

A decorative circular frame with a repeating geometric pattern. The frame is adorned with four illustrations of human figures in traditional attire, each surrounded by floral motifs and hearts. The figures are positioned at the top-left, top-right, bottom-left, and bottom-right corners of the frame.

Gupta Strategists

*Het 'Kjeld Nuis'-effect
voor ziekenhuizen:*

*Empirische studie naar hoe
ziekenhuizen in 4 jaar van 'niks',
'solvabiliteitsgoud' halen*

Kjeld Nuis wist in 2014 zijn enorme potentie niet om te zetten in kwalificatie voor de Olympische spelen. Echter, hij liet het er niet bij zitten, vocht zich terug en iedereen weet waar dat in 2018 in resulteerde: twee gouden Olympische medailles. Wij, als sportliefhebbers, zien hier een parallel met de financiële situatie van ziekenhuizen. Er zijn ziekenhuizen die in solvabiliteit achterbleven, maar zich binnen vier jaar terugvochten en zich ontwikkelden tot leider van de groep. In deze studie laten we hun weg naar succes zien.

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
Introductie	6
1 Een lage solvabiliteit? Verbeteren kan altijd	8
2 Na vier jaar in het slop, komt een ziekenhuis er weer bovenop	12
3 Balanstrucs zijn geen goede raad, solvabiliteit omhoog door beter resultaat	16
4 Meer omzet of minder kosten, met beide schopt men het ver, al is de kostenroute het meest populair	20
5 De ziekenhuizen met een kostenbeleid, besparen het meest op arbeid	24
Methode	28
Disclaimer	30
Voetnoten	32
Colofon	34

Samenvatting

Sinds het begin van deze eeuw is de solvabiliteit¹ van ziekenhuizen sterk verbeterd: van gemiddeld 7% in 2002 naar gemiddeld 25% in 2016. Er waren echter in 2016 nog zeventien ziekenhuizen met een solvabiliteit onder de 20%. Wat zijn de lessen die deze ziekenhuizen kunnen leren van ziekenhuizen die de afgelopen 15 jaar sterk in solvabiliteit zijn gestegen?

Een lage solvabiliteit? Verbeteren kan altijd!

Deze studie toont aan dat een lage solvabiliteit niet onoverkomelijk is: in het verleden zijn twintig ziekenhuizen opgeklimmen uit een relatief zwakke solvabiliteitspositie naar een relatief gezonde positie². Deze inhaalziekenhuizen hebben, op één na, in 2016 een solvabiliteit van meer dan 20%.

Na vier jaar in het slop, komt een ziekenhuis er weer bovenop

De inhaalziekenhuizen behaalden hun relatief gezonde positie gemiddeld in minder dan vier jaar tijd. Hun solvabiliteit nam in deze periode ruim twee keer zo snel toe als die van de rest van de ziekenhuizen.

Balanstrucs zijn geen goede raad, solvabiliteit omhoog door beter resultaat

De solvabiliteit van inhaalziekenhuizen is voornamelijk gestegen door een groei in eigen vermogen. Deze toename in eigen vermogen bestond gemiddeld voor 75% uit winst. Bijna alle inhalers verhoogden hun winst meer dan vergelijkbare ziekenhuizen: de gezonde weg naar duurzame verbetering.

Meer omzet of minder kosten, met beide schopt men het ver, al is de kostenroute het meest populair

Winst kan vergroot worden door de omzet te verhogen en/of de kosten te verlagen. Van de twintig inhaalziekenhuizen zijn er acht die meer omzetgroei hebben gerealiseerd dan vergelijkbare ziekenhuizen, tien die hun kosten hebben gedrukt en twee ziekenhuizen die op beide gebieden verbetering realiseerden. De hersteltijd van de ziekenhuizen die hun omzet vergrootten, was gemiddeld een klein jaar korter dan van ziekenhuizen die hun kosten drukten. Opvallend is dat verbeteringen op omzet los stonden van aanvankelijke omzetpotenties op basis van een benchmark. Daarentegen waren kostenreducties wel in lijn met de kostenpotenties van ziekenhuizen.

