

De donkere kamer van Damokles

Over vermoeden en bewijs

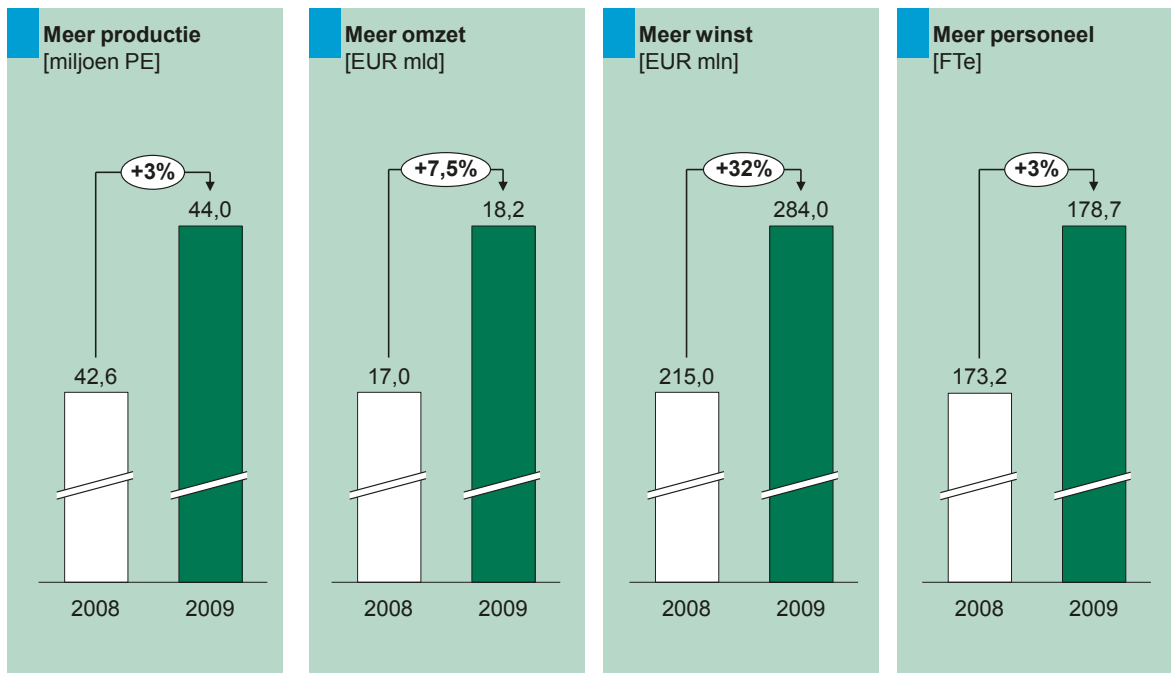
Studie naar de prestaties van Nederlandse ziekenhuizen in 2009

