



Private zorg in Nederland

Auteur(s):

Jeurissen, P.P.T.,

Grinten, T.E.D. van der

De eerste auteur is financieel-economisch adviseur bij de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De tweede auteur is hoogleraar Beleid en organisatie van de gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam en lid van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

p.jeurissen@rvz.net

Verschenen in:

ESB, 87e jaargang, nr. 4380, pagina 760, 25 oktober 2002

Rubriek:**Trefwoord(en):**

De private gezondheidszorg valt uiteen in verschillende sectoren, die met een uiteenlopende mate van winstgevendheid opereren. Deze financiële resultaten zijn sterk afhankelijk van het overheidsbeleid inzake particuliere zorgaanbieders. De overheid vormt regelmatig een belemmering voor het goed functioneren van de private zorgmarkt. Het aankomende kabinet kan zich enkele lessen ter harte nemen.

De Nederlandse gezondheidszorg wordt vrijwel geheel geleverd door private instellingen en vrije beroepsbeoefenaren. Instellingen zoals ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties zijn veelal private rechtspersonen zonder winstoogmerk (non-profit). Zorgaanbieders met winstoogmerk (for-profit) hebben formeel geen toegang tot de publieke financiering van hun diensten. Dit uitgangspunt is onder andere vastgelegd in de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (wzv) en de beoogde opvolger hiervan, de Wet Exploitatie Zorginstellingen (wez).

Beleidsmakers hebben de afgelopen tien jaar een koers gevolgd waarmee men private for-profitzorg ontmoedigt dan wel in de reguliere zorg probeert op te nemen. In de jaren tachtig zijn in Nederland enkele tientallen commerciële zorgvormen gestart. Het ging hierbij vooral om privé-klinieken die zich toelegden op electieve verrichtingen, zijnde de verrichtingen waarbij patiënten niet (langdurig) worden opgenomen. Door het restrictieve overheidsbeleid zijn veel van deze klinieken na enkele jaren weer gestopt¹.

Na een onderbreking van enkele jaren drong de commerciële gezondheidszorg echter toch weer naar voren. De reactie hierop was afwachtend, conform het Nederlandse gedoogbeleid. Hiermee heeft men de beleidsbeslissingen enige tijd kunnen uitstellen, maar de feitelijke ontwikkelingen niet. Commerciële zorg nam de afgelopen jaren toe, waarbij de sterkste groei zich voordeed in de thuiszorg en de geestelijke gezondheidszorg (care).

De praktijk en het beleid trekken zich intussen steeds minder aan van de oude uitgangspunten. Het verbod op het maken van winst staat sterk ter discussie. Een recent advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg heeft deze ontwikkeling in een stroomversnelling gebracht². Initiatiefnemers verdringen zich om private zorg aan te bieden en de tegenwerking van de kant van de overheid neemt snel af. Veel initiatieven worden inmiddels door de overheid gedoogd en sommige zelfs gestimuleerd. De inspectie van de volksgezondheid lijkt op dit moment één van de weinige instanties met een kritisch geluid³.

In dit artikel analyseren we de impact van het overheidsbeleid op de private zorgaanbieders. We concentreren ons daarbij op de toetredingsbelemmeringen van de verschillende commerciële deelmarkten en de impact die hiervan uitgaat op de bedrijfseconomische resultaten. Hiervoor maken we gebruik van een recent door ons uitgevoerd onderzoek naar deze ondernemingen⁴. Onze conclusie is dat het beleid van de overheid van doorslaggevend belang is voor het bedrijfsresultaat van de private aanbieders. Recente beleidswijzigingen zijn vooral voor de privé-klinieken veelbelovend. Wij verwachten dan ook een bovengemiddelde groei van de aanbieders in de markt voor particuliere zorgverlening.

