikende vertegenwoordiging van PE-geparticipeerde zorginstellingen hadden, niet zelden bestaande uit slechts één zorginstelling met een beperkt aantal observaties. Daarom werden uiteindelijk die indicatoren geselecteerd die de hoogste mate van representativiteit boden, gebaseerd op zowel het totaal aantal observaties als de representatie van zorginstellingen zonder PE-participatie. Dit komt voornamelijk vanwege het feit dat de groep met zorginstellingen met PE-participatie in absolute termen klein is in vergelijking tot de groep zorginstellingen zonder PE-participatie. Een illustratief voorbeeld is de VVT-sector, waar slechts 7 zorginstellingen met PE-participatie primair actief zijn tegenover bijna 1.000 zorginstellingen zonder PE-participatie.

In de verdiepende analyse rond kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid is niet alleen gekeken naar de primaire focus van de zorginstellingen waarin wordt geparticipeerd door Private Equity, maar ook naar andere subsectoren waarin de betreffende zorginstelling actief is. Bijvoorbeeld, in de kraamzorgsector, waar in het initiële onderzoek twee zorginstellingen met PE-participatie werden genoemd, worden in dit vervolgonderzoek vier zorginstellingen met PE-participatie belicht. Naast de twee kraamzorginstellingen

²⁸ Zorginzicht. *Openbare data*: [Openbare data | Zorginzicht](#)

²⁹ Nederlandse zorgautoriteit. *Dataset Wachttijden medisch-specialistische zorg*: [Dataset Wachttijden medisch-specialistische zorg - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

³⁰ CIBG. *Jaarverantwoording in de zorg*: [VWS | Jaarverantwoording zorg \(desan.nl\)](#)

betreffen dit ook een ziekenhuis (subsector: medisch specialistische zorg) en een zorgpersoneel detacherende partij (subsector: overig).

Net zoals bij het bepalen van de omvang in zijn de analyses op het niveau van de individuele zorginstelling gedaan, waarbij, in gevallen waar een zorginstelling uit meerdere vestigingen bestaat, een correctie is doorgevoerd op basis van het aantal waarnemingen per vestiging. Deze correctie is nodig om de variatie in grootte tussen de verschillende vestigingen van dezelfde zorginstelling te normaliseren.

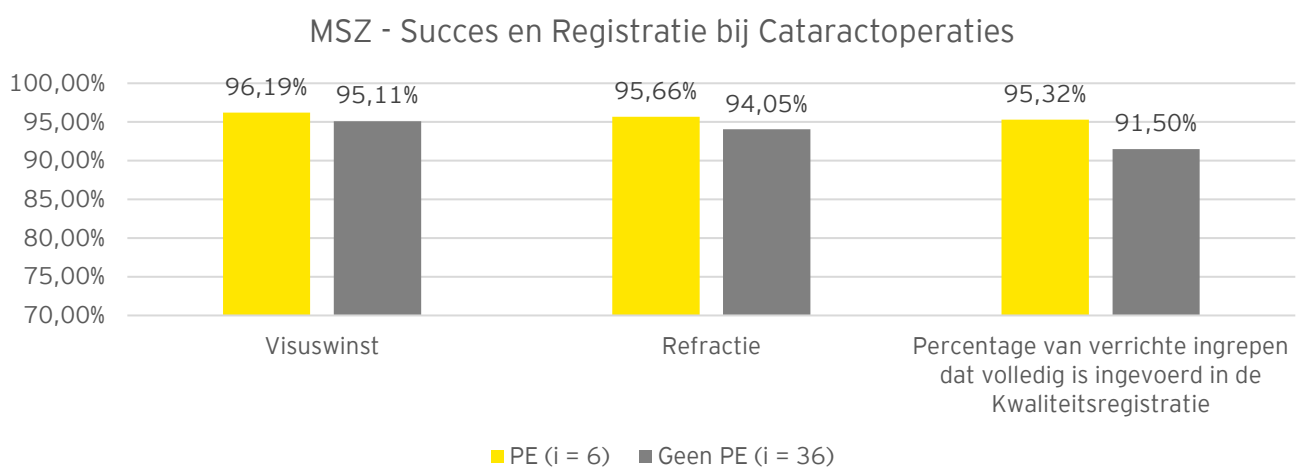
Er zijn geen databronnen geïdentificeerd waarbij, op basis van KvK-nummers, een onderscheid gemaakt kon worden tussen zorginstellingen met en zonder participatie van Private Equity, met betrekking tot informatie over toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg binnen de huisartsenzorg, mondzorg en paramedische zorg.

In de volgende paragrafen worden de indicatoren waarvoor een voldoende dataset beschikbaar was om een indicatie te geven van de verschillen gepresenteerd. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen een groep zorginstellingen met PE-participatie, aangeduid als "PE", en een controlegroep bestaande uit vergelijkbare zorginstellingen zonder PE-participatie, aangeduid als "Geen PE". Voor beide groepen is het aantal in de analyse betrokken zorginstellingen gespecificeerd ("i"), waarbij eveneens - waar beschikbaar - het totaal aantal waarnemingen per groep staat vermeld, gerapporteerd op het niveau van individuele vestigingen. Deze waarnemingen, aangeduid als "w", zijn gebruikt voor correcties op het niveau van de instelling. Dit proces dient om een gewogen gemiddelde op instellingsniveau te bereiken dat het relatieve aandeel van de vestigingen weerspiegelt. Verder biedt de optelsom van het aantal waarnemingen per zorginstelling ook inzicht in het absolute aantal registraties, waarmee de grootte van de respectievelijke groep verduidelijkt wordt.

Waar de initiële bevindingen een mogelijke indicatie gaven van statistische significante verschillen tussen zorginstellingen met en zonder PE-participatie, toonde verdere analyse op statistische significantie aan dat dergelijke verschillen niet aanwezig zijn. Dit kan deels verklaard worden door het beperkte aantal datapunten voor de groep zorginstellingen met PE-participatie, waardoor voor het identificeren van significante verschillen een uitzonderlijk groot effect aanwezig zou moeten zijn. Bovendien is er beroep gedaan op alternatieve statistische toetsen die een kleinere groepsomvang tolereren; deze hebben als nadeel dat de statistische kracht afneemt; ook bij deze toetsen zijn geen statistisch significante verschillen gevonden. Een voor de hand liggende verklaring zou kunnen zijn dat er in de werkelijkheid geen verband is tussen PE-participatie en verschillen in uitkomsten met betrekking tot betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg, echter is op basis van de beschikbare gegevens ook dit evenmin statistisch aan te tonen.

4.1 Kwaliteit

De evaluatie van zorgkwaliteit binnen het onderzoek concentreerde zich op succespercentages en complicatiepercentages van operaties binnen de medisch-specialistische zorg, patiënttevredenheid met betrekking tot uitgevoerde behandelingen in de geestelijke gezondheidszorg en de resultaten van enquêtes uitgevoerd binnen de kraamzorgsector. Binnen de medisch-specialistische zorg is in het bijzonder gekeken naar cataractoperaties en heupprotheses. Deze procedures zijn gekozen vanwege hun rol als kwaliteitsindicatoren door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en het feit dat deze procedures in klinieken worden uitgevoerd ³¹.



Figuur 18 succes en registratie bij cataractoperaties binnen de MSZ^{32, 33}

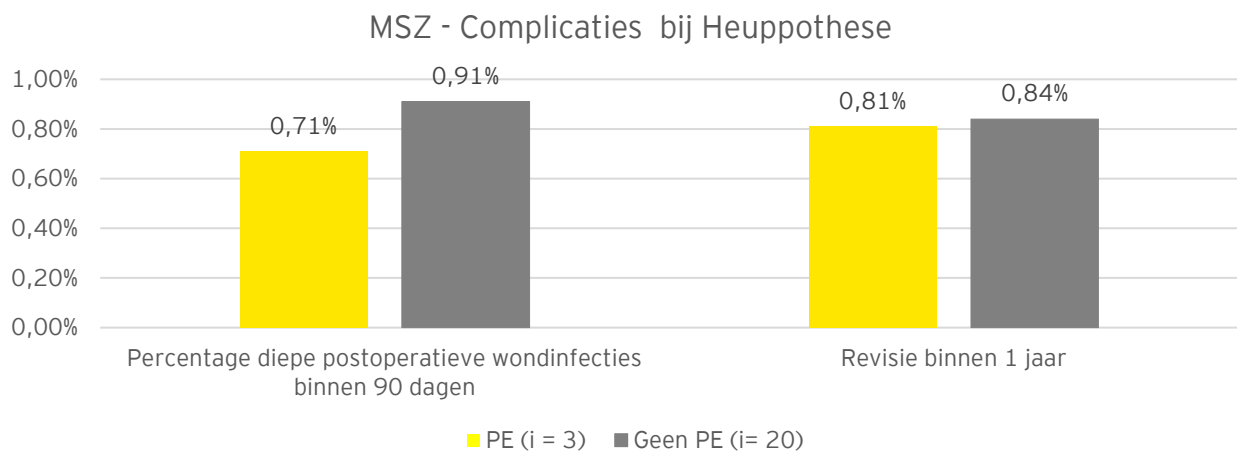
Om een zo gelijkwaardig mogelijke basis voor vergelijking te realiseren zijn klinieken onderling vergeleken. Voor deze analyse zijn algemene ziekenhuizen, categorale ziekenhuizen en universitaire medische centra uitgesloten om een zo consistent mogelijke vergelijking te verkrijgen. In **Figuur 18** is links het vergelijk weergegeven voor het percentage visuswinst, gedefinieerd als het aandeel operaties waarbij patiënten na een cataractoperatie een verbetering van minstens één regel op de visusschaal ervaren. Daarnaast is het vergelijk weergegeven voor de nauwkeurigheid van de refractie-uitkomst, zijnde het percentage operaties waarbij patiënten na 4 tot 6 weken binnen één dioptrie van de beoogde refractie uitkwamen. Rechts in de grafiek is het vergelijk weergegeven voor de volledigheid van registratie, te weten het aandeel verrichte ingrepen dat volledig is geregistreerd in het kwaliteitsregister. Beide groepen scoren hoog op alle drie de gepresenteerde indicatoren zonder noemenswaardige verschillen.

³¹ IGJ (2021). *Basisset Medisch Specialistische Zorg 2022*: [Basisset Medisch Specialistische Zorg 2022 | Indicatorenset | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd \(igj.nl\)](#)

³² Het was niet mogelijk om het exacte aantal waarnemingen per instelling voor beide groepen te bepalen.

³³ Om de leesbaarheid te vergroten, begint de grafiek bij 70%, hierdoor lijken de relatief kleine verschillen optisch groter.

In **Figuur 19** is een vergelijking gemaakt van complicaties tussen de twee groepen, specifiek gericht op diepe wondinfecties na plaatsing van heupprothesen. Links is het percentage patiënten dat binnen 90 dagen na een primaire totale heupprothese (THP) operatie diepe postoperatieve wondinfecties ontwikkelde weergegeven³⁴. Rechts is het gecorrigeerde percentage patiënten dat binnen één jaar na het plaatsen van een primaire heupprothese revisiechirurgie van de heup ondergaat³⁵. De visualisatie toont aan dat de verschillen tussen de groepen zeer klein zijn. Bij de postoperatieve wondinfecties binnen 90 dagen presteert de groep zorginstellingen met PE-participatie beter dan de groep zorginstellingen zonder PE-participatie. Ook bij de revisies binnen 1 jaar scoort de groep zorginstellingen met PE-participatie iets beter al is het verschil erg klein. Ter vergelijking, ziekenhuizen scoren op de indicator postoperatieve wondinfecties binnen 90 dagen 1,1% en het percentage revisies binnen 1 jaar komt voor ziekenhuizen op 1,2%.



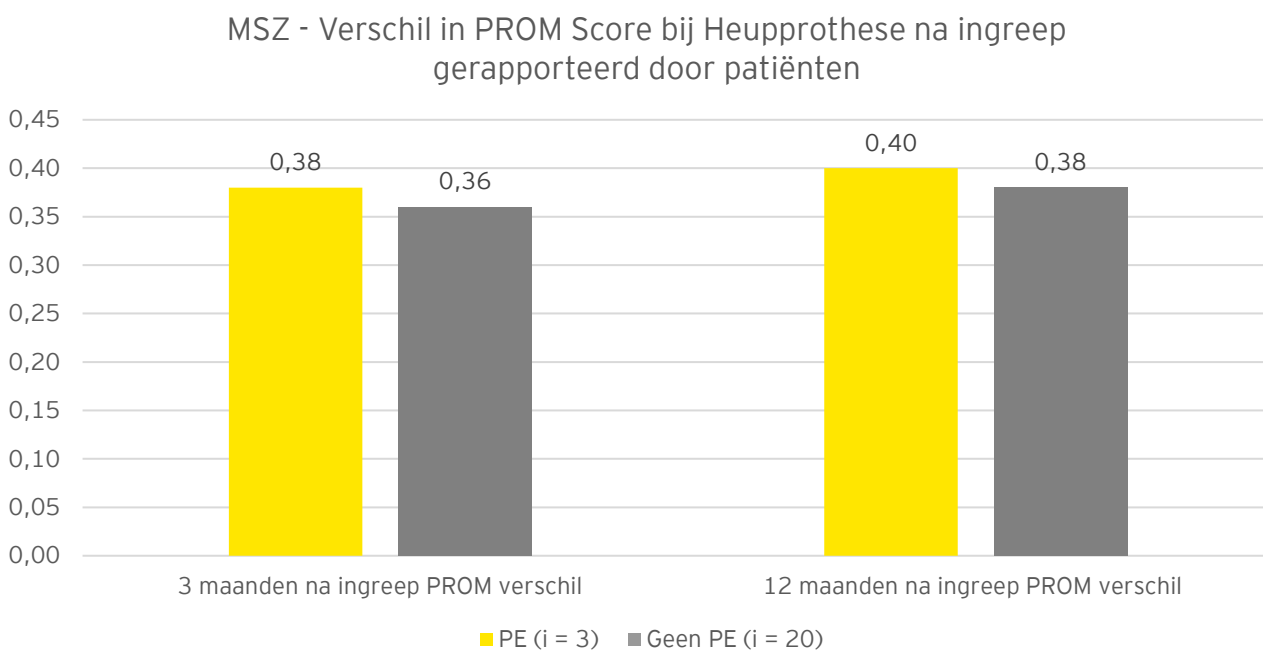
Figuur 19 complicaties na Heupprotheses binnen de MSZ³⁶

³⁴ Gecategoriseerd als ASA 1 of ASA 2 volgens de PREZIES-definitie weergegeven.

³⁵ Specifiek de cup en/of de femurcomponent.

³⁶ Het was niet mogelijk om het exacte aantal waarnemingen per instelling voor beide groepen te bepalen

In **Figuur 20** wordt een analyse gepresenteerd van de verschillen in PROM-scores. PROM, wat staat voor Patient-Reported Outcome Measures, verwijst naar scores die door patiënten zelf worden gerapporteerd, gebaseerd op vragenlijsten ingevuld vóór de operatie en vervolgens 3 en 12 maanden nadien. Deze scores weerspiegelen de door de patiënt ervaren verbetering in kwaliteit van leven postoperatief, uitgedrukt als een verschillingscore³⁷. Patiënten beoordelen hun ervaringen binnen vijf dimensies: mobiliteit, zelfredzaamheid, gebruikelijke activiteiten, pijn en angst, met als mogelijke antwoorden: geen problemen, incidentele problemen en ernstige problemen. De scores variëren van -0,5 tot 1 (met 1 als maximale score), waarbij de gerapporteerde resultaten aangeven dat de kwaliteit van leven voor beide groepen aanzienlijk is verbeterd ten opzichte van de gerapporteerde kwaliteit van leven voor de operatie, met een minimaal verschil tussen de groepen. Dit resultaat komt bijzonder gunstig naar voren in vergelijking met de gerapporteerde PROM-scores van ziekenhuizen, die respectievelijk op 0,25 en 0,27 liggen.



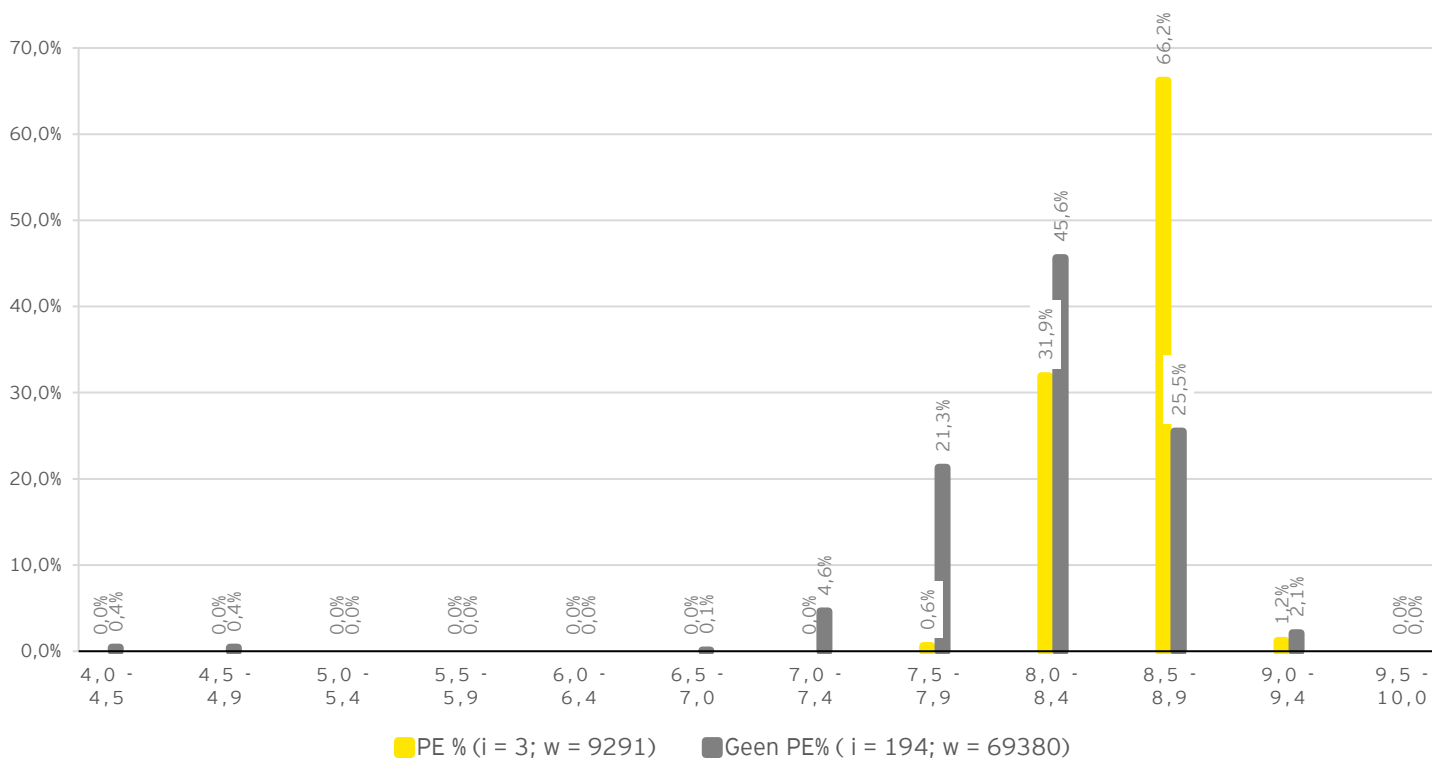
Figuur 20 PROM-score na heupprothese binnen de MSZ³⁸

³⁷ Deze verschillingscore is gecorrigeerd voor case-mix en omvat diverse variabelen zoals geslacht, leeftijd, Charnley-score, rookgedrag, ASA-classificatie, preoperatieve PROM-score en BMI, dit wederom om 'appels-met-appels' te kunnen vergelijken.

