

# Winstverbod ziekenhuizen onder voorwaarden loslaten

Nederlandse ziekenhuizen hebben behoefte aan meer eigen vermogen. Het voornemen van de minister van VWS om bij ziekenhuizen die zich omvormen tot maatschappelijke onderneming winstuitkeringen toe te staan zal investeerders niet over de streep trekken. Er is een alternatief dat meer ruimte biedt voor de instroom van risicodragend kapitaal zonder de publieke belangen in gevaar te brengen.

**M**et de invoering van het nieuwe zorgstelsel in 2006 zijn de financiële risico's voor Nederlandse ziekenhuizen fors toegenomen. Waar voorheen onder het budgetstelsel de ziekenhuizen verzekerd waren van inkomsten, zijn deze nu steeds meer afhankelijk van de concurrentiepositie. De voorgenomen invoering van volledige prestatiebekostiging in 2011 zal deze afhankelijkheid alleen maar doen toenemen (Tweede Kamer, 2010). Ziekenhuizen worden dan geheel per zorgproduct betaald met de bedoeling dat betere prestaties tot meer inkomsten leiden en mindere prestaties juist tot minder inkomsten. De financiële reserves van veel ziekenhuizen zijn momenteel echter ontoereikend om grote schommelingen in inkomsten te kunnen opvangen. Voor de Nederlandse algemene ziekenhuizen bedroeg de solvabiliteit, het eigen vermogen als percentage van de omzet, in 2008 gemiddeld iets minder dan elf procent (CBS, 2009; NVZ, 2009; NZa, 2009). Dit terwijl het Waarborgfonds voor de zorg (WfZ) bij de garantieverlening een norm van vijftien procent hanteert. Voor bijna alle ziekenhuizen is deze norm tot nu toe niet haalbaar gebleken: slechts negen van de 83 algemene ziekenhuizen hebben een solvabiliteit van vijftien procent of meer. De financiële gezondheid verschilt per ziekenhuis (tabel 1).

Ziekenhuizen met weinig eigen vermogen zullen bij tegenslag snel in de financiële problemen komen, waarbij zonder overheidssteun faillissementen niet zijn uitgesloten. Bovendien zorgt het toegenomen insolventierisico er bij deze ziekenhuizen voor dat banken niet of alleen tegen hoge rentes bereid zijn vreemd vermogen aan ziekenhuizen te verstrekken. Banken eisen hogere risicopremies als de omvang van het eigen vermogen van een onderneming een te kleine buffer vormt om risico's op te vangen. Bij een voldoende groot insolventierisico wordt financiering met eigen vermogen zelfs goedkoper dan financiering met vreemd vermogen. Om de investeringen te kunnen financieren die nodig zijn om in de toekomst de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van ziekenhuiszorg te kunnen behouden hebben veel

Nederlandse ziekenhuizen dan ook behoefte aan meer eigen vermogen. Private investeerders kunnen hierbij uitkomst bieden. Ziekenhuizen hebben echter grote moeite om risicodragend privaat kapitaal aan te trekken, omdat de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) hun verbiedt winst uit te keren aan investeerders.

