

Ezeltje strek je

Een studie naar winst, macht en regulering in de Nederlandse gezondheidszorg

Amsterdam, 13 maart 2017

Gupta Strategists

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Achtergrond	4
Methodiek	4
De feiten	4
Winst en macht	8
Machtsverhouding is een belangrijke determinant van winstverdeling.....	8
Machtsverhoudingen in de gezondheidszorg lijken op een input gedreven markt	10
Het reguleren van winst	12
Doelstelling: beperken maatschappelijke kosten.....	12
Doelstelling: stimuleren en sturen van innovatie	14
Appendix.....	17
Appendix 1 – Analyse subsectoren van zorg volgens “Five forces” model van Porter.....	17
Appendix 2 – Analyse CBS consumentenbestedingen – indeling naar type keten.....	27
Appendix 3 – Analyse impact van regulering	27
Appendix 4 – Methodiek nader toegelicht	28

Samenvatting

Winst speelt een belangrijke rol in de economie, dus ook in de zorg. Met de verkiezingen in aantocht staat zorg, en in het bijzonder de winstgevendheid van zorg, hoog op de maatschappelijke agenda. Gupta Strategists onderschrijft het belang van discussies over winst in de zorg.

Als eerbetoon aan de recentelijk overleden Prof. Rosling zijn wij ons bewust van de grote 'gap between mindset and dataset'. Daarom presenteren wij met deze studie een uitgebreide inventarisatie van de feiten over winst in de Nederlandse zorgsector. Prof. Rosling beoogde het algemene publiek met zijn baanbrekende presentaties een 'gapminder' te bieden. Zo kunt u deze studie ook zien. Wij hopen zo de opinieontwikkeling te verrijken met feiten.

De feiten

Voor deze studie analyseerde Gupta Strategists jaarverslagen binnen alle deelsectoren van de zorg, inclusief die van toeleveranciers zoals ICT-bedrijven, farmaceutische bedrijven en financiële dienstverleners. Daaruit blijkt dat van de ~EUR 80 mld die Nederlanders aan zorg uitgeven in totaal ~EUR 7 mld nettowinst gemaakt wordt. Dit komt neer op ~EUR 430 per inwoner per jaar. Met een winstgevendheid van 10% is de zorg minder winstgevend dan het gemiddelde van alle sectoren (12%).

In absolute zin belandde het grootste deel van de totale ~EUR 7 mld winst, namelijk EUR 1,8 mld, bij fabrikanten van medische apparatuur en hulpmiddelen. Zorginstellingen verdienden EUR 1,5 mld en de farmaceutische industrie maakte EUR 1,0 mld winst in de Nederlandse zorg. Ook gaat er EUR 1,1 mld aan winst naar professionals. Deze zijn min of meer gelijkmatig verdeeld over huisartsen, specialisten, apothekers en paramedici.

In relatieve zin zien wij dat financiële dienstverleners en de farmaceutische industrie de hoogste winstpercentages kennen, respectievelijk 25-30% en 20-25%. Onder professionals variëren winstmarges tussen 10% en 20%, waarbij huisartsen, paramedici en tandartsen relatief hoog zitten. Intramurale instellingen en ziekenhuizen, zorgverzekeraars, groothandels en de bouw zijn deelsectoren met relatief gezien de laagste winstpercentages (allen 0-5%).

Winst en macht

Het vermogen om winst te maken hangt af van de macht die een schakel heeft in de keten. In de zorg zien we dat er een duidelijk verband is tussen macht en winst. In de zorgketen ligt de meeste macht bij de deelsectoren die het verste van de eindklant staan, zoals financiële dienstverleners, ICT-bedrijven, fabrikanten van apparatuur en hulpmiddelen, en de farmaceutische industrie. De zorg lijkt hierdoor op (deels) een input-gedreven keten, zoals we die ook zien in de energieketen. Aan de andere kant van het spectrum hebben de zorgprofessionals die direct in contact staan met de patiënt ook hoge winstmarges. Hierdoor lijkt de zorg ook (deels) op een keten-gedreven markt. De andere actoren hebben beperkt macht en dientengevolge lage winstmarges.

Het reguleren van winst

Het reguleren van winst kan – afhankelijk van ieders overtuigingen – om verschillende redenen maatschappelijk wenselijk zijn.

Eenzijds kan (excessieve) winst ongewenst zijn wanneer zorg wordt beschouwd als een publieke voorziening die, bij een zeker kwaliteitsniveau, tegen de laagst mogelijk kosten geleverd dient te worden. Deze studie laat echter zien dat huidige regulering vooral is gericht op deelsectoren waar

de relatieve machtspositie toch al laag is, zoals zorgverzekeraars en intramurale instellingen. Voor deelsectoren waar de relatieve machtspositie hoog is, zoals de farmaceutische industrie en zorgprofessionals, is juist weinig winstregulering. Wij concluderen dat winsten op dit moment vooral gereguleerd is in die deelsectoren waar regulering het minst nodig is doordat dat de minst machtige sectoren zijn.

Anderzijds kan winst dienen als stimulans voor innovatie en kan het gericht stimuleren of afremmen van winstgevendheid op specifieke deelsectoren interessant zijn om maatschappelijke doelen te realiseren. Het streven naar winst stimuleert ondernemingen tot het nemen van risico, bijvoorbeeld door toetreding of innovatie. In welke schakels willen wij als maatschappij innovatie het meest stimuleren? Past de huidige winstverdeling over de keten bij deze wens?

Uit onze analyse van winst langs de *patient journey* blijkt dat in de huidige situatie in de eerstelijns zorg en de complexe zorg het meeste winst wordt gemaakt, terwijl preventie en langdurige zorg juist de minst winstgevendende onderdelen in de *patient journey* zijn. Momenteel wordt innovatie dus vooral gestimuleerd in complexe zorg. Dit komt omdat hierbij relatief veel medisch specialistische zorg, apparatuur en geneesmiddelen wordt ingezet. In preventie en langdurige zorg is de financiële prikkel om risico te nemen nu juist laag.

Meer waarde voor de burger

Wij merken tevens op dat in het debat over winstregulering vooral gesproken wordt over de directe beperking van winstuitkering. Blijkens de vurige maatschappelijke discussie voelt (over)winst voor velen als oneerlijk. Misschien dat de heftigheid van het debat wordt gevoed door de machteloosheid van de politiek om de winsten terug te dringen. Dat komt doordat winst de resultante is van macht en de sectoren waar winst gemaakt worden ook te machtig zijn om de winsten te reguleren.

Uiteindelijk is winst echter maar een klein deel van de zorgkosten. Ook als de volledige winst kan worden afgeroomd, blijft er nog ongeveer 90% van de zorgkosten over. Desalniettemin leven we momenteel gemiddeld 20 jaar in slechte gezondheid. Het lijkt dus belangrijk om te focussen op de kwaliteit van onze zorg en de doelmatigheid in plaats van puur de winstgevendheid.

Om een oordeel over winstniveaus te vormen moeten we terug naar de oorzaken van machtsposities. Als die ontstaan zijn door unieke innovaties, is een land vaak meer dan bereid hiervoor te betalen. Dat geldt niet als het misbruik is van een machtspositie. Het onderscheid tussen een uniek en niet uniek is echter niet eenvoudig. Het is daarom interessant dat er in de maatschappelijke discussie weinig gesproken wordt over het versterken van de kennis die nodig is om dit onderscheid te maken.

In plaats van te vechten tegen winsten, kunnen de niet te breken partijen ook uitgedaagd worden met dezelfde winst meer waarde te leveren. Als we met goed toezicht excessen voorkomen, kunnen winsten juist als stimulans dienen voor waarde verhogende innovaties. Voor innovaties zijn immers investeringen nodig. Als de investering uit blijft zal de zorg ook langzamer innoveren.

Vaak is het vaststellen dat een innovatie geen meerwaarde heeft ten opzichte van dat wat al voorhanden is, genoeg om machtsposities te breken. Winstniveaus zullen navenant dalen. In grote delen van bijvoorbeeld de farmaceutische zorg is dat gebeurd, terwijl in het vaststellen van uitwisselbaarheid van medische hulpmiddelen of dure geneesmiddelen nog minder maatregelen genomen zijn. Om deze stap te kunnen maken is een investering nodig in kennis en executiekracht. De overheid kan hier een belangrijke rol in spelen.

Achtergrond

Met verkiezingen in aantocht staat zorg hoog op de maatschappelijke agenda. Er is veel discussie over hoe het Nederlandse zorgstelsel is ingericht en óf en h oe dit zou moeten veranderen.

Een belangrijk terugkerend element in deze discussies is het concept van winst. Mogen zorgverzekeraars winst uitkeren? Maken farmaceuten misbruik van hun positie in de jacht op onredelijke winsten? Moeten medisch specialisten het concept van maatschappen (en dus het potentieel nastreven van winst) opgeven en in loondienst gaan?

Winst speelt een belangrijke rol in de economie, dus ook in de zorg. Gupta Strategists onderschrijft het belang van discussies over winst in de zorg, maar ziet dat deze worden gevoerd vanuit een gebrekkige feitenbasis. Daarom presenteren wij met deze studie een gedetailleerde inventarisatie van winsten in de Nederlandse zorgsector.

Methodiek

De totale winst in de zorgsector is op twee manieren onderzocht: op basis van zorgrekeningen zoals gepubliceerd door het CBS en met een gedetailleerde analyse van alle geldstromen in de zorg gebaseerd op jaarverslagen en openbare rapporten. Deze laatste analyse geeft de mogelijkheid om winst van verschillende spelers in de zorgsector te bepalen en de vergelijking met andere sectoren te maken. In appendix 4 geven we een uitgebreide toelichting op de gebruikte methodiek. In de bronvermelding staat per deelsector of specifieke speler vermeld op welke jaarverslagen en rapporten de kostenverdelingen en winstpercentages zijn gebaseerd.

Beperkingen van dit onderzoek

Dit onderzoek kent twee belangrijke beperkingen. Ten eerste is het gebaseerd op beschikbare openbare bronnen op basis waarvan de winstgevendheid per segment in de zorg is ingeschat. Deze bronnen geven in de meeste gevallen alleen een benadering; meer exacte cijfers – bijvoorbeeld van de gemaakte winst van farmaceuten in Nederland – zijn op basis van publieke gegevens niet beschikbaar. Voordeel is dat de voor deze studie gebruikte cijfers verifieerbaar zijn, nadeel is dat de werkelijke winstgevendheid op punten (enigszins) kan afwijken.

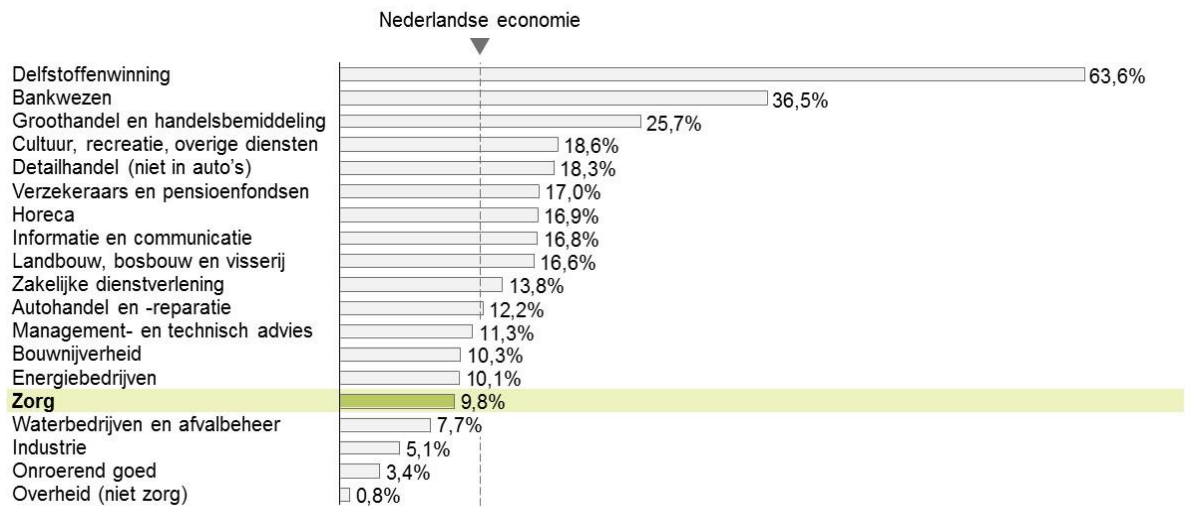
De tweede beperking is de keuze voor winst en winstmarge als relevant winstbegrip. Vanuit het perspectief van investeerders is het rendement op geïnvesteed vermogen in relatie tot het risico wellicht meer relevant. Om deze maat te objectiveren is het nodig om naast de in deze studie geanalyseerde winst ook de omvang van het geïnvesteed vermogen te kwantificeren. Dit is vrij moeilijk uitvoerbaar voor de Nederlandse gezondheidszorg, omdat een eenduidige definitie van geïnvesteed vermogen die bovendien meetbaar moet zijn voor elk deelsegment niet direct voor handen is. Inzicht in het rendement op geïnvesteed vermogen is een interessante richting voor nader onderzoek.

De feiten

In totaal betaalden we in 2015 in de Nederlandse zorg EUR 7 mld aan winsten, wat neerkomt op ~EUR 430 per inwoner. Mede dankzij de regulering is de winstgevendheid van de Nederlandse zorgsector relatief laag in vergelijking tot andere sectoren, zoals geïllustreerd in figuur 1.¹

¹ Bron: CBS – Nationale Rekeningen, let op: voor de vergelijking waren alleen de cijfers over 2014 beschikbaar. In de rest van de analyses in de studie gaat het over het jaar 2015.