³⁸ Het was niet mogelijk om het exacte aantal waarnemingen per instelling voor beide groepen te bepalen.

In Figuur 21 is de distributie van patiënt gerapporteerde beoordelingen binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) weergegeven. Het betreft hier de vraag welk cijfer patiënten aan hun behandeling geven, met 10 als het hoogst mogelijke cijfer. Voor de groep zorginstellingen met PE-participatie betreft het meer dan 9.000 waarnemingen, verdeeld over drie zorginstellingen. Voor de groep zorginstellingen zonder PE-participatie omvat dit meer dan 69.000 waarnemingen. De analyse toont aan dat patiënten in zorginstellingen zonder PE-participatie vaker scores tussen 7,0 en 8,4 toekennen, terwijl in de groep zorginstellingen met PE-participatie scores tussen 8,5 en 8,9 vaker voorkomen. Het gewogen gemiddelde voor de groep zorginstellingen met PE-participatie is 8,51, tegenover een gewogen gemiddelde van 8,15 voor de groep zorginstellingen zonder PE-participatie. Beide groepen behalen hoge scores op het gebied van patiënttevredenheid over de behandeling binnen de geestelijke gezondheidszorg.

GGZ - Welk cijfer geeft u aan de behandeling?

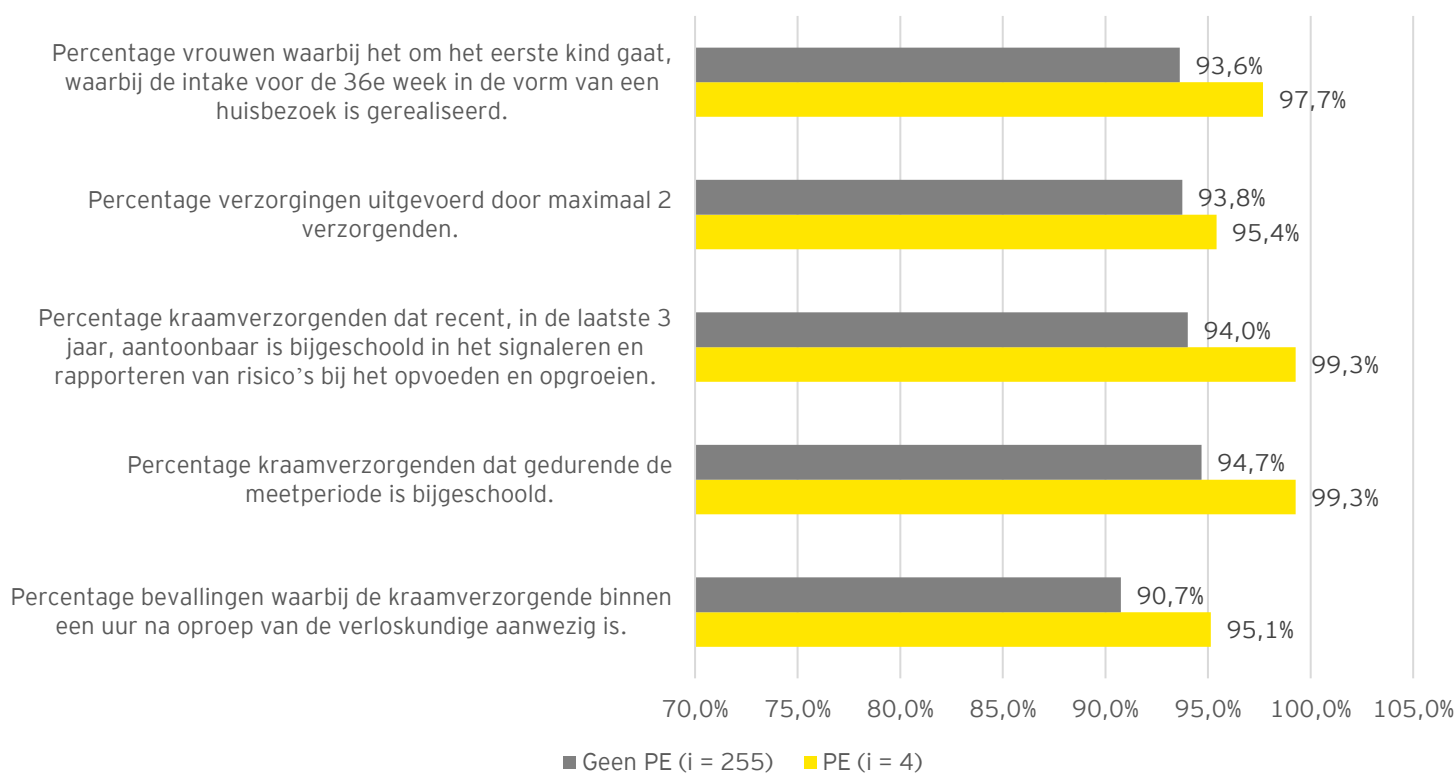


Figuur 21 distributie patiënt scores tevredenheid over behandeling binnen de GGZ³⁹

³⁹ Het was niet mogelijk om de gegevens nader te specificeren naar type behandeling of woon/zorgvorm.

In **Figuur 22** zijn vijf indicatoren binnen de kraamzorgsector weergegeven. Bij de selectie van deze indicatoren is gestreefd naar een goede afspiegeling van de kwaliteit binnen de beschikbare indicatoren in de dataset. De visualisatie toont dat zowel zorginstellingen met als zonder PE-participatie scores van boven de 90% halen. De groep zorginstellingen met PE-participatie scoort voor drie van de vijf indicatoren ongeveer 5% hoger dan de groep zorginstellingen zonder PE-participatie. Dit in acht nemend, behalen beide groepen consistent scores boven de 90%.

Kraamzorg Kwaliteitsuitkomsten Zorginstellingen



Figuur 22 kwaliteitsuitkomsten Kraamzorg^{40 41}

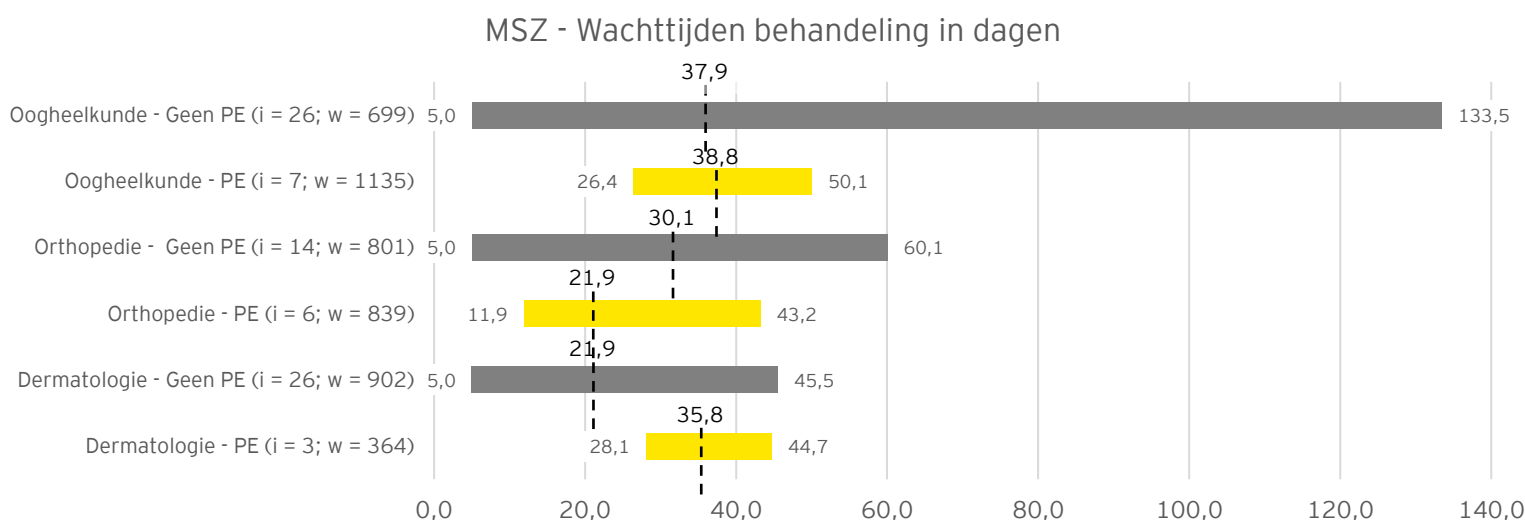
⁴⁰ Het exacte aantal waarnemingen per groep kon niet worden vastgesteld.

⁴¹ Merk op dat de x-as start bij 70%; indien deze bij 0% zou starten, zouden de verschillen tussen de groepen visueel minder opvallen.

4.2 Toegankelijkheid

In het kader van de evaluatie van zorgtoegankelijkheid, zijn twee indicatoren geanalyseerd, te weten: de wachttijden binnen de medisch specialistische zorg en de patiënttevredenheid ten aanzien van de bereikbaarheid in de geestelijke gezondheidszorg. Bij de analyse van wachttijden binnen de medisch-specialistische zorg, waarbij onderscheid is gemaakt op basis van type wachttijd, zoals behandeling, diagnostiek en polikliniekbezoeken, gaat het specifiek om de wachttijd in dagen. Als voorbeeld bij de behandelingen betreft dit de dagen wachttijd voor het ondergaan van cataractoperaties. Hierbij is de focus gelegd op zorginstellingen die zelf de behandelingen, diagnostische procedures en polikliniekbezoeken uitvoeren, zonder deze diensten uit te besteden aan derde partijen. Deze benadering is gekozen om de vergelijkingen tussen zorginstellingen zo consistent mogelijk te houden en een zo breed mogelijk beeld te verkrijgen, waarbij voor elk specialisme specifiek is gekeken naar één type behandeling om vergelijkbare analyses mogelijk te maken. De selectie van de specialismen is mede gebaseerd op de beschikbaarheid van voldoende gegevens binnen de groep zorginstellingen met PE-participatie.

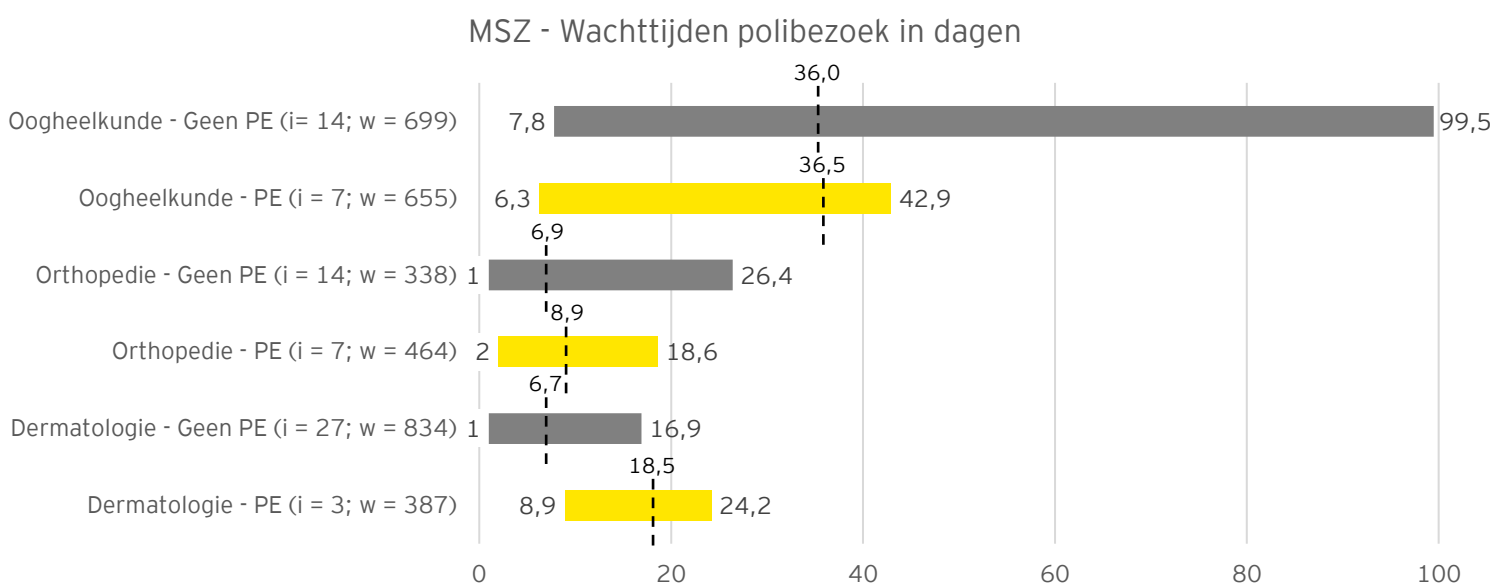
In de volgende grafieken wordt het bereik van de respectieve groepen via balkdiagrammen geïllustreerd. Deze balken tonen het bereik op zorginstellingsniveau, dat verkregen is door eerst op vestigingsniveau het aantal waarnemingen te analyseren. Vervolgens wordt, rekening houdend met het relatieve aandeel van elke vestiging, een gewogen gemiddelde score per zorginstelling berekend. Dit zorgt ervoor dat de bijdrage van elke vestiging aan de totaalscore van de zorginstelling wordt gecorrigeerd. Voor zowel de groep zorginstellingen met PE-participatie als de groep zonder dergelijke participatie wordt vervolgens de zorginstelling met de hoogste en laagste score getoond. Het weergegeven bereik omvat de scores van alle zorginstellingen binnen de betreffende groepen, van hoog naar laag. Het is mogelijk dat individuele vestigingen scores hebben die buiten dit bereik vallen, maar de weergave focust op zorginstellingsniveau, niet op vestigingsniveau. Binnen deze balken zijn gestippelde lijnen aangebracht die het gewogen gemiddelde van elke groep vertegenwoordigen.



Figuur 23 wachttijd in dagen voor het verkrijgen van een behandeling in de MSZ

In **Figuur 23** worden de wachttijden voor behandelingen binnen diverse disciplines in de medisch-specialistische zorg (MSZ) vergeleken tussen twee groepen klinieken. Voor deze analyse zijn algemene

ziekenhuizen, categorale ziekenhuizen en universitaire medische centra uitgesloten om een zo consistent mogelijke vergelijking te verkrijgen. Tevens is in de analyse van de specialisaties rekening gehouden met de diversiteit in behandelingstypen, waarvoor correcties zijn toegepast. Het dient benadrukt te worden dat het gewogen gemiddelde voor de twee groepen fluctueert, afhankelijk van de specialisatie binnen de medisch-specialistische zorg, waarbij het soms hoger en soms lager uitvalt voor de respectievelijke groepen. Specifiek ligt het gewogen gemiddelde binnen de orthopedie voor de groep zorginstellingen met PE-participatie lager dan voor de groep zorginstellingen zonder PE-participatie. Daarentegen vertoont het gewogen gemiddelde binnen de dermatologie voor de groep zorginstellingen zonder PE-participatie een lager cijfer in vergelijking met de groep zorginstellingen met PE-participatie. Het bereik van de waarnemingen voor de groep zorginstellingen met PE-participatie valt consequent binnen het bereik van de controlegroep zorginstellingen zonder PE-participatie, wat wijst op een minder grote spreiding van waarnemingen binnen de PE-groep. Dit kan deels verklaard worden door het lagere aantal opgenomen zorginstellingen in de PE-groep. Desalniettemin wordt opgemerkt dat ondanks het kleinere aantal opgenomen zorginstellingen in de PE-groep, het aantal waarnemingen per zorginstelling consequent hoger ligt dan in de controlegroep zorginstellingen zonder PE-participatie. Het vaststellen van een causaal verband op basis van deze gegevens is niet mogelijk, dit kan namelijk voortkomen uit het feit dat de zorginstellingen waarin PE participeert inherent groter zijn, of alternatief, dat er in PE-geparticipeerde zorginstellingen meer registraties plaatsvinden.

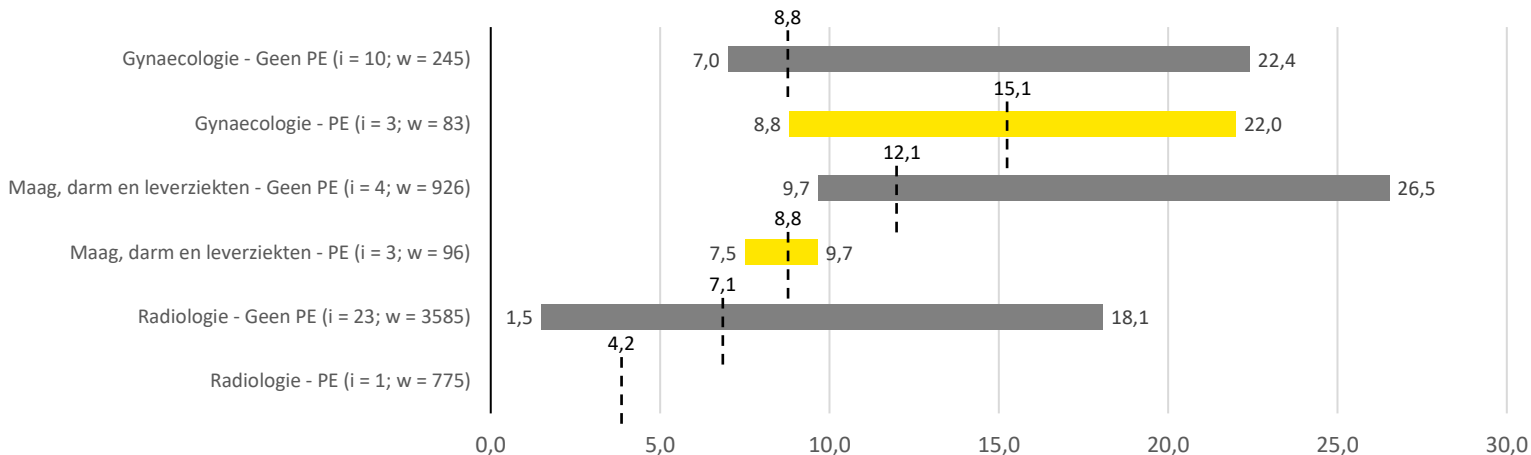


Figuur 24 wachttijd in dagen voor het bezoeken van een polikliniek in de MSZ

Met dezelfde methodiek zijn de wachttijden voor polikliniekbezoeken onderzocht (**Figuur 24**). Hierbij is geconstateerd dat niet alle partijen die de behandelingen uitvoeren ook de polikliniekbezoeken verzorgen, en vice versa, zelfs binnen hetzelfde specialisme. Dit leidt tot een variërend aantal zorginstellingen per specialisme en, in sommige gevallen, tot een andere samenstelling van zorginstellingen. Uit de analyse van het gewogen gemiddelde voor de diverse specialismen blijkt dat er tussen beide groepen, zowel in de oogheelkunde als in de orthopedie, weinig verschil is. In de

dermatologie echter, vertoont de groep zorginstellingen zonder PE-participatie substantieel lagere scores dan de groep zorginstellingen met PE-participatie. Het gewogen gemiddelde van de wachttijd voor de groep zorginstellingen met PE-participatie binnen de dermatologie overschrijdt bovendien de bovengrens van het bereik van de groep zorginstellingen zonder PE-participatie, wat suggereert dat binnen dit specifieke specialisme de wachttijden voor zorginstellingen met PE-participaties substantieel langer kunnen zijn dan voor zorginstellingen zonder PE-participaties. Daarnaast is opvallend dat het aantal waarnemingen, teruggebracht naar het niveau van de zorginstellingen, consistent hoger is in de groep zorginstellingen met PE-participatie. Op basis van de beschikbare data en **Figuur 24** kan geen causaal verband worden vastgesteld.