## Maatschappelijke onderneming

Om meer instroom van privaat kapitaal in de ziekenhuiszorg mogelijk te maken heeft minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) Klink voorgesteld om ziekenhuizen, nu vrijwel allemaal private stichtingen, die zich omvormen tot een zogeheten maatschappelijke onderneming, toe te staan hun investeerders een resultaatafhankelijke vergoeding uit te keren (Tweede Kamer, 2009a). De maatschappelijke onderneming is een door minister van Justitie Hirsch Ballin voorgestelde nieuwe juridische ondernemingsvorm voor semi-publieke instellingen, zoals ziekenhuizen en woningcorporaties, die een maatschappelijk belang nastreven (Tweede Kamer, 2009b). Hoewel de precieze voorwaarden waaronder een winstuitkering bij ziekenhuizen wordt toegestaan nog niet bekend zijn omdat het sectorspecifieke wetsvoorstel in voorbereiding is, lijkt dit plan op voorhand weinig effectief. Ziekenhuizen die voor de maatschappelijke onderneming kiezen, geven zogeheten winstbewijzen uit die investeerders in beginsel recht geven op een aandeel in de winst (Tweede Kamer, 2009b). De beslissing tot het uitkeren van winst is echter voorbehouden aan het bestuur. Een winstbewijs creëert namelijk geen eigendomsverhouding tot de maatschappelijke onderneming en houders van winstbewijzen hebben dan ook geen zeggenschap over de koers van het ziekenhuis. Dit is nadrukkelijk de verantwoordelijkheid van het bestuur dat niet het particulier belang, maar het maatschappelijk belang voorop dient te stellen. Ook zijn de winstbewijzen niet vrij overdraagbaar, dit is gebonden aan goedkeuring van de raad van toezicht. Winstbewijshouders krijgen alleen de bevoegdheid een commissaris voor te dragen, het recht om een enquêteverzoek bij de ondernemingskamer in te dienen en informatierechten. Door de zeggenschap van investeerders op deze manier sterk te beperken, beoogt de minister investeerders met een kortetermijnhorizon buiten de deur te houden. Het is echter de vraag welke private partijen bereid zijn te investeren in een ziekenhuis als het rendement op hun investering afhankelijk is van de behaalde resultaten zonder dat ze zeggenschap

STÉPHANIE A. VAN DER  
GEEST

Onderzoeker aan de  
Erasmus Universiteit  
Rotterdam

MARCO VARKEVISSER

Onderzoeker aan de  
Erasmus Universiteit  
Rotterdam

krijgen over zowel het beleid dat daaraan ten grondslag ligt als de beslissing om wel of geen winst uit te keren. Grote institutionele beleggers lijken hierdoor bij voorbaat af te haken. De bestuursvoorzitter van pensioenuitvoerder PGGM, Martin van Rijn, heeft al laten weten dat ook in de gezondheidszorg een investeerder natuurlijk wel iets te zeggen wil hebben over de wijze waarop zijn geld wordt gebruikt (Piersma, 2009). Ook andere pensioenfondsen zeggen onder bovengenoemde voorwaarden geen geld te willen investeren in de zorgsector (Baltesen, 2009b). Feitelijk blijven dan alleen particuliere beleggers en beleggingsfondsen met een maatschappelijk doel over. Het lijkt echter onwaarschijnlijk dat deze relatief kleine vermogensverschaffers de ziekenhuizen aan de vele miljoenen kunnen helpen die nodig zijn om in de bestaande kapitaalbehoefte te voorzien. Bovendien kan in dat geval ook niet geprofitteerd worden van de bedrijfs-economische kennis en ondernemersvaardigheden die grote private investeerders met zich meebrengen (Robbins *et al.*, 2008; Brouwer en Rutten, 2009; Vos, 2010a en 2010b). Kortom, de voorwaarden waaronder de minister van VWS winstuitkering in de ziekenhuiszorg wil toestaan zijn te strikt om het benodigde privaat kapitaal aan te trekken.

### Risico's publieke belangen

De vraag of en zo ja, onder welke voorwaarden winstuitkeringen door ziekenhuizen moet worden toegestaan ligt in Nederland politiek zeer gevoelig (Herderscheê, 2009). Bij de sceptici bestaat de angst dat ziekenhuizen, aangespoord door hun investeerders, op zoek zullen gaan naar steeds hogere winsten ten koste van de publieke belangen. Bijvoorbeeld door middel van prijsverhogingen, het doorvoeren van onverantwoorde bezuinigingen op de kwaliteit en het aanbod van zorg, het declareren van onnodig dure diagnose-behandelingcombinaties (dbc's), ook wel *upcoding* genoemd, of het selecteren van relatief gezonde patiënten. Vanwege contractfalen valt dergelijk maatschappelijk ongewenst gedrag van op winst gerichte, zogeheten *for-profit*-ziekenhuizen inderdaad nooit volledig uit te sluiten. Er is sprake van contractfalen omdat het niet mogelijk is met marktpartijen waterdichte afspraken te maken over de publieke belangen. Oorzaak hiervan is een gebrek aan informatie. Zo zijn bepaalde kwaliteitsaspecten van ziekenhuiszorg niet goed observeerbaar, meetbaar en verifieerbaar waardoor onvoldoende zicht bestaat op de precieze prestaties van ziekenhuizen. Ook is het bijvoorbeeld lastig vooraf rekening te houden met onvoorziene omstandigheden. Hierdoor bestaat het risico op opportunistisch gedrag door *for-profit* ziekenhuizen, wat schadelijk kan zijn voor de publieke belangen. Maar de

