

---

**ONDERNEMERSCHAP IN DE ZORG**  
**WENSELIJKHEID EN OPZET VAN EEN WINSTEXPERIMENT**

---

**Prof. dr. Kees Cools RA**

**April 2008**



**"GOEDE ZORG IS GOEDKOPPE ZORG"**

*(W. van der Ham, voorzitter van de Orde van Medisch Specialisten)*



---

# INHOUD

<b>INHOUD</b> .....	<b>5</b>
<b>VOORWOORD</b> .....	<b>9</b>
<b>SAMENVATTING</b> .....	<b>11</b>
<b>1. INLEIDING</b> .....	<b>17</b>
<b>2. VERBETERPOTENTIEEL</b> .....	<b>19</b>
2.A FOCUS IN PORTFOLIO: DOEN WAAR JE GOED IN BENT .....	19
2.B OPERATIONAL EN MEDICAL EXCELLENCE: WAT JE DOET, GOED DOEN .....	23
Operational excellence (in enge zin) .....	24
De rol van huisartsen .....	26
Onroerend goed .....	27
Medical excellence .....	28
2.C GEZONDE FINANCIËLE POSITIE: ZORGEN DAT JE HET KUNT BLIJVEN DOEN .....	30
2.D VERBETERPOTENTIEEL EN DE BIJDRAGE VAN WINSTSTREVEN .....	32
Verbeterpotentieel .....	32
De bijdrage van winststreven aan de realisatie van het verbeterpotentieel .....	32
<b>3 RISICO'S EN BELEMMERINGEN VAN WINSTSTREVEN</b> .....	<b>35</b>
3.A WEGLEKKEN VAN VERMOGEN .....	35
1. Bij de overdracht van de aandelen .....	36
2. Gedurende de investeringsperiode .....	38
3. Bij exit van de investeerder .....	38
3.B AFNAME KWALITEIT .....	39
Noodzaak voor meer transparantie over kwaliteit .....	39
Beschikbaarheid kwaliteitsinformatie .....	41
Kwaliteitsafname voorkomen .....	44
3.C ANTICOMPETITIEF GEDRAG .....	44
3.D PATIËNTSELECTIE .....	46
3.E UPCODING .....	48
3.F ONNODIGE BEHANDELINGEN .....	48
3.J MAATSCHAPPEN VAN MEDISCH SPECIALISTEN .....	49
<b>4. HET INVESTEERDERSPERSPECTIEF</b> .....	<b>53</b>
4.A HOE KIJKEN INVESTEERDERS NAAR EEN WINSTEXPERIMENT? .....	53
Belangstelling .....	53
Externe onzekerheid .....	53
Zeggenschap, winstuitkering en verhandelbaarheid .....	54
Waardering .....	54
Risico, rendement en zeggenschap .....	54
4.B SOORTEN INVESTEERDERS .....	54
Private equity .....	54
Sectorgenoten .....	55
Financiële partijen .....	55

---

Management en artsen.....	56
4.C BEURSGANG.....	56
<b>5. OPZET VAN HET EXPERIMENT.....</b>	<b>59</b>
5.A AANTAL DEELNEMENDE ZIEKENHUIZEN.....	59
5.B SELECTIE VAN DEELNEMENDE ZIEKENHUIZEN.....	60
5.C SELECTIE VAN DE INVESTEERDERS.....	62
5.D DUUR VAN HET EXPERIMENT.....	62
5.E SPELREGELS BIJ DE START.....	63
Juridisch-fiscale structuur.....	63
Governance.....	64
Overdracht.....	65
5.F SPELREGELS TIJDENS HET EXPERIMENT.....	66
Uitkeringen aan aandeelhouders.....	66
Financieringstructuur.....	67
Verzekeraars en overheid.....	68
Informatievoorziening.....	68
Tarieven.....	70
5.G TUSSENTIJDSE EVALUATIE EN EINDEVALUATIE.....	70
5.H BEËINDIGING VAN HET EXPERIMENT.....	71
<b>GEÏNTERVIEWDEN.....</b>	<b>76</b>

---

---

---



---

## VOORWOORD

Als *Alice in wonderland*, zo voelde ik me meer en meer naarmate de gesprekken en het onderzoek voor het schrijven van dit rapport vorderden. Als (ouder van een) patiënt had ik een paar ziekenhuizen wel eens van binnen gezien, maar nog nooit met medisch specialisten of hun directies over hun werk gesproken; niet eerder had ik de wereld van ziekenhuiszorg van iets dichterbij bekeken.

Ziekenhuiszorg is een wereld van uitersten, ontdekte ik tijdens mijn rondgang. De strijd om leven en dood, de spanning en emoties rondom een operatie of diagnose, het vakmanschap en de passie van artsen en verpleegkundigen en de zorg voor kwaliteit van leven aan de ene kant, maar ook budgetten, bureaucratie, hiërarchie, (on)macht, belangentegenstellingen, regelgeving, inkomensverschillen, informatieproblemen en inefficiency daar tegenover.

Medische zorg raakt de mens in de wortel van zijn bestaan, dus kwaliteit op nummer 1. Maar een leek kan de kwaliteit van een professionele dienstverlener nauwelijks beoordelen, wel de bejegening, maar niet de kwaliteit van de diagnose en behandeling. Bovendien, wel graag kwaliteit tegen de laagste kosten als de premie van de zorgverzekeraar moet worden betaald en niet kijken naar de (verzekerde) kosten wanneer het lichaam hapert. Kortom, zorgaanbieders met macht, expertise en informatie. Consumenten zonder (kwaliteits)-informatie en zonder prikkel voor lage kosten maar die uiteindelijk wel een groot deel van de rekening betalen. Zorgverzekeraars en de overheid die op grote afstand van de operatie- en spreekkamer de schijnbaar onbeheersbare kostenstijgingen in de zorg moeten zien te beteugelen en de overheid zelf die goede zorg voor iedereen toegankelijk moet houden.

Maar de NZa heeft me niet gevraagd mij op kosten van de gemeenschap te verwonderen zoals Alice, na haar val in een konijnenhol, maar middels dit advies een bijdrage te leveren aan betere zorg voor minder geld. Velen hebben mij daarbij geholpen, in het bijzonder Jaap Winter, Joost Impink, Pim Altena, Dirk Schraven, Jan-Willem Kuenen, Frank Verbeek, Jaap Maljers, Marc Berg en alle artsen, ziekenhuisdirecteuren, zorgverzekeraars en experts (zie bijlage) die hun wijsheid, expertise en ervaring met mij hebben willen delen. Heel veel dank aan ieder van hen. Ik geloof in de *wisdom of crowds* en hoop dat die ook voor dit advies haar werk heeft gedaan.

Kees Cools

Oisterwijk, april 2008

---

---

## SAMENVATTING

Dit rapport geeft een antwoord op twee vragen die de NZa mij heeft gesteld:

1. Is het wenselijk een experiment op te zetten voor ziekenhuizen met een winstoogmerk (financiering met extern eigen vermogen en uitkering van winst)?
2. Zo ja, hoe zou een dergelijk 'winstexperiment' er uit moeten zien?

Het doel van winststreven in de zorg – de achterliggende motivatie voor het winstexperiment – is tweërlei:

1. Lagere kosten, leidend tot lagere prijzen
2. Hogere kwaliteit van de zorg<sup>1</sup>

Uitgaand van deze doelstelling van winststreven in de zorg vat ik mijn antwoord op de twee vragen van de NZa over wenselijkheid en opzet van een winstexperiment hieronder in acht punten stapsgewijs samen.

### ***1. Er is een groot verbeterpotentieel in ziekenhuizen voor het verhogen van efficiency én zorgkwaliteit***

Afhankelijk van de startsituatie kan het kostenniveau in Nederlandse ziekenhuizen waarschijnlijk met 20% à 40% worden verlaagd en kan de zorgkwaliteit met 10% à 40% toenemen. Bij een goede aanpak is het tegelijkertijd mogelijk c.q. noodzakelijk de motivatie en passie van de medewerkers te vergroten en de belangen van patiënten, medisch en verplegend personeel en directie beter op elkaar af te stemmen. Het verbeterpotentieel ligt op drie vlakken:

1. Focus aanbrengen in het zorgaanbod van ziekenhuizen ('doen waar je goed in bent')
2. Streven naar *operational* en *medical excellence* van alle processen in een ziekenhuis ('wat je doet, goed doen, en met passie')
3. De financiële stabiliteit verbeteren ('zorgen dat je het kunt blijven doen')

### ***2. Het verbeterpotentieel kan het best worden aangepakt in de kern: binnen ziekenhuizen, door medisch specialisten samen met hun directies***

Zorginstellingen zelf – medisch specialisten samen met hun directies – hebben de beste uitgangspositie om ambitieuze kosten- en kwaliteitsdoelstellingen te realiseren. Zeggenschap en informatie zijn immers essentieel om doelstellingen te realiseren. Zorgverzekeraars hebben weliswaar de geldbuidel, maar staan op grote afstand van de spreek- en operatiekamer en hebben daardoor een grote informatieachterstand en feitelijk beperkte macht. Medisch specialisten hebben de beste informatie en hebben momenteel de meeste macht, gevolgd door hun directies en (ver) daarachter de verzekeraars, de toezichthouders en de overheid. Patiënten zouden als klant disciplinerend kunnen werken, ware het niet dat zij slecht worden geïnformeerd en in Nederland verplicht verzekerd zijn. Hierbij ontbreekt momenteel grotendeels een prikkel om op de kosten te letten en het volume te beperken.

---

<sup>1</sup> Zorgkwaliteit wordt in het rapport onderscheiden in medische kwaliteit (mortaliteit, complicaties, heropnames, maar ook het resultaat van de behandeling (is de patiënt volledig genezen en wanneer?)) en servicekwaliteit (bejegening, wachttijden en –lijsten, voorzieningen e.d.).

---

Omdat zorginstellingen zelf het best gepositioneerd zijn om het verbeterpotentieel te realiseren moeten de belangrijkste belemmeringen voor het leveren van hogere zorgkwaliteit tegen lagere kosten in de kern (dus zo mogelijk binnen zorginstellingen) worden aangepakt. De belangrijkste belemmeringen zijn:

- Onvoldoende (financiële) prikkels voor 'het ziekenhuis' om maximale kwaliteit tegen de laagste kosten te leveren;
- De (financiële) belangen van medici, directies en patiënten lopen niet parallel en conflicteren met enige regelmaat;<sup>2</sup>
- Onvoldoende transparantie over de kwaliteit van (de behandelingen van) individuele zorgaanbieders;
- Een nieuw tarifieringsysteem (gebaseerd op DBC's) dat nog te beperkt (voor 20% van de DBC's) vrij onderhandelbaar is en kinderziektes kent.

***3. Winststreven kan een goed middel zijn om in ziekenhuizen de juiste prikkels en ondernemerschap te creëren, onder de voorwaarde dat de klassieke maatschapstructuur wordt getransformeerd en een monitoringset van kwaliteitsindicatoren wordt gepubliceerd***

Winstoogmerk creëert een helder doel voor 'het ziekenhuis'. Het zal gemotiveerd zijn te streven naar hoge kwaliteit en lage kosten. Hierdoor wordt ondernemerschap gestimuleerd. Voorwaarde is dat belangen parallel lopen, verantwoordelijkheden helder zijn, kwaliteit transparant is en de patiënt centraal staat. De twee belangrijkste voorwaarden voor een succesvol winstexperiment zijn daarom:

- a) een transformatie van de klassieke maatschapstructuur bij de deelnemende ziekenhuizen zodat de (financiële) belangen van medisch specialisten, directies en patiënten beter op elkaar worden afgestemd.<sup>3</sup>
- b) een monitoringset van kwaliteitsindicatoren waarover zorginstellingen periodiek publiekelijk rapporteren.<sup>4</sup>

Slechts onder deze voorwaarden kan de introductie van winstprikkels effectief ondernemerschap creëren en ook een gezamenlijk financieel en kwaliteitsdoel stellen dat ziekenhuizen in staat stelt een groot deel van het verbeterpotentieel te realiseren. De implementatie van de vereiste maatregelen is geen sinecure en vereist heldere en soms pijnlijke (portfolio)keuzes, die in samenspraak met de medisch specialisten gemaakt moeten worden. De vereiste transformatie van de maatschapstructuur kan voor specialisten aantrekkelijk worden gemaakt door hen te laten delen in het (financiële) resultaat. Dit resultaat kan mede door hen gerealiseerd worden door te zorgen voor hoge kwaliteit en lage kosten.

---

<sup>2</sup> 80% van de medisch specialisten opereert in maatschapverband. Maatschappen ontvangen de opbrengsten van hun behandelingen, maar vrijwel alle kosten (medische apparatuur, hulpmiddelen, huisvesting, etc.) worden door 'het ziekenhuis' gedragen. Daarmee ontbreekt de prikkel kostenefficiënt te opereren en logistieke processen te optimaliseren. Zoals een chirurg het beeldend formuleerde: "Kees, mannen blijven jongens, alleen het speelgoed wordt duurder". Als bovendien iemand anders de rekening van dat duurdere speelgoed betaalt, lopen de belangen niet echt parallel. Afhankelijk van het soort specialismen vormen de inkomens van vrijgevestigde specialisten 15% à 20% van de omzet van een ziekenhuis, de overige kosten worden gedragen door 'het ziekenhuis'.

<sup>3</sup> Verschillende alternatieven voor de klassieke maatschapstructuur zijn denkbaar, bijvoorbeeld variabele beloning op basis van integrale opbrengsten én kosten, aandeelhouderschap van 'het ziekenhuis', loondienst met een aangepaste (variabele) beloningstructuur.

<sup>4</sup> Met als doel de zorgkwaliteit van de deelnemende instellingen per se te meten en tevens een directere relatie tussen prijs en (zorg)kwaliteit te realiseren, leidend tot lagere of minder hard stijgende prijzen.

---

Vrije prijzen zijn geen noodzakelijke voorwaarde voor de introductie van winststreven in de zorgsector. Ook met een prijsplafond kunnen de voordelen van op winst gerichte zorgaanbieders worden gerealiseerd. Wel is het belangrijk dat de DBC-systematiek verder wordt verbeterd en in hoog tempo wordt ingevoerd en dat er gedurende het experiment sprake is van stabiliteit in wet- en regelgeving. Een cruciale voorwaarde is eveneens dat ziekenhuizen niet achteraf door de overheid gekort kunnen worden, zeker niet wanneer dat veroorzaakt is door een hoger volume vanwege demografische ontwikkelingen of voortschrijding van de medische techniek.

#### ***4. Er lijkt voldoende belangstelling bij potentiële investeerders te bestaan***

Zonder investeerders geen winstexperiment. Zowel sectorgenoten (inclusief buitenlandse partijen), private equity en financiële instellingen zeggen veel belangstelling te hebben om te investeren in zorginstellingen, inclusief ziekenhuizen. Hun twee belangrijkste zorgen zijn voorspelbaarheid van wet- en regelgeving (met name bekostigings- en DBC-systeem) en een heldere exitregeling wanneer winstoogmerk bij ziekenhuizen onverhoopt door de overheid weer zou worden verboden. Sommige sectorgenoten en private equity-partijen met ervaring en expertise in ziekenhuiszorg kunnen – naast kapitaal voor transformatie van de maatschapstructuur, reorganisatie, groei en innovatie – de meeste toegevoegde waarde leveren, in de vorm van specifieke managementvaardigheden en sectorexpertise. De lage marktkapitalisatie en complexiteit bij een gedwongen exit maken een beursnotering minder aantrekkelijk.

#### ***5. De introductie van winstprikkels brengt ook risico's met zich mee. Deze risico's lijken hanteerbaar***

Winststreven is geen panacee voor alle problemen en winstprikkels in zorginstellingen brengen – zoals overall – ook belangrijke risico's met zich mee. Efficiency ten koste van zorgkwaliteit, ongewenste patiëntselectie, onnodige behandelingen, anticompetitief gedrag, fraude (bijvoorbeeld *upcoding*) en misbruik van het DBC-systeem zijn de grootste risico's. De meeste van deze ongewenste effecten treden echter momenteel al op (met name *upcoding* en misbruik van het DBC-systeem), maar de risico's zouden kunnen worden versterkt door winstprikkels. Het experiment kan waarschijnlijk zodanig worden ingericht dat de *additionele* risico's hanteerbaar zijn en tegelijkertijd het verbeterpotentieel niet wordt aangetast (zie hoofdstuk 3). Het risico van weglekken van (historisch opgebouwd) vermogen uit de zorg kan door een goede juridische en governance-structuur vrijwel geheel worden geëlimineerd.

#### ***6. Actieve verzekeraars en effectieve prikkels voor ziekenhuizen zijn vereist om hogere kwaliteit en lagere kosten te vertalen in lagere prijzen***

Een op winst gerichte onderneming streeft naar lage kosten, hoge kwaliteit en hoge prijzen. Concurrentie en kritische klanten moeten ervoor zorgen dat die prijzen toch zo dicht mogelijk bij de kostprijs liggen. De Nederlandse zorgsector kenmerkt zich door verplicht verzekerde klanten die nauwelijks financiële prikkels hebben om prijs en volume te beperken en door – vooralsnog – beperkte concurrentie tussen zorgaanbieders. Om te zorgen voor een hoge kwaliteit en lage prijzen, moet de rol van kritische klanten daarom voor een belangrijk deel worden overgenomen door verzekeraars. In toenemende mate zijn verzekeraars bereid en in staat klanten te sturen en te investeren in meer transparantie, hogere kwaliteit en lagere prijzen, met als 'beloning' voor de succesvolle zorgaanbieder een hoger volume dat aan andere zorgaanbieders wordt onttrokken.<sup>5</sup> In

---

<sup>5</sup> Een voorbeeld waarbij simultaan toegenomen zorgkwaliteit én efficiency niet alleen heeft geleid tot lagere kosten, maar – mede dankzij druk van verzekeraars en 100% vrije DBC's – ook tot lagere prijzen is de St.

---

aanvulling op deze disciplinerende rol van verzekeraars moet worden getracht specialisten en directies een (financiële) prikkel te geven om lage kosten te vertalen naar lage prijzen, mogelijk in ruil voor een toegenomen volume per categorie behandelingen voor de *best in class* zorgaanbieders. Het winstexperiment zal moeten uitwijzen in hoeverre verzekeraars er samen met de ziekenhuizen daadwerkelijk in slagen hogere efficiency en kwaliteit te vertalen in lagere prijzen per behandeling.

**7. Winststreven leidt onder voorwaarden tot hogere efficiency en kwaliteit en met behulp van verzekeraars hopelijk ook tot lagere prijzen per behandeling of DBC, maar leidt niet automatisch tot een lager volume**

Er zijn vele factoren die de voortdurende stijging van het volume (aantal behandelingen) in de zorg veroorzaken. De belangrijkste factoren zijn demografische ontwikkelingen (vergrijzing), de ontwikkeling van de medische techniek, de rol van verzekeraars, maar ook het bekostigingsstelsel (o.a. DBC-systematiek), onnodige behandelingen, *upcoding* en de (financiële) doelstellingen van artsen en 'het ziekenhuis'. Bekostigingsstelsel, rol van verzekeraars, onnodige behandelingen en *upcoding* zijn hierboven onder 5. en 6. genoemd en worden in hoofdstuk 3 verder besproken. Demografische ontwikkelingen en de stand van de medische techniek vallen buiten het bestek van dit rapport. Resterend winststreven als doelstelling van 'het ziekenhuis'. Het risico dat winststreven het volume autonoom (in isolatie van de overige factoren) *extra* zal opdrijven lijkt beperkt.

**8. De conclusie luidt dat het de moeite waard is een winstexperiment in Nederlandse ziekenhuizen op te zetten, onder een aantal voorwaarden**

Gezien de verwachte bijdrage die winststreven kan leveren aan een betere prijs/kwaliteitverhouding van ziekenhuiszorg, de overzienbare risico's en de elimineerbare belemmeringen, beveel ik aan een winstexperiment op te zetten.<sup>6</sup>

Een dergelijk experiment heeft de volgende karakteristieken:

- Deelname van 4 à 6 geselecteerde zorginstellingen (bestaand ziekenhuis, verzelfstandiging van een deel (*carve out*) of een nieuw op te bouwen zorginstelling)<sup>7</sup>;
- Btw-vrijstelling voor de deelnemende ziekenhuizen om te zorgen voor een gelijk speelveld tussen deelnemende en overige ziekenhuizen;
- Een looptijd van 5 jaar, waarbij na evaluatie en gebleken succes het winstverbod wordt opgeheven;
- Als rechtsvorm een BV (of NV) waarin investeerders en eventueel management, medisch specialisten en de huidige eigenaar (stichting) participeren en waarbij maatregelen tegen weglekken van vermogen statutair zijn vastgelegd (o.a. dividend, leningen van investeerders, *sale & lease back*, *asset sales*, zeggenschap);
- Inbreng van huidige activa tegen marktwaarde om weglekken tegen te gaan, met due diligence en betrokkenheid van een *investment bank* en accountant bij overdracht;

---

Maartenskliniek, waar in 2007 de prijzen met 4% zijn gedaald, nadat zij in 2006 al met 1% waren gedaald. Die prijsdalingen waren voor verzekeraars een voorwaarde om het (elders weggehaalde) volume te laten stijgen.

<sup>6</sup> Winststreven kan leiden tot betere kwaliteit tegen een lagere prijs. De vraag hoe het volume zich ontwikkelt is een andere vraag, dat wordt door vele andere factoren bepaald. Bijvoorbeeld het volume in het B-segment is in 2007 gemiddeld 12% gestegen. Er zijn tekenen dat die stijging niet zozeer veroorzaakt is door een grotere zorgvraag maar grotendeels door verschuivingen naar duurder DBC's en soms onnodige behandelingen. Dergelijke mechanismen zijn inherent aan het huidige systeem en staan los van winststreven.

<sup>7</sup> Bij de selectie dient ervoor te worden gewaakt dat er geen ongewenste lokale monopolies ontstaan.

- 
- Transformatie van de klassieke maatschapstructuur voor elk deelnemend ziekenhuis (zie ook voetnoot 3);
  - Halfjaarlijkse rapportage over financiële en operationele efficiency, prijs, volume en kwaliteit van de geleverde zorg aan de hand van een te ontwerpen monitoringset van kwaliteitsindicatoren waarover publiekelijk wordt gerapporteerd;
  - Heldere afspraken met verzekeraars over transparantie, kwaliteit, prijzen en volume, aangevuld met (financiële) prikkels voor specialisten en directie om kwaliteit hoog en prijzen laag te houden;
  - Tussentijdse beëindiging van het experiment door de NZa of de minister is mogelijk bij een significante daling van de zorgkwaliteit (m.n. mortaliteit en complicaties);
  - Tussenevaluatie na twee jaar en eindevaluatie in jaar vijf op basis van de periodieke rapportages en een aanvullend oordeel van een onafhankelijke visitatiecommissie;
  - Heldere exitregeling voor investeerders wanneer het verbod op winstoogmerk niet wordt opgeheven; inkoop van aandelen op basis van marktwaarde, met due dilligence en betrokkenheid van *investment bank* en accountant.

Zonder deelnemende ziekenhuizen geen experiment. Niet alleen financieel noodlijdende, maar ook een aantal goed lopende, ambitieuze ziekenhuizen zegt deel te willen nemen aan het experiment. Zij hopen zich daarmee (verder) te kunnen onderscheiden van andere zorginstellingen qua zorgkwaliteit en kosten. Ze zeggen bereid te zijn additionele inspanningen te verrichten (m.n. extra transparantie over medische kwaliteit en transformatie van de maatschapstructuur). Wanneer dit realiteit wordt kan het winstexperiment een impuls geven aan de ziekenhuiszorg in Nederland. Niet alleen de deelnemende zorginstellingen en hun patiënten zouden daar wel bij varen, het stimuleert tevens de overige zorgaanbieders een inhaalslag te maken.

---



---

## 1. INLEIDING

Het is Nederlandse ziekenhuizen wettelijk verboden winst uit te keren aan externe financiers.<sup>8</sup> Dit betekent dat Nederlandse ziekenhuizen geen externe risicodragende investeerders kunnen aantrekken, in tegenstelling tot ziekenhuizen in andere Europese landen en de Verenigde Staten.<sup>9</sup> De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is door een Nederlands ziekenhuis verzocht dit verbod bij wijze van experiment op te heffen. Naar aanleiding daarvan heeft de NZa mij gevraagd twee vragen te beantwoorden:

1. Is het wenselijk een experiment op te zetten voor ziekenhuizen met een winstoogmerk (financiering met extern eigen vermogen en uitkering van winst)?
2. Zo ja, hoe zou een dergelijk 'winstexperiment' er uit moeten zien?

Bij de beantwoording van deze twee vragen zijn doel, randvoorwaarden en risico's leidend. Het doel van winststreven in de zorg – de achterliggende motivatie voor het winstexperiment – is tweërlei:

1. Lagere kosten, leidend tot lagere prijzen
2. Hogere kwaliteit van de zorg

In dit rapport wordt besproken of het doel van winststreven bij ziekenhuizen (hogere efficiency en kwaliteit) middels een winstexperiment kan worden gerealiseerd, welke risico's daarbij spelen en welke voorwaarden aan een winstexperiment moeten worden gesteld.

Vraag 1 over de wenselijkheid van een experiment wordt besproken in de hoofdstukken 2, 3 en 4. Hoofdstuk 2 bespreekt het verbeterpotentieel van efficiency en zorgkwaliteit in ziekenhuizen en geeft aan of winststreven een effectief middel is om dat potentieel te benutten. In hoofdstuk 3 worden de risico's en belemmeringen op een rijtje gezet die gepaard gaan met de introductie van winstprikkel. Hoofdstuk 4 geeft aan welke typen investeerders interesse hebben om te investeren en welke de meeste toegevoegde waarde kunnen leveren aan zorginstellingen.

Vraag 2 over de opzet van een experiment wordt besproken in hoofdstuk 5. In dit hoofdstuk worden de vragen beantwoord over de gewenste duur van het experiment, de selectie van kandidaatziekenhuizen, de juridische, fiscale en governance-structuur, de spelregels tijdens het experiment die de risico's moeten indammen, de tussentijdse en eindevaluatie en de beëindiging van het experiment.

Vanwege eenvoud en relevantie wordt in het rapport de bekostigingssystematiek vanaf 2009 als uitgangspunt gehanteerd.<sup>10</sup> De huidige situatie is niet relevant omdat 2008 en 2009 voorbereidingsjaren zullen zijn.

---

<sup>8</sup> Het verbod op winstoogmerk is van toepassing op het verrichten van medisch-specialistische zorg en zorg in combinatie met verblijf, voor zover die zorg wordt vergoed onder de AWBZ of de ZVW. Dit vloeit voort uit de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) art. 5 en het Uitvoeringsbesluit WTZi.

<sup>9</sup> O.a. in Duitsland, Frankrijk, Verenigd Koninkrijk, Zweden, Spanje en Griekenland is het ziekenhuizen toegestaan winst uit te keren.

<sup>10</sup> In grote lijnen kent het bekostigingssysteem vanaf 2009 de volgende karakteristieken (gedurende het voorjaar 2008 ontstond discussie of dit bekostigingssysteem wellicht zou worden aangepast of uitgesteld, die discussie is in het hierna volgende overzicht niet meegenomen):

- Behandelingen worden afgerekend in DBC-eenheden (m.u.v. het A0-segment).
- Voor het grootste deel van de zorg (B1- en B-segment) komt het tarief per DBC tot stand door individuele onderhandelingen tussen ziekenhuis en verzekeraar; hierbij kunnen afspraken gemaakt

---

De bekostigingssystematiek vanaf 2009 is weliswaar niet gebaseerd op volledig vrije prijzen, maar vrije prijzen vormen geen voorwaarde voor een succesvolle invoering van winstprijken.<sup>11</sup>

---

worden over kwaliteit en volume. Voor de overige DBC's (A1-segment) wordt de (maximum-)prijs door de NZa vastgesteld.

- Het ziekenhuis ontvangt van de verzekeraar het afgesproken tarief per DBC.
- Uit dit tarief moeten alle ziekenhuiskosten worden betaald, ook de kapitaallasten.
- Voor ca. 50% van de zorg (het A1- en B1-segment) komt er maatstafconcurrentie. Ziekenhuizen mogen met de prijzen die ze afspreken met de verzekeraars niet boven een vooraf bekend gemaakt gemiddelde uitkomen. Gebeurt dat toch, dan worden de te hoge opbrengsten verrekend en teruggestort in het zorgverzekeringsfonds. Doel van de maatstaf is om te voorkomen dat ziekenhuizen excessief hoge tarieven afdwingen bij de verzekeraars. De maatstaf geldt tijdelijk en wel voor een periode van drie jaar.
- In het B-segment (ca. 20% van de zorg in 2008) bestaat geen prijsplafond.
- Voor het overige gedeelte van de zorg worden de tarieven door de NZa vastgesteld. Dit betreft met name vergoedingen voor de beschikbaarheid van spoedeisende hulp waaronder SEH-afdelingen en traumacentra. Het achterliggende idee is dat marktwerking voor die vormen van zorg niet of onvoldoende effectief is.