De ziekenhuizen met een kostenbeleid, besparen het meest op arbeid

De tien ziekenhuizen die hun kostenniveau hebben verbeterd, bespaarden absoluut gezien het meest op arbeidskosten. Echter, relatief aan de totale kosten per kostentype, is het meest bespaard op kapitaal-kosten. De verschillende typen kostenbesparingen waren redelijk in lijn met aanvankelijke potentie op basis van een benchmark.

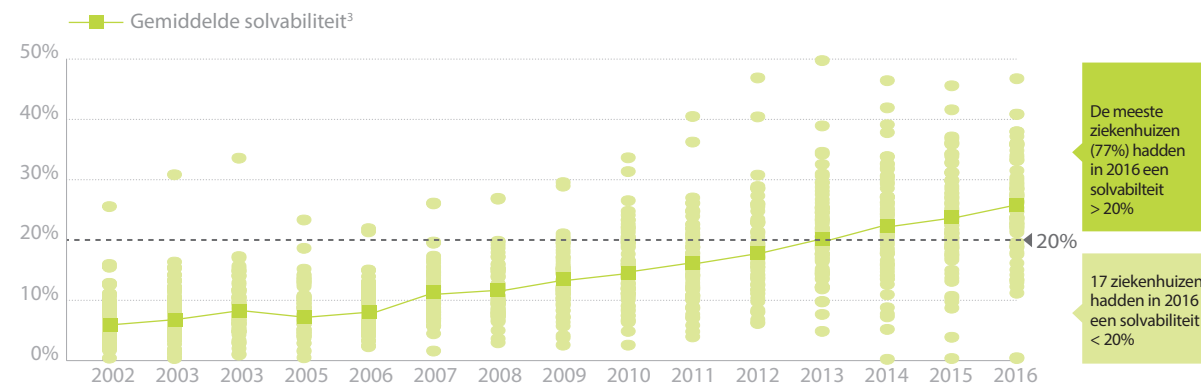
In de bijlage zijn de gehanteerde methodes toegelicht.

Introductie

Sinds het begin van deze eeuw is de solvabiliteit¹ van ziekenhuizen sterk verbeterd. Lag het gemiddelde in 2002 nog op 7%, in 2016 is dat 25%. Dat is een goede, en zelfs noodzakelijke, ontwikkeling.

De gemiddelde solvabiliteit van Nederlandse ziekenhuizen is toegenomen van 7% in 2002 tot 25% in 2016

Ontwikkeling solvabiliteit van Nederlandse ziekenhuizen
[solvabiliteit in procenten, elke bol is een ziekenhuis, 2002-2016]



De solvabiliteit van een ziekenhuis is een belangrijke maat voor financiële weerbaarheid. De solvabiliteit geeft immers aan in welke mate een onderneming in staat is haar schulden terug te betalen. Naarmate de solvabiliteit daalt, wordt het verkrijgen van nieuwe leningen steeds lastiger. Terwijl de veranderingen in het zorglandschap vragen om investering in innovatie en het zelf opvangen van risico's.

Geldverstrekkers hanteren over het algemeen een strenge eis voor het verschaffen van een lening: een solvabiliteit⁵ van 20%. Daaraan voldoet in 2016 77% van de ziekenhuizen, waarvan achttien ziekenhuizen

zelfs een solvabiliteit rapporteren van meer dan 30%. Er zijn echter zeventien ziekenhuizen met een solvabiliteit van onder de 20%. Dat is zorgelijk, maar deze studie toont aan dat een lage solvabiliteit niet onverkomelijk is.

