

In de zorg voelt de winst van de een nu als het verlies van de ander

Naar een beter begrip van winst in de zorg door in de discussie over winst in de zorg onderscheid te maken tussen een leefwereld- en een systeemwereldperspectief*

*Piet de Bekker & Eric van der Hijden***

1 Aanleiding en opbouw van dit artikel

Dit artikel is geschreven naar aanleiding van een systematisch onderzoek naar winst bij zorgaanbieders door Verbon en Suijs (2017) op basis van openbare jaar-documenten, elders in dit nummer. Hun systematische onderzoek en gedetailleerde rapportage zijn uitzonderlijk, omdat er doorgaans maar beperkte aandacht is voor winst van zorgaanbieders. Winst bij zorgverzekeraars staat daarentegen veel meer in de belangstelling.

Het artikel van Verbon en Suijs geeft een feitelijke beschrijving van winst en legt daarbij uit dat winst nodig is, maar vervolgens beoordelen Verbon en Suijs de resultaten vanuit een bijna moreel perspectief, namelijk dat sprake zou zijn van woekerwinsten. Maar is dat zo? Dat veronderstelt dat er regels of normen zijn wanneer sprake is van te veel winst in de zorg. Door hun resultaten op die manier te beschouwen sluiten de auteurs vooral aan op maatschappelijke discussies over winst. Ze bedienen zich in hun beschouwing impliciet van een specifiek perspectief op winst. Het is onzes inziens een verrijking in de discussie over winst in de zorg om daarnaast ook heel andere perspectieven op winst te bieden, bijvoorbeeld welke mogelijkheden er zijn om winst te beperken. Daarbij valt te denken aan het afspreken van lagere tarieven, het verlagen van eventuele drempels voor nieuwe zorgaanbieders of het toepassen van andere inkoopvormen.

De twee verschillende perspectieven die hierboven grofweg worden beschreven, worden wel het systeemperspectief en het leefwereldperspectief genoemd (Habermas, 1987). De systeemwereld is die van beleid en politiek, van wettelijke kaders voor wat wel en niet mag en de manier waarop in dit geval de winst in de zorg geregeld is. Daarin is bijvoorbeeld de vraag aan de orde of een maximaal winstpercentage wettelijk is vastgelegd, of winst mag worden uitgekeerd aan aandeelhouders en of er vaste tarieven bestaan dan wel dat die onderhandelbaar zijn, waardoor de winst afneemt. Het leefwereldperspectief draait om de vraag hoe de wet-

* Beide auteurs schreven dit artikel op persoonlijke titel.

** Drs. Piet de Bekker is PhD-onderzoeker aan de Vrije Universiteit Amsterdam, Talma Instituut, sectie Gezondheidseconomie. Hij is tevens partner en adviseur bij Zorgvuldig Advies. Dr. Eric van der Hijden is teamleider Gepaste Zorg aan de Vrije Universiteit Amsterdam, Talma Instituut, sectie Gezondheidseconomie. Hij is tevens beleidsadviseur zorginkoop bij Zilveren Kruis Zorgverzekeringen.

In de zorg voelt de winst van de een nu als het verlies van de ander

geving en het overheidsbeleid in de praktijk uitpakken en hoe burgers die ervaren. Daarin is de vraag aan de orde of het moreel verdedigbaar is dat er überhaupt winst wordt gemaakt als burgers tegelijkertijd zorg mijden omdat ze het eigen risico niet kunnen betalen. Zijn de grote reserves van verzekeraars wel nodig of kunnen die beter gebruikt worden om de premie te verlagen?

Zowel het leefwereld- als het systeemperspectief is een legitiem kader van waaruit we een onderwerp kunnen beschouwen, maar in het artikel van Verbon en Suijs lopen ze door elkaar. Is dat een verwijt? Nee, maar het is wel goed om ze uit elkaar te houden, juist bij een onderwerp als winst in de zorg, omdat daardoor duidelijk wordt dat er spanning bestaat tussen beide perspectieven.

Het centrale doel van dit artikel is inzichtelijk te maken wat de aard van de verschillende perspectieven op winst is en waarom ze botsen. Vooropgesteld: beide perspectieven zijn legitiem en waardevol. Er bestaat interactie tussen beide en dat is belangrijk voor de ontwikkeling van beleid dat bijdraagt aan oplossingen voor zowel problemen die burgers ervaren als politieke vraagstukken, zoals de houdbaarheid van het zorgstelsel op langere termijn.

We beginnen in paragraaf 2 met een mogelijke verklaring waarom door zorgaanbieders gemaakte winst veel minder aandacht krijgt dan door zorgverzekeraars gemaakte winst. Dat is een opmaat naar het onderscheid van het systeem- en het leefwereldperspectief in paragraaf 3 en waarom dat onderscheid relevant is in zorg. In paragraaf 4 geven we een aantal voorbeelden uit het artikel van Verbon en Suijs waarin hantering van het systeemwereldperspectief tot andere inzichten had kunnen leiden. In paragraaf 5 onderscheiden we een aantal aspecten van winst in de zorg en beschouwen we die vanuit beide perspectieven om inzichtelijk te maken waarin ze verschillen. In paragraaf 6 concluderen we dat er een grote kloof tussen beide werelden bestaat, die kernachtig wordt uitgedrukt in de titel van dit artikel. Is winst in de zorg mogelijk zonder nadelen? Onze voorzichtige conclusie is dat het kan, maar niet gemakkelijk te realiseren is.

2 De discussie over winst in de zorg draait meestal om zorgverzekeraars

Voordat we proberen te verklaren waarom zorgaanbieders minder in de aandacht staan dan zorgverzekeraar als het om het maken van winst gaat, is het goed om het begrip 'winst' te omschrijven en te beschrijven welke rol het in de zorg speelt. Winst is het positieve verschil tussen opbrengst en kosten. Is het verschil negatief, dan is sprake van verlies. Lijdt een onderneming meerdere jaren achter elkaar verlies, dan kan het voortbestaan ervan in gevaar komen. Groeit een onderneming door investeringen of is er meer concurrentie in de markt, dan nemen de financiële risico's toe en is een grotere buffer in de vorm van eigen vermogen gewenst om tegenvallers op te vangen. Winst is nodig om die buffer op te bouwen, ook in de zorg. Externe financiers die een lening verstrekken, zoals banken, beoordelen eerst of een onderneming financieel gezond is, wat onder meer tot uitdrukking komt in de winstcijfers. Lopen ze een risico wanneer ze een lening verstrekken, dan brengen ze extra rente voor de lening in rekening (de zogeheten

risico-opslag). Er zijn, kortom, verdedigbare redenen om in de zorg naar winst te streven en reserves op te bouwen.

