

Zorgondernemerschap als therapie

Op 11 oktober jl. hield prof.dr. Loek H.L. Winter als hoogleraar Healthcare Entrepreneurship aan de Nyenrode Business Universiteit zijn oratie. Hieronder vindt u een verkorte weergave van de gesproken inaugurele rede.

De afgelopen tien jaar is de patiënt een heel klein stukje klant geworden en het consumptisme zal een belangrijke trend worden in de zorg. Daar wil ik het met u over hebben. Ik wil het met u hebben over het traditionele ziekenhuis, hoe het traditionele ziekenhuis op de schop gaat, hoe de focusklinieken daar een beginnende bijdrage aan leveren en de rol van de ondernemer. De ondernemer introduceert het inbrengen van het kapitaal, introduceert innovatiekracht, introduceert een ander type leider. En als laatste onderwerp wil ik u het traject van A naar B beschrijven. Het traject van ziekenhuis oude stijl naar de medical mall.

DE MARKT

Eerst de markt. De afgelopen twee kabinetsperiodes is er sprake van een beginnende liberalisering in de zorg. De kabinetten Hoogervorst en Klink hebben de traditionele planeconomie langzaam afgebroken, en daar komt een geleide en gereguleerde markteconomie voor in de plaats. In het huidige regeerakkoord is met een krappe meerderheid gekozen voor een verdere liberalisering van de zorg. De planeconomie bestond uit een stelsel waarbij de financiering gebaseerd was op uniforme budgetten: je kreeg als ziekenhuis budgetten op grond van erkende bedden, erkende specialistenplaatsen, adherente patiënten. Kortom, het had niets te maken met patiënten, met kwaliteit, met aantallen. Het was een soort van Trabant.

De afgelopen periode is gebleken dat de kosten sterk stijgen, en daar moest dus een andere methodiek van financiering voor komen. Het is een marktwerking waarbij dbc's zijn geïntroduceerd, waarbij er producten gedefinieerd zijn – en nu ook toenemend de kwaliteit van producten gedefinieerd wordt –, en waarbij de klant een belangrijke rol gaat vervullen omdat die gaat kiezen. Dit is nieuw, want tot op heden waren er wachtlijsten, budgetsturing, waarin de ziekenhuizen zorginstellingen waren die goodlooking en politiek georiënteerd waren. Ik heb in deze inaugurele rede ervoor gekozen om niet al te verantwoord mijn mening te geven, dus ik zal



Prof.dr. Loek H.L. Winter

krasse opmerkingen doen. Dan weet u hoe wij erover denken en hoe de zorg beter kan.

De zorgprofessionals zijn fijne mensen met een hoge arbeidsmoraal, zijn kwalitatief gedreven en zijn zeker bereid een betere zorg te gaan leveren. Maar die zorgprofessional zat in een fout stelsel, die zat in een planeconomie. Nu er plek komt voor markteconomie zul je ook zien dat professionals die goed zijn gaan excelleren en professionals die het minder doen krijgen minder ruimte. De professionals pakken samen met de zorgverzekeraar de trend op van spreiding en concentratie. Beter zorg zou moeten rijzen, betere zorg gaan we meer van doen, betere zorg wordt goedkoper. De zorgverzekeraar krijgt daar een belangrijke rol in, want diens positie is wezenlijk gewijzigd. Tot voor tien jaar was de zorgverzekeraar een doorgeefluik van grote sommen geld die door de overheid werden neergezet bij de zorgaanbieders op grond van de budgetcriteria die ik noemde. De zorgaanbieder heeft een aantal wettelijke veranderingen doorgemaakt en mogelijkheden gekregen waarbij hij contracteervrijheid heeft; de zorgverzekeraar kan dus willekeurig gaan contracteren bij zorgaanbieders of zij wel of geen zorg innemen. De tarieven zijn gemaximeerd, de zorgverzekeraar kan afspraken maken over maximale tarieven, kortingen bedingen, en na een recente wijziging – en die zal onwils belangrijk zijn – zal de zorgverzekeraar risico gaan lopen voor wat hij nu eigenlijk deed.

De zorgverzekeraar nam tot op heden zijn vak heel serieus, nam grote pakken geld en gaf dat aan de zorgaanbieders en parkeerde het risico bij iemand anders, tot nu toe dus de overheid, en stak de marge in zijn zak. In de nieuwe wereld zal dat veranderen, omdat die zorgverzekeraar aangesproken wordt op de prijs en de kwaliteit van de zorg die hij gaat inkopen. Dat gaat een dynamiek weergeven die ik u zo zal vertellen.

DE PATIËNT

Wij hebben een analyse gedaan van patiënten van klanten. Een analyse deden wij al met het eerste diagnostisch centrum Amsterdam. Daar bleek dat in 1995 bij de start 85% van de mensen werd gestuurd door de huisarts en 15% koos zelf. Dat beeld is nu, 15 jaar later, volstrekt veranderd. Nu kiest 85% van de mensen zelf en wordt nog maar 15% gestuurd door de huisarts. Dus de consument is zelfbewust en kritisch geworden en gaat toenemend kiezen. Volgens het bureau motivaction neemt in Nederland, gemiddeld genomen, de pragmatische zorg circa 41% in beslag. Dat zijn mensen die met informatie kunnen omgaan, dat zijn mensen die bereid zijn te reizen, dat zijn mensen zoals u en ik die bereid zijn gedifferentieerd te betalen. Een tweede groep, en dat is ook een grote groep, 49%, dat zijn de minder zelfredzame mensen. Dat zijn de mensen die het moeilijk vinden met informatie om te gaan, dat zijn mensen die moeilijk kunnen kiezen, die niet makkelijk bereid zijn een

afstand te overbruggen. Maar het is ook een groep met veel chronische ziekten, veel kosten en een hoge consumptie. Dan hebben we nog een kleine restgroep van 10%, mensen die tegen zijn, die doen niet mee, die willen niets veranderen.

