

Vergaderjaar 2024–2025

**36 600 XVI**

## **Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2025**

**Nr. 177**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 5 maart 2025

Tijdens het debat over de Verzamelwet gegevensverwerking I op 5 september 2024 en tijdens het private equity tweeminutendebat op 19 december 2024, heeft uw Kamer een aantal moties aangenomen gerelateerd aan private equity en winst in de zorg<sup>1</sup>. Met deze brief licht ik toe hoe ik met deze moties om zal gaan.

De inzet van private equity in de zorg heeft de afgelopen jaren steeds meer maatschappelijke en politieke aandacht gekregen, en zeker niet in positieve zin. Er kwamen voorbeelden aan het licht van situaties waarin investeerders (niet altijd private equity partijen) met verkeerde intenties begonnen met ondernemen in de zorg, met negatieve impact op de kwaliteit en continuïteit van zorg. Terecht dat de Kamer daarover kritische vragen heeft gesteld en opdracht heeft gegeven hier iets aan te doen. Eind vorig jaar heeft uw Kamer een motie aangenomen om private equity in de zorg te verbieden. Ik heb u toegezegd daar via deze brief op te reageren.

Alles overwegend ben ik tot de conclusie gekomen dat ik private equity in de zorg niet verbied:

- Een verbod heeft een te grote negatieve impact op de toegankelijkheid en continuïteit van zorg. Aanbieders kunnen omvallen, slecht bereikbaar worden of langere wachtlijsten krijgen.
- Een verbod beperkt de mogelijkheden voor investeringen, die nodig zijn om de zorg ook in de toekomst in de benen te houden bijvoorbeeld in innovaties die een onbeheersbaar arbeidsmarkttekort kunnen afwenden.

<sup>1</sup> Motie Dijk en Dobbe (Kamerstuk 36 444, nr. 15), motie Bushoff (Kamerstuk 36 444, nr. 16), motie Bushoff (Kamerstuk 36 444, nr. 17), motie Bushoff en Dijk (Kamerstuk 36 600 XVI, nr. 156), motie Bushoff en Dijk (Kamerstuk 36 600 XVI, nr. 157), motie Dijk (Kamerstuk 36 600 XVI, nr. 158), motie Dobbe en Westerveld (Kamerstuk 36 410 XVI, nr. 101)

- Een verbod zou de voorgekomen excessen niet hebben voorkomen omdat dit veelal andere commerciële investeerders betroffen of gewone zorgaanbieders.
- Een verbod op private equity is, juridisch zeer kwetsbaar met grote (financiële) risico's voor de overheid tot gevolg.

Als ik alles in overweging neem, weegt voor mij het borgen van de toegankelijkheid, continuïteit en betaalbaarheid van de zorg zwaarder dan de voordelen die gepaard gaan met een verbod van private equity. Wel ben ik het zeer stellig eens met de Kamer dat er binnen de zorg geen plek is voor personen of partijen die hun eigen financiële belangen voorop zetten ten koste van de zorg. Ik wil paal en perk stellen aan zorgaanbieders die enkel eropuit zijn om er zelf financieel beter van te worden. In deze brief licht ik toe welke maatregelen ik daartoe neem.

### *Leeswijzer*

Allereerst schets ik u de historie van financiering van zorg en de inzet van private equity. Daarna licht ik toe welke kansen en risico's gepaard gaan met private equity in de zorg. Vervolgens geef ik aan welke drie opties er mijns inziens zijn om private equity aan te pakken. Tot slot vat ik samen tot welke afweging ik ben gekomen en welke maatregelen ik neem.

### **Historisch perspectief**

Sinds jaar en dag speelt de markt een grote rol in de zorg en al voelt dat misschien niet altijd even goed, omdat we de zorg bijvoorbeeld ook publiekelijk bekostigen via premies en belastingen, het is wel een gegeven en daarmee een moeilijk vervangbaar uitgangspunt van het stelsel zoals we dat de afgelopen decennia hebben opgebouwd. Zorgaanbieders zijn van oudsher, ook vóór invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006, private ondernemingen. Daarmee zijn het ook ondernemers. En voor onder andere de financiering van hun bedrijfsvoering zijn zij op hun beurt weer afhankelijk van tal van andere private partijen in en om de zorg die op hun beurt ook commerciële belangen kunnen hebben. Een ziekenhuis dat een lening nodig heeft voor een verbouwing wendt zich bijvoorbeeld tot een private partij, zoals een bank. Voor de benodigde apparatuur en hulpmiddelen is het ziekenhuis afhankelijk van diverse leveranciers, soms ook internationaal. En een huisarts is voor zijn gebouw, materiaal en ICT ook afhankelijk van private leveranciers. Gebouwen en apparaten, ziekenhuisbedden, medicijnen, hulpmiddelen, computers, voeding, werkkleding en beschermingsmiddelen, je kunt het zo gek niet bedenken of commerciële bedrijven ontwikkelen en produceren het voor de zorg.

Omdat zorgaanbieders private ondernemingen zijn, moeten zij ook zelf financiering regelen voor de investeringen die zij willen doen. Dan kan op verschillende manieren, bijvoorbeeld via banken, inbreng van eigen vermogen of inbreng van al dan niet commerciële investeerders zoals private equity partijen<sup>2</sup>. Ongeacht de wijze van financiering vraagt inbreng van geleend geld of van eigen vermogen om een vergoeding, bijvoorbeeld via rentebetalingen of winstuitkering. Dit is nodig, omdat investeringen ook risico's met zich meebrengen. Het vragen van een dergelijke vergoeding voor financiering is dus noodzakelijk, zolang geen sprake is van *excessieve* vergoedingen.

<sup>2</sup> Private equity betreft de verzamelnaam voor partijen die vermogen aanbieden aan niet-beursgenoteerde ondernemingen. Investeringen vinden doorgaans plaats in de vorm van het verkrijgen van een meerderheidsaandeel. De fondsen voor dergelijke investeringen zijn hoofdzakelijk afkomstig van institutionele investeerders, zoals pensioenfondsen en verzekeringsmaatschappijen of particulieren en worden beheerd door private equity partijen.

