
Great expectations

Studie naar de prestaties van Nederlandse ziekenhuizen in 2011



Great expectations

De arme wees Pip heeft grootse verwachtingen. Opgroeiend in de smidse van zijn zus en haar man raakt hij in de ban van de prachtige, maar afstandelijke Estella. Pip droomt van hun toekomst samen. Om bij Estella te kunnen zijn, wil hij een gentleman worden. Een mysterieuze weldoener haalt Pip naar Londen en verzorgt zijn opleiding. Pip laat zijn familie en vrienden achter en reist naar Londen met de verwachting het grote geld binnen te halen en gentleman te worden. Uiteindelijk eindigt Pip met Estella, maar wel op een totaal andere manier dan hij op enig moment voor die tijd had verwacht.

De les die Charles Dickens ons in zijn prachtige boek leert, is dat verwachtingen nooit 'groots' zijn. Alleen daden zijn groots. Het najagen van verwachtingen kan er juist toe leiden dat we uit het oog verliezen wat echt belangrijk is. De werkelijkheid achter de verwachting kan bitter tegenvallen. Maar Dickens leert ons ook wat anders. Zonder verwachtingen is er stilstand. We hebben het nodig om ergens in te geloven, ergens naar uit te zien. Verwachtingen zijn de motor achter ons gedrag. Dickens vertelt ons onze dromen te volgen, maar onszelf te beoordelen op basis van onze daden.

Rondom ziekenhuizen leven vele 'grootse verwachtingen'. De patiënt verwacht herstel, de arts verwacht de beste zorg te kunnen leveren, de bestuurder verwacht de mooiste organisatie te ontwikkelen, de politicus verwacht een stelsel te realiseren dat de collectieve belangen optimaal dient en de adviseur verwacht te laten zien wat er nog beter kan en hoe dat zou moeten. Al die verwachtingen zijn de basis voor onze individuele en collectieve daden. Van Dickens hebben we geleerd dat het precies die werkelijke daden zijn die maken of we op weg zijn naar grootsheid of een afgang.

Onze ziekenhuisstudie is een van onze daden als adviseurs in de gezondheidszorg. We analyseren en objectiveren de collectieve daden in de ziekenhuiszorg en adviseren over mogelijkheden voor verbetering. Onze analyses over 2011 laten zien dat de ziekenhuissector over het geheel genomen op de goede weg lijkt. De sector realiseert in 2011 uitstekende resultaten op bijna elk gebied. De winstgevendheid is hoog. De eigen vermogenspositie is goed. De arbeidsproductiviteit stijgt en de loonkosten zijn onder controle. Het B-segment presteert voorbeeldig. De lange termijn betaalbaarheid van de ziekenhuiszorg lijkt te verbeteren

doordat de productie- en omzetstijgingen dalen naar acceptabeler niveaus. Onze bevindingen en aanbevelingen leest u in dit rapport.

Dit jaar presenteren wij de ziekenhuisstudie voor het eerst volledig en uitsluitend digitaal. Het mag duidelijk zijn, wij hebben daarvan great expectations. Altijd bij de hand. Meer intuïtief navigeren. Meer nadruk op onze belangrijkste boodschappen. Onze daad is gedaan. Het oordeel is aan u. We horen en lezen uw reacties graag. Niet alleen over de vorm, maar ook over de inhoud. Spreek ons aan, of mail uw reactie naar ziekenhuisstudie@gupta.nl.

Illustratie omslag door José Diederix, gebaseerd op Great expectations van Charles Dickens.



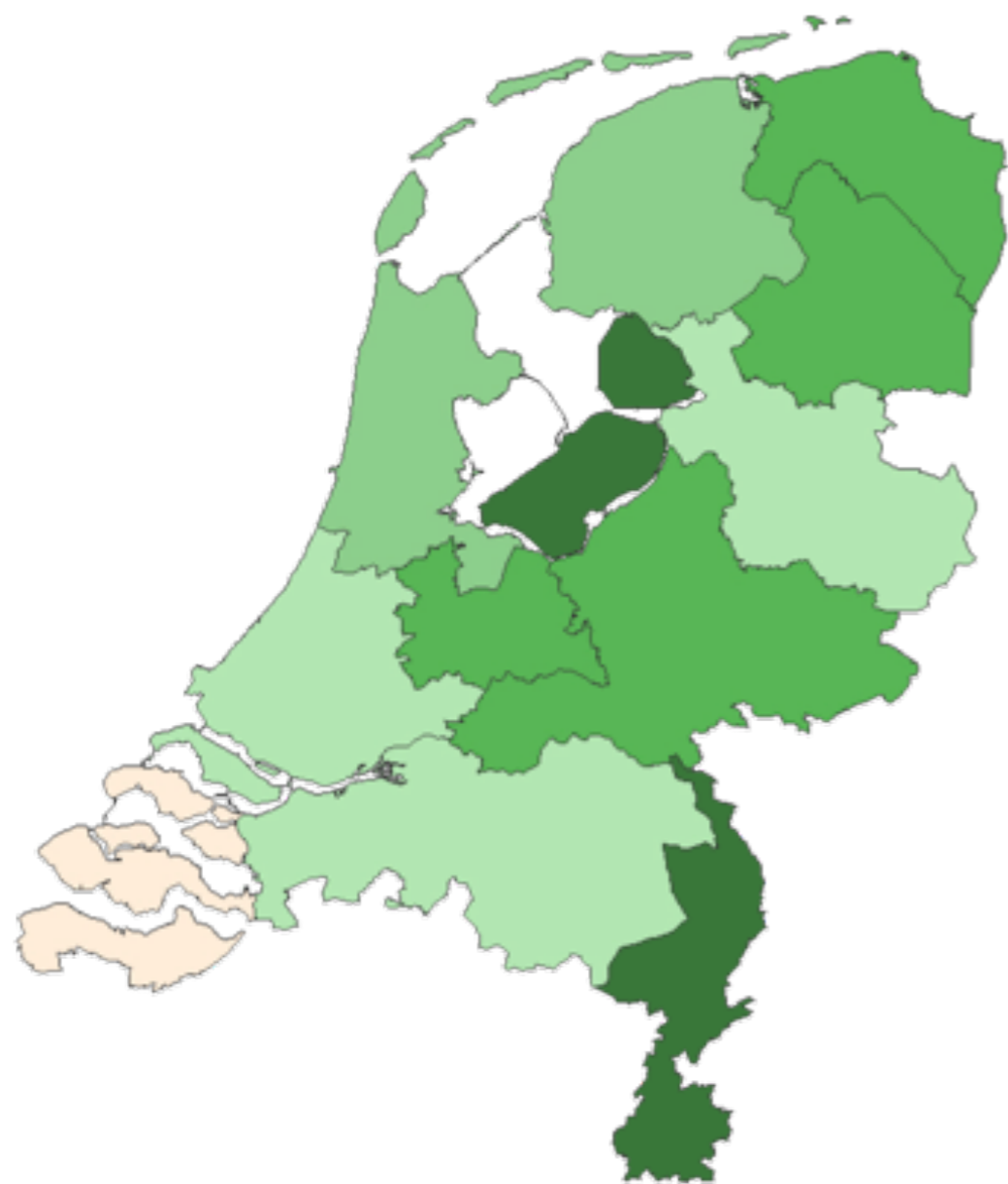
Great expectations

Studie naar de prestaties van Nederlandse ziekenhuizen in 2011

Vragen of opmerkingen over deze studie? U kunt contact opnemen met Wouter Klinkhamer via ziekenhuisstudie@gupta.nl of 06 - 2413 1300.

Copyright november 2012

Gupta Strategists



Inhoudsopgave

Great expectations	1
Managementsamenvatting	4
Methodologie en indicatoren	6

I	Financiële prestaties	8
	Ziekenhuizen verbeteren hun financiële positie ook bij gematigde omzetgroei	9
	De afhankelijkheid van banken groeit	21
	Herfinanciering overfinanciering zet vijf ziekenhuizen op scherp	26
II	Operationele prestaties	30
	Ziekenhuizen besparen EUR 200 miljoen in 2011	31
	Oorzaken besparing lijken tijdelijk; fundamentele verandering blijft noodzakelijk	35
	Steeds korter in het ziekenhuis, maar het aantal bedden blijft stabiel	45
III	Marktprestaties	52
	Transparantie noodzakelijk voor rechtvaardiging grote verschillen op microniveau	53
	Het B-segment bewijst zich in 2011	59

Managementsamenvatting

In deze managementsamenvatting staan we stil bij de belangrijkste acht conclusies die wij trekken over de prestaties van 89 Nederlandse ziekenhuizen in 2011.

1) Omzetgroei ziekenhuizen 2011 past binnen hoofdlijnenakkoord 2012 - 2015

De omzet laat in 2011 wederom een gematigde groei zien. Een omslag die in 2010 werd ingezet. Opvallend is dat dit in 2011 zowel wordt veroorzaakt door een lagere groei van de productie als een beperkte stijging van prijzen.

De verklaring voor de, wederom, lage prijsgroei in 2011 lijkt vooral te vinden in de macrokorting die toenmalig minister Klink van VWS in 2010 oplegde voor het jaar 2011. In het hoofdlijnenakkoord 2012 - 2015 is afgesproken dat de gemiddelde uitgaven aan ziekenhuiszorg (exclusief loon- en prijsbijstelling) niet harder zullen groeien dan 2,5% per jaar. Ziekenhuizen realiseren in 2011 al die beperkte omzetgroei, maar de werkelijke prijsontwikkeling zullen we pas goed zien als de macrokortingen verdwijnen.

2) Financieel staat de ziekenhuissector er goed voor

Financieel gaat het goed in de ziekenhuissector in 2011. De winstgevendheid stijgt na het recordjaar 2010 nog verder door naar een nieuwe record in 2011. Dat vertaalt zich in een verdere versterking van de vermogenspositie. Ook de voorzieningen groeien en maskeren daarmee dat de financiële prestatie in het afgelopen jaar eigenlijk nog beter was dan we nu in het resultaat terugzien.

3) Minder ruimte voor slecht presterende ziekenhuizen

De financiële prestaties van de individuele ziekenhuizen verschillen in 2011 sterker dan voorheen. Kleine streekziekenhuizen zijn van meest winstgevend in 2009 nu het meest verlieslatend. Daarbij is hun vermogenspositie zeer kwetsbaar. Zij moeten dus goed op hun tellen passen en de juiste acties inzetten voor de toekomst.

De huidige zorgmarkt geeft minder ruimte aan slecht presterende ziekenhuizen. Nationaal opererende zorgverzekeraars en toenemende transparantie over geleverde prestaties, leiden tot een steeds meer uniform inkoopbeleid.

Slechte prestaties worden snel zichtbaar in teruglopende financiële resultaten. Wij vinden dit een gezonde ontwikkeling met het oog op de betaalbaarheid en de continuïteit van de zorg. De mogelijke dreiging van een faillissement zet bestuurders en artsen aan om te elfder ure alsnog te starten met een serieus traject om het profiel van het ziekenhuis weer aan te laten sluiten bij de regionale zorgvraag en de operationele prestaties snel en ingrijpend te verbeteren.

4) Ziekenhuizen besparen EUR 200 miljoen in 2011

In 2011 is de stijging van de behandelkosten fors lager dan voorheen, zelfs lager dan de inflatie. Ziekenhuizen realiseren ten opzichte van de inflatie een besparing van 200 miljoen euro; een grote verandering ten opzichte van voorgaande jaren.

5) Oorzaken besparing lijken tijdelijk; fundamentele verandering blijft noodzakelijk

De lage stijging van de behandelkosten is vooral het resultaat van zeer beheerste stijging van de personeelskosten. Deze beperkte stijging van de personeelskosten is mooi. Maar

vanuit de cao-afspraken rijst de vraag of deze post beheersbaar blijft. De stabiele inkoopkosten lijken vooral het gevolg van de kwakkelende economie. Bestaande inkoopcombinaties realiseren geen zichtbaar beter resultaat. Wij pleiten voor fundamentele veranderingen. Zet in op structurele verbetering van de arbeidsproductiviteit. Vervang arbeid door kapitaalgoederen: de mogelijkheden van ICT zijn in de zorg nog steeds onderbenut. Beperk de inkoopkosten door niet-onderscheidende inkoop te bundelen op het niveau van ziekenhuiskoepels.

6) Steeds meer kans op een (dag)opname

Het aantal mensen dat in het ziekenhuis komt, stijgt. Bovendien stijgt de kans dat een ziekenhuisbezoek leidt tot een (dag)opname. De groeiende kans op een (dag-)opname in het behandeltraject kan verschillende oorzaken hebben:

- Veranderende zorgvraag in een vergrijzende bevolking;
- Meer behandelmogelijkheden door innovatie;
- Drempelverlaging voor behandeling, bijvoorbeeld door minimaal invasief werken;

- Vullen bedcapaciteit die door ligduurverkorting beschikbaar komt.

Op basis van de jaarverslagen kunnen wij niet bepalen wat de exacte oorzaken van de sterke groei in opnames en dagbehandelingen zijn. Wel weten we dat de behandelvariatie tussen ziekenhuizen groot is. Er is meer dan medisch bewijs dat bepaalt of een patiënt wordt opgenomen. Wij zien een taak voor verzekeraars om productieafspraken ook te vertalen naar afspraken over de fysieke capaciteit van het ziekenhuis. Daarnaast dienen ziekenhuizen de bedcapaciteit en de verdeling over specialismen niet te baseren op historische cijfers, maar op de huidige en toekomstige vraag.

7) Ziekenhuizen moeten transparanter zijn over grote verschillen in marktgroei

De markt voor ziekenhuiszorg groeit in Nederland met een stabiel, relatief laag tempo. Onder dit macrobeeld liggen grote verschillen tussen regio's en typen ziekenhuizen. Deze verschillen in marktgroei zijn relevant. Het hoofdlijnenakkoord gaat uit van 2,5% groei in de komende jaren. Als de sector toch harder groeit, dreigt de minister met inzet van een macrobeheersingsinstrument.

Wij vinden het binnen het hoofdlijnenakkoord passend dat ziekenhuizen zelf transparanter zijn over oorzaken van hun marktgroei. Ziekenhuizen die vinden dat zij een verantwoorde prestatie leveren, moeten die kunnen toelichten. Transparantie is een voorwaarde om jezelf als ziekenhuis tot de 'good guys' te rekenen. Als die transparantie er niet komt, lijkt toepassing van het botte instrument van het ministerie terecht. Als voldoende ziekenhuizen wel transparant zijn, geeft dit het ministerie de kans om het instrument gericht in te zetten.

8) Het B-segment bewijst zich in 2011

Het B-segment staat in 2011 aan de vooravond van de grootste uitbreiding tot nu toe. In 2012 zal naar verwachting 70% van de ziekenhuiszorg in het B-segment vallen.

Het lijkt bijna alsof het B-segment in 2011 wil bewijzen dat deze uitbreiding terecht is. De prestaties zijn voorbeeldig. Vooral is het opvallend dat de omzetgroei in het B-segment aanzienlijk lager is dan de omzetgroei die enkele jaren geleden nog in het A-segment werd gerealiseerd. Bovendien is in 2011 de omzetgroei in het B-segment gelijk aan de omzetgroei van het A-segment.

Methodologie en indicatoren

De methodologie en indicatoren die wij gebruiken voor het meten van ziekenhuisprestaties zijn grotendeels gelijk aan de indicatoren die wij in vorige jaarrapporten gebruikten. Hier geven wij een korte samenvatting voor nieuwe lezers en als opfrisser voor terugkerende lezers.

Wij rapporteren resultaten op twee niveaus:

1) Ziekenhuissector

Onze analyse bestrijkt de 89 algemene en universitaire ziekenhuizen in Nederland die hun resultaten publiceren in openbare jaarverslagen. Gespecialiseerde (categorale) ziekenhuizen, zoals het Oogziekenhuis, de Anthony van Leeuwenhoek kliniek en de Sint Maartenskliniek zijn uitgesloten, omdat geen directe vergelijking met andere ziekenhuizen mogelijk is. Daarnaast zijn alle ZBCs uitgesloten, voor zover ze niet zijn meegeconsolideerd in de jaarrapportage van een ziekenhuis.

2) Vergelijkingsgroepen

We hebben de ziekenhuizen verdeeld in 8 vergelijkingsgroepen. Ziekenhuizen van vergelijkbaar profiel zijn samengevoegd in deze vergelijkingsgroepen. Drie overwegingen zijn gebruikt om de indeling van de vergelijkingsgroepen te bepalen:

- a. Omvang van het ziekenhuis (op basis van omzet)
 - i. Groot
 - ii. Gemiddeld
 - iii. Klein

- b. Locatie van het ziekenhuis
 - i. Stedelijk, concurrerend (veel keuze voor patiënten)
 - ii. Streek, niet-concurrerend (weinig keuze voor patiënten)
- c. Zorgprofiel
 - i. Algemene ziekenhuizen
 - ii. Opleidingsziekenhuizen (STZ, met beperkte omvang topzorg functies. In deze groep zijn opgenomen de STZ-ziekenhuizen die niet in groep iii vallen en in 2011 tot de STZ groep behoorden)
 - iii. Ziekenhuizen met een groot aandeel topzorg (WBMV) functies
 - iv. Universitaire ziekenhuizen (UMC)

In een eerdere studie lieten wij zien dat de behandelkosten (cost-to-serve, uitgedrukt in EUR per patiënteenheden) binnen vergelijkingsgroepen relatief dicht bij elkaar liggen. Alle groepen, met uitzondering van de UMC groep, hebben een standaarddeviatie van de behandelkosten die kleiner is dan 10%. Binnen de UMC groep zijn de verschillen groter, wat waarschijnlijk een reflectie is van de grote verschillen in koststructuur als gevolg van verschil in behandelintensiteit, specialisatie en bijzondere functies.

Voor ieder van deze twee aggregatieniveaus analyseren we indicatoren op drie verschillende dimensies:

1) Financiële prestaties

- a. Omzet
- b. Winstgevendheid
- c. Eigen vermogen
- d. Schuld

2) Operationele prestaties

Hier analyseren we de operationele prestaties van de ziekenhuizen:

- a. Behandelkosten
 - i. Behandelkosten arbeid
 - 1. Arbeidsproductiviteit
 - 2. Loonkosten per FTe
 - ii. Behandelkosten inkoop
 - iii. Behandelkosten kapitaallasten

- b. Patiënteenheden: een gewogen construct van eerste polikliniek bezoeken (EPB's), opnamen, dagbehandelingen en klinische verpleegdagen.

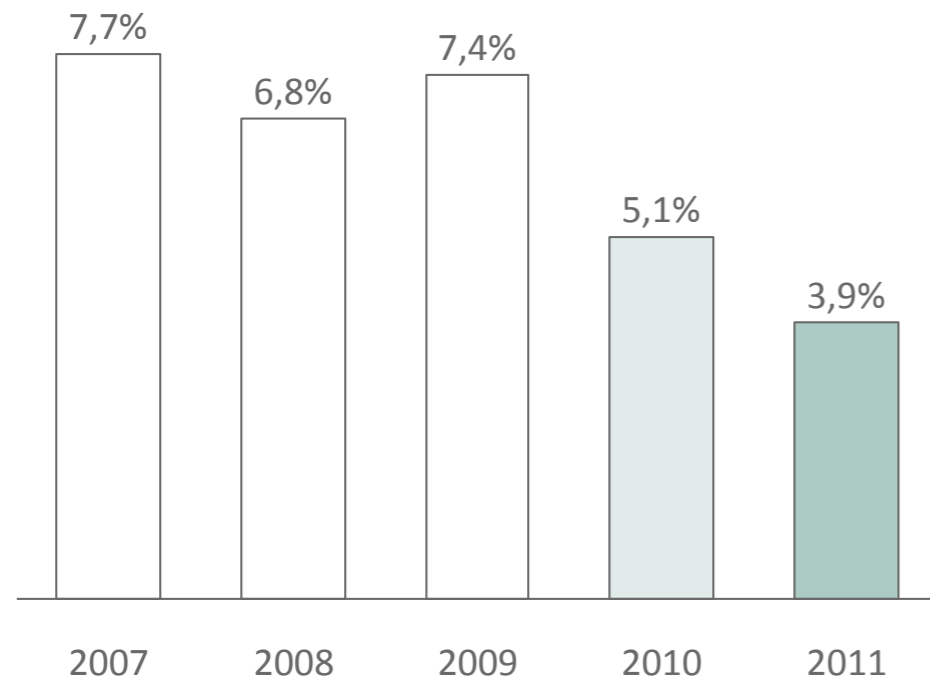
3) Marktprestaties

Hier analyseren we de prestaties van de ziekenhuizen in hun markten:

- a. Eerste polikliniekbezoeken (EPB's)
- b. B-segment omzet

Wij analyseren de prestaties van alle 89 ziekenhuizen binnen hun vergelijkingsgroepen op basis van deze indicatoren.

Financiële prestaties



jaarlijkse groei ziekenhuisomzet

In dit hoofdstuk analyseren we de ontwikkelingen op het gebied van omzet, winstgevendheid en vermogenspositie van de Nederlandse ziekenhuizen

Ziekenhuizen verbeteren hun financiële positie ook bij gematigde omzetgroei

We zien in de groeicijfers van de ziekenhuizen een duidelijke kentering naar meer gematigde omzetgroei. Dankzij lagere volumegroei en lagere prijsgroei wordt de grens van het hoofdlijnenakkoord voor 2012 in 2011 al niet overschreden. Een mooie ontwikkeling. Wel moeten we opletten dat de lagere groei niet leidt tot slechtere toegang tot noodzakelijke zorg. Zien we over een paar jaar weer wachtlijsten?

Het gaat de sector financieel voor de wind in 2011 en dat vertaalt zich in een verdere versterking van de vermogenspositie. Een risico is het grote aandeel vastgoed op de balansen. Kan bij verkoop de waarde in de boeken daadwerkelijk gerealiseerd worden? 20% verlies zou ertoe leiden dat het eigen vermogen van een gemiddeld ziekenhuis vrijwel volledig verdampt.

Streekziekenhuizen vormen een uitzondering op het positieve beeld. Zij moeten een nieuwe strategie kiezen om financieel gezond te blijven. Ook anderen moeten alert blijven. Want blijft omzetontwikkeling ook nog binnen de grenzen als de macrokortingen verdwijnen?



De afhankelijkheid van banken groeit

Ziekenhuizen lenen steeds meer. De totale uitstaande schuld bedraagt in 2011 EUR 18 miljard. Een steeds groter deel hiervan is langlopend. Dat past bij het bestedingsdoel: ziekenhuizen investeren fors in vaste activa.

Zorgverzekeraars trekken zich terug. Ze halen de opgebouwde overfinanciering terug en zijn strikter in het financieren van onderhandenwerk. De financieringsbehoefte die daardoor openvalt wordt ingevuld door banken; de afhankelijkheid van ziekenhuizen van die banken groeit. We zien al dat banken de voorwaarden voor financiering strenger stellen en handhaven. Dat resulteert op dit moment nog niet in zeer hoge rentes. De rente die ziekenhuizen betalen stijgt, maar ligt nog onder de rente in andere sectoren binnen de zorg.

Wij waarschuwen voor de impact van verder stijgende rentes. Stijging tot het renteniveau van 2002 zou er op dit moment toe leiden dat 70% van de winst van de sector verdampt. De rentelasten zijn op het totaal slechts een kleine post, maar het is ook de slechtst beïnvloedbare. Een goed lange termijn financieringsbeleid is essentieel.



Herfinanciering overfinanciering zet vijf ziekenhuizen op scherp

Veel ziekenhuizen zijn de afgelopen jaren overgefinancierd. Hun DBC-declaraties brachten meer geld binnen dan waar ze op basis van hun budgetten feitelijk recht op hadden. Bij een paar ziekenhuizen is dit bedrag aan overfinanciering sterk opgelopen.

Zorgverzekeraars mogen deze uitstaande gelden terugvorderen. Dat is geen probleem, zolang het geld liquide beschikbaar is.

Helaas is dat niet altijd het geval. Soms is de overfinanciering gebruikt om andere schulden af te betalen, of bijvoorbeeld voor nieuwbouw. Dat betekent dat voor de schuld nu een nieuwe financier gevonden moet worden.

Vijf ziekenhuizen hebben een overfinancieringsschuld groter dan 15% van het balanstotaal, na aftrek van de beschikbare liquide middelen. Bovendien combineren zij matige bedrijfsprestaties met een relatief laag eigen vermogen. Voor banken zijn deze ziekenhuizen risicovol. Wij verwachten daarom dat zij geen financiering zullen verstrekken. Dat brengt deze ziekenhuizen in een lastig pakket.



Ziekenhuizen verbeteren hun financiële positie ook bij gematigde omzetgroei

Omzetgroei ziekenhuizen 2011 past binnen hoofdlijnenakkoord 2012 - 2015

De omzet laat in 2011 wederom een gematigde groei zien. Een omslag die in 2010 werd ingezet. Opvallend is dat dit in 2011 zowel wordt veroorzaakt door een lagere groei van de productie als een beperkte stijging van prijzen.

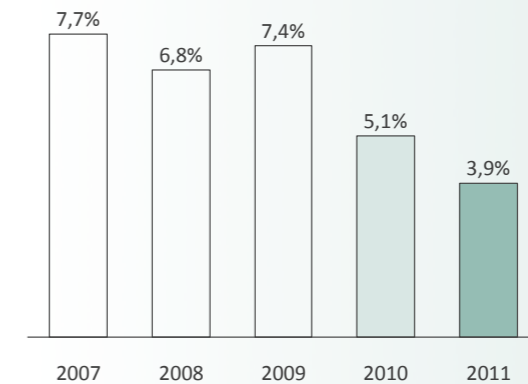
De oorzaken van de lagere productiegroei bespreken we in de hoofdstukken Marktprestaties (groei aantal patiënten) en Operationele prestaties (behandelmix).

De verklaring voor de, wederom, lage prijsgroei in 2011 lijkt vooral te vinden in de macrokorting die toenmalig minister Klink van VWS in 2010 oplegde voor het jaar 2011. In het hoofdlijnenakkoord 2012 - 2015 is afgesproken dat de gemiddelde uitgaven aan ziekenhuiszorg (exclusief loon- en prijsbijstelling) niet harder zullen groeien dan 2,5% per jaar. Ziekenhuizen realiseren in 2011 al die beperkte omzetgroei, maar de werkelijke prijsontwikkeling zullen we pas goed zien als de macrokortingen verdwijnen.

