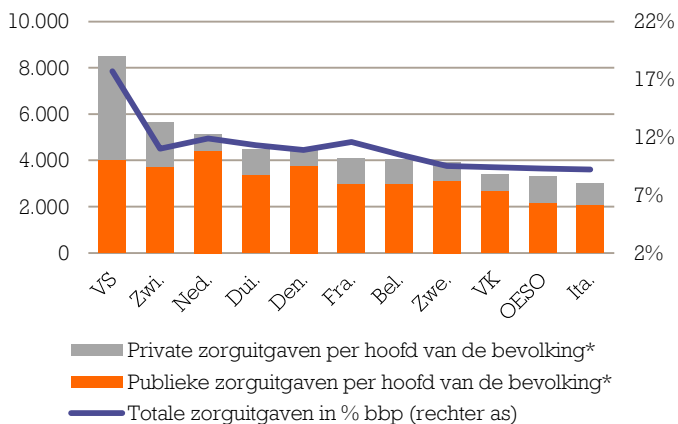


Van groei- naar krimpstrategie

- De zorg verandert snel: opsplitsing van de AWBZ, een grotere rol voor gemeenten en de eerste lijn en spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties.
- De patiënt wordt steeds bepalender: hij vraagt kwalitatief goede en betaalbare zorg, dicht bij huis.
- Door de focus op kostenbeheersing verandert de zorg van een groei- in een krimpmarkt. Zorgaanbieders zullen hun strategie hierop aan moeten passen.

Figuur 1 Zorguitgaven per hoofd van de bevolking en in % bbp, 2011



Bron: OESO, *in voor koopkracht gecorrigeerde US dollars

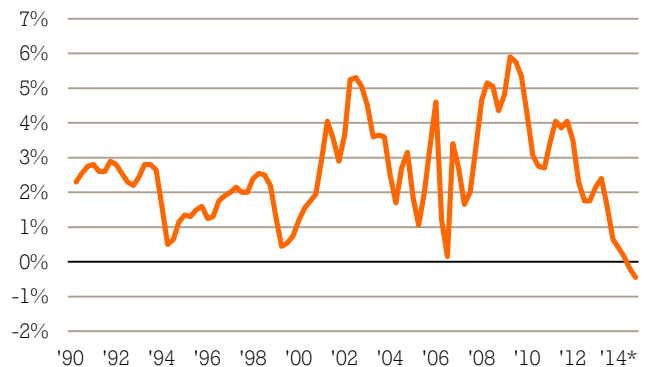
Op weg naar een toekomstbestendige zorg

Nederland heeft wereldwijd de op één na hoogste zorguitgaven ten opzichte van het bbp (figuur 1). Om de zorg betaalbaar te houden en de solidariteit te handhaven zijn politiek en samenleving volop bezig met stelselherzieningen. Grote veranderingen staan op stapel: opsplitsing van de AWBZ, een grotere rol voor gemeenten en zorgverzekeraars, spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties en verlegging van activiteiten door ziekenhuizen en GGZ naar de eerste lijn (substitutie). Op alle fronten worden maatregelen getroffen om het stelsel duurzaam in te richten, en met resultaat: volumekrimp is inmiddels een alledaags fenomeen in de zorg.

Van patiënt naar bewuste consument

De zorggebruiker krijgt meer en meer invloed. Door een kleiner verzekerd pakket en hogere eigen bijdragen zullen

Figuur 2 Ontwikkeling volumemutatie brute toegevoegde waarde gezondheidszorg



Bron: CBS, *raming ING Economisch Bureau

de ontwikkeling richting klantoriëntatie en de daarbij behorende netwerken sneller van de grond komen. Patiënten gaan namelijk koopgedrag vertonen. Zij gaan bewustere keuzes maken. De keuze van de zorgconsument voor betaalbaarheid, service en kwaliteit zorgt er mede voor dat de zorg in 2014 van groei naar krimp gaat (figuur 2).

Groei van "zorg dichtbij"

Tegelijkertijd is binnen de Nederlandse gezondheidszorg een belangrijke beweging naar zorgverlening dicht bij de zorggebruiker zichtbaar. Om de zorg betaalbaar te houden en kwalitatief te verbeteren, sturen overheid, verzekeraars en aanbieders aan op substitutie van tweedelijns en intramurale zorg door eerstelijns-, extramurale- en zelfzorg. Ook de sociale omgeving van patiënten zal meer bij zorgverlening betrokken gaan worden.

