

## Over onnut en schade van winstuitkeren bij ziekenhuizen

De afgelopen periode is de sluimerende discussie over winstuitkeren bij ziekenhuizen, als onderdeel en volgende stap in het proces van verdere marktwerking, weer krachtig in de openbaarheid gekomen. Aanleiding hiervoor is het recente advies van de NZa 'Private winst voor het publieke belang'. De publiciteit eromheen is fors, zoals in FD over het huidige Slotervaartziekenhuis en de Volkskrant van zaterdag 23 aug met een artikel waarin ziekenhuisdirecteuren aan het woord komen en ook columnisten besteden er veel aandacht aan. Zowel het advies als de berichtgeving slaan echter veel relevante onderdelen van dit vraagstuk over. Te snel klinkt het alsof het principe van meer winstuitkering een logische en noodzakelijke stap is en slechts voorzichtigheid over de randvoorwaarden en condities is geboden. In dat kader kan niemand meer tegen de door de NZa bepleite experimenten zijn, zo lijkt het. Van die mening blijft echter niet veel over als we de hele en halve waarheden van deze kwestie goed aan een nadere analyse onderwerpen.

Allereerst hebben de afgelopen periode zowel banken als *private equity* ruimschoots geparticipeerd in lucratieve, nieuwe ontwikkelingen in de curatieve zorg. Er is in en vanuit ziekenhuizen zeker ondernomen. Dit heeft ook geleid tot het aantrekken van vreemd kapitaal. Dit is gebaseerd op goed onderbouwde *business cases* waarbij innovatieve, professionele en klantgerichte dimensies een grote rol spelen. We hebben daar dus met zijn allen veel baat bij gehad. Met deze voorbeelden kunnen we ook al, sinds de ontwikkeling van privéklinieken en zbc's vanuit reguliere ziekenhuizen, zien dat marktwerking succesvol is in het aanboren van creativiteit terwille van efficiencywinst en meer klantgerichtheid. Het is dus ook niet zo dat er een groot probleem is in het aantrekken van vreemd vermogen voor dit soort activiteiten. Sterker nog: het lijkt eerder het omgekeerde, er zijn fondsen opgericht voor risicodragende participaties in de curatieve zorg die te weinig aanvragen en te weinig goede business plannen krijgen aangemeld!

Waar wel een probleem zit, althans in de ogen van ziekenhuisbestuurders, is in het aantrekken van vreemd vermogen op de schaal van de ziekenhuizen in totaliteit. Maar dat is ook niet verwonderlijk, aangezien dit een zeer onduidelijke spaghetti aan activiteiten is, met een sterk gemengd publiek en privaat belang, onder een door de ziekenhuizen zelf geschapen diffuus zeggenschapsregime van management en medisch specialisten. Daar steekt een bank natuurlijk alleen geld in als er veel zekerheden zijn, waaronder toch ook nog steeds de vangnetrol van overheid en waarborgfondsen. *Private equity* heeft hier al helemaal geen belangstelling voor, evenmin als buitenlandse ziekenhuisondernemingen, omdat ze geen enkel greep op de uitkomst en het beleid van hun investering hebben. De machtsstructuur van de huidige ziekenhuizen is nu zo onduidelijk, dat er met het verwerven van aandelen voor een buitenstaander geen enkele zekerheid is dat er ook zeggenschap wordt verworven. Geen van de partijen die de aandelen 'verkoopt', heeft namelijk nu veel zeggenschap te vergeven. Een van de drijfveren achter het bovengenoemde succes van het afsplitsen van ondernemende eenheden uit de ziekenhuisorganisatie en het daarmee ophalen van vreemd vermogen, is juist geweest het ontsnappen aan die onduidelijke organisatie! Sterker nog: het eerste dat *private equity* of

een private eigenaar zal doen bij het verwerven van zeggenschap is juist het – verder - verduidelijken, strippen, saneren en structureren van de activiteiten, precies de zaken die ook boven tafel komen als je per onderdeel een business plan maakt. Zie de case Slotervaart, die ook alleen maar een kans van slagen heeft, omdat de nood zo hoog gestegen was, dat met het eigendom wel de volledige zeggenschap werd overgedragen. Kortom: hier lijkt toch vooral werk aan de winkel voor de bestuurder en medisch specialisten zelf, eerder dan voor de wetgever, laat staan de toezichthouder.

