



## Financiering van zorginstellingen



# Inhoud

<b>Samenvatting</b>	4
<b>1</b> Inleiding	5
<b>2</b> Omvang van de zorg	6
<b>3</b> Contractering	10
<b>4</b> Knelpunten bij financiering	14
<b>5</b> Conclusie en aanbevelingen	19
<b>Literatuurlijst</b>	22

# Samenvatting



De Nederlandse zorg staat internationaal kwalitatief hoog aangeschreven, maar het is tegelijkertijd ook een zeer kostbaar stelsel. In 2015 ging er ruim € 95 mld om in de sector.

Kredietinstellingen hebben € 21 mld lang vreemd vermogen en ruim € 2 mld aan werkkapitaal uitstaan bij zorginstellingen. Voor financiering is de zorg in grote mate afhankelijk van de toegang tot krediet- en kapitaalmarkten.

In de afgelopen tien jaar is de zorg getransformeerd van budgetbesteding naar prestatiebesteding. Marktwerking is geïntroduceerd. Door deze fundamentele systeemwijziging werken zorginstellingen op basis van bevoorschotting, waarbij ze pas achteraf de geleverde zorg kunnen declareren. In 2015 is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) ingevoerd, waardoor veel taken van de centrale overheid naar de gemeenten zijn gegaan. Zowel zorgaanbieders als inkopers ervaren deze transitie als complex.

De financiële positie waarin zorginstellingen verkeren is in de afgelopen jaren gestabiliseerd, maar de buffers (eigen vermogen) zijn klein. Doordat het verdienvermogen in de sector laag is, worden de buffers maar langzaam verstevigd.

Bij de financierbaarheid van de zorg zijn verschillende knelpunten waar te nemen, zoals kwaliteit van management van instellingen, volatiele en complexe regelgeving, declaratiesystematiek en de machtsverhouding tussen verzekeraars en instellingen. Bijvoorbeeld binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) hebben instellingen al enkele jaren op rij geen goedgekeurde jaarrekeningen kunnen deponeren. Deze punten brengen onzekerheid met zich mee en vergroten het risico bij financiering van de sector.

De Nederlandse Vereniging van Banken blijft met alle belanghebbenden het gesprek aangaan om knelpunten op te lossen en de sector financierbaar te houden.

# 1 Inleiding



Het Nederlandse zorgstelsel staat internationaal hoog aangeschreven als het gaat om kwaliteit en toegankelijkheid.<sup>1</sup> Dit heeft echter wel een prijs. Kijkend naar de internationale definitie van de zorg dan heeft Nederland de op één na duurste zorg ter wereld.<sup>2</sup> Over de afgelopen decennia zijn de zorgkosten aanzienlijk gestegen. Nederland gaf in 2015 € 95 mld uit aan de zorg. Dat is een stijging van ruim 40% in tien jaar tijd.<sup>3</sup> Om de kosten binnen de perken te houden en kwaliteit te kunnen waarborgen is de zorg in de afgelopen periode overgestapt van centrale budget-bekostiging naar prestatiebekostiging. De overheid streeft naar zorg die betaalbaar, toegankelijk en van goede kwaliteit is. Er is marktwerking binnen het zorglandschap geïntroduceerd. Zorginstellingen en zorgverzekeraars moeten nauw samenwerken om efficiëntere en kwalitatief betere zorg aan te bieden. Dit zal op de lange termijn moeten voorkomen dat de zorgkosten verder stijgen en niet meer te dragen zijn. De veranderde bekostigingsmethodiek leidt er toe dat zorginstellingen een ander business model krijgen en bedrijfsmatig moeten gaan denken.

Banken zijn de belangrijkste financiers van zorginstellingen. Zij hechten er aan bij te dragen aan het financieerbaar houden van de zorg. De Nederlandse Vereniging van Banken onderkent deze maatschappelijke rol en heeft de financierbaarheid de afgelopen jaren nadrukkelijk op de agenda geplaatst.

We schetsen in deze notitie het financieringsvraagstuk van zorginstellingen. Wat de omvang van de zorg is en om wat voor bedragen gaat het. Welke knelpunten banken bij de financiering van de zorg zien en wat de daaruit voortvloeiende risico's zijn.

De gevolgen van de stelselwijzigingen en de daarvoor te maken transitie is op dit moment bij uitstek zichtbaar in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Deze sector zal daarom in verschillende hoofdstukken extra worden belicht.

In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de omvang van de Nederlandse zorg en het uitstaande bancaire krediet. Hoofdstuk 3 behandelt de opbouw van de huidige zorgmarkt en systematiek rondom het contracteren en bevoorschotten van zorginstellingen. Hoofdstuk 4 richt zich op de knelpunten en risico's bij financiering van zorginstellingen en het zorgstelsel. Deze notitie eindigt met conclusies en aanbevelingen (hoofdstuk 5).

---

<sup>1</sup> Euro Health Consumer Index 2014 (januari 2015)

<sup>2</sup> OECD (2015), *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*, OECD Publishing, Paris

<sup>3</sup> Deze stijging behelst de nationale definitie van de zorg. Om de zorg op internationale schaal te kunnen vergelijken wordt een andere maatstaf gebruikt, CBS

## 2 Omvang van de zorg

In deze notitie hanteren we de definitie voor zorg van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Onder deze definitie van de zorg vallen: alle uitgaven gedaan op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), AWBZ (welke is omgezet in de Wet Langdurige Zorg (WLZ)), Zorgverzekeringswet (ZVW) en uitgaven uit hoofde van eigen betalingen, aanvullende verzekeringen, overheids-subsidies en jeugdzorg.

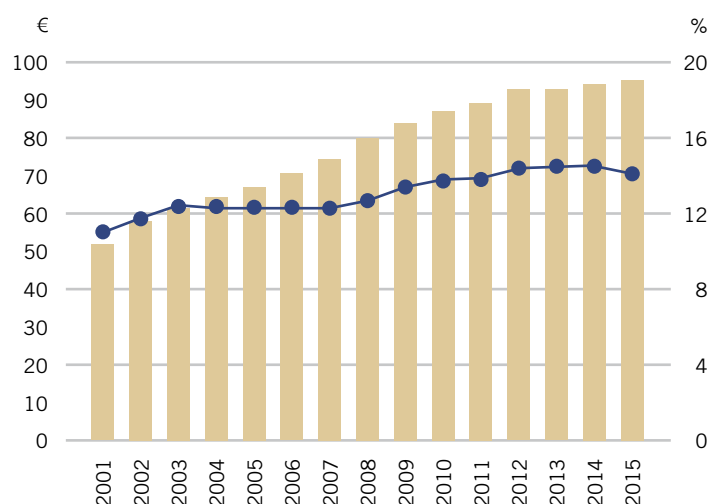
In tabel 1 zijn de aantallen zorginstellingen per zorgcategorie weergegeven. De maatschappelijke opvang, jeugdzorg met overnachting, ambulante jeugdzorg, zelfstandig behandelcentra (ZBC's) en eerstelijns praktijken laten we buiten beschouwing.