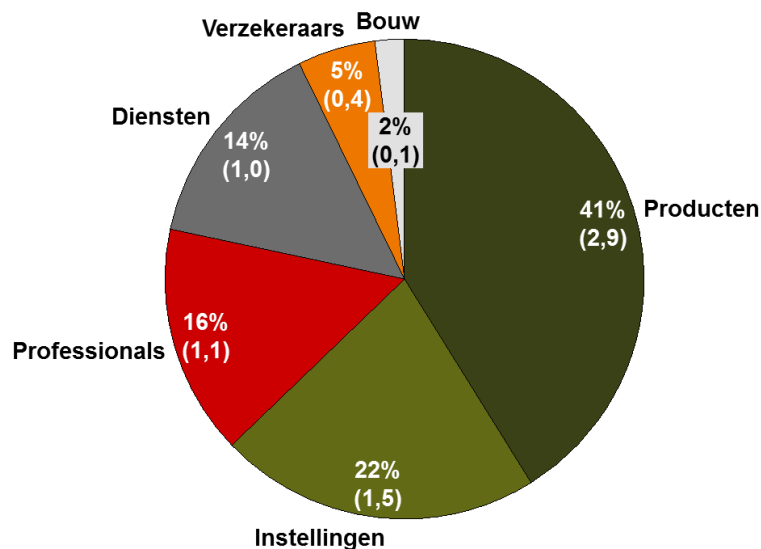
Winstpercentages in diverse sectoren van de Nederlandse economie
 [2014, Netto exploitatieoverschot als percentage van output]



Figuur 1: winstgevendheid van zorgsector in vergelijking met andere bedrijfssectoren

Figuur 2 laat zien hoe de totale winst in de Nederlandse zorg verdeeld is over de verschillende deelsectoren. De winst komt voor het grootste gedeelte (41%) terecht bij de producenten van producten die we gebruiken in de zorg. Daarna komen de instellingen en de professionals met respectievelijk 22% en 16% van de winst. De (financiële) dienstverleners maakten 14% van de winst in de Nederlandse zorg.

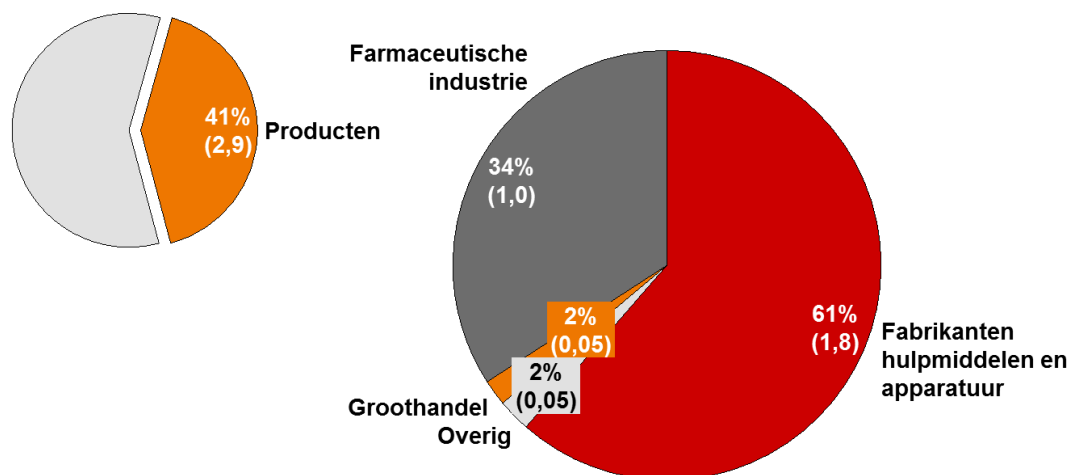
Verdeling van EUR 7 mld winst over de diverse subsectoren van de Nederlandse zorg
 [2015, EUR mld]



Figuur 2: winst binnen deelsectoren van de Nederlandse zorg (absoluut)

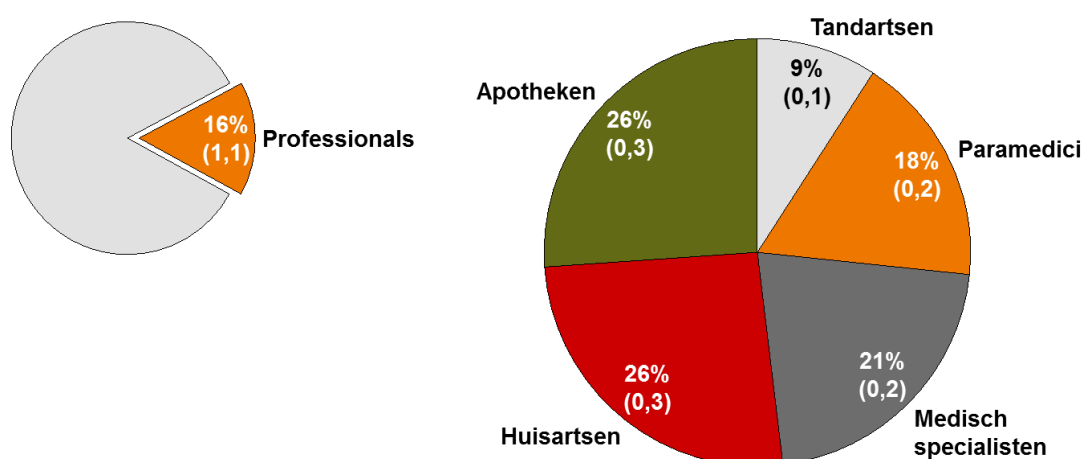
In absolute zin belandde het grootste deel van de totale winst, EUR 1,8 mld, bij fabrikanten van medische apparatuur en hulpmiddelen (zie figuur 3). Zorginstellingen verdienen EUR 1,5 mld, en de farmaceutische industrie verdient EUR 1,0 mld aan winst in de Nederlandse zorg. Ook gaat EUR 1,1 mld aan winsten naar professionals. Dit bedrag is min of meer gelijkmatig verdeeld over huisartsen, specialisten, apothekers en paramedici, zoals geïllustreerd in figuur 4. ICT-leveranciers en banken hebben vergelijkbare winsten in de zorg (zie figuur 5).

Verdeling van EUR 2,9 mld winst over de diverse spelers in de subsector “producten”
 [2015, EUR mld]



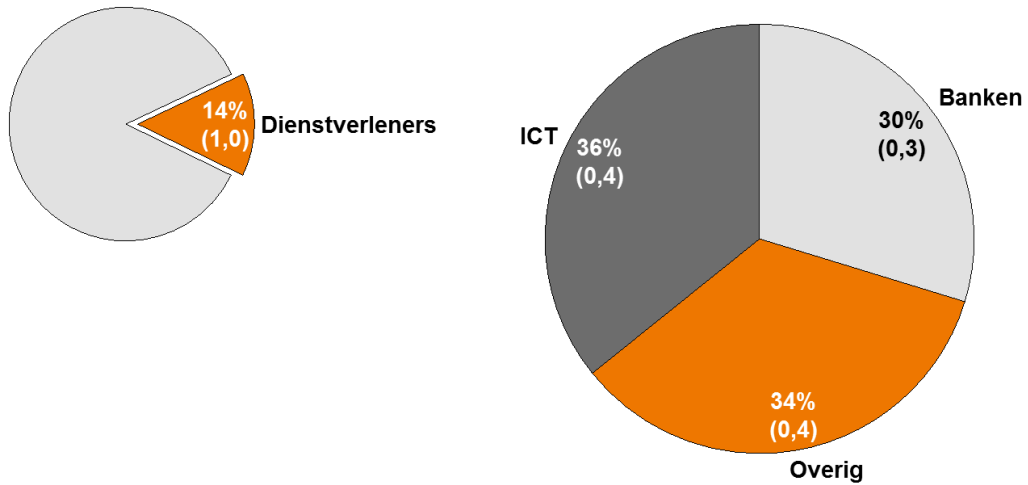
Figuur 3: winst binnen de deelsector “producten” (absoluut)

Verdeling van EUR 1,1 mld winst over de verschillende zelfstandige professionals
 [2015, EUR mld]



Figuur 4: winst binnen de deelsector professionals (absoluut)

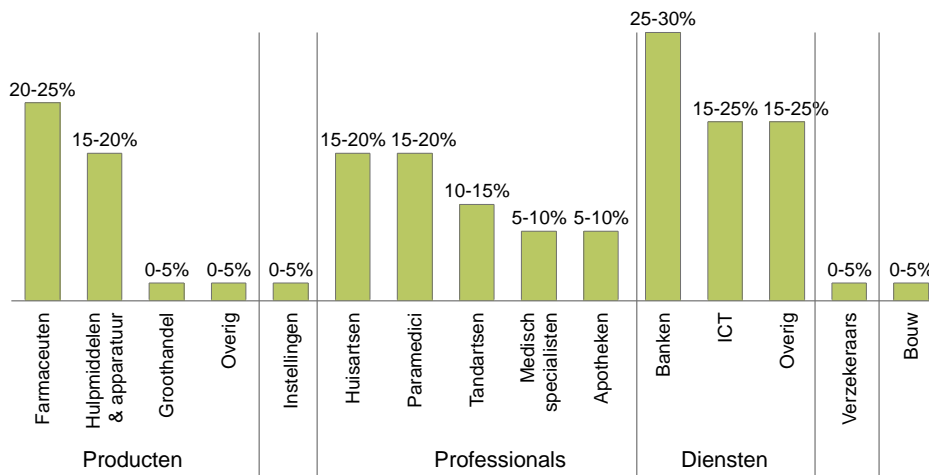
Verdeling van EUR 1 mld winst over de dienstverleners in de zorg
[2015, EUR mld]



Figuur 5: winst binnen subsector dienstverleners (absoluut)

In relatieve zin, ten opzichte van hun omzet, zien wij dat banken (25-30%) en de farmaceutische industrie (20-25%) de hoogste winstpercentages kennen. Onder professionals hebben vooral huisartsen relatief hoge winstmarges (15-20%), wat een uiting is van het verschil tussen de salarissen van huisartsen in loondienst ten opzichte van de opbrengsten van praktijkhoudende huisartsen – bij medisch specialisten is dit verschil gemiddeld genomen wat kleiner. Instellingen, verzekeraars, groothandels en de bouw zijn deelsectoren met de laagste winstpercentages (allen 0-5%).

Winst als percentage van omzet in de diverse subsectoren in de Nederlandse zorg
[2015, % van omzet, afgerond]



Figuur 6: winstgevendheid van deelsectoren van de Nederlandse zorg (relatief)

Winst en macht

Machtsverhouding is een belangrijke determinant van winstverdeling

De hoeveelheid gemaakte winst in de diverse deelsectoren kan worden gezien als maat voor de machtsverhoudingen in de keten.

Volgens het “Five forces” model van Michael Porter² hangt de macht van een sector af van de omvang van vijf krachten die relevant zijn. Wij beschrijven hier kort deze krachten. We analyseren als voorbeeld de macht van de deelsector ‘farmaceutische industrie’ aan de hand van dit raamwerk, door elke kracht in te schatten als *laag*, *middel*, of *hoog*.

- Kans op nieuwe toetreders: LAAG
Hoe moeilijker het is voor nieuwkomers om de industrie te betreden, des te meer beschermd is de machtspositie van de bestaande spelers. De kans op toetreding kan beperkt zijn door vele factoren, zoals regulering, bescherming door patenten, *economies of scale* en kapitaaleisen. De kans op toetreding van nieuwe farmaceuten is zeer laag door complexe, meerlaagse patent- en marketingbescherming en door de zeer kapitaal-intensieve aard van de industrie.
- Dreiging van alternatieven: LAAG
Hoe minder natuurlijke alternatieven er bestaan voor de producten/diensten die de sector biedt, des te groter is de macht van de spelers in de sector. Voor de sector ‘openbaar vervoer in de stad’ bestaan bijvoorbeeld prima alternatieven, zoals fietsen of lopen. De dreiging van alternatieven voor de farmaceutische industrie hangt af van het deelsegment. In sommige gevallen, zoals het chronisch gebruik van antidepressiva of slaapmedicatie, is er een prima alternatief: het niet slikken van deze middelen, omdat zij bij chronisch gebruik toch al minder effectief zijn. Voor geneesmiddelen die gericht zijn op levensstijlziekten, zoals suikerziekte, bestaat er theoretisch het alternatief van levensstijlaanpassingen, maar dit blijkt in de praktijk lastiger. In veel gevallen zijn geneesmiddelen echter zélf juist alternatieven voor behandelingen die anders duurder zouden zijn. Daarbij valt te denken aan antihypertensiva en cholesterolverlagers ter voorkoming van cardiologische interventies. Voor dure intramurale geneesmiddelen, zoals bijvoorbeeld gebruikt in de behandeling van kanker, bestaan vaak helemaal geen alternatieven. Al met al schatten wij daarom de dreiging van alternatieven laag in.
- Onderhandelmacht klanten: LAAG
De mate waarin klanten druk kunnen uitoefenen op de leverancier heeft directe invloed op de winstgevendheid van een sector. Druk door klanten wordt groter naarmate de klant meer alternatieven heeft en naarmate klanten meer geconcentreerd zijn. Loyaliteit – bijvoorbeeld door merktrouw, risico-aversie of loyaliteitsprogramma’s – heeft juist een drukkende werking op onderhandelmacht van klanten. Voor een deel van de producten van de farmaceutische industrie, namelijk het deel van de medicijnen dat uit patent is, hebben klanten veel generieke alternatieven. Voor dit deel hebben inkoopstrategieën van zorgverzekeraars, zoals preferentiebeleid, bovendien de concentratiegraad van klanten vergroot. Voor geneesmiddelen die wel in patent zijn, die verreweg het grootste percentage van de omzet vertegenwoordigen, ligt het anders. Hiervoor bestaan geen chemisch gelijke alternatieven. Het draagvlak voor clustering van geneesmiddelen op indicatie (zoals in extramurale farmacie) is klein en twijfel over uitwisselbaarheid en biosimilars wordt

² Porter, M.E. (1979) How Competitive Forces Shape Strategy, Harvard Business Review.

constant gevoed. Ook loyaliteit speelt waarschijnlijk een belangrijke rol. Door gebrek aan betrouwbare systematische kennisontwikkeling over middelen nadat zij op de markt gebracht zijn, is de individuele ervaring van voorschrijvers zeer belangrijk bij voorschrijfgedrag.