Winst maken moet nadrukkelijk worden onderscheiden van winst uitkeren. Een stichting kan wel winst maken, maar niet uitkeren; een besloten vennootschap kan het allebei. Bij de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 is bepaald dat zorgverzekeraars wel winst mogen maken, maar de eerste tien jaar niet mogen uitkeren. Dat moest ook in de statuten worden vastgelegd.¹

Zoals we aan het begin van dit artikel opmerken, wordt er weinig systematisch onderzoek gedaan naar winst die zorgaanbieders hebben geboekt. Door zorgverzekeraars gemaakte winst krijgt van onderzoekers veel meer aandacht. Wij denken dat daar verschillende verklaringen voor te geven zijn.

Het is allereerst eenvoudiger om onderzoek te doen naar zorgverzekeraars omdat het om een beperkt aantal ondernemingen gaat: 88 procent van de verzekerden in Nederland is klant van de vier grootste verzekeraars (Vektis, 2017). Ten tweede is inzicht in de winst van zorgverzekeraars direct vertaalbaar naar het effect voor burgers: minder of zelfs geen winst leidt tot een lagere premie. Ten derde, en dat is een belangrijk verschil met zorgaanbieders, kunnen burgers zich een goede voorstelling maken van de oorsprong van de winst. Die bron is volgens hen namelijk een te hoge premie en/of een te lage dekking. Van beide ondervinden ze direct nadeel. Ten vierde: media-aandacht of onderzoek naar winst heeft voor burgers een hoge actualiteitswaarde in het seizoen waarin ze op een andere verzekeraar overstappen en kan bijdragen aan de keuze die ze daarin maken. Een zorgverzekeraar is, tot slot, bij uitstek het soort organisatie dat ver van de burger af staat. Het zijn grote en relatief anonieme organisaties waar burgers weinig vertrouwen in hebben en waarvan het functioneren telkens media-aandacht krijgt.

Er wordt mogelijk minder onderzoek gedaan naar de winst die zorgaanbieders maken, omdat dergelijk onderzoek allereerst erg tijdrovend is vanwege het grote aantal en de verschillende soorten zorgaanbieders en omdat gegevens die voor dat onderzoek nodig zijn uit allerlei bronnen moeten worden gehaald (openbare registers, Kamer van Koophandel, jaarrekeningen et cetera). Ten tweede kunnen burgers zich minder goed voorstellen waarom het relevant zou zijn dat zorgaanbieders winst maken. Wordt de zorg daar beter van? Moeten ze minder lang wachten? Burgers hebben er gemiddeld genomen geen duidelijk beeld van waarom het voor zorgaanbieders nuttig is om winst te maken. Ten derde is de oorsprong van de winst die zorgaanbieders maken voor een burger moeilijker te duiden. Dat komt ook doordat ze aanbieders bijna niet rechtstreeks betalen. Als dat wel zo is, dan is het argument daarvoor meestal dat de zorg 'niet wordt vergoed door de zorgverzekeraar'. Een patiënt kan bij een ziekenhuis klagen over de hoge parkeertarieven of over het feit dat hij moet betalen voor de koffie, maar het valt te betwijfelen of hij die inkomsten als een winstbron beschouwt. Ten vierde heeft de winst die zorgaanbieders maken geen (jaarlijks terugkerende) actualiteitswaarde. Die komt slechts ad hoc in het nieuws, bijvoorbeeld vanwege excessen zoals hoge salarissen van bestuurders en hoge medicijnprijzen van farmaceuten, of wanneer er schimmige juridische constructies worden gebruikt om winst uit te keren. Burgers hebben, tot slot, veel vertrouwen in zorgprofessionals, en zorgaanbieders zijn een partij in ons stelsel waarvan het functioneren meestal

niet ter discussie staat. En de burger kent hem meestal: het is de huisarts om de hoek, de GGZ-psycholoog of de wijkverpleegkundige. Ook het ziekenhuis of het verpleeghuis in de regio is herkenbaar en nabij. Daarmee vergeleken zijn zorgverzekeraars grote, logge organisaties, ver weg van de burger.

3 De relevantie van systeemwereld versus leefwereld in de zorg

De analyse uit paragraaf 2 maakt duidelijk dat winst die zorgverzekeraars maken veel meer aandacht krijgt dan winst die zorgaanbieders maken, omdat er meer maatschappelijke discussie over bestaat. Burgers en politici hebben er een duidelijke mening over. Winst in de zorg wordt zo ongeveer gelijkgesteld met de uitwassen van marktwerking en afgekeurd vanuit het idee dat de zorg geen markt is.² Het Nederlandse zorgstelsel wordt echter formeel getypeerd als een stelsel met gereguleerde marktwerking. Om dit verschil te begrijpen heeft het zin om onderscheid te maken tussen de leefwereld en de systeemwereld.

Het begrippenpaar leefwereldwereld en systeemwereld is afkomstig van Jürgen Habermas en wordt gebruikt om de verhouding tussen burgers, overheid en professionals te duiden en opnieuw in te richten (Mensink, 2015). De systeemwereld is alles wat mensen ontwikkeld hebben aan instellingen en structuren op gebieden als economie, politiek, onderwijs, wetenschap, overheid, gezondheidszorg en verzorgingsstaat. Het betreft een buitengewoon ongelijksoortige verzameling systemen en subsystemen die het leven van mensen in belangrijke mate bepalen via wet- en regelgeving, institutionele structuren en de media. De leefwereld is het ervaringsdomein, waar mensen in en buiten de systemen met elkaar omgaan. Het is het domein van onderling contact, waarin het alledaagse leven zich afspeelt en waarin mensen met anderen (gezin, familie, buurt) vormgeven aan hun leven.

Waarom is dit onderscheid ook relevant voor de zorg? Omdat geld zo'n belangrijke rol in de zorg speelt, maar de reden waarom het zo belangrijk is, sterk verschilt tussen beide 'werelden'.

Op systeemniveau speelt geld een rol omdat de almaar stijgende kosten een steeds groter deel van de publieke middelen vergen. Dat vraagt om politieke keuzes over de hoogte van het verplicht eigen risico, of nieuwe en erg dure medicijnen wel toegelaten moeten worden tot het basispakket, et cetera. Al die keuzes gaan over het betaalbaar houden van de zorg, het voor iedereen toegankelijk houden ervan en het bevorderen van de kwaliteit ervan. Het gaat ook om keuzes van verzekeraars om het beschikbare geld jaarlijks zo goed mogelijk te verdelen. Dat leidt tot afspraken tussen verzekeraars en aanbieders over prijzen en aantallen behandelingen, en daarmee de hoogte van het budget van een zorgverlenende instelling.

Op leefwereldniveau is de houdbaarheid van ons zorgstelsel voor burgers iets abstracts wat ze moeilijk kunnen bevatten. De keuzes die zorgverzekeraars en overheid maken om het stelsel overeind te houden, zijn echter concreet en voelbaar voor iemand die zelf zorg nodig heeft, en dat is bijna iedereen. Hij merkt namelijk dat hij moet bijbetalen voor een geneesmiddel, heeft een eigen risico van 385 euro en ziet zijn zorgpremie elk jaar sneller stijgen dan zijn inkomen, terwijl

Piet de Bekker & Eric van der Hijden

gezondheid zo'n belangrijk goed is en het onrechtvaardig voelt als dat door financiële drempels onbereikbaar is. Daarom heeft het onderwerp 'zorg mijden' als gevolg van het verplichte eigen risico ook zoveel aandacht gekregen tijdens de verkiezingen van 2016.

