



Zorg-for-profit onderzocht

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 Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam en lid van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De uitgebreide en geannoteerde versie van dit artikel is op te vragen via p.jeurissen@rvz.net

Verschenen in:

ESB, 86e jaargang, nr. 4314, pagina D13, 14 juni 2001

Rubriek:

Dossier: Zorgvuldig vernieuw en

Trefwoord(en):

zorg

Commerciële aanbieders van zorg kunnen in diverse soorten zorg voorzien. Deze zorg is niet per se beter of efficiënter dan de niet-commerciële zorg, maar doet daar ook niet voor onder. Indien er voldoende aanbod bestaat en de prijselasticiteit hoog is, is commerciële zorg een interessante optie. Wel is effectief toezicht nodig.

In Nederland is de overheid huiverig voor zorgverlening op commerciële basis. Initiatiefnemers die zich op deze markt begeven, wordt het door de overheid moeilijk gemaakt. Tegelijkertijd ziet de overheid deze initiatieven als een nuttige luis in de pels van het vigerende systeem. In de praktijk heeft het beleid daarom iets tweeslachtigs. Zo worden de privé-klinieken sinds enkele jaren gedoogd, maar de stringente voorwaarden waaronder dat gebeurt, houdt hen in een marginale positie. Deze afwerende houding heeft initiatiefnemers echter niet afgeschrikt. Het aantal initiatieven groeit en het aanbod van commerciële zorg is groter dan ooit. Opmerkelijk is dat in de jaren negentig ook de reguliere zorginstellingen zich op de markt hebben begeven.

Met commerciële zorg worden die zorgvormen bedoeld die gericht zijn op het maken van winst en deze onder voorwaarden ook uitkeren aan derden. De winstprikkel is de drijvende kracht. Privaat gefinancierde zorgvormen kunnen commercieel van aard zijn, maar dat hoeft niet. In dit artikel proberen we de dynamiek en betekenis van commercie en ondernemingszin in de gezondheidszorg (wat) beter in beeld te krijgen.

Redenen opkomst commercie

Voor de opkomst van de commerciële initiatieven is een aantal redenen aan te wijzen:

- » het beleid van de overheid om ondernemingen meer verantwoordelijk te maken voor de kosten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Hierdoor is er een snel groeiend aanbod van activiteiten op het terrein van arbeidsreïntegratie ontstaan;
- » wachtlijsten blijven een hardnekkig verschijnsel en vormen een politiek delicaat onderwerp. Patiënten en verzekeraars zijn nadrukkelijk op zoek naar alternatieven voor het lange wachten;
- » de zorgsector is een groeisector. Dit zal door de vergrijzing, de medicalisering en op gezondheid gerichte leefstijlen nog vele jaren het geval zijn. Het maakt de zorg een aantrekkelijke markt voor ondernemers;
- » er is een behoefte aan vraaggerichte zorg in combinatie met luxe zorg en aanvullende 'care'-zorg. Omdat de burger in de jaren negentig ook kapitaalkrachtiger is geworden, komt deze zorg binnen zijn bereik. Stijgende inkomens, groeiende vermogens en het teruglopen van het aantal onvolledige pensioenen dragen hieraan bij. Nieuwe, vraaggerichte financieringsvormen zoals de persoonsgebonden budgetten, maar ook het scheiden van wonen en zorg, stimuleren eveneens de inschakeling van het private initiatief;
- » de Nederlandse gezondheidszorg heeft steeds vaker te maken met Europese regelgeving rond de interne markt. Op langere termijn zou het verbod op winst oogmerk misschien voor buitenlandse instellingen een belemmering kunnen vormen voor de toegang tot het gemengde Nederlandse stelsel en derhalve strijdig zijn met het gemeenschapsrecht.

Interessante markten

Voor commerciële zorgaanbieders zijn vooral die markten interessant waar hoge winstmarges en hoge omzetten kunnen worden behaald. Dit is bijvoorbeeld het geval in groeiende markten en bij monopolievorming. Hoge winstmarges kunnen ook makkelijker worden bereikt op producten met een lage prijselasticiteit. Een prijsstijging leidt dan immers tot beperkte vraaguitval. In algemene zin is een lage prijselasticiteit een kenmerk van veel producten binnen de gezondheidszorg. Hiernaast zal een ondernemer proberen om zijn risico zoveel mogelijk te beperken. Om deze reden zijn kapitaalintensieve en gespecialiseerde sectoren met weinig concurrentie interessant. In een flexibele arbeidsmarkt zijn er bovendien mogelijkheden om de arbeidskosten te beperken. Tot slot is voor commerciële zorgaanbieders een kapitaalkrachtige vraagzijde een voordeel. Voorbeelden van markten die voor commerciële aanbieders interessant zijn, zijn

bijvoorbeeld subacute en ambulante chirurgie, luxe en esthetische zorg, langdurige zorg en thuiszorg.