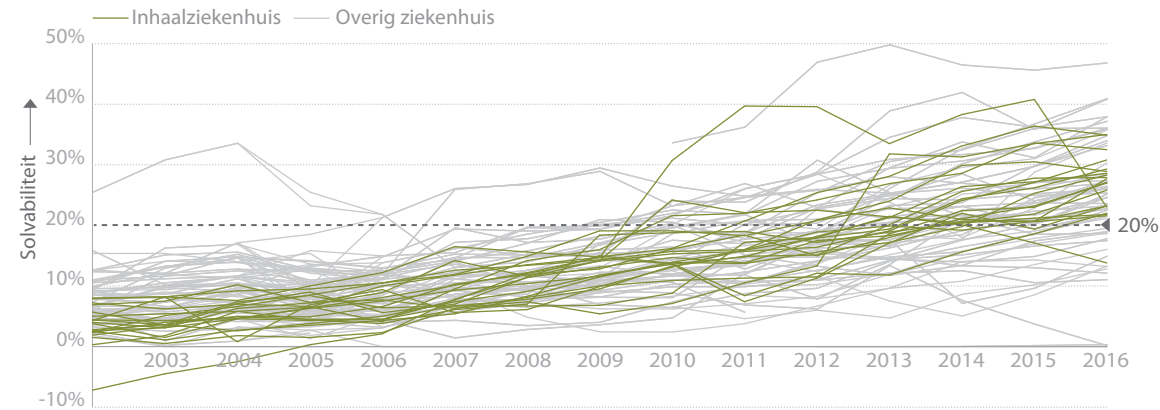
Dit is een empirische studie naar de manier waarop ziekenhuizen opklimmen uit een zwakke solvabiliteitspositie. De studie brengt in kaart wat er in het verleden gebeurd is, niet wat er zou moeten gebeuren. Deze studie is opgebouwd uit vijf 'tegelwijsheden' met cijfermatige onderbouwing.

1



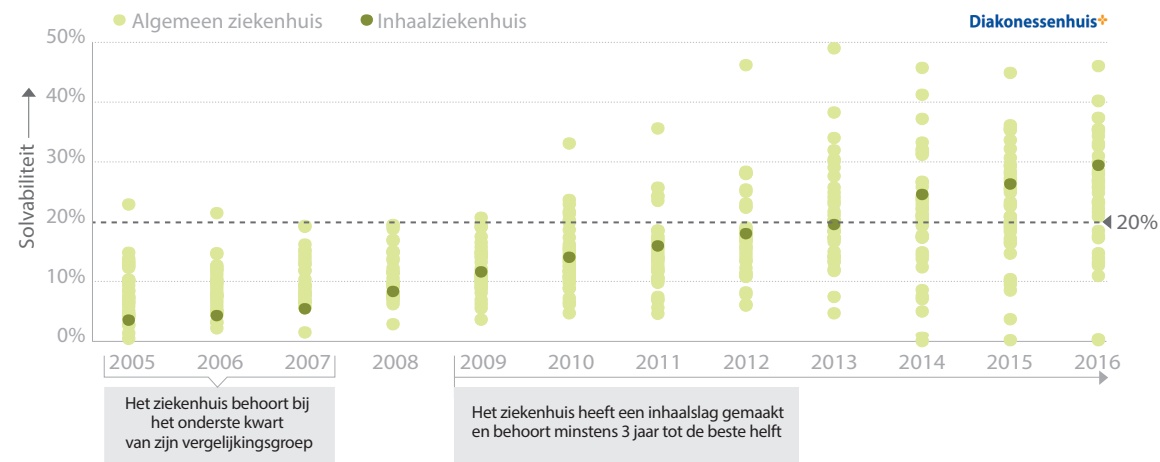
De afgelopen 15 jaar zijn er 20 ziekenhuizen duurzaam opgeklommen uit een zwakke solvabiliteitspositie

Het opklimmen uit een zwakke solvabiliteitspositie van Nederlandse ziekenhuizen [solvabiliteit in procenten]



De solvabiliteit van een inhaalziekenhuis nam sterker toe dan die van vergelijkbare ziekenhuizen