Beslissingen op systeemniveau vertalen zich in bijbetalingen, wachtlijsten en het verdwijnen van voorzieningen als verzorgingshuizen. Burgers hebben daarnaast niet alleen met de Zvw te maken, maar ook met de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) en de Wet langdurige zorg (Wlz). Ze maken dus gebruik van meerdere regelingen, maar krijgen daardoor ook te maken met bijbetalingen op grond van die regelingen. Geen wonder dat ze een miljoenenwinst van een zorgverzekeraar of een inkomen van een zorgbestuurder ver boven dat van onze premier onacceptabel en onrechtvaardig vinden.

Juist omdat de perspectieven zo verschillen en er in de zorg een grote kloof tussen lijkt te bestaan, is het van belang ze uit elkaar te houden als het gaat om het maken van winst in de zorg.

4 Voorbeelden van verschillen tussen de duiding van bevindingen over winst in de zorg tussen leef- en systeemwereld

Het artikel van Verbon en Suijs geeft veel feitelijke informatie over winsten van zorginstellingen. De auteurs vergelijken instellingen met naam en toenaam en constateren grote verschillen in winst binnen sectoren en tussen sectoren. Zoals hieronder duidelijk wordt, gebruiken ze daarvoor termen die hun oorsprong vinden in de leefwereld. Dat staat in contrast tot de systematische en boekhoudkundige analyse van de jaarrekeningen waarop ze zich baseren. Twee voorbeelden.

'Het overheidsbeleid, waarbij bezuinigingen in de zorg een dominant patroon vormen, zal dus impliceren (...) dat niet de kwaliteit van zorgverlening, maar gezonde financiën de drijfveer van zorginstellingen worden.'³

- De auteurs maken hier geen onderscheid tussen de verschillende gezondheidszorgsectoren en tussen pakketverkleining versus budgetverkleining. De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten is omgevormd naar de Wlz en de Wmo 2015. Daar is daadwerkelijk sprake van bezuinigingen als gevolg van pakketverkleining. Maar over de volle breedte stijgen de zorgkosten gestaag, en gemiddeld genomen groeien ook de zorginstellingen. Dalingen van het budget zijn eerder het gevolg van selectieve zorginkoop door verzekeraars dan van overheidsbeleid.
- Zorginstellingen willen soms sneller groeien dan het budget toelaat. De media stellen dat voor als bezuinigingen, maar in feite is het 'minder meer'. Dat wil zeggen dat de instellingsbudgetten minder hard groeien dan de zorgaanbieders zouden willen.⁴ De term 'bezuinigen' past bij het leefwereldperspectief. Minder hard groeien zou de gepaste omschrijving uit de systeemwereld zijn.

In de zorg voelt de winst van de een nu als het verlies van de ander

- In het systeem perspectief heeft de term 'bezuinigen' betrekking op het dalen van de tarieven. De afgelopen jaren zijn de prijzen in de zorg steeds meer gebenchmarkt, waardoor ongewenste en onverklaarbare prijsverschillen tussen aanbieders kleiner zijn geworden. Maar ook dat is iets anders dan bezuinigen.⁵
- De tegenstelling tussen 'kwaliteit' en 'gezonde financiën' suggereert dat beide onverenigbaar zijn en dat streven naar gezonde financiën ongewenst is. Vanuit systeem perspectief zijn beide wel degelijk verenigbaar en kunnen ze zelfs niet zonder elkaar.

'Het lijkt erop dat kleinere instellingen er meer dan grotere op uit zijn spectaculaire financiële resultaten te behalen.'

En: 'Het toont eens te meer aan dat het kennelijk mogelijk is om met weinig financiële middelen een "gokje te wagen" op de zorgmarkt.'

- De term 'spectaculaire winsten' veronderstelt dat er een norm is, dat die absoluut is en dat spectaculaire winsten ongewenst zijn. Het zijn termen die aansluiten bij het leefwereld perspectief en die suggereren dat er sprake is van wantoestanden. Toezichhouders als de inspectie kijken naar de bedrijfsvoering. Schieten die tekort?
- Gereguleerde marktwerking wil zeggen dat (in de Nederlandse zorg) concurrentie onder andere kan bijdragen aan reële prijzen doordat er voldoende zorgaanbieders zijn. Meestal gaat het bij gereguleerde marktwerking om het verlagen van drempels voor nieuwe aanbieders. De term 'een gokje wagen' suggereert dat Verbon en Suijs van mening zijn dat de drempels omhoog moeten om dergelijke aanbieders te weren. Maar op grond waarvan dan?
- De term 'een gokje wagen' kan de suggestie wekken dat zorgaanbieders de grenzen van de wet opzoeken en dat roept de vraag op waar winst eindigt en fraude begint. Terecht maken zorgaanbieders soms bezwaar tegen het gebruik van deze term, omdat het bij fraude om specifieke en juridisch strikt gedefinieerde omstandigheden gaat (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2015). Mogelijk zijn er goede verklaringen waarom een zorgaanbieder relatief grote winst maakt. Als daar frauduleus handelen aan ten grondslag ligt, dan zijn er voldoende wetten en mogelijkheden om dat aan te pakken, inclusief strafrechtelijke vervolging wanneer van fraude sprake blijkt.

De twee voorbeelden laten zien dat er verschillende perspectieven mogelijk zijn op financiële bedrijfsvoering en winstvorming in de zorg. In de volgende paragraaf werken we die perspectieven verder uit. Dat doen we aan de hand van twee aspecten: de herkomst van de winst in de zorg en de wenselijkheid van het uitkeren van winst. Daarbij kijken we steeds apart naar de zorgaanbieder en de verzekeraar. Vervolgens maken we onderscheid tussen het perspectief van de leefwereld en dat van de systeemwereld.

5 Verdieping van het onderscheid tussen leefwereld en systeemwereld

Zorgverzekeraars die winst maken: een continue bron van discussie tussen leefwereld en systeemwereld

Leefwereld: winst voelt als onrechtvaardig en onnodig omdat zorg een publiek goed is

Voor burgers doet het maken van winst door zorgverzekeraars onrechtvaardig en onnodig aan omdat zorg een publiek goed is. Dat idee wordt versterkt doordat burgers soms moeite hebben de zorgkosten te betalen. Zo is er de afgelopen jaren een toename van eigen betalingen en met name een stapeling van bijbetalingen op grond van de Zvw, de Wmo 2015 en de Wlz (www.cbs.nl). Ook is de groei van het reëel beschikbare inkomen door de stijgende premies en bijbetalingen nauwelijks merkbaar, terwijl de economie wél groeit. Vooral tussen 2001 en 2008 is de economie sterk gegroeid, terwijl het besteedbare inkomen per huishouden min of meer stabiel bleef (Tweede Kamer, 2017, 24).