Verdere daling van de omzetgroei

We zien in de groeicijfers van de ziekenhuizen een duidelijke kentering naar meer gematigde omzetgroei. >>

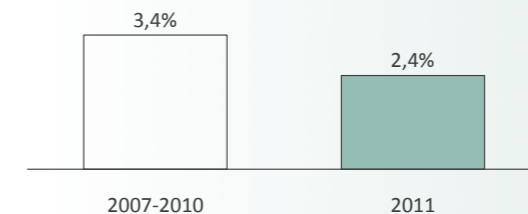
Jaarlijkse groei ziekenhuisomzet
[% verandering]



Volumegroei zeer laag

De verklaring voor de lage omzetgroei vinden we in 2011 voor een deel in de lagere groei van de productie. Steeg de productie in de afgelopen drie jaar met 3,4%, in 2011 was deze stijging slechts 2,4%. >>

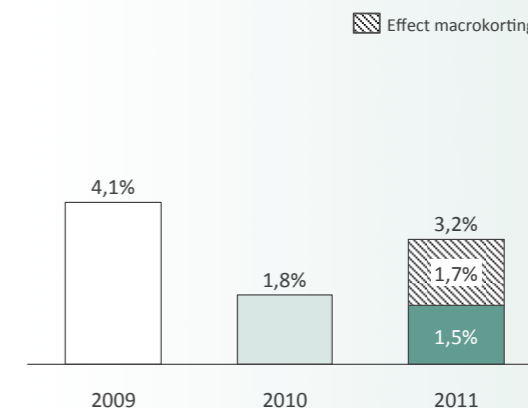
Groei patiënteenheden laatste jaren
[% verandering]



Prijsontwikkeling beperkt door macrokorting

In 2011 stegen de prijzen met 1,5%. Dat is lager dan de prijsstijging in 2010. De oorzaak hiervan is de toepassing van de macrokorting in 2011. >>

Jaarlijkse prijsstijging
[% verandering]

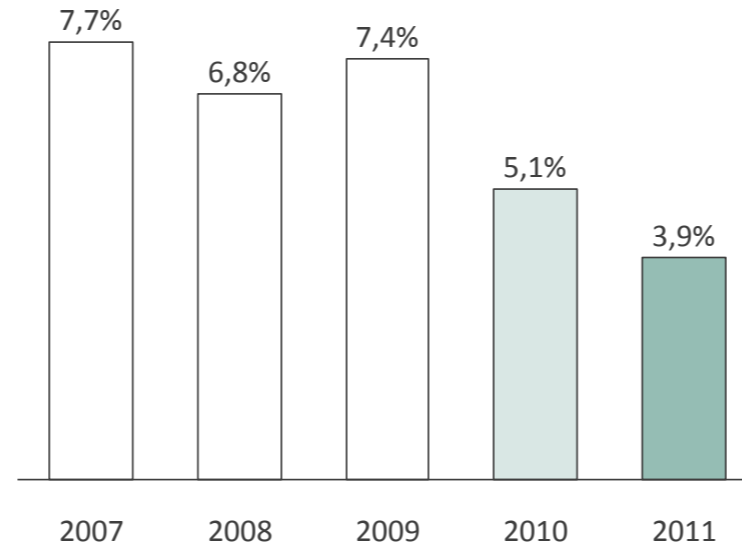


Verdere daling van de omzetgroei

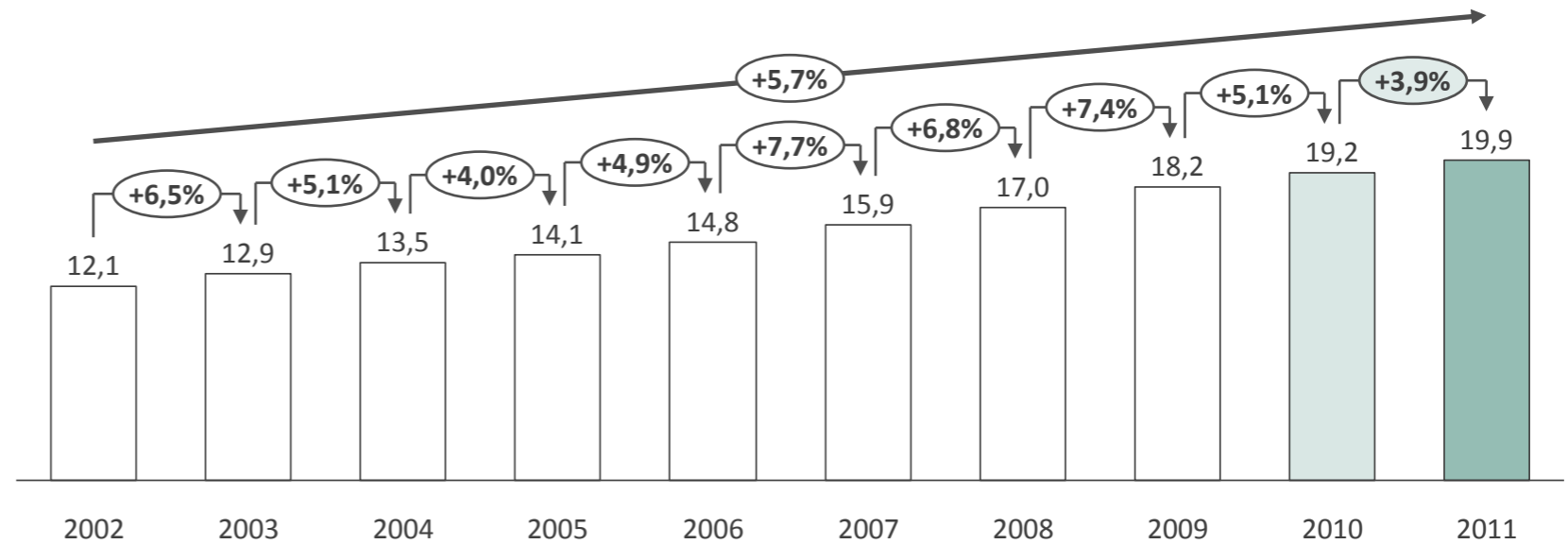
We zien in de groeicijfers van de ziekenhuizen een duidelijke kentering naar meer gematigde omzetgroei.

De omzet van de Nederlandse ziekenhuizen stijgt in 2011 met 3,9% tot net geen EUR 20 miljard. Dit betekent een verdere daling van de omzetgroei, nadat in 2010 de groei met 5,1% al aanzienlijk lager was dan in de drie voorgaande jaren (6,8%-7,7%).

Jaarlijkse groei ziekenhuisomzet
[% verandering]



Ziekenhuisomzet
[EUR miljard]

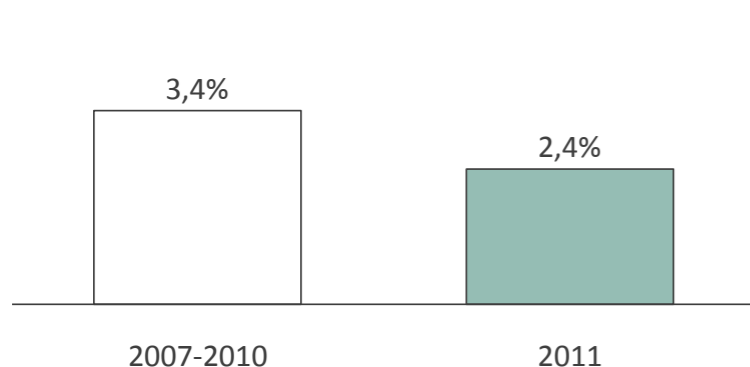


Financiële prestaties

Volumegroei zeer laag

De verklaring voor de lage omzetgroei vinden we in 2011 voor een deel in de lagere groei van de productie. Steeg de productie in de afgelopen drie jaar met 3,4%, in 2011 was deze stijging slechts 2,4%.

Groei patiënteenheden laatste jaren [% verandering]



In 2010 daalde de omzetgroei nog vooral door lagere prijzen. De volumegroei van dat jaar kwam uit op 3,3% en was daarmee vergelijkbaar met eerdere jaren. In 2011 zakt de productiegroei, gemeten in patiënteenheden, terug naar 2,4%. Dat is het laagste groeiniveau sinds 2002. Hoewel we niet in exact dezelfde maat meten als het hoofdlijnenakkoord, lijkt deze groei ook te passen binnen de grens van maximaal 2,5% (exclusief loon- en prijseffecten) die in dat akkoord is gesteld voor de periode 2012-2015.

In eerdere analyses lieten wij zien dat de productie van ziekenhuiszorg door de geschiedenis heen steeds een patroon laat zien van stijgende en krimpnde groei. Wij kennen geen eenduidige verklaring voor dit jojo-fenomeen. Het zou kunnen dat de ziekenhuiszorg een eigen groeitempo kent,

Jaarlijkse groei patiënteenheden [% verandering]



waarop beleidsmakers slechts tijdelijk kunnen ingrijpen. Na een paar jaren van lage productiegroei gaat het beleid knellen. Dat wordt bijvoorbeeld zichtbaar in oplopende wachtlijsten. De publieke opinie eist dan weer beleid dat erop is gericht om deze wachtlijsten weg te nemen.

Wij kunnen nu nog niet vaststellen of deze periode van beperkte groei weer een onderdeel is van deze jojo-cyclus. Mogelijk zien we een echte trendbreuk in de groei van de zorgproductie. Maar misschien is het

slechts een tijdelijke verschuiving, die als een boomerang terugkomt in de zorgkosten van de toekomst.

De oorzaken van de lagere productiegroei bespreken we in de hoofdstukken Marktprestaties (groei van het aantal patiënten) en Operationele prestaties (behandelmix).

Financiële prestaties

Prijsontwikkeling beperkt door macrokorting

In 2011 stegen de prijzen met 1,5%. Dat is lager dan de prijsstijging in 2010. De oorzaak hiervan is de toepassing van de macrokorting in 2011.

De prijsstijging in 2011 is 0,3%-punt lager dan de prijsstijging in 2010. Deze prijsstijging is het resultaat van enerzijds een verhoging van de prijzen met de gemiddelde index voor loon- en materiële kosten en anderzijds een verlaging van de prijzen door het toepassen van een macrokorting.

Het gereguleerde A-segment is met 80% van de totale omzet veruit de belangrijkste bron van inkomsten voor de ziekenhuizen. In het A-segment wordt de hoogte van vergoedingen door de overheid bepaald. Deze prijzen

worden jaarlijks trendmatig aangepast met een gewogen gemiddelde index voor loon- en materiële kosten.

In 2010 waren de prijsindexcijfers voor zowel de materiële als de personele kosten erg laag. Het prijsindexcijfer voor de materiële kosten was zelfs licht negatief (-0,3%). Voor 2011 publiceert de NZa indexcijfers die meer in lijn liggen met de ontwikkeling in eerdere jaren: 2,0% voor de materiële kosten en 3,1% voor de personele kosten.

Bij deze hogere prijsindexcijfers zou de prijsgroei hoger zijn uitgevallen dan in 2010. Voor 2011 heeft toenmalig minister Klink van VWS echter een generieke macrokorting van EUR 314 miljoen opgelegd. Dit is in feite een prijscorrectie op grond van volumeoverschrijdingen in eerdere jaren. Als

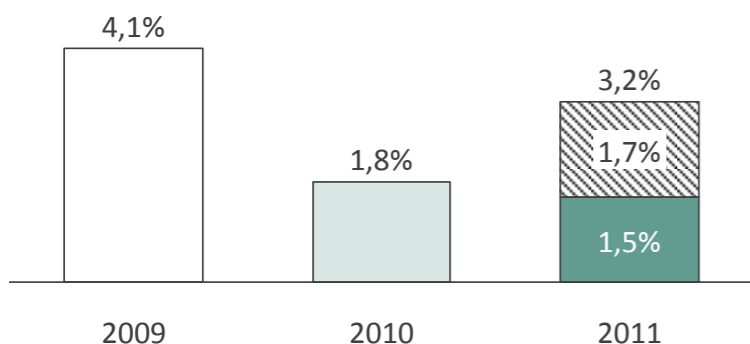
gevolg van deze macrokorting is de prijsontwikkeling erg laag.

In het hoofdlijnenakkoord 2012-2015 is afgesproken dat de uitgaven niet harder groeien dan 2,5% per jaar en dat de prijzen niet harder stijgen dan de inflatie. Ziekenhuizen realiseren in 2011 al die beperkte omzetgroei, maar de werkelijke prijsontwikkeling zullen we pas goed zien als de macrokortingen verdwijnen.

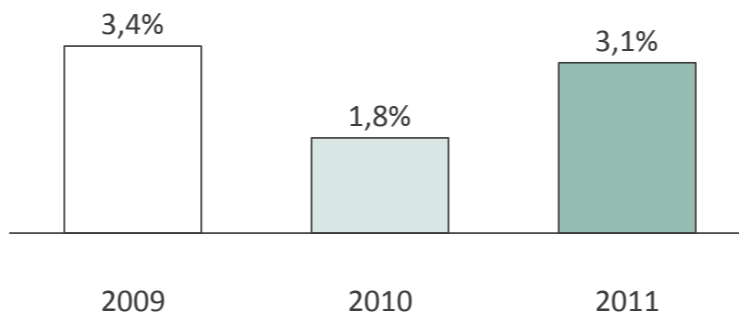
De prijsontwikkeling in het B-segment is op basis van jaarverslagdata niet te analyseren. Ook voor deze inkomstenbron geldt dat ziekenhuizen die macro-ingrepen door de overheid willen voorkomen, moeten waken voor te sterke prijs- of volumegroei.

Jaarlijkse prijsstijging [% verandering]

▨ Effect macrokorting



Prijsindexcijfers personele kosten [% stijging budgetvergoeding]



Prijsindexcijfers materiële kosten [% stijging budgetvergoeding]



Ziekenhuizen verbeteren hun financiële positie ook bij gematigde omzetgroei

Financieel staat de sector er goed voor, maar er zijn wel (vastgoed)risico's

Financieel gaat het goed in de ziekenhuissector in 2011. De winstgevendheid stijgt na het recordjaar 2010 nog verder door naar een nieuwe record in 2011. Dat vertaalt zich in een verdere versterking van de vermogenspositie. Ook de voorzieningen groeien en maskeren daarmee dat de financiële prestatie in het afgelopen jaar eigenlijk nog beter was dan we nu in het resultaat terugzien.

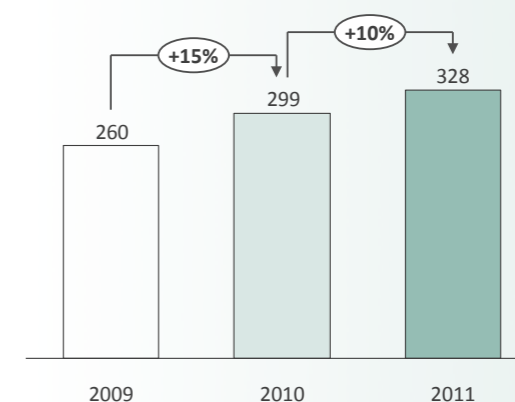
Voor het eigen vermogen van ziekenhuizen vormt de grote vastgoedcomponent op de balansen wel een risico. Bij nieuwbouw van het ziekenhuis op een nieuwe locatie, zal het oude pand verkocht moeten worden. Het is dan de vraag of er in een markt met overcapaciteit überhaupt een koper gevonden kan worden. Als dat het geval is, valt nog te bezien of de verkoopwaarde de waarde op de balans benadert.

Ziekenhuizen lopen steeds meer risico. Op hun vastgoed, maar ook in hun reguliere exploitatie. Een verdere toename van het eigen vermogen lijkt noodzakelijk om deze risico's het hoofd te kunnen bieden.

Winstgevendheid weer op recordniveau

De winstgevendheid in 2011 is wederom hoger dan het voorgaande (record)jaar. Zowel de relatieve als absolute winstgevendheid is verder toegenomen. Maar wij zien geen reden voor ingrijpen. >>

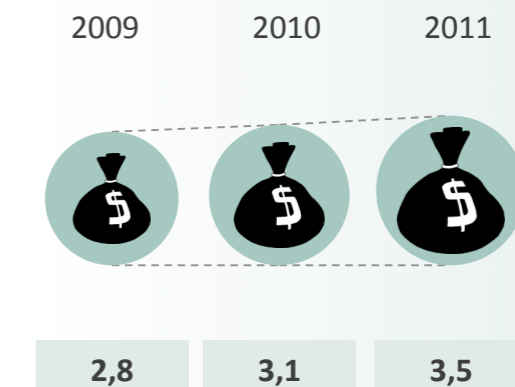
Winst Nederlandse ziekenhuizen laatste jaren [EUR miljoen]



Eigen vermogen stijgt verder: een noodzaak gezien risico's op vastgoed

Het eigen vermogen van ziekenhuizen stijgt verder tot EUR 3,5 miljard: 16% van het balanstotaal van alle ziekenhuizen en 18% van de totale omzet. De waarde van de vaste activa is echter met 66% nog aanzienlijk groter. >>

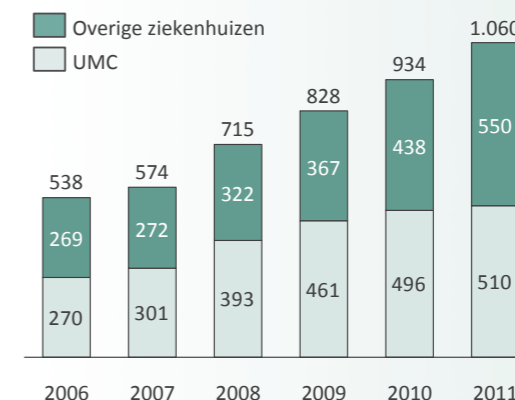
Eigen vermogen [EUR miljard]



Voorzieningen groeien

Ziekenhuizen zetten steeds meer geld apart voor onzekere omstandigheden. De omvang van deze post is absoluut gezien bijna twee keer groter dan in 2006. De hogere voorzieningen maskeren hogere onderliggende winsten. >>

Groei voorzieningen [EUR miljoen]



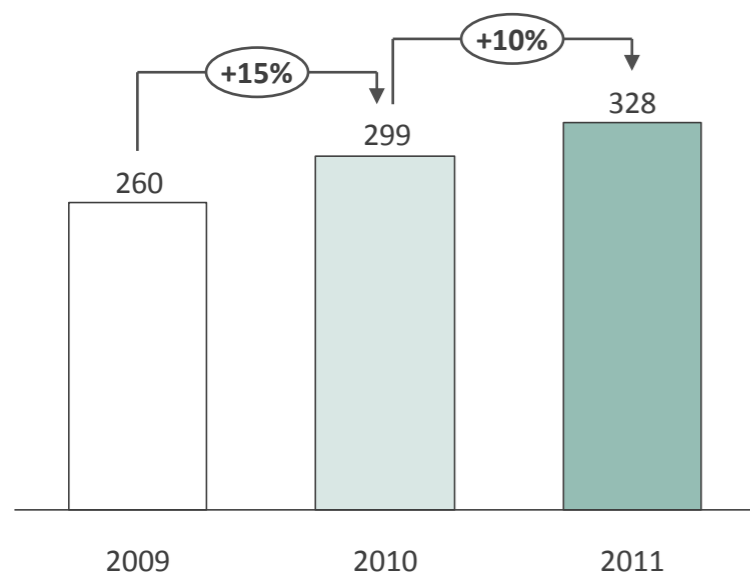
Winstgevendheid weer op recordniveau

De winstgevendheid in 2011 is wederom hoger dan het voorgaande (record)jaar. Zowel de relatieve als absolute winstgevendheid is verder toegenomen. Maar wij zien geen reden voor ingrijpen.

In 2011 stijgt de totale winstgevendheid van EUR 299 miljoen naar EUR 328 miljoen. De winst als percentage van de omzet loopt daarmee op van 1,6% naar 1,7%. Dat is 20% boven de gemiddelde winstgevendheid van de afgelopen vijf jaren, die uitkomt op 1,4%. Zowel de relatieve als absolute winstgevendheid ligt daarmee op recordniveau. En dat terwijl we 2009 en 2010 ook al tot recordjaar bestempelden.

Reden tot ingrijpen? Wij vinden van niet. Er zijn andere instellingen in de gezondheidszorg die een hogere winstgevendheid hebben. Zo ligt

Winst Nederlandse ziekenhuizen laatste jaren
[EUR miljoen]



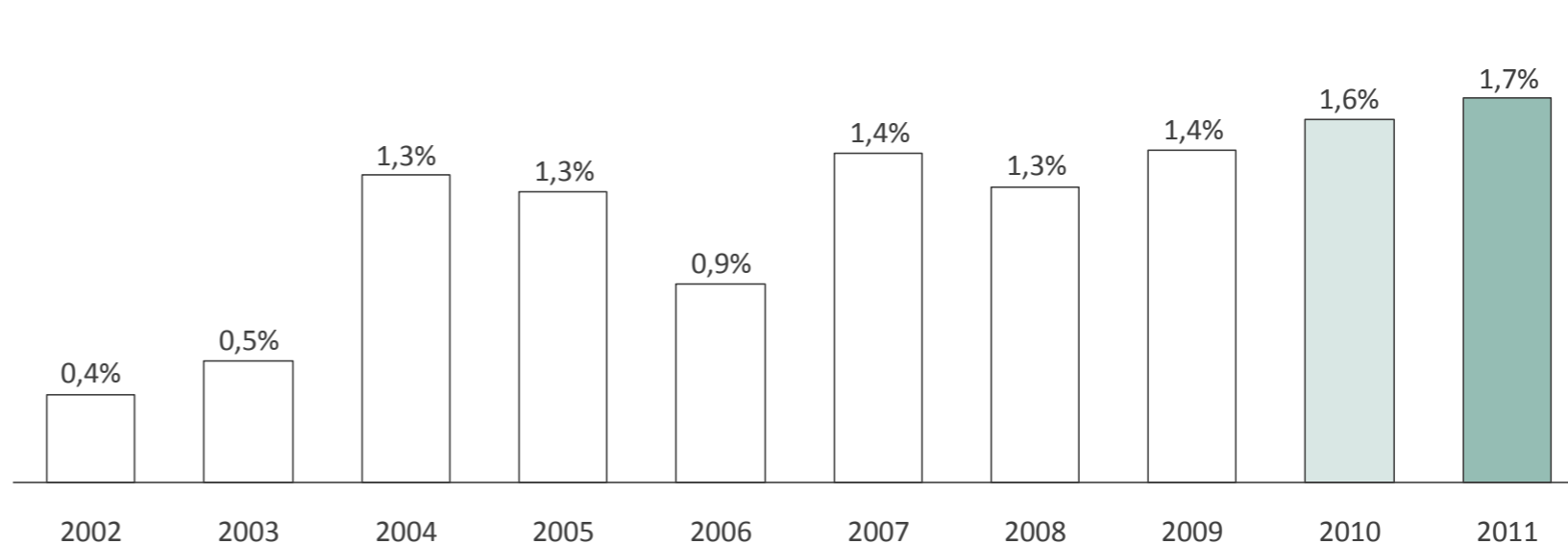
de winstgevendheid van instellingen in de VVT-sector in 2010 hoger dan bij de ziekenhuizen in 2011.

Winst en risico horen in een goede verhouding te staan tot elkaar. De risico's in de ziekenhuiszorg zijn groter dan in de andere zorgsectoren en de laatste jaren sterk gestegen. De eigen verantwoordelijkheid voor de kapitaallasten, de prestatiebekostiging, toenemende concurrentie van nieuwe toetreders en een steeds complexere en intensievere onderhandeling met de zorgverzekeraars hebben het risico opgejaagd.

Wij concluderen daarom dat ziekenhuizen meer winst mogen maken dan voorheen en meer winst in vergelijking met andere sectoren binnen de zorg. We verwachten wel dat verzekeraars zich in onderhandelingen starrer opstellen en de hoge winstgevendheid

inbrengen als argument om lagere prijzen af te spreken.

Winst Nederlandse ziekenhuizen
[% van inkomsten¹⁾]



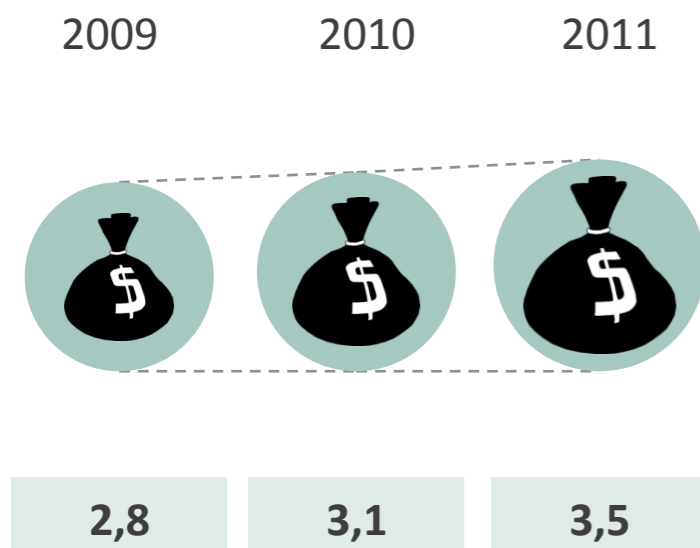
1) Inkomsten gecorrigeerd voor eenmalige effecten van compensatieregeling IVA

Financiële prestaties

Eigen vermogen stijgt verder: een noodzaak gezien risico's op vastgoed

Het eigen vermogen van ziekenhuizen stijgt verder tot EUR 3,5 miljard: 16% van het balanstotaal van alle ziekenhuizen en 18% van de totale omzet. De waarde van de vaste activa is echter met 66% nog aanzienlijk groter.

Eigen vermogen
[EUR miljard]

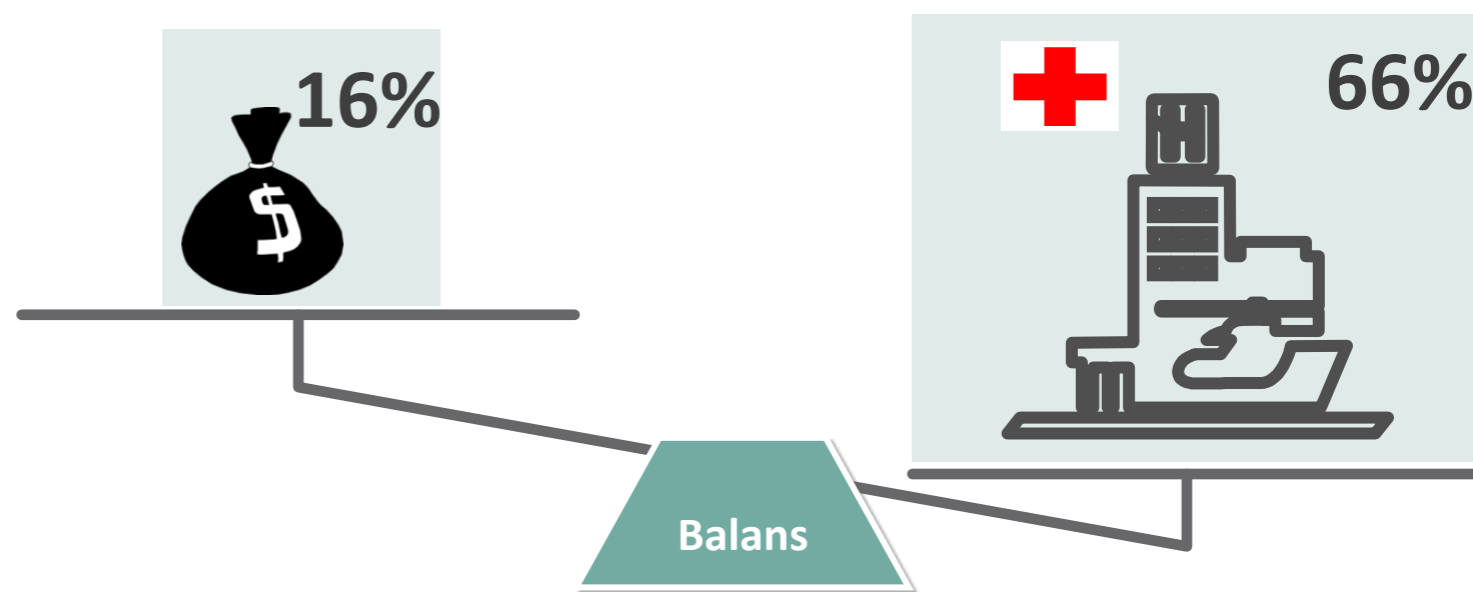


Het eigen vermogen van ziekenhuizen is dus vooral tastbaar vermogen, vastgelegd in de vorm van bakstenen, beton, inventaris en ICT. Dit maakt dat ziekenhuizen voor de financiering van dagelijkse operatie volledig afhankelijk zijn van externe financiers. Zij bepalen de mogelijkheden van ziekenhuizen om het onderhandenwerk en debiteuren te financieren en te voorzien in het werkkapitaal. Om hun eigen vermogen te beschermen, is

actief beheer van het vastgoed een belangrijk aandachtsgebied voor ziekenhuizen.

De waardering van vastgoed is een onderwerp van grote discussie. Die discussie loopt al langer, maar wordt van steeds groter belang nu Nederland te maken heeft met een financiële en economische crisis. De economische voorspoed tot de start van de crisis hebben

Balans verdeling
[% , 2011]

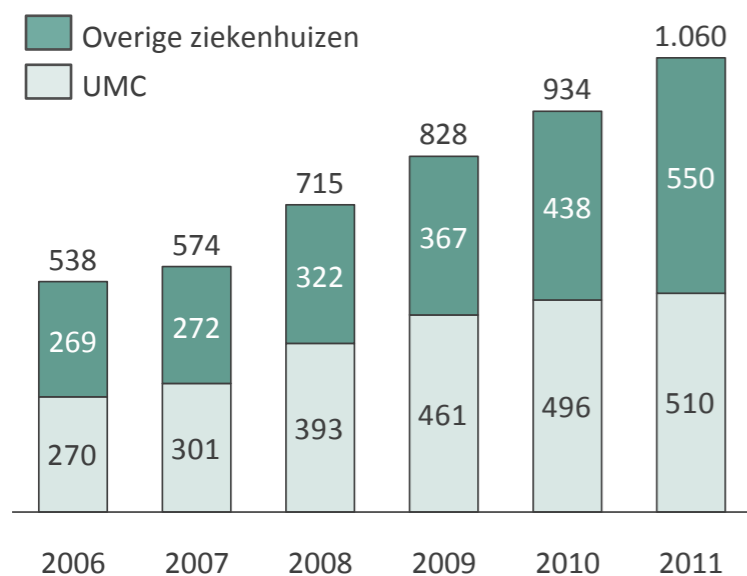


een sterk prijsopdrijvend effect gehad op de aanschafkosten van grond en bouwprojecten. Speculatie op de vastgoedmarkt leidde er bovendien toe dat aanzienlijke overcapaciteit op de zakelijke markt is ontstaan. Bij elkaar scheidt dat een situatie waarin het grote aandeel van vastgoed op de balansen aanzienlijke risico's met zich meebrengt.

Vorzieningen groeien

Ziekenhuizen zetten steeds meer geld apart voor toekomstige uitgaven. De omvang van deze post is absoluut gezien bijna twee keer groter dan in 2006. De hogere voorzieningen maskeren hogere onderliggende winsten.