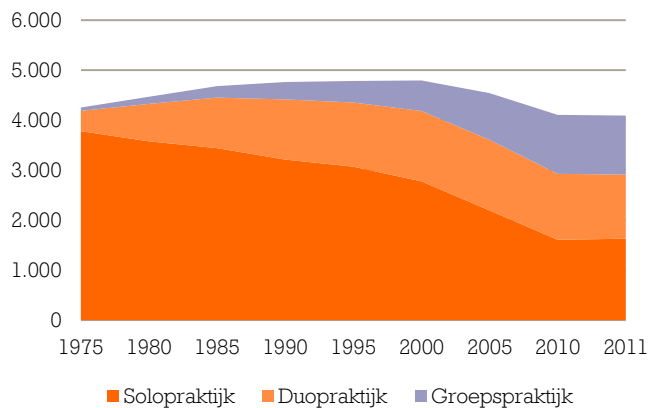
Nieuwe businessmodellen komen op

De zorgmarkt is in beweging. Als gevolg van de transitie naar meer marktwerking nemen de financiële risico's toe. Zorgorganisaties moeten zich duidelijk positioneren en continu aanpassen aan de ontwikkelingen. De toenemende dynamiek leidt onvermijdelijk tot grote verschuivingen in het zorglandschap. Vraaggerichte en efficiënte zorgconcepten – bijvoorbeeld gebaseerd op een franchisemodel – vormen de businessmodellen van de toekomst.

Groei door meer taken en hogere eisen

- De eerste lijn krijgt binnen het zorgstelsel steeds meer de regie over de laagcomplexere zorg, met de huisarts als regisseur.
- Dit leidt tot meer vernieuwing en samenwerking binnen grotere zorggroepen. Er ontstaan zorgbedrijven.
- De huisarts ontwikkelt zich tot zorgmanager die zich meer zal richten op preventie en het aansturen van het zorgproces.

Figuur 3 Ontwikkeling typen huisartsenpraktijken



Bron: Nivel

Substitutie 2^e naar 1^e en 0^e lijns zorg

In het zorgakkoord dat minister, zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben gesloten, neemt de eerste lijn een centrale plaats in, met de huisarts als regisseur. Vanaf 2015 mag de cure nog 1% per jaar groeien. De eerste lijn krijgt daar bovenop 1,5% extra groei ruimte voor substitutie en vernieuwing. Belanghebbende partijen spreken zich unaniem uit voor het verminderen van doorverwijzingen naar de tweede lijn. Behalve vanuit de medisch-specialistische zorg zal ook steeds meer zorg vanuit andere domeinen – zoals GGZ en ouderenzorg – door de eerste lijn worden ingevuld. Andere belangrijke afspraken zijn: het stimuleren van e-health, preventie en zelfzorg en invoering van prestatiegerichte bekostiging in 2015.

Meer groepsvorming binnen eerste lijn

De afgelopen jaren heeft zich een revolutie voorgedaan in het huisartsenlandschap. Van 2000 tot 2011 is het aandeel van huisartsen werkzaam in een groepspraktijk van 29% naar 54% gestegen en het einde van deze ontwikkeling is door verdergaande feminisering van het beroep en bijbehorende deeltijd dienstverbanden nog niet in zicht. Huisartsen organiseren zich steeds vaker in grotere, bedrijfsmatig georganiseerde eerstelijns gezondheidscentra, waarbinnen multidisciplinaire

sciplinaire teams volgens vaste protocollen eerste- en tweedelijns zorg efficiënt en hoogwaardig kunnen verlenen. Andere eerstelijns zorgverleners, zoals de fysiotherapeut, apotheker, verloskundige en diëtist, maar ook medisch specialisten op consultbasis, nemen meer en meer deel aan dergelijke zorggroepen. Ondersteunende diensten besteden zij in toenemende mate aan gespecialiseerde organisaties uit.

