

De zorgkosten stijgen de komende vijftien jaar ten minste met 50 procent tot 100 miljard euro. De betaalbaarheid van de zorg komt verder onder druk door bezuinigingen en onzekerheid over de toekomst van de marktwerking. Banken zullen ook minder snel geld aan zorginstellingen uitlenen, terwijl de vraag naar kapitaal in de zorg stijgt. Dat staat in het onlangs verschenen boek 'Diagnose 2025' van directeur gezondheidszorg bij Rabobank Michel van Schaik en adviseur Philip Idenburg van BeBright. De auteurs schetsen drie scenario's waar de gezondheidszorg zich in 2025 kan bevinden. Een opmaat tot 'strategische dialoog' met de sector.

De Autoriteit | Loek Kusiak

Philip Idenburg en Michel van Schaik, auteurs van 'Diagnose 2025':

'Risicokapitaal maakt zorg ondernemender'

'Diagnose 2025' schetst ontwikkelingen in de economie, de politiek en de kosten als grootste kernonzekerheden, die ook hun weerslag hebben op de zorg. Wat komt er op ons af?

Philip Idenburg (PI): Het zijn turbulente tijden. Niets lijkt zeker. Er is een economische crisis en de zorg maakt een ingrijpende transformatie door. Het vaste budgetsysteem moet op de helling, maar tegelijk is de politiek onduidelijk over de toekomst van de marktwerking en de solidariteit in de zorg. Zorginstellingen hebben daar last van bij langetermijninvesteringen en op het moment dat ze weten willen hoe ze met cliënten moeten omgaan. Onze toekomstbeelden zijn mede gebaseerd op raadpleging van meer dan honderd experts in de zorgsector en kunnen helpen bij een strategische dialoog binnen zorginstellingen en met stakeholders. Werken met scenario's heeft toegevoegde waarde als je je afvraagt: 'Wat ga ik doen als de gezondheidszorg zich inderdaad zo ontwikkelt?' Als je over verschillende scenario's hebt nagedacht, kun je sneller kunt reageren.

Michel van Schaik (MvS): Banken waren gewend zorginstellingen leningen te geven met looptijden van 25 tot 40 jaar. Dat kon risicoloos, want de regelgeving gaf veel zekerheid. Met de invoering van integrale prestatiebekostiging, zoals DBC's, is het risico van huisvesting overgeheveld naar de instellingen. Dat is een fundamentele systeem-

wijziging voor zorgaanbieders en banken. Daarbij worden door de kredietcrisis de kapitaaleisen die toezichthouders aan banken opleggen verhoogd. Kapitaal is schaarser. Dus vraagt een bank nu eerst om een goed onderbouwde businesscase. Banken willen eerst weten welke zorgaanbieders toekomstperspectief hebben en welke niet. Plannen financieren, zowel in de cure en de care, in regio's met overcapaciteit en bevolkingskrimp doe je als bank niet snel.

De discussie over marktwerking vliegt nu alle kanten op en vertroebelt. Wat is er aan de hand?

PI: Begrippen als 'de zorg' en 'de markt' worden vaak als een containerbegrip gebruikt. Maar de zorg is complex, want er zijn verschillende markten: zorgconsumptie, zorgverzekering en zorginkoop. De politiek vindt het uit electorale overwegingen handig om aan die complexiteit voorbij te gaan. Niet goed helder wordt waar marktwerking wel kan werken en waar niet. De kosten in de zorg zullen tot 2025 in ieder geval met 50 procent stijgen naar meer dan 100 miljard. Uit Diagnose 2025 blijkt dat het waarschijnlijker is dat de kosten zelfs tot 130 of 140 miljard gaan stijgen. Stijgende kosten kunnen leiden tot schaarste in het zorgaanbod, waardoor voor de patiënt eerder een situatie van gedwongen winkelnering ontstaat dan een optimale markt waar wat te kiezen valt.