Om de kwaliteit, toegankelijkheid, en betaalbaarheid van de zorg te borgen binnen dit private stelsel met veel eigen (financiële) verantwoordelijkheden voor zorgaanbieders, zijn in de afgelopen jaren al meerdere maatregelen getroffen. Naast algemene maatregelen om het stelsel beter te laten functioneren, zoals de zorgplicht voor zorgverzekeraars, naleving concurrentieregels, regulering van fusies/overnames, zijn er ook maatregelen getroffen specifiek gericht op de regulering van aanbieders. Denk daarbij aan de toetredingsregulering, tariefregulering, regulering van winstuitkering in delen van de zorg, en kwaliteitsregulering. Hierop wordt actief toezicht gehouden door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), Autoriteit Consument en Markt (ACM) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Ondanks deze maatregelen worden er vanuit verschillende kanten zorgen geuit over private equity participatie in de zorg. De vrees bestaat dat geld uit de zorg wegstroomt naar deze partijen. En dat dit ten koste gaat van de zorg omdat financiële belangen de boventoon zouden voeren. Helaas hebben we voorbeelden gezien van situaties waar dat het geval bleek te zijn. Voorbeelden waarin bijvoorbeeld er sprake was van belangenverstremgeling of waarbij bewust werd aangestuurd om de krenten uit de pap te selecteren.

*Private equity betreft de verzamelnaam voor partijen die vermogen aanbieden aan niet-beursgenoteerde 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 of particulieren en worden beheerd door private equity partijen.*

*Private equity is één van de vele mogelijke commerciële investeerders die financiering aanbieden aan zorgaanbieders. Denk bijvoorbeeld ook aan angel investeerders, institutionele beleggers, particuliere investeerders. Een business angel of angel investeerder koopt niet alleen aandelen in een bedrijf. Een angel investeerder is zelf ook ondernemer geweest en helpt daarbij ook met de bedrijfsvoering. Een institutionele belegger is een bedrijf of organisatie die geld investeert namens cliënten of leden. Een particuliere investeerder is een persoon of bedrijf dat zijn eigen geld in een bedrijf investeert.*

Hoewel ik dus zeker de negatieve sentimenten herken over degenen die misbruik maken van zorg, is het voor mij van belang om deze discussie zoveel mogelijk op basis van feiten te voeren. Daarom is er onderzoek gedaan om meer inzicht te krijgen in de omvang van private equity in de zorg en de gevolgen van private equity participatie voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.<sup>3</sup> Dit onderzoek laat zien dat de omvang (uitgedrukt in geldstromen) van private equity in 2022 in de Zvw circa 3,5% van de totale uitgaven is (€ 1,43 miljard) en in de Wlz circa 0,5% (€ 98 miljoen). Dit is dus alleen Zvw en Wlz zorg die wordt geleverd door zorgaanbieders die door private equity partijen zijn gefinancierd (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). Dit geeft nog niet weer hoeveel vermogen er door PE partijen in totaal is geïnvesteerd in deze zorg, die cijfers zijn niet bekend. Verder blijkt ook uit de analyse dat er op basis van die beschikbare data geen aantoonbare verschillen bestaan op het gebied van kwaliteit, toeganke-

<sup>3</sup> Kamerstuk 36 410 XVI, nr. 159.

lijkheid en betaalbaarheid tussen zorginstellingen met en zonder private equity participatie.

Ondanks deze onderzoeksresultaten blijven de zorgen rondom private equity participatie in de zorg bestaan, mede omdat er helaas voorbeelden zijn van investeerders die met verkeerde intentie starten met ondernemen in de zorg. Recentelijk heeft uw Kamer nogmaals een motie aangenomen om private equity in de zorg te verbieden.<sup>4</sup>

### **Kansen en risico's van private equity partijen**

Private equity participatie in de zorg biedt verschillende kansen. Zorgaanbieders hebben financiering nodig voor hun bedrijven, apparatuur en innovaties. Private equity partijen kunnen daarbij een rol spelen en voorzien in die financieringsbehoefte. Banken zijn de afgelopen jaren meer, en hogere, eisen gaan stellen aan zorgorganisaties voor financiering<sup>5</sup>. Het is dus voor zorginstellingen lastiger om via banken gefinancierd te worden. In dat geval kunnen andere investeerders, waaronder private equity partijen uitkomst bieden. Daarnaast kunnen private equity investeerders zorgaanbieders verder helpen bij het nadenken over doelmatigheid en verbeteringen in de bedrijfsvoering, omdat zij daar specifieke expertise over hebben, die zij onder andere mee brengen vanuit andere sectoren zoals de logistiek of bedrijfsvoering.

#### ***Een goed voorbeeld uit de praktijk:***

*Een private investeerder investeert in een bedrijf dat aanbieders ondersteunt bij innovatieve inzet van personeel. Het idee van deze innovatieve inzet is dat verschillende specialisten bij verschillende zorginstellingen in worden gezet. Hierdoor wordt cruciale kennis en kunde van specialistische artsen en behandelaren gedeeld tussen de organisaties. De ondersteuning van een private investeerder stelt het bedrijf ook in staat nieuwe (vakinhoudelijke) kennis en expertise te benutten en verder op te schalen, door bijvoorbeeld best practices met de sector via webinars en sociale media te delen.*

Private equity partijen zijn veelal actief in die sectoren in de zorg waar winst uitgekeerd mag worden, want er moet iets tegenover het risico van de investering staan (in dit geval rendement). Ter vergelijking: banken rekenen ook rente over een lening. De onderzoeksbureaus SiRM en Financial Ideas hebben in 2019 in opdracht van VWS een onderzoek gedaan naar de kansen en risico's van winstuitkering door zorgaanbieders. Dit onderzoek laat zien dat het toestaan van winstuitkering ertoe kan leiden dat er meer wordt geïnvesteerd in innovatie en de patiëntervaring. Daarnaast laat dit onderzoek zien dat winstuitkering de toetreding van nieuwe partijen stimuleert/bevordert hetgeen de dynamiek en innovatie kan bevorderen wat op zijn beurt de kwaliteit en de toegankelijkheid van zorg bevordert.<sup>6</sup>

