



Algemene Bestuursdienst
*Ministerie van Binnenlandse Zaken en
Koninkrijksrelaties*

Co-Med

Verslag van een lerende evaluatie

28 augustus 2025

ABD**TOPconsult**

Dichtbij en onafhankelijk

Colofon

ABDTOPConsult

Muzenstraat 97
2511 WB DEN HAAG
www.abdtopconsult.nl

Peter Hennephof
Guus van Weelden
Sandra van Zanten

ABDTOPConsult *Dichtbij en onafhankelijk*

De consultants van ABDTOPConsult zijn lid van de topmanagementgroep (TMG) van de Algemene Bestuursdienst en worden benoemd door de Ministerraad. Ze zijn rijksbreed en interbestuurlijk inzetbaar voor interimopdrachten, projecten en onafhankelijke advisering bij complexe en (politiek) gevoelige zaken.

Inhoud

1	Inleiding	5
1.1	Aanleiding	5
1.2	Vraagstelling	5
1.3	Aanpak	6
1.4	Disclaimers	7
2	Feiten en opgehaalde beelden	8
2.1	Het concept van Co-Med in context	8
2.2	Tijdlijn	11
2.3	Overzicht ingezet instrumentarium	13
2.4	Bevindingen	14
2.4.1	Stelsel, toezichtkaders en instrumenten	15
2.4.2	Visies op toezicht en de onderlinge samenwerking	18
3	Collectieve sessie 12 juni 2025	21
3.1	Tijdlijn	21
3.2	Highlights uit de bespreking op 12 juni	21
3.2.1	Continuïteit van zorg versus voorkomen faillissement	21
3.2.2	Instrumenten om nieuwe aanbieders te weren	22
3.2.3	Signalen delen	22
3.2.4	Rechterlijke uitspraken en toezichtinstrumentarium	23
3.2.5	Benutten van publiciteit en media-aandacht	23
3.2.6	Continuïteitsbeleid en afwikkeling faillissement	23
3.2.7	Managen van de wederzijdse verwachtingen	24
4	Leerpunten	25
4.1	Blijf het hoe en waarom van ons stelsel uitleggen	26
4.2	Regeren is vooruitzien	26
4.3	Voorkomen is beter dan genezen	27
4.4	Vinger aan de pols: signalen bij elkaar brengen	28
4.5	Vooruitkijken: ontwikkelen van een escalatiepad	29
4.6	Ontwikkelen van een gedeelde visie op toezicht	29
4.7	Voorbereid zijn op een faillissement in de zorg	31
4.8	Een vervolg geven aan deze lerende evaluatie	31

5	Bijlagen	32
5.1	Bijlage: Gesprekspartners interviews	33
5.2	Bijlage: Geraadpleegde documenten	35
5.3	Bijlage: Tijdlijn over Co-Med	37
5.4	Bijlage: Instrumentarium	47
5.5	Bijlage: Antwoorden op Tweede Kamer vragen	50

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

In 2019 wordt de huisartsenketen Co-Med opgericht. Het idee van de oprichters is om door middel van een andere manier van organisatie, huisartsenzorg toekomstbestendig te maken. Vanaf 2020 heeft Co-Med verspreid over het land huisartsenpraktijken overgenomen. Vanaf februari 2021 komen bij toezichthouders en zorgverzekeraars signalen binnen over tekortkomingen in de beschikbaarheid en bereikbaarheid van een aantal locaties van Co-Med. Naar aanleiding van deze signalen doen de toezichthouders en zorgverzekeraars nader onderzoek, wordt het toezicht geïntensiveerd en worden uiteindelijk verschillende maatregelen opgelegd. De situatie rondom Co-Med blijkt niet houdbaar en op 5 juli 2024 spreekt de Rechtbank Limburg, locatie Maastricht het faillissement uit voor de Zorg BV van Co-Med. Het in de tussentijd door de zorgverzekeraars in overleg met VWS, IGJ en NZa in een noodplan concreet uitgewerkte continuïteitsbeleid treedt in werking.

Het faillissement van Co-Med is voor het ministerie van VWS aanleiding ABDTOPConsult te vragen een 'lerende evaluatie' uit te voeren.

1.2 Vraagstelling

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) geeft in haar brief van 27 juni 2024 aan de Tweede Kamer aan dat zij het van groot belang vindt om deze casus te evalueren en hieruit lessen te trekken voor de toekomst:

- Welke lessen kunnen we trekken uit dit faillissement, in ieder geval ten aanzien van de inzet van partijen, waaronder ook toezicht, en de onderlinge communicatie en samenwerking?
- Hoe ziet de tijdlijn eruit vanaf de oprichting van Co-Med tot het moment van faillissement?
- Hoe is het handelen van de toezichthouders, zorgverzekeraars en het ministerie van VWS te begrijpen?

VWS vraagt ABDTOPConsult de evaluatie te begeleiden en zorg te dragen voor een eindverslag. Gevraagd wordt een neutrale houding gedurende de evaluatie, tegelijk voldoende gewicht om alles op tafel te krijgen en het vermogen een vertrouwelijke en open sfeer te creëren waarin partijen zich voldoende comfortabel voelen om informatie en standpunten te delen. Om zo met elkaar te kunnen leren.

1.3 Aanpak

We hebben als vertrekpunt genomen dat de totstandkoming van dit evaluatieverslag op zichzelf al een stap moet zijn in het daadwerkelijk leren van de ervaringen in deze casus. Met andere woorden: het verslag is niet het eindpunt van het leren maar een tussenmoment in het leren.

We hebben ons daarom in de aanpak in de eerste plaats gefocust op de hoofdrolspelers die ook in de vraagstelling worden genoemd: toezichthouders (de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de zorgverzekeraars die het meest betrokken waren bij de casus Co-Med (CZ en VGZ)¹ en de directie Patiënt en Zorgordening (PZo) van VWS. We beschouwen deze partijen als de partijen waar het leren zich vooral op richt. Met vertegenwoordigers van deze organisaties hebben we in de periode van 9 april tot 10 juni 2025 een of meer gesprekken gevoerd.

In de tweede plaats hebben we als begeleiders van deze evaluatie de ruimte genomen om ook gesprekken aan te gaan met personen en partijen waarvan we dachten dat ze ons zouden kunnen helpen invulling te geven aan de gevraagde neutrale-maar-wel-met-gewicht invulling van onze begeleidende rol². Denk daarbij aan de curatoren die belast zijn met de afwikkeling van het faillissement, twee hoogleraren en een toezichthouder in een ander domein. Wat kunnen we van die 'buren' leren? Met diezelfde insteek hebben we een gerichte documentstudie gedaan³.

In de derde plaats hebben we ervoor gekozen de aldus opgehaalde bevindingen eerst te ordenen naar de onzes inziens dominante thema's uit de gesprekken. Om deze vervolgens – samen met de opgestelde tijdlijn – te gebruiken als agenda voor een gezamenlijke evaluatiesessie met vertegenwoordigers van de hoofdrolspelers op 12 juni 2025.

Tot slot hebben we ervoor gekozen de conceptversie van dit verslag voor commentaar en aanvulling voor te leggen bij alle gesprekspartners. We hebben ze meegenomen bij het afronden van dit definitieve verslag.

Alle gesprekken waren vertrouwelijk om iedereen de gelegenheid te geven vrijuit te spreken. De informatie in dit verslag is om die reden ook geanonimiseerd.

¹ CZ en VGZ waren de zorgverzekeraars met het grootste marktaandeel voor Co-Med.

² In bijlage 1 de volledige lijst gesprekspartners.

³ In bijlage 2 het overzicht van de geraadpleegde documenten.

1.4 Disclaimers

Hiervoor zijn de aanleiding, vraagstelling en aanpak geschetst. Ze geven een beeld van de intentie van de evaluatie en van wat wel (en daarmee impliciet wat niet) is gedaan. We hechten eraan vooraf expliciet een aantal disclaimers te formuleren:

- Deze evaluatie gaat niet in op de oorzaken van het faillissement noch op de schuldvraag van het faillissement. Daar doen de curatoren en het Openbaar Ministerie (OM) onderzoek naar. Evenmin beantwoordt deze evaluatie de vraag of door het faillissement patiënten in gevaar zijn gekomen⁴.
- De evaluatie en dit evaluatieverslag richten zich vooral op wat in deze specifieke casus beter kan. Dat betekent dat wat er 'gewoon goed' gaat niet aan bod komt. Om dit in perspectief te zetten: in 2024 waren er zo'n 30 faillissementen in de zorg. Er zijn ongeveer 4.800 huisartsenpraktijken in Nederland. Gemiddeld gaat er ieder jaar een huisartsenpraktijk failliet⁵.
- In deze evaluatie hebben we alleen oog voor de rol van de hoofdrolspelers: de twee zorgverzekeraars met het grootste marktaandeel voor Co-Med (CZ en VGZ), de beide toezichthouders (de IGJ) en de NZa) en het ministerie van VWS (de directie Patiënt en Zorgordening (PZo)).
- In dit evaluatieverslag spreken we omwille van de overzichtelijkheid en leesbaarheid in algemene zin over 'zorgverzekeraars'. Zorgverzekeraars – ook VGZ en CZ in deze casus Co-Med – maken uiteindelijk hun eigen individuele afwegingen.
- We besteden in dit evaluatieverslag nauwelijks aandacht aan de oorzaken van de schaarste aan praktijk houdende huisartsen.
- Evalueren is goed, lerend evalueren misschien nog beter. Maar het blijft altijd 'de koe in de kont kijken'.
- Dit evaluatieverslag kon alleen tot stand komen doordat de hoofdrolspelers bereid waren te reflecteren op zichzelf, op de collega's en op de onderlinge samenwerking. Om zo te komen tot leerpunten voor de toekomst.
- Doel van dit verslag is het helpen van de hoofdrolspelers bij het leren van het faillissement van Co-Med. Het is tegelijk een openbaar verslag. Anderen dan de hoofdrolspelers kunnen het verslag mogelijk met een andere bril lezen en beoordelen.

⁴ Op het moment van faillissement trad een door zorgverzekeraars in samenspraak met IGJ en NZa ontwikkeld noodplan in werking waardoor in de patiëntenzorg kon worden voorzien.

⁵ <https://www.faillissementsdossier.nl/nl/branchecode/sbi17/gezondheids-en-welzijnszorg.aspx.geraadpleegd> op 24 juni 2025 juni 2025

2 Feiten en opgehaalde beelden

2.1 Het concept van Co-Med in context

Het gedachtegoed achter het huidige Nederlandse zorgstelsel is gebaseerd op de principes: zorg voor iedereen, solidariteit in zorgverzekeringen en goede kwaliteit van de zorg, het zorgstelsel moet betaalbaar blijven.

Dat gedachtegoed heeft geleid tot een best wel ingewikkeld stelsel met meerdere partijen. De overheid maakt het beleid en de wet- en regelgeving. De NZa en de IGJ vullen hun toezicht rol onafhankelijk in. Daarbij wordt ook gebruik gemaakt van veldnormen, zoals richtlijnen en protocollen die door de diverse veldpartijen zijn opgesteld. De (private) zorgverzekeraars sluiten verzekeringen af en contracteren de zorgaanbieders. De (private) zorgaanbieders leveren de zorg en zijn primair verantwoordelijk voor de kwaliteit.

Het stelsel in het kort

VWS is als stelselverantwoordelijke verantwoordelijk voor het maken van beleid en het opstellen van de wet- en regelgeving.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt toezicht op zorgverzekeraars, bijvoorbeeld op het naleven van de zorgplicht. En de NZa houdt toezicht op zorgaanbieders in het kader van goed bestuur en professionele bedrijfsvoering. Daarnaast toets de NZa op aanmerkelijke marktmacht bij zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars.

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt toezicht op de kwaliteit van zorg zoals die door zorgaanbieders wordt geleverd.

De zorgverzekeraars hebben zorgplicht richting hun verzekerden. Via het zorginkoopbeleid sturen ze op kwaliteit en doelmatigheid bij zorgaanbieders.

De private zorgaanbieders verlenen de zorg aan patiënten en zijn primair verantwoordelijk voor de kwaliteit.

Het stelsel biedt ruimte aan private en publieke partijen om te innoveren. Innovaties die de kwaliteit van de zorg verbeteren. Maar ook innovaties die bijdragen aan een betere betaalbaarheid van de zorg. Aan beide is behoefte. De opkomst van Co-Med moet tegen die achtergrond worden geplaatst.

De huisarts vervult een centrale rol in ons zorgstelsel en is ook vaak de vertrouwenspersoon van de patiënt. Tegelijk is de huisarts de poortwachter voor de toegang tot specialistische zorg en heeft hiermee invloed op het totale gebruik en de kosten van de medische zorg in Nederland.

Er is sprake van een tekort aan huisartsenpraktijken, overigens niet aan huisartsen. Er komt veel kijken bij het starten of overnemen van een huisartsenpraktijk. En menig huisartsprofessional concentreert zich liever op het vak dan op het ondernemersrisico en de rompslomp rond het runnen van een huisartsenpraktijk.

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht en zien zich voor de opgave gesteld overall huisartsenzorg te contracteren. In sommige regio's in Nederland is dit lastig omdat er een (dreigende) krapte is aan huisartspraktijken. Co-Med speelt hierop in door met een andere manier van organisatie de huisartsenzorg toekomstbestendiger te maken.

Het plan van Co-Med is om huisartsenpraktijken over te nemen die dreigen te verdwijnen en daarvoor dan huisartsen te vinden die feitelijk de zorg verlenen. Co-Med wil die huisartsen daarbij faciliteren door de andere werkzaamheden die horen bij het runnen van een huisartsenpraktijk over te nemen. Co-Med introduceert bijvoorbeeld een landelijk opererend callcenter dat voor alle Co-Med vestigingen de opvang van telefonische meldingen van patiënten op zich neemt.

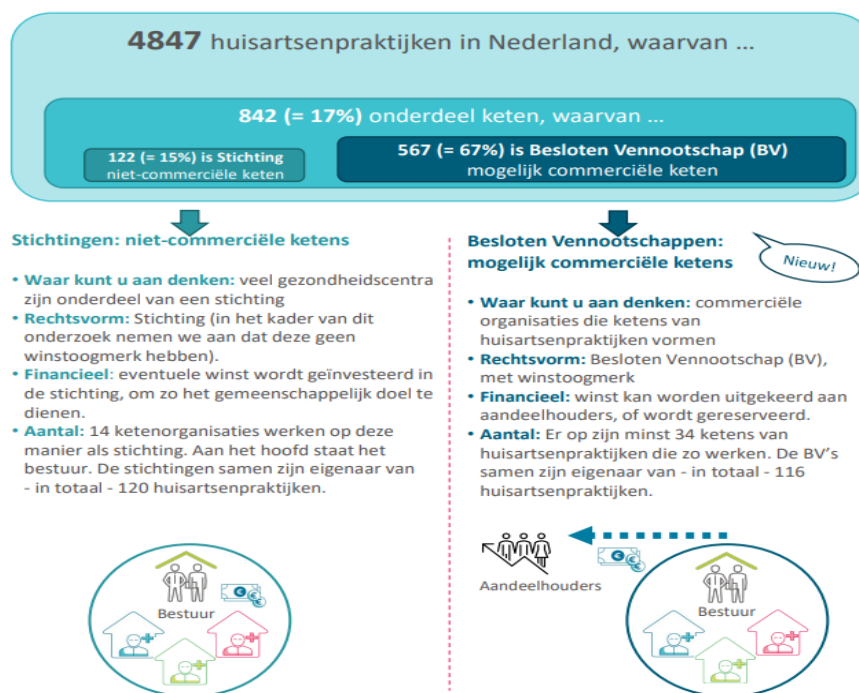
De twee oprichters die de zorginhoud van Co-Med vormgeven hebben een goede, gevestigde naam in de huisartsenzorg en staan bekend als innovatieve zorgbestuurders. Hierdoor heeft Co-Med bij de start veel 'krediet' en zelfs steun in de rug van de zorgverzekeraars.