Er is echter ook zorg die op een vrije markt niet goed tot stand komt, zoals extreem dure infrastructurele voorzieningen waaronder traumacentra, brandwondencentra en neonatale zorg. Ook zorg die moeilijk verzekeraar is, zoals chronische psychiatrie, geriatrie en verslavingszorg, is kwetsbaar. Tot slot kan gewezen worden op (collectieve) preventie die, omdat dit kan leiden tot een kleinere vraag, moeilijk op een vrije markt tot stand komt.

Markten voor commerciële zorgvormen

In Nederland zien we commerciële zorgvormen hoofdzakelijk ontstaan rondom een viertal markten:

1. inmiddels zijn er ongeveer honderd privé-klinieken, waarvan een veertigtal sinds 1998 een erkenning als zelfstandig behandelcentrum (ZBC) bezit. Dit laatste betekent dat deze klinieken onder zekere voorwaarden, waaronder het zijn van een niet winst beogende rechtspersoon, toegang hebben tot (beperkte) reguliere financiering. De behandelingen van privé-klinieken liggen vooral op het gebied van de oogheelkunde, infertiliteit, dermatologie, plastische chirurgie, orthodontie en orthopedie. Financiering van privé-klinieken vindt ook voor een aanzienlijk deel plaats binnen het derde compartiment en middels eigen bijdragen. Inmiddels werken reguliere instellingen eveneens aan plannen om commerciële zorg aan te bieden;

2. naar schatting bestaan er ongeveer honderd volledig private woonvoorzieningen met circa 2500 bedden. Gemiddeld kost een maand in een private woonvoorziening tussen de f 6000 en f 8000, hetgeen betekent dat deze markt circa f 210 miljoen op jaarbasis omvat. Het scheiden van wonen en zorg zal deze markt doen toenemen. Inmiddels begeven ook reguliere verpleeg- en verzorgingshuizen zich op deze markt. Zo heeft een veertigtal verpleeghuizen plannen om voor circa f 8000 per maand zorg te leveren. De bewoner krijgt daarvoor meer woonruimte, een eigen sanitaire cel en een kitchenette. Cliënten betalen deze zorg hoofdzakelijk uit eigen middelen, waarbij ze gebruik kunnen maken van de fiscale aftrekbaarheid van de zorgkosten. Doordat de intramurale AWBZ bovendien hoge eigen bijdragen kent, is het voor vermogende ouderen niet veel duurder om in een private zorgvorm te wonen;

3. de particuliere thuiszorg is een sterk groeiende tak van dienstverlening. Deze groei wordt gestimuleerd door de vergrijzing, het scheiden van wonen en zorg, afnemende vanzelfsprekendheid van mantelzorg en de behoefte aan meer zorg-op-maat. In tegenstelling tot veel andere zorgproducten is het een product met een redelijke mate van prijselasticiteit, vooral bij de aanvullende diensten. De tarieven van de particuliere thuiszorg liggen veelal onder de vigerende maximumtarieven. Reguliere thuiszorgaanbieders menen echter dat dit vooral kan, doordat men niet altijd conform de cao uitbetaalt en bovendien de krenten uit de pap vist. Landelijk zijn er circa honderd tot 125 particuliere aanbieders met 25.000 werknemers. Deze hebben circa dertig procent van de markt voor kraamzorg en circa vijftien procent van de thuiszorgmarkt in handen. Daarvan bestaat bijna een derde uit klassieke AWBZ-taken en de rest uit persoonsgebonden budgetten en aanvullende diensten;

4. tot slot is er de groeiende markt van de tweedelijns arbo-zorg. Op deze markt zijn ook veel reguliere aanbieders actief. Het betreft hier voornamelijk mensen met psychische klachten en rugklachten. De commerciële geestelijke gezondheidszorg is met circa veertig initiatieven een groeiende markt. Momenteel wordt minder dan vijftien procent van de werknemers met psychische klachten daar behandeld. Op basis hiervan kan de huidige omzet voor alleen de kortdurende hulpverlening voor mensen met arbeidsgerelateerde psychische klachten worden geschat op circa f 85 miljoen en de totale markt op circa f 450 miljoen.

Kostenvoordelen

In Nederland is nog nauwelijks onderzoek gedaan naar het comparatieve voordeel van commerciële zorg. Is die zorg efficiënter en kwalitatief beter dan not-for-profit zorg? Het ontbreken van feitelijke informatie plaatste het debat over commerciële, private zorgvormen tot nu toe vooral in een ideologische context.