Private equity participatie in de zorg alsook de mogelijkheid om winst uit te mogen keren, brengt ook een risico met zich mee. Dit risico is dat private equity partijen, maar ook commerciële investeerders en commerciële zorgaanbieders, meer gericht zijn op hun eigen financieel belang,

<sup>4</sup> Kamerstuk 36 600 XVI, nr. 158

<sup>5</sup> van Dijk, T. (2024). *Money talks: Untangling the dynamics between banks, health insurers and healthcare organizations in the context of a regulated market*. [Doctoral Thesis, Erasmus University Rotterdam].

<sup>6</sup> SiRM en Financial Ideas, *Uitkering van dividend door zorgaanbieders, praktijkanalyse en effectanalyse*, 17 juni 2019

dan op de maatschappelijke belangen van zorg. Wanneer dit het geval is kunnen de bijvoorbeeld de volgende onwenselijke situaties ontstaan:

1. Er wordt bezuinigd op kwaliteit van zorg, waardoor deze niet meer goed/voldoende is, of noodzakelijke investeringen in kwaliteit blijven uit, omdat de zorgorganisatie winstuitkering belangrijker vindt.
2. De continuïteit van een zorgaanbieder komt in gevaar, doordat te grote financiële risico's worden genomen, bijvoorbeeld door het aangaan van (te) grote leningen of het uitbetalen van onverantwoord hoog dividend.
3. Er wordt geld uit de zorg onttrokken door de krenten uit de pap te pikken. Dat wil zeggen dat patiënten worden geselecteerd die relatief eenvoudige zorg nodig hebben, waarvoor prijzen gerekend worden die ook voor complexere zorg toegepast worden. Hierdoor komt de betaalbaarheid van de zorg onder druk te staan.

#### **Een voorbeeld van een onwenselijke situatie:**

*Een voorbeeld hiervan is een tandartsenketen waarbij een private investeerder veel verschillende praktijken opkoopt en bedrijfsprocessen efficiënter inricht waardoor de tandarts wordt ontzorgd (het zogeheten «kralen rijgen»). Op deze manier probeert de private investeerder zo veel mogelijk rendement te behalen. Om nog meer efficiëntie te bereiken blijft de investeerder nieuwe praktijken opkopen (wat schaalvoordelen met zich meebrengt) en koopt het ook bedrijven op met ondersteunende diensten (denk aan laboratoria of bedrijven die bepaalde producten maken). Dit om zoveel mogelijk processen intern te kunnen afhandelen en geen externe bedrijven te hoeven inschakelen. Wat naast efficiëntie ook ten goede komt aan de patiënten (sneller passende diagnostiek en/of behandeling). Maar voor de aankoop van elke tandartsenpraktijk worden er (te) hoge leningen afgesloten. De tandartsenpraktijken worden hoofdelijk aansprakelijk gemaakt voor deze leningen. Dit brengt een risico met zich mee. Te veel leningen brengen namelijk de financiële gezondheid in gevaar. Op termijn kan hiermee vervolgens ook de continuïteit van zorg in gevaar komen. Iets wat al helemaal onwenselijk is bij ketens die dusdanig groot zijn geworden dat ze «too big too fail» zijn geworden.*

Net als uw Kamer wil ik deze risico's aanpakken, om te voorkomen dat er situaties ontstaan waarin de burger, patiënt of verzekerde de dupe wordt.

#### **Drie opties voor de aanpak van private equity**

Ik wil de maatregelen die genomen kunnen worden indelen in drie categorieën:

- 1) een verbod op (nieuwe) private equity;
- 2) een winstuitkeringsverbod in de gehele zorg;
- 3) een gerichte aanpak tegen personen of partijen die hun eigen financiële belangen voorop zetten.

Om uw Kamer mee te nemen in mijn overwegingen heb ik in bijlage 1 een overzicht opgenomen met daarin de consequenties van deze drie soorten maatregelen. Ook heb ik een inschatting gemaakt van sommige kosten die gemoeid zijn met de betreffende maatregel. Daarbij wil ik de kanttekening maken dat een exacte inschatting van de totale kosten per optie niet mogelijk is. VWS heeft geen inzicht in hoeveel eigen en vreemd vermogen er in de zorg omgaat, en hoeveel hiervan vanuit commerciële (o.a. private equity) partijen komt.

In deze brief geef ik aan wat de specifieke impact is van de drie soorten maatregelen als gaat om continuïteit, toegankelijkheid en financiering van zorg en van de juridische risico's.

### **1: verbod op (nieuwe) private equity**

Een verbod op private equity houdt in dat zorgaanbieders geen financieringsovereenkomst meer mogen afsluiten met private equity partijen. Een verbod betekent dat bestaande financieringen door private equity partijen in de zorg ook niet meer zijn toegestaan. Dit zal dan dus door andere financieringsmogelijkheden moeten worden opgevangen. Bij een verbod op *nieuwe* investeringen door private equity partijen zou het betekenen dat de bestaande financieringen mogen blijven bestaan, maar dat er geen nieuwe financieringen meer mogen worden afgesloten met private equity partijen.

Bij zowel een verbod op investeringen door private equity partijen in het algemeen als bij een verbod op *nieuwe* investeringen door private equity partijen zijn er grote risico's op het gebied van de (financiële) continuïteit van zorgaanbieders, de beschikbaarheid van voldoende financiële middelen voor zorgaanbieders voor alle investeringen en innovaties die zorgaanbieders de komende jaren moeten doen, voor de juridische houdbaarheid van een verbod. Hieronder licht ik deze risico's nader toe en geef ik aan wat dit betekent als het verbod alleen voor nieuwe partijen zou gelden.