**Tabel 1** Aantal zorginstellingen in 2014 (CBS)

(UMC) Universitair medische centra	8	CURE
(AZ) Algemene ziekenhuizen	72	
(CZ) Categorale ziekenhuizen	23	
(GGZ) Geestelijke gezondheidszorg	128	CARE
(GZ) Gehandicaptenzorg	163	
(VVT) Verpleeg-, verzorgingshuizen, thuiszorg	468	
<b>Totaal</b>	<b>862</b>	

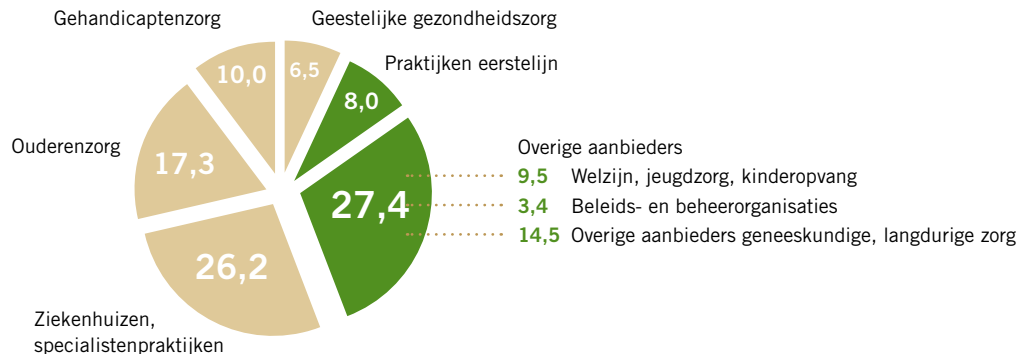
Volgens cijfers van het CBS gaf Nederland in 2015 € 95,3 mld uit aan de zorg. Zoals figuur 1 laat zien zijn de zorgkosten over de afgelopen jaren fors gestegen. Nederland spendeerde de afgelopen drie jaar ruim 14% van haar BBP aan de zorg. Per capita bedroeg dit in 2015 € 5.628.

**Figuur 1** Totale zorguitgaven in Nederland in miljarden en als % BBP (CBS)



In Figuur 2 wordt weergegeven hoeveel in 2015 is uitgegeven aan de zorg per type instelling.

**Figuur 2** Totale zorguitgaven in miljarden € per type instelling (CBS)



## Segmenten in de zorg

Zorginstellingen zijn op te splitsen in twee categorieën: curatieve zorg (cure) en langdurige zorg (care). De cure is een verzamelnaam voor alle acute zorg. Deze vorm van zorg wordt vaak door ziekenhuizen uitgevoerd. Care instellingen richten zich op de langdurige zorg. Binnen de care zijn o.a. de gehandicaptenzorg en verpleeg- en verzorgingshuizen te onderscheiden. Daarnaast wordt veel chronische zorg, een onderdeel van de langdurige zorg, geleverd binnen de muren van ziekenhuizen.<sup>4</sup> Wel zien we dat geleverde zorg (cure én care) steeds vaker buiten de muren van instellingen plaatsvindt, onder andere door verplaatsing naar de eerstelijns zorg zoals de huisarts en de fysiotherapeut. De langdurige zorg wordt door gemeenten ingekocht in lijn met de WMO. Voor gemeenten was hiervoor in 2015 ruim 8,8 mld gebudgetteerd.

## Geestelijke gezondheidszorg

Zoals aangegeven heeft de GGZ bij uitstek te maken met de verschillende transitities die in de afgelopen jaren in de zorg zijn ingezet.

De GGZ is op te splitsen in:

- curatieve GGZ (deze werkt met diagnose behandel combinaties en valt onder de zorgverzekeringswet (ZVW))
- langdurige GGZ (valt onder de wet langdurige zorg)

De curatieve GGZ behelst ongeveer 60% van alle GGZ uitgaven.<sup>5</sup>

<sup>4</sup> Rapport KPMG: *Integrale zorg: Naar nieuwe coalities in de zorg*

<sup>5</sup> NZa, Marktscan GGZ 2014 en beleidsbrief deel A

De GGZ is sinds 2014 als volgt ingericht:

### **1 Huisartsenzorg met GGZ-ondersteuning**

De huisarts signaleert en behandelt of verwijst mensen door. Bedrijfsartsen en jeugdartsen mogen ook doorverwijzen naar de basis- of gespecialiseerde GGZ. De huisarts heeft hierbij ondersteuning van de praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ).

### **2 Generalistische basis-GGZ**

Instellingen in de generalistische basis-GGZ behandelen mensen met lichte tot matige, niet-complexe psychische problemen of mensen met stabiele chronische problematiek.

### **3 Gespecialiseerde GGZ**

Deze zorg richt zich op patiënten met ernstige psychische problemen.

Bij de generalistische basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ wordt een onderscheid gemaakt naar curatieve zorg die gericht is op herstel, langdurende zorg en wonen en intramurale en extramurale (ambulante) GGZ.

De jeugdzorg bestaande uit jeugdbescherming, jeugdreclassering en jeugd-GGZ is sinds 2015 ondergebracht in één Jeugdwet. De regie over de uitvoering van deze wet, zowel de organisatie als de financiering, ligt bij de gemeenten.

### **Forensische zorg**

Forensische zorg is geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen die een strafbaar feit hebben gepleegd of daarvan verdacht worden. Hun delict is mede het gevolg van hun psychische stoornis. De forensische psychiatrie biedt geestelijke gezondheidszorg aan personen die zich van de rechter moeten laten behandelen, als onderdeel van hun strafmaatregel. Terbeschikkingstelling (TBS) is de meest bekende vorm.

## **Lange en korte termijn financiering**

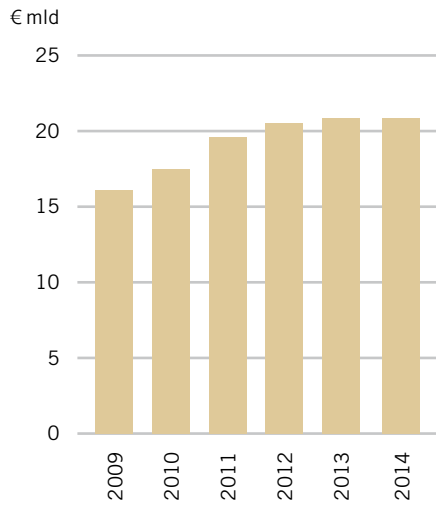
In 2014 hadden banken bijna € 21 mld uitstaan aan lang vreemd vermogen bij zorginstellingen. Daarmee zijn banken de belangrijkste financiers van de zorg.