Afgaande op de uitkomsten van onderzoek elders is het niet zeker dat efficiëntie in de zin van lagere kosten een evident voordeel van commerciële zorg is. Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat de prijzen in for-profit ziekenhuizen zo'n tien procent hoger liggen dan in non-profit ziekenhuizen. Weliswaar wordt economisch en ondernemend gedrag door marktwerking gestimuleerd maar dit leidt kennelijk niet tot lagere kosten. Hiervoor is een aantal redenen te geven:

» de prijselasticiteit is op de meeste deelmarkten van de gezondheidszorg beperkt. Dit leidt samen met de grote informatieasymmetrie tot het bekende fenomeen van de aanbodgeïnduceerde vraag. Uit empirisch onderzoek in de Verenigde Staten blijkt dan ook dat for-profit ziekenhuizen zich vooral richten op extra inkomsten in plaats van op kostenbesparing. Uit onderzoek blijkt ook dat for-profit ziekenhuizen meer dan not-for-profit ziekenhuizen geneigd zijn om hun marktmacht uit te buiten. Op deelmarkten waar de prijselasticiteit groter is en de informatieasymmetrie minder dominant aanwezig is, levert de commerciële zorg echter een goedkoper product;

» om op de markt te kunnen concurreren is een zekere overcapaciteit nodig die in grote delen van de Nederlandse gezondheidszorg momenteel ontbreekt, zoals bij huisartsen, de geestelijke gezondheidszorg (ggz), gehandicaptenzorg en ouderenzorg. De gebouwgebonden kosten hiervan zijn aanzienlijk. Om tussen de tien procent en vijftien procent infrastructurele overcapaciteit op te bouwen, is naar verwachting minimaal vijfhonderd miljoen gulden per jaar noodzakelijk;

» commerciële zorg brengt voor investeerders, zoals banken, grotere financiële risico's met zich mee. Dit zullen zij vertalen in hogere tarieven op hun leningen, lagere executiewaardes, kortere afschrijvingstermijnen en eisen aan het eigen vermogen. De totale kapitaalgebonden kosten zouden hierdoor kunnen oplopen. Aangezien alleen al de rentekosten in de gezondheidszorg circa vier miljard op jaarbasis belopen, gaat het hier om aanzienlijke bedragen.

Vanuit het gezichtspunt van het publieke belang is de mogelijkheid om deze te belasten een voordeel van commerciële zorg. De extra inkomsten die dit oplevert voor de overheid kunnen immers aan de zorg of de samenleving in zijn geheel ten goede komen.

Een belangrijke reden om voorzichtig te zijn met het introduceren van de winstprikkel in de gezondheidszorg is het risico dat deze prikkel

er ook toe kan leiden dat selectiemechanismen worden versterkt. Dit is met name een risico in de arbo-gerelateerde zorg. Zo kunnen commerciële ggz-aanbieders cliënten die een slechte prognose hebben uit hun kortdurende therapieprogramma's weren. Deze groep wordt dan eigenlijk impliciet afgekeurd voor geschiktheid voor de arbeidsmarkt op korte termijn.

'Robin Hood' en kruissubsidies

In Nederland zijn de commerciële initiatieven traditioneel gescheiden van de reguliere zorg. Door de opkomst van de arbeidsgerelateerde dienstverlening (bedrijvenpoli's) en het scheiden van wonen en zorg (thuiszorg, woon-zorgcombinaties) is hier echter verandering in gekomen. Steeds meer reguliere instellingen begeven zich op die markt.

Voorstanders van deze ontwikkeling wijzen op het zogenaamde 'Robin Hood'-principe. Daarbij wordt ervan uitgegaan dat reguliere instellingen de opbrengst van commerciële activiteiten gebruiken voor het verbeteren van reguliere zorg. Bovendien nemen de wachtlijsten in de reguliere zorg af door dit extra aanbod. Het is echter geen vanzelfsprekendheid dat instellingen vrij besteedbare extra middelen of winst aan de reguliere patiëntenzorg ten goede zullen laten komen, zoals uit de theorie van de 'public choice' kan worden afgeleid.

Daarbij komt dat er in de Nederlandse gezondheidszorg momenteel sprake is van aanzienlijke schaarste op de arbeidsmarkt. De concurrentieslag hierover kan ten koste gaan van het collectieve systeem. Tot slot kan er op worden gewezen dat er contraproductieve prikkels bestaan. Een lange wachtlijst stelt de professional immers in staat om extra inkomsten te creëren in zijn 'private praktijk' terwijl dit bij een te korte wachtlijst juist veel minder kan gebeuren. Op deze mogelijke tekortkomingen van het 'Robin Hood'-principe zal dus geanticipeerd moeten worden.