Co-Med heeft bij het faillissement twaalf praktijken. In juni 2024 beëindigen de zorgverzekeraars de contracten met Co-Med. Nadat eerder al het patiëntencontact centrum (PCC Tele-Services Amsterdam) failliet was verklaard, gaat ook Co-Med zorg-BV op 5 juli 2024 failliet. De door Co-Med geleverde huisartsenzorg valt daarmee weg voor 38.000 patiënten⁶. In de huisartsenzorg kan toch worden voorzien doordat de zorgverzekeraars in samenwerking met IGJ en NZa voorafgaand aan het faillissement een noodplan hebben ontwikkeld dat op het moment van het faillissement in werking treedt.

Helemaal nieuw is het ontstaan van een keten als Co-Med in de huisartsenzorg niet. Onderstaande infographic van het Nivel, laat zien dat in 2024 ongeveer 17% van de huisartsenpraktijken onderdeel was van zo'n keten⁷. Nivel schat dat er op zijn minst 34 commerciële ketens zijn die in totaal 116 huisartsenpraktijken omvatten.

⁶ Bron: verslag van de curatoren van 12 september 2024. In de media wordt veelvuldig het getal van 50.000 patiënten genoemd.

⁷ Jansen, L., Timans, R., Batenburg, R., Tuyl, L. van. *Infographic. Ketens in de huisartsenzorg: commerciële en niet-commerciële organisatievormen in de Nederlandse huisartsenzorg*. Utrecht: Nivel, 2024.



De opkomst van ketens als Co-Med is voor de NZa en de IGJ reden om in 2023 een studie te starten die in 2024 wordt gepubliceerd.⁸ De IGJ en de NZa zien dat bedrijfsketens een bijdrage kunnen leveren aan de toekomstbestendigheid van de huisartsenzorg in een veranderd zorglandschap. Tegelijk zien zij in het rapport ook vijf belangrijke aandachtspunten:

1. Als bedrijfsketens een flink marktaandeel verwerven, kunnen ze op enig moment *too big to fail* worden. Goed bestuur, professionele bedrijfsvoering en transparante verantwoording zijn daarom belangrijk. De toezichthouders ervaren onvoldoende mogelijkheden hierop toezicht te houden.
2. Bedrijfsketens declareren soms op andere dan de reguliere werkwijze. Namelijk via een *populatiebekostiging* of via een *koepel-AGB-code*. In beide gevallen is het lastiger toezicht te houden op de rechtmatigheid van de declaraties.
3. Een adequate personele bezetting is een voorwaarde voor het verlenen van goede zorg. Ketens voldoen niet altijd aan de richtlijnen omtrent bereikbaarheid en beschikbaarheid. Het ontbreekt bovendien aan beschreven kernwaarden en normen van de beroepsgroep om te kunnen toetsen of de personele bezetting van een praktijk voldoende is om de continuïteit en persoonsgerichte zorg te borgen.
4. Het ontbreekt aan professionele standaarden rond de inzet van digitale zorg. Ook is onduidelijk of aanvullende randvoorwaarden nodig zijn.
5. Bij landelijk georiënteerde bedrijfsketens staat de regionale samenwerking potentieel onder druk. Lokale en regionale huisartsenorganisaties zijn lang niet altijd positief over de (op-)komst

⁸ OGJ en NZa (2024), De opkomst van bedrijfsketens in de huisartsenzorg: Wat betekent deze ontwikkeling voor ons toezicht?.

van dergelijke ketens. Gaat zo'n keten bijvoorbeeld zijn aandeel leveren in de spoedzorg en in de avond-, nacht- en weekend (ANW)diensten?

IGJ en NZa doen vervolgens zeven aanbevelingen:

1. Goed bestuur en een professionele bedrijfsvoering moeten beter worden geborgd. VWS wordt opgeroepen te onderzoeken of het wenselijk is meer eisen te stellen aan de deskundigheid van het bestuur van zorgorganisaties van aanzienlijke omvang. Ook moeten er toetsbare normen komen voor de werking van de financiële bedrijfsvoering en moet er geïnventariseerd worden of een vorm van normering voor financiële ratio's mogelijk is.
2. VWS wordt gevraagd te onderzoeken hoe meer ruimte gecreëerd kan worden om bij de zorg specifieke concentratietoets ook op enkele inhoudelijke aspecten te kunnen toetsen.
3. Onderzocht moet worden of het mogelijk is het gebruik van de AGB-code door de uitvoerend zorgaanbieder wettelijk te verankeren.
4. Beroepsgroepen en patiëntvertegenwoordigers worden opgeroepen de kernwaarden 'continuïteit van zorg' en 'persoonsgericht' voor de huisartsenzorg te vertalen naar uitgangspunten en waar mogelijk in normen.
5. VWS wordt opgeroepen de risico's van specifieke vormen van digitale zorg geleverd door derden te onderzoeken. Zijn aanvullende randvoorwaarden nodig om de kwaliteit van zorg te borgen?
6. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de Koninklijke Maatschappij tot bevordering de Geneeskunst (KNMG) worden opgeroepen om huisartsenpraktijken te ondersteunen bij het maken van de afweging of fysieke dan wel digitale zorg passend is.
7. Normen voor regionale samenwerking moeten worden ontwikkeld. Zorgaanbieders, brancheorganisaties, zorgverzekeraars en gemeenten moeten daarin samenwerken. VWS moet het gesprek aanjagen en duidelijke richtlijnen rondom rollen en verantwoordelijkheden blijven ontwikkelen.

2.2 Tijdlijn

De tijdlijn⁹ is tot stand gekomen op basis van de input van de betrokken partijen. Het samenstellen ervan kostte veel energie en tijd. Op zich begrijpelijk want op een dergelijke terugzoekactie zijn systemen en werkprocessen niet ingericht.

De tijdlijn geeft een getrouw beeld, maar een tijdlijn zal nooit het volledige plaatje laten zien.

De verkorte versie van de tijdlijn die als bijlage 3 is opgenomen in dit rapport laat de bepalende momenten zien.

⁹ De gedetailleerde tijdlijn is een apart document gemaakt dat te omvangrijk is om in dit verslag op te nemen. Het is op te vragen bij ABDTOPConsult.

Co-Med start in augustus 2020 met de zorgverlening en neemt dan in een korte periode meerdere praktijken over. In het voorjaar 2021 zijn er de eerste signalen over slechte beschikbaarheid en bereikbaarheid bij enkele vestigingen. Uit verschillende gevoerde gesprekken blijkt dat de eerste signalen over het functioneren van Co-Med vrijwel niet van patiënten komen, maar van andere zorgaanbieders in het stelsel zoals andere huisartsen, ziekenhuizen en apotheken. De signalen komen niet alleen bij de toezichthouders binnen maar ook bij beroeps- brancheorganisaties als de LHV en InEen. Merk op dat Co-Med in de periode tot medio juni 2023 praktijken overneemt, maar ook praktijken samenvoegt of sluit.

Vanaf medio 2022 nemen de acties van zorgverzekeraars, IGJ en NZa toe: ze vragen vaker om informatie (bijvoorbeeld bezettingsoverzichten) en starten toezichtonderzoeken. Het beeld van partijen is in deze fase echter nog gefragmenteerd. In januari 2023 intensificeert de IGJ haar toezicht. In oktober 2023 weigert de NZa een door Co-Med aangemelde overname.

Er zijn vier belangrijke onderzoekstrajecten te zien in de tijdlijn. De aandacht is vooral gericht op:

1. De kwaliteit van de zorg (IGJ en zorgverzekeraars). Daarbinnen ligt de focus vooral op de *bereikbaarheid* en de *bezetting*¹⁰.
2. De fusies en overnames. (NZa).
3. Het declaratiegedrag, de administratie en de financiële bedrijfsvoering van Co-Med (zorgverzekeraars en NZa).
4. De continuïteit van de zorg (NZa en zorgverzekeraars).

Het aantal feitelijke controles bij de diverse praktijken van Co-Med is beperkt. In de gesprekken wordt door NZa en IGJ toegelicht dat dit er enerzijds mee te maken had dat extra controles weinig meerwaarde zouden opleveren op wat al bekend was. Nut en noodzaak moeten afgewogen worden tegen het beslag op de beperkte capaciteit. Anderzijds kunnen dergelijke bezoeken grote impact hebben op de patiëntenzorg op de locaties. Reden voor de NZa zich vooral te focussen op het hoofdkantoor van Co-Med.

De signalen over de problemen met de beschikbaarheid en bereikbaarheid op specifieke locaties werden in eerste instantie wel opgelost door Co-Med, maar leken zich vervolgens te verplaatsten naar een andere vestiging en namen per saldo toe.

Beide toezichthouders hebben natuurlijk hun eigen toezichtdomein, maar de kwaliteit van zorg (IGJ) en de zorgplicht en continuïteit van zorg (NZa) raken in het geval van Co-Med stevig verweven¹¹. Er waren wel contacten tussen NZa en IGJ over bijvoorbeeld de tekorten aan personeel in de huisartsenzorg en lopende casuïstiek, maar pas vanaf begin 2024 zijn deze overleggen formeel geborgd in een structureel (driewekelijks) overleg.

¹⁰ Merk op dat de werking van een door de IGJ op 7 juli 2023 opgelegde aanwijzing door de rechter wordt opgeschort tot de beslissing op bezwaar.

¹¹ De gemeente Den Haag kent bijvoorbeeld Integrale Handhavingscontroles (IHA) waarbij de verschillende gemeentelijke handhavers, de politie, de douane, de NVWA en de omgevingsdienst samen optrekken.

Gesprekken van de toezichthouders met het bestuur van Co-Med lijken eerst in 2022 te starten. Uit de tijdlijn komt slechts één moment naar voren dat beide toezichthouders tegelijkertijd het contact met Co-Med opzoeken. Zoals een van de gesprekspartners het in de commentaarronde op het conceptverslag treffend verwoordt: "Ieder deed ook zijn eigen onderzoek op eigen gronden. Er is geen gezamenlijk onderzoek gestart vanuit de toezichthouders."

Op 18 mei 2022 vindt dat overleg plaats. Op de agenda staat hoe het loopt met Co-Med en waar Co-Med tegenaan loopt. Een verslag van dit gesprek hebben we niet kunnen achterhalen.

Wat niet direct uit de tijdlijn zelf blijkt, is wat in de gesprekken met de toezichthouders en zorgverzekeraars wordt gezegd over de houding van Co-Med. Geconstateerd wordt dat in de loop der tijd informatie steeds vaker niet, onvolledig of te laat wordt aangeleverd. Informatie blijkt regelmatig kort na de aanlevering alweer achterhaald. Trajecten worden in deze periode ook snel gejuridiseerd. Dat verklaart mogelijk ook de traagheid waarmee Co-Med reageert op informatie verzoeken vanuit de IGJ en NZa.

Vanaf augustus 2023 onderzoeken zorgverzekeraars de toekomstbestendigheid van Co-Med en richten zich op eventuele faillissementsscenario's. De hoofdrolspelers werken conform de afspraken in het continuïteitsbeleid samen aan de ontwikkeling van een noodplan dat bij een onverhoopt faillissement van Co-Med kan worden ingezet om te voorzien in de continuïteit van de huisartsenzorg. Dat plan wordt geactiveerd met het faillissement van Co-Med op 5 juli.2024.

2.3 Overzicht ingezet instrumentarium

Door de zorgverzekeraars, IGJ en NZa zijn zowel informele als formele instrumenten ingezet. Uit de tijdlijn blijkt dat alle partijen gedurende de periode dat Co-Med actief was, in meer of mindere mate overleggen hebben gehad met het bestuur van Co-Med, over onder andere het businessmodel, de kwaliteit van zorg, de continuïteit van zorg en de governance.

Uiteindelijk zijn er ook meerdere formele instrumenten ingezet¹².

Zorgverzekeraars hebben onder andere hun contractering aangepast (bijvoorbeeld van contractering op organisatieniveau, naar contractering op praktijkniveau). Ook worden de declaraties van Co-Med aan een nader onderzoek onderworpen. Concrete maatregelen die worden genomen zijn het niet toekennen van prestaties en het stopzetten van de vergoeding voor chronische zorg in de vorm van ketenzorg. Uiteindelijk kozen de zorgverzekeraars er ook voor Co-Med in gebreke te stellen, de contracten op te schorten en op te zeggen.

¹² Zie bijlage 4 voor het beschikbare instrumentarium.

De IGJ heeft in juli 2023 Co-Med een aanwijzing opgelegd, om de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de zorg te verbeteren. Vanwege diverse juridische procedures kon deze pas begin 2024 worden geëffectueerd. Vervolgens is in juni 2024 een last onder dwangsom opgelegd wegens het niet nakomen van de aanwijzing. De IGJ heeft tenslotte Co-Med ook een bevel opgelegd en een last onder bestuursdwang ingezet om de inzage en overdracht van medische dossiers te bewerkstelligen. Dit nadat de zorgverzekeraars de contracten hadden opgeschort. Die overdracht was essentieel voor de continuïteit van de zorg voor de patiënten van Co-Med na het faillissement en voor de daadwerkelijke zorgverlening door een digitale huisartsenpraktijk.

De NZa beoordeelde in het kader van het toezicht op onwenselijke concentraties alle door Co-Med ingediende aanvragen. Twee concentratieaanvragen zijn afgewezen omdat onvoldoende inzicht werd geboden in de gevolgen voor de zorgverlening (toegankelijkheid van de zorg.)

De NZa heeft voorts onderzoek gedaan naar de niet (tijdig) door Co-Med ingediende aanvragen. In dat onderzoek heeft de NZa geconcludeerd dat Co-Med bij meerdere overnames de regels heeft overtreden. Omdat Co-Med inmiddels failliet verklaard was, is er niet overgegaan tot formele handhaving.

Op 6 en 7 februari 2024 brengt de NZa een onaangekondigd bedrijfsbezoek aan het Co-Med hoofdkantoor.

De NZa richtte zich in haar toezicht op de zorgverzekeraars vooral op de continuïteit van de zorg en de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars. Conform de gemaakte afspraken in het continuïteitsbeleid is na de EWS-melding (Early Warning System) door de zorgverzekeraars een noodplan ontwikkeld in afstemming met de IGJ en de NZa dat geactiveerd kon worden bij een onverhoopt faillissement van Co-Med.