Daarmee komen we aan het volgende onderbelichte punt. De wetgever doet namelijk met de sector nu al enige jaren zijn best de kostprijzen en te declareren tarieven helder te krijgen in het zogenaamde DBC-systeem. Vanuit marktoptiek een vreemde zaak, want normaliter zorgt een bedrijfstak zelf voor helderheid over kostprijzen. Het succes van het ondernemen tot nu toe hangt ook, vanuit bedrijfseconomisch oogpunt volstrekt normaal, sterk af van de duidelijkheid van dit systeem. Ook is dit een basisvoorwaarde voor het aantrekken van vreemd vermogen. Dit ondernemerschap en het bijbehorend aantrekken van vreemd vermogen en winstdeling kunnen dus ook niet sneller gaan dan de ontwikkeling van dit systeem. De nu door de minister voorgenomen verruiming van het vrij onderhandelbare systeem gebaseerd op DBC-prijzen is dus precies wat er nodig is om de marktwerking uit te breiden en tegelijk de kansen voor vreemd kapitaal verder, namelijk op de nieuw vrij gegeven zorgproductie, te laten toenemen.

Dit ondernemen per ‘innovatieve *business unit* of *Neue Kombination*’ kan dus zeker nog enige tijd voort en biedt bestuurders en medisch specialisten nog enige jaren volop uitdagingen. Tegelijk structureert het ook veel beter de eventuele risico’s, zowel voor de individuele ziekenhuis onderneming, als voor onze publieke sector als totaliteit. Want iedereen spreekt nu wel over ‘winst’, maar juist in tijden van ‘verlies’ blijkt pas hoe duidelijk de afspraken en risicoverdeling waren. In een heldere (juridisch) zelfstandige *business unit*, onderbouwd met een goede *business case* en met daarop toegespitst vreemd vermogen loopt de rest van het ziekenhuis veel minder kans op algemene niet te calculeren risico’s. Tegelijk kan nu al op dit onderdeel heel goed uitkering van winst plaatsvinden, waaronder naar het participerende ziekenhuis.

Steeds moeten we namelijk goed voor ogen houden dat dit het hele punt is waar het debat om draait. Winstuitkering in de ziekenhuiszorg is al lang toegestaan, alleen niet op het totaal van een erkend regulier ziekenhuis, daar geldt nog de verplichting van een stichtingsvorm. Niet alleen allerlei commerciële leveranciers, zoals uit de bouw, ICT, accountancy, medische apparatuur kunnen winst uitkeren en verdienen daarmee aan zorg. Ook commerciële zorgproductie of zorggerelateerde diensten waar ziekenhuizen in participeren, zoals medische boulevards, apotheken, maatschappen en zorg BV’s kunnen dat.

Het is evident dat het handhaven van een stichtingsvorm gedurende dit langjarige en complexe privatiseringsproces grote voordelen heeft. Het maakt dat het handelen in de top van de reguliere ziekenhuizen nog steeds gericht is op maatschappelijke doelen en met gevoel voor publiek belang. De klassieke alliantie tussen overheid en maatschappelijke onderneming blijft overeind. Risico’s voor de publieke zaak

(leverbetrouwbaarheid, kwaliteit, toegankelijkheid) worden in dit geval ook door de private non-profitorganisatie zelf scherp afgewogen en minder gemakkelijk aangegaan. In de onderhandelingen met de te verzelfstandigen onderdelen worden eerlijke prijzen gevraagd en wordt geen Russisch privatiseren toegepast. Dit tegenwicht is hard nodig, omdat het onderhandelingen zijn tussen partijen (met name bestuur en medisch specialisten) die elkaar nu al heel hard nodig hebben in het handhaven in de oplopende concurrentieslag. De belangen van de andere *stakeholders*, zoals personeel worden breder gewogen. Allemaal zaken die met overheidstoezicht alleen met heel veel kosten en een ingrijpende bureaucratie (die de voordelen van marktwerking weer teniet doet!) op een vergelijkbare manier zijn te volgen en te toetsen (als het al achterhaald kan worden). Geen enkel overheidssysteem is even effectief als een systeem en cultuur van een publieke moraal in private organisaties. En, heel belangrijk, bij eventueel falen in het proces of de ziekenhuisvoorzieningen waarbij de overheid zou moeten bijspringen, betekent dat niet feitelijk achteraf de risico's van de private aandeelhouders compenseren, een beetje zoals we dat nu in de bankensector zien. Een dergelijk bijspringen zal alleen voor bestuur en raad van toezicht nadelige gevolgen hebben, geen positieve voor de private aandeelhouder. Niemand zit te wachten op privatisering met een overheidsvangnet, waarbij de private partij de winst boekt en de overheid het verlies.

Bovenstaande geeft aan dat het uitkeren van winst op het niveau van het totale ziekenhuis niet alleen niet nodig is om vreemd vermogen voor ondernemerschap aan te trekken, het is zelfs schadelijk voor de gezamenlijke beheersing van het totale proces vanuit het publieke belang. Waarom wordt hier dan toch zo'n punt van gemaakt vanuit de sector, waar vervolgens vele columnisten in het algemeen bijval aan geven? Gegeven het feit dat het aantrekken van risicodragend vreemd kapitaal ondernemend nu al op plaatsen lukt en goed verloopt, zijn er bedrijfseconomisch nog maar twee extra argumenten voor te stellen. De een van verdedigende aard en de ander meer pro-actief. Ofwel vraagt de private partij meer zekerheden dan de betreffende verzelfstandigde business unit in huis heeft. Ofwel ziet een private ondernemer meer mogelijkheden tot synergie en optimalisatie op het totaal van de activiteiten en wil daar alleen aan bijdragen als hij ook kan meedelen in toekomstige winsten op het totaal.