De burger wordt daarnaast door de kleine lettertjes van zorgverzekeringen geconfronteerd met onverwachte bijbetalingen (Autoriteit Consument en Markt & Nederlandse Zorgautoriteit, 2017).⁶ Sommige zorg, zoals fysiotherapie in het ziekenhuis na een heupoperatie, wordt vergoed als onderdeel van de nazorg, terwijl fysiotherapie bij een bewegingsklacht in de thuissituatie niet wordt vergoed. De onvoorspelbaarheid daarvan ervaren mensen als een probleem, waardoor de acceptatie voor winst van zorgverzekeraars nog verder onder druk staat.

Dat zorgverzekeraars winst maken is vanuit leefwereldperspectief bovendien onnodig. Zorg is een grondrecht en veel mensen gaan er daarom van uit dat de overheid de kosten opvangt. De zorgbegroting wordt immers met Prinsjesdag gepresenteerd en niet jaarlijks door zorgverzekeraars. Winst die dient als basis voor een buffer voelt dan als onnodig.

Systeemwereld: winst is nodig voor een goed werkend zorgsysteem

De visie op winst in de systeemwereld staat haaks op het leefwereldperspectief: winst maken is gewenst en nodig voor een goed werkend zorgsysteem (www.nrc.nl). Zorgverzekeraars zijn immers financiële instellingen die te maken hebben met de eisen van De Nederlandsche Bank, ingegeven door Europese regelgeving op het gebied van kapitaal, risicobeheersing en verslaglegging. Winst is nodig om te (blijven) voldoen aan minimale solvabiliteit.

Winst heeft tot doel reserves op te bouwen die nodig zijn om schommelingen tussen inkomsten en uitgaven op te vangen en als buffer voor hoge kosten van een individuele verzekerde. Zorgverzekeraars dragen risico: de premie die ze innen en de bijdrage via het risicovereveningsfonds, dat gevuld wordt met de werknemerspremie, vormen de basis van hun budget (www.zin.nl). Kort door de bocht gezegd: daar moeten ze het mee doen. Reserves zijn daarom noodzakelijk.

Het gedrag van zorgverzekeraars is aan regels onderworpen om te voorkomen dat bijvoorbeeld risicoselectie, een onnodig hoge premie of te krappe budgetten voor zorgaanbieders tot oneigenlijke winst leiden. Verzekeraars hebben een acceptatieplicht voor de basisverzekering: premiedifferentiatie tussen verzekerden met

In de zorg voelt de winst van de een nu als het verlies van de ander

dezelfde polis is niet toegestaan. Zorgverzekeraars hebben bovendien een zorgplicht. De Autoriteit Consument en Markt en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zien daarop toe.

Zorgaanbieders die winst maken

Leefwereld: winst is ongewenst als die tot inkomensexcessen leidt

Dat winst vanuit leefwereldperspectief ongewenst is omdat die tot inkomensexcessen leidt, is goed te zien in de discussie over topinkomens en de toepassing van de Wet normering topinkomens op zorginstellingen en bestuurders. Bovenmatige beloningen leiden vaak tot brede maatschappelijke verontwaardiging, die vergelijkbaar is met de discussie over zorgverzekeraars die winst maken, hoewel sommige bestuurders hun inkomens wel degelijk verdedigbaar vinden (www.nporadio1.nl; www.fd.nl). De 'woekerwinsten' waar Verbon en Suijs het over hebben, wijzen ook op dergelijke excessen.

Ook het gebrek aan transparantie over de inkomens is een bron van discussie. Daarom is het begrijpelijk dat de FNV de jaarlijkse Actiztop50 maakt, als variant op de Quote 500, zoals de vakorganisatie zelf zegt (www.fnvvoorzorg.nl).

Systeemwereld: winst is soms gewenst, soms ongewenst, afhankelijk van hoe die ontstaat

Ook vanuit het perspectief van de systeemwereld is winst maken soms ongewenst, maar dat hangt af van hoe die ontstaat. Dat zorgaanbieders winst maken is positief wanneer die winst een gevolg is van efficiënt werken, wanneer een zorginstelling haar processen goed op orde heeft of wanneer zorginstellingen bepaalde schaalvoordelen kunnen behalen. Het oordeel over winst is echter negatief wanneer die een gevolg is van te hoge prijzen door monopolies van zorgaanbieders of van een gebrek aan transparantie over tarieven en onderliggende kosten. Daarom worden ziekenhuisfusies net als andere fusies tussen bedrijven bijvoorbeeld beoordeeld op hun effect op de prijzen (zie bijvoorbeeld www.acm.nl).

Dat zorgaanbieders winst maken is in de systeemwereld ronduit ongewenst wanneer die winst een gevolg is van onnodige of ongepaste zorg. Critici van marktwerking wijzen erop dat marktwerking zogeheten *money-driven medicine* in de hand werkt (Maarse, 2011; Mahar, 2006). Die ongerustheid is niet geheel onterecht. Zorgaanbieders zullen naar maximalisatie van de zorgproductie streven om inkomsten en winst te genereren. Ze kunnen dat op allerlei manieren doen, bijvoorbeeld door middel van overdiagnostiek, overbehandeling, verlaging van het indicatieniveau of medicalisering van kleine ongemakken waarvoor ze een oplossing in huis zeggen te hebben (het zogeheten *disease mongering*). Het probleem van ongepaste of overbodige zorg wordt breed gedragen in de systeemwereld, zowel door zorgverzekeraars als zorgaanbieders. Zo schatte Marcel Levi, in zijn rol als voorzitter van het Academisch Medisch Centrum, dat in ongeveer 10 procent van de gevallen sprake is van onnodige zorg, ook in zijn eigen ziekenhuis (www.parool.nl).

Het spreekt vanzelf dat ook vanuit systeemwereldperspectief winst maken door fraude te plegen onacceptabel is.

Piet de Bekker & Eric van der Hijden

Winst uitkeren door zorgaanbieders

Leefwereld: winst maken is hetzelfde als winst uitkeren

Winst maken is niet hetzelfde als winst uitkeren, maar vooral in het leefwereldperspectief is het beeld gangbaar dat die wel hetzelfde zijn doordat er termen gebruikt worden als 'zelfverrijking'. Dat kan alleen met een winstuitkering. Beschouwen sommigen in de leefwereld winst maken nog als acceptabel, het weglekken van geld dat voor zorg is bedoeld door winst aan derden uit te keren leidt tot polarisatie en harde standpunten. Niemand kiest ervoor om ziek te worden, geld zou geen rol mogen spelen bij een behandeling. Winst wordt daarom gezien als een fundamentele aantasting van gezondheid als waarde en hoogste doel voor velen. Winst uitkeren wordt gezien als ultieme uitwas van oneigenlijke marktwerking. De zorg is immers geen markt (www.trouw.nl).