Zodoende loopt een ziekenhuis voor het B-segment volledig inkomstenrisico (zowel op prijs als volume) en kostenrisico (de vermogenslasten zijn ook voor eigen rekening), terwijl voor het B1-segment de prijzen aan een maximum gebonden zijn. Kostenrisico loopt een aanbieder ook in A1/B1 en volumerisico geldt over de gehele productie met uitzondering van de vaste vergoedingen in het A0-segment.

<sup>11</sup> In Duitsland hebben ziekenhuizen met winstoogmerk altijd gefunctioneerd onder een regime van vaste prijzen. Pas recentelijk zijn daar de prijzen vrij gelaten.

---

## 2. VERBETERPOTENTIEEL

Dit hoofdstuk beschrijft het verbeterpotentieel in Nederlandse ziekenhuizen, met name op het gebied van efficiency en zorgkwaliteit (medische kwaliteit en servicekwaliteit).<sup>12</sup> De vraag in welke mate dit potentieel gerealiseerd zou kunnen worden middels winststreven komt in het volgende hoofdstuk aan bod.

Drie categorieën verbetermogelijkheden worden in dit hoofdstuk achtereenvolgens besproken:

- Focus in portfolio: doen waar je goed in bent
- *Operational en medical excellence*: wat je doet, goed doen, en met passie
- Een gezonde financiële positie: zorgen dat je het kunt blijven doen

### 2.a Focus in portfolio: doen waar je goed in bent

In Nederland is het gebruikelijk dat een ziekenhuis vrijwel alle zorg biedt, er zijn heel weinig specialistische klinieken.<sup>13</sup> Het lijkt of elk ziekenhuis er bewust naar streeft alle behandelingen zelf te kunnen aanbieden. Dat leidt vaak tot hoge zorgkosten en een relatief lage kwaliteit. Focus daarentegen, doen waar je goed in bent en daarmee een groot volume genereren voor één of een beperkt aantal specialismen, leidt tot lagere kosten per behandeling en hogere medische kwaliteit (m.n. mortaliteit, complicaties, heropnamen, herstel). Dat wordt hoofdzakelijk veroorzaakt door zogenaamde leereffecten.

Oefening baart kunst. Dit geldt ook in de zorg en zeker in een ziekenhuis. Ziekenhuizen en artsen die een bepaalde behandeling vaak uitvoeren ontdekken uit zichzelf en van elkaar wat de slimste behandelwijze en bijbehorende organisatie is, met de kortste behandeltime en met de minste fouten. Door ervaring kunnen ook de kosten omlaag, doordat er efficiënter gewerkt wordt en doordat er minder kosten worden gemaakt om complicaties en fouten te verhelpen.

Dit leereffect is uitgebreid gedocumenteerd in de wetenschappelijke literatuur. Zo laat Birkmeyer zien dat voor vier verschillende behandelingen de kwaliteit (gemeten als mortaliteit) in ziekenhuizen met hoge volumina per behandeling altijd hoger is dan in ziekenhuizen met lage aantallen per behandeling (voor slokdarmkanker-operaties is de kwaliteit in ziekenhuizen met hoge volumina zelfs 300% hoger).<sup>14</sup> Bennet e.a. beschrijven dat hoogvolume chirurgie minder complicaties veroorzaakt.<sup>15</sup> Harom e.a. tonen aan dat hoge volumes met zowel kwaliteitsverbeteringen als

---

<sup>12</sup> Medische kwaliteit heeft betrekking op het medisch handelen zelf, met name mortaliteit, morbiditeit, complicaties, infecties, heropnames en herstel. Servicekwaliteit betreft service-ervaring door de patiënt, m.n. bejegening door artsen en verplegend personeel, sommige wachtlijsten, wachttijden en ziekenhuisvoorzieningen.

<sup>13</sup> Uitzonderingen zijn bijv. de Sint Maartenskliniek (orthopedie, reumatologie, revalidatiegeneeskunde), Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis (oncologie), Dr. Bernard Verbeeten Instituut (radiotherapeutische oncologie en nucleaire geneeskunde) en het Oogziekenhuis Rotterdam (oogheelkunde).

<sup>14</sup> John D. Birkmeyer, Leapfrog Patient Safety Standards: The Potential Benefits of Universal Adoption, NEJM, November 2000

<sup>15</sup> Bennet, Stryker, Ferreira, Adams en Beart, The learning curve for laparoscopic colorectal surgery. Preliminary results from a prospective analysis of 1194 laparoscopic-assisted colectomies. Archives of Surgery, January 1997

---

kostenreducties gepaard gaan.<sup>16</sup> Farsi en Filippini rapporteren dat ziekenhuizen met meerdere specialisaties relatief duur zijn, zelfs als rekening wordt gehouden met patiëntmix en lesactiviteiten.<sup>17</sup> Lin e.a.<sup>18</sup> vinden dat hoogvolume ziekenhuizen – gecontroleerd voor casemix – 40% goedkoper zijn dan laagvolume ziekenhuizen en dat for-profit-zorginstellingen gemiddeld nog eens 30% extra goedkoper zijn.<sup>19</sup> Konetzy e.a. vinden 10-15% lagere kosten bij hoogvolume blaaskankerbehandelingen.<sup>20</sup> Domingo e.a. beschrijven een gespecialiseerde COPD-kliniek, die de kosten met 25-30% weet te reduceren, waarbij tegelijkertijd de kwaliteit toeneemt: een gespecialiseerde COPD-kliniek reduceert het aantal spoedopnames met 25%.<sup>21</sup> Weitz e.a. vinden dat bij kankerbehandelingen hoog volume consistent positief correleert met lagere mortaliteit. In de oncologische chirurgie hebben hoogvolume ziekenhuizen 45%-85% lagere mortaliteit dan laagvolume instellingen.<sup>22</sup>

Deze studies geven aan dat de hogere kwaliteit van zorg en lagere kosten hand in hand gaan bij het streven naar focus. Dit is ook de conclusie van Vollmer e.a., die laten zien dat hogere kosten niet per se hogere kwaliteit betekent, in tegendeel: zij vinden een *negatieve* correlatie tussen kosten en kwaliteit.<sup>23</sup> Ook Barro e.a. laten zien dat gespecialiseerde cardiologische centra dezelfde kwaliteit van zorg leveren tegen lagere kosten.<sup>24</sup> Leereffecten zijn ook gedocumenteerd in knieoperaties in een Duits ziekenhuis over de periode 1994-2000. Bij een verdubbeling van het aantal operaties, neemt de operatietijd met 18,4% af.<sup>25</sup>

Het leereffect lijkt *de* kritieke factor voor het realiseren van verbeterpotentieel.

*Een voorbeeld hoe focus kan leiden tot hogere efficiency. In Nederland zijn ruim 450 oogartsen actief, die ongeveer 50% van hun werktijd besteden aan staaroperaties (225 FTE 'staar-oogartsen'). Per jaar verrichten zij gezamenlijk 120.000 staaroperaties. Naar internationale maatstaven is 20 staaringrepen per dag een goede, maar geen extreme productie. Eén FTE oogartscapaciteit, die 20 staaroperaties per dag doet, 3 dagen per week, 40 weken per jaar, zou dan  $20 \times 3 \times 40 = 2.400$  staaroperaties per jaar kunnen doen. De 120.000 staaroperaties zouden dan door 50 FTE staar-oogartsen uitgevoerd kunnen worden. Met andere woorden, er bestaat bijna 80% overcapaciteit. Het DBC-tarief voor een staaroperatie ligt rond de €1.300 en de kostprijs van een*

---

<sup>16</sup> Harom, Tang, Gordon, Bowman, Choti, Kaufman, Bender, Duncan, Magnuson, Lillemoe en Cameron: Hospital Volume Can Serve as a Surrogate for Surgeon Volume for Achieving Excellent Outcomes in Colorectal Resection, *Annals of Surgery*, September 1999

<sup>17</sup> Farsi en Filippini, Effects of ownership, subsidization and teaching activities on hospital costs in Switzerland, *Health Economics*, 2007

<sup>18</sup> Heng-Ching Lin, Sudha Xirasagar, Chi-Hung Chen, Chia-Chin Lin, Hsin-Chien Lee, Association Between Physician Volume and Hospitalization Costs for Patients With Stroke in Taiwan, *Stroke* 38 (2007) 1565-1569

<sup>19</sup> Volgens deze studie zijn ziekenhuizen met een for-profit-status nog eens 30% goedkoper.

<sup>20</sup> Badrinath R. Konety, Vibhu Dhawan, Veerasathpurush Allareddy, Micheal A. O'Donnell, Association between volume and charges for most frequently performed ambulatory and nonambulatory surgery for bladder cancer. Is more cheaper?, *Journal of Urology*, 172 (September 2004) 1056-1061

<sup>21</sup> Ch. Domingo, J. Sans-Torres, J. Solà, H. Espuelas, A. Marín, Effectiveness and Efficiency of a Specialized Unit in the Care of Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Respiratory Insufficiency, *Arch. Bronconeumol.* 42(3) (2006) 104-112

<sup>22</sup> Jürgen Weitz, Moritz Koch, Helmut Friess, Markus W. Büchler, Impact of Volume and Specialization for Cancer Surgery, *Dig. Surg.* 21 (2004) 253-261

<sup>23</sup> Charles M. Vollmer, Wande Pratt, Tsafrir Vanounou, Shishir K. Maithel, Mark P. Callery, Quality Assessment in High-Acuity Surgery, *Arch. Surg.* 142 (April 2007), 371-380

<sup>24</sup> Jason R. Barro, Robert S. Huckman, Daniel P. Kessler, The effects of cardiac specialty hospitals on the cost and quality of medical care, *Journal of Health Economics* 25 (2006) 702-721

<sup>25</sup> Ernst, Ernst en Szczeny, 2003. Does learning matter for knee replacement surgeries? Data evidence from a German hospital. *Financial Accountability & Management* 19(4): 375-396.

---

*operatiekamer is ongeveer €3.500 per dag (inclusief ondersteuning, exclusief medisch specialist). Een 'focused factory' voor staaroperaties (op basis van 1FTE) zou (bij het huidige tarief) de volgende winstgevendheid laten zien:*

*Omzet  $2.400 \times €1.300 = €3,12\text{mln}$ ;*

*Kosten  $€3.500 \times 3 \text{ dagen} \times 40 \text{ weken} = €0,42\text{mln}$ .*

*Winst (voor loonkosten en belasting) €2,7mln.*

*Deze winst wordt in de huidige situatie over 4,5 FTE staar-oogartsen verdeeld.<sup>26</sup>*

Focus leidt tot hogere volumes per categorie behandelingen, waardoor naast leereffecten ook positieve utilisatie-effecten optreden. Wanneer kostbare bedrijfsmiddelen worden gebruikt, zoals specialistische diagnostische en OK-apparatuur en *devices*, kunnen bij hoge volumina de kosten per behandeling worden verlaagd door deze beter te benutten en omsteltijden te beperken.

*Een Frans Universitair Ziekenhuis wilde twee locaties samenvoegen. Eén locatie werd afgestoten, terwijl de andere werd uitgebreid, zodanig dat de totale capaciteit ongewijzigd bleef. De begrote investering bedroeg 140 miljoen euro. Uit een investeringsaudit bleek een besparing van 30% mogelijk door beter gebruik van de operatiekamers, apparatuur en andere bedrijfsmiddelen. Ook werden afspraken gemaakt met andere zorgverleners aan wie het ziekenhuis de 'simpele' verrichten ging doorverwijzen. Dit verminderde de benodigde capaciteit, waardoor nog eens 10% extra bespaard kon worden.<sup>27</sup>*

Een ander voorbeeld zijn commerciële ziekenhuisketens in Duitsland die in de jaren '90 voornamelijk hebben geïnvesteerd in ziekenhuizen die in financiële problemen waren geraakt.<sup>28</sup> Door focus in het zorgaanbod aan te brengen bleken zij in staat de ziekenhuizen weer winstgevend te maken zonder de kwaliteit van zorg te verlagen.

Andere voorbeelden van zogenaamde *focused factories* laten zien dat kostenbesparingen van 20-40% mogelijk zijn. De focus van het Amerikaanse 'Duke' ziekenhuis op *congestive heart failure* zorgde voor een kostenreductie van 28%, met simultaan betere medische kwaliteit (lagere mortaliteit en minder complicaties). Focus op chirurgie in het Texas Heart Institute heeft geleid tot 30-50% lagere kosten dan vergelijkbare ziekenhuizen. ZBC's in Nederland hanteren 20% lagere DBC-prijzen dan reguliere ziekenhuizen<sup>29</sup>.

Bij het maken van portfoliokeuzes moet goed worden gekeken naar wat economen *cross-sell*-effecten noemen: patiënten die via de ene afdeling of specialist elders in het ziekenhuis terecht komen. De SEH (afdeling spoedeisende hulp) is daarvan een goed voorbeeld. Uit onderstaande cijfers blijkt dat deze 'sluitpost' meer aandacht verdient en moet worden meegenomen in een portfolioanalyse.

*De radiologieafdeling is van de radiologen, de intensive care is van de intensivisten. De SEH is van niemand. Van 19 onderzochte SEH's hebben maar 2 locaties een goed werkende SEH-commissie. Ondanks een noodsignaal van de Inspectie in 2004 is de medische eindverantwoordelijkheid in de helft van de SEH's nog steeds niet vastgelegd.*

*Van de zeer urgente patiënten die binnen 10 minuten een arts moeten zien, wordt slechts 39% ook daadwerkelijk binnen 10 minuten gezien. De spreiding tussen locaties varieert*

---

<sup>26</sup> Interview met Jaap Maljers, Plexus Medical Group

<sup>27</sup> Bron: BCG-casestudie.

<sup>28</sup> O.a. Asklepios, Rhön-Klinikum en Helios.

<sup>29</sup> NZa, 2007. Monitor Ziekenhuiszorg 2007, p. 53.

---

*echter tussen de 15% en 74%. Gemiddeld verblijft 6% van de patiënten langer dan 4 uur op de SEH.*

*De kosten van een SEH bedragen vaak minder dan 1% van het totale ziekenhuisbudget, terwijl zo'n 10-20% van alle polikliniekbezoeken, 30-50% van alle klinische opnamen en 15-25% van alle IC-opnamen van de SEH komt.<sup>30</sup>*

Focus zou ook kunnen betekenen achterwaartse (richting eerstelijnszorg) of zelfs voorwaartse (specifieke verplegende verzorging) integratie. De scheidslijnen tussen de huisarts, het ziekenhuis en verplegende verzorging zijn soms te scherp en inflexibel. Wanneer bijvoorbeeld een gespecialiseerd ziekenhuis aantoonbaar beter en goedkoper in staat zou zijn een aandoening te behandelen dan de huisarts, dan zou het ziekenhuis in staat gesteld moeten worden die zorg te leveren. Het omgekeerde komt waarschijnlijk vaker voor: de huisarts die tegen lagere kosten tenminste dezelfde kwaliteit zorg zou kunnen leveren of via preventieve maatregelen kan voorkomen dat ziekenhuisbehandeling of -opname nodig is. Een belemmering daarbij is echter de huidige financieringswijze, waarbij investeringen in additionele capaciteit en activiteiten in de eerste lijn voor rekening van een verzekeraar komen, terwijl de opbrengsten (lagere kosten, minder opnames bij ziekenhuizen) vanwege de vereveningsregeling niet altijd bij diezelfde verzekeraar terecht komen. Nog een andere mogelijkheid van focus is uitbesteding, niet alleen van administratieve (backoffice) diensten, maar ook van bepaalde medisch-specialistische activiteiten (m.n. de ondersteunende specialismen) en uitbesteding aan ZBC's.

Tegenover de voordelen van focus in portfolio wordt door vertegenwoordigers van algemene ziekenhuizen soms het 'externe transactiekostennadeel' genoemd: een ziekenhuis zal vaker moeten doorverwijzen naar andere ziekenhuizen, bijvoorbeeld als op de polikliniek blijkt dat een behandeling vereist is die het ziekenhuis zelf niet uitvoert. Bij de verwijzing en overdracht kunnen fouten ontstaan, nieuwe wachttijden kunnen het gevolg zijn, etc. Echter, door slechte logistiek, gebrekkige informatiesystemen en gebrekkige afstemming van interne processen scoren juist grote ziekenhuizen vaak slecht op 'organisatorische' kwaliteit<sup>31</sup>. Een verwijzing van de ene afdeling naar de andere afdeling binnen eenzelfde ziekenhuis is niet noodzakelijkerwijs beter geregeld dan een verwijzing naar een ander ziekenhuis.

Het aanbrengen van focus in portfolio kan als gevolg hebben dat een zorginstelling zich volgens de huidige (interpretatie van de) regels niet kwalificeert als een opleidingsziekenhuis. Momenteel wordt de eis gesteld dat bepaalde specialismen in de volle breedte aanwezig moeten zijn. De vraag kan worden gesteld of (de interpretatie van) de bestaande regels hieromtrent nuttig en noodzakelijk zijn.

Verzekeraars kunnen een belangrijke rol spelen bij het stimuleren van focus door patiënten naar gespecialiseerde ziekenhuizen of klinieken te 'sturen'. Zij kunnen dat bijvoorbeeld bereiken door de consument een eigen bijdrage te vragen voor behandelingen bij ziekenhuizen die qua prijs en kwaliteit minder goed scoren. Een dergelijke beperking van keuzevrijheid kan stuiten op weerstand en moet daarom zorgvuldig en in stappen worden ingevoerd. Een eerste stap is de verzekerden beter te informeren over de kwaliteit van gespecialiseerde zorgaanbieders en de verzekerde zelf te laten kiezen, geholpen door een financiële prikkel of ander voordeel (bijv. korte wachttijd, *one-stop-shop* (zoals intake, MRI-scan, diagnose en uitslag in één dag), gratis hotelovernachting indien nodig, thuis ophalen, etc.). Een ander voorbeeld is de keuze tussen een natura- en restitutiestelsel. Bij een naturapolis is de verzekerde niet vrij een behandelaar te kiezen en wordt de rekening rechtstreeks door de zorgverlener aan de verzekeraar gestuurd op basis van gecontracteerde – doorgaans relatief

---

<sup>30</sup> "Op het scherpste van de snede", een uitgave van Plexus Medical Group 2008, diverse auteurs

<sup>31</sup> Zie o.a. de Elsevier-enquête.

---

lage – tarieven. Een restitutiepolis is duurder maar biedt de verzekerde de vrijheid zelf een zorgverlener te kiezen. Zodoende worden door verzekeraars stap voor stap pogingen gedaan de patiënt te laten behandelen door hoge kwaliteit- annex lageprijszorgaanbieders.<sup>32</sup>

Een aanpassing van het zorgaanbod van een ziekenhuis is geen sinecure en lukt niet van de ene op de andere dag. Op basis van buitenlandse ervaringen is het te verwachten dat zo'n veranderingsproces twee jaar in beslag kan nemen, en dan alleen als management en medische staf werkelijk geëngageerd zijn. Maatschappen van medisch specialisten, maar ook artsen in loondienst, zullen een reductie van de eigen activiteiten niet zonder meer accepteren. Een goed onderbouwd plan, met de nodige (financiële) prikkels, opgesteld in samenspraak met de betrokken artsen, met een helder perspectief voor de verschillende partijen is een noodzakelijke voorwaarde (zie ook hoofdstuk 3).

Samenvattend, op basis van bestaand (wetenschappelijk) onderzoek en gedocumenteerde casestudies creëert focus in portfolio voor de electieve (planbare) zorg (zo'n 60% a 70% van alle ziekenhuiskosten) 20% tot 40% kostenbesparingspotentieel plus een toename van de medische kwaliteit met 10% à 40%. Focus in portfolio is een keuze die ziekenhuizen zelf kunnen en moeten maken. Verzekeraars kunnen zeker behulpzaam zijn, maar ziekenhuizen zelf beschikken over de relevante informatie en middelen om heldere portfoliobeslissingen te nemen. Winstoogmerk voegt daar een extra en wellicht noodzakelijke prikkel aan toe.

Wellicht ten overvloede, niet alle bestaande ziekenhuizen zouden omgetoverd moeten worden in *focused factories* die slechts 1, 2 of 3 specialismen in huis hebben, slechts een beperkt aantal van de huidige algemene ziekenhuizen zou dat moeten doen. Wel zouden algemene ziekenhuizen op grote schaal moeten 'kiezen' waar ze per specialisme op willen focussen op het electieve vlak en vooral wat ze niet (meer) doen. Bijvoorbeeld chirurgen die zich vooral op buiken specialiseren en geen vaten, internisten die zich op kanker specialiseren, etc.

Daarnaast blijft de behoefte bestaan aan algemene ziekenhuizen voor zogenaamde 'multi-patiënten' (patiënten met grotere kans op comorbiditeit zoals oudere patiënten of jongere patiënten met meervoudige aandoeningen) of bij urgente complicaties waarbij plotseling een specialist nodig is.

Het potentieel voor focus in portfolio en bestaande tegenkrachten van focus in portfolio zijn dermate groot dat niet gevreesd hoeft te worden voor een land vol *focused factories*, en zeker niet in het kader van dit winstexperiment.

## **2.b Operational en medical excellence: wat je doet, goed doen**

In de vorige paragraaf zagen we dat focus in portfolio een aanzienlijk verbeterpotentieel creëert. Niettemin zal een groot aantal algemene ziekenhuizen (moeten) blijven bestaan. Wel kunnen deze algemene ziekenhuizen focussen binnen de bestaande specialismen. Maar ook voor zorginstellingen met een breed portfolio (inclusief spoedeisende hulp) bestaan veel mogelijkheden om de bedrijfsvoering en medische processen te verbeteren, zowel qua kosten als kwaliteit. Dit streven naar

---

<sup>32</sup> De ervaringen in het huidige B-segment zijn daarin redelijk positief. Zo is er in staaroperaties een flinke specialisatie opgetreden. In de VS vindt het sturen van patiënten via de zorgpolis al op grote schaal plaats door middel van *tiered networks*: de copayment mix (een soort eigen bijdrage) wijzigt als patiënten in een ander ziekenhuis behandeld willen worden.

---

*operational* en *medical excellence* betekent vanuit bedrijfsmatig en medisch oogpunt: wat je doet, goed doen.

### **Operational excellence (in enge zin)**

In algemene ziekenhuizen lopen vele primaire patiëntprocessen (diagnose, behandeling, opname, controle), voor een groot aantal specialismen (25 à 30 voor grotere ziekenhuizen) voor grote aantallen patiënten naast elkaar en door elkaar heen. Daar van afgeleid worden veel ondersteunende processen georganiseerd, zoals inkoop, administratie, restauratieve voorzieningen, *facility management*, technische dienst, bouw, inrichting, onderhoud en schoonmaak van de gebouwen, parkeren, etc. Bovendien kent het primaire, medische proces veel onzekerheden (niet alleen eerste hulp en acute zorg, maar ook onzekerheden in de diagnose en behandelfase van reguliere medische zorg). Dit complex aan factoren stelt hoge eisen aan een optimale organisatie, inrichting, planning en logistiek van een algemeen ziekenhuis. Daar komt bij dat de medisch specialisten, degenen die de primaire patiëntprocessen en zorgkosten sterk beïnvloeden, zelf weinig of geen (financiële) prikkels hebben om de kosten te beperken en de verschillende processen onderling goed op elkaar af te stemmen. Dit betekent dat het verbeterpotentieel voor patiëntvriendelijke processen en lage kosten van algemene ziekenhuizen groot is.

Met name op het gebied van planning, logistiek en ook inkoop zijn belangrijke besparingen mogelijk. Deze maatregelen hoeven niet ten koste te gaan van kwaliteit, integendeel. Zo kan bijvoorbeeld de doorlooptijd voor patiënten verkleind worden door afspraken met verschillende afdelingen direct en op dezelfde dag in te plannen. Dit betekent voor de patiënt een snellere diagnose en minder reis- en wachttijd, en voor het ziekenhuis lagere administratieve kosten en parkeercapaciteit. Ook kan de bezettingsgraad van operatiekamers en medische apparatuur sterk worden verhoogd door effectievere planning, waarmee aanzienlijke kostenbesparingen mogelijk zijn, terwijl tegelijkertijd de wachttijd korter wordt. Naast effectievere planning zou ook het aantal bedrijfsuren van kostbare medische apparatuur fors kunnen worden uitgebreid door – afgezien van acute hulp – niet slechts tussen 8 en 5 uur op werkdagen te opereren en diagnosticeren.

*In een Portugees ziekenhuis werd het gebruik van de tien operatiekamers (OK's) geanalyseerd. Een betere benutting van de beschikbare capaciteit zou de efficiency vergroten en doorlooptijden en wachtlijsten verkleinen. Het bleek optimaal om een fulltime OK-manager aan te stellen om toezicht te houden op het gebruik en zodoende inefficiënties te verminderen. Tegelijkertijd veranderde het ziekenhuis de allocatiebasis van OK-tijd naar financiële opbrengsten per OK-minuut. Daarbij werden ook de interne regels voor het gebruik van de OK's aangepast. Niet de door de chirurg gevraagde tijd wordt gereserveerd, maar de gemiddelde tijd voor het type operatie. Een week van tevoren wordt een draaiboek gecommuniceerd naar alle betrokkenen, waarbij doorlooptijden zijn teruggerekend zodanig dat de OK's maximaal benut worden. Patiënten worden 'just in time' binnengebracht en de OK-manager zorgt voor continue monitoring van begin- en eindtijden, waarbij traagheid en 'no-show' resulteren in sancties. Anderzijds krijgen chirurgen met een hoge opbrengst per OK-minuut meer OK-tijd toegewezen. De veranderingen resulteerden in 70% meer operaties<sup>33</sup>.*

Andere voorbeelden zijn kortere opnames door betere preoperatieve en postoperatieve planning en meer sturen op innovatieve endoscopische ingrepen die leiden tot veel minder opnamedagen. Dat is goed voor de patiënt want in het algemeen geldt, per behandeling, hoe korter in het ziekenhuis hoe

---

<sup>33</sup> Operaties met een lange duur namen met 3% toe en operaties met een korte duur 280%. BCG-casestudie.



---

beter. Het is ook aantrekkelijk voor het ziekenhuis, want die extra dagen worden in het DBC-systeem niet vergoed (daarin wordt een normbedrag per behandeling vergoed).

*Verzekeraar Cigna uit de VS stuurt aan op operational excellence bij ziekenhuizen met wie zij zorgcontracten sluit. Cigna heeft zowel kwaliteits- als kosteninformatie van zorgaanbieders opgenomen in een keuzeondersteunende webapplicatie. Ongeveer 15% van de ziekenhuizen waar Cigna een contract mee heeft afgesloten voldoet aan de criteria van 'Centers of Excellence', wat aangeeft dat de zorgaanbieder de hoogste score op de effectiviteit van de behandeling en op kostenefficiency haalt.*

*Indien alle verzekerden van Cigna uitsluitend gebruik zouden maken van Centers of Excellence, zou dat resulteren in een afname van het aantal complicaties van 30% en een kostenreductie van 40%.*

*De verzekerden van Cigna gebruiken de ranglijsten om hun keuze voor een zorgaanbieder te maken. De verzekerde is vrij in zijn of haar keuze voor een zorgaanbieder. De keuze heeft momenteel geen invloed op de dekking of op de eigen bijdrage. Cigna is echter van plan om in de toekomst consumenten financieel te prikkelen om van de Centers of Excellence gebruik te maken<sup>34</sup>.*

ICT is een ander terrein waarop een achterstand moet worden ingelopen. De gezondheidszorg en ziekenhuizen in het bijzonder vormen een informatie-intensieve sector (patiëntdossier, diagnose, medicatiedossier, laboratorium, röntgenfoto's/MRI-scans, verpleeggegevens, planning, etc.). Gemiddeld wordt 2% van de omzet door ziekenhuizen geïnvesteerd aan ICT, minder dan in welke andere (overheid)sector dan ook.<sup>35</sup> Investerings in ICT (EPD, plannings- en beslissingsondersteunende systemen, telemonitoring, telezorg, etc.) zijn noodzakelijk om de efficiency te verhogen, fouten te voorkomen en (zorg)kwaliteit te verhogen. De discussie over bijvoorbeeld het elektronisch patiëntdossier (EPD) loopt al jaren.<sup>36</sup> De overheid heeft vaak toegezegd daar een rol in te zullen spelen en heeft haar beloften tot nu toe nog niet waar gemaakt, maar ook de sector zelf had de implementatie voortvarender ter hand kunnen nemen.

Ook kan ICT gebruikt worden om processen te ondersteunen. Onderzoekers van het LDS ziekenhuis in Salt Lake City in de VS hebben software ontwikkeld ter ondersteuning van het voorschrijven van antibiotica door artsen. De software zorgde voor een afname van het aantal complicaties met 30%, sterfteafname van 27% en een afname van de kosten voor de patiënt met 58%.<sup>37</sup>

Wat is het totale besparingspotentieel op de genoemde onderdelen? Precieze cijfers zijn lastig te geven, maar de genoemde studies, studies in het kader van Sneller Beter en BCG-casestudies laten zien dat 25% kostenbesparing mogelijk is. Een onderzoek van TPG laat zien dat 20-25% bespaard kan worden op logistiek.<sup>38</sup> Het onderzoek van KPN naar verbeteringspotentieel in ziekenhuizen

---

<sup>34</sup> [www.academyhealth.org/publications/EfficiencyReport.pdf](http://www.academyhealth.org/publications/EfficiencyReport.pdf), p.15.