MSZ - Wachttijden diagnostiek in dagen

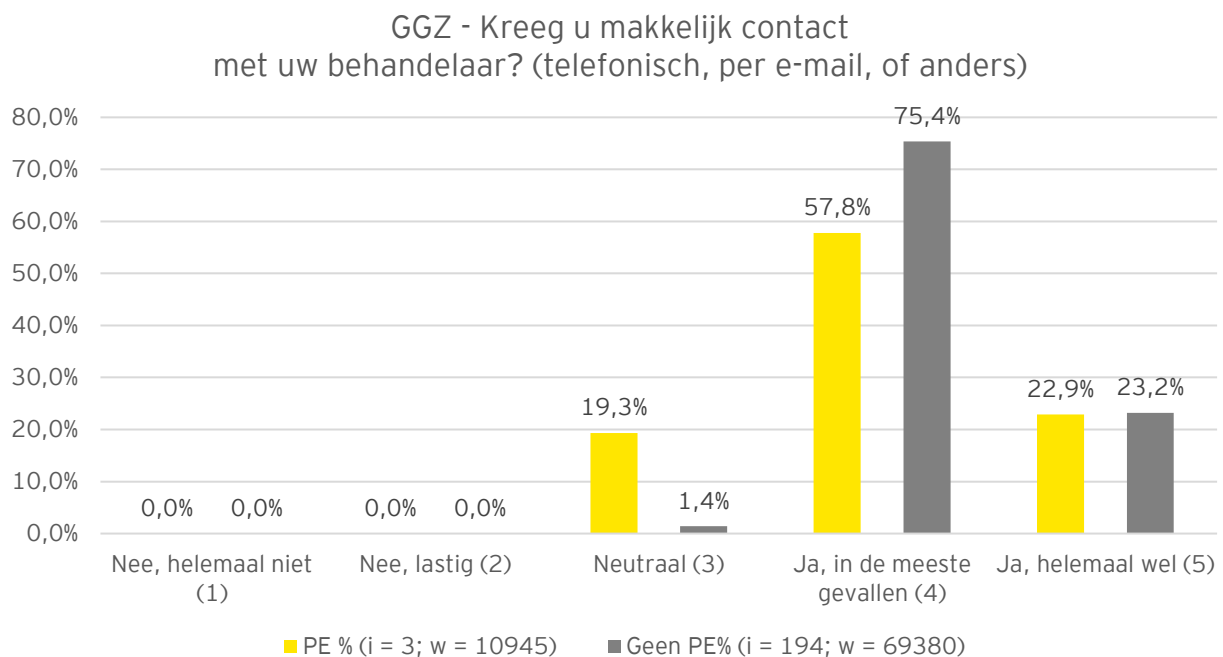


Figuur 25 wachttijd in dagen voor het verkrijgen van Diagnostiek in de MSZ⁴²

Gebruikmakend van dezelfde analysemethode zijn ook de wachttijden voor diagnostische procedures onderzocht. Echter, voor dezelfde specialismen was het niet altijd mogelijk om de diagnostische wachttijden vast te stellen, voornamelijk vanwege de beperktere beschikbaarheid van data en de noodzaak om twee vergelijkbare groepen te vormen. Het gewogen gemiddelde is opnieuw geïllustreerd met een stippellijn in **Figuur 25**. Daarnaast is een correctie toegepast voor specifieke behandelingstypen binnen elke specialisatie; zo is bijvoorbeeld binnen de gynaecologie uitsluitend gekeken naar het afnemen van een uitstrijkje voor het opsporen van baarmoederhalsafwijkingen. Analyse van het gewogen gemiddelde toont aan dat in twee van de drie specialismen de wachttijden voor de groep zorginstellingen met PE-participatie korter zijn dan voor de groep zorginstellingen zonder PE-participatie. In het geval waar de wachttijden voor de groep zorginstellingen zonder PE-participatie korter waren, de gynaecologie, was het verschil met de groep zorginstellingen met PE-participatie substantieel. Voor

⁴² In de categorie radiologie is, ondanks dat er slechts één instelling in de PE-groep valt (waardoor er geen balk zichtbaar is in de grafiek), besloten deze toch op te nemen. Deze beslissing, genomen in overleg met het Ministerie van VWS, is gebaseerd op het feit dat deze ene instelling 775 waarnemingen vertegenwoordigt.

gynaecologie valt het bereik van de groep zorginstellingen met PE-participatie binnen dat van de groep zorginstellingen zonder PE-participatie. Bij de groep voor maag-, darm- en leverziekten zijn de wachttijden voor de groep zorginstellingen met PE-participatie korter dan die van de groep zorginstellingen zonder PE-participatie, zonder overlap. Dit suggereert dat voor het specialisme maag, darm en leverziekten de wachttijden voor zorginstellingen met PE-participatie korter zijn dan voor zorginstellingen zonder PE-participatie.



Figuur 26 patiënt gerapporteerde scores binnen de GGZ op de vraag: Kreeg u makkelijk contact met uw behandelaar?

In **Figuur 26** is de verdeling van door patiënten gerapporteerde scores binnen de geestelijke gezondheidszorg weergegeven. Voor de groep zorginstellingen met PE-participatie omvat dit bijna 11 duizend waarnemingen verspreid over drie zorginstellingen, terwijl voor de groep zorginstellingen zonder PE-participatie dit betrekking heeft op ongeveer 69 duizend waarnemingen over 194 zorginstellingen. Uit de visualisatie blijkt dat de groep zorginstellingen met PE-participatie een hogere neutrale score van 3 behaalt, vergeleken met de groep zorginstellingen zonder PE-participatie. De groep zorginstellingen zonder PE-participatie rapporteert daarentegen hoger op zowel score 4 als de maximale score 5. Het gewogen gemiddelde bedraagt voor de groep zorginstellingen met PE-participatie 3,87 en voor de groep zorginstellingen zonder PE-participatie 4,18. Het verschil in het gewogen gemiddelde tussen de twee groepen ten aanzien van de maximale totaalscore bedraagt 6,2%, waarbij de groep zorginstellingen zonder PE-participatie beter bereikbaar lijkt te zijn dan de groep zorginstellingen met PE-participatie. Desondanks komt het gewogen gemiddelde van beide groepen overeen met de antwoordcategorie 'Ja, in de meeste gevallen', wat aangeeft dat de instellingen in beide groepen over het algemeen goed bereikbaar zijn.

4.3 Betaalbaarheid

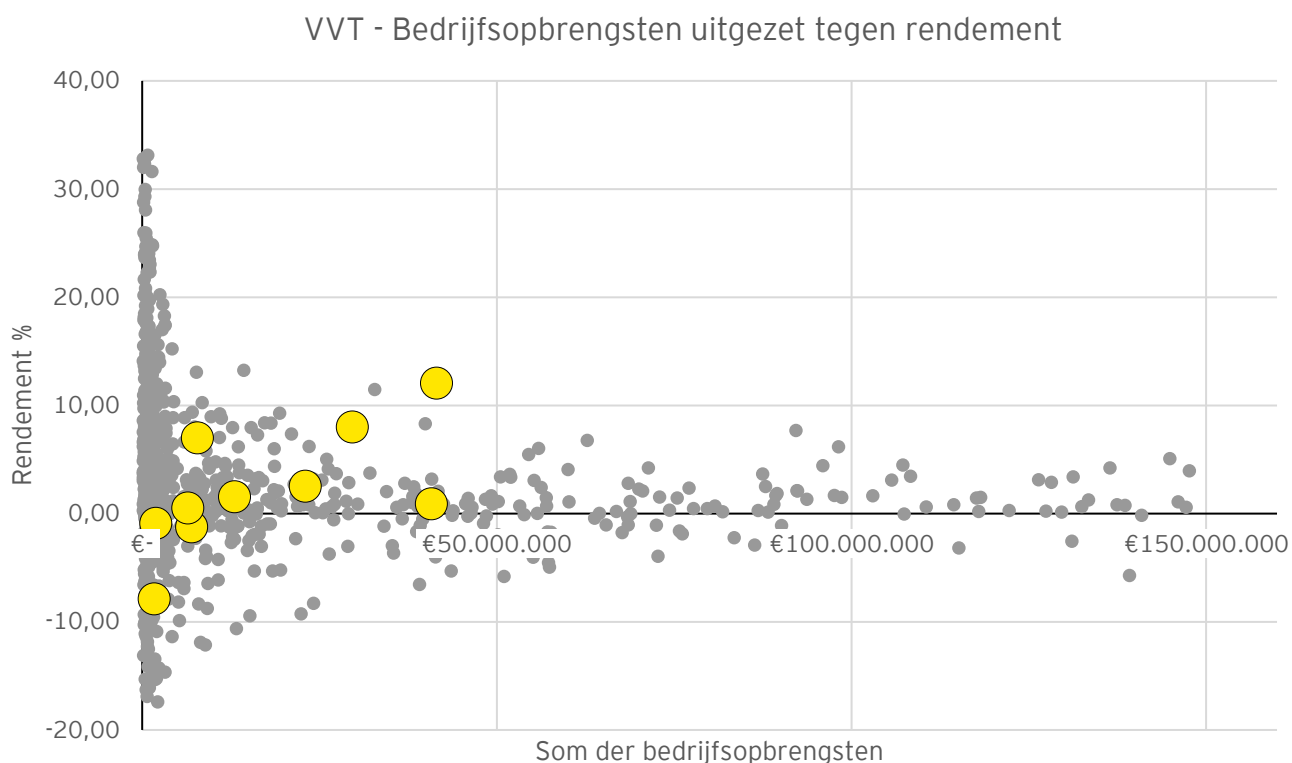
In het kader van het onderzoek gericht op de betaalbaarheid van de zorg is vanwege het ontbreken van toegang tot de primaire declaratiedata van Vektis, in overleg met het Ministerie van VWS, besloten om de financiële prestaties van zorginstellingen met en zonder PE-participatie te onderzoeken. Deze benadering is gekozen om te beoordelen of er substantiële verschillen zijn in de financiële resultaten en gezondheid tussen zorginstellingen met en zonder PE-participatie. De analyse omvat een beoordeling van rendementen, bedrijfsopbrengsten, liquiditeit, solvabiliteit en operationele prestaties, gemeten aan de hand van de ratio van zorgpersoneel ten opzichte van het totale personeel en verzuimpercentages.

Voor deze analyse is gebruik gemaakt van scatterplots. Deze plots geven visueel de zorginstellingen weer, verdeeld over de twee groepen; de groep zorginstellingen met en de groep zorginstellingen zonder PE-participatie. De gekozen subsectoren zijn de VVT en de GGZ, omdat hier een deponeringsplicht geldt en de jaarrekeningen over het algemeen completer zijn dan in bijvoorbeeld de subsector mondzorg. Hoewel voor de medisch specialistische zorg eveneens een deponeringsplicht geldt, is deze subsector niet in de analyse opgenomen vanwege zijn heterogene aard, veroorzaakt door de diversiteit aan specialismen en de inclusie van zowel ziekenhuizen als klinieken.

Bedrijfsopbrengsten versus rendement

In de onderstaande grafieken worden zorginstellingen met PE-participatie weergegeven door gele cirkels en zorginstellingen zonder PE-participatie door grijze cirkels. Om de visuele herkenbaarheid te vergroten, zijn de gele cirkels groter gemaakt. Dit impliceert geen verschil in omvang, volume of andere indicatoren tussen de groepen. De grafieken tonen de bedrijfsopbrengsten op de x-as tegenover het rendement in percentages op de y-as. Het rendement (%) wordt berekend door het netto resultaat te delen door de som der bedrijfsopbrengsten. Het is belangrijk te vermelden dat het rendement op de y-as ook negatief kan zijn, wat aangeeft dat de exploitatie niet kostendekkend is. Een positief rendement draagt bij aan de groei van het eigen vermogen. Om de data te zuiveren, zijn uitbijters verwijderd door de bovenste en onderste 5% van de waarnemingen in zowel rendement als bedrijfsopbrengsten te filteren.

Opvallend is dat in beide grafieken (**Figuur 27** en **Figuur 28**) een clustering van zorginstellingen zichtbaar is bij een bedrijfsopbrengst onder de 10 miljoen, conform de bevindingen uit het eerste deel van dit onderzoek, waar geconcludeerd werd dat de meerderheid van de zorginstellingen zich binnen deze omvang grootte bevindt. Hoewel veel zorginstellingen dicht tegen de y-as aan liggen, duidt dit niet op bedrijfsopbrengsten van nul euro, maar eerder op bedrijfsopbrengsten van enkele miljoenen. De x-as strekt zich uit tot een bedrijfsopbrengst van 150 miljoen euro.



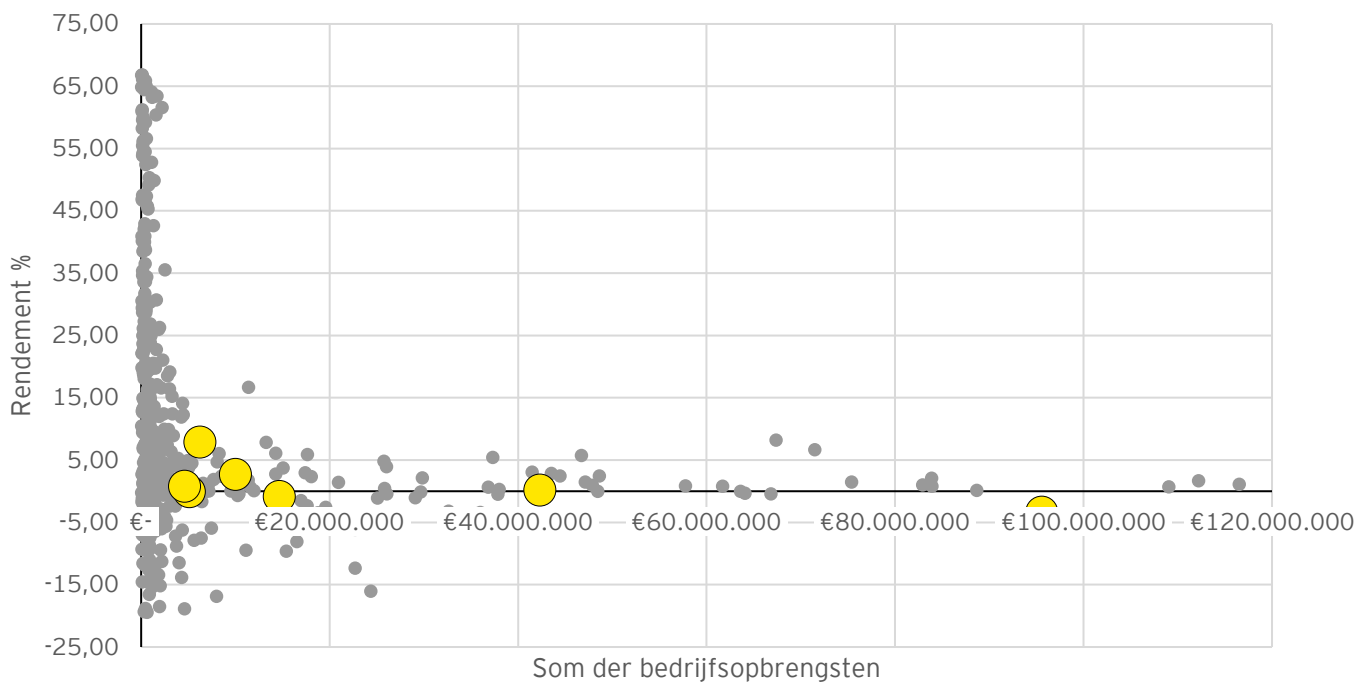
Figuur 27 weergave van zorginstellingen met en zonder PE-participatie binnen de VVT (Geel vs. Grijs)⁴³

Figuur 27, gericht op de VVT-sector, illustreert dat er geen opmerkbare verschillen in verdeling of clustering zijn tussen zorginstellingen met PE-participatie en die zonder PE-participatie. Beide groepen bevatten zorginstellingen met zowel positieve als negatieve rendementen. Opvallend is dat slechts één zorginstelling met PE-participatie een rendement hoger dan 10% realiseert en geen enkele zorginstelling met PE-participatie in de VVT-sector een omzet van meer dan 50 miljoen heeft. Deze visualisatie biedt geen grond voor de aanname dat de groep zorginstellingen met PE-participatie rendementen behaalt die niet voorkomen in de groep zorginstellingen zonder PE-participatie, noch is er een onderscheidend patroon tussen beide groepen waarneembaar.

⁴³ Door het uitsluiten van de bovenste en onderste 5% van de data, zijn er uitsluitend instellingen zonder PE-participatie geëxcludeerd; geen enkele instelling met PE participatie is uitgesloten. Hieruit volgt dat binnen de dataset geen instellingen met PE participatie zijn geïdentificeerd die bedrijfsopbrengsten van meer dan 150 miljoen hebben binnen de VVT.

Figuur 28, toegespitst op de GGZ, toont aan dat er geen noemenswaardige verschillen zijn tussen zorginstellingen met PE-participatie en zorginstellingen zonder PE-participatie. In beide categorieën komen zorginstellingen voor met zowel positieve als negatieve rendementen. Het is opmerkelijk dat binnen deze subsector geen zorginstellingen met PE-participatie een rendement van meer dan 10% heeft. Daarnaast registreert binnen deze subsector één zorginstelling met PE-participatie een omzet van meer dan 50 miljoen euro. Deze visualisatie ondersteunt niet de veronderstelling dat zorginstellingen met PE-participatie andere rendementen behalen in vergelijking met zorginstellingen zonder PE-participatie, en er is geen duidelijk onderscheidend patroon tussen de twee groepen zichtbaar.