Systeemwereld: onduidelijkheid over winst uitkeren vertraagt innovatie omdat het niet loont voor zorgaanbieders

Vanuit systeem perspectief kan een onderscheid worden gemaakt tussen marge in de bedrijfsvoering door het verschil van de kosten van zorg leveren en de vergoeding daarvoor van een zorgverzekeraar of gemeente, en winst die uitgekeerd kan worden aan aandeelhouders. Winst uitkeren door zorgaanbieders heeft twee gezichten. Enerzijds bestaat er onduidelijkheid en onverklaarbare ongelijkheid tussen sectoren in de zorg, waardoor winst een schimmig imago krijgt. Bij sommige zorgsoorten mag wel winst worden uitgekeerd (bijvoorbeeld ambulante GGZ, thuiszorg), bij andere niet (bijvoorbeeld intramurale GGZ en verpleeghuizen). Sommige rechtspersonen hebben geen winstoogmerk (zoals een stichting met een toelating voor zorgverlening), andere wel (bv's). Dat leidt tot complexe en merkwaardige constructies. Onlangs kwam nog een voorbeeld aan het licht van een zorgaanbieder die naast een stichting meerdere bv's bleek te hebben die aandeelhouder van elkaar waren (www.fd.nl). Pas na zorgvuldig speurwerk bleek de laatste bv over een miljoenenreserve te beschikken. Er is hier sprake van een gat in de wet, namelijk dat een stichting een vergunning krijgt voor zorgverlening, maar de feitelijke exploitatie overdraagt aan een bv die wel winst mag uitkeren. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) reageerde onmiddellijk met een brief aan de Tweede Kamer (www.nrc.nl). Dat gat in de wet was bekend, maar de minister wil het nu dichten. Het voorbeeld is exemplarisch voor de onduidelijkheid die er nu is: het is ook geen incident.

De (toenmalige) Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft over het overheidsbeleid ten aanzien van winst het volgende opgemerkt: 'De overheid probeert de gezondheidszorg vrij van winstoogmerk te houden, maar feit is dat ze ten opzichte van zorgverleners met winstoogmerk een zwalkend beleid voert. Repressie, gedogen en benutten wisselen elkaar af' (Raad voor de Volksgezondheid, 2002, 13). De overheid ziet het private zorgaanbod de ene keer als een bedreiging, dan weer als een nuttige luis in de pels van de reguliere gezondheidszorg om lagere prijzen te krijgen door bijvoorbeeld de komst van privéklinieken te stimuleren.

Naast alle onduidelijkheid en kritiek bestaat juist de wens dat zorginstellingen winst mogen uitkeren. Dat prikkelt zorgaanbieders om te investeren en te inno-

In de zorg voelt de winst van de een nu als het verlies van de ander

veren. Dan loont het namelijk als anders werken tot kostendaling leidt en in de vorm van winst mag worden uitgekeerd. Nu zou de prikkel ontbreken (www.skipr.nl). Recent onderzoek op verzoek van voormalig minister van VWS Schippers laat zien dat een verbod op winstuitkering medisch specialisten belemmert om als mede-eigenaar verantwoordelijkheid te nemen voor de financiële resultaten van ziekenhuizen (Ernst & Young, 2017).

Duidelijkheid op dit punt is gewenst. Waarom mag een arts in een maatschap wel winst maken als vrijgevestigd ondernemer, maar niet als mede-eigenaar van een ziekenhuis? Ook dat verschil leidt tot merkwaardige constructies. Een goed voorbeeld hiervan is het Bernhoven-ziekenhuis, dat een lening heeft uitgeschreven die automatisch converteert in aandelen voor de medisch specialisten zodra de wetgever winstuitkering toestaat (www.fd.nl). De openheid over die constructie impliceert dat het uitkeren van winst voor betrokkenen volstrekt acceptabel is, maar op dit moment technisch nog niet uitvoerbaar.

Zorgverzekeraars die winst uitkeren

Leefwereld: winst moet geïnvesteerd worden in de zorg of teruggegeven worden aan burgers via een lagere premie

De laatste kloof in deze analyse tussen het leefwereld- en systeemwereldperspectief wordt zichtbaar in de discussie over de vraag of zorgverzekeraars winst zouden mogen uitkeren. In de beleving van burgers staat buiten kijf dat winst geïnvesteerd moet worden in de zorg of anderszins aan burgers moet worden teruggegeven via een lagere premie. Winst in de vorm van eigen vermogen of reserves staat schijnbaar doelloos op de bank bij verzekeraars, terwijl de maatschappij vraagt om meer investeringen in de zorg. Een berekening van de mate waarin de premie op basis van de reserves kan dalen was snel gemaakt (www.parool.nl), maar de minister liet per ommegaande weten dat die te simpel is en dat juist al veel reserves zijn ingezet om de premiestijging te matigen (www.rijksoverheid.nl).

Systeemwereld: winstuitkering zorgverzekeraars is bron van controverse

Ook wanneer regels en instituties als uitgangspunt worden genomen, vormt het onderwerp ‘winstuitkering door zorgverzekeraars’ een bron van controverse. Voorstanders formuleren verschillende redenen om winst uit te keren, te beginnen met de betrouwbaarheid van de overheid: bij de start van de Zvw in 2006 is toenmalige particuliere zorgverzekeraars in het vooruitzicht gesteld dat winst na tien jaar zou mogen worden uitgekeerd. Mede dankzij die voorwaarde zijn partijen destijds akkoord gegaan: zowel ziekenfondsen als particuliere en op winst gerichte verzekeraars zouden namelijk onderdeel worden van een nieuw stelsel. Een tweede, inhoudelijke reden is dat volgens voorstanders een zorgverzekeraar met winsttoegmerk een sterkere prikkel heeft om zijn interne processen beter te organiseren of investeringen in de gezondheidszorg te doen die op termijn tot een lagere premie voor de verzekerden leiden. Een belangrijke vraag is wel of zorgverzekeraars ook feitelijk overgaan tot winst uitkeren als dat is vrijgelaten: ze verliezen dan de huidige vrijstelling van de vennootschapsbelasting over de winst die nu wordt toegevoegd aan de reserves.

Piet de Bekker & Eric van der Hijden

Vanuit systeemwereldperspectief bestaan ook argumenten tegen het uitkeren van winst. Met een winsttoogmerk lekken namelijk financiële middelen (afkomstig uit door burgers betaalde zorgverzekeringspremies) uit de zorg. Dat wil zeggen dat de betaalde verzekeringspremie niet gebruikt wordt voor zorg, maar deels wordt uitbetaald aan aandeelhouders. Ook ontstaat er een prikkel om de zorgkosten te beheersen, waardoor de vrees bestaat dat dat gebeurt op dubieuze en zelfs wettelijk verboden wijze: selectie van verzekerden die minder gezond zijn. Technisch gesproken gaat het overigens om verzekerden met relatief ongunstige risico's (waarbij de vereveningsbijdrage onvoldoende dekking biedt) en niet zozeer om ongezonde verzekerden. Er bestaat twijfel of verzekeraars bij winstuitkering daadwerkelijk zullen investeren in kwaliteit, omdat de kosten voor de baten uit gaan en een eventuele premiestijging als gevolg daarvan juist leidt tot mogelijke daling van hun marktaandeel. Kortom: de aandeelhouders willen vooral een winstuitkering, wat volgens tegenstanders van winstuitkering tot slechtere zorg zou leiden omdat het kortetermijnbelang van die aandeelhouders voorop zou staan.

