



## Winst in de zorg

**Auteur(s):**

Elsinga, E.

Keuzenkamp, H.A.

*Directeur van ING-Medinet, kenniscentrum voor gezondheidszorg van de ING Groep, respectievelijk. algemeen directeur van de Stichting voor Economisch Onderzoek der Universiteit van Amsterdam.***Verschenen in:**

ESB, 86e jaargang, nr. 4337, pagina 920, 30 november 2001

**Rubriek:****Trefwoord(en):**

*Echte vraagsturing in de zorg vereist dat aanbieders zich werkelijk om de vraag kunnen bekommeren en aangemoedigd worden om creatief op veranderingen van de vraag in te spelen. Daartoe moeten zorgaanbieders ruimte krijgen om naar winst te streven. Prijzen moeten worden gedereguleerd en cruciale ondernemingsbeslissingen moeten aan risiconemende zorginstellingen zelf overgelaten worden.*

**Stel je voor. Een ziekenhuisholding met bijna tienduizend medewerkers in dienst. Een omzet van bijna € 700 miljoen, een eigen vermogen van € 300 miljoen, en een winst van € 62 miljoen. Dit concern bestaat echt, en is in ons buurland aan de beurs genoteerd: Rhön-Klinikum Aktiengesellschaft. Deze ziekenhuis-nv biedt zorg zonder wachten voor iedereen, volgens de kwaliteitseisen (of beter) die officieel gehanteerd worden. Ziekenhuizen die een blok aan het been van steden of Länder vormen, worden overgenomen en omgetoverd tot moderne, klantgerichte klinieken. Een detail: waar een filiaal in een allochtonenwijk is gevestigd, zijn de richtingbordjes niet alleen in het Duits, maar ook in het Turks of Arabisch opgesteld. De klant is koning.**

Hoe anders is de situatie in ons eigen koninkrijk! Richtingbordjes in het Arabisch is wel het kleinste gemis. Wachttijden van maanden voor een knie- of oogoperatie zijn gewoon geworden. Door het gebrek aan informatie over de vraag wanneer de behandeling plaats zal vinden, blijft de onzekerheid pijnlijk.

### *Beleid door feiten achterhaald*

De wachtlijsten werden de afgelopen jaren enigszins ontlast door het opduiken van kleine private behandelcentra, die aan alle medische normen voldeden - maar niet aan de smaak van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Enkele private behandelcentra werden desondanks gedoogd, anderen moesten dicht. Wegens het groeiende tumult over de wachtlijsten kon de minister haar verzet niet volhouden en mocht bijvoorbeeld het Medical Center Rotterdam Airport een verzoek indienen voor legalisering. De erkenningsaanvraag werd beantwoord met een forse boete wegens illegale beroepsuitoefening. Inmiddels is de kliniek wel erkend als een 'zelfstandig behandelcentrum'- het jargon voor een kruising tussen een privé-kliniek en een poliklinische afdeling van een ziekenhuis, waarbij winst nog altijd niet mag.

In dit artikel gaan wij in op winststreven in de zorg. Het is een actueel thema, waarbij de werkelijkheid hard vooruitloopt op het beleid. Het Medical Center Rotterdam Airport werd onlangs gekocht door een grote verzekeraar. Vier privé-klinieken voor dagbehandeling kondigden aan samen te gaan in MediNova, met financiële steun van enkele verzekeraars. Private behandelcentra voor hartdiagnostiek staan op het punt van openen. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg heeft een advies aangekondigd onder de werktitel *Gezondheidszorg privé*, waarin de vraag gesteld wordt hoe de overheid hierop moet reageren. Totnogtoe loopt deze raad overigens, net als de minister, niet over van enthousiasme<sup>1</sup>.