Uit figuur 3 blijkt dat het uitstaand vreemd vermogen over de laatste jaren gestegen is, van € 16 mld in 2009 naar € 20,7 mld in 2014. Daarnaast houden zorginstellingen grote hoeveelheden werkkapitaal aan (zie figuur 4). Cure instellingen houden over het algemeen meer werkkapitaal aan dan care instellingen door de DBC-structuur. Bij het aflopen van de DBC op weg naar transparantie (DOT), kan het ziekenhuis de geleverde zorg declareren bij de zorgverzekeraar van de patiënt. De termijn van een DBC is 120 dagen, zie ook het kader DBC en ZZP op p.11. Zorginstellingen krijgen een deel van het onderhanden werk als voorschot, maar moeten het restant anders financieren, uit eigen vermogen of gefinancierd bij de banken als werkkapitaal. In 2013 hadden banken in totaal 2,2 mld<sup>6</sup> uitstaan aan werkkapitaal bij zorginstellingen.

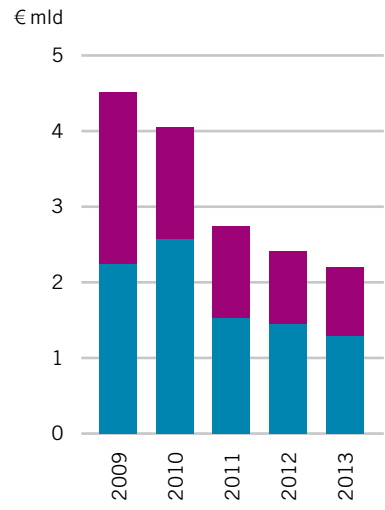
<sup>6</sup> CBS Statline, 2016



**Figuur 3**  
Lang uitstaand vreemd vermogen bij  
zorginstellingen (CBS)



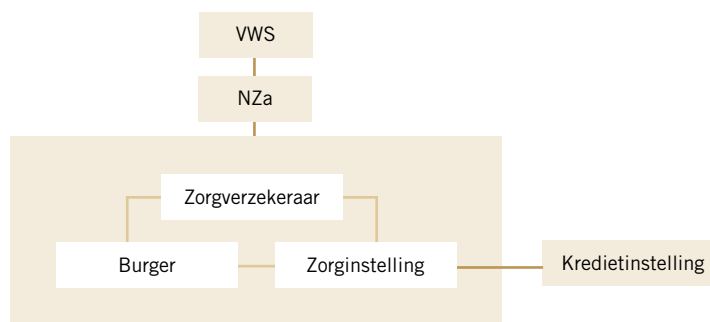
**Figuur 4**  
Uitstaand werkkapitaal bij zorginstellingen (CBS)



# 3 Contractering

Vanaf 2006 is het zorgstelsel onderhevig geweest aan een transitie van centrale aanbodregulering naar prestatiebekostiging. Dit heeft effect gehad op alle actoren in het zorgveld. Figuur 5 geeft weer hoe de zorgmarkt momenteel is opgebouwd en welke spelers een rol spelen bij de financiering. De belangrijkste partijen zijn de zorginstellingen, de zorgverzekeraars en de zorggebruikers of patiënten.

**Figuur 5** Marktinrichting van het zorgstelsel



In 2006 is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) opgericht. De NZa is onafhankelijk toezichthouder in de zorgmarkt en bewaakt dat alle partijen zich aan de wet- en regelgeving houden. Daarnaast streeft zij ernaar een goedwerkende zorgmarkt te creëren door middel van regulerende bevoegdheden.

De van toepassing zijnde regelgeving is o.a.:

- zorgverzekeringswet (ZVW)
- wet langdurige zorg (WLZ)
- wet marktordening gezondheidszorg (WMG)

## Contracteren

Nederlandse burgers zijn met de ZVW en de WLZ verzekerd van zorg.

De zorg die zij gebruiken wordt vergoed als de zorginstelling een contract heeft gesloten met de zorgverzekeraar van de patiënt. Op grond van de WMG bepaalt de NZa of er vaste of vrije tarieven gelden op de te leveren DOT's of Zorgzwaartepakketten (ZZP). De NZa reguleert hiermee het vrije en het vaste segment binnen de zorgafspraken. Het vaste segment bestaat uit vaste prijzen voor zorgproducten die de NZa jaarlijks vaststelt, het A-segment. Daarnaast stelt zij randvoorwaarden vast rondom het vrije segment, het B-segment. Hierin maken zorgverzekeraars en zorginstellingen zelf prijsafspraken over de te leveren zorgproducten.

Tot en met 2011 bedroeg het vrije segment in de ziekenhuiszorg ongeveer 34% van de omzet, in 2012 was dit gestegen tot 70%.<sup>7</sup> Er is dus vanaf de invoering van de ZVW stap voor stap een transitie ingezet naar vrije tarieven voor een steeds grotere groep zorgproducten.

#### **Cure: DBC, DOT**

De zorg geleverd door ziekenhuizen wordt sinds de invoering van de prestatie-bekostiging een diagnosebehandelingscombinatie (DBC) genoemd. Een DBC is een bundeling van losse zorghandelingen die samen een zorgtraject vormen. Vanaf 2012 zijn de ruim 30.000 DBC's vervangen door 4.400 DBC's. Deze nieuwe indeling heet DOT (DBC op weg naar transparantie) en heeft als doel om de DBC-systematiek transparanter en eenvoudiger te maken.

#### **Care: ZZP**

De care kent zorgzwaartepakketten (ZZP). Een ZZP is een volledig pakket van zorg dat aansluit op de kenmerken van de cliënt en de soort zorg die de cliënt nodig heeft. De uitvoering van de WLZ ligt bij twaalf zorgkantoren die namens de zorgverzekeraars opereren. Zorginstellingen maken prijsafspraken met de zorgkantoren die kunnen afwijken van door de NZa vastgestelde tarieven.

#### **Bevoorschotting**

Zorginstellingen kunnen pas na afloop van het zorgtraject declareren bij de zorgverzekeraar waarmee zij een contract hebben afgesloten. Zij ontvangen daarom van zorgverzekeraars en/of inkopers (gemeenten) uit hoofde van private afspraken een voorschot dat gemiddeld 70-80% dekt. Het restant dient achteraf te worden gedeclareerd.