De donkere kamer van Damokles

Over vermoeden en bewijs

Studie naar de prestaties van Nederlandse ziekenhuizen in 2009

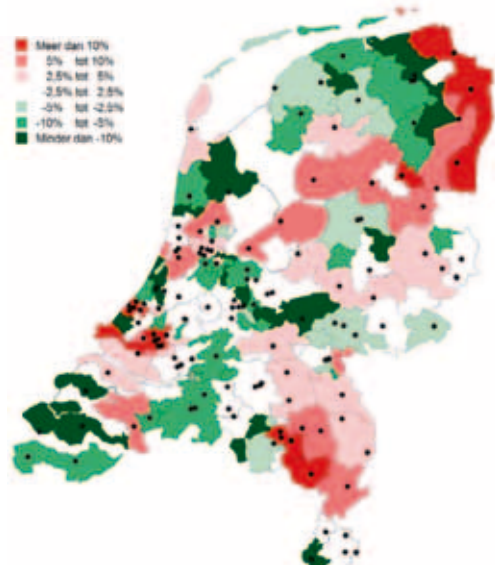
MS1



MS2

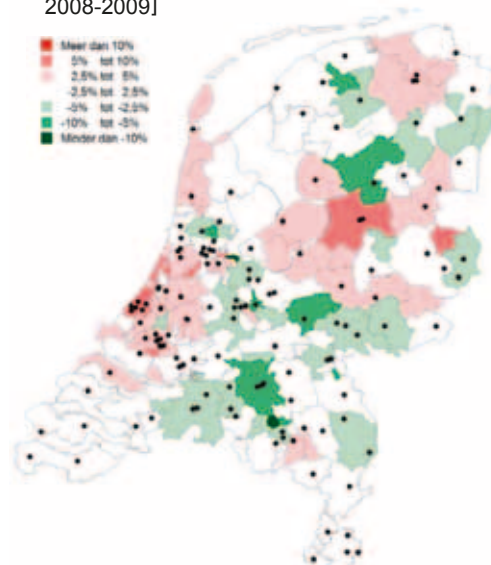
Consumptie van ziekenhuiszorg verschilt sterk tussen regio's...

[% afwijking van gemiddelde consumptie na correctie voor leeftijd en geslacht, 2009]



...en ontwikkeling van volume verschilt tussen regio's

[%punt verandering van afwijking gemiddelde consumptie na correctie voor leeftijd en geslacht, 2008-2009]



Managementsamenvatting

In 2009, het jaar waarin de economie ongekend sterk kromp, gebeurde er in de ziekenhuissector niets anders dan anders. Meer productie, fenomenale omzetsijging, stijgende lonen en meer personeel (zie Figuur MS1). 2009 is het jaar waarin de ziekenhuiszorg zich totaal autonoom bewees. Onze behoefte aan zorg groeit. Onze mogelijkheden om zorg te leveren nemen toe. Onze bereidheid om te betalen voor zorg neemt nog niet af. Reden genoeg om aan te nemen dat het huidige model echt onbetaalbaar zal worden. Maar in 2009 was het nog niet zover. De ziekenhuissector was dit jaar een hulpmotor van de economie.

In deze managementsamenvatting staan we stil bij de belangrijkste zeven conclusies die wij trekken over de prestaties van 90 Nederlandse ziekenhuizen in 2009:

1) Consumptie van ziekenhuiszorg verschilt tussen regio's, maar hoge concurrentie-intensiteit leidt niet tot meer zorgconsumptie

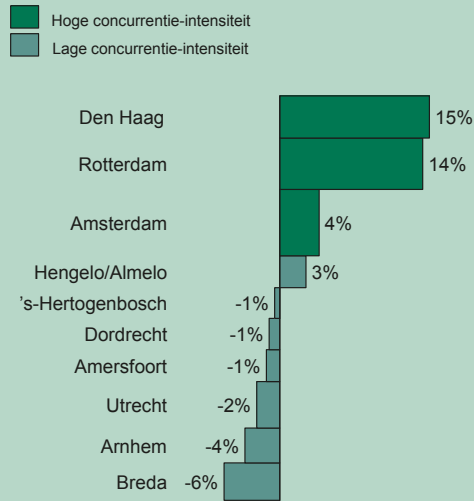
De hoeveelheid ziekenhuiszorg die Nederlanders gebruiken verschilt tussen regio's. Voor een deel verklaart demografische samenstelling van de bevolking (leeftijd en geslacht) deze verschillen. Ook na correctie voor demografische samenstelling zien we echter verschillende zorgvolumes tussen gebieden (zie Kaart MS2).

Wij vinden geen bewijs voor de veelgehoorde stelling dat meer concurrentie zou leiden tot hogere zorgvolumes. Als we kijken naar de grootste ziekenhuisgebieden (zie Figuur MS3), dan zien we dat de consumptie alleen in Rotterdam en Den Haag onverklaarbaar sterk boven de verwachting ligt. Als we echter kijken naar alle ziekenhuisgebieden, dan ontstaat een ander beeld. Wij zien zelfs dat in gebieden met hogere concurrentie-intensiteit de zorgconsumptie ruim 4% onder het landelijk gemiddelde ligt. In gebieden met lage concurrentie-intensiteit is de gemiddelde zorgconsumptie vrijwel gelijk aan de verwachting¹.