Hoe om te gaan met die verschillende groepen mensen?

Eerst de minder zelfredzame. Dat zijn mensen die uitgingen van de verzorgingsstaat en die je mee moet nemen om in dat nieuwe zorglandschap hun weg te vinden. Mensen moeten hun begeleiden om in de auto te stappen resp. te reizen om naar een betere zorgaanbieder te gaan die mogelijk wat verder weg is.

De pragmatische zorgpatiënt heeft die steun niet nodig. Die zoekt op internet, die googelt, maakt gebruik van facebook. Die gaat heel snel kiezen en zijn gedrag veranderen. Deze groep groeit heel snel. In randstedelijke gebieden is deze groep al veel groter, maar ook in de regio's buiten de randstad zal deze groep snel stijgen.

DE ZORGVERZEKERAAR

De rol van de zorgverzekeraar is heel belangrijk. De zorgverzekeraars hebben slagkracht gekregen om de zorg te gaan regisseren, en dat doen ze samen met de zorgaanbieders. Deze dynamiek is een halfjaar geleden geopend door de CZ Verzekeringen, die gesteld hebben dat ziekenhuizen die minder dan een bepaald aantal borstkankerpatiënten behandelen niet meer gecontracteerd worden. De wereld stond op zijn kop, en de Nederlandse Vereniging van Heelkunde vond dat schandelijk, dat de zorgverzekeraar – een voormalig

doorgeefluik – bepaalde waar zij hun zorg mochten uitoefenen. Maar vervolgens werd gevraagd om hun eigen richtlijnen, en die waren nog strenger dan van de zorgverzekeraar zelf. De Inspectie heeft dat opgepakt, en dan ziet u dat er een dynamiek ontstaat waarbij zorgaanbieders en controlerende instanties, in dit geval de Inspectie, de normen gaan opschroeven, waarbij dus gesteld wordt dat als je topzorg levert die niet zo vaak voorkomt, je daar volume voor moet hebben, want volume geeft je kwaliteit.

De tweede stap is genomen door de Friesland Verzekeringen. Diana Monissen trekt heel hard aan die kar, en zij stelt dat er in Friesland een aantal ziekenhuizen zijn van het klassieke model: one size fits all; in dit ziekenhuis doen we alles, want de aantallen in dit soort ziekenhuizen zijn onvoldoende om de zorg echt goed te doen. Om u een idee van getallen te geven: in

“De rol van zorgverzekeraar wordt die van doorgeefluik naar regisseur en architect van de nieuwe zorg.”

een regio van 100.000 mensen – een middelgrote stad waarvan er in Nederland vijftig zijn – hebben we 104 ziekenhuizen. We hebben 50 middelgrote ziekenhuizen, daar gebeuren zes aneurysma-operaties per jaar. Aneurysma is een verwijd bloedvat dat knapt. Als je dat met een maatschap van vier chirurgen moet doen, dan is dat per chirurg weinig. Er zijn in zo'n groep van 100.000 inwoners ongeveer 350 cataracten (troebele lens) per jaar. Als je dat met een maatschap van vier oogartsen moet doen, dan is dat per oogarts te weinig. In zo'n regio komen ongeveer 2300 kanker-

patiënten voor bij vier disciplines verspreid over twintig specialisten. U voelt wat ik wil zeggen. In dit soort ziekenhuizen zijn het de aantallen van de hoogcomplexe laagvolumezorg – dat moet geherstructureerd worden wil je het beter hebben. In Friesland wordt dat proces doorlopen door met de ziekenhuizen een herschikking te maken, waarbij er een herverdeling komt van functies op basis van kwaliteit.

De zorg is in Nederland al decennialang best goed. De professionals zijn heel betrokken en uniform goed opgeleid. Dit leidt tot een hogere levensverwachting, maar ook tot meer chronische ziekten. Per decade nemen de chronische ziekten toe, dat is geen verrassing; nu wij ouder worden neemt het aantal patiënten met chronische ziekten toe. De consequentie daarvan is dat de

zorgkosten stijgen, en de kosten stijgen meer en sterker dan andere collectieve uitgaven. Nog sterker: de collectieve uitgaven in Nederland dalen omdat er al tien jaar sprake is van een decollectivering. Als je dit nu toespist op de Nederlandse ziekenhuizen, dan blijkt er een BNP-stijging in de afgelopen jaren te zijn van enkele procenten (2 à 3), terwijl de ziekenhuiszorg 7,3% groeit. Dat komt niet alleen door vergrijzing. Dat komt ook door meer casuïstiek, meer mensen die zich melden. Het komt ook door meer vraag per probleem.

