



Reactie van de Nederlandse Vereniging van Banken op de Consultatie over Winstuitkering door zorgaanbieders

De Nederlandse Vereniging van Banken (NVB) reageert graag op uw consultatieverzoek waarin u aangeeft de rol van winstuitkering door zorgaanbieders (hierna: winstuitkering) zorgvuldig te willen bezien. Wij zijn ons zeer bewust van de maatschappelijke gevoeligheid en actualiteit rondom dit thema. De NVB reageert op een aantal aandachtspunten in het huidige systeem. Tegelijkertijd geven wij onze visie op de voorwaarden waaronder winstuitkering zou moeten kunnen plaatsvinden en zetten wij de voor- en nadelen uiteen. In deze consultatie ligt de focus op de ziekenhuissector, omdat daar momenteel de grootste uitdagingen spelen en in die sector naar ons oordeel letterlijk en figuurlijk de meeste winst is te behalen voor de samenleving.

In het kort luidt onze visie als volgt.

Om 1) het zorgaanbod te transformeren in lijn met de overheidsambitie; 2) te voldoen aan de opgave om te verduurzamen; en 3) de sector toekomstbestendig te maken is *innovatie* noodzakelijk. Dit vereist meer risicodragend vermogen bij zorgaanbieders. Dat vermogen kan van de overheid, financiers of van investeerders komen, maar ook van zorgondernemers, zorgpersoneel of burgers. Risicodragend investeren vanuit de private markt zal alleen plaatsvinden als de partij die risico neemt ook een bijpassend rendement op het geïnvesteerde kapitaal kan behalen (lees "winst"). De huidige wettelijke winstklem werkt belemmerend, waarbij de NVB benadrukt dat winstuitkering niet van toepassing zou moeten zijn op het leveren van acute zorg.

Vanuit publiek en maatschappelijk oogpunt is het daarbij cruciaal om de mogelijkheid van winstuitkering zodanig in het bestaande zorgstelsel in te bedden dat er geen ongewenste (weglek)effecten zijn en intransparantie is. Tegelijkertijd moet winstuitkering wel met voldoende omvang plaatsvinden wil het een betekenisvolle uitwerking kunnen sorteren: namelijk, het voldoende versnellen van innovatie waardoor efficiëntievoordelen worden gerealiseerd en de zorgwaarde voor de patiënt daadwerkelijk wordt vergroot (bijvoorbeeld in meer patiëntwaarde per uitgegeven collectieve euro).

Aandachtspunten in het huidige systeem

Sinds de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet (2006) en de stapsgewijze invoering van prestatiebekostiging is er in de zorgsector sprake van gereguleerde marktwerking. Zorgverzekeraars hebben - als vertegenwoordigers van hun verzekerden in dit systeem - de opdracht om de beste zorg tegen de laagste kosten te contracteren. Dit beoogt zorgaanbieders te stimuleren om via onderlinge concurrentie hun kwaliteit te verbeteren en tegelijkertijd hun kostprijzen te verlagen. Thans constateren wij dat er zeker stappen in de goede richting zijn gezet, maar dat de gewenste kostenbeheersing effecten onvoldoende zijn gerealiseerd. Naar ons oordeel zijn de volgende hoofdoorzaken daar debet aan:

1. *Het ontbreken van transparantie als het gaat om prijs/ kwaliteit.*
De invoering van 'Diagnose Behandel Combinaties (DBC)' / 'Diagnose Behandel Combinaties Op weg naar Transparantie (DOT)' zou het mogelijk maken dat ziekenhuizen per geleverde prestatie een bijbehorende kostprijs berekenen. Hoewel DBC's/DOT's wel meer inzicht hebben opgeleverd voor de interne bedrijfsvoering van ziekenhuizen, wordt door ziekenhuizen in de praktijk niet gewerkt met reële kostprijzen per productgroep.
2. *Selectieve contractering door zorgverzekeraars werkt onvoldoende.*
Mede vanwege de hierboven genoemde reden en het feit dat een gemiddeld ziekenhuis een brede portfolio van diensten aanbiedt is de dagelijkse praktijk dat zorgverzekeraars met individuele ziekenhuizen overwegend 'lumpsum' afspraken maken. Dat wil zeggen een afspraak voor een totaalbedrag dat vervolgens wordt gevuld met DBC's/DOT's omdat dit het gangbare en voorgeschreven bekostiging systeem is. Dit omzet gedreven denken, dat volume stimuleert ("P x Q" denken), werkt enorm kostenverhogend. Selectieve

contractering zoals bedoeld bij de inrichting van het stelsel komt mede daardoor onvoldoende van de grond.