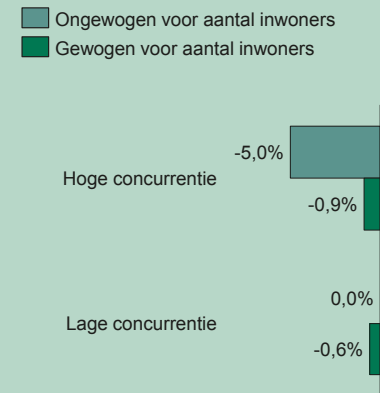
¹ In deze vergelijking is niet gewogen voor het inwoneraantal van de verschillende gebieden. Een aantal gebieden met zeer veel inwoners (bijvoorbeeld Rotterdam en Den Haag) kennen een hoger dan verwachte zorgconsumptie. Gewogen naar inwoneraantal is de werkelijke consumptie over alle gebieden gelijk aan de verwachte consumptie.

MS3

In de grote steden is de zorgconsumptie hoog als er meer aanbieders zijn...
 [% afwijking van verwachte totale zorgconsumptie, 2009]

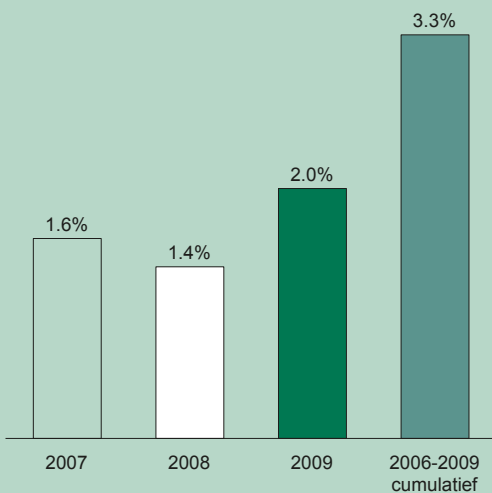


...maar in overige gebieden gaat hoge concurrentie niet samen met hoge volumes
 [% gemiddelde afwijking van verwachte totale zorgconsumptie per gebied, gewogen en ongewogen voor aantal inwoners per gebied, 2009]

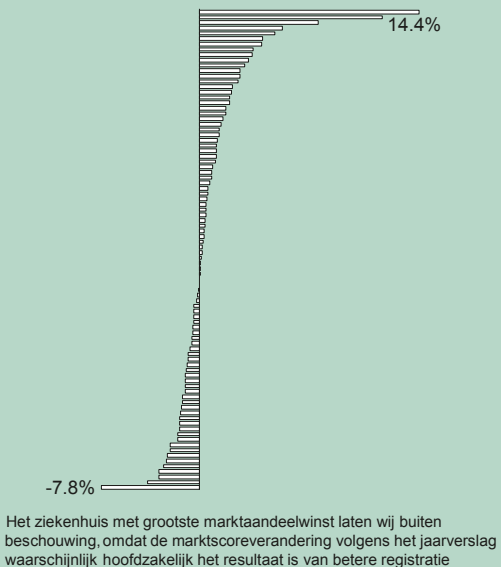


MS4

Gemiddelde verandering marktscore
 [%]



Verandering marktscore totale productie per ziekenhuis 2008-2009
 [% verandering marktscore]



Wij vinden geen aanwijzingen dat meer concurrentie leidt tot meer zorgconsumptie. Toch bestaan er wel degelijk verschillen tussen regio's en is het voor zowel zorgverleners als zorgverzekeraars en overheid van belang om deze verschillen beter te gaan begrijpen. Zowel over- als onderbehandeling is immers onwenselijk.

2) De patiënt is in beweging, vooral in regio's met grote veranderingen in het aanbod

De patiënt stemde in 2009 meer dan in voorgaande jaren met zijn voeten. De gemiddelde relatieve verandering van de marktscore lag met 2% ruim boven het gemiddelde van 2007 en 2008 (zie Figuur MS4). Een aantal ziekenhuizen won fors marktaandeel, terwijl één ziekenhuis zijn marktscore bijna 8% zag dalen. Niet geheel verrassend zijn de ziekenhuizen met de grootste winst en het grootste verlies elkaars directe burens. De IJsselmeerziekenhuizen, die in 2009 nog in zeer zwaar weer verkeerden, verloren patiënten aan de omliggende ziekenhuizen in Sneek, Harderwijk en Almere.