- Onderhandelmacht toeleveranciers: MIDDEL

Als spelers voor hun inkoop weinig alternatieven hebben, is de onderhandelmacht van toeleveranciers groot. Supermarkten die vooral A-merken verkopen hebben bijvoorbeeld minder keus voor hun inkoop dan supermarkten die merkloze producten verkopen. Toeleveranciers voor farmaceuten zijn leveranciers van grondstoffen, maar ook intellectueel eigendom (eigen onderzoekers of extern gekochte rechten). Vooral voor dit laatste is er veel concurrentie tussen farmaceuten. Het onderhouden van een sterke productpijplijn is voor farmaceuten van levensbelang, wat maakt dat aanbieders van intellectueel eigendom een zekere machtspositie genieten. Deze positie wordt anderzijds wel geremd doordat de markt van farmaceuten geconcentreerd is bij een beperkt aantal spelers.

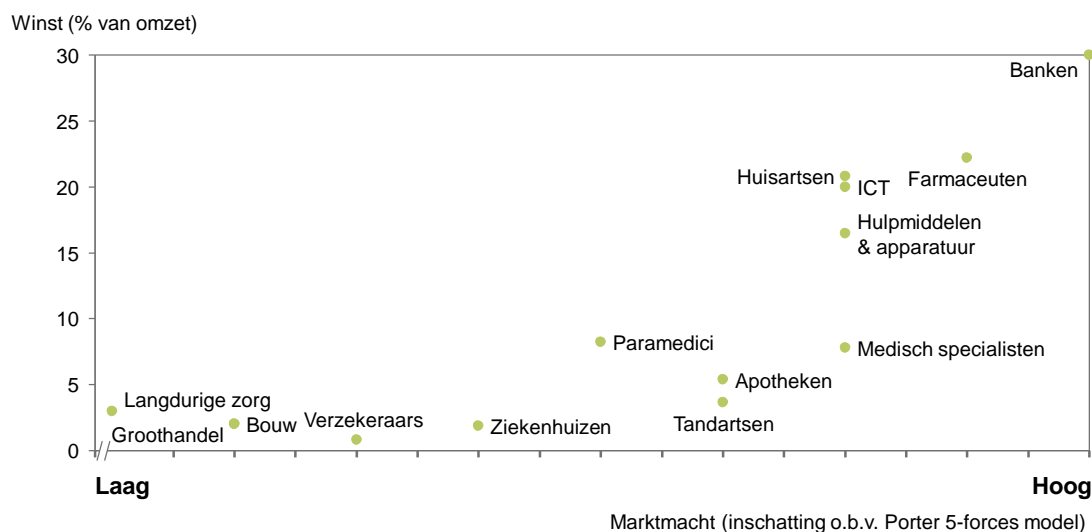
- Rivaliteit: LAAG

De mate van onderlinge rivaliteit kan sterk verschillen tussen industrieën. Als individuele bedrijven aanhoudend concurrentievoordeel kunnen afdwingen, bijvoorbeeld door innovatie of betere strategische keuzes, neemt de rivaliteit af. Voor het grootste deel van de omzet is de rivaliteit tussen farmaceuten laag. Behoudens de markt voor generieke middelen is het business model er doorgaans op gericht om niches of monopolies te identificeren, en daarin zo lang mogelijk bescherming te genieten door patent- en marketingexclusiviteit enerzijds, en gebrek aan of twijfel over uitwisselbaarheid met andere middelen anderzijds.

Al met al kunnen we concluderen dat de macht van farmaceuten volgens het “Five forces” model van Porter zeer hoog is. In de appendix geven wij per deelsector een analyse weer volgens het “Five forces” model. Figuur 7 laat zien dat de hoeveelheid macht per deelsector, zoals ingeschat met behulp van het Porter model, goed correspondeert met de winstpercentages van die schakel in de keten.

Relatie tussen winst en macht

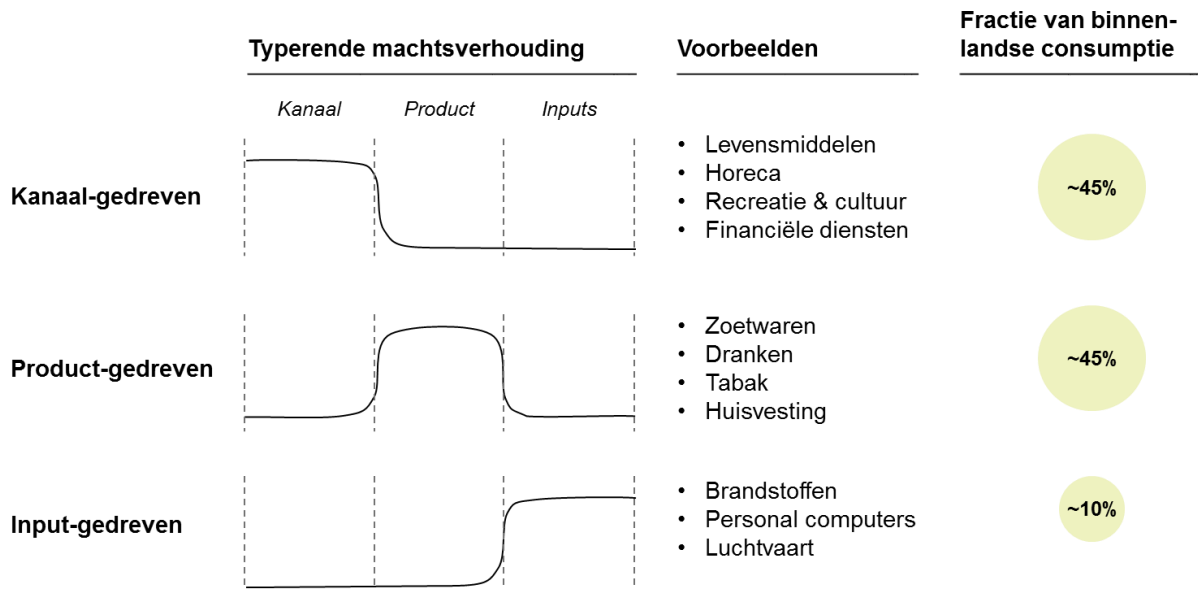
[Winst als % van omzet, macht o.b.v. analyse volgens Porter 5-forces raamwerk – voor details zie appendix]



Figuur 7: relatie tussen winst en macht, per subsector van de zorg

Machtsverhoudingen in de gezondheidszorg lijken op een input gedreven markt

Als winst een maat is voor macht, dan geeft de winstgevendheid in verschillende schakels van een keten inzicht in de machtsverhoudingen. Op hoofdlijnen kunnen we voor bedrijfsketens die de consument als eindstation hebben drie soorten ketens onderscheiden: *kanaal-gedreven*, *product-gedreven* en *input-gedreven* (figuur 8).



Figuur 8: drie soorten ketens die consumenten als eindstation hebben

In een kanaal-gedreven productieketen heeft de partij die de verkoop naar de eindklant in handen heeft het meeste macht in de keten. Bijvoorbeeld supermarkten, restaurants of het online boeken van een hotel. Bij een product-gedreven markt is de binding met de klant met het eindproduct zo groot dat de klant een specifiek product wil hebben onafhankelijk van het kanaal. Voor fabrikanten is het lucratief steeds weer te innoveren om producten te maken waarmee zij macht over het verkoopkanaal houden en betere winsten kunnen realiseren. In sommige productieketens zijn de leveranciers van halffabricaten en grondstoffen het machtigst. Dit kan komen doordat er natuurlijke schaarste is of dat de belangrijkste innovaties in de halffabricaten zit, niet in het eindproduct. Dit is bijvoorbeeld het geval bij computerprocessoren in personal computers.

Om de verschillende soorten productieketens te illustreren werken we hieronder een voorbeeld uit. In de meeste productieketens heeft de schakel die het dichtst bij de eindconsument staat relatief veel macht. Hij kan deze macht gebruiken om de onderliggende keten zo in te kopen dat daar nauwelijks winsten zijn. Laten we melk als voorbeeld nemen: winst bij supermarkten bedraagt ~5%, al is vermoedelijk de marge die wordt verdiend op levensmiddelen zoals melk 10 tot 15%³. De winst van een tussenverwerker zoals FrieslandCampina bedraagt ongeveer 3%, en volgens veel schattingen is de winst van melkveehouders momenteel te verwaarlozen. Zo blijkt bijvoorbeeld uit een ING studie⁴ dat de gemiddelde rentabiliteit van melkveebedrijven al jarenlang negatief is: zij

³ Uit diverse bronnen (zoals deze: <http://www.foodlog.nl/artikel/de-prijzen-van-prei-varkensvlees-en-huismelk/>) blijkt dat de bruto marge van supermarkten op melk ~20-25% is. Uit jaarverslagen van Jumbo blijkt dat de gemiddelde brutomarge over al hun producten ~15% is, wat betekent dat zij over melk dus ongeveer 5-10% meer nettowinst verdienen dan op een gemiddeld product.

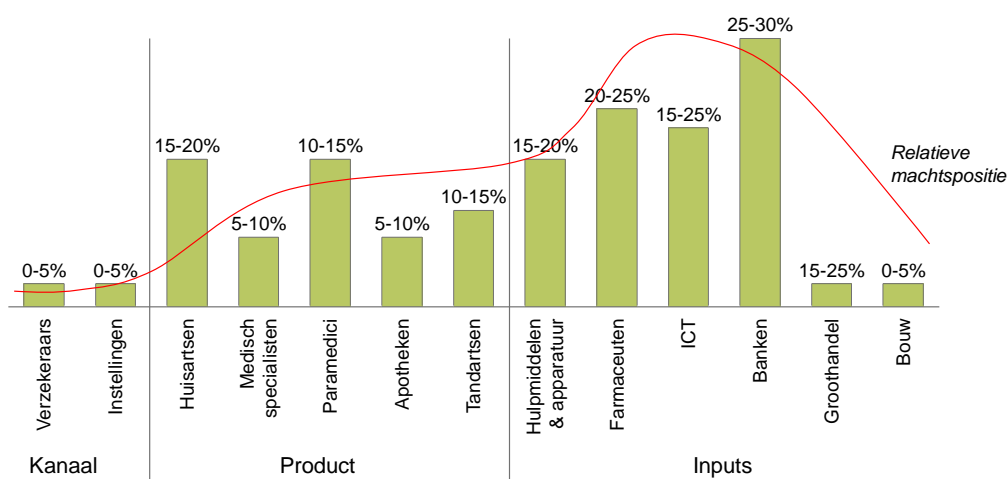
⁴ https://www.ing.nl/media/ING-Financiering-melkveebedrijven-steeds-lastiger-januari-2013_tcm162-32612.pdf

overleven dankzij EU subsidies. De winst van fokkerijen, zoals bijvoorbeeld CRV, bedraagt ongeveer 1%. We kunnen de keten van melk dan ook beschouwen als een kanaal-gedreven keten. Op basis van analyse van CBS consumentenbestedingen⁵ (zie appendix 3) schatten wij in dat ongeveer 45% van de consumptie-economie kanaal-gedreven is.

Zoals blijkt uit het “Five forces” model kunnen toeleveranciers hun onderhandelingsmacht vergroten als zij loyaliteit weten te creëren bij eindklanten. Producenten als Unilever en Nestle doen dit door het opbouwen van sterke merken en innovaties. Zij komen daarmee dicht bij de klant te staan, die specifiek Calvé pindakaas wenst. Hun winstmarges liggen dan ook fors hoger dan in het voorbeeld van melk hierboven (nettowinst rond ~10% bij beide firma’s). Dergelijke ketens kunnen we product-gedreven noemen. Op basis van analyse van CBS consumentenbestedingen schatten wij in dat ongeveer 45% van de consumptie product-gedreven is.

Inhoudelijk beschouwd zou gezondheidszorg vooral een product-gedreven keten moeten zijn, omdat artsen de belangrijkste schakel zijn in de relatie met de klant. Deels zien we dit ook terug in de winstverhoudingen (zie figuur 9). Marges in deelsectoren die we kunnen beschouwen als ‘kanaal’ – namelijk zorgverzekeraars als financieel kanaal, of instellingen als fysiek kanaal – hebben lage winstmarges, terwijl zorgverleners, als product-schakel, relatief hogere marges hebben.