Tenslotte heeft de NZa onderzoek gedaan naar mogelijk onrechtmatig declaratiegedrag door Co-Med. Dat onderzoek heeft de NZa op 15 november 2023 overgedragen aan de Nederlandse Arbeidsinspectie (NLA). Op 11 december 2023 geeft de officier van justitie het akkoord op de start van een strafrechtelijk onderzoek.

2.4 Bevindingen

De gesprekken met de hoofdrolspelers (VWS, IGJ, NZa en de zorgverzekeraars CZ en VGZ) werden gevoerd langs de volgende hoofdvragen:

- Hoe heb je de opkomst, het functioneren en de teloorgang van Co-Med ervaren?
- Wat zijn – ongeveer driekwart jaar na het faillissement van Co-Med – in jullie eigen organisatie de belangrijkste leerpunten? Wat hebben jullie daadwerkelijk aangepast in je organisatie en werkwijze naar aanleiding van deze leerpunten?

- Hoe hebben jullie de samenwerking met de andere hoofdrolspelers ervaren? Zijn daarin naar aanleiding van het faillissement van Co-Med belangrijke wijzigingen opgetreden?

We hebben de onderwerpen en thema's die in de gesprekken langskwamen hieronder geordend naar twee hoofdthema's. Hoofdthema's die enerzijds aangrijpen op zaken het *richten* en het *inrichten*, anderzijds aangrijpen op het *verrichten*:

1. Het stelsel, de toetsingskaders en de instrumenten (richten en inrichten).
2. De gehanteerde toezichtvisies, de wijze van werken en samenwerken (verrichten).

Waar relevant verweven wij hierin ook de inzichten uit door ons bestudeerde documenten.

Ten aanzien van de drie vragen waarlangs de gevoerde gesprekken liepen, viel ons als ABDTOPConsult op dat:

- Iedereen op enig moment wel het 'niet-pluis' gevoel kreeg ten aanzien van het reilen en zeilen van Co-Med. Vaak zonder daar nog de vinger achter te krijgen waar dat gevoel op was gebaseerd. En de momenten waarop dat gevoel ontstond liepen uiteen.
- De mate waarin de hoofdrolspelers ons meldden de Co-Med casus expliciet en systematisch in en met de eigen organisatie te hebben geëvalueerd, verschilt. Hetzelfde merken wij op ten aanzien van het aanpassen van de eigen werkwijzen en interne procedures.
- De op 12 juni 2025 georganiseerde bijeenkomst de eerste was waarin de hoofdrolspelers gezamenlijk terugkeken. Betrokkenen benadrukken dat in de zomer 2024 was afgesproken dat eerst deze lerende evaluatie zou worden afgewacht waarvoor eerst begin maart 2025 opdracht is gegeven.

2.4.1 Stelsel, toezichtkaders en instrumenten

Stelsel

Algemeen wordt onderkend dat het Nederlandse zorgstelsel ingewikkeld is met een "vraag gestuurde, private uitvoering met gereguleerde marktwerking onder publieke voorwaarden". Toch wordt het stelsel als onmisbaar gezien om ook innovaties te stimuleren. Innovaties die aangrijpen op geneesmiddelen en behandelprocedures, maar ook op de wijze van organiseren in de zorg.

Meerdere keren wordt opgemerkt dat in het gezondheidsdomein wel sterk wordt geleund op het goede vertrouwen in de zorgaanbieders.

Tegelijk wordt aangegeven dat politiek en samenleving soms onvoldoende beseffen dat het inherente en onvermijdelijke risico van het Nederlandse stelsel is dat een zorgaanbieder failliet kan gaan.

De belangrijkste taak van de toezichthouders is het borgen van de continuïteit en kwaliteit van de (huisartsen-)zorg, niet het voorkomen van een onverhoopt faillissement. Hoe te handelen in geval van een faillissement is vastgelegd in het zogenaamde Continuïteitsbeleid.

Uit de bestudeerde documenten en de gevoerde gesprekken komt naar voren dat – terugkijkend – VWS haar stelselverantwoordelijkheid terughoudend invult. In het Integraal Zorgakkoord (IZA) was weliswaar een van de gemaakte afspraken het komen tot een visie op het versterken van de eerstelijnszorg. Het lijkt er echter op dat het initiatief voor het eerdergenoemde verkennende onderzoek naar de opkomst van bedrijfsketens in de huisartsenzorg en de betekenis daarvan voor het toezicht bij de IGJ en NZa lag.

Het rapport verscheen in maart 2024. In de brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer van april 2024¹³ dankt de minister de beide toezichthouders voor het onderzoek. Tegelijk benadrukt de minister dat het wenselijk is dat alle partijen hun rol pakken om goede, toegankelijke huisartsenzorg te borgen. In de reactie op de aanbevelingen van IGJ en NZa is dat ook terug te zien. De invulling van de aanbevelingen laat de minister in belangrijke mate over aan het veld, waarbij VWS wel de aanpassingen van een aantal wetten (Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza)) voor de rekening neemt. Inmiddels is ook het Wetsvoorstel integrale bedrijfsvoering zorgaanbieders (Wibz) opgesteld. Dat is volgens een aantal gesprekspartners echter onvoldoende om de integriteit van de bedrijfsvoering van bedrijfsketens in de gezondheidszorg te borgen.

In de gevoerde gesprekken worden de volgende opmerkingen gemaakt over het stelsel:

- Het zorgstelsel leunt sterk op zelfregulering. Als branche- en beroepsorganisaties niet (willen) slagen in het terugbrengen van het aantal 'open normen'¹⁴, bemoeilijkt dat de toezichthouders in hun werk. Handhaven op open normen is nu eenmaal lastiger dan op gesloten normen. Tegelijkertijd zijn de hoofdrolspelers beducht voor meer regelgeving en normering. Ook wordt gewezen op de noodzaak dat er ruimte moet zijn voor individuele toezichthouders om hun eigen professionele afwegingen te maken. Onderkend wordt dat het punt van (nadere) normering dus een dilemma is.
- Het helpt de toezichthouders als de publieke en politieke discussie wordt afgerond over de (on-)wenselijkheid van de commercialisering en de opkomst van private equity in de huisartsenzorg.
- Het zorgstelsel schuurt met het faillissementsrecht zoals we dat in Nederland kennen. Zo is de curator bij een faillissement in de zorg ook verantwoordelijk voor de continuïteit van zorg. Die verantwoordelijkheid kan haaks staan op de opdracht tot een voor schuldeisers zo gunstig mogelijke financiële afwikkeling van een faillissement.

Toetsingskaders en instrumenten

De belangrijke instituties in het zorgstelsel zijn VWS (stelselverantwoordelijk), de IGJ (toezicht op de kwaliteit van de geleverde zorg), de NZa (toezicht op de markt en de zorgplicht) en de zorgverzekeraars (contracteren van

¹³ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2024). *Kamerbrief reactie op rapport 'Opkomst van bedrijfsketens in de huisartsenzorg'*. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2024/04/18/kamerbrief-over-verzoek-om-tijdsgevoerde-inhoudelijke-reactie-rapport-opkomst-van-bedrijfsketens-in-de-huisartsenzorg>

¹⁴ Open normen zijn regels in de wet of het beleid waarbij de precieze invulling of de manier waarop aan de verplichtingen wordt voldaan, niet volledig vastliggen.

zorgaanbieders, continuïteit van zorg). Vinden zij zich toegerust om de taken die ze hierin krijgen toebedeeld ook op een bedrijfsketen als Co-Med goed in te vullen?

De huidige fusie- en concentratietoets is vooral administratief en procesmatig. In de gesprekken komt naar voren dat daarmee de mogelijkheden om overnames te toetsen beperkt zijn. Aanknopingspunten om te toetsen op deskundigheid van bestuurders en de interne governance van een toetreders zijn er eigenlijk niet.

Meerdere keren wordt opgemerkt dat “het makkelijker is om een huisartsenpraktijk te starten dan een snackbar te beginnen”. Ook de aangekondigde wetswijziging (Wibz) zal volgens de NZa niet de zekerheid bieden dat een toetreding van een ‘nieuwe Co-Med’ adequaat kan worden beoordeeld¹⁵. Ervaringen uit de financiële sector leren dat dit type toezicht uitermate juridisch en rule-based van aard is met weinig ruimte voor een meer ‘missie gedreven toezicht’.

Met de huidige toets op toetreding wordt de impact van het onverhoopt failliet gaan van een ketenorganisatie niet meegenomen. Die impact kan in een regio met relatief weinig huisartsenpraktijken groter zijn dan in een regio met relatief veel huisartsenpraktijken.

De toetsingscriteria op de kwaliteit van zorg zijn in beperkte mate ‘hard’: bereikbaarheid en beschikbaarheid kunnen objectief worden vastgesteld. Andere kwaliteitscriteria hebben het karakter van ‘open normen’ waarop het voor toezichthouder IGJ lastiger is toezicht te houden.

Regelmatig wordt in de gesprekken gewezen op de rol die zorgverzekeraars vanuit hun contracterende verantwoordelijkheid kunnen spelen bij het kritisch kijken naar de degelijkheid en houdbaarheid van het bedrijfsmodel van de zorgaanbieder. Zeker als dit een aanbieder is met een nieuw bedrijfsmodel en met de ambitie een grote(-re) speler te worden in de huisartsenzorg.

Tegelijk wordt erkend dat in een situatie van een dreigend tekorten aan huisartsenpraktijken een kritische doorlichting van nieuwe (keten-)aanbieder op gespannen voet staat met de zorgplicht. Voorts zijn de sturingsmogelijkheden via contractering voor zorgverzekeraars beperkt. Ook bij niet-gecontracteerde huisartsen zorg is een verzekeraar gehouden bijna alle geleverde prestaties te vergoeden. Zorgverzekeraars kunnen het starten, voortzetten of uitbreiden van een huisartsenpraktijk niet tegenhouden.

Wat verschillende gesprekspartners opmerken is dat de opkomst van bedrijfsketens als Co-Med ook nieuwe kennis en vaardigheden bij de toezichthouders vereist, vooral op het gebied van financiën en governance. In dat kader investeert bijvoorbeeld de IGJ in het vergroten van de financiële kennis over (grotere) zorgorganisaties.

¹⁵ Zie ook de brief van de NZa aan de minister van VWS van 30 januari 2025.
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2025/01/30/verwachtingenmanagement-effectiviteit-wibz>

De gesprekken leren tenslotte dat het onderscheid tussen toezicht op de kwaliteit van verleende zorg en toezicht op het gedrag van de zorgaanbieders en zorgverzekeraars met de komst van bedrijfsketens als Co-Med lastiger te hanteren wordt. Zowel de toezichthouders als de zorgverzekeraars concentreerden zich in de casus Co-Med in eerste instantie vooral op de individuele praktijken. Pas later kwam het inzicht bij zowel de toezichthouders als de zorgverzekeraars dat de oorzaken van geconstateerde problemen bij de praktijken meer gezocht moesten worden in de wijze waarop Co-Med het gehanteerde bedrijfsmodel in de praktijk uitwerkte en uitvoerde (governance en werkwijzen). Zaken waar overigens wel al de aandacht voor werd gevraagd in de eerdergenoemde studie van IGJ en NZa naar de bedrijfsketens in de gezondheidszorg.

Gesprekspartners binnen maar ook buiten het zorgdomein brengen in dat meer en betere regels niet alles kunnen voorkomen. In de financiële sector bleek bijvoorbeeld dat ondanks het feit dat de Lehman bank niet werd gezien als een zogenaamde 'systeembank', het faillissement daarvan wel leidde tot een uiteindelijk wereldwijde financiële crisis.

2.4.2 Visies op toezicht en de onderlinge samenwerking

Visies op toezicht

De IGJ maakt bij het houden van toezicht op de huisartsenzorg een afweging tussen het waarborgen van kwaliteit en veiligheid enerzijds en het vermijden van onbedoelde negatieve gevolgen voor patiënten anderzijds. In gebieden waar sprake is van huisartsen schaarste weegt het tweede aspect zwaarder: maatregelen kunnen hier immers direct effect hebben op de bereikbaarheid en continuïteit van zorg.

De IGJ licht in de gevoerde gesprekken toe in eerste instantie vooral gereageerd te hebben op meldingen die hen bereikten over de afzonderlijke Co-Med praktijken. Daar acteerden individuele inspecteurs op. Pas in een later stadium werden op het niveau van de keten Co-Med de signalen onderling binnen de IGJ gewisseld. Ook werd een inspecteur aangewezen als spin in het web. Die hielp het overzicht te bewaren en te borgen dat er gelijk werd gehandeld en had de contacten met het bestuur.

In termen van Aute Kasdorp stelt de IGJ zich overwegend op als *juridisch handhaver/legalistische toezichthouder* die zich vooral beperkt tot het tegengaan van wetsovertredingen. Handhaving is hierbij de kernactiviteit¹⁶. Gezocht werd vooral naar harde aanknopingspunten voor optreden binnen de toezichtkaders. Die beperkten zich bij Co-Med tot de onderwerpen *beschikbaarheid* en *bereikbaarheid*. Als eerder aangegeven wordt benadrukt dat

¹⁶ Kasdorp, A. (2016). *Tussen Scylla en Charybdis: Spanningsvelden in taakopvattingen in het licht van schadelijk maar legaal ondernemingsgedrag*. Tijdschrift voor Toezicht, 2016

minder 'open normen' het uitoefenen van toezicht door de IGJ kunnen vergemakkelijken.

Ook anderen geven aan dat de IGJ vooral in het begin afwachtend en voorzichtig was.

Met een sterke focus op de bestaande harde toetsingskaders en het hameren op de noodzaak van 'nieuwe regels', in plaats van het opereren op basis van de eigen expertise en het eigen moreel kompas. De IGJ herkent zich niet in dit beeld.

De IGJ geeft in de commentaarronde op het concept verslag van deze evaluatie aan in de casus Co-Med haar eigen interventiebeleid te hebben gehanteerd. Evenredigheid en context wegen daarin nadrukkelijk mee. Ook wijst de IGJ erop dat veel toezicht activiteiten van de IGJ niet openbaar zijn. Te denken valt aan het voeren van bestuurlijke gesprekken, het opvragen van informatie zoals bezettingsoverzichten en het vragen van plannen van aanpak.¹⁷

De NZa houdt met betrekking tot de continuïteit van zorg vooral toezicht op de zorgverzekeraars en vaart ten aanzien van de zorgaanbieders in belangrijke mate op de zorgverzekeraars. Dat is ook zo vastgelegd, net als dat vervolgens NZa en zorgverzekeraar middels het EWS-beleid VWS informeren wanneer de continuïteit van de zorgverlening ernstig in het geding is¹⁸.

Zorgverzekeraars zijn terughoudend geweest met het uitoefenen van 'toezicht' op Co-Med vanwege hun zorgplicht. Overwegingen die daarbij een rol speelden zijn:

- Co-Med bood een 'perspectiefvol concept' voor het oplossen van het hardnekkige probleem dat te weinig huisartsen praktijkhouder willen worden. Een probleem waardoor de zorgverzekeraars hun zorgplicht lastig kunnen vervullen.
- Het Co-Med concept was ontwikkeld door bestuurders met een goede naam op het gebied van innovaties.
- Zeker aan het begin waren er vrijwel geen negatieve signalen van verzekeren over het opereren van Co-Med.
- Ook bij andere huisartsenpraktijken zijn er soms problemen met de continuïteit van zorg. De ervaring leerde dat die altijd wel weer opgelost werden.
- Verzet van gevestigde huisartspraktijken in een regio waar Co-Med zijn opwachting maakte, werden gezien als weerstand tegen verandering en vernieuwing.

