

Hoofdstukken

3a Winst maken in de zorg, waarom eigenlijk?

L.H.L. Winter¹

Innovatie

Als een *Centre of Excellence* (innovatief nieuw bedrijf) innovatie wil financieren, gaat dat bedrijf naar een *venture capitalist*. Dat geldt ook voor een starter met een vernieuwend idee. Op die manier wordt in een markteconomie geïnvesteerd in innovatie. Maar voor een zorgaanbieder is die mogelijkheid er vooralsnog niet. Dat maakt het moeilijk om innovatief te investeren.

Winst maken is een beladen term in de zorg terwijl er wel winst wordt gemaakt. Het is echter niet het relevante soort winst: de winst die een beloning vormt voor risicovol investeren in de zorg. De hond bijt daarmee de staart. Er kan geen beloning zijn voor risico-investeringen (de motor achter innovatie in een markteconomie), maar tegelijkertijd wordt wel om innovatie en efficiencyverbetering gevraagd in de zorg. De zorg blijft daarmee een planeconomie die zich kenmerkt door lage rendementen. In een dynamische omgeving dienen de rendementen hoger te zijn, tot maximaal vijftien procent, om het hogere risico te dekken. Dat is een omgeving waar innovatie gedijt.

Markteconomie versus planeconomie

Normale producten worden vrijwel allemaal in een marktomgeving geproduceerd. Daarin hebben consumenten een keuze en kunnen aanbieders concurreren en innoveren. De overheid stelt in een marktomgeving slechts regels wat betreft de randvoorwaarden waarbinnen zich het spel afspeelt. Denk aan arbeidsvoorwaarden, milieuregels en mededingingsregels. Zorg wordt echter vooral aangeboden in een omgeving die ik kenschets als een planeconomie. De overheid bepaalt de hoeveelheid en de prijs waartegen zorg aangeboden mag worden. Denk aan het Functioneel Budget in ziekenhuizen, het Budgettair Kader Zorg en de regels wat betreft toetreding en opleiding van medisch specialisten. Als ondernemer in het ziekenhuis bevind ik mij, met uitzondering van het B-segment, op een planeconomisch eiland. Alle diensten en producten ‘om het ziekenhuis heen’ worden immers in een

¹ Loek Winter is voorzitter van de Raad van Bestuur van MC Groep.

marktomgeving geproduceerd en aangeboden. Denk aan de cateraar, de leverancier van medische apparatuur, maar ook aan de begrafenisondernemer. Kennelijk vinden we dat normaal. Zelfs banken geven zorgondernemingen veel makkelijker geld onder voorwaarden waartegen dit in een markteconomische omgeving nooit zou gebeuren.

Een planeconomie rijmt alleen niet met klantgericht denken. Voorbeeld is de Trabant, een massaproduct waarbij kwaliteit en klantgerichtheid niet voorop stonden. Klantgerichtheid in de zorg betekent: service, aandacht, keuze. Daar ontbreekt het vaak nog aan. Het medisch proces daarentegen is over het algemeen prima.

In de Nederlandse curatieve gezondheidszorg hebben besluiten, net als in een planeconomie, een politiek karakter. Belangenafweging vindt plaats volgens vaststaande procedures. Ziekenhuizen en de instellingen die zich van overheidswege met de zorg bezighouden zijn daarmee politieke systemen geworden. De procedure is leidend. Bestuurders vragen zich bij besluiten af of zij wel voldoende gedekt zijn. Maatschappen spelen volop mee in dat politieke spel. In een politiek systeem is daadwerkelijk sturen complex en moeizaam. In het B-segment is sturen wél mogelijk. Dat is waar ziekenhuizen naartoe moeten als zij echt willen sturen op klantgerichtheid. Een ziekenhuis besturen met een B-segment én een A-segment werkt echter niet goed.

De aandeelhouder

Een nieuwe actor is nodig om echt sturen op klantgerichtheid mogelijk te maken: de aandeelhouder. De aandeelhouder kan een katalyserende rol spelen bij het versterken van klantgerichtheid. Op dit moment wordt geld verstrekt aan zorginstellingen omdat banken geloven in hun goede bedoelingen. Het is als collectief geld stoppen in een collectebus. Een aandeelhouder, of dat nou een groot pensioenfonds is of Tante Agaath, stelt rationele vragen. Een aandeelhouder voelt zich niet gehinderd door politieke belangen en kijkt kritisch naar de prestaties van een zorginstelling.

Een aandeelhouder kan verschillende verschijningsvormen aannemen in de zorg. Het kunnen medische maatschappen zijn die (mede-)eigenaar zijn van de zorginstelling waar zij werken. Het kan een klassieke grootaandeelhouder zijn, maar ook, zoals gezegd Tante Agaath die een aantal aandelen beheert. Daarnaast zijn investeringen van *informal investors* denkbaar, maar ook *private equity*-partijen en *venture capitalists*. Informele investeerders, zoals ex-ondernemers, brengen bedragen in tot een miljoen euro, *venture capitalists* kunnen wel tien tot honderd miljoen euro investeren.