Het onderzoek

Aanbieders van private zorg streven veelal naar winst, al dan niet met de bedoeling om deze in het bedrijf te houden dan wel uit te keren aan aandeelhouders en andere kapitaalverschaffers. In het vervolg van dit artikel bespreken we de belangrijkste private zorgvormen in Nederland. We doen dit aan de hand van de uitkomsten van onze enquête uit 2001. Deze enquête is verzonden naar 240 organisaties op het terrein van de curatieve zorg, de thuiszorg, de intramurale ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg (ggz). De respons was vijftig procent (n=119).

Eerste impressie

Private zorg is in Nederland nog een relatief recent verschijnsel: 55 procent van alle organisaties is gestart na 1994. Dit betekent dat veel organisaties nog in een opbouwfase zitten en de huidige directeur-eigenaar vaak ook nog de oprichter is. De private zorg manifesteert zich momenteel het sterkst in de care (zie [tabel 1](#)). Dit blijkt zowel uit het aantal organisaties als uit de gemiddelde personele sterkte. Veel private zorg wordt nog steeds kleinschalig uitgevoerd, maar een vergelijking met een eerdere schatting duidt op een sterke groei⁵.

Tabel 1. Verschillende sectoren met private zorg

	Curatieve	zorg	thuiszorgouderenzorg	ggz
aandeel in het onderzoek (%)	21	41	20	14
oprichter is directeur-eigenaar (%)	56	65	87,2	50
gemiddeld aantal fte's per organisatie	12,2	50,5	13,7	40,7
totaal behandelingen c.q. patiënten per jaar	450.000	45.000	1000	100.000

De private organisaties dekken geen breed scala aan zorgvormen, maar concentreren zich veelal op niches en specifieke doelgroepen zoals plastische chirurgie, oogheelkunde, kraanzorg of arbeidsgelateerde problematiek. Ze kenmerken zich voorts door diversiteit en snelle groei. Wat opvalt is dat deze organisaties niet alleen zorg bieden, maar deze ook combineren met aanpalende diensten zoals huisvesting, vervoer of luxeverzorging. Private zorginstellingen vormen meestal een besloten vennootschap (41 procent) of een stichting (35 procent), maar de reguliere non-profitinstellingen kiezen bij hun private activiteiten juist relatief vaak voor de stichtingsvorm (75 procent).

Toetredingsbelemmeringen

In deze paragraaf bespreken we een aantal belangrijke toetredingsbelemmeringen voor private aanbieders, namelijk het ontbreken van een netwerk van verwijzers, de wet- en regelgeving, de marktpositie van reguliere aanbieders en het functioneren van diverse overheidsorganen.

Verwijzers spelen in de gezondheidszorg een grote rol. Veel patiënten krijgen zorg na een verwijzing. Voor commerciële zorgorganisaties is het daardoor interessant om greep te krijgen op het verwijzingsproces. Immers, door goede relaties met verwijzers kunnen de marketingkosten worden beperkt en is een stabiele patiënten- en inkomstenstroom gegarandeerd. Het zijn vooral de reguliere instellingen die over zo'n netwerk beschikken. Private aanbieders zien zich dan ook veelal gedwongen om toenadering tot deze aanbieders te zoeken.

Ongeveer de helft van de private instellingen maakt contractuele afspraken met verwijzers (zie [tabel 2](#)). Toch consulteren patiënten in de private zorg vaker op eigen initiatief hun zorgverlener dan dat in de reguliere zorg het geval is.

Tabel 2. Functionele- en institutionele belemmeringen van aanbieders van private zorg

	curatieve zorg	thuiszorg	ouderenzorg	ggz
zorgvrager komt via (para)medische verwijzer	41	45	19	39
zorgvrager komt via andere verwijzer	20	9	20	24
er zijn contracten met verwijzers en financiers over verwijzingen	52	44	13	50
wet- en regelgeving is een van de twee belangrijkste problemen	75	63	75	38
marktpositie reguliere aanbieders is een van de twee belangrijkste problemen	21	63	19	46
contractering is een van de twee belangrijkste problemen	54	34	44	31
vinden van investeerders is een van de twee belangrijkste problemen	4	6	44	15
ik ondervind aanzienlijke hinder van het functioneren van het ministerie van vws	44	40	78	17
ik ondervind aanzienlijke hinder van het functioneren van het ctg	56	14	6	8
ik ondervind aanzienlijke hinder van het functioneren van de zorgverzekeraars	68	29	72	25