Groei voorzieningen
[EUR miljoen]



Ziekenhuizen houden steeds meer rekening met verwachte grote uitgaven in de toekomst. De voorzieningen (geld dat apart gezet wordt voor onzekere omstandigheden) groeien naar 4,7% van het balanstotaal. In 2006 was dit nog 2,9%. De universitair medisch centra (UMC's) zijn koplopers in het nemen van voorzieningen. EUR 510 miljoen, ongeveer 50%, van alle voorzieningen zijn terug te voeren tot de balansen van deze UMC's. Dit terwijl ze goed zijn voor 'slechts' 33% van de totale omzet in de sector.

De belangrijkste kosten waarvoor voorzieningen worden aangehouden zijn groot onderhoud en reorganisaties. De introductie van het persoonlijk levensfasebudget (PLB) is een belangrijke oorzaak van de stijging van de voorzieningen vanaf 2010. Het PLB vervangt sinds dat jaar allerlei regelingen voor leeftijdgebonden verlof. Bijvoorbeeld de oude 55-plusregeling. In plaats van deze regelingen krijgt elke medewerker (ongeacht leeftijd) voor elk dienstjaar recht op een aantal vrij in te zetten uren betaald verlof. Terecht voegen ziekenhuizen de openstaande aanspraken op deze regeling toe aan hun voorzieningen.

Tegelijkertijd maskeert deze voorziening dat de onderliggende winstgevendheid in 2010 en 2011 nog hoger was dan nu uit de boeken blijkt. Het toekomstig recht op verlof wordt nu ten laste gebracht van de jaren waarin de aanspraak ontstaat. Vroeger kwamen leeftijdgebonden verlofuren ten laste van de exploitatie in het jaar waarin de medewerker op deze uren recht had.

Ziekenhuizen verbeteren hun financiële positie ook bij gematigde omzetgroei

Minder ruimte voor slecht presterende ziekenhuizen

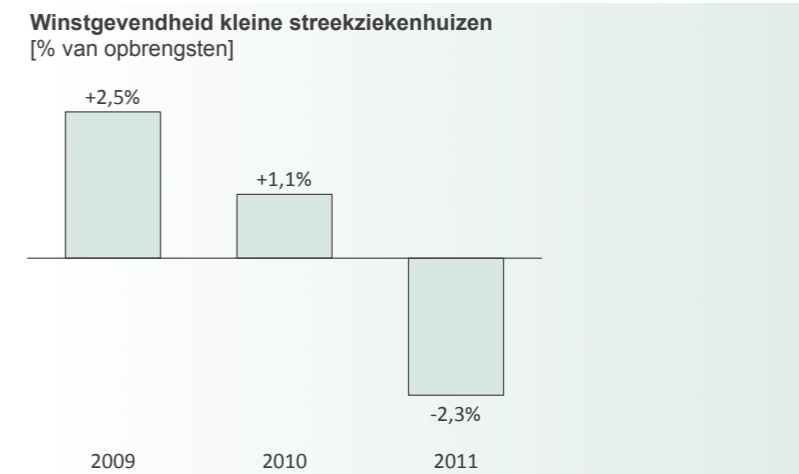
De verschillen in financiële prestaties tussen peer groups zijn zowel groter als kleiner geworden. De individuele ziekenhuizen verschillen in 2011 sterker dan voorheen. Kleine streekziekenhuizen zijn van meest winstgevend in 2009 nu het meest verlieslatend. Daarbij is hun vermogenspositie zeer kwetsbaar. Zij moeten dus goed op hun tellen passen en de juiste acties inzetten voor de toekomst.

De huidige zorgmarkt geeft minder ruimte aan slecht presterende ziekenhuizen. Nationaal opererende zorgverzekeraars en toenemende transparantie over geleverde prestaties leiden tot een steeds meer uniform inkoopbeleid. Slechte prestaties worden snel zichtbaar in teruglopende financiële resultaten.

Wij vinden dit een gezonde ontwikkeling met het oog op de betaalbaarheid en continuïteit van de zorg. De mogelijke dreiging van een faillissement zet bestuurders en artsen aan om te elfder ure alsnog te starten met een serieus traject om het profiel van het ziekenhuis weer aan te laten sluiten bij de regionale zorgvraag en de operationele prestaties snel en ingrijpend te verbeteren.

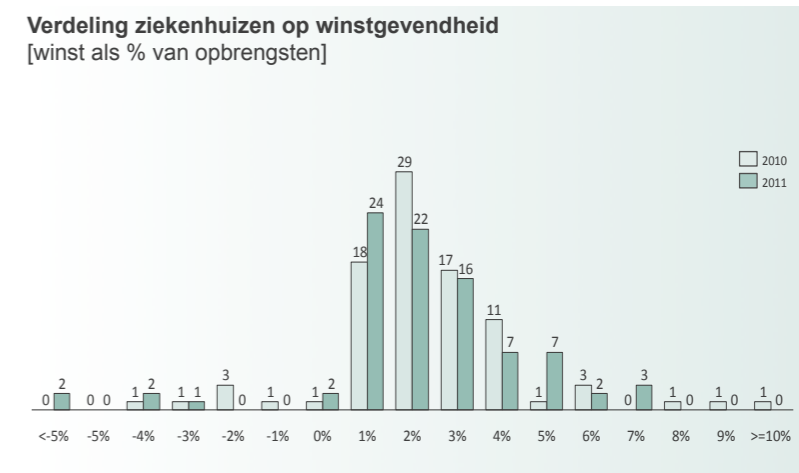
Streekziekenhuizen zijn kwetsbaar

De kleine streekziekenhuizen vormen de enige groep die verlies maakt in 2011. Daarnaast is de vermogenspositie van streekziekenhuizen zwak. >>



Verschillen tussen individuele ziekenhuizen nemen toe

De financiële resultaten van individuele ziekenhuizen verschillen in 2011 sterker dan voorheen, zowel in winstgevendheid als in vermogenspositie. Wij zien hierin een aanwijzing dat de in- en verkoopmarkt van ziekenhuiszorg rationaliseert. >>



Financiële prestaties

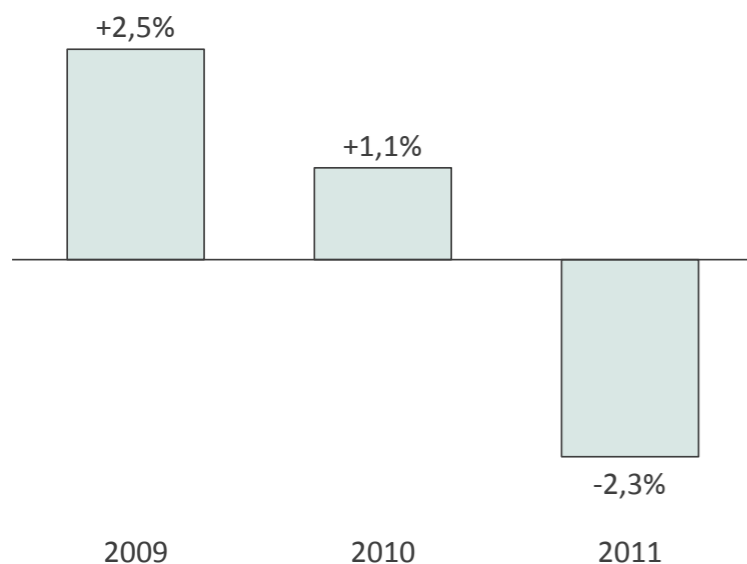
Streekziekenhuizen zijn kwetsbaar

De kleine streekziekenhuizen vormen de enige groep die verlies maakt in 2011. Daarnaast is de vermogenspositie van streekziekenhuizen zwak.

De kleine streekziekenhuizen maken in 2011 2,3% verlies. Tot deze groep behoren zeven ziekenhuizen. Drie daarvan zijn sterk verlieslatend en twee ziekenhuizen draaien positief. In 2010 realiseerden de kleine streekziekenhuizen gemiddeld nog een bescheiden winst van 1,1%. En in 2009 was de gemiddelde winst van deze peer group met 2,5% het hoogst van alle groepen.

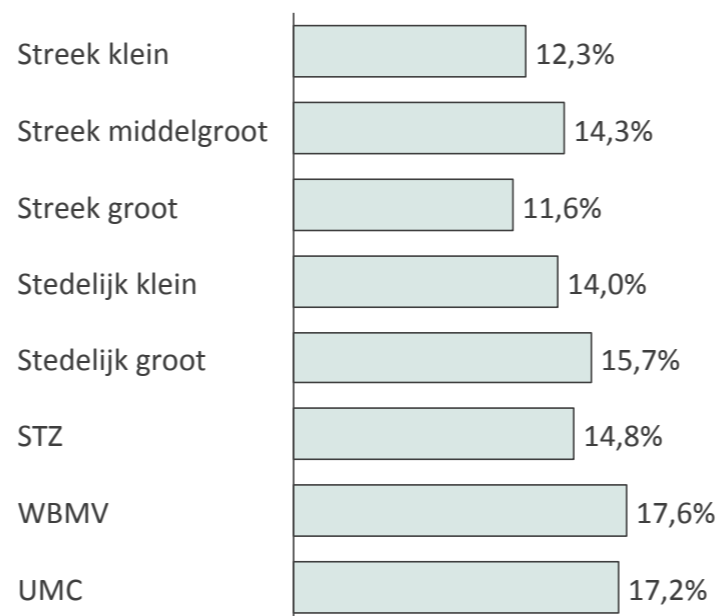
In het verleden is het slechts een enkele keer voorgekomen dat een groep ziekenhuizen een dergelijke teruggang zag in de prestaties. De laatste keer was in 2006 toen de grote,

Winstgevendheid kleine streekziekenhuizen
[% van opbrengsten]



stedelijke ziekenhuizen een gemiddeld verlies boekten van 0,7%. De financiële prestatie van deze groep was echter al jaren punt van aandacht.

Eigen vermogen per peer group 2011
[% van totale balans]



De streekziekenhuizen hebben naast een slecht financieel resultaat een kwetsbare vermogenspositie. De grote streekziekenhuizen zijn met 11,6% eigen vermogen het meest kwetsbaar. Zij worden op de voet gevolgd door de kleinere streekziekenhuizen. Ter vergelijking, UMC's en ziekenhuizen met veel WBMV-zorg hebben met respectievelijk 17,2% en 17,6% eigen vermogen de sterkste positie.

Kleine streekziekenhuizen moeten dus goed op hun tellen passen en de juiste acties inzetten voor de toekomst.

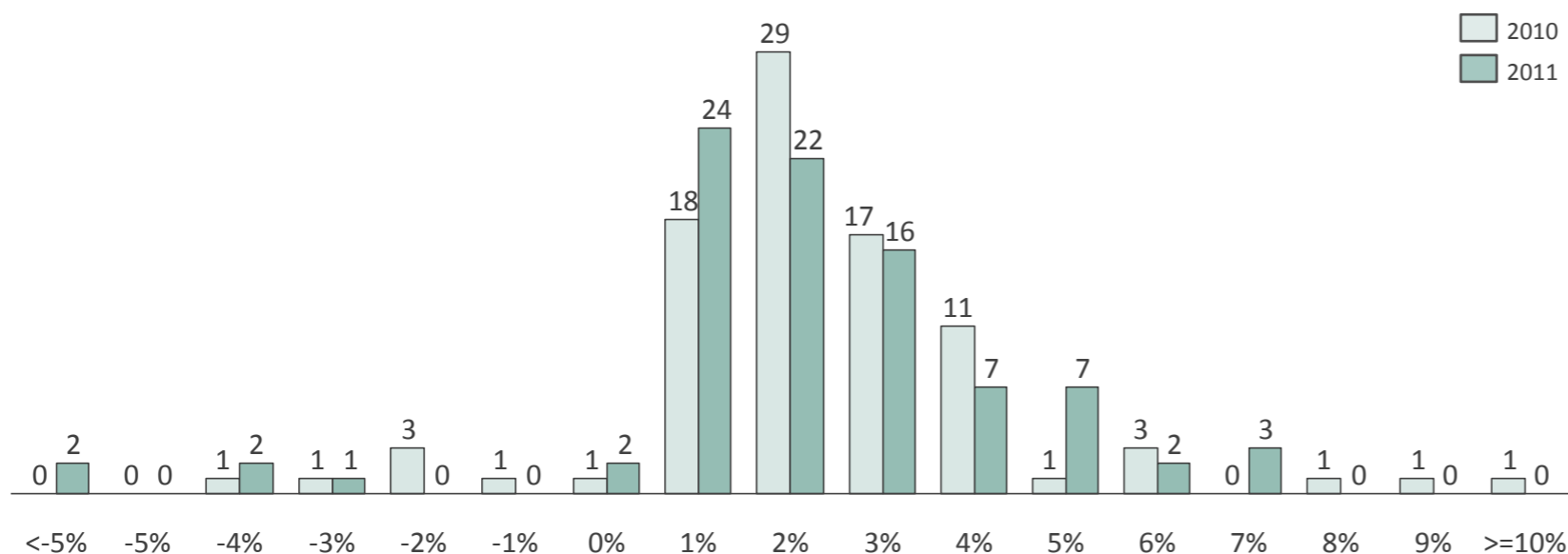
Financiële prestaties

Verschillen tussen individuele ziekenhuizen nemen toe

De financiële resultaten van individuele ziekenhuizen verschillen in 2011 sterker dan voorheen, zowel in winstgevendheid als in vermogenspositie. Wij zien hierin een aanwijzing dat de in- en verkoopmarkt van ziekenhuiszorg rationaliseert.

Hoewel verreweg de meeste ziekenhuizen (46) net als vorig jaar 1%-2% winst maken, liggen de uiterste resultaten verder uit elkaar. Twee ziekenhuizen maken meer dan 5% verlies. In 2010 kwam een dergelijk verlies helemaal niet voor. Aan de andere kant van het spectrum maakten twaalf ziekenhuizen minstens 5% winst. Vorig jaar slaagden nog slechts zeven ziekenhuizen hierin.

Verdeling ziekenhuizen op winstgevendheid [winst als % van opbrengsten]



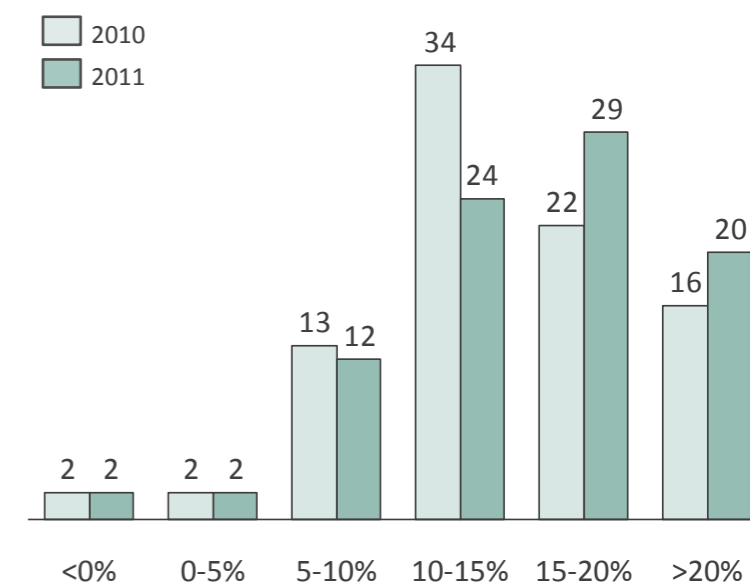
Het eigen vermogen geeft een vergelijkbaar beeld van toenemend verschil tussen individuele ziekenhuizen. Net als in 2010 zijn er vier ziekenhuizen met minder dan 5% eigen vermogen (waarvan twee een negatief vermogen hebben). Het aantal ziekenhuizen met 15%-20% eigen vermogen stijgt echter van 22 naar 29 en het aantal ziekenhuizen met meer dan 20% eigen vermogen stijgt van 16 naar 20.

De prestaties van ziekenhuizen zijn niet constant. Dat geldt voor elke organisatie. Mogelijk waren deze schommelingen in prestaties vroeger minder zichtbaar. Een ziekenhuis dat een slechtere periode doormaakte kon via zijn lokale ziekenfonds wel wat extra geld losweken. Soms zal dat hebben geholpen om een tijdelijk prestatieprobleem te overkomen. Soms zal het effect ook zijn geweest dat een ziekenhuis structureel minder

goed bleef presteren. Tegenwoordig is de markt meer gerationaliseerd en worden ziekenhuizen sneller gedwongen om in te grijpen en de bedrijfsprestaties op orde te brengen.

Verdeling ziekenhuizen op eigen vermogen [Eigen vermogen als % van totaal vermogen]

Verdeling ziekenhuizen op eigen vermogen [Eigen vermogen als % van totaal vermogen]



Het laatste jaar zien we nog een nieuwe dimensie in het debat over kostenreductie. Tot nog toe was efficiëntieverbetering binnen ziekenhuizen de dominante strategie om met matig functionerende ziekenhuizen om te gaan. We zien nu dat men ook de vraag durft te stellen of in een lokale markt wel een ziekenhuis nodig is. En zo ja, welk profiel die voorziening moet hebben. Naast de efficiëntie van de zorglevering is nu dus ook het nut van de (volledige) zorglevering een punt van discussie.

Ziekenhuizen verbeteren hun financiële positie ook bij gematigde omzetgroei

We zien in de groeicijfers van de ziekenhuizen een duidelijke kentering naar meer gematigde omzetgroei. Dankzij lagere volumegroei en lagere prijsgroei wordt de grens van het hoofdlijnenakkoord voor 2012 in 2011 al niet overschreden. Een mooie ontwikkeling. Wel moeten we opletten dat de lagere groei niet leidt tot slechtere toegang tot noodzakelijke zorg. Zien we over een paar jaar weer wachtlijsten?

Het gaat de sector financieel voor de wind in 2011 en dat vertaalt zich in een verdere versterking van de vermogenspositie. Een risico is het grote aandeel vastgoed op de balansen. Kan bij verkoop de waarde in de boeken daadwerkelijk gerealiseerd worden? 20% verlies zou ertoe leiden dat het eigen vermogen van een gemiddeld ziekenhuis vrijwel volledig verdampt.

Streekziekenhuizen vormen een uitzondering op het positieve beeld. Zij moeten een nieuwe strategie kiezen om financieel gezond te blijven. Ook anderen moeten alert blijven. Want blijft omzetontwikkeling ook nog binnen de grenzen als de macrokortingen uit eerdere jaren verdwijnen?



De afhankelijkheid van banken groeit

Ziekenhuizen lenen steeds meer. De totale uitstaande schuld bedraagt in 2011 EUR 18 miljard. Een steeds groter deel hiervan is langlopend. Dat past bij het bestedingsdoel: ziekenhuizen investeren fors in vaste activa.

Zorgverzekeraars trekken zich terug. Ze halen de opgebouwde overfinanciering terug en zijn strikter in het financieren van onderhandenwerk. De financieringsbehoefte die daardoor openvalt wordt ingevuld door banken; de afhankelijkheid van ziekenhuizen van die banken groeit. We zien al dat banken de voorwaarden voor financiering strenger stellen en handhaven. Dat resulteert op dit moment nog niet in zeer hoge rentes. De rente die ziekenhuizen betalen stijgt, maar ligt nog onder de rente in andere sectoren binnen de zorg.

Wij waarschuwen voor de impact van verder stijgende rentes. Stijging tot het renteniveau van 2002 zou er op dit moment toe leiden dat 70% van de winst van de sector verdampt. De rentelasten zijn op het totaal slechts een kleine post, maar het is ook de slechtst beïnvloedbare. Een goed lange termijn financieringsbeleid is essentieel.



Herfinanciering overfinanciering zet vijf ziekenhuizen op scherp

Veel ziekenhuizen zijn de afgelopen jaren overgefinancierd. Hun DBC-declaraties brachten meer geld binnen dan waar ze op basis van hun budgetten feitelijk recht op hadden. Bij een paar ziekenhuizen is dit bedrag aan overfinanciering sterk opgelopen.

Zorgverzekeraars mogen deze uitstaande gelden terugvorderen. Dat is geen probleem, zolang het geld liquide beschikbaar is.

Helaas is dat niet altijd het geval. Soms is de overfinanciering gebruikt om andere schulden af te betalen, of bijvoorbeeld voor nieuwbouw. Dat betekent dat voor de schuld nu een nieuwe financier gevonden moet worden.

Vijf ziekenhuizen hebben een overfinancieringsschuld groter dan 15% van het balanstotaal, na aftrek van de beschikbare liquide middelen. Bovendien combineren zij matige bedrijfsprestaties met een relatief laag eigen vermogen. Voor banken zijn deze ziekenhuizen risicovol. Wij verwachten daarom dat zij geen financiering zullen verstrekken. Dat brengt deze ziekenhuizen in een lastig pakket.



De afhankelijkheid van banken groeit

Verzekeraars trekken zich terug, schulden bij banken lopen op

Het aandeel langlopende schulden stijgt en daarmee ook de afhankelijkheid van banken. Dit is vooral het effect van scherper beleid van de zorgverzekeraars op de uitstaande overfinanciering en de bevoorschotting.

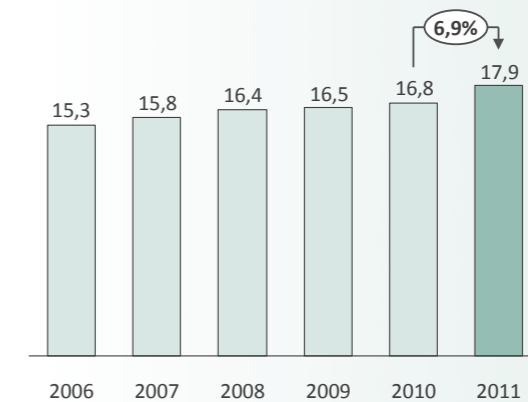
Verzekeraars zijn in de afgelopen zeven jaar, sinds de invoering van de DBC-systematiek, steeds scherper en inhoudelijker gaan onderhandelen met ziekenhuizen. Jaarlijks terugkomende financiële thema's zijn het terugvragen van de overfinanciering en een scherpe bevoorschotting van onderhanden werk. Ziekenhuizen krijgen hierdoor minder en minder lang de beschikking over financiële middelen, beschikbaar gesteld door verzekeraars. De noodzaak om leningen af te sluiten bij banken is hierdoor toegenomen. Tegelijkertijd zijn banken vanwege de ontwikkelingen in de financiële sector kritischer geworden bij het verstrekken van leningen.

Op dit moment zijn de rentelasten voor ziekenhuizen relatief laag, maar oplopend. Goed lange termijn financieringsbeleid is essentieel.

Schulden lopen op en zijn vaker langlopend

Ziekenhuizen lenen meer dan voorgaande jaren. Binnen de totale schuld is het aandeel van de langlopende schulden in de afgelopen vijf jaar met 11% toegenomen. >>

Schuld Nederlandse ziekenhuizen [EUR miljard]



Zorgverzekeraars onderhandelen scherper

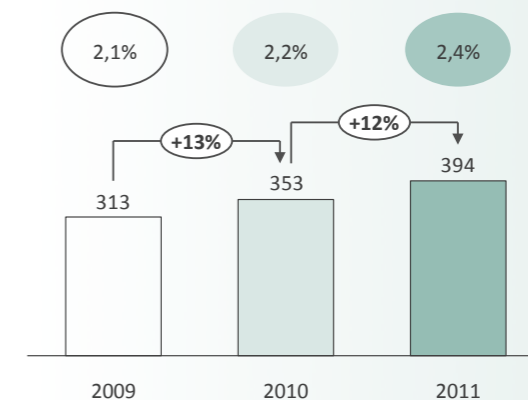
Zorgverzekeraars zijn in de afgelopen jaren steeds scherper gaan onderhandelen. Op het financiële vlak zien we dit bij het terugvragen van de overfinanciering en het minder beschikbaar stellen van bevoorschotting. >>



Lage rentelast levert belangrijke bijdrage aan winstgevendheid, maar rente loopt op

Rentelasten van ziekenhuizen stijgen naar 2,4%. Over een langere periode hebben ziekenhuizen echter betere rentepercentages weten te onderhandelen dan andere zorgorganisaties. >>

Rentelasten en rentepercentage [Rente als % van totale schuld, Euro miljoen]

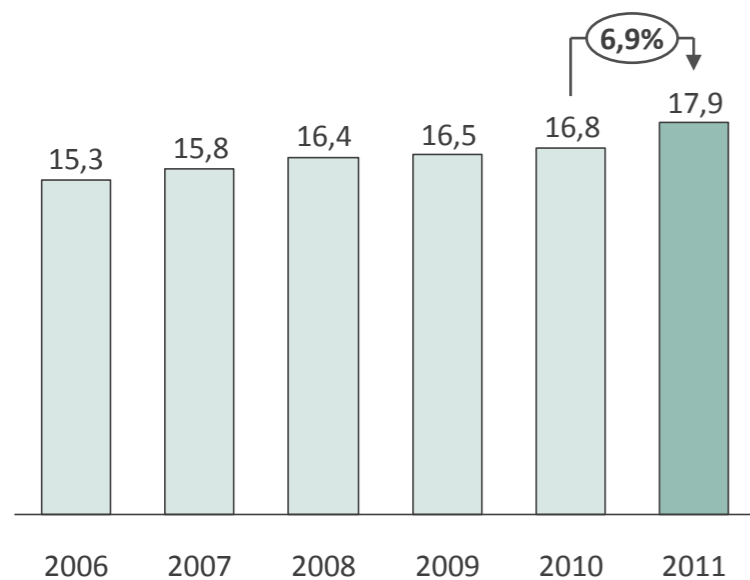


Financiële prestaties

Schulden lopen op en zijn vaker langlopend

Ziekenhuizen lenen meer dan voorgaande jaren. Binnen de totale schuld is het aandeel van de langlopende schulden in de afgelopen vijf jaar met 11% toegenomen.

Schuld Nederlandse ziekenhuizen
[EUR miljard]



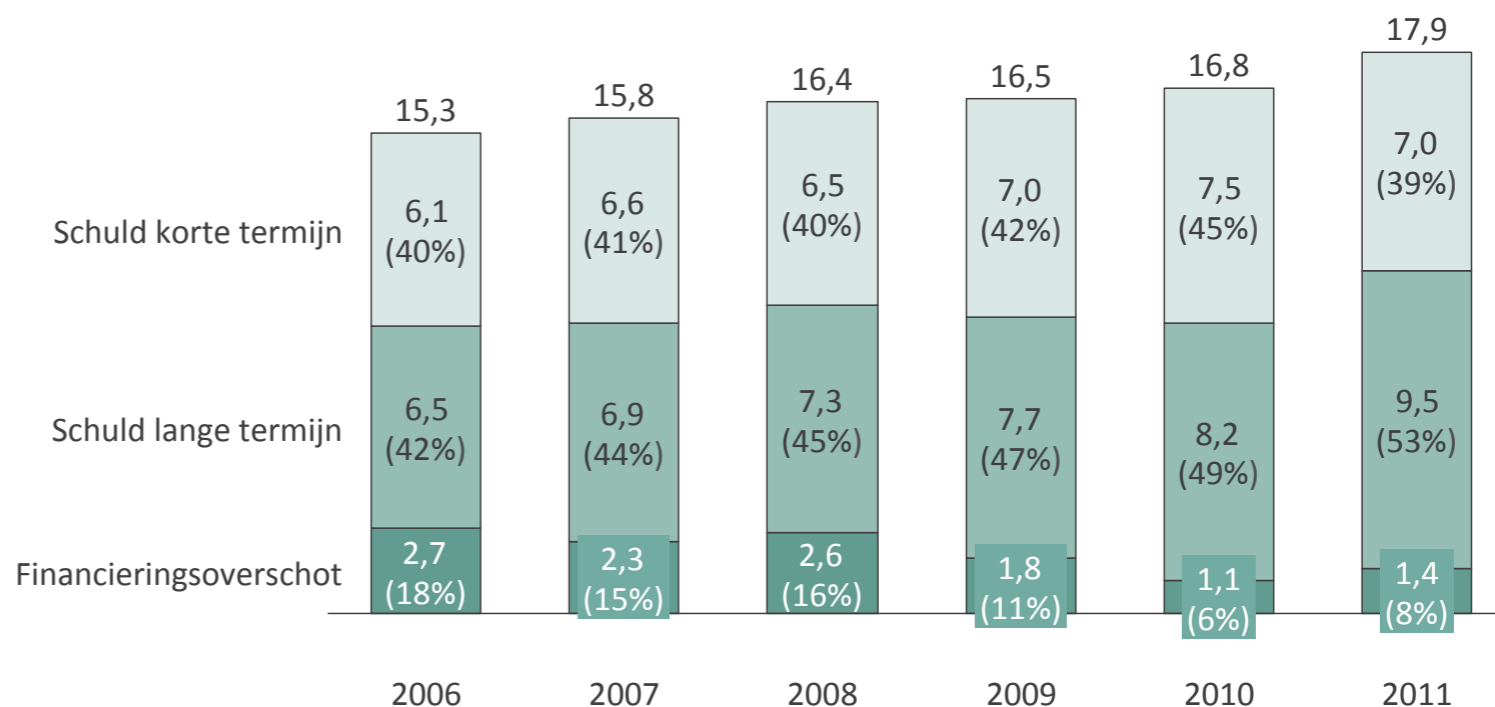
De schuld van de ziekenhuizen loopt in 2011 op tot EUR 17,9 miljard. Een stijging van EUR 1,1 mld (6,9%) ten opzichte van 2010.

