

## Commerciële medisch specialistische zorg: grenzen aan het solidaire zorgstelsel?

Prof. dr. W. Groot, Maastricht University  
Dr. L.L. Hagenaars, Amsterdam UMC  
Prof. dr. P. van der Harst, UMC Utrecht  
Prof. dr. P.P.T. Jeurissen, Radboudumc  
Prof. dr. J. Mierau, UMCG  
Prof. dr. W. Peul, LUMC  
Prof. dr. M. IJzerman, Erasmus Universiteit

### Samenvatting

De opkomst van winstbeogende zorgaanbieders in Nederland heeft in de afgelopen jaren aanzienlijke aandacht gekregen. Deze trend strekt zich uit over diverse sectoren zoals ouderenzorg, huisartsenzorg, laboratoriumdiagnostiek, tandheelkunde en de medisch specialistische-zorg waarop dit essay zich concentreert. Het fenomeen roept belangrijke vragen op over de mogelijke impact ervan op de Nederlandse gezondheidszorg.

In theorie kunnen winstbeogende zorgaanbieders efficiëntiewinsten en innovatie in de zorg stimuleren. Ook kan de aanwezigheid van een winstprikkel leiden tot een betere allocatie van middelen en het aantrekken van privaat kapitaal, vooral in situaties waarin publieke financiering ontoereikend is. Desondanks bestaan er zorgen over mogelijke negatieve gevolgen, zoals een toename van onnodige behandelingen, selectieve zorgverlening aan meer winstgevende patiënten met duurdere zorg voor publieke instellingen als gevolg, maar ook het onttrekken van personeel aan het collectieve zorgstelsel en een verminderde focus op bredere maatschappelijke doelen binnen de zorgsector.

Empirisch onderzoek biedt inzicht in de werkelijke effecten van winstbeogende zorgaanbieders. Hoewel ze vaak in staat zijn om relatief meer (eenvoudige) zorg te leveren tegen lagere kosten, leidt dit niet altijd tot betaalbare zorg voor patiënten. Bovendien blijft de klinische kwaliteit van zorg bij winstbeogende aanbieders vaak hooguit vergelijkbaar met of wat onder het niveau van de niet-commerciële zorgverleners. De commerciële belangen kunnen dus mogelijk de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg ondermijnen.

Het gebrek aan specifiek onderzoek binnen de Nederlandse context benadrukt de noodzaak van meer gericht onderzoek naar de effecten van winstgedreven zorgaanbieders. Een dieper begrip van deze dynamiek is essentieel voor het vormgeven van effectief beleid en toezicht op deze sector. Dit vereist niet alleen nauwkeurige monitoring van commerciële zorgaanbieders, maar ook een kritische evaluatie van de bestaande wet- en regelgeving en de capaciteit en kunde van toezichthouders om ervoor te zorgen dat de publieke belangen behartigd blijven.

In het licht van deze complexe en veelzijdige uitdagingen is het cruciaal dat beleidsmakers, zorgverleners, patiënten en andere belanghebbenden samenwerken om een verantwoord gezondheidszorgstelsel te creëren. Dit vereist een continue dialoog met besef van eenieders belangen, evidence-based beleidsvorming en een proactieve benadering van de uitdagingen en kansen die de opkomst van winstbeogende zorgaanbieders met zich meebrengt.

## 1. Inleiding

In Nederland speelt al enkele decennia een discussie over de wenselijkheid en onwenselijkheid van het maken van winst door het bieden van zorg. Politieke opvattingen daarover botsen door verschillende ideologieën over wat de risico's zijn en of dit ons solidaire zorgstelsel aantast. Zonder expliciete keuze en/of passende regelgeving is de verwachting dat commerciële aanbieders van verzekerde zorg in het huidige tempo blijven doorgroeien.

In dit essay pogen we om, tegen een historische context bezien, een analyse te maken van voor- en nadelen van commerciële medisch-specialistische interventies met mogelijke consequenties voor de Nederlandse zorg. Dit doen we door de beschikbare wetenschappelijke kennis over privatisering in de zorg te verbinden met de veranderende context en deze te duiden.

Allereerst schetsen we een korte historische context van private equity en commercie in de medisch specialistische zorg in Nederland. Paragraaf 2 bevat een uiteenzetting over wat we op basis van theorie kunnen zeggen over het opereren van commerciële zorgaanbieders.

In paragraaf 3 vatten we het beschikbare empirische onderzoek samen. We kijken daarbij naar de toegang, kwaliteit, uitkomsten en doelmatigheid van zorg. Wat zijn dan de voordelen van privatisering van bepaald zorgaanbod? Daarbij moeten we ons realiseren dat het empirische onderzoek vooral uit de Verenigde Staten komt en in mindere mate enkele andere grote economieën. Voor Nederland is specifiek onderzoek gedaan naar de doelmatigheid van zelfstandige behandelcentra. Zo krijgen we zicht op de bestaande kennis, maar ook op de kennishiaten daarbinnen.

In paragraaf 4 volgen de conclusies en aanbevelingen. Ook behandelt deze paragraaf de onderliggende mechanismen die vanuit de theoretische- en empirische beschouwingen het meest van belang lijken. We bespreken wat dit mogelijk zou kunnen behelzen voor het Nederlandse zorgstelsel.

### *Historische context*

Medio jaren negentig ontstond er, mede als gevolg van de toen snelgroeïende wachtlijsten voor electieve zorg, discussie over de wenselijkheid van door werkgevers betaalde 'voorrangzorg' in zogenaamde bedrijvenpoli's; private initiatieven om binnen- en buiten de reguliere zorg extra zorgcapaciteit te bieden aan wie daarvoor betaalden. Het ging veelal om electieve zorg en niet om grote getallen, maar deze initiatieven riepen indertijd veel controverse op. Toenmalig minister van Volksgezondheid, Els Borst (D66), stelde dat in de gezondheidszorg "gelijke toegang voor iedereen" en "prioritering op medische gronden" voorop moesten staan. Hiermee vertolkte zij waarschijnlijk de mening van het grootste deel van de medische beroepsgroep.