<sup>35</sup> ICT-investeringen in bijvoorbeeld de distributiesector bedragen 4%, onderwijs 6% en financiële dienstverlening 15%.

<sup>36</sup> In 1997 gaf minister Borst aan dat zij een leidende rol zou spelen in de totstandkoming van het EPD, in 2001 werd beloofd dat het in 2004 overal zou zijn ingevoerd en onlangs is de invoering (weer) uitgesteld tot 2009.

<sup>37</sup> Mark R. Chassin, 1998, Is Health Care Ready for Six Sigma Quality? *The Milbank Quarterly* 76 (4), 565–591, p 577 en Pestotnik, Classen, e.a., 1996. Implementing Antibiotic Practice Guidelines through Computer-Assisted Decision Support: Clinical and Financial Outcomes. *Annals of Internal Medicine* 124:884-890.

<sup>38</sup> TPG, 2004. Het kan écht: betere zorg voor minder geld.

---

komt tot de conclusie dat een algehele kostenbesparing van ongeveer 35% realistisch is, met gelijktijdige kwaliteitsverbetering.<sup>39</sup>

### De rol van huisartsen

Een belangrijke bron voor verbeterpotentieel is de relatie tussen eerste- en tweedelijnszorg. De huisarts heeft een belangrijke invloed op de keuze voor een zorgaanbieder. Ruim de helft (56%) van de consumenten overlegt met de huisarts over de keuze voor een zorginstelling, waarbij het advies van de huisarts meestal doorslaggevend is. De andere 44% neemt het advies van de huisarts zonder overleg over.<sup>40</sup> Bijna de helft (40%) van de huisartsen maakt momenteel geen vergelijking tussen verschillende zorgaanbieders. Er is wel behoefte aan meer informatie bij de huisartsen: 85% van de huisartsen geeft aan meer informatie te willen hebben over de kwaliteit van aanbieders.<sup>41</sup> Huisartsen kiezen nu vooral op basis van locatie (nabijheid), bekendheid met de specialist en wachttijd c.q. beschikbaarheid.

Ziekenhuizen erkennen dat de huisarts een grote rol speelt in de keuze van een patiënt voor een bepaalde zorgaanbieder en spelen daar in toenemende mate op in door hen beter te informeren en intensiever met hen te communiceren.<sup>42</sup>

*In totaal komt meer dan 80% van de toestroom van nieuwe patiënten naar algemene ziekenhuizen van de huisarts. (...) De efficiency van de polikliniek neemt aanmerkelijk toe, wanneer processen in het ziekenhuis doelmatig zijn ingericht en men de kennis van de huisarts over de reden van verwijzing goed gebruikt. Meerdere onderzoeken tonen aan dat deze hechte vorm van samenwerking tussen huisartsen en specialisten het aantal zinloze bezoeken van patiënten aan het ziekenhuis vermindert (ruim 40% minder herhaalconsulten en 60% minder bezoeken van de patiënt aan het ziekenhuis) en ook het aantal onterechte spoedverwijzingen daalt aanzienlijk (met ruim 50%).<sup>43</sup>*

Het verwijfsbeleid van huisartsen wordt niet alleen bepaald door de beschikbaarheid van informatie over kwaliteit, maar ook door de mate waarin huisartsen gemotiveerd zijn om daadwerkelijk gebruik te maken van deze informatie.<sup>44</sup> Het is de vraag of huisartsen hun voorkeuren aanpassen wanneer ziekenhuizen het aantal specialismen terugbrengen. Zij zouden het lastig kunnen vinden dat een ziekenhuis niet alle specialismen aanbiedt en kunnen geneigd zijn patiënten naar algemene ziekenhuizen te blijven verwijzen. Bij het aanbrengen van focus in portfolio wordt de noodzaak om communicatie en logistiek te verbeteren nog groter. Ook hier zouden verzekeraars een belangrijke bijdrage kunnen leveren door te helpen met goede analyses, te investeren in preventieve maatregelen en door huisartsen en ziekenhuizen *gezamenlijk* een prikkel te geven de preventieve en

---

<sup>39</sup> KPN, 2006. Zorg voor innovatie!

<sup>40</sup> Uit Halkes, A.R.J., Raijmakers, M.M.J. (2006) De zorgconsument in opkomst, Van Spaendonck Management Consultants, Zaltbommel: De mate waarin consumenten het huisartsadvies opvolgen neemt af met bbde ernst van de aandoening en naarmate het opleidingsniveau van de consument hoger is. Verder volgen consumenten onder de 25 en boven de 55 vaker het advies van de huisarts.

<sup>41</sup> 19% van de huisartsen baseert de keuze op "onvoldoende informatie", 37% op "soms voldoende informatie" en 44% van de huisartsen geeft aan over "voldoende informatie" te beschikken om een overwogen keuze te maken. NZA, 2007. Visiedocument Richting geven aan keuzes.

<sup>42</sup> CTG/ZAio, Monitor Ziekenhuiszorg 2006, p. 55.

<sup>43</sup> Op het scherpste van de snede, een uitgave van Plexus Medical Group 2008', diverse auteurs

<sup>44</sup> De NZa gaat onderzoeken of er een experiment kan komen onder huisartsen om patiënten beter te kunnen begeleiden bij hun keuze voor een aanbieder. NZa, Monitor Ziekenhuiszorg 2007, p. 37.

---

behandelende taken goed te verdelen (zie ook paragraaf 2.a over het effect van het vereveningssysteem).

### **Onroerend goed**

Een specifiek onderdeel van *operational excellence* heeft betrekking op het management van het onroerend goed van ziekenhuizen. De met onroerend goed samenhangende kapitaallasten vormen een significant bedrag van de totale begroting van een ziekenhuis. De kapitaallasten bedroegen in 2006 gemiddeld 12,4% van de ziekenhuisbudgetten, 60% hiervan had betrekking op huisvesting en 40% op apparatuur.<sup>45</sup>

Sinds 1 januari 2008 nemen ziekenhuizen investeringsbeslissingen voor eigen rekening en risico en wordt het bouwregime afgeschaft. Dat brengt grote veranderingen met zich mee. Vanaf 2009 is sprake van integrale prijzen en tarieven inclusief kapitaallastenvergoeding. Met het afschaffen van het bouwregime verdwijnt ook de integrale vergoeding van met de bouw samenhangende kosten (bouwkosten, notariskosten, advieskosten). Tot 2007 werden dergelijke kosten volledig geactiveerd in de balanspost immateriële vaste activa. In combinatie met het verlagen van de afschrijvingstermijn op onroerend goed van 50 jaar naar 40 jaar zal dit resulteren in soms zeer forse afboekingen van het eigen vermogen, startend met de jaarrekening 2007. Voor sommige ziekenhuizen zal dit uitmonden in een negatief (boekhoudkundig) eigen vermogen.<sup>46</sup>

Tot nu toe moest voor verkoop en verhuur van onroerend goed vooraf toestemming worden gevraagd aan het College Sanering Zorginstellingen (CSZ), dat kan besluiten dat eventuele meeropbrengsten in het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (het 'AWBZ-fonds') worden gestort. In de nieuwe situatie komt het resultaat toe aan de instelling. Van de instellingen wordt wel verlangd dat het vermogen blijvend voor de zorg wordt bestemd. Hierover moet in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording rekening en verantwoording worden afgelegd.<sup>47</sup>

Het opnemen van een normvergoeding voor kapitaallasten in de DBC-systematiek en de vrijheid om (des)investeringen voor eigen rekening en risico te doen, betekent een belangrijke omslag voor ziekenhuizen. Professioneel management van vastgoed vereist een integrale aanpak van strategie en operationele sturing. De verwachting is dat instellingen niet langer investeringsbeslissingen nemen op basis van boekhoudkundige regels<sup>48</sup>, maar beslissen op basis van bedrijfseconomische overwegingen.

*"Bouwen in de gezondheidszorg geschiedt momenteel meestal nog traditioneel op basis van besluitvorming over de investeringskosten. Wil je echter zicht hebben op de exploitatiekosten op lange termijn, dan is het belangrijk veel meer zaken mee te nemen in de besluitvorming over bouw. Het gaat dan om de installaties die je opneemt, de aanpasbaarheid en flexibiliteit van het ontwerp, de onderhoudskosten, de energiekosten, de*

---

<sup>45</sup> RVZ, 2006. Management van vastgoed in de zorgsector, tabel 1.1.

<sup>46</sup> Een ziekenhuis liet weten dat het eigen vermogen van € 17 mln uit zal komen op minus € 6 mln.

<sup>47</sup> Deze regels zullen binnenkort in enigszins gewijzigde vorm opnieuw worden vastgesteld. Een aparte vergoeding blijft bestaan voor activiteiten die onder het A0-segment vallen. Brief van de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 2006-2007, 27 659 en 29 248, nr. 84, p. 4-5

<sup>48</sup> De vergunning is afhankelijk van de bouwprioriteit. Bestuurders kijken naar de toekomst en zijn dan geneigd om meer vierkante meters te bouwen dan nodig. Het kan weer een tijd duren 'voordat je weer aan de beurt bent' en de hogere kapitaalkosten worden (onder het bouwregime) gedragen door de overheid. Bart van Rating, 2007. [http://www.realestatemagazine.nl/Assets/image/artikelen/REM51\\_001.pdf](http://www.realestatemagazine.nl/Assets/image/artikelen/REM51_001.pdf)

---

*schoonmaakkosten, noem maar op."*

*Johan Vijverberg (College Bouw Zorginstellingen, hoofd afdeling Care en voormalig hoofd Bouwzaken)<sup>49</sup>*

PricewaterhouseCoopers is in 2006 door het RVZ gevraagd te adviseren over de implicaties van het beoogde integrale bekostigingssysteem (waar kapitaallasten onderdeel zijn van de DBC-tarieven) voor zorginstellingen.<sup>50</sup> In die rapportage is een casestudie naar Rhön Klinikum opgenomen als voorbeeld van *best practice*. Deze beursgenoteerde for-profit-zorgketen met inmiddels 41 ziekenhuizen is in de jaren negentig flink gegroeid door verliesgevende (publieke) ziekenhuizen op te kopen, deze te reorganiseren en vervolgens winstgevend te exploiteren, gecombineerd met een gestage toename van de kwaliteit. Rhön-Klinikum onderscheidt zich in de Duitse ziekenhuismarkt door geïntegreerde optimalisering van logistieke processen, benutting van capaciteit en strategisch huisvestingsbeleid.<sup>51</sup> In aanvulling op het belang van dergelijk integraal vastgoedmanagement wijst RVZ op de voordelen van strategische samenwerkingsverbanden tussen zorginstellingen of met externe partijen zodat zorginstellingen hun vastgoedrisico's kunnen spreiden.<sup>52</sup>

Er staan grote bedragen en aanzienlijke rendementen en risico's op het spel bij onroerend goedmanagement van ziekenhuizen. Met het nieuwe bouwregime kan het verbeterpotentieel vrijwel volledig door de ziekenhuizen zelf worden geïncasseerd. Maar vastgoedmanagement is een vak apart en in veel gevallen zal het nodig zijn dat ziekenhuizen in zee gaan met professionele en gerenommeerde vastgoedspecialisten om het potentieel maximaal te benutten en tegelijkertijd de risico's te beperken. Het benutten van deze mogelijkheden zal door de introductie van winststreven sterker worden gestimuleerd. Voor ziekenhuizen die deelnemen aan het experiment is het wel zaak dat zij de noodzakelijke plannen en transacties op het gebied van onroerend goed, inclusief sale & lease back-constructies met professionele partijen realiseren, alvorens met investeerders overeenstemming te bereiken over de waardering van de aandelen. Daarmee blijft een zo groot mogelijk deel van de potentiële vermogenswinst van onroerend goedoptimalisatie in handen van de huidige ziekenhuizen.

## **Medical excellence**

*Medical excellence* betekent vanuit medisch oogpunt: wat je doet, goed doen. Er bestaat een aanzienlijk verbeterpotentieel voor het verhogen van medische kwaliteit met simultane verlaging van de kosten door de adoptie van *best practice*.

Tussen zorginstellingen bestaan grote verschillen in de geleverde kwaliteit van medische zorg. Bijvoorbeeld, de kans dat een urgente patiënt die binnenkomt via de afdeling Spoedeisende Hulp binnen 10 minuten een arts ziet, verschilt sterk per ziekenhuis en varieert tussen de 15% en 74%.<sup>53</sup> De Centers of Excellence van Cigna laten zien dat minder complicaties en lagere zorgkosten kunnen samengaan. Complicaties kosten geld: wanneer na een zware operatie complicaties optreden verdubbelen(!) de kosten van de totale behandeling.<sup>54</sup>

---

<sup>49</sup> In Bart van Rating, 2007 [http://www.realestatemagazine.nl/Assets/image/artikelen/REM51\\_001.pdf](http://www.realestatemagazine.nl/Assets/image/artikelen/REM51_001.pdf)

<sup>50</sup> PricewaterhouseCoopers, 2006. Corporate finance, rentelasten en een integrale bedrijfsvoering van zorginstellingen. [http://www.rvz.net/data/download/Definitieve\\_PwC\\_rapportage\\_voor\\_dossier\\_def.pdf](http://www.rvz.net/data/download/Definitieve_PwC_rapportage_voor_dossier_def.pdf)

<sup>51</sup> Het rendement op eigen vermogen van Rhön-Klinikum over 2005 bedroeg 13.8% en over 2006 15.0%.

<sup>52</sup> RVZ, 2006. Management van vastgoed in de zorgsector." <http://www.rvz.net/data/download/publ06-02.pdf>

<sup>53</sup> Op het scherpste van de snede, een uitgave van Plexus Medical Group 2008, diverse auteurs

<sup>54</sup> Kalish, Daley, Duncan et al, 1995. Costs of potential complications of care for major surgery patient. American Journal of Medical Quality 10, 48-54.

---

Het voorkomen van complicaties verlaagt de kosten aanzienlijk en verhoogt tegelijkertijd de medische kwaliteit. Een infectie die optreedt na de behandeling brengt gemiddeld 9,6 extra verpleegdagen met zich mee en een verhoogde sterftekans van 4,3%.<sup>55</sup>

In tien ziekenhuizen in Utah in de VS, werd voor de behandeling van (in de omgeving opgelopen) longontsteking een verbeterd systeem voor beslissingen aangaande ziekenhuisopname en keuze-ondersteuning van antibiotica ingevoerd. Ten opzichte van de overige ziekenhuizen in Utah resulteerde de best practice in een afname van het aantal complicaties en mortaliteit met 24% tot 26%. De kosten namen af met 12,3%.<sup>56</sup>

Kwalitatief goede zorg en dure zorg zijn daarom geen synoniemen, zoals we eerder zagen. Een studie uit de VS toont een negatief verband tussen kosten en kwaliteit.<sup>57</sup> Amerikaanse staten met hoge zorguitgaven hebben lagere kwaliteit dan staten met lage zorguitgaven.<sup>58</sup> Bijvoorbeeld, één van de indicatoren voor kwaliteit is de toediening van bètablokkers. Hoe hoger het percentage toedieningen van bètablokkers binnen 24 uur na een hartaanval, des te hoger de medische kwaliteit. Het gemeten gebruik in de 51 Staten varieert echter tussen 50% en 86%.<sup>59</sup>

De verschillen in kwaliteit correleren sterk met verschillen in zorgmanagement. In staten met lage kwaliteit wordt meer geld uitgegeven aan intensivicedagen, consulten en *imaging* dan in de staten met hoge kwaliteit. Deze kostenposten leveren geen of een beperkte bijdrage aan de genezing van patiënten. De oorzaak ligt vaak in de populatieopbouw van het medisch personeel. In staten met (te) hoge kosten is de concentratie medisch specialisten ten opzichte van huisartsen hoger dan in staten met relatief lage kosten.<sup>60</sup>

Een rechtstreekse prikkel voor de adoptie van *best practice* door medisch specialisten is inzicht in de geleverde kwaliteit. Dit dwingt de specialisten en het ziekenhuis rekenschap af te leggen van hun positie op de kwaliteitsladder (welk ziekenhuis of welke specialist staat graag onderaan als het om zorgkwaliteit gaat?).

*In de staat New York werd informatie verzameld over de sterftecijfers van alle bypasshartoperaties. Deze werden gecorrigeerd voor risico's en patiëntmix en openbaar gemaakt. Hierdoor werden chirurgen gestimuleerd om het proces voor hartoperaties sterk*

---

<sup>55</sup> Zhan, Miller, 2003. Excess Length of Stay, Charges, and Mortality Attributable to Medical Injuries During Hospitalization, *Jama* 290:1868-1874.

<sup>56</sup> Als gevolg van de afname in complicaties werden de patiënten in een andere DRG (Diagnosis Related Group) ingedeeld, waardoor de omzetsdaling de kostendaling overtrof. Ondanks de winstafname werd deze kwaliteitsverbetering gerealiseerd. In het Nederlandse DBC-systeem worden ziekenhuizen niet voor kwaliteitsverbeteringen gestraft, omdat de indeling in DBC's plaatsvindt bij binnenkomst van de patiënt. Institute of Medicine (IOM), 2001. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21<sup>st</sup> century 184, p. 192.

<sup>57</sup> O.a. Baicker en Chandra, 2004. Medicare Spending, the Physician Workforce, And Beneficiaries' Quality of Care, <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w4.184v1>

<sup>58</sup> In deze studie is kwaliteit op vier verschillende manieren gemeten. Het gaat om vier behandelingsmethoden die effectief en relatief goedkoop zijn ('goede kosten') en waarbij zelden reden is om de behandeling niet toe te passen (ontbreken contra-indicatie). De kosten per verzekerde variëren tussen ongeveer \$3.600 en \$8.200.

<sup>59</sup> De andere drie kwaliteitsindicatoren zijn: mammografie voor oudere vrouwen, influenzavaccinatie en oogonderzoek voor diabetici.

<sup>60</sup> Dit punt is ook aangedragen door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ, 2007. Briefadvies, De strategische beleidsagenda zorg 2007-2010). De bevindingen van Baicker en Chandra zijn waarschijnlijk ook van toepassing op Nederland; de RVZ benoemt een remeffect in de eerstelijnszorg met het risico van duurdere tweedelijnszorg op een later tijdstip (p. 10).

---

*te verbeteren. Sommige ziekenhuizen draaiden privileges terug van hartchirurgen met lage volumes en hoge sterfte onder hun patiënten. Na 4 jaar van sterftecijferpublicaties had New York het laagste (risicogecorrigeerde) sterftecijfer voor dit type operatie van de Verenigde Staten.<sup>61</sup>*

Voor een goede werking van de zorgmarkt is het cruciaal dat de kwaliteit van de geleverde zorg goed wordt gemeten en transparant wordt gemaakt.

*De Leapfrog Group is een samenwerkingsverband van 150 zorginkopers (zorgverzekeraars en overheidsinstellingen) die samenwerken om de kwaliteit van de zorg in de Verenigde Staten te verbeteren. De Patient Safety Practices 2003 richten zich op (1) computersoftware die preventief voorgeschreven medicatie scant op onregelmatigheden, (2) hoogrisico operaties en (3) intensive care.*

*Bijvoorbeeld de standaard voor intensive care schrijft voor dat er binnen 5 minuten een 'intensivist' (een specialist op het gebied van 'critical care medicine') aanwezig moet kunnen zijn. De Leapfrog Group schat dat een algehele naleving van deze standaard in de Verenigde Staten een 30% afname van intensivestervfte met zich meebrengt (54.133 levens op jaarbasis).<sup>62</sup>*

Er bestaat een wisselwerking tussen transparantie van kwaliteit en de realisatie van verbeterpotentieel. Een zekere mate van transparantie van kwaliteit is een noodzakelijke voorwaarde voor het invoeren van winstprikkel in de zorg omdat de kwaliteit onder druk kan komen te staan door een naïef streven naar minimale kosten tegen elke prijs. Wanneer betrouwbare kwaliteitsinformatie beschikbaar is, met een adequate correctie voor patiëntenmix, geeft winststreven juist een impuls voor kwaliteitsverbetering: het creëert een financiële prikkel om te innoveren en *best practice* te adopteren.<sup>63</sup> De beschikbaarheid van betrouwbare en voor patiëntenmix gecorrigeerde kwaliteitsinformatie staat echter nog in de kinderschoenen. Dat creëert een groot probleem bij het realiseren van verbeterpotentieel in het algemeen, en bij het winstexperiment in het bijzonder. Een transparante minimumset medische kwaliteitsindicatoren voor de deelnemende ziekenhuizen is een voorwaarde voor een verantwoord en succesvol winstexperiment (zie ook paragraaf 5.b).

## **2.c Gezonde financiële positie: zorgen dat je het kunt blijven doen**

Nederlandse ziekenhuizen zijn momenteel grotendeels met schulden gefinancierd, de verhouding eigen vermogen / omzet is nu ongeveer 10 / 90.<sup>64</sup> Deze verhouding is bovendien ongunstiger dan zij lijkt aangezien de boekwaarde van het onroerend goed (en daarmee ook de waarde van het eigen vermogen) hoger is dan de economische waarde vanwege de voorgeschreven afschrijvingstermijn van 50 jaar en de op handen zijnde afboeking van de balanspost immateriële vaste activa. Ook in vergelijking met het buitenland hebben Nederlandse ziekenhuizen hoge schulden.

---

<sup>61</sup> Porter en Olmsted-Teisberg, 2004, Redefining Competition in Health Care. Harvard Business Review, 65-76

<sup>62</sup> Bon: [www.leapfroggroup.org/media/file/Leapfrog-Birkmeyer.pdf](http://www.leapfroggroup.org/media/file/Leapfrog-Birkmeyer.pdf).

<sup>63</sup> Onbetrouwbare c.q. niet voor casemix gecorrigeerde informatie over medische kwaliteit kan tot ongewenste prikkels leiden, zoals onnodige risicoselectie van patiënten (zie ook 4.d Patiëntselectie).

<sup>64</sup> Bron: Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ).

---

Er zijn twee hoofdredenen waarom financiers van ziekenhuizen hoge schuldfinanciering accepteren. Ten eerste voorziet het huidige budgetstelsel een ziekenhuis van een min of meer gegarandeerde inkomstenstroom die kan worden aangewend om rente en aflossingen te betalen. Ten tweede is er een garantieregeling voor het geval een ziekenhuis in betalingsproblemen geraakt. De kosten van een faillissement komen in een collectief vangnet terecht, d.w.z. bij de overige ziekenhuizen of bij de rijksoverheid.<sup>65</sup>

Volgens een recent rapport van Gupta Strategists zal het financieringsprobleem verder toenemen door a) de afschaffing van de huidige regeling voor kapitaallastenvergoeding waardoor de kapitaalbehoefte van ziekenhuizen toeneemt en b) de geleidelijke afschaffing van de budgetbekostigingssystematiek, waardoor ziekenhuizen zelf inkomstenrisico zullen gaan dragen.<sup>66</sup> Gezien de verslechtering en de hoge variatie in vermogensposities, winstgevendheid en kostenstructuur van verschillende Nederlandse ziekenhuizen neemt – aldus Gupta – de kans op insolventie onder ziekenhuizen verder toe.<sup>67</sup>

De kans op insolventie wordt niet alleen bepaald door de schuldpositie maar ook door de winstgevendheid van een ziekenhuis. Een doorsnee Nederlands ziekenhuis lijkt voldoende renderend, gemiddeld zo'n 9% rendement op eigen vermogen. Dit is echter een sterk vertekend cijfer aangezien door het geringe eigen vermogen het rendement op eigen vermogen door de zogenaamde leverage- of hefboomwerking vanzelf wordt opgestuwd. Maar tegelijkertijd, en juist door diezelfde hoge vreemd vermogenfinanciering, is er een grote variatie qua rendement tussen verschillende ziekenhuizen. De vermogenspositie van vele ziekenhuizen zal moeten verbeteren, maar in het huidige tempo zal het decennia duren voordat Nederlandse ziekenhuizen een gezonde vermogenspositie hebben.<sup>68</sup>

Naast het tempo is vooral de eerder genoemde collectieve garantieregeling een obstakel om te komen tot bedrijfseconomisch gezonde vermogensverhoudingen. Dat systeem biedt onvoldoende (financiële) prikkels om faillissement of ernstige financiële problemen te voorkomen. Echter, ten einde ernstige concurrentievervalsing te voorkomen, zullen ook de ziekenhuizen die participeren in het experiment de mogelijkheid moeten hebben om deel te (blijven) nemen in het waarborgfonds. Participatie in het waarborgfonds verlaagt immers het (insolventie)risico wat leidt tot lagere vermogenskosten. Daarmee zullen ook de 'winstziekenhuizen' wellicht onvoldoende prikkel hebben om een bedrijfseconomisch verantwoorde vermogensstructuur te kiezen.

---

<sup>65</sup> Het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) staat garant voor rente- en aflossingsverplichtingen voor leningen die zijn aangegaan door deelnemende ziekenhuizen. Zolang een ziekenhuis aan de criteria voor een garantstelling voldoet, zal vrijwel elke bank of investeerder een lening verstrekken, tegen lage rente. In het geval van een faillissement van een deelnemende zorginstelling worden eerst de eigen middelen van het WfZ aangesproken. Mochten deze niet toereikend zijn, dan kan het WfZ van de deelnemende ziekenhuizen maximaal 3% van de uitstaande leningen vragen. Voor het resterende deel staat de overheid garant.

<sup>66</sup> O.a. "The Odyssey" van Gupta Strategists (2007) waarin wordt aangegeven hoe snel de situatie verslechtert en worden inschattingen gemaakt over het aantal ziekenhuizen dat in financiële problemen dreigt te komen.

<sup>67</sup> Negentien van de zesentwintig zorginstellingen die bij het WfZ onder verhoogde aandacht staan, zijn ziekenhuizen. De vermogenspositie in de ziekenhuissector is significant lager dan in alle andere sectoren (RVZ, 2006. Management van vastgoed in de zorgsector).

<sup>68</sup> Een van de bevindingen van de Nederlandse Vereniging van Banken is dat een solvabiliteitseis van 20-30% reëel is (PricewaterhouseCoopers, 2006. Corporate finance, rentelasten en een integrale bedrijfsvoering van zorginstellingen, p. 14.

[http://www.rvz.net/data/download/Definitieve\\_PwC\\_rapportage\\_voor\\_dossier\\_def.pdf](http://www.rvz.net/data/download/Definitieve_PwC_rapportage_voor_dossier_def.pdf)) Klimmen naar een verhouding van 30/70 duurt bij ongewijzigd beleid zo'n 20 à 40 jaar.

---

Samenvattend, private investeerders kunnen de kans op faillissementen van ziekenhuizen verkleinen door in voorkomende gevallen (te) hoge schuldfinanciering te helpen reduceren. Ook kunnen ze insolvable ziekenhuizen redden door te reorganiseren en tegelijkertijd nieuw (eigen) vermogen injecteren. Voor de ziekenhuizen die participeren aan het experiment moet echter deelname aan het waarborgfonds – zolang het nog bestaat – mogelijk zijn om oneerlijke concurrentie te voorkomen.

## 2.d Verbeterpotentieel en de bijdrage van winststreven

### Verbeterpotentieel

Ervaringen in andere landen laten zien dat het kwaliteits- en besparingspotentieel in ziekenhuizen ten gevolge van focus in de portfolio en het organiseren van *operational* en *medical excellence* aanzienlijk is.<sup>69</sup> Aangezien de uitgangssituatie in de betreffende landen niet structureel verschilt van de organisatie en winstgevendheid van Nederlandse ziekenhuizen, moet dat 'buitenlands potentieel' – grosso modo – ook aanwezig zijn in ziekenhuizen van eigen bodem. Zeker zo belangrijk is dat specifieke voorbeelden en interviews met medisch specialisten, directieleden en andere deskundigen uit eigen land de vele verbetermogelijkheden in onze zorginstellingen bevestigen. In hoeverre dit verbeterpotentieel ook daadwerkelijk benut kan worden hangt af van a) de effectiviteit, gewenste en ongewenste prikkels van het gehanteerde instrument (winststreven) en b) de belemmeringen in de zorgsector en de vraag in hoeverre deze kunnen worden weggenomen.

In dit hoofdstuk zijn voorbeelden en onderzoeken besproken van focus in portfolio en *operational* en *medical excellence*. De bandbreedte van mogelijke kostenbesparingen ligt tussen de 20% en 40%. Op basis van de voorbeelden, wetenschappelijk onderzoek, interviews en ook projecten die BCG in verschillende landen heeft uitgevoerd moet het kosten besparingspotentieel ook voor Nederlandse ziekenhuizen, bij een constant volume, gemiddeld op 20% à 40% worden ingeschat.

Naast kostenbesparing kunnen kwaliteitseffecten worden gerealiseerd. Bij heldere en rigoureuze portfoliokeuzes gaan kostenbesparing en kwaliteitsverhoging hand in hand (zie par.2.b) en zijn kwaliteitsverbeteringen van 10% à 40% realistisch.<sup>70</sup> De verschillen tussen diverse specialismen en behandelingen zijn echter aanzienlijk en de gedocumenteerde kwaliteitseffecten van *operational* en *medical excellence* zijn moeilijk in generieke termen te kwantificeren. Op basis van wetenschappelijk onderzoek, genoemde voorbeelden, interviews en projecten van BCG in verschillende landen is de bandbreedte van het totale verbeteringspotentieel van de zorgkwaliteit in de Nederlandse ziekenhuizen tenminste 10% à 40%.