Opvallend is de verandering in de verhouding tussen korte en langlopende schulden. In 2006 vormden langlopende schulden 42% van het totaal van de schulden. In 2011 komen de langlopende schulden uit op 53% van het totaal.

Over de afgelopen jaren heeft langlopende schuld de plaats ingenomen van uitstaande financieringsoverschotten. Die krompen van 18% van de schuld in 2006 naar 8% in 2011.

Van 2010 op 2011 zien we dat de groei van de langlopende schulden voor EUR 50 mln vervanging voor kortlopende schulden zijn. De resterende EUR 80 miljoen is uitbreiding van de totale schuld, vooral ter financiering van nieuwbouw.

Onderverdeling van de schulden
[EUR mld, %]



Zorgverzekeraars onderhandelen scherper

Zorgverzekeraars zijn in de afgelopen jaren steeds scherper gaan onderhandelen. Op het financiële vlak zien we dit bij het terugvragen van de overfinanciering en het minder beschikbaar stellen van bevoorschotting.

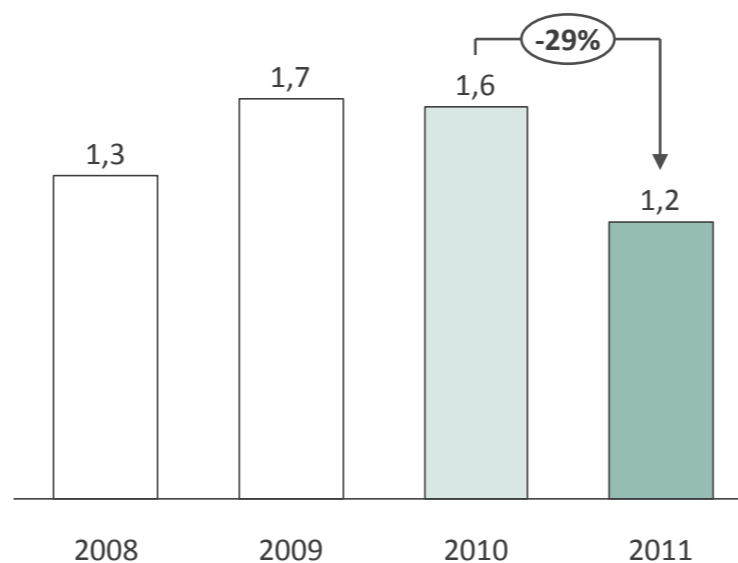
Zorgverzekeraars zijn vanaf 2006 gedwongen geweest om de meeste ziekenhuizen over te financieren. Ten opzichte van het eigenlijk te betalen budget kregen ziekenhuizen meer inkomsten uit vooral DBC-declaraties. In 2011 is daarvan ook nog sprake, maar is de overfinanciering relatief beperkt.

Zorgverzekeraars haalden de uitstaande overfinanciering over eerdere jaren actief terug.

Ziekenhuizen kunnen de geleverde zorg pas declareren als het hele DBC-traject is afgerond. Om te zorgen dat ziekenhuizen over voldoende middelen beschikken om die zorg te kunnen leveren, voorzien de meeste verzekeraars in bevoorschotting van het onderhanden werk.

In de afgelopen jaren zijn zorgverzekeraars scherper gaan onderhandelen over de hoogte van de bevoorschotting, mede onder druk van toenemende wet- en regelgeving in verband met de financiële crisis. In 2011 hebben ziekenhuizen 29% minder voorschot ontvangen dan in het voorgaande jaar.

Bevoorschot door zorgverzekeraars
[EUR miljard]



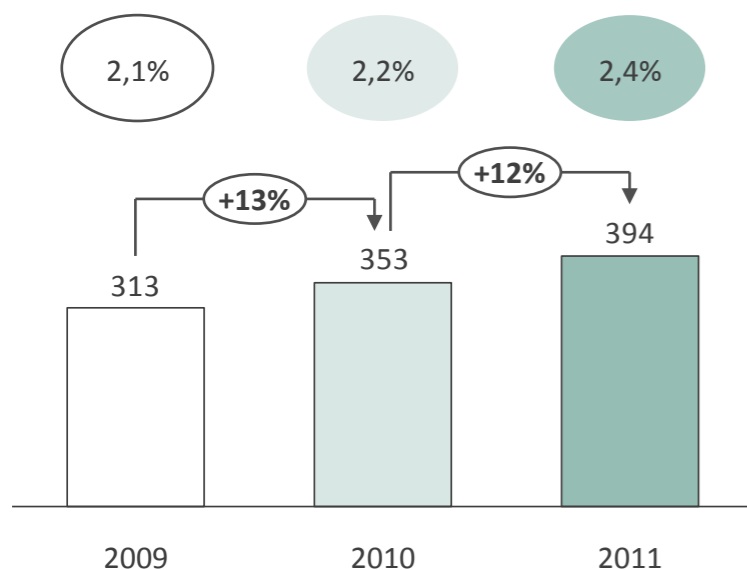
Financiële prestaties

Lage rentelast levert belangrijke bijdrage aan winstgevendheid, maar rente loopt op

Rentelasten van ziekenhuizen stijgen naar 2,4%. Over een langere periode hebben ziekenhuizen echter betere rentepercentages weten te onderhandelen dan andere zorgorganisaties.

De rentelasten van de ziekenhuizen stijgen ten opzichte van 2010 met 12% tot bijna EUR 400 miljoen. Dat is net 2% van de totale omzet in de sector. Oorzaak van de rentestijging is de stijging van de schuld, in combinatie met een stijging van de rente van 2,2% naar 2,4%. Daarmee is de rente nog altijd zeer laag. Als de rente weer zou stijgen naar het niveau van 2002 (3,8%), dan zou de totale winst van de sector EUR 230 miljoen lager uitvallen: slechts EUR 100 miljoen (0,5% van de omzet).

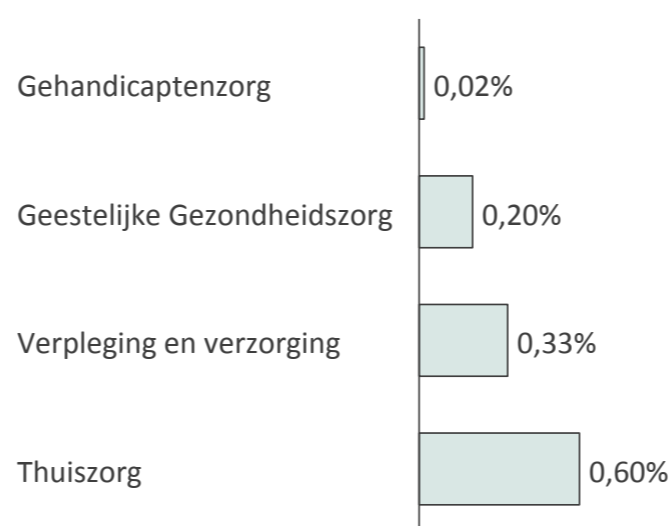
Rentelasten en rentepercentage
[Rente als % van totale schuld, Euro miljoen]



Ziekenhuizen betalen over een langere periode minder rente dan andere instellingen in de gezondheidszorg (bron CBS – mediane rente tabel 8.7).

Opvallend is dat vooral thuiszorginstellingen een hogere rente betalen, terwijl het merendeel van hun schulden kortlopend is. Over het algemeen geldt namelijk dat rentepercentages van kortlopende leningen lager zijn dan die van langetermijnleningen. De verklarende factor hiervoor kan het hogere faillissementsrisico zijn van thuiszorgorganisaties.

Rentelasten andere sectoren t.o.v. ziekenhuizen 1987-2010 [%Punt verschil]



Bron: CBS, 2012, Ontwikkelingen rente AWBZ zorginstellingen 1987-2010

Ziekenhuizen verbeteren hun financiële positie ook bij gematigde omzetgroei

We zien in de groeicijfers van de ziekenhuizen een duidelijke kentering naar meer gematigde omzetgroei. Dankzij lagere volumegroei en lagere prijsgroei wordt de grens van het hoofdlijnenakkoord voor 2012 in 2011 al niet overschreden. Een mooie ontwikkeling. Wel moeten we opletten dat de lagere groei niet leidt tot slechtere toegang tot noodzakelijke zorg. Zien we over een paar jaar weer wachtlijsten?

Het gaat de sector financieel voor de wind in 2011 en dat vertaalt zich in een verdere versterking van de vermogenspositie. Een risico is het grote aandeel vastgoed op de balansen. Kan bij verkoop de waarde in de boeken daadwerkelijk gerealiseerd worden? 20% verlies zou ertoe leiden dat het eigen vermogen van een gemiddeld ziekenhuis vrijwel volledig verdampt.

Streekziekenhuizen vormen een uitzondering op het positieve beeld. Zij moeten een nieuwe strategie kiezen om financieel gezond te blijven. Ook anderen moeten alert blijven. Want blijft omzetontwikkeling ook nog binnen de grenzen als de macrokortingen uit eerdere jaren verdwijnen?



De afhankelijkheid van banken groeit

Ziekenhuizen lenen steeds meer. De totale uitstaande schuld bedraagt in 2011 EUR 18 miljard. Een steeds groter deel hiervan is langlopend. Dat past bij het bestedingsdoel: ziekenhuizen investeren fors in vaste activa.

Zorgverzekeraars trekken zich terug. Ze halen de opgebouwde overfinanciering terug en zijn strikter in het financieren van onderhandenwerk. De financieringsbehoefte die daardoor openvalt wordt ingevuld door banken; de afhankelijkheid van ziekenhuizen van die banken groeit. We zien al dat banken de voorwaarden voor financiering strenger stellen en handhaven. Dat resulteert op dit moment nog niet in zeer hoge rentes. De rente die ziekenhuizen betalen stijgt, maar ligt nog onder de rente in andere sectoren binnen de zorg.

Wij waarschuwen voor de impact van verder stijgende rentes. Stijging tot het renteniveau van 2002 zou er op dit moment toe leiden dat 70% van de winst van de sector verdampt. De rentelasten zijn op het totaal slechts een kleine post, maar het is ook de slechtst beïnvloedbare. Een goed lange termijn financieringsbeleid is essentieel.



Herfinanciering overfinanciering zet vijf ziekenhuizen op scherp

Veel ziekenhuizen zijn de afgelopen jaren overgefinancierd. Hun DBC-declaraties brachten meer geld binnen dan waar ze op basis van hun budgetten feitelijk recht op hadden. Bij een paar ziekenhuizen is dit bedrag aan overfinanciering sterk opgelopen.

Zorgverzekeraars mogen deze uitstaande gelden terugvorderen. Dat is geen probleem, zolang het geld liquide beschikbaar is. Helaas is dat niet altijd het geval. Soms is de overfinanciering gebruikt om andere schulden af te betalen, of bijvoorbeeld voor nieuwbouw. Dat betekent dat voor de schuld nu een nieuwe financier gevonden moet worden.

Vijf ziekenhuizen hebben een overfinancieringsschuld groter dan 15% van het balanstotaal, na aftrek van de beschikbare liquide middelen. Bovendien combineren zij matige bedrijfsprestaties met een relatief laag eigen vermogen. Voor banken zijn deze ziekenhuizen risicovol. Wij verwachten daarom dat zij geen financiering zullen verstrekken. De ziekenhuizen moeten dan op zoek naar andere mogelijkheden, zoals participatie van investeerders.



Herfinanciering overfinanciering zet vijf ziekenhuizen op scherp

Diverse ziekenhuizen zijn acuut op zoek naar financiering

Een aantal ziekenhuizen moet een grote, kortlopende overfinancieringsschuld aan de zorgverzekeraars op korte termijn herfinancieren. Dit is moeilijk voor ziekenhuizen met matige operationele winst en een relatief laag eigen vermogen.

De huisbanken, traditioneel de grote financiers in de ziekenhuiszorg, hebben weinig interesse in het herfinancieren bij deze ziekenhuizen. De risico's zijn relatief groot en een hoge rentevergoeding vragen is niet realistisch, omdat daarmee het kortetermijnprobleem van de ziekenhuizen alleen maar groter wordt.

Er zijn wel andere financieringsopties, waarvoor ziekenhuizen niet afhankelijk zijn van banken of zorgverzekeraars. Naast politieke lobby en obligaties, is het naar ons idee de moeite waard de mogelijkheden te onderzoeken om investeerders te laten participeren. Want zij brengen naast geld ook vaak kennis en creativiteit om de prestaties te verbeteren.

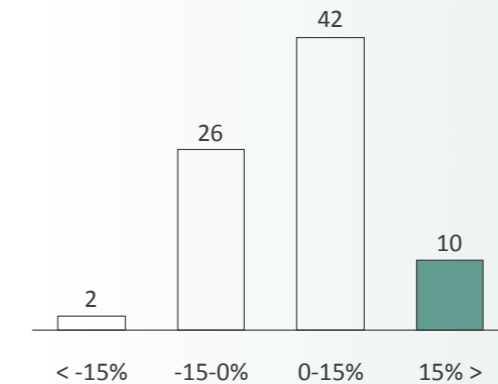
Tien ziekenhuizen moeten meer dan 15% van hun balanswaarde herfinancieren

Veel ziekenhuizen moeten op korte termijn een forse schuld aan de zorgverzekeraars terugbetalen. Deze schuld is ontstaan doordat ziekenhuizen in de declaraties meer geld ontvingen dan waar ze op basis van hun wettelijk budget aanspraak op hebben. >>

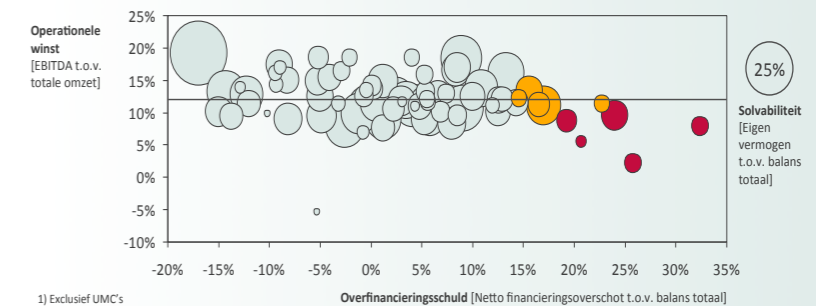
Herfinanciering moeizaam bij lage operationele winst en klein eigen vermogen

Vijf van de tien ziekenhuizen met een grote overfinancieringsschuld lopen een serieus risico geen herfinanciering te kunnen regelen. Zij combineren de schuld met lage operationele winst en een relatief klein eigen vermogen: voor banken niet aantrekkelijk. >>

Verdeling overfinancieringsschuld
[Netto financieringsoverschot t.o.v. balans totaal]



Uitgangsspositie bij herfinancieren ¹⁾

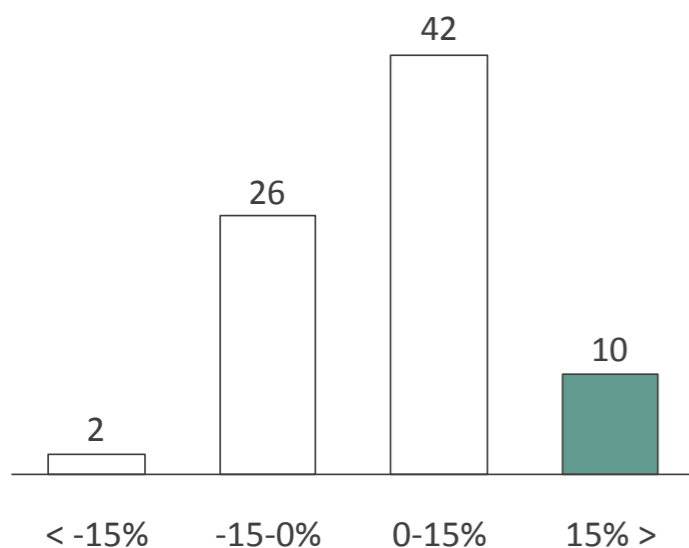


Tien ziekenhuizen moeten meer dan 15% van hun balanswaarde herfinancieren

Veel ziekenhuizen moeten op korte termijn een forse schuld aan de zorgverzekeraars terugbetalen. Deze schuld is ontstaan doordat ziekenhuizen in de declaraties meer geld ontvingen dan waar ze op basis van hun wettelijk budget aanspraak op hebben.

Verdeling overfinancieringsschuld

[Netto financieringsoverschot t.o.v. balans totaal]



Voor de meeste ziekenhuizen is het terugbetalen geen groot probleem. Zij hebben de overfinanciering aangehouden in liquide middelen en zijn dus in staat om de vordering te voldoen. Tien ziekenhuizen hebben de overfinanciering echter niet liquide beschikbaar en zullen de schuld aan de zorgverzekeraars moeten herfinancieren, bijvoorbeeld bij banken. Ze hebben een risico genomen door overfinanciering te gebruiken voor bijvoorbeeld investeringen. Als banken niet bereid zijn om

aan de herfinanciering mee te werken, moeten de zorgverzekeraars bereid gevonden worden om hun schuld langer niet op te eisen. Soms lukt dat, zo is reeds gebleken. Maar tegen strenge voorwaarden, oplopend tot aanzienlijke invloed in de governance van het ziekenhuis.

Binnen de ziekenhuizen ontstaat door de druk van de zorgverzekeraars een hoog urgentiebesef. Om niet tot te grote invloed van de zorgverzekeraar veroordeeld te worden, zoeken zij andere externe financiers. Hiervoor hebben ze een aantal mogelijkheden:

- *Politieke lobby (lokaal / nationaal) voor overbruggingskredieten*
De casus IJsselmeerziekenhuizen heeft geleerd dat zogenaamde 'systeemziekenhuizen' (ziekenhuizen die onmisbaar zouden zijn voor het garanderen van voldoende toegankelijke zorg in een regio) kans hebben om via deze weg in ieder geval bij de landelijke politiek geld los te krijgen. Op lokaal niveau is een ziekenhuis vaak de grootste werkgever en is er voor de gemeente dus, naast het belang van een zorgvoorziening, een groot economisch belang om het ziekenhuis te behouden.
- *Uitgeven van (achtergestelde) obligaties*
Participatie in ziekenhuizen kan aantrekkelijk zijn voor de omliggende gemeenschap of bijvoorbeeld pensioenfondsen. Met behulp van

achtergestelde obligaties met een beter rendement dan staatsleningen, kan een ziekenhuis proberen om een tijdelijk financieringsprobleem te overbruggen. Ook op lange termijn kunnen obligatieleningen een goede toegang tot kapitaal geven.

- *Zoeken van investeerders*
Investeerders zijn op dit moment, ondanks de beperkingen op het uitkeren van winst, al geïnteresseerd in participatie in ziekenhuizen. Zij zien mogelijkheden om de operationele prestaties te verbeteren, het financieel resultaat te verhogen en zijn in staat om met beperkte eigen investeringen voldoende financiering te regelen. Investeerders zullen wel een dominante rol opeisen in de bedrijfsvoering van het te financieren ziekenhuis.

Het is onmogelijk op voorhand te zeggen welke financieringsoptie de beste resultaten zal opleveren. Wij zijn geneigd om relatief veel kansen te zien in de opgebouwde zorgkennis bij diverse investeerders en de baten die dit kan hebben voor het beter stroomlijnen van een ziekenhuis als organisatie. De andere opties bieden wel een pot geld (publiek of obligaties), maar geen extra kennis over het verbeteren van de eigen bedrijfsvoering. Het is dan de vraag of en hoe de verantwoordelijke bestuurders en specialisten de tot dusverre matige prestaties gaan verbeteren.

Herfinanciering moeizaam bij lage operationele winst en klein eigen vermogen

Vijf van de tien ziekenhuizen met een grote overfinancieringsschuld lopen een serieus risico geen herfinanciering te kunnen regelen. Zij combineren de schuld met lage operationele winst en een relatief klein eigen vermogen: voor banken niet aantrekkelijk.

Om nieuwe leningen te krijgen, stellen ziekenhuizen een zogenaamd bidbook op dat zij aanbieden bij de beoogd financiers. Op basis van dit bidbook en eigen onderzoek maakt de potentiële geldschieter een inschatting van het risico dat aan de lening kleeft. Hij beoordeelt of hij een lening wil geven en tegen welke voorwaarden. Denk bijvoorbeeld aan de te betalen rente, aflossingsverplichtingen, onderpanden, afspraken over opeisbaarheid, enzovoorts.

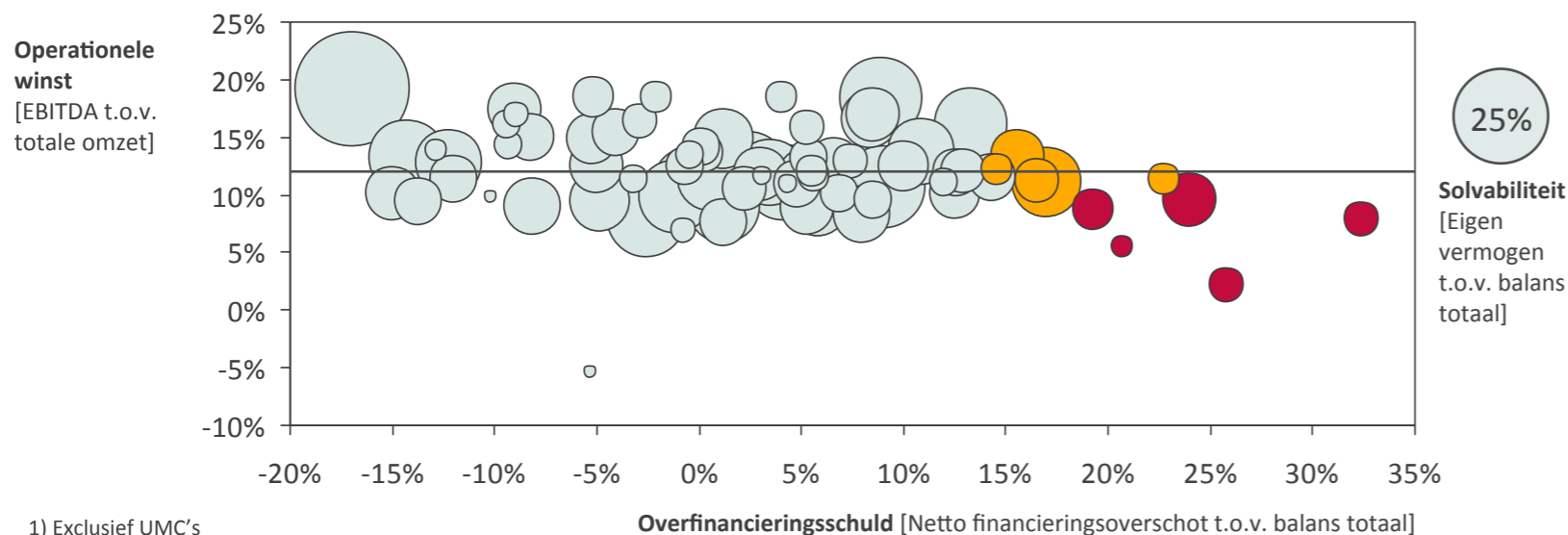
Voor vijf van de tien ziekenhuizen zal het opstellen van een aantrekkelijk bidbook een moeilijke opgave zijn. Deze ziekenhuizen combineren een hoge overfinancieringsschuld (>15% van de totale balanswaarde, gecorrigeerd voor liquide middelen) met een relatief lage operationele winst (EBITDA < 10%) en een relatief klein eigen vermogen (<13%).

Voor banken zijn deze ziekenhuizen risicovol. De totale bancaire schuld wordt bij herfinanciering relatief groot, terwijl de operationele prestatie weinig zekerheid biedt dat de ziekenhuizen in staat zullen zijn aan hun aflossings- en renteverplichtingen te voldoen.

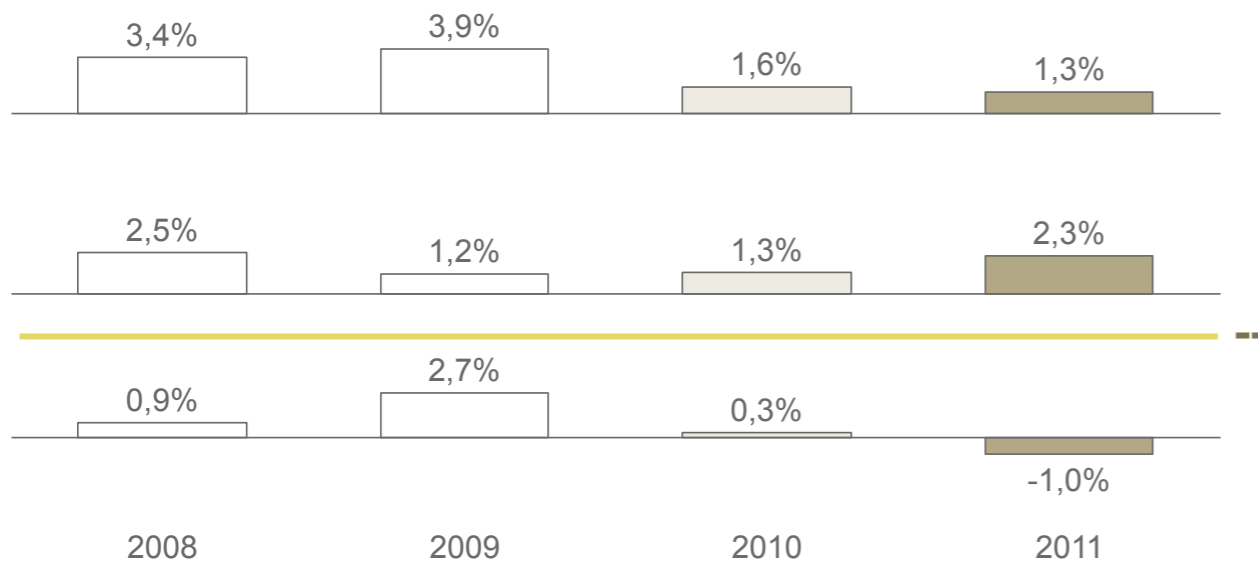
Ziekenhuizen besteden gemiddeld 7,2% van hun totale omzet aan afschrijvingen. Bij een operationele winst lager dan 10%, resteert nog maximaal 2,8% voor rentebetalingen. Bij de

gemiddelde rentekosten in de sector zou nog net een positief resultaat overblijven. Als de operationele winst al lager is, ontstaat een verlies. De rentekosten stijgen de laatste tijd weer door de financiële crisis en ziekenhuizen die een hoger risico vertegenwoordigen kunnen rekenen op extra hoge rentes. De kans is dus groot dat deze ziekenhuizen bij herfinanciering direct verlieslatend zijn. Dat is voor de banken geen aantrekkelijk perspectief.

Uitgangspositie bij herfinancieren ¹⁾



Operationele prestaties



behandelkosten

nominale stijging - inflatie = reële stijging

In dit hoofdstuk analyseren we de ontwikkelingen in kosten en productiviteit, en de verschuiving van de productmix van de Nederlandse ziekenhuizen

Ziekenhuizen besparen EUR 200 miljoen in 2011

Het behandelen van patiënten kost ziekenhuizen geld. In 2011 is de stijging van die behandelkosten fors lager dan voorheen, zelfs lager dan de inflatie. Ziekenhuizen realiseren ten opzichte van de inflatie een besparing van 200 miljoen euro; een grote verandering ten opzichte van voorgaande jaren.

Wij vinden dit veelbelovend. Kennelijk zijn er in het huidige stelsel voldoende prikkels om deze productiviteitswinst te realiseren.

Tegelijkertijd zien we de hoogste winstgevendheid in de afgelopen jaren: de sector blijkt voldoende gemotiveerd om gezonde bedrijfsmatige resultaten te behalen. Het was immers in historisch perspectief geen schande geweest om de kosten iets op te laten lopen.

Dat de productiegroei in 2011 juist erg laag was kan een verborgen probleem zijn. De ervaring leert dat druk op het zorgbudget leidt tot wachtlijsten en beperkingen van innovatieve behandelingen. Op termijn leidt de groeiende zorgbehoefte tot een vollopend stuwmeer. Het is de uitdaging om de vraag zodanig te beheersen dat de druk achter de dam niet te hoog wordt.