Winst als percentage van omzet in de diverse subsectoren, ingedeeld naar kanaal, product & inputs
[2015, % van omzet, afgerond]



Figuur 9: relatieve machtspositie van verschillende schakels in de zorgketen

Het is echter interessant om te observeren dat de schakels in de zorgsector die de grootste winstmarges, en dus relatief de meeste macht hebben juist de sectoren zijn die het verste van de patiënt staan, zoals fabrikanten van apparatuur en hulpmiddelen, farmaceuten, banken en ICT. Daarmee lijkt de zorg qua machtsverhoudingen meer op input-gedreven ketens zoals die van de luchtvaart, personal computers en energie. Voor een deel komt dit doordat de innovatiewaarde zit bij gespecialiseerde fabrikanten die je nodig hebt om überhaupt zorg te leveren. Voor een ander deel kan dat komen omdat er te weinig klantenbinding is hoger in de keten om inkoopmacht uit te oefenen. Dit is bijvoorbeeld bij zorgverzekeraars het geval.

⁵ Bron: CBS Statline

Het reguleren van winst

Het via regelgeving beïnvloeden van winst kan – afhankelijk van ieders overtuigingen – om verschillende redenen maatschappelijk wenselijk zijn. Enerzijds kan (excessieve) winst ongewenst zijn wanneer zorg wordt beschouwd als een publieke voorziening die, bij een zeker beoogd kwaliteitsniveau, tegen de laagst mogelijk kosten geleverd dient te worden. Anderzijds kan winst dienen als stimulans voor innovaties. Hieronder lichten wij beide perspectieven toe.

Doelstelling: beperken maatschappelijke kosten

Het politiek debat over de zorg lijkt zich momenteel vooral te richten op het reguleren van winstgevendheid om maatschappelijke kosten te verlagen. Figuur 10 laat zien dat veel politieke partijen de relatie tussen zorg en winst ook in hun verkiezingsprogramma's vermelden. De feiten gepresenteerd in deze studie kunnen helpen bij dit debat.



Figuur 10: items uit verkiezingsprogramma's 2017 met betrekking tot de zorg en winst

Winstgevendheid in de zorgsector wordt via diverse wegen al gereguleerd. Op hoofdlijnen zien wij vijf soorten regulering:

1. Rechtstreeks verbod op winstuitkering: voor verzekeraars geldt momenteel een tijdelijk verbod op winstuitkering. Op dit moment ligt wetgeving bij de Eerste Kamer die dit verbod permanent zou maken. Ook voor ziekenhuizen geldt een verbod op winstuitkering. De huidige coalitie heeft in het regeerakkoord afspraken gemaakt over het opheffen van dit verbod, maar dit lijkt voorlopig uit te blijven.
2. Budgetbeperkingen: het ministerie bepaalt jaarlijks de beschikbare budgettaire kaders. Voor de Wet langdurige zorg worden deze strak gehanteerd door zorgkantoren, en is overschrijding alleen mogelijk wanneer de overheid de budgetten aanpast. Binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) is het kader minder bindend, omdat de uiteindelijke hoogte van zorgkosten het gevolg is van marktwerking tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.
3. Macro-akkoorden: voor ziekenhuiszorg, GGZ en huisartsenzorg bestaan hoofdlijnenakkoorden, waarin de minister van VWS met veldpartijen afspraken heeft gemaakt die groei van uitgaven in die sectoren remmen. Met het Macrobeheersinstrument

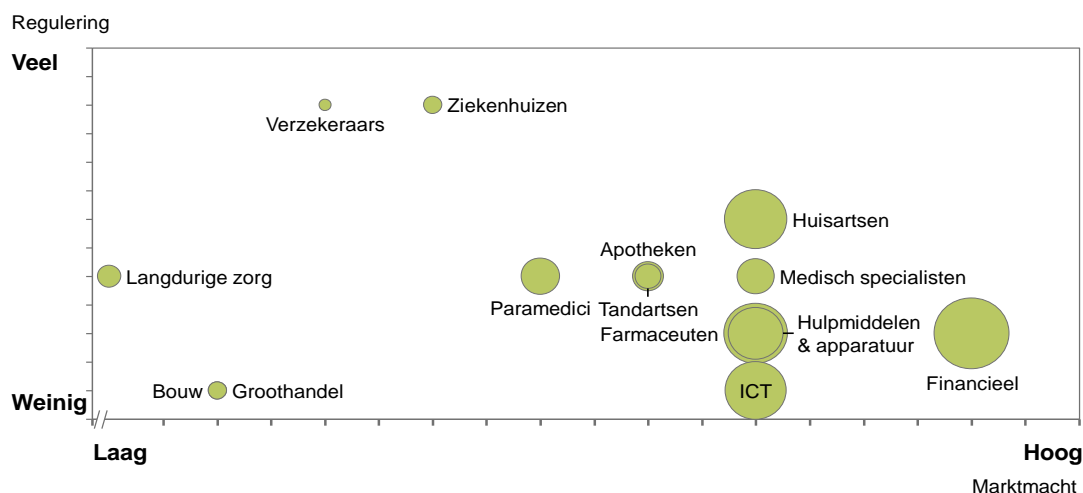
kan de minister ingrijpen als de zorgkosten het macrobudget overschrijden. Op deze manier wordt gepoogd om grenzen te stellen aan de theoretisch ongeremde groei die het budgettair kader voor de variabele Zvw-zorg toelaat.

4. **Prijsregulering:** voor diverse sectoren worden productprijzen gereguleerd. Voor extramurale farmaceutische zorg gelden strenge regels omtrent prijzen die gerekend mogen worden. Voor diverse andere verstrekkingen, zoals medisch specialistische zorg, GGZ, huisartsgeneeskunde en tandheelkunde stelt de NZa maximumtarieven vast, al zijn deze doorgaans ruim genoeg dat er winst gemaakt kan worden.
5. **Regulering die invloed heeft op marktdynamiek:** De ACM bewaakt de marktwerking. Deze instantie ziet toe op bijvoorbeeld de mate waarin markten zich mogen concentreren door fusies. Regulering kan de concurrentie echter ook remmen. Concreet denken wij daarbij aan de Basel II kapitaalseisen die gelden voor zorgverzekeraars. Deze strenge eisen zijn moeilijk te realiseren voor nieuwe zorgverzekeraars en verkleinen de kans op toetreding van nieuwe partijen daarom sterk.

Als we voor elke deelsector in de zorg kijken welke van bovenstaande reguleringsvormen van kracht zijn, kunnen we elke deelsector een score geven die een indicatie geeft van de mate waarin winstgevendheid wordt gereguleerd (zie appendix 4 voor nadere onderbouwing van deze analyse).

Figuur 11 laat voor elke deelsector zien hoe de mate van winstregulering zich verhoudt tot de relatieve machtspositie binnen de keten. Hierin zien wij een opvallend verband: regulering is vooral gericht op deelsectoren waar de relatieve machtspositie toch al laag is, zoals zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Voor deelsectoren waar de relatieve machtspositie hoog is, zoals farmaceuten, is er juist relatief weinig regulering van de winstgevendheid.

Relatie tussen macht, regulering en winst
[Omvang bol correspondeert met hoogte winstmarge]



Figuur 11: relatie tussen macht, regulering en winstmarge

Samenvattend is winstgevendheid op dit moment vooral gereguleerd in die deelsectoren waar dergelijke regulering het minst effectief is. Dit heeft consequenties voor de beleidsopties die momenteel rondgaan in het maatschappelijk debat:

- *Beperkingen winstuitkering opheffen om extern kapitaal aan te trekken (VVD):* omdat de beperkingen uitsluitend gelden op deelsectoren waar relatieve macht toch al klein is, zal het opheffen van de beperkingen weinig invloed hebben op de winstgevendheid van de zorgsector als geheel. Deze sectoren zijn door acterende marktkrachten toch al weinig aantrekkelijk voor particuliere investeerders – het opheffen van beperkingen op winstuitkering zal dit uiteraard niet erger maken, maar zal naar verwachting ook weinig bijdragen.
- *Winstgevendheid verregaand beperken (CDA, GL, SP, D66):* daar waar men winstgevendheid in de sector als geheel wil terugdringen, heeft dit alleen kans van slagen als men zich richt op die deelsectoren met de hoogste relatieve machtspositie, zoals fabrikanten van medische apparatuur en farmaceuten. Beperken van winsten hoog in de keten heeft duidelijk een politieke uitstraling die veel politieke partijen ambiëren, maar zal weinig zoden aan de dijk zetten om winstgevendheid in de zorgsector daadwerkelijk terug te dringen. De onderliggende machtsposities blijven namelijk hetzelfde.

Wij merken tevens op dat in het debat over winstregulering vooral gesproken wordt over de directe beperking van winstuitkering. Blijkens de vurige maatschappelijke discussie voelt (over)winst voor velen als oneerlijk. Misschien dat de heftigheid van het debat wordt gevoed door de machteloosheid van de politiek om de winsten terug te dringen. Dat komt doordat winst de resultante is van macht en de sectoren waar winst gemaakt worden ook te machtig zijn om de winsten te reguleren.

Uiteindelijk is winst echter maar een klein deel van de zorgkosten. Ook als de volledige winst kan worden afgeroomd, blijft er nog ongeveer 90% van de zorgkosten over. Desalniettemin leven we momenteel gemiddeld 20 jaar in slechte gezondheid. Het lijkt dus belangrijk om te focussen op de kwaliteit van onze zorg en de doelmatigheid in plaats van puur de winstgevendheid.

Doelstelling: stimuleren en sturen van innovatie

In plaats van te vechten tegen winsten, kunnen de niet te breken partijen ook uitgedaagd worden met dezelfde winst meer waarde te leveren. Als markten goed functioneren, kunnen winsten juist als stimulans dienen voor innovaties met een hoog maatschappelijk nut. Het is daarom interessant dat in de maatschappelijke discussie vrijwel niet gesproken wordt over het versterken of verzwakken van krachten die marktwerking zélf beïnvloeden. Daarbij valt hoger in de keten bijvoorbeeld te denken aan het helpen van klanten bij het vergelijken van verschillende specialisten, zoals door het verplichten van publicatie van gestandaardiseerde kwaliteits- en tevredenheidscijfers. Hiermee ontstaat een gelijk speelveld tussen arts en patiënt. Lager in de keten valt te denken aan het afdwingen van uitwisselbaarheid van dure intramurale geneesmiddelen, zoals dit in de extramurale farmacie al jaren gebruikelijk is. In veel gevallen zullen dergelijke maatregelen effectiever zijn, getuige de succesvolle kostenbeperking in de extramurale farmacie.

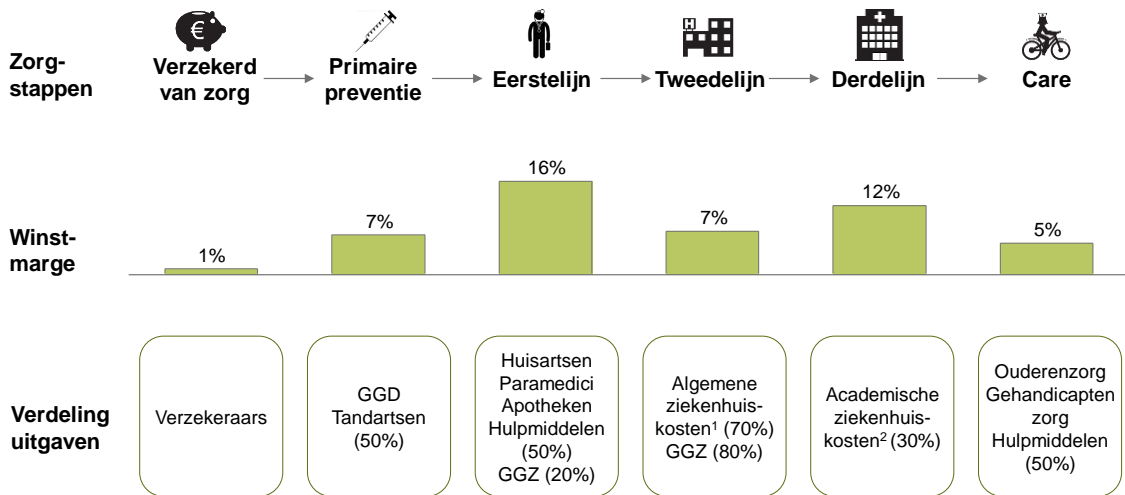
Waar winst is, is toetreding. Het streven naar winst stimuleert ondernemingen tot het nemen van risico, bijvoorbeeld door te innoveren. Bij het analyseren van de winstgevendheid van de zorg is het daarom interessant om te kijken hoe de winst is verdeeld over de *patient journey*, van gezonde verzekerde naar care. In welke schakels willen wij als maatschappij innovatie het meest stimuleren?

Uit figuur 12 blijkt dat winst in de Nederlandse zorg vooral gemaakt wordt in de eerste lijn (huisartsen- en paramedische zorg) en de derde lijn (academische ziekenhuiszorg), terwijl preventie en care juist de minst winstgevendende sectoren zijn. Momenteel wordt innovatie dus vooral

gestimuleerd in de complexe zorg. Dit komt omdat hierbij relatief veel medisch specialistische zorg, apparatuur en geneesmiddelen worden ingezet. In preventie en care is de financiële prikkel om risico te nemen op basis van de lage winstniveaus momenteel juist erg laag.