### De bijdrage van winststreven aan de realisatie van het verbeterpotentieel

Er bestaan momenteel onvoldoende prikkels c.q. instrumenten bij de verschillende belanghebbenden om het kosten- en kwaliteitsverbeterpotentieel te realiseren, bijvoorbeeld door focus in portfolio en *operational & medical excellence* na te streven. Bestaande (financiële) prikkels op maatschappniveau zijn slechts gericht op het maximaliseren van hun eigen opbrengsten, terwijl vrijwel alle kosten

---

<sup>69</sup> Er zijn waarschijnlijk ook significante kostenbesparingen mogelijk door het *voorkomen* van behandelingen door ziekenhuizen (denk aan preventief gezondheidsbeleid, (gericht) opvangen van gezondheidsklachten door de eerstelijnszorg, voorlichting over gezonde levenspatronen, betere voeding en dergelijke). Dit verbeterpotentieel valt buiten het bestek van deze analyse.

<sup>70</sup> Bijvoorbeeld uit de ervaringen van Cigna met de *Centers of Excellence* (zie par. 2.b) blijkt dat de kostenafname van 40% samengaat met 30% minder complicaties.



---

worden gedragen door 'het ziekenhuis'; de autonomie van maatschappen is zeer groot; afstemming tussen (patiënt)processen is beperkt want prikkels daarvoor ontbreken grotendeels; kwaliteitsinformatie staat in de kinderschoenen; het ziekenhuis als economische eenheid is wellicht een suboptimale organisatievorm. Dat zijn enkele factoren die grote stappen voorwaarts ernstig belemmeren.

Wat is de effectiviteit van winststreven als hefboom voor verandering? In vergelijking met de disciplinerende werking van verzekeraars zou winststreven effectiever moeten zijn. Twee sleutelbegrippen om zinvol invloed uit te kunnen oefenen zijn zeggenschap (macht, formele bevoegdheden) en informatie. Verzekeraars hebben, in vergelijking met een ziekenhuisdirectie, relatief weinig zeggenschap en weinig (kwaliteits)informatie. Ziekenhuisdirecties staan weliswaar relatief zwak ten opzichte van maatschapspecialisten, maar zijn in vergelijking met verzekeraars beter geïnformeerd. Zij hebben tevens een sterkere positie dan bijvoorbeeld verzekeraars of toezichthouders om – via aangepaste interne governance en beloningsstructuren – een betere afstemming te realiseren tussen de belangen van de medisch specialisten en die van 'het ziekenhuis'.

Naast zeggenschap en informatie is er nog een derde economisch sleutelbegrip dat bepalend is voor de realisatie van doelstellingen: prikkels. Prikkels zijn te onderscheiden in intrinsieke en extrinsieke motivatoren. Intrinsieke motivatie betekent, je doet iets omdat je in de activiteit zelf gelooft, omdat je daar passie voor hebt. Je werkt, je voedt je kinderen op, je helpt vrienden omdat je passie hebt voor je werk, je kinderen, je vrienden. Extrinsieke motivatie betekent dat je iets doet om iets *anders* te bereiken, je werkt vanwege het geld en de status die het oplevert. Intrinsieke motivatie is cruciaal, zeker in de zorg, maar is moeilijk te stimuleren, extrinsieke motivatie kan beter worden beïnvloed. Winststreven, in combinatie met toenemende concurrentie tussen zorgaanbieders, geeft een extrinsieke prikkel om hoge kwaliteit te leveren tegen lage kosten, want als dat niet lukt lopen je klanten en dus je winst weg. Een effectieve, goed gebalanceerde winstprikkel voor met name directies en medisch specialisten biedt focus, stimuleert ondernemerschap en kan ervoor zorgen dat alle neuzen iets meer dezelfde kant op komen te staan. Winststreven, in combinatie met aangepaste interne governance (betere prikkels en effectieve besluitvorming) en toenemende kwaliteitsinformatie, creëert een *directe* hefboom in ziekenhuizen en daarmee goede mogelijkheden om het potentieel van focus en *operational* en *medical excellence* te realiseren.

Tenslotte, ook ziekenhuizen die niet deelnemen aan het experiment kunnen er toch door worden beïnvloed. Wanneer for-profit-ziekenhuizen slagen in hun streven om kosten te verlagen en kwaliteit te vergroten dan zullen patiënten, al dan niet gestimuleerd door verzekeraars, eerder geneigd zijn voor dat ziekenhuis te kiezen en zullen non-profitziekenhuizen klanten, en dus inkomsten, verliezen. In de academische literatuur is dit 'spillover-effect' gedocumenteerd. Het spillover-effect houdt in dat het (kosten)gedrag van non-profit-zorgaanbieders beïnvloed wordt door de aanwezigheid van for-profit-zorgaanbieders.<sup>71</sup> Empirisch onderzoek laat bijvoorbeeld zien dat de kosten van non-profit-zorginstellingen 2,4% lager zijn wanneer een for-profit-zorginstelling in hetzelfde gebied gevestigd is.<sup>72</sup>

---

<sup>71</sup> Een ongepubliceerd analytisch paper waarin dat wordt gemodelleerd is Steinberg en Weisbrod, 2002. Give It Away or Make Them Pay? Price Discrimination and Rationing by Nonprofit Organizations with Distributional Objectives. <http://www.nationalcne.org/papers/rationnew.pdf>,

<sup>72</sup> Hierbij is de kwaliteit niet nadelig beïnvloed. Bron: Kessler en McClellan, 2002. The effects of hospital ownership on medical productivity. RAND Journal of Economics 33(3): 488-506. Non-profit-instellingen zijn 'gelooftwaardiger' als het gaat om kwaliteit, terwijl for-profit-zorgaanbieders sterker geprikkeld wordt om efficiënt te werken. Zodoende kan er ook een kwaliteitsimpuls vanuit de non-profit- naar de for-profit-zorgaanbieders plaatsvinden. De resultaten van Grabowski en Hirth laten dit zien.

---

Uiteraard zitten er ook haken en ogen aan winststreven, zoals lange- versus kortetermijnafwegingen, allerlei perverse prikkels om langs oneigenlijke weg winst te maken of het gevaar dat extrinsieke winstprikkels ten koste gaan van de intrinsieke motivatie van medewerkers om hun werk met overgave goed te doen. Die mogelijke nadelen moeten goed worden afgewogen tegen de potentiële voordelen van winststreven. Die nadelige effecten worden in hoofdstuk 3 besproken. Pas daarna kan de rekening worden opgemaakt en worden vastgesteld of en onder welke voorwaarden het de moeite waard is om in praktijk vast te stellen of het saldo van winstprikkels in Nederlandse ziekenhuizen positief is.

---

Grabowski en Hirth, 2003. Competitive spillovers across non-profit and for-profit nursing homes. *Journal of Health Economics* 22: 1-22. Ze vinden dat een toename van het marktaandeel van non-profitverzorgingstehuizen leidt tot een verbetering van de kwaliteit van for-profit-verzorgingstehuizen. Eén van de conclusies van deze auteurs is dat een markt waarin zowel non-profit- als for-profit-zorginstellingen actief zijn, te prefereren is boven een markt waar slechts één type actief zou zijn.

---

---

## 3 RISICO'S EN BELEMMERINGEN VAN WINSTSTREVEN

In hoofdstuk 2 is op hoofdlijnen aangegeven wat het verbeterpotentieel in Nederlandse ziekenhuizen is en wat winststreven daaraan zou kunnen bijdragen. Winstprikkels kunnen echter ook riskante negatieve gedragseffecten oproepen en er zijn ook belemmeringen bij de introductie van een winstoogmerk. Dit hoofdstuk bespreekt de belangrijkste risico's en belemmeringen bij het sturen op winst in een ziekenhuis. Een dergelijke analyse is noodzakelijk ten behoeve van a) een evenwichtig besluit over de wenselijkheid van een winstexperiment en b) een inventarisatie van de voorwaarden waaraan een winstexperiment moet voldoen. In hoofdstuk 5, waarin de opzet en voorwaarden voor een winstexperiment worden besproken, wordt concreet aangegeven hoe de verschillende risico's en belemmeringen die in dit hoofdstuk aan de orde komen in het winstexperiment zullen worden geadresseerd.

In dit hoofdstuk wordt er vanuit gegaan dat een ziekenhuis waarin externe financiers van eigen vermogen participeren de juridische vorm van een BV of NV heeft. In hoofdstuk 5 wordt dit nader onderbouwd.

### 3.a Weglekken van vermogen

De vrees bestaat dat het toestaan van winstuitkeringen ertoe zou kunnen leiden dat (historisch opgebouwd) vermogen 'weglekt' uit de zorgsector.<sup>73</sup> Dit is een reële zorg. Vermogen dat momenteel aanwezig is in de zorg, is met gemeenschapsgeld opgebouwd en mag slechts tegen een eerlijke, marktconforme vergoeding in handen van investeerders komen.

In drie verschillende fasen van het experiment zou vermogen kunnen weglekken:

1. Bij de start, wanneer de aandelen worden overgedragen
2. Gedurende de investeringsperiode
3. Aan het eind, bij de exit van de investeerder

Een algemeen uitgangspunt voor de situaties 1. en 3. zou moeten zijn dat investeerders deelnemen c.q. hun aandelen aanbieden tegen marktwaarde. De huidige 'eigenaar' van het ziekenhuis ontvangt dan een faire prijs voor de inbreng van zijn materiële en immateriële activa op het moment van de transactie.<sup>74</sup> De marktwaarde is de actuele waarde van een onderneming (het ziekenhuis) in het economisch verkeer en reflecteert de gedisconteerde waarde van de toekomstige operationele kasstromen. Er zijn verschillende methoden waarop de marktwaarde kan worden berekend en een weloverwogen en heldere keuze voor één of meerdere methoden is essentieel.<sup>75</sup>

---

<sup>73</sup> Brief van de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 2006-2007, 27 659 en 29 248, nr. 84.

<sup>74</sup> Het is in sommige situaties lastig de huidige *eigenaar* te identificeren, met name wanneer de bezittingen, schulden en activiteiten van een ziekenhuis bij verschillende rechtspersonen zijn ondergebracht.

<sup>75</sup> Er bestaan twee methoden ter bepaling van de marktwaarde. De eerste methode gaat uit van geprognosticeerde toekomstige kasstromen (voor de komende jaren worden de verlies- en winstrekening, de balans en het cashflowschema geschat), die vervolgens worden verdisconteerd. De tweede methode gaat uit van huidige resultaten (bijv. omzet, EBIT, EBITDA, netto winst) en vermenigvuldigt deze met een factor die de toekomstige realisatie representeert. In het geval van een ziekenhuis dat momenteel slecht presteert (maar

---

Het is daarbij van belang dat

1. De marktwaarde wordt vastgesteld op basis van vooraf bepaalde waarderingsgrondslagen en rekenregels;
2. Het ziekenhuis bij de waardebeoordeling een externe accountant en een gerenommeerde *investment bank* inschakelt.<sup>76</sup> Wanneer de directie participeert in de nieuwe vennootschap of anderszins (financiële) belangen heeft in de transactie moet de Raad van Toezicht opdrachtgever zijn en moet kritisch naar de incentive-structuur van accountant en *investment bank* worden gekeken;
3. De koopprijs van de aandelen niet onder de vastgestelde marktwaarde ligt;
4. De NZa de naleving van deze spelregels bewaakt.

### 1. Bij de overdracht van de aandelen

Investeren in de zorg kan op twee manieren: een investeerder kan een bestaand ziekenhuis geheel of gedeeltelijk kopen of zelf een nieuwe zorginstelling opbouwen. Bij het opstarten van een nieuwe zorginstelling worden geen activa van een bestaand ziekenhuis overgedragen en speelt het weglekken van vermogen geen (directe) rol<sup>77</sup>.

Wanneer een bestaand ziekenhuis volledig, tegen marktwaarde, door een investeerder wordt gekocht gaan alle bezittingen (en eventueel schulden) over naar de investeerder en ontvangt de huidige eigenaar (veelal een stichting) de opbrengst van de verkoop. De volledige verkoopopbrengst is dan in handen van die stichting (de vraag doet zich dan voor wat een dergelijke stichting met die middelen mag en kan doen<sup>78</sup>). In aanvulling op de koopsom zal de investeerder waarschijnlijk een bedrag investeren in de door hem gewenste herstructurering en/of vernieuwing van het ziekenhuis. Dergelijke aanvullende investeringen komen ten goede aan het ziekenhuis. Een bijzonder geval doet zich voor wanneer het bestaande ziekenhuis economisch failliet is omdat het bijvoorbeeld operationeel verlies lijdt of omdat de schuldenlast te hoog is. In dat geval wordt het ziekenhuis veelal voor een symbolisch bedrag van één euro overgedragen aan de investeerder<sup>79</sup>. Er dient in dergelijke gevallen wel voor te worden gewaakt dat de daadwerkelijke marktwaarde niet veel hoger is, bijvoorbeeld vanwege het feit dat het ziekenhuis eenvoudig en zonder veel risico gereorganiseerd kan worden.

Een laatste mogelijkheid is een deel-participatie door een investeerder in een bestaand ziekenhuis. De investeerder verworft slechts een deel van de aandelen in het ziekenhuis en de overige aandelen van de ziekenhuis-BV of -NV komen in handen van de huidige eigenaar, veelal een stichting. De

---

veel verbeterpotentieel heeft) zou methode 2 een zeer lage waardering opleveren en zou een grote 'waardesprong' worden gerealiseerd zodra het verbeterprogramma haar (financiële) vruchten afwerpt. Bij methode 1 wordt het verbeterpotentieel in de eerste waardering direct tot uitdrukking gebracht.

<sup>76</sup> Aangezien er in Nederland vrijwel geen ziekenhuizen met winstoogmerk zijn, is er in eigen land wellicht onvoldoende expertise en is het raadzaam buitenlandse experts in te schakelen.

<sup>77</sup> Mocht het 'nieuwe' ziekenhuis alsnog activa (medische apparaten, gebouwen, etc.) overnemen van bestaande (zorg)instellingen of overheden, dan dient er alsnog voor te worden gewaakt dat deze transacties tegen marktwaarde geschieden. Ook het meenemen van bijvoorbeeld een patiëntendatabase is een vorm van weglekken van vermogen.

<sup>78</sup> Deze (belangrijke) vraag wordt hier niet verder uitgewerkt en is ook sterk afhankelijk van de specifieke omstandigheden en de overige bezittingen en activiteiten van de stichting. Voorkomen moet worden dat het vermogen dat achterblijft in de Stichting aan verkeerde doelen of niet doelmatig wordt besteed. Uitgangspunt zou moeten zijn dat het vermogen productief wordt aangewend in de zorg.

<sup>79</sup> Dit was vaak de situatie bij de koop van Duitse ziekenhuizen door Rhön Klinikum in de jaren '90.

---

vennootschap ontvangt in dit geval veelal de gehele investeringssom van de investeerder, waarvan een deel uitgekeerd zou kunnen worden aan de stichting als vergoeding voor de inbreng van materiële en immateriële activa. Ook nu doet zich de vraag voor wat een dergelijke stichting met die middelen mag en kan doen. Het deel van de kapitaalinjectie dat niet aan de huidige eigenaar wordt uitgekeerd, kan worden aangewend voor de gewenste herstructurering en/of vernieuwing van het ziekenhuis.

*Een voorbeeld. Ziekenhuis X is een zorginstelling zonder winstoogmerk, eigendom van een stichting. X besluit mee te doen aan het winstexperiment en investeerder Y neemt een deel-participatie. Er wordt een nieuwe ziekenhuis-BV opgericht, waarin X alle bezittingen en schulden van het bestaande ziekenhuis inbrengt en Y een extra geldbedrag van €20mln inbrengt om de solvabiliteit te vergroten en nieuwe investeringen te doen. Het huidige ziekenhuis (alle bezittingen plus alle schulden) worden als 'going concern' op marktwaarde gewaardeerd op 15x het exploitatieresultaat van €2mln, ofwel €30mln. Stichting X krijgt daarom 60% van de aandelen in de BV, investeerder Y 40%. Het vermogen van het ziekenhuis is door deze transactie toegenomen van €30mln naar €50mln.*

Hoewel non-profit-ziekenhuizen in andere landen doorgaans voor een redelijke prijs verkocht worden, moet toch rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat investeerders tegen een te lage prijs zouden kunnen instappen.<sup>80</sup> Verschillende omstandigheden zouden daartoe aanleiding kunnen geven. Bijvoorbeeld een slecht renderend ziekenhuis wat zich ten opzichte van investeerders in een slechte onderhandelingspositie bevindt en 'met de rug tegen de muur staat'. Een andere mogelijkheid is belangenverstrengeling tussen het bestuur en de bestaande aandeelhouders. Wanneer de zittende directie van een ziekenhuis een belang krijgt in het nieuw op te richten for-profit-ziekenhuis is het voor de bestuurders financieel aantrekkelijk om in te stemmen met een te lage waardering van het bestaande ziekenhuis. Eenzelfde mechanisme geldt uiteraard ook voor eventuele maatschappen die bij de transactie een aandelenbelang in het ziekenhuis verwerven.

Daarnaast kent de waardering van een ziekenhuis als 'going concern' een aantal onzekerheden. De boekwaarde geeft geen betrouwbaar uitgangspunt voor de waardering. In de praktijk zijn marktwaardes van de onderneming vaak hoger dan de boekwaarde, maar soms ook lager. In het geval van ziekenhuizen is niet direct duidelijk hoe dit uitpakt, onder andere omdat de waarde van medische apparatuur annex infrastructuur afhankelijk is van toekomstig gebruik of omdat de huidige boekwaarde van vastgoed geen relatie heeft met de economische realiteit.

Vastgoed wordt momenteel gewaardeerd op basis van historische kostprijs, waarbij een afschrijvingsperiode van 50 jaar wordt gehanteerd. In de praktijk blijkt de economische levensduur van ziekenhuisgebouwen aanzienlijk korter te zijn dan 50 jaar.<sup>81</sup> Daardoor kan de boekwaarde van het vastgoed hoger zijn dan de marktwaarde. Echter, als de bestemming van het vastgoed zou wijzigen, bijvoorbeeld doordat een nieuw gebouw op een nieuwe locatie geopend wordt en de oude locatie bestemd kan worden voor woningbouw of kantoren, dan maakt de grond een waardesprong<sup>82</sup>. De boekwaarde van het vastgoed kan dan juist lager zijn dan de marktwaarde.

---

<sup>80</sup> Leone, Van Horn en Wedig, 2005. Abnormal returns and the regulation of nonprofit hospital sales and conversions. *Journal of Health Economics* 24: 113-135.

<sup>81</sup> Dit probleem is door het ministerie onderkend, daarom wordt de afschrijvingstermijn verkort naar 40 jaar.

<sup>82</sup> Daarvoor is veelal een wijziging van het bestemmingsplan nodig. In enkele gevallen is er ook sprake van erfpacht, waardoor een wijziging van de bestemming niet zonder toestemming van de grondeigenaar – i.c. de gemeente – kan plaatsvinden.

---

Naast waarderingsonzekerheden kan het eventueel tijdelijke karakter van een experiment een drukkend effect hebben op de prijs die investeerders bereid zijn te betalen voor het ziekenhuis. De onzekerheid die samenhangt met een eventueel gedwongen exit voor investeerders heeft een prijsdrukkend effect. Een belangrijk middel om die onzekerheid te beperken is een vooraf bepaalde ondubbelzinnige en heldere waarderingsmethode bij eventueel 'gedwongen' terugkoop van de aandelen.

## 2. Gedurende de investeringsperiode

Een investeerder kan op twee manieren rendement op zijn belegging maken: cashflow tijdens de investeringsperiode en/of de opbrengst aan het eind van de investeringsperiode, bij het uitstappen van de investeerder.

De meest gebruikelijke vorm van cashflow tijdens de investeringsperiode is periodiek dividend. Andere vormen zijn bijvoorbeeld de verkoop van activa waarbij de opbrengst direct aan de aandeelhouders wordt uitgekeerd, rente en/of aflossing op verstrekte leningen, een superdividend uit overtollige kasmiddelen of inkoop van aandelen. Het is belangrijk dat contractueel wordt vastgelegd welke eisen worden gesteld aan uitkeringen in contanten en aan eventuele overige uitkeringen aan de aandeelhouders. Daarbij moet worden gedacht aan maximalisering van het dividend als percentage van de winst plus een maximum bedrag per jaar, een verbod op of strikte regels voor incidentele uitkeringen aan aandeelhouders of een statutaire reserve voor boekwinsten behaald bij verkoop van activa die ingebracht zijn bij aanvang van het winstexperiment. Ook moeten zogenaamde *related party transactions* worden verboden of aan strenge eisen worden onderworpen.<sup>83</sup> Hoofdstuk 5 gaat nader in op de regels om ongewenst weglekken van vermogen tijdens de investeringsperiode te voorkomen.

*Na verloop van vijf jaar is het ziekenhuis, mede dankzij de investeringen en een operational excellence programma, sterk gegroeid en is de efficiëntie sterk verbeterd. Het exploitatieresultaat bedraagt nu €5mln op jaarbasis waardoor de waarde van het ziekenhuis als geheel is gestegen tot €75mln (15x het resultaat). Het 40%-aandeel van de investeerder bedraagt €30mln, die dus een vermogenswinst van 50% over vijf jaar heeft gerealiseerd, ofwel 8,4% op jaarbasis.<sup>84</sup>*

*Het ziekenhuis heeft €5mln aan overtollige kasmiddelen en keert dit bedrag nu uit als dividend, €2mln (40%) voor de investeerder en €3mln (60%) voor de stichting. De waarde van het ziekenhuis na uitkering van het dividend bedraagt €70mln. Ook nu bedraagt het rendement voor de investeerder 50%, opgedeeld in 10% dividendrendement en 40% vermogenswinst.*

## 3. Bij exit van de investeerder

Bij de exit van de investeerder zijn twee scenario's denkbaar: verkoop aan een volgende investeerder (inclusief beursgang) en terugkoop door het ziekenhuis c.q. de overheid. Dit laatste is denkbaar wanneer het experiment mislukt of bij wijziging van het overheidsbeleid.

---

<sup>83</sup> *Related party transactions* zijn transacties tussen aandeelhouders of daaraan gelieerde partijen en de onderneming, bijvoorbeeld verhuur of verkoop van activa van de aandeelhouders aan de vennootschap.

<sup>84</sup> De getallen in dit voorbeeld zijn fictief en illustratief.

---

Om het gevaar van weglekken bij verkoop aan een volgende investeerder te voorkomen, dienen alle contractueel vastgelegde spelregels van het experiment (bijvoorbeeld over dividend, governance, rechten en plichten van aandeelhouders) onverkort te worden overgenomen door de nieuwe investeerder. De waardering van de aandelen is daarbij slechts een zaak tussen de oude en nieuwe investeerder. In het geval van terugkoop van de aandelen dient, zoals eerder aangegeven, een waardering op basis van marktwaarde van de aandelen plaats te vinden. In paragraaf 5.i wordt de situatie van een gedwongen exit nader besproken.

*Na de dividenduitkering verkoopt de investeerder zijn belang. Hij vindt een andere investeerder Z bereid zijn 40% belang, inclusief contractuele verplichtingen, over te nemen tegen €28mln. Na vijf jaar heeft investeerder Y dus een rendement gemaakt van 8,4% per jaar. Het vermogen van het ziekenhuis is toegenomen van €50mln naar €70mln. De Stichting heeft een economische vermogenssprong gemaakt van €30mln naar €45mln, waarvan €42mln 'vastzit' in de aandelen van de BV en €3mln in contanten op de bank staat.*

Samenvattend, het gevaar van het weglekken van vermogen is een reële zorg. Echter, met marktwaarde als uitgangspunt voor de waardering van de onderneming bij overdracht plus een aantal (juridische) spelregels en voorwaarden inzake het onttrekken van vermogen tijdens het aandeelhouderschap kan worden voorkomen dat vermogen ongewenst 'weglekt' uit de zorg. In hoofdstuk 5 wordt dit nader uitgewerkt.

### **3.b Afname kwaliteit**

Een belangrijk doel van het winstexperiment is het significant verhogen van de zorgkwaliteit in Nederlandse ziekenhuizen. Niettemin bestaat de zorg dat winstprikkelers en met name het streven naar kostenbesparingen door for-profit-instellingen ten koste gaat van de kwaliteit, met name bij de transitie van non-profit naar for-profit. Dit is een reële zorg.

Kwaliteit in de zorg kan worden onderscheiden in *medische* kwaliteit (mortaliteit, pijn en lijden, complicaties, heropnames, wachtlijsten leidend tot mortaliteit of lijden) en *servicekwaliteit* (bejegening door artsen, wachtlijsten niet leidend tot mortaliteit of lijden, wachttijden, niveau van de voorzieningen). In de verdere tekst heeft het woord 'kwaliteit' betrekking op beide aspecten van zorgkwaliteit.

#### **Noodzaak voor meer transparantie over kwaliteit**

Betrouwbare kwaliteitsinformatie is allereerst vereist omdat achteruitgang van medische kwaliteit bij ondoordachte introductie van winstprikkelers verkeerd kan uitpakken. Picone, Chou en Sloan (2002) onderzochten de kosten en kwaliteitsontwikkeling van ziekenhuizen in de Verenigde Staten die van non-profit overgegaan zijn naar for-profit. Ze vonden dat een à twee jaar na de omzetting de winstgevendheid toeneemt (door o.a. 4% minder bedden) en kwaliteit afneemt (een toename van de mortaliteit). De toename van de winstgevendheid en de afname van kwaliteit in jaren een en twee na de overgang, werd gedeeltelijk weer gecompenseerd in jaar drie en later. Een verklaring die de auteurs hiervoor geven is dat nieuw management in eerste instantie te sterk en exclusief stuurde op kostenreductie en daarbij te sterk op zorgarbeid bespaarde. Toen de gevolgen hiervan zichtbaar werden (na een à twee jaar) werd dit door het management gecorrigeerd. De auteurs noemen dit een

---

'scenario of profit-seeking with learning'.<sup>85</sup> Zij geven aan dat de kwaliteit (in dit geval mortaliteit) onvoldoende transparant was. Daardoor kon de kwaliteit dalen zonder dat dit consequenties voor de omzet had.

Shen (2002) onderzocht het verschil in sterfte van patiënten met een hartaanval ('Acute myocardial infarction') tussen overheidsziekenhuizen, non-profit- en for-profit-ziekenhuizen in de Verenigde Staten. For-profit-ziekenhuizen hebben een sterftecijfer dat tenminste 3% hoger is. Wanneer een non-profitziekenhuis omgezet is naar for-profit heeft dit volgens Shen een verhoging van de sterftetekans met 7-9% tot gevolg<sup>86</sup>.

Deze voorbeelden geven aan dat marktwerking niet noodzakelijk leidt tot hogere kwaliteit van de zorg. Sterker, indien niet expliciet op kwaliteit wordt gestuurd en zorgkwaliteit onvoldoende transparant is, kan een transitie van not-for-profit naar for-profit gepaard gaan met een ongewenste of zelfs onaanvaardbare afname in kwaliteit.

Kwaliteitsinformatie dient transparant en beschikbaar te zijn voor alle belanghebbenden, dat verhoogt stap voor stap de kwaliteit en zorgt ervoor dat patiënten een goed geïnformeerde keuze kunnen maken voor de (electieve) zorgaanbieder die hen het beste past. Een enquête van de Raad voor de Volksgezondheid (RVZ) onder 77 experts geeft helder de noodzaak van transparantie aan voor kwaliteits- en kostenverbeteringen in de zorg.<sup>87</sup> De conclusie luidt dat onvoldoende transparantie in kwaliteit concurrentie en innovatie beperkt en uitwisseling van *best practice* belemmert.<sup>88</sup> Het ontbreken van transparantie in kwaliteit heeft invloed op de keuzes en gedrag van alle marktpartijen: consumenten/verzekerden, zorgverzekeraars, zorginstellingen, medisch specialisten en de toezichthouder.

Consumenten hebben informatie nodig om beargumenteerd keuzes te kunnen maken. Op de eerste plaats bij de keuze voor een zorgverzekeraar. Op de tweede plaats wanneer de consument behoefte heeft aan (electieve) zorg: welke behandeling en bij welke zorgaanbieder? De patiënt heeft daarbij informatie nodig over:

1. De medische kwaliteit van de geleverde zorg van een instelling; de soorten en aantallen behandelingen en de zorguitkomst ervan. ("Waar is het ziekenhuis goed in, en hoe goed hebben ze het tot op heden gedaan?")
2. Alternatieve behandelingswijzen, zodanig dat de verzekerde niet afhankelijk is van de informatieverstrekking door de dichtstbijzijnde zorginstelling. ("Wat is – gegeven mijn situatie – nu goed voor mij?")<sup>89</sup>

---

<sup>85</sup> Picone, Chou en Sloan, 2002. Are for-profit hospital conversions harmful to patients and to Medicare? RAND Journal of Economics 33(3): 507-523.

<sup>86</sup> Shen, 2002. The effect of hospital ownership choice on patient outcomes after treatment for acute myocardial infarction. Journal of Health Economics 21: 901-922.