Een verbod leidt tot risico's voor de (financiële) continuïteit van zorgaanbieders. Uit het EY onderzoek<sup>7</sup> blijkt dat ca. 20–25% van de kraamzorg, 4–10% van de paramedische zorg, en 19–26% van de mondzorg door private equity partijen gefinancierd is. Ook in andere sectoren in de gezondheidszorg zijn enkele zorgaanbieders in eigendom van private equity partijen, denk aan de medisch-specialistische zorg, de huisartsenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. Als een verbod op investeringen door private equity partijen in de zorg wordt geïntroduceerd, heeft dit grote (financiële) gevolgen voor de zorgaanbieders die op dit moment al eigendom zijn van private equity partijen. Deze investeerders zullen hun eigendom moeten verkopen. Het aantal partijen aan wie het eigendom verkocht mag worden, zal echter beperkt zijn. Verkoop aan andere private equity partijen is dan immers verboden. Het is zeer de vraag of er voldoende andere partijen in staat en bereid zijn bestaande zorgaanbieders over te nemen en zo ja, tegen welke voorwaarden. Dit kan leiden tot groot kapitaalverlies in de zorg. Het is niet zeker of deze zorgaanbieders een nieuwe eigenaar kunnen vinden en of deze aanbieders daarna zorg kunnen blijven leveren. Dit beperkt daarmee ook de toegankelijkheid van zorg op langere termijn, want als bestaande aanbieders stoppen of niet worden overgenomen staat niet vast dat nieuwe zorgaanbieders zullen toetreden die dezelfde zorg bieden op die plek. Ook als een verbod zou gelden voor alleen nieuwe investeringen door private equity partijen treden deze risico's op. Er zijn dan immers minder partijen die zorgaanbieders kunnen overnemen als zij willen stoppen of in de problemen komen. Ook als een eigenaar een zorgaanbieder wil verkopen, omdat deze bijvoorbeeld met pensioen wil, heeft deze minder keuze uit potentiële overnamekandidaten. Onzekerheid over de toekomst van bestaande zorgaanbieders neemt daarom toe. Mogelijk stoppen daarom meer zorgaanbieders of komen zij in de problemen door een onzeker toekomstperspectief en is er vervolgens minder zorgaanbod beschikbaar voor patiënten. Deze risico's vind ik gelet op mijn stelselverantwoordelijkheid niet verantwoord.

<sup>7</sup> Kamerstuk 36 410 XVI, nr. 159.

**Concreet voorbeeld van consequentie van verbod op private equity:**

*Ik ben fysiotherapeut en wil met pensioen maar niemand wil mijn praktijk overnemen. De praktijk heeft niet de nieuwste apparaten omdat ik mijn praktijk aan het afbouwen was en hier niet de financiële middelen voor had. Ik heb daarom een private equity partij benaderd (die ook geïnteresseerd is) omdat met mijn vertrek er anders geen fysiotherapeut meer in het dorp is en mensen moeten uitwijken naar andere dorpen of de stad of misschien helemaal geen fysiotherapiezorg meer kunnen krijgen. Maar de praktijk mag nu niet meer worden opgekocht door een private equity investeerder. Nu zullen mijn patiënten (n=1500) verder moeten reizen en langer moeten wachten tot zij terecht kunnen bij een andere praktijk komt de continuïteit en toegankelijkheid voor hun in het geding. Ikzelf verlies daarbij ook een deel van mijn pensioen, omdat ik mijn onderneming niet kan overdragen.*

Wat betreft de financiering van zorg merk ik op dat banken steeds hogere eisen stellen aan zorgaanbieders om in aanmerking te komen voor financiering, omdat de risico's bij het financieren van zorgaanbieders zijn toegenomen.<sup>8</sup> Maar zorgaanbieders hebben nog altijd financiering nodig voor hun bedrijven, apparatuur en innovaties. Nieuwe investeerders zijn en blijven daarom nodig in de zorg en private equity partijen kunnen daarbij een rol spelen. En zoals eerder genoemd kunnen private equity partijen zorgaanbieders ook helpen nadenken over doelmatigheid en verbeteringen in de bedrijfsvoering. Ik heb daarbij (zoals hierboven geschetst) oog voor de risico's, maar gelet op de grote uitdaging om de zorg betaalbaar te houden, kan niet onbenoemd blijven dat de expertise over de bedrijfsvoering van dit soort partijen de zorgaanbieders ook kan helpen. Door zorgaanbieders innovatiever en bedrijfsmatig beter en doelmatiger te laten werken en daarmee geld en tijd te besparen.

Tot slot, maar zeker niet onbelangrijk, benoem ik de juridische risico's. Als eerste risico zie ik dat er onvoldoende feitelijke onderbouwing is voor een verbod. Om strijd met het EU-recht ten aanzien van bijvoorbeeld vrij verkeer van goederen te voorkomen, moet onderbouwd worden waarom een verbod noodzakelijk is voor één bepaald type van investeerders in de zorg. Het is daarbij nodig om aan te tonen dat deze maatregel evenredig is, dat zij geschikt is om de verwezenlijking van het nagestreefde doel te waarborgen, dat zij niet verder gaat dan nodig is om dat doel te bereiken en dat zij niet kan worden vervangen door andere, minder beperkende maatregelen waarmee hetzelfde resultaat kan worden bereikt. Uit eerdergenoemd onderzoek<sup>3</sup> naar de effecten van private equity partijen in de zorg blijkt niet dat deze investeringen aantoonbaar negatieve effecten hebben (dit betekent overigens niet dat dit op enig moment wel aan de orde zal zijn). Ook heb ik niet voldoende gegevens om te kunnen onderbouwen dat een verbod aan al deze juridische eisen voldoet. Daarmee is een dergelijk verbod juridisch kwetsbaar. Een verbod voor bepaalde investeerders om te investeren in de zorg, kan ook in strijd komen met het eigendomsrecht als niet voldoende rekening wordt gehouden met gerechtvaardigde belangen van deze investeerders. Dat kan leiden tot de verplichting tot schadevergoeding. Als ik deze schade moet vergoeden, kan dit geld dus niet aan zorg worden besteed. De omvang van eventuele schadevergoedingen kan ik niet goed kan inschatten, omdat ik geen zicht heb op hoeveel er precies is geïnvesteerd

<sup>8</sup> van Dijk, T. (2024). *Money talks: Untangling the dynamics between banks, health insurers and healthcare organizations in the context of a regulated market*. [Doctoral Thesis, Erasmus University Rotterdam].

door private equity partijen in de zorg. Op basis van de beperkte data die ik heb, kan ik niet uitsluiten dat het hierbij om veel geld kan gaan, gezien de huidige omvang van de betrokkenheid van private equity in de zorg.