De prijs in het vrije segment wordt ieder jaar bepaald via onderhandelingen tussen zorginstellingen en zorgverzekeraars.

Deze prijsafspraken omtrent de DOT's geschieden op twee manieren:

- 1 omzetplafond
- 2 aanneemsom

#### **Omzetplafond**

Zorginstellingen maken prijs maal volume ( $P \cdot Q$ ) afspraken met zorgverzekeraars en mogen geleverde DOT's tot een bepaald omzetplafond declareren. Als een zorginstelling meer produceert dan het overeengekomen omzetplafond dan mag zij dit niet declareren. Over het geheel genomen dalen dan de inkomsten per DBC. Het is dus van belang voor zorginstellingen om accurate inschattingen te maken over de te leveren zorg.

<sup>7</sup> NZa, *Marktscan van de Medisch Specialistische Zorg 2015*

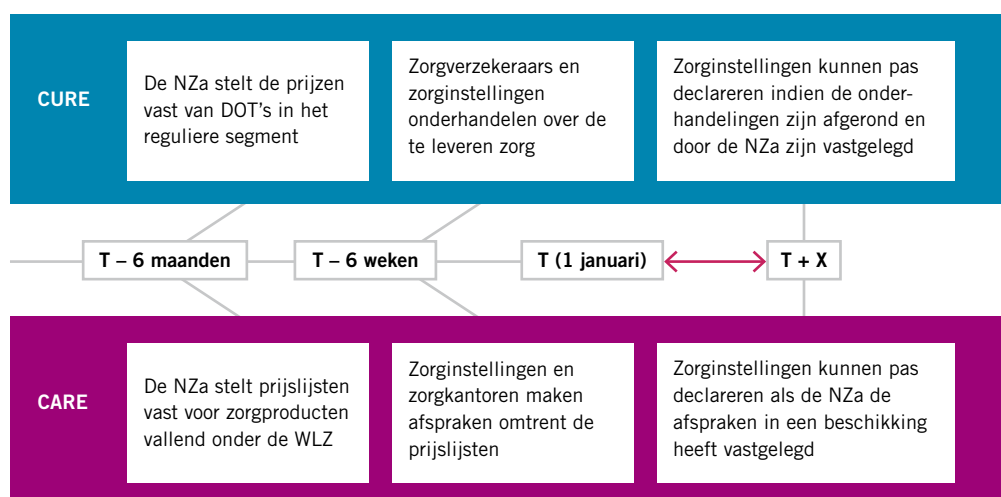
### Aanneemsom

Zorginstellingen en zorgverzekeraars kunnen ook een aanneemsom afspreken. Dan ontvangt de zorgaanbieder een vast bedrag voor alle te leveren DOT's. Het maakt dan niet uit of er uiteindelijk meer of minder dan de afgesproken som is geleverd, de zorginstelling ontvangt hetzelfde bedrag. Het verschil in daadwerkelijk geleverde zorg wordt meegenomen naar de onderhandelingen met de zorgverzekeraar voor het volgende jaar.

Jaarlijks maken zorginstellingen afspraken met zorgverzekeraars over de te leveren zorg voor het opvolgende jaar. In het vaste segment van cure instellingen, waar de prijs van zorgproducten wordt bepaald door de NZa, is dit nadat de NZa de prijslijst per zorgproduct heeft opgesteld.

Care instellingen maken met zorgkantoren prijs en volume afspraken die worden vastgelegd in een beschikking door de NZa. Als deze onderhandelingen nog niet zijn voltooid en/of de NZa deze niet heeft vastgelegd in een beschikking, dan kan een zorginstelling de geleverde zorg nog niet declareren.

**Figuur 6** Tijdsverloop van contracteren (CBS)



### WMO

Via de WMO krijgt de participatiemaatschappij steeds meer vorm. De WMO werkt wezenlijk anders dan de verzekeringswetten WLZ en ZVW. Er is geen recht op zorg op grond van een aanspraak, maar de lokale overheid houdt een voorziening in stand waar je als burger een beroep op kunt doen op het moment dat is vastgesteld dat je op geen enkele andere wijze meer kan voorzien in je behoefte. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de WMO en ontvangen hiervoor geld uit het gemeentefonds. De overheveling per 1 januari 2015 is gepaard gegaan met flinke budgetkortingen, tussen 25-40%. Gemeenten moeten dus inkopen met fors minder budget. Dit is gebaseerd op de brede politieke consensus dat gemeenten de taken efficiënter uit kunnen voeren dan het Rijk.

De WMO richt zich vooral op de sociale componenten in de zorg zoals begeleiding, huishoudelijke verzorging, voorzieningen voor gehandicapten in de zorg. Gemeenten kopen door middel van aanbestedingsprocedures in. Dit zijn vaak selectieve contracten voor een beperkte periode van meestal 1 of 2 jaar.

We zien ook andere vormen, gemeenten hebben hierin beleidsvrijheid. De regel-druk is fors toegenomen omdat instellingen nu met een veelvoud van zorginkopers en financiers rekening moeten houden. Voor enkele bovenregionale voorzieningen, met name de gehandicaptenzorg en jeugdzorg, is geregeld dat specifiek aangewezen gemeenten de contractering vormgeven.

Het is nog te vroeg om echt te kunnen zeggen hoe de WMO uitwerkt, maar in de markt is te zien dat veel instellingen nauwelijks in staat zijn om de diensten te leveren tegen de beschikbare middelen. De kostprijs ligt in veel gevallen boven het geoffreerde tarief. Alle partijen moeten nog wennen aan de nieuwe situatie wat veel administratieve en operationele problemen oplevert en voor sommige zorgaanbieders zelfs ernstige liquiditeitsproblemen tot gevolg heeft.

### **Macrobeheersinstrument (MBI)**

Naast de onderlinge afspraken die tussen zorginstellingen en zorgverzekeraars worden gemaakt, wordt er door de NZa ook jaarlijks een macrobudget opgesteld. Dit is een boven-grens waarbij de som van de omzet van alle individuele zorginstellingen deze grens niet mag overschrijden. Wordt dit toch overschreden, dan kan de minister van VWS het MBI inzetten. Met het MBI kan de minister de budget-overschrijdingen van zorgkosten terugdraaien.<sup>8</sup> Zorginstellingen vergoeden dan de overschreden zorgkosten naar rato van hun marktaandeel. Dit is een vrij nieuw fenomeen ingezet met het Bestuurlijk Hoofdlijnen akkoord waarbij overeengekomen is dat de zorgkosten per jaar met max 1% in volume en 2,5% in inflatiecorrectie mogen stijgen. Tot op heden heeft de minister dit middel nog niet ingezet.