Beeld: De Beeldredactie

CV

Philip J. Idenburg (1965) is partner bij BeBright en adviseur op het gebied van marketingstrategie en innovatievraagstukken in de gezondheidszorg. Naast ervaring als adviseur, onder andere als corporate strateeg en adviseur van de raad van bestuur bij de Rabobank en bij KPMG/Nolan Norton & Co, bekleedde hij leidinggevende functies bij Reed Elsevier, Robeco en Zürich.

Michel van Schaik (1960) trad in 1997 in dienst bij de Rabobank en is daar nu directeur Gezondheidszorg. Hiervoor werkte hij in de zorgverzekeringsmarkt, onder anderen bij KLOZ en Nuts/Delta Lloyd/OHRA. Hij was verantwoordelijk voor de zorgcontractering van ziekenhuizen en zorginstellingen. Van Schaik is voorzitter van de Commissie Gezondheidszorg van de Nederlands Vereniging van Banken en lid van de Commissie Gezondheidszorg van VNO-NCW.

MvS: Naarmate de dienstverlening beter meetbaar en afrekenbaar wordt, kun je verder marktprikkels en concurrentie invoeren. Een 24-uurs hulpfunctie en bepaalde topklinische zorg lenen zich minder voor marktprikkels dan kortdurende en planbare zorg, zoals knie- of heupoperaties en behandelingen voor lichte psychische stoornissen. Het politieke debat gaat nu teveel over 'de' gezondheidszorg en of je voor of tegen markt bent.

Met die marktwerking gaat het u nog veel te langzaam?

PI: De zorg krijg je niet met een structuurwijziging in één keer om. Je hebt daar een hele cultuurshift voor nodig, wat ook geldt voor de patiënt die gewend was volledig te vertrouwen op het oordeel van de dokter. Marktwerking is een geleidelijke ontwikkeling, waarbij uiteindelijk niet meer wordt geaccepteerd dat alles vanuit Den Haag wordt aangestuurd en beslist. De situatie waarin de zorg momenteel verkeert staat beschreven in ons Chronisch-Ziek-

scenario. Kenmerkend zijn een aarzelende houding van de politiek en banken die niet scheutig meer zijn met leningen. Ondertussen blijven de vergrijzing en nieuwe technologie kosten met zich mee brengen. We zitten nu stuck-in-the-middle. Geen marktwerking, maar de aanbodregulering is inmiddels wel deels losgelaten.

MvS: Afhankelijk van het type zorg gaan we naar een mix van een zorgsysteem met publiekrechtelijke kenmerken en een vrije markt. Daarbij zullen nieuwe structuren van organisatie en zeggenschap ontstaan, andere governance-modellen.

Welke andere governance-modellen kunnen we verwachten?

MvS: Veel zorginstellingen zijn stichtingen. Die rechtsvorm paste goed in het klassieke budgetstelsel, maar geldt ook als ondemocratisch en past niet in een omgeving waarin ondernemersrisico's toenemen. Nu instellingen meer risi-

co's gaan lopen en op zoek moeten naar andere kapitaalverschaffers dan alleen banken, verwacht ik meer roep om 'ownership.' Stichtingen, of bepaalde activiteiten daarbinnen, kun je omvormen tot BV's waarin aandeelhouders investeren en zeggenschap krijgen. Denk aan laboratorium-onderzoek of beeldvormende diagnostiek.

Daarnaast heb je de coöperatiestructuur, waarin ook burgers en cliënten kunnen participeren. De ouderenzorg en gehandicaptensector, zoals de al bestaande zogeheten Thomashuizen, lenen zich daar goed voor. Het maatschappelijk middenveld neemt in zo'n model meer verantwoordelijkheid. Maar uiteindelijk is het niet het model dat het verschil maakt, maar de waarden en normen en gedrevenheid van leiding en medewerkers.

Zullen investeerders in de zorg zich wel massaal melden zolang Den Haag uitkeerbare winst in de gezondheidszorg niet toestaat?

PI: Daar ligt inderdaad een stevig knelpunt. Als je risicodragende investeerders geen perspectief op rendement biedt, zullen ze hun kruit droog houden. Instellingen blij-

ven daardoor afhankelijk van banken. Dat maakt ze machtiger ten opzichte van de instellingen.

Je kunt je afvragen of dat wenselijk is.