*Om een voorbeeld te geven van de mogelijke financiële impact van een verbod: als een orthodontie praktijk met 6–10 fte en een ebitda van € 400.000 euro verkocht moet worden, zal dit al snel gaan om circa € 2,5 miljoen<sup>9</sup>. Uitgaande van de gemiddelde praktijk, zou dit betekenen dat enkel de verkoop van private equity gefinancierde orthodontiepraktijken in Nederland ruim € 150 miljoen zal kosten (65 praktijken)<sup>10</sup>.*

In aanvulling hierop merk ik op dat een verbod op private equity nieuwe excessen of graaien uit de zorgpot als zodanig niet voorkomt. Het blijft dan voor andere personen of partijen immers nog steeds mogelijk om op andere manieren hun eigen financiële belangen voorop zetten ten koste van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Negatieve excessen uit het verleden betroffen bijvoorbeeld veelal geen private equity partijen maar andere commerciële investeerders of gewone zorgaanbieders die fraudeerden of graaiden. We kunnen daarom beter kijken naar het geheel van alle checks en balances in ons zorgstelsel.

Alles overwegend vind ik bij deze optie de risico's te groot en de voordelen voor de zorg te gering.

## **2: een algemeen winstuitkeringsverbod in de zorg**

Een andere manier om private equity aan te pakken is een algemeen winstuitkeringsverbod in de zorg. Dit leidt er immers toe dat de zorgmarkt minder interessant wordt voor private equity partijen of soortgelijke investeerders.

Het volledig verbieden van winstuitkering in de zorg is een ingrijpende maatregel. De consequenties ervan zijn op meerdere vlakken dusdanig groot, dat deze optie niet «zomaar» ingevoerd kan worden. Ruim 7.500 zorgaanbieders in verschillende sectoren zoals de huisartsenzorg en paramedische zorg, hebben momenteel een bedrijfsstructuur waarbij winst mag worden uitgekeerd. In het gemis van deze inkomsten door een winstuitkeringsverbod zal dan op andere wijze door de overheid voorzien moeten worden.

### **Concreet voorbeeld van consequentie van een algemeen winstuitkeringsverbod:**

*Tandarts H. heeft een aantal jaren geleden financiering van een private investeerder aangetrokken om te kunnen investeren in nieuwe apparatuur tbv diagnostiek en inventaris zoals tandartsstoelen. Deze partij heeft het management overgenomen, maar doet nog veel in samenspraak met tandarts H. en de samenwerking verloopt goed. Maar nu het winstuitkeringsverbod is ingegaan willen ze zich terugtrekken omdat zij geen rendement meer halen op hun investering. Nu moet de praktijk verkocht worden, maar de totale activa is al meer dan € 1,2 miljoen waard, en dit is nog maar een*

<sup>9</sup> Ebitda-multiple is voor hoeveel keer de ebitda een zorgaanbieder verkocht zal worden. De ebitda-multiple van de gezondheidszorg & farmacie zit tussen de 5,3 en 6,9. Gemakshalve wordt in het voorbeeld gerekend met het gemiddelde van 6,1.

<sup>10</sup> Volgens ZorgkaartNederland zijn er 340 orthodontiepraktijken. Volgens het EY rapport is tussen de 19–26% van de mondzorg private equity gefinancierd. Dit zou betekenen dat tussen de 65–88 orthodontiepraktijken verbonden zijn aan private equity partijen.



*deel van de verkoopwaarde. Het verkopen van de praktijk wordt heel lastig, omdat andere commerciële partijen er straks ook niet meer aan kunnen verdienen en het dus niet langer willen opkopen. Andere, niet-commerciële partijen, willen de praktijk niet opkopen omdat het te duur is. Tandarts H. kan het ook niet terugkopen. Er wordt nu gesproken over het staken van de onderneming. Maar waar moeten al zijn patiënten dan naartoe?*

### **Voorstel: geen verbod, maar een gerichte aanpak**

Ik wil excessen in de zorg aanpakken en zorgen dat de burger zorg krijgt wanneer dat nodig is. En dat er in de zorg geen plek is voor ondernemers die met verkeerde intenties in de zorg werken, enkel en alleen om er aan te verdienen. Een verbod kan echter voor veel meer problemen zorgen zoals het omvallen van (veel) zorgaanbieders, en patiënten die zonder zorg komen te zitten.

Ik wil mij inzetten voor maatregelen die proportioneel zijn, en die zo min mogelijk gevolgen hebben voor de continuïteit van zorg en de mogelijke financieringsopties voor zorgaanbieders. Maar die wel meerdere barrières opwerpt voor partijen die enkel eropuit zijn om er zelf financieel beter van te worden. Daarom kies ik voor een gerichte aanpak.