Oorzaken besparing lijken tijdelijk; fundamentele verandering blijft noodzakelijk

Behandelkosten bestaan uit personeelskosten, inkoopkosten en kapitaallasten. De lage stijging van de behandelkosten is vooral het resultaat van zeer beheerste stijging van de personeelskosten en inkoopkosten die vrijwel gelijk blijven aan 2010. De kapitaallasten stijgen echter flink, vooral als gevolg van omvangrijke nieuwbouw en hogere rentevergoedingen.

De lage stijging van de personeelskosten is mooi. Maar vanuit de cao-afspraken rijst de vraag of deze post beheersbaar blijft. De stabiele inkoopkosten lijken vooral het gevolg van de kwakkelende economie. Bestaande inkoopcombinaties realiseren geen zichtbaar beter resultaat.

Wij pleiten voor fundamentele veranderingen. Zet in op structurele verbetering van de arbeidsproductiviteit. Vervang arbeid door kapitaalgoederen: de mogelijkheden van ICT zijn in de zorg nog steeds onderbenut. Beperk de inkoopkosten door niet-onderscheidende inkoop te bundelen op het niveau van ziekenhuiskoepels.



Steeds korter in het ziekenhuis, maar het aantal bedden blijft stabiel

De eerste ziekenhuizen waren vooral verpleegafdelingen. Patiënten kregen bedrust, aderlating en goede zorg van de zuster. Chirurgische ingrepen waren grof en groot. Herstel duurde lang. Inmiddels is de verpleegafdeling nog altijd een groot en kostbaar deel van het ziekenhuis, maar in de polikliniek en het dagbehandelcentrum is het ook erg druk.

De gemiddelde ligduur nam de afgelopen jaren snel af. Verpleegafdelingen krompen echter nauwelijks. Forse stijging van de kans op een opname compenseert de kortere ligduur. Waarschijnlijk zien we hier zowel het effect van toenemende behandelmogelijkheden als van de keuze om beschikbare capaciteit zoveel mogelijk te vullen.

Zorgverzekeraars hebben de taak om tegen te sturen op onnodige verhoging van de behandelkans. Wij verwachten dat het debat hierover in combinatie met de verder dalende ligduur de komende jaren zal leiden tot afnemende verpleegcapaciteit (mensen en middelen). Uiteindelijk is dat de enige manier om de zorgkosten werkelijk te laten dalen.



Ziekenhuizen besparen EUR 200 miljoen in 2011

Trendbreuk in behandelkosten, terwijl productiestijging terugloopt

De kostenstijgingen in 2010 en 2011 liggen ruimschoots onder de gemiddelde stijging van de behandelkosten vanaf 2002. In 2011 ligt de kostenstijging zelfs onder de inflatie. Het is opvallend dat ziekenhuizen deze aanzienlijk lagere kostenstijging weten te realiseren in jaren waarin de productiestijging terugloopt. Dat lijkt juist eenvoudiger bij forse productiestijging, als schaalvoordelen kunnen worden gerealiseerd door de stijging op te vangen met het bestaande personeel en binnen de bestaande fysieke capaciteit.

De cynicus zou kunnen concluderen dat het kennelijk noodzakelijk was om eerst duidelijk paal en perk te stellen aan mogelijkheden om in productie te groeien. Pas dan gaat men echt kijken naar mogelijkheden om de kosten te verlagen en zo de marge te verbeteren. Maar misschien vallen de afspraken uit het hoofdlijnenakkoord slechts toevallig samen met productiviteitswinst.

De prestatie in 2011 is hoopgevend. We zullen zien of ziekenhuizen nu structureel productiviteitsverbetering kunnen realiseren. Loskoppeling van economische groei en behandelkosten is essentieel om ziekenhuiszorg betaalbaar te houden.

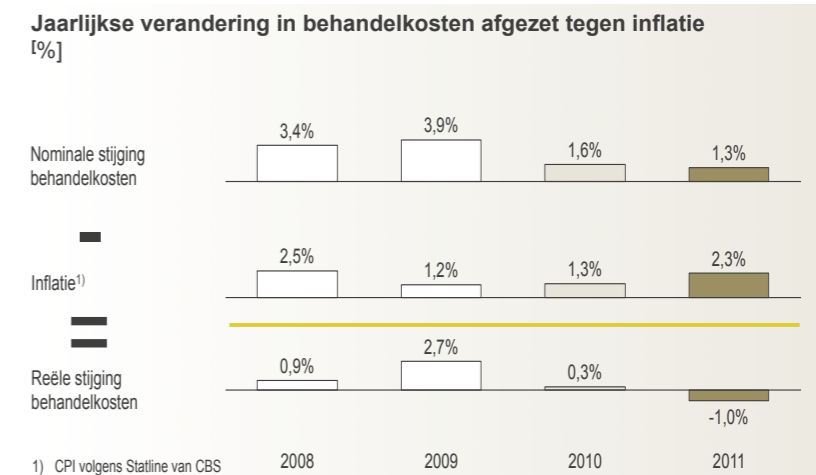
Trendbreuk in de behandelkosten

In 2011 stijgen de behandelkosten nog maar 1,3%. Daarmee zien we vanaf 2010 een echte trendbreuk in de ontwikkeling van de behandelkosten. >>



Ziekenhuizen realiseren reële productiviteitswinst van EUR 200 miljoen

In 2011 is de stijging van de behandelkosten lager dan de inflatie. Ziekenhuizen realiseren ten opzichte van de inflatie een besparing van 200 miljoen euro. >>

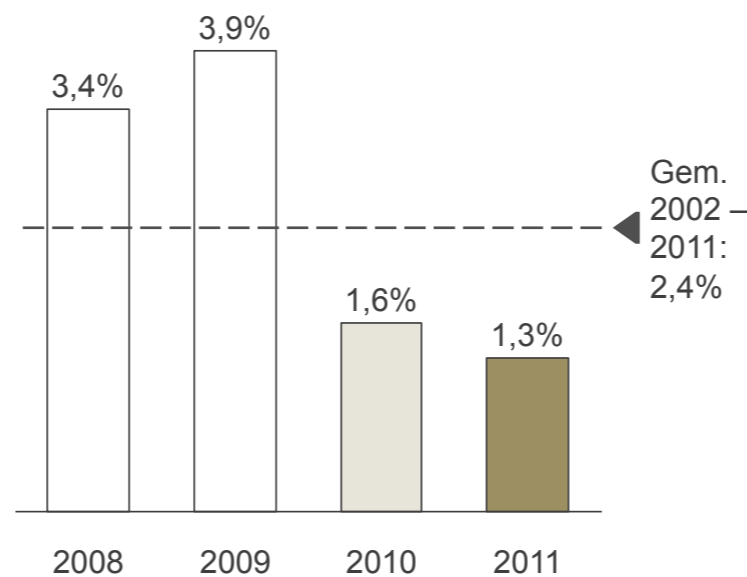


Trendbreuk in de behandelkosten

In 2011 stijgen de behandelkosten nog maar 1,3%. Daarmee zien we vanaf 2010 een echte trendbreuk in de ontwikkeling van de behandelkosten.

Tussen 2002 en 2011 is de gemiddelde stijging van de behandelkosten 2,4%. In 2008 en 2009 lag de stijging van de behandelkosten zelfs nog boven 3%. In 2010 valt dit terug tot 1,6% en in 2011 stijgen de behandelkosten nog maar 1,3%. De ziekenhuizen zijn dus in staat geweest om de kosten nauwelijks harder te laten stijgen dan de omvang van de productie, gemeten in patiënteenheden.

Jaarlijkse verandering behandelkosten [%]

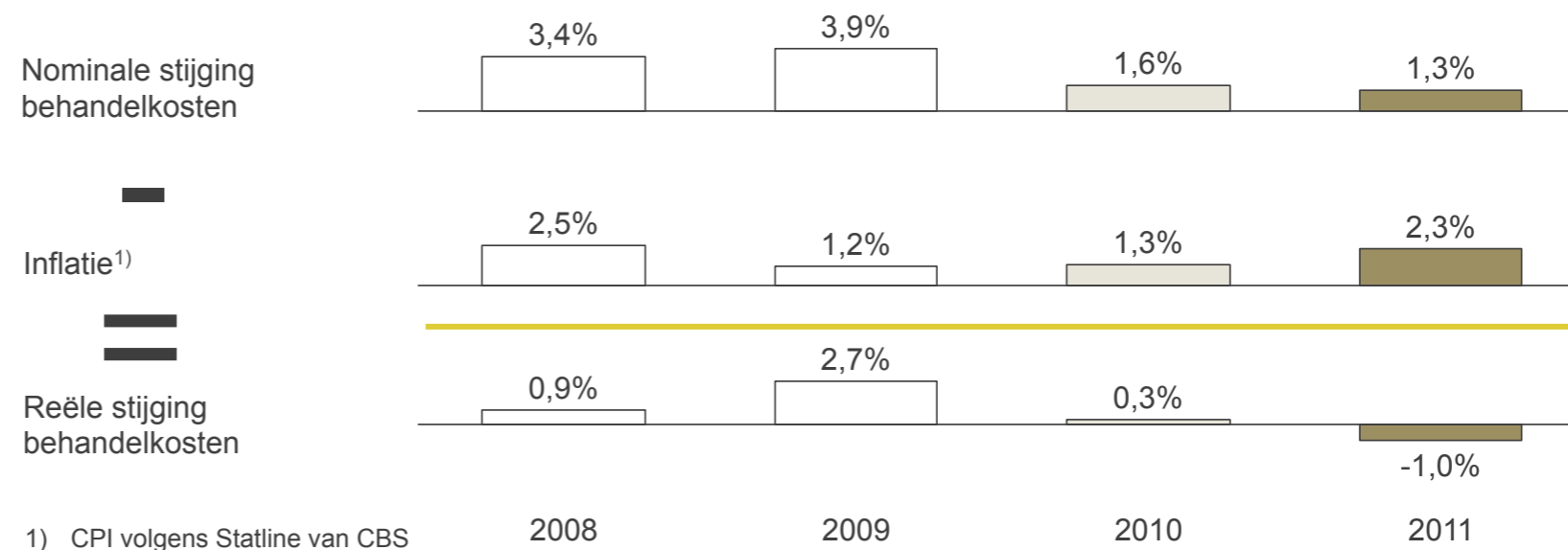


Ziekenhuizen realiseren reële productiviteitswinst van EUR 200 miljoen

In 2011 is de stijging van de behandelkosten lager dan de inflatie. Ziekenhuizen realiseren ten opzichte van de inflatie een besparing van 200 miljoen euro.

Dankzij deze kostenbesparingen zijn de ziekenhuizen in staat geweest om de winstgevendheid zelfs nog boven het niveau van 2010 te houden. Als de kosten met de inflatie waren meegestegen, was bijna tweederde van de totale winst in 2010 verdampt.

Jaarlijkse verandering in behandelkosten afgezet tegen inflatie [%]



Ziekenhuizen besparen EUR 200 miljoen in 2011

Het behandelen van patiënten kost ziekenhuizen geld. In 2011 is de stijging van die behandelkosten fors lager dan voorheen, zelfs lager dan de inflatie. Ziekenhuizen realiseren ten opzichte van de inflatie een besparing van 200 miljoen euro; een grote verandering ten opzichte van voorgaande jaren.

Wij vinden dit veelbelovend. Kennelijk zijn er in het huidige stelsel voldoende prikkels om deze productiviteitswinst te realiseren.

Tegelijkertijd zien we de hoogste winstgevendheid in de afgelopen jaren: de sector blijkt voldoende gemotiveerd om gezonde bedrijfsmatige resultaten te behalen. Het was immers in historisch perspectief geen schande geweest om de kosten iets op te laten lopen.

Dat de productiegroei in 2011 juist erg laag was kan een verborgen probleem zijn. De ervaring leert dat druk op het zorgbudget leidt tot wachtlijsten en beperkingen van innovatieve behandelingen. Op termijn leidt de groeiende zorgbehoefte tot een vollopend stuwmeer. Het is de uitdaging om de vraag zodanig te beheersen dat de druk achter de dam niet te hoog wordt.



Oorzaken besparing lijken tijdelijk; fundamentele verandering blijft noodzakelijk

Behandelkosten bestaan uit personeelskosten, inkoopkosten en kapitaallasten. De lage stijging van de behandelkosten is vooral het resultaat van zeer beheerste stijging van de personeelskosten en inkoopkosten die vrijwel gelijk blijven aan 2010. De kapitaallasten stijgen echter flink, vooral als gevolg van omvangrijke nieuwbouw en hogere rentevergoedingen.

De lage stijging van de personeelskosten is mooi. Maar vanuit de cao-afspraken rijst de vraag of deze post beheersbaar blijft. De stabiele inkoopkosten lijken vooral het gevolg van de kwakkelende economie. Bestaande inkoopcombinaties realiseren geen zichtbaar beter resultaat.

Wij pleiten voor fundamentele veranderingen. Zet in op structurele verbetering van de arbeidsproductiviteit. Vervang arbeid door kapitaalgoederen: de mogelijkheden van ICT zijn in de zorg nog steeds onderbenut. Beperk de inkoopkosten door niet-onderscheidende inkoop te bundelen op het niveau van ziekenhuiskoepels.



Steeds korter in het ziekenhuis, maar het aantal bedden blijft stabiel

De eerste ziekenhuizen waren vooral verpleegafdelingen. Patiënten kregen bedrust, aderlating en goede zorg van de zuster. Chirurgische ingrepen waren grof en groot. Herstel duurde lang. Inmiddels is de verpleegafdeling nog altijd een groot en kostbaar deel van het ziekenhuis, maar in de polikliniek en het dagbehandelcentrum is het ook erg druk.

De gemiddelde ligduur nam de afgelopen jaren snel af. Verpleegafdelingen krompen echter nauwelijks. Forse stijging van de kans op een opname compenseert de kortere ligduur. Waarschijnlijk zien we hier zowel het effect van toenemende behandelmogelijkheden als van de keuze om beschikbare capaciteit zoveel mogelijk te vullen.

Zorgverzekeraars hebben de taak om tegen te sturen op onnodige verhoging van de behandelkans. Wij verwachten dat het debat hierover in combinatie met de verder dalende ligduur de komende jaren zal leiden tot afnemende verpleegcapaciteit (mensen en middelen). Uiteindelijk is dat de enige manier om de zorgkosten werkelijk te laten dalen.



Oorzaken besparing lijken tijdelijk; fundamentele verandering blijft noodzakelijk

Productiviteit personeel stijgt weer, loonkosten stijgen beheerst

Personeelskosten zijn met 60% ruimschoots de grootste kostenpost voor ziekenhuizen. De ontwikkeling van deze post wordt bepaald door de arbeidsproductiviteit en de loonkosten.

In 2011 stijgen de behandelkosten voor personeel aanzienlijk minder dan in de afgelopen jaren. Werpen programma's om de personeelsinzet te optimaliseren hun eerste vruchten af? De arbeidsproductiviteit is in elk geval flink verbeterd. De loonkosten stegen beheerst. Maar in het cao-akkoord 2011-2014 is een verdere stijging van salarissen voorzien. Blijven de loonkosten dan ook beheersbaar?

Wij zien mogelijkheden om de stijging van de cao-lonen te compenseren door ICT-innovaties (beter) te benutten. De sector is hierin nog te terughoudend. Programma's om de zorgverlening slimmer te organiseren kunnen verder en intensiever doorgevoerd worden. Dat kan een belangrijke bijdrage aan betere inzet van personeel en, daarmee, verdere productiviteitswinst opleveren. De focus moet dan niet (alleen) liggen op de werkwijze op een enkele afdeling; aandacht voor inefficiëntie in samenwerking tussen verschillende afdelingen en teams is essentieel.

Arbeidsproductiviteit stijgt weer

In 2011 zet de stijging van de arbeidsproductiviteit verder door. Per fulltime equivalent (fte) medewerker werd 1,3% meer productie geleverd. Dat is een goede verbetering ten opzichte van de afgelopen jaren. >>

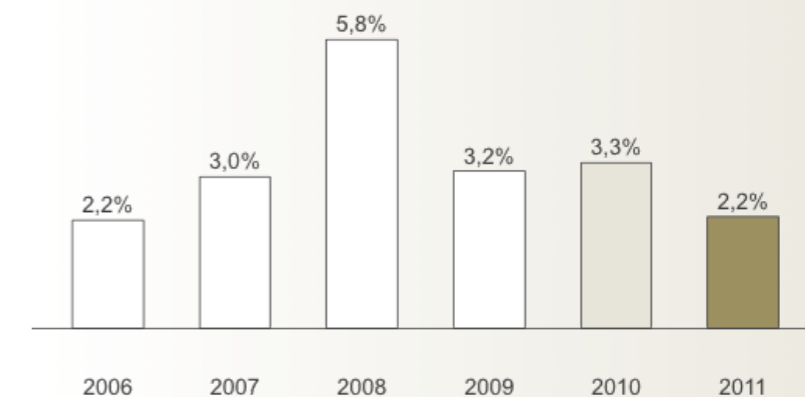
Verandering arbeidsproductiviteit patiënteenheden per FTE [% t.o.v. vorig jaar]



Loonkosten stijgen (nog) beheerst

De loonkosten per fte stijgen in 2011 met 2,2%. Dat is een zeer lage stijging vergeleken met voorgaande jaren. In 2008 was de stijging van de loonkosten zelfs nog 5,8%. >>

Verandering EUR per FTE personeelskosten [% t.o.v. vorig jaar]



Operationele prestaties

Arbeidsproductiviteit stijgt weer

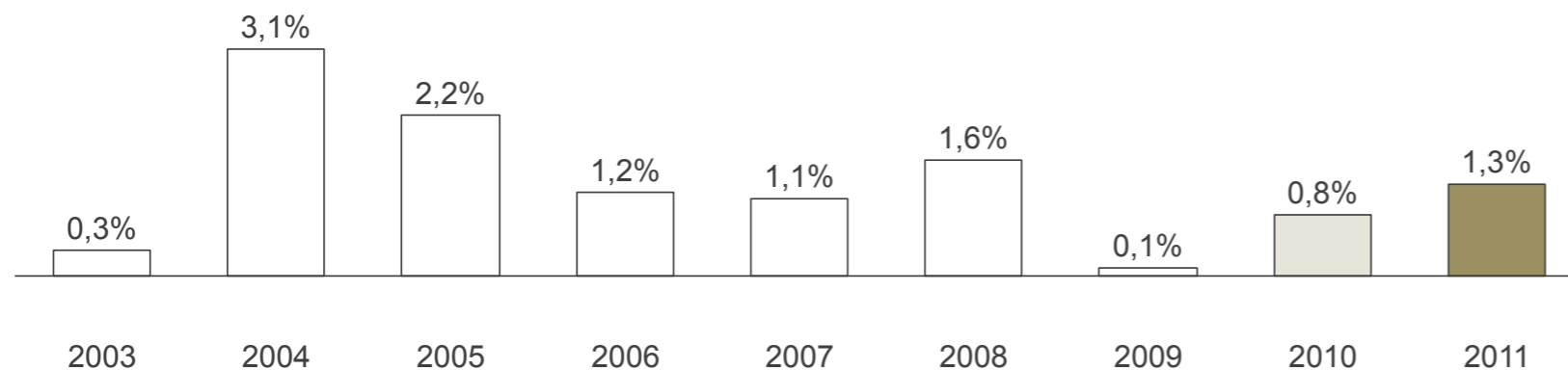
In 2011 zet de stijging van de arbeidsproductiviteit verder door. Per fulltime equivalent (fte) medewerker werd 1,3% meer productie geleverd. Dat is een goede verbetering ten opzichte van de afgelopen jaren.

De stijging in 2011 is precies gelijk aan de gemiddelde stijging van de arbeidsproductiviteit sinds 2002. In 2009 veranderde de arbeidsproductiviteit nauwelijks (0,1%). In 2010 was de stijging van de arbeidsproductiviteit slechts 0,8%.

Op basis van jaarverslagen is het niet mogelijk om de oorzaken van de stijging van de arbeidsproductiviteit verder te verklaren. Waarschijnlijke oorzaken zijn een lager ziekteverzuim en betere inzet van personeel.

Ziekenhuizen zijn druk doende met allerlei programma's om de personeelsinzet te optimaliseren. Wellicht zien we van deze programma's (zoals Lean, Kaizen en TOC) nu de resultaten. Een indicatie hiervoor is de versnelde daling van het aantal verpleegdagen bij klinische opnames (zie C1). Verpleegdagen vergen relatief veel arbeidsinzet ten opzichte van de opbrengstwaarde. Door versneld de gemiddelde ligduur te verkorten, stijgt de arbeidsproductiviteit.

Verandering arbeidsproductiviteit patiënteenheden per FTE
[% t.o.v. vorig jaar]



Operationele prestaties

Loonkosten stijgen (nog) beheerst

De loonkosten per fte stijgen in 2011 met 2,2%. Dat is een zeer lage stijging vergeleken met voorgaande jaren. In 2008 was de stijging van de loonkosten zelfs nog 5,8%.

De beheerste stijging van de personeelskosten in 2011 past bij het algemene beeld van het cao-akkoord ziekenhuizen 2011-2014. Daarin zijn de overeengekomen loonstijgingen voor 2011 beperkt.

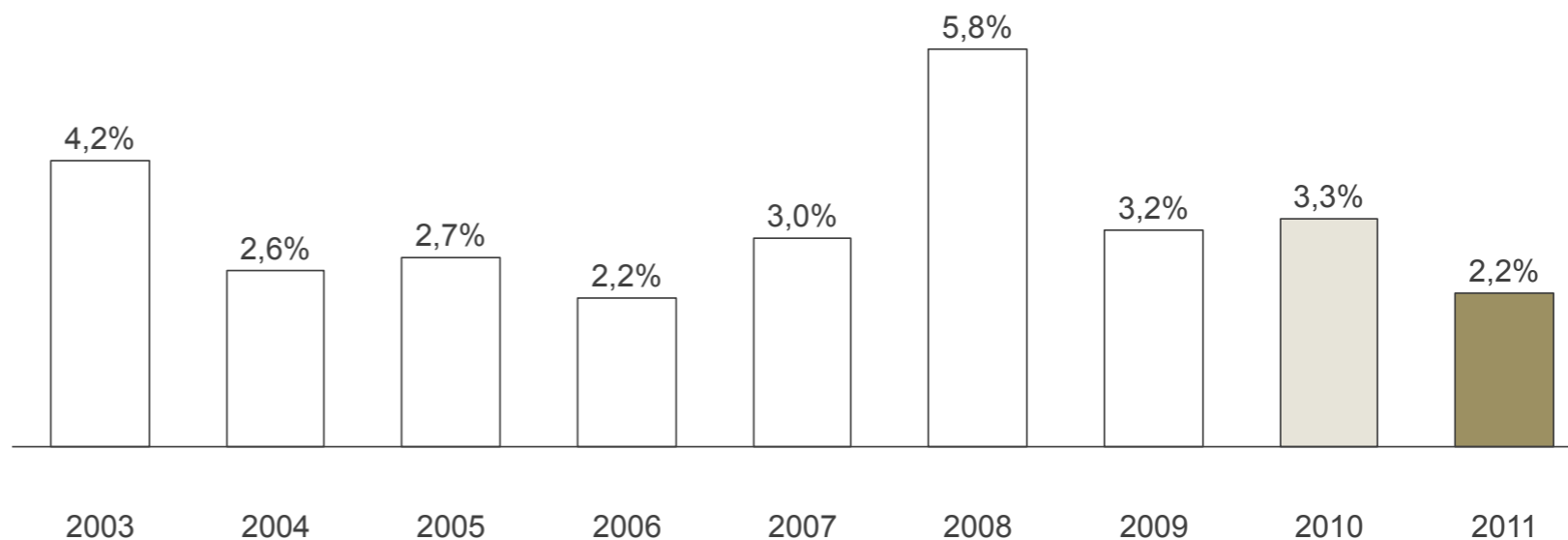
Het cao-akkoord geeft echter aanleiding tot alertheid in de nabije toekomst. Voor 2012 en 2013 zijn verdere verhogingen van zowel de salarissen als de eindejaarsuitkering voorzien (beiden stijgen elk jaar met 0,5%-punt). Het is daarmee de vraag of ziekenhuizen de beheerste stijging van de loonkosten in 2012 en 2013 kunnen handhaven.

Het grote aandeel loonkosten in de totale kosten van de ziekenhuizen is een belangrijk probleem. Loonkosten zullen normaal gesproken stijgen met het welvaartsniveau (koopkrachtbehoud). Realiseren van hogere productie per fte is ongetwijfeld nog wel mogelijk, maar de omvang hiervan is uiteindelijk beperkt. Dit betekent dat de kosten van ziekenhuiszorg, bij de huidige personeelsinzet, hoe dan ook steeds zullen meegroeien met de omvang van de economie. Daar komt nog bij dat door innovatie steeds meer behandelingen mogelijk worden en dat kosten van kapitaal en inkoop stijgen door

duurdere gebouwen, inventaris en medische gebruiksmiddelen.

Wij pleiten ervoor dat ziekenhuizen serieus op zoek gaan naar nieuwe mogelijkheden om het aandeel personeelskosten sterk te reduceren.

Verandering EUR per FTE personeelskosten
[% t.o.v. vorig jaar]



Dat kan bijvoorbeeld door arbeid te vervangen door kapitaal. Een digitaal systeem om alle polikliniekafspraken te plannen kan nu behoorlijk kostbaar zijn, maar op termijn dalen de kosten van licenties en apparatuur. De assistentes op de polikliniek zijn over 10 jaar minstens 20% duurder, puur door stijgende loonkosten. Het is hierbij zoeken naar het moment waarop ICT-innovaties voldoende zijn doorontwikkeld om daadwerkelijk een kostenverlaging in het proces te brengen. De ziekenhuizen lijken hierin erg conservatief. Hier en daar kunnen patiënten inmiddels zelf met hun identiteitskaart of paspoort een patiëntpas

aanmaken, of via Internet zelf een afspraak plannen. De verspreiding gaat echter nog langzaam.

Naast het vervangen van personeelskosten, zien wij ook nog steeds veel mogelijkheden om

overbodig personeel in ziekenhuizen te identificeren. In het bijzonder gaat veel tijd (en daarmee kwaliteit en kosten) verloren aan de interactie tussen verschillende afdelingen en teams. Denk aan de overdrachtsmomenten op verpleegafdelingen, het plannen van diagnostiekafspraken door polimedewerkers, et cetera. Werkwijzen en systemen die deze transacties eenvoudig, geprotocolleerd en transparant maken, verlagen de kosten en verhogen de kwaliteit. Er zijn fundamentele vernieuwers nodig om inspiratie op dit gebied te brengen in de ziekenhuiszorg.

Oorzaken besparing lijken tijdelijk; fundamentele verandering blijft noodzakelijk

Inkoopkosten blijven vrijwel gelijk

Van toiletpapier en melk tot implantaten voor heup en knie: ziekenhuizen kopen voor hun dienstverlening veel goederen en diensten in. De totale kosten hiervan lopen op tot ongeveer 30% van de totale kosten in de sector.

De inkoopkosten zijn de afgelopen twee jaar stabiel, waarschijnlijk vooral met dank aan de matige economische situatie, maar ook niet meer dan dat. Een structurele verlaging van de inkoopkosten zien we nog altijd niet. Bestaande inkoopcombinaties lijken niet succesvol.

Wij denken dat de sector moet inzetten op meer vernieuwende inkoopcombinaties. Denk bijvoorbeeld aan het gebundeld onderbrengen van de inkoop van bepaalde inkoopzaken bij de koepels. Echte vernieuwers moeten opstaan om fundamentele veranderingen te weeg te brengen.