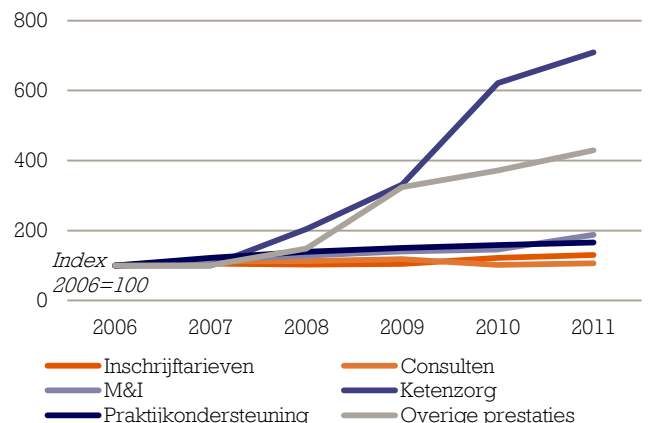
Huisarts wordt zorgmanager

Vanuit hun regiefunctie zullen huisartsen zich steeds vaker tot zorgmanagers ontwikkelen. Met de medewerking van praktijkondersteuners houden zij zich in toenemende mate bezig met preventie en ontwikkeling van zorgpaden en behandelplannen voor de patiënt. De zorgverlening ontwikkelt zich van reactief naar proactief (preventie). Huisartsen gaan in toenemende mate taken delegeren. Alleen op deze manier kan de huisarts het overzicht behouden van de verschillende zorgpaden, het zorgproces van de patiënt, de samenwerking tussen verschillende eerstelijnsdisciplines coördineren en teams aansturen die in zorgpaden participeren.

Groei door regierol, ketenzorg en vernieuwing

Het aantal huisartsbezoeken per patiënt neemt de afgelopen jaren toe. Deze ontwikkeling is ook zichtbaar in een toename van ketenzorg (gestandaardiseerde behandeltrajecten of "zorgpaden") en Modernisatie & Innovatie (M&I)-verrichtingen (figuur 4). Verantwoordelijkheden en zorgvolume blijven binnen de eerste lijn toenemen door: taakuitbreiding van huisartsen, langer thuiswonende ouderen, vergrijzing, invoering van de aanspraak basis-GGZ en een steeds kortere ligduur in ziekenhuizen. Ook wil het kabinet laagcomplexere en veel voorkomende zorg onder regie van de eerste lijn brengen.

Figuur 4 Ontwikkeling inkomstenbronnen huisarts



Bron: Vektis

Inspelen op een nieuwe realiteit

- In het zorgakkoord is afgesproken de bovengemiddelde GGZ-groei te beperken tot 1% vanaf 2015.
- De ontwikkeling naar minder intramurale en meer eerstelijns zorg wordt stevig gestimuleerd door invoering van de basis-GGZ met ingang van 2014.
- Traditionele instellingen zullen zich moeten aanpassen op de nieuwe krimprealiteit. Bedrijfsmatig georganiseerde GGZ-formules zijn in opkomst.

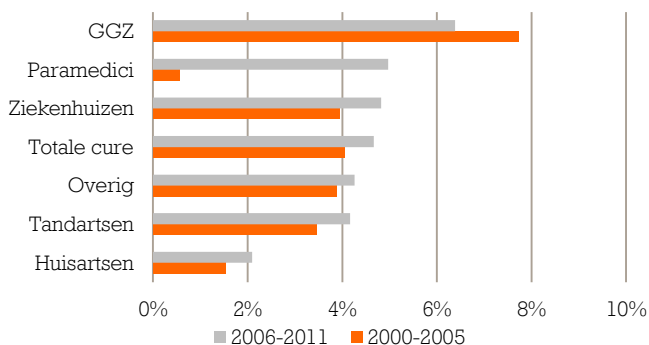
Zorgakkoord heeft ook grote impact op GGZ

Om de bovengemiddelde uitgavengroei in de GGZ (figuur 5) te beteugelen, hebben minister en veld een maximale GGZ-groei van 1% voor de jaren 2015 tot en met 2017 afgesproken. Dit moet onder meer mogelijk worden door: versterking van de huisarts op het gebied van diagnose en doorverwijzing; meer ambulante zorg – in 2020 zal er een derde minder GGZ-bedden zijn dan in 2008 – en door invoering van de nieuwe generalistische basis-GGZ die substitutie van tweede- naar eerstelijns GGZ vanaf 2014 moet stimuleren. Verder is afgesproken om gezamenlijk initiatieven te ontplooiën gericht op meer kwaliteit, transparantie, destigmatisering, inzicht in zorgvraagzwaarte, e-health, zelfmanagement en eigen herstelvermogen van de patiënt. De eigen bijdrage op GGZ-zorg gaat niet door.