### **3: een gerichte aanpak**

Een gerichte aanpak is een aanpak tegen personen of partijen die hun eigen financiële belangen voorop zetten ten koste van maatschappelijke belangen. Dat houdt in dat ik daar waar er winsten worden uitgekeerd en de kwaliteit van zorg ondermaats is, daar waar geld wordt weggesluisd, of daar waar er geen gelijkwaardige toegang is tot zorg, gericht en stevig wil ingrijpen. Hiervoor neem ik de volgende maatregelen:

1. Met het wetsvoorstel voor de Wet integere bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders (Wibz) ontmoedig ik private equity partijen en commerciële investeerders of zorgaanbieders met slechte intenties, dus die alleen uit zijn op hun eigen financiële gewin, om actief te zijn/blijven in de zorgmarkt. Dit doe ik onder andere door extra voorwaarden te stellen aan winstuitkering. Deze voorwaarden gaan ook gelden voor onderaannemers in de zorg en jeugdhulp. De hoofdaannemer blijft uiteraard verantwoordelijk voor de kwaliteit van de onderaannemer. Zo mag er geen winst worden uitgekeerd als de kwaliteit en toegankelijkheid van de geboden zorg niet op orde is bij de desbetreffende zorg- of jeugdhulpaanbieder. Daarnaast wil ik ook voorkomen dat er te grote risico's worden genomen bij het aantrekken of terugbetalen van eigen of vreemd vermogen. Voor een uitgebreide toelichting van de voorwaarden verwijs ik Uw Kamer naar het wetsvoorstel dat ik op 29 januari 2025 aan Uw Kamer heb verstuurd<sup>11</sup>. De Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) zal verder bekijken hoe zij het toezicht op de Wibz zo effectief mogelijk kunnen inzetten om ervoor te zorgen dat deze regels in de praktijk worden nageleefd.
2. Daarnaast wil ik de NZa de bevoegdheid geven in de zorgspecifieke fusietoets (Zft) om fusies inhoudelijker te kunnen toetsen. Dit zal zitten op de kwaliteit van zorg, rechtmatig gedrag met betrekking tot de Wmg en de continuïteit van zorg. Uw Kamer is hier onlangs over

<sup>11</sup> Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg, de Wet toetreding zorgaanbieders, de Jeugdwet en enige andere wetten in verband met de integriteit van de bedrijfsvoering van zorg- en jeugdhulpaanbieders (Wet integere bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders) | Tweede Kamer der Staten-Generaal (Kamerstuk 36 686)

geïnformeerd in de brief over de aanpassingen van de zorgspecifieke fusietoetsing<sup>12</sup>.

3. Ook vind ik het belangrijk om toekomstige ontwikkelingen op het gebied van financiering van zorg waaronder door private equity partijen en andere investeerders, goed te monitoren. Vanaf 1 januari 2025 gelden de verplichtingen met betrekking tot de openbare jaarverantwoording voor meer partijen. Hierdoor ontstaat in de toekomst meer zicht op de winsten die worden uitgekeerd in de zorg, ook door onderaannemers. Om meer zicht te krijgen op de financieringsvorm (bijvoorbeeld door bancaire lening of private equity partij) van zorgaanbieders, verken ik de mogelijkheid om hierover een onderdeel toe te voegen aan de openbare jaarverantwoording die aangeleverd dient te worden bij de Nza door (middel)grote zorgaanbieders. Als het kan, zal ik het doen.

Verder hou ik nauwkeurig en nauwlettend in de gaten hoe deze en andere eerder ingevoerde maatregelen (zoals bijvoorbeeld de verruiming van de vergunningsplicht) gezamenlijk in de praktijk uitpakken.

#### *Aanvullende informatie*

Uw Kamer heeft mij via moties onder andere verzocht om een onderzoek te doen naar cherry picking (krenten uit de pap halen) van commerciële zorgaanbieders en woon-zorgcomplexen en zelfstandig behandelcentra (zbc's), en om te onderzoeken of winstuitkeringen niet beperkt kunnen worden in relatie tot de Wet Normering Topinkomen (WNT). Daar ga ik hieronder op in.

Cherry picking is geen eenduidig begrip. Waar het mij om gaat is dat alle zorgaanbieders op een eerlijke manier bijdragen aan goede zorg. Dat betekent onder andere dat de vergoedingen in redelijke verhouding staan tot de geleverde zorg. In ons stelsel is het aan de inkopers van zorg, te weten zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten, om te zorgen dat dit het geval is. Het is in eerste instantie aan hen om te zorgen dat vergoedingen voor zorgaanbieders passend zijn. Wel ben ik van mening dat we de randvoorwaarden moeten verbeteren om zoveel mogelijk een gelijk speelveld tussen aanbieders te creëren en excessen tegen te gaan. Daarom zet ik zo snel mogelijk in op bovenstaande maatregelen met o.a. de Wibz om de excessen tegen te gaan.

Ook ben ik met ziekenhuizen, zbc's en zorgverzekeraars in gesprek om afspraken te maken om tot een gelijk speelveld en meer lange termijn perspectief voor aanbieders te komen. Dit zal zorgen voor een evenwichtiger zorglandschap, waarin o.a. grote ziekenhuizen, kleine ziekenhuizen en zbc's elkaar versterken. Met een gelijkwaardigere toegang tot goede en betaalbare medisch-specialistische zorg. Gelet op de maatregelen die ik al neem en ook gelet op de onderzoeken die er al liggen, verwacht ik niet dat een onderzoek naar cherry picking leidt tot extra inzichten.

Tot slot, zoals toegezegd in het private equity tweeminutendebat op 19 december 2024 kom ik nog terug op de onwenselijkheid om dividenduitkeringen mee te laten tellen voor sectorale WNT-normen in de zorg. Het uitgangspunt van de Wet Normering Topinkomens (WNT) is het dienstverband (de arbeidsverhouding) van de topfunctionaris met de instelling. Dividenduitkeringen zijn te beschouwen als een vergoeding voor geïnvesteerd vermogen (risicodragend kapitaal) en verschilt daarmee wezenlijk van de vergoeding voor de door de topfunctionaris verrichte arbeid. Er is daarom bewust gekozen om dividenduitkeringen buiten de