Echter, er zijn indertijd ook andere argumenten aangevoerd. Zo is binnen de gezondheidseconomie bijvoorbeeld beargumenteerd dat voorrangzorg mogelijk zou moeten zijn als gemiddeld genomen niemand erop achteruitgaat (Brouwer et al, 1997), dit wordt ook wel een Pareto-optimale uitkomst genoemd. Ook wordt geredeneerd dat het 'Robin Hood-effect' gunstig zou kunnen zijn, namelijk 'rijken' die private zorg konden betalen, droegen bij aan de zorg voor de 'armen', bijvoorbeeld door én minder gebruik te maken van reguliere zorg én deze instellingen eventueel ook te voorzien van extra inkomsten voor nieuwe investeringen en innovatie. Maar ook werd toen al gewaarschuwd voor de gevolgen.

Bestuurskundige Kim Putters eindigde zijn proefschrift over ondernemerschap in de zorg (2001) door te wijzen op het feit dat een gebrek aan level playing field tussen reguliere en private zorgaanbieders zou kunnen leiden tot een rituele dans van hun zaakwaarnemers met misbruik van machtsposities, minder keuze en gebrekkige verantwoording van publieke middelen tot gevolg: de wenselijkheid tot 'ondernemen' zou in die situatie in twijfel kunnen worden getrokken (Putters, 2001).

Inmiddels zijn we ruim 25 jaar verder en is het spectrum van zelfstandige zorgaanbieders flink veranderd. Zo zijn er diverse zelfstandige WTZa-toegelaten<sup>1</sup> zelfstandige behandelinstellingen (bijvoorbeeld bij de radiotherapie), maar ook rechtspersonen die - ontstaan uit de ziekenhuizen - een deel van de ziekenhuiszorg extramuraal verrichten (zoals oogheelkunde, orthopedie of laboratoriumdiagnostiek). En tenslotte zijn er zelfstandige behandelinstellingen die als private partij zijn opgericht met een duidelijk winstoogmerk. Investeerders zijn daarbij kapitaalverschaffers.

Er bestaan vandaag de dag verschillende voorbeelden van hoe private equity partijen en/of andere investeerders overnames plegen en daarmee de discussie over winstgevendheid en de rol van commerciële partijen een andere betekenis geven. Neem de verzelfstandiging van de laboratoriumdiagnostiek, door velen beschouwd als een basisservice, die werd geïnitieerd om tegen zo laag mogelijke kosten zo snel en efficiënt mogelijk te leveren. Niemand kon voorzien dat vele labs werden overgenomen door (buitenlandse) investeerders met daarbij een winstoogmerk door centralisatie en schaalvergroting. Bedrijfsopbrengsten vloeien hierbij terug naar de investeerders, waardoor de noodzakelijke versterking van de integrale zorgketen in de regio kan verschromen. En wanneer winst van ZBC's leidt tot verschroming van zorg, een lagere kwaliteit of het zich enkel concentreren op de meest winstgevendste patiënten dan is dat problematisch voor het stelsel als geheel.

Het aandeel winstbeogende aanbieders in Nederland is de afgelopen 20 jaar een stuk groter geworden; alhoewel dit in absolute zin nog steeds beperkt is in vergelijking met de ons omringende landen. In 2019 was, volgens adviesbureau JBR, in 15% van de overnames in de medisch specialistische zorg een private equity bedrijf de koper; in 2022 was dit percentage toegenomen tot 79%. In aantallen ging het hierbij om 21 overnames van ZBC's, een verdubbeling ten opzichte van het jaar ervoor. Met ongeveer 400 ZBC's in Nederland, betekent dit dat in één jaar tijd zo'n 5% van de Nederlandse ZBC's is overgenomen door een private equity bedrijf. Bij winst-beogende aanbieders is er dus sprake van een snelle concentratie. Dit geldt voor de ZBC's (Kruse et al, 2018), de zelfstandige laboratoria, maar ook bijvoorbeeld in de tandheelkunde. Echter, het aandeel winst-beogende zorgaanbieders in Nederland is nog steeds beperkt in vergelijking met de ons omringende landen. In 2015 bedroeg de omzet van de ZBC's ruim 700 miljoen euro waarvan ongeveer de helft vanuit de basisverzekering werd vergoed (Kruse, 2021). Ondanks de relatief kleine schaal waarop ZBC's destijds zijn gestart, maken beleidsmakers en bestuurders zich toenemend zorgen over de rol van commerciële zorgaanbieders en de consequenties van bijvoorbeeld *private equity* eigenaarschap in de zorg.

---

<sup>1</sup> Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza)

## 2. Winst maken met zorg: Theoretische context

### *Wanneer maak je winst met het leveren van zorg?*

Vanuit commercieel oogpunt kunnen zorgorganisaties worden verdeeld in organisaties die wel of niet worden gefinancierd met risicodragend kapitaal. Met aan het ene uiteinde (politiek bestuurd) publieke organisaties en aan het andere uiteinde private equity eigenaren (Kruse, 2021). Hierbij mogen we zeer zeker veronderstellen dat de doelstelling om zoveel mogelijk winst te behalen in private ondernemingen zwaarder zal wegen dan in niet-commerciële ondernemingen of publieke organisaties.