Dit geldt a fortiori voor een ander kwetsbaar element van de betreding door reguliere zorgaanbieders van commerciële markten: de (verkapte) kruissubsidies. Reguliere instellingen zouden via kruissubsidies hun commerciële activiteiten kunnen gaan ondersteunen. Hierbij valt te denken aan het goedkoop ter beschikking stellen van infrastructurele voorzieningen, grond, zelfopgelegde winkelruimte, goedkope financiering, enzovoorts. Commerciële initiatieven hebben immers een moeilijke toegang tot de reguliere financiële markten. Zij zijn meer afhankelijk van directe private financiering via venture capital. Interne financiering door een not-for-profit moeder kan daarop een welkome aanvulling zijn. Bovendien is er een reële kans dat de integrale kosten van for-profit zorg duurder uitvallen dan van de reguliere zorg en om een marktpositie te veroveren moet dat verschil beperkt blijven. Kruissubsidies vanuit de reguliere zorg komen feitelijk ten laste van de premiebetalers van de AWBZ en de ZFW.

Tot slot

In dit artikel hebben we een aantal economische aspecten van commerciële gezondheidszorg belicht. Welke markten zijn meer of juist minder aantrekkelijk voor commerciële initiatieven? We hebben de bestaande markten kort beschreven en zijn ingegaan op de te verwachten kosten. Vooralsnog is er weinig evidentie dat commerciële zorg veel efficiënter is dan reguliere zorg. Deelmarkten waar voldoende aanbod en een voldoende prijselasticiteit bestaat, zoals de thuiszorg, zijn hierop wellicht een uitzondering. Maar het fenomeen van de aanbodgeïnduceerde vraag verdwijnt natuurlijk niet automatisch als de zorg commercieel wordt. Soms vormt kapitaalintensiteit een toetredingsbelemmering. Bovendien, indien reguliere instellingen commerciële initiatieven exploiteren, bestaat een zeker risico op kruissubsidies. Bij het automatisme van 'Robin Hood' kunnen vraagtekens worden geplaatst.

Hoewel dit kritische gedachten zijn bij commerciële gezondheidszorg, moeten ze toch vooral worden gelezen als een uitdaging om een effectief beleidsinstrumentarium te ontwikkelen dat deze risico's neutraliseert. Dit zal zich misschien vooral moeten richten op toezicht zoals dat ook op de telecommarkt operationeel is. Hoe er verder ook over wordt gedacht, feit is dat zich ook in Nederland in snel tempo een markt voor commerciële zorgactiviteiten ontwikkelt. Het is duidelijk dat hier markten voor zijn en de ontwikkeling lijkt in het licht van een aantal autonome ontwikkelingen onontkoombaar en misschien zelfs gewenst. Er is behoefte aan meer ondernemerschap in de gezondheidszorg, al was het maar als luis in de pels van de reguliere zorg. Bovendien kan de commerciële zorg tot innovatie op het gebied van organisatie, logistiek en de niet-medische zorg leiden en kan het in zijn algemeenheid bijdragen aan een sterkere vraaggerichtheid van de zorg. Bij een algehele afweging van de voor en tegens van commerciële zorg moeten deze punten zeker bij de afweging worden betrokken.

Dossier Zorgvuldig vernieuwen

Voorwoord

E. Borst-Eilers, ten geleide: [Zorgvuldig vernieuwen](#)

Inleiding

P.A. van Lieshout: [Stelselmatig herzien](#)

E.H.J. Bassant, reactie: [Het gaat toch echt om meer markt](#)

Het pakket: wie krijgt welke zorg?

W.B.F. Brouwer en F.T. Schut, kader: [Ethische dilemma's in het nieuwe zorgstelsel](#)

A. Boer: [Wie krijgt welke zorg?](#)

W.A. Roobol, reactie: [De klant centraal](#)

J.F. Bolweg, kader: [Niet kunnen kiezen heeft ook zo zijn voordelen!](#)

De financiering: wie betaalt?

P.P.T. Jeurissen en T.E.D. van der Grinten: [Zorg-for-profit onderzocht](#)

F.T. Schut: [Grote sprong voorwaarts](#)

C.A. de Kam: [Zorgen om het zorgbudget](#)

A.H.J. Kolnaar, reactie: [Een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen](#)

De sturing: wie bepaalt?

R.C.M.H. Douven, E.S. Mot en E.W.M.T. Westerhout: [Gereguleerde concurrentie, te mooi om waar te zijn?](#)

K.G.H. Okma: [Over wortels en stokken](#)

S.J.G. van Wijnbergen, reactie: [Niet sleutelen, maar implementeren](#)

A.W. Kist en H.E. Akyürek-Kievits, kader: [De rol van de nma in de gezondheidszorg](#)

Epiloog

S.G. van der Lecq, epiloog: [Zorgen in de toekomst](#)