6 In zorg is winst zo'n beladen onderwerp omdat 'winst van de een voelt als verlies van de ander'

Als we de bovenstaande analyse overzien, dan overheerst de indruk dat in de zorg 'de winst van de een voelt als het verlies van de ander'. Deze spanning (kloof) uit zich op drie manieren.

Allereerst uit de spanning zich op microniveau: de burger als patiënt versus de burger als verzekerde. Het gaat hier vooral om zorgkosten en bijbetalingen voor de burger tegenover de hoogte van de premies en de winst van de zorgverzekeraars. Hoe de minister van VWS ook uitlegt dat winst noodzakelijk is om reserves op te bouwen, ook in de toekomst zullen er pleidooien gehouden worden voor het verlagen van de premie door reserves af te romen. Toch is de kloof op termijn te dichten als de burger ervaart dat het in de zorg niet alleen draait om economische winst voor zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders, maar ook om gezondheidswinst. Komt die gezondheidswinst bovenaan te staan en wordt economische winst bijvangst, dan wordt winst acceptabel. Is dat een realistische en te verwachten ontwikkeling? Ja: het is zelfs een expliciete wens in het regeerakkoord van het kabinet-Rutte III: 'focus op uitkomsten in plaats van volume van zorg'.

Deze wens vraagt om andere afspraken over budgetten en tarieven tussen zorgaanbieders en verzekeraars. In het huidige systeem is de vergoeding per verrichting de basis. Dat leidt tot een vorm van zorginkoop waarin de aandacht uitgaat naar de prijs en de gepastheid van de gekozen behandeling. Het grotere geheel, namelijk de bijdrage aan de gezondheid, komt er bekaaid vanaf. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving pleit in een recent advies voor een vorm waarin patiënten samen met een zorgverlener die hun situatie goed kent kunnen bepalen welke zorg zij nodig hebben en wie die zorg het beste kan geven (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017). Door zorg niet meer afzonderlijk per aanbie-

der in te kopen, maar als pakket waarin bijvoorbeeld alle zorg rond de geboorte zit, wordt het mogelijk zorg van hoge kwaliteit beter te belonen. Kwaliteit van zorg is namelijk vaak afhankelijk van samenwerking, maar financieel eigen belang belemmert die samenwerking. De NZa heeft deze ontwikkeling als speerpunt opgenomen in haar strategische agenda (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017a, 5). Ervaringen met deze manier van zorginkoop in het buitenland laten zien dat die leidt tot andere zorgpolissen, waarin eigen betalingen of financiële drempels voor verzekerden worden weggenomen als die betalingen ertoe leiden dat de verzekerde afziet van zorg die bijdraagt aan goede uitkomsten (Chernew, Rosen & Fendrick, 2007).

Zorgaanbieders dragen in die nieuwe contracten risico voor zorg die ze kunnen beïnvloeden, en mogen besparingen die ze realiseren deels houden (*shared savings*) en zelf investeren. Verzekeraars zorgen voor risicosolidariteit (tussen ziek en gezond, jong en oud).⁷ Ze blijven verantwoordelijk voor het verzekeringsrisico van ziek worden. Partijen maken dan nog steeds winst, maar niet ten koste van elkaar en vooral niet over de rug van de patiënt (Miller, 2009; KPMG, 2017).

De spanning uit zich ten tweede op mesoniveau: in de relatie tussen zorgaanbieders en verzekeraars in de systeemwereld. Het draait daarbij om de manier waarop winst in de zorg ontstaat, om de transparantie daarover en om de vraag of je die winst mag uitkeren en zo ja, welke inkomenshoogte acceptabel is. Die kloof lijkt overbrugbaar als de huidige onlogica en inconsistentie van winst in de zorg vermindert. Ook Verbon en Suijs (2017) betogen dat: het is gewenst dat er meer transparantie komt in de financiële verslaglegging van zorgaanbieders, ongeacht de rechtsvorm (stichting of bv). Ook is meer duidelijkheid gewenst over de maximale inkomens in de zorg, over de vraag of winstuitkeringen daar bovenop mogen komen en welk percentage winst per sector als acceptabel wordt gezien.⁸

Een complex maar belangrijk knelpunt in dezen is de gepastheid van zorg. Als er winst ontstaat doordat zorg zonder duidelijke medische grondslag wordt verleend, dan zal die winst een blijvende bron van discussie opleveren. Neem de zogeheten vrije zorgbureaus. Deze ongecontracteerde zorgaanbieders leveren zorg zonder dat die op gepastheid wordt getoetst (www.trouw.nl). Zorgverleners verweren zich daartegen met het argument dat een toets het onmogelijk maakt om de klantbehoefte te volgen. Dat het hier vaak gaat om zorgverlening door bv's die zich uitdrukkelijk op winstuitkering richten, zoals blijkt uit het onderzoek van Verbon en Suijs, maakt de discussie er niet eenvoudiger op.

Op macroniveau uit de kloof zich, tot slot, tussen en binnen politiek en zorgverzekeraars: is winst uitkeren door zorgverzekeraars wel of niet nodig en gewenst? Systeemtechnisch kan een deel van de politieke partijen de logica van winstuitkering wellicht begrijpen, maar het blijkt politiek lastig daar verantwoording over af te leggen tegenover de burger (lees: kiezer). Er bestaat verdeeldheid over zowel het onderwerp als de gewenste inrichting van het systeem, mede doordat het onderwerp zo complex is. De gevolgen van het uitkeren van winst door zorgverzekeraars aan aandeelhouders voor bijvoorbeeld de hoogte van de premie zijn niet goed te overzien, en de vraag of winst uitkeren nuttig en nodig is blijft vooralsnog onbeantwoord (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017b; De Nederlandsche Bank, 2017).