In hun reactie op de conceptversie van dit evaluatieverslag geven de zorgverzekeraars aan niet zozeer terughoudend als wel zorgvuldig te hebben willen zijn. Het Co-Med initiatief verdiende een serieuze kans. Meer toetsing en handhaving werden ingezet toen dat nodig bleek.

¹⁷ Merk op dat dit relevante interventies kunnen zijn die evenwel niet als zodanig zijn aangedragen voor de tijdlijn. Ze zijn evenmin in de gevoerde gesprekken aan de orde gekomen.

¹⁸ EWS staat voor Early Warningsystem in de Zorg. Op basis van de monitoring van de continuïteit van zorgaanbieders kunnen zorgverzekeraar en NZa besluiten VWS te informeren.

Ontwikkelingen in de markt, majeure incidenten en veranderende maatschappelijke sentimenten hebben in het beste geval een vertraagde doorwerking op de toezichtkaders en de taakinvulling van de toezichthouders en zorgverzekeraars. Gesprekspartners gaven er blijk van regelmatig handelingsverlegenheid te ervaren bij het inspelen op de geconstateerde problemen bij Co-Med. Die werd versterkt door rechterlijke uitspraken waarmee de aanwijzingen van de IGJ richting Co-Med door de rechter tijdelijk on-hold werden gezet in afwachting van de afwikkeling van het gemaakte bezwaar tegen die maatregelen.

Gesprekspartners buiten het gezondheidsdomein herkennen deze handelingsverlegenheid bij toezichthouders in zijn algemeenheid. Maar stellen tegelijk dat "wanneer je niet meer doet waarvoor je op aarde bent, je je integriteit en legitimiteit verliest". Zij bepleiten meer te vertrouwen op de eigen expertise en meer het gesprek hierover te voeren. Met elkaar als hoofdrolspelers in het zorgstelsel maar ook met de samenleving en politiek. Bovenal: durf te handhaven.

De onderlinge samenwerking

Een verschil in visie tussen toezichthouders, zorgverzekeraars en VWS lijkt te liggen in de opvatting wanneer, hoe en in welke mate informatie tussen elkaar gedeeld kan worden. Aan de ene kant van het spectrum bevindt zich de IGJ die hier het meest strikt in is met een beroep op de onafhankelijke rol. Aan de andere kant van het spectrum bevindt zich VWS die vindt dat de minister te allen tijde over alle relevante informatie moet kunnen beschikken om aan haar informatieplicht naar de Tweede Kamer te voldoen.

Dat heeft het lastig gemaakt de toch al gefragmenteerde puzzelstukjes uit alle meldingen bij elkaar te leggen en een geïntegreerde benadering van Co-Med te organiseren. Dit heeft geleid tot spanningen tussen VWS, IGJ en NZa.

Gesprekspartners constateren ook dat er geen plek of moment is voor een dergelijk gesprek in deze samenstelling, anders dan het escalatiemoment na een EWS-melding. Dat is echter in een dusdanig laat stadium dat dan de aandacht vooral uit moet gaan naar het ontwikkelen van een continuïteitsscenario. Het is zoeken naar een eerder moment en plek voor 'connecting the dots'. Er is wel een driewekelijks overleg VWS en NZa. Daar is de IGJ echter niet bij aangesloten.

3 Collectieve sessie 12 juni 2025

Op 12 juni 2025 kwamen in het kader van deze lerende evaluatie veertien vertegenwoordigers vanuit VWS, de NZa, de IGJ en de zorgverzekeraars CZ en VGZ een dag bij elkaar. Op de agenda stond:

1. Finale toets op en bespreking van de uiteindelijk opgestelde tijdlijn.
2. Verdiepende bespreking van de bevindingen op enkele van de in het vorige hoofdstuk besproken thema's en onderwerpen.

3.1 Tijdlijn

Belangrijke opbrengst van de dag is dat partijen concluderen dat de gedetailleerde tijdlijn een getrouw beeld geeft van wat er wanneer gebeurd is en een goede basis biedt voor het zoeken naar leerpunten.

Wel constateert men dat het lijkt of er in de periode medio 2022 tot juli 2023 geen contact was tussen de partijen. Dat blijkt bij doorpraten wel degelijk het geval te zijn geweest, maar door het ad-hoc karakter ervan gaf niemand dit een plek in de tijdlijn.

Ook constateren partijen dat de tijdlijn duidelijk maakt dat vanaf medio 2022 alles bij elkaar opgeteld veel signalen rond Co-Med bij de toezichthouders en zorgverzekeraars binnenkwamen. Die werden echter niet of zeer beperkt gedeeld. Niemand had het overall beeld en patronen werden pas laat zichtbaar.

3.2 Highlights uit de bespreking op 12 juni

3.2.1 Continuïteit van zorg versus voorkomen faillissement

Eenieder benadrukt dat in de opzet van het Nederlandse zorgstelsel een faillissement niet kan worden uitgesloten. En dat het toezicht er vooral op is gericht de kwaliteit en continuïteit van de huisartsenzorg te borgen. Dat laatste dus ook na een onverhoopt faillissement in de zorg. Maar dat is iets anders dan het te allen tijde proberen te voorkomen van een faillissement. In de politiek en in de media staat dit niet altijd scherp voor ogen. Het vraagt dus van alle aanwezigen een constant uitleggen van de bedoeling, de inrichting en de werking van het zorgstelsel.

3.2.2 Instrumenten om nieuwe aanbieders te weren

Het door IGJ en NZa in maart 2024 opgeleverde onderzoek naar bedrijfsketens in de huisartsenzorg geeft verschillende verbeterpunten aan. Daaraan wordt zeker gewerkt.

Toch wordt geconstateerd dat met de wettelijke kaders, ook met de voorgenomen aanpassingen, de handvatten voor uitsluiting op financiële gronden van aanbieders beperkt zijn. De toetredingsregels en -vereisten in het financiële domein gaan bijvoorbeeld verder dan in de gezondheidszorg.

Dezelfde constatering wordt gedaan ten aanzien van de governance(-structuur) van zorgaanbieders. Bestuurders zijn moeilijk aan te pakken anders dan via de rechter.

Meer en nadere regelgeving staat ook weer haaks op de wens om de regeldichtheid in de zorg te verminderen. Tegelijk wordt wel onderkend dat nieuwe concepten van (nieuwe) aanbieders aanleiding kunnen zijn een indringender gesprek met elkaar aan te gaan. Dat gebeurt nu niet.

Dit dilemma verdient nadere bestudering. Temeer omdat ten aanzien van Co-Med wordt opgemerkt dat niet zozeer het *concept* achter Co-Med niet deugde maar vooral de *uitvoering* tekortschoot: de financiële degelijkheid en de governance. Aanwezigen constateren dat de kennis over en ervaring met financiële en governance aspecten van ketens als Co-Med beperkt aanwezig zijn. De betrokken zorgverzekeraars geven wel aan dat zij inmiddels intensiever contact onderhouden met de besturen van zorgaanbieders wanneer er sprake is van nieuwe vormen van (organisatie van) zorg.

3.2.3 Signalen delen

De tijdlijn laat zien dat er meerdere signalen waren rond het functioneren van Co-Med. Ze kwamen echter binnen op verschillende plekken:

- Bij de individuele inspecteurs.
- Bij de verschillende afdelingen binnen de NZa.
- Bij de verschillende zorgverzekeraars.

Als hiervoor al aangegeven werden de binnenkomende signalen beperkt gedeeld tussen de hoofdrolspelers. Waardoor niemand het totaalbeeld had.

Ook speelde een rol de verschillen in de gehanteerde toezichtvisies en de visie ten aanzien wat kan en mag worden gedeeld tussen toezichthouders, met zorgverzekeraars en tussen toezichthouders en VWS.

In de bespreking komt naar voren dat er enerzijds behoefte is aan meer informatiedeling. Anderzijds wordt verschillend gekeken naar wat kan en mag worden gedeeld gezien de toezichtskaders. Ook is er tegelijk vrees voor 'nog meer overleg'.

Ook leeft de vraag wie daartoe dan wanneer het initiatief zou moeten nemen om deze dilemma's op te lossen. Hoe organiseren we een 'verhoogde dijkbewaking'?

indien nodig? Een voorzichtige oplossing lijkt te liggen in het 'uitbouwen' van het bestaande EWS-protocol. Dat lijkt vooralsnog het meest voor de hand te liggen.

Ook het nut van kunnen escaleren naar een meer bestuurlijk niveau bij betrokken hoofdrolspelers (verzekeraar(s), IGJ, NZa) wordt wel gezien. Maar ook hier tegelijk weer terughoudendheid gezien het tijdsbeslag, de netto toegevoegde waarde en de vraag wanneer je dan opschaaft en wie daarover beslist.

Ten aanzien van de suggestie een escalatiemodel uit te werken (inclusief een crisistafel en periodiek oefenen) zoals in andere domeinen is gedaan, bestaat om dezelfde reden nog weinig enthousiasme.

3.2.4 Rechterlijke uitspraken en toezichtinstrumentarium

Het on-hold zetten van de aanwijzingen van de IGJ door de rechter, leidde bij de IGJ maar ook bij de zorgverzekeraars tot terughoudendheid in het aanpakken van Co-Med.

In de bespreking wordt geconstateerd dat er in zo'n geval alle reden is om als hoofdrolspelers met elkaar te kijken wat nog wel passende toezichtmaatregelen zijn. En hoe deze elkaar kunnen versterken.

3.2.5 Benutten van publiciteit en media-aandacht

Gegeven het beschikbare instrumentarium, is besproken of het mogelijk en nuttig zou zijn geweest als hoofdrolspelers zelf actiever de publiciteit zoeken over de casus Co-Med.

Kijkend naar de wijze waarop de ACM via gerichte publiciteit de sector energieleveranciers probeert te bewegen tot ander gedrag, wordt geconstateerd dat dit in een geval van een individuele casus als Co-Med voor toezichthouders niet mogelijk is.

Inzetten van het instrument publiciteit is wel gebeurd rond de publicatie van het eerdergenoemde IGJ-NZa rapport 'De opkomst van bedrijfsketens in de gezondheidszorg'. De impact daarvan is beperkt geweest.

Consequente communicatie – ook in de weerwil van onrust over een mogelijk omvallen van een Co-Med – is een blijvend punt van aandacht. Hoe is het stelsel opgezet en hoe houden we toezicht op de kwaliteit en de continuïteit van zorg?

3.2.6 Continuïteitsbeleid en afwikkeling faillissement

Geconstateerd wordt dat het in ons zorgstelsel helaas zo is dat pas vanaf het moment van faillissement, het overhevelen van patiënten doortastend kon worden opgepakt. Eerst op dat moment kon immers het voorbereide noodplan, dat zag op de continuïteit van zorg voor de Co-Med patiënten, worden

geëffectueerd. Wat ook voortvarend werd gedaan, de berichtgeving in de media ten spijt!

Vastgesteld wordt dat ten aanzien van de afwikkeling van een faillissement nu al leerpunten zijn aan te geven. Zo hebben curatoren normaal tot taak om tot een zo gunstig mogelijke boedelopbrengst te komen ten gunste van de schuldeisers. De curatoren in het geval van het faillissement van Co-Med hebben als curator ook de zorgplicht. Ze hebben de taak mee te werken aan de overdracht van patiëntendossiers en te zorgen dat de patiëntenzorg is gewaarborgd hangende de overdracht aan een andere huisarts. Dat kost geld en gaat ten koste van de schuldeisers.¹⁹

Het toepassen van 'stille bewindvoering' is afhankelijk van de opstelling van een rechtbank. Een landelijke stroomlijning zou verkend moeten worden met de rechterlijke macht.

Gewisseld wordt dat een 'Handboek Curatoren in de zorg' gewenst is ²⁰. In de commentaar ronde het concept van dit verslag wordt overigens opgemerkt dat er wel al een handreiking voor curatoren bestaat.

3.2.7 Managen van de wederzijdse verwachtingen

Gewisseld wordt dat in de fase voorafgaand aan het faillissement partijen elkaar zijn verloren. De toezichthouders voelden zich ongemakkelijk over de druk vanuit VWS op het delen van informatie over hun lopende onderzoeken richting ambtelijk VWS en de minister. Terwijl bij de minister van VWS vanuit haar informatieplicht naar de Tweede Kamer de irritatie daarover groeide richting de IGJ. Een dergelijke spanning is in het heetst van de ontwikkelingen slecht op te lossen.

Geconstateerd wordt dat het nodig is in rustiger tijden met elkaar te wisselen over wat elkaars positie is en hoe je elkaars verwachtingen managet.

¹⁹ De curatoren geven in hun reactie op het concept verslag van deze evaluatie aan dat dit een maatschappelijk te verklaren spanningsveld is waarvoor deugdelijke wetgeving wenselijk is.

²⁰ ABDTOPConsult heeft ook gesproken met de curatoren Co-Med. Ook zij geven aan dat er leerpunten zijn en gaven aan daar graag te zijner tijd een nadere bijdrage aan te geven vanuit hun ervaringen met Co-Med als zij hun oorzaken onderzoek hebben afgesloten.

4 Leerpunten

De bestudeerde documenten en gevoerde gesprekken gaven een reeks bevindingen en een eerste beeld van de mogelijke leerpunten uit de casus Co-Med. In de collectieve discussie met VWS, direct betrokken zorgverzekeraars CZ en VGZ en de beide toezichthouders IGJ en NZa is getracht daarin gezamenlijk meer focus aan te brengen.

Als ABDTOPConsult formuleren we in dit hoofdstuk de leerpunten die je daar volgens ons uit kunt afleiden.

Het goede nieuws is dat de hoofdrolspelers er met elkaar in geslaagd zijn de continuïteit van zorg te borgen op het moment dat Co-Med daadwerkelijk failliet ging. Het ontwikkelde continuïteitsbeleid werkte zoals bedoeld. In de voorbereiding van het noodplan werkten alle hoofdrolspelers samen om de 38.000 gedupeerde patiënten van zorg te voorzien na het uitspreken van het faillissement. De gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het bereiken van de doelen van ons gezondheidstelsel wordt zichtbaar in het samenspel.

Dat kan veel minder worden gezegd ten aanzien van de jaren voorafgaand aan het faillissement. Ieder van de hoofdrolspelers geeft binnen de brede kaders een eigen visie op de invulling van rol en taak. Vanuit die optiek is het handelen van ieder van de hoofdrolspelers te begrijpen en te verklaren. Maar het heeft wel geleid tot het ontbreken van het samenspel zoals dat wel zichtbaar is in de aanloop naar en na het faillissement van Co-Med. Het heeft ons inziens geleid tot het laat en niet georkestreerd reageren op signalen over en rond Co-Med in de periode voorafgaand aan het daadwerkelijk in werking moeten laten treden van het continuïteitsbeleid.

In de wetenschap dat je met beleid, wet- en regelgeving altijd achter de feiten aanloopt, is het zaak nieuwe ontwikkelingen actief te volgen en met elkaar te bespreken hoe je – ieder vanuit zijn eigen rol en mogelijkheden – de vinger aan de pols houdt in zo'n concreet geval.