<sup>87</sup> Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2007. Briefadvies, De strategische beleidsagenda zorg 2007-2010.

<sup>88</sup> De gemeten kwaliteit van zorg is idealiter gerelateerd aan de werkelijk geleverde zorg ('health outcome'). In de praktijk wordt vaak aangesloten bij de geleverde zorgeenheden, zoals een behandeling of operatie. Dat is makkelijker meetbaar en kent minder subjectieve elementen. Het risico is dat de gemeten kwaliteit afwijkt van de werkelijke (niet gemeten) kwaliteit zoals (tijdsduur tot) definitief herstel en eventuele restverschijnselen.

<sup>89</sup> "The right information: is about providers, treatments and alternatives for specific conditions." en "much more relevant is information about providers' experiences and outcomes in treating particular conditions", uit: Porter en Olmsted Teisberg, 2004. Redefining Competition in Health Care. Harvard Business Review (June): 65-76.



---

Zorgverzekeraars hebben inzicht nodig in de kwaliteit van de zorginstellingen voor het contracteren van de te leveren zorg. Omdat patiënten argwanend staan tegenover kostenreducties vanwege de vermeende negatieve kwaliteitseffecten, komt – zonder transparantie in kwaliteit – disciplineren van zorginstellingen op prijs/kwaliteit niet goed van de grond.

Voor het bepalen van de focus in hun portfolio hebben ook zorginstellingen inzicht nodig in de kwaliteit van (de geleverde zorg door) hun eigen medisch specialisten ten opzichte van die van andere zorgaanbieders<sup>90</sup>. Ook voor het stimuleren van medisch specialisten om nog betere zorg te leveren is transparantie van kwaliteit noodzakelijk. Het prikkelt de medisch specialist om *best practice* te adopteren of anderszins de kwaliteit te verbeteren. Zo kan de specialist stijgen op de – voor anderen meer en meer zichtbare – kwaliteitsladder en voorkomen dat patiënten uiteindelijk kiezen voor andere zorgaanbieders. Door grotere transparantie in kwaliteit, in plaats van fouten te verdoezelen, kunnen specialisten juist leren van elkaars medisch handelen en medische fouten.<sup>91</sup>

Volledige transparantie van kwaliteit, per behandeling, draagt substantieel bij aan het realiseren van het verbeterpotentieel in de zorg en daarmee aan het succes en resultaat van het winstexperiment. En omgekeerd, zonder goede prestatie-informatie zal het effect beperkter zijn en zouden vervelende discussies kunnen ontstaan over de eventuele negatieve kwaliteitseffecten van efficiencywinsten. Tegelijkertijd stimuleert winststreven de organisatie om de beschikbare kwaliteitsinformatie goed te gebruiken, te verbeteren en aan te vullen om zodoende de kans op een succesvol winstexperiment te vergroten.<sup>92</sup> De vraag resteert, welke kwaliteitsinformatie is momenteel beschikbaar?

### **Beschikbaarheid kwaliteitsinformatie**

"Medische kwaliteitsinformatie staat in Nederland nog in de kinderschoenen" was in de vele gesprekken hierover een vaak gehoorde stelling. Wel wordt sinds kort vanuit enkele initiatieven sterk ingezet op beschikbaarheid en transparantie van meer betrouwbare medische kwaliteitsinformatie. De belangrijkste initiatieven zijn:

#### **1. IGZ ziekenhuisbrede basisset prestatie-indicatoren**

Een landelijke basisset, ontwikkeld in samenwerking met Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medisch Centra (NFU) en de Orde van Medisch Specialisten (OMS).<sup>93</sup> Deze set bevat 25 à 30 ziekenhuisbrede en aandoenings specifieke indicatoren. Rapportage is jaarlijks en verplicht.

#### **2. Aandoenings specifieke indicatoren TM-sZ (Transparantie Medisch-specialistische Zorg)**

Sinds begin 2007 coördineert het Programmabureau Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit van IGZ de ontwikkeling en implementatie van ca. 400 aandoenings specifieke kwaliteitsindicatoren. Dit zijn kwaliteitsindicatoren die zowel als keuze-informatie voor de patiënt en zorgverzekeraar, maar ook als sturing- en toezichtinformatie kunnen dienen. De

---

<sup>90</sup> Aanzienlijke verbeteringen lijken mogelijk aangezien de kwaliteit van verschillende behandelingen binnen een ziekenhuis vaak sterk verschilt. NZa, Monitor Ziekenhuiszorg 2007, p. 25.

<sup>91</sup> Bronnen: Porter en Olmsted Teisberg, 2004. Redefining Competition in Health Care. Harvard Business Review (June): 65-76 en interview M. Schultz van Haegen (directeur Achmea) in Volkskrant, zaterdag 10 november 2007.

<sup>92</sup> Waarbij de winstprikkel sterker is dan de weerstand tegen verandering; het 'not-invented-here'-syndroom.

<sup>93</sup> [http://www.igz.nl/pdfs/presind/Basisset\\_prestatie-indicator1.pdf](http://www.igz.nl/pdfs/presind/Basisset_prestatie-indicator1.pdf)

---

indicatoren komen tot stand onder verantwoordelijkheid van een sectorbrede stuurgroep, waarin alle betrokken partijen (NVZ, NFU, NPCF, Orde van Medisch Specialisten, Consumentenbond, V&VN, ZN en de IGZ zelf) zitting hebben. De eerste 10 aandoeeningen (62 indicatoren) zijn in 2007 opgeleverd en worden begin 2008 getest in circa 30 ziekenhuizen. Indicatorensets voor de volgende 18 aandoeeningen zijn gereed en worden eveneens in 2008 getest. Beide tranches worden in 2009 integraal geïmplementeerd en uitgevraagd bij alle ziekenhuizen. Het plan is om nog in deze kabinetsperiode voor alle geselecteerde aandoeeningen indicatorensets te hebben ontwikkeld, getest en geïmplementeerd<sup>94</sup>.

### 3. ZN (Zorgverzekeraars Nederland) Inkoopgids

Landelijke set indicatoren, opgesteld door ZN in samenwerking met wetenschappelijke verenigingen (maar meestal niet 'officieel' door hen goedgekeurd) en patiënten- en consumentenorganisaties. Het betreft aandoeenings specifieke sets ter ondersteuning van de inkoop door leden van ZN. De ZN-sets worden op termijn vervangen door de TM-sZ sets zodra deze uitontwikkeld en operationeel zijn.<sup>95</sup>

De Transparantie Medisch-specialistische Zorg set van aandoeenings specifieke indicatoren groeit gestaag. De geplande 400 kwaliteitsindicatoren zullen naar verwachting ruim 80% van de geleverde electieve zorg dekken.

De validiteit, betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid (inclusief correctie van patiëntmix) van de indicatoren laat nog te wensen over. Sinds enkele jaren wordt daar door verschillende instanties in toenemende mate aandacht aan besteed. De huidige IGZ-basisset scoort op veel indicatoren nog onvoldoende, hetgeen breed wordt onderkend.<sup>96</sup> De standaardisatie van terminologie, van meetmethodiek, van rapportage staat hoog op de agenda; evenals het vraagstuk van adequate risicocorrectie. Omdat deze aspecten uiteindelijk noodzakelijke voorwaarden zijn voor het slagen van de stelselherziening coördineert IGZ deze thema's in nauwe samenwerking met VWS en andere betrokken partijen.

Naast de medisch-inhoudelijke kwaliteit is er ook recentelijk nog een belangrijke stap gemaakt. Het Centrum Klantervaring in de Zorg<sup>97</sup> standaardiseert het meten van patiëntervaring op ziekenhuis- en aandoeeningniveau. In dit Centrum, waarin de verschillende partijen vertegenwoordigd zijn, worden onder wetenschappelijke supervisie gevalideerde vragenlijsten ontwikkeld. IGZ en VWS beschouwen deze 'Consumer Quality Index' (CQ Index) -lijsten als een integraal onderdeel van het in kaart brengen van de geleverde kwaliteit van een zorginstelling.

Naast de genoemde sets is er ook veel niet-publieke kwaliteitsinformatie aanwezig. Het meest bekend zijn HSMR (gestandaardiseerde sterftecijfers op ziekenhuisniveau), de NICE-registratie (gestandaardiseerde IC-gerelateerde sterfte) en de verschillende regionale oncologische registraties. Op dit moment is er discussie of de HSMR geschikt is voor externe kwaliteitsmonitoring, waarbij de NZa voorstander is van openbaarmaking van deze indicator. Ook de discussie over de eventuele

---

<sup>94</sup> [www.zichtbarezorg.nl](http://www.zichtbarezorg.nl)

<sup>95</sup> [http://www.werkenmetdbcs.nl/fileadmin/snellerbeter/documenten/nieuws/Inkoopindicatorenset\\_2006\\_definitief\\_30\\_sept\\_2\\_.pdf](http://www.werkenmetdbcs.nl/fileadmin/snellerbeter/documenten/nieuws/Inkoopindicatorenset_2006_definitief_30_sept_2_.pdf)

<sup>96</sup> Berg, M. (2007). Betrouwbare en vergelijkbare prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen: Een analyse van de IGZ basisset. Onderzoeksrapport. Utrecht, IGZ. en NZa, 2007. Uitvoeringstoets: op weg naar vrije prijzen, p. 52.

<sup>97</sup> [www.centrumklantervaringzorg.nl](http://www.centrumklantervaringzorg.nl)

---

openbaarheid van de NICE-registratie is gestart. Daarnaast hebben de wetenschappelijke verenigingen van 15 verschillende specialismen een complicatieregistratiesysteem opgezet. Daadwerkelijke deelname hieraan is nog beperkt en varieert sterk per specialisme, bovendien zijn deze gegevens niet beschikbaar voor derden.<sup>98</sup> In de "Prestatie-indicatoren ziekenhuizen Basisset 2008" van IGZ wordt over het complicatieregistratiesysteem zelfs opgemerkt: "Essentieel hierbij is dat een maatschap of vakgroep er van verzekerd is dat de resultaten van de registratie alleen intern bekend zijn en niet door derden ingezien kunnen worden". Uiteraard moet bij openbaarmaking het gevaar van *gaming* streng worden bewaakt en moet de privacy van patiënten worden gegarandeerd, maar een dergelijke houding geeft weinig hoop op spoedige beschikbaarheid voor patiënten van een aantal essentiële kwaliteitsmaatstaven.

Zijn de genoemde ontwikkelingen afdoende om de gewenste veranderingen van de kwaliteit van de geleverde zorg te kunnen monitoren? De publieke sets zijn landelijke sets, waarbij steeds de belangrijkste stakeholders zijn betrokken. Dat wil niet zeggen dat ze onomstreden of reeds geheel uitontwikkeld zijn. Gegeven het tempo van een aantal recente ontwikkelingen kan wel worden gesteld dat de in toenemende mate beschikbaar komende publieke prestatie-indicatoren een kwantitatieve basis kunnen leggen voor toenemende monitoring van de geleverde zorgkwaliteit.

Maar ondanks het tempo en de inspanningen van sommigen ontbreekt op dit moment een werkbare set kwaliteitsindicatoren. Definities, meet(on)mogelijkheden en het objectief meten en rapporteren van prestatie-indicatoren zijn stuk voor stuk lastige vraagstukken.<sup>99</sup> Het is een illusie te denken dat binnen enkele jaren op alle fronten van de ziekenhuiszorg de medische kwaliteit met strikt kwantitatieve analyses kan worden vastgesteld. Het gevaar van imperfecte maatstaven, onvermijdelijke meetfouten, niet-adequate risicocorrectie en opzettelijke *gaming* die de uitkomsten significant kunnen beïnvloeden, zal steeds nieuwe aanpassingen en ontwikkeling vergen.<sup>100</sup> Een groot gevaar daarbij is dat er lange discussies plaats vinden over grijze gebieden en lastige problemen van enkele behandelingen, waardoor relatief eenvoudige kwaliteitsmetingen over een aantal behandelingen die vaak voorkomen niet worden geïmplementeerd. En *last but not least* is er onder artsen zelf nog de nodige weerstand en veel discussie over het belang en de noodzaak van transparante kwaliteitsinformatie over medisch specialistische zorg.

Voor sommige aandoeningen of deelaspecten van de zorg zal het kwaliteitsoordeel zich (vrijwel) geheel kunnen beperken tot een kwantitatieve analyse; voor andere aandoeningen en deelaspecten zal een kwalitatieve interpretatieslag *op basis van de cijfers* noodzakelijk zijn. In Hoofdstuk 5 wordt een proces voorgesteld om in korte tijd te komen tot een (monitoring)set indicatoren waarmee de

---

<sup>98</sup> Bijvoorbeeld het systeem van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde meet ongeveer 1.800 verschillende complicaties. Eind 2003 was dit systeem in 34% van de ziekenhuizen operationeel, daarna ontstonden discussies rondom betrouwbaarheid van de gegevens. Bijvoorbeeld in 2006 voerde slechts 1% van de neurologen en klinisch fysiologen de complicatieregistratie volgens de gemaakte afspraken uit. Het aantal kinderartsen dat het complicatieregistratiesysteem van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde uitvoert, was in 2006 nul.

<sup>99</sup> Een voorbeeld van de gevoeligheid voor de wijze van meten zijn de ranglijsten van Roland Berger en het Algemeen Dagblad die beide gebaseerd zijn op gegevens van de Inspectie voor de Volksgezondheid. Een zorgaanbieder kan op basis van de zelfde brondata hoog scoren volgens het ene instrument, en van lage kwaliteit zijn volgens een ander instrument.

*"Als patiënt kun je er niets mee. Het lijstje laat de gemiddelde score van een ziekenhuis zien, maar je hebt een specifieke aandoening. (...) Uiteindelijk zijn de ranglijstjes gewoon een marketinginstrument."*

Robin Alma (Roland Berger), geciteerd in Het Financieele Dagblad, 6 september 2007.

<sup>100</sup> Pronovost, P. J., M. Miller, e.a. (2007). "The gap in quality measurement and reporting." *Journal of the American Medical Association* **298**(15): 1800-02.

---

medische kwaliteit van de deelnemende ziekenhuizen met voldoende betrouwbaarheid kan worden vastgesteld.

### **Kwaliteitsafname voorkomen**

De introductie van winstprikkel mag niet ten koste gaan van de kwaliteit van de zorg. Significante daling van de zorgkwaliteit zou reden kunnen zijn het experiment tussentijds te beëindigen. De hierboven genoemde mogelijkheden van kwaliteitsdaling bij de overgang naar for-profit onderstrepen het belang om enkele heldere minimum kwaliteitseisen te stellen aan de ziekenhuizen die deelnemen aan het winstexperiment.

In hoofdstuk 2 is besproken dat volledige transparantie van de kwaliteit van de geleverde zorg een noodzakelijke voorwaarde is voor de realisatie van het verbeterpotentieel. De hierboven geschetste ontwikkelingen naar meer en betere kwaliteitsinformatie stemmen voorzichtig optimistisch, maar zijn nog in een kwetsbaar stadium. Goede kwaliteitsinformatie heeft een tweeledig belang. Ten eerste het verbeteren van het functioneren van de zorgmarkt, ten tweede het bewerkstelligen dat winstziekenhuizen hun kwaliteit op peil houden. Voortbouwend op de lopende ontwikkelingen kan het winstexperiment een impuls en versnelling geven aan het proces van toenemende transparantie en betrouwbaarheid van medische kwaliteitsinformatie.

## **3.c Anticompetitief gedrag**

Winststreven in combinatie met concurrentie geeft ondernemingen een prikkel om marktmacht te creëren en daar eventueel misbruik van te maken. Dat is bij ziekenhuizen niet anders. Maar ook concurrentie zonder winststreven (de huidige situatie in Nederland) kan leiden tot te grote marktmacht en eventueel marktmisbruik.

Marktmacht kan zich onder meer uiten in een hoge concentratiegraad, het vermogen om prijsverhogingen door te drukken, prijsafspraken te maken met verzekeraars, lagere prijzen met leveranciers af te spreken en de mate waarin nieuwe toetreders worden geblokkeerd.<sup>101</sup> Concentratiegraad wordt veelal uitgedrukt met behulp van Herfindahl Hirschmann Index – HHI –, waarbij waarden boven de 1.800 als 'sterk geconcentreerd' worden aangemerkt.<sup>102</sup> In Nederland verschilt de HHI sterk per ziekenhuis; het *gemiddelde* algemene ziekenhuis heeft echter een HHI van 2.350: 'sterk geconcentreerd'.<sup>103</sup> Er is hierbij sprake van een sterke spreiding tussen de ziekenhuizen. Zo bestaan er ziekenhuizen met een HHI boven de 9.000. Hoewel de markt gemiddeld genomen 'sterk geconcentreerd' is, bestaan er ook ziekenhuizen met een vrijwel volledig (lokaal) monopolie.<sup>104</sup> Deze marktmacht heeft zich ook vertaald in prijsverhogingen. Ziekenhuizen met een hogere marktconcentratiegraad zijn in 2005 en 2006 hogere tarieven overeengekomen met

---

<sup>101</sup> Prismant, 2004. Prestatie-indicator aanbodconcentraties ziekenhuisdiensten. Publicatienummer 204.15.

<sup>102</sup> Bijvoorbeeld, voor een markt met 4 aanbieders met marktaandeel van 30%, 30%, 20% en 20%, is de HHI 2.600 ( $30 \times 30 + 30 \times 30 + 20 \times 20 + 20 \times 20 = 2.600$ ).

<sup>103</sup> Halbersma, Mikkers, Motchenkova en Seinen, 2007. Market structure and hospital-insurer bargaining in the Netherlands. [dare.uvu.vu.nl/bitstream/1871/10895/1/20070004.pdf](http://dare.uvu.vu.nl/bitstream/1871/10895/1/20070004.pdf). ZBC's zijn in dit onderzoek niet meegenomen. Een waarde van HHI boven 1.800 wordt gezien als geconcentreerd. <http://www.usdoj.gov/atr/public/testimony/hhi.htm>.

<sup>104</sup> Bij een HHI van 10.000 is er sprake van een monopolie (1 aanbieder met 100% marktaandeel:  $HHI = 100 \times 100$ ).

---

verzekeraars.<sup>105</sup> Dit geeft aan dat ook in een not-for-profit-markt waar sprake is van (toenemende) concurrentie ongewenste marktmacht aandacht verdient. Daarbij moet in de toekomst wel rekening worden gehouden met de bereidheid van patiënten om voor kwalitatief goede *electieve* zorg te willen reizen.

Uit onderstaand krantenbericht blijkt dat een hoge marktconcentratie niet alleen de onderhandelingspositie jegens verzekeraars maar ook richting vermogensverschaffers versterkt:

*"Fortis geeft aan dat zij het risico dat het Jeroen Bosch [ziekenhuis] loopt, goed heeft bestudeerd. Belangrijkste overweging daarbij is dat het ziekenhuis weinig concurrenten heeft in Den Bosch. Daardoor is het risico kleiner dat klanten weglopen."*<sup>106</sup>

Verwacht mag worden dat de marktmacht van Nederlandse ziekenhuizen in de toekomst zal toenemen als gevolg van verdere fusies en overnames. Op ziekenhuisniveau zijn de schaalvoordelen door toename van het aantal bedden la grotendeels benut.<sup>107</sup> Desondanks verwacht 70% van de ziekenhuizen dat het consolidatieproces van ziekenhuizen als gevolg van marktwerking zich verder voort zal zetten.<sup>108</sup>

Het RIVM verwacht dat het aantal instellingen – waarbij één instelling meerdere ziekenhuizen kan exploiteren – in 2014 afgenomen zal zijn tot 40 à 70<sup>109</sup>. De kans op oneigenlijke concurrentie neemt hiermee toe.

Een van de motieven voor ziekenhuizen om het consolidatieproces door te zetten, ligt in een grotere onderhandelingsmacht tegenover verzekeraars.<sup>110</sup> Eventuele schaalnadelen kunnen gecompenseerd worden door hogere tarieven als gevolg van extra marktmacht.<sup>111</sup> In de VS wordt bij fusies van instellingen waar de HHI met meer dan 100 punten toeneemt, aangenomen dat er anti-trust-issues zijn<sup>112</sup>. Onderzoek naar marktwerking in Nederland geeft aan dat het verwachte effect op prijzen als

---

<sup>105</sup> Halbersma, Mikkers, Motchenkova en Seinen, 2007. Market structure and hospital-insurer bargaining in the Netherlands. [dare.uvu.nl/bitstream/1871/10895/1/20070004.pdf](http://dare.uvu.nl/bitstream/1871/10895/1/20070004.pdf).

<sup>106</sup> Financieringsovereenkomst gesloten tussen Fortis en het Jeroen Bosch Ziekenhuis voor de bouw van een nieuw ziekenhuis van € 400 mln. Het Financieele Dagblad, 1 september 2007.

<sup>107</sup> Varkevisser, M., S.A. van der Geest & F.T. Schut, Concurrentie tussen Nederlandse ziekenhuizen: de deelmarkt voor reguliere klinische zorg, Studies in Economic Policy, nr. 13, OCFEB/iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam, 2004, p. 71.

<sup>108</sup> Ernst & Young, september 2005. Is de planning- en controlcyclus voldoende ingericht op de introductie van marktwerking en DBC's in de gezondheidszorg?

<sup>109</sup> RIVM, [http://www.rivm.nl/vtv/object\\_map/o562n21157.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_map/o562n21157.html).

<sup>110</sup> Department of Justice, Federal Trade Commission, 2004. Improving Health Care: A Dose of Competition. p. 137-138. <http://www.ftc.gov/reports/healthcare/040723healthcarerpt.pdf>.

<sup>111</sup> "Consolidation has resulted in complaints by payors about the exercise of market power by hospitals. Some panelists and commentators believe an important motivation for the creation of multi-hospital systems has been to gain market power to secure higher reimbursement from payors." Department of Justice, Federal Trade Commission, 2004. Improving Health Care: A Dose of Competition. p. 137-138 (van 361). Vindplaats: [www.ftc.gov/reports/healthcare/040723healthcarerpt.pdf](http://www.ftc.gov/reports/healthcare/040723healthcarerpt.pdf)

Porter en Olmsted Teisberg geven het volgende voorbeeld. Nadat een collectief van ziekenhuizen (hospital network) had bedreigd een (landelijke) verzekeraar uit te sluiten, presenteerde het ver bovengemiddelde kostenstijgingen zonder gemeten kwaliteitsverbetering. Porter en Olmsted Teisberg, 2004. Redefining Competition in Health Care. *Harvard Business Review* (June): 65-76.

<sup>112</sup> <http://www.usdoj.gov/atr/public/testimony/hhi.htm>.

---

gevolg van ziekenhuisfusies tot nu toe bescheiden was.<sup>113</sup> Dit onderzoek is echter gebaseerd op de jaren 2005 en 2006, in die jaren was concurrentie nog niet goed van de grond gekomen.

De NZa heeft als wettelijke taak in haar periodieke concurrentiescan rekening te houden met mogelijk anti-competitief gedrag van ziekenhuizen en – indien nodig in samenspraak met de NMa – corrigerend op te treden. Er ontstaan twee mogelijke effecten bij de introductie van winstprikkel: een sterkere neiging dan non-profit-ziekenhuizen om machtsblokken te vormen versus een prikkel om harder te gaan concurreren met andere ziekenhuizen. Hardere, faire, concurrentie is gezond voor Nederland, het vormen van marktmacht vaak niet. Het is aan de NZa er scherp op toe te zien dat ook instellingen die deelnemen aan het winstexperiment geen misbruik maken van eventueel toegenomen marktmacht. Er is geen reden om de bevoegdheden en het instrumentarium van de NZa om op te treden tegen machtsmisbruik aan te scherpen in het kader van het winstexperiment.

### 3.d Patiëntselectie

Ziekenhuizen lopen bij het behandelen van patiënten naast medische risico's ook economische risico's. De kosten per behandeling zijn niet voor alle patiënten gelijk. Zo is behandeling van patiënten met overgewicht gemiddeld 50% duurder dan patiënten met een normaal gewicht.<sup>114</sup> Ook aan complicaties hangt een prijskaartje: de kosten van behandelingen waarbij na een zware operatie complicaties optreden zijn gemiddeld 96% hoger dan wanneer geen complicaties optreden.<sup>115</sup> Deze verschillen worden meestal niet vertaald in hogere prijzen.

In veel gevallen is het voor artsen mogelijk om vooraf onderscheid te maken tussen meer en minder winstgevende, of zelfs verlieslatende patiënten. De arts is beter geïnformeerd en heeft meer kennis dan de patiënt of de verzekeraar. Hierin schuilt een mogelijk gevaar van winstprikkel: een for-profit-ziekenhuis heeft een sterkere stimulans dan een non-profit-ziekenhuis om minder winstgevende of verlieslatende patiënten door te verwijzen naar een not-for-profit-ziekenhuis. Dit effect zou nog kunnen worden versterkt voor gecompliceerde behandelingen omdat aan de ziekenhuizen die deelnemen aan het experiment eisen gesteld zullen worden wat betreft handhaving van de huidige medische kwaliteit.

Dergelijke risicoselectie op basis van economisch eigenbelang is een reëel gevaar. Onderzoek in Duitsland heeft bijvoorbeeld laten zien dat for-profit-ziekenhuizen – ten opzichte van non-profit-ziekenhuizen – meer hoogrisico patiënten doorverwijzen naar academische ziekenhuizen en tegelijkertijd kostenreducties realiseren door een afname in het gebruik van donorbloed, medicijnen en intensivacareopnames.<sup>116</sup> Daarbij moet worden aangetekend dat in Duitsland veel risico-informatie (ASA-score, en dergelijke) verloren gaat bij het doorverwijzen naar een academisch

---

<sup>113</sup> Halbersma, Mikkers, Motchenkova en Seinen, 2007. Market structure and hospital-insurer bargaining in the Netherlands. [dare.uvu.vu.nl/bitstream/1871/10895/1/20070004.pdf](http://dare.uvu.vu.nl/bitstream/1871/10895/1/20070004.pdf). ZBC's zijn in dit onderzoek niet meegenomen.

<sup>114</sup> Burton, Chen, Schultz en Edington, 1999. The cost of body mass index levels in an employed population. *Statistical Bulletin of the Metropolitan Insurance Company* 80: 8-14.

<sup>115</sup> Kalish, Daley, Duncan et al, 1995. Costs of potential complications of care for major surgery patient. *American Journal of Medical Quality* 10, 48-54.

<sup>116</sup> Simon, 1996. Die Umsetzung des Gesundheitsstrukturgesetzes im Krankenhausbereich: Auswirkung der Budgetdeckelung auf die Aufnahme- und Verlegungspraxis von Allgemeinkrankenhäusern. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 4, 20-40. Szczeny en Ernst, 2006. Capped Hospital Budgets, Risk-Influencing Activities and Financial Consequences. <http://ssrn.com/abstract=901210>.

---

ziekenhuis, hetgeen patiëntselectie vergemakkelijkt. Dit geeft aan dat in Nederland – in het bijzonder tijdens het winstexperiment – doorverwijzing van patiënten naar andere ziekenhuizen of zorginstelling zorgvuldig moet worden gemonitord.

Patiëntselectie op basis van uitsluitend economische overwegingen omdat de tarieven geen goede maat zijn voor de werkelijke kosten werkt kostenverhogend en creëert nodeloze overbelasting voor gespecialiseerde zorginstellingen. Risicoselectie op basis van *medische* risico's is daarentegen wel verstandig en verhoogt de medische kwaliteit. Voor sommige instellingen en medici is het verrichten van gecompliceerde behandelingen ook een kwestie van prestige of men wil de behandeling doen 'om bij te blijven'. De patiënt loopt minder risico wanneer hij of zij wordt behandeld in een zorginstelling die meer ervaring heeft en beter is geëquipeerd voor de betreffende behandeling.<sup>117</sup> Goede *medische* risicoselectie zou daarmee een positief bijeffect van winststreven kunnen opleveren omdat daarmee een prikkel wordt gecreëerd om behandelingen in de meest geëigende zorginstellingen (met de juiste deel-specialismen en ervaring) te laten verrichten.

Zodoende kunnen twee tegengestelde effecten van toegenomen risicoselectie door winststreven optreden:

1. Ongewenste risicoselectie omdat a) te dure patiënten c.q. behandelingen worden doorverwezen omdat de bijbehorende tarieven onvoldoende winstgevend zijn en b) te veel risicovolle behandelingen worden doorverwezen zodat het 'winstziekenhuis' beter kan scoren op de kwaliteitsladder
2. Gewenste medische risicoselectie omdat andere zorginstellingen meer ervaring en expertise hebben voor bepaalde behandelingen

Een goed onderscheid maken tussen gewenste medische en ongewenste economische risicoselectie is momenteel niet goed mogelijk omdat voldoende objectieve informatie ontbreekt. Een oplossing zou zijn om meer risicodifferentiatie aan te brengen in de DBC's, maar dat ligt niet in de lijn van het terugbrengen van het aantal DBC's. Wel wordt momenteel onderzoek gedaan naar het inbrengen van zorgzwaartecorrectie in de DBC-financiering door DBC-onderhoud. Met een dergelijke maatregel zou het probleem deels kunnen worden ondervangen, temeer daar ongewenste risicoselectie zich concentreert bij een beperkt aantal aandoeningen. Een deel van het probleem zal blijven bestaan omdat het bepalen van de juiste DBC bij de beschouwende specialismen, maar ook bij sommige snijdende specialismen vaak een arbitraire keuze is waar nauwelijks toezicht op mogelijk is. Wel kan per diagnose c.q. behandeling de ontwikkeling van het aantal doorverwijzingen per ziekenhuis worden vastgesteld, inclusief enkele correcties voor patiëntmix. Bij de relevante aandoeningen kan worden gekeken naar de demografische ontwikkeling van de patiëntenstroom (bijvoorbeeld worden ze steeds jonger, of komen er steeds minder patiënten van buiten de regio, dan is dat een belangrijke aanwijzing voor risicoselectie).