Even uit eigen ervaring. Toen ik afstudeerde als radioloog in 1990 waren er mensen met schouderproblemen, en een schouderonderzoek bestond uit twee foto's: een voorachterwaarts en een in laterale richting à 34 gulden. Toen ik stopte met mijn praktijk in 2006 bestond een schouderonderzoek uit CT, MRI, scopie voor € 1800. Schouderproblemen komen veel voor, zijn chronische problemen. Daarmee wil ik aangeven dat de vraag naar zorg is like a fireball, dat kun je niet stoppen. Er is een ongelimiteerde vraag naar zorg. Als je dan naar de zorguitgaven kijkt, dan zie je dat de vergrijzing een deel van de kosten voor haar rekening neemt, maar de totale zorgkosten stijgen daar dwars doorheen. De zorgsector is de tweede grote sector in Nederland, er werken 1,1 miljoen mensen, de grootste banenmoot van de afgelopen tien jaar. Er zijn 100.000 tot 400.000 banen bijgekomen in de ▶



zorg de afgelopen tien jaar. En de komende tien jaar zullen er nog eens 400.000 banen nodig zijn om de vergrijzing en de toegenomen zorgconsumptie invulling te geven.

Samengevat is er sprake van een veranderd speelveld op wet- en regelgevingniveau, waarbij er een toenemende liberalisering is en een decollectivering – de overheid trekt zich langzaam terug. De NZA, als overheidsinstantie die het volume en de prijzen controleert, krijgt een andere rol, en de NMA krijgt zijn intrede in de zorg, kijkend naar de marktwerking en de implementatie. De rol van zorgverzekeraar wordt die van doorgeefluik naar regisseur en architect van de nieuwe zorg. Het zorgaanbod zal wezenlijk veranderen, waarbij spreiding en concentratie belangrijke thema's worden, en dit alles omdat de kosten enorm stijgen in deze grootste sector.

HET ZIEKENHUIS

Wij hebben in 2008 de mogelijkheid gekregen met de MC Groep een failliet ziekenhuis over te nemen, en ik moet u zeggen dat het een heel interessante, boeiende en leerzame periode was. Vanuit mijn achtergrond als initiatiefnemer van de focuskliniek – ik zal u daar dadelijk wat meer over vertellen –, hebben wij een analyse gemaakt van wat nu een algemeen ziekenhuis is. Wat kom je daar allemaal tegen? In wezen bestaat een ziekenhuis uit 25 à 30 organisatorische units. Dat zijn eigenlijk bedrijfjes op zich die in één gebouw zitten, en dat noemen wij een ziekenhuis. Laten we de spoedeisende hulp als voorbeeld nemen, of verloskunde. Wij willen op een aantal plekken in het land verloskunde en spoedeisende hulp. Een ander type initiatief in een ziekenhuis zijn de focusklinieken, type tandartspraktijk. Relatief eenvoudig: tandarts, doktersassistente, beperkt aantal vierkante meters, administratie, wachtkamer, factuur. Een heel eenvoudig organisatorisch model. Daarvan heb je er in een ziekenhuis ongeveer acht: dermatoloog, orthopedie, KNO, etc. Maar die zitten in een ziekenhuis, dus een eenvoudig businessconcept zit in een ingewikkelde structuur.

Dan de ketenzorg. Dat zijn groepen aandoeningen van patiënten die als het ware gebruik maken van de hele keten, waarbij een stuk behandeling thuis plaatsvindt, in het ziekenhuis en bij de huisarts. Als voorbeeld de diabetes: moeilijk te reguleren, maar ook onderdeel van het ingewikkelde ziekenhuis.

Dan de zorgondersteuning. Bestaat eigenlijk uit twee typen bedrijven in het ziekenhuis. Dat zijn de bedrijfsvoering, facilitaire dienst, inkoop, hotel, maar ook de medische ondersteuning: laboratoria, apotheek, radiologie. Voor al die dertig organisatorische units geldt dat zij onder één dak zitten, dat zij onderling heel sterk afhankelijk zijn. Als één van die bedrijfsonderdelen fout gaat valt als een domino het systeem om, en het is eigenlijk een wonder dat het met de 104 ziekenhuizen, die heel dun gekapitaliseerd zijn, zo vaak goed gaat. Wat in de IJsselmeerziekenhuizen mis ging was dat de operatiekamers gesloten werden vanwege een kwaliteitsprobleem. Dan zie je dat de wachttijden op de polikliniek oplopen en de beddenbezetting afneemt, en met 1000 personeelsleden en een jaarlijks resultaat van 1 à 2 miljoen hoeft u niet uit te leggen dat dit een kort leven heeft en niet goed gaat.

Onze benadering is eigenlijk: focus × volume = hogere kwaliteit + lagere kostprijs. Dus al die organisatorische units gaan wij langs deze meetlat leggen, en dan zul je zien dat als je focuseert – of dat nu is op het gebied van inkoop (stel je zou de inkoop voor tien ziekenhuizen mogen doen) of op medisch gebied, of op een sportmedisch centrum of op een bepaalde filosofie, antroposofie, of je doet het op technologie, intensive care of je doet het rondom de spoedeisende karakters van de patiënt (dat zijn thema's rondom bepaalde typen zorg) –, als je daarop focuseert

“Het hebben van publieke verantwoordelijkheid ontslaat je niet van zakelijk actief zijn.”

en je krijgt daar volume in en je doet dat veel, dan wordt het zonder twijfel beter en dan wordt het ook goedkoper.

Dus dit is eigenlijk mijn enige take-home message: als je focuseert en je krijgt er volume in – en dat gaat vanzelf als je tijd van leven hebt –, dan wordt de kwaliteit beter en de kostprijs lager.