MvS: Om daarom de bekostiging van de zorg veilig te stellen, moeten ook andere financiers toegang krijgen. Niet alleen investeringsmaatschappijen maar ook medisch specialisten die bereid zijn in de vorm van een achtergestelde lening risico te dragen, bijvoorbeeld bij nieuwbouw. Daardoor wordt het voor een bank ook weer aantrekkelijk om te financieren. Specialisten hebben, juist omdat ze vaak in een status aparte zitten, er baat bij dat ze in een ziekenhuis werken dat up-to-date is en financieel stabiel. Dus al met al hebben de sector en de patiënt voordeel van risicodragende kapitaalverschaffers, waarbij je ze wel perspectief op rendement biedt. Dat zorgt ook voor discipline om kosten te beheersen, om efficiënter en patiëntgerichter te werken. Externe druk helpt wel om meer ondernemerschap te ontwikkelen. Een voorbeeld is Loek Winter. Hij is met risicodragend kapitaal in de IJsselmeerziekenhuizen gestapt. De kwaliteit van de zorg en het financiële plaatje zijn daar verbeterd. Bij elke grote financiering aan een ziekenhuis kijken wij ook naar de relatie tussen bestuur en medische staf. Botert die niet, dan gaan we er niet mee in zee. Door de toenemende externe druk op ziekenhuizen is er voor belangen tegenstellingen tussen medici en bestuurders geen plaats meer. De arts die zich niet ondergeschikt maakt aan het organisatiebelang, moet vertrekken. Maar dat geldt ook voor de bestuurder die geen krachtig leiderschap toont.

Trekken de bezuinigingen die de zorg binnenkort voor de kiezen krijgt, niet een verlamme wissel op de toekomst? Overleven wordt belangrijker dan innoveren.

MvS: Interessant vind ik om te zien hoe de instellingen ondanks macrokortingen er met de kaasschaafmethode tot nu toe in geslaagd zijn de eindjes aan elkaar te knopen. Maar een bezuiniging van vijf procent op het ziekenhuisbudget is zo ingrijpend dat ik vrees dat instellingen activiteiten moeten stilleggen, afstoten of verkopen. Investeerders zouden dan wel ondersteunende onderdelen van ziekenhuizen kunnen overnemen. Dat ligt ook politiek minder gevoelig.

Verder verwacht ik dat banken kritischer zullen kijken of aangevraagde kredietenlijnen ook bijdragen aan innovatie, aan nieuwe vormen van dienstverlening, zoals e-health. Instellingen die innoveren en een goede prijs/prestatie leveren hebben meer toekomstperspectief. De Rabobank heeft fondsen voor het ondersteunen van innovatieve projecten. Met 'Diagnose 2025' willen we onze lokale banken informeren over trends in de zorgsector. Als ruggensteun bij het beoordelen van financieringsaanvragen van zorgondernemers uit hun regio.

Solidariteit is een essentieel element in ons zorgstelsel. 'Diagnose 2025' maakt onderscheid tussen de door de staat opgelegde solidariteit en de vrijwillig gegeven,

'Ziekenhuiszorg levert geld op'

De kosten voor de zorg in Nederland zijn hoog, maar daar staat tegenover dat deze kosten ook omgezet worden in winst doordat mensen langer gezond blijven. Dat is een van de conclusies van het onlangs verschenen brancherapport "Zorgen voor baten" van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). Acht medische behandelingen, waaronder staaoperaties en bypass-ingrepen, leveren al meer aan maatschappelijke opbrengsten op dan de jaarlijkse zorguitgaven van de overheid. De waarde van de medische behandelingen bestaat uit extra kwaliteit van leven en een langere levensduur.

In geld omgerekend bedraagt het effect van ziekenhuiszorg 19,4 miljard euro. Het vermeden ziekteverzuim op het werk wordt geschat op 1,8 miljard euro. Alleen al de baten van de acht onderzochte behandelingen komen neer op 21 miljard. Dat is beduidend meer dan de 15 miljard aan totale kosten van de ziekenhuizen in 2007.