Het is belangrijk dat men zich bij de besluitvorming over het winstexperiment bewust is van de genoemde (toegenomen) risico's van risicoselectie. Het is niet realistisch te veronderstellen dat het optreden van ongewenste risicoselectie tijdens het winstexperiment op basis van beschikbaar cijfermateriaal altijd adequaat kan worden vastgesteld. Aanvullende informatie, gericht op een beperkt aantal aandoeningen zal het risico sterk indammen. Dit betreft met name informatie over demografische ontwikkelingen in patiëntmix en aantallen annex categorieën doorverwijzingen. Wat daarbij helpt is dat de betreffende basisset (informatie over elke patiënt die zich aanmeldt bij ziekenhuis A en wordt doorverwezen naar zorginstelling B) vrij eenduidig is vast te stellen. In

---

<sup>117</sup> Zie ook vorige voetnoot.

---

aanvulling op een analyse van dergelijk cijfermateriaal is een gedegen visitatie van de deelnemende ziekenhuizen gewenst (zie ook Hoofdstuk 5).

### 3.e Upcoding

Toename van marktwerking geeft een for-profit-ziekenhuis een extra financiële prikkel tot *gaming* of zelfs tot het begaan van frauduleuze handelingen. In de Amerikaanse staat Californië wordt het totaal aan fraude (door patiënten, ziekenhuizen en apotheken) geschat op 10% van het totale budget (10% van \$30 miljard).<sup>118</sup> *Gaming* of frauduleus handelen door ziekenhuizen geschiedt ondermeer door zogenaamde *upcoding*.

Bij *upcoding* brengt het ziekenhuis duurdere zorg in rekening dan de zorg die feitelijk is geleverd. Daar kunnen aanzienlijke bedragen mee gemoeid zijn. Bijvoorbeeld in 2001 trof de Amerikaanse overheid een schikking met de for-profit-ziekenhuisketen 'The Healthcare Company' voor \$745 miljoen. Het bedrijf werd met name beschuldigd van *upcoding*.<sup>119</sup>

*Upcoding* is niet volledig te elimineren. Niettemin is het mogelijk de mate van *upcoding* te beperken. In de Verenigde Staten zoekt het ministerie van gezondheid actief naar *upcoding*-patronen bij de in rekening gebrachte zorg.<sup>120</sup> In Nederland is hier een actieve monitoringrol weggelegd voor de verzekeraars. Binnen de DBC-systematiek is een trend zichtbaar waarbij binnen een bepaalde categorie behandelingen in de loop van de tijd het aantal behandelingen van de subcategorie(en) met de hogere vergoedingen gestaag stijgt<sup>121</sup>.

*Upcoding* is weliswaar een generiek gevaar binnen de DBC-systematiek, maar winstprikkel zouden de neiging tot *upcoding* mogelijk kunnen versterken. Niettemin lijkt het *extra* gevaar voor for-profit-instellingen niet zodanig groot dat in het kader van het experiment specifieke additionele maatregelen noodzakelijk zijn. Een belangrijke reden daarvoor is dat de 80% medisch specialisten die in maatschapverband opereren ook in het huidige systeem al een sterke (financiële) prikkel hebben voor dergelijk gedrag. Die prikkel wordt door winststreven voor 'het ziekenhuis' niet versterkt. Bovendien zijn verzekeraars in toenemende mate alert bij het opsporen van dergelijke patronen.

### 3.f Onnodige behandelingen

Meer zorg is niet altijd betere zorg: de meerwaarde van intensievere zorg weegt niet altijd op tegen de kans op extra complicaties, medische fouten, extra tijd en dergelijke, en is bovendien ook duurder.<sup>122</sup> Bij de introductie van winstprikkel bestaat het gevaar dat patiënten onnodige of te dure behandelingen ondergaan.

---

<sup>118</sup> Albert, 2004. California launches plan to crack down on Medical fraud. American Medical Association. <http://www.ama-assn.org/amednews/2004/05/17/gvsv0517.htm>.

<sup>119</sup> Albert, 2001. Health care top source of fraud recoveries. American Medical Association. <http://www.ama-assn.org/amednews/2001/12/10/gvsv1210.htm>.

<sup>120</sup> Department of Health and Human Services, Office of Inspector General, Work Plan Fiscal Year 2008. [http://oig.hhs.gov/publications/docs/workplan/2008/Work\\_Plan\\_FY\\_2008.pdf](http://oig.hhs.gov/publications/docs/workplan/2008/Work_Plan_FY_2008.pdf).

<sup>121</sup> Uit gesprekken met medisch specialisten komt naar voren dat dergelijke verschuivingen naar DBC's met hogere vergoedingen systematisch plaats vinden. Ook verzekeraars herkennen deze trend in hun cijfers.

<sup>122</sup> <http://www.dartmouthatlas.org/faq.shtm>



---

Uit onderzoek blijkt dat minder geïnformeerde patiënten 'te veel' zorg krijgen. Het informeren van patiënten over bijvoorbeeld de risico's van een behandeling en alternatieve behandelingswijzen leidt ertoe dat patiënten kiezen voor minder operaties dan de chirurg geneigd was uit te voeren.<sup>123</sup>

*"Paying physicians to spend more time advising patients about treatment alternatives (for example, lifestyle changes and medications, rather than bypass surgery), without penalizing them economically for doing less, is another important strategy for reducing utilization."<sup>124</sup>*

Het huidige financieringssysteem met een zeer groot aantal DBC's (zo'n 27.000) werkt onnodige en te dure behandelingen in de hand. Er zijn legio voorbeelden waarbij binnen een bepaalde diagnosecategorie het aantal duurdere behandelingen (lees DBC's) systematisch toeneemt. Ook artsen zijn gevoelig voor (financiële) prikkels en realiseren zich binnen de DBC-systematiek welke behandelingen meer en minder opbrengst genereren. Een fundamenteel probleem daarbij is het ontbreken van wat accountants functiescheiding noemen: degene die de diagnose stelt is vaak dezelfde persoon die ook de behandeling uitvoert en (zeker in het klassieke maatschapsysteem) zelf de bijbehorende opbrengst ontvangt.

Het is dus van belang dat patiënten zo goed mogelijk geïnformeerd worden over (alternatieve) behandelingswijzen, risico's, bijwerkingen en dergelijke. Dit past in het beleid om consumenten meer verantwoordelijk te maken voor hun eigen gezondheid.

Verzekeraars hebben een financieel belang om te voorkomen dat ziekenhuizen teveel zorg leveren. Zij kunnen een belangrijke rol spelen door consumentenvoorlichting en monitoring. Verzekeraars kunnen daar bij het afsluiten van contracten rekening mee houden.

Onnodige behandelingen is weliswaar een generiek gevaar binnen de DBC-systematiek, maar winstprikkels zouden de neiging mogelijk kunnen versterken. Niettemin lijkt het *extra* gevaar voor for-profit-instellingen niet zodanig groot dat in het kader van het experiment specifieke maatregelen noodzakelijk zijn. Evenals bij *upcoding* geldt ook hier het argument dat de 80% medisch specialisten die in maatschapverband opereren ook in het huidige systeem al een sterke (financiële) prikkel hebben voor dergelijk gedrag. Die prikkel wordt door winststreven voor 'het ziekenhuis' niet verder versterkt. Bovendien zijn ook hier verzekeraars in toenemende mate alert bij het opsporen van dergelijke patronen.

### 3.j Maatschappen van medisch specialisten

In ongeveer 80% van de Nederlandse ziekenhuizen zijn de medisch specialisten vrije ondernemers, georganiseerd in maatschappen. Specialisten georganiseerd in maatschappen hebben doorgaans een sterke (financiële) prikkel om het belang van hun eigen maatschap te optimaliseren, veel minder het belang van het ziekenhuis als geheel.

---

<sup>123</sup> O'Connor AM, Wennberg JE, Legare F, Llewellyn-Thomas HA, Moulton BW, Sepucha KR, Sodano AG, King JS. Toward The 'Tipping Point': Decision Aids And Informed Patient Choice. Health Affairs 2007 May-Jun;26(3):716-725. En ook: Mazur en Hickam, 1997. Patients' Preferences for Risk Disclosure and Role in Decision Making for Invasive Medical Procedures. J Gen Intern Med 12(2): 114-117. Keuzeondersteuning (in de vorm van brochures bedoeld om patiënten te helpen een onderbouwde keuze te maken), toegepast ter ondersteuning van consulten, verbeterde de kwaliteit van de zorgkeuze en reduceerde chirurgische behandelingen met 25 procent.

<sup>124</sup> The Dartmouth Atlas Working Group. <http://www.dartmouthatlas.org/faq.shtm>

---

De kosten die maatschappen van medisch specialisten dragen zijn veelal beperkt tot de kosten van hun secretaresses, plus een gedeelte (30%) van de loonkosten van de artsen in opleiding in het geval van een opleidingsziekenhuis. Omdat de vergoeding van medisch specialisten samenhangt met de geleverde DBC's, hebben maatschappen vrijwel uitsluitend een financiële prikkel om de opbrengsten te maximaliseren. Echter, de kosten die hieraan gerelateerd zijn (medische apparatuur, devices, hulpmiddelen, verplegend personeel, de bezettingsgraad van de OK's, huisvesting, etc.) worden niet door de medisch specialisten gedragen. Zodoende hebben vrij gevestigde artsen geen financiële prikkel om te streven naar zo laag mogelijke kosten.<sup>125</sup> In andere sectoren (bijvoorbeeld accountants, consultants, notarissen) dragen maatschappen de verantwoording en ontvangen het financiële saldo van het *netto* resultaat (opbrengsten minus kosten) in plaats van slechts het *bruto* resultaat (de opbrengsten).

Ook het medisch-logistieke management van met name 'multi-patiënten' is een bron van inefficiënties omdat deze patiënten onder behandeling bij meerdere maatschappen zijn. Er bestaan geen financiële prikkels voor de maatschappen om de logistieke en patiëntprocessen op elkaar af te stemmen. Dit leidt niet alleen tot hogere kosten en langere doorlooptijden maar leidt ook tot onnodige (tijd)belasting van patiënten. Gezamenlijke planning van patiënten en processen, logistiek, IT en gezamenlijke inkoop zijn belangrijke activiteiten. Hiermee zijn door onderlinge afstemming en het vermijden van sub-optimalisatie per discipline efficiencywinsten en kwaliteitsverbeteringen voor de patiënt (bijvoorbeeld kortere wachttijden of meerdere behandelingen combineren in één bezoek) mogelijk. De klassieke maatschapstructuur vormt een belemmering bij het realiseren van *operational excellence*, zeker voor het realiseren van ziekenhuisbrede maatregelen.

Vanwege de (financiële) belangen van autonome maatschappen ligt het tevens niet voor de hand dat zij geheel vrijwillig zullen meewerken aan het beperken of afstoten van het zorgaanbod binnen het eigen specialisme. Daarmee kunnen maatschappen van medisch specialisten ook een belemmering vormen voor het aanbrengen van focus in portfolio én voor *operational excellence*: samenwerken, geïntegreerde trajecten, betere doorverwijzing etc.

De toename van marktwerking in de zorgmarkt vormt een bedreiging voor de momenteel feitelijke en ook zo gevoelde autonomie en voor de inkomens van medisch specialisten zonder dat daar een financiële prikkel tegenover staat.<sup>126</sup> Het ligt daarom voor de hand dat er enige weerstand zal ontstaan tegen (de gevolgen van) winstprikkels op ziekenhuisniveau. Niettemin zijn er ook geluiden uit de hoek van de medisch specialisten die aangeven dat de klassieke maatschap als afzonderlijke economisch-juridische eenheid binnen het ziekenhuis een achterhaalde organisatievorm is. Het leveren van zorg via maatschappen en de economisch juridische eenheid sluit onvoldoende aan op de ontwikkeling van multidisciplinaire teams en de noodzaak van beleidsmatige beslissingen op ziekenhuisniveau.<sup>127</sup> Tegenover de genoemde nadelen van de maatschapstructuur staat ook een potentieel voordeel: vrij gevestigde medisch specialisten zijn – waarschijnlijk vanwege de financiële prikkels – in het algemeen productiever en hebben een lager ziekteverzuim dan medisch specialisten in loondienst.

---

<sup>125</sup> Bijvoorbeeld een toename van standaardingrepen met hoge marges leidt tot lagere kosten en hogere kwaliteit, maar is minder interessant voor de specialist die diversiteit wil in zijn werk.

<sup>126</sup> RVZ, 2006. Management van vastgoed in de zorgsector en interview Schultz (Achmea, afdeling zorginkoop) in de Volkskrant, 10 november 2007.

<sup>127</sup> Lezing J.Th.M.F. (Hanneke) Beijer in Medisch Specialist 2008 - Actualiteitsymposium, 3 oktober 2007 <http://www.zorgconsult.nl/assets/zorgconsult/Presentatie%20Rode%20Hoed%203%20oktober%202007%20Hanneke%20Beijer.pdf>

---

Maatschappen vormen een belemmering bij het realiseren van het verbeterpotentieel vanwege grote autonomie en de financiële prikkels op maatschapniveau. Dat betekent niet dat bij de 20% specialisten in dienstverband geen weerstand tegen verandering zou kunnen bestaan. Aantasting van de autonomie, gedwongen kostenbewustzijn en samenwerking en afstemming tussen medisch specialisten en andere partijen binnen het ziekenhuis zullen ook bij artsen in loondienst op verzet kunnen stuiten. Ook de zeggenschap, de beloningsstructuur en andere financiële (afvloeiings)regelingen moeten voor artsen in loondienst per ziekenhuis goed in kaart worden gebracht bij het opstellen en realiseren van de noodzakelijke reorganisaties<sup>128</sup>.

Om de belangen van het ziekenhuis en de medisch specialisten meer op één lijn te krijgen, kan een op winst gericht ziekenhuis de beloning van de medisch specialisten mede afhankelijk maken van de collectieve prestaties. Enkele mogelijkheden daarbij zijn:

- Loondienst met een prestatieafhankelijke beloning<sup>129</sup>
- Loondienst plus individueel aandeelhouderschap
- Lid van een maatschap, waarbij de maatschap mede-aandeelhouder is van het ziekenhuis
- Lid van een maatschap, waarbij de maatschap meeprofiteert van de efficiency- en kwaliteitsverbeteringen

Om deze beloningsvarianten (juridisch) mogelijk te maken moeten onder andere voor de deelnemende ziekenhuizen de beleidsregels, die de honorering van de medisch specialisten regelen, buiten werking worden gesteld (zie ook de juridische notitie van R. de Groot aan NZa).

Voor het experiment betekent dit dat deelnemende ziekenhuizen helder moeten aangeven welke interne organisatievorm zij kiezen als alternatief voor de klassieke maatschapstructuur. Een ambitieus business plan waarin met portfoliokeuzes focus wordt gecreëerd en/of maatregelen worden voorgesteld om *operational* en *medical excellence* te realiseren, is niet geloofwaardig als daarbij niet wordt aangegeven op welke manier de (financiële) belangen van het ziekenhuis en de medisch specialisten op elkaar worden afgestemd en de zeggenschapsverhoudingen daarop worden aangesloten. Daarom wordt in hoofdstuk 5 een transformatie van de klassieke maatschapstructuur als voorwaarde gesteld voor ziekenhuizen die willen deelnemen aan het winstexperiment.

---

<sup>128</sup> Bijvoorbeeld bij een ziekenhuis is met specialisten in loondienst een afvloeiingssom van tussen de één miljoen en twee miljoen euro contractueel vastgelegd. Dat leidt tot zeer hoge kosten bij het afstoten of beperken van een specialisme in het kader van portfolioselectie door een ziekenhuis.

<sup>129</sup> Case study Rhön Klinikum AG: medisch specialisten in loondienst. Elk personeelslid deelt mee in de winst, hetgeen motiverend werkt en kostenbewustzijn verhoogd. PricewaterhouseCoopers, 2006. Corporate finance, rentelasten en een integrale bedrijfsvoering van zorginstellingen, p. 34 (paragraaf 2.46). [www.rvz.net/data/download/Definitieve\\_PwC\\_rapportage\\_voor\\_dossier\\_def.pdf](http://www.rvz.net/data/download/Definitieve_PwC_rapportage_voor_dossier_def.pdf)

---

---

## 4. HET INVESTEERDERSPERSPECTIEF

Een vereiste voor het slagen van een winstexperiment is belangstelling en bereidheid van investeerders om te investeren in ziekenhuizen. Om een uitspraak te kunnen doen over de belangstelling van investeerders zijn gesprekken gevoerd met verschillende categorieën investeerders (private equity, financiële partijen en sectorgenoten), zijn de mogelijkheden van een beursgang onderzocht en is gekeken naar bestaande commerciële investeringen in klinieken en ziekenhuizen in binnen- en buitenland. In dit hoofdstuk wordt achtereenvolgens besproken a) hoe investeerders naar het experiment kijken en wat hun belangrijkste zorgen zijn en b) wat de hoofdkenmerken zijn van de verschillende categorieën investeerders, inclusief beursgang.

### 4.a Hoe kijken investeerders naar een winstexperiment?

Op basis van de gevoerde gesprekken en analyses kan een aantal algemene conclusies worden getrokken over de perceptie van investeerders van het experiment.

#### **Belangstelling**

Er bestaat grote belangstelling onder vrijwel alle categorieën investeerders om te investeren in zorginstellingen. Zorg wordt gezien als een groeimarkt met bovendien een groot verbeterpotentieel. De combinatie van beide elementen creëert (aandeelhouders) waarde en maakt daarom (ziekenhuis)zorg aantrekkelijk voor investeerders.

#### **Externe onzekerheid**

Doorgaans zijn investeerders huiverig voor onzekerheden die niet voortvloeien uit bedrijfsmatige, commerciële of concurrentierisico's. Dergelijke (gepercipieerde) externe onzekerheden kunnen leiden tot niet willen investeren of tot lagere waarderingen. De twee belangrijkste aarzelingen om te participeren in het experiment zijn:

1. Reguleringonzekerheid van de zorgsector: investeerders zijn wars van verrassingen in wet- en regelgeving waarbij "tijdens het spel de regels worden veranderd". Onzekerheid over stelselwijzigingen die leiden tot andere verhoudingen tussen marktpartijen, andere financieringsmethodiek of overige reguleringsrisico's verminderen de belangstelling van investeerders of zullen deze geheel doen verdwijnen. De reguleringonzekerheid in de zorgsector wordt door verschillende beleggers verschillend ingeschat.
2. Onzekerheid over en bij gedwongen exit. Wanneer investeerders de facto verplicht zouden worden hun aandelen te verkopen aan het ziekenhuis of de overheid, hetzij omdat het experiment (voortijdig) mislukt, hetzij omdat de overheid het experiment tussentijds anderszins beëindigt, willen zij de zekerheid dat zij hun aandelen kunnen aanbieden tegen marktwaarde. Wanneer de exitregeling niet de zekerheid biedt dat een faire prijs (marktwaarde) zal worden geboden bij gedwongen verkoop, zullen investeerders niet bereid zijn aan het experiment deel te nemen

---

## **Zeggenschap, winstuitkering en verhandelbaarheid**

Investeerders willen afspraken maken over zeggenschap, de mogelijkheden om winst uit te keren en de verhandelbaarheid van hun aandelen. Hoe meer zeggenschap en bevoegdheden voor aandeelhouders, des te hoger de prijs die zij voor de aandelen willen betalen. Wat betreft winstuitkeringen zullen de meeste investeerders bereid zijn afspraken te maken over de hoogte (inclusief een maximum) en het moment van dividendbetaling. Met betrekking tot de verhandelbaarheid van de aandelen zullen de meeste investeerders bereid zijn zich te verplichten de aandelen gedurende de looptijd van het experiment niet te vervreemden.

## **Waardering**

De waardering van het ziekenhuis zowel aan het begin als aan het einde van het experiment is cruciaal. Dit bepaalt grotendeels het rendement voor een investeerder. Zoals aangegeven in hoofdstuk 3 zullen de waarderingsgrondslagen en rekenregels vooraf helder moeten worden vastgelegd. Investeerders zullen daarbij een vergelijking maken met (de waardering van) soortgelijke ondernemingen in binnen en buitenland. De waardering van ziekenhuizen in Duitsland en de Verenigde Staten ligt binnen een bandbreedte van 0,5 à 1,5 keer de omzet en/of 8 à 10 keer het operationele resultaat voor afschrijvingen en belastingen (EBITDA).<sup>130</sup>

## **Risico, rendement en zeggenschap**

Voor een investeerder zijn risico, rendement en zeggenschap (vrijheid) communicerende vaten. Over het algemeen geldt hoe meer risico, hoe meer restricties en hoe minder de zeggenschap, des te hoger de rendementseis, dus des te lager de biedprijs voor de aandelen.

## **4.b Soorten investeerders**

Verschillende categorieën investeerders tonen belangstelling voor het experiment. Elke investeerder heeft zijn eigen karakteristieken wat betreft rendements- en cashfloweisen, governance-model (m.n. gewenste zeggenschap en wijze van aansturing) en looptijd van investering. Hierna worden de kenmerken van de belangrijkste categorieën beleggers kort besproken.<sup>131</sup>

### **Private equity**

Bij private equity-spelers is veel belangstelling om te investeren in zorginstellingen. Terwijl de beschikbare middelen de afgelopen jaren zijn toegenomen, zijn de investeringsmogelijkheden en de rendementen gedaald. Daarmee is de noodzaak om te zoeken naar nieuwe, rendabele investeringsmogelijkheden toegenomen. Enkele private equity-fondsen hebben bovendien gespecialiseerde fondsen voor de zorgsector en investeren nu reeds in de 'vrije' segmenten (bijvoorbeeld ZBC's en klinieken).

De looptijd van private equity-investeringen is doorgaans drie tot zes jaar. Dan willen zij hun aandelen verkopen aan een nieuwe eigenaar of de onderneming naar de beurs brengen en via die

---

<sup>130</sup> Thomson Financial OneBanker. Dit zijn globale schattingen. Bewegingen in de aandelenmarkten kunnen deze gegevens zowel positief als negatief beïnvloeden.

<sup>131</sup> Dit is geen uitputtend overzicht. Ook andere constructies zijn mogelijk, bijvoorbeeld een commanditaire vennootschap, waarbij de lokale bevolking participeert als 'stille vennoot'.

---

weg hun aandelen vervreemden. Private equity is gericht op waardecreatie en het genereren van cashflow binnen die termijn. Het bewaakt streng de consistentie van de strategie, houdt via een actieve raad van commissarissen direct toezicht op het management, geeft sterke financiële prestatieprikkels aan het management en streeft naar hoge financiële leverage. Doorgaans wordt een jaarlijkse rendementseis gesteld van 20%, te realiseren bij verkoop.<sup>132</sup> Teneinde dat rendement te realiseren zal doelgericht worden gestuurd op focus in portfolio, *operational excellence* en zal ook de onroerendgoedportefeuille worden geoptimaliseerd. De ervaring leert dat binnen het kader van de strategie en het business plan met de meeste private equity-partijen vooraf goede afspraken te maken zijn over de besteding van de operationele cashflow, winstuitkeringen, financiële leverage, investeringsbedragen en eventuele acquisities.

Op basis van deze karakteristieken is private equity, in het bijzonder de partijen die ervaring hebben met investeringen in de zorg, een beleggingscategorie die zeker in aanmerking moet worden genomen voor deelname aan het experiment.

### **Sectorgenoten**

Het is lastig algemene uitspraken te doen over de belangstelling van sectorgenoten (andere zorginstellingen) voor deelname aan het experiment als investeerder. Deze verschilt per instelling. Bovendien is er een belangrijk onderscheid tussen Nederlandse sectorgenoten en buitenlandse spelers. Nederlandse instellingen zullen synergie, schaal en marktmacht nastreven, expertise delen en/of focus in de portfolio aanbrengen. Buitenlandse partijen (inclusief zorgketens als bijvoorbeeld Röhn Klinikum) zouden voornamelijk willen participeren in het kader van een internationale groeistrategie. Sommige buitenlandse partijen brengen naast kapitaal ook expertise in op het gebied van *operational* en *medical excellence*, focus in portfolio en/of optimalisering van vastgoedmanagement. Sectorgenoten zullen in beginsel participeren voor onbepaalde tijd.

Het aantal Nederlandse zorginstellingen dat in staat is significant te investeren in een sectorgenoot is weliswaar beperkt, maar aangevuld met additioneel vreemd vermogen en/of andere investeerders lijkt een aantal kandidaten een dergelijke stap te willen overwegen. Zowel Nederlandse als buitenlandse zorginstellingen zouden als investeerder tot het experiment moeten worden toegelaten.

### **Financiële partijen**

Institutionele beleggers (banken, verzekeraars, pensioenfondsen) hebben ruim voldoende kapitaal beschikbaar en sommigen van hen zeggen belangstelling te hebben om eventueel te participeren. Hun rendementseisen zijn bescheidener (8-10%) en hun horizon kan langer zijn dan private equity. Zij zullen zich aanzienlijk minder actief opstellen dan private equity en sectorgenoten. Financiële partijen streven over de looptijd van hun investering naar een constante vrije kasstroom.

In Duitsland en de Verenigde Staten zijn het vooral institutionele beleggers die investeren in beursgenoteerde ziekenhuisketens in binnen- en buitenland. Bijvoorbeeld, slechts twee van de tien

---

<sup>132</sup> Deze rendementseis is hoog wanneer deze vergeleken wordt met de vermogenskosten van eigen vermogen op basis van het Capital Asset Pricing Model, uitgewerkt in NZa, 2007. Uitvoeringstoets – op weg naar vrije prijzen” pp 32-33, welke voor ziekenhuizen in een range van 6,6%-9,8% ligt. Ondanks de hoge rendementseis kan het toch voor een ziekenhuis optimaal zijn om in zee te gaan met een private equity-investeerder, vanwege de actieve inbreng van private equity. Door de actieve inbreng wordt namelijk ook de 'taart' groter (de toekomstige kasstromen), waarbij deze hogere kasstromen voldoende kunnen opwegen tegen de hogere rendementseis.

---

grootste beleggers in het Duitse Rhön Klinikum zijn van Duitse origine<sup>133</sup>. De overige investeerders behoren tot de grootste fondsbeheerders ter wereld. Voor dergelijke partijen is zorg één van de reguliere beleggingscategorieën.

Een specifieke categorie investeerders zouden de zorgverzekeraars kunnen zijn. Deze partijen, die tevens een klantrelatie met de ziekenhuizen onderhouden, hebben een strategisch belang bij (deelname aan) het experiment. Aangezien de doelstellingen van zorgverzekeraars overeenkomen met die van het winstexperiment (lage kosten annex tarieven en hoge zorgkwaliteit), zijn er geen zwaarwegende redenen om zorgverzekeraars als potentiële investeerder uit te sluiten. Sterker, winstprikkels leiden tot het streven naar lagere kosten, maar zeker niet automatisch ook tot lagere tarieven (per behandeling). Daarom zou een zorgverzekeraar als investeerder aantrekkelijk kunnen zijn om de vertaalslag van lage kosten naar lage tarieven te helpen maken.

Het ligt niet voor de hand dat financiële partijen als enige zullen willen investeren in een ziekenhuis. Dat biedt voor hen zelf waarschijnlijk te veel onzekerheid en voor de zorginstelling onvoldoende toegevoegde waarde. Financiële partijen in combinatie met private equity of eventueel sectorgenoten is wel een zinvolle combinatie.<sup>134</sup> Hierbij moet de toegevoegde waarde met betrekking tot het verstrekken van (risicodragend) vreemd vermogen en eventuele tussenvormen van vermogen door deze categorie investeerders niet worden onderschat.

### **Management en artsen**

Personeel van het ziekenhuis zou ook mede-investeerder en daarmee mede-eigenaar van het ziekenhuis kunnen worden. Voor medisch specialisten is deze mogelijkheid eerder besproken (zie hoofdstuk 3) met als belangrijkste motief hen (financieel) te stimuleren zich extra in te spannen voor ziekenhuisbrede belangen en verbetermogelijkheden en om hun betrokkenheid bij het ziekenhuis als geheel te vergroten. Met name private equity zal er bij het management en zo mogelijk ook bij artsen op aandringen persoonlijk te investeren in de vorm van een aandelenparticipatie. Dat is voor hen een belangrijk middel om de belangen van het management en de medici zo veel mogelijk te laten aansluiten bij hun eigen financiële doelstellingen. Wanneer naast het management ook medisch specialisten participeren, zou hun totale aandelenbelang eventueel kunnen oplopen tot 10% à 20% van het totaal.