Gemiddelde winstmarge bij toenemende complexiteit zorgpad

[2015, % van omzet]



Figuur 12: winstgevendheid vanuit het perspectief van de patient journey

Zorggelden in zorg houden of winst beperken lijkt logisch maar (a) de Nederlandse overheid kan hiermee slechts een deel van de totale winst beïnvloeden (b) er moet in de zeer innovatieve zorgsector voldoende vermogen om te innoveren blijven – zowel in gelden als in durf (c) in de zeer complexe bedrijfsvoering die organisaties in de zorg hebben moeten genoeg prikkels blijven om de processen efficiënt in te richten. Winst vormt zo'n prikkel. Als we deze willen wegnemen dan zijn wel alternatieve waarborgen nodig.

Voor meer informatie over deze studie kunt u contact opnemen met:

Daan Livestro

06 23852854

daan.livestro@gupta.nl

Judith van Andel

06 81494761

judith.vanandel@gupta.nl

Appendix

Appendix 1 – Analyse subsectoren van zorg volgens “Five forces” model van Porter

	Subsector	Totaalscore hoeveelheid macht (som van scores)	Inschatting per kracht (hoog = 1, middel = 2, laag = 3)				
			Kans op nieuwe toetreders	Dreiging van alternatieven	Onderhandelmacht klanten	Onderhandelmacht leveranciers	Rivaliteit
Professionals	Huisartsen	13	2	3	3	3	2
	Medisch specialisten	13	3	2	3	2	3
	Paramedici	11	2	2	3	2	2
	Apotheken	12	3	3	2	1	3
	Tandartsen	12	2	3	3	2	2
Instellingen	Ziekenhuizen	10	3	2	2	1	2
	Langdurige zorg	7	2	2	1	1	1
Producten	Hulpmiddelen & apparatuur	13	2	2	3	3	3
	Farmaceuten	14	3	3	3	2	3
	Groothandel	8	2	2	1	1	2
Diensten	ICT	13	2	3	3	3	2
	Financieel	15	3	3	3	3	3
Bouw	Bouw	8	1	3	1	2	1
Verzekeraars	Verzekeraars	9	3	3	1	1	1

Voor de typering van de deelsectoren gaat het om gemiddelde scores. Zo is bijvoorbeeld bij orthopedie de kans op toetreding groter dan bij hartchirurgie. Hetzelfde geldt voor de onderhandelmacht van verzekeraars. In bepaalde gevallen is deze groot zoals bijvoorbeeld bij generieke geneesmiddelen, in andere gevallen laag zoals bij ziekenhuizen.

Hieronder geven wij een meer gedetailleerde onderbouwing voor analyse zoals weergegeven in de tabel. Voor Farmaceuten is de analyse hier niet opnieuw weergegeven, aangezien deze in de studie zelf al uitgebreid is toegelicht.

Huisartsen

- **Kans op nieuwe toetreders (MIDDEL):** Voorheen werd het werkgebied van huisartspraktijken wel vastgesteld op basis van postcodes. Inmiddels mag dat niet meer, en is het voor huisartsen (iets) gemakkelijker om nieuwe praktijken te openen. De barrières om dit te doen zijn echter wel zeer groot – de praktijk is grotendeels afhankelijk van inschrijftarieven, dus een nieuwe praktijk zal voldoende mensen moeten overtuigen om te switchen bij opening.
- **Dreiging van alternatieven (LAAG):** Het werk dat wordt uitgevoerd door huisartsen is bij wet beschermd, en het is niet mogelijk om dezelfde soort werkzaamheden zonder de juiste bevoegdheden uit te voeren. Binnen het reguliere medische circuit zijn alternatieven in tweedelijns zorg, maar daarvoor is wel verwijzing via de huisarts nodig. Alternatieven buiten het reguliere medische circuit zijn alternatieve geneeswijzen zoals de homeopathie, en zelfbehandeling/zorgmijding. Zelfs als patiënten deze alternatieven kiezen, zal de huisarts doorgaans alsnog de jaarlijkse inschrijftarieven ontvangen, dus de bedreiging is zeer laag.
- **Onderhandelmacht klanten (LAAG):** Financieel gezien zijn zorgverzekeraars, namens hun verzekerden, de hoofdklanten van huisartsen. Gezien de essentiële rol die wij binnen ons zorgsysteem toedichten aan huisartsen, de inschrijving op naam en de vertrouwensrelatie die huisartsen opbouwen met hun patiënten, is de onderhandelmacht relatief beperkt.⁶ De NZA stelt maximumtarieven voor inschrijvingen en verrichtingen, en deze worden doorgaans ook gewoon betaald door verzekeraars.

⁶ Zie bijvoorbeeld ook: <https://fd.nl/opinie/1146315/huisartsen-en-ziekenhuizen-staan-sterker-dan-gedacht>

- Onderhandelmacht toeleveranciers (LAAG): huisartsen zijn voor het grootste deel van hun winst afhankelijk van de inschrijftarieven, de kosten van hun eigen arbeid en de kosten van extern ingehuurde arbeid zoals assistenten en huisartsen in dienst van huisartsen. De ingekochte arbeid is relatief breed beschikbaar, de machtspositie van deze 'toeleveranciers' is daarom laag. De macht van leveranciers van apparatuur en materialen zoals hechtdraden is groter, maar de impact van deze leveranciers op het werk van huisartsen is relatief beperkt.
- Rivaliteit (MIDDEL): Er is historisch gezien weinig strijd tussen huisartspraktijken om patiënten, maar de ACM ziet de laatste tijd wel meer toe op handelingen van huisartspraktijken die mogelijk in strijd zijn met de mededingingswet, zoals het onderling verdelen van wijken.⁷ Ook mogen huisartsen niet collectief optreden in hun onderhandelingen met zorgverzekeraars, en hoewel er wel schaalvergroting heeft plaatsgevonden is de huisartsensector nog redelijk gefragmenteerd.

Medisch specialisten

- Kans op nieuwe toetreders (LAAG): de hoeveelheid nieuwe medisch specialisten wordt door de beroepsgroep zelf gereguleerd. Dit gebeurt zowel bij toelating tot de opleiding, als ook bij toelating tot maatschappen, welke in feite functioneren als lokale monopolies. Voor sommige specialismen die zich kunnen vestigen buiten het ziekenhuis, is er meer toetreding mogelijk. Zeker omdat er op veel specialismen nu een overschot is.
- Dreiging van alternatieven (MIDDEL): de dreiging van alternatieven schatten wij als middelgroot, omdat er maatschappelijk gezien steeds meer wordt ingezet op substitutie naar eerstelijnszorg of zelfzorg. Afspraken hierover beginnen langzaam, zij het in beperkte mate, tot resultaat te leiden⁸ en het ligt in de lijn der verwachting dat ook op langere termijn substitutie een belangrijke maatschappelijke focus blijft houden.
- Onderhandelmacht klanten (LAAG): met de invoering van integrale bekostiging zijn ziekenhuizen in feite in financiële zin de klanten van medisch specialisten geworden (voorheen waren dit zorgverzekeraars). Omdat medisch specialisten de relatie met de uiteindelijke klant (d.w.z., de patiënt) beheersen, en omdat ziekenhuizen doorgaans geen keuze hebben tussen verschillende partijen/maatschappen, is de onderhandelmacht van klanten laag.
- Onderhandelmacht toeleveranciers (LAAG): medisch specialisten zijn voor het genereren van hun omzet slechts zeer beperkt afhankelijk van toeleveranciers. Apparatuur en hulpmiddelen, bijvoorbeeld voor operaties, worden immers door het ziekenhuis aangeschaft. Dat betekent dat medisch specialisten vrijwel alleen afhankelijk zijn van ondersteunend personeel en bijvoorbeeld financiële dienstverlening / accounting en, bij grotere maatschappen of medisch specialistische bedrijven (MSBs), managers. Omdat de afhankelijkheid zo beperkt is, schatten wij de onderhandelmacht van deze toeleveranciers als laag.
- Rivaliteit (LAAG): voor een groot deel van de zorg is de belangrijkste drijver van gedrag van zorgconsumenten de reistafstand tot het ziekenhuis. Medisch specialisten hebben daardoor in veel regio's in zekere zin monopolies, zeker voor wat betreft de meer routinematige zorg. Binnen de regio's/ziekenhuizen organiseren zij zich in maatschappen of MSB's, en wordt er niet 'gestreden' om de patiënt. Hier en daar wordt wel gestreden om

⁷ Zie bijvoorbeeld: <https://www.nrc.nl/nieuws/2015/09/19/acm-samenwerkende-huisartsen-hoeven-niet-bang-te-zijn-voor-boete-a1413036>

⁸ <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2016/07/07/rapportage-afsprakenmonitor-2016/rapportage-afsprakenmonitor2016.pdf>

marktaandeel, zeker waar het supra-regionale zorg betreft – zo zien wij bijvoorbeeld dat er een strijd is voor subgroepen van oncologiepatiënten, zoals borstkanker - maar de impact hiervan op de medisch specialistische zorg als geheel is toch vrij beperkt. In onze ervaring hebben dergelijke dynamieken bijvoorbeeld nog vrijwel geen impact op bijvoorbeeld tariefonderhandelingen.

Paramedici

- Kans op nieuwe toetreders (MIDDEL): hoewel paramedici ook wettelijke bescherming genieten, is toetreding gemakkelijker dan voor medisch specialisten en huisartsen – het betreft een hbo-opleiding, waardoor de potentiële groep van kandidaten groter is (wel geldt er momenteel bijvoorbeeld een numerus fixus voor de opleiding fysiotherapie). De beroepsgroep reguleert daarna verder niet de spreiding op een zelfde manier zoals dit bij bijvoorbeeld medisch specialisten gebeurt.
- Dreiging van alternatieven (MIDDEL): zelfzorg, huisartsenzorg of tweedelijnszorg zijn allemaal alternatieven voor zorg die door paramedici wordt geleverd. Beschikbaarheid van fysiotherapie, bijvoorbeeld, is vooral gerelateerd met welvaart – hoe rijker het land, hoe meer fysiotherapie⁹. In het Verenigd Koninkrijk zijn echter per inwoner maar half zoveel fysiotherapeuten als in Nederland – blijkbaar kan de keus dus ook gemaakt worden om het met veel minder te doen, en dit vormt wel degelijk een bedreiging voor fysiotherapeuten en andere paramedici.
- Onderhandelingsmacht klanten (MIDDEL): de ‘klanten’ van paramedici verschillen, en zijn soms zorgverzekeraars rechtstreeks, en soms bijvoorbeeld de instellingen aan wie zij hun diensten verlenen. Ook kunnen patiënten zelf rechtstreeks de klant in financiële zin vormen. De machtspositie van paramedici zelf wordt verzwakt doordat het aanbod gefragmenteerd is, maar paramedici beheersen wel in directere zin de interactie met de patiënt zelf, en aan kantzijde is er ook een behoorlijke fragmentatie. Al met al schatten wij daarom de onderhandelingsmacht van klanten in als middelgroot.
- Onderhandelingsmacht toeleveranciers (LAAG): Als professioneel dienstverleners zijn paramedici, net als artsen, vrijwel niet afhankelijk van toeleveranciers voor het leveren van hun diensten.
- Rivaliteit (MIDDEL): Wij schatten onderlinge rivaliteit in als substantieel hoger dan bij bijvoorbeeld medisch specialisten. Dit wordt vooral gedreven door het grotere aanbod en de grotere vrijheid van vestiging.

Apotheken

- Kans op nieuwe toetreders (LAAG): door de nauwe banden die apotheken hebben met huisartsen, en de sterke greep die grotere ketens hebben op de markt, is het praktisch gezien vrijwel onmogelijk om nieuwe apotheken te beginnen in bestaande wijken¹⁰. Wel is het mogelijk om apotheken over te nemen, maar een groot deel van de apotheken is al in handen van een klein aantal grote landelijke spelers.
- Dreiging van alternatieven (LAAG): alternatieven voor apotheken zijn zeer dun bezaaid. Conceptueel is het niet essentieel dat pillen daadwerkelijk via huidige apotheken worden geleverd – dit zou prima kunnen via postbestellingen zoals ook met veel medische hulpmiddelen gebeurt, zeker voor herhaalrecepten. Dergelijke constructen zijn echter juridisch ingewikkeld, en vereisen dat apothekers er zelf aan meewerken. Daarmee zouden

⁹ Zie bijvoorbeeld: <http://www.wcpt.org/news/WCPT-profiles-profession-Apr14>

¹⁰ Zie ter illustratie van een geval waar het wél gelukt is bijvoorbeeld:

<https://www.nrc.nl/nieuws/2016/07/29/de-apotheek-als-stamkroeg-3454997-a1513959>

ze in feite hun eigen markt verpesten, en dat is tot nu toe nog niet gebeurt. Het is niet ondenkbaar dat dit in de toekomst toch zal gebeuren, maar op korte termijn schatten wij deze kans in als laag.