De meeste private aanbieders zien de stringente wet- en regelgeving als belangrijkste drempel voor succes. In de private thuiszorg (63 procent) en de private geestelijke gezondheidszorg (46 procent) is daarnaast de monopolioïde marktpositie van de reguliere aanbieders een belangrijke belemmering. Des te opvallender is het dat juist in deze twee sectoren de private zorg al relatief goed ontwikkeld is.

Er bestaat een sterk onbehagen over het overheidsbeleid. Dit vertaalt zich in een kritische houding ten opzichte van het ministerie en haar uitvoeringsorganen. In de ouderenzorg (78 procent) treedt dit het meest op de voorgrond, vooral omdat men daar de overheid verantwoordelijk houdt voor het ontbreken van de toegang van cliënten tot het persoonsgebonden budget. De private klinieken hebben vooral moeite met de hoogte van de tarieven. Men ziet het College Tarieven Gezondheidszorg als de eerstverantwoordelijke voor deze problematiek (56 procent). Deze private klinieken zien in het aarzelende contracteerbeleid van de zorgverzekeraar eveneens een belangrijke belemmering (68 procent). De ggz en de thuiszorg zijn juist opvallend milder in hun oordeel.

Bedrijfseconomische resultaten

Een belangrijke indicator voor de levensvatbaarheid van de private aanbieders is hun financiële positie, die onder meer tot uitdrukking

komt in de spreiding van inkomstenstromen, de omzet, het bedrijfsresultaat en het vermogen.

Spreiding van inkomstenstromen

De grootste spreiding van inkomsten treffen we aan in de thuiszorg en de geestelijke gezondheidszorg ([tabel 3](#)). Een goede spreiding van de inkomsten is gunstig voor het risicoprofiel van de organisatie. In private sectoren vormen de directe betalingen een belangrijk percentage van de omzet en particuliere verzekeraars doen relatief meer zaken met private aanbieders dan ziekenfondsen. De introductie van het persoonsgebonden budget heeft tot een sterke groei van de particuliere thuiszorg geleid. Cliënten kunnen hun zorg immers ook bij deze organisaties inkopen. De private thuiszorg krijgt hierdoor veel geld vanuit de awbz (37 procent). Ook wordt in deze sector veel met onderaannemingsconstructies gewerkt. In de ggz nemen bedrijven een aanzienlijk deel van de kosten voor hun rekening (28 procent).

Tabel 3. Inkomsten private aanbieders, in procenten

	curatieve zorg	thuiszorg	ouderenzorg	ggz
directe betalingen	49	25	91	28
particuliere verzekeringen	25	14	1	13
ziekenfondsen	23	13		12
awbz		37	2	8
bedrijven	3	3		28

Investeringsen

De hoogte van de benodigde investeringen kan een toetredingsdrempel tot de markt vormen. De hoogste investeringen worden gedaan in de ouderenzorg en in de curatieve zorg (zie [tabel 4](#)). In deze twee sectoren geven relatief veel organisaties dan ook aan, dat het moeilijk is om vreemd vermogen te krijgen.

Tabel 4. Financiële positie private aanbieders

	curatieve zorg	thuiszorg	ouderenzorg	ggz
gemiddeld gedane investeringen	€ 890.000	€ 160.000	€ 1.100.000	€ 560.000
vreemd vermogen moeilijk te krijgen	31%	28%	48%	22%
gemiddelde omzet (1998)	€ 800.000	€ 720.000	€ 545.000	€ 1.220.000
gemiddelde omzet (2000)	€ 1.050.000	€ 1.170.000	€ 700.000	€ 1.400.000
er wordt geen winst gemaakt	52%	22%	42%	37%
winst meer dan 10% omzet	15%	16%	21%	19%
reservepositie tussen de 0 en 5%	67%	54%	62%	40%
reservepositie meer dan 10%	17%	22%	7%	20%

Stijgende omzetten...