GGZ - Bedrijfsopbrengsten uitgezet tegen rendement



Figuur 28 weergave van zorginstellingen met en zonder PE-participatie binnen de GGZ (Geel vs. Grijs)⁴⁴

Solvabiliteit versus liquiditeit

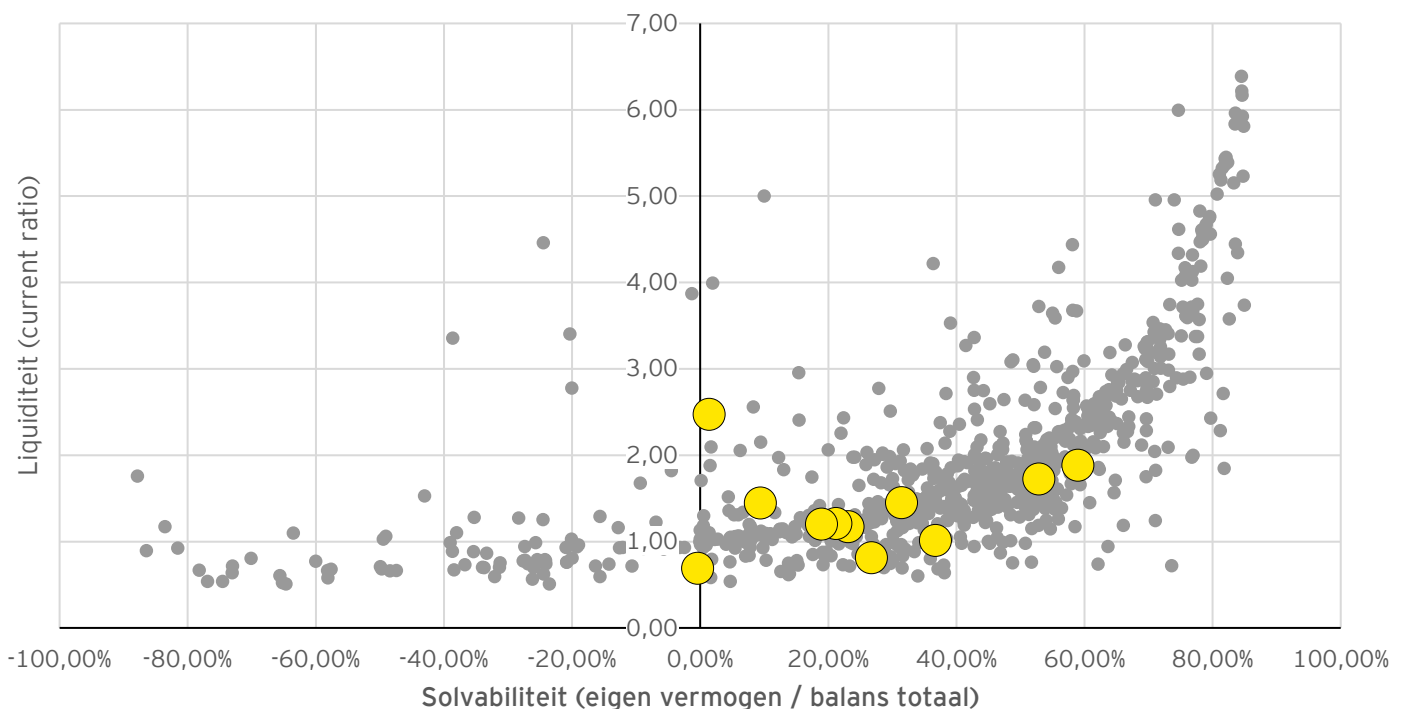
De volgende twee grafieken (Figuur 29 en **Figuur 30**) tonen een analyse van de financiële gezondheid van de zorginstellingen door de solvabiliteit en liquiditeit tegen elkaar af te zetten. Op de x-as wordt de solvabiliteitsratio afgebeeld, die de verhouding tussen het eigen vermogen en het totale balanstotaal in procenten weergeeft. Deze ratio kan ook negatief zijn indien het eigen vermogen van de zorginstelling negatief uitvalt. De solvabiliteitsratio is een indicatie van het vermogen van zorginstellingen om op lange termijn hun schulden te voldoen en illustreert de mate van afhankelijkheid van vreemd vermogen. Een

⁴⁴ Door het uitsluiten van de bovenste en onderste 5% van de data, zijn er uitsluitend instellingen zonder PE-participatie geëxcludeerd; geen enkele instelling met PE participatie is uitgesloten. Hieruit volgt dat binnen de dataset geen instellingen met PE participatie zijn geïdentificeerd die bedrijfsopbrengsten van meer dan 100 miljoen hebben binnen de GGZ.

hogere solvabiliteit duidt op een grotere financiële stabiliteit, waarbij de zorginstelling minder afhankelijk is van externe financiering, aangezien een substantieel deel van de activa met eigen vermogen is gefinancierd. Dit is niet alleen voordelig voor de bedrijfsvoering, maar verbetert ook de kansen bij het aanvragen van financieringen, gezien het voor financiers een lager risico op lange-termijninsolvabiliteit impliceert.

Op de y-as wordt de liquiditeitspositie weergegeven door de current ratio, die de verhouding tussen de totale vlottende activa en kortlopende schulden analyseert. Deze ratio wordt gebruikt om te beoordelen of een onderneming in staat is om aan haar korte termijn betaalverplichtingen te voldoen. Een current ratio van minimaal 1,5 wordt doorgaans gezien als een indicatie van een financieel gezonde onderneming, aangezien de vlottende activa dan ten minste 1,5 keer groter zijn dan de kortlopende schulden. Voor een gezonde zorginstelling is het ideaal om een current ratio van circa 1,5 te hebben en een solvabiliteitsratio van ongeveer 25% of hoger. Er is een correctie toegepast door de bovenste 5% van de uitbijters te excluseren, zowel voor de solvabiliteit als voor de liquiditeit.

VVT - Solvabiliteit uitgezet tegen liquiditeit



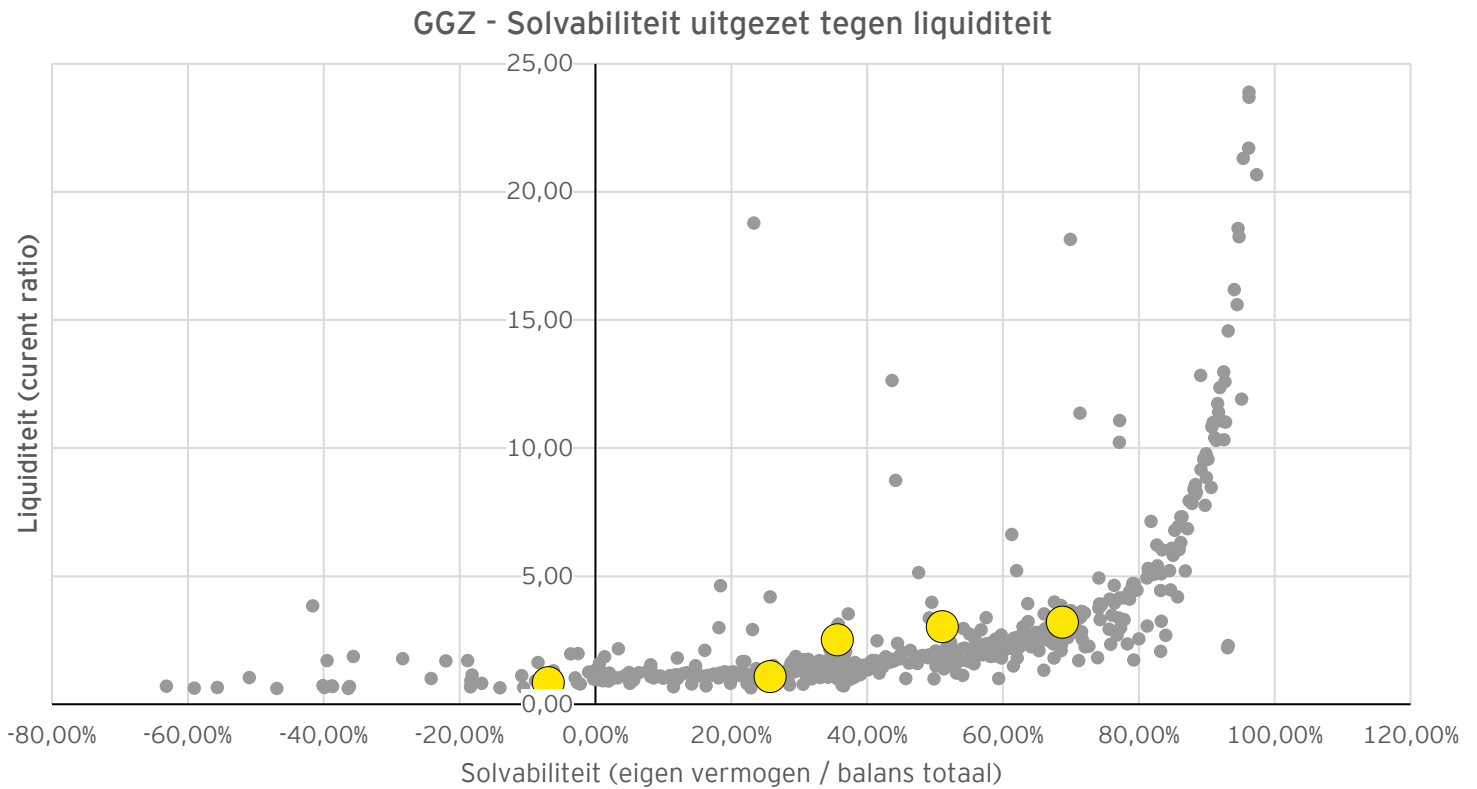
Figuur 29 financiële gezondheid van VVT-instellingen met versus zonder PE-participatie (Geel vs. Grijs)⁴⁵

⁴⁵ Door het uitsluiten van de bovenste en onderste 5% van de data, zijn er uitsluitend instellingen zonder PE-participatie geëxcludeerd; geen enkele instelling met PE-participatie is uitgesloten.

Figuur 29, gericht op de financiële gezondheid van instellingen binnen de VVT-sector, laat zien dat binnen de groep zorginstellingen met PE-participatie er slechts één zorginstelling is met een negatieve solvabiliteit, terwijl de overige zorginstellingen positieve solvabiliteitswaarden vertonen. In de groep zorginstellingen zonder PE-participatie is er eveneens een aantal zorginstellingen met een negatieve solvabiliteit, wat deels verklaard kan worden door de grotere omvang van deze groep zorginstellingen. Desalniettemin vertoont het merendeel van de zorginstellingen in beide groepen een positieve solvabiliteit. Met betrekking tot liquiditeit blijkt dat het grootste deel van de zorginstellingen een score tussen 1 en 2 behaalt. Ongeveer de helft van de zorginstellingen met Private Equity-participatie heeft een solvabiliteitsratio die lager is dan 25%. Een directe causale verklaring voor deze bevinding is op basis van de beschikbare gegevens niet vast te stellen. Deze resultaten kunnen gerelateerd zijn aan de relatief kleine omvang van de groep zorginstellingen met PE-participatie. Ook is er geen duidelijke clustering of patroon te onderscheiden voor de groep zorginstellingen met PE-participatie ten opzichte van de groep zorginstellingen zonder PE-participatie.

Figuur 30 op de volgende pagina met betrekking tot de GGZ toont dat binnen de groep zorginstellingen met PE-participatie er één zorginstelling een negatieve solvabiliteit heeft. Daarentegen hebben drie van de vijf zorginstellingen met PE-participatie een solvabiliteit die gelijk aan of hoger is dan het sectorgemiddelde van 36,3%. In vergelijking toont de groep zorginstellingen zonder PE-participatie een breder scala aan waarden, zowel aan de boven- als onderkant, wat toegeschreven kan worden aan de grotere omvang van deze groep. Wat betreft liquiditeit, hebben drie van de vijf zorginstellingen met PE-participatie een score hoger dan 1,5. Bij de groep zorginstellingen zonder PE-participatie is er een opvallend aantal zorginstellingen dat een aanzienlijk hoge liquiditeit rapporteert.

Bij het analyseren van de combinatie van solvabiliteit en liquiditeit blijkt dat de verdeling voor de groep zorginstellingen met PE-participatie niet wezenlijk verschilt van de groep zorginstellingen zonder PE-participatie. Ook is er geen specifieke clustering waarneembaar die mogelijke overeenkomsten suggereert op basis van de aan- of afwezigheid van PE-participatie.



Figuur 30 financiële gezondheid van GGZ-instellingen met versus zonder PE-participatie (Geel vs. Grijs)⁴⁶

In de grafieken (**Figuur 31** en **Figuur 32**) hieronder wordt de ratio van zorgpersoneel ten opzichte van het totale personeel voor zorginstellingen met en zonder PE-participatie op de x-as afgezet tegen het verzuimpercentage op de y-as. Het doel is om te onderzoeken of de samenstelling van zorgpersoneel aanmerkelijk verschilt tussen zorginstellingen met en zonder PE-participatie en hoe verzuimpercentages zich tussen deze groepen verhouden. Voor een heldere visuele presentatie begint de x-as bij 20%. Er is een correctie toegepast op de onderste 5% van de zorginstellingen op basis van de zorgpersoneel/totaalpersoneel ratio om uitbijters aan te passen. Bovendien zijn zorginstellingen met een 100% zorgpersoneel/totaalpersoneel ratio uitgesloten, aangezien dit veel zorginstellingen betrof. Dit wijst op het vermoeden dat, door de wijze van rapportage, geen onderscheid is gemaakt tussen verschillende personeelstypen, waardoor deze resultaten als oninterpreteerbaar worden beschouwd. Hierdoor zijn zowel enkele zorginstellingen met als zonder PE-participatie uitgesloten. Aan de y-as zijn de bovenste 5% van de zorginstellingen gefilterd om onevenredige uitbijters te verwijderen, en alle zorginstellingen met een verzuimpercentage van 0% zijn eveneens uitgesloten, aangezien de frequentie suggereert dat dit waarschijnlijk een standaardwaarde is binnen de dataset. Hoewel verzuim en de

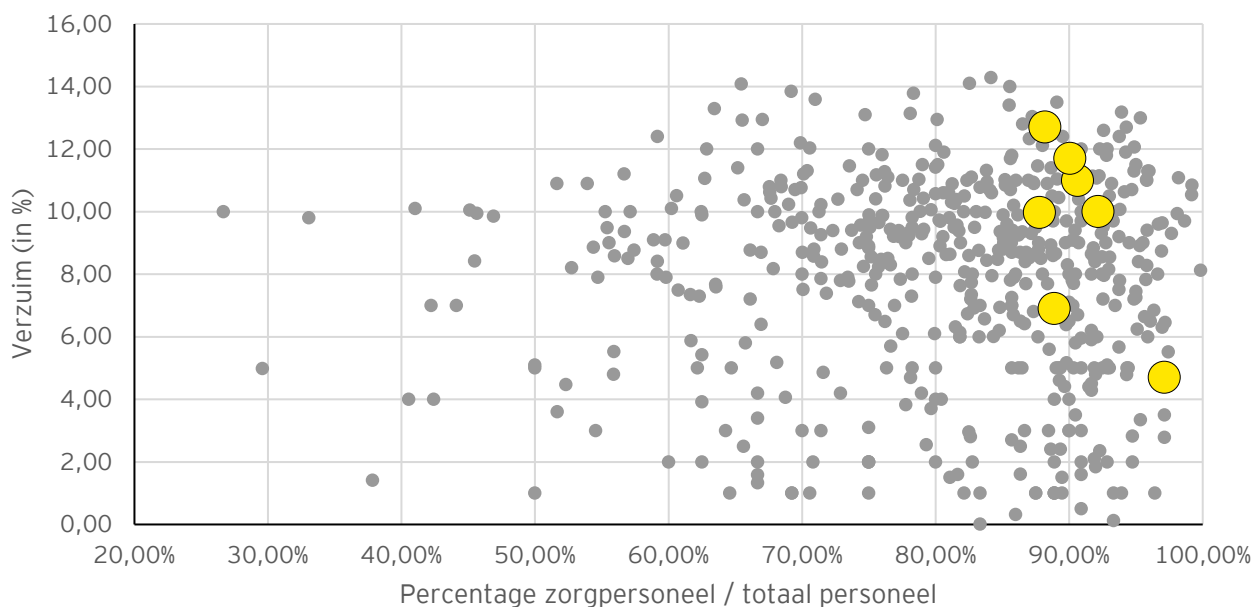
⁴⁶ Door het uitsluiten van de bovenste en onderste 5% van de data, zijn er uitsluitend instellingen zonder PE-participatie geëxcludeerd; geen enkele instelling met PE-participatie is uitgesloten.

samenstelling van het personeel niet direct indicatief zijn voor de betaalbaarheid van de zorg, maar eerder wijzen op de operationele prestaties, kan hoger verzuim leiden tot de noodzaak van het inhuren van niet in loondienst zijnde personeel (PNIL). Dit kan uiteindelijk de betaalbaarheid negatief beïnvloeden. Daarnaast kan een onevenwichtige verhouding tussen zorgpersoneel en het totale personeelsbestand ertoe leiden dat zorgpersoneel wordt overbelast. Dit kan resulteren in hoger verzuim en verminderde werktevredenheid, wat weer negatieve gevolgen kan hebben voor het behoud van personeel.

Operationele performance

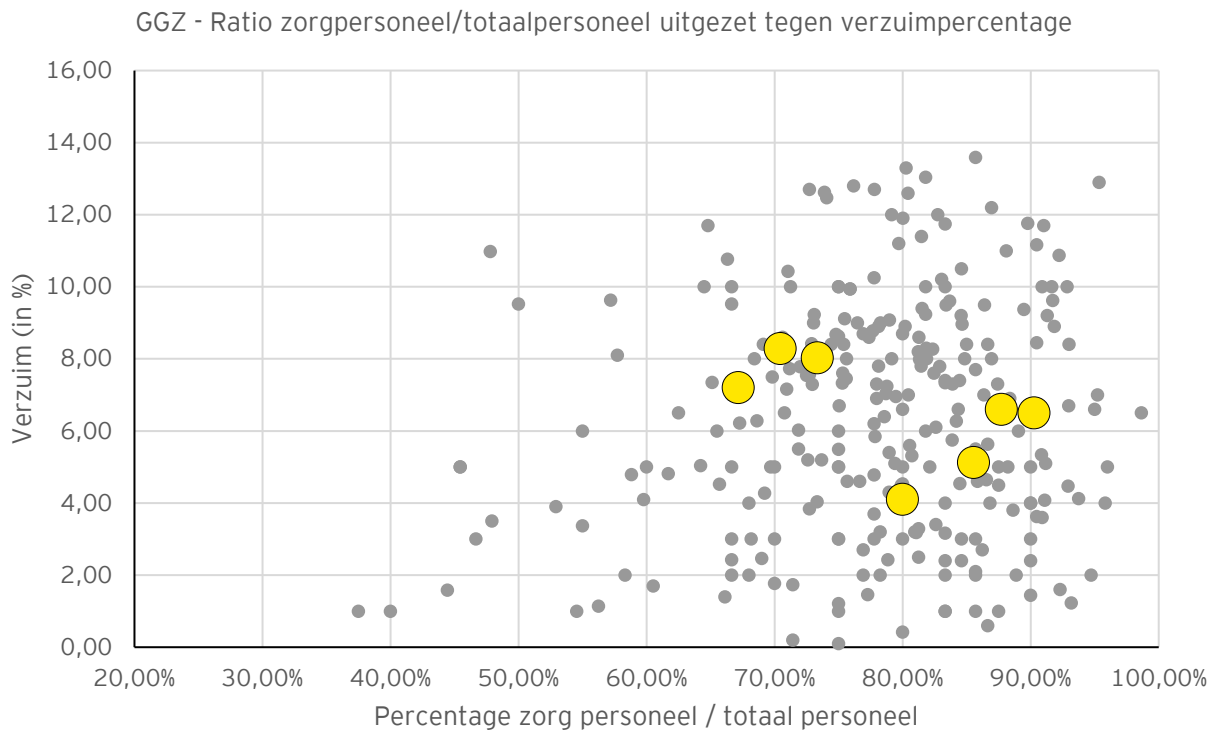
Figuur 31 over de VVT-sector laat zien dat de ratio van zorgpersoneel ten opzichte van het totale personeel voor de groep zorginstellingen met PE-participatie overeenkomt met de mediane waarde van 88,6% voor de gehele VVT-sector. De spreiding binnen de groep zorginstellingen zonder PE-participatie is breder, wat te wijten is aan de grotere groepsgrootte door de inclusie van meer zorginstellingen. Wat betreft verzuim, het sectorgemiddelde in de VVT bedraagt 9,2%. Binnen de groep zorginstellingen met PE-participatie zijn er zorginstellingen die zowel boven als onder dit gemiddelde scores. De spreiding van verzuimpercentages binnen de groep zorginstellingen met PE-participatie verschilt niet noemenswaardig van die in de groep zorginstellingen zonder PE-participatie. Deze visualisatie geeft geen aanleiding om te concluderen dat PE-participatie een indicator is voor een hoger of lager verzuim, noch voor een hogere of lagere ratio van zorgpersoneel ten opzichte van het totale personeel.