- Onderhandelmacht klanten (MIDDEL): Zorgverzekeraars zijn financieel gezien de klanten van apothekers. Tariefstelling is volledig vrij, en verzekeraars hebben de afgelopen jaren behoorlijk hun macht ingezet om bijvoorbeeld prijzen per verstrekking voor generieke geneesmiddelen sterk te verlagen. Dit heeft evenwel vooral tot doel gehad om de inkoopmacht van apothekers bij hun toeleveranciers te vergroten, en niet zozeer op de kostenstructuur van apothekers zelf. De macht is redelijk verdeeld tussen zorgverzekeraars. Ook op terhandstellingstarieven zien wij als indicatie dat de onderhandelmacht van verzekeraars richting apothekers zelf begrensd is.
- Onderhandelmacht toeleveranciers (HOOG): De macht van farmaceuten is hierboven in de uitgebreider toegelicht. Samengevat schatten wij deze in als hoog daar waar het specialty (d.w.z., niet-generieke) medicijnen, en dus het grootste deel van de omzet, betreft.
- Rivaliteit (LAAG): Wij schatten dat ~80% van de apothekersmarkt wordt gecontroleerd door 5 partijen of samenwerkingsverbanden (NFZ, Benu, Pact, Alliance en Sofa). Op lokaal niveau hebben gevestigde apotheken nauwe banden met huisartspraktijken en dus met patiëntpopulaties, en er wordt maar in beperkte mate om patiënten geconcurrerd.

Tandartsen

- Kans op nieuwe toetreders (MIDDEL): net als bij medisch specialisten wordt het aantal opleidingsplekken gereguleerd. Wel is het iets gemakkelijker om zelf een praktijk te beginnen, al zijn daar wel behoorlijke investeringen voor nodig die een barrière vormen.
- Dreiging van alternatieven (LAAG): het enige alternatief voor tandheelkundige zorg is zorgmijding. Voor een deel van de patiënten is dit levenslang een houdbare strategie, maar voor het grootste deel geldt dat zij uiteindelijk alsnog voor complicaties bij de tandarts terecht zullen komen.
- Onderhandelmacht klanten (LAAG): Klanten van tandartsen, in financiële zin, zijn zorgverzekeraars (via de aanvullende verzekering - ~70% van Nederlanders is aanvullend verzekerd) en patiënten zelf. Door de betaalstructuur (gedetailleerd per subverrichting) spreekt informatie-asymmetrie tussen aanbieder en patiënt een rol – het is voor patiënten immers doorgaans lastig te beoordelen of zij die specifieke verrichting nu werkelijk nodig hadden, en ook kunnen zij prijzen nauwelijks vergelijken. Voor verzekeraars is dit beter mogelijk, maar door de limiet op vergoedingen aan verzekerden is er voor hen slechts een beperkte prikkel om sterk in te zetten op prijs optimalisatie.
- Onderhandelmacht toeleveranciers (MIDDEL): Tandartspraktijken zijn voor het genereren van hun omzet sterk afhankelijk van leveranciers van apparatuur en hulpmiddelen. Door sterke fragmentatie in de tandartsenmarkt vs. de geconcentreerde markt van fabrikanten van apparatuur is de inkoopmacht van tandartspraktijken relatief beperkt. Dit geldt zeker voor meer geavanceerde technieken waarbij de leveranciersmarkt extra geconcentreerd is. Een mooi voorbeeld is Invisalign, een gebruiksvriendelijk alternatief voor orthodontistische zorg, waarvan het bedrijf zelf zeer nauwkeurig controleert welke tandartsen onder welke voorwaarden hun techniek mogen inzetten. Ook voor CEREC, een techniek waarmee kronen 3D-geprint kunnen worden en waarmee zelfde-dag service mogelijk wordt, geldt dit. De macht van toeleveranciers beperkt vooral de verspreiding van innovatie (CEREC bestaat al > 20 jaar, maar wordt slechts door een klein percentage van tandartsen ingezet), maar heeft minder effect op winstmarges omdat participerende tandartsen de kosten doorrekenen.

- Rivaliteit (MIDDEL): Over het algemeen kunnen patiënten in hun regio echter wel kiezen uit meerdere tandartspraktijken, en de drempel om naar een andere praktijk te gaan is, in praktische zin, laag. Wij schatten echter in dat klanten van tandartsen over het algemeen gehecht zijn aan hun eigen tandarts, en dus niet snel zullen switchen.

Ziekenhuizen

- Kans op nieuwe toetreders (MIDDEL): het is in praktische zin eigenlijk onmogelijk om een nieuw ziekenhuis te beginnen. Ook financieel is het voor investeerders niet aantrekkelijk, door het verbod op winstuitkering. Wel is het mogelijk om zelfstandige behandelcentra (ZBC's) op te richten voor specifieke subgebieden van de medisch specialistische zorg, zoals orthopedie. In veel gevallen hebben ziekenhuizen dit zelf al gedaan, om controle te houden over de patiëntenstroom. Gecombineerd met de hoge benodigde investeringen is het daarmee, zonder overeenkomsten met al bestaande ziekenhuizen, zeer lastig om als nieuwe toetreders een ZBC te openen.
- Dreiging van alternatieven (MIDDEL): ziekenhuizen worden, net als medisch specialisten, op korte termijn bedreigd door de sterke maatschappelijke inzet op substitutie. Bovendien zien wij op de langere termijn een sterke verplaatsing van zorg het ziekenhuis uit (zie onze eerdere studie, 'No place like home'¹¹). Wij schatten in dat op termijn ~45% van zorg die nu nog in het ziekenhuis geleverd wordt straks in de thuissituatie geleverd kan worden. De medisch specialist fungeert daarbij vermoedelijk nog steeds als regisseur en heeft dus minder last van deze ontwikkeling, maar de rol van het ziekenhuis wordt hiermee minder noodzakelijk.
- Onderhandelingsmacht klanten (MIDDEL): Klanten van ziekenhuizen zijn, in financiële zin, zorgverzekeraars. Inkoop van medisch specialistische zorg is de afgelopen jaren een sterke focus geweest bij zorgverzekeraars, en zal dat ook in de nabije toekomst blijven. Daarmee wordt de druk om doelmatiger te handelen steeds meer opgevoerd. Aan de andere kant staan ziekenhuizen in veel gevallen zeker niet machteloos. In onze ervaring is de verkooporganisatie van ziekenhuizen doorgaans professioneel, en weten zij verzekeraars vrij ver van de 'werkvloer' te houden om zo werkelijk invloed te kunnen uitoefenen op keuzes die het ziekenhuis maakt. Vertragingen in onderhandelingsproces die we de afgelopen jaren zagen worden in onze ervaring niet alleen veroorzaakt door verzekeraars, maar ook door ziekenhuizen die strak onderhandelen. Al met al schatten wij de onderhandelingsmacht in als middelgroot.
- Onderhandelingsmacht toeleveranciers (HOOG): Medisch specialisten zijn, met de invoering van integrale bekostiging, formeel belangrijke toeleveranciers geworden. Zoals wij hierboven hebben toegelicht schatten wij hun onderhandelingsmacht in als zeer hoog. Ook de onderhandelingsmacht van andere belangrijke toeleveranciers, zoals farmaceuten en fabrikanten van apparatuur, schatten wij in als hoog, omdat zij hun producten veelal aanprijzen via artsen, en ziekenhuizen vervolgens weinig keuzevrijheid overhouden die hen onderhandelingsmacht geeft.
- Rivaliteit (LAAG): Concurrentie tussen ziekenhuizen is relatief beperkt. Hier en daar wordt wel gestreden om marktaandeel, zeker waar het supra-regionale zorg betreft – zo zien wij bijvoorbeeld dat er een strijd is voor subgroepen van oncologiepatiënten, zoals borstkanker – maar de impact hiervan op de medisch specialistische zorg als geheel is toch vrij beperkt. In onze ervaring hebben dergelijke dynamieken bijvoorbeeld nog vrijwel geen impact op bijvoorbeeld tariefonderhandelingen.

¹¹ http://www.gupta-strategists.nl/storage-files/Gupta_strategists-Overig-studie%20No%20place%20like%20home.pdf

Langdurige zorg

- Kans op nieuwe toetreders (MIDDEL): hoewel de markt voor langdurige zorg wordt gedomineerd door grotere spelers, is er zeker ruimte voor nieuwkomers.¹² Toetreding is niet gemakkelijk, en vereist kapitaal – maar juist daarvoor is momenteel interesse vanuit vastgoedinvesteerders, gegeven de vrij zekere groei van de komende decennia.
- Dreiging van alternatieven (MIDDEL): de omvang en het groeipotentieel van de markt voor met name ouderenzorg maken deze niet alleen aantrekkelijk voor nieuwe aanbieders, maar ook voor de opkomst van alternatieven. Daarbij valt te denken aan e-health oplossingen, maatwerk woonoplossingen met beperkte zorgvoorzieningen, en natuurlijk mantelzorg. Alleen al vanwege de hoeveelheid personeel die nodig zou zijn schat ABN Amro Bank het als onmogelijk om op de huidige wijze de toekomstige vraag te bedienen. De verschuiving naar de thuissituatie is nu ook al duidelijk zichtbaar. In een recent brancherapport van ActiZ blijkt duidelijk dat het aantal instellingen daalt, terwijl het aantal aanbieders van thuiszorg juist sterk groeit.¹³
- Onderhandelingsmacht klanten (HOOG): financieel gezien zijn zorgkantoren en zorgverzekeraars de klanten van aanbieders van langdurige zorg. Voor zorgkantoren geldt dat zij zich moeten houden aan budgetten die door de landelijke overheid worden gesteld – daar overheen gaan is simpelweg geen optie. In de ZVW is wat meer flexibiliteit, maar toch hebben verzekeraars in onze ervaring ook daar uurprijzen zodanig laag gekregen dat deze nauwelijks boven de in cao vastgelegde uurlonen liggen. Verzekeraars bemoeien zich bovendien stevig met de bedrijfsvoering van aanbieders, en sturen in toenemende mate op doelmatige inzet.
- Onderhandelingsmacht toeleveranciers (HOOG): de belangrijkste ‘toeleveranciers’ van aanbieders van langdurige zorg zijn zorgverleners/werknemers. Hun loonontwikkeling wordt collectief uit onderhandeld in de CAO. De conclusie van het rapport van ABN Amro hierboven, die wij ook herkennen vanuit onze eigen contacten met aanbieders, is dat er een tekort aan zorgverleners aan het ontstaan is. Daarmee is het voor aanbieders vrijwel onmogelijk de komende tijd winstmarges te verhogen door op loonkosten of personeelsmix te sturen.
- Rivaliteit (HOOG): Zeker in de ouderenzorg is de concurrentie stevig. Het aantal aanbieders is fors, vooral in de thuiszorg (> 1.000). Het opkomen van aanbieders die zich richten op groepen cliënten die aantrekkelijker marges opbrengen maakt de concurrentiestrijd nog steviger.

Hulpmiddelen en apparatuur

NB: we beschouwen hier de fabrikanten van hulpmiddelen en apparatuur. Voor leveranciers, zie groothandel hieronder

- Kans op nieuwe toetreders (MIDDEL): het ontwikkelings- en goedkeuringsproces van hulpmiddelen en apparatuur is kapitaalintensief. Net als in de farmaceutische industrie is de industrie voor apparatuur en voor hulpmiddelen veelal onderverdeeld in niches waarin

¹² https://www.abnamro.nl/nl/images/Generiek/PDFs/020_Zakelijk/02_Sectoren/Zorg/zorg-branche-langdurige.pdf

¹³ <https://www.actiz.nl/stream/160715-feiten-en-cijfers-verpleeghuiszorgdef.pdf>

wereldwijd slechts een beperkt aantal bedrijven de dienst uitmaken.¹⁴ Dit geeft aan hoe lastig het is om als nieuwe toetreders de markt te betreden. Dat wil niet zeggen dat er een gebrek is aan start-ups en nieuwe initiatieven, maar deze worden doorgaans in een vroege fase opgekocht door bestaande spelers omdat het niet goed mogelijk is om zelfstandig de markt te bereiken.

- Dreiging van alternatieven (MIDDEL): gezien de heterogeniteit van deze categorie is het moeilijk om een eenduidige analyse te geven van de beschikbaarheid van alternatieven. Bijvoorbeeld voor beeldvormingstechnieken bestaan natuurlijk wel alternatieven, namelijk andere beeldvormende technieken, lichamelijk onderzoek of anamnese. Voor de belangrijkste categorieën van medische hulpmiddelen – stoma materialen, diabetes teststrips, orthopedische schoenen en hoortoestellen – zijn alternatieven slechts beperkt denkbaar. (Voor diabetes teststrips kan bijvoorbeeld gedacht worden aan zorg ter preventie van diabetes).
- Onderhandelmacht klanten (LAAG): Klanten van medische apparatuur, namelijk aanbieders of zelfstandige professionals, zijn veel meer gefragmenteerd dan fabrikanten in de meeste sectoren. Bovendien is de inkoopende macht (bijvoorbeeld het ziekenhuis) vaak gescheiden van de zorgprofessional (bijvoorbeeld de medisch specialist) waarop de marketing veelal gericht wordt. Deze dynamiek maakt het voor klanten zeer lastig om enige vorm van inkoopmacht op te bouwen.
- Onderhandelmacht toeleveranciers (LAAG): Fabrikanten van hulpmiddelen en apparatuur voeren doorgaans zelf de meest waardeverhogende stap in de productketen uit. Voor veel hulpmiddelen, zoals teststrips en stomamaterialen, zijn de inputs commodities zoals papier, enzymen, gel, etc. Voor geavanceerder apparatuur, zoals chirurgische lasers, zijn meer precisie-onderdelen nodig waarvoor de macht van toeleveranciers wellicht iets groter is.
- Rivaliteit (LAAG): zoals hierboven al toegelicht is deze industrie veelal onderverdeeld in niches waarin wereldwijd slechts een beperkt aantal bedrijven de dienst uitmaken. Veel van deze niches opereren als klassieke oligopolies, waar de dominante spelers meer belang hebben bij ‘peaceful coexistence’ dan bij harde concurrentie op prijs.