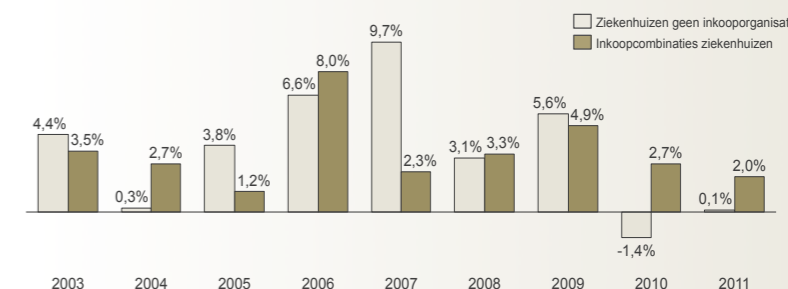
Inkoopcombinaties halen nog geen zichtbare resultaten

Per patiëteenheid zijn de kosten voor inkoop de afgelopen twee jaar vrijwel gelijk gebleven. Maar ambities die hoger liggen dan stabilisering van de inkoopkosten worden niet gehaald. >>

Meer kans op kostenverlaging algemene ziekenhuisinkoop via koepels

Misschien zijn de huidige inkoopcombinaties te voorzichtig. En misschien is samenwerking tussen een paar ziekenhuizen ook niet de beste methode om echte inkoopvoordelen te realiseren. Wij zien op het gebied van inkoop goede kansen voor de koepels. >>

Inkoopkosten per patiëteenheden voor Nederland en inkoopcombinaties
[% t.o.v. vorig jaar]



Kostenverlaging algemene ziekenhuisinkoop via koepels



Operationele prestaties

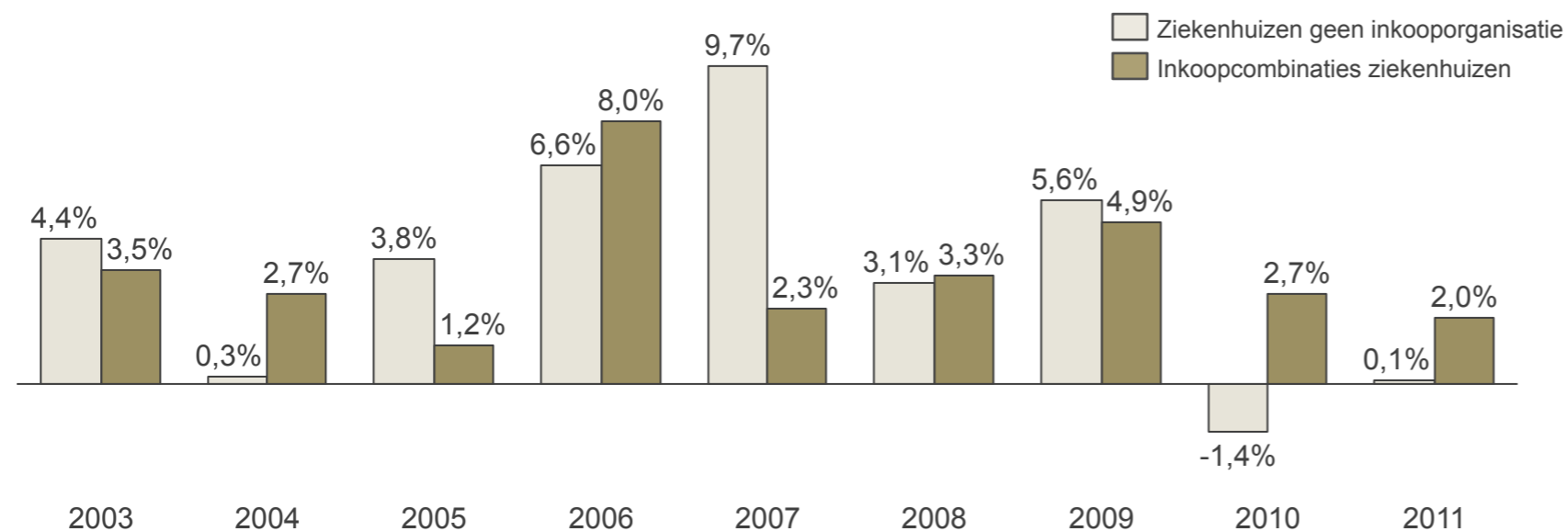
Inkoopcombinaties halen nog geen zichtbare resultaten

Per patiëteenheid zijn de kosten voor inkoop de afgelopen twee jaar vrijwel gelijk gebleven. Maar ambities die hoger liggen dan stabilisering van de inkoopkosten worden niet gehaald.

In 2010 daalden de kosten per eenheid licht. In 2011 stijgen de kosten per eenheid 0,6%; een zeer bescheiden stijging, ruim onder de inflatie.

Voor de betaalbaarheid van de ziekenhuiszorg is dat positief. Maar een structurele besparing op de inkoopkosten wordt nog altijd niet behaald. Diverse ziekenhuizen hebben wel inkoopcombinaties gevormd om door bundeling van volumes scherpere prijzen en leveringsvoorwaarden af te dwingen. De resultaten van deze inkoopcombinaties zijn nog niet duidelijk.

Inkoopkosten per patiëteenheden voor Nederland en inkoopcombinaties [% t.o.v. vorig jaar]



Verandering inkoopkosten per patiëteenheid [% t.o.v. vorig jaar]



Wij analyseerden de ontwikkeling van de behandelkosten voor inkoop van zeven inkoopcombinaties, met in totaal 28 deelnemende ziekenhuizen. Gemeten over de periode van 2002 tot en met 2011 is de stijging van de inkoopkosten bij deze

inkoopcombinaties vrijwel exact gelijk aan de stijging in de hele sector. Dat beeld blijft overeind voor vrijwel elk startjaar tot en met 2011. In de laatste twee jaren doet de sector als geheel het zelfs beter dan de ziekenhuizen die deelnemen aan een inkoopcombinatie.

Zijn de inkoopcombinaties tot nu toe niet voldoende succesvol geweest? Dan lijkt het erop dat wij net als bij arbeid op zoek moeten gaan naar echte vernieuwers op het gebied van inkoop.

Meer kans op kostenverlaging algemene ziekenhuisinkoop via koepels

Misschien zijn de huidige inkoopcombinaties te voorzichtig. En misschien is samenwerking tussen een paar ziekenhuizen ook niet de beste methode om echte inkoopvoordelen te realiseren. Wij zien op het gebied van inkoop goede kansen voor de koepels.

De typische deelnemers van inkoopcombinaties zijn relatief kleine ziekenhuizen. Grotere ziekenhuizen hebben geen interesse in deelname, omdat zij vaak al betere voorwaarden van leveranciers krijgen dan de inkoopcombinatie als geheel zal kunnen realiseren. Een ander probleem is dat het optimaliseren van de inkoop binnen een combinatie vaak zeer moeizaam verloopt, omdat volumes bundelen alleen mogelijk is als iedereen dezelfde goederen en diensten inkoop. Dat is vaak niet het geval en de bereidheid om te veranderen blijkt klein. Vooral op het gebied van medische implantaten en hulpmiddelen zijn specialisten, om hen moverende redenen, vaak niet bereid om over te stappen naar een ander type of andere leverancier.

Wij zien op het gebied van inkoop goede kansen voor de koepels. Koepels (NVZ Vereniging van Ziekenhuizen, NFU, STZ, et cetera) kunnen voor hun leden de inkoop overnemen van alle niet-medische goederen en diensten die niet of nauwelijks bijdragen

aan de concurrentiepositie van een ziekenhuis. Hieronder vallen bijvoorbeeld de NUTS-diensten.

Het maakt voor de kwaliteit van zorg of de aantrekkelijkheid van een ziekenhuis in de ogen van de patiënt niets uit welke leverancier de stroom regelt. Als de leveringszekerheid maar zo goed mogelijk is afgedicht. Voor de koepels zou dit een heel nieuwe taak zijn. Er ligt echter een goede kans op succes door voort te bouwen op de kennis bij aangesloten leden en zonodig externe expertise in te schakelen voor specifieke inkoopmarkten. Een paar koepels kunnen die expertise ongetwijfeld efficiënter inkopen dan 90 individuele ziekenhuizen.

Kostenverlaging algemene ziekenhuisinkoop via koepels



Oorzaken besparing lijken tijdelijk; fundamentele verandering blijft noodzakelijk

Kapitaallasten stijgen sterk

Afschrijvingen en rentelasten zijn slechts een klein deel van de totale kosten van de ziekenhuizen. In 2011 stijgen deze zogenaamde kapitaallasten opvallend sterk. Ziekenhuizen blijven investeren in vaste activa. Nieuwbouw stuwt de balanstotalen omhoog.

Bij gelijkblijvende rente zullen de kapitaallasten bijna altijd harder stijgen dan de productie. Inflatie drijft prijzen van nieuwbouw omhoog en de zorgverlening wordt steeds kapitaalintensiever. De laatste jaren laten niet altijd een stijging van de kapitaallasten per patiënteenschap zien, omdat een tijd lang de rente is gedaald. In 2011 blijkt dat een kleine stijging van de rente meteen kan leiden tot een forse kostenstijging.

Het vinden of krijgen van compensatie van de hogere kapitaallasten is een uitdaging voor ziekenhuizen. Zij doen er goed aan om de omvang van hun activa goed af te stemmen op langere termijn regionale plannen en ontwikkelingen. De kapitaallasten zijn op korte termijn moeilijk te beïnvloeden. Een lange termijn strategie die rekening houdt met de omvang en ontwikkeling van capaciteit in de regio, geeft de beste kans op een duurzaam concurrentievoordeel.

Kapitaallasten stijgen aanzienlijk harder dan productie

De kosten per patiënteenschap komen 6,4% hoger uit dan in 2010. Een dergelijke stijging hebben we de afgelopen jaren niet eerder gezien. >>

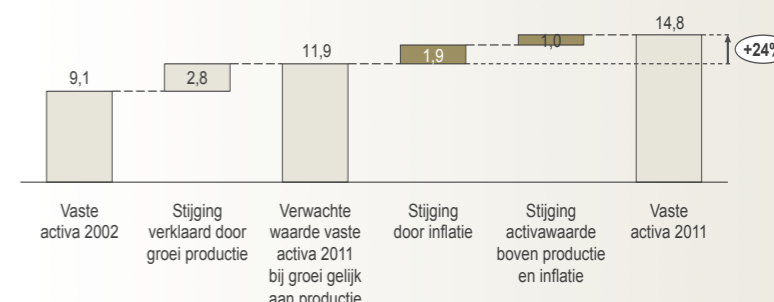
Verandering kapitaallasten per patiënteenschap [% t.o.v. vorig jaar]



Omvang vaste activa ten opzichte van productie 25% hoger dan in 2002

Ziekenhuizen blijven investeren in vaste activa. De groei hiervan ligt boven de groei van de totale productie. In verhouding tot de productie ligt de waarde van de vaste activa 24% (bijna EUR 3 miljard) hoger dan in 2002. >>

Waarde vaste activa ten opzichte van productie [EUR miljard]

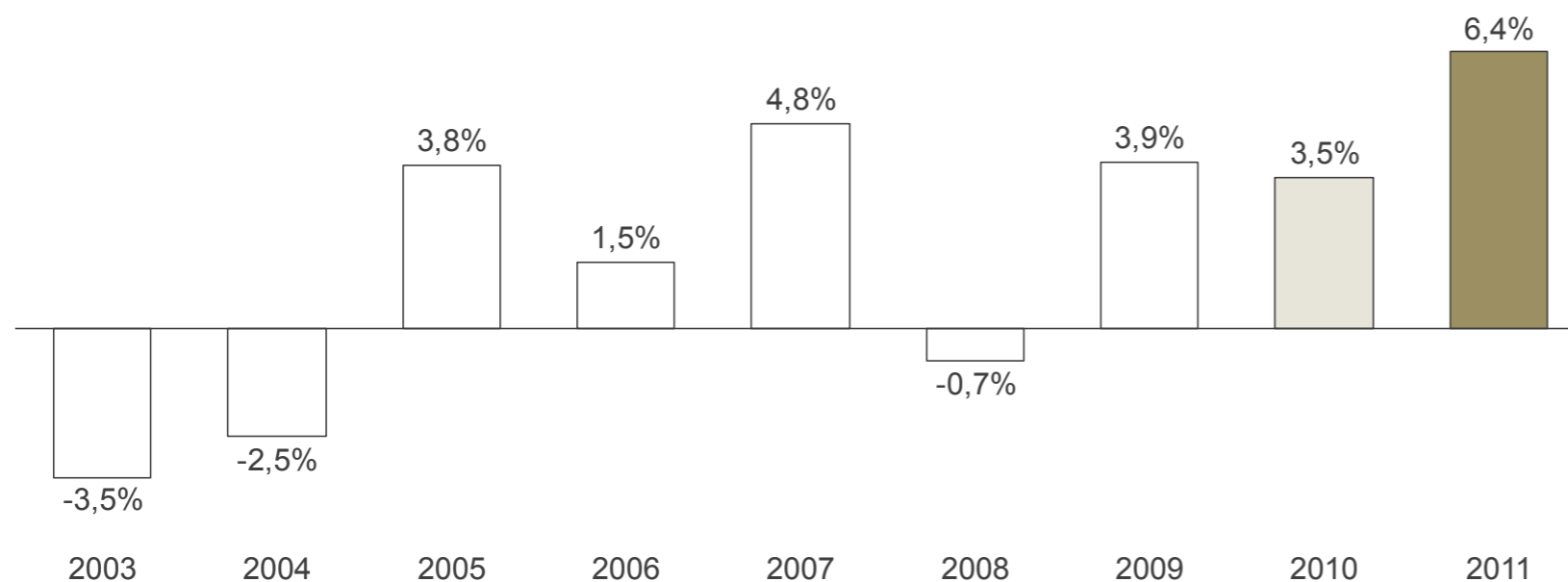


Operationele prestaties

Kapitaallasten stijgen aanzienlijk harder dan productie

De kosten per patiënteenheden komen 6,4% hoger uit dan in 2010. Een dergelijke stijging hebben we de afgelopen jaren niet eerder gezien.

Verandering kapitaallasten per patiënteenheden [% t.o.v. vorig jaar]



In het hoofdstuk financiële prestaties bespreken we enkele oorzaken voor deze stijging: de rentelasten stijgen en ziekenhuizen maken meer gebruik van relatief dure langlopende leningen bij banken.

Al zijn de kapitaallasten relatief klein, bestuurders van ziekenhuizen zullen zich realiseren dat de gegarandeerde vergoeding uit het verleden nu niet meer bestaat. Ziekenhuizen zijn risicodragend over de kapitaallasten en zullen dus mogelijkheden

moeten vinden om de totale kapitaallasten te beheersen, de kostenstijging elders te compenseren, of door te rekenen aan de patiënt via zijn/haar verzekeraar.

Geen van deze opties is eenvoudig. Interne kostenbeheersing blijkt al jaren een stevige

uitdaging. Zorgverzekeraars zijn er door het terugvorderen van de overfinanciering en het scherper onderhandelen over bevoorschotting mede voor verantwoordelijk dat de kapitaallasten stijgen. Zij zullen er voor waken om zelf voor deze kosten op te draaien in de vorm van hogere prijzen. Wij zien verder dat de zorgverzekeraars zeer actief zijn op de zorginfrastructuur. Vanuit regiovisies wordt meegedacht en meebepaald welk ziekenhuis voor welke functies hoeveel capaciteit mag neerzetten. Ziekenhuizen die op eigen houtje

aan het bouwen slaan, kunnen verwachten dat zij de zorgverzekeraars bij het contracteren tegenkomen. Het lijkt dan ook de beste weg om vanuit een gedragen beeld over de ontwikkeling van het eigen zorgaanbod en het zorgaanbod in de regio passende fysieke capaciteit te ontwikkelen.

Omvang vaste activa ten opzichte van productie 25% hoger dan in 2002

Ziekenhuizen blijven investeren in vaste activa. De groei hiervan ligt boven de groei van de totale productie. In verhouding tot de productie ligt de waarde van de vaste activa 24% (bijna EUR 3 miljard) hoger dan in 2002.

De waarde van de vaste activa steeg van EUR 9,1 miljard in 2002 naar EUR 14,8 miljard in 2011. Uitbreiding van de vaste activa om de productiestijging in deze periode te accommoderen, verklaart slechts de helft van deze waardegroei. Van de overige waardegroei kunnen wij tweederde verklaren door inflatie. De resterende 1 miljard waardegroei kan het resultaat zijn van uitbreiding van de capaciteit, inzet van duurdere vaste activa, of herwaardering van

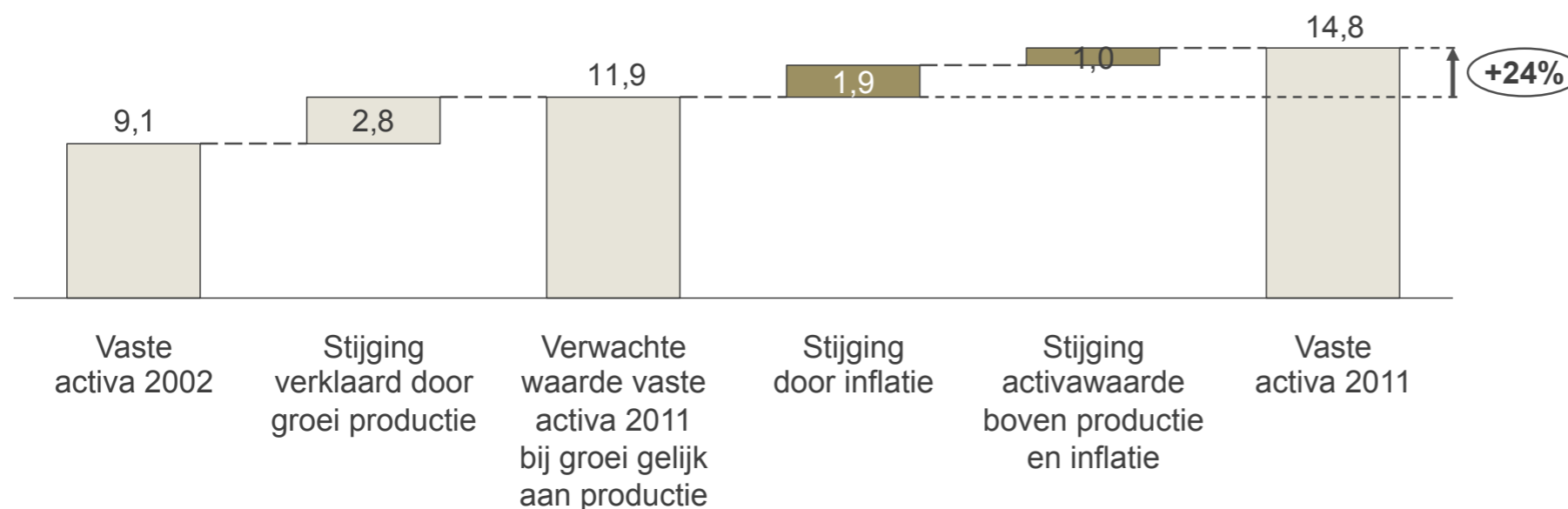
bestaande activa. Op basis van de jaarverslagen kunnen wij dit onderscheid niet maken.

Voor ziekenhuizen is relevant dat tegenover de stijgende activawaarde een stijging van de lopende leningen staat. De rente is de laatste jaren steeds gedaald (zie hierover ook onze studie van vorig jaar), maar heeft het dieptepunt waarschijnlijk twee jaar geleden bereikt. De stijgende waarde van de vaste activa zal vanaf nu dus een jaarlijks terugkerende uitdaging geven. Bij ongewijzigd beleid stijgen de kapitaallasten harder dan de productie. Als de rente weer gaat stijgen, ontstaat zelfs een zeer sterke kostenstijging. We bespraken het effect hiervan op de winstgevendheid van de sector al in het hoofdstuk over de financiële prestaties.

Ziekenhuizen zullen moeten zoeken naar mogelijkheden om de stijgende kapitaallasten in inkoopkosten of arbeidskosten te compenseren. Daarnaast moeten bestuurders het risico van oplopende kapitaallasten meenemen in de besluitvorming over nieuwe investeringen en bij het bepalen van de financieringsbehoefte.

Een slimme bestuurder is daarbij niet penny-wise en pound-foolish. Investeringen in een goed gebouw met doordachte logistiek zijn essentieel voor hoge arbeidsproductiviteit en hoge kwaliteit van zorg. Uiteindelijk moet voor de vaste activa toegevoegde waarde in het proces van leveren van zorg het doorslaggevende beslis criterium zijn.

Waarde vaste activa ten opzichte van productie
[EUR miljard]



Ziekenhuizen besparen EUR 200 miljoen in 2011

Het behandelen van patiënten kost ziekenhuizen geld. In 2011 is de stijging van die behandelkosten fors lager dan voorheen, zelfs lager dan de inflatie. Ziekenhuizen realiseren ten opzichte van de inflatie een besparing van 200 miljoen euro; een grote verandering ten opzichte van voorgaande jaren.

Wij vinden dit veelbelovend. Kennelijk zijn er in het huidige stelsel voldoende prikkels om deze productiviteitswinst te realiseren.

Tegelijkertijd zien we de hoogste winstgevendheid in de afgelopen jaren: de sector blijkt voldoende gemotiveerd om gezonde bedrijfsmatige resultaten te behalen. Het was immers in historisch perspectief geen schande geweest om de kosten iets op te laten lopen.

Dat de productiegroei in 2011 juist erg laag was kan een verborgen probleem zijn. De ervaring leert dat druk op het zorgbudget leidt tot wachtlijsten en beperkingen van innovatieve behandelingen. Op termijn leidt de groeiende zorgbehoefte tot een vollopend stuwmeer. Het is de uitdaging om de vraag zodanig te beheersen dat de druk achter de dam niet te hoog wordt.



Oorzaken besparing lijken tijdelijk; fundamentele verandering blijft noodzakelijk

Behandelkosten bestaan uit personeelskosten, inkoopkosten en kapitaallasten. De lage stijging van de behandelkosten is vooral het resultaat van zeer beheerste stijging van de personeelskosten en inkoopkosten die vrijwel gelijk blijven aan 2010. De kapitaallasten stijgen echter flink, vooral als gevolg van omvangrijke nieuwbouw en hogere rentevergoedingen.

De lage stijging van de personeelskosten is mooi. Maar vanuit de cao-afspraken rijst de vraag of deze post beheersbaar blijft. De stabiele inkoopkosten lijken vooral het gevolg van de kwakkelende economie. Bestaande inkoopcombinaties realiseren geen zichtbaar beter resultaat.

Wij pleiten voor fundamentele veranderingen. Zet in op structurele verbetering van de arbeidsproductiviteit. Vervang arbeid door kapitaalgoederen: de mogelijkheden van ICT zijn in de zorg nog steeds onderbenut. Beperk de inkoopkosten door niet-onderscheidende inkoop te bundelen op het niveau van ziekenhuiskoepels.



Steeds korter in het ziekenhuis, maar het aantal bedden blijft stabiel

De eerste ziekenhuizen waren vooral verpleegafdelingen. Patiënten kregen bedrust, aderlating en goede zorg van de zuster. Chirurgische ingrepen waren grof en groot. Herstel duurde lang. Inmiddels is de verpleegafdeling nog altijd een groot en kostbaar deel van het ziekenhuis, maar in de polikliniek en het dagbehandelcentrum is het ook erg druk.

De gemiddelde ligduur nam de afgelopen jaren snel af. Verpleegafdelingen krompen echter nauwelijks. Forse stijging van de kans op een opname compenseert de kortere ligduur. Waarschijnlijk zien we hier zowel het effect van toenemende behandelmogelijkheden als van de keuze om beschikbare capaciteit zoveel mogelijk te vullen.

Zorgverzekeraars hebben de taak om tegen te sturen op onnodige verhoging van de behandelkans. Wij verwachten dat het debat hierover in combinatie met de verder dalende ligduur de komende jaren zal leiden tot afnemende verpleegcapaciteit (mensen en middelen). Uiteindelijk is dat de enige manier om de zorgkosten werkelijk te laten dalen.



Steeds korter in het ziekenhuis, maar het aantal bedden blijft stabiel

Ligduurverkorting versnelt, tegenstrijdige incentives in nieuwe DOT-structuur

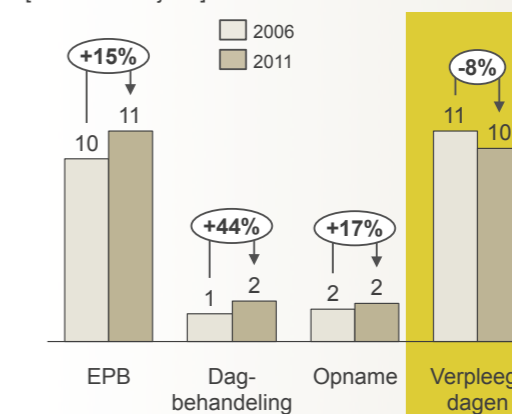
De gemiddelde ligduur daalt in 2011 met 5,5%, een versnelling ten opzichte van de voorgaande jaren. Dat is een mooie ontwikkeling, die we ook graag terug zouden zien in de verkoopprijs van de bijbehorende DBC-producten.

Vanaf 2012 hebben de verzekeraars die met de ziekenhuizen over volumes en prijzen moeten onderhandelen, in ieder geval een reden om op de ligduur te letten. In de nieuwe DOT-productstructuur is de ligduur mede bepalend voor het soort product en de daarbij behorende prijs. Het product en de prijs passen daardoor beter bij de werkelijk geleverde zorg, maar er ontstaat een risico dat patiënten langer dan nodig in het ziekenhuis blijven, om een hogere opbrengst te realiseren.

Ligduur daalt in 2011 nog sneller dan afgelopen jaren

Sinds 2006 is het aantal verpleegdagen gedaald met bijna 10%. De verblijfsduur in het ziekenhuis is spectaculair gedaald. In 2011 zelfs met bijna 5,5%;. Deze versnelling van de ligduurverkorting is opvallend, omdat de ligduur al jaren daalt. >>

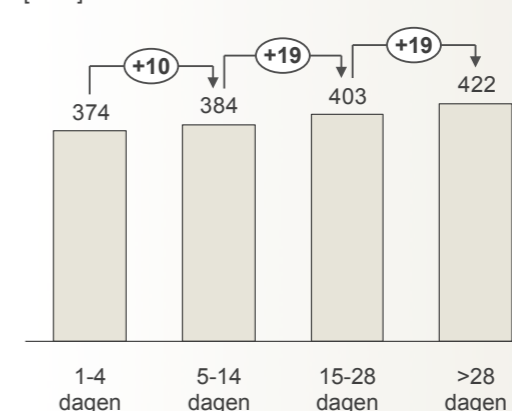
Ontwikkeling productie 2006-2011
[Aantallen miljoen]



DOT-productstructuur geeft soms incentive om ligduur te verlengen

In 2012 start de sector met een nieuwe productstructuur: DOT. De DBC-zorgproducten die dan worden gebruikt, wijken af van de eerdere DBC's. Naarmate het verblijf langer duurt, wordt het bijbehorend honorariumtarief voor de behandelend specialist hoger. >>

Honorarium tarief poort specialisme COPD
[EUR]

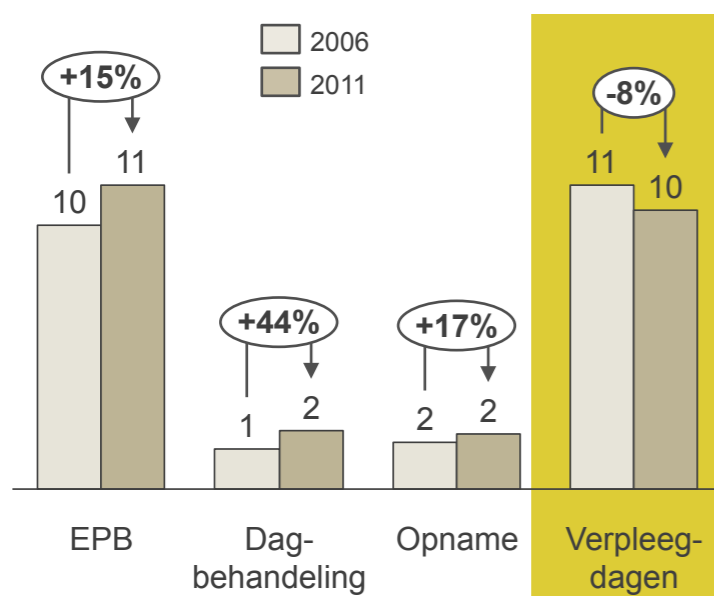


Ligduur daalt in 2011 nog sneller dan afgelopen jaren

Sinds 2006 is het aantal verpleegdagen gedaald met bijna 10%. De verblijfsduur in het ziekenhuis is spectaculair gedaald. In 2011 zelfs met bijna 5,5%. Deze versnelling van de ligduurverkorting is opvallend, omdat de ligduur al jaren daalt.

Ontwikkeling productie 2006-2011

[Aantallen miljoen]



De daling van de ligduur in 2011 is aanzienlijk sneller dan de ruim 4% ligduurverkorting die in de voorgaande jaren werd gerealiseerd.