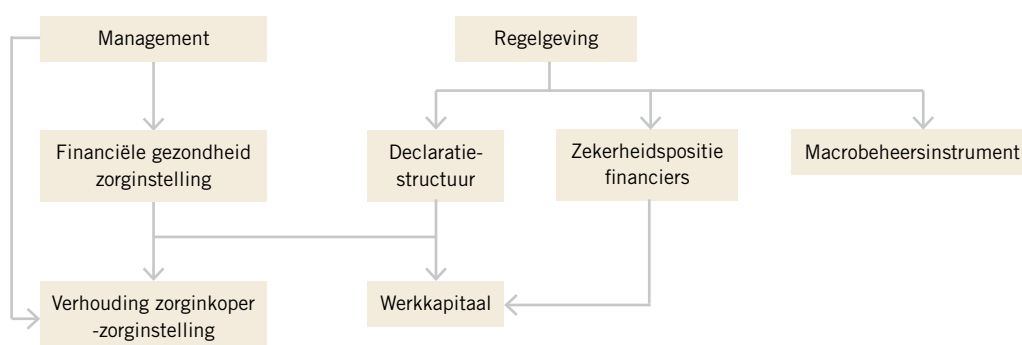
---

<sup>8</sup> Op grond van de Regeling Macrobeheersinstrument multidisciplinaire zorg 2015

# 4 Knelpunten bij financiering

De huidige zorgmarkt is zo ingericht dat zorginstellingen over prijs en volume van te verlenen zorg onderhandelen met zorgverzekeraars. De bevoorschottingsystematiek volgt uit het huidige stelsel waardoor zorginstellingen een ruim werkkapitaal moeten aanhouden. Voor het financieren van werkkapitaal en activa zijn zorginstellingen in grote mate afhankelijk van de toegankelijkheid tot de geld- en kapitaalmarkten. In totaal hebben banken bijna € 21 mld lang vreemd vermogen en ruim € 2 mld aan werkkapitaal uitstaan. Sectorbreed behaalt de zorg een laag rendement en beschikt zij over beperkte kapitaalbuffers. Bij de financierbaarheid van de zorg bestaat een aantal knelpunten die het gevolg zijn van de huidige structuur van de zorgmarkt en regelgeving. In figuur 7 zijn de knelpunten schematisch weergegeven. Hieronder wordt ingegaan op enkele belangrijke knelpunten.

**Figuur 7**  
Knelpunten binnen de financiering van zorginstellingen (CBS)



## 1 Regelgeving

De regelgeving in de zorg is complex van aard en heeft een hoge volatiliteit. De NZa is verantwoordelijk voor het opstellen van regels en zij doet dit aan de hand van haar bevoegdheden op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG). De NZa heeft sinds haar oprichting in 2006 meer dan 2200 beleidsregels gepubliceerd die leiden tot het wijzigen van normen, rekenkundige waarden, procedures, feiten en omstandigheden, voorschriften, voorwaarden en beperkingen, tariefsoorten en prestatiebeschrijvingen.<sup>9</sup> Het is extra complex dat de NZa ook regelmatig besluiten met terugwerkende kracht heeft genomen. Deze frequent wijzigende regelgeving levert onzekerheid op voor zorginstellingen en financiers.

<sup>9</sup> <https://www.NZa.nl/regelgeving/beleidsregels/>

## 2 Declaratiestructuur

Door de declaratiestructuur zit er een verschil tussen het moment dat de zorg is geleverd, de gemaakte kosten, en het moment dat deze wordt vergoed door de zorgverzekeraar of gemeente. Zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten bevoorschotten het onderhanden werk vaak voor 70 - 80%. Het restant kan na afronding van de behandeling gedeclareerd worden. Het werkkapitaal dat zorginstellingen hiervoor moeten aanhouden komt grotendeels van de banken. Hoewel het uitstaande werkkapitaal over de afgelopen jaren is gedaald tot € 2 mld blijft de liquiditeitsbehoefte substantieel en is dit een inherent gevolg van de declaratie-systematiek.

Dit terwijl zorgverzekeraars juist over veel liquide middelen beschikken. Wat ook mee speelt is de inefficiëntie van betaalstromen in de zorg. Veel werkkapitaalstromen hebben betrekking op de afwikkeling van financieringsposities en hebben feitelijk geen operationele achtergrond. Zekerheden voor financiers ontbreken daarbij vaak. Er worden stappen gezet om dit te verbeteren maar dat gaat langzaam.

Als de onderhandelingen tussen de zorginkoper en instelling nog niet zijn afgerond in het nieuwe kalenderjaar kan de zorg nog niet gedeclareerd worden. Dit vormt voor zorginstellingen een liquiditeitsrisico.<sup>10</sup> De recente verkorting van de DOT doorloop-termijn tot 120 dagen is een positieve stap geweest. Wel was het een nieuwe ingrijpende verandering in het stelsel. De onzekerheid rondom de veranderende regelgeving uitte zich in een vertraagde totstandkoming van de onderhandelingen waardoor ziekenhuizen lang niet konden declareren. Dit heeft bij een aantal ziekenhuizen geleid tot liquiditeitsproblemen.<sup>11</sup>

## 3 Zekerheidspositie financiers en vastgoedproblematiek

De zekerheidspositie voor financiers is beperkt. Ter dekking van het risico dat financiers lopen op het verschaffen van kapitaal wordt pandrecht gevestigd op de bezittingen van de instelling. In de zorg is de waarde van het onderpand lastig te bepalen. Bij vastgoed is de waarde sterk afhankelijk van de functie die wordt uitgeoefend. Als de oorspronkelijke functie niet kan worden uitgevoerd, zoals bij verzorgingstehuizen die de afgelopen jaren zijn ingekrompen, is het vastgoed moeilijk alternatief aanwendbaar. Alleen al bij ouderenverpleeghuizen dreigt de komende jaren 3 miljoen vierkante meter leeg te komen staan<sup>12</sup>. In 2009 vroegen 89 instellingen toestemming bij het College Sanering Zorginstellingen om vastgoed te mogen verhuren of verkopen. Dit was in 2015 opgelopen naar 343 instellingen.

Door de groeiende leegstand en de beperkte alternatieve aanwendbaarheid is de onderpands-waarde van het vastgoed in veel gevallen lager dan de boekwaarde in het jaarverslag. Financiers zullen dit meewegen in hun financieringsbeslissing.