### *Winst versus roeping*

De plannen voor stelselwijziging, die door minister Borst in juli aan de Tweede Kamer zijn aangeboden, bevatten veel aandacht voor het verzekeringsstelsel en een omslag naar vraaggericht beleid<sup>2</sup>. Daarbij wordt gedacht aan vrijere toetreding voor nieuwe, eventueel buitenlandse aanbieders en verzekeraars, grotere vrijheid van verzekeraars om namens hun klanten met zorgverleners te onderhandelen, en meer ruimte voor patiëntgebonden en patiëntvolgende budgetten. Nauwelijks wordt echter ingegaan op de crux van vraagsturing: namelijk de noodzaak van een aanbod dat flexibel en ondernemend op de vraag kan inspelen. Vraaggericht beleid is vooral een zaak van aanbodcultuur: een wezenlijk andere bedrijfsvoering van de zorgsector. Hierover is de nota buitengewoon schimmig. Slechts eenmaal wordt, terzijde, het woord 'ondernemerschap' genoemd<sup>3</sup>. Winststreven is taboe: liever geloven beleidsmakers dat de zorgsector vanuit een gevoel van roeping het beste met de burger voor heeft.

Wij pleiten daarentegen voor eerherstel voor het streven naar winst. Moralistische heelmeeesters maken stinkende wonden - een vrije vertaling van pecunia non olet. Vraagsturing impliceert ruimte voor ondernemende zorgaanbieders, met eigen investeringsbeslissingen en arbeidsvoorwaardenbeleid, en winst of verlies als beloning voor goed of slecht beleid. Instellingen moeten eigen risico-afwegingen kunnen maken, en vrij zijn in hun marktstrategie. Verticale integratie met een verzekeraar, horizontale integratie (concernvorming), of juist het betrekken van marktniches zijn bedrijfsbeslissingen waarvoor het standaard mededingingsregime moet gelden. Het zorgaanbod moet ondernemend en concurrerend worden wil de 'vraag aan bod' kunnen komen.

## Huidige ondernemingsvormen

Zorgaanbieders zijn vrijwel allemaal private rechtspersonen, veelal stichtingen zonder winstoogmerk. Binnen de stichtingen die zorg aanbieden, opereren vaak maatschappen van specialisten, private ondernemers dus. Van werkelijk ondernemerschap met bijbehorende lusten en lasten is in de maatschappen echter geen sprake. Naar schatting 5000 van de circa 12.000 specialisten zijn zelfs in loondienst.

Zowel de ondernemingsstructuur van een stichting, waarbinnen maatschappen functioneren, als een stichting met artsen in loondienst heeft bedrijfsmatige nadelen. In het eerste geval is het de vraag, welk ondernemingsbelang primair door betrokkenen gediend wordt: dat van de eigen maatschap, of van het hele ziekenhuis. Veel capaciteitsproblemen in de zorg vloeien voort uit slechte logistiek, slechte onderlinge afstemming van agenten binnen het ziekenhuis. Dat komt niet omdat artsen nu eenmaal zo in elkaar zitten, maar vloeit regelrecht voort uit de bedrijfsstructuur. Midden jaren negentig bracht daarom de commissie-Biesheuvel een advies uit aan de overheid om te komen tot een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf, als alternatief voor wat de commissievoorzitter noemde "een winkelcentrum met allerlei aparte boutieks"<sup>4</sup>.

Bij loondienstverband is de prikkel om in te spelen op de patiëntenvraag gereduceerd. Artsen in loondienst lijken minder productief dan artsen die werken op basis van verrichtingen (stukloon), maar de laatste categorie is in het huidige budgetteringssysteem geneigd minder snel terug te verwijzen naar de huisarts. Dit legt een onnodig beslag op (kostbare) specialistische zorg<sup>5</sup>. Met andere woorden: waar er momenteel halfslachtig ondernemerschap binnen ziekenhuizen bestaat, is dat zodanig vormgegeven en ingebed dat doelmatigheid er niet mee gediend wordt.

De Wet Ziekenhuisvoorzieningen bepaalt dat een ziekenhuis slechts een vergunning krijgt als het een rechtspersoon is die niet gericht is op het behalen van winst. Het mdw-rapport *Het ziekenhuis ontketend* stelt dat op lange termijn overwogen moet worden om deze beperking los te laten. Wij menen dat dit al op korte termijn nodig is.