<sup>12</sup> Kamerstuk 31 765, nr. 899

WNT te houden, zoals toegelicht in reactie op Kamervragen in 2015<sup>13</sup>, 2017<sup>14</sup> en 2022<sup>15</sup>. Ik acht het van belang om dit onderscheid te blijven maken en het oorspronkelijke doel van de WNT, de maximalisering van de bezoldiging van topfunctionarissen in de (semi-)publieke sector, overeind te houden. De voorgestelde aanpassing leidt voorts tot een nog complexere wet- en regelgeving en maakt het de uitvoering, controle en handhaving van de WNT bijzonder complex. Inkomsten in de vorm van dividenduitkeringen zijn immers niet vast te stellen gedurende een lopend kalenderjaar. Hierdoor is gedurende het jaar onduidelijk wat de hoogte is van de totale bezoldiging die de topfunctionaris mag ontvangen om aan het bezoldigingsmaximum van de WNT te voldoen, wat als gevolg heeft dat er altijd correcties in een volgend jaar plaats moeten vinden. Op voorhand kan dus niet worden vastgesteld of de inkomsten uit dienstverband van de topfunctionaris in enig jaar conform de WNT norm zijn. Naast forse extra uitvoeringslasten leidt dit tot een onzekere en daarmee onwenselijke situatie voor de instellingen en betrokken topfunctionarissen. Deze motie neem ik daarom niet over.

### **Tot slot**

Ik vind, net zoals uw Kamer, dat zorgaanbieders en investeerders met verkeerde intenties niet in de zorg thuishoren. We moeten ervoor waken dat onze patiënten de dupe kunnen worden van partijen waarvoor financiële belangen zwaarder wegen dan kwaliteit, betaalbaarheid, en toegankelijkheid van zorg. Maar we moeten er ook voor waken dat zorgaanbieders omvallen door nieuwe regelgeving en de lasten die daarmee gepaard gaan. Als Minister moet ik deze balans bewaken. Het is mijn verantwoordelijkheid om te borgen dat er voldoende zorgaanbod beschikbaar is en blijft.

Met deze brief beschouw ik de moties (Kamerstuk 36 410 XVI, nr. 101, Kamerstukken 36 444, nr. 15 t/m 17, Kamerstukken 36 600 XVI, nr. 156 t/m 158) als afgedaan.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M-F. Agema

---

<sup>13</sup> Aankhangsel Handelingen II 2015/16, nr. 650.

<sup>14</sup> Aankhangsel Handelingen II 2017/18, nr. 1579.

<sup>15</sup> Aankhangsel Handelingen II 2021/22, nr. 3715.

	<b>Optie 1. Verbod op (nieuwe) private equity partijen in de zorg</b>	<b>Optie 2. Winstuitkeringsverbod in gehele zorg</b>	<b>Optie 3. Gerichte aanpak van graaiers in de zorg</b>
<b>NL Gezondheidssysteem (denk aan ontwikkelingen van innovatie, algemeen toegankelijkheid van zorg etc.)</b>	<p><u>Voordelen:</u> Doordat PE partijen nog maar beperkt, en op termijn helemaal niet meer, kunnen investeren in de zorg, zullen er weinig tot geen zorgen meer zijn dat er PE partijen onevenredig veel geld uit de zorg onttrekken.</p> <p><u>Nadelen:</u> Er is minder kapitaal beschikbaar voor investeringen. Ook ontbreekt een prikkel tot innovatie en verbeteringen in de bedrijfsvoering. Het investeren van grote geldbedragen is vaak niet mogelijk voor zorgaanbieders zelf. Dit heeft een impact op de continuïteit van zorg en mogelijke innovaties. De zorgaanbieders die nog wel kunnen innoveren, zullen dit tegen hogere kosten doen. Zij zullen hun prijzen verhogen (in sectoren waar geen gereguleerde tarieven vanuit de Nza gelden) om de risico's van innovaties te dekken, wat invloed heeft op de betaalbaarheid van zorg.</p>	<p><u>Voordelen:</u> Investeerders die alleen in de zorg actief zijn om daaruit veel winst te halen, zullen de zorg geen interessante sector meer vinden.</p> <p><u>Nadelen:</u> Een dergelijk verbod grijpt diep in op het inkomen van een groot deel van onze zorgaanbieders, die momenteel wel winst mogen uitkeren. In dit inkomen zal dan op andere wijze voorzien moeten worden.</p>	<p><u>Voordelen:</u> Investeerders in de zorgsector die winsten willen behalen ten koste van de zorg, worden belemmerd in het uitkeren van winsten. Desondanks blijft de zorg goed toegankelijk. Innoveren zal nog steeds lonen, want er mag nog steeds winst worden uitgekeerd, en dit trekt investeerders aan. Het aantal zorgaanbieders zal niet afnemen. En investeerders kunnen mogelijk bijdragen aan doelmatigheid en verbeteringen in de bedrijfsvoering.</p> <p><u>Nadelen:</u> Hoewel de voorwaarden het moeilijker maken om winstuitkeringen te doen, zal het niet onmogelijk zijn. De voorwaarden aan winstuitkering zullen mogelijk niet alle misstanden in de zorg kunnen stoppen. Er is effectief toezicht nodig, maar het kost tijd om dit uit te voeren.</p>
<b>Wat merkt de zorgaanbieder? Aanbiedersperspectief</b>	<p><u>Voordeel:</u> Geen private equity partijen die volhardend de zorginstelling willen overkopen. Het eigendom van zorgaanbieders komt niet in handen van niet-zorg gerelateerde partijen.</p> <p><u>Nadelen:</u> Er zullen geen private equity bedrijven meer zijn die kunnen investeren in zorgaanbieders of deze kunnen overnemen. Hierdoor zal een deel van de zorgaanbieders die financiële problemen of opvolgingsproblemen hebben, omvallen met alle gevolgen van dien. Zorgaanbieders krijgen meer moeite om innovaties en digitalisering gefinancierd te krijgen.</p>	<p><u>Voordeel:</u> Winst blijft (zoveel mogelijk) in de organisatie van de zorgaanbieder, dit zou kunnen leiden tot meer investeringen in het aanbod of behandelmethodes.</p> <p><u>Nadelen:</u> Bij een winstuitkeringsverbod voor de gehele zorgsector mogen veel zorgaanbieders zichzelf geen winst meer uitkeren. Deze zorgaanbieders (en dan vooral die zorgaanbieders die ook daadwerkelijk winst (jaarlijks) uitkeren of voornemens waren om winst uit te keren) zullen deze optie dus direct in hun portemonnee voelen. Hierdoor zullen ze wellicht overwegen hun zorgverlening te staken. En die zorgaanbieders die wel hun zorgactiviteiten continueren verliezen een prikkel om effectief te werken.</p>	<p><u>Voordeel:</u> Er worden eisen gesteld aan zorgaanbieders waaruit moet blijken dat ze in staat zijn winst te kunnen uitkeren en tegelijkertijd de kwaliteit en continuïteit van zorg kunnen garanderen. Wanneer de zorgaanbieders die winst mogen uitkeren hieraan voldoen, kunnen zij winst uitkeren. De prikkel om efficiënt en vraaggestuurd te werken, blijft in stand.</p> <p><u>Nadelen:</u> Het doorvoeren van voorwaarden aan winstuitkering kan leiden tot verhoging van de regeldruk. Dit betreft alleen zorgaanbieders die daadwerkelijk winst willen uitkeren.</p>
<b>Wat merkt de patiënt? Patiëntperspectief</b>	<p><u>Voordeel:</u> Patiënten worden niet de dupe van die PE partijen die alleen financiële belangen voorop zetten.</p> <p><u>Nadeel:</u> De wachtlijsten nemen toe doordat er mogelijk minder zorgaanbieders beschikbaar zijn. De kwaliteit van zorg kan afnemen doordat er minder wordt geïnvesteerd in innovaties en digitalisering.</p>	<p><u>Voordeel:</u> Alle winst blijft binnen de zorg.</p> <p><u>Nadeel:</u> De kwaliteit van zorg kan afnemen doordat er minder wordt geïnvesteerd in innovaties en digitalisering door het wegvalen van veel private investeerders. Maar ook is er voor zorgaanbieders geen prikkel meer om efficiënter te werken, omdat werken geen voordeel meer oplevert.</p>	<p><u>Voordeel:</u> Patiënten kunnen meldingen doen als zij misstanden vermoeden die te maken hebben met winstuitkeringen. Daarnaast staat kwaliteit van de zorg voorop voordat van winstuitkering sprake kan zijn.</p> <p><u>Nadeel:</u> Sommige misstanden kunnen alleen achteraf worden aangepakt.</p>