<sup>10</sup> <http://www.zorgvisie.nl/Financien/Nieuws/2016/1/Care-kampt-met-declaratieproblemen/>

<sup>11</sup> NZa, *Marktscan van de Medisch Specialistische Zorg 2015*

<sup>12</sup> <https://www.kadaster.nl/documents/20838/88035/Leegstand+herbestemming+en+verzorgingshuizen%2C+een+verkenning+door+de+oogharen+heen/c2f84a-a8bd-4aed-9059-b24b60ca4df5>

Als zekerheid voor het werkkapitaal dienen normaliter de voorraden en de debiteuren. De voorraden bij een zorginstelling bestaan uit onderhanden werk. De waarde van het onderhanden werk is gedurende het jaar onduidelijk. Dit is nog onduidelijker geworden na een recente uitspraak van het Hof van Amsterdam (29 maart 2016). De uitspraak is dat het onderhanden werk pas een vordering wordt na voltooiing van de volledige behandeling. Zorginkopers, zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten, bevoorschotten alleen het deel waarvan zij bijna zeker zijn dat de waarde gedekt zal worden. Het onzekere deel zal op een andere manier ingevuld moeten worden, bijvoorbeeld via werkkapitaalfaciliteiten bij de bank. De debiteurenpositie is door de regels van de zorginkopers niet altijd goed te verpanden. Dit verschilt per inkoper en vereist extra inspanningen van de bank om deze als onderpand te kunnen beschouwen.

#### **4 Financiële gezondheid**

Voor de transitie waren zorginstellingen zeker van hun inkomsten omdat deze vanuit de overheid waren gegarandeerd en gereguleerd. Het aanhouden van ruim eigen vermogen was dus niet nodig. Sinds de invoering van de prestatiebekostiging zijn zorginstellingen zelf verantwoordelijk voor de bekostiging en moeten zij bedrijfsmatig opereren. Het versterken van de eigen vermogenspositie is daarom zeer belangrijk. De marges binnen de gezondheidszorg zijn dun en veel instellingen hebben weinig ruimte voor onverhoopte tegenwind. In 2014 hebben zorginstellingen gemiddeld een rendement van 2% behaald, wat tot gevolg heeft dat buffers maar langzaam kunnen worden opgebouwd. Er zijn ook instellingen die een negatief rendement hebben en in de gevarenzone zitten.

Door het huidige bekostigingsstelsel zijn zorginstellingen financieel afhankelijker geworden van zorgverzekeraars en financiers. Het uitstaande vreemd vermogen is over de afgelopen vijf jaar gestegen met ruim 30%. Hoewel het werkkapitaal de afgelopen vijf jaar is verminderd tot € 2 mld, blijft het nog steeds een fors bedrag. Banken financieren primair op kasstromen. Tegenover de schuldbestand van instellingen moet ook een zekere verdien capaciteit staan. Doordat de zorginstellingen steeds meer tegen hun schuldplafond aanlopen neemt ook de aflosdruk toe.

GGZ-instellingen behandelen steeds minder patiënten. Hierdoor kan het financiële resultaat vrijwel alleen verbeteren door flink te snijden in de kosten. Het aantal patiënten in de GGZ is met 12,4% gedaald tot 440.000 patiënten eind 2014. Het totaal aantal patiënten, dus inclusief de mensen die in 2014 uitbehandeld waren, bedroeg 800.000. GGZ-instellingen blijven aanhoudend onder financiële druk staan door bezuinigingen, beddenreductie, overheveling van patiënten naar de basis-GGZ/1e lijn, en de veranderingen in de jeugdzorg.

In april 2016 heeft de minister voor het derde opeenvolgende jaar uitstel verleend voor het deponeren van jaarrekeningen voor de GGZ. Inkopers van zorg en aanbieders worstelen met rechtmatigheid van declaraties door onduidelijkheid in de regelgeving. Voor GGZ-instellingen is hierdoor de financiële situatie al enkele jaren niet vast te stellen. Dit is voor financiers een zeer zorgelijk punt aangezien een goedgekeurde jaarrekening een essentieel onderdeel vormt van het kredietbeoordelingsproces. De verwachting is dat de invoering van de WMO dit op de korte termijn verder compliceert. Bij de aanvang van de WMO in 2015 hebben gemeenten gekozen voor



het continueren van bestaande zorg. De administratieve afwikkeling was een punt van latere zorg. Hierdoor zien we nu de problemen ontstaan.

## 5 Verhouding zorginkopers en zorginstellingen

Ieder jaar gaan zorginstellingen en zorginkopers met elkaar in onderhandeling over het sluiten van contracten over de te leveren zorg. In de cure gebeurt dit aan de hand van prijs x volume of een aanneemsom. De zorginstelling kan slechts de zorg declareren die zij is overeengekomen om te leveren met de zorgverzekeraar. Als een zorginstelling meer omzet genereert dan afgesproken loopt zij het risico deze niet vergoed te krijgen. Als een zorginstelling minder omzet dan overeengekomen dan loopt zij daardoor omzet mis en groeit zij minder dan beoogd. Jaarlijks is dus het risico aanwezig dat zorginstellingen onder- of overproduceren wat financiële consequenties heeft.

Daarnaast is de zorgverzekeraarsmarkt voor 90% in handen van vier partijen (Achmea, CZ, Menzis en VGZ).<sup>14</sup> De individuele zorginstellingen in het regionale netwerk hebben hierdoor een relatief kleine stem. De zorgverzekeraars beschikken over een sterke onderhandelingspositie tegenover de zorginstellingen bij het sluiten van contracten. Hierbij dient te worden opgemerkt dat de regionale verschillen groot zijn. Niet alle zorgverzekeraars zijn landelijk actief. Daarbij handelen zorgverzekeraars primair vanuit de zorgplicht die zij hebben voor hun verzekerden.

Er is veel wantrouwen tussen behandelend artsen en zorgverzekeraars. Dit maakt het voor zorgverzekeraars lastig om scherp in te kopen op prijs en kwaliteit. Daarbij ontbreekt het partijen voorsnog aan voldoende inzicht in de kwaliteit van zorg.

Er is een wens van zorgaanbieders om meer gebruik te maken van meerjarencontracten. Dit biedt langere tijd zekerheid over de prijs en kwaliteit van de behandelingen, wat goed is voor de continuïteit van de bedrijfsvoering. Zorgaanbieders kunnen zich dan beter richten op de strategie en het profiel van de organisatie en gericht investeren in de langere termijn. In de praktijk blijkt voorsnog dat zorgverzekeraars de stap naar meerjarencontracten nog beperkt maken.

Het is dan ook de vraag in welke mate zorgverzekeraars erin zullen slagen om de hun toebedeelde rol ook werkelijk succesvol te kunnen gaan oppakken. Het risico is groot dat inkoop voorsnog vooral op prijs blijft plaatsvinden.