De acht onderzochte behandelingen beslaan overigens maar vijftien procent van alle ziekenhuisgrepen. Uit het NVZ-rapport blijkt ook dat Nederland, samen met Spanje, in Europa het minst uitgeeft aan ziekenhuiszorg en huisartsen, namelijk 3,7 procent van het bruto binnenlands product. In ons land worden bijvoorbeeld vijftig procent minder hartkatheterisaties uitgevoerd dan gemiddeld in Europa. Verder is de omzet van de ziekenhuiszorg met 6,7 % gegroeid tot 10,7 miljard euro.

‘Instellingen die innoveren hebben meer toekomstperspectief’

informele solidariteit. Welke ontwikkeling kunnen we hierin verwachten?

PI: De vraag is of de angst om de collectieve solidariteit af te bouwen terecht is, omdat anders individuele burgers geen beroep meer kunnen doen op zorg die duur is. De deelnemers aan onze workshops hebben er veel vertrouwen in dat het maatschappelijk middenveld te hulp schiet als de staat niet langer bereid is bepaalde zorg collectief te garanderen. Dat zal straks in de praktijk lokaal of per regio verschillen. Wel zullen jongeren er nu en in de toekomst last van hebben als we vasthouden aan de klassieke invulling van solidariteit. Zij moeten dan immers financieel opdraaien voor de zorgkosten van ouderen, de baby-boomers, in hun laatste levensjaren. Alleen in ons Virus-scenario, waarin sprake is van een groeiende conjunctuur met 2,6 procent per jaar en de zorgkosten in 2025 150 miljard bedragen, wordt de huidige solidariteit gehandhaafd. Maar dat we deze economische groei ook zullen doormaken, is niet waarschijnlijk. Die stijging van de zorgkosten is wel realistisch.

MvS: In een ander scenario, het Breukscenario, zien we laagconjunctuur, een rechtse politieke koers, een wereld waarin voor mensen met geld alles op het gebied van zorg te koop is. In dit scenario is sprake van een tweedeling in de maatschappij. Solidariteit in kleine kring, voor de ouders en de familie, is daar wel nog intact, maar verder is de zorg opgesplitst in luxe zorg voor de rijken en een uitgekleed pakket aan basiszorg, dat neigt naar het Amerikaans model.

‘Maar dit’, zeiden de experts waarmee wij gepraat hebben, ‘laten we in Nederland ieder geval niet gebeuren!’

Nederlanders geven per jaar meer dan 270 miljoen euro aan zorg in het buitenland uit. Welke invloed van het buitenland is er op de zorg in Nederland te verwachten?

MvS: Voorlopig niet veel. Voor buitenlandse partijen is onze zorg vanwege de complexe regelgeving onbegrijpelijk. En we mogen geen winst uitkeren, terwijl dat in Duitsland, Scandinavië of Spanje wel kan. Pas als dat ook bij ons wordt toegestaan, staan Nederlandse investeerders op. Dan kun je ook meer risicodragend kapitaal uit het buitenland verwachten. Omgekeerd zullen Nederlandse zorgondernemers, behalve een enkele specialist, niet snel naar het buitenland gaan. Er is hier onvoldoende groeikapitaal.

PI: Wij zijn in Nederland altijd heel kritisch over onze zorg. Maar in vergelijking met alle andere Europese landen levert Nederland topzorg. Voor iedereen die dat nodig heeft. Dat is een verworvenheid die je niet laat wegglijpen. Als de marktwerking doorzet en de zorg het ondernemerschap onder de knie krijgt, zie ik wel degelijk buitenlandse kansen voor Nederlandse zorgondernemers, juist ook vanwege onze medische expertise. Het zal er ook van afhangen welke contracten verzekeraars willen sluiten. In een van onze scenario's is het voorstelbaar dat gespecialiseerde zorginstellingen in Nederland uit het buitenland vermogende patiënten naar hier halen. |

DEFINANCIALS | DECONSULTANTS

interim finance | interim management | consultancy | trainingen | 055 - 599 78 36 | www.decompanies.nl

DE uitverkoop
ondersteuning nodig bij uw begroting 2011?