## **4.c Beursgang**

Een laatste mogelijkheid om kapitaal aan te trekken en winstprikkels te introduceren is een beursgang. De aandelen in een ziekenhuis-NV worden dan onder een breed publiek (waaronder een combinatie van de hierboven genoemde categorieën investeerders) verspreid. Een beursnotering heeft belangrijke voordelen: naamsbekendheid, grotere liquiditeit van het aandeel, het relatief eenvoudig aantrekken van additioneel vermogen en een zichtbare prestatie-indicator (relatief aandelenrendement). Nadelen van een beursgang zijn de kosten (de emissiekosten en daarna de kosten van periodieke verslaggeving, investor relations en regelgeving) en de relatief zwakke governance-structuur van een beursnotering. Nederlandse ziekenhuizen zijn individueel eigenlijk te klein voor een effectieve en efficiënte beursnotering. Ook hebben veel ziekenhuizen geen

---

<sup>133</sup> Bron: Thomson Financial OneBanker

<sup>134</sup> Wanneer zowel financiële partijen als de private equity-partijen in eenzelfde ziekenhuis investeren, zal de rendementseis van de financiële partijen in lijn liggen met die van de private equity-investeerders.



---

overtuigend track record waardoor de emissieprijs lager uitvalt. Bovendien, mocht het experiment onverhoopt beëindigd worden door de overheid, dan zou het ziekenhuis en/of de overheid de aandelen op de beurs tegen een premie moeten inkopen.

De genoemde nadelen maken een beursgang als vehikel voor het winstexperiment onaantrekkelijk en mogelijk ongewenst.

---

---

## 5. OPZET VAN HET EXPERIMENT

In hoofdstuk 2 is het potentieel van winsttoegmerk van ziekenhuizen besproken en in hoofdstuk 3 de bijkomende risico's en belemmeringen. Gezien de omvang van het potentieel en de mogelijkheden om de risico's en belemmeringen in te dammen, onder meer door het stellen van enkele heldere voorwaarden, is een winstexperiment aan te bevelen. In dit hoofdstuk wordt de opzet van een winstexperiment besproken, waarbij de risico's en belemmeringen uit hoofdstuk 3 systematisch worden geadresseerd.

Bij de opzet van het experiment kunnen de volgende onderdelen worden onderscheiden:

- a. Vaststelling van het aantal deelnemende ziekenhuizen
- b. Selectie van de deelnemende ziekenhuizen
- c. Selectie van investeerders (geschiedt per ziekenhuis)
- d. Duur van het experiment
- e. Spelregels bij de start (juridisch-fiscale structuur, governance, overdracht)
- f. Spelregels tijdens het experiment (m.n. financiering, winstuitkering, informatieverstrekking)
- g. Tussentijdse evaluatie en eindevaluatie
- h. Beëindiging van het experiment

### 5.a Aantal deelnemende ziekenhuizen

Bij de bepaling van het aantal deelnemende ziekenhuizen zijn drie overwegingen leidend:

1. Voorkomen dat toeval of specifieke omstandigheden de resultaten van het experiment te sterk kunnen beïnvloeden; dit pleit voor een groot aantal deelnemende ziekenhuizen;
2. Realiseren van voldoende variëteit in de samenstelling van de groep deelnemende ziekenhuizen om de effecten per ziekenhuiscategorie te kunnen vaststellen; ook dit pleit voor een voldoende groot aantal deelnemende ziekenhuizen;
3. Beperking van de kosten en eventuele nadelige effecten voor patiënten mochten de resultaten van het experiment tegenvallen; dit pleit voor een klein aantal deelnemende ziekenhuizen en is mede afhankelijk van de effectiviteit van de tussentijdse evaluatie.

Deze overwegingen leiden ertoe het aantal deelnemende ziekenhuizen vast te stellen op ten hoogste 6 en tenminste 4. Bij deze aantallen kan voldoende variëteit tussen de deelnemende ziekenhuizen worden gewaarborgd en zijn tevens de resultaten voldoende robuust om algemene conclusies aan te verbinden. Wanneer slechts drie ziekenhuizen of minder toelating tot het experiment zouden aanvragen, moet ernstig worden overwogen het experiment geen doorgang te laten vinden. De kans op toevallige of door specifieke omstandigheden veroorzaakte resultaten is dan erg groot. Een evenwichtig en gefundeerd oordeel over de werking van winstprikkelers in ziekenhuizen is dan niet goed mogelijk. Bovendien zullen, afhankelijk van de uitkomsten, voor- of tegenstanders van winstprikkelers de resultaten wellicht bestempelen als niet representatief.

---

## 5.b Selectie van deelnemende ziekenhuizen

Uit een enquête van Ernst & Young (2005) bleek dat 42% van de ziekenhuizen geïnteresseerd is om winst uit te keren.<sup>135</sup> Er dient daarom rekening te worden gehouden met de mogelijkheid dat 7 of meer ziekenhuizen aan het experiment willen deelnemen. In dat geval moeten 6 ziekenhuizen worden geselecteerd die worden toegelaten tot het experiment. Academische ziekenhuizen worden vanwege hun bijzondere status en financiering uitgesloten.

Er kunnen drie categorieën kandidaten voor het winstexperiment worden onderscheiden:

1. Een bestaand ziekenhuis
2. Een *carve-out* (een afgesplitst deel) van een bestaand ziekenhuis
3. Een (mede door investeerders) op te bouwen nieuwe zorginstelling

In geval van een *carve-out* dienen de relaties (zowel bestuurlijk als financieel) tussen het bestaande ziekenhuis en het afgesplitste deel tot een absoluut minimum, zo niet nul, te worden beperkt zodat beide resulterende zorginstellingen zelfstandig van elkaar kunnen opereren.<sup>136</sup> Voorkomen moet worden dat middels transferprijzen, dienstverleningsovereenkomsten, dubbelfuncties, etc. de *carve-out* succesvol kan worden ten koste van het resterende not-for-profit-ziekenhuis. Zowel voor een *carve-out* als voor een nieuw op te bouwen zorginstelling zal gelden dat de doorlooptijd tot de daadwerkelijke start van het experiment langer zal zijn dan die van een bestaand ziekenhuis. Daar staat tegenover dat de transformatie van de maatschapstructuur die nodig zal zijn in een bestaand ziekenhuis ook een of twee jaar in beslag kan nemen.

Wanneer selectie plaats moet vinden omdat zich meer dan 6 kandidaten aandienen, is spreiding van de deelnemende ziekenhuizen over de meest relevante categorieën sterk aan te bevelen. De belangrijkste categorieën ziekenhuizen waarvoor verschillende effecten van winstprikkelers verwacht kunnen worden zijn:

1. Streekziekenhuis versus ziekenhuis in stedelijk gebied (m.n. de Randstad). Nabijheid van concurrerende ziekenhuizen is een belangrijke factor bij het streven naar hoge kwaliteit en lage kosten, zowel bij contractonderhandelingen met verzekeraars als bij de keuze voor een zorgaanbieder door patiënten.
2. Gespecialiseerd ziekenhuis versus algemeen ziekenhuis. Specialisatie c.q. portfolioselectie is een belangrijke bron voor verbeterpotentieel. Indien mogelijk nemen tenminste twee algemene ziekenhuizen aan het experiment deel die zich willen concentreren op een beperkt aantal specialismen. Dat streven moet zich vertalen in een realistische en goed onderbouwde businesscase van de betreffende kandidaat-ziekenhuizen. Eventuele toegang tot het experiment zou dan plaats moeten vinden onder voorwaarde van het daadwerkelijk realiseren van de voorgenomen portfolioselectie.<sup>137</sup>

---

<sup>135</sup> Ernst & Young, september 2005. Is de planning- en controlcyclus voldoende ingericht op de introductie van marktwerking en DBC's in de gezondheidszorg?

[http://www.ey.nl/download/overig/branches/Enquete\\_PCenDBC\\_2005.pdf](http://www.ey.nl/download/overig/branches/Enquete_PCenDBC_2005.pdf)

<sup>136</sup> Een voorbeeld is de afdeling orthopedie van het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis in Woerden die in 2006 is afgesplitst en overgenomen door de Sint Maartenskliniek. De Maartenskliniek Woerden is organisatorisch en financieel geheel onafhankelijk van Zuwe Hofpoort maar werkt er wel mee samen voor de behandeling van patiënten.

<sup>137</sup> Het gevaar dat een ziekenhuis een businesscase opstelt die zij niet oprecht van plan is te realiseren lijkt minimaal. Bij het opstellen van de businesscase moeten artsen en stafmedewerkers worden betrokken. Zij

- 
3. Financieel goed presterend ziekenhuis versus financieel slecht presterend ziekenhuis. Het effect van winstprikkels verschilt voor goed versus slecht presterende ziekenhuizen. Een financieel noodzakelijke reorganisatie kent een andere aanpak en dynamiek, vanwege het grotere gevoel van urgentie, dan een *operational excellence*-operatie bij een goed lopend ziekenhuis. Financiële prestaties worden daarbij bepaald op basis van zowel winstgevendheid (bijvoorbeeld EBIT(DA) / omzet) als op basis van balansratio's (bijvoorbeeld eigen vermogen / balanstotaal).

Idealiter worden van elke categorie twee ziekenhuizen toegelaten. Mocht dat, gegeven de mix van kandidaat-ziekenhuizen, niet mogelijk zijn, dan zou prioriteit moeten worden gegeven aan spreiding over streekziekenhuizen versus ziekenhuizen in een groot stedelijk gebied. Wel moet er op worden toegezien dat in elke regio spoedeisende hulp en beschikbaarheidszorg zijn gewaarborgd.

Een goed onderbouwd strategisch plan annex businesscase is een voorwaarde voor een succesvol winstexperiment. Veel ziekenhuizen zijn gewend te werken met budgetten, niet met strategische plannen en businesscases. Dat onderstreept het belang om aan de kandidaat-ziekenhuizen duidelijk aan te geven wat qua inhoud en kwaliteit van hun plannen wordt verwacht. Twee elementen zijn daarbij van belang:

1. Een kwantitatief goed onderbouwd strategisch plan waaruit blijkt op welke wijze de kwaliteit wordt verbeterd en kosten worden verlaagd en wat de rollen van de specialisten en investeerder daarbij zijn. Daarin dient tenminste te worden aangegeven
  - De visie van het 'nieuwe' ziekenhuis
  - De bijbehorende doelen, sturingsmodel en waarden die antwoord geven op de vraag "waar ga je voor, waar sta je voor?"
  - De toekomstige portfolio (welke behandelingen worden in de toekomst gedaan en welke worden ingekrompen of afgebouwd) en het bijbehorende verbeterpotentieel
  - Maatregelen op het terrein van *operational* en *medical excellence* en innovatie en het bijbehorend verbeterpotentieel
  - De professionalisering van onroerendgoedmanagement
  - De toekomstige interne governance-, organisatie- en beloningstructuur
  - Het transitiepad (inclusief de fasering van investeringen en te realiseren resultaten)
  - Een duidelijk inzicht in de omvang van de benodigde investeringen, de besteding en bijbehorende rendementen

Deze onderdelen van het strategisch plan moeten worden onderbouwd met tenminste:

- Een grondige marktanalyse (bijvoorbeeld demografische ontwikkelingen, (plannen van) het aanbod en kwaliteit van andere zorgaanbieders, medisch-economische patiëntprofielen, aanbod van medisch specialisten en overig personeel)
- Een sterkte/zwakteanalyse van het eigen ziekenhuis (o.a. medische expertise en kwaliteit, capaciteit, (staat van) apparatuur en onroerend goed, financieel economische analyse per activiteit, motivatie van het personeel)
- Investeringsplannen gebaseerd op de marktanalyse en eigen positie, onderbouwd door cashflowprognoses

2. *Commitment* en overtuiging van het welslagen van het experiment bij de Raad van Bestuur en de medische staf alsmede betrokkenheid van de verpleegkundige en functionele stafmedewerkers

---

kunnen niet en groupe op het verkeerde been worden gezet. Bovendien zal de investeerder eisen en er streng op toezien dat de businesscase wordt uitgevoerd, daar heeft zij samen met het management voor getekend.

---

---

zijn cruciaal om het experiment te laten slagen. Dit moet blijken uit in het verleden genomen initiatieven (acties, memo's, overeenkomsten, intentieverklaringen, notulen, interne nieuwsbrieven, interne enquêtes) en de medewerking die bij relevante partijen zijn gezocht en gevonden.

Gezien het belang van een goed onderbouwd strategisch plan zal de NZa, daarbij al dan niet geadviseerd door een onafhankelijke commissie van deskundigen, de kwaliteit van het plan moeten laten meewegen bij de selectie van de deelnemende ziekenhuizen.

Voor detaillering van het stappenplan en juridische uitwerking van het selectieproces verwijs ik naar de juridische notitie van R. de Groot.

## 5.c Selectie van de investeerders

In hoofdstuk 4 zijn vier hoofdcategorieën investeerders besproken: private equity, sectorgenoten, financiële partijen, beursnotering. Alleen een beursgang ligt vanwege de genoemde nadelen niet voor de hand. Voor de selectie van de deelnemende investeerders gelden twee soorten criteria: een set harde voorwaarden en elementen van toegevoegde waarde van de investeerder. De voorwaarden worden besproken in de resterende paragrafen van dit hoofdstuk. Toegevoegde waarde kan door de investeerder worden geleverd op de volgende terreinen:

1. Expertise in de zorgsector (kennis en ervaring met gereguleerde omgeving, ziekenhuisorganisatie, medische specialismen)
2. Expertise in aansturen en herstructureren van complexe, professionele organisaties
3. Bereidheid om expertise daadwerkelijk te mobiliseren
4. *Commitment* en bereidheid goede afspraken te maken over de uitvoering van een heldere en consistente strategie annex businesscase
5. Bereidheid om eventuele additionele investeringen (mede) te financieren
6. Sterke en integere reputatie als investeerder
7. Prijs

Deze algemene voorwaarden gelden uiteraard voor elke investeerder, de toegevoegde waarde-elementen zullen verschillen per (categorie) investeerder. Private equity en sectorgenoten kunnen de meeste toegevoegde waarde leveren, maar de verschillen tussen individuele partijen zijn groot. Het is de taak en verantwoordelijkheid van elk deelnemend ziekenhuis om zelfstandig, binnen de regels van het experiment, een of meerdere investeerders te selecteren op basis van een goede analyse van hun toegevoegde waarde en met hen in zee te gaan.

De meest voor de hand liggende methode voor de selectie van de investeerder(s) is een *controlled auction*. Daarbij wordt een stappenplan annex tijdschema opgesteld waarin precies wordt aangegeven wanneer welke informatie wordt verstrekt en gevraagd, op welke wijze en wanneer partijen worden uitgenodigd hun interesse kenbaar te maken en een (voorlopig) bod te doen en hoe per ronde de selectie plaatsvindt.

## 5.d Duur van het experiment

De duur van het experiment wordt bepaald door de tijd die benodigd is voor het aantrekken van investeerders, het implementeren van de benodigde reorganisaties en het realiseren van de gewenste

---

resultaten. Een globale inschatting van de benodigde doorlooptijden vanaf de start van het experiment per 1 januari 2010:

1. Proces tot en met definitief contract met investeerders: ½ jaar (kan vervallen bij tijdig opstarten gedurende 2009);
2. Implementatie gewenste governance- en organisatieveranderingen: ½ à 1 jaar (bij een ingrijpende transformatie van de maatschapstructuur kan deze periode langer zijn);
3. Implementatie verbeterplannen (deels parallel aan vorig punt): ½ – 1½ jaar;
4. Realisatie verbeterpotentieel, sterk variërend per categorie: 1–5 jaar;
5. Eindevaluatie en besluitvorming over opheffing winstverbod: ½ jaar (indien meer tijd is vereist, het experiment verlengen).

Op basis van deze doorlooptijden bedraagt de gewenste duur van het experiment 5 jaar.<sup>138</sup> Een kortere periode biedt onvoldoende tijd voor een goed oordeel over de resultaten van winstprikkelers in de zorg. Een langere periode biedt naar verwachting onvoldoende additionele inzichten die verder uitstel van de definitieve beslissing over opheffing van het winstverbod kunnen rechtvaardigen.

## 5.e Spelregels bij de start<sup>139</sup>

### Juridisch-fiscale structuur

De aangewezen rechtsvorm voor deelnemende ziekenhuizen is een Besloten of Naamloze Vennootschap (BV of NV). Deze vennootschap zal in veel gevallen niet onder het verplichte structuurregime vallen. Ten behoeve van een goede balans tussen de diverse belanghebbenden is het sterk aan te bevelen alle deelnemende ziekenhuizen te verplichten het vrijwillig structuurregime toe te passen. Een stichtings- of verenigingsvorm is uitgesloten vanwege het winstoogmerk van de deelnemende zorginstellingen. Andere rechtsvormen die wel een winstoogmerk toestaan (maatschap, commanditaire vennootschap, coöperatie) bieden onvoldoende bescherming, zekerheden en slagkracht voor investeerders en/of het ziekenhuis. Ook de zogenaamde maatschappelijke onderneming is niet geschikt omdat "Kenmerkend voor maatschappelijke ondernemingen is ... dat zij behaalde winsten niet uitkeren aan derden maar herinvesteren in de zorgsector."<sup>140</sup>

In beginsel is het niet bezwaarlijk dat de investeerder ook leningen verstrekt aan het ziekenhuis, onder strikte voorwaarden van marktconforme rente en overige leenvoorwaarden en waarbij vooraf heldere voorwaarden worden gesteld over (gedwongen) aflossingen. Het leencontract dient te worden goedgekeurd door de NZa.

Een belangrijk punt van aandacht is de fiscale positie van de vennootschap: btw en vennootschapsbelasting. Een vennootschap die commerciële activiteiten verricht is doorgaans btw-plichtig in Nederland. Tegelijkertijd zegt de Nederlandse en Europese wetgeving dat zorginstellingen niet btw-plichtig zijn. Wanneer de deelnemende ziekenhuizen verplicht zouden worden btw in rekening te brengen vanwege hun BV- of NV-rechtsvorm is het experiment gedoemd te mislukken vanwege een te groot concurrentienadeel. Ontheffing van de btw plicht is een noodzakelijke voorwaarde voor een

---

<sup>138</sup> Uiteraard wordt de fasering aan de deelnemende ziekenhuizen zelf overgelaten. Deze globale doorlooptijden dienen slechts ter onderbouwing van de duur van het experiment (5 jaar).

<sup>139</sup> Voor een overzicht van de noodzakelijke wijzigingen van wettelijke regelingen, zie Notitie R. de Groot.

<sup>140</sup> Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer, 8 maart 2005, kamerstuk 26 659.

---

succesvol experiment. Vrijstelling van vennootschapsbelasting daarentegen is geen voorwaarde voor het experiment.<sup>141</sup>

## Governance

De vennootschap kent een Raad van Bestuur en Raad van Commissarissen (RvC). In de statuten en eventueel een huishoudelijk reglement worden de bevoegdheden, rechten en plichten van bestuur, commissarissen en aandeelhouders vastgelegd. Afhankelijk van het soort investeerder zal via benoemingen in de RvC zeggenschap door hem worden uitgeoefend. Private equity, dat doorgaans slechts investeert wanneer het een (ruime) meerderheid van de aandelen kan verwerven, zal via professionele en actieve commissarissen toezicht houden op het bestuur en een consistente uitvoering van de strategie en realisatie van de resultaten bewaken. Ook bij participatie door sectorgenoten zal kritisch worden gekeken naar de samenstelling van zowel het bestuur als van de RvC. Financiële partijen zullen, afhankelijk van hun aandelenbelang, één of geen commissarissen willen benoemen. In alle gevallen is het belangrijk dat professionaliteit, sectorexpertise en ook diversiteit zijn gewaarborgd in de RvC en dat deze niet meer dan vijf, maximaal zeven leden telt. De voorzitter van de RvC speelt een bepalende rol. Het is cruciaal een zeer ervaren en onafhankelijke president-commissaris te benoemen die ook ervaring heeft met en opgewassen is tegen professionele investeerders en die op evenwichtige wijze de belangen van alle betrokken partijen goed kan afwegen.<sup>142</sup>

Wat betreft de statutaire rechten van aandeelhouders moet er op worden toegezien dat het principe 'one share one vote' als uitgangspunt dient. Ter bescherming van minderheidsaandeelhouders kan worden overwogen gekwalificeerde meerderheden te introduceren voor bepaalde belangrijke besluiten, zoals statutenwijzigingen of ontslag van bestuursleden. De beperkingen wat betreft leningen, winstuitkeringen en alle overige uitkeringen aan aandeelhouders moeten statutair worden vastgelegd (zie ook paragraaf 5.f). Het verdient aanbeveling de verhoudingen, rechten en plichten van aandeelhouders onderling in een aandeelhoudersovereenkomst vast te leggen.

Een cruciale factor is de interne organisatie van het ziekenhuis, in het bijzonder de positie van de medisch specialisten. In paragraaf 3.j is het agency-probleem besproken van de 80% medisch specialisten die opereren in een maatschap: zij hebben uitsluitend een (financiële) prikkel om hun inkomen te maximaliseren terwijl vrijwel alle kosten die samenhangen met hun diagnoses en behandelingen worden gedragen door het ziekenhuis. Ook hebben zij weinig prikkel om transparant te rapporteren over de (medische) kwaliteit van hun verrichtingen. Anders dan bij medisch specialisten is een maatschap doorgaans een (juridische) organisatievorm waarbij de leden verantwoordelijk zijn voor het totale (financiële) eindresultaat (opbrengst minus kosten), niet slechts voor de opbrengsten. De klassieke maatschapstructuur van medisch specialisten is een ineffectieve organisatievorm voor het besturen van een ziekenhuis dat de ambitie heeft haar patiënten een hoge zorgkwaliteit tegen lage kosten aan te bieden. Een organisatievorm waarbij met name de artsen een grotere (financiële) betrokkenheid krijgen bij de resultaten en prestaties van het ziekenhuis als geheel is een belangrijke sleutel voor een succesvol experiment.

Klassieke hiërarchie (loondienst) is een mogelijke vorm maar heeft als keerzijde een nadelig effect op het ondernemerschap van professionals. Dat kan deels ondervangen worden door een goed doordachte en evenwichtige beloningstructuur waarbij de variabele component voor een belangrijk

---

<sup>141</sup> Zie ook Notitie R. de Groot voor fiscale consequenties van een ziekenhuis met winst oogmerk

<sup>142</sup> Bijvoorbeeld bij Wavin heeft president-commissaris P. van den Hoek, gedurende het aandeelhouderschap van private equity, een dergelijke rol gespeeld.



---

deel gerelateerd is aan het *totale* resultaat (opbrengsten en kosten en kwaliteit) per specialisme en aan het integrale ziekenhuisresultaat, bijvoorbeeld in de vorm van aandelen. Een alternatieve vorm is een maatschap op ziekenhuisniveau, maar ook voor die ene maatschap moeten (financiële) prikkels worden ingebouwd om hen te laten delen in de kwaliteits- en efficiencyverbeteringen van het ziekenhuis als geheel. Het opheffen van de klassieke maatschapstructuur is een voorwaarde voor een – in alle opzichten – succesvolle zorginstelling.

Een belangrijke vraag is of de noodzakelijke interne organisatie aanpassingen met betrekking tot de positie van artsen als voorwaarde moeten worden gesteld voor het experiment. Gezien de verschillende oplossingsmogelijkheden zou het onverstandig zijn één bepaalde organisatievorm voor te schrijven. Wel moet als voorwaarde worden gesteld dat vooraf helder wordt aangegeven op welke wijze het ziekenhuis de klassieke maatschapstructuur gaat transformeren (onder meer door aan te geven voor welke van de vier mogelijkheden genoemd in paragraaf 3.j wordt gekozen) om het agency-probleem aan te pakken en dat men zich aan de oplossing contractueel verbindt. Gezien het belang van een dergelijke transformatie en het effect ervan op de zeggenschap en slagkracht van het bestuur, is overeenstemming hierover met de investeerder noodzakelijk.

### Overdracht

Uitgangspunt is dat *alle* activa in bezit van de huidige eigenaar van het ziekenhuis (doorgaans een stichting), voor zover benodigd voor het exploiteren van het ziekenhuis, worden overgedragen aan de nieuwe vennootschap<sup>143</sup>. De huidige eigenaar dient in beginsel het recht te hebben ook zijn passiva over te dragen aan de nieuwe vennootschap.<sup>144</sup> Zoals aangegeven in paragraaf 4.a worden de activa bij overdracht gewaardeerd tegen marktwaarde. Een due dilligence, een accountantsonderzoek en het inschakelen van een gerenommeerde *investment bank* door het ziekenhuis zijn daarbij vereist. Deze waardebepaling dient als uitgangspunt voor de prijs die de investeerder betaalt voor het verwerven van de aandelen. De NZa ziet erop toe dat de aandelenprijs niet lager is dan de marktwaarde. In voorkomende gevallen kan een uitzondering worden gemaakt voor het onroerend goed. Het is denkbaar dat, bijvoorbeeld via sale & lease back of verkoop voorafgaand aan de overdracht van de aandelen, het onroerend goed door een derde partij efficiënter kan worden gemanaged. Bij een dergelijke constructie moeten een *investment bank* en accountant vaststellen dat deze marktconform plaats vindt. Uiteraard is deze transactie mede bepalend voor de marktwaarde c.q. prijs van het ziekenhuis bij overdracht van de aandelen. Goedkeuring door de NZa is gewenst.

Naast de prijs zal kritisch gekeken moeten worden naar de overige aspecten van de overdrachtsstructuur. Daarbij zijn de gebruikte vermogensbestanddelen (aandelen, lening en combinaties daarvan) en de voorwaarden die aan ieder van deze bestanddelen zijn gekoppeld (type aandelen, preferenties en garanties) bepalend voor de vermogensuitkeringen gedurende het experiment. Ook dient kritisch gekeken te worden naar de voorwaarden en prijs bij constructies waarbij activa (apparatuur en/of onroerend goed) worden verkocht en al dan niet worden terug geleased ter financiering van de koopsom van de investeerders, alsmede naar (anti-)verwateringclausules en garanties in de overdrachtsdocumentatie.

Als de huidige eigenaar voor zijn inbreng gelden ontvangt van de externe investeerder, dienen eisen te worden gesteld aan de bestedingsvrijheid van de huidige eigenaar. Zo kan de structurering van eventuele leningen (*vendor loan*) de risico-rendementverhoudingen beïnvloeden (de *vendor*

---

<sup>143</sup> In beginsel inclusief het onroerend goed.

<sup>144</sup> Een uitzondering is denkbaar voor passiva die evident niet gerelateerd zijn aan de over te dragen activa.

---

financiert de verkoop door een achtergestelde lening en loopt dus een hoog risico terwijl zijn rendement beperkt is). Wanneer een investeerder toetreedt door middel van de uitgifte van nieuwe aandelen, geldt dit eveneens. Als extra waarborg om weglekken van vermogen te voorkomen kan worden overwogen een instandhoudingsverplichting op te nemen. Die zorgt ervoor dat na de aandelenoverdracht geen activiteiten (bijvoorbeeld dividenduitkeringen) worden ondernomen die het opgebouwde vermogen kunnen uithollen.

## 5.f Spelregels tijdens het experiment

De belangrijkste spelregels en voorwaarden tijdens het experiment hebben betrekking op winstuitkering, financieringsstructuur, informatieverstrekking en tarieven.

### Uitkeringen aan aandeelhouders

Uitkeringen aan aandeelhouders moeten aan strikte regels worden onderworpen om ongewenste onttrekkingen van kapitaal te voorkomen. Naast dividenduitkeringen valt hierbij te denken aan preferent dividend, rente op (achtergestelde) leningen, management-/holdingvergoedingen (zowel als algemene compensatie als voor specifieke managementtaken) en huur/leaseafdrachten.

Dividendbetalingen kunnen gemaximeerd worden op zowel een percentage van de winst (bijvoorbeeld 30%) als op een absoluut bedrag (bijvoorbeeld 50% van het verwachte winstniveau in jaar 5). Naast de wettelijke eisen met betrekking tot dividenduitkering verdient het aanbeveling absolute beperkingen te stellen aan de uitkeerbaarheid van reserves door het herwaarderen c.q. verkopen van activa.<sup>145</sup> Alle overige betalingen aan aandeelhouders, afgezien van marktconforme rente en aflossingen van eventuele leningen, mits ontstaan bij de overdracht, zouden in beginsel moeten worden uitgesloten. Additionele leningen alsmede zogenaamde sale & lease back-constructies die tijdens het experiment worden aangegaan zouden te allen tijden ter goedkeuring aan de NZa moeten worden voorgelegd. Dit voorkomt het aantrekken van bijvoorbeeld additionele leningen ten behoeve van het financieren van dividend.

Optie- en warrant-constructies dienen te worden beperkt of volledig te worden uitgesloten. Door opties en/of warrants die bij het behalen van bepaalde *milestones* recht geven op additionele aandelen (voor zowel management als investeerders) kan vermogen worden onttrokken. Dit speelt voornamelijk wanneer door de uitoefening van opties en/of warrants aandelen voor een prijs onder de dan geldende (markt)waarde kunnen worden verkregen of wanneer aandelen (die bijvoorbeeld door de investeerder worden gehouden) tussentijds met winst kunnen worden verkocht aan derden (bijvoorbeeld de partij van wie de investeerder de aandelen ooit kocht).