Organisaties waarbij de juridische eigenaren geen risicodragend kapitaal inbrengen - zoals stichtingen, onderlinge waarborgmaatschappijen en verenigingen - zijn voor externe financiering hoofdzakelijk afhankelijk van bankleningen en andere vormen van vast renderend kapitaal. Binnen de groep van commerciële rechtspersonen zien we verschillende financieringsvormen. Een belangrijk onderscheid hierbij ligt bij wie de natuurlijke eigenaren zijn en wie de kapitaalverschaffers zijn. Er zijn artsen die een eigen kliniek hebben opgericht om hun praktijk in te voeren, al dan niet beursgenoteerde ondernemingen die met ketenvorming schaafeffecten proberen te realiseren met aandeelhouders (vanaf de jaren zeventig van de twintigste eeuw), of investeringsmaatschappijen die zo'n hoog mogelijk rendement (in de regel minimaal twintig procent) willen halen zoals private equity firma's (ruwweg vanaf de jaren nul). Deze laatste kunnen opereren buiten het toezicht van de financiële markten. De doelstelling van winstmaximalisatie is veelal het sterkst ontwikkeld bij private equity firma's en bij beursgenoteerde bedrijven en minder bij zelfstandige klinieken met een arts-eigenaar en bij bedrijven met een non-profit eigenaar zoals een regulier ziekenhuis (Kruse, 2021). We richten ons in deze notitie met name op de eerste twee categorieën.

Winstuitkering hangt nauw samen met eigendomsrechten. Verschaffers van risicodragend kapitaal hebben niet alleen het eigendomsrecht op de aanwending van de productiefactoren (inclusief de verkoop ervan) maar ook het recht op de winst. Echter, verschaffers van risicodragend kapitaal staan achteraan in de rij als de onderneming - al dan niet gedwongen - wordt geliquideerd. Deze eigendomsrechten zijn een grondrecht en verankerd in de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens en het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens.

Eigenaren van ingebracht risicodragend kapitaal willen daarom een compensatie voor de financiële risico's die ze lopen. Hierbij wordt uiteraard een hogere marge verwacht dan bijvoorbeeld het rendement op een 10-jarige staatsobligatie, dat als risicovrij wordt beschouwd (Reinhardt, 1986). Toegang tot private kapitaalmarkten is dus in de basis 'duurder'.

Toch kan privaat geld wel degelijk voordelen hebben. Zo kan men sneller over meer kapitaal beschikken dan bijvoorbeeld binnen de eigen organisatie beschikbaar is in de vorm van liquide reserves of dat banken als vreemd vermogen bereid zijn om beschikbaar te stellen. Daarnaast zijn verschaffers van risicodragend kapitaal als eigenaar flexibeler in hun keuzes. Zij kunnen er bijvoorbeeld voor kiezen om (tijdelijk) af te zien van de uitbetaling van het rendement als dat in het belang is van de continuïteit van de organisaties. Dit in tegenstelling tot verstrekkers van leningen die, ongeacht het financiële resultaat, verwachten dat de organisatie aan haar financiële verplichtingen voldoet. Men is dus met risicodragend eigen vermogen meer flexibel om in te spelen op kansen en men heeft meer mogelijkheden om te investeren, bijvoorbeeld ook in het overnemen van achterblijvende non-profit instellingen om deze vervolgens naar een hoger plan te tillen.

Ten opzichte van andere vormen van extern kapitaal heeft risicodragend kapitaal en eigenaarschap het voordeel dat de uitkering aan de kapitaalverschaffers kan fluctueren met het financiële resultaat van de onderneming en meer zekerheid biedt voor de continuïteit van de onderneming. Het maakt zorginstellingen ook minder afhankelijk van banken als kapitaalverstrekkers. Maar men moet dan wel een hogere operationele marge halen om dit relatief dure risicodragende private kapitaal te kunnen financieren.

Een belangrijke vraag is dan ook hoe private zorginstellingen zo'n hogere marge kunnen bereiken. Er zijn vier veelgenoemde strategieën.

1. Op de eerste plaats is dit door het leveren van steeds meer zorg en zo schaalearde effecten te behalen. Manieren om dit te bereiken zijn het verhogen van de productie, bijvoorbeeld door het overnemen van concurrenten wat naast extra schaal bovendien de marktpositie versterkt. In de meeste landen zien we ook dat de commerciële sector snel probeert te groeien totdat er een sterk geconsolideerde markt is ontstaan met nog maar enkele landelijk opererende ketens (Jeurissen et al, 2021). Aangezien er een wettelijke zorgplicht bestaat, kan dit betekenen een zorgbedrijf met winst oogmerk too big to fail wordt. Zo kunnen commerciële zorgbedrijven wel de financiële vruchten van ondernemerschap plukken, maar lopen ze minder het risico wat daarmee gepaard gaat. Ceteris paribus heeft men door het grote belang van meer zorg op de winst overigens ook een grotere prikkel voor meer ongepaste zorg.
2. Een tweede manier – en deze wordt veelal door de sector zelf benadrukt - is dat erdoor efficiënter te werken meer winst ontstaat en dit kan bijvoorbeeld door het integreren van backoffices, het efficiënter inzetten van het beschikbare personeel of deze minder salaris te betalen waar dat mogelijk is. Efficiënter werken komt in de praktijk vooral tot stand door (de snelle inzet van) sociale en technologische innovaties. In sommige onderdelen van de zorg - met name bij vormen van zorg waarbij uitkomsten van zorg niet helder of objectief omschreven kunnen worden of waar het externe toezicht op de kwaliteit tekortschiet - kan grotere efficiency ook worden bereikt door te bezuinigen op de kwaliteit van zorg.
3. Een derde manier om extra winst te behalen, is het 'gebruik' maken van de eventuele mogelijkheden in het vergoedingensysteem door zich bijvoorbeeld te richten op die patiëntgroepen die financieel het meest aantrekkelijk zijn om zorg aan te leveren. Hierdoor zouden de lucratieve behandelingen uit de ziekenhuizen/publieke zorginstellingen verdwijnen en de duurdere zorg achterblijven. De tendens is inderdaad dat de commerciële zorginstellingen zich veelal concentreren op minder complexe en te standaardiseren (electieve) zorg.
4. Een vierde mogelijkheid om extra winst te genereren is wat bankiers optimalisatie van financiering noemen, codetaal voor het maken van extra schulden. Het rendement op het ingebrachte eigen vermogen neemt immers toe wanneer met de stabiele cashflows vanuit de zorgactiviteiten ook de ingebrachte schulden kunnen worden gefinancierd. Dit biedt mogelijkheden aan partijen die hun activiteiten scherp financieren middels om niet meer geld in te brengen dan strikt noodzakelijk en zoveel mogelijk cash te onttrekken aan de zorgactiviteiten<sup>2</sup>.