## Naar vraagsturing

Als aanbieders geen vrijheid of prikkel hebben om op feitelijke of potentiële vraag in te spelen, komt er van vraagsturing weinig terecht. De huidige ondernemingsvormen van zorgaanbieders en de regelgeving omtrent investeringen, risico's en financiering staan vraagsturing in de weg.

### *Prijderegulering*

Indien de vraag aan bod moet komen, is prijsderegulering aan de aanbodzijde nodig. Dat betekent een terugtrekend College Tarieven Gezondheidszorg CTG. Op dit moment probeert dit College met 'fine tuning' het aanbod op de vraag af te stemmen (via zeer gedetailleerde regels over budgetten en prijzen en hoeveelheden die voor vergoeding in aanmerking komen). De gevolgen uit zich niet alleen in wachtlijsten (die zijn overigens niet alleen de schuld van het College), maar ook in bizarre toestanden in de bedrijfsvoering van klinieken. Falende aanbodregulering van het CTG ontwricht ook de gezonde bedrijfsvoering van vele klinieken.

### *Schaarste verminderen*

Prijderegulering alleen is echter niet genoeg voor een ondernemend en concurrerend zorgaanbod. Het aanbod is sterk geconcentreerd (ziekenhuisfusies worden door de overheid tot op de dag van vandaag gestimuleerd of zelfs afgedwongen) en niet competitief ingesteld, bijvoorbeeld door gedwongen winkelnering (contracteerplicht van verzekeraars met zorgaanbieders). Daarbij komt bewust gecreëerde schaarste die het gevolg is van rantsoenering in opleidingen en vestigingsplaatsen, alsook per ongeluk gecreëerde schaarste, zoals in de verpleging. Prijsderegulering in een situatie waar schaarste hoog is door rantsoenering of regionale monopolievorming van zorgaanbieders, leidt tot opwaartse druk. Deregulering van de instroom in medische beroepen en van vestigingsvoorwaarden is dan ook dringend gewenst.

### *Diagnose-behandelcombinaties*

In 2003 zal prijsderegulering totstandkomen, als vergoeding volgens 'diagnose behandelcombinaties' plaats gaat vinden: vast omschreven productgroepen, waarover tussen verzekeraars en zorgaanbieders prijs- en kwaliteitsonderhandelingen mogelijk worden. Voor zorgaanbieders biedt dit beter houvast voor een zakelijke bedrijfsvoering, maar omdat prijzen niet meer vast staan, nemen bedrijfsrisico's van verzekeraars en zorgaanbieders toe. Daar is niks mis mee: het prikkelt tot prudentie en doelmatigheid. Wel mis is de afwezige inbedding van zakelijke bedrijfsvoering, namelijk de mogelijkheid om via vermogensopbouw bedrijfsrisico's te kunnen afdekken. Op dit moment zijn ziekenhuisvermogens erg laag: serieuze vermogensopbouw wordt niet toegestaan.

## Besluitvorming over investeringen

De belangrijkste ondernemersbeslissingen zijn investeringen in fysiek en menselijk kapitaal. Terwijl voor investeringen in gebouwen en grotere apparatuur de colleges bouw en sanering ziekenhuisvoorzieningen het laatste woord hebben, is de financiering nagenoeg volledig privaat. Vooral banken verstrekken kapitaal. Ondernemerschap is in deze sfeer grotendeels uitgebannen. Ziekenhuizen die investeren in capaciteit krijgen voor hun kapitaalkosten een vergoeding in het budget. De toekomstige vergoeding via de diagnose behandelcombinatie omvat vooralsnog alleen variabele kosten, de kapitaalkosten blijven buiten beeld.

Als het gaat om de financiering, zijn de consequenties van een overstap naar een vrijere markt waarin zorginstellingen daadwerkelijk als onderneming moeten opereren, groot. Zo moeten de kapitaallasten marktconform bepaald gaan worden. Op dit moment is daar geen sprake van. In tabel 1 staan enkele verschillen tussen financieringselementen die in het bedrijfsleven gebruikelijk zijn, en de normen die gelden in de publiek gereguleerde zorg.