Voorbeeld van een inhaalziekenhuis binnen de algemene ziekenhuizen [elke bol is een algemeen ziekenhuis]



Aantal inhaalziekenhuizen



Toelichting

Een lage solvabiliteit is niet onverwacht. Tussen 2002 en 2016 zijn twintig ziekenhuizen duurzaam hersteld van een relatief lage solvabiliteit. Dat wil zeggen dat ze op de 'solvabiliteitsranglijst' vanuit een positie in het onderste kwart zijn opgeklommen naar de bovenste helft én daarna minstens drie achtereenvolgende jaren in de bovenste helft hebben 'gescoord'. We onderscheiden daarbij UMC's, STZ-ziekenhuizen⁵ en algemene ziekenhuizen en we vergelijken bijvoorbeeld UMC's alleen met andere UMC's. De twintig inhaalziekenhuizen bestaan uit negen algemene ziekenhuizen, tien STZ-huizen en één UMC.

Alle inhaalziekenhuizen hebben, op één na, in 2016 een solvabiliteit van meer dan 20%. Ze hebben een inhaalslag gemaakt en nog meer dan vergelijkbare ziekenhuizen hun solvabiliteit verbeterd. Dat is hoopgevend voor de zeventien ziekenhuizen die nu een solvabiliteit van onder de 20% hebben en het daarmee minder goed doen dan vergelijkbare ziekenhuizen. Voor deze achterblijvers is het mogelijk te leren van hun voorgangers uit de periode 2002-2016. In het vervolg van deze studie brengen we deze lessen in kaart door de inhaalziekenhuizen te onderzoeken. Hoe hebben zij de inhaalslag gemaakt?