De hogere kosten van het risicodragende eigen vermogen impliceren dat deze 'ergens' binnen de bedrijfsvoering van commerciële instellingen moeten worden terugverdiend. In algemene zin kunnen we daarom stellen dat winst-beogende zorgondernemingen scherper moeten reageren op prikkels en op beleid dan hun (private) niet winst-beogende collega's, wat ze in de praktijk ook doen

(Jurissen, 2010; Kruse, 2021). Dit biedt allerlei mogelijkheden en kansen, zoals meer innovatie en meer doelmatig werken, maar ook bedreigingen, zoals het selecteren van goede risico's, besparen op kwaliteit of het snel afstoten van verlieslatende maar wel noodzakelijke zorgvoorzieningen. Of deze balans niet uitslaat in het nadeel van de maatschappij, hangt mede af van de kwaliteit van de regulering en de effectiviteit van het toezicht op dit type zorgaanbieders. Hierbij geldt dat naarmate het risico dat maatschappelijke belangen - zoals de toegankelijkheid en de kwaliteit van zorg - in gevaar komen, groter is, het toezicht hierop uitgebreider moet zijn.

Naast voldoende capaciteit en naast de noodzakelijke technische- en professionele expertise, wordt de kwaliteit van regulering en toezicht ook bepaald door het mogelijk insnoeren van de eigen handelsmogelijkheden, doordat er bijvoorbeeld sprake kan zijn van een effectieve lobby tegen optimale regulering. Zo lijkt in ons land bijvoorbeeld al jaren sprake te zijn sprake van het de facto gedogen van het omzeilen van het verbod op winstuitkering.

#### *Schaalvergroting*

Curatieve zorg kan door (nieuwe) technologieën steeds vaker buiten het ziekenhuis worden geleverd en dit heeft geleid tot de opkomst van zogenaamde focusklinieken, zoals bij ons de zelfstandige behandelcentra, naast andere vormen van extramuraal zorgaanbod. Dit lijkt sommige Amerikaanse aanbieders geen windeieren te leggen. Tenet Healthcare, een van de grootste beursgenoteerde ziekenhuisketens in de Verenigde Staten, kampte jarenlang met tegenvallende winstgevendheid. Totdat men zich steeds meer ging richten op focusklinieken in de ambulante context. Het hele concern kende een omzet van \$ 21 miljard in 2023. De klinieken namen daarvan \$ 4 miljard voor hun rekening, maar de EBITDA-marge van 40% lag drie keer zo hoog als van de ziekenhuizen (12%) ([www.tenethealth.com](http://www.tenethealth.com)). In ons land lijken dergelijke winstmarges minder vaak voor te komen.

De filosofie achter de focusklinieken is dat deze doelmatiger kunnen opereren door hun hoge mate van specialisatie en door het stroomlijnen van klinische processen en procedures. Dit moet dan leiden tot lagere kosten en ook tot meer kwaliteit en minder variatie in uitkomsten. Enkele internationaal tot de verbeelding sprekende voorbeelden zijn de Aravind klinieken in India (cataractoperaties), de Martinikliniek in Hamburg (prostaatoperaties) en het Shouldice ziekenhuis in Canada (liesherniaoperaties). Bekende managementgoeroes zoals Clayton Christensen (The innovators' prescription) en – vooral – Michael Porter (Redefining healthcare) hebben dit denken tot belangrijke hoekstenen gemaakt van hun aanbevelingen voor een transformatie richting een meer doelmatige zorgsector. Tot de dag van vandaag blijft invoering hiervan echter beperkt, doordat gevestigde belangen in de weg zitten, maar ook omdat andere trends zoals meer multimorbiditeit, meer kwetsbare ouderen en de opkomst van "precision medicine" het relatieve belang van zorg met hoge volumes en lage complexiteit zorg doen verminderen.

Toch is schaalvergroting een manier om de marges te vergroten. Dit kan leiden tot marktconcentraties van een dusdanig niveau dat een faillissement de toegang tot zorg kan bedreigen. Omdat er een wettelijke zorgplicht bestaat, kunnen dus zorginstellingen ontstaan die "too big to fail" zijn. Verschaffers van risicodragend kapitaal lopen in de zorg dus minder risico dan in andere markten. Toezicht op onwenselijke marktconcentraties is dus extra belangrijk bij commerciële zorgaanbieders.



### 3. Wat zegt de empirische wetenschappelijke literatuur?

#### *Winst en wetgeving*

In Nederland geldt een verbod op het uitkeren van winst in de verzekerde curatieve (Zvw) en in de verzekerde langdurige (Wlz) zorg. Uitzonderingen zijn er volgens artikel 3.1 WTZa onder andere voor de huisartsenzorg, de farmaceutische zorg, de mondzorg, de verloskundige zorg, de erfelijkheidsadvisering, kleinschalige woonvoorzieningen en de extramurale zorg. Alhoewel de uitzondering voor de extramurale zorg weer niet geldt voor medisch specialistische zorg (lees ZBC's), behalve als het gaat om de behandeling van psychiatrische aandoeningen zonder verblijf.

Zorgorganisaties mogen overigens wel naar winst streven, maar deze mag niet uitgekeerd worden aan eigenaren of aandeelhouders, maar moet daarom gebruikt worden om in verbetering van de zorg te investeren. Echter, ondanks dit verbod op winstuitkering vermeldt accountantskantoor Ernst en Young in hun recente jaarlijkse analyse (2023) van de jaarrekeningen van zorginstellingen dat de ZBC's minder vermogen opbouwen dan andere instellingen omdat zij: "door hun structuur dat vermogen op een andere plaats in het concern opbouwen en omdat dividenduitkeringen dit vermogen doen afnemen".