De tabel laat zien dat afschrijvingen in de zorgsector, zoals door het CTG worden bepaald, onrealistisch lang zijn; voor gebouwen kunnen deze wel oplopen tot veertig jaar. Het komt regelmatig voor dat gebouwen of inventarissen al lang weer vervangen zijn, terwijl ze nog steeds op de balans staan. Zo worden kosten uitgesmeerd over een langere periode dan die van het werkelijke gebruik van de activa. Op korte termijn leidt dat tot lagere kapitaallasten, maar op lange termijn leidt het tot problemen. Macro zwellen de rentelasten steeds verder aan en micro vertroebelt dit fenomeen gezonde bedrijfseconomische inzichten <sup>6</sup>.

In een vraaggericht systeem moet de besluitvorming over investeringen meer aan de instelling zelf worden overgelaten en moet vervolgens ook de wijze waarop die investeringen worden gefinancierd, marktconform worden. Kapitaalverschaffers zullen hun normen daarop afstemmen. Het risicoprofiel verandert dan ten opzichte van de huidige situatie. Investeringsbeslissingen zullen meer decentraal (kan de investeerder de financiering rond krijgen?) en minder centraal (geeft de Rijksoverheid een boterbriefje af) worden verantwoord. Dat helpt om de verantwoordelijkheden te verhelderen. De praktijk in de gezondheidszorg geeft nu nogal eens te zien dat er vele 'stakeholders' zijn rondom instellingen (instellingsmanagement en Raad van Toezicht, de zorgverzekeraars, de lokale overheden, de Rijksoverheid, de bank). Bij financiële problemen van een instelling raken al gauw al die partijen betrokken. Er bestaat dan een groot risico dat pappen en nathouden leidt tot het voortsudderen van een financieel ongezonde situatie, waarvoor niemand zich echt verantwoordelijk voelt <sup>7</sup>.

### *Betere basis voor aantrekken eigen vermogen*

Tegenover het iets duurder wordende vreemd vermogen ontstaat in een winstgerichte bedrijfsorganisatie een veel betere toegang tot het aantrekken van eigen vermogen. Op dit moment kunnen ziekenhuizen behalve via schenkingen geen eigen vermogen aantrekken, omdat de stichtingsvorm dit verhindert, terwijl overheidsnormering vermogensgroei op eigen kracht verhindert. Wanneer de ziekenhuizen de vorm van een nv of bv zouden hebben, dan zou door aandelenuitgifte eigen vermogen kunnen worden aangetrokken. Zo kan privaat geld worden aangewend voor de gezondheidszorg, maatschappelijk toch niet de slechtste bestemming. Misschien zijn ook het instellingsmanagement of de medisch specialisten geïnteresseerd om te investeren in het ziekenhuis en zo mede-eigenaar te worden. Een bijkomend effect van het uitgeven van aandelen is dat het een markttoets op het risicoprofiel van ziekenhuizen biedt. Ook zorgt beursnotering voor transparantere rapportage over de doelmatigheid van de bedrijfsvoering. Een voorbeeld: de artsen van het Medical Center Rotterdam Airport beweren daar veel efficiënter te behandelen dan in hun parallelle praktijk in het Haagse Rode Kruisziekenhuis. Zo'n bewering wordt toetsbaar op het moment dat marktpartijen een rol in de vermogensverstrekking krijgen.

### **Risico's winststreven beperkt**

Gaat dat wel goed, winststreven in de zorgsector? Het betreft typisch een markt die op verschillende fronten aan falen onderhevig is. Asymmetrische informatie (al raken patiënten steeds beter geïnformeerd), schaaleffecten, concentratie van aanbod en verzekeraars - voor economen is er veel lol aan de zorg te beleven. Met name in de VS is veel onderzoek beschikbaar over 'for profit' en 'not for profit' zorg.