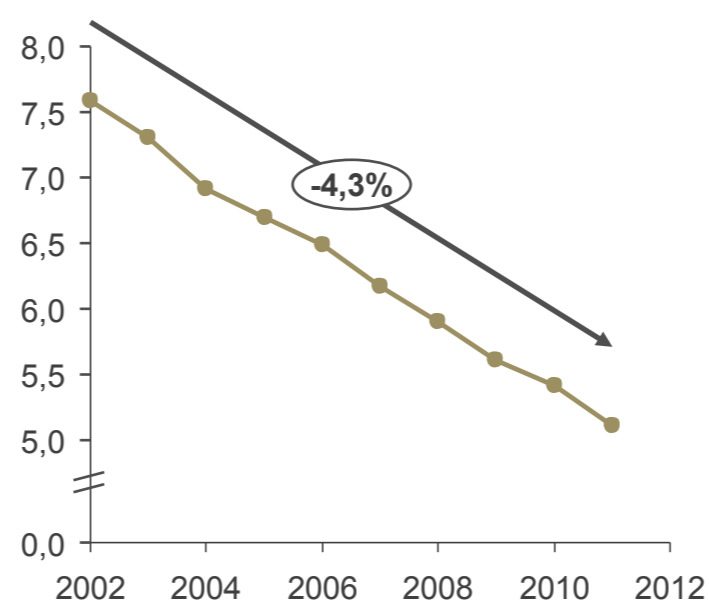
Mogelijk is de aankomende sterke uitbreiding van prestatiebekostiging in 2012 voor ziekenhuizen aanleiding geweest om nog actiever te sturen op mogelijkheden om patiënten sneller naar huis te laten gaan. In het B-segment ontvangen de ziekenhuizen een integraal tarief voor de volledige behandeling

van een patiënt. Elke extra ligdag kost dan geld, zonder dat hier extra opbrengsten tegenover staan. Dit is nieuw ten opzichte van het oude budgetsysteem. Daarin kregen de ziekenhuizen per verpleegdag een vergoeding. Die was vaak niet dekkend voor de kosten, maar nu is die vergoeding dus geheel vervallen.

in betere conditie te krijgen, zodat het herstel sneller verloopt. Op het gebied van ligduurverkorting lijkt de integrale financiering dus haar vruchten af te werpen. Het systeem van onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen moet er voor zorgen dat deze operationele winst op termijn ook in daling van de prijs van klinische zorgproducten terugkomt.

Gemiddelde ligduur Nederlandse ziekenhuizen

[dagen, gemiddeld cumulatieve jaarlijkse verandering]



De prestatiebekostiging met integrale tarieven stimuleert medische en operationele innovaties die bijdragen aan de verkorting van de ligduur. De financiering geeft een incentive aan minimaal invasieve operatiemethoden en zorgt ervoor dat ziekenhuizen betere overdracht aan thuiszorg en verpleeg- en verzorgingshuizen organiseren. Daarnaast geven ziekenhuizen patiënten voor een ingreep betere voorlichting en wordt zelfs geprobeerd om de patiënt vooraf

Operationele prestaties

DOT-productstructuur geeft soms incentive om ligduur te verlengen

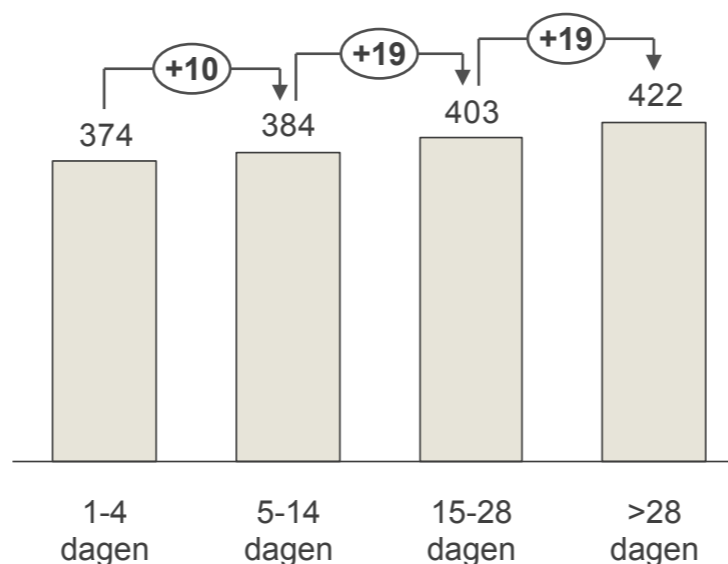
In 2012 start de sector met een nieuwe productstructuur: DOT. De DBC-zorgproducten die dan worden gebruikt, wijken af van de eerdere DBC's. Naarmate het verblijf langer duurt, wordt het bijbehorend honorariumtarief voor de behandelend specialist hoger.

Tot en met 2012 was de gewenste ontwikkeling van de ligduur evident. Zo kort mogelijk was het devies. Een kort verblijf is prettiger voor de patiënt, scheelt het ziekenhuis in kosten voor onder meer maaltijden, beddengoed en verpleging en scheelt de arts bezoektijd op de afdeling. In het B-segment ontvingen de ziekenhuizen een integraal tarief, ongeacht de ligduur. Een kort verblijf levert dus maximale winst. In het A-segment was er wel een budgetvergoeding voor een ligdag, maar die vergoeding was niet dekkend. In beide segmenten was een kortere ligduur dus interessant, als dat ook medisch verantwoord was.

De DBC-zorgproducten die vanaf 2012 onder het nieuwe DOT-regime worden gebruikt, wijken af van de eerdere DBC's. Om beter aan te sluiten bij de werkelijk geleverde zorg, wordt bij veel DBC's met klinisch verblijf onderscheid gemaakt naar het aantal ligdagen. Zo bestaan voor een opname bij de aandoening COPD vier klinische producten: 1-4 dagen, 5-14 dagen, 15-28 dagen en >28 dagen. Naarmate

het verblijf langer duurt, wordt het bijbehorend honorariumtarief voor de behandelend specialist hoger.

Honorarium tarief poort specialisme COPD [EUR]



Hoewel de extra opbrengsten veelal niet heel hoog zijn, geeft dit mogelijk een perverse prikkel om patiënten die al vier dagen in bed liggen nog net een dag extra in het ziekenhuis te houden. De vergoeding die het ziekenhuis krijgt voor alle behandelingen in het (sterk uitgebreide) B-segment is het resultaat van onderhandelingen met de zorgverzekeraars.

De zorgverzekeraars moeten er in hun inkoopstrategie rekening mee houden dat de perverse prikkels zoveel mogelijk beperkt blijven. Een mogelijkheid hiervoor is om het tarief voor alle klinische behandelvarianten gelijk te trekken, op basis van de verwachte gemiddelde ligduur van alle patiënten met deze aandoening.

Verzekeraars hebben daarbij wel een hinderlijke informatieachterstand. Ziekenhuizen kennen precies het behandelprofiel per patiënt; zorgverzekeraars kennen alleen het uiteindelijke product. Voordat zij voldoende zicht hebben op de gerealiseerde DBC-zorgproducten onder DOT, zijn we zeker twee jaar verder.

Steeds korter in het ziekenhuis, maar het aantal bedden blijft stabiel

Steeds meer kans op een (dag)opname

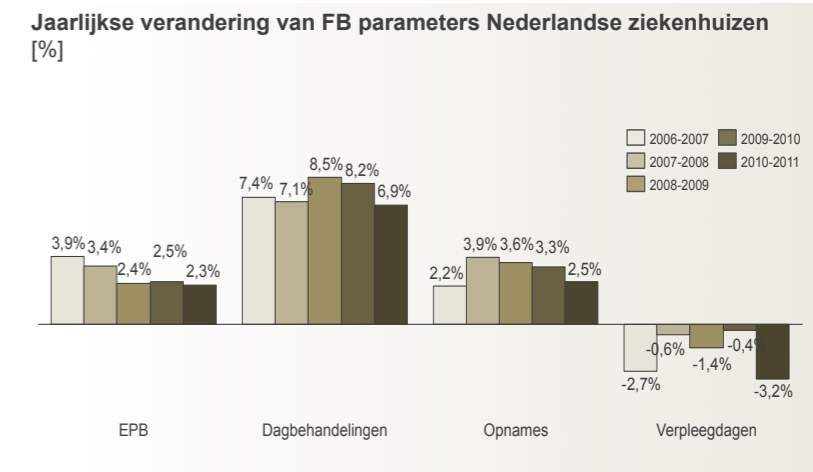
Het aantal mensen dat in het ziekenhuis komt, stijgt. Bovendien stijgt de kans dat een ziekenhuisbezoek leidt tot een (dag)opname. De groeiende kans op een (dag-)opname in het behandeltraject kan verschillende oorzaken hebben:

- Veranderende zorgvraag in een vergrijzende bevolking
- Meer behandelmogelijkheden door innovatie;
- Drempelverlaging voor behandeling, bijvoorbeeld door minimaal invasief werken;
- Vullen bedcapaciteit die door ligduurverkorting beschikbaar komt.

Op basis van de jaarverslagen kunnen wij niet bepalen wat de exacte oorzaken van de sterke groei in opnames en dagbehandelingen is. Wel weten we dat de behandelvariatie tussen ziekenhuizen groot is. Er is meer dan medisch bewijs dat bepaalt of een patiënt wordt opgenomen. Wij zien een taak voor verzekeraars om productieafspraken ook te vertalen naar afspraken over de fysieke capaciteit van het ziekenhuis. Daarnaast dienen ziekenhuizen de bedcapaciteit en de verdeling over specialismen niet te baseren op historische cijfers, maar op de huidige en toekomstige vraag.

Lagere groei, maar consistente verandering van de behandelmix

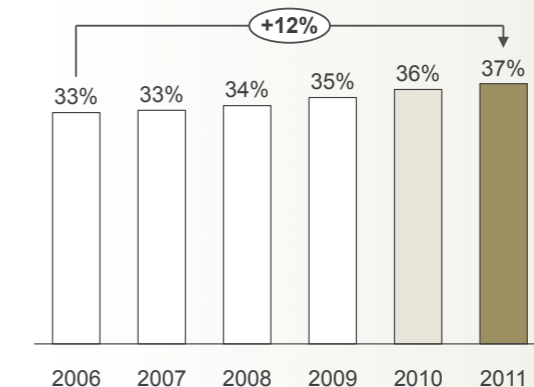
De productiestijging is op alle parameters lager dan in de afgelopen jaren. Tegelijkertijd is de verandering van de behandelmix consistent met andere jaren. >>



Patiënt wordt steeds vaker opgenomen

Wie in 2006 een ziekenhuis bezocht, had een kans van een op drie om opgenomen te worden voor een dagbehandeling of een meerdaagse opname. Daarna is die (dag-)opnamekans elk jaar ongeveer een procentpunt gestegen, in totaal in vijf jaar met 12%, tot bijna 40% kans in 2011. >>

Aantal dagbehandelingen en opnames per EPB [Dagbehandeling & opname t.o.v. EPB]



Operationele prestaties

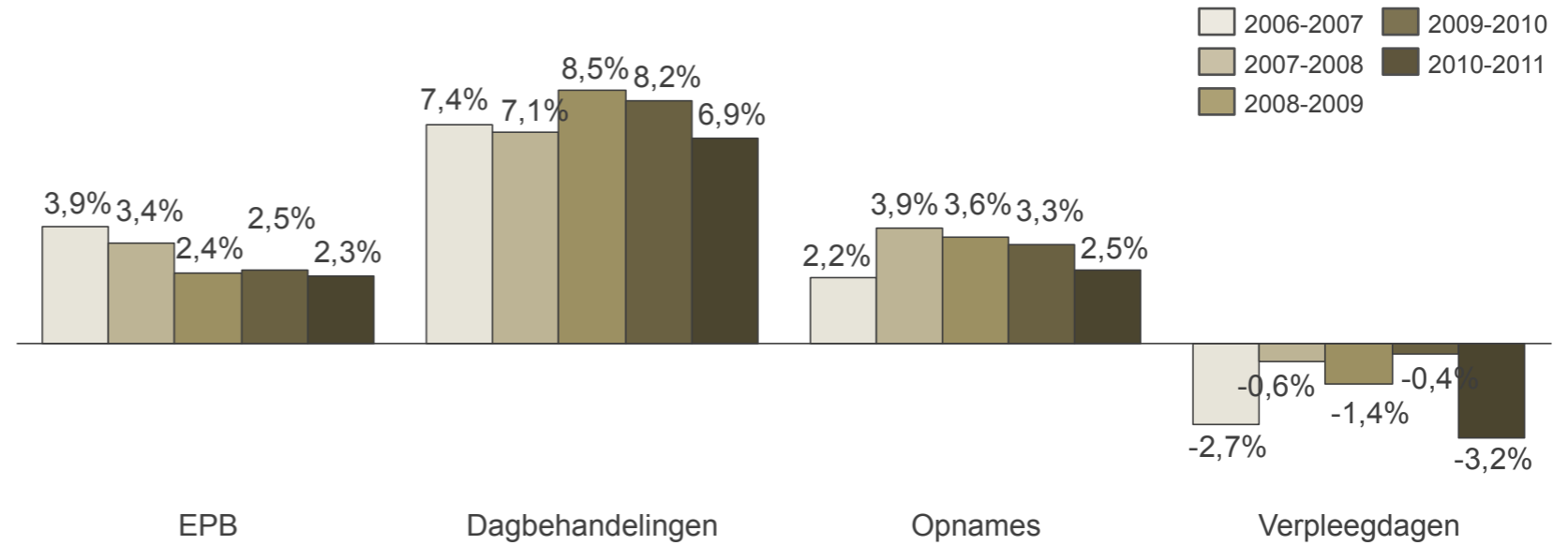
Lagere groei, maar consistente verandering van de behandelmix

De productiestijging is op alle parameters lager dan in de afgelopen jaren. Tegelijkertijd is de verandering van de behandelmix consistent met andere jaren.

De groei van de EPB's ligt met 2,2% op het laagste niveau in de afgelopen vijf jaren. Dat geldt ook voor de groei van de dagbehandelingen. Het aantal opnames stijgt met 2,5% nog net wat harder dan in 2007, maar de groei is wel aanzienlijk lager dan de jaren 2008-2010. Het aantal verpleegdagen krimpt met 3,2% veel sterker dan de afgelopen jaren.

De totale productiegroei mag dan lager zijn, de verandering in de productmix is duidelijk consistent met andere jaren. De productie blijft groeien en de mix ontwikkelt naar meer en korter klinisch verblijf. Dit komt volledig overeen met het beeld van de afgelopen jaren.

Jaarlijkse verandering van FB parameters Nederlandse ziekenhuizen [%]



Patiënt wordt steeds vaker opgenomen

Wie in 2006 een ziekenhuis bezocht, had een kans van een op drie om opgenomen te worden voor een dagbehandeling of een meerdaagse opname. Daarna is die (dag-)opnamekans elk jaar ongeveer een procentpunt gestegen, in totaal in vijf jaar met 12%, tot bijna 40% kans in 2011.

Met de sterke verkorting van de ligduur zou je verwachten regelmatig in de krant te lezen dat een ziekenhuis trots kan melden wederom een verpleegafdeling te sluiten. Toch is dat niet het geval. Het aantal bedden is in het eerste decennium van de 21ste eeuw gelijk gebleven. Bedden die vrijkomen door ligduurverkorting worden gevuld doordat patiënten steeds vaker worden opgenomen. Per saldo blijft de bedbenutting ongeveer gelijk.

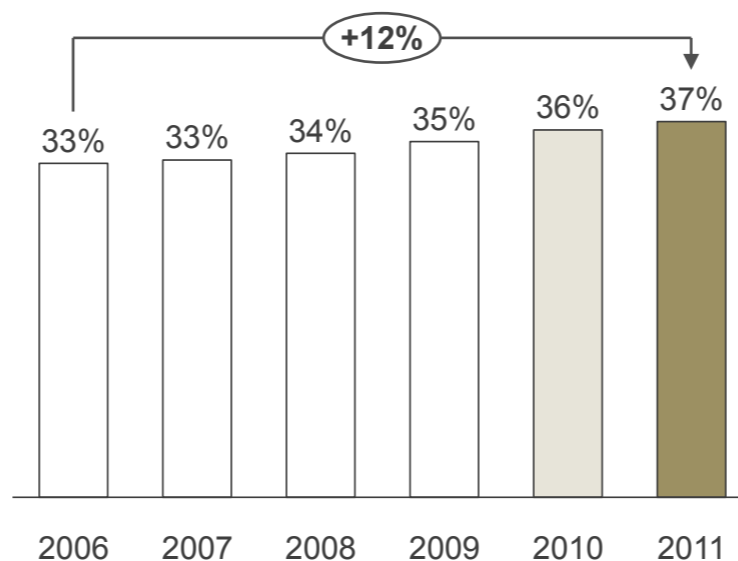
De groeiende kans op een (dag-)opname in het behandeltraject kan verschillende oorzaken hebben. In een vergrijzende bevolking groeit de vraag naar behandeling van aandoeningen waarbij een opname nodig is. Bovendien wordt door innovatie bij steeds meer aandoeningen behandeling mogelijk, waarbij een opname soms noodzakelijk is. Daarnaast slagen artsen er steeds vaker in om de drempel om tot behandeling over te gaan te verlagen, bijvoorbeeld door minimaal invasief te werken. Door de lagere drempel neemt het aantal behandelingen en bijbehorende opnames toe.

Medische oorzaken geven niet de enige mogelijke verklaringen. De omvang van het beddenhuis geeft status en is vaak ook van belang bij het bepalen van de hoeveelheid OK-capaciteit. Voor afdelingen en specialisten is het opgeven van een verpleegbed verlies van werkgelegenheid, verdien capaciteit en prestige.

Ziekenhuizen hebben dus redenen om capaciteit te behouden, ook al neemt de behoefte aan bedden af door ligduurverkorting. Voor specialisten kan beschikbaarheid van capaciteit invloed hebben op de afweging om een patiënt wel of niet ter observatie op te nemen, of te behandelen. Opname van een patiënt is makkelijker als er toch al een bed vrij is. Het behoud van capaciteit werkt drempelverlagend voor het gebruik van die

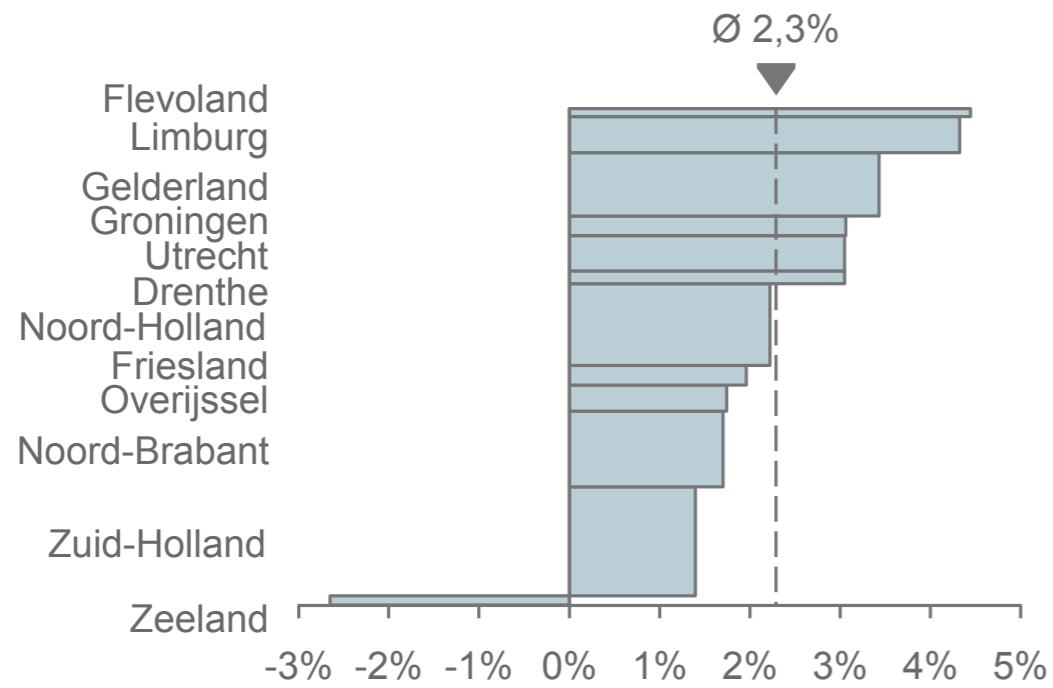
capaciteit. Tot slot kan de opnamekans toenemen op grond van financiële overwegingen van ziekenhuizen of artsen. Een onbezet bed levert immers geen omzet op.

Aantal dagbehandelingen en opnames per EPB
[Dagbehandeling & opname t.o.v. EPB]



Marktprestaties

In dit hoofdstuk analyseren wij de ontwikkelingen op het gebied van markt volumes en deelmarkten van de Nederlandse ziekenhuizen



groei eerste polikliniekbezoeken

Transparantie noodzakelijk voor rechtvaardiging grote verschillen op microniveau

De markt voor ziekenhuiszorg groeit met een stabiel, relatief laag tempo. Onder dit macrobeeld liggen grote verschillen tussen regio's en typen ziekenhuizen. Relevante verschillen. Het hoofdlijnenakkoord gaat uit van 2,5% groei in de komende jaren. Als de sector toch harder groeit, dreigt de minister in te grijpen. Tot nu toe ging dat altijd in de vorm van een generieke korting op de budgetten. Dat zou ziekenhuizen die hun verantwoordelijkheid nemen en de groei beheersen dubbel benadelen. Tegelijkertijd kunnen bevolkingstoename, vergrijzing en mogelijk zelfs onderbehandeling (hogere) groei rechtvaardigen. En een stabiele ziekenhuismarkt is eigenlijk geen goede prestatie in een gebied waarin juist sprake is van krimpende bevolking, of van overbehandeling.

Ziekenhuizen die menen dat zij een verantwoorde prestatie leveren, moeten die kunnen toelichten. Transparantie vinden wij een voorwaarde om je als ziekenhuis tot de 'good guys' te rekenen. Als die transparantie er niet komt, lijkt toepassing van een 'botte' korting terecht. Zijn voldoende ziekenhuizen wel transparant, dan geeft dit de kans om het instrument gericht in te zetten.



Het B-segment bewijst zich in 2011

In 2012 zal naar verwachting 70% van de ziekenhuiszorg in het B-segment vallen: de grootste uitbreiding tot nu toe. Het lijkt bijna of het B-segment in 2011 wil bewijzen dat deze uitbreiding terecht is. De prestaties zijn voorbeeldig. Opvallend is vooral dat de omzetgroei in het B-segment aanzienlijk lager is dan de omzetgroei die enkele jaren geleden nog in het A-segment werd gerealiseerd. Bovendien is in 2011 de omzetgroei in het B-segment gelijk aan de omzetgroei van het A-segment.

De uitbreiding van het B-segment lijkt een goede kans om te komen tot betere afstemming van vraag en aanbod. Het B-segment valt ook onder het hoofdlijnenakkoord. Het gaat dus om verdeling van de groeiruimte en niet om vergroten van de groei. Wij zien dat ziekenhuizen en verzekeraars het nog lastig vinden om de onderhandelingen ook echt op het niveau van aandoeningen en behandelingen te voeren. De nadruk ligt nu vooral op de totale omzet: een voorzetting van de lijn van de oude onderhandelingen over het A-segment. De uitdaging is het te gaan hebben over de echte inhoud: welke zorg zou geleverd moeten worden en tegen welke prijs?



Marktgroei stabiliseert in Nederland

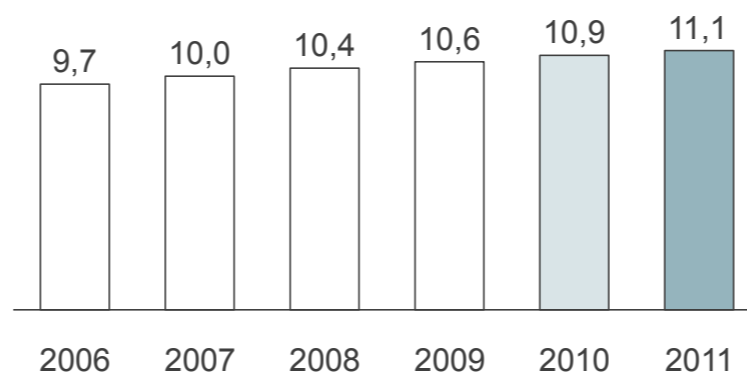
De marktgroei stabiliseert. Voor het derde jaar op rij groeit het aantal nieuwe patiënten dat zich bij een medisch specialist meldt in ongeveer hetzelfde tempo. Er zijn grote verschillen tussen de provincies.

Het totaal aantal Eerste Polikliniek Bezoeken (EPB's) steeg in 2011 tot 11,1 miljoen. Voor het derde jaar op rij betekent dat een groei van bijna 2,5% op jaarbasis. De groei van de markt lijkt dus te stabiliseren op een relatief laag niveau. In 2007 groeide de markt nog met 3,9%.

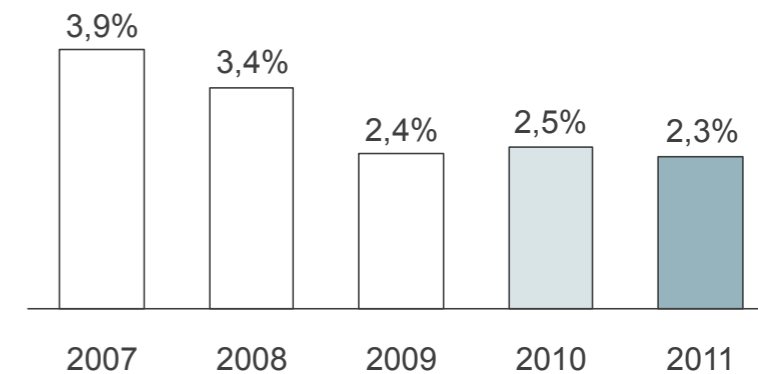
De EPB's zijn een telling van unieke mensen per specialisme per jaar. Groei van de markt kan worden veroorzaakt door een groei van het aantal unieke patiënten (meer mensen melden zich bij het ziekenhuis) en/of door een stijging van het aantal specialismen dat per patiënt wordt bezocht. In de analyse op basis van jaarverslagen kunnen we geen onderscheid maken tussen unieke patiënten en patiënten die meer dan een specialisme bezoeken. Dit onderscheid is wel relevant voor vervolgonderzoek, vooral in combinatie met onze constatering in het hoofdstuk operationele prestaties dat de kans op een opname sterk is gegroeid. De combinatie van marktgroei doordat dezelfde patiënten bij meer specialismen in behandeling zijn met een stijging van de opnamekansen, zou betekenen dat de hoeveelheid zorg per unieke patiënt

sterk stijgt. Als dit het geval is, moet de sector inzichtelijk maken wat hiervan de achterliggende oorzaken zijn. Wij kunnen ons voorstellen dat er ook voor de financiering van zorg gevolgen zijn. Een patiënt met een zorgvraag is mogelijk een beter aanknopingspunt voor financiering dan een medisch specialistisch bedrijf met productaanbod per specialisme en per ziekenhuis.

Eerste polikliniekbezoeken Nederland
[# in mln; 2006-2011]



Groei eerste polikliniekbezoeken Nederland
[%]



Sterke verschillen tussen provincies en tussen vergelijkingsgroepen

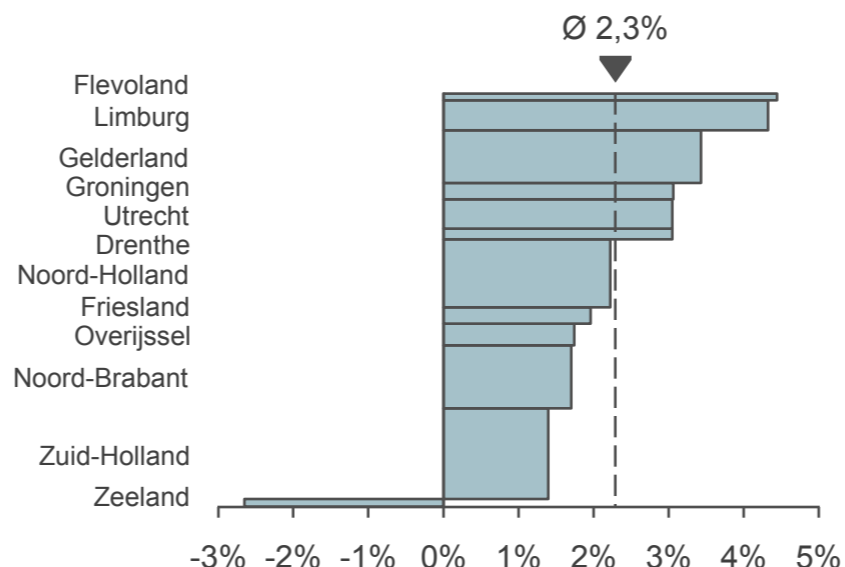
De gemiddelde EPB-groei in Nederland is geen goede weergave van de onderliggende marktdynamiek. De marktgroei in Flevoland en Limburg ligt boven 4%; in Zeeland krimpt de productie bijna 3%. De marktgroei voor UMC's is nihil; voor kleine ziekenhuizen ruim 4%.