Als IGJ en NZa een gedegen rapport afleveren over de opkomst van bedrijfsketens in de huisartsenzorg is dat één. Het daadwerkelijk samen met de zorgverzekeraars en VWS optrekken op basis van de concrete signalen in een concrete casus als Co-Med is twee.

Omgekeerd mag je als departement je stelselverantwoordelijkheid best laten spreken op het moment dat je verontrustende signalen van een van je toezichthouders krijgt, media-aandacht ontstaat en interventies van een toezichthouder on-hold worden gezet.

Als zorgverzekeraar tenslotte is het begrijpelijk en zelfs lovenswaardig als je achter marktinnovaties als Co-Med staat die de schaarste aan huisartspraktijken

kunnen verlichten, maar dat ontslaat de zorgaanbieder niet van het nakomen van de gemaakte contractafspraken.

Hoofdrolspeeler zijn in ons complexe zorgstelsel betekent ook dat je medeverantwoordelijk bent voor het beheer en onderhoud ervan. Het ontwikkelde continuïteitsbeleid is een geslaagd voorbeeld. Een voorbeeld dat navolging verdient ten aanzien van het (eerder) signalen bij elkaar brengen, het ontwikkelen van een escalatie pad voorafgaand aan het EWS-moment, het ontwikkelen van een gedeelde visie op toezicht en de afhechting van openstaande eerder leerpunten uit eerdere evaluaties van een faillissement in de zorg.

Het door ontwikkelen van het bestaande toezichtsinstrumentarium valt ook onder dit beheer en onderhoud. Daarover is al het nodige in gang gezet na het eerdergenoemde onderzoek van IGJ en NZa uit 2024 maar de gedane aanbevelingen zijn niet alle afgewerkt.

Zeker gezien ook de begrijpelijke terughoudendheid bij de hoofdrolspeelers voor nog meer regels en normen, liggen ons inziens daar niet de grootste leerpunten. Die liggen dus wel in het verbeteren van het samenspel tussen de hoofdrolspeelers in de fase voor het inwerking moeten laten treden van het continuïteitsbeleid.

Hieronder werken we bovenstaande nader uit in acht leerpunten.

4.1 Blijf het hoe en waarom van ons stelsel uitleggen

We hebben in Nederland een ingenieus stelsel ontworpen om goede zorg beschikbaar en betaalbaar te houden. Een stelsel dat ook innovaties moet bevorderen. Met een stevige rol voor private partijen. Maar het is daarmee ook een best wel ingewikkeld stelsel geworden met veel partijen.

Natuurlijk leidt een faillissement Co-Med tot indringende vragen van samenleving en politiek. Het gevaar bestaat echter dat in de discussie over deze unieke casus, het kind met het badwater wordt weggegooid.

Leerpunt (1) is dat het nodig is en blijft het gedachtegoed achter het stelsel steeds weer goed uit te leggen. Niet alleen bij een incident als het faillissement van Co-Med.

4.2 Regeren is vooruitzien

Innovaties in de zorg zijn nuttig en nodig. Het stelsel nodigt daar ook toe uit. Juist in een dynamische omgeving waarin zich nieuwe concepten als een Co-Med kunnen voordoen, is het zaak dat beleidsmakers (VWS), toezichthouders (NZa en IGJ) en zorgverzekeraars systematisch met elkaar de vinger aan de pols houden:

- Wat zijn nieuwe (markt-)ontwikkelingen?
- Wat zijn daarvan de mogelijke implicaties voor de beschikbaarheid, de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg?
- Wat vraagt het vervolgens van de toezichthouders bij de toepassing van de bestaande wet- en regelgeving?
- Waar is een aanpassing van wet- en regelgeving op zijn plaats omdat de bestaande kaders onvoldoende lijken te zijn?
- Welke signalen willen we – in de geest van reeds bestaande wet- en regelgeving – publiekelijk afgeven over nieuwe concepten?

Nieuwe concepten als Co-Med verdienen om het vroegtijdig met elkaar besproken en beklopt te worden op hun effecten en impact.

Leerpunt (2): de behoefte bestaat aan een plek waar het gesprek over en het bekloppen van nieuwe concepten gebeurt. VWS als stelselverantwoordelijke kan het op zich nemen deze 'leerplaats' te creëren. Het aandragen van bespreekpunten kan komen vanuit VWS (bijvoorbeeld op basis van gedachtevorming in de Tweede Kamer) maar zal in de praktijk vaker door de zorgverzekeraars moeten gebeuren. Zij worden immers als eersten geconfronteerd met nieuwe concepten en hebben de contacten in de zorgregio's. Verschillende aanbevelingen uit het rapport van IGJ/NZa over de ketens in de huisartsenzorg zijn ter hand genomen. Denk aan de wetsvoorstellen Wibz en de voorgenomen aanpassingen met betrekking tot de zorgfusietoets. In het licht van het voorgaande kan het geen kwaad te bezien of het maximale uit de aanbevelingen wordt gehaald.

Neem als VWS je stelselverantwoordelijkheid om deze ontwikkeling naar een 'leerplaats' te entameren. Schroom niet om daar ook de wetenschap bij in te schakelen zoals bijvoorbeeld is gedaan voor het toezicht op energieleveranciers²¹.

4.3 Voorkomen is beter dan genezen

Wet- en regelgeving loopt per definitie achter op de ontwikkelingen en de nieuwe concepten die zich aandienen. Er gaat tijd overheen tussen bijvoorbeeld het moment van het verschijnen van het IGJ/NZa rapport 'De opkomst van bedrijfsketens in de huisartsenzorg' (maart 2024) en het uitwerken en invoeren van de aanbevelingen die daarin worden gedaan.

Bij een zich concreet aandienend nieuw concept, past daarom een gezonde nieuwsgierigheid van zorgverzekeraars en toezichthouders. Je zult met elkaar moeten bedenken hoe met een dergelijk nieuw fenomeen om te gaan.

²¹ Lavrijssen, S. & Vries, de F. (2022). *Onderzoek naar interpretatie, toereikendheid en toepassing wettelijk kader voor toezicht op energieleveranciers*. Tilburg University, Samhoud Consultancy.

Leerpunt (3): De stand van de wet- en regelgeving laat onverlet de verantwoordelijkheid bij zorgverzekeraars en toezichthouders om je door de aanbieder van het nieuwe concept te laten overtuigen van de levensvatbaarheid van het concept:

- Hoe ziet het businessplan eruit? Is dit passend, kijkend naar 'de bedoeling' van ons zorgstelsel?
- Hoe stevig is het financiële fundament? (benutten van de financiële ratio's die in andere domeinen gebruikelijk zijn).
- Hoe zijn binnen de organisatie de checks en balances georganiseerd? (governance toets).
- Hoe is naar verwachting het draagvlak in het bestaande veld van huisartsenpraktijken?

Vind een plek en neem de tijd om de beelden hierover met elkaar uit te wisselen. Zodat iedere speler ook kan bepalen welke implicaties dit heeft voor de eigen taak- en rolinvulling.

Zorgverzekeraars en toezichthouders nemen het voortouw.

4.4 Vinger aan de pols: signalen bij elkaar brengen

De tijdlijn laat zien dat er perioden zijn waarin er verschillende signalen zijn die erop wijzen dat het niet goed gaat met en rond Co-Med.

De signalen kwamen niet bij elkaar noch werden gezien in relatie tot elkaar. Incidenten bleven incidenten. Patronen werden pas laat opgemerkt.

In de sessie op 12 juni werd lang bij dit thema stilgestaan maar kon nog geen oplossingsrichting worden aangegeven. Wel is het overleg tussen IGJ en NZa na Co-Med geformaliseerd in een structureel overleg over de huisartsenzorg.

Leerpunt (4): Het beter en eerder delen van signalen is misschien wel het belangrijkste leerpunt uit deze evaluatie. Hoeveel haken en ogen er ook aan dit onderwerp zitten, verbeteringen zijn nodig. Op straffe dat na een volgend incident geconstateerd wordt dat het wederom niet gelukt is de wel degelijk aanwezige signalen snel bij elkaar te brengen.

Laat onderzoeken en uitwerken welke informatie-uitwisseling tussen toezichthouders onderling en tussen toezichthouders en zorgverzekeraars mogelijk is en waar de grenzen liggen. Schakel de wetenschap in. Leer van andere domeinen waar uitwisseling van informatie eveneens een issue is (strafrechtketen, financiële sector). Ontwikkel zo werkende weg een werkwijze waarbij alle partijen vanuit eenzelfde toezichtvisie informatie (kunnen) delen. Benut en communiceer wat nu al kan.

Het is aan VWS als stelselverantwoordelijke om hierin het voortouw te nemen.

4.5 Vooruitkijken: ontwikkelen van een escalatiepad

Zowel in de individuele gesprekken als tijdens de 12 juni sessie wordt duidelijk dat zowel zorgverzekeraars als toezichthouders een 'niet pluis' moment hebben gehad. Het moment dat duidelijk wordt dat de incidenten waarschijnlijk niet los van elkaar staan, dat er een patroon zit in de incidenten en dat de kwaliteit en de continuïteit van zorg serieus in het geding komt.

Anders dan uit de tijdlijn blijkt, geven zorgverzekeraars en beide toezichthouders in de sessie op 12 juni 2025 aan dat dit vanaf medio 2022 leidde tot frequenter onderling contact.

De tijdlijn laat zien dat eerst in juni 2023 Co-Med geagendeerd wordt op het driewekelijks contact tussen NZa en VWS. Een overleg waar de IGJ niet bij is aangesloten. Dat betekent dat er een 'stilte voor de storm' van circa een jaar is geweest. Een periode die goed gebruikt had kunnen worden om systematischer met elkaar ('the whole system in the room') na te denken over de vraag hoe de inwerkingstelling van het continuïteitsbeleid (toch) kan worden voorkomen.

Leerpunt (5): Ontwikkel een escalatie pad om - in het verlengde van leerpunt (4) - ook op bestuurlijk niveau (betrokken coördinerend zorgverzekeraar, NZa, IGJ, ambtelijk VWS) te kijken welke 'verhoogde dijkbewakingsmaatregelen' denkbaar zijn voordat daadwerkelijke escalatie aan de orde is. Maatregelen die in de eerste plaats de verantwoordelijke zorgverzekeraar kan gaan nemen. Gebruik dat bestuurlijk overleg ook om de voorbereidingen te verkennen voor het geval de ontwikkelingen leiden tot de inwerkingstelling van het continuïteitsbeleid.

Bekijk hoe de opzet en werking van het bestaande EWS daarvoor kan worden benut. Respecteer daarbij elkaars verantwoordelijkheden. Durf ermee te oefenen zoals we ook crisis- en ontruimingsoefeningen kennen.

VWS neemt als stelselverantwoordelijke het voortouw.

4.6 Ontwikkelen van een gedeelde visie op toezicht

Uit de gesprekken en ook tijdens de sessie van 12 juni wordt duidelijk dat er verschillen in inzicht bestaan in de gehanteerde toezichtvisie tussen IGJ, NZa en VWS. Willen we signaal gestuurd of risico gestuurd werken? Willen we strikt juridisch, juist meer missie- of meer waarden gedreven werken? Welke informatie kunnen we wanneer met wie delen? Welke maatregelen zijn wanneer passend?

Juist in een stelsel waarin sprake is van een stelselverantwoordelijke (VWS) en twee formele, onafhankelijke toezichthouders (IGJ en NZa) is het nodig dat daarover een gezamenlijk beeld bestaat om tot een overall effectief toezicht te

komen. Van het communiceren van die gedeelde visie gaat ook een preventieve werking uit.

Ook de zorgverzekeraars moeten daarin betrokken worden. Zij zijn het immers die een contractrelatie hebben met de zorgaanbieders, ze kennen de regio('s) waarin de zorgaanbieders werken en zijn in die zin ook 'toezichthouders' op het naleven van de gemaakte contractafspraken. Van hen mag je daarom, als 'first line of defence', de eerste signalen en acties verwachten met betrekking tot slecht functionerende zorgaanbieders.

Het vraagstuk van de informatiedeling (formeel en informeel) tussen de toezichthouders onderling en met de zorgverzekeraars verdient daarbij extra aandacht. Ook de verantwoordingsplicht van bewindslieden richting Tweede Kamer moet daarin worden meegenomen. Deze kan immers op gespannen voet staan met de vertrouwelijkheid waarmee onderzoeken van de toezichthouders zijn omgeven.

Dit is zondermeer een lastige problematiek. De ervaringen met Co-Med leren evenwel dat op dit onderwerp stappen moeten worden gezet, al is het maar werkenderwijs.

Het ontbreken van een gezamenlijke visie op toezicht leidt ook tot verstoorde onderliggende verhoudingen. Dit helpt niet om vlot, vroegtijdig en in gezamenlijkheid de eventuele continuïteitsgevolgen van een omvallen van Co-Med te overzien. Of om samen te zoeken naar een alternatieve benadering van de zorgaanbieder te komen op het moment dat de rechter een genomen maatregel on-hold zet.

Tegelijk helpen ze ook niet om de begrijpelijke aandacht in de media en Tweede Kamer rond Co-Med in goede banen te leiden.

Leerpunt (6): Ga juist nu – met het stof gedaald rond Co-Med maar de ervaringen nog scherp op het netvlies – met elkaar (VWS als stelselverantwoordelijke, IGJ en NZa als toezichthouders en zorgverzekeraars) in gesprek over elkaars toezichtvisie en de wederzijdse verwachtingen die daaraan gekoppeld zijn. Met respect voor elkaars verantwoordelijkheden en de vastgestelde toezichtkaders. Maar ook met begrip voor elkaars behoeften, noden en dilemma's. Zo ook met oog voor de mogelijkheden voor een meer afgestemde inzet van het instrumentarium van eenieder. Bruggen slaan in tijden van kalm weer is nodig om klaar te zijn als zich opnieuw een Co-Med achtige situatie voordoet.

Van het meer expliciet en transparant maken van die visie op toezicht gaat ook een preventieve werking uit naar zorgaanbieders. Immers: een gewaarschuwd mens telt voor twee.

De gezamenlijke sessie op 12 juni was een stap naar zo'n scherpere toezichtvisie, maar verdient zeker een vervolg.

De (onafhankelijke) toezichthouders nemen het voortouw.

4.7 Voorbereid zijn op een faillissement in de zorg

Na het faillissement van Co-Med is met vereende krachten de continuïteit van zorg voor patiënten georganiseerd. De nafase van de afwikkeling van het faillissement is echter nog in volle gang. Uit het gevoerde gesprek met de curatoren blijkt dat een faillissement in de zorgsector bijzondere trekken heeft.

Hoewel het nog te vroeg is voor een volledige evaluatie van deze fase.