### *Kostengroei en kwaliteit*

Er wordt geregeld beweerd dat concurrentie in de zorgsector niet op prijs, maar op kwaliteit wordt gevoerd. Dat wil zeggen dat slechtere kwaliteit door betere kwaliteit wordt verdrongen. Daar lijkt ons weinig mis mee - in veel gevallen is de kwaliteit van de Nederlandse zorg onvoldoende, waarbij wij vooral doelen op de kwaliteit van het proces (aansluiten van de verschillende onderdelen van de behandeling, logistiek, wachttijden, dienstbaarheid) en kansen op infecties. Het echte probleem ontstaat pas indien er geen afweging gemaakt kan worden tussen kwaliteit en kosten en een 'rem' ontbreekt. Dat is het geval indien verzekeraars door de wetgever geen ruimte geboden wordt om in verzekeringspakketten te differentiëren of zowel kwaliteit als prijs te contracteren.

Winststreven bij vaste kostenvergoedingen leidt tot een 'medische wedloop' omdat alle meerwerk toch vergoed wordt. Hiervan was sprake in de VS, totdat overgegaan werd op vergoeding via diagnose-behandelcombinaties. De combinatie met marktgerichte concurrentie leidt tot kostenreductie, vooral bij dure patiënten (mogelijk vanwege selectie als verzekeraars te weinig tegenmacht bezitten, verder omdat bij dure patiënten de grootste doelmatigheidswinsten te behalen zijn) <sup>8</sup>. Ander onderzoek laat zien dat winstgerichte ziekenhuizen belangrijke doelmatigheidswinst realiseren, waarbij niet op winst gerichte instellingen meegezogen worden in kostenreductie ('spill over') <sup>9</sup>.

Leidt winststreven bij prospectieve vergoedingen (op basis van diagnose-behandelcombinaties) tot kwaliteitsverlies? In onderzoek naar transitie in bestuursvorm van ziekenhuizen concludeert Sloan dat hiervan geen sprake is. Wel is er een zeer weinig hogere sterftedans van patiënten na ontslag uit een for-profit ziekenhuis, waarschijnlijk omdat winstgerichte ziekenhuizen patiënten iets sneller ontslaan. Sloan merkt echter op dat de variatie tussen profit en non-profit veel geringer is dan de variatie binnen de groepen. Effectief medisch toezicht en transparante rapportage van ziekenhuizen zijn derhalve van groot belang, zowel voor op winst gerichte ziekenhuizen als voor traditionele aanbieders.

### *Overbehandeling*

Winststreven kan leiden tot een toename van niet-noodzakelijke behandelingen. De overgang naar vergoeding op basis van diagnose-behandelcombinaties vormt daartegen een remedie. Er is echter een risico dat een patiënt in een hogere (complexere, duurdere) diagnose-behandelcombinatie wordt ondergebracht en dat dit wordt doorberekend aan de verzekeraar. Onderzoek in de VS suggereert dat dit inderdaad gebeurde, totdat Medicare in de jaren negentig de monitoring van ziekenhuizen verscherpte <sup>10</sup>.

### *Selectie en afname onderzoek en opleiding*

Ziekenhuizen die op winst gericht zijn kunnen behandelingen die niet winstgevend zijn proberen af te schuiven. In de VS zijn winstgeoriënteerde ziekenhuizen vaker te vinden in welvarende buitenwijken dan in de binnensteden, waar veel niet-verzekerden of verzekerden via Medicaid (een minimale zorgvoorziening voor specifieke groepen behoeftigen) wonen. Het probleem is hier vooral een falen van de verzekeringsmarkt, waardoor selectie van cliënten aantrekkelijk is. In Duitsland, met een verzekeringsstelsel dat meer op het onze lijkt, is van selectie door winstgeoriënteerde aanbieders als Rhön-Klinikum geen sprake. Deze aanbieders zijn in staat om

winstgevend zaken te doen met de Krankenkassen (de Duitse ziekenfondsen), die algemene toegang van patiënten vereisen.