In alle sectoren is de gemiddelde omzet per organisatie tussen 1998 en 2000 sterk gegroeid. Bovendien is het aantal organisaties ook toegenomen waardoor de totale markt nog harder is gegroeid. De private sector groeit harder dan de totale gezondheidszorg. Tussen 1998 en 2000 groeiden de uitgaven in de totale zorg met veertien procent, maar in het private circuit bedroeg deze ongeveer het dubbele.

...beperkte winstgevendheid...

De snelle omzetgroei vertaalt zich echter nog niet in hoge winsten. In de curatieve en in de ouderenzorg maakt de helft van de organisaties nog geen winst. Ongeveer twintig procent van de organisaties maakt meer dan tien procent winst, waarbij er opvallend genoeg weinig onderscheid bestaat tussen de verschillende sectoren.

...en beperkte reserveposities

De reservevorming is eveneens beperkt. Uitgedrukt als percentage van de omzet bedraagt deze voor de meeste instellingen niet meer dan vijf procent. Dit betekent dat de reservepositie van de private aanbieders ondanks hun hogere risicoprofiel niet beter is dan van de reguliere instellingen. Private organisaties in de geestelijke gezondheidszorg en de thuiszorg scoren ook hier het beste.

Conclusies

Thuiszorg en ggz presteren het best

De private thuiszorgorganisaties beschikken over de sterkste financiële positie, op de voet gevolgd door de ggz. De omzet in de thuiszorg groeide tussen 1998 en 2000 met dertig procent per jaar. Van deze organisaties is 78 procent winstgevend. Samen met de ggz beschikt de thuiszorg ook over de beste vermogenspositie. Het succes van de private thuiszorg blijkt voorts uit het feit dat zij de grootste deelmarkt vormt, terwijl zij in de reguliere zorg juist een relatief kleine deelmarkt is. Deze verschillen hebben waarschijnlijk weinig

te maken hebben met de aanwezige ondernemerskwaliteiten, maar hangen vooral af van de intrinsieke potenties van deze markten of de institutionele context.

De marktpotenties van thuiszorg en ggz

Zijn de thuiszorg en geestelijke gezondheidszorg gunstige markten om in te opereren? In beide sectoren wordt geen bijzonder hoge autonome groei verwacht. Het Centraal Planbureau verwacht in deze twee sectoren tot 2006 een volumeontwikkeling van 1,8 procent, ten opzichte van 2,5 procent voor de hele gezondheidszorg⁶. Thuiszorg en ggz hebben bovendien meer last van de concurrentie door reguliere aanbieders. Hun toegevoegde waarde wordt door de cliënten als relatief laag beoordeeld (hogere prijselasticiteit), waardoor de winstmarge onder druk staat⁷. Hiernaast zijn thuiszorginstellingen gezien het grote belang van de reistijd in hun kostenopbouw gedwongen een dicht zorgnetwerk te exploiteren.

De thuiszorg en in mindere mate de ggz zijn overigens wel kapitaalextensieve sectoren, waardoor het financiële risico beperkt is. Hiernaast bestaat er juist op deze markten een relatief grote latente vraag die zich alsnog kan gaan manifesteren.

Concluderend zien we dus een enigszins verdeeld beeld, maar er is geen reden om aan te nemen dat de thuiszorg en ggz hun financiële prestaties in het bijzonder te danken hebben aan de potentie van deze markten. Het tegendeel is eerder het geval. Het lijkt er dus op dat de verklaring in andere redenen gezocht moet worden.

Implicatie

De overheid maakt het verschil?!