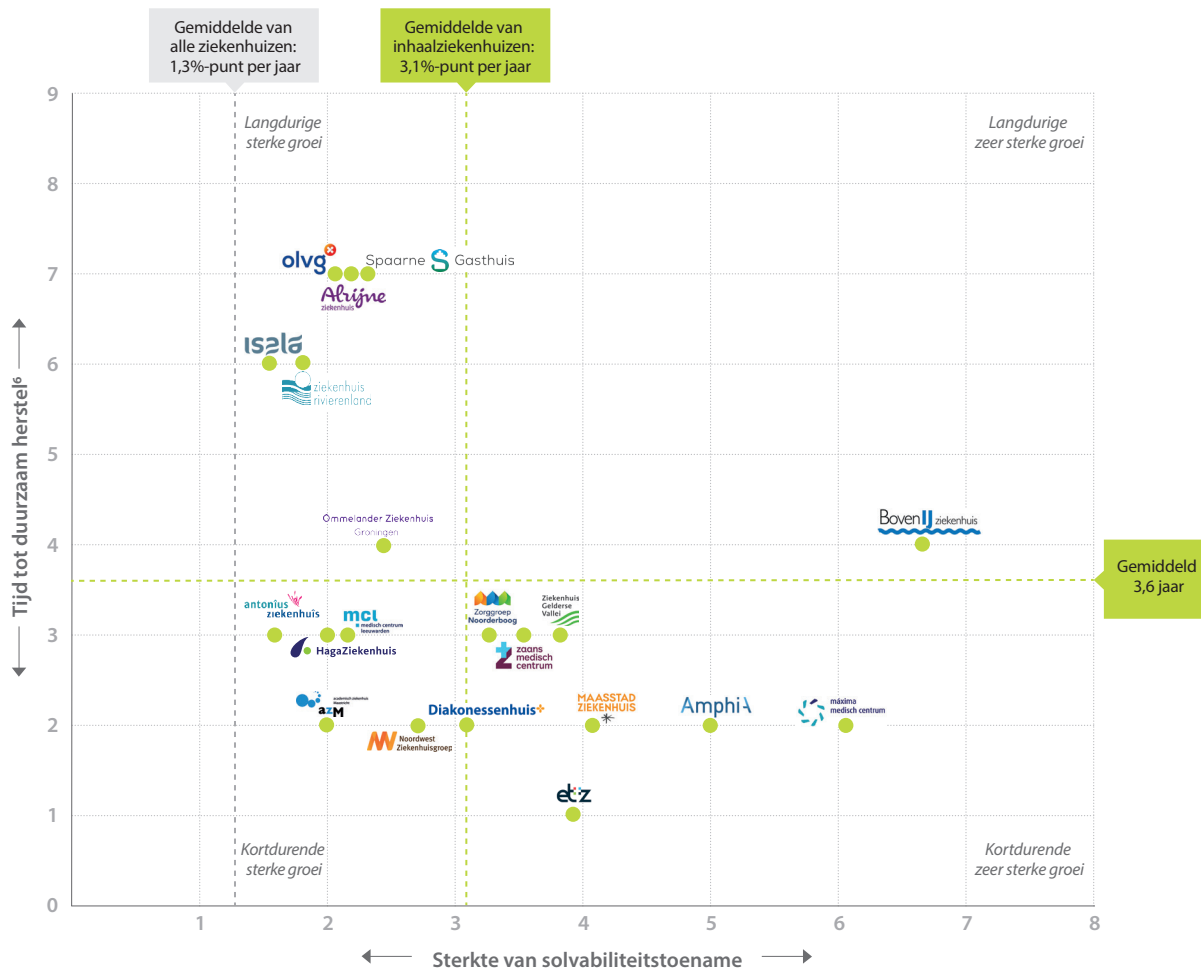
2



Gemiddeld genomen herstelden ziekenhuizen in 3,6 jaar, waarbij hun solvabiliteit met 3,1%-punt per jaar toenam

Jaarlijkse solvabiliteitstoename en duur van de inhaalslag

[Sterkte van solvabiliteitstoename in %-punt per jaar, hersteltijd in jaren]



Toelichting

Om een scherper beeld te krijgen van de ziekenhuizen die hun solvabiliteit verbeterden, hebben we de duur van de inhaalperiode en de grootte van de solvabiliteitstoename in kaart gebracht. Hadden de inhaalziekenhuizen een lange adem nodig voor hun herstel? En met hoeveel is hun solvabiliteit toegenomen om vergelijkbare ziekenhuizen in te halen?

De twintig ziekenhuizen die een inhaalslag hebben gemaakt vanuit een zwakke solvabiliteitspositie, deden dat gemiddeld in een kleine vier jaar⁶. De solvabiliteit van de inhaalziekenhuizen nam in die periode met gemiddeld 3,1 procentpunt per jaar ruim twee keer zo snel toe als die van de rest van de ziekenhuizen

(gemiddeld 1,3 procentpunt per jaar), waarmee zij opklommen van het zwakste kwart tot de beste helft. Na die inhaalperiode behoorden zij nog minstens drie jaar tot de beste helft van hun groep, waarmee we kunnen stellen dat ze duurzaam hersteld zijn.

We zien grote verschillen tussen inhaalziekenhuizen in duur en snelheid van de solvabiliteitstoename. De hersteltijd varieerde van 1 tot 7 jaar, waarin de gerealiseerde toename per jaar varieerde van 1,5 tot 6,6 procentpunt. Zoals te verwachten hadden de ziekenhuizen met de langste inlooperperiode de kleinste jaarlijkse toename in solvabiliteit en vice versa.