## De voorwaarden waaronder de minister van VWS winstuitkering in de ziekenhuiszorg wil toestaan zijn te strikt om het benodigde privaat kapitaal aan te trekken

veronderstelling dat alleen dergelijke ziekenhuizen het bestaan van contractfalen zullen misbruiken om hun inkomsten te vergroten is onjuist. Hoewel hun prikkels hiertoe minder sterk zijn, kunnen non-profit ziekenhuizen, bijvoorbeeld onder druk van prijsconcurrentie, zich net zo goed schuldig maken aan maatschappelijk ongewenst gedrag zoals upcoding, kwaliteitsvermindering en het afstoten van minder lucratieve locaties (Martinez, 2008). Uit de buitenlandse empirische literatuur blijkt namelijk dat de mate waarin en de wijze waarop ziekenhuizen met elkaar concurreren belangrijker zijn voor het marktgedrag van ziekenhuizen dan de ondernemingsvorm op zich (Varkevisser, 2008). Van belang is dat ziekenhuizen voldoende concurrentie ondervinden die niet alleen gericht is op een lage prijs, maar ook op het leveren van een goede kwaliteit.

### Gemaximeerde winstuitkering

Een alternatieve oplossing om tegemoet te komen aan de kapitaalbehoefte van Nederlandse ziekenhuizen waarbij tegelijkertijd rekening wordt gehouden met de risico's die de instroom van privaat kapitaal kan hebben voor de publieke belangen, is winstuitkeringen in de ziekenhuiszorg toe te staan, maar de hoogte ervan te maximeren. Daardoor wordt een te sterke winststimulans voorkomen en daarmee het risico op maatschappelijk ongewenst gedrag beperkt, terwijl investeerders toch voldoende zeggenschap verkrijgen om het gewenste ondernemerschap in de zorg een impuls te geven. Tegelijkertijd dient de kwaliteitsconcurrentie in de ziekenhuiszorg onverminderd gestimuleerd te worden zodat zowel *for-profit*- als *non-profit* ziekenhuizen ertoe worden aangezet zorg met een goede prijs-kwaliteitverhouding te leveren. Dit vereist een toename van de transparantie op het gebied van kwaliteit. Daarnaast is het belangrijk de huidige productomschrijvingen van dbc's verder te verbeteren om upcoding zo veel mogelijk tegen te gaan. De huidige circa dertigduizend dbc's voldoen niet. De invoering van een nieuwe productstructuur, Dbc's op weg naar transparantie, voor circa drieduizend zorgproducten lijkt een stap in de goede richting, omdat ze beter medisch herkenbaar, uniform en kosten- en werklathomogeen zijn (Tweede Kamer, 2009c). Gezien haar rol als sectorspecifieke toezichthouder vormt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de aangewezen instantie om vast te stellen wat een redelijke vergoeding is voor de verschaffers van eigen vermogen. De vergoeding betreft de maximale winst die ziekenhuizen aan investeerders mogen uitkeren in relatie tot

Tabel 1

De solvabiliteit van Nederlandse ziekenhuizen in 2008.

Financieel sterkste ziekenhuizen in 2008		Financieel zwakste ziekenhuizen in 2008	
1.	St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein	1.	IJsselmeerziekenhuizen, Lelystad
2.	Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen	2.	Albert Schweitzer Ziekenhuis, Dordrecht
3.	Ikazia Ziekenhuis, Rotterdam	3.	Vlietland Ziekenhuis, Schiedam
4.	Meander Medisch Centrum, Amersfoort	4.	Kenemer Gasthuis, Haarlem
5.	Medisch Centrum Alkmaar, Alkmaar	5.	Gelre Ziekenhuizen, Apeldoorn
6.	Sint Franciscus Gasthuis, Rotterdam	6.	Slotervaartziekenhuis, Amsterdam
7.	Ziekenhuis St. Jansdal, Harderwijk	7.	Deventer Ziekenhuis, Deventer
8.	Atrium Medisch Centrum, Heerlen	8.	Maasziekenhuis Pantein, Boxmeer
9.	Beatrixziekenhuis, Gorinchem	9.	Martini Ziekenhuis, Groningen
10.	Laurentius Ziekenhuis, Roermond	10.	Spaarne Ziekenhuis, Hoofddorp