Het *soort* aandeelhouder heeft effect op de wijze waarop een zorginstelling aangestuurd wordt. Een bank of een kleine aandeelhouder brengt vooral geld in, maar kan of wil zich niet expliciet bemoeien met het beleid. Een *venture capitalist* gaat zich daarentegen wel actief bemoeien met het beleid van de zorginstellingen waarin geïnvesteerd wordt, bijvoorbeeld door het aanstellen van commissarissen of bestuursleden. Ik noem dit soort investeringen daarom 'slim geld': er komt niet alleen geld maar ook *knowhow* en een kritische geest binnen. Er wordt slagkracht geëist, bijvoorbeeld door een goede positie in de Raad van Bestuur. Wat deze aandeelhouders gemeen hebben, is dat ze allen de activa op

de balans van een zorgaanbieder versterken. Er komt een stroom van privaat geld naar de zorg op gang die in de financiële positie van zorgaanbieders stabiliteit kan brengen.

Om de katalyserende actor ‘aandeelhouder’ binnen te brengen in de zorg is het nodig winst te mogen uitkeren. Er ontstaat dan wel een discussie over aan wie de rendementen van goed presteren moeten toekomen. Toen wij met de MC Groep de IJsselmeerziekenhuizen overnamen hebben wij geïnvesteerd in een ziekenhuis dat waarschijnlijk een *badwill* had van minus twintig miljoen euro. Wij hebben vijf miljoen euro strategisch geïnvesteerd, waarna de overheid achttien miljoen euro balanssteun heeft gegeven om te voorkomen dat het ziekenhuis failliet zou gaan. Als de waarde van het ziekenhuis nu groeit, komt het rendement naar mijn mening toe aan degene die een risicovolle investering heeft gedaan. Als de overheid had willen meeprofiteren van een waardestijging, had zij (risico)aandeelhouder moeten worden.

Voorwaarden voor klantgerichte zorg

Klantgerichte zorg ontstaat daar waar een risicodragende investering is gedaan en klantgericht gewerkt moet worden om die investering rendabel te laten zijn. Een aandeelhouder stelt doelen en spreekt de zorgaanbieder aan op het niet of niet tijdig bereiken van die doelstellingen. Dat stimuleert klantgericht werken, omdat rendement alleen behaald kan worden als je klanten bindt. Zorgaanbieders moeten dus kwaliteit en service bieden en zich daar continu in verbeteren. Het aandeelhouderschap zorgt zo voor verbetering en vooruitgang. Vergelijk hier de ontwikkelingen in de productie van de Trabant nog maar eens met die van bijvoorbeeld een BMW. Continue verbeterlagen zorgen door de jaren heen voor een beter, veiliger en mooier product dat bovendien sneller wordt geleverd en met meer service. Op deze wijze wordt er veel meer waarde gecreëerd.

De genoemde voorwaarden voor klantgerichte zorg ontstaan alleen in een marktomgeving waar keuze en concurrentie mogelijk zijn. Het overgrote deel van de curatieve zorg voldoet aan de voorwaarden om te kunnen opereren in een markteconomie. Ik denk daarbij aan zeker tachtig tot negentig procent. Voor spoedeisende zorg, en zorg op plaatsen waar niet of nauwelijks keuze in aanbod kan bestaan – denk aan de situatie in Emmeloord – zal een collectieve, planeconomische oplossing nodig blijven. Voor het overige is een markteconomie de beste voorwaarde voor klantgerichte zorg. De overheid dient dan alleen de randvoorwaarden van kwaliteit en solidariteit te bewaken. Een marktomgeving stimuleert ook specialisatie van het zorgaanbod, wat de kwaliteit van zorg ten goede komt. In 1990 al ben ik met Jaap Maljers een kliniek begonnen waarin we focus aanbrachten in ons aanbod. Het volume dat we daarmee konden aanbieden zorgde voor een hoge kwaliteit.

De voorwaarden voor klantgerichte zorg zijn niet aanwezig in de oude stichtingsstructuur van een ziekenhuis. Een stichting is een ‘politieke’ organisatie die belang heeft bij rust, lief zijn voor iedereen en het voorkomen van nieuwe ontwikkelingen. Dat is dus geen vehikel waarbinnen verbetering op weg naar klantgerichte zorg tot stand komt. Hoe kan het anders dat wij in minder dan een jaar tijd bij de IJsselmeerziekenhuizen een verlies van twaalf miljoen euro *omturnen* tot een winst van drie