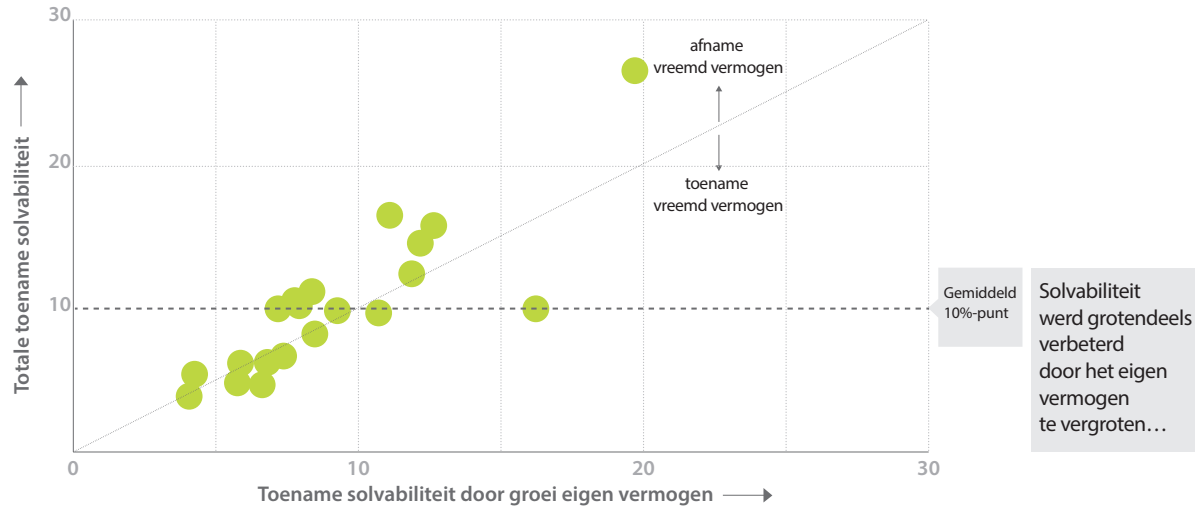
3



Solvabiliteitstoename is grotendeels veroorzaakt door groei in eigen vermogen, die voornamelijk gedreven is door winst

Verband tussen solvabiliteitstoename en groei in eigen vermogen

[toename in %-punten, elke bol is een ziekenhuis]

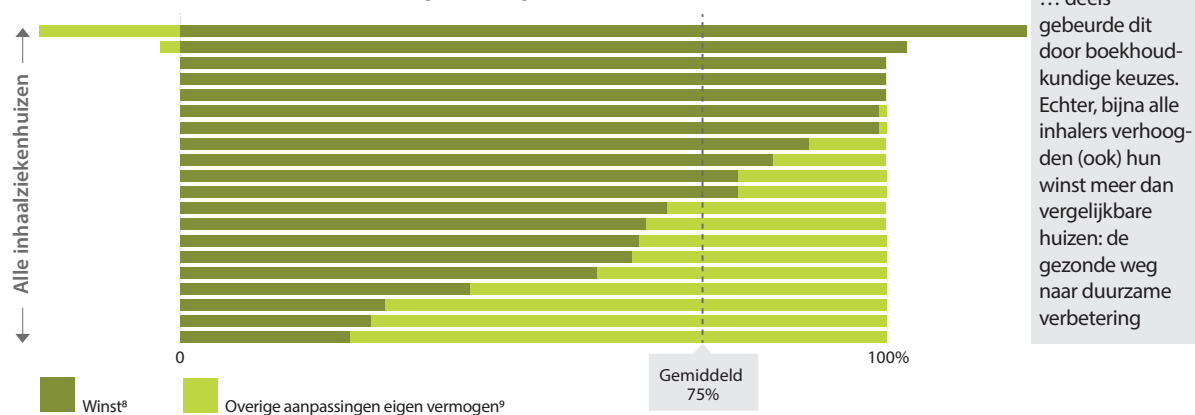


Gemiddeld 10%-punt

Solvabiliteit werd grotendeels verbeterd door het eigen vermogen te vergroten...