De curatoren geven aan nog niet eens toegekomen te zijn aan hun eigen oorzaken onderzoek. Het is evenwel nu al duidelijk dat op een aantal punten al verbetering mogelijk is:

- De curator heeft bij een faillissement in de zorg niet alleen de taak van het regelen van een boedelscheiding die de schuldeisers tegemoetkomt. Taak is ook de continuïteit van zorg te waarborgen. Hoe verhoudt het behalen van een zo hoog mogelijke prijs voor de boedel (panden en inventaris) zich tot het belang van de continuïteit van zorg?
- Stimuleer het ontstaan van een groep curatoren die ervaring op heeft gedaan met de afwikkeling van dergelijke faillissementen. Dat voorkomt dat het wiel opnieuw wordt uitgevonden bij een faillissement.
- De verschillende in gebruik zijnde Huisarts Informatie Systemen (HIS) zijn lastig of niet te koppelen. Dat belemmert een vlotte overdracht van de zorgdossiers van patiënten aan andere zorgaanbieders.
- Onderzoek of de lessons learned uit het faillissement van het Slotervaart ziekenhuis en de IJsselmeer ziekenhuizen nog moeten worden afgehecht.

Leerpunt (7): Ben beter voorbereid op een faillissement in de (huisartsen)zorg. Plan met de curatoren het moment waarop deze lerende evaluatie wordt aangevuld met de leerpunten voor de afwikkeling van faillissementen in de zorg. Betrek daarbij ook de zorgverzekeraars.

Neem als VWS het voortouw.

4.8 Een vervolg geven aan deze lerende evaluatie

Leerpunt (8): Deze lerende evaluatie is uiteindelijk een eenmalige activiteit. De kunst is daar een vervolg op te creëren. De aanwezigen op de gezamenlijke sessie op 12 juni zijn bij uitstek de groep die ervoor kan zorgen dat opvolging wordt gegeven aan de leerpunten. Bepaal op welke wijze je met elkaar het stokje van ABDTOPConsult overneemt. Waak voor een ver-bureaucratisering van het vervolg. Daar zit niemand op te wachten. Zorg wel voor duidelijke rugnummers.

De sessie van 12 juni leert dat leren uiteindelijk een product is van menselijke interactie en een persoonlijke betrokkenheid. Wie neemt de handschoen op?

5 Bijlagen

5.1 Bijlage: Gesprekspartners interviews

Aertssen, D.	Thuispartners	curator
Bac, A.	DSW	
Boven, E.	NZa	
Breek, O.	IGJ	
Doelder, B. de	InEen	
Eckenhansen, M.	IGJ	
Gijzen, J.	zorgverzekeraar CZ	
Göbbels, T	VGZ	
Groot, A. de	DSW	
Groot, H. de	IGJ	
Haar, B. ter	zelfstandig adviseur	
Helder, J.	IGJ	
Jansen, J.	VWS/CZ	
Kleijn, E.	VWS/PZo	
Krapels, F.	VWS/PZo	
Leeflang, P.	VWS/CZ	
Leijten, M.	ACM	
Lemmens, R.	Thuispartners	curator
Mateijssen, A.	NZa	
Mosterdijk, A.	InEen	
Neve, C.	IGJ	

Raaijmakers, K.	NZa
Scheer, W. van der	ESHPM
Schoonhoven, N. van	zorgverzekeraar CZ
Schulpen, G	
Shilue, D.	VWS/CZ
Slobbe, J. van	Arbeidsinspectie
Tasche, M.	LHV
Tuinman, M. van	IGJ
Veer, H. ter	LHV
Vliet, J. van	IGJ
Vries, F. de	RUG
Water, M. van de	DSW
Wiegant, T.	NZa
Wingens, M.	VGZ
Zwaan, A.	zorgverzekeraar CZ

5.2 Bijlage: Geraadpleegde documenten

Aertssen, D.E.A.F., & Lemmens, R. (2024). *Faillissementsverslag*

Co-Med Zorg B.V. 12-09-2024.

<https://www.faillissementsdossier.nl/nl/faillissement/1822600/co-med-zorg-b-v.aspx>

Aertssen, D.E.A.F., & Lemmens, R. (2024). *Faillissementsverslag*

Co-Med Zorg B.V. 12-12-2024.

<https://www.faillissementsdossier.nl/nl/faillissement/1822600/co-med-zorg-b-v.aspx>

Aertssen, D.E.A.F., & Lemmens, R. (2024). *Faillissementsverslag*

Co-Med Zorg B.V. 10-04-2025.

<https://www.faillissementsdossier.nl/nl/faillissement/1822600/co-med-zorg-b-v.aspx>

Commissie onderzoek faillissementen ziekenhuizen. (2020).

De aangekondigde ondergang: Onderzoek naar de faillissementen van het MC Slotervaart en de MC IJsselmeerziekenhuizen.

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/03/04/de-aangekondigde-ondergang>

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2022). *Algemeen interventiebeleid: Wat gebeurt er als IGJ een afwijking van een norm constateert.*

<https://www.igj.nl/publicaties/publicaties/2022/03/17/igj-interventiebeleid>

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, Nederlandse Zorgautoriteit. (2024). *De opkomst van bedrijfsketens in de huisartsenzorg: Wat betekent deze ontwikkeling voor ons toezicht?*

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2024/03/04/rapport-de-opkomst-van-bedrijfsketens-in-de-huisartsenzorg>

Jansen, L., Timans, R., Batenburg, R., Tuyl, L. van. (2023).

Organisatievormen in de Nederlandse huisartsenzorg: van solopraktijk naar keten.

<https://www.nivel.nl/nl/publicatie/organisatievormen-de-nederlandse-huisartsenzorg-van-solopraktijk-naar-keten>

Jansen, L., Timans, R., Batenburg, R., Tuyl, L. van. (2024). *Infographic.*

Ketens in de huisartsenzorg: commerciële en niet-commerciële organisatievormen in de Nederlandse huisartsenzorg.

<https://www.nivel.nl/nl/publicatie/infographic-ketenpraktijken-de-huisartsenzorg-hoeveel-en-welke-zijn-er-organisatievormen>

Nederlandse Zorgautoriteit. (2022). *Informatiekaart Toezichtmaatregelen en instrumenten.* https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_725120_22/1/

Nederlandse Zorgautoriteit. (2022). *Informatiekaart Toezichtstaken en toezichtsbevoegdheden van de NZa.*

https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_725192_22/1/

Nederlandse Zorgautoriteit. (2014). *Regeling meldplicht continuïteit van cruciale zorg – TH/NR-002*. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_1856_22/1/

Nederlandse Zorgautoriteit. (2014). *Overmacht continuïteit van cruciale zorg - TH/NR 017*. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21399_22/1/

Nederlandse Zorgautoriteit. (2020). *De zorgplicht: handvatten voor zorgverzekeraars*. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_323566_22/1/

Nederlandse Zorgautoriteit. (2025). *Verwachtingenmanagement effectiviteit WIBZ*. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2025/01/30/verwachtingenmanagement-effectiviteit-wibz>

Kasdorp, A. (2016). *Tussen Scylla en Charybdis: Spanningsvelden in taakopvattingen in het licht van schadelijk maar legaal ondernemingsgedrag*. Tijdschrift voor Toezicht, 2016 (7) 2.
doi:10.5553/TvT/187987052016007002004

Lavrijssen, S. & Vries, de F. (2022). *Onderzoek naar interpretatie, toereikendheid en toepassing wettelijk kader voor toezicht op energieleveranciers*. Tilburg University, Samhoud Consultancy.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2020). *Gebundelde beleidsreactie op rapporten over faillissementen MC-Groep*. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/06/19/kamerbrief-over-gebundelde-beleidsreactie-op-rapporten-over-faillissementen-mc-groep>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2021). *Kamerbrief met reactie op motie over verbeterpunten om een ongecontroleerd ziekenhuisfaillissement te voorkomen*. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2021/02/19/commissiebrief-inzake-reactie-op-motie-agema-kamerstuk-31016-nr-327-over-verbeterpunten-om-een-ongecontroleerd-ziekenhuisfaillissement-te-voorkomen>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2024). *Kamerbrief reactie op rapport 'Opkomst van bedrijfsketens in de huisartsenzorg'*. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2024/04/18/kamerbrief-over-verzoek-om-tijdige-toezending-inhoudelijke-reactie-rapport-opkomst-van-bedrijfsketens-in-de-huisartsenzorg>

5.3 Bijlage: Tijdlijn over Co-Med

	Acties van en interactie tussen IGJ, NZA, zorgverzekeraars en VWS	Acties van Co-Med en fusietoetsbesluiten NZa
2020-2019	September	30 September 2019 oprichting Co-Med Holding B.V.
	Mei	28 mei 2020 Co-Med dient laatste versie in van bedrijfsplan bij VGZ n.a.v. overleggen over dit plan.
	Juli	16 juli 2020 VGZ bevestigt aan Co-Med dat Co-Med gecontracteerd gaat worden. 9 juli 2020 start Co-Med Zorg B.V. 9 juli 2020 start huisartsenpraktijk Co-Med Breezand (KvK). Startdatum AGB-code is 1 augustus 2020
	Augustus	1 augustus 2020 start huisartsenpraktijk Co-Med Brouwhuis (Helmond) (KvK). Startdatum AGB-code is 1 augustus 2020.
	Oktober	1 oktober 2020 start huisartsenpraktijk Co-Med Anna Paulowna (KvK). Startdatum AGB-code is 1 oktober 2020.
	December	15 december 2020 start huisartsenpraktijk Co-Med Reusel (KvK). Startdatum AGB-code is 1 januari 2021.
2021	Februari	In februari 2021 meldt Hagro Zwolle zorgen over continuïteit van zorg bij IGJ. In maart 2021 heeft IGJ gesprek met Hagro en locatiemanager Co-Med Zwolle en lijken de problemen opgelost.
	Mei	Op 3 mei 2021 ontvangt CZ eerste signaal van bezettingsproblemen locatie Breda.
	Juni	Juni 2021 Bij RTLZ wordt programma over ontwikkelingen in de zorg mmv Co-Med en VGZ uitgezonden.
	Juli	In juli 2021 ontvangt IGJ signalen over continuïteit/bereikbaarheid locatie Helmond.
	Augustus	In augustus 2021 stelt IGJ vragen aan Co-Med over bezetting locatie Breda. 24 augustus 2021 start huisartsenpraktijk(-en) Enschede.
	Acties van en interactie tussen IGJ, NZA, zorgverzekeraars en VWS	Acties van Co-Med en fusietoetsbesluiten NZa

2021	September	In september 2021 stelt IGJ vragen aan Co-Med over bezetting praktijken Kop van Noord-Holland (n.a.v. ontvangen signalen). In oktober en november 2021 is er over de problemen met de bezetting in de Co-Med praktijken contact tussen Co-Med, HKN, VGZ en IGJ.	22 september 2021 start huisartsenpraktijk Co-Med Breda (Kroeten RS) (KvK). Startdatum AGB-code 22 september 2021.
	November	In de periode augustus – november 2021 heeft VGZ meermaals bezettingsoverzichten opgevraagd n.a.v. signalen over de praktijken Breezand en Anna Paulowna. Na overleg met VGZ worden deze praktijken samengevoegd tot de praktijk Hollands Kroon, zodat de bezetting beter geborgd kan worden. IGJ wordt hierover geïnformeerd.	18 november 2021 start huisartsenpraktijk Co-Med Breda (Kroeten Vds) (KvK).
2022	Januari		1 januari 2022 start huisartsenpraktijk Co-Med Amsterdam Slotervaart (KvK). Startdatum AGB-code is 1 januari 2022. Op 11 september 2023 ontvangt NZa een aanvraag zorgfusietoets voor overname praktijk Amsterdam. Op 24 januari 2024 keurt NZa deze overname goed.
	Februari	IGJ heeft een gesprek met bestuurders Co-Med over businessmodel, meldingen en plan van aanpak.	
	Maart		In maart 2022 stopt Co-Med in overleg met VGZ met de huisartsenpraktijk Den Helder. 15 maart 2022 start huisartsenpraktijk Co-Med Eindhoven Oude Gracht (KvK). Startdatum AGB-code is 15 maart 2022.
	Mei	18 mei 2022 is er een overleg tussen Co-Med, NZa, IGJ, VGZ (op verzoek van VGZ op 8 maart 2022) over Co-Med hoe loopt het, waar loopt Co-Med tegen aan).	10 mei 2022 oprichting PCC-Teleservices Amsterdam B.V.
	Juni	Vanaf 17 juni 2022 vraagt VGZ regelmatig bezettingsoverzichten op bij Co-Med en blijft dat doen gedurende de hele periode dat Co-Med actief is.	3 juni 2022 start huisartsenpraktijk Co-Med Oirschot (KvK). Start AGB-code 1-1-2021. 27 juni 2022 start huisartsenpraktijk Co-Med Zwolle (KVK). 1 juli 2022 is startdatum AGB-code.

	Acties van en interactie tussen IGJ, NZA, zorgverzekeraars en VWS	Acties van Co-Med en fusietoetsbesluiten NZa	
2022	Juli	NZa ontvangt melding over bezetting locatie Zwolle. IGJ ontvangt meldingen over praktijken in Breda. 15 juli 2022 start NZa met een verkenning/ onderzoek naar ketens in de huisartsenzorg waaronder Co-Med (organisatiestructuur, declaraties, meldingen).	De praktijken in Breda worden in juli en augustus 2022 door Co-Med tijdelijk gesloten. Een van de praktijken blijft definitief gesloten.
	Augustus	In augustus 2022 heeft NZa overleg met Zilveren Kruis i.v.m. casuïstiek zorgplicht.	
	September	1 september 2022 start NZa met een onderzoek naar Digi-Doc en concludeert op 18 november 2022 dat Digi-Doc niet voldoet aan de wet- en regelgeving. 12 december 2022 besluit Co-Med te stoppen met Digi-Doc. 7 februari 2023 verwijdert Co-Med de website van Digi-Doc.	
	Oktober	24 oktober 2022 NZa start een onderzoek naar mogelijk onrechtmatige concentraties n.a.v. media berichten. NZa vraagt diverse malen (aanvullende) informatie op en heeft meerdere gesprekken met Co-Med hierover.	
	November	28 november 2022 gaat de NZa op werkbezoek bij Co-Med op uitnodiging van Co-Med. Op 12 juni 2024 verstuurt de NZA het rapport met geconstateerde bevindingen aan Co-Med. Op 26 september neemt de NZa het besluit geen boete op te leggen, ondanks geconstateerde overtredingen.	
	December	22 december 2022 IGJ en NZa hebben contact over een onderzoek naar bedrijfsketens in de huisartsenzorg door IGJ en NZa. Op 21 februari 2023 wordt het onderzoek gestart.	19 december 2022 start huisartsenpraktijk Co-Med Den Haag (KvK). Startdatum AGB- code is 1 februari 2023. NZa ontvangt de aanvraag zorgfusietoets op 31 maart 2023 en keurt de aanvraag goed op 12 mei 2023 .
2023	Januari	Vanaf januari 2023 wordt het toezicht door de IGJ geïntensiveerd. In januari 2023 ontvangt NZa een melding AMM (aanmerkelijke marktmacht) van Co-Med over uitsluiting door de regionale huisartsenorganisatie.	
	Februari	Op 6 februari 2023 constateert NZa afwijkend declaratiegedrag. Op 15 februari 2023 brengt de IGJ een onaangekondigd bezoek aan Co-Med Breda. Op 27 februari 2023 ontvangt VGZ een eerste verzoek om een voorschot van Co-Med. VGZ schakelt intern afdeling bijzonder beheer in. Op 1 juni 2023 wordt het voorschot bevestigd aan Co-Med.	15 februari 2023 start huisartsenpraktijk Co-Med Bergen op Zoom (KvK). Startdatum AGB-code is 1 maart 2023. Op 27 en 28 augustus 2023 ontvangt de NZa een aanvraag zorgfusietoets voor de overname van de praktijk(-en) in Bergen op Zoom. Op 17 oktober 2023 weigert de NZa goedkeuring te geven voor deze overname.

