

PAY PER VIEW, RESULT OR USE?

De kansen van nieuwe financieringsvormen

Kantoormeubilair betalen op basis van bezettingsgraad?

In veel gevallen worden producten en diensten gefinancierd met eigen vermogen of geleend geld. Maar andere betaalconstructies zijn in opkomst, zoals pay-per-use, pay-per-view en pay-per-result. Wat zijn de voor- en nadelen en hoe werkt dat? En gaan we straks inderdaad kantoormeubels betalen aan de hand van de werkelijke bezettingsgraad van dat meubilair?

DOOR ROYAN VAN VELSE EN DANNY VAN DER SCHEER



Ziekenhuisapparatuur is duur in aanschaf en onderhoud. Pay-per-use kan daarvoor een oplossing zijn.

Het Admiraal de Ruyterziekenhuis in Goes is sinds het begin van dit jaar geen eigenaar meer van de operatiekamers. Technologiebedrijf Siemens heeft het deel van het ziekenhuisvastgoed met de operatiekamers gekocht en ingericht met geavanceerde apparatuur. Het ziekenhuis verkeert financieel in zwaar weer en huurt voor de komende tien jaar de ruimte van Siemens.

Het is een prachtige nieuwe vorm van financiering waarbij de industrie de hand reikt aan de gezondheidszorg. Dat is althans de mening van sommigen. Anderen zien het als een absolute bedreiging waarbij belangenverstrengeling optreedt en het ziekenhuis afhankelijk wordt van een toeleverancier.

In april werden vragen over deze kwestie

gesteld in de Tweede Kamer. Het antwoord van staatssecretaris Martin van Rijn volgde in mei. Het is volgens hem aan de ziekenhuizen om te bepalen op welke wijze zij hun financiering vormgeven. Wel blijven ziekenhuizen te allen tijde zelf eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg die zij leveren.

27 MILJARD

De zorgkosten rijzen de pan uit. In 2016 werd er in Nederland maar liefst 27 miljard euro uitgegeven aan ziekenhuiszorg (op een totaal van 96 miljard euro aan alle zorg). Dat is 2,5 procent meer dan in 2015. Sommige ziekenhuizen verkeren dan ook in financiële nood. Enerzijds moeten ze goede zorg leveren, waar nauwlettend toezicht op wordt gehouden door niet alleen de Inspectie Gezondheidszorg maar ook zorgverzekeraars. Aan de andere kant moeten ze financieel gezond blijven. Een verhoging van het eigen vermogen en van de solvabiliteit zijn hierbij graadmeters. Veel ziekenhuizen proberen deze solvabiliteit te verbeteren. Solvabiliteit, van het Latijnse *solvere* en *ilis*, geeft aan in hoeverre een organisatie in staat is om langetermijnschulden af te betalen. Solvabiliteit wordt uitgedrukt middels een percentage dat wordt verkregen door het eigen vermogen te delen door het totaal vermogen en de uitkomst hiervan te vermenigvuldigen met 100. Een percentage tussen 25 en 40 procent wordt als gezond gezien. Bij ziekenhuizen hanteren banken veelal een norm tussen 20 en 25 procent. Binnen de ziekenhuizen ligt de solvabiliteit gemiddeld ook daadwerkelijk binnen die marges (2015).

Het is niet vreemd dat organisaties, waaronder ziekenhuizen, er soms voor kiezen om niet te investeren, maar andere vormen van financiering te kiezen. Dan hoeft niet al het geld meteen uitgegeven te worden.



Bij tv- en internetproviders is betalen per bekeken film al heel gewoon.

TRADITIONELE FINANCIERING

Bij traditionele financiering worden producten en diensten betaald uit eigen vermogen of met vreemd vermogen (geleend geld). Zeker in de zorg klinken andere vormen als lease en huur heel vooruitstrevend, maar in sommige ziekenhuizen zijn deze financieringsvormen alweer bijna ouderwets. Bij financiële lease staat het goed op de balans, terwijl bij operationele lease het goed off-balance wordt. Het kan gezien worden als een zakelijke variant van huur.

METERED SERVICE

Veel moderner in de *cure*-sector, zijn de *pay-per-use*- of *pay-per-result*varianten die in opkomst zijn en waar nog lang niet iedereen klaar voor is. Zowel ziekenhuizen als leveranciers zijn hier nog wat terughoudend in. Deze alternatieve constructie wordt ook wel metered service of open pay genoemd. Heel kort komt het erop neer dat betaald wordt voor het

daadwerkelijke gebruik van een product of dienst of voor het eindresultaat, met daar tussenin allerlei varianten.

In de consumentenwereld is deze vorm van betalen overigens niet nieuw. In de tijd van videotheken kon je kiezen voor een abonnement of voor een prijs per videoband. Bij tv- en internetproviders kun je ervoor kiezen om een abonnement te nemen, of om te betalen per film of sportwedstrijd die je bekijkt. En ook de muntjes om warm te kunnen douchen op de camping zijn hier een simpel voorbeeld van. In de zorg zijn de voorbeelden echter nog niet even talrijk.