Bron: Baltesen, 2009a

het ingebrachte risicodragende kapitaal. Het is daarbij belangrijk het risico dat kapitaalverschaffers over hun investering in een ziekenhuis lopen objectief en zo goed mogelijk in te schatten. Een te hoge inschatting leidt namelijk tot een onnodig hoge toegestane winstuitkering, terwijl een te lage inschatting investeerders zal ontmoedigen. Het begrip winstuitkering moet hierbij breed gedefinieerd worden zodat iedere vorm van vermogensonttrekking eronder valt. Hiermee wordt voorkomen dat een kwaadwillende investeerder op een indirecte manier het rendement van zijn investering kan vergroten. Bijvoorbeeld via niet-marktconforme rentebetalingen op een door die investeerder verstrekte achtergestelde lening. Ook voor het toezicht hierop lijkt de NZa de aangewezen instantie.

Bij een gemaximeerde winstuitkering is de totale winst die ziekenhuizen mogen behalen niet aan een maximum gebonden. Dit heeft als voordeel dat ziekenhuizen altijd over voldoende bewegingsruimte beschikken om hun solvabiliteit te verbeteren. In theorie bestaat hierbij wel het risico dat vermogensverschaffers ziekenhuizen kunnen aansporen winst te maken om deze extra inkomsten vervolgens in de vorm van onnodig grote financiële reserves op te potten. Op die manier kunnen investeerders, zelfs wanneer de winstuitkering aan een maximum is gebonden, proberen de waarde van de aandelen te verhogen om die in de toekomst met een aanzienlijke winst te kunnen verkopen. De solvabiliteit wordt in dat geval onnodig hoog opgeschroefd met het doel een overwaarde te creëren die potentiële investeerders te zijner tijd tot een hoger bod moet aanzetten. Nog afgezien van het feit dat de vermogenspositie van Nederlandse ziekenhuizen hiervoor voorlopig geen mogelijkheden biedt, is dit maatschappelijk ongewenste gedrag door de NZa op te sporen en te voorkomen. Om via hogere tarieven een onnodig hoge solvabiliteit te kunnen opbouwen moeten ziekenhuizen namelijk over een positie van aanmerkelijke marktmacht beschikken. In dat geval kan de NZa op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (WVG) ingrijpen in de tarieven of andere specifieke maatregelen nemen, zoals het verlagen van toetredingsdrempels om de concurrentie te bevorderen.

Het maximeren van de eventuele winstuitkering vergt een aanpassing van de WTZi. Op grond van artikel 5, lid 2 van de WTZi kunnen ziekenhuizen bij algemene maatregel van bestuur worden aangewezen als zorginstellingen die een winsttoegemerk mogen hebben. De maximaal toegestane winstuitkering kan vervolgens worden opgenomen in de beleidsregels WTZi. Het feit dat bij het stellen van een maximum aan de winstuitkering sprake is van inbreuk op de rechten die aandeelhouders hebben op grond van het vennootschapsrecht, volgens artikel 5 in Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek, vormt om twee redenen geen onoverkomelijk probleem. Ten eerste is het de overheid toegestaan om in specifieke wet- en regelgeving, in dit geval de beleidsregels WTZi, af te wijken van algemene wetten als daarvoor zwaarwegende redenen bestaan. Dergelijke redenen zijn in casu aanwezig. Bij ongeclausuleerde winstuitkering kunnen de in de gezondheidszorg cruciale publieke belangen immers in het geding komen. Ten tweede doet een gemaximeerde winstuitkering bij ziekenhuizen geen inbreuk op de rechten van bestaande aandeelhouders. Die zijn er namelijk niet. Het staat iedere potentieel geïnteresseerde private investeerder vrij om al dan niet akkoord te gaan met een door de overheid gemaximeerde winstuitkering.