Huisartsen krijgen grotere rol in GGZ

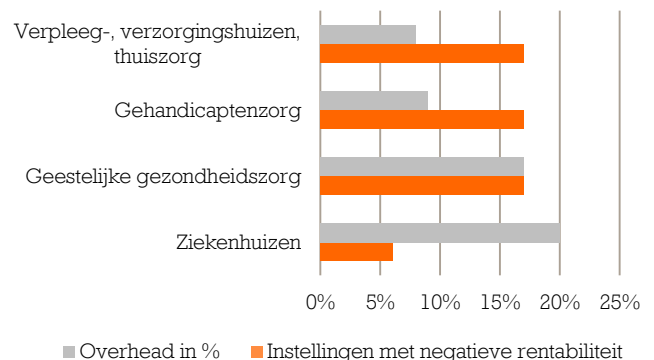
De opsplitsing in eerstelijns basis-GGZ en tweedelijns specialistische GGZ draait om efficiëntere zorgverlening. Een deel van de duurder tweedelijns zorg zal onder het geneeskundige basisdeel van de Zorgverzekeringswet gaan vallen. Dit zal een versnelling van substitutie en kostenbeperking inhouden. Er ontstaan drie onderdelen: 1. huisartsenzorg met ondersteuning van de poh-GGZ (praktijkondersteuning huisartsen); 2. generalistische basis-GGZ; 3. gespecialiseerde GGZ. Afgesproken is dat 20% van de patiënten die op dit moment in de gespecialiseerde GGZ worden behandeld,

Figuur 5 Ontwikkeling zorguitgaven



Bron: CBS

Figuur 6 Aandeel verlieslatende zorginstellingen en aandeel overhead bij zorginstellingen, 2011



Bron: CBS

vanwege de milde problematiek in de toekomst onder de basis-GGZ zal vallen. Innovatieve behandelingen moeten dit ook steeds vaker voor zwaardere gevallen mogelijk maken. Daarnaast moeten huisartsen patiënten met psychische problematiek vaker zelf gaan behandelen.

Krimpmarkt: nieuwe businessmodellen nodig

Traditionele aanbieders zullen nieuwe wegen moeten vinden om aan te haken bij de veranderende omstandigheden. De nieuwe realiteit zet gevestigde businessmodellen onder druk. Een efficiënte bedrijfsvoering is daarbij een voorwaarde om te overleven. De markt bevat nog veel 'lucht' (figuur 6) die er geleidelijk uit zal lopen onder druk van de in 2013 ingevoerde prestatiebekostiging – inclusief kapitaallasten, maar zonder compensatie voor nadelige transitiegevolgen – en scherpere inkoop door verzekeraars.

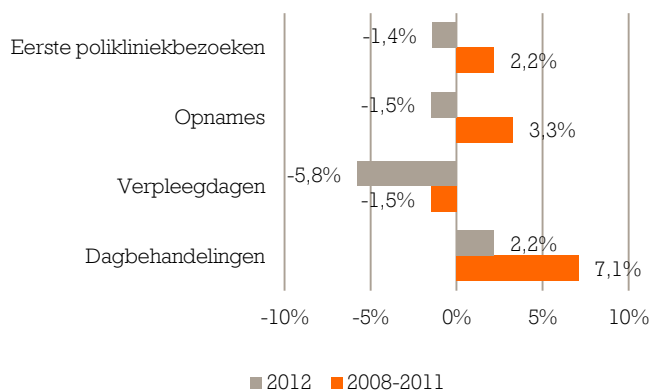
Franchise: formule voor zorgvernieuwing

Franchise blijkt als organisatie-model opvallend goed toepasbaar in de verschillende GGZ-segmenten. Bestaande spelers als PSYQ, Indigo, Woonzorgnet en Leo Kannerhuis hebben concepten ontwikkeld die goed aansluiten bij de huidige trend naar meer focus op toegankelijke eerste lijnszorg, preventie, kwaliteit en minder overbehandeling. Verder staan doorlopende innovatie, R&D, e-health en klanttevredenheid centraal bij deze concepten. Franchise biedt bestaande en nieuwe organisaties een vraaggerichte, platte en efficiënte organisatiestructuur die samenwerking en schaalvergroting mogelijk maakt, terwijl overhead beperkt kan blijven. Dit sluit goed aan bij de eisen vanuit overhead en zorgverzekeraars (zie ook het ING-rapport "Franchise in zorg").