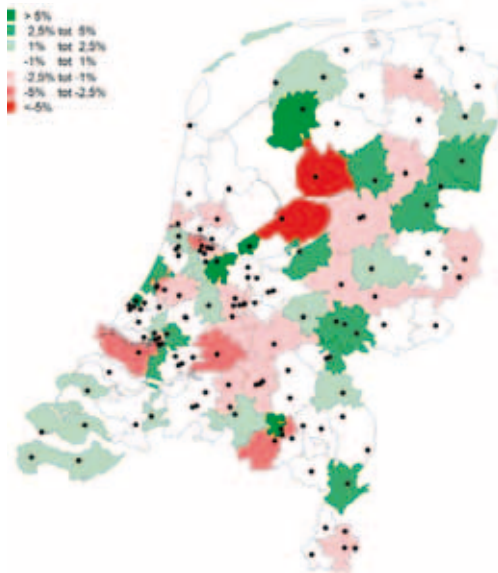
De ontwikkelingen in 'de polder' verklaren een belangrijk deel van de gemiddeld hoge activiteit in de markt, maar ook buiten de Flevopolder zien wij interessante andere hot spots. Voorbeelden zijn de concurrentie tussen Máxima MC en Catharina-ziekenhuis in Eindhoven, de sterke opkomst van Bronovo in de Haagse regio en de regionale concurrentie in Leiden en Groningen (zie Kaart MS5).

3) De sterke omzetontwikkeling in 2009 is het bewijs dat de ziekenhuissector zich onafhankelijk van de economie ontwikkelt. In een jaar ontstaat een gat van EUR 2,5 miljard

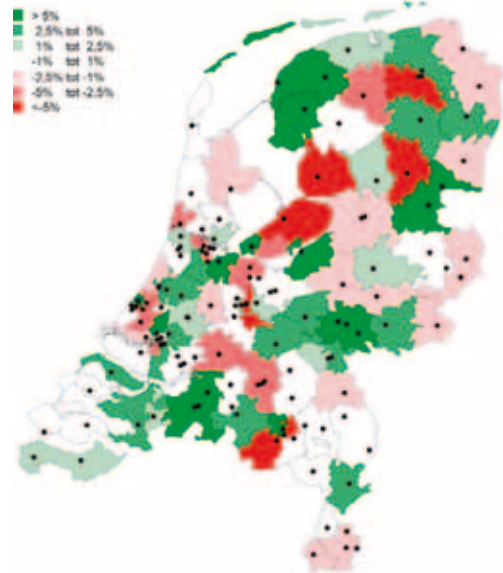
De totale omzet van de Nederlandse algemene en academische ziekenhuizen is in 2009 7,5% gestegen ten opzichte van het voorgaande jaar. Dat is ruim boven het langjarige gemiddelde van 6% stijging per jaar sinds 2002. Belangrijker is dat in 2009 de Nederlandse economie als gevolg van de crisis sterk (7,7% op waardebasis) krimpt volgens cijfers van het CBS. Waar uitgaven aan ziekenhuiszorg en economische groei de afgelopen jaren relatief gelijke tred hielden, ontstaat nu plotseling een gapend gat (zie Figuur MS6).

MS5

In 2009 was de patiënt in de Flevopolder het meest in beweging....
[verandering marktscore 2008-2009 in %]