Gezien de kwetsbare vermogenspositie van veel ziekenhuizen is het verstandig de huidige regelgeving zo spoedig mogelijk aan te passen. Private investeerders komen nu pas serieus in beeld wanneer een faillissement dreigt. De reddingsoperaties van het Slotervaartziekenhuis en de IJsselmeerziekenhuizen zijn hiervan treffende voorbeelden. Mede door de druk van de publieke opinie is onder dergelijke nijpende omstandigheden van evenwichtige onderhandelingsposities echter geen sprake. Het risico is dan groot dat private investeerders een lagere dan een marktconforme prijs betalen voor het financiële belang dat zij in een noodlijdend ziekenhuis verwerven.

## Private investeerders komen nu pas serieus in beeld wanneer een faillissement dreigt

## Conclusie

Met de invoering van het vraaggestuurde zorgstelsel zijn de financiële risico's voor Nederlandse ziekenhuizen aanzienlijk toegenomen. Ziekenhuizen hebben hierdoor behoefte aan meer eigen vermogen. Het voornemen van de minister van VWS om bij ziekenhuizen die zich omvormen tot een maatschappelijke onderneming

winstuitkeringen toe te staan zal potentiële investeerders echter niet over de streep trekken. Een alternatieve oplossing is een gemaximeerde winstuitkering waarvoor de introductie van deze nieuwe ondernemingsvorm niet nodig is. Als tegelijkertijd het dbc-systeem verbeterd en door meer kwaliteits transparantie de onderlinge concurrentie tussen ziekenhuizen verder toeneemt, dan maakt maximering van de toegestane winstuitkering de instroom van privaat kapitaal in de Nederlandse ziekenhuiszorg op een verantwoorde wijze mogelijk.

### LITERATUUR

- Baltesen, F. (2009a) Financiële nood groot bij vier ziekenhuizen. *NRC Handelsblad*, 17 oktober.
- Baltesen, F. (2009b) Geen geld van pensioenfonds in zorgsector. *NRC Handelsblad*, 22 december.
- Brouwer, W.B.F. en F.F.H. Rutten (2009) Klink maakt karikatuur van de zorg. *NRC Handelsblad*, 17 juli.
- CBS (2009) *Gezondheid en zorg in cijfers 2009*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Herderscheë, G. (2009) Zorg brengt PvdA en CDA op ramkoers. *De Volkskrant*, 9 juli.
- Martinez, B. (2008) Nonprofit hospitals leave the city for greener pastures. *Wall Street Journal*, 14 oktober.
- NVZ (2009) *Vizier op vertrouwen: brancherapport algemene ziekenhuizen 2009*. Utrecht: NVZ vereniging van ziekenhuizen.
- NZA (2009) *Monitor vermogen zorgaanbieders: kengetallen in beeld 2007-2008*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Piersma, J. (2009) Martin van Rijn: pensioenfonds is geen pinautomaat van gezondheidszorg. *Het Financieel Dagblad - Extra: markt, macht en overheid*, 7 september.
- Robbins, C.J., T. Rudsenske en J.S. Vaughan (2008) Private equity investment in health care services. *Health Affairs*, 27(5), 1389-1398.
- Tweede Kamer (2009a) *Governance in de zorgsector: brief van de minister en staatssecretaris van VWS*. 32012(1).
- Tweede Kamer (2009b) *Wijziging van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek houdende regels voor de vereniging of stichting tot instandhouding van een maatschappelijke onderneming: voorstel van wet*. 32003(2/3).
- Tweede Kamer (2009c) *Invoering diagnose behandeling combinaties (dbcs): brief van de minister van VWS over invoering DOT*. 29248(80).
- Tweede Kamer (2010) *Invoering diagnose behandeling combinaties (dbcs): brief van de minister van VWS over modernisering van de ziekenhuiskostiging*. 29248(109).
- Varkevisser, M. (2008) *Winst in de ziekenhuiszorg: wat leert de empirie ons?* *VGE Bulletin*, 25(1), 12-17.
- Vos, C. (2010a) Bankroet ziekenhuis Lelystad jaar na overname winstgevend. *De Volkskrant*, 1 februari.
- Vos, C. (2010b) Brenger van hoop, efficiency en winst. *De Volkskrant*, 1 februari.