Groothandel

NB: onder groothandels rekenen wij groothandels in de farmaceutische zorg, maar ook bijvoorbeeld leveranciers van hulpmiddelen.

- Kans op nieuwe toetreders (MIDDEL): de barrières voor toetreding zijn behoorlijk hoog, omdat certificering, maar vooral ook schaalgrootte vereist is om waarde toe te voegen in de keten. Desalniettemin is het voor andere organisaties in principe wel mogelijk om toe te treden, de kans daarop is het grootst voor branchegeenoten uit andere landen.
- Dreiging van alternatieven (MIDDEL): de toegevoegde waarde van groothandels in de ketens zit vooral in 1) procesoptimalisatie (bijvoorbeeld voor magistrale bereidingen of baxtering) en 2) inkoopmacht. In de toekomst zou een derde waardedrijver ook informatie /data analytics kunnen zijn. Met name voor de laatste 2 waardedrijvers zijn zeker alternatieven denkbaar. Voor het creëren van inkoopmacht is het bijvoorbeeld prima mogelijk dat bestaande marktpartijen, zoals ziekenhuizen en/of zorgverzekeraars, inkoopcombinaties vormen.

¹⁴ Enkele voorbeelden: hechtmaterialen – 1 fabrikant heeft > 70% van wereldmarkt; diabetes teststrips – 4 fabrikanten hebben naar schatting > 90% van de markt; orthopedische protheses – 4 fabrikanten hebben > 70% van wereldmarkt; imaging markt – 4 fabrikanten hebben > 75% van wereldmarkt;

- Onderhandelmacht klanten (HOOG): klanten van groothandels zijn apotheekketens en (voor hulpmiddelen) zorgverzekeraars. In beide gevallen zijn de markten behoorlijk geconcentreerd, en is er zo weinig onderscheid tussen de aangeboden diensten dat klanten behoorlijke marktmacht genieten. Voor hulpmiddelen is dit het duidelijkst merkbaar. Sinds het vervallen van de ex-post verevening zijn verzekeraars agressief gaan inzetten op het verlagen van hulpmiddelenprijzen, en zijn hierin ook behoorlijk goed geslaagd omdat het een van de beperkte gebieden in de zorg is waar zij daadwerkelijk selectief kunnen inkopen.
- Onderhandelmacht toeleveranciers (HOOG): zoals hierboven al toegelicht is de macht van zowel farmaceuten als van hulpmiddelenfabrikanten doorgaans hoog. Voor generieke geneesmiddelen valt nog op te merken dat de macht van fabrikanten weliswaar veel kleiner is, maar dat de inkoopvoordelen daarvan inmiddels vrijwel volledig bij verzekeraars (en hun verzekerden) beland zijn.
- Rivaliteit (MIDDEL): het is voor leveranciers moeilijk om zich op waarde te onderscheiden. Voor hulpmiddelen zijn in bijna alle segmenten meerdere leveranciers die in principe dezelfde waarde aan de keten kunnen toevoegen. Ook voor farmaceutische groothandels geldt dit in zekere mate, alhoewel zij doorgaans wel gelieerd zijn aan apotheekketens.

ICT

- Kans op nieuwe toetreders (MIDDEL): de markt voor elektronische patiëntendossiers is zeer geconcentreerd. Toetreding is zeer lastig, door de zeer hoge technische eisen die worden gesteld aan dergelijke systemen en de voorsprong die bestaande partijen daarom hebben door deze ontwikkelingscyclus al te hebben doorlopen. In de langdurige zorg is toetreding gemakkelijker omdat de technische eisen en daarmee de benodigde investeringen lager zijn. De markt is daar dan ook een stuk meer gefragmenteerd.¹⁵
- Dreiging van alternatieven (LAAG): ICT is doorgaans zelf juist hét alternatief voor de traditionele oplossing: papier. De oplossing wordt, zeker voor statusvoering, nog wel ingezet, maar lijkt op termijn geen toekomst te hebben. Theoretisch is in-house ontwikkeling ook een optie, maar hier wordt vandaag de dag niet meer voor gekozen.
- Onderhandelmacht klanten (LAAG): Zeker in de medisch specialistische zorg, waar de markt voor ICT in de zorg het grootst is, hebben klanten relatief weinig macht. Zij kunnen uiteraard wel selectief inkopen, maar het verdienmodel van ICT-leveranciers is vooral ook op onderhoudskosten gestoeld, en als klanten eenmaal voor een systeem kiezen zijn de switching costs dermate hoog dat zij weinig keuze hebben
- Onderhandelmacht toeleveranciers (LAAG): ICT-aanbieders zijn voor het genereren van hun omzet nauwelijks afhankelijk van toeleveranciers – behalve hun werknemers.
- Rivaliteit (MIDDEL): Met name op de markt voor elektronische cliëntendossiers, in de langdurige zorg, is nog veel fragmentatie. Maar ook op de markt voor patiëntendossiers van ziekenhuizen wordt momenteel gestreden voor ziekenhuizen die willen overstappen op een nieuw systeem. Als een klant eenmaal de keus eenmaal de keus heeft gemaakt daalt de rivaliteit evenwel naar vrijwel nul, door de zeer hoge switching costs.

Financieel

- Kans op nieuwe toetreders (MIDDEL): kapitaal in de zorg is vooral van belang voor de financiering van gebouwen en technologie - dus voor ziekenhuizen en instellingen voor langdurige zorg. De afgelopen jaren is het voor ziekenhuizen zeer lastig geweest om nieuwbouw te financieren, omdat financierders werden afgeschrikt door faillissementen.

¹⁵ https://mxi.nl/upload/documenten/ecd_een_markt_in_beweging_zorgvisieict.pdf

Financierders zijn daardoor de afgelopen jaren eerder weggelopen dan toegetreden. In de langdurige zorg, met name in de oudere zorg, is echter wel degelijk belangstelling voor financiering – maar dan vooral voor zorgwoningen, omdat de hoeveelheid benodigde vierkante meters voor instellingen juist zal dalen.

- Dreiging van alternatieven (LAAG): theoretisch zou de overheid kunnen inspringen, en voorheen deed zij dat ook bij de financiering van ziekenhuizen, terwijl voor de AWBZ de kapitaalslasten van instellingen werden gedekt. Het afgelopen decennium is de beweging echter juist geweest naar meer financiering vanuit de markt, en het lijkt niet realistisch dat deze trend in de nabije toekomst zal omdraaien. NL Zorgobligaties is een recent initiatief vanuit, onder andere, ActiZ, om geld toegankelijk te maken voor het financieren van vastgoed in de langdurige zorg, waarbij benodigde hoeveelheid eigen vermogen kleiner is maar de rente wel ongeveer 1% boven die van bankleningen ligt (maar wel onder die van particuliere investeerders).¹⁶ Ook crowdfunding is theoretisch een alternatief, zoals het Admiraal de Ruyter ziekenhuis heeft aangetoond¹⁷ - maar het lijkt niet waarschijnlijk dat deze alternatieven op korte termijn een realistisch alternatief zullen vormen voor de meer traditionele financieringsvormen.
- Onderhandelmacht klanten (LAAG): zeker voor ziekenhuizen is het zeer lastig om financiering te regelen doordat investeerders bang zijn voor faillissementen en voor de dalende trend in hoeveelheid vierkante meters die we in Nederland voor de ziekenhuiszorg nodig hebben. Het is interessant om te zien dat de rente die wordt betaald tot eind jaren negentig nog ruim onder de marktrente lag, maar sindsdien is gestegen en inmiddels zo'n 2% boven de marktrente ligt.¹⁸ Blijkbaar is de hoeveelheid risico die investeerders groter harder gegroeid dan de overtuigingskracht/onderhandelmacht van instellingen.
- Onderhandelmacht toeleveranciers (LAAG): voor het genereren van hun omzet zijn financiers nauwelijks afhankelijk van toeleveranciers.
- Rivaliteit (LAAG): De afgelopen jaren hebben veel bancaire instellingen zich teruggetrokken, waardoor de Bank Nederlandse Gemeenten (BNG) momenteel ~50% van het Nederlandse zorgvastgoed heeft gefinancierd.¹⁹ Ook trekken banken vaak op in consortia. Particuliere investeerders, zoals Cofinimmo, betreden wel de markt, maar van werkelijke concurrentie voor de mogelijkheid tot investeren kan momenteel niet gesproken worden.

Bouw

- Kans op nieuwe toetreders (HOOG): de markt voor zorgvastgoed verplaatst zich van grote instellingen en ziekenhuizen naar meer kleinschalige bouw zoals zorgwoningen. Daarmee wordt het voor een grotere groep van marktpartijen mogelijk om deel te nemen.
- Dreiging van alternatieven (LAAG): er bestaan geen alternatieven voor de traditionele bouw.
- Onderhandelmacht klanten (HOOG): er zijn meerdere partijen die grotere projecten kunnen uitvoeren, en met het steeds kleinschaliger worden van de bouwbehoeftes neemt dit aantal partijen alleen maar toe. Het is moeilijk voor deze partijen om zich op waarde te onderscheiden, dus is de rivaliteit hoog en de onderhandelmacht van klanten daarmee ook.

¹⁶ <http://www.zorginstellingen.nl/nieuws/het-nieuwe-financieren-van-zorgvastgoed-23495>

¹⁷ <https://www.skipt.nl/actueel/id24612-alternatieven-nodig-voor-financiering-zorgvastgoed.html>

¹⁸ <https://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/04B8518D-BA7B-454B-84CA-B34B510D4D76/0/2015WA05ontwikkelingenrenteaawbzorginstellingen19892013D.pdf>

¹⁹ <https://www.skipt.nl/actueel/id24612-alternatieven-nodig-voor-financiering-zorgvastgoed.html>

- Rivaliteit (HOOG): er zijn meerdere partijen die grotere projecten kunnen uitvoeren, en met het steeds kleinschaliger worden van de bouwbehoeftes neemt dit aantal partijen alleen maar toe. Het is moeilijk voor deze partijen om zich op waarde te onderscheiden, dus is de rivaliteit hoog en de onderhandelmacht van klanten daarmee ook.

Verzekeraars

- Kans op nieuwe toetreders (LAAG): De kans op toetreding bij zorgverzekeraars is zeer laag door de hoge kapitaaleisen, zoals blijkt uit de mislukte initiatieven van de afgelopen jaren. Ook de onmogelijkheid om winst uit te keren maakt nieuwe toetreding zeer onwaarschijnlijk – het is immers niet mogelijk om financieel gewin te halen uit kapitaal dat wordt geïnvesteerd.
- Dreiging van alternatieven (LAAG): Voor zorgverzekeraars bestaan voor wat betreft de basisverzekering vrijwel geen alternatieven – niet verzekeren mag alleen bij gewetensbezwaren. Voor aanvullende verzekering bestaat wel een alternatief, namelijk niet verzekeren.
- Onderhandelmacht klanten (HOOG): In zekere zin kan het Zorgverzekeringsfonds als zeer geconcentreerde ‘klant’ worden beschouwd. Ongeveer de helft van de omzet van zorgverzekeraars komt immers uit vereveningsbijdragen, die modelmatig worden bepaald. Loyaliteit – bijvoorbeeld door merktrouw, risico-aversiteit of loyaliteitsprogramma’s – heeft juist een drukkende werking op onderhandelmacht van klanten. Dit laatste effect speelt ook bij zorgverzekeraars, waar jaarlijks slechts ~6% van verzekerden ervoor kiezen om over te stappen.
- Onderhandelmacht toeleveranciers (HOOG): Bij zorgverzekeraars kunnen zorgaanbieders als toeleveranciers beschouwd worden. De overheid stelt het basispakket vast, en bepaalt daarmee wat verzekeraars moeten inkopen. Voor veel verstrekkingen hebben verzekeraars vrijwel geen mogelijkheid tot selectieve inkoop – de onderhandelmacht van toeleveranciers zoals ziekenhuizen is dan ook hoog.
- Rivaliteit (HOOG): Bij zorgverzekeraars is de rivaliteit hoog. Innovatie is slechts zeer beperkt mogelijk, en de aard van het product dat elke verzekeraar levert is transparant en (vrijwel) identiek voor alle spelers. De voornaamste manier waarop verzekeraars worden geacht zich te onderscheiden is inkoopresultaat, maar gezien de onderhandelmacht van toeleveranciers zijn ook hiervoor de mogelijkheden beperkt.