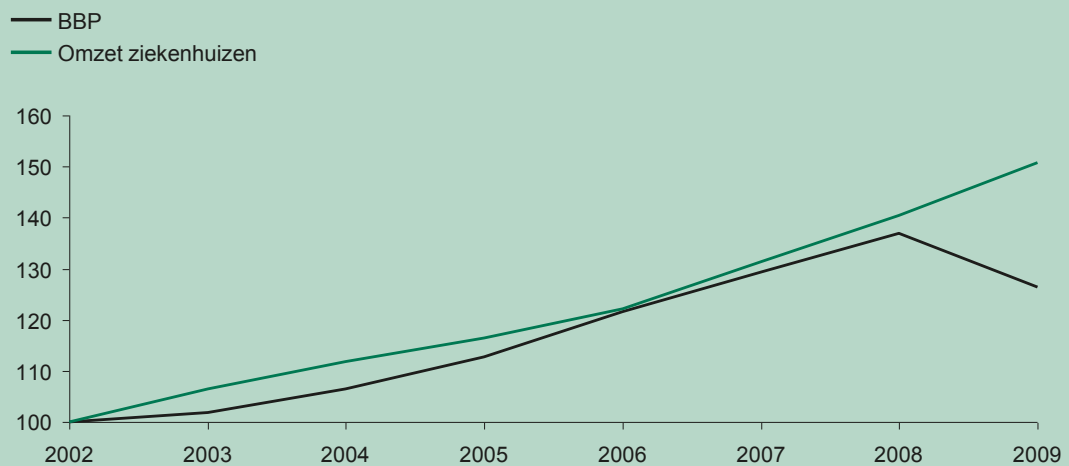


...op lange termijn zien we in het hele land forse verschuivingen
[verandering marktscore 2006-2009 in %]



MS6

In 2009 nam de kostenontwikkeling in ziekenhuiszorg afscheid van de economische groei
Omzet ziekenhuizen en BBP (o.b.v. waarde)
[index; basisjaar 2002 = 100]



Als de ziekenhuisomzet de ontwikkeling van het BBP had gevolgd, waren de omzetten EUR 1,3 mld gedaald. Het tegenovergestelde is echter het geval, de omzetten zijn in 2009 EUR 1,2 mld gestegen. In 2009 ontstaat dus een gat van EUR 2,5 mld, of EUR 150 per Nederlander (zie Figuur MS7). Het scenario van sterk oplopende tekorten op de zorguitgaven, dat wij anderhalf jaar geleden in onze studie 'Code Red' voorspelden, begint waarheid te worden. Zeker als men in ogenschouw neemt dat de economische groei voor de komende jaren (in een optimistisch scenario) gematigd is en er geen tekenen zijn van een afzwakkende omzetontwikkeling bij de ziekenhuizen.

4) De kosten van ziekenhuizen zijn wederom sterker gestegen dan de productie

De kosten van ziekenhuiszorg zijn in 2009 met 7,1% gestegen. Aan de sterke stijging lag slechts voor een deel stijging van de productie ten grondslag. Gemeten in patiënteenheden (een weging van polikliniekbezoeken, dagbehandelingen, opnamen en verpleegdagen) steeg de productie 3,2% ten opzichte van 2008. Deze stijging is in lijn met de groei van de productie sinds 2002. Uitgedrukt in kosten per patiënteenheden (de cost-to-serve) stegen de kosten 3,8% (zie Figuur MS8).

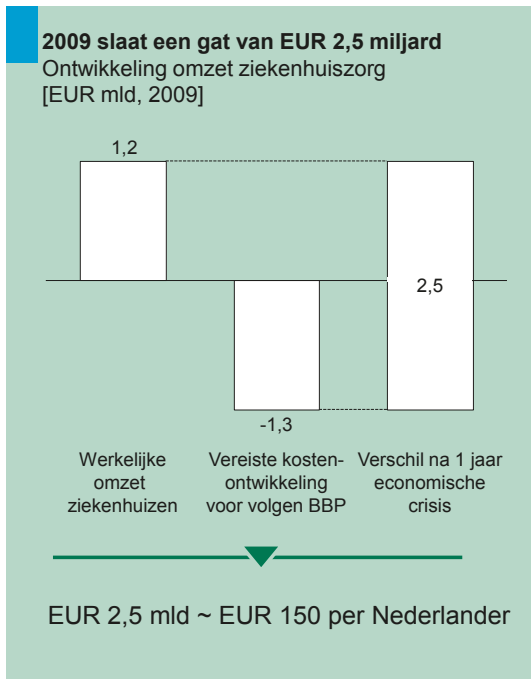
De cost-to-serve is geen perfecte maat om productiviteit te meten, maar in ieder geval blijkt dat eventuele productiviteitswinsten teniet worden gedaan door stijging van kosten van bijvoorbeeld lonen, ICT-implementaties, dure medicijnen, implantaten of nieuwe behandelmethoden.