VVT - Ratio zorgpersoneel/totaalpersoneel uitgezet tegen verzuimpercentage



Figuur 31 operationele performance zorginstellingen van VVT-instellingen met versus zonder PE-Participatie (Geel vs. Grijs)

Figuur 32 betreffende de GGZ-sector toont dat de ratio van zorgpersoneel ten opzichte van het totale personeel voor zorginstellingen met PE-participatie vergelijkbaar is met de mediaan van 81% binnen de GGZ. Een bredere spreiding is zichtbaar binnen de groep zorginstellingen zonder PE-participatie, wat toegeschreven kan worden aan de grotere omvang van deze groep door de inclusie van meer zorginstellingen. Met betrekking tot verzuim, het sectorgemiddelde in de GGZ staat op 6,2%. Er is geen significante spreiding in verzuimpercentages onder zorginstellingen met PE-participatie ten opzichte van dit gemiddelde. Ook de spreiding in zowel de ratio van zorgpersoneel ten opzichte van het totale personeel als het verzuimpercentage binnen de groep zorginstellingen met PE-participatie toont geen noemenswaardige afwijkingen ten opzichte van de groep zorginstellingen zonder PE-participatie. Op basis van deze visualisatie van operationele prestaties is er geen grond om te stellen dat PE-participatie een voorspellende waarde heeft voor hoger of lager verzuim binnen de GGZ, noch voor een hogere of lagere verhouding van zorgpersoneel ten opzichte van het totale personeel.



Figuur 32 operationele performance zorginstellingen van GGZ-instellingen met versus zonder PE-Participatie (Geel vs. Grijs)

5 Casestudies

In het kader van dit onderzoek is een aantal casestudies uitgevoerd. Deze casestudies zijn geselecteerd op basis van verschillende factoren, waaronder de subsector waarin de betreffende zorginstelling opereert, het land van herkomst van de PE-partij, de focus van de PE-partij op specifieke subsectoren, evenals hun omvang en investeringsstrategie.

De casestudies hebben als doel inzicht te creëren in het doel en de aanleiding van de PE-participatie, de uiting van de PE-participatie in de bedrijfsvoering, invloed op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de verleende zorg en de belangrijkste 'lessons learned' van de zorginstellingen en PE-partijen.

De beschrijvingen van deze casestudies zijn gebaseerd op gesprekken die zijn gevoerd met de betrokken PE-partijen, de eigenaren/directeuren van de betrokken zorginstellingen en personeelsleden die gedurende het investeringstraject bij de zorginstelling werkzaam waren - vóór en tijdens de participatie van de PE-partij. In totaal zijn er tien interviews gehouden, verdeeld over vier casestudies. De casestudies representeren het verhaal en de 'lessons learned' van de PE-partijen en zorginstellingen.

De volgende casestudies worden hieronder nader toegelicht, de participatie van:

1. Gilde Healthcare in Novicare
2. Gilde Healthcare in de Scharenborg groep
3. Capital A Partners in de TopzorgGroep
4. Holland Capital Management in HMCC Medical Group

Voor de volledigheid zijn voor de vijfde casestudie die was voorzien over de investering van Livingbridge in Fresh tandartsen enkele feiten en de reactie van Livingbridge opgenomen.

5.1 Novicare (Gilde Healthcare)

Feiten en cijfers

- ▶ Novicare opgericht: 2008
- ▶ Novicare heeft 8 locaties en werkt voor 46 instellingen in het hele land
- ▶ Novicare is voornamelijk actief binnen de VVT-sector en daarnaast in de VG-sector
- ▶ Investering: 2014
- ▶ Gilde Healthcare heeft een 100% gezondheidszorg focus
- ▶ Gilde Healthcare is een Nederlandse PE- partij, met het hoofdkantoor in Utrecht
- ▶ Gilde Healthcare heeft een meerderheidsbelang in Novicare

Over Novicare

Novicare levert specialistische behandelen aan ouderen en mensen met een beperking. Novicare is opgericht in 2008 door een specialist ouderengeneeskunde (arts) en is ontstaan uit het idee om de zorg voor ouderen te reorganiseren, toegankelijker te maken en de continuïteit te garanderen. Novicare is ontstaan in antwoord op een gefragmenteerd landschap van specialistische zorg, waar in volgens de oprichtster de kwaliteit in kleinere huizen achterbleef ten opzichte van de specifiek geneeskundige zorg in grotere verpleeghuizen. Samenwerking tussen verpleeghuizen om dit op te lossen bleek lastig omdat er veel krapte op de markt was.

Novicare levert specialisten aan verschillende zorginstellingen, waardoor cruciale kennis en kunde van specialistische artsen en andere behandelaren niet bij één instelling is geconcentreerd. Behandelaren zijn langdurig betrokken en kunnen vanuit een multidisciplinair team zelfstandig opereren. Om Novicare te kunnen starten, kreeg de oprichtster ondersteuning vanuit het Health Innovation Fund⁴⁷, dat de betaling van de eerste salarissen mogelijk maakte en investeerde in een innovatief softwarepakket waarmee de kwaliteit van de dienstverlening gemonitord kon worden.

Sinds 2019 zijn de eerste twee artsen verstandelijke gehandicapten (AVGs) aangesloten bij Novicare. De twee artsen hadden dezelfde visie als Novicare en wilden expertise ook in de gehandicaptenzorg toegankelijker maken voor deze groep kwetsbare patiënten. Het doel van de twee artsen was het slimmer organiseren van de zorg, nieuwe ontwikkelingen invoeren en met minder mensen dezelfde zorg kunnen blijven leveren waar deze patiëntengroep behoefte aan heeft.

Over Gilde Healthcare

De focus van Gilde Healthcare ligt 100% op de gezondheidszorg. Gilde is gestart in de jaren '80 als investeringsgroep. In 2006 is hieruit Gilde Healthcare ontstaan. Gilde Healthcare heeft 2 onderdelen:

- ▶ Venture & Growth richt zich op jonge bedrijven die devices, medicijnen of digital health toepassingen ontwikkelen.
- ▶ Private Equity is een gespecialiseerd investeringsteam gericht op meer volwassen bedrijven in de zorg waaronder zorgverleners, toeleveranciers van medische producten en dienstverleners aan de zorgsector.

De investeerders in Gilde Healthcare kiezen bewust voor investeren in de gezondheidszorg. De investeerders betreffen institutionele partijen, waaronder verzekeraars en pensioenfondsen. Een deel van hen komt uit de zorg zelf. Het overgrote deel van het vermogen komt vanuit institutionele partijen. Deze partijen hebben vaak een lange termijn focus (+/- 10 jaar) en vragen om een uitgebreide due diligence met strenge eisen en controlemechanismen waar Gilde Healthcare aan dient te voldoen.

Het Private Equity team van Gilde Healthcare bestaat uit 15 á 20 medewerkers. Op jaarbasis worden honderden bedrijven beoordeeld. Bij de beoordeling en selectie zoekt Gilde Healthcare naar bedrijven met een innovatief businessmodel die impact maken op de zorg en dit ook meetbaar kunnen maken. Daarnaast wordt ook gekeken of er op het vlak van ESG (Environmental, Social, Governance) indicatoren zijn die zorgen baren. Besluit Gilde Healthcare over te gaan tot een investering dan worden deze indicatoren jaarlijks gecontroleerd.

Gilde Healthcare is niet gericht op dividend uitkeringen van haar investeringen. Als er winst gemaakt wordt, wordt dit in de regel geherinvesteerd in de organisatie. Rendement wordt gerealiseerd door het sterker en professioneler maken van het bedrijf en groei van het bedrijf te realiseren, waardoor het bedrijf bij verkoop meer waard is.

⁴⁷ Groothengel, P. (2011). *Novicare: hoe zorg en financier samenwerken*: [Novicare - hoe zorg en financier samenwerken \(managementscope.nl\)](https://www.managementscope.nl)

Aanleiding en doel van de investering

Novicare groeide snel, van 50 naar 100 medewerkers. Bij deze groei behoorden uitdagingen zoals achterstallig IT-onderhoud, verouderde servers en elektronische patiëntendossiers en de afwezigheid van een Raad van Commissarissen (RvC). Signalen dat het bedrijf de oprichtersfase was ontgroeid en klaar was voor een volgende fase.

In 2014 is Gilde Healthcare betrokken geraakt bij Novicare. Met een oprichtster die zich wilde richten op de zorginhoud, bracht Gilde Healthcare een nieuwe CEO aan boord die zich meer zou focussen op de professionalisering en schaalbaarheid van de organisatie. Onderdeel hiervan was het aanstellen van een RvC om het bestuur te ondersteunen bij het borgen van kwaliteit, begroting, strategische focus en transitieagenda. Tevens heeft Gilde Healthcare aangestuurd op overstappen naar het Pensioenfonds Zorg en Welzijn (PFZW). Novicare is ook aangesloten bij de CAO VVT en GHZ.

De samenwerking tussen Novicare en Gilde Healthcare verliep zo goed dat Novicare inmiddels van investeringsfonds onder beheer van Gilde Healthcare is gewisseld.

Betrokkenheid investeerder: operatie

Jaarlijks wordt er overleg gevoerd om de strategie te herijken. Maandelijks vindt er een overleg plaats om de uitvoering van de strategie te bespreken en monitoren. Daarnaast wordt, waar gepast, overlegd met andere zorg gerelateerde ondernemingen uit het netwerk.

Kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg

Novicare hanteert voor haar klanten (VVT en VG instellingen) een vast tarief per geleverde zorgdag, wat volgens de directeur leidt tot een prikkel om de efficiëntie te verbeteren. De door Novicare gehanteerde tarieven liggen (ruim) onder de door de overheid/NZa gehanteerde tarieven. De financiële ruimte die ontstaat door efficiënter te werken wordt weer geïnvesteerd in innovatie en verdere optimalisatie.

Voor Novicare is toegankelijkheid van zorg de primaire focus en deze is direct gerelateerd aan de betaalbaarheid ervan. De directeur benadrukt dat Novicare de toegankelijkheid van zorg bevordert door: optimale inzet van de (schaarse) zorgprofessionals in innovatieve werkmodellen; opleiding van behandelaren (20 in 2023; 10 Specialisten Ouderengeneeskunde, 7 GZ-psychologen en 3 Verpleegkundig Specialisten) en een laag verzuimpercentage (2,9% in 2022, vergeleken met 8,3% algemeen in de verpleging, verzorging en thuiszorg binnen de gezondheids- en welzijnzorgsector⁴⁸). Een medewerker van Novicare geeft aan dat er wordt gestuurd op het schrijven van gewerkte uren en dat de organisatie alert is op afspraken die worden gemaakt met de zorginstellingen, dit is de basis om werkmodellen te vergelijken op inzet en kwaliteit.

Gilde Healthcare hamert bij Novicare op aandacht voor verschillende controlemechanismen en regelgeving binnen de zorgsector. Hoewel de directeur van Novicare dit soms als beperkend ervaart, erkent zij dat dit noodzakelijk is binnen de strak gereguleerde zorgsector. Novicare neemt deel aan alle

⁴⁸ CBS (2023). *Ziekteverzuim werknemers derde kwartaal lager dan in 2022*: [Ziekteverzuim werknemers derde kwartaal lager dan in 2022 | CBS](#)

sectorcontroles (zoals visitaties behandelaren, ISO certificeringen) en is actief in 46 zorginstellingen, die voor Novicare hebben gekozen.

Een arts VG geeft aan dat zij ook werkzaam is als medisch manager, waarin zij eindverantwoordelijk is voor de kwaliteit van de dienstverlening. Ze heeft zich destijds bij Novicare aangesloten vanuit haar eigen bedrijf, wat nu onderdeel is geworden van Novicare. Ze geeft aan dat Novicare streeft naar kwaliteit door scherp te zijn op verantwoordelijkheden tussen artsen, verpleegkundigen en arts-assistenten. Ze geeft aan dat ze binnen Novicare echt bezig kan zijn met het leveren van patiëntenzorg, in tegenstelling tot de situatie in sommige grotere instellingen waar je in haar beleving al snel een 'e-mail dokter' wordt en verstrikt kunt raken in allerlei overleggen en werkgroepen.

Lessons learned volgens Novicare en Gilde Healthcare

- ▶ **Innovatie gaat verder dan technologie:** Bij Novicare gaat innovatie niet alleen over de implementatie van nieuwe technologie, maar ook over de hervorming van bestaande operationele processen. Een voorbeeld hiervan is de delegatie van bepaalde taken van artsen naar een medisch secretariaat voor administratieve ondersteuning, wat bijdraagt aan de medewerkerstevredenheid. Een medewerker van Novicare vertelt dat er op deze manier uit dezelfde behandelvergoeding meer ruimte wordt gecreëerd om goede zorg te leveren.
- ▶ **Investering in personeelsontwikkeling:** Novicare erkent het belang van investeren in de scholing van medewerkers. Deze benadering is een cruciale factor gebleken in het aantrekken en behouden van gekwalificeerd personeel.
- ▶ **Efficiëntieverbeteringen:** Novicare heeft een proactieve benadering getoond in het identificeren van efficiëntieverbeteringen, zoals de opzet van een landelijk triagecentrum voor spoedeisende zorg. Dit centrum heeft geholpen het aantal uitrukken voor spoedgevallen aanzienlijk te verminderen.
- ▶ **Samenwerking en delen van 'best practices':** De ondersteuning van Gilde Healthcare stelt Novicare in staat om contacten te leggen met andere bedrijven om 'best practices' te delen en kennis en expertise uit te wisselen. Zo heeft Novicare onder andere contact gelegd met de Scharenborg Groep om te leren van de manier waarop zij hun backoffice hebben georganiseerd. Op haar beurt deelt Novicare haar best practices weer gratis met de sector via webinars en social media.

5.2 Scharenborg Groep (Gilde Healthcare)

Feiten en cijfers

- ▶ Scharenborg opgericht: 1995
- ▶ De Scharenborg Groep bestaat momenteel uit 15 bedrijven
- ▶ Actief binnen de paramedische sector
- ▶ Investering: november 2023
- ▶ Gilde Healthcare heeft een 100% gezondheidszorg focus
- ▶ Gilde Healthcare is een Nederlandse PE- partij, met het hoofdkantoor in Utrecht
- ▶ Gilde Healthcare heeft een meerderheidsbelang in Scharenborg

Over Scharenborg Groep

De Scharenborg Groep is in 1995 begonnen als voetencentrum Wender. Later heeft dit de naam Scharenborg Groep gekregen. Momenteel is de Scharenborg Groep een groep van zorgbedrijven met verschillende disciplines in de voet- en bewegezorg en ondersteunende expertises. Dit doen zij voornamelijk binnen de voet- en bewegezorg.

De oprichter is altijd op zoek geweest naar manieren om patiënten beter te kunnen bedienen. Door nieuwe dingen te bedenken (bijvoorbeeld vervaardigen van hulpmiddelen en steunzolen) en continu nieuwe "sleutelprocessen" zelf te gaan organiseren. In 2014 is de huidige directeur zorg gestart en in 2020 is hij ingestapt als participant. Vanaf 2015 is men voor verschillende disciplines binnen de voet- en bewegezorg software gaan ontwikkelen omdat de standaard door de markt aangeboden oplossingen onvoldoende pasten. Door de jaren heen heeft de Scharenborg Groep meerdere partijen en merken aan zich weten te binden.

Patiënten met een diabetische voet vormen een belangrijke en grote patiëntengroep in de praktijkvoering van de Scharenborg Groep. Diabetes is een groot maatschappelijk probleem. Diabetes patiënten hebben vaak een verminderde doorbloeding in combinatie met het verlies van protectieve sensibiliteit. Tijdige inzet van podotherapie kan voetwonden voorkomen en minimaliseren. De impact van een dergelijke voetwond op de kwaliteit van leven is groot. De kosten van wondverzorging en eventuele amputatie zijn hoog. Naar schatting van de Scharenborg Groep gaat het in Nederland om 35.000 wonden per jaar, wat zich laat vertalen in circa 600M euro aan zorgkosten. Streven van de Scharenborg Groep is om het aantal wonden te verlagen en daarmee de kwaliteit van leven voor patiënten te behouden en de totale zorgkosten terug te dringen.

Er was een ambitie voor groei, de groei is organisch tot stand gekomen. In 2015 heeft men een eigen IT-bedrijf opgericht om maatwerk software te ontwikkelen die de markt niet kon bieden. Sinds 2020 zijn verschillende partijen aangesloten en overgenomen die gezamenlijk de Scharenborg Groep vormen.

Over Gilde Healthcare

Zie vorige casestudie 'Novicare'.

Aanleiding en doel van de investering

In het verleden is al eerder contact geweest met Gilde Healthcare. (PE)-participatie kwam toen nog te vroeg voor de Scharenborg Groep. De afgelopen twee jaar is de Scharenborg Groep dermate gegroeid dat de behoefte ontstond om een partij te betrekken die kan helpen bij het maken van de juiste (strategische) keuzes. De mensen binnen de Scharenborg Groep zijn veelal mensen uit de praktijk met veel kennis en expertise van het vak. Gilde Healthcare biedt de Scharenborg Groep de aanvullende kennis en het netwerk waar ze naar op zoek waren. De gezamenlijke strategie is gericht op innovatie en ontwikkeling om zo nog beter te worden in wat De Scharenborg Groep nu doet.

Betrokkenheid investeerder: operatie

De investering van Gilde Healthcare in de Scharenborg Groep heeft pas recent plaats gevonden (november 2023). Op dit moment helpt Gilde Healthcare de Scharenborg Groep vooral bij de transitie van een 'founder led cultuur' naar opschalen door te investeren in het team.

Als meerderheidsaandeelhouder wil Gilde Healthcare betrokken zijn, maar wil zich niet bemoeien met de dagelijkse operatie. De rol van Gilde Healthcare wordt door de Scharenborg Groep vooral als faciliterend ervaren. De investeerder bemoeit zich niet met de zorginhoud, maar stelt zich op als sparringpartner voor het professionaliseren van de organisatie en het nemen van strategische besluiten. Ze helpen door het stellen van kritische vragen en wijzen vanuit kennis op de juiste richting.

Sinds de participatie van Gilde Healthcare is de governance aangepast naar een overzichtelijke structuur (consolidatie) waardoor er meer onderlinge overeenstemming is tussen de verschillende onderdelen binnen de Scharenborg Groep.

Kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid

Groei is niet het primaire doel voor de Scharenborg Groep. Toegankelijkheid en kwaliteit zijn wél een belangrijk doel, om dit te realiseren kan groei nodig zijn. Toegankelijkheid is een continu thema voor de Scharenborg Groep. De beroepsgroep is niet ruim vertegenwoordigd in Nederland en daarom is het van belang dat de toegankelijkheid gewaarborgd blijft.

De eerste manier om hieraan bij te dragen is het waar mogelijk voorkomen van voetwonden waardoor de druk op huisartsen en de medisch specialistische zorg gereduceerd wordt. Daarnaast investeert de Scharenborg Groep in nieuwe technieken en werkwijzen en in de beroepsgroep. Hierbij valt te denken aan zaken als het introduceren van een app en het verminderen van administratieve lasten door het ontwikkelen van een maatwerk EPD. Ook verkent de Scharenborg Groep de mogelijkheden om zelf te mogen opleiden door bijvoorbeeld een rol te hebben in - en samen te werken met - de hogescholen. De Scharenborg Groep beschikt over certificeringen via de NVvP (Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten) en ISO certificeringen voor medische hulpmiddelen (13485) en IT (27001).