We zien een snelle groei van het aandeel van de ZBC's in de totale omzet aan medisch specialistische zorg (Kruse, 2021). In andere sectoren waar dit winstverbod niet geldt, zoals bij de laboratoria, in delen van de geestelijke gezondheidszorg, in de tandheelkunde en sinds recent ook in de eerste lijn, gaat deze groei nog sneller. Dit laatste geldt ook voor het kleinschalig wonen in de ouderenzorg waar grote buitenlandse ketens zoals het Franse Orpea en Korian in de afgelopen tien jaar steeds actiever zijn geworden. Dit laatste wordt gestimuleerd door beleid dat zich richt op het scheiden van wonen en zorg en op bevroren van reguliere verpleeghuisplekken.

De facto lijkt sprake van een langjarig gedogen van een situatie waar via omwegen toch winst wordt gemaakt en uitgekeerd. Zo is het bij ZBC's vrij gebruikelijk dat de vergunning bij een stichting berust terwijl de operationele activiteiten in een BV zijn ondergebracht. Dat wil niet zeggen dat daarmee de kous af is. Het kabinet heeft eind 2022 het Wetsvoorstel integrale bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders (Wibz) in consultatie gegeven. Onderdeel van dit wetsvoorstel is dat de organisaties die zijn vrijgesteld van het verbod op winstuitkering bij algemene maatregel van bestuur (AMvB) wordt vastgesteld. Dit opent de mogelijkheid dat zorginstellingen die nu onder artikel 3.1 van de WTZa vallen (zie hierboven) in de toekomst wel onder het winstverbod gaan vallen. Deze mogelijkheid is reëel, aangezien de verkiezingsprogramma's van politieke partijen (2023) over het algemeen juist behoorlijk kritisch over commercie in de curatieve gezondheidszorg zijn en dit zou tot stringenter beleid kunnen leiden. Het hoofdlijnenakkoord (2024) van de nieuwe regering rept echter met geen woord over dit onderwerp.

Na afloop van de consultatiefase is het overigens stiller geworden rond de Wibz. Toch zijn er voor de ZBC's naast politiek ingrijpen meer risico's. Het aantal restitutiepolissen krimpt snel en in 2024 bieden nog maar drie zorgverzekeraars deze polissen aan. Men is dus meer en meer afhankelijk van een contract met een zorgverzekeraar. De ZBC's lijken echter moeite te hebben een plek te veroveren naast de grote reguliere aanbieders bij het verkrijgen van beschikbare middelen. De tendens richting meer regionale samenwerking helpt hier niet bij. Tot slot kan afschaffing van art. 13 Zvw (de vrije artsenuitvoering) de vloer onder een minimumvergoeding bij niet gecontracteerde zorg wegtrekken. Hier staat tegenover dat zorgverzekeraars uit hoofde van hun zorgplicht, vanwege de schaarste aan medisch specialistische zorg in de ziekenhuizen ook ZBC's zullen moeten contracteren.

Resultaten (voornamelijk uit de Verenigde Staten)

Tabel 1: Internationale literatuurstudies, winst-beogende versus niet winst-beogende ziekenhuizen

	Quality of care	Efficiency	Accessibility
For-profit hospitals perform worse	Generally perform worse on different quality outcomes (e.g. mortality) compared to non-profits (Eggleston et al. 2008; Deveraux et al. 2002) 	Non-profits slightly and generally more efficient than for-profits (Rosenau 2003; Hollingsworth 2003) 	Non-profit deliver more uncompensated and unprofitable care (Sloan 2000; Rosenau 2003; Schlesinger and Gray 2006) 
	Higher mortality (Herrera, Rada, Kuhn-Barrientos & Barrios 2014) 	Charge a higher price (Deveraux 2004) 	For-profits treat more people from higher SES and private insurance (Kruse et al. 2018) 
No difference	Privatisation not related to better quality compared to non-profit (Footman, et al. 2014; Herrera et al. 2014). 		
Mixed evidence	Different outcomes (Sloan 2000) 	Depends on expenditure category (Sloan 2000)  Overhead and cost per admission mixed (Schlesinger and Gray 2006) 	
	Different quality indicators compared to public sector (Kruse et al. 2018) 	Inconsistent evidence (Sibbel & Nagarajah 2012; Tiemann et al. 2012; Kruse et al. 2018) 	
For-profit hospitals perform better			

Bron: Kruse 2021.



Verreweg het meeste onderzoek naar de prestaties van commerciële- versus reguliere ziekenhuizen komt uit de Verenigde Staten. Tabel 1 vat het bestaande onderzoek samen voor wat betreft de ziekenhuissector. Duidelijk is dat de winst-beogende ziekenhuizen eigenlijk op geen enkel vlak echt systematisch beter lijken te presteren. Wel hebben ze vaak een relatief hoge patiënttevredenheid en duiden sommige studies erop dat ze wat hoger scoren op de afgesproken kwaliteitsuitkomsten. Daar staat tegenover dat men op een aantal hardere en niet afgesproken uitkomsten juist veelal weer wat slechter scoort.

Kijken we naar de doelmatigheid dan valt vooral op dat de prijzen die deze aanbieders berekenen in de regel hoger liggen. Dit komt met name door marges die zeker 5-7% hoger liggen dan van niet winst-beogende ziekenhuizen (Jeurissen et al., 2021). Sommige studies duiden op wat lagere kosten, wat waarschijnlijk vooral veroorzaakt is door lagere inschaling van niet-medisch personeel, maar de overhead en de vergoeding aan artsen ligt juist vaak hoger. De soms wat lagere kosten worden door de hogere marges niet of heel beperkt doorgegeven aan de zorgverzekeraars (Jeurissen, 2010). In de regel wordt veel gewerkt met personeel niet in loondienst (PNIL-ratio ligt tegen de 20% voor Nederlandse ZBC's) waaronder artsen die hier voor een deel van hun tijd actief zijn. Hiernaast bestaan er ook studies die tot de conclusie komen dat commerciële ziekenhuizen minder investeren in opleiding en onderzoek en ook minder niet vergoede zorg leveren, zoals bijvoorbeeld aan onverzekerden.