5) De arbeidsproductiviteit is voor het eerst in jaren onveranderd gebleven. Het bewijs dat significante verbetering van de arbeidsproductiviteit mogelijk is, blijft uit.

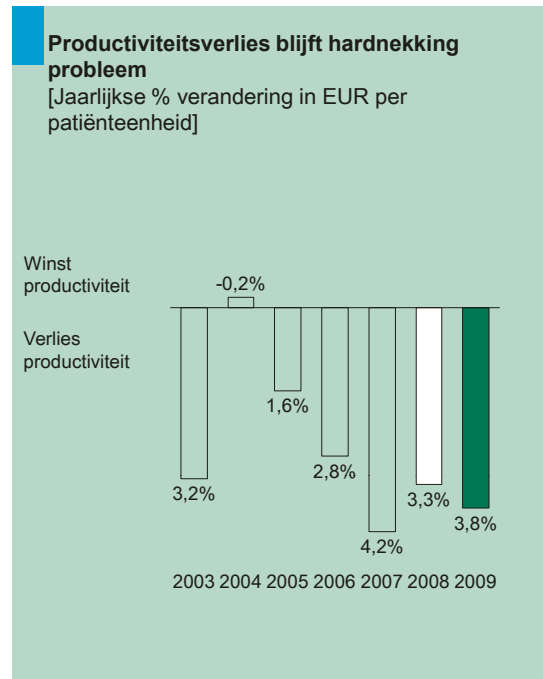
De ontwikkeling van de cost-to-serve van arbeid wordt bepaald door de arbeidsproductiviteit en de loonkosten. Voor het eerst in een lange tijd veranderde in 2009 de arbeidsproductiviteit in zijn geheel niet (zie Figuur MS9). De sector als geheel is niet in staat gebleken de manier van werken zodanig aan te passen dat per full-time medewerker meer zorg wordt geleverd. Het bewijs dat het mogelijk

² Ziekenhuiszorg is zeer complex en divers met duizenden verschillende diagnoses en behandelwijzen. De ontwikkeling in behandelingen is snel door een hoog innovatietempo. Patiënteenheden omvatten dus nooit volledig de waarde van zorgverlening. Het kan echter gezien worden als een grove, maar eenvoudige en waardevolle benadering die het vermogen van ziekenhuizen om productiviteit te winnen.