Ook werkt Scharenborg Groep aan oplossingen als gevolg van het gefragmenteerde landschap waardoor het lastig is om voor één patiënt met diabetes een integraal overzicht te krijgen. Bij ernstige diabetes kan er sprake zijn van betrokkenheid van 16 zorgverleners. Om kwalitatief goede zorg te verlenen heb je dan eigenlijk toegang nodig tot 16 verschillende dossiers. Om dit op te lossen heeft Scharenborg Groep in samenwerking met Roseman Labs een 'virtual datalake' ontwikkeld. Hierbij wordt data gedeeld zonder dat de brondata onthuld wordt. Alle betrokken zorgverleners en cliënten dienen uiteraard toestemming te geven. Vanuit de Scharenborg Groep werken hier momenteel zeven personen aan. De NVvP heeft ook een licentie zodat leden hier ook gebruik van kunnen maken. Tevens ontwikkelt de Scharenborg Groep met verschillende wetenschappers een systeem voor klinische beslisondersteuning (CDSS) binnen de behandelkamer. Deze ondersteuning wordt gebouwd binnen het elektronisch patiëntendossier om een lerende omgeving te creëren en continu aan de nieuwe wetenschappelijke standaarden te voldoen.

Lessons learned volgens de Scharenborg groep en Gilde Healthcare

Vanwege de recente investering van Gilde Healthcare in de Scharenborg groep, is het op het moment van publiceren van dit onderzoek te vroeg om 'lessons learned' te delen.

5.3 TopzorgGroep (Capital A Partners)

Feiten en cijfers

- ▶ TopzorgGroep opgericht: 2019 (voortgevloeid uit Fysiotherapie van Loo & Veerhoek (opgericht in 2003), die sinds 2012 meerdere grote multidisciplinaire praktijken heeft in Zeeland)
- ▶ TopzorgGroep bestaat momenteel uit meer dan 100 praktijken die gezamenlijk meer dan 30 labels vormen
- ▶ Actief binnen de paramedische sector
- ▶ Investering: 2019
- ▶ Capital A Partners heeft geen specifieke sector focus
- ▶ Capital A Partners is een Nederlandse PE-partij met kantoren in Amsterdam en Antwerpen
- ▶ Capital A Partners heeft een minderheidsbelang in TopzorgGroep

Over TopzorgGroep

TopzorgGroep is een keten actief in de eerstelijns multidisciplinaire paramedische zorg, sport, leefstijl en re-integratie in Nederland. Samen met partner SRN Revalidatie biedt zij op haar locaties ook medisch specialistische revalidatiezorg aan.

TopzorgGroep wil dichtbij, de beste, meest complete, betaalbare zorg bieden, gericht op gewenste deelname aan de maatschappij. Hiermee wil de TopzorgGroep Nederland fitter, gezonder en gelukkiger maken. Door middel van schaalvergroting met onderscheidende en betrokken zorgondernemers wil TopzorgGroep de meest effectieve en betaalbare zorg realiseren. TopzorgGroep kiest hierbij bewust voor overnames. Multidisciplinaire zorg is een goed idee, maar in de praktijk lukt samenwerken vaak niet omdat instellingen in eerste instantie met zichzelf bezig zijn. Eén van de redenen om praktijken over te nemen is om de samenwerking echt te verbeteren.

De dienstverlening van TopzorgGroep is in te delen in een viertal clusters:

- ▶ Preventie: focus op leefstijl; mono- en multidisciplinaire zorg
- ▶ Eerste lijn: focus op het oplossen van het probleem; mono- en multidisciplinaire zorg
- ▶ Tweede lijn: focus op revalidatiegeneeskunde, GGZ, hart en long; multi- en interdisciplinaire zorg
- ▶ Extra: focus op letselschade, re-integratie, arbodienst en bedrijfszorg; mono en multidisciplinaire zorg

Over Capital A Partners

Capital A Partners is van oudsher een participatie afdeling van ABN AMRO, verzelfstandigd in 2018 en al 30 jaar actief op de Nederlandse markt. Eén van de uitgangspunten in de strategie bij ABN AMRO was sociaal maatschappelijke betrokkenheid, dit is vandaag de dag bij Capital A Partners nog steeds het geval.

Capital A Partners investeert in ondernemingen in Nederland en België met een duidelijk groeiprofiel (autonoom of via acquisities). Bij de investeringsselectie wordt daarnaast ook gekeken naar de omvang van de onderneming en de mate waarin duurzaamheid aandacht krijgt. De participaties bestaan voornamelijk uit grote minderheids- of kleine meerderheidsbelangen waarbij gezamenlijk opgetrokken wordt met de oprichters van de onderneming en het managementteam. De investeerders achter Capital A partners zijn vooral Nederlandse en Europese institutionele beleggers waaronder pensioenfondsen en vermogende families.

Capital A Partners blijft gemiddeld 4-7 jaar betrokken bij een bedrijf. Tussentijds wordt zelden dividend uitgekeerd, eventuele winsten worden in de meeste gevallen geïnvesteerd in het bedrijf. Het businessmodel van Capital A bestaat uit het groter en sterker maken van bedrijven zodat er meerwaarde ontstaat bij verkoop.

Aanleiding en doel van de investering

TopzorgGroep wilde een sterk multidisciplinair netwerk realiseren in Nederland. Hiervoor was professionalisering en kennis nodig. Capital A Partners was de juiste partner voor de TopzorgGroep vanwege hun ervaring met opschalen en professionalisering. Daarnaast werden zij gezien als de belangrijkste financier ten aanzien van zorgverzekeraars, ziekenhuizen en medisch specialistische maatschappen, wat toegang bood tot (meer invloedrijke) tafels om het netwerk van de TopzorgGroep uit te breiden. Capital A Partners zag in de TopzorgGroep de mogelijkheid om de organisatie schaalbaar te maken.

TopzorgGroep heeft in het verleden een aantal keer medisch adviseurs van zorgverzekeraars bij de rechter geroepen. Deze rechtszaken hadden betrekking op machtigingszaken. Tweedelijnszorg is duurder dan eerstelijnszorg. Een machtigingsaanvraag is nodig om zorg te mogen verlenen en declareren. Volgens de directeur van TopzorgGroep heeft het bedrijf een dergelijke machtiging diverse keren onterecht niet gekregen. In deze rechtszaken is TopzorgGroep in het gelijk gesteld. De kosten van deze rechtszaken (400K-500K euro) waren door TopzorgGroep bijna niet meer zelfstandig te dragen en had mede daarom behoefte aan een kapitaalkrachtige partner. Deze ervaring benadrukte het belang van groei voor TopzorgGroep. Een zorgverzekeraar kan immers moeilijker om een landelijke speler heen.

Betrokkenheid investeerder: operatie

Capital A Partners heeft een minderheidsaandeel en bemoeit zich niet met de dagelijkse gang van zaken. Wel zijn sinds de participatie van Capital A een aantal optimalisaties doorgevoerd:

- ▶ op verzoek van Capital A Partners is een CFO aangesteld;
- ▶ op basis van de uitkomsten van een juridische doorlichting zijn wijzigingen in de governance doorgevoerd: de Raad van Toezicht is anders ingericht en bepaalde stichtingen worden samengevoegd;
- ▶ het gehele administratieproces is geautomatiseerd en een servicecentrum is ingericht: de zorgprofessionals kunnen hun tijd nu maximaal inzetten ten behoeve van de zorgverlening.

Kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid

De tarieven voor de eerste- en tweedelijnszorg zijn gereguleerd. TopzorgGroep ontvangt voor de tweedelijnszorg 75% van het NZa-tarief en kan binnen deze clusters een bescheiden winst realiseren. Waar voorheen de focus op en omzet uit met name eerste- en tweedelijnszorg kwam, zijn nu de clusters 'preventie' en 'extra' hard aan het groeien. Waar zorgverzekeraars in de ervaring van TopzorgGroep vooral naar kosten kijken, kijken inkomensverzekeraars naar kosten en baten. Inkomensverzekeraars en werkgevers nemen hierbij een deel van de zorg af die anders vanuit de Zorgverzekeringswet gefinancierd had moeten worden.

Kwalitatieve zorg is het allerbelangrijkst voor TopzorgGroep. Enkel partijen met een bewezen trackrecord worden overgenomen zodat je van elkaar kunt leren en goede ideeën kunt opschalen, iets

wat je zonder elkaar niet zou kunnen. TopzorgGroep is HKZ gecertificeerd en is een PlusPraktijk. Daarnaast zijn alle praktijken aangesloten bij Stichting Keurmerk Fysiotherapie en is TopzorgGroep een deelnemer van ZorgTopics. TopzorgGroep is een ondernemende organisatie, ten tijde van Corona hebben ze samen met hun partner SRN Revalidatie een groot deel van de zorg binnen 2 weken anders georganiseerd. Het protocol hiervoor (polikliniek, behandeling en triage) is door de vereniging van revalidatieartsen toentertijd overgenomen.

Veel fysiotherapeuten stoppen omdat er weinig tot niets verdiend kan worden. TopzorgGroep betaalt haar medewerkers bewezen bovengemiddeld ten opzichte van de markt en neemt hen veel administratieve lasten uit handen door de ingevoerde automatisering en het oprichten van een servicecentrum. Op deze manier kunnen de zorgprofessionals zo veel als mogelijk hun tijd aan de klanten besteden.

TopzorgGroep werkt met een triagemodel, hierdoor kan iedere client vrijwel direct bij één van de aangesloten praktijken binnen het opgegeven postcodegebied terecht.

Lessons learned van TopzorgGroep en Capital A Partners

- ▶ Geld verdienen in de zorg is niet makkelijk: Het idee dat Private Equity participeert om snel geld te verdienen is een vooroordeel, het is hard werken.
- ▶ Professionalisering: Participatie van Private Equity kan de organisatie ondersteunen in de professionalisering op het vlak van financiën (administratie en contractering), governance, IT, netwerkwerkvorming, etc. Aan de andere kant kan er binnen TopzorgGroep niet meer zo snel gehandeld worden als voor de PE-participatie, maar alles klopt wel.
- ▶ Financiële ruimte: Private Equity zorgt voor financiële ruimte die bepaalde banken op dit moment niet bieden.

5.4 HMCC Medical Group (Holland Capital Management)

Feiten en cijfers

- ▶ HMCC Medical Group opgericht: 2018
- ▶ HMCC Medical Group heeft 3 locaties en 50 medewerkers
- ▶ Actief binnen de huisartsenzorg sector
- ▶ Investering: november 2023
- ▶ Holland Capital Management focus op meerdere sectoren, waar de gezondheidszorg één van is
- ▶ Holland Capital Management is een Nederlandse PE-partij, met het hoofdkantoor in Amsterdam
- ▶ Holland Capital Management heeft een minderheidsbelang in HMCC Medical Group

Over HMCC Medical Group

HMCC Medical Group is in 2018 opgericht om andere zorgorganisaties te ontlasten, met één assistente werkend voor één huisarts. HMCC Medical Group speelt in op het tekort aan doktersassistenten en neemt alle taken die op afstand afgehandeld kunnen worden over van huisartsenpraktijken. Voorbeelden van deze taken zijn het telefoonverkeer, het geven van zelfzorg adviezen, maken van afspraken en afhandelen van herhaalrecepten.

Inmiddels is HMCC Medical Group actief vanuit drie verschillende locaties en heeft 50 medewerkers in dienst, bestaande uit BIG geregistreerde verpleegkundigen, doktersassistenten en triagisten. Medewerkers van HMCC Medical Group hebben toegang tot de systemen van de praktijken en zijn bekend met de praktijk, waardoor de assistenten van de praktijk zich minder met de telefoon bezig hoeven te houden. De medewerkers van HMCC Medical Group werken via met de praktijk afgestemde protocollen en beslisbomen en volgens de NHG standaarden⁴⁹.

Aanleiding en doel van de investering

HMCC Medical Group had kapitaal nodig omdat het bedrijf zich in een lastige periode bevond en om investeringen in groei te kunnen doen. Aanvankelijke pogingen van de directeur om kapitaal te verkrijgen bij een bank lukten niet, omdat zij niet open stonden voor de verkoop van een deel van de aandelen van het bedrijf. HMCC Medical Group is vervolgens in contact gekomen met Holland Capital Management. De keuze voor Holland Capital Management was weloverwogen door de directeur van HMCC Medical Group - vanwege hun reputatie als een van de oudste investeringsmaatschappijen in Nederland, hun focus op de gezondheidszorgsector, en hun diepgaande netwerk van zorgprofessionals met meer dan twee decennia aan ervaring.

Het doel van de investering is het realiseren van groei in de komende vijf tot zes jaar. Holland Capital Management zag potentie in de diensten die HMCC Medical Group levert om de uitdaging rondom het personeelstekort in de zorg op te lossen. Dit was de drijvende kracht achter de investering, met de hoop om met een nieuw businessmodel de problemen in de zorgsector op te lossen. Bovendien zag Holland Capital Management potentieel voor uitbreiding van de diensten van HMCC Medical Group, zoals het aanbieden van diensten aan apotheken.

Betrokkenheid investeerder: operatie

Holland Capital Management en HMCC Medical Group hebben één keer per maand overleg met elkaar, waarin rapportages, budgetten en financiële aangelegenheden worden besproken. Gezamenlijk hebben ze een stem in belangrijke beslissingen. Holland Capital Management heeft de directeur op strategisch niveau gekoppeld aan een ervaren ondernemer om samen met hem op commercieel vlak van gedachten te wisselen. Deze samenwerking heeft onder meer geleid tot het idee om uit te breiden naar de apothekerssector. Naast het beschikbaar stellen van een netwerk vervult Holland Capital Management een coachende rol, waarin zij samen met de directeur sparren over de toekomst van het bedrijf. Vanwege de (kleine) omvang van de investering is er op dit moment geen sprake van het aanstellen van een Raad van Toezicht (RvT) of Raad van Commissarissen (RvC).

De investering van Holland Capital Management heeft onder andere geleid tot de implementatie van een nieuwe telefooncentrale die beter aansluit op de behoefte van de medewerkers van HMCC Medical Group. Daarnaast is er een nieuwe community omgeving ontwikkeld waarin assistenten en huisartsen met elkaar kunnen communiceren en er inzage bestaat over wie voor wie werkzaam is. De directeur van HMCC Medical Group meldt dat dit niet alleen de relatie tussen de huisartsen en hun assistentie verbetert, maar ook de algehele kwaliteit van de dienstverlening.

⁴⁹ De NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) standaarden zijn richtlijnen bedoeld voor de huisarts om het medische beleid in de dagelijkse praktijk te ondersteunen ([NHG-Richtlijnen](#)).

Kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid

De diensten van HMCC Medical Group worden door huisartsen gefinancierd, waarbij een standaardtarief per consult berekend wordt, ongeacht de duur ervan. Volgens Holland Capital Management is het goedkoper voor de huisarts om HMCC Medical Group in te huren in plaats van een ZZP'er die de praktijk kan ondersteunen. Door gebruik te maken van de diensten van doktersassistenten, die worden geleverd door HMCC Medical Group, kunnen huisartsen hun praktijken operationeel houden, wat volgens Holland Capital Management de algemene toegankelijkheid vergroot. Eventuele winsten worden terug geïnvesteerd in de zorg, er wordt geen tussentijds dividend uitgekeerd aan Holland Capital Management. Op dit moment lijdt HMCC Medical Group verlies en biedt Holland Capital Management ondersteuning bij het uitbetalen van de salarissen aan medewerkers.

De kwaliteit van de dienstverlening door HMCC Medical Group wordt gewaarborgd door diverse certificeringen en richtlijnen waaraan het bedrijf voldoet. Er wordt gestreefd naar consistentie in personeelsbezetting voor bepaalde praktijken, al is dit wel afhankelijk van het totaal volume en soort vereiste dienstverlening. Bij de start van een samenwerking tussen HMCC Medical Group en een nieuwe huisartsenpraktijk vinden er wekelijks evaluaties plaats met de kwaliteitsmanager en medisch directeur van HMCC Medical Group, dit wordt later afgebouwd naar maandelijkse evaluaties. HMCC Medical Group voert tevens jaarlijks klanttevredenheid- en medewerkerstevredenheid onderzoeken uit. De uitkomsten hiervan worden besproken met Holland Capital Management en wanneer er misstanden worden geïdentificeerd, wordt hier meteen een gesprek over gestart om de situatie te verbeteren. Dit heeft zich tot op heden nog niet voorgedaan.

Lessons learned volgens HMCC Medical Group en Holland Capital Management

- ▶ **Kiezen van de juiste investeerder:** De keuze van investeerder kan een enorme impact hebben op de ontwikkeling van het bedrijf. Holland Capital wordt geprezen door de directeur van HMCC Medical Group vanwege hun kennis van de zorgsector en missie om de zorg te verbeteren.
- ▶ **Raadpleging van extern kapitaal:** Hoewel het niet altijd noodzakelijk is om extern kapitaal in te schakelen, kan het nuttig zijn in bepaalde fasen van de bedrijfsgroei. Gedurende moeilijkere tijden kan de inzet van extern kapitaal dienen als springplank om verder te gaan, dit is wat de directeur van HMCC Medical Group als drijfveer achter de investering zag.
- ▶ **De impact van sentiment en regelgeving:** De investeringsomgeving, met name in de zorgsector, kan worden beïnvloed door sentiment en potentiële nieuwe regelgeving. Hoewel investeren in de zorg momenteel haalbaar is, kunnen specifieke processen binnen de sector, discussies over vergoedingen, toenemende regeldruk en CE-certificering het soms lastiger maken.
- ▶ **Risicobereidheid:** In de investeringswereld brengt het nemen van risico's vaak potentiële beloningen met zich mee, zoals getoond door investeringen in ondernemingen die in een lastige financiële periode zitten zoals HMCC Medical Group. Risicobereidheid kan leiden tot groei en innovatie ondanks incidentele bedrijfsfaillissementen.

5.5 Fresh tandartsen (Livingbridge)

Feiten en cijfers

- ▶ Fresh tandartsen opgericht: 2014
- ▶ Fresh tandartsen heeft 39 locaties en meer dan 900 medewerkers
- ▶ Actief binnen de mondzorg sector
- ▶ Investering: 2019
- ▶ Livingbridge focus op meerdere sectoren, waar de gezondheidszorg één van is
- ▶ Livingbridge is een Engelse Private Equity partij, met het hoofdkantoor in Londen
- ▶ De omvang van het belang van Livingbridge in Fresh tandartsen is niet bekend

Livingbridge heeft via e-mail gecommuniceerd dat het beleid van het bedrijf inhoudt dat zij geen commentaar geven of zich betrekken bij brancherapporten. Verdere pogingen om contact te leggen voor een toelichting op dit beleid hebben geen resultaat opgeleverd.

6 Belangrijkste conclusies

Dit hoofdstuk omvat de belangrijkste conclusies van het onderzoek.

Omvang Private Equity in de Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg

In totaal zijn er 35 PE-partijen geïdentificeerd die actief zijn in zorginstellingen die direct of indirect zorg leveren die valt onder de Zorgverzekeringswet/Wet langdurige zorg. Het aantal partijen is het grootst in de mondzorg (11 actieve partijen), gevolgd door de medisch specialistische zorg (8 partijen) en de VVT-sector (7 partijen).