Kiezen of delen in krimpmarkt

- **Ziekenhuizen staan voor flinke uitdagingen: prestatiebekostiging, herintroductie macrokostenbeheersing, convenanten, kritische verzekeraars en verzekerden en een krimpende productie.**
- **Er vindt een consolidatie van ziekenhuisorganisaties plaats, ziekenhuislocaties blijven tot nu toe overeind.**
- **Om tot een onderscheidend en toekomstbestendig zorgaanbod te komen, kunnen scherpere portfoliokeuzes niet uitblijven.**

Figuur 7 Ontwikkeling ziekenhuisproductie



Bron: NVZ

De beste zorg op de juiste plek

Na het Beheersmodel Medisch Specialisten (BMS) en het Hoofdlijnenakkoord is de cure-sector met politiek en verzekeraars deze zomer overeengekomen de volumestijging in de ziekenhuiszorg te beperken tot maximaal 1% per jaar van 2015 tot en met 2017. Verder is besloten tot kortere contract- en declaratiecycli, een integraal macrobudget voor medisch specialisten en ziekenhuizen, minder verspilling en onnodige praktijkvariatie en meer transparantie, kwaliteit en doelmatigheid. De beste zorg moet op de meest logische plek georganiseerd worden. Dit kan, afhankelijk van de behandeling, een verschuiving van tweede naar eerste lijn inhouden, maar bijvoorbeeld ook van specialist naar verpleegkundig specialist of physician assistant.

Van groei naar krimp

De invoering van het BMS en de afspraken in de verschillende convenanten hebben een einde gemaakt aan de stevige groei van ziekenhuiszorg. In 2012 is de zorgproductie gekrompen, terwijl deze de vijf jaar daarvoor 5% per jaar groeide. Voor het eerst in lange tijd is in 2012 het aantal eerste polikliniekbezoeken gedaald (figuur 7). Ook het aantal opnames en verpleegdagen en de groei in dagbehandelingen zijn afgenomen. De gemiddelde groei in zorgomzet bedroeg bij algemene ziekenhuizen nog slechts 0,4%.

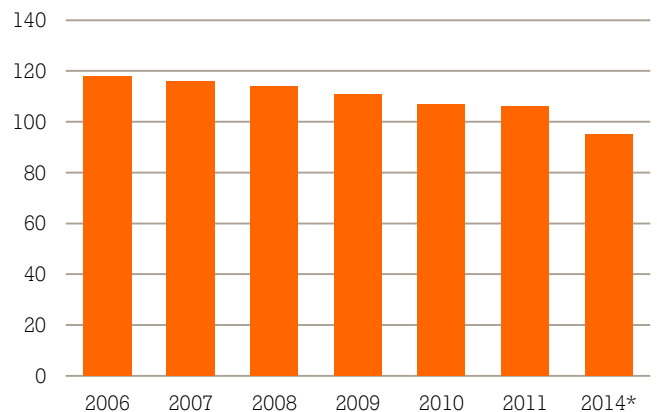
Verzekeraars en verzekerden steeds selectiever

Overige oorzaken van de krimp zijn te vinden in de trend naar meer dagbehandelingen en een kortere ligduur, de daarmee gepaard gaande substitutie door de eerste lijn en stijgende eigen risico's voor verzekerden die hun zorguitgaven steeds kritischer tegen het licht houden. Daarnaast dragen zorgverzekeraars in toenemende mate zelf het risico over hun schadelast, wat hen tot een selectievere zorginkoop aanzet. Zij sturen aan op een concentratie van complexe acute zorg op 12 plekken in het land. Het kabinet wil bovendien dat de niet-complexe acute zorg in eerste of zogenoemde anderhalve lijns centra gaat plaatsvinden, al dan niet op een ziekenhuislocatie. Dit leidt tot herverdeling van volumes binnen regio's en tot substitutie van de tweede naar de eerste lijn. Het transitiebedrag (vangnet) dat ziekenhuizen gedurende twee jaar voor de invoering van prestatiebekostiging compenseert, zal in 2014 niet meer bestaan. De productie wordt dan leidend voor de omzet. Ziekenhuizen die met dalende vraag en tegenvallende inkomsten vanwege de prestatiebekostiging te maken hebben, zien zich genoodzaakt personeel af te laten vloeien.