We hebben dus het ziekenhuis opgeknipt in delen, en dan is de vraag – als je vanuit het klantenperspectief kijkt –, of de systeemfuncties belang hebben bij marktwerking? Het antwoord is nee. Een systeemfunctie zoals bij de eerstehulp (EH) heeft belang bij een superregionale aanpak. Oftewel, in Amsterdam zijn er zeven EH's, en het is onze stelling dat je die terug moet brengen naar drie. Daar wordt het goedkoper en beter van. Er zijn een aantal plekken in Amsterdam waar je je als klant meldt bij de EH en dat je denkt, god dat ziet er mooi uit en goed verzorgd, maar het tegendeel is waar, het is een broodje aap.

Want achter de EH hoort een heel systeem te zitten van verloskunde, chirurgen, vaatchirurgen, en een klein ziekenhuis kan dat helemaal niet bieden omdat zij daar onvoldoende patiënten voor hebben. Dus het zou de zorg helpen door die EH's te verminderen in aantallen, en de EH's die overblijven krijgen meer volume. Daar wordt het goedkoper en beter van.

Hetzelfde geldt voor de focusinitiatieven. Dat zijn de centra die rondom één specialisme gecentreerd zijn of rondom de patiënt. Diagnostisch centrum, dermatologieketens, oogheelkundeketens, tandheelkundeketens, die hebben wel belang bij marktwerking. Die hebben belang bij competitie, belang bij overaanbod, die hebben belang bij het strak regisseren van de zorginkoop, prijs en kwaliteit.

Dan de zorgondersteuning: die heeft heel veel belang bij marktwerking en bij opschalen. Als je voor tien ziekenhuizen inkoop mag doen, dan wordt het echt veel beter en goedkoper; potentieel is dat 20%. Als je voor tien ziekenhuizen een radiologie-unit mag runnen, dan wordt het beter, potentieel 20%. Als je voor tien ziekenhuizen . . . , en zo kan ik doorgaan. Het potentieel is 20%.

DE FOCUSKLINIEKEN

In 1995 waren er vier focusklinieken: de Jan van Goyen Kliniek, het Diagnostisch Centrum, de Reinaert

Kliniek en de Valkenhorstkliniek. Destijds illegale initiatieven, waarbij ondernemers het plan opgevat hadden meer patiëntenzorg, betere patiëntenzorg voor minder geld te leveren en zich te richten op een beperkt product, op een beperkte menukaart. U ziet wat er gebeurd is. In 2000 zijn de zbc's (zelfstandige behandelcentra) geliberaliseerd, zijn witgewassen door minister Borst, en daarnaast is het heel snel gegaan. Het is de snelst groeiende sector in Nederland. Er zijn op dit moment 150 zbc's, eigenlijk nog maar vijf ketens, en als u in zorgvolume kijkt gaat het echt nog nergens over, we hebben het over 350 miljoen van de 19,8 miljard ziekenhuiszorg. Het is mijn stellige overtuiging dat dit type zorg 25-30% van het zorglandschap kan invullen met aanmerkelijk minder geld en een hogere kwaliteit.

Ik zal u een paar voorbeelden noemen. Een aantal ketenbouwers zijn hier in de zaal aanwezig. Denk aan het Cardiologie Centrum Amsterdam Zuid. U heeft een cardiaal probleem, u rijdt met de auto voor de

deur, u krijgt koffie, u krijgt de krant te lezen, u krijgt een, twee, drie testen, een vriendelijke cardioloog, en u weet binnen anderhalf uur waar u aan toe bent. Het bedrijf houdt ook nog iets over aan de onderkant van de streep. Inmiddels heeft 40% van de Amsterdammers gekozen voor het Cardiologie Centrum, en aan marketing hoeft u nauwelijks iets te doen, want dat gaat vanzelf. Waarom gaat het vanzelf? Het alternatief is dat je naar een van de academische

sector gebeurt dit ook. Ik had recent een hoogleraar kinderoncologie op bezoek, daar zat ik mee in debat, en die vertelde het volgende verhaal. In Nederland zijn er per jaar 500 kinderen die kinderkanker krijgen, en dat wordt nu verdeeld tussen vier tot zeven ziekenhuizen. Daar zijn allerlei territoriumstrijden tussen die vaak academische ziekenhuizen, maar hij pleit namens de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION) voor één instituut in Nederland,

“ZBC’s zijn 20% beter en 20% goedkoper.”

ziekenhuizen moet, je auto parkeren kost onwijs veel tijd, alleen al de parkeerpas en inchecken en een ECG krijgen kost heel veel tijd. Dan denk je dat je een afspraak hebt bij de hoogleraar drie weken later, maar die blijkt op spoedcongres, en je krijgt de jongste arts-assistent die jouw dossier niet kent... Ik chargeer het wat, maar de klant kiest massaal voor consumentencentra, voor focusinitiatieven, waarom? De servicegraad is hoger en de kosten voor de zorgverzekeraar zijn lager.

Een ander voorbeeld is de oogkliniek Zonnestraal die net in Hilversum is geopend. Die krijgen dus heel veel consumenten op bezoek die slecht zien, en zij hebben daar een valet parking ingericht om auto’s weg te zetten. Dat kan een gewoon ziekenhuis zich niet permitteren; kunnen zij ook niet doen omdat zij onvoldoende volume hebben aan mensen die valet parking willen. Dus de cliëntenwaarden nemen enorm toe.