Piet de Bekker & Eric van der Hijden

Een relevant maar onderbelicht element van het winstvraagstuk is dat het huidige systeem grotendeels eenjarig is, met jaarlijkse overstapmogelijkheden, jaarlijkse contracteerrondes en een jaarlijkse groei van de uitgaven die vastligt in het zogeheten Budgettair Kader Zorg. Om de zorg anders in te richten is een transitie nodig, met bijvoorbeeld meerjarenaafspraken en *shared savings*, waardoor winst voor de een ook (gezondheids- en/of economische) winst oplevert voor anderen. Het is een politieke keus of je winst – en dan vooral het uitkeren van winst – noodzakelijk acht voor het functioneren van het zorgstelsel. Een dergelijke transitie vergt echter investeringen waar tot op heden geen direct financieel rendement op valt te behalen. Verzekeraars zijn terughoudend in het inzetten van hun reserves voor deze investeringen. Opvallend is dat bijvoorbeeld het ministerie van VWS er steeds vaker voor pleit om een zogeheten *trusted third party* voor dit vraagstuk in te zetten. Een Health Impact Bond is een voorbeeld van deze constructie in de praktijk (www.fd.nl). In dat geval investeert een partij waarvan wel wordt geaccepteerd dat die winst uitkeert, zoals een bank, in zorg om op die manier innovatie voor te financieren. Leidt dat later tot besparingen, dan keert de zorgverzekeraar die uit. Er is nog weinig ervaring met deze financieringsvorm, maar op dit moment ontwikkeld het Health Impact Bond Lab een innovatieve oplossing voor valpreventie bij ouderen, waarbij ook pensioenfonds PGGM is betrokken (www.hiblab.nl). Dat PGGM daarvoor een winstmarge in rekening brengt, lijkt acceptabeler dan dat de zorgverzekeraar winst uitkeert. De vraag is of het wezenlijk anders is: het gaat namelijk nog steeds om een winstuitkering op basis van zorggelden en in dit geval ter borging van pensioenuitkeringen in de toekomst.

7 Tot besluit

Verbon en Suijs hebben met hun onderzoek een onderwerp op de agenda gezet dat aandacht vraagt. Geld speelt een belangrijke rol in de zorg en daarmee is winst een relevant onderwerp. Alle organisaties die in de zorg actief zijn, hebben een gezonde bedrijfsvoering nodig en een vorm van winst maken hoort daar bij. Tegelijkertijd stellen burgers daar vragen over en uiten ze hun onbegrip als ze het idee hebben dat de winst ten koste van hen gaat.

In dit artikel hebben we duidelijk willen maken dat het onbegrip over die discrepantie en het gevoel van onrechtvaardigheid dat erdoor ontstaat (leefwereld) onderscheiden moeten worden van de manier waarop ons stelsel werkt en de rol die winst daarin speelt (systeemwereld). Onze analyse is geen limitatieve opsomming en is niet gebaseerd op systematisch en uitputtend onderzoek, maar vooral een onderbouwing van onze stelling dat beide perspectieven verschillend zijn en daarom onderscheiden dienen te worden. We hebben de uiterste zorgvuldigheid betracht om beide perspectieven zo neutraal mogelijk en vooral gelijkwaardig te beschrijven.

Ons artikel is een pleidooi voor en een aanzet tot een systematisch onderscheid van deze perspectieven in de zorg. Als partijen zich inderdaad op de zorgmarkt

In de zorg voelt de winst van de een nu als het verlies van de ander

begeven om een ‘gokje te wagen’, zoals Verbon en Suijs suggereren, dan vraagt dat om transparantie van de winst, om toezicht én om mogelijkheden voor zorgverzekeraars om dergelijke partijen te weren, als aanvulling op de maatschappelijk gezien gerechtvaardigde conclusie dat er sprake is van woekerwinsten. Het onderscheid tussen beide perspectieven in de discussie over winst in de zorg draagt bij aan een betere oordeelsvorming over het moment waarop en de mate waarin winst bijdraagt aan betaalbare en goede zorg en wanneer dat niet het geval is. Het artikel van Verbon en Suijs heeft een belangrijke aanzet gegeven tot die discussie.

Noten

- 1 In de Invoerings- en Aanpassingswet Zorgverzekeringswet (artikel 2.1.9 I & A Zvw) was opgenomen dat de door ziekenfondsen opgebouwde reserves tien jaar lang niet als winst konden worden uitgekeerd. Die periode is door minister Schippers uit het kabinet-Rutte II verlengd tot 1 januari 2018 (Kamer 2015). Een wetsvoorstel van Leijten e.a. uit juli 2016 om het verbod op winstuitkering wettelijk vast te leggen, is door de indieners in juni 2017 aangehouden (Tweede Kamer, 2016).
- 2 In 2005 bracht het Wetenschappelijk Bureau van de SP een rapport uit met de titel *De zorg is geen markt - Een kritische analyse van de marktwerking in de zorg vanuit verschillende perspectieven*. Sindsdien is deze slogan eigenlijk nooit weg geweest uit de politieke of beleidsarena.
- 3 Strikt genomen is dit een passage waarin Verbon en Suijs een bevinding van Ernst & Young (2016) in eigen woorden vertalen.
- 4 Zo reageerden de ziekenhuizen (www.nvz.nl) als volgt op het regeerakkoord: ‘De ziekenhuiszorg komt er in het nieuwe regeerakkoord niet goed vanaf. Ondanks de economische groei, wordt er stevig gekort op deze zorg.’ De Rijksbegroting 2018 laat echter een miljardenstijging zien (www.rijksbegroting.nl).
- 5 Een interessant detail is dat verschillen in prijzen vanuit een leefwereldperspectief vooral aan de orde zijn als het (verplichte) eigen risico moet worden betaald. Dan verbazen consumenten zich erover dat bijvoorbeeld een laboratoriumbepaling bij de ene aanbieder veel duurder is dan bij een andere aanbieder.
- 6 Onlangs hebben de Autoriteit Consument en Markt en de Nederlandse Zorgautoriteit een consultatiedocument uitgebracht naar aanleiding van de veelgehoorde klacht dat consumenten ‘door de bomen het bos niet meer zien’.
- 7 De overheid organiseert inkomenssolidariteit via een gedeeltelijk inkomensafhankelijke premie en via de zorgtoeslag. Of de inkomenssolidariteit daarmee voldoende gewaarborgd is, is een politieke afweging.
- 8 De zorg is de grootste sector van onze economie en daarmee een bron van winst voor andere sectoren. In 2017 verscheen het rapport *Ezeltje strek je* (Gupta Strategists, 2017), waarin de winstgevendheid van diverse deelsectoren van de zorg is onderzocht, inclusief toeleveranciers, zoals ICT-bedrijven, farmaceutische bedrijven en financieel dienstverleners. De conclusie was dat het vermogen om winst te maken afhangt van de macht waarover een schakel in de keten beschikt. In de zorgketen ligt veel macht bij deelsectoren, zoals banken, ICT-bedrijven, fabrikanten van apparatuur en hulpmiddelen, en de farmaceutische industrie. Paradoxaal genoeg is de huidige regulering rond

Piet de Bekker & Eric van der Hijden

winst vooral gericht op deelsectoren in de zorg met een relatieve lage machtspositie, zoals zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Literatuur