Keuze voor onderscheidend aanbod

Afschaffing van het bouwregime, marktliberalisering en introductie van prestatiebekostiging hebben tot meer financiële risico's voor ziekenhuizen geleid. Zij zoeken elkaar steeds vaker op om sterker te staan in de huidige marktdynamiek en vorm en inhoud te geven aan het regionale capaciteit- en middelenvraagstuk (figuur 8). Het aantal locaties neemt echter niet af. Samen met eerste lijn en verzekeraars zullen ziekenhuizen een onderscheidend en toekomstbestendig aanbod moeten creëren om te overleven in de krimpmarkt. Scherpere portfoliokeuzes kunnen hierbij niet uitblijven.

Figuur 8 Ontwikkeling aantal ziekenhuizen



Bron: CBS, *inschatting KPMG o.b.v. voorgenomen fusies

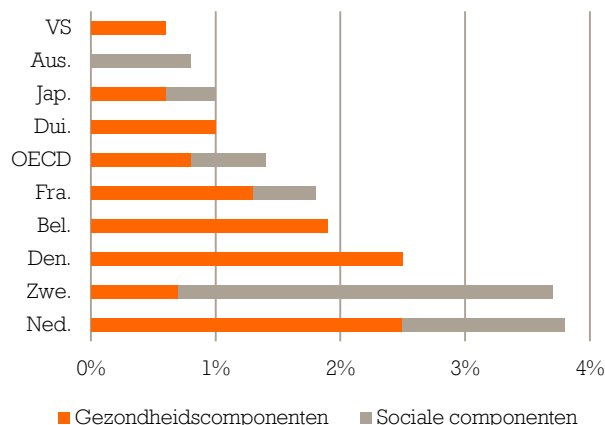
Focus verschuift van aanbod naar vraag

- Een nieuw stelsel moet de langdurige zorg efficiënter en kwalitatief beter maken. Het aandeel collectief gefinancierde langdurige zorg wordt fors kleiner.
- Ouderen zijn steeds welvarender geworden, krijgen andere voorkeuren, waardoor maatwerk vereist is en de concurrentie toeneemt.
- Samen met het scheiden van wonen en zorg maakt dit een strategische heroriëntatie voor veel instellingen noodzakelijk.

Minder kosten, meer kwaliteit en meer participatie

Het stelsel van langdurige zorg en ondersteuning gaat op de schop. Doel is kwaliteitsverbetering, meer burgerparticipatie en inperking van de collectieve uitgavenstijging. Oftewel de 3 D's: *Deinstitutionalisering* – zorg moet niet aanbod-, maar vraaggestuurd zijn om mensen in staat te stellen zo lang mogelijk in de eigen omgeving te blijven wonen. *Deprofessionalisering* – het versterken en benutten van sociale samenhang en maatschappelijke betrokkenheid. De overheid springt alleen bij wanneer mensen vanuit hun sociale netwerk onvoldoende steun krijgen. *Decollectivisering*: Nederland is internationaal koploper in collectieve financiering van langdurige zorg. Deze uitgaven zijn 2,5 keer zo hoog als het OESO-gemiddelde (figuur 9). Zonder ingrijpen dreigt het collectieve bbp-aandeel door de vergrijzing te verdubbelen.

Figuur 9 Publieke uitgaven aan langdurige zorg, als % van bbp (2009 of dichtstbijzijnde jaar)

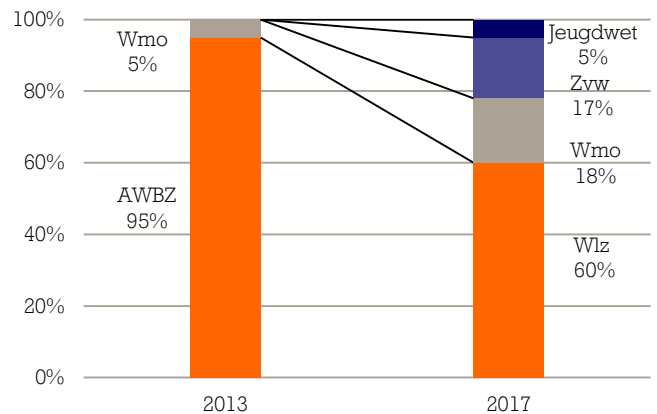


Bron: OESO

AWBZ gaat op in WLZ, Wmo, Zvw en Jeugdwet

Van de huidige uitgaven aan langdurige zorg wordt 35% per 2015 naar Wmo en Zvw overgeheveld en gaat de intramurale AWBZ-zorg naar de nieuwe Wet langdurige zorg over (WLz; figuur 10). Extramurale verpleging en persoonlijke verzor-