Als je dit in getallen ziet is er een enorme groei vanuit overheidswege, is er informeel wat ruimte ontstaan voor de groei van zbc’s, maar wij zouden als zbc-ondernemers heel graag op de mat willen met ziekenhuizen, waarbij er dus een uitwisseling komt van de nog historisch gesegmenteerde budgetten tussen ziekenhuizen en zbc’s, want ik denk zelf dat binnen tien jaar 25% van de zorg – en dat is dan 5 miljard, een veelvoud van wat u hier ziet – gedaan zou kunnen worden door focusklinieken en zbc’s. Wat ik een aantal keren genoemd heb, en dat is ongenueanceerd, is dat de zbc’s 20% beter en 20% goedkoper zijn, en dan zullen de ziekenhuisdirecteuren zeggen van ja, kun je daar iets meer over vertellen, je vergelijkt appels met peren. Dat klopt, maar ik heb het nu even over de groentest. De groentest kan 20% meer groenten leveren voor 20% minder geld. Het is moeilijk om deze discussie heel genuanceerd te voeren, maar de feiten zijn evident. Het zijn niet alleen de private ondernemingen, de zbc’s die belang hebben bij focuszorg. Het zijn ook de non-profit sectors, in de non-profit

en dat is echt nog maar de vooravond, want we moeten eigenlijk naar één Europees instituut. Want de overlevingskans gaat van 70 naar 90%, en 100% van de ouders heeft in een mini-onderzoek laten zien dat ze bereid zijn te reizen.

De pragmatische consument zal dat van internet halen en de niet pragmatische consument zul je moeten begeleiden in dit traject om verder te reizen voor kwaliteit. Hoe is die reisbereidheid van klanten nu? Er zijn een aantal A-merken in Nederland en dat aantal zal enorm moeten stijgen. In mijn beleving moet over tien jaar 70% van de zorg A-merk geleverd worden. Laten we er een paar noemen: cardiologie, hart-longchirurgie Nieuwegein. Er is onderzoek gedaan: bij het dichtstbijzijnde instituut kunnen zij in 13 minuten terecht, maar zij zijn graag bereid om er 17 minuten extra voor te reizen om bij een topklinisch centrum terecht te komen. De Maartenskliniek is een ander voorbeeld. Al decennialang de top in orthopedie en reumatologie. 80% van de mensen komt buiten de reisafstand van 20 minuten. Er is dus heel veel animo onder de mensen om extra te reizen voor kwaliteit, alleen moet je weten waar wat zit.

Dit zijn voorbeelden van focuscentra. Initiatieven die dus een beperkte menukaart hebben, veel doen van wat ze doen en daarmee goedkoper en beter zijn. Zowel in de non-profit, dus in de klassieke ziekenhuizen, als in de for-profit structuur zie je hiervan voorbeelden. Ik heb u net genoemd het oogziekenhuis Zonnestraal; de Bergmankliniek wil ik ook noemen. Twee ondernemende mensen die in Naarden een groot hoofdkantoor van een multinational gekocht hebben, daar een schitterende orthopediekliniek hebben neergezet, en als u een orthopedisch probleem heeft moet u hiernaartoe. Het is echt beter, je komt binnen alsof je een hotel binnenkomt, en het kan niet anders dan dat de zorgverzekeraar tegen het lokale regionale ziekenhuis zegt: wij gaan u niet meer contracteren, maar wij gaan de Bergman contracteren.

DE ONDERNEMER

De ondernemer doet zijn intrede, en met de ondernemer de innovatiekracht, de inbreng van kapitaal en ook een nieuwe beroepsgroep. Mensen met een andere karakterstructuur. De inbreng van kapitaal. Niemand zal het ontgaan zijn dat ziekenhuizen zeer pover gekapitaliseerd zijn. Het eigen vermogen van ziekenhuizen ligt tussen de 10 en 15%. Maar in een planeconomie maakt dat niet uit, omdat de budgetten zo gereguleerd worden dat de instelling aan het eind van het jaar op nul eindigt. In een markteconomie is solvabiliteit heel belangrijk. Beursgenoteerde ondernemingen: je wordt in het bankje gezet als je minder dan 25% eigen vermogen hebt. Banken stellen als eis dat je pas dividend mag uitkeren als je 35% eigen vermogen hebt. Ziekenhuizen zitten tussen de 10 en 15%. Dus een gemiddeld bestuurlijk van een beursgenoteerde onderneming zou stuitend op zijn bed liggen als hij de jaarrekening zou hebben van een gemiddeld ziekenhuis, en een gemiddelde ziekenhuisdirecteur voelt zich heel prettig en zegt dat het prima gaat.

Een ander probleem is dat er in de zorg heel veel financiering zit. Er zitten tientallen aan miljarden financiering in. Er zijn ziekenhuizen die net zo veel lening hebben als dat ze omzet hebben. In een planeconomie maakt dat niet uit, want de budgetten reguleren. In een markteconomie, en dat is wat er nu gebeurt, komt er risico in dat segment. Er zal dus afgeboekt moeten worden door de banken op bestaande leningen. De nieuwe leningen, en daar zijn banken wel heel alert mee, die voldoen aan criteria waar heel MKB aan moet voldoen: hoeveel eigen vermogen neem je mee voordat je een bedrijf mag starten. Dus wat dat betreft gaat het goed, alleen moet nog over de oude leningen gesproken worden. Maar u begrijpt dat in het huidige politieke krachtenveld er weinig animo is om dit thema ter discussie te stellen.