Grote verschillen tussen provincies

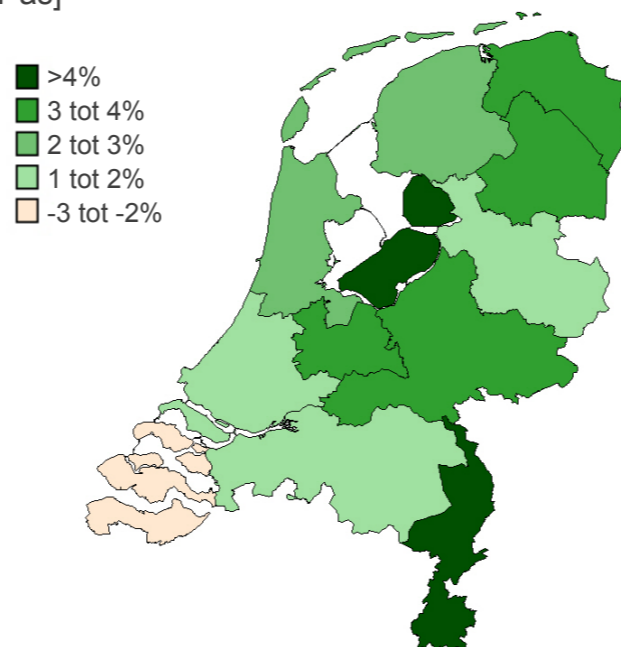
De marktdynamiek verschilt tussen provincies. De ziekenhuizen in Flevoland en Limburg zien het aantal EPB's met ruim 4% groeien in 2011. Binnen Nederland zijn dit, gemeten naar productie, relatief kleine regio's. Opvallend is dat ook de ziekenhuizen in Gelderland met ruim 3% duidelijk harder groeien dan het landelijk gemiddelde. De grote ziekenhuismarkt in Zuid-Holland laat met krap 1,5% juist een zeer gematigde marktgroei zien.

Oorzaken van de marktgroei in verschillende provincies kunnen bestaan uit groei van de bevolking, een toenemende zorgvraag in de bevolking door demografie, of veranderingen in de omvang of het soort aangeboden zorg. Kwaliteit en betaalbaarheid zijn op dit moment de belangrijkste vragen in de ziekenhuiszorg. Voor deze discussie zou het goed zijn als er meer inzicht komt in de onderliggende oorzaken van de marktgroei. Groei kan dan meer in een inhoudelijk perspectief worden geplaatst en op zijn kosten of juist baten worden beoordeeld. Ziekenhuizen die een

Groei eerste polikliniekbezoeken per provincie o.b.v. vestigingslocatie ziekenhuizen [% groei 2010-2011; productieomvang EPB's op Y-as]



Groei eerste polikliniekbezoeken per provincie o.b.v. vestigingslocatie ziekenhuizen [% groei 2010-2011; productieomvang EPB's op Y-as]



werkelijk 'maatschappelijk' verantwoordingsdocument willen opstellen, kunnen overwegen om transparanter te zijn over de oorzaken van marktgroei. Op dit moment rapporteren ziekenhuizen vooral groeidoelstellingen als onderdeel van hun inspanningen om financieel gezond te blijven. Inmiddels moet duidelijk zijn dat ongebreidelde groei van de ziekenhuiszorg op lange termijn leidt tot onbetaalbaarheid van de gezondheidszorg. Wij zien nog weinig ziekenhuisstichtingen in hun jaarverslaggeving expliciet (mede)verantwoordelijkheid nemen voor het oplossen van deze problematiek. Een dergelijke rol zien wij vooral voor de Raden van Toezicht.

Grote verschillen in marktontwikkeling tussen UMC's en kleine ziekenhuizen

De kleine en middelgrote ziekenhuizen winnen marktaandeel in 2011. Zowel bij de kleine ziekenhuizen in concurrerend, stedelijk gebied, als bij de kleine streekziekenhuizen groeit de EPB-productie met meer dan 4%. Dat is ruim boven het landelijk gemiddelde van 2,3%. De middelgrote streekziekenhuizen zien hun EPB-productie met meer dan 3% groeien.

De universitaire centra verloren marktaandeel in Nederland. Terwijl de markt groeide, bleef productie van EPB's bij de academische ziekenhuizen vrijwel constant. Een belangrijke oorzaak hiervan is de sterke daling van de poliklinische productie bij het Erasmus MC. De

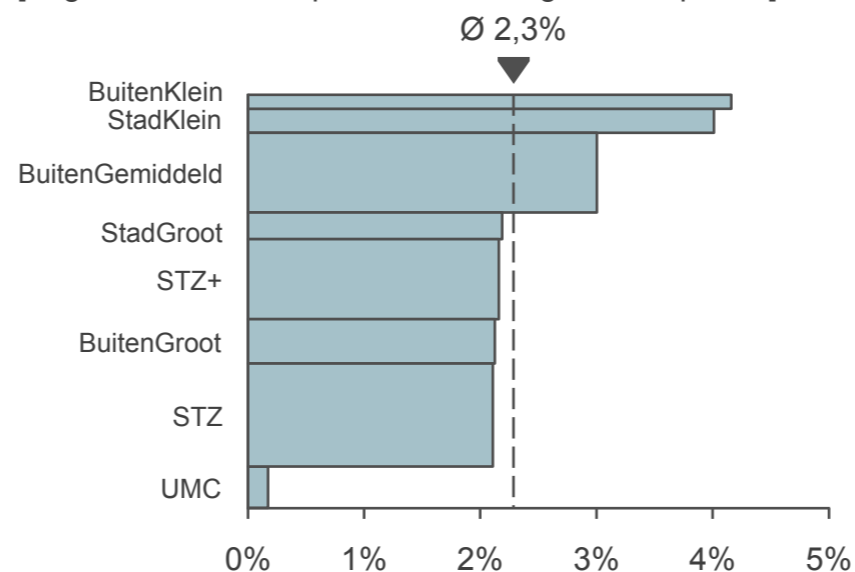
Marktprestaties

EPB-productie daalde bij dit ziekenhuis in een jaar van circa 180 duizend naar 160 duizend EPB's, overigens zonder een heel groot effect op de overige productie. Het jaarverslag geeft hiervoor geen verklaring, maar het is voorstelbaar dat de ingrijpende verbouwing en nieuwbouw van dit ziekenhuis invloed hebben op de aantrekkelijkheid van het ziekenhuis voor relatief lichte poliklinische zorg. Het kan ook zijn dat het Erasmus MC er bewust voor kiest om delen van de basiszorg over te laten aan de omliggende ziekenhuizen, om zelf de focus te leggen op complexe patiënten of zorggebieden die voor de programma's binnen onderwijs en onderzoek van groot belang zijn.

De vergelijkingsgroepen met grote ziekenhuizen hebben allen een vergelijkbare marktgroei. De grote stedelijke en streekziekenhuizen en de STZ en STZ+ ziekenhuizen zien de markt met iets meer dan 2% groeien.

Groei eerste polikliniekbezoeken per vergelijkingsgroep

[% groei 2010-2011; productieomvang EPB's op Y-as]



20% van de ziekenhuizen trekt niet meer patiënten dan vorig jaar

De marktgroei is wisselend voor individuele ziekenhuizen. De verschillen lopen uiteen van ruim 11% marktgroei tot 12% krimp. Bijna 20% van de ziekenhuizen laat geen marktgroei of zelfs krimp zien.

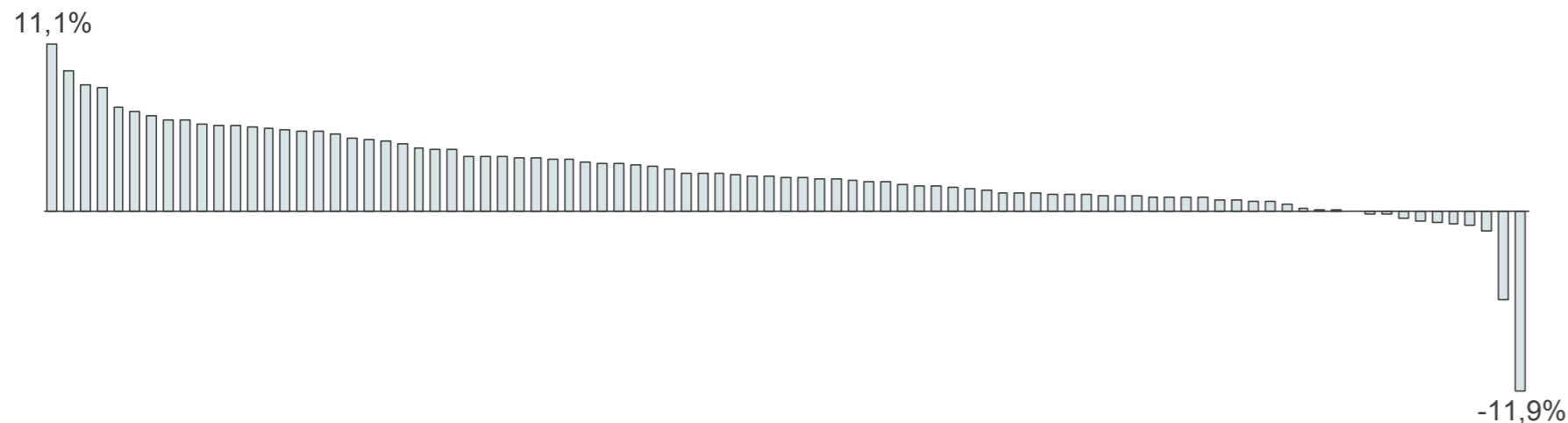
Marktgroei is geen vanzelfsprekendheid meer. Voor 16 ziekenhuizen is de productie van EPB's in 2011 gelijk aan of lager dan de productie van vorig jaar. Nog eens 16 ziekenhuizen groeien minder dan 1,3%; meer dan 40% onder de gemiddelde marktgroei in Nederland.

Tegenover 32 ziekenhuizen die een duidelijk lager dan gemiddelde marktgroei hebben, staan 29 ziekenhuizen met meer dan 3,5% marktgroei. Dat is een ruim anderhalf keer

sterke groei dan gemiddeld in Nederland. Het gemiddelde ziekenhuis bestaat wel, maar is eerder uitzondering dan regel.

Voor de ziekenhuizen die hun markt niet meer zien groeien, staan voor een uitdaging. Productiegroei als antwoord op bijvoorbeeld financiële problemen of het halen van volumenormenten is een stuk minder eenvoudig als de markt stabiliseert. Deze ziekenhuizen zullen moeten inzetten op concurrentie met omliggende ziekenhuizen, of het goed in lijn brengen van de interne bedrijfsvoering met de stabilisering van de vraag. Kostenbeheersing is dan essentieel.

Groei eerste polikliniekbezoeken per ziekenhuis [%; 2010-2011]



Transparantie noodzakelijk voor rechtvaardiging grote verschillen op microniveau

De markt voor ziekenhuiszorg groeit met een stabiel, relatief laag tempo. Onder dit macrobeeld liggen grote verschillen tussen regio's en typen ziekenhuizen. Relevante verschillen. Het hoofdlijnenakkoord gaat uit van 2,5% groei in de komende jaren. Als de sector toch harder groeit, dreigt de minister in te grijpen. Tot nu toe ging dat altijd in de vorm van een generieke korting op de budgetten. Dat zou ziekenhuizen die hun verantwoordelijkheid nemen en de groei beheersen dubbel benadelen. Tegelijkertijd kunnen bevolkingstoename, vergrijzing en mogelijk zelfs onderbehandeling (hogere) groei rechtvaardigen. En een stabiele ziekenhuismarkt is eigenlijk geen goede prestatie in een gebied waarin juist sprake is van krimpende bevolking, of van overbehandeling.

Ziekenhuizen die menen dat zij een verantwoorde prestatie leveren, moeten die kunnen toelichten. Transparantie vinden wij een voorwaarde om je als ziekenhuis tot de 'good guys' te rekenen. Als die transparantie er niet komt, lijkt toepassing van een 'botte' korting terecht. Zijn voldoende ziekenhuizen wel transparant, dan geeft dit de kans om het instrument gericht in te zetten.



Het B-segment bewijst zich in 2011

In 2012 zal naar verwachting 70% van de ziekenhuiszorg in het B-segment vallen: de grootste uitbreiding tot nu toe. Het lijkt bijna of het B-segment in 2011 wil bewijzen dat deze uitbreiding terecht is. De prestaties zijn voorbeeldig. Opvallend is vooral dat de omzetgroei in het B-segment aanzienlijk lager is dan de omzetgroei die enkele jaren geleden nog in het A-segment werd gerealiseerd. Bovendien is in 2011 de omzetgroei in het B-segment gelijk aan de omzetgroei van het A-segment.

De uitbreiding van het B-segment lijkt een goede kans om te komen tot betere afstemming van vraag en aanbod. Het B-segment valt ook onder het hoofdlijnenakkoord. Het gaat dus om verdeling van de groeiruimte en niet om vergroten van de groei. Wij zien dat ziekenhuizen en verzekeraars het nog lastig vinden om de onderhandelingen ook echt op het niveau van aandoeningen en behandelingen te voeren. De nadruk ligt nu vooral op de totale omzet: een voorzetting van de lijn van de oude onderhandelingen over het A-segment. De uitdaging is het te gaan hebben over de echte inhoud: welke zorg zou geleverd moeten worden en tegen welke prijs?



Het B-segment bewijst zich in 2011

Beheerste omzetontwikkeling in een stabiel B-segment

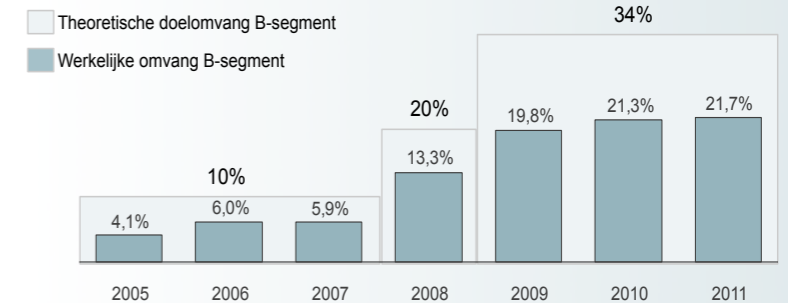
Het B-segment is in 2011 een relatieve oase van rust. De omvang van het vrije marktsegment is sinds 2009 niet meer gewijzigd. Het belang van het B-segment in de totale omzet verandert nauwelijks ten opzichte van 2010. Ook het belang binnen de verschillende soorten ziekenhuizen verandert niet. Kleine ziekenhuizen blijven het meest afhankelijk van het B-segment.

Wij vinden het beeld van de omzetontwikkeling in het B-segment bijzonder positief. De omzetgroei is vrijwel gelijk aan de groei in het A-segment, als we in dat segment de macrokorting over voorgaande jaren buiten beschouwing laten. Bovendien is de groei in het B-segment van 2011 bijna de helft lager dan de groei van het A-segment in 2007, het enige goed vergelijkbare jaar. Het model van vrije onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars is daarmee een alternatief voor gereguleerde budgettering.

Het belang van het B-segment in de omzet is vrijwel gelijk gebleven

Het B-segment werd in 2011 niet verder uitgebreid. Het belang in de omzet van ziekenhuizen bleef vrijwel gelijk. >>

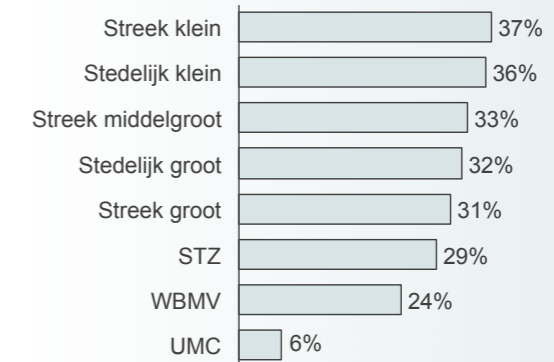
Omvang B-segment Nederlandse ziekenhuizen [B-segment opbrengst als % van totale opbrengsten]



Voor de kleine ziekenhuizen blijft het B-segment belangrijk

Het aandeel van het B-segment in de totale omzet verandert voor de verschillende soorten ziekenhuizen nauwelijks. Het B-segment blijft belangrijk voor kleine ziekenhuizen en slechts een kleine omzetstroom voor de UMC's. >>

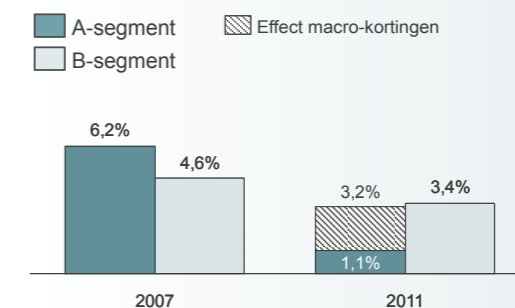
Aandeel B-segment [% totale opbrengsten, 2011]



Het B-segment van 2011 presteert beter dan het A-segment van 2008

Het B-segment is niet onomstreden. Sterke groei van de B-segment omzet in de afgelopen jaren deed menig alarmbel rinkelen. In 2011 zien we een ontwikkeling in het B-segment die critici gerust kan stellen. >>

Omzetgroei per segment, na correctie voor inflatie^{1,2)} [%]



1) Gecorrigeerd voor eenmalige effecten van compensatieregeling IVA
 2) Inflatie op basis van CPI, bron: CBS Statline

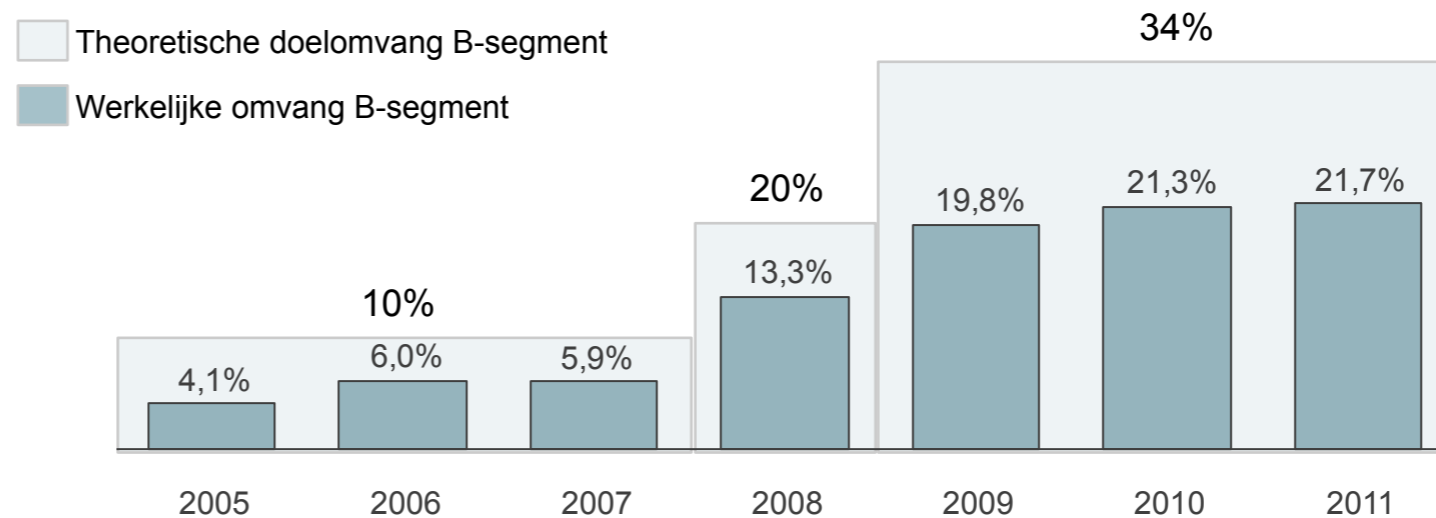
Het belang van het B-segment in de omzet is vrijwel gelijk gebleven

Het B-segment werd in 2011 niet verder uitgebreid. Het belang in de omzet van ziekenhuizen bleef vrijwel gelijk.

Het B-segment startte in februari 2005 en groeide in dat jaar tot een bescheiden 4,1% van de totale omzet en ongeveer 10% van de omzet van algemene en STZ-ziekenhuizen. In 2008 en 2009 werd het B-segment in stappen verder uitgebreid. Daarna niet meer, in afwachting van de grote systeemwijziging die in 2012 tegelijk met de introductie van de DOT-productstructuur wordt uitgerold. Vanaf 2012 zou 70% van de zorg in het segment van vrije onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten vallen.

In 2011 veranderde de inhoud van het B-segment niet en bleef ook het aandeel in de totale omzet vrijwel gelijk. Bijna 22% van alle omzet en ongeveer eenderde van de omzet van de algemene en STZ-ziekenhuizen werd gerealiseerd in het B-segment.

Omvang B-segment Nederlandse ziekenhuizen
[B-segment opbrengst als % van totale opbrengsten]



Marktprestaties

Voor de kleine ziekenhuizen blijft het B-segment belangrijk

Het aandeel van het B-segment in de totale omzet verandert voor de verschillende soorten ziekenhuizen nauwelijks. Het B-segment blijft belangrijk voor kleine ziekenhuizen en slechts een kleine omzetstroom voor de UMC's.

Het B-segment is het belangrijkste voor de kleine ziekenhuizen (36/37%). Voor de andere vergelijkingsgroepen neemt het belang van het B-segment af met de omvang van het ziekenhuis en de complexiteit van het zorgaanbod. Ziekenhuizen die veel WBMV-zorg aanbieden realiseren slechts een kwart van hun omzet in het vrije segment. Voor UMC's is dit zelfs maar 6%.

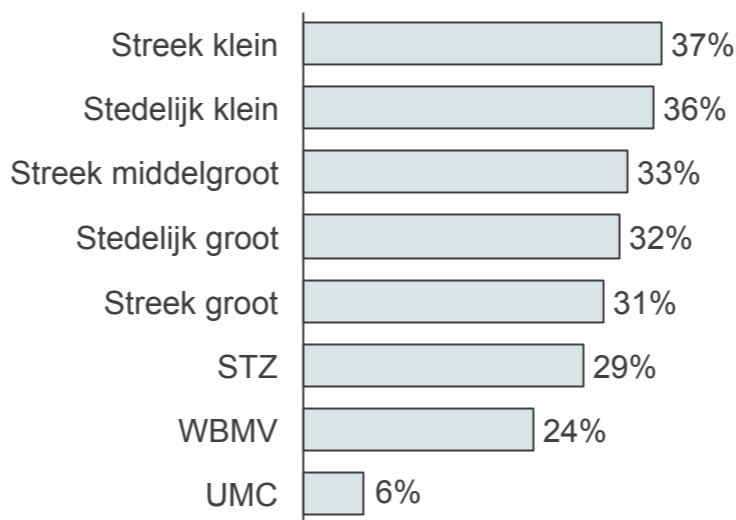
In alle vergelijkingsgroepen groeit het aandeel B-segment een klein beetje. Grote verschuivingen zijn er niet. We zien (nog) geen ontwikkeling dat kleinere ziekenhuizen zich volledig op het B-segment gaan richten en in staat zijn om op dat gebied zorg weg te trekken bij ziekenhuizen met een minder gefocusseerde productie.

We zien ook nog niet dat kleine ziekenhuizen onder druk van volumennormen en concentratiewensen aanzienlijke delen van de (overwegend) A-segment zorg moeten overlaten aan de grotere ziekenhuizen. Deze ontwikkelingen startten in 2010/2011 en zullen waarschijnlijk de komende jaren pas zichtbaar hun uitwerking hebben. Met de uitbreiding van

het B-segment in 2012 tot 70% van alle zorg, zullen we dieper moeten gaan kijken om te zien hoe deze ontwikkelingen zich voltrokken.

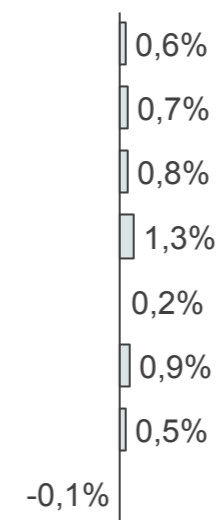
Aandeel B-segment

[% totale opbrengsten, 2011]



Verandering aandeel B-segment

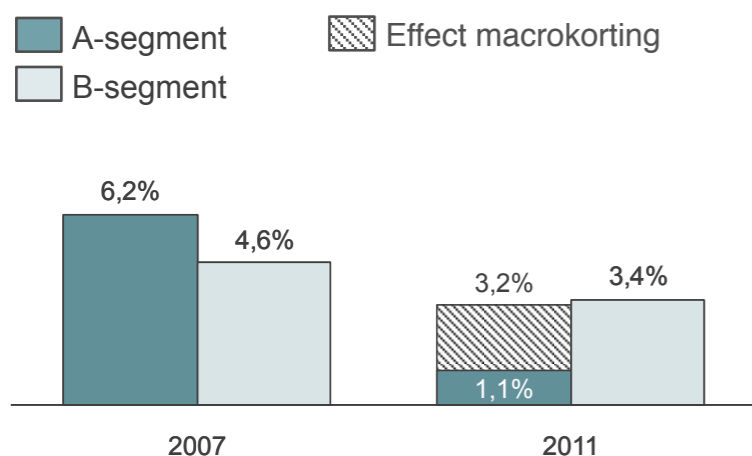
[%-punt t.o.v. 2010]



Het B-segment van 2011 presteert beter dan het A-segment van 2008

Het B-segment is niet onomstreden. Sterke groei van de B-segment omzet in de afgelopen jaren deed menig alarmbel rinkelen. In 2011 zien we een ontwikkeling in het B-segment die critici gerust kan stellen.

Omzetgroei per segment, na correctie voor inflatie^{1,2)}
[%]



- 1) Gecorrigeerd voor eenmalige effecten van compensatieregeling IVA
2) Inflatie op basis van CPI, bron: CBS Statline

Critici wezen steeds op de ‘explosieve’ groei van het B-segment, waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars in vrijheid onderhandelen over prijzen en volumes. Ook resultaten uit onze studies zijn gebruikt voor deze boodschap. Het was echter steeds erg moeilijk om het effect van uitbreiding van de inhoud van het B-segment te scheiden van de autonome groei in dit segment. De groei in het B-segment leek daardoor enorme vormen aan te nemen. Toch was het de vraag of dat echt gebeurde. Wij hebben er consistent op gewezen dat het

noodzakelijk was om het B-segment te beoordelen op het groeitempo vergeleken met de periode voordat de overheveling naar het B-segment plaatsvond. In die vergelijking vonden wij dat er weinig bijzonders was aan de groei. Wel was het problematisch dat het systeem steeds faalde bij de zogenaamde schoning van de budgetten bij de overheveling van zorg van het A- naar het B-segment. De A-segment budgetten bleven te hoog, waardoor de totale kostengroei opliep. Het schoningsprobleem is een probleem van het stelsel, maar zegt niets over de eigen merites van de vrije onderhandelingen in het B-segment. Om over de eigen kwaliteiten van het B-segment te kunnen oordelen, zou het goed zijn te kijken naar periodes waarin geen overheveling van ‘A’ naar ‘B’ plaatsvindt. Eindelijk hebben we er daar nu twee van.

Het B-segment is in 2008 en 2009 uitgebreid. Steeds werden delen van de zorg uit het A- naar het B-segment overgeheveld. Sinds 2009 is de inhoud van het B-segment stabiel, maar door effecten in het onderhandenwerk is de ontwikkeling van het B-segment pas goed te beschrijven over de periode 2010-2011. In deze periode is er geen verstoring meer als gevolg van de uitbreidingen van het B-segment. Het is daarmee de eerste periode die vergeleken kan worden met de periode 2006-2007. Dat was de eerste periode na de introductie van het B-segment, waarin ook twee opeenvolgende jaren goed vergelijkbaar waren.

De ontwikkeling van het B-segment in precies deze twee periodes geeft een boeiend beeld. In 2007 constateerden wij al dat in dat jaar de B-segment omzet lager was dan de groei in het A-segment. In 2011 is de groei in het B-segment vrijwel gelijk aan de groei in het A-segment na correctie voor de macrokorting die is opgelegd i.v.m. overschrijdingen in eerdere jaren. Bovendien is de groei van het B-segment (nominaal en na correctie voor inflatie in beide periodes) lager dan de groei van het A-segment in 2007. In het grotere B-segment van 2011, waarin geen kunstmatig ingrijpen van de overheid in de vorm van bijvoorbeeld macrokortingen bestaat, is de omzetgroei bijna 45% lager dan in het volledig gebudgetteerde A-segment van 2007.

Dit geeft een beeld over de ontwikkeling van het B-segment dat naar onze mening critici moet doen zwijgen. De vrije onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders leiden niet aantoonbaar tot slechtere resultaten dan het budgetmodel binnen overheidsregels. Een welwillend oog ziet zelfs een goede prestatie. De verdere uitbreiding van vrije onderhandelingen over prijs en volume naar ongeveer 70% van de ziekenhuiszorg in 2012 is een drama voor de analist, maar een goede kans om op termijn te bewijzen dat dit model echt kan werken om vraag, aanbod en betaalbaarheid met elkaar in balans te brengen.

Illustratie omslag door José Diederix, gebaseerd op Great expectations van Charles Dickens.



Great expectations

Studie naar de prestaties van Nederlandse ziekenhuizen in 2011

Vragen of opmerkingen over deze studie? U kunt contact opnemen met Wouter Klinkhamer via ziekenhuisstudie@gupta.nl.

Copyright november 2012

Gupta Strategists