Figuur 10 Opsplitsing uitgaven langdurige zorg in 2013 en 2017



Bron: Ministerie van VWS

ging die nauw met verpleging samenhangt, komen onder de nieuwe aanspraak eerstelijns wijkverpleging (Zvw) te vallen. Begeleiding en ondersteuning aan huis vallen vanaf 2015 onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) die de gemeenten uitvoeren. De WLz omvat de langdurige, intensieve zorg voor mensen die niet zelfstandig kunnen wonen, zoals de zwaardere gehandicaptenzorg en verpleeghuiszorg.

Welvarende ouderen kiezen vaker voor private zorg

Tussen 1993 en 2010 is het netto vermogen van ouderen in doorsnee meer dan verviervoudigd. De verwachting is dat de welvaart van ouderen in 2025 niet veel van het huidige beeld zal afwijken. Een groeiend aantal ondernemers speelt goed in op de veranderende behoeften van welvarende en beter opgeleide ouderen. De vraag naar zorg aan huis en nieuwe woonvormen zal blijven groeien. Voor traditionele verzorgingshuizen is het cruciaal een kwalitatief onderscheidend en doelmatig zorgconcept aan te bieden.

Strategische heroriëntatie noodzaak door vraaguitval

Cliënten gaan hun "woon/zorg-consumptie" in de portemonnee voelen. Ze zullen minder vaak het gehele servicepakket afnemen en hogere eisen gaan stellen. Op lange termijn zal de groeiende vraag naar zorg in vertrouwde omgeving de verzorgingshuiscapaciteit met zo'n 30% doen slinken. Leegstand wordt steeds zichtbaarder. Woonvormen voor kwetsbare ouderen met een behoorlijke zelfredzaamheid komen in ontwikkeling. Tegelijkertijd nemen de financiële risico's voor instellingen toe doordat de kapitaallastenvergoeding stapsgewijs productieafhankelijk wordt. Deze ontwikkelingen maken een strategische heroriëntatie voor veel instellingen noodzakelijk.

Box: Sectormanager Gezondheidszorg

Sectormanager Erwin Winkel geeft advies Ondernemen in 2014 is kansen zien en pakken

De zorgmarkt is in een snel tempo nu toch echt een krimpmarkt geworden. Het is nog maar kort geleden dat we dachten dat de bomen ook in de zorg tot in de hemel zouden reiken. De rap veranderende marktomstandigheden worden primair veroorzaakt door gewijzigd overheidsbeleid. In de Cure (ziekenhuizen, ggz) zien we dat zorgverzekeraars, binnen overigens nog steeds groeiende uitgavenkaders, scherper zijn gaan inkopen. In deze sector zien we een regionale herstructurering van de beschikbare capaciteit. Dit zet druk op de volumes. In de Care zien we een totale transformatie. De overheid trekt zich hier in sneltreinvaart terug. Een derde van de totale capaciteit (met name aan de onderkant van de markt) moet in een tijdsbestek van drie à vier jaar worden afgebouwd. In de eerstelijns zorg (huisartsen, paramedici, thuiszorg) zien we ruimte voor groei. Hier liggen de uitdagingen vooral in het adequaat managen van het zorgproces omdat er diverse taken bijkomen.

Het managen van krimp stelt andere eisen aan zorgorganisaties: focus, terug naar de kern, voldoende flexibiliteit creëren in je organisatie. Als zorgbestuurder niet altijd een leuke handschoen om op te pakken, maar stil zitten en niets doen betekent onder deze omstandigheden gewoonweg dat je over een tijdje out of business bent. Of in het minst erge geval dat je de regie kwijtraakt over je eigen toekomst. Ondanks de lastige marktomstandigheden zijn er ook kansen. Hogere kwaliteit en lagere kosten gaan prima samen in de zorg. Het zijn vooral de traditionele verdienmodellen die onder druk staan, wat ruimte geeft aan nieuwe, innovatieve businessmodellen als bijvoorbeeld franchise. Kansen dienen zich lokaal ook aan in de samenwerking tussen woningcorporaties en zorginstellingen. De afbouw van de intramurale capaciteit is in veel gevallen een gezamenlijk dilemma omdat de instelling domweg huurt van de corporatie.