Over de noodzaak van privaat geld hebben wij het net gehad. Het is niet de vraag óf het komt maar wanneer het komt, want er is gewoon eigen vermogen, weerstandsvermogen nodig om de zorg te kunnen financieren.

Dan de winstuitkering. U leest natuurlijk ook allemaal dat vanuit de overheid een winstklem is, er is beperking van de winstuitkering; die discussie zouden wij eigenlijk wat moeten nuanceren. Als aan een grote academische instelling, zonder financieel risico omdat zij een stabiel eigen vermogen hebben, geld wordt geleend, ►

betalen zij een ander tarief dan een noodlijdend ziekenhuis. Dat is weer een ander tarief dan dat je een innovatief bedrijf wilt starten. Als wij met een businessplan naar een bankier gaan om een nieuw concept op te zetten, dan is het kapitaalstartvereiste veel hoger. Dus het rendement op dat kapitaal is ook groter, dat is heel logisch. Dat is in het huidige systeem al zo. Banken vragen al meer rente voor bedrijven die minder goed lopen dan bedrijven die goed lopen. De winstuitkering is eigenlijk dividend op kapitaal, dat is een variant daarvan, maar eigenlijk allemaal dezelfde gedachte. Daar zou wet- en regelgeving snel

non-profit gedachte die eindigt op nul aan het einde van het jaar. Een heel stabiele situatie, waarbij het krachtenveld politiek bepaald wordt. Artsen zijn vaak de baas, bestuurders wisselen iedere twee jaar, toezichhouders zijn niet altijd even professioneel, zij houden elkaar in stand en zijn gericht op deëscalatie en het voorkomen van grote problemen. Een ondernemer zal geld investeren, en met dat geld zal hij ook zeggenschap willen introduceren, dus hij zal kiezen voor een vennootschapstructuur of voor een coöperatie. De rol van de aandeelhouder is nieuw en heel belangrijk. De aandeelhouder zal een rationaliserende en louterende werking hebben op de sombere

hebben niet het goede profiel. Pensioenfondsen hebben een maatschappelijke verplichting, zouden zeer goed geschikt zijn om in de zorg te investeren.

Dan ten slotte een andere groep, dat zijn de publieke participanten die in andere sectoren ook heel behulpzaam zijn geweest. Die hulp zouden zij ook voor de zorg kunnen aanwenden. De zorg is 70 miljard groot, 1,1 miljoen medewerkers, honderdduizenden banen in de afgelopen tien jaar en honderdduizenden banen de komende tien jaar. Tussen de 6 en 7,5% van al die medewerkers zijn leidinggevend, onder te verdelen in regenten, bestuurders, managers en ondernemers. Regenten zijn van destijds. Traag, redactief, vaardig in het beheersen van het politieke spel, hebben nagenoeg de zorg verlaten. Bestuurders zijn de nieuwe regenten, volgen heel trouw wet- en regelgeving en laten zich bijstaan door talrijke managers. Managers beheersen structuren en processen en systemen en houden dat in stand.

“Minder overheid en meer ondernemers.”

helderheid in moeten verschaffen. Ik zal u daar zo iets over vertellen.

VERMENGING VAN PUBLIEK EN PRIVAAT GELD

Misschien wat ingewikkeld, maar stel het ziekenhuis in Breukelen zoekt kapitaalinvesteringen, en ze zoeken een private partij die er een miljoen euro in stopt. Dan is het lastig, na twee jaar, om te bepalen welk aandeel rendementdividend behoort nu aan de investeerder en welk deel aan de publieke instelling, die stichting waar we tien, twintig, honderd jaar geld in gestopt hebben. Wij stellen om die reden ook voor om een publiek-private transfer ter discussie te stellen en uit te voeren, waarbij er als een publieke instelling geprivatiseerd wordt, daar een waardebeoordeling te laten doen en tegen die private partij te zeggen: u koopt dat van het publieke domein, bijv. het geld gaat terug naar VWS of naar de gemeente of naar de provincie, en daarna bent u vrij om met die instelling in het private domein te doen wat u wilt en mag u zonder winst een dividend uitkeren, wat u wilt. Overigens, voor de hier aanwezige investeerders, stel u er niet veel voor van dat dividend, want een gemiddelde zorgexploitatie heeft een rendement van tussen de 1 en 5%, dus voordat je toe bent aan dividend ben je een heel eind op weg. En gegeven het feit dat het eigen vermogen nu heel pover is, zult u een lange adem moeten hebben om in de zorg uw dividend uit te gaan keren.

Het is dus ook een stukje theoretische discussie. De ondernemer zal ook naar andere rechtsvormen kijken. De huidige rechtsvorm van de zorginstellingen is een stichting. Stichtingen hebben een

structuur in stichtingen en het politieke gehalte daarvan. Een aandeelhouder zal zeggen: waar steek ik mijn geld in, wat komt daar voor een resultaat uit, hoe goed wordt mijn product, waarom is dit product niet beter dan dat van de burens, kan het niet nog beter, hoe kan ik marktaandeel opbouwen? Kortom, daar hoort innovatie bij, daar hoort een zekere kracht bij. Dat past niet in een stichtingstructuur. De consequentie is dat de governance aangepast zal moeten worden. In governance worden de taken, verantwoordelijkheden, bevoegdheden van de partijen, toezichhouders en bestuurders geregeld, en in een stichting zijn geen aandeelhouders, en daar is dus ook geen governance. Door de introductie van de aandeelhouder zal de governance naar een reguliere governance toe moeten die gangbaar is in alle andere sectoren, en dat is de code-Tabaksblad. Door het loslaten van die zorgbrede governance en het introduceren van de code-Tabaksblad ga je de zorg ook als een sector ervaren die net als alle andere sectoren bedrijfsmatig aangestuurd kan worden.