De combinatie van bovengenoemde factoren werkt zeer belemmerend voor nieuwe toetreders die zich willen onderscheiden op kwaliteit en prijs. En zoals algemeen bekend is de mogelijkheid van nieuwe toetreding een belangrijke aanjager van innovatie en kostenbeheersing in alle andere sectoren. Bijvoorbeeld doordat nieuwe of bestaande organisaties zich gaan focussen op bepaalde activiteiten en doelgroepen (vgl. luchtvaart en andere dienstverlenende sectoren). Nieuwe toetreders in de zorg worden door de gevestigde orde veelal beschouwd als partijen die "de krenten uit de pap van ziekenhuizen halen". Men geeft aan het rendement op de relatief eenvoudige dienstverlening ("feeders") nodig te hebben om tekorten op de onrendabele dienstverlening ("bleeders") te dekken.

Winstuitkering zorgvuldig inbedden in het zorgstelsel

Het is van groot belang dat de mogelijkheid van winstuitkering onder de juiste voorwaarden en op een zorgvuldige wijze wordt ingebed in het bestaande zorgstelsel. De NVB is echter ook van mening dat winstuitkering in de zorg geen doel op zich moet zijn. Wij zien het als een gezonde prikkel om de zorg beter en betaalbaar te maken voor iedereen. Winstuitkering zou met name daar moeten worden toegestaan waar het marktmechanisme goed tot zijn recht kan komen. Als het gaat om beschikbaarheidsfuncties ligt dat veel minder voor de hand dan als het gaat om goed meetbare en afrekenbare zorg. Tegelijkertijd is het belangrijk om de eerdergenoemde aandachtspunten weg te nemen om de gewenste en beoogde dynamiek (versnellen van innovatie en kostenbeheersing) in de sector alsnog op gang te krijgen. En de alsnog stijgende kosten en druk op de arbeidsmarkt maken dat harder nodig dan ooit.

Wij stellen de volgende voorwaarden voor:

1. Verplicht ziekenhuizen om hun portfolio van diensten op te splitsen in drie hoofdsegmenten:
 - Acute en beschikbaarheidsfuncties;
 - Zorg voor chronisch zieken;
 - Electieve (planbare) zorg;

Bovengenoemde segmentering zou ook moeten worden doorgevoerd in het governance-model van de zorgorganisatie, waardoor de functies juridisch, administratief en bedrijfseconomisch goed van elkaar te onderscheiden zijn. Dat ligt overigens ook voor de hand omdat het gaat om activiteiten waar heel diverse organisatie- en bedrijfsmodellen op van toepassing zijn. In de huidige praktijk zien we dat echter zelden plaatsvinden.

2. Bevorder dat de selectieve contractering door zorgverzekeraars plaatsvindt op het niveau van de drie hoofdsegmenten.
3. Hef het verbod op winstuitkering op als het gaat om het segment electieve zorg en het segment zorg voor chronisch zieken. Eventueel volgtijdelijk om het invoeringsproces beheersbaar te houden.

Verwachte voordelen

Wij verwachten dat de hierboven genoemde voorwaarden de volgende effecten zal sorteren:

- Ontvlechten in plaats van fuseren: het zal ziekenhuizen stimuleren fundamenteeler na te denken over de langere termijn strategie. In plaats van de neiging tot fuseren (= stapeling van complexiteit) zal meer aandacht en druk ontstaan op het bedrijfsmatig ontvlechten van activiteiten. Het reduceren van de complexiteit van de bedrijfsvoering zal de aansturing op termijn aanmerkelijk verbeteren. In plaats van één bestuur dat verantwoordelijk is voor het geheel van bedrijfsactiviteiten voorzien wij dan gemandateerde directievoering op

deelsegmenten ("centers of excellence"). Dat kan overigens nog steeds onder de vlag van één organisatie (concern) en binnen één gebouw;