In het algemeen geldt dat het totale rendement voor de investeerder bestaat uit dividend (plus overige uitkeringen) plus vermogenswinsten. Men dient zich te realiseren dat beperkingen van

---

<sup>145</sup> Een sprekend voorbeeld was de buy-out van de winkelketen Maxeda (voorheen Vendex KBB). Onder leiding van KKR kochten private equity-investeerders het winkelbedrijf in 2004 voor 2,4 miljard euro (waarvan 1 miljard euro in de vorm van leningen). Kort na de acquisitie werd het onroerend goed verkocht voor 1,4 miljard euro. Het afstoten van de Hema-winkels leverde later nog eens 1,25 miljard euro op. Daarmee was alleen al met deze twee verkopen (totale opbrengst 2,65 miljard euro) binnen drie jaar de volledige investering meer dan terugverdiend.

---

dividendbetalingen of andere cashuitkeringen leiden tot een hogere waarde, en dus (verkoop)prijs van de aandelen.

Tot slot speelt bij eventuele acquisities door het ziekenhuis gedurende de looptijd van het experiment het gevaar van kapitaalsonttrekking door te dure overnames. Vooral bij overnames van ondernemingen die eigendom zijn van commerciële partijen is dit een reëel gevaar. Bij een overname van het ziekenhuis van ondernemingen in de portefeuille van (een van) haar aandeelhouders dient uiteraard extra voorzichtigheid te worden betracht. In geval van acquisities dient de NZa er op toe te zien dat door een gerenommeerde *investmentbank* zorgvuldige waarderingen zijn uitgevoerd, aangevuld met een financiële en strategisch/operationele due dilligence.

### **Financieringstructuur**

Maximering van het schuldkapitaal, teneinde een bovengrens te stellen aan het financieringsrisico, is een vergaande maar mogelijke maatregel.<sup>146</sup> Om een aantal redenen is het niet verstandig en waarschijnlijk onnodig een dergelijke maatregel te nemen:

1. Ter voorkoming van concurrentievervalsing zal deelname door de 'winstziekenhuizen' aan het Waarborgfonds mogelijk moeten zijn c.q. blijven. Deelname aan het Waarborgfonds verdraagt zich niet met additionele financieringseisen. Additionele financieringseisen verhogen de vermogenskosten, terwijl deelname aan het Waarborgfonds juist leidt tot zeer lage financieringskosten.
2. Wanneer een ziekenhuis dat reeds deelneemt in het Waarborgfonds verplicht zou worden uit te stappen dan zal dat tot aanzienlijke schadeclaims van de betreffende banken en mogelijk andere crediteuren leiden.
3. Gezien de in paragraaf 2.c besproken onzekerheden over de waarderingsgrondslagen voor de jaarrekeningen van ziekenhuizen op dit moment en de daaruit voortvloeiende effecten is het vooralsnog niet mogelijk om economisch verantwoorde ratio's vast te stellen.
4. Het is zeer onwaarschijnlijk dat een verschaffer van vreemd vermogen, doorgaans een bank, onverantwoord hoge schuldratio's zal accepteren.
5. De ziekenhuizen noch de investeerder zullen tijdens het experiment onverantwoord insolventie- annex reputatierisico willen lopen, zeker niet als dat zou kunnen leiden tot tussentijdse beëindiging van het experiment.

Wel kan worden overwogen eisen te stellen aan de *samenstelling* van schuldkapitaal. Hierbij kan gedacht worden aan maximale interestpercentages (ter voorkoming van hoogrenderende (achtergestelde) lening die de beperking in de dividenduitkering (zie hierboven) zouden moeten compenseren) en een beperking van de mogelijkheid om preferente posities te verkrijgen. Daarnaast zouden beperkingen moeten worden gesteld aan de zekerheden die aan banken of andere vreemd vermogenverschaffers worden verstrekt. Ook transacties die erop gericht zijn het werkkapitaal te beperken en daarmee het benodigde kapitaal te reduceren (bijvoorbeeld aflossing van bij de overdracht ontstane schuldposities), zoals factoring en/of debiteurenfinanciering, sale & lease back, (off balance sheet) leasen van bedrijfsmiddelen moeten aan strenge eisen worden onderworpen. De mogelijkheden van deze constructies om op korte termijn het geïnvesteerde vermogen terug te halen ten koste van de lange termijn winstgevendheid, zouden het experiment in gevaar kunnen brengen.

---

<sup>146</sup> Voor zover ons bekend zijn de monopolistische regionale energienetwerken de enige ondernemingen waar schuldfinanciering is beperkt (door de toezichthouder, DTe). Schuldfinanciering is gemaximeerd op 70% van het balanstotaal, waarbij dat balanstotaal wordt bepaald op basis van zeer strikte reken- en waarderingsregels.

---

## Verzekeraars en overheid

Winststreven kan, onder voorwaarden, leiden tot lagere kosten (per behandeling) voor 'het ziekenhuis'. Het publiek belang wordt pas gediend wanneer deze lagere kosten worden vertaald in lagere tarieven per behandeling, die vervolgens worden vertaald in lagere premies voor ziektekostenverzekering. Echter, een op winst gerichte onderneming streeft weliswaar naar lage kosten en hoge kwaliteit, maar ook naar *hoge* prijzen (tarieven). Concurrentie en kritische klanten moeten er voor zorgen dat die prijzen toch zo dicht mogelijk bij de kostprijs liggen.

De Nederlandse zorgsector kenmerkt zich door verplicht verzekerde klanten die nauwelijks financiële prikkels hebben om prijs en volume te beperken en door – vooralsnog – beperkte concurrentie tussen zorgaanbieders. Om te zorgen voor hoge kwaliteit en lage prijzen, moet de rol van kritische klanten daarom voor een belangrijk deel worden overgenomen door verzekeraars. In toenemende mate zijn verzekeraars bereid en in staat klanten te sturen en te investeren in meer transparantie, hogere kwaliteit en lagere prijzen, met als 'beloning' voor de succesvolle zorgaanbieder een hoger volume dat aan andere zorgaanbieders wordt onttrokken.<sup>147</sup> In aanvulling op deze disciplinerende rol van verzekeraars moet specialisten en directies een (financiële) prikkel worden gegeven om lage kosten te vertalen naar lage prijzen (tarieven). Dat is bijvoorbeeld mogelijk door met verzekeraars in ruil voor lagere tarieven een toegenomen volume per categorie behandelingen voor individuele, *best in class*-zorgaanbieders te contracteren, of door ziekenhuizen te laten delen in de financiële voordelen van tariefsverlaging, en omgekeerd. Het winstexperiment zal moeten uitwijzen in hoeverre verzekeraars er samen met de ziekenhuizen daadwerkelijk in slagen hogere efficiency en kwaliteit te vertalen in lagere prijzen per behandeling.

Winststreven leidt niet automatisch tot verlaging van de tarieven, maar ook niet tot een verlaging van het volume (aantal behandelingen). Er zijn vele factoren die de voortdurende stijging van het volume in de zorg veroorzaken. De belangrijkste zijn demografische ontwikkelingen (vergrijzing), de ontwikkeling van de medische techniek, de rol van verzekeraars, maar ook het bekostigingssysteem (o.a. DBC-systematiek), onnodige behandelingen, upcoding en de (financiële) doelstellingen van artsen en 'het ziekenhuis'. Bekostigingssysteem, rol van verzekeraars, onnodige behandelingen en upcoding zijn in hoofdstuk 3 besproken. Demografische ontwikkelingen en de stand van de medische techniek vallen buiten het bestek van dit rapport, maar zullen ook tijdens de looptijd van het experiment een oprijvende werking op de nationale zorgkosten hebben. Het risico dat winststreven het volume autonoom (in isolatie van de overige factoren) extra zal opdrijven lijkt beperkt omdat de financiële prikkels om het volume te vergroten voor medisch specialisten in maatschapverband (zo'n 80% van het totale aantal) niet groter worden dan ze nu al zijn.

## Informatievoorziening

Monitoring, tussentijdse evaluatie en eindevaluatie, van het experiment is cruciaal en vereist relevante, tijdige en betrouwbare informatie. De twee belangrijkste beslissingen waarvoor informatie over het verloop van het experiment noodzakelijk is, zijn:

---

<sup>147</sup> Een voorbeeld waarbij simultaan toegenomen zorgkwaliteit én efficiency niet alleen heeft geleid tot lagere kosten, maar – mede dankzij druk van verzekeraars en 100% vrije DBC's – ook tot lagere prijzen is de St. Maartenskliniek, waar in 2007 de prijzen met 4% zijn gedaald, nadat zij in 2006 al met 1% waren gedaald. Die prijsdalingen waren voor verzekeraars een voorwaarde om het (elders weggehaalde) volume te laten stijgen.

- 
1. Gedurende het experiment het eventueel voortijdig beëindigen van het experiment vanwege een significante daling van de medische kwaliteit van de zorg (bijvoorbeeld mortaliteit, complicaties, infecties, heropnames) en
  2. Aan het eind van het experiment de beslissing over eventuele definitieve opheffing van het winstverbod.

Voor beide beslissingen is betrouwbare informatie over de ontwikkeling van de medische kwaliteit cruciaal en daarnaast over de 'servicekwaliteit' (bejegening, bepaalde wachtlijsten, wachttijden, voorzieningenniveau). Daarnaast is informatie benodigd over financiële resultaten en efficiency-resultaten, prijsontwikkeling van de behandelingen en volumeontwikkeling.

Voor bedrijfseconomische informatie (financieel en operationeel) kan gebruik worden gemaakt van de bestaande informatieverstrekking. Bovendien gaat NZa binnenkort financiële en operationele benchmark gegevens bij alle ziekenhuizen opvragen waarbij kan worden aangesloten. Informatie over de prijzen en volumina van de behandelingen moet door de deelnemende ziekenhuizen zelf worden verstrekt, evenals gegevens over doorverwijzing van patiënten om een goed inzicht te krijgen in gewenste en ongewenste risicoselectie.

Betrouwbare en vergelijkbare medische kwaliteitsinformatie staat nog in de kinderschoenen maar is tegelijkertijd, naast een herstructurering van de maatschaporganisatie, de belangrijkste succesfactor voor het welslagen van het experiment en voor de noodzakelijke verbetering van de ziekenhuiszorg überhaupt. Voor een voldoende en betrouwbaar inzicht in de kwaliteitsontwikkeling dienen de deelnemende ziekenhuizen halfjaarlijks een monitoringset van zo'n 50 à 100 kwaliteitsindicatoren publiekelijk te rapporteren.<sup>148</sup> Daarbij dient te worden voortgebouwd op de belangrijkste ontwikkelingen die op dit moment op het gebied van kwaliteitsmeting plaatsvinden, te weten

- IGZ-basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen
- Transparantie Medisch-Specialistische Zorg-sets aandoenings specifieke indicatoren
- Relevante CQ-index vragenlijsten

De ontwikkeling van deze lopende initiatieven is echter nog in volle gang en bij de start van het experiment zullen nog te weinig indicatoren voldoende betrouwbaar, valide en vergelijkbaar zijn. Het ligt daarom voor de hand dat de IGZ het initiatief neemt om, in samenspraak met een geselecteerde experts en kandidaat-ziekenhuizen en voortbouwend op de drie genoemde initiatieven, de monitoringset vast te stellen en eisen stelt aan de standaardisatie, de validiteit van de registratie en de datapresentatie. De monitoringset zal (aanvankelijk) beperkt van omvang zijn. De IGZ zal, in samenspraak met de geselecteerde experts, tevens ten behoeve van NZa moeten toezien op de periodieke monitoring en moeten vaststellen in hoeverre de bestaande indicatorensets afdoende het risico op *gaming* en 'oprekking' van indicaties (en daarmee ongewenste volumegroei) afdekken. Ook moet de IGZ, in samenspraak met de genoemde experts, vaststellen hoe de *relatieve* zorgkwaliteit van de deelnemende ziekenhuizen (ten opzichte van niet-deelnemende ziekenhuizen) kan worden vastgesteld en welke referentiegroep daarbij wordt gehanteerd. De IGZ speelt ook een rol bij het monitoren van risicoselectie op basis van met name demografische en verwijzingsgegevens.<sup>149</sup> De IGZ zou halfjaarlijks haar conclusies moeten rapporteren.

---

<sup>148</sup> Deze getallen zijn gebaseerd op interviews met experts, medisch specialisten en ziekenhuisdirecties. Mocht de expertgroep tot de conclusie komen dat hogere aantallen wenselijk en mogelijk zijn is dat inzicht leidend.

<sup>149</sup> Risicoselectie is niet per se problematisch: een ziekenhuis kan een transparante strategie voeren om zich met name op laagcomplexiteit patiëntencategorieën te richten.

---

De geselecteerde experts die de IGZ ondersteunen dienen onafhankelijk en deskundig te zijn. IGZ en experts dienen er tezamen voor zorg te dragen dat de monitoringset die zij samenstellen en de wijze van monitoring op voldoende draagvlak kan rekenen.

Resteert de servicekwaliteit van de geleverde zorg. Deze kan worden vastgesteld op basis van objectief meetbare indicatoren (bijvoorbeeld wachtlijsten en wachttijden) aangevuld met patiënttevredenheidsonderzoek. Ook deze informatie moet door de deelnemende ziekenhuizen worden gerapporteerd, waarbij vooraf de uniformiteit van de indicatoren en wijze van meten door de expertgroep moet worden vastgesteld.

### **Tarieven**

In beginsel worden geen afwijkende tarieven door de deelnemende ziekenhuizen gehanteerd.

## **5.g Tussentijdse evaluatie en eindevaluatie**

Het doel van de evaluatie is het beoordelen van het resultaat (kosten en kwaliteit, maar zeker ook prijs en volume) en het vaststellen van de in hoofdstuk 3 genoemde risico's. Daarbij moet niet slechts worden gekeken naar de ontwikkeling van prestaties van de deelnemende ziekenhuizen zelf, maar ook in relatie tot de prestaties van andere ziekenhuizen. Daartoe moet op basis van de karakteristieken van de deelnemende ziekenhuizen een vergelijkingsgroep worden samengesteld waarmee de resultaten van de aan het winstexperiment deelnemende ziekenhuizen kunnen worden vergeleken. Startpunt voor de benodigde evaluatiegegevens is de informatie die in de vorige paragraaf is beschreven en die zo veel mogelijk – maar niet volledig – aansluit bij bestaande en beschikbare informatie (een belangrijke uitzondering is de monitoringset kwaliteitsindicatoren).

Gezien het vooralsnog ontbreken van voldoende publiek beschikbare objectieve informatie over met name kwaliteit, frauderisico's en risicoselectie lijkt een tussentijdse visitatie na twee jaar en een eindevaluatie in de loop van jaar vijf de aangewezen aanpak voor een betrouwbare en grondige evaluatie. Daartoe dient een onafhankelijke en deskundige visitatiecommissie te worden ingesteld. In de tussenliggende perioden zijn de deelnemende ziekenhuizen verplicht alle standaard beschikbare informatie over financiële en operationele resultaten, medische kwaliteit en servicekwaliteit halfjaarlijks te rapporteren aan de NZa. Daarbij wordt, op straffe van uitsluiting van het experiment, de regel "geen nieuws goed nieuws" gehanteerd. Met andere woorden, het is de verantwoordelijkheid van de deelnemende instellingen zelf om, zodra daar aanleiding voor bestaat, op eigen initiatief aan de NZa te melden dat bepaalde prestaties (te) sterk verslechteren.

De evaluatiecriteria voor eventuele tussentijdse beëindiging van het experiment zijn geen significante verslechtering van de medische kwaliteit (gecorrigeerd voor casemix) of van het financiële resultaat. De belangrijkste criteria voor de beslissing na vijf jaar over het opheffen van het winstverbod zijn significante vooruitgang van de (relatieve) zorgkwaliteit (op basis van de monitoringset) en/of een significante verbetering van het financiële/operationele resultaat. Daarnaast moet een verlaging van de kosten zich hebben vertaald in een relatieve daling van de (vrije) prijzen van behandelingen.

---

## 5.h Beëindiging van het experiment

Zowel voor de huidige ziekenhuizen, de politiek als voor de investeerders is een goede en ondubbelzinnige exitregeling bij zowel vrijwillige als gedwongen beëindiging van het aandeelhouderschap cruciaal. De ziekenhuizen en de politiek willen niet het risico lopen dat bij eventuele exit waarde weglekt naar de investeerders en de investeerders willen niet gedwongen worden hun aandelen onder de marktwaarde te verkopen. Onvoorspelbaarheid of onduidelijkheid van de exitregeling is voor investeerders een absoluut beletsel voor deelname aan het experiment. Investeerders zijn bereid commerciële risico's te lopen, maar zij zijn allergisch voor politieke onzekerheid betreffende wet- en regelgeving. Voor het minimaliseren van de niet-commerciële onzekerheid voor investeerders zijn twee scenario's denkbaar wanneer het experiment mislukt wordt verklaard: gedwongen verkoop of verlenging van het aandeelhouderschap van de investeerder na afloop van de reguliere experimentperiode.

Het doel van het winstexperiment is vast te stellen of een zorginstelling met op winst gerichte aandeelhouders efficiënter kan opereren en zo mogelijk met een hogere kwaliteit van de geleverde zorg. Wanneer het winstexperiment zou mislukken doordat efficiencyverbeteringen uitblijven en/of de zorgkwaliteit daalt zal het wettelijk uitkeringsverbod van winst waarschijnlijk niet worden opgeheven en alles bij het oude blijven. Het is echter geen wet van Meden en Perzen dat bij het mislukken van het experiment de participerende zorginstellingen gedwongen worden hun voormalige non-profitstatus te hervatten. Wanneer het experiment zou mislukken omdat onverhoopt de zorgkwaliteit significant verslechtert ligt een gedwongen terugkeer voor de hand. Echter in het onwaarschijnlijke geval van dalende efficiency – en dus gedaalde marktwaarde van het ziekenhuis – is het denkbaar dat de investeerders van de participerende zorginstellingen niet automatisch gedwongen worden op dat moment hun aandelen (met verlies) te verkopen.

Voordeel van geen gedwongen verkoop is dat de investeerders uitsluitend het commerciële risico dragen en autonoom beslissen over afstoting van hun aandelenpakket. Er is geen onzekerheid over de (wijze van) waardering van hun aandelen. Mogelijk nadeel van geen gedwongen verkoop bij mislukken van het experiment vanwege gedaalde efficiency is dat er twee soorten ziekenhuizen (for-profit en not-for-profit) naast elkaar bestaan terwijl het profit-concept is mislukt.

Aangezien de mogelijkheid niet moet worden uitgesloten dat op enig moment wordt gekozen voor gedwongen verkoop als exitscenario, moet bij de start van het experiment een exitregeling worden vastgesteld. Daarin worden afspraken vastgelegd over de voorwaarden en de waarderingmethodiek die worden gehanteerd bij de vaststelling van de inkoopsprijs van de aandelen.

Er zijn twee mogelijke oorzaken voor het eventueel beëindigen van het experiment

1. Onvoorzien overheidsingrijpen; tijdens het spel worden de regels veranderd
2. Significante achteruitgang van kwaliteit- en/of efficiency

Voor beide situaties ligt het voor de hand op basis van marktwaarde<sup>150</sup> de prijs te bepalen waartegen de investeerder zijn aandelen moet aanbieden.<sup>151</sup> De methodiek voor de bepaling van deze

---

<sup>150</sup> De marktwaarde die de aandelen zouden hebben gehad indien het experiment zou zijn voortgezet.

<sup>151</sup> Een alternatieve mogelijkheid voor situatie zou zijn de afkoopsom te bepalen op basis van een reëel rendement op eigen vermogen van 6,6% tot 9,8%, zoals uiteengezet in "NZa, 2007. Uitvoeringstoets – op weg naar vrije prijzen" pagina 32-33. Nadeel daarvan is dat het boekhoudkundig eigen vermogen – zeker sinds het wegvallen van het bouwregime – vaak niet of nauwelijks gerelateerd is aan het economisch eigen vermogen.

*Rekenvoorbeeld voor rendementsberekening op basis van boekhoudkundig eigen vermogen:*

---

marktwaarde zou identiek moeten zijn aan de grondslagen voor waardebeoordeling bij de start van het experiment.

Wanneer de exitregeling onzekerheden bevat of niet gebaseerd is op marktwaarde zullen de investeerders dat verdisconteren in een lagere prijs voor de aandelen bij de start of in het geheel geen interesse tonen. Hierdoor zal er minder of geen kapitaal in de zorg worden geïnvesteerd.

Een belangrijke vraag is welke partij de terugkoop van aandelen moet betalen bij gedwongen beëindiging van het experiment. In beginsel is dat het ziekenhuis. De investeerder is immers aandeelhouder in de ziekenhuis-vennootschap en het ziekenhuis heeft bij de start ook het additionele (eigen) vermogen van de investeerder ontvangen. In economische waardetermen is een aandeleninkoop tegen marktwaarde echter een neutrale transactie: noch het ziekenhuis noch de investeerder gaan er op voor- of achteruit; de aandelen verwisselen tegen marktprijs van eigenaar, het economische vermogen van beide partijen blijft op peil. Wel moet het ziekenhuis beschikken over voldoende financiële middelen om de aandelen van de investeerder terug te kunnen kopen. In beide situaties (1. en 2.), maar zeker in geval 2., zal de ziekenhuis-vennootschap waarschijnlijk niet over voldoende liquide middelen beschikken om de inkooptransactie te financieren. Het aantrekken van (achtergestelde) leningen of het verkopen van activa, al dan niet in de vorm van sale & lease back, zijn twee mogelijkheden om de inkoop te financieren. Een andere mogelijkheid is het verstrekken van een (achtergestelde) lening door de investeerder (een zogenaamde *vendor loan*). Voor sommige investeerders zou dat een acceptabele of zelfs aantrekkelijke propositie kunnen zijn.

Mocht het ziekenhuis er onverhoopt niet in slagen de aandeleninkoop tegen acceptabele voorwaarden te financieren, dan zou de overheid de helpende hand kunnen bieden. Daarvoor zijn verschillende varianten denkbaar. Eén mogelijkheid is het verstrekken van overheidsgaranties voor de door het ziekenhuis aangetrokken leningen, een andere mogelijkheid is het (voor)financieren van (een deel van) de inkoop, al dan niet in de vorm van leningen. Het is verstandig en gewenst dat de overheid vooraf met de ziekenhuis-vennootschap heldere afspraken maakt over haar eventuele rol in het geval van een gedwongen beëindiging van het experiment en de daaruit volgende inkoop van aandelen door het ziekenhuis. Deze afspraken moeten worden vastgelegd in de transactie-documentatie aan het begin van het experiment. Dergelijke afspraken verminderen ook voor de investeerder de onzekerheid en verhogen daarmee de aantrekkelijkheid van een investering.

Tot slot is waakzaamheid geboden bij de verkoop van aandelen door de investeerder, zowel bij 'gedwongen' als in het geval van een vrijwillige verkoop aan een volgende investeerder, voor het fenomeen *window dressing*. Een investeerder die het einde van het experiment ziet naderen kan de resultaten en balans opkloppen ten einde zijn verkoopprijs te verhogen. Mogelijke instrumenten daarvoor zijn werkkapitaal management (het uitstellen van betalingen aan leveranciers en het stimuleren van betalingen door afnemers), het realiseren van tijdelijke resultaatverbetering door het doorvoeren van kostenreducties die (op korte termijn) geen gevolgen hebben voor meetbare kwaliteit, korten op onderzoek en innovatie, etc. Met name de onafhankelijke (president-) commissarissen, de accountant en zeker ook de visitatiecommissie moeten daarop toezien.

---

*investeerder X koopt op 1 januari 2008 1.000 aandelen van zorgaanbieder A voor €50 elk. Op 1 januari 2010 ontvangt investeerder X een dividend van €1 per aandeel. Op 1 januari 2011 wordt wegens politieke redenen het experiment beëindigd.*

*Stel, investeerder X ontvangt een vergoeding van 8% over zijn investering. De transactieprijs op 1 januari 2011 bedraagt dan:  $(€50.000 \times 1,08^2 - €1.000) \times 1,08 = €61.905,60$ .*

*(Anders geformuleerd: de contante waarde van een kasstroom van €1.000 na 2 jaar en €61.905,60 na 3 jaar, rekening houdend met een discontovoet van 8%, bedraagt €50.000)*

---



---

Als ultimum remedium om excessen te voorkomen zou – ook los van *windowdressing* – kunnen worden overwogen het rendement voor investeerders te maximeren, bijvoorbeeld op 150% van het op basis van de businesscase verwachte rendement. Een dergelijke maatregel is niet gebruikelijk, maar zou in het kader van een *experiment* in de *zorg*, te rechtvaardigen zijn. Het is een (grof) middel om excessen te voorkomen.

---

---

---

---

## GEÏNTERVIEWDEN

<b>Naam</b>	<b>Functie</b>
<i>Ziekenhuisdirecties</i>	
Dr. B. Berden	Lid Raad van Bestuur St. Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg
Drs. W. de Bie	Voorzitter Raad van Bestuur Sint Maartenskliniek, Nijmegen
Dr. D. Hemrika	Voorzitter Raad van Bestuur Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam; gynaecoloog
J. Kedzierski	Voorzitter Raad van Bestuur Medisch Centrum Alkmaar
Prof. dr. H. Keuzenkamp	Lid Raad van Bestuur Westfriesgasthuis, Hoorn
Drs. E. Lohman	Voorzitter Raad van Bestuur UMC St. Radboud, Nijmegen, voorheen voorzitter Raad van Bestuur Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam
Dr. R. Lucas	Lid Raad van Bestuur Asklepios Kliniken GmbH, Hamburg
Drs. W. van der Meeren	Lid Raad van Bestuur St. Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg
W. Pföhler	Voorzitter Raad van Bestuur Röhn-Klinikum AG
Drs. R. Smit	Voormalig voorzitter Raad van Bestuur Albert Schweitzer Ziekenhuis, Dordrecht; voorzitter College van Bestuur Vrije Universiteit, Amsterdam
Drs. P. Smits	Algemeen directeur Medisch Centrum Rijnmond-Zuid
Ir. F. Spijkers	Lid Raad van Bestuur St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein
Drs. J. Werner	Voormalig voorzitter Raad van Bestuur UMC St. Radboud, Nijmegen; lid Eerste Kamer, fractievoorzitter CDA
<i>Medisch specialisten</i>	
Drs. J. Bonenkamp	Kinderarts
Dr. J. Claus	Neuroloog
Drs. W. van der Ham	Anesthesioloog, voorzitter Orde van Medisch Specialisten
Dr. F. van der Heijden	Chirurg

---

Mw. Dr. N. van der Kar	Kindernefroloog
Drs. P. Kil	Uroloog
Dr. H. Oostvogel	Chirurg
Dr. M. Peeters	Medisch Microbioloog
Prof. dr. J.A. Roukema	Oncologisch chirurg
Drs. L. Scheijmans	Radiotherapeut-oncoloog
Dr. B. Westerhuis	Klinisch Chemicus

### ***Investeerders***

Drs. W. Ackermans	Partner M-Ventures
Drs. H. van Berckel	Directeur CVC
W.-J. van den Dijssel	Private investor, partner First Dutch Capital
Drs. J. van der Does de Willebois	CFO Euronext
P. de Jong MBA	Director Growth Capital Benelux 3i
Ir. H. Oerlemans MBA	Senior investment manager Waterland
Drs. G. van de Paal MFP	Hoofd Thematische Research Iris
Drs. R. Munsters	Directeur Vermogensbeheer en lid Directieraad ABP
Drs. M. van Schaik	Directeur Publieke Sector Rabobank Nederland
Drs. B. Zeldenrust	Senior portfolio manager Health Care Equities Robeco

### ***Zorgverzekeraars***

Dr. C.B. Leerink	Directeur Zorgmanagement Menzis
Drs. M. Leers	Voorzitter CZ Groep
Mw. Drs. D. Monissen	Lid Raad van Bestuur Agis Zorgverzekeringen
Mw. Drs. M. Schultz van Haegen	Directielid Achmea Zorgverzekeringen
Ir. E. Velzel	Voorzitter Raad van Bestuur UVIT (Univé, VGZ, IZA, Trias)

---

*Experts*

Dr. M. Berg	Partner Plexus Medical Group
Drs. C. van Gent	Programmadirecteur Bureau Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit, Inspectie voor de Gezondheidszorg
Prof. dr. L. Hoogduin	Chief Economist Robeco en hoogleraar economie
Prof. dr. L. Koopmans	Emeritus hoogleraar economie van de gezondheidszorg; o.a. president-commissaris Rabobank
Drs. J.-W. Kuenen	Partner BCG
Drs. J. Maljers	Partner Plexus Medical Group
A. Poensgen	Partner BCG
Ir. D. Schraven	Principal BCG
Prof. dr. C. Teulings	Directeur Centraal Planbureau en hoogleraar economie
Drs. F. Verbeek	Partner First Dutch Capital
Prof. dr. G. van der Wal	Inspecteur-generaal Inspectie voor de Gezondheidszorg
Prof. dr. S. van Wijnbergen	Hoogleraar economie
Prof. mr. J. Winter	Partner de Brauw Blackstone Westbroek, hoogleraar Internationaal Ondernemingsrecht