De huidige indicatieve omvang van Private Equity in termen van het aandeel in de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg staat in onderstaande tabel per subsector weergegeven.

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

Tabel 11 indicatieve omvang van PE-participatie uitgedrukt in wettelijke geldstromen

Impact op kwaliteit

In het kader van de evaluatie van kwaliteit zijn elf indicatoren onderzocht die zich richten op succespercentages van operaties en percentages van complicaties binnen de Medisch Specialistische Zorg, patiënttevredenheid aangaande uitgevoerde behandeling in de GGZ-sector, en resultaten van enquêtes ingevuld binnen de kraamzorgsector. Uit de beschikbare gegevens blijken geen aantoonbare verschillen op de onderzochte kwaliteitsindicatoren tussen zorginstellingen met PE-participatie en die zonder PE-participatie. De bevindingen uit de analyses van de indicatoren worden hieronder kort toegelicht.

Binnen de Medisch Specialistische Zorg is gekeken naar het percentage visuswinst, de nauwkeurigheid van refractiewinst en de volledigheid van de registraties in het kwaliteitsregister. Beide groepen van zorginstellingen zowel met als zonder PE-participatie scoren hoog op alle drie de gepresenteerde indicatoren zonder noemenswaardige verschillen. Daarnaast is gekeken naar wondinfecties. Bij de postoperatieve wondinfecties binnen 90 dagen presteert de groep zorginstellingen met PE-participatie beter dan de groep zorginstellingen zonder PE-participatie. Ook bij de revisies binnen 1 jaar scoort de groep zorginstellingen met PE-participatie iets beter al is het verschil erg klein. Ook is een PROM onderzocht, waarbij is gekeken naar de verschillen in PROM-scores na een heupprothese ingreep. De gerapporteerde resultaten geven aan dat de kwaliteit van leven voor beide groepen aanzienlijk is

verbeterd ten opzichte van de gerapporteerde kwaliteit van leven voor de operatie, met een minimaal verschil tussen de twee groepen.

Binnen de GGZ is gekeken naar de distributie van patiënttevredenheid scores over de behandeling. Het gewogen gemiddelde voor de groep zorginstellingen met PE-participatie is 8,51, tegenover een gewogen gemiddelde van 8,15 voor de groep zorginstellingen zonder PE-participatie. Beide groepen behalen hoge scores op het gebied van patiënttevredenheid over de behandeling binnen de geestelijke gezondheidszorg, met een gewogen gemiddelde dat bij de groep zorginstellingen met PE-participatie 3,6% hoger is dan dat van de groep zorginstellingen zonder PE-participatie.

De grootste verschillen zijn zichtbaar binnen de kraamzorg waar de groep zorginstellingen met PE-participatie op de vijf geanalyseerde indicatoren een hogere score laat zien. De groep zorginstellingen met PE-participatie scoort voor drie van de vijf indicatoren ongeveer 5% hoger dan de groep zorginstellingen zonder PE-participatie. Dit in acht nemend, behalen beide groepen zorginstellingen consistent scores boven de 90%.

Impact op toegankelijkheid

In het kader van de evaluatie van de toegankelijkheid van zorg, zijn binnen de Medisch Specialistische Zorg de wachttijden voor behandeling voor een drietal disciplines, de wachttijden voor poliklinisch bezoek voor een drietal disciplines en de wachttijden voor het verkrijgen van diagnostiek voor een drietal disciplines geanalyseerd. Binnen de GGZ is gekeken naar de patiënt gerapporteerde scores op de vraag: Kreeg u makkelijk contact met uw behandelaar? Uit de beschikbare gegevens blijken geen aantoonbare verschillen op de onderzochte indicatoren tussen zorginstellingen met PE-participatie en die zonder PE-participatie. De bevindingen uit de analyses van de indicatoren worden hieronder kort toegelicht.

Het gewogen gemiddelde van de wachttijd in dagen op behandeling ligt binnen de orthopedie voor de groep zorginstellingen met PE-participatie lager (21,9 dagen) dan voor de groep zorginstellingen zonder PE-participatie (30,1 dagen). Binnen de oogheelkunde is de wachttijd op behandeling voor de groep zorginstellingen met PE-participatie iets hoger (38,8 dagen t.o.v. 37,9 dagen). Binnen de dermatologie is de wachttijd langer (35,8 dagen t.o.v. 21,9 dagen) voor de groep zorginstellingen met PE-participatie.

De gewogen gemiddelde wachttijd in dagen voor het bezoeken van een polikliniek is binnen de orthopedie voor de groep zorginstellingen met PE-participatie langer (8,9 dagen) dan voor de groep zorginstellingen zonder PE-participatie (6,9 dagen). Binnen de oogheelkunde is de gemiddelde wachttijd op behandeling voor de groep zorginstellingen met PE-participatie ongeveer gelijk met de groep zorginstellingen zonder PE-participatie (36,5 dagen t.o.v. 36,0 dagen). Binnen de dermatologie is de gemiddelde wachttijd langer voor de groep zorginstellingen met PE-participatie (18,5 dagen t.o.v. 6,7 dagen).

De gewogen gemiddelde wachttijd in dagen voor diagnostiek binnen de gynaecologie is voor de groep zorginstellingen met PE-participatie langer (15,1 dagen) dan van de groep zorginstellingen zonder PE-participatie (8,8 dagen). Binnen de maag-, darm- en leverziekten is de gemiddelde wachttijd voor diagnostiek voor de groep zorginstellingen met PE-participatie korter (8,8 dagen) dan van de groep zorginstellingen zonder PE-participatie (12,1 dagen). Binnen de radiologie is de gemiddelde wachttijd eveneens korter (4,2 dagen t.o.v. 7,1 dagen) voor zorginstellingen met PE-participatie dan voor zorginstellingen zonder PE-participatie.

Binnen de GGZ is gekeken naar de patiënt gerapporteerde scores op de vraag: Kreeg u makkelijk contact met uw behandelaar? De groep zorginstellingen met PE-participatie behaalt een hogere neutrale score van 3, vergeleken met de groep zorginstellingen zonder PE-participatie. De groep zorginstellingen zonder PE-participatie rapporteert daarentegen hoger op zowel score 4 als de maximale score 5. Het gewogen gemiddelde bedraagt voor de groep zorginstellingen met PE-participatie 3,87 en voor de groep zorginstellingen zonder PE-participatie 4,18. Het verschil in het gewogen gemiddelde tussen de twee groepen bedraagt 6,2%, waarbij de groep zorginstellingen zonder PE-participatie beter bereikbaar lijkt te zijn dan de groep zorginstellingen met PE-participatie.

Impact op betaalbaarheid

In het kader van de betaalbaarheid van de zorg, is vanwege het ontbreken van Vektis-data, gefocust op de financiële prestaties en gezondheid van zorginstellingen, zowel met als zonder PE-participatie. Hierbij zijn verschillende financiële indicatoren zoals rendement, bedrijfsopbrengsten, liquiditeit en solvabiliteit geanalyseerd. Daarnaast is de operationele performance in kaart gebracht aan de hand van verzuimpercentages en de personeelssamenstelling. Uit de beschikbare gegevens blijken geen aantoonbare verschillen op de onderzochte indicatoren tussen zorginstellingen met PE-participatie en die zonder PE-participatie. De bevindingen uit de analyses van de indicatoren worden hieronder kort toegelicht.

Binnen de VVT-sector is gekeken naar de bedrijfsopbrengsten uitgezet tegen het rendement. Er zijn geen opmerkbare verschillen in verdeling of clustering tussen zorginstellingen met PE-participatie en zorginstellingen zonder PE-participatie. Beide groepen bevatten instellingen met zowel positieve als negatieve rendementen. Binnen de GGZ laat dezelfde analyse geen noemenswaardige verschillen zien tussen zorginstellingen met PE-participatie en zorginstellingen zonder PE-participatie. In beide categorieën komen zorginstellingen voor met zowel positieve als negatieve rendementen. Er is geen duidelijk onderscheidend patroon tussen de twee groepen zichtbaar.

Binnen de VVT-sector is ook gekeken naar de financiële gezondheid van zorginstellingen. Binnen de groep zorginstellingen met PE-participatie is er slechts één zorginstelling met een negatieve solvabiliteit, terwijl de overige zorginstellingen positieve solvabiliteitswaarden vertonen. In de groep zonder PE-participatie is er eveneens een aantal zorginstellingen met een negatieve solvabiliteit. Het merendeel van de zorginstellingen toont in beide groepen een positieve solvabiliteit. Er is geen duidelijke clustering of patroon te onderscheiden voor de groep zorginstellingen met PE-participatie vergeleken met de groep zorginstellingen zonder PE-participatie. Dezelfde analyse laat binnen de GGZ eveneens geen wezenlijke verschillen zien tussen de groep zorginstellingen met PE-participatie en die zonder PE-participatie. Ook daar is er geen specifieke clustering waarneembaar die mogelijke overeenkomsten suggereert op basis van de aan- of afwezigheid van PE-participatie.

Er is tevens gekeken naar de operationele performance van VVT-instellingen door de ratio zorgpersoneel/totalpersoneel af te zetten tegen het verzuimpercentage. De analyse geeft geen aanleiding om te concluderen dat PE-participatie een indicator is voor een hoger of lager verzuim, noch voor een hogere of lagere ratio van zorgpersoneel ten opzichte van het totale personeel. Binnen de GGZ laat dezelfde analyse eveneens zien dat er geen grond is om te stellen dat PE-participatie een voorspellende waarde heeft voor hoger of lager verzuim binnen de GGZ, noch voor een hogere of lagere verhouding van zorgpersoneel ten opzichte van het totale personeel.

A. Bijlage A: Profielschetsen Private Equity partijen

Om een beeld te geven van verschillende Private Equity partijen die actief zijn op de Nederlandse markt, zijn er profielschetsen opgesteld van tien van deze PE-partijen. De profielschetsen geven een beeld van de aard en omvang van de investeringspartijen, focusgebieden en belangen in de Nederlandse gezondheidszorgmarkt.

Holland Capital Management

Holland Capital Management Nederland Opgericht in 1981	Omschrijving
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 270 miljoen euro activa ▶ 35 medewerkers in dienst ▶ 2 kantoren: in Amsterdam en in Dusseldorf ▶ In totaal 180 investeringen gedaan, 59 exits gerealiseerd
Sectoren	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Healthcare ▶ Technology ▶ Agrifood 	
Investeringsstrategie	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Holland Capital Management focust zich op bedrijven in Nederland en Duitsland ▶ Holland Capital Management hanteert over het algemeen een Venture & Growth of een Growth & Buy Out strategie. waarbij actief wordt samengewerkt aan strategische ontwikkeling en operationele verbeteringen samen met de ondernemers. 	
Huidig portfolio*	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Healthcare: 6 bedrijven ▶ Technology: 12 bedrijven ▶ Agrifood: 2 bedrijven 	
Belang in zorg verlenende organisaties in Nederland	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ VVT: Attenza Group (sinds juni 2023) ▶ Huisartsenzorg: HMCC Medical Group (huisartsen contact centrum) ▶ Jeugdzorg: YOEP / Yes we can clinics 	

* Het huidig portfolio laat alleen de bedrijven zien die vallen onder de categorie 'Growth & Buy' omdat deze voldoen aan de definitie van Private Equity zoals gehanteerd in dit onderzoek. Bedrijven die vallen onder de categorie 'Venture & Growth' zijn derhalve niet geïnccludeerd.

Livingbridge

<p>Livingbridge EP LLP Groot-Brittannië Opgericht in 1997</p>	<p>Omschrijving</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 3,4 miljard Pond activa ▶ 100 medewerkers in dienst ▶ 5 kantoren over 3 continenten (London, Manchester, Birmingham, Boston (USA), Melbourne (AUS)) ▶ In totaal 168 investeringen gedaan t/m 2022, waarvan 29 in de gezondheidzorg sector
	<p>Sectoren</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Services, specifiek in Cybersecurity (41%) ▶ Technology, specifiek in SaaS (22%) ▶ Consumer, specifiek retail en e-commerce (19%) ▶ Healthcare & Education (17%)
	<p>Investeringsstrategie</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Livingbridge doet investeringen tussen de 15 en 300 miljoen Pond per investering ▶ Livingbridge focust zich op bedrijven in Europa en Groot-Brittannië ▶ Livingbridge hanteert over het algemeen een (leveraged) buy-out strategie, gericht op het verwerven van controlerende belangen in bedrijven (een meerderheidsaandeel). Daarbij neemt Livingbridge vaak een controlerende positie in ten aanzien van het management
	<p>Huidig portfolio</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Services: 8 bedrijven ▶ Technology: 16 bedrijven ▶ Software: 10 bedrijven ▶ Healthcare & Education: 8 bedrijven ▶ Consumer: 8 bedrijven
	<p>Belang in zorg verlenende organisaties in Nederland</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mondzorg: Freshtandartsen (sinds 2019), bestaande uit 39 mondzorgpraktijken.

Bencis

<p>Bencis Nederland Opgericht in 1999</p>	<p>Omschrijving</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 34 medewerkers in dienst ▶ 3 kantoren: Amsterdam, Brussel, Dusseldorf
<p>Sectoren</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Industry & Manufacturing ▶ Food & Beverages ▶ Business & Consumer Services ▶ Healthcare & Leisure ▶ Wholesale & Retail 	
<p>Investeringsstrategie</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bencis investeert in bedrijven met een operationeel resultaat tot maximaal 50 miljoen euro ▶ Bencis focust zich op bedrijven in de Benelux-regio en Duitsland ▶ Bencis hanteert over het algemeen een waarde creatie, groei en buy-out strategie, gericht op actieve ondersteuning van ondernemers en managementteams bij het realiseren van hun groeiambities 	
<p>Huidig portfolio</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Business Services: 12 ▶ Consumer goods: 3 ▶ Healthcare: 6 ▶ Industrial production: 7 ▶ Technology & Media: 4 	
<p>Belang in zorg verlenende organisaties in Nederland</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mondzorg: Clinias Dental Group (sinds mei 2022) ▶ Apotheek / bereidingen: PharComp Medsen Ceban ▶ Overig: Highcare Nursestation is een platform voor zorgprofessionals (bemiddeling) ▶ Zorgzuster (uitzendbureau) 	

Gilde Healthcare

<p>Gilde Healthcare Nederland Opgericht in 1999</p>	<p>Omschrijving</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 2,5 miljard euro vermogen ▶ 3 kantoren: Utrecht, Frankfurt, Boston
<p>Sectoren</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Gezondheidszorg (subsectoren: zorgaanbieders, leveranciers van medische producten en dienstverleners actief in de lagere midden markt). 	
<p>Investeringsstrategie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Gilde Healthcare investeert in bedrijven met een EBITDA tussen de 2-15 miljoen euro ▶ Gilde Healthcare focust zich op bedrijven in Europa, met een specifieke focus op Noordwest Europese landen (voornamelijk Nederland en Duitsland) ▶ Gilde Healthcare hanteert over het algemeen een waarde creatie, groei en buy-out strategie, gericht op het opbouwen van waardevolle partnerschappen met managementteams om gezamenlijk waarde te creëren. 	
<p>Huidig portfolio</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Gezondheidszorg: 15 bedrijven 	
<p>Belang in zorg verlenende organisaties in Nederland</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Medisch specialistische zorg / paramedische zorg: Scharenborg groep ▶ Mondzorg: Dental Today Tandarts Today (mondzorg) ▶ Langdurige zorg: Novicare 	

Jacobs Holding

<p>Jacobs Holding Zwitserland Opgericht in 1994</p>	<p>Omschrijving</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 2 kantoren: Zurich, London
<p>Sectoren</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Jacobs Holding communiceert geen specifieke focus op bepaalde sectoren. Ze investeren in markt leidende, niet-cyclische bedrijven met cash-generatieve bedrijfsmodellen. Ze zoeken naar bedrijven met een sterke bedrijfscultuur, managementteam en talentpool, en vermijden politiek risico en onethische investeringen. 	
<p>Investeringsstrategie</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Jacobs Holding investeert in publieke of private bedrijven ontwikkelde markten, met een minimum eigen vermogen van 300 miljoen CHF ▶ Jacobs Holding communiceert geen specifieke geografische focus ▶ Jacobs Holding hanteert over het algemeen een waarde creatie strategie, gericht op het creëren van waarde door middel van ondernemerschap. Jacobs Holding streeft ernaar om getalenteerde mensen samen te brengen, die denken als eigenaren en handelen met integriteit. 	
<p>Huidig portfolio</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Healthcare: 2 bedrijven ▶ Education: 1 bedrijf ▶ FMCG: 1 bedrijf 	
<p>Belang in zorg verlenende organisaties in Nederland</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mondzorg: Colosseum Dental Group 	

Oakley Capital Management Limited

<p>Oakley Capital Management Limited Bermuda Opgericht in 2002</p>	<p>Omschrijving</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 6,8 miljard euro opgehaald via zeven fondsen ▶ 4 kantoren: London, Milaan, München, Luxemburg
<p>Sectoren</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Technology ▶ Consumer ▶ Business Services ▶ Education 	
<p>Investeringsstrategie</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Oakley Capital Management Limited investeert in mid-market bedrijven met een waarde tot 500 miljoen euro. ▶ Oakley Capital Management Limited focust zich op bedrijven in West-Europa ▶ Oakley Capital Management Limited hanteert over het algemeen vier strategieën: bedrijfstransformatie, prestatieverbetering, waarde creatie strategie, leiderschapsontwikkeling en buy-and-build strategie. De strategieën zijn gericht op een proactieve samenwerking met oprichters en managementteams om duurzame waarde op de lange termijn te creëren, Oakley Capital Management Limited streeft naar het verwerven van controlerende aandelenposities. 	
<p>Huidig portfolio</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Technology: 9 bedrijven ▶ Consumer: 12 bedrijven ▶ Business Services: 4 bedrijven ▶ Education: 6 bedrijven 	
<p>Belang in zorg verlenende organisaties in Nederland</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mondzorg: Liberty Dental Group / Excent tandtechniek (sinds 2023) 	

G Square Healthcare Private Equity LLP

<p>G Square Healthcare Private Equity LLP Groot-Brittannië Opgericht in 2008</p>	<p>Omschrijving</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 1,9 miljard euro activa ▶ 1 kantoor: London ▶ 22 investeringen gedaan
<p>Sectoren</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Gezondheidszorg (100%) (private ziekenhuizen, verpleeghuizen, thuiszorg, gespecialiseerde chirurgische, tandheelkundige en medische diensten, onderzoeksorganisaties, productieorganisaties, distributeurs, en aanbieders en distributeurs van nieuwe medische technologieën) 	
<p>Investeringsstrategie</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ G Square investeert tussen de 30 en 60 miljoen euro per investering ▶ G Square focust zich op bedrijven in Europa en Israël ▶ G Square hanteert over het algemeen een waarde creatie strategie, gericht op het creëren van waarde door bij te dragen aan strategische en operationele discussies en het rekruteren van professioneel management 	
<p>Huidig portfolio</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Gezondheidszorg: 14 bedrijven 	
<p>Belang in zorg verlenende organisaties in Nederland</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mondzorg: Denteam Group C.D.C. Restyle Your Smile (sinds 2015) ▶ Medische hulpmiddelen: Duomed Group (sinds 2017) 	

AAC Capital Partners

<p>AAC Capital Partners Nederland Opgericht in 2005</p>	<p>Omschrijving</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Meer dan 900 miljoen euro geïnvesteerd over 34 investeringen ▶ 1 kantoor: Amsterdam ▶ 34 buy-outs, meer dan 140 add-on acquisities en 28 exits gerealiseerd
<p>Sectoren</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Geen specifieke focus 	
<p>Investeringsstrategie</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ AAC Capital Partners doet investeringen tussen de 30 en 60 miljoen euro per investering ▶ AAC Capital Partners focust zich op medium-sized bedrijven in de Benelux ▶ AAC Capital Partners hanteert over het algemeen een waardegroei strategie, gericht op het ondersteunen van management tijdens belangrijke strategische beslissingen en door hun internationale netwerk beschikbaar te maken. 	
<p>Huidig portfolio</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ 6 bedrijven 	
<p>Belang in zorg verlenende organisaties in Nederland</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Fysiotherapie: Fysius (in 2018 overgenomen van Gilde Healthcare) 	

Rothschild & Co

<p>Rothschild & Co Frankrijk Opgericht in 1956</p>	<p>Omschrijving</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 22,9 miljard dollar activa ▶ Meer dan 60 werknemers in dienst, 4 kantoren: London, New York, Parijs, San Francisco ▶ Managing over 9 billion euro of capital
<p>Sectoren</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Data & Software ▶ Healthcare & Education ▶ Technology-Enabled Business Services 	
<p>Investeringsstrategie</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Rothschild & Co investeert tussen de 30 en 100 miljoen euro per investering in lagere mid-market bedrijven, investeringen tussen de 100 en 300 miljoen euro in mid-market bedrijven en investering van meer dan 400 miljoen euro in hogere mid-market bedrijven. ▶ Rothschild & Co focust zich op Noord-Europa en Noord-Amerika ▶ Rothschild & Co is een betrokken aandeelhouder en streeft naar het ondersteunen van sterke, gemotiveerde managementteams. Strategische en operationele ondersteuning wordt geboden daar waar nodig. 	
<p>Huidig portfolio*</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Business services: 5 bedrijven ▶ Consumer: 2 bedrijven ▶ Data: 13 bedrijven ▶ Education: 4 bedrijven ▶ Healthcare: 9 bedrijven ▶ Legacy/Non-Core: 6 bedrijven ▶ Software: 15 bedrijven ▶ Technology-Enabled Business Services: 8 bedrijven 	
<p>Belang in zorg verlenende organisaties in Nederland</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Huisartsenzorg: Centric Health (sinds 2018) 	

*Het totale portfolio van Rothschild & Co bestaat op dit moment uit 44 bedrijven, sommigen bedrijven vallen in meerdere sectoren.