	Optie 1. Verbod op (nieuwe) private equity partijen in de zorg	Optie 2. Winstuitkeringsverbod in gehele zorg	Optie 3. Gerichte aanpak van graaiers in de zorg
<b>Kosten gespaard aan doorvoeren van deze optie</b>	<p>Het is onduidelijk wat de precieze kosten zijn van dit scenario, omdat er een gebrek aan cijfers is. Hieronder volgen een aantal inschattingen:</p> <p>De huidige omvang van private equity is <b>in de Zvw 1,43 miljard en 98 miljoen in de Wlz</b>. Met een verbod op private equity moet een groot deel van deze geldstromen worden opgevangen door andere financieringsmogelijkheden. Dit kan betekenen dat een deel van de zorginstellingen omvalt. Deze kosten zullen dus ook aanzienlijk zijn.</p> <p>Daarbovenop komen ook nog de kosten van een groot aantal zorginstellingen per jaar voor wie geen financiering beschikbaar is vanuit private equity, maar die wel een financieringsbehoefte hebben (en deze niet via andere wegen kunnen krijgen). Het is de vraag wie dan wel aan deze financieringsbehoefte van deze zorginstellingen gaat voldoen.</p> <p>Alleen al het aantal zorgtransacties waarbij private equity partijen per jaar bij betrokken zijn komt uit op ruim 80 veelal grotere zorgondernemingen (meer dan 50 zorgaanbieder in dienst). Hoewel er geen exacte cijfers bekend zijn over de gemiddelde omvang van deze ondernemingen per jaar, dient hier rekening gehouden te worden met een zeer grote financieringsbehoefte die kan oplopen in de miljarden, die niet kan worden vervuld<sup>1</sup>.</p>	<p>Het is onduidelijk wat de precieze kosten zijn van dit scenario. Hieronder volgen een aantal inschattingen:</p> <p><b>Naast de kosten bij een verbod op private equity (zie kosten optie 1),</b> komen er bij deze optie ook nog hoge kosten bij doordat andere commerciële partijen ook de zorgmarkt zullen gaan vermijden of verlaten en er transitievergoedingen betaald moeten worden. Er zijn geen cijfers bekend over hoeveel commerciële partijen er in de gehele zorg acties zijn, maar om een indicatie te geven: er zijn zeker 500 commerciële verpleegthuizen, en 116 huisartsenpraktijken die onder een commerciële bedrijfsketen vallen. Daarbij is de verwachting dat het (overgrote) deel van de kraamzorg en mondzorg commercieel is. In potentie gaat het hier dus om een zeer grote groep en in sommige sectoren zelfs de meerderheid. <b>Maar ook zal het alle zorgaanbieders die voorheen wel winst mochten uitkeren ontmoedigen om in de zorg te blijven. Dit zijn er momenteel ruim 7500. (CBS-statline data). Een deel van deze partijen zou wellicht schade kunnen oplopen en van de overheid een vergoeding daarvoor eisen.</b></p>	<p>Uit de regeldruktoets blijkt dat het om maximaal 18 miljoen euro per jaar aan lasten voor zorgaanbieders gaat (in werkelijkheid is dit bedrag waarschijnlijk lager).</p>

<sup>1</sup> Het gemiddelde aantal zorgtransacties per jaar is 167, waarvan bij ca. de helft private equity betrokken is. Dit betekent dat bij een verbod op nieuwe private equity 83 transacties niet meer kunnen plaatsvinden.