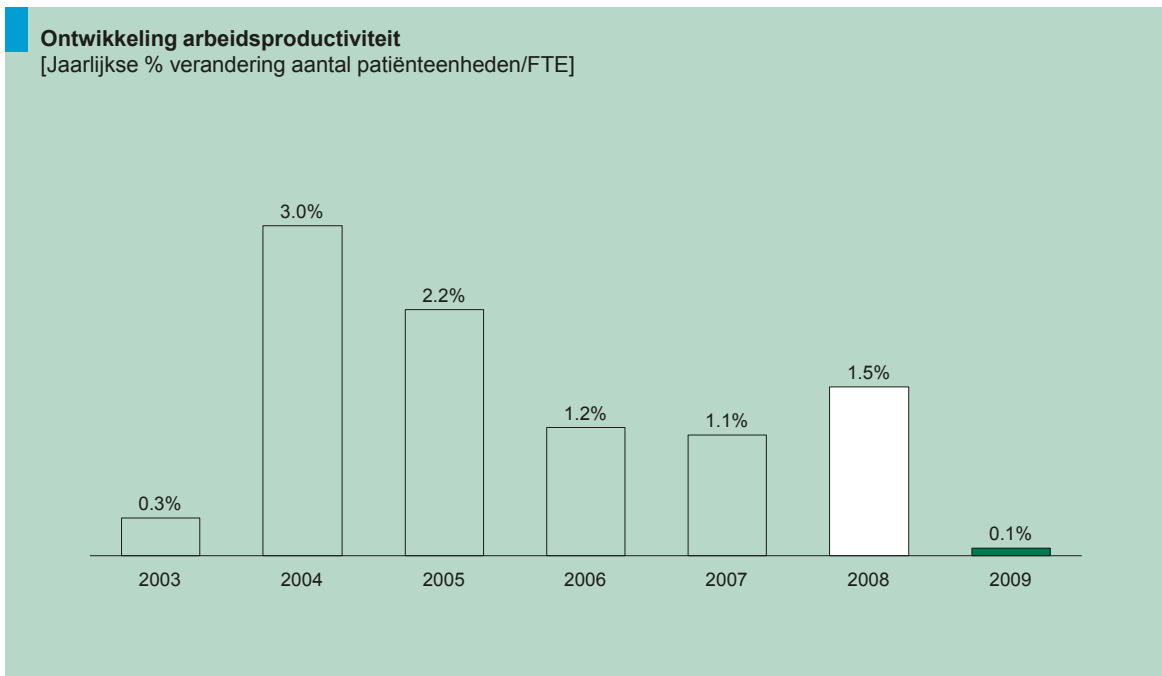
MS7



MS8



MS9



is om op macroniveau de arbeidsproductiviteit in ziekenhuizen significant te verbeteren, blijft uit. Ook in jaren waarin veel ziekenhuizen zeggen bezig te zijn met Lean, Kaizen, Theory of Constraints (TOC) of vergelijkbare projecten. Wel zien we grote verschillen tussen ziekenhuizen. Een aantal ziekenhuizen weet de arbeidsproductiviteit te verbeteren, maar hun verbetering wordt teniet gedaan door een groep van vergelijkbare omvang die arbeidsproductiviteit verliest.

De loonkosten per FTe stegen in 2009 met 3,1% net iets onder het gemiddelde van 3,4% per jaar sinds 2002. Bij stagnerende arbeidsproductiviteit vertalen stijgende loonkosten zich rechtstreeks door in hogere personeelkosten per patiënteenheden. De cost-to-serve van arbeid is sterk bepalend voor de totale productiviteit van ziekenhuizen, doordat de personeelskosten goed zijn voor 60% van de totale kosten.

6) Het B-segment is nu goed voor 20% van de totale omzet van ziekenhuizen. De uitbreiding lijkt wederom gepaard te zijn gegaan met moeizame schoning, waardoor de winsten van ziekenhuizen kunstmatig hoog uitpakken

Het vrij onderhandelbare deel van de ziekenhuiszorg, het B-segment, is in 2009 uitgebreid tot 20% van de totale ziekenhuisomzet. In het beleid wordt gesproken over een doel van 34%, maar dat niveau wordt niet gehaald. Voor de algemene ziekenhuizen is het B-segment van veel groter belang (30%) dan voor de academische ziekenhuizen (5%), die vooral via het reguliere budget, de academische component, de rijksbijdrage en het opleidingsfonds worden bekostigd (zie Figuur MS10).

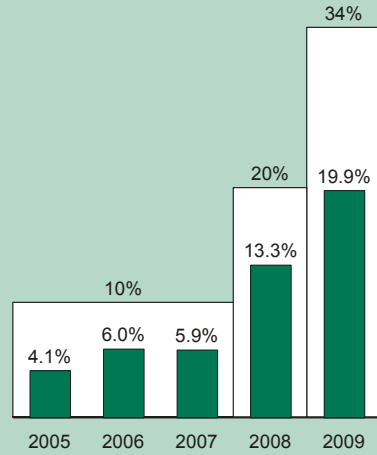
Eerder onderzoek van Gupta Strategists in opdracht van de NVZ Vereniging van Ziekenhuizen, en diverse toetsen van de NZa, tonen aan dat het B-segment in principe goed functioneert: prijs- en volumeontwikkeling zijn beheerst en de toegankelijkheid van B-segment zorg is goed. De uitbreiding van het B-segment is helaas niet probleemloos. In onze studie van vorig jaar gaven wij al het signaal dat de schoning niet goed lijkt te werken, waardoor te veel budget bij de ziekenhuizen blijft. Ook dit jaar zien wij aanwijzingen voor een dergelijk effect, dat wij schatten op maximaal EUR 300 miljoen.

MS10

B-segment stijgt naar 20% van de omzet...