Op basis van twee recente publicaties in internationale wetenschappelijke toptijdschriften lijkt, in ieder geval voor de Verenigde Staten, reden tot zorg te zijn waar het gaat om ziekenhuizen in eigendom van private equity (niet opgenomen in tabel 1). Zo komen Borsa et al. (2023) in het *British Medical Journal* tot de conclusie dat private equity ziekenhuizen in de Verenigde Staten hogere kosten voor patiënten en hun verzekeraars berekenen en dat de effecten op de kwaliteit van zorg niet zelden schadelijk lijken te zijn. In *JAMA* komen Kannan et al. (2023) op basis van empirisch onderzoek naar complicaties en fouten in ziekenhuizen tot de conclusie dat het aantal in door private equity bedrijven overgenomen ziekenhuizen onnodig opgelopen complicaties en infecties maar liefst 25% hoger ligt. In verpleeghuizen met private equity eigenaren zijn deze uitkomsten nog verontrustender. Hier liggen de inkomsten meer vast en ontstaat druk op de kostenkant om de winst te maximaliseren. Een studie van Gupta et al. (2021) stelt dat de mortaliteit op de korte termijn maar liefst 10% hoger is in Amerikaanse verpleeghuizen met een private equity eigenaar, terwijl de kosten per cliënt voor de belastingbetaler ook nog eens met 11% toenemen.

In algemene zin lijkt het moeilijk, zo niet onmogelijk, om op basis van de wetenschappelijke literatuur te kunnen concluderen dat deze instellingen systematisch beter presteren dan de concurrentie waar het gaat om toegang, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg. Wel is sprake van veel variëteit, tussen maar zeker ook binnen de verschillende sub-sectoren. Bovendien dragen commerciële instellingen die de slecht functionerende non-profit aanbieders overnemen via turn-around management ook bij aan de professionalisering van het totale zorgsysteem. Frank Sloan, hoogleraar gezondheidseconomie aan Duke University, heeft veel onderzoek gedaan naar de prestaties van commerciële ziekenhuizen; hij concludeerde in een recent overzichtsartikel dat de relatieve doelmatigheid van commerciële ziekenhuizen die van haar concurrenten in de praktijk niet veel ontloopt (Sloan en Valdmans, 2023).

#### *Situatie in Europa*

Met uitzondering van met name Duitsland, richt de commerciële sector zich in de meeste Europese landen vooral op een meer kapitaalcrachtige vraag en biedt zij bijvoorbeeld extra services en kortere wachttijden. Dit is vooral het geval in landen met publieke zorgsystemen. De private sector vormt

daar als het ware een parallel zorgstelsel, een alternatief waarvoor een aantal burgers bereid zijn om te betalen dan wel waarvoor zij een extra zorgverzekering hebben afgesloten (Jeurissen et al, 2021). Engeland is een goed voorbeeld, maar dit model van een privaat parallel systeem is ook aanwezig in Zuid- en Oost Europese landen.

Naarmate het publieke systeem slechter presteert, ontstaat er meer vraag naar private zorg. In een tijd van personeelskrapte kan het parallelle private stelsel personeel onttrekken aan het collectieve stelsel, waardoor de snellere zorg voor een groep ten koste gaat van de zorg voor anderen. Dat is een neveneffect waar rekening mee gehouden moet worden. Patiënten blijven voor de complexe zorg aangewezen op het publieke systeem, want de nadruk van de private sector ligt op electieve zorg waarbij gemak en een aangename omgeving belangrijke punten zijn. De patiënttevredenheid is bij commerciële aanbieders dan ook meestal hoog, maar de prijzen zijn dat veelal ook. In zekere zin functioneren de Nederlandse ZBC's deels als behorend bij het reguliere stelsel (de verzekeraar koopt verzekerde zorg in) en deels als behorend bij een privaat parallel stelsel, vooral omdat hier veel niet verzekerde zorg wordt geleverd.

#### *Situatie in Nederland*

Over de prestaties van Nederlandse ZBC's zijn er twee studies gepubliceerd in de internationale wetenschappelijke literatuur (Kruse et al, 2019; Kruse et al, 2020). De belangrijkste conclusies daaruit zijn dat de patiënten van ZBC's meer tevreden zijn (ze geven hogere net-promotor scores) en dat er geen duidelijke verschillen zijn in kwaliteit van zorg in vergelijking met ziekenhuizen en tot slot dat deze klinieken efficiënter lijken te opereren, dat wil zeggen minder middelen inzetten. Bij cataract lijken ZBC's wat vaker te opereren, maar dat doen ze wel met minder verrichtingen binnen het zorgpad: oftewel men opereert wat vaker maar doelmatiger. De voor case-mix gecorrigeerde prijs ligt 5% onder die van een ziekenhuis (Kruse et al, 2019). Bij heup- en knieoperaties lijken de ziekenhuizen weer wat beter te scoren, maar dit verschil verdwijnt na correctie voor een aantal relevante factoren (Kruse et al, 2021).

Het is wel belangrijk om ons te realiseren dat hier niet is gekeken naar de effecten van zorg in ZBC's op de ziekenhuizen. Deze laatste zouden bijvoorbeeld de winsten op relatief eenvoudige zorg kunnen kwijtraken die worden gebruikt om verlieslatende complexe zorg te financieren. Recent onderzoek van Stadhouders en Jeurissen (2023) naar de inkoop van zorg laat zien dat zorgprijzen geen effect hebben op de mate van contractering van ziekenhuizen, maar wel op die van ZBC's. Bij die laatste is een toename van de prijs met duizend euro gecorreleerd met afname van 20,5% in de mate van contractering. Zorginkopers kijken bij ziekenhuizen dus niet, maar bij ZBC's wel naar de prijs van zorg.