		Acties van en interactie tussen IGJ, NZA, zorgverzekeraars en VWS	Acties van Co-Med en fusietoetsbesluiten NZa
2023	Maart	Op 14 maart 2023 is er een 'benen op tafel'-sessie tussen VGZ en Co-Med over de visie en de toekomstige ontwikkelingen van Co-Med. Op 30 maart 2023 is er een overleg tussen VGZ en Co-Med over chronische zorg, ouderenzorg en innovatieprojecten.	
	April	Op 19 april 2023 brengt IGJ een onaangekondigd bezoek aan praktijk Co-Med Zwolle.	Op 4 april 2023 start huisartsenpraktijk Co-Med Waalwijk (KvK).
	Mei	In mei 2023 hebben VGZ en NZa contact over Co-Med n.a.v. zorgen over de continuïteit van zorg. Op 5 mei 2023 bevestigt VGZ de afspraken m.b.t. financiering voor zorg voor kwetsbare ouderen 2023. Op 9 mei 2023 brengt de IGJ een onaangekondigd bezoek aan de praktijk Co-Med Oirschot. Op 11 mei 2023 vindt er overleg plaats tussen IGJ en het bestuur van Co-Med. Op 17 mei 2023 vindt er overleg plaats tussen NZa en het bestuur van Co-Med i.v.m. de rechtmatigheid van declaraties. Op 26 mei 2023 mailt VGZ de IGJ met een verzoek tot overleg ivm zorgen over Co-Med. Op 21 juni 2023 vindt dit overleg plaats. Vanaf mei vindt er meer afstemming plaats tussen NZa en IGJ en tussen NZa en (individuele) zorgverzekeraars waar de onderzoeken elkaar raken.	In mei 2023 stopt Co-Med eigenstandig de zorg in de huisartsenpraktijk Co-Med Reusel. VGZ gaat in overleg met de regio over overdracht van patiënten naar andere praktijken. Op 3 mei 2023 ontvangt NZa een aanvraag zorgfusietoets i.v.m. overname praktijk Urk. Op 28 juni 2023 geeft de NZa goedkeuring voor de overname Urk. Op 7 juli 2023 trekt Co-Med de aanvraag zorgfusietoets voor Urk in. Op 12 juli 2023 trekt NZa de goedkeuring voor de overname praktijk Urk in. Op 10 mei 2023 ontvangt NZa een aanvraag zorgfusietoets i.v.m. overname praktijk Enschede. Op 28 juni 2023 keurt de NZa overname Enschede goed. Startdatum AGB-code is 1 januari 2021 en 1 september 2021. Op 15 mei 2023 ontvangt NZa een aanvraag zorgfusietoets i.v.m. praktijk Waalwijk. Op 28 juni 2023 keurt de NZa de overname Waalwijk goed. Op 29 mei 2023 stuurt Co-Med een brandbrief aan de zorgverzekeraars over de uitzending van EenVandaag.

Acties van en interactie tussen IGJ, NZA, zorgverzekeraars en VWS

In **juni 2023** wordt VWS geïnformeerd door NZa. De casus Co-Med wordt in het regulier overleg NZa-VWS besproken.

Op **1 juni 2023** keurt VGZ een VEZN (Versterking Eerstelijns Zuid Nederland) aanvraag goed gericht op verbetering van zorg en dienstverlening in de praktijken. Doel is basis én continuïteit op orde.

Op **12 juni 2023** wordt met Co-Med afgesproken dat er een dashboard wordt ontwikkeld door VGZ. Een eerste versie over Q1 2023 wordt aangeleverd door Co-Med.

Op **19 juni 2023** ontvangt CZ een liquiditeitsoverzicht van Co-Med dat een tekort laat zien vanaf aanstaande september.

Op **22 juni 2023** bevestigt VGZ een tweede voorschot aan Co-Med.

Op **23 juni 2023** legt de IGJ Co-Med een aanwijzing op met als doel het herstel van de naleving van de bereikbaarheid- en beschikbaarheidnormen.

Op **28 juni 2023** vindt er een tweede overleg plaats tussen NZa en het bestuur van Co-Med over de rechtmatigheid declaraties, goed bestuur en professionele bedrijfsvoering.

Acties van Co-Med en fusietoetsbesluiten NZa

1 juni 2023 start huisartsenpraktijk Co-Med Tilburg ('t Zand) (KvK). Startdatum AGB-code is 1 augustus 2021.

Op **6 juli 2023** vindt er een overleg plaats tussen Co-Med en VGZ over bezetting en het toezichttraject IGJ.

Op **7 juli 2023** vraagt Co-Med een voorlopige voorziening aan tegen de door de IGJ opgelegde aanwijzing en de publicatie daarvan. Co-Med wordt door de rechter in het gelijk gesteld en start een bezwaarprocedure.

Op **10 juli 2023** is er een bestuurlijk overleg tussen VGZ en Co-Med n.a.v. zorgen van VGZ.

Op **13 juli 2023** presenteert NZa de bevindingen naar het declaratiegedrag van Co-Med aan de fraudewerkgroep van Zorgverzekeraars Nederland. NZa zet het onderzoek voort en vraagt informatie achtereenvolgens informatie op bij Co-Med, zorgverzekeraars en Promeetec (tussenpartij indienen declaraties HIS en Vektis).

Op **25 juli 2023** levert Co-Med het dashboard aan over Q2 2023.

Acties van en interactie tussen IGJ, NZA, zorgverzekeraars en VWS

In **augustus 2023** stelt Zilveren Kruis Co-Med in gebreke i.v.m. niet voldoen aan de ANW-afspraken.

Op **4 augustus 2023** start de NZA n.a.v. mediaberichten naar de toekomstbestendigheid van Co-Med. Op **16 augustus 2023** vraagt de NZa informatie aan de individuele verzekeraars (CZ, Zilveren Kruis, VGZ). NZa constateert dat er verschillen zitten in de door Co-Med aangeleverde cijfers.

Op **9 augustus 2023** vraagt VWS aan de NZa om voorbereid te zijn op een scenario dat Co-Med niet meer aan de verplichting tot zorg kan voldoen.

Acties van Co-Med en fusietoetsbesluiten NZa

Op **31 augustus 2023** meldt Co-Med dat de praktijk Waalwijk tijdelijk sluit. **Medio september 2023** wordt de praktijk Waalwijk definitief gesloten. In overleg met VGZ wordt besloten dat Co-Med de patiënten overdraagt.

Op **8 september 2023** meldt Co-Med continuïteitsproblemen bij CZ. CZ maakt na overleg met VGZ een melding bij NZa. Hierna hebben CZ, VGZ en Co-Med regelmatig overleg over de financiële situatie, de organisatie en continuïteit van zorg.

Op **8 september 2023** wordt de minister van VWS schriftelijk geïnformeerd over de ontstane situatie bij Co-Med. De NZa geeft in overleg aan liquiditeitsrisico's te zien bij Co-Med. Hierna ontvangt de minister van VWS regelmatig (schriftelijke) updates.

Op **11 september 2023** vraagt de NZa advies aan de Landsadvocaat i.v.m. reikwijdte van de zorgfusietoets n.a.v. nieuwe aanvragen van Co-Med (o.a. praktijken Bergen op Zoom).

Op **13 september 2023** bevestigt VGZ een voorschot aan Co-Med, met daaraan gekoppeld diverse voorwaarden. Een van de voorwaarden is geen nieuwe praktijkovernames door Co-Med.

Eind september meldt Co-Med een nieuwe investeerder te hebben gevonden.

Op **17 november 2023** gaat Co-Med in bezwaar tegen de weigering voor de goedkeuring van de overname praktijken in Bergen op Zoom. NZa doet nader onderzoek naar de situatie en de vraag of de overname al geëffectueerd is.

In **november** en **december 2023** heeft de NZa gesprekken met verschillende verzekeraars (Menzis, CZ, VGZ en Zilveren Kruis) en vraagt informatie op over het declaratiegedrag van Co-Med.

In het **najaar 2023** wordt de praktijk in Den Haag door Co-Med gesloten.

		Acties van en interactie tussen IGJ, NZA, zorgverzekeraars en VWS	Acties van Co-Med en fusietoetsbesluiten NZa
2023	December	Op 18 december 2023 start NZa met een onderzoek naar de overnames in Bergen op Zoom. In de periode december 2023 - maart 2024 verzoekt de NZa meerdere keren om informatie en heeft meerdere gesprekken met betrokkenen. Op 17 juni 2024 stuurt NZa het rapport met geconstateerde bevindingen aan Co-Med. Op 26 september 2024 neemt de NZa het besluit geen boete op te leggen ondanks geconstateerde overtredingen. Op 28 december 2023 volgt de beslissing op bezwaar tegen de door de IGJ opgelegde aanwijzing. IGJ wordt op alle punten gelijkgesteld m.u.v. de termijnen waaraan Co-Med aan de aanwijzing van de IGJ moet voldoen.	In december 2023 meldt Co-Med dat de 3 ^e bestuurder zich tijdelijk terugtrekt.
	Januari	Op 22 januari 2024 vindt er een overleg plaats tussen IGJ en het bestuur van Co-Med. Op 31 januari 2024 maakt de IGJ de rapporten van de bezoeken aan Breda, Zwolle en Oirschot openbaar. Co-Med gaat op 22 februari 2024 in beroep tegen deze beslissing en vraagt een voorlopige voorziening en 17 april 2024 wordt de IGJ in het gelijkgesteld.	
	Februari	Op 6 en 7 februari 2024 brengt NZa een onaangekondigd bezoek aan het hoofdkantoor van Co-Med i.v.m. het declaratiegedrag. Op 16 april 2024 heeft de NZa een gesprek met dhr. Schulp. Dhr. Schulp was niet aanwezig tijdens het bezoek. Op 23 april 2024 heeft de NZa een gesprek met een huisarts en een regiomanager van huisartsenpraktijk Tilburg. 7 februari 2024 VGZ verzoekt aan Co-Med om praktijkbezoek en bezoek callcenter te plannen. VGZ herhaalt dit verzoek op 14 maart 2024. 26 februari 2024 VGZ wijst verlenging vergoeding ouderenzorg af, omdat goede evaluatie over 2023 ontbreekt. Op 27 februari 2024 brengt de IGJ een bezoek aan praktijk Den Haag.	In februari 2024 meldt Co-Med dat de praktijk Oirschot sluit per 1 april 2024 .

Acties van en interactie tussen IGJ, NZA, zorgverzekeraars en VWS

Op **4 maart 2024** wordt het rapport “bedrijfsketens in de huisartsenzorg” van IGJ en NZa gepubliceerd.
Op **18 april 2024** stuurt VWS de kabinetsreactie naar de Tweede Kamer.

Op **7 maart 2024** vraagt de IGJ de gegevens op van de Raad van Commissarissen.

Op **14 maart 2024** brengt de IGJ een bezoek aan de praktijk Amsterdam Slotervaart en PCC Teleservices.

Op **27 maart 2024** heeft de IGJ een gesprek met de bestuurder van Co-Med.

Acties van Co-Med en fusietoetsbesluiten NZa

In **maart 2024** sluit Co-Med onverwachts de praktijk in Anna Paulowna.

Op **28 maart 2024** zegt Co-Med contract praktijk Oirschot op, VGZ bevestigt de opzegging.

Op **8 april 2024** hebben NZa, IGJ en CZ overleg over draaiboek voor mogelijk faillissement.

Op **11 april 2024** brengt IGJ een follow-up bezoek aan praktijk Zwolle.

Op **17 april 2024** legt de IGJ een maatregel op m.b.t. de postverwerking in de praktijk Zwolle.

Op **18 april 2024** hebben NZa en IGJ overleg met het bestuur van Co-Med n.a.v. het faillissement PCC Teleservices en de kwetsbaarheid van het bestuur.

Op **22 april 2024** vindt er overleg plaats tussen IGJ en het bestuur van Co-Med.

Op **22 april 2024** vraagt VGZ naar plan Hollands Kroon i.v.m. tijdelijke sluiting Anna Paulowna.

Op **22 april 2024** bevestigt VGZ aan Co-Med dat VGZ niet achter nieuwe overnames staat, omdat de basis niet op orde is.

Op **24 april 2024** bevestigt VGZ dat de chronische zorg niet voldoet aan de afspraken en geeft aan dat vergoeding van chronische zorg per **1 juli 2024** stopt.

Op **25 april 2024** stelt VGZ vragen over de governance Co-Med i.v.m. zorgen hierover.

De minister van VWS wordt schriftelijk over de situatie bij Co-Med geïnformeerd op **19, 24 en 30 april 2024**.

Op **16 april 2024** wordt PCC Teleservices failliet verklaard.

Op **30 april 2024** kondigt Co-Med aan te stoppen met de praktijk in Bergen op Zoom.

Op **7 en 13 mei 2024** vindt er overleg plaats tussen NZa en CZ over de afstemming van het draaiboek.

Op **14 mei 2024** vindt er overleg plaats tussen NZa en CZ over de scenario's per regio.

Op **14 mei 2024** vindt er een overleg plaats tussen IGJ en VGZ.

Acties van en interactie tussen IGJ, NZA, zorgverzekeraars en VWS

Op **3 juni 2024** geeft de IGJ aan voornemens te zijn een Last onder Dwangsom (LOD) op te leggen. De LOD wordt op **20 juni 2024** definitief opgelegd.

Op **5 juni 2024** legt de NZa de bevindingen van het onderzoek naar de declaratie Co-Med voor aan de Stuur- en Weegploeg (SWP). IGJ, NZa, OM, FIOD en NLA zijn leden van de SWP. Op **12 juni 2024** vindt de SWP plaats. In de SWP van **11 september 2024** wordt besloten het vooronderzoek over te dragen aan de NLA, Op **15 november 2024** wordt besloten het onderzoek over te dragen aan het OM.

Op **12 december 2024** geeft de Ovj akkoord op het doorzetten van het strafrechtelijk onderzoek.

Op **25 maart 2025** publiceert NZa een persbericht over het overdragen van het onderzoek aan het OM.

Op **7 juni 2024** informeert VGZ dat het plan Hollands Kroon van Co-Med onvoldoende perspectief biedt en meldt dat VGZ in samenwerking met de regio een nulpraktijk gaat opzetten in Anna Paulowna.

Vanaf **15 juni 2024** is er meerdere malen overleg tussen IGJ, NZa en CZ over het opschorten van de contracten en de continuïteit van zorg.

Op **17 juni 2024** stellen de zorgverzekeraars Co-Med in gebreke op basis van bezettingsoverzichten en spoedprotocol.

Op **17 juni 2024** ontvangt VWS een extra update van de NZa.

Op **20 juni 2024** worden de contracten met Co-Med door de zorgverzekeraars opgeschort en lanceren de zorgverzekeraars een noodoplossing.