Ook in andere bedrijfssectoren zijn er publieke belangen, maar die kunnen gedekt worden door wet- en regelgeving. Denk aan energie, denk aan transport, denk aan de veiligheid van auto's, denk aan de acceptatieplicht van verzekeringsmaatschappijen. Het hebben van publieke verantwoordelijkheid ontslaat je niet van zekelijk actief zijn. Ondernemers en investeerders zullen actief worden in de zorg. Mensen moeten een lange adem hebben. Ondernemers hebben dat per definitie. Family offices ook, zij zijn gewend om in generaties te denken. De venture kapitalisten hebben een korte horizon, vijf jaar, zij investeren geld ergens in, willen er snel weer uit. Niet geschikt voor de zorg op dit moment. De zorg heeft een heel lange herstructureeringsaanloop te verwachten, en venture kapitalisten

CREATIEVE DESTRUCTIE

De ondernemers vormen een nieuwe categorie, en dat is een pleidooi, er zijn slechts enkele tientallen ondernemers op dit moment in deze omvangrijke sector. Terwijl we dus 70.000 leidinggevend hebben zijn er maar enkele tientallen ondernemers, die creëren nieuwe systemen. Die brengen een bedrijf van A naar B. Die plaatsen een printer in plaats van een typemachine. Zijn ook bereid creatieve destructie toe te passen. Heel belangrijk, want wij hebben in Nederland 104 ziekenhuizen, vastgoedgebouwen. Een deel daarvan zal geherstructureerd moeten worden.

Ik heb een aantal quotes voor u opgeschreven. Churchill zei: wat is nou die ondernemer? Is dat een melkkoe, een roofoerdier of een trekpaard? Het zal u niet verbazen dat ik ervoor pleit dat zorgondernemers trekpaarden zijn. Schumpeter zegt dat de zorgondernemer innoveert, die brengt nieuwe producten, maar die destructureert ook, is niet bang om ontslagen aan te gaan, is niet bang om de infrastructuur om te gooien. Dit is hard nodig, anders blijven we met die enorme kosten zitten terwijl de innovatie niet goed tot zijn recht komt.

Welke ondernemers zijn er dan? Op dit moment zijn er enkele tientallen, en er is een vacature voor 20.000 ondernemers. Als wij 20.000 ondernemers – en daar is natuurlijk dit platform van Nyenrode heel geschikt voor – zouden weten op te leiden, dan kunnen wij het grote landelijke probleem dat wij hebben met explosieve zorgkosten weer in harmonie brengen met het BNP. De entrepreneur in brede zin combineert de kapitaal- en energiearbeid en probeert maximale klantwaarden te produceren. De intrapreneur – daar heeft de Nederlandse zorg gelukkig een behoorlijk aantal

van, mensen als Emile Looman, Peter v.d. Meer, Paul Smits, ik kan een heleboel namen noemen – denk vanuit zorginstellingen innovatief en probeert dingen te veranderen uitgaande van het huidige systeem. Het meest recente en actieve voorbeeld is Diana Monissen, die de hele zorg in Friesland op de schop neemt en herstructureert. Voorbeelden van intrapreneurs, mensen die niet hun eigen geld inzetten maar toch heel innovatief bezig zijn. Past in de zorg.

Wat ook past in de zorg is de categorie social entrepreneurs. Een voorbeeld uit het buitenland: Muhammad Yunus, een microkredietbankier uit Bangladesh. Om armoede te bestrijden gaf hij heel kleine leningen uit, en wat hij daarmee verdient steekt hij weer in andere change-the-world projecten. Die man gebruikt het ondernemerschap niet voor persoonlijke rijkdom maar om de wereld te verbeteren, en dat type ondernemers is in de zorg zeer welkom. U zult denken van o god, hoe moet dat dan allemaal? Een miljoen medewerkers in de zorg, en waar moeten al die ondernemers vandaan komen? Neem het voorbeeld van China. China heeft sinds 1975 het communistische stelsel voor een deel opgeheven, en u ziet een enorme groei en bloei, met name in het Midden- en Kleinbedrijf, dat teweeg wordt gebracht door talrijke ondernemende Chinezen.

In de Nederlandse zorg zijn deze mensen ook aanwezig, alleen zitten ze op dit moment nog in het foute stelsel. Het huidige traditionele ziekenhuis, dertig organisatorische eenheden in één model, complex bedrijf, moeilijk te managen, moeilijk te herstructureren, hoe krijgen we dat nu van A naar

van het klassieke ziekenhuis naar de nieuwe medical mall gaan. Hier is een voorbeeld van een bedrijf dat ons kan helpen. Op het gebied van de ketenzorg levert Mediq geneesmiddelen maar ook medische hulpmiddelen aan thuis, polikliniek, huisarts, ziekenhuis met gespecialiseerde verpleegkundigen. Die gaan als het waren als een keten door die hele sector heen. Dit soort innovaties zijn welkom en leiden tot nieuwe typen zorg. Even een ander voorbeeld, de IC. Een IC in een gebied van 100.000 inwoners kent drie bedden met 1 à 2 parttime intensivisten. Als ze goed geschoold zijn op het moment dat ze beginnen met hun functie, voelt u ook aan dat zij vijf of tien jaar later niet meer hun vaardigheden hebben. Waarom niet? Op twee of drie patiënten kun je niet je vaardigheden bijhouden. Wij hebben bij de overname van de polderziekenhuizen een marktleider, een A-merk op het gebied van IC, gevraagd of zij onze IC willen runnen. Kunnen we samen een model bedenken om zo'n IC in een klein regionaal ziekenhuis op een hoger niveau te brengen.