Ook banken reageren steeds nadrukkelijker op de veranderende omstandigheden in de zorgmarkt. Dat is niet verwonderlijk, aangezien de belangen groot zijn en de risico's nemen navenant toe. Het eerste ziekenhuis is inmiddels failliet. Nog niet zo lang geleden had niemand dat voor mogelijk gehouden. De gezondheidszorg wordt een gewone bedrijfstak en zorginstellingen worden door financiers ook steeds meer als een 'gewoon' bedrijf gezien. U zult het als zorgbestuurder wel herkennen. Gesprekken met banken gaan veel meer dan voorheen over de strategie van uw organisatie, focus (= kiezen), over vragen of de competenties wel in huis zijn om de krimp te managen, welke maatregelen getroffen worden om de exploitatie op orde te brengen, of de organisatie wel voldoende bestuurbaar is?

De meeste zorgaanbieders sturen financieel nog steeds op resultaat en vermogensvorming. Dit is echter niet wat een zorginstelling uit de gevarenzone zal houden. Voldoende sturing op liquiditeit wel. 'Cash is King'. Uw financierbaarheid moet nu prominent op uw agenda staan. ING bezoekt de eerste helft van 2014 bijvoorbeeld al haar relaties in de Care sector. Wij gaan met onze klanten in gesprek over de toekomst, de impact van de transitie op de organisatie, welke maatregelen inmiddels getroffen zijn. Ons doel is daarbij de strategische positie van de organisatie en om onze klanten te helpen te overleven in de snel wijzigende omgeving.

ING wil als strategisch partner haar visie delen over de belangrijkste sectorontwikkelingen en de impact ervan op uw strategische beleidskeuzes. In individuele klantgesprekken, sectorvisies en ronde tafel bijeenkomsten geeft ING ook in 2014 concreet invulling hieraan.



Erwin Winkel
ING Sectormanager Gezondheidszorg

Meer weten?
Kijk op ING.nl
Of bel met

Erwin Winkel,
Sectormanager Gezondheidszorg
06 8364 2427

Edse Dantuma,
Sectoreconoom Gezondheidszorg
06 8364 8306

Wilt u nieuwe publicaties per e-mail ontvangen?
Ga naar ING.nl/kennis

Disclaimer

De informatie in dit rapport geeft de persoonlijke mening weer van de analist(en) en geen enkel deel van de beloning van de analist(en) was, is, of zal direct of indirect gerelateerd zijn aan het opnemen van specifieke aanbevelingen of meningen in dit rapport. De analisten die aan deze publicatie hebben bijgedragen voldoen allen aan de vereisten zoals gesteld door hun nationale toezichhouders aan de uitoefening van hun vak. Deze publicatie is opgesteld namens ING Bank N.V., gevestigd te Amsterdam en slechts bedoeld ter informatie van haar cliënten. ING Bank N.V. is onderdeel van ING Groep N.V. Deze publicatie is geen beleggingsaanbeveling noch een aanbieding of uitnodiging tot koop of verkoop van enig financieel instrument. ING Bank N.V. betreft haar informatie van betrouwbaar geachte bronnen en heeft alle mogelijk zorg betracht om er voor te zorgen dat ten tijde van de publicatie de informatie waarop zij haar visie in dit rapport heeft gebaseerd niet onjuist of misleidend is. ING Bank N.V. geeft geen garantie dat de door haar gebruikte informatie accuraat of compleet is. De informatie in dit rapport kan gewijzigd worden zonder enige vorm van aankondiging. ING Bank N.V. noch één of meer van haar directeuren of werknemers aanvaardt enige aansprakelijkheid voor enig direct of indirect verlies of schade voortkomend uit het gebruik van (de inhoud van) deze publicatie alsmede voor druk- en zetfouten in deze publicatie. Auteursrecht en rechten ter bescherming van gegevensbestanden zijn van toepassing op deze publicatie. Overneming van gegevens uit deze publicatie is toegestaan, mits de bron wordt vermeld. In Nederland is ING Bank N.V. geregistreerd bij en staat onder toezicht van De Nederlandsche Bank en de Autoriteit Financiële Markten.

De tekst is afgesloten op 10 december 2013.