In het eerste geval gaan we dus zekerheden uit de rest van het ziekenhuis, zoals eigen vermogen, onroerend goed, winst in andere onderdelen, inzetten om het risico van een andere private partij in een nieuw op te zetten *business unit* (dit kunnen, oh paradox, ook de eigen dokters zijn!) te verminderen. Ik zou zeggen dat dan het business plan toch vooral niet deugt. Het kan zijn dat het ziekenhuisbestuur niet afhankelijk wil zijn van zinvolle initiatieven van onderop en zelf meer aan het stuur wil zitten bij het ondernemen. Daartoe is dan kapitaal nodig, dat wordt opgehaald bij private partijen met de zekerheden die het ziekenhuis als geheel weet te bieden. Dit is toch vooral onroerend goed. Maar met veel geld wordt een slecht business plan niet beter. Het tempo van goed ondernemen gaat hierdoor niet omhoog. Ook een ziekenhuis bestuurder zal samen met medisch specialisten nieuwe zinvolle en marktgerichte initiatieven moeten generen en implementeren. Het gevaar is alleen maar dat het geld niet bedrijfseconomisch goed wordt ingezet, maar vooral in een intern machtsspel.

In het tweede geval komen we in zeer interessant vaarwater. Want dit is vermoedelijk een legitieme gedachte. Dit is ook het argument om buitenlandse ziekenhuisondernemingen met hun *know how* de Nederlandse markt op te laten. Maar, helaas, hier wreekt zich het feit dat we nooit goed de andere kant van het bovengeschetste proces van – geleidelijk - ‘verzelfstandigen van interessante onderdelen’ (inclusief een discussie over het privater maken van het onroerend goed) en ‘stapsgewijze vrije prijsvorming’ hebben gedefinieerd. We zijn begonnen de spaghetti uiteen te rafelen, te beginnen met de gemakkelijke marktonderdelen. Dit proces loopt, zoals gezegd, succesvol. Maar er is nooit goed in publiek/private termen gedefinieerd wat we dan van het restant vinden, sterker nog: wat het restant zal zijn. En wat is daarvan niet privatiseerbaar? Acute zorg? IC’s? OK’s? Topzorg? Multidisciplinaire zorg? Opleidingen? Delen van de medische apparatuur?

In beide gevallen wordt feitelijk gevraagd het beleid, de bedrijfsvoering en de zeggenschap over het totaal van het ziekenhuis (meer) in private handen te leggen. Daartegenover ontbreekt nu een helder publiek geluid. Sommige onderdelen mogen niet tot zekerheid dienen tegenover een private partij, omdat we er geen bedrijfsmatig risico op willen lopen. Die kunnen dus ook niet mee in de boedel van een te verzelfstandigen eenheid. En natuurlijk is er vanuit privaat oogpunt veel efficiencywinst en verbetering te halen in dat stuk, maar we willen de zeggenschap daarover niet kwijt. Sommige inefficiënte onderdelen worden mogelijk zelfs bewust ‘in de lucht gehouden’, vanwege onze collectieve visie op wat goede en voor iedereen toegankelijke zorg is.

De conclusie is duidelijk: langs de weg van de winstuitkering op het totaal van het ziekenhuis wordt de gekozen weg van geleidelijke introductie van marktwerking verlaten en dan ook nog op een volstrekt prematuur moment. Prematuur, omdat er nog heel veel valt te ondernemen, ook met vreemd vermogen, in de nu komende verruiming. Prematuur, omdat participatie van een private partij in het totaal alleen zin heeft als de zeggenschap over dat totaal binnen de ziekenhuizen goed geregeld is. En prematuur, omdat de overheid nog niet gedefinieerd heeft wat volstrekt niet privatiseerbaar is, op welke indirecte manier dan ook. Dit alles biedt voldoende reden om hier geen experiment van te maken en vooral te zorgen voor goede bestuurders die opereren zoals een eigenaar dat ook zou doen, maar dan namens ons allen. Bijkomend voordeel: we hoeven de discussie over de maatschappelijke onderneming niet langer te belasten met de wezensvreemde poging het non-profit element daaruit ter wille van de ziekenhuizen los te laten, dat vormt nu net de kern van het concept.

Drs. S.P.M. de Waal  
Oprichter en Voorzitter Public SPACE Foundation  
[www.publicspace.eu](http://www.publicspace.eu)