Tussen **17 en 27 juni 2024** is er meerdere malen overleg tussen Minister MMZ, IGJ, NZa en CZ.

Op **20 juni 2024** ontvangt VWS een EWS-melding van de NZa.

Op **24 juni 2024** legt de IGJ bevel op aan Co-Med inzake de inzage en overdracht van medische dossiers.

Op **25 juni 2024** worden de contracten met Co-Med opgezegd door de zorgverzekeraars.

Op **28 juni 2024** bereikt CZ met de regio Den Haag een structurele oplossing.

Acties van Co-Med en fusietoetsbesluiten NZa

Begin juni 2024 wordt een faillissement van Co-Med afgewend.

Op **3 juni 2024** meldt Zilveren Kruis dat Co-Med stopt met de praktijk in Zwolle.

Op **7 juni 2024** meldt Co-Med dat zij aan hun betalingsverplichtingen kunnen voldoen.

Op **14 juni 2024** meldt Co-Med dat er financiële problemen zijn en vraagt een voorschot aan.

2024

Juli

Acties van en interactie tussen IGJ, NZA, zorgverzekeraars en VWS

Vanaf **5 juli 2024** hebben NZa, IGJ, CZ en de curatoren overleg i.v.m. het faillissement van Co-Med.

Op **19 juli 2024** bereiken curatoren en zorgverzekeraars overeenstemming over het boedelkrediet.

Acties van Co-Med en fusietoetsbesluiten NZa

Op **5 juli 2024** wordt Co-Med Zorg B.V. failliet verklaard.

Op **30 juli 2024** wordt Co-Med Holding B.V. failliet verklaard.

Augustus

Op **21 augustus 2024** sluiten curatoren en zorgverzekeraar een mantelovereenkomst over het overdragen van de praktijken.

5.4 Bijlage: Instrumentarium

Informele interventiemogelijkheden

Er is een breed scala aan interventiemogelijkheden dat de toezichthouders (IGJ en NZa) en de zorgverzekeraars kunnen inzetten richting zorgaanbieders. Met informele interventies wordt ingezet op gedragsbeïnvloeding om tot het gewenste gedrag van een zorgaanbieder te komen. Deze interventies kunnen gericht zijn op een brede groep, zoals circulaire, verspreiden van goede voorbeelden en dergelijke. Interventies kunnen ook gericht zijn op een specifieke zorgaanbieder. Dan kunnen partijen in gesprek gaan met zorgaanbieder of zorgaanbieder direct aanspreken. Ook is het mogelijk om verbeterplannen te vragen of specifieke afspraken te maken via de contractvoorwaarden. Het instellen van verscherpt toezicht door de IGJ is ook een vorm van een informele interventie.

Formele instrumenten

De formele instrumenten hebben een wettelijk grondslag en verschillen daarmee per toezichthouder. Hieronder volgt een beknopt overzicht van de interventiemogelijkheden van de IGJ en de NZa.

Handhavingsmogelijkheden IGJ²²

Aanwijzing

Met een aanwijzing geeft de IGJ een zorgaanbieder de opdracht om binnen een bepaalde termijn maatregelen te treffen om de normafwijking(en) te beëindigen. In de aanwijzing geeft de IGJ aan welke resultaten de aanbieder moet bereiken en op welke termijn hij dit moet doen. Hoe de aanbieder dit doet, bepaalt hij zelf. In de aanwijzing kunnen meerdere termijnen staan. Dit is afhankelijk van de aard en de omvang van de verbeteropdracht. Met een aanwijzing kan de IGJ ook tijdelijke beperkingen opleggen aan de zorgaanbieder. Zo kan de aanwijzing voorschrijven dat de aanbieder geen nieuwe patiënten of cliënten mag aannemen zolang de normafwijkingen niet zijn beëindigd.

Bevel

De IGJ kan in situaties waarin er een acuut risico is voor de patiëntveiligheid een bevel geven. Het bevel heeft een geldigheidsduur van zeven dagen. Deze duur kan door de minister worden verlengd. De aanbieder krijgt dan de taak om de normafwijking te beëindigen. Of de aanbieder krijgt de opdracht de zorg over te dragen aan een andere aanbieder totdat de normafwijkingen beëindigd zijn.

²² Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, (2022). *Algemeen interventiebeleid: Wat gebeurt er als IGJ een afwijking van een norm constateert*. <https://www.igj.nl/publicaties/>

Last onder dwangsom

Met een last onder dwangsom wil de IGJ afdwingen dat een aanbieder een normafwijking beëindigt. In de last staat precies wat de aanbieder moet doen of laten. Ook staat in de last een begunstigingstermijn opgenomen, waarbinnen de aanbieder alsnog kan voldoen aan de last zonder dat hij hoeft te betalen. Na afloop van die termijn moet de aanbieder een dwangsom betalen voor iedere periode dat hij geen gevolg geeft aan de last (tot een bepaald maximum). De dwangsom stopt als de normafwijking is beëindigd. De IGJ legt een last onder dwangsom op wanneer een aanbieder een aanwijzing of bevel niet opvolgt.

Last onder bestuursdwang

Met de last onder bestuursdwang grijpt de IGJ in op kosten van de overtreder. Met dit ingrijpen wil de IGJ de normafwijking beëindigen. Draagt een instelling bijvoorbeeld zijn patiënten niet over? Dan kan de IGJ zelf de patiënten overplaatsen of laten overplaatsen naar een andere instelling. Ook kan de IGJ bijvoorbeeld een afdeling verzegelen als een instelling dat zelf niet doet. De IGJ legt een last onder bestuursdwang op wanneer een aanbieder een aanwijzing of bevel niet opvolgt.

Bestuurlijke boete

De bestuurlijke boete is een bestraffende sanctie. Op grond van de wet kan de IGJ boetes opleggen voor verschillende soorten normafwijkingen. Bijvoorbeeld voor titelmisbruik, het niet hebben van een Verklaring omtrent Gedrag (VOG) van medewerkers, of als een bedrijf zonder vergunning een geneesmiddel maakt. Als de IGJ een bestuurlijke boete oplegt volgt zij daarbij de regels die zijn opgenomen in de 'Beleidsregels bestuurlijke boete Ministerie Volksgezondheid Welzijn en Sport'. Hieruit volgt onder meer of eerst een schriftelijke waarschuwing wordt gegeven en hoe hoog de boete is.

Ingrijpen in organisatiestructuur

Indien de IGJ van oordeel is dat de organisatiestructuur van de zorgaanbieder in ernstige mate afbreuk doet aan het verlenen van goede zorg, kan de IGJ een maatregel opleggen die van structurele aard is om een voortgaande inbreuk op de kwaliteit van de zorgverlening te voorkomen. Dit besluit kan alleen worden genomen als vaststaat dat het doel om voortgaande inbreuk op de kwaliteit van zorgverlening te voorkomen, niet op een minder ingrijpende manier kan worden bereikt en pas nadat de NZa advies heeft uitgebracht over de bedrijfskundige gevolgen van een dergelijke aanwijzing.

Zaak voorleggen aan de tuchtrechter

De IGJ kan tegen een BIG- of SKJ-geregistreerde zorgverlener een tuchtklacht indienen. Het doel van het tuchtrecht is de kwaliteit van de BIG- en SKJ-geregistreerde beroepsbeoefening op peil te houden. Als de IGJ een tuchtklacht indient tegen een zorgverlener die norm overschrijdend gedrag vertoont dan kan een uitspraak van de tuchtrechter de zorgverlener bijsturen of (gedeeltelijk) verbieden zijn/haar beroep uit te oefenen. Als de IGJ een tuchtklacht indient tegen een BIG-geregistreerde zorgverlener waarvan de uitspraak niet kan worden afgewacht, dan kan de IGJ een last tot onmiddellijke onthouding van de beroepsactiviteiten opleggen.

Zaak voorleggen aan het Openbaar Ministerie

Wanneer een door de IGJ geconstateerde normafwijking ook een strafbaar feit is, kan de IGJ het OM hierover informeren of formeel aangifte doen. De IGJ neemt daarbij het medisch beroepsgeheim in acht, dat voor de IGJ is afgeleid van de zorgverlener die een medisch beroepsgeheim over de betreffende gegevens heeft. De IGJ is verplicht aangifte te doen als een (vermoeden van een) strafbaar feit onder de aangifteplicht valt (als bedoeld in artikel 162 van het Wetboek van Strafvordering). Het OM besluit vervolgens of het tot strafrechtelijke vervolging overgaat.

Toezichtmaatregelen en instrumenten NZa²³

Aanwijzing

Dit is een maatregel die een partij (bijvoorbeeld zorgaanbieder of zorgverzekeraar) opdraagt om te voldoen aan de regels. Dat kan zijn een overtreding herstellen, te beëindigen en/of de gevolgen ongedaan te maken binnen een gestelde termijn.

Last onder dwangsom

Dit is eveneens een maatregel die een partij opdraagt om, binnen een gestelde termijn, de regels na te leven. Dat houdt in een opdracht (last) om de overtreding te herstellen, te beëindigen en/of de gevolgen ongedaan te maken. Als de overtreder niet binnen de gestelde termijn voldoet aan de last, wordt 'de dwangsom verbeurd' voor iedere termijn dat niet wordt voldaan. Dit betekent dat een bedrag (dwangsom) moet worden betaald en dat deze dwangsommen per termijn oplopen.

Boete

De NZa kan voor een deel van de overtredingen waarop zij toezicht houdt een bestuurlijke boete opleggen. Voor het opleggen van deze maatregel is een afzonderlijke procedure wettelijk voorgeschreven.

²³ Nederlandse Zorgautoriteit. (2022). Informatiekaart Toezichtmaatregelen en instrumenten. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_725120_22/1/

5.5 Bijlage: Antwoorden op Tweede Kamer vragen

Antwoorden op de vragen gesteld door de heer Krul (CDA) tijdens het commissiedebat Goed bestuur en toezicht in de zorg (+IGJ, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, en zorgfraude) over de casus Co-Med.

1. *Hoe kan het dat pas in 2023 door de IGJ het toezicht is geïntensiveerd, terwijl de eerste signalen in de zomer van 2021 binnenkomen. Wat heeft de IGJ precies gedaan tijdens de 3 bezoeken in Breda, Zwolle en Oirschot vele fouten werden geconstateerd.*

De meldingen bij Co-Med gingen grotendeels over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de praktijken. Tot 2023 lukte het Co-Med meestal om de bezetting van de praktijken (waar de meldingen over gingen) op orde te krijgen. Dit had tot gevolg dat er dan een langere periode rust terugkeerde in die praktijken en er geen of nauwelijks nieuwe meldingen over kwamen. Deze verbeteringen bleken helaas tijdelijk en eind '22/'23 werd duidelijk dat het probleem van beschikbaarheid zich steeds maar bleef verplaatsen naar andere praktijken en uiteindelijk toenam. Dit maakte dat de IGJ destijds de keus maakte om het toezicht te intensiveren. Dit leidde tot de drie bezoeken aan de praktijken van Co-Med in Breda, Zwolle en Oirschot. De resultaten van die bezoeken staan uitgebreid beschreven in de gepubliceerde bezoeksrapporten.

2. *Waarom hoefde Co-Med pas begin 2024 de eerste verslagen aan te leveren en pas in oktober 2024 het eerste verslag van een audit. Waarom kregen ze daar zo ontzettend lang de tijd voor.*

Wij nemen aan dat de heer Krul hiermee de resultaatverslagen bedoeld. Dit was een gestelde eis van de IGJ waarin Co-Med rapporteerde over de genomen maatregelen en verbeteringen naar aanleiding van de aanwijzing. Co-Med heeft door juridische procedures de aanwijzing (en daarmee de genoemde resultaatverslagen) langdurig tegen weten te houden (zie tijdlijn: voorlopige voorziening à bezwaarprocedure bij de Bezwaar en Advies Commissie (BAC) à wederom voorlopige voorziening in afwachting van het beroep bij bestuursrechter).

3. *In het jaarbeeld van 2024 geeft de IGJ aan dat schaarste in de zorg leidt tot uitdagingen in het toezicht. Een heel wezenlijk punt. Concreet we hebben net een aantal rapporten gehad over enorme tekorten aan huisartsen en schaarste in de zorg. Heeft dit meegespeeld in de casus Co-Med om niet eerder in te grijpen. Als dat zo is dan hebben we een serieus probleem. Het kan niet zo zijn dat bij evidente misstanden of fraude niet wordt ingegrepen, omdat er anders problemen ontstaan om mensen onder te brengen bij een andere huisarts te krijgen.*

Co-Med heeft in de gesprekken met de IGJ de schaarste problematiek gebruikt als excuus voor de onderbezetting van de praktijken. Desondanks heeft de IGJ herhaaldelijk aangegeven aan welke verplichtingen Co-Med zich diende te houden tav de bezetting. Dit heeft er ook toe geleid de zware maatregel van een aanwijzing in te zetten toen Co-Med de bezetting en bereikbaarheid niet op orde bracht.

Schaarste is een probleem, het is een belangrijke contextuele factor maar heeft de IGJ niet weerhouden in te grijpen gezien de ernst van de tekortkomingen.

4. *Hoe kan het dat in oktober 2022 signalen zijn binnengekomen over overnames zonder goedkeuring bij de NZa, maar dat in 2023 Co-Med nog meerdere overnames kon doen. En dat de NZa in 2023 nog meerdere keren goedkeuring heeft gegeven voor nieuwe overnames.*

De NZa kan haar goedkeuring aan een overname niet onthouden op basis van signalen dat eerdere overnames zonder haar goedkeuring zijn voltrokken. Nieuwe aanvragen moet de NZa in behandeling nemen en conform de wettelijke termijn afhandelen. Als na onderzoek op basis van bijvoorbeeld een signaal wordt vastgesteld dat de regels omtrent de fusietoets daadwerkelijk zijn overtreden, dan kan de NZa tegen de niet gemelde overnames handhavend optreden, bijvoorbeeld door middel van een boete. Maar kan de NZa kan die niet-gemelde overnames niet ongedaan maken, of als argument gebruiken om de behandeling van een nieuwe concentratiemelding te weigeren.

5. *Hoe kan het dat de NZa pas in september 2024 constateert dat Co-Med regels heeft overtreden bij meerdere overnames. Hoe kan het dat het bijna 2 jaar heeft geduurd sinds de eerste signalen in 2021.*

Dit hangt samen met de volgende factoren:

- De eerste signalen over niet gemelde overnames ontving de NZa in oktober 2022, niet in 2021;
- Gedurende het onderzoek naar deze signalen, is het onderzoek uitgebreid. De scope van het onderzoek beslaat overnames in de periode januari 2022 t/m maart 2023;
- Co-Med heeft meermaals niet alle gevraagde informatie verstrekt, waardoor het onderzoek langer heeft geduurd om de benodigde informatie boven tafel te krijgen;
- Toezichthouders van de NZa achtten het aangewezen een rapport van bevindingen op te stellen en over te dragen aan de afdeling juridische zaken ter afhandeling, welke procedure vanwege zorgvuldigheidseisen en bijbehorende procedures een langere afhandeltermijn kennen;
- Toen het faillissement van Co-Med in zicht kwam, werd het toezicht op continuïteit van zorg topprioriteit. De publicatie van de afhandeling van de rapportages van toezicht zijn daarna gepubliceerd.