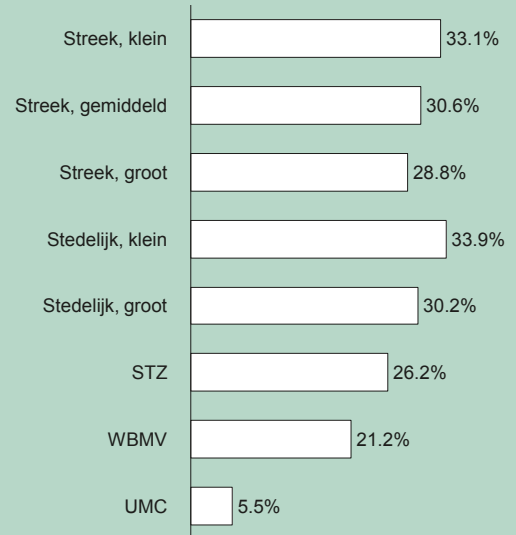
[B-segment opbrengst als % van totale opbrengsten]

□ Theoretische doelomvang B-segment
■ Werkelijke omvang B-segment



...maar is van minder belang voor de UMCs

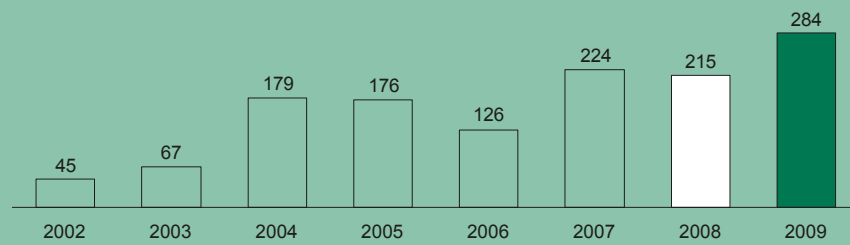
[% van totale opbrengsten]



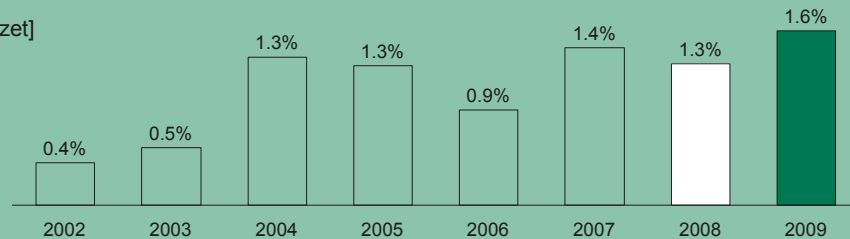
MS11

Winstgevendheid

[Winst EUR mln]



[Winst als % van omzet]



7) Een financieel topjaar, maar werkelijke drijvers van de winstgroei zijn onduidelijk

In financiële zin was 2009 een topjaar voor de Nederlandse ziekenhuizen. Sinds 2002 heeft de ziekenhuissector niet zulke zwarte cijfers kunnen schrijven. In totaal werd een winst van EUR 284 miljoen gerealiseerd, goed voor 1,6% van de totale bedrijfsopbrengsten (zie Figuur MS11). Naast dit positieve resultaat hebben de ziekenhuizen ongeveer EUR 100 miljoen aan hun voorzieningen kunnen toevoegen. Dit is ongeveer twee keer zoveel als in 2006 en 2007. Een bevredigende oorzaak van deze hoge winstgevendheid is niet direct voorhanden. De arbeidsproductiviteit bleef stabiel, maar de loonkosten stegen. Arbeid werd per patiënteenheden dus duurder. Hetzelfde geldt voor de inkoopkosten en de kapitaallasten. Ziekenhuizen realiseren de hogere winstgevendheid dus niet aan de kostenkant, maar aan de omzetkant van de resultatenrekening.

De meest voor de hand liggende verklaring voor een hogere omzet is de verkeerd uitgevoerde schoning van het A-segment. Die leidt tot dubbele betaling voor geleverde zorg; ziekenhuizen ontvangen naast een vergoeding in het budget ook de B-segment declaratie. Ziekenhuizen doen er goed aan om voor zichzelf te bepalen wat de werkelijke drijvers van de winst zijn en op basis daarvan te bepalen in hoeverre hun bedrijfsvoering structureel gezond is.

Voor nadere informatie:

drs. W. Klinkhamer

wouter.klinkhamer@gupta-strategists.nl

+31 6 24131300