#### 4. Conclusies en aanbevelingen

Aan de inzet van risicodragend eigen vermogen in de zorg kunnen in theorie voordelen verbonden zijn. Zo zijn er situaties denkbaar waarin privaat kapitaal noodzakelijk is om investeringen in de zorg te bekostigen. Bovendien zijn de winst-beogende zorgaanbieders meer responsief voor prikkels die hun resultaat kunnen vergroten. Dit kan onnodige kosten besparen, maar ook innovaties aanjagen, bijvoorbeeld de inrichting van nieuwe zorgvormen. De winstprikkel kan bovendien bijdragen aan het opkopen en herstructureren van achterblijvende niet-doelmatige non-profit aanbieders, zoals in Nederland, weliswaar vergeefs, bij enkele ziekenhuizen is geprobeerd.

Echter, er zijn nauwelijks tot geen empirische studies die een systematisch voordeel voor winst-beogende medisch-specialistische zorgorganisaties laten zien waar het gaat om de publieke doelstellingen van toegang, kwaliteit, doelmatigheid en betaalbaarheid van zorg. Het beste lijkt men te presteren op de zogenaamde technische efficiency – veel zorg tegen relatief lagere kosten – maar als winstmaximalisatie centraal staat, dan worden deze winsten veelal niet doorgegeven, waardoor er geen positief effect op de collectieve betaalbaarheid van zorg te verwachten valt. Integendeel, gepaste zorg zou onder druk kunnen komen doordat meer zorg leveren een van de meest effectieve strategieën is om de winst op te voeren.

Wel moet worden opgemerkt dat er lacunes zijn in het beschikbare bewijs. De informatie die beschikbaar is, is sterk gebaseerd op ziekenhuizen en op de situatie in de Verenigde Staten. Echter, het meer beperkte bewijs over de situatie in andere landen duidt niet op radicaal andere uitkomsten. Kijken we naar de medisch-specialistische zorg buiten het ziekenhuis dan is het beschikbare bewijs, ook in de Verenigde Staten, beperkt, maar ook hier ondersteunt het beschikbare bewijs eerder een kritische dan een accommoderende houding. Wel moeten we ons realiseren dat de variëteit in de uitkomsten groot is. Er is veel spreiding en daardoor ook een grote overlap in prestaties tussen publieke-, non-profit en for-profit instellingen, maar goed presterende non-profit instellingen zijn in de praktijk moeilijk te evenaren, vooral daar waar het gaat om complexe zorg.

De slotvraag is wat zoiets in de praktijk betekent. In ieder geval zou dit moeten betekenen dat zorg in commerciële ZBC's substantieel goedkoper moet zijn dan in reguliere ziekenhuizen. Zo is er waarschijnlijk voldoende compensatie voor de reële en in wetenschappelijk onderzoek gevalideerde opportunistische prikkels zoals risicoselectie, minder gepaste zorg en het minder inzetten op niet monetaire publieke diensten. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen zijn hierbij de belangrijkste partijen. Kijken we naar toegang en kwaliteit dan komt de overheid nadrukkelijk in beeld. Zij moet wetten maken, maar deze zeker ook handhaven. Voor wat betreft kwaliteit van zorg is er een speciale rol voor de Inspectie, mede omdat zorgverzekeraars bij hun inkoop soms onvoldoende oog lijken te hebben voor de kwaliteit van zorg.

De bovenstaande beschouwing geeft aanleiding tot drie aanbevelingen.

1. De eerste is om meer te investeren in kennis over risicodragend kapitaal in de zorg. Dit essay laat zien dat er nog veel kennishiaten zijn over de effecten van risicodragend kapitaal in de zorg. De toename van risicodragend kapitaal in de zorg - met name de toename van private equity bedrijven - vraagt om meer kennis en inzicht hierover. Het ontbreekt op dit moment aan monitoring van de ontwikkeling van risicodragend kapitaal in de zorg. Een monitor zou de basis kunnen vormen van het ontwikkelen van meer evidentie over de gevolgen van risicodragend kapitaal voor de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg.

2. De tweede aanbeveling is om te toetsen of de bestaande wet- en regelgeving voldoende handvaten biedt om risicodragend kapitaal adequaat te reguleren. Meer kennis en inzicht in de gevolgen van de toename van risicodragend kapitaal kan ook dienstbaar zijn aan verbeterde regelgeving hieromtrent. Wel moet hierbij worden overwogen of de potentiële voordelen die verbonden zijn aan een grotere inzet van risicodragend eigen vermogen opwegen tegen de kosten die deze extra wet- en regelgeving en het toezicht hierop met zich meebrengen. Hierbij dient ook rekening gehouden te worden met schaalvergroting van winst-beogende zorginstellingen met daarbij een lobby tegen optimale regulering. In ons land lijkt bijvoorbeeld sprake van het jarenlang gedogen van het omzeilen van het verbod op winstuitkering.
3. Een derde aanbeveling betreft het toezicht. Naarmate het risico dat maatschappelijke belangen in gevaar komen, groter is - zoals de toegankelijkheid en de kwaliteit van zorg - moet het toezicht hierop uitgebreider zijn. Het is echter de vraag of de huidige toezichthouders hiertoe voldoende in staat en geëquipeerd zijn. Ook de afstemming tussen de verschillende toezichthouders verdient mogelijk heroverweging. In Nederland bestaat er daarbij het praktische probleem dat het aantal kleinschalige commerciële aanbieders zo snel stijgt – in de intramurale ouderenzorg staan inmiddels ruim vijfhonderd ondernemingen ingeschreven tegen minder dan honderd tien jaar geleden – dat het moeilijk voorstelbaar is dat voldoende regulier toezicht altijd beschikbaar is.