Winststreven kan ook het meewerken aan opleiding en onderzoek belemmeren. Ervaringen in de VS en in Duitsland geven geen steun voor deze angst <sup>11</sup>. Wel is het belangrijk om bij een transitie van niet-winstgericht naar winstgericht de voorwaarden in het contract duidelijk vast te leggen, eventueel door een deel van de koopsom te reserveren voor 'goede doelen' en hierover duidelijke rapportageregels vast te leggen.

## Conclusie

Meer vraaggestuurde zorg is dringend gewenst maar kan slechts tot zijn recht komen in een omgeving waarin aanbieders zich werkelijk om de vraag kunnen bekommeren, en waarbij ze aangemoedigd worden doelmatig te opereren en creatief op veranderingen van de vraag in te spelen. Ondernemend aanbod kan grote diensten bewijzen. Daarvoor zijn wel economische prikkels en instrumenten nodig. Het winstmotief hoort daar bij.

In dit artikel hebben wij een lans gebroken voor ondernemend aanbod. Winst in de zorg mag niet langer taboe zijn. We realiseren ons terdege dat er gevallen zijn waar er een groot belang blijft voor niet op winst gerichte aanbieders, bijvoorbeeld omdat niet in elke hoek van de medische zorg de markt voldoende kan floreren. Daarbij kan gedacht worden aan academisch onderzoek en mogelijk ook topklinische (zeer specialistische) zorg die nog in ontwikkeling is of waar schaafeffecten door grote vaste kosten vooralsnog een monopolistische markt zouden opleveren. Grote delen van de zorg kunnen echter voor normaal ondernemerschap worden opengesteld. Door verschillende rechtsvormen toe te staan kan een optimale mix van elkaar scherp houdende zorgaanbieders tot stand komen. Dat levert winst op - niet alleen voor de ondernemers, maar uiteindelijk vooral voor koning klant

---

1 Zie bijvoorbeeld P. Jeurissen en T. van der Grinten, [Zorg-for-profit onderzocht](#), *ESB-Dossier Zorgvuldig vernieuwen*, 14 juni 2001, blz. D13-D15.

2 Ministerie van VWS, *Vraag aan bod*, Hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel, Den Haag, 2001.

3 Blz. 33 van *Vraag aan bod*: "Voor zover de geboden vrijheden en de mededingingsrechtelijke bepalingen tekortschieten in het teweegbrengen van de gewenste marktwerking, zal aanvullend instrumentarium moeten worden gerealiseerd. Daarbij kan men denken aan het stimuleren van ondernemerschap."

4 Advies van de commissie-Modernisering Curatieve Zorg, *Gedeelde zorg: betere zorg*, Den Haag, 1994.

5 E. Mot e a., *Evaluatie experiment specialistenhonorering: een verslag van de vergelijking van nul- en eindmeting*, SEO rapport 466; Z. Oz, *Exploring the effects of health care on mortality across OECD countries*, Labour market and social policy occasional papers nr. 46, OESO, 2001.

6 Momenteel onderzoekt het ministerie van VWS of de zorg- en woonfunctie gesplitst kunnen worden. Door de onjuiste afschrijvingen is een bruteringsoperatie nodig die vele miljarden guldens 'kost' (zie *Het Financieele Dagblad*, 27 september 2001).

7 Illustratief zijn de problemen rond de particuliere thuiszorgorganisatie NTN of het Slotervaartziekenhuis te Amsterdam.

8 J. Chung en D. Meltzer, Effects of competition under prospective payment on hospital costs among high and low cost admission, manuscript, University of Chicago, 2001.

9 D. Kessler en M. McClellan, *The effects of hospital ownership on medical productivity*, NBER working paper 8537, 2001.

10 F. Sloan, *Hospital ownership conversions: defining the appropriate public oversight role*, manuscript, Duke University, 2001, blz. 21.

11 Zie bijvoorbeeld D. Blumenthal en J. Weisman, Selling teaching hospitals to investor-owned hospital chains: three case studies, *Health Affairs*, 2000, blz. 158-166, en Rhön-Klinikum AG, jaarverslag 2000 blz. 23, waarin de overname van de universitaire hartkliniek in Leipzig, met inbegrip van de academische doelstellingen, wordt gemeld.