Een ontwikkeling in deze sector is bijvoorbeeld de radiologie. Radiologische apparatuur als een MRI- of een CT-scanner is duur, en dat niet enkel in de aanschaf. Een ziekenhuis kan zich afvragen of het doel is om een heel apparaatpark in het bezit te hebben. Dit moet aangeschaft, geïnstalleerd, onderhouden

>>

en op termijn vervangen worden. De wens van het ziekenhuis is feitelijk om juiste diagnoses te kunnen stellen aan de hand van de plaatjes die worden gegeneereerd door deze apparatuur. Het zou bijna logisch klinken om plaatjes in te kopen die voldoen aan bepaalde kwaliteitseisen, en de leverancier van de apparatuur alle materiële aspecten en randvoorwaarden te laten regelen. Dit wordt dan *pay-per-view* genoemd.

Binnen de laboratoria is een soortgelijke variant al heel gebruikelijk. Hierbij wordt apparatuur ter beschikking gesteld door de fabrikanten en betalen de ziekenhuislaboratoria enkel voor de reagens die zij gebruiken. Elke soort bepaling heeft dus een prijs, waarbij de waarde van de apparatuur in het tarief verdisconteerd wordt.

Het is bij dit soort constructies wel zaak om transparantie te krijgen in de totale kosten van de apparatuur en van de hulpmiddelen die daarbij gebruikt worden, en om aan de hand hiervan een bandbreedte af te spreken. Dit houdt in dat er een prijs per plaatje of per bepaling wordt afgesproken voor het aantal verrichtingen dat valt binnen een bepaald bereik. Bij overschrijding of overschrijding hiervan kan de stuksprijs naar boven of naar beneden aangepast worden.

Pay-per-result gaat nog iets verder. Binnen de ICT zou dit zeer goed toepasbaar kunnen zijn. Hierbij is denkbaar dat een organisatie niet zelf alle hardware aanschaf en vervangt na bepaalde termijnen, maar met de leverancier hierover een resultaat afspreekt: een snelheid, een bandbreedte, een uptime. Dit resultaat moet dan wel ieder jaar aan te passen zijn aan wat state of the art is. Hier betaalt de klant dan een vast bedrag per maand of per jaar voor, en de leverancier heeft om zijn prestatie te

borgen, de vrijheid om zelf te bepalen wanneer hij bepaalde componenten als access-points, servers of opslag wil vervangen. Ondanks alle goede ideeën hierover, willen leveranciers wel meedenken maar zijn ze nog lang niet allemaal heel enthousiast.

VAN KOFFIE TOT MEDISCHE PROCEDURES

Voorbeelden om dit toe te passen, te variëren en te combineren zijn er te over. Denk aan koffie in combinatie met koffiezetapparatuur. Of aan een vast bedrag voor een medische procedure, waarbij een vooraf gedefinieerd tarief geldt, ongeacht het gebruik van de medische apparatuur of het aantal medische hulpmiddelen. Een fabrikant van kantoormeubilair kwam zelfs met het idee om te betalen aan de hand van de bezettingsgraad van dat meubilair. Gemene delers in dit alles zijn dat de leveranciers wel degelijk marge willen maken, hetgeen ook nodig is, en dat zij hun afzet willen borgen. Voor de ziekenhuizen geldt dat zij in deze gevallen meer zekerheid hebben over de uitgaven, financiële risico's verminderen, soms uitgaven uitstellen en hun solvabiliteit verhogen.

Met deze constructies wordt er minder beroep gedaan op investeringsbudgetten: de capex wordt opex. Naast de mogelijke financiële voordelen, ontstaat er ook een andere vorm van samenwerking tussen instelling en leverancier. Partnership ligt dan om de hoek.

EEN VARIABELE

Daar waar voorbeelden uit de *cure*-sector worden aangedragen, zijn deze zeer zeker ook toepasbaar buiten de zorg. Maar het is beslist niet allemaal rozengeur en maneschijn. Uit angst voor de sprong in het diepe zijn er nog veel partijen die weliswaar een voorzichtige cal-

culatie maken maar de vervolgstap nog niet durven te zetten. Het managen van dit concept is inderdaad wat lastig, want er zit een variabele in: de afnamehoeveelheid. Voor een klant kan de andere financiering inhouden dat er onderaan de streep meer betaald wordt. Door-dachte afspraken zijn in deze onontbeerlijk. Het is van belang dat beide partijen hetzelfde bedoelen met een use, view of procedure, met alles wat er wel en niet bij hoort.

SUCCES

Metered service heeft een kans van slaan en verdient het om succesvol te zijn. Deze financieringsvorm is weliswaar niet geheel nieuw, maar wordt op dit moment binnen de ziekenhuiswereld in een nieuw jasje gestoken. Verkopen en terughuren, apparatuur niet betalen maar wel de verbruiksgoederen die erbij horen afrekenen, alleen voor het uiteindelijke resultaat betalen? De baten en de risico's van al deze mogelijkheden zijn het onderzoeken beslist waard. Middels de vragen die in de Tweede Kamer werden gesteld, vroeg men zich af op welke schaal dit al gebeurt. Het antwoord is dat veel zorginstellingen zich al beraden over alternatieve financieringsvormen, weliswaar niet zo extreem als in Goes, en dat deze concepten binnenkort niet meer weg te denken zijn. <<



Royan van Velse (links) is manager inkoop en logistiek in het Rijnstate ziekenhuis in Arnhem. Danny van der Scheer studeert af in bedrijfseconomie aan de Christelijke Hogeschool Windesheim te Zwolle.