EEN NIEUW TYPE ZIEKENHUIS: DE MEDICAL MALL

Ik zou graag een pleidooi willen houden voor een nieuw type ziekenhuis: de medical mall, een samenspel van A-merken van non-profit- en for-profit-initiatieven, waarbij vooral op de plek waar nu de regionale ziekenhuizen staan – maar het geldt ook voor de grotere ziekenhuizen en de academische ziekenhuizen – op grond van kracht bepaalde spelers in de markt hun product uitrollen, of dat nu de oogheelkunde is, de oncologische zorg, de cardiologie of de IC-zorg. Op deze manier zou de zorg toekomstbestendig kunnen

De huidige schotten die er nog zijn in het zorgstelsel tussen financiering, ziekenhuizen en dbc's moeten in de kortst mogelijke tijd worden opgeheven, zodat producten, prijzen en kwaliteit gedefinieerd worden, anders dan een opbouw van budget. Er moet meer eigen vermogen in de sector, dan heb je het ook over miljarden, en de governance moet aangepast worden aan het gewone bedrijfsleven (Code-Tabaksblat).

Als wij hier over tien jaar weer staan, dan zou ik het heel grappig vinden als het plaatje dat ik u nu ga beschrijven realiteit is. Dat de consument eindelijk aan de beurt is na decennia van patiënt zijn. Dat van de 41% pragmatische consumenten 90% van de mensen actief kiest voor een zorginstelling resp. zorgbedrijf. Dat als je meer kiest dan op grond van je polis wordt vergoed, je je eigen bijdrage zult moeten gaan doen. Het ondernemerschap zal potentieel 20% opleveren, maar desondanks zal de zorg daar doorheen groeien. Mensen zullen bereid zijn om dat zelf te gaan betalen en het publieke deel van de zorgkosten zal in harmonie gebracht moeten worden met het BNP. Minder overheid en meer ondernemers. 70.000 mensen zijn nu leidinggevend – kan terug naar de helft als daar de helft ondernemers van wordt. Er is een sterke reductie van overheid. Mensen die herstructureren van bedrijven hebben gedaan weten dat je moet beginnen bij het reduceren van de overheid; dat geldt ook voor de zorg. De macro-economie: kosten moeten stijgen met het BNP. De private sector is nu 1,5% groot. 350 miljoen moet groeien naar 5 à 8 miljard. Dus een sterke groei van de focuskliniek en de privaat gefinancierde zorg. In mijn beleving wordt in 2021, over tien jaar, 70% van de zorg door een zorgmerk geleverd. Voor de IC ga je naar het OLVG, voor de oncologie ga je naar het AvL of concurrenten daarvan. Voor hart en vaten ga je naar het Antonius of concurrenten daarvan. De academische functies moeten sterk herverdeeld worden. Er zijn acht academische ziekenhuizen die een enorme veelheid aan producten leveren, met kinderoncologie als voorbeeld. Een sterke reductie van het aantal centra waar dit aangeboden wordt zorgt voor kwaliteitsverhoging en kostenreductie.

“Focus x volume = hogere kwaliteit + lagere kostprijs”

B? Wij zijn het erover eens dat er een aantal hele belangrijke trends zijn: vergrijzing, medisch consumptisme, technische mogelijkheden, decollectivering. Wij hebben samen ook vastgesteld dat als je focuseert op een activiteit – of dat nou inkoop is of spoedeisende hulp of een dermatologieketen –, als je focuseert en je krijgt er volume in, dan wordt het beter en goedkoper. Daarnaast is er een categorie, de reguliere mensen, en ik liet u dat net in China zien, daar zijn ongelooflijk veel mensen die verbeterpotentie zien, en die zouden door een nieuw type leider aangestuurd moeten worden.

ZORGONDERNEMERS

Hier hebben wij het uitgebreid over gehad, maar leren is repeteren heb ik begrepen, en nu ik hoogleraar ben moet ik u daar een beetje in meenemen. We moeten

worden. Dichtbij wat dichtbij kan, en als het heel complexe zorg is zullen mensen moeten reizen.

Wat moet er nou gebeuren om van A naar B te komen? Ondernemerschap moet gestimuleerd worden, onderwijs, daarom zitten wij hier, maar er moet ook innovatiekapitaal komen. Er moeten partijen zijn die willen investeren in het privaat-publieke domein. Kwaliteitscriteria moeten duidelijk worden, moeten simpel worden. Er is een kwaliteitsinstituut in opbouw dat op mij als heel ingewikkeld en bureaucratisch overkomt. Het Zweedse model is eenvoudig en heeft heel veel slagkracht. Die kwaliteit moeten wij gaan communiceren met patiënten, en wij moeten diegenen die minder met informatie kunnen omgaan meenemen om kwalitatief te leren denken. De verzekeraar moet zijn verantwoording gaan nemen en moet zorg gaan inkopen. Die moet gaan regisseren.

Prof.dr. Loek H.L. Winter