Daarnaast is toezicht op onwenselijke marktconcentraties extra belangrijk bij commerciële zorgaanbieders. Wanneer marktconcentraties in de zorg tot zo'n niveau stijgen dat zorgaanbieders “too big to fail” worden, kan een faillissement de toegang tot zorg bedreigen. In dit soort gevallen zou de overheid wellicht in moet grijpen. Preventieve maatregelen waaraan beleidsmakers kunnen denken, richten zich onder meer op extra transparantie, het hebben van een minimale hoeveelheid zorgpersoneel en een maximale hoeveelheid financiering van overnames met schulden (Cai en Zong, 2024).

## Referenties

Borsa A, Bejarano G, Moriah E, Bruch JD (2023), Evaluating trends in private equity ownership and impacts on health outcomes, costs, and quality: systematic review, *BMJ*2023;382:e075244.

Brouwer WBF, Schut FT, Rutten FFH (1997), Bedrijvenpoli in het licht van Rawls en Pareto, *Economische Statistische Berichten (ESB)* vol. 81(4083);973.

Cai Ch, Song Z, Protecting patients and society in an era of private equity provider ownership: challenges and opportunities for policy, *Health Affairs* 43 no. 5 (2024): 666 – 673.

Devereaux PJ, Choi PT, Lacchetti C, et al. A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals. *Can Med Assoc J.* 2002; 166(11): 1399-1406.

Devereaux PJ, Heels-Ansdell D, Lacchetti C, et al. Payments for care at private for-profit and private not-for-profit hospitals: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ.* 2004; 170(12): 1817-1824. doi:<https://doi.org/10.1503/cmaj.1040722>

Eggleston K, Shen YC, Lau J, Schmid CH, Chan J. Hospital ownership and quality of care: what explains the different results in the literature? *Health Econ.* 2008; 17(12): 1345-1362. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/hec.1333>

Ernst & Young (2023), Barometer Nederlandse Gezondheidszorg, [www.info.ey.com](http://www.info.ey.com).

Footman, K., Garthwaite, K., Bambra, C., & McKee, M. (2014). Quality check: does it matter for quality how you organize and pay for health care? A review of the international evidence. *International Journal of Health Services*, 44(3), 479-505.

Gupta A, Howel ST, Yannelis C, Gupta A (2021), Does private equity investment in healthcare benefit patients? Evidence from nursing homes, NBER Working Paper 28474.

Herrera CA, Rada G, Kuhn-Barrientos L, Barrios X. Does Ownership Matter? An Overview of Systematic Reviews of the Performance of Private For-Profit, Private Not-For-Profit and Public Healthcare Providers. *Plos One.* 2014; 9(12).

JBR (2023), 'Zorgsamenwerkingsmonitor 2023', [https://jbr.nl/wp-content/uploads/2023/10/JBR-zorgmonitor\\_2023.pdf](https://jbr.nl/wp-content/uploads/2023/10/JBR-zorgmonitor_2023.pdf)[https://jbr.nl/wp-content/uploads/2023/10/JBR-zorgmonitor\\_2023.pdf](https://jbr.nl/wp-content/uploads/2023/10/JBR-zorgmonitor_2023.pdf)

Jeurissen PPT (2010), For-profit hospitals. A comparative and longitudinal study of the for-profit hospital sector in four Western countries, Rotterdam.

Jeurissen PPT, Kruse FM, Busse R, Himmelstein DU, Mossialos E, Woolhandler S (2021), For-profit hospitals have thrived because of generous public reimbursement schemes, not greater efficiency: a multi-country case study, *International Journal of Health Services* 51(1).

Kannan S, Bruch JD, Song Z (2023), Changes in Hospital Adverse Events and Patient Outcomes Associated With Private Equity Acquisition, *JAMA.* 2023;330(24):2365-2375.

Kruse FM, E Spiering, E Adang, PPT Jeurissen (2018), Marktconcentratie is ook punt van zorg bij zelfstandige behandelcentra, *ESB* 103 (466).

Kruse FM, Stadhouders NW, Adang EM, Groenewoud S, Jeurissen PP (2018), Do private hospitals outperform public hospitals regarding efficiency, accessibility, and quality of care in the European Union? A literature review. *Int J Health Plann Manage.* 2018; 33(2).  
doi:<https://doi.org/10.1002/hpm.2502>

Kruse FM (2021), Healthcare provision: Open for business, Radboud Institute for Health Sciences.

Putters K (2001), Geboeid ondernemen. Een studie naar het management in de Nederlandse ziekenhuiszorg, Van Gorcum.

Reinhardt U (1986), The nature of equity financing, in Institute of Medicine (IOM), For-profit enterprise in healthcare Washington DC.

Rosenau PV, Linder SH. Two decades of research comparing for-profit and nonprofit health provider performance in the United States. *Soc Sci Quart.* 2003; 84(2): 219-241.  
doi:<https://doi.org/10.1111/1540-6237.8402001>

Sibbel R, Nagarajah B. Are privately owned hospitals more efficient? Results of a survey of the international literature. *Gesundheitswesen.* 2012; 74(6): 379-386. doi:<https://doi.org/10.1055/s-0031-1280844>

Sloan FA, Picone GA, Taylor Jr DH, Chou S-Y. Hospital ownership and cost and quality of care: is there a dime's worth of difference? *J Health Econ.* 2001; 20(1): 1-21.  
doi:[https://doi.org/10.1016/s0167-6296\(00\)00066-7](https://doi.org/10.1016/s0167-6296(00)00066-7)

Sloan FA, Valdmanis VG (2023), Relative productivity of for-profit hospitals: a big or a little deal? *Medical Care Research and Review* 80(4):355-371.

Stadhouders NS, Jeurissen PPT (2023), Selectieve contractering van ziekenhuiszorg in Nederland. Onderzoeksrapport. IQ Healthcare, [www.betalbaarheidvanzorg.nl](http://www.betalbaarheidvanzorg.nl).

Tiemann O, Schreyögg J, Busse R. Hospital ownership and efficiency: a review of studies with particular focus on Germany. *Health Policy.* 2012; 104(2): 163-171.  
doi:<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.11.010>

-----