Appendix 2 – Analyse CBS consumentenbestedingen – indeling naar type keten

	% van binnenlandse consumptie	Kanaal	Product	Input	Niet toegewezen
1100 Aardappelen, groenten en fruit	1.7	100%			
1200 Vlees en vleeswaren	2.1	100%			
1300 Vis	0.4	100%			
1400 Zuivelproducten	1.6	100%			
1500 Brood, beschuit en broodproducten	1.1	100%			
1600 Overige voedingsmiddelen	2.2	100%			
2100 Consumptie-ijs	0.1		100%		
2200 Zoetwaren	1.3		100%		
2300 Dranken	2.2		100%		
2400 Tabak	1.8		100%		
3100 Textiel en kleding	4.2	50%	50%		
3200 Lederwaren en schoeisel	0.9	50%	50%		
3300 Woninginrichting	2.4	50%	50%		
3400 Huishoudelijke apparaten	2.2	50%	50%		
3500 Huishoudelijke artikelen	0.9	100%			
3600 Voertuigen	3.6	50%	50%		
3700 Overige duurzame goederen	2.6				100%
4100 Motorbrandstoffen	4.3			100%	
4200 Energie	4.2			100%	
4300 Overige goederen	5.5				100%
5100 Huisvesting	17.5		100%		
5200 Horecadiensten	4.8	100%			
5300 Diensten mbt recreatie en cultuur	3.6	100%			
5400 Diensten mbt vervoer & communicati	7.2		100%		
5500 Medische diensten en welzijnszorg	5.6				
5600 Financiële en zakelijke diensten	9.5	100%			
5700 Overige diensten	6.4				100%

Appendix 3 – Analyse impact van regulering

	Subsector	Totaalscore hoeveelheid regulering (som van scores)	Impact soorten regulering (1 = ja, 0 = nee)				
			Rechtstreeks verbod	Budgetbeperkingen	Macro-akkoorden	Prijsregulering	Sturing marktdynamiek
Professionals	Huisartsen	3	0	0	1	1	1
	Medisch specialisten	2	0	0	1	1	0
	Paramedici	2	0	0	1	1	0
	Apotheken	2	0	0	1	1	0
	Tandartsen	2	0	0	1	1	0
Instellingen	Ziekenhuizen	5	1	1	1	1	1
	Langdurige zorg	3	0	1	0	1	1
Producten	Hulpmiddelen & apparatuur	1	0	0	0	0	1
	Farmaceuten	1	0	0	0	0	1
	Groothandel	0	0	0	0	0	0
Diensten	ICT	0	0	0	0	0	0
	Financieel	1	0	0	0	0	1
Bouw	Bouw	0	0	0	0	0	0
Verzekeraars	Verzekeraars	5	1	1	1	1	1

Appendix 4 – Methodiek nader toegelicht

Hieronder lichten we de gebruikte methodiek in detail toe. Daarnaast is een bronnenlijst toegevoegd waarin terug te vinden is op welke bronnen de uitkomsten gebaseerd zijn.

Methoden

De totale winst in de zorgsector is op twee manieren onderzocht: 1) op basis van zorgrekeningen zoals gepubliceerd door het CBS en 2) met een gedetailleerde analyse van geldstromen in de zorg en verwachte winst bij alle betrokken partijen uit jaarverslagen en andere openbare rapporten.

Zorgrekeningen CBS

Om uit de zorgrekeningen het winstpercentage te bepalen is per sector of segment (care/cure) het netto exploitatieoverschot gedeeld door de totale output zoals gerapporteerd in de nationale rekeningen 2015.

Gedetailleerde analyse geldstromen

De gedetailleerde analyse van geldstromen is in vier stappen uitgevoerd:

1. **Macro-verdeling van alle zorgkosten over segmenten** o.b.v. zorguitgaven zoals gepubliceerd door CBS in de tabel “zorguitgaven; aanbieders van zorg en financieringsbron”. Hierbij is het bedrag uit de kolom ‘Totaal financieringsbronnen 2015’ gebruikt. Meegenomen segmenten zijn: Ziekenhuizen en specialistenpraktijken, geestelijke gezondheidszorg, huisartsenpraktijken, tandartsenpraktijken, paramedische praktijken, ouderenzorg, gehandicaptenzorg, GGD-en, geneesmiddelen, therapeutische middelen en ondersteunende diensten (verzekeraars). De categorieën overige geneeskundige en langdurige zorg en arbo en re-integratie zijn buiten beschouwing gelaten.
2. **Verdeling van kosten binnen segmenten** o.b.v. jaarverslagen en openbare bronnen. Gemaakte kosten zijn verdeeld over:
 - a. Personeel: personeelskosten uit jaarverslagen
 - b. Medische materialen: algemene kosten (excl huur en leasing) en overige patiëntgebonden kosten uit jaarverslagen
 - c. Overige materialen: overige kosten, voeding & hotelmatige kosten uit jaarverslagen
 - d. Geneesmiddelen: aandeel patiëntgebonden kosten o.b.v. publieke bronnen (zie bronvermelding voor verdere toelichting)
 - e. Apparatuur: Afschrijvingen voor apparatuur en technische middelen en huur en leasing uit algemene kosten uit jaarverslagen
 - f. Gebouwen: Overige afschrijvingen uit jaarverslagen
 - g. Diensten: Schatting o.b.v. verschillende openbare bronnen (zie bronvermelding)
 - h. Financieringskosten: Financiële baten en lasten uit jaarverslagen
3. **Winstpercentage per type kosten per segment** o.b.v. jaarverslagen en openbare bronnen. Per type kosten staat toegelicht hoe winstpercentages zijn bepaald. Deze methode is meestal op dezelfde wijze toegepast op alle segmenten. Voor apotheken zijn voor uitgaven aan geneesmiddelen eerst nog kosten & winst van de groothandels doorgerekend. Uitgaven voor geneesmiddelen van de groothandel zijn toegerekend aan farmaceuten waar winstpercentages voor zijn bepaald.
Uit jaarverslagen is altijd het winstpercentage na aftrek van betaalde rente meegenomen. Betaalde rente is onderdeel van financieringskosten. Op alle financieringskosten is het winstpercentage van banken doorgerekend.
Analyse van de verschillende kostenposten lichten we hieronder toe:

- a. Personeel: Alle loon/inkomsten op persoonsniveau die boven marktconform loon liggen zijn als winst toegerekend aan personeel. Het gemiddelde salaris van personeel in loondienst is als marktconform loon meegenomen. Van alle personeel niet in loondienst, namelijk huisartsen, paramedici en tandartsen met een eigen praktijk en specialisten werkend in een maatschap zijn alle inkomsten boven marktconform loon (na aftrek van belasting) als winst meegerekend.
- b. Medische materialen: Van alle uitgaven aan medische materialen is eerst 6% BTW afgetrokken. Vervolgens is het gemiddelde winstpercentage van vijf grote leveranciers van hulpmiddelen en/of apparatuur berekend uit betreffende jaarverslagen. Van uitgaven van leveranciers van medische materialen aan financiering (o.b.v. jaarverslagen) en adviesdiensten (aannee dat dit vergelijkbaar is als in farmaceutische industrie) zijn winstpercentages doorgerekend.
- c. Overige materialen: Van alle uitgaven aan overige materialen is eerst 6% BTW afgetrokken. Winstpercentage is bepaald o.b.v. jaarverslagen Ahold en groothandels.
- d. Geneesmiddelen: Van alle uitgaven aan geneesmiddelen is eerst 6% BTW afgetrokken. Winstpercentage is gebaseerd op jaarverslagen van de 30 grootste farmaceuten wereldwijd. Voor uitgaven aan financieringskosten o.b.v. dezelfde jaarverslagen en uitgaven aan adviesdiensten zijn ook winstpercentages doorgerekend. Uitgaven aan adviesdiensten zijn geschat op ca. 1%, o.b.v. gerapporteerde totale consultinguitgaven door farmaceuten in het Verenigd Koninkrijk en omzet farmaceutische industrie.
- e. Apparatuur: zie medische materialen
- f. Gebouwen: Winstpercentage o.b.v. sectorrapport Nederlandse bouw.
- g. Diensten: Winstpercentage o.b.v. gemiddelde van jaarverslagen KPMG, Accenture en Deloitte
- h. Financieringskosten: Winstpercentage o.b.v. gemiddelde van jaarverslagen ING, ABN Amro & SNS.

Gebruikte bronnen

Overkoepelend

- Nationale rekeningen 2015, CBS, uitgave juli 2016
- Zorguitgaven in drie benaderingen; aanbieder van zorg, CBS Statline, publicatie 22 december 2016

Verdeling en verdieping van kosten en winstpercentages binnen segmenten

- Hoofdposten Jaarverslagen 2015 van alle Nederlandse ziekenhuizen, database DigiMV (hoofdposten ziekenhuizen en specialistenpraktijken)
- Detailanalyse jaarverslagen 2015 van Erasmus Medisch Centrum, Radboud Medisch Centrum, Jeroen Bosch Ziekenhuis, Meander Medisch Centrum, OLVG, Tweesteden Ziekenhuis en Antonius Ziekenhuis (uitsplitsing uitgaven apparatuur, medische materialen en overige materialen ziekenhuizen en specialistenpraktijken)
- Intrakoop Jaarverslagenanalyse 2014, sectorrapport ziekenhuizen, Uitgave juni 2015 (geneesmiddelen, ziekenhuizen en specialistenpraktijken)
- Zorgrekeningen; uitgaven (lopende, constante prijzen), financiering, 1998-2013, CBS StatLine, Publicatie 21 mei 2015 (Uitsplitsing personeelskosten naar type personeel, ziekenhuizen en specialistenpraktijken en GGZ)

- Brancherapport 2013 Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (Uitsplitsing personeelskosten naar type personeel, ziekenhuizen en specialistenpraktijken)
- Monitor integrale bekostiging MSZ, NZa, 2015 (verdeling Medisch specialisten in loondienst vs maatschap)
- Overheidsrapport: Gezond belonen, beleidsopties voor de inkomens van medisch specialisten. Commissie inkomens medisch specialisten, publicatiedatum 10 oktober 2012 (gemiddeld inkomen medisch specialisten in loondienst en vrijgevestigde specialisten)
- Hoofdposten Jaarverslagen 2014 alle GGZ-instellingen in Nederland, database DigiMV (hoofdposten GGZ)
- Medisch geschoolden; arbeidspositie, positie in de werkkring, naar beroep, CBS Statline, publicatiedatum 14 maart 2016 (verdeling personeelskosten naar type personeel binnen GGZ)
- Onderbouwing NZA-tarieven Huisartsenzorg, publicatie LHV 2014 (hoofdposten huisartsenpraktijken)
- NIVEL cijfers uit de registratie van huisartsen, peiling 2015 (aandeel huisartsen in loondienst)
- CAO HIDHA (huisarts in dienst van een huisarts) 2014-2016, LHV (inkomen huisartsen in loondienst)
- Praktijken van zorgverleners; financiën, 2014, CBS StatLine, Publicatie 28 oktober 2016 (hoofdposten huisartsenpraktijken, tandartsenpraktijken en paramedische praktijken)
- Verantwoordingsdocument tariefberekening mondzorg, NZa, Publicatie 7 november 2014 (hoofdposten tandartsenpraktijken)
- Rapport rijksoverheid allocatie professionals in de curatieve zorg, Blank JLT & Wilschut JA, mei 2015 (verhouding aantal en inkomsten professionals in loondienst vs zelfstandig, tandartsen en paramedici)
- Hoofdposten jaarverslagen van alle ouderenzorginstellingen, 2015, DigiMV (hoofdposten ouderenzorg en gehandicaptenzorg)
- Intrakoop Jaarverslagenanalyse 2015, sectorrapport VVT, Uitgave juni 2016 (uitsplitsing uitgaven apparatuur, gebouwen, materialen ouderenzorg en gehandicaptenzorg)
- GGD; financiën en personeel, 2001-2012, CBS StatLine, Publicatie 22 oktober 2014 (hoofdposten GGD-en)
- Jaarrekening GGD Zuid Limburg, 2015 (Uitgaven medische en overige materialen, GGD-en)
- Jaarrekening Gazo apotheken BV 2014 (hoofdposten geneesmiddelen - apotheken)
- <https://www.firmfocus.biz/NL/intelligence/bedrijfstak/sector-informatie-apotheken.php> (hoofdposten geneesmiddelen - apotheken)
- Jaarverslag Brocacef 2014 (hoofdposten geneesmiddelen – groothandel)
- Jaarverslagen 2015 Abbvie, Amgen, Astellas, AstraZeneca, Baxter, Bayer, Biogen Idec, BMS, Boehringer Ingelheim, Celgene, Daiichi Sankyo, Eisai, Endo, Gilead Sciences, GSK, JNJ, Lilly, Merck, Mylan, Novartis, Novo Nordisk, Otsuka, Pfizer, Regeneron, Roche, Sanofi, Shire, Sun Pharma, Takeda, Teva Generics, Teva Specialty (hoofdposten geneesmiddelen – farmaceuten)
- <http://www.consultancy.uk/news/1629/uk-consulting-market-grows-7-per-cent-to-6-billion> (uitgaven diensten binnen farmaceutische industrie)
- Jaarverslagen 2014 Johnson & Johnson, Abbott, Medtronic, Covidien, Bostan Scientific, Becton, Dickinson & Co (hoofdposten therapeutische middelen)

- Jaarverslagen 2010-2015 Achmea, VGZ, CZ, Menzis, DSW-Stad Holland, Zorg & Zekerheid, ASR, ONVZ, ENO (hoofdposten zorgverzekeraars)
- Jaarverslag Ahold 2014-2015 (winstpercentage overige algemene kosten/overige materialen, alle segmenten)
- Jaarverslagen ING, ABN-AMRO en SNS 2014-2015 (winstpercentage uitgaven aan financieringskosten, alle segmenten)
- Jaarverslagen Accenture, KPMG en Deloitte, 2015 (winstpercentage uitgaven aan diensten, alle segmenten)
- Bedrijfseconomische kencijfers, B&U en gww-bedrijven, 2014, Economisch Instituut voor de Bouw, Publicatie december 2015 (winstpercentage uitgaven aan gebouwen, alle segmenten)