Bij de care bestaan eveneens problemen bij contractering: zowel met zorgkantoren (WLZ) als met gemeenten (WMO, Jeugdwet) moeten er jaarlijks contracten worden afgesloten. Ook hier speelt het risico van onder- of overproductie.

Daarnaast is het voor organisaties die met veel verschillende zorgverzekeraars en gemeenten afspraken moeten maken ook geen sinecure om te voldoen aan de key performance indicators om de rechtmatigheid van de zorgdeclaraties aan te tonen. Er is een grote verscheidenheid aan contractafspraken met zeer veel verschillende informatievragen waaraan veel zorginstellingen nauwelijks kunnen voldoen.

---

<sup>14</sup> OECD (2015), *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*, OECD Publishing, Paris

Het risico bestaat zowel aan de zijde van de gemeenten als aan de zijde van de zorginstellingen dat vanwege die complexiteit niet kan worden gecontroleerd of de gedeclareerde zorg terecht is geleverd. Jaarverslagen kunnen daardoor mogelijk niet van een goedkeurende verklaring worden voorzien, of enkel met forse opgenomen voorzieningen.

## **6 Macrobeheersinstrument (MBI)**

Met het MBI beoogt het NZa de zorgkosten binnen het wettelijk gestelde kader te houden, maar dit brengt onzekerheid met zich mee. Een zorginstelling moet naar marktaandeel bijdragen aan de vergoeding van een eventuele overschrijding van het macrobudget. Zorginstellingen lopen dus het risico om te moeten meebetalen aan de overschrijding door concurrente zorginstellingen. Al is het MBI nog niet ingezet door de NZa, het hangt boven de markt.<sup>15</sup> De onzekerheid van het MBI is een risico-verhogende factor voor zorginstellingen.

De overschrijding van de maximale zorgkosten in 2013 was € 242 miljoen. In het voorjaar van 2016 maakte minister Schippers bekend dat volgens recente cijfers die overschrijding beperkt zal blijven tot € 29 miljoen. Tevens wijzen de voorlopige cijfers op een onderschrijding in de jaren 2014 en 2015. Hierop heeft minister Schippers besloten het MBI niet in te zetten, en de overschrijding 2013 in mindering te brengen op het macrokader medisch specialistische zorg 2017.

## **7 Management**

In het oude systeem van budgetbekostiging was de bekostiging vanuit de overheid georganiseerd en gegarandeerd. Door de invoering van de prestatiebekostiging moeten zorginstellingen nu bedrijfsmatig werken. Naast kwalitatief goede zorg leveren moet een zorginstelling ook rendement behalen. Niet alle instellingen hebben deze transformatie al met succes doorgevoerd. Bedrijfsmatig denken dient een belangrijke plaats te hebben in alle besturen en managementteams. Waar dit nog onvoldoende het geval is bestaat een vergrote kans op onrendabele business cases. Dergelijke instellingen zullen niet door de banken te financieren zijn.

Er is een groep van zorgaanbieders die er relatief goed voorstaat en die goed heeft ingespeeld op het nieuwe zorgstelsel vanuit een relatief gunstige uitgangspositie. Evengoed zijn er grote zorgen over zorgaanbieders die minder goed hebben ingespeeld op de nieuwe realiteit.

Daarnaast hebben medisch specialisten die in maatschappen werken vaak een eigen positie binnen het ziekenhuis, wat de bestuurbaarheid en wendbaarheid beïnvloedt.

---

<sup>15</sup> <http://www.medischcontact.nl/Actueel/Nieuws/Nieuwsbericht/149143/Schippers-eist-overschrijding-niet-direct-terug.htm>

# 5 Conclusie en aanbevelingen



Nederland beschikt over kwalitatief uitstekende zorg. Het is belangrijk om dit goede niveau van de zorg te handhaven en tegelijkertijd de kosten in de hand te houden. In 2006 is daarom gekozen voor een stapsgewijze transitie van centrale aanbodregulering naar prestatiebekostiging. Zorginstellingen, zorgverzekeraars en zorgkantoren hebben de verantwoordelijkheid om scherpe afspraken met elkaar te maken over de prijs en kwaliteit van de zorg. Het is belangrijk dat hierbij rekening wordt gehouden met de financierbaarheid van zorginstellingen.

Vijf zaken verdienen volgens de NVB bijzondere aandacht.

## 1 Stabiliseren van wet- en regelgeving

De invoering van prestatiebekostiging heeft het risicoprofiel van individuele zorginstellingen aanzienlijk verhoogd. Instellingen die falen kunnen failliet gaan. Banken stellen daarom hogere eisen aan de bedrijfsvoering, het management en de businessplannen van instellingen. Ook letten banken op de financiële buffers van zorgaanbieders bij het aangaan van financieringsovereenkomsten. De combinatie van deze ontwikkelingen maakt de toegang tot de geld- en kapitaalmarkt voor zorgaanbieders lastig. Iedere financieringsaanvraag moet gebaseerd zijn op een solide businesscase. Banken voegen waarde toe door de businesscase kritisch te toetsen.

Volgens de NVB is in deze situatie stabiliteit en voorspelbaarheid van wet- en regelgeving noodzakelijk. Voor zorgaanbieders maar ook voor financiers. Met name in de GGZ, de Jeugdzorg en voor de uitvoering van de WMO zijn de administratieve onduidelijkheden onacceptabel groot. Dat zet de financierbaarheid van deze sectoren onder grote druk.

## 2 Oog voor kwaliteit van bestuur en governance

Om de zorgsector hoogwaardig, toegankelijk en betaalbaar te houden is een fundamentele herstructurering van het bestaande zorglandschap noodzakelijk. Dat stelt hoge eisen aan de kwaliteit van het bestuur waarbij visionair en krachtig leiderschap noodzakelijk is. Tevens dient het interne toezicht, bijvoorbeeld de Raden van Commissarissen, op orde te zijn. Het is in eerste instantie aan de zorgaanbieders zelf om te zorgen voor voldoende kwaliteit van bestuur en management. Voor de banken is dit een cruciaal aspect bij het beoordelen van de kredietwaardigheid.

De NVB maakt zich zorgen over de negatieve beeldvorming ten aanzien van zorgbestuurders en de aanhoudende discussies rondom de maximering van topinkomens. Dit leidt in de praktijk tot stagnatie (bestuurders zijn minder bereid van functie te veranderen), demotivatie en ook regelmatig tot het afhaken van toptalent. Dat is juist nu zeer ongewenst, want de behoefte aan hoogwaardig en krachtig leiderschap is groter dan ooit.