Het succes van de thuiszorg en de ggz heeft vooral te maken met hoe deze markten worden gereguleerd en aangestuurd. Zo heeft de overheid altijd veel harder opgetreden tegen de privé-klinieken dan tegen deze sectoren. In de thuiszorg is zelfs midden jaren negentig expliciet met marktwerking geëxperimenteerd. Na beëindiging van deze experimenten is een aantal aanbieders toch gedoogd. Sinds 1 januari 2001 mogen commerciële aanbieders van thuiszorg wederom toetreden als uitvoerder van de awbz. Cliënten mogen met hun persoonsgebonden budget bij deze organisaties zorg inkopen.

De ggz heeft het voordeel dat ze zich richt op arbeidsgerelateerde klachten. De politiek probeert deze problematiek al jaren aan te pakken omdat het hoge aantal arbeidsongeschikten één van de grootste maatschappelijke problemen is. In zo'n klimaat past geen restrictief overheidsbeleid tegen particuliere initiatieven.

Zo bezien is het dus niet vreemd dat de private thuiszorg en ggz een positievere perceptie hebben van het functioneren van het ministerie, het ctg en de zorgverzekeraars. Dit komt door het ruimhartigere contracteerbeleid en de gunstigere regelgeving. Zo pakken de tarieven van het ctg in de praktijk beter uit voor private aanbieders van de care dan van de cure. Privé-klinieken zijn namelijk afhankelijk van de extramuraal tarieven. Juist deze tarieven zijn aan de lage kant. In de reguliere zorg wordt dit gecompenseerd door het verpleegdagtarief dat als sluittarief voor het budget fungeert. Private aanbieders mogen echter officieel geen bedden hebben en kunnen dit tarief daardoor niet in rekening brengen. In de care hebben de tarieven een meer integraal karakter waardoor het voor private aanbieders beter mogelijk is om hun exploitatie te dekken of aan 'cherry-picking' te doen. Thuiszorg en ggz hebben bovendien het voordeel dat hun activiteiten niet onder de wzv vallen. Eén van de uitgangspunten van deze wet is dat er geen winst gemaakt mag worden.

Toekomst

Het beleid van de overheid is dus de belangrijkste oorzaak van de goede prestaties van de thuiszorg en geestelijke gezondheidszorg. Maar zal dit in de toekomst ook zo zijn? Het kabinet-Balkenende was van plan om de toetredingsbelemmeringen van nieuwe aanbieders weg te nemen⁸. Het richtte zich hierbij echter in de eerste plaats op een verbetering van de financiering van de privé-klinieken en de ontschotting van de financiering van de awbz. Als het nieuwe kabinet deze plannen overneemt, zullen in de nabije toekomst de privé-klinieken en de ouderenzorg hun achterstand ten opzichte van de thuiszorg en de geestelijke gezondheidszorg inlopen.

De invloed van het overheidsbeleid op de private zorgmarkt kan moeilijk worden onderschat. De nieuwe financiering van de medisch-specialistische zorg, via diagnosebehandelcombinaties, is vooral gunstig voor de huidige privé-klinieken. Een belangrijk neveneffect van de veranderende overheidsopstelling is dat ook de reguliere instellingen meer belangstelling voor deze markt zullen krijgen. We kunnen dan ook meer zorgaanbieders met zowel publieke als private activiteiten verwachten

1 E.G.M. Knoors, E.L. Vrijland en L.A.M. van Zenderen, Van gedogen naar mogen: de regelgeving voor privé-klinieken en zelfstandige behandelcentra, Tijdschrift voor gezondheidsrecht, nr. 8, 2000, blz. 482-497.

2 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Winst en gezondheidszorg, Zoetermeer, 2002.

3 De inspectie is bezorgd over de kwaliteit in de privé-klinieken en constateert opvallend veel fouten. Daarom is zij van plan haar toezicht op deze klinieken fors te versterken. Zie: Inspectie van de Volksgezondheidszorg, Jaarverslag 2001, Den Haag 2001.

4 P.P.T. Jeurissen, Nieuwe aanbieders onder de loep, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Zoetermeer, 2002.

5 M. Minkman en E.J. van Asselt, Een kwalitatieve beschrijving van de arbeidsmarkt in de commerciële zorgsector, OSA publicatie Z22, Tilburg, 1997.