- Autoriteit Consument en Markt en Nederlandse Zorgautoriteit (2017). *Echte keuze op de polismarkt? Consultatiedocument*. Den Haag. Online rapport via www.acm.nl/nl/publicaties/consultatie-echte-keuze-op-de-polismarkt, geraadpleegd op 6 december 2017.
- Chernew, M.E., Rosen, A.B. & Fendrick, M. (2007). Value-Based Insurance Design. *Health Affairs*. Online artikel via www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.26.2.w195.
- De Nederlandsche Bank (2017). *Initiatiefwetsvoorstel verbod op winstuitkering door zorgverzekeraars en consequenties solvabiliteit zorgverzekeraars*. Amsterdam.
- Ernst & Young (2016). *Barometer Nederlandse Gezondheidszorg 2016 (Transitie zorgsector zet druk op financiële performance)*. Amsterdam.
- Ernst & Young (2017). *Onderzoek mogelijkheden tot bevorderen participatiemodel*. Amsterdam.
- Gupta Strategists (2017). *Ezeltje strek je. Een studie naar winst, macht en regulering in de Nederlandse gezondheidszorg*. Amsterdam.
- Habermas, J. (1987). *The theory of communicative action, Volume 2. Lifeworld and system: a critique of functionalist reason*. Boston: Beacon Press.
- KPMG (2017). *Moving the needle on payment reform*. Amsterdam.
- Maarse, H. (2011). *Markthervorming in de zorg*. Maastricht: UMP.
- Mahar, M. (2006). *Money-Driven Medicine: The Real Reason Health Care Costs So Much*. Harperbusiness.
- Mensink, W. (2015). *Systeem- en leefwereld: hoe de kloof te dichten*. *Sociale Vraagstukken*. Online artikel via www.socialevraagstukken.nl/systeem-en-leefwereld-hoe-de-kloof-te-dichten/, geraadpleegd op 30 november 2017.
- Miller, H. (2009). *From Volume To Value: Better Ways To Pay For Health Care*. *Health Affairs*.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2015). *Programmaplan rechtmatige zorg. Aanpak van Fouten en Fraude 2015-2018*. Den Haag.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2017a). *Naar integrale en waardegedreven zorg: advies aan VWS*. Utrecht.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2017b). *Wetsvoorstel verbod winstuitkering door zorgverzekeraars*. Utrecht.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2002). *Winst en gezondheidszorg*. Den Haag.
- Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (2017). *Zorgrelatie centraal. Partnerschap leidend voor zorginkoop*. Den Haag.
- Tweede Kamer (2015). *Wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet in verband met verbetering van de maatregelen bij niet-betalen van de premie en de bestuursrechtelijke premie en enkele andere wijzigingen (verbetering wanbetalersmaatregelen)* (33683, 56). Den Haag.
- Tweede Kamer (2016). *Voorstel van wet van de leden Leijten, Bruins Slot en Bouwmeester houdende een verbod op winstuitkering door zorgverzekeraars* (34522, 2). Den Haag.
- Tweede Kamer (2017). *Miljoenennota 2018*. Den Haag.
- Vektis (2017). *Zorgthermometer. Verzekerden in beeld*. Zeist.
- Verbon, H., & Suijs, J. (2017). *De winsten van zorginstellingen. Beleid en Maatschappij*, 2018-1, 46.

In de zorg voelt de winst van de een nu als het verlies van de ander

Websites:

- www.nvz-ziekenhuizen.nl/actueel/huidig-artikel/3530-nvz-regeerakkoord-legt-rekening-bij-ziekenhuiszorg, geraadpleegd op 11 januari 2018.
- www.zorgvisie.nl/blog/krimp-van-zorguitgaven-23-procent-groei/, geraadpleegd op 11 januari 2018.
- www.nza.nl/actueel/nieuws/2016/08/16/zorgeuro%E2%80%99s-besteden-aan-goede-zorg, geraadpleegd op 11 januari 2018.
- www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2017/07/ruim-700-euro-eigen-betalingen-aan-zorg-in-2015, geraadpleegd op 8 december 2017.
- www.nrc.nl/nieuws/2017/12/04/nu-is-t-de-spannendste-tijd-voor-de-verzekeraar-a1583666, geraadpleegd op 8 december 2017.
- www.zorginstituutnederland.nl/financiering/risicoverevening-zvw/wat-is-risicoverevening, geraadpleegd op 11 januari 2018.
- www.nporadio1.nl/nos-radio-1-journaal/onderwerpen/435700-topinkomens-jeugdzorg-moeten-omlaag, geraadpleegd op 11 januari 2018.
- <https://fd.nl/economie-politiek/1234024/beloningsplafond-in-de-zorg-levert-meer-schade-dan-besparingen-op>, geraadpleegd op 28 december 2017.
- www.fnvvoorzorg.nl/actiz50-7e-editie, geraadpleegd op 11 januari 2018.
- www.acm.nl/sites/default/files/documents/2017-12/rapport-effecten-van-ziekenhuisfusies-prijs-en-volume-aangepaste-versie-2017-12-07.pdf, geraadpleegd op 11 januari 2018.
- www.parool.nl/amsterdam/bestuursvoorzitter-amc-nederland-heeft-te-veel-ziekenhuizen~a4273175/, geraadpleegd op 11 januari 2018.
- www.trouw.nl/samenleving/hoe-geloof-in-marktwerking-in-de-zorg-verdween~a3c066f0/, geraadpleegd op 11 januari 2018.
- <https://fd.nl/economie-politiek/1224759/winstverbod-en-beloningsplafond-in-zorg-makkelijk-te-omzeilen>, geraadpleegd op 11 januari 2018.
- <https://fd.nl/economie-politiek/1224854/winst-truc-in-de-zorg-het-mag-het-gebeurt-overal-maar-is-het-gewenst>, geraadpleegd op 11 januari 2018.
- www.nrc.nl/nieuws/2017/11/24/minister-bruins-start-onderzoek-naar-winsttruc-in-zorg-a1582468, geraadpleegd op 11 januari 2018.
- <https://fd.nl/economie-politiek/1233594/bedrijvendokter-in-de-zorg>, geraadpleegd 6 december 2017.
- www.skipr.nl/blogs/id3363-winst-maken-is-in-de-zorg-nog-te-veel-eeen-vies-woord.html, geraadpleegd op 4 december 2017.
- www.parool.nl/binnenland/financieel-bestuurder-amc-zorgverzekeraars-zitten-helemaal-niet-krap-bij-kas~a4535926/, geraadpleegd op 6 december 2017.
- www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2017/11/09/kamerbrief-over-het-bericht-dat-zorgverzekeraars-premies-kunstmatig-hooghouden-terwijl-er-voldoende-geld-is, geraadpleegd op 6 december 2017.
- www.trouw.nl/samenleving/rijken-kiezen-vaker-voor-private-zorg~a8969f52/, geraadpleegd op 29 december 2017.
- <https://fd.nl/economie-politiek/1139668/investeerdere-verdienen-aan-voorkomen-dat-mensen-ziek-worden>, geraadpleegd op 11 januari 2018.
- www.hiblab.nl/agendaitem/agenda-item-2/, geraadpleegd op 6 december 2017.