De NVB vraagt aandacht aan politiek en overheid om de benodigde randvoorwaarden te scheppen om de sector aantrekkelijk te houden voor toptalent.

### **3 Meerjaren contracten als norm**

In ons zorgstelsel is de rol van inkoopende partijen als zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten om de beste zorg tegen de gunstigste voorwaarden te contracteren. Zorginkoopcontracten worden vaak voor een periode van één of maximaal enkele jaren afgesloten. Dat is niet efficiënt en ook niet evenwichtig.

De NVB is van mening dat zorgaanbieders en zorginkopers meerjaren contracten moeten afsluiten. Deze contracten bieden het vereiste comfort aan zorginstellingen en hun financiers om langere termijn investeringen te doen. Contracten kunnen zo worden ingestoken dat het voor zorginstellingen geen aanleiding geeft om achterover te leunen. Het is wenselijk dat in de meerjaren contracten onder andere afspraken worden gemaakt over bevoorschotting door zorgverzekeraars enerzijds en het verschaffen van werkkapitaal door banken anderzijds. Zorginstellingen hoeven zich dan niet onnodig zorgen te maken over hun liquiditeitspositie en vast te houden aan zeer ruime werkkapitaal faciliteiten bij banken die in de praktijk nauwelijks worden gebruikt.

Meerjaren contracten zullen de zorgsector tevens aantrekkelijker maken voor andere kapitaalverschaffers als pensioenfondsen en beleggers. De financieringsbasis van de zorgsector wordt zo verbreed. Tenslotte kunnen zorginkopers en zorgaanbieders via meerjaren contracten afspraken maken over het afbouwen van overcapaciteit door extramuralisering, een ontwikkeling waar leegstandsrisico's aan kleven. Dit speelt op korte termijn met name in de GGZ en de intramurale ouderenzorg, maar raakt ook de ziekenhuissector. Aan de andere kant zal er wel rekening mee moeten worden gehouden dat meerjaren contracten tot vermindering van flexibiliteit kunnen leiden.

### **4 Verruimen toegang tot risicodragend kapitaal**

De invoering van prestatiebekostiging heeft tot gevolg dat zorgaanbieders ondernemingen zijn die flinke bedrijfsrisico's lopen. Het huidige governance model is vaak nog een stichtingsvorm. Deze rechtsvorm werkt belemmerend om risicodragend kapitaal aan te trekken. Dat kapitaal is wel nodig om de vermogenspositie van instellingen in evenwicht te houden of te brengen met de bedrijfsrisico's. Minstens zo belangrijk is het om middelen ter beschikking te hebben om te investeren in innovatie.

Het wettelijke kader met een verbod op winstuitkering biedt momenteel weinig mogelijkheden tot het aantrekken van risicodragend kapitaal. De NVB is voorstander van het vergroten van de wettelijke ruimte voor verschaffers van risicodragend kapitaal in de gezondheidszorg.

### **5 Bevorderen financiering van zorginnovaties**

De veranderende zorgvraag van de samenleving en de technologie bieden volop kansen als het gaat om innovatie. Daarbij valt te denken aan eHealth, robotica, 3D printing, gaming, etc. Deze innovaties komen vaak van startende ondernemers. Banken spelen, vaak in combinatie met overheidsregelingen, al een actieve rol om

dergelijke ondernemingen met raad en daad bij te staan en deze te verbinden met het reguliere zorgaanbod. Dat is niet alleen bevorderlijk voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van ons zorgstelsel, maar kan ook bijdragen aan werkgelegenheid en onze economische groei (bijvoorbeeld exportmogelijkheden).

De NVB spant zich met banken in om naast inhoudelijke innovaties ook nieuwe financieringsoplossingen in de zorgmarkt te introduceren. Te denken valt aan zorgobligaties, health impact bonds en crowdfunding.

### **Tot slot**

Banken onderschrijven het belang van en voelen zich medeverantwoordelijk voor een goed functionerend zorgstelsel in Nederland. De NVB is van mening dat de financierbaarheid een zeer belangrijke pijler van het zorgstelsel is.

De grote veranderingen die zijn doorgevoerd in het zorgstelsel vragen ook om het normaliseren van bestaande financieringsarrangementen en nieuwe financieringsoplossingen. Dit vraagt samenwerking met alle stakeholders in het zorgveld, waarbij niet in de laatste plaats ook het ministerie van VWS vanuit haar rol als systeemverantwoordelijke meer regie mag nemen om de beschreven knelpunten aan te pakken.

# Literatuurlijst



BDO (2015); *BDO-Benchmark Ziekenhuizen 2015 – update*

CBS Statline (2016); *Zorginstellingen; financiën en personeel*

EY (2015); *Barometer Nederlandse Gezondheidszorg 2015*

Health Consumer Powerhouse (2014); *Euro Health Consumer Index 2014*

Het Financieele Dagblad (2016); *Leegstandsgolf in de zorg op komst*

Medischcontact (2016); *Schippers eist overschrijding niet direct terug*  
<https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/schippers-eist-overschrijding-niet-direct-terug.htm>

NZa (2016); *Beleidsregels*;  
<https://www.nza.nl/regelgeving/beleidsregels/>

NZa (2015); *Marktscan van de Medisch Specialistisch Zorg 2015*

NZa (2014); *Marktscan GGZ 2014 en beleidsbrief deel A*

OECD (2015); *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*

Onderzoek Kadaster  
<https://www.kadaster.nl/documents/20838/88035/Leegstand+herbestemming+en+verzorgingshuizen%2C+een+verkenning+door+de+oogharen+heen/c2f84a-a8bd-4aed-9059-b24b60ca4df5>

Onderzoek Arcadis, o.b.v. CBS  
<https://www.arcadis.com/nl/nederland/arcadis-blog/patrick-barske/groeiende-zorg-krimpde-ziekenhuizen/>

Overheid.nl (2015); *Regeling Macrobeheersinstrument multidisciplinaire zorg*

Rijksoverheid.nl (2014); *Invoering WMO 2015*

Zorgvisie (2016); *Care kampt met declaratieproblemen*  
<https://www.zorgvisie.nl/Financien/Nieuws/2016/1/Care-kampt-met-declaratieproblemen/>





Meer weten?

Casper Arnolds

Senior adviseur zakelijke dienstverlening

[arnolds@nvb.nl](mailto:arnolds@nvb.nl)

020 550 28 25

© April 2017

Nederlandse Vereniging van Banken

Gustav Mahlerplein 29-35

1082 MS Amsterdam

020 550 28 88

[www.nvb.nl](http://www.nvb.nl)