Capital A Partners

<p>Capital A Partners Nederland Opgericht in 2018</p>	<p>Omschrijving</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Omvang beheerde vermogen: ongeveer 900 miljoen euro ▶ 2 kantoren: Amsterdam, Antwerpen
<p>Sectoren</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Geen specifieke focus 	
<p>Investeringsstrategie</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Capital A Partners investeert tussen de 5 tot 50 miljoen euro per investering ▶ Capital A Partners focust zich op Nederland en België ▶ Capital A Partners hanteert een buy-and-build strategie. Capital A is een betrokken aandeelhouder zonder op de stoel van management te gaan zitten. Ze bieden toegang tot een groot netwerk, complementair aan dat van ondernemers, bieden expertise op financieel en strategisch vlak en leveren waar nodig hands-on support bij bijvoorbeeld overnames. 	
<p>Huidig portfolio</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ 40 bedrijven 	
<p>Belang in zorg verlenende organisaties in Nederland</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kraamzorg: Kraamzus ▶ Paramedische zorg en medisch specialistische zorg: TopzorgGroep 	

B. Bijlage B: PE-partijen en zorgorganisaties

Momentopname, januari 2024 van geïdentificeerde PE-partijen op basis van de zorgspecifieke fusiebesluiten gepubliceerd door de NZa.

Private Equity partij (↓ A ... Z)	Belang in zorg verlenende organisaties in Nederland
5CS Partners Management	PUUR Mondzorg (mondzorg)
A.P. Møller	Unilabs - labels o.a. Saltro Atalmedial Medlon SHO (diagnostiek zoals bloedonderzoek, functieonderzoeken, ECG's, echo's en longfunctiemetingen)
AAC Capital Partners	Fysius (fysiotherapie)
Advent International	Mediq (apotheek, medische hulpmiddelen)
Amvest	Ontwikkelen het zorgvastgoed voor het Amvest Living & Care Fund (ALCF) in samenwerking met vier vaste zorgaanbieders: Zorggroep De Laren, Dagelijks Leven, Het Gastenhuis en Futura. (zorg vastgoed)
Apax Partners SAS	NL Mental Care met labels Mentaal Beter, HSK, Opdidakt, Vitalmindz, De Gezonde Zaak, Alleskits, Siggy (GGZ)
Ares Management	Prime Dental Alliance (mondzorg)
Axcel Management	Oral Care - onderdeel OC Holding Tandartspraktijk Kennemerland (mondzorg)
Bencis Capital Partners	Clinias Dental Group (mondzorg) PharComp Medsen (apotheek) Ceban (apotheekbereidingen) Highcare Nursestation (platform voor zorgprofessionals) Zorgzuster (uitzendbureau)
Bolster Investment Partners	Careflex Groep (onderaannemer in de zorg)
Capital A Partners	Kraamzus (kraamzorg) TopzorgGroep (o.a. fysiotherapie, ergotherapie, medisch specialistische revalidatie)
CVC Capital Partners	FutureLife Nij Clinics (medisch specialistische zorg - fertiliteit)
EMK Partners	Eyecare group (optische en hoorzorgproducten)
Forte Capital Management	Chimera Companies (apotheek)
G Square Capital	Denteam Group C.D.C. Restyle Your Smile (mondzorg) Duomed Group (medische hulpmiddelen)
Gilde Healthcare Holding B.V.	Dental Today Tandarts Today (mondzorg) Novicare (langdurige zorg) Wings NewCo Scharenborg groep (voetzorg)
GIMV	Arseus Medical Group (medische materialen)
HC Partners	Fysiogroep Nederland - De praktijken van werken onder verschillende labels: B-Fysic, Fysio expert, FysioNu, Fyzie, PACA, PMC in Balans, Fitaal en Topfit (fysiotherapie) Dutch Dental Group De Tandartsengroep (mondzorg)

Holland Capital Management	Attenza (VVT) HMCC Medical Group (Huisartsen contact centrum) YOEP / Yes we can clinics (jeugd)
Intermediate Capital Group	Domus Vi Group Martha Flora (VVT)
Jacobs Holding	Colosseum Dental Group (mondzorg)
Karmijn Kapitaal	Aquilim Groep o.a. Equilar Trans Lion Medicum Consult (Arbodienst)
Livingbridge	Fresh Tandartsen (mondzorg)
Mentha Capital	paraDIGMA Groep De Arbodienst
Nalka Invest Interogo Foundation	Asker Healthcare labels o.a. Bosman Medireva (medische hulpmiddelen) Qualityzorg Diabstore (VVT)
Navitas Capital	Domus Valuas (VVT)
Nordic Capital	Equipe zorgbedrijven Velthuis Kliniek Xpert Clinics (medisch specialistische zorg) European Dental Group TopMondzorg (met de labels Dental Clinics Top Ortho Proclin mondzorgplus OMNIOS MKA groep Gerident Pro-da) (mondzorg)
NPM Capital (/ SHV Holdings)	Het Gastenhuis (VVT) Medux (medische hulpmiddelen) Zorgwerk (uitzendbureau in de zorg)
Oakley Capital Investments	Excent Tandtechniek Liberty Dental Group (mondzorg, lab en implantaten)
Ontario Teachers' Pension Plan Board	Veonet (Ober Scharre Gruppe) Eyescan (medisch specialistische zorg)
PAI Partners	Veonet (Ober Scharre Gruppe) Eyescan (medisch specialistische zorg)
Parcom Capital Management	Zorg van de zaak o.a. cohesie, Aditum, De nieuwe arts, Ergatis, Sitagre (arbodienst), Rode Kruis Ziekenhuis (Medisch Specialistische Zorg), Naviva (Kraamzorg), Co-eur, MHS, Novadic-Kentron (GGZ)
Reggeborgh	Prescan (total body scan)
Rothschild & Co	Centric Health (huisartsenzorg)
SDG Capital	U-center (GGZ)
Triton Partners	Bergman Clinics (medisch specialistische zorg)
Ufenau Capital Partners AG	Corius Group - Mauritskliniek Ceulen Kliniek MOHS Kliniek Dermatological Center Dermapark (medisch specialistische zorg / paramedische zorg)
Unigestion	Home Instead Thuiservice (VVT)

Tabel 12 overzicht van PE-partijen en de zorginstellingen waarin zij participeren

C. Bijlage C: Toelichting op datasets

C.1 Dataset: NZa Fusiebesluiten

Op basis van de gepubliceerde besluiten inzake de zorg specifieke concentratietoets zoals gepubliceerd op de website op puc.overheid.nl/na is een dataset gemaakt. Hiervoor is op 2 januari 2024 gezocht naar de fusiebesluiten op [overheid.nl](https://puc.overheid.nl/nza/) gepubliceerd door de Nederlandse Zorgautoriteit (<https://puc.overheid.nl/nza/>). In totaal gaf dit 1.432 hits over de afgelopen 10 jaar. Van de 1.432 hits hadden er 8 betrekking op een 'intrekkingsbesluit'; deze zijn niet verder meegenomen in de analyse. Er is een dataset gemaakt waarbij de titel van het gepubliceerde besluit is gesplitst in 'organisatie 1' en 'organisatie 2', waarbij 'organisatie 1' betrekking heeft op de partij die een belang neemt in 'organisatie 2'⁵⁰. Op basis van deze dataset is een groepering gemaakt van het aantal fusiebesluiten per 'organisatie 1'. Daarbij zijn, als dit eenvoudig bleek uit de naamgeving, verschillende notaties (bv. BV versus B.V.) gecorrigeerd om onnodige dubbele groepen te vermijden.

C.2 Dataset: EY Barometer Nederlandse Gezondheidszorg

De dataset die onder meer wordt gebruikt voor de EY Barometer Nederlandse Gezondheidszorg, die 4.181 zorginstellingen omvat met de laatste update op 17-12-2023, vormt de basis voor de kwantitatieve analyses van het jaar 2022, met 2021 als het vergelijkingsjaar. Wanneer de categorieën 'jeugdhulp' en 'overig' worden uitgesloten, blijven er 3.069 zorginstellingen over, verdeeld over de verschillende subsectoren van zorginstellingen. De subsector 'overig' omvat doorgaans, maar niet exclusief, diensten zoals ambulancediensten, crisiszorg, verslavingszorg, medische diagnostiek en regionale veiligheids- en gezondheidsregio's.

Binnen de subsectoren zijn verdere onderverdelingen aangebracht, waarop gefilterd en geselecteerd kan worden. De Eerstelijnszorg bestaat onder andere uit, maar is niet beperkt tot, fysiotherapie, andere paramedische zorg (niet zijnde fysiotherapie), revalidatiecentra, diëtetiek, ergotherapie en huisartsenzorg. De subsector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT) omvat onder meer wijkverpleging, verpleeghuiszorg en thuiszorg. De ziekenhuiscategorie (ZKH) is samengesteld uit algemene en categoriale ziekenhuizen, evenals universitaire medische centra.

Deze dataset is onder meer samengesteld uit data in gedeponeerde jaarrekeningen. Uit de analyse is gebleken dat een substantieel aantal jaarrekeningen niet publiekelijk beschikbaar is of niet bij de Kamer van Koophandel is gedeponeed. Dit wordt mede veroorzaakt door het ontbreken van een algemene jaarverantwoordingsplicht binnen een aantal subsectoren.

De kwaliteit en de volledigheid van de wel gedeponeerde jaarrekeningen varieert aanzienlijk. Sommige zijn volledig, terwijl andere, als aan bepaalde criteria is voldaan, als vereenvoudigd worden beschouwd. Deze vereenvoudigde jaarverantwoordingen vereisen minder gedetailleerde financiële informatie en zijn vooral van toepassing op (kleinere) zorginstellingen en in de eerstelijnszorg, waar men de voorkeur geeft aan minimale verantwoording vanwege de financiële en administratieve lasten en de gevoeligheid van bepaalde gegevens.

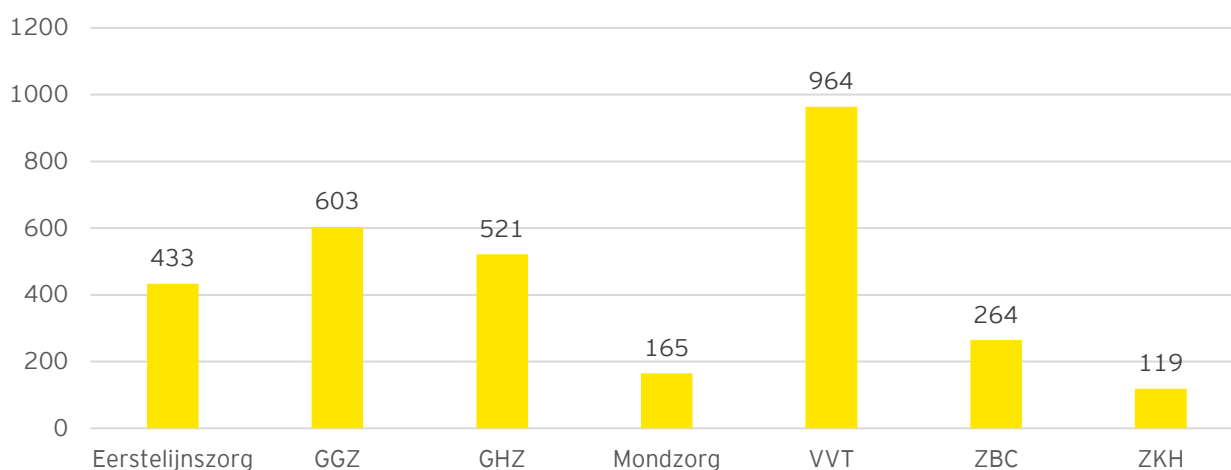
⁵⁰ Mogelijk dat er ook gevallen zijn waar deze verhouding anders ligt, bijvoorbeeld als het gaat om een nieuwe Joint Venture.

In 2020 is door zowel de Eerste als de Tweede Kamer ingestemd met een algemene jaarverantwoordingsplicht volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG), gericht op maatschappelijke verantwoording over het gebruik van collectieve middelen. Dit vormt een uitbreiding van de bestaande verantwoordingsplicht onder de WTZi. Op 26 mei 2020 is echter een wijziging voorgelegd die bepaalde groepen uitzondert van deze verantwoordingsplicht. Deze aanpassing, gericht op een balans tussen transparantie en administratieve lasten, betekende dat zorginstellingen met een netto omzet tot 12 miljoen euro een lichtere accountantsverklaring nodig hadden, terwijl voor een hogere omzet wel een controleverklaring vereist was.

Op 5 juli 2023 heeft de minister voor Langdurige Zorg en Sport besloten de implementatie van deze verplichte jaarverantwoording met twee jaar uit te stellen. Dit besluit betreft zorgorganisaties die onder de voormalige Wet toelating zorginstellingen (WTZi) geen verantwoordingsplicht hadden, zoals huisartsen-, mondzorg- en paramedische praktijken en apotheken. Dit resulteert in een beperkte beschikbaarheid van data voor de betreffende subsectoren.

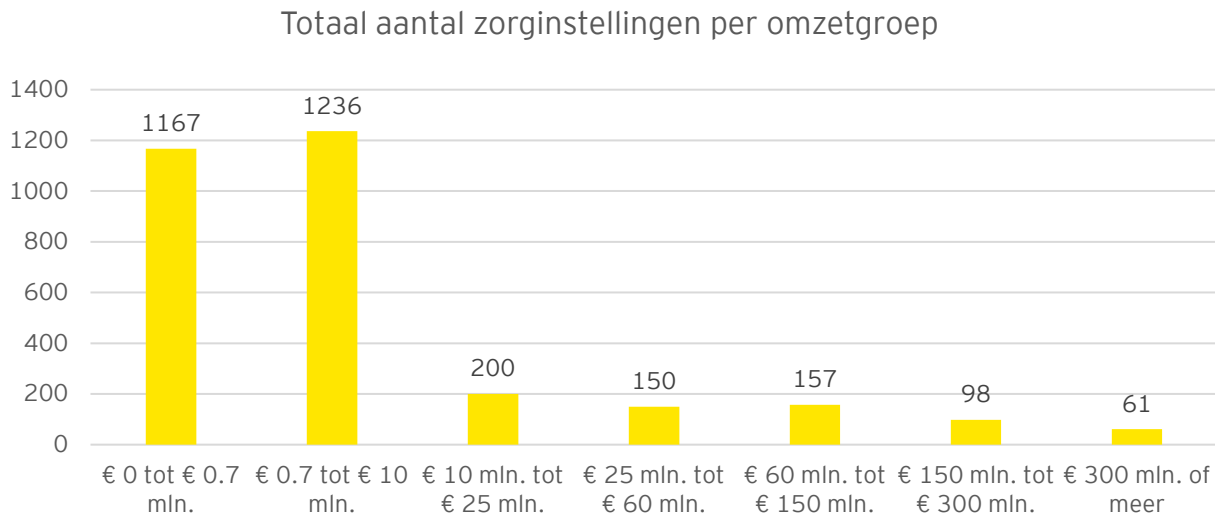
Om een inzicht te geven in de dataset zijn hieronder twee figuren opgenomen die inzicht geven in de verdeling van de zorginstellingen in de dataset over verschillende subsectoren in de dataset en aantallen zorginstellingen per omzetgroep.

Aantal zorginstellingen per subsector



Figuur 33 verdeling zorginstellingen over subsectoren⁵¹

⁵¹ De totale som van de Zelfstandige Behandelcentra (ZBC's) en ziekenhuizen bedraagt 383, terwijl eerder in het rapport een aantal van 435 instellingen binnen de Medisch Specialistische Zorg (MSZ) wordt genoemd. Deze discrepantie is toe te schrijven aan het feit dat binnen de MSZ ook revalidatiecentra en Psychiatrische Afdelingen Algemeen Ziekenhuis (PAAZ)/Psychiatrische Universiteitsklinieken (PUK) zijn inbegrepen, welke in de dataset niet specifiek zijn gecategoriseerd als ZBC's of ziekenhuizen. In de schatting van de omvang van wettelijke geldstromen is met deze categorisatie wel rekening gehouden.



Figuur 34 verdeling zorginstellingen naar Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorg en Welzijn (NVTZ) Omzetklasse

Uit het onderzoek naar de financiële structuur van zorginstellingen in Nederland, met betrekking tot het verslagjaar 2022, blijkt dat een aanzienlijk deel van deze zorginstellingen, namelijk 78%, een jaaromzet genereert van maximaal 10 miljoen euro. Deze categorie van zorginstellingen valt onder de regelgeving die hen toestaat om een vereenvoudigde accountsverklaring te hanteren.

Binnen de specifieke subsectoren van de zorgsector die voorheen onder de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) vielen, vallen met name huisartsenpraktijken, tandheelkundige klinieken en paramedische praktijken. Deze subsectoren zijn niet verplicht hun financiële gegevens te deponeren. Hierdoor is het aannemelijk dat het werkelijke aantal zorginstellingen met een jaaromzet van 10 miljoen euro of minder, in de praktijk hoger ligt dan de data initieel suggereert.