miljoen? In een normaal bedrijf zouden zulke enorme verbeterlagen niet kunnen bestaan, omdat zij jaarlijks al verbeteringen bewerkstelligen. De slagkracht die een aandeelhouder zal eisen zorgt ook voor een vliegwieleffect binnen de organisatie. Er zal sneller en kritischer op resultaat worden gestuurd en dat op een wijze die in een democratische organisatiestructuur niet denkbaar is. Want een democratische omgeving creëert gedrag dat is gebaseerd op draagvlak en niet op slagkracht. Neem als voorbeeld Schiphol: Cerfontaine, hoewel een zeer capabel bestuurder, lukt het slechts om in vijftien jaar één landingsbaan extra te realiseren. In Dubai, China of Atlanta wordt in dezelfde periode uit het niets gewerkt aan de grootste luchthavens ter wereld. In de democratieën zoals zorgorganisaties is 'je best doen' al genoeg, maar in die setting komen verbeteringen trager tot stand en dat maakt de zorg onnodig duur en onvoldoende vernieuwend en klantgericht. De 'maatschappelijke onderneming' als toekomstig juridisch alternatief voor een stichting biedt geen meerwaarde. De bestaande alternatieven (bv's, nv's en coöperaties) zijn toereikend.

Solidariteit en tweedeling

Bij de organisatie van de zorgmarkt gaat het om de vraag welk deel van de zorg collectief georganiseerd moet worden en welk deel het beste op een vrije markt tot stand komt. Het gaat daarbij om het maken van keuzes, die vergelijkbaar zijn met de keuze voor het in stand houden van een inefficiënt boemellijntje in de polder, of de postbezorging in Appelscha. Met betrekking tot de zorg gaat het om beschikbaarheidsfuncties, traumatologie en delen van complexe oncologie. Die delen van de zorg dienen collectief georganiseerd te worden, dat is ook een groot goed. Maar het overgrote deel van de zorg, negentig procent ervan, kan in een omgeving van vraag en aanbod tot stand komen. Denk aan de diagnostische centra die we in Amsterdam hebben opgezet, de zorgcentra voor vrouwen, orthopedische zorg, zorg voor chronische aandoeningen, bewegingszorg enzovoort. Ik sluit niet uit dat er op die gebieden wel verschillen zichtbaar zullen zijn in termen van welstand, maar die verschillen waren en zijn er op alle gebieden in onze samenleving.

Gezondheidszorg maakt slechts een beperkt deel uit van het hele spectrum van 'gezondheid'. De gezondheid van iemand wordt onder meer bepaald door levensstijl, voeding, omgeving, cultuur, afkomst en genetica, opleiding, werkzaamheden enzovoort. Op al die gebieden accepteren we verschillen, ook in welstand. Gezondheidszorg vormt het laatste deel van het spectrum en ook daar zijn verschillen in welstand waar te nemen. Dat is niet erg zolang we de collectief bepaalde basisfuncties maar voor eenieder toegankelijk en kwalitatief goed houden.

De betaalbaarheid van de zorg staat echter onder druk als er geen impuls van rationeel gedrag komt. De zorgvraag blijft groeien in de toekomst. Niet alleen door vergrijzing, maar ook door een toenemende behoefte aan zorg bij toenemende rijkdom en de innovaties die in het zorgaanbod gedaan worden. De zorgvraag is een *fireball you cannot stop*. De gelden groeien echter niet in dezelfde mate mee. Dat betekent voor de zorgaanbieder: beter inkopen, niet doen waar je niet goed in bent, eerlijk

kijken naar de toegevoegde waarde van het zorgaanbod. Als op die manier, zoals wij in Lelystad gedaan hebben, zeker tien procent bespaard kan worden van de ruim twintig miljard euro die we aan curatieve zorg uitgeven, dan is dat een hele stap.

Ik kijk daarbij naar drie aspecten in mijn organisatie.

- 1 *Personeel.* We hadden op sommige plaatsen te veel mensen en op sommige plaatsen disfunctionerende mensen, ook specialisten. Daar saneren we. Dat doen we zonder gedwongen ontslagen en vrijwel zonder grote juridische problemen. Maar we doen het wel en laten dus zien dat het kan in de zorg.
- 2 *Apparatuur.* Er bleek veel apparatuur en informatie- en communicatietechnologie (ICT) in het ziekenhuis aanwezig die niet of onvoldoende gebruikt werd. Of waarvan de servicecontracten nog betaald werden zonder dat er gebruik van werd gemaakt. Daar zijn we mee gestopt. Daarnaast hebben we zoals gezegd flink gesneden in de inkoop; minder leveranciers, tegen een hoger volume en een vaste periode, maar voor een sterk gereduceerde prijs. Daar gaan zij mee akkoord.
- 3 *Gebouw.* Van de ongebruikte of niet optimaal gebruikte oppervlakte gaan we een deel verhuren. Andere ziekenhuizen of zorgaanbieders, ook concurrenten, kunnen hier de zorg aanbieden waarin zij beter zijn dan wij. Zo krijgen de mensen goede zorg terwijl wij alleen het gebouw leveren.

Deze drie aspecten betekenen een forse bezuiniging maar ook betere zorg, waar het allemaal om gaat.

Dat is rationeel en wat mij betreft de winst.