- Het zal bijdragen aan de transparantie van kwaliteit en kosten. Ziekenhuizen zullen immers de reële kosten moeten toerekenen aan de diverse segmenten, waardoor er minder mogelijkheden voor kruissubsidiëring zijn. Hierdoor ontstaat met name in het segment electieve zorg een 'level playing field'. Dat zal bevorderlijk blijken voor de noodzakelijke vernieuwing (kwaliteit) en kostenbeheersing. Op dit gebied (maar ook in het segment van chronische zorg) is letterlijk en figuurlijk nog veel doelmatigheidswinst te behalen in de sector;
- Het zal bijdragen aan het ontwikkelen van nieuwe bekostigingsmodellen om de gezamenlijke ambitie van "de juiste zorg op de juiste plaats" te realiseren. Het bekostigen van een 24-uurs beschikbaarheidsfunctie vraagt andere oplossingen dan het bekostigen van netwerken voor chronische zorg (populatiebekostiging is dan logischer) of planbare zorg ($\text{efficiency} = P \times Q$);
- Het biedt een veel betere basis voor zorgverzekeraars om selectief te contracteren en daadwerkelijk de beste zorg tegen de laagste kosten in te kopen op het niveau van de drie deelsegmenten, waardoor een 'alles of niets' verkoopstrategie van zorgaanbieders minder interessant wordt.
- Het biedt banken meer inzicht om de kwaliteit van investeringsplannen te beoordelen. Zeker als we daarbij (meerjaren) zorginkoop contracten met de zorgverzekeraars (nog) zwaarder gaan meewegen. In ons voorgestelde model zou dat logisch zijn.
- Wij kunnen als banken in onze kredietrisicomodellen rekening houden met de risico's die samenhangen met de drie segmenten. Beschikbaarheidsfuncties zijn minder risicodragend, waardoor risico-opslagen op kredieten en leningen laag zullen zijn. Het betreft hier immers de hoofdinfrastructuur van de Nederlandse gezondheidszorg waar de overheid een (grondwettelijke) taak heeft te vervullen en de zorgverzekeraars een wettelijke zorgplicht hebben. De gemiddelde risico opslagen op kredieten en leningen in het tweede en derde segment zullen vanzelfsprekend gemiddeld hoger liggen. Dit kan echter in grote mate worden gemitigeerd door middel van meerjaren overeenkomsten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. En de behoefte aan bancaire financiering kan worden beperkt als een aandeelhouder, zorgondernemer of andere investeerders (burgers of personeel) zelf kapitaal inbrengen. Hierdoor ontstaat namelijk meer eigenaarschap in de onderneming en de algemene ervaring leert dat dat disciplinerend werkt als het gaat om de bedrijfsvoering.
- De zorgverzekeraars (via hun contracten) en de banken (via hun financieringsvoorwaarden) kunnen en zullen erop toezien dat zorgaanbieders met aandeelhouders geen ongewenst gedrag (omzet maximalisatie en/of ondermaatse kwaliteit) vertonen. Er ontstaat immers meer transparantie en dus de mogelijkheid om te benchmarken. Extra comfort wordt daarbij geboden doordat zowel zorgverzekeraars als banken onder stringent toezicht staan als het gaat om Customer Due Diligence. Dat wil zeggen dat indringend onderzoek plaatsvindt naar partijen met een financieel belang. Dat is al gangbare praktijk in andere sectoren en daardoor kan worden voorkomen dat cruciale onderdelen van ons zorgstelsel in verkeerde handen terecht komen.
- Het biedt meer flexibiliteit in geval een ziekenhuis onverhoopt toch in de financiële problemen komt en zelfs failliet gaat. De cruciale beschikbaarheidsfunctie kan dan immers makkelijker worden losgekoppeld (en veilig gesteld) van de chronische zorg en de planbare zorg. De huidige en actuele praktijk wijst uit dat dit nu rommelig verloopt en mede daardoor veel maatschappelijke onrust veroorzaakt.

Naast de geschetste voordelen zijn er natuurlijk ook nadelen en complicaties te voorzien als het gaat om de drie geschetste voorwaarden (bijvoorbeeld hoe kunnen de geschetste segmenten zuiver worden afgebakend). Het voert echter te ver om in dit stuk alle ins- en outs diepgaand te bespreken. Zoals eerder aangegeven hebben wij ons hier specifiek gericht op het vraagstuk van winstuitkering in de ziekenhuissector, waarbij wij ons bewust zijn dat de reikwijdte van uw consultatiedocument breder is ingestoken. Ook in de Care-sector spelen ontwikkelingen die aandacht verdienen als het gaat om de effecten van winstuitkering. De door ons geschetste oplossingsrichting voor de



ziekenhuissector biedt echter aanknopingspunten om ook de discussie over winstuitkering in de zorgsector in bredere zin met elkaar aan te gaan.

Vervolg

Graag gaan wij in gesprek over onze visie en het geschetste voorstel met u en andere betrokkenen in het veld. De financiële, maatschappelijk en politieke belangen die op het spel staan zijn groot. Het alles overstijgende belang is hoe wij gezamenlijk ons goede zorgsysteem ook voor toekomstige generaties hoogwaardig, toegankelijk en betaalbaar te houden. Een goed functionerend zorgstelsel is een belangrijke pijler onder onze samenleving. De banken willen daar hun verantwoordelijkheid nadrukkelijk in blijven nemen.

Wij hopen op korte termijn onze visie mondeling te mogen toelichten.

Met vriendelijke groet,

Chris Buijink
Voorzitter