Toename in eigen vermogen als gevolg van winst

[cumulatieve winst als % van toename in eigen vermogen, elke staaf is een ziekenhuis]



... deels gebeurde dit door boekhoudkundige keuzes. Echter, bijna alle inhalers verhoogden (ook) hun winst meer dan vergelijkbare huizen: de gezonde weg naar duurzame verbetering

Toelichting

Om een duurzame solvabiliteitsverhoging te realiseren, is het van belang de operationele prestaties te verbeteren. Door daarmee de winst te verhogen en toe te voegen aan het eigen vermogen, stijgt de solvabiliteit. Uiteraard zijn er vele andere factoren die effect hebben op de solvabiliteit, zoals de grootte van de totale balans en waarderingskeuzes. Die oplossingen zijn echter minder duurzaam en daarmee buiten de focus van deze studie.

Gemiddeld nam de solvabiliteit van de inhaalziekenhuizen met 10%-punt toe tijdens hun inhaalperiode. Deze solvabiliteitsverbetering werd voornamelijk gedreven door een toename in eigen vermogen. Individuele ziekenhuizen, linksboven weergegeven met stippen, liggen op de trendlijn als de toename in solvabiliteit volledig veroorzaakt is door verhoging

van het eigen vermogen. Verticale afwijking van de lijn vertegenwoordigt het effect van het toe- of afnemen van het vreemd vermogen op de solvabiliteit.

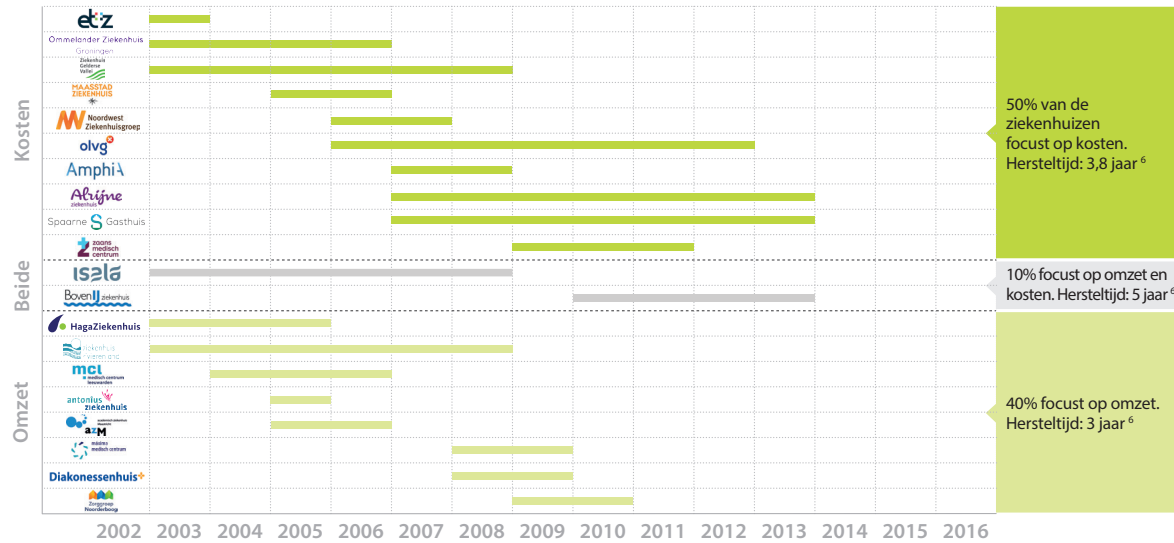
Het eigen vermogen kan stijgen door winst te maken. Ook boekhoudkundige keuzes, zoals het herwaarderen van de grond, kunnen grote invloed hebben op de hoogte van het eigen vermogen. Voor de meeste inhaalziekenhuizen geldt dat winst de belangrijkste drijver was voor hun toename in eigen vermogen. Gemiddeld genomen bestond 75% van de toename in eigen vermogen uit winst. De twintig inhaalziekenhuizen zijn meer gestegen in winst dan vergelijkbare ziekenhuizen. We stellen ons nu de vraag: is de omzet van de inhaalziekenhuizen gestegen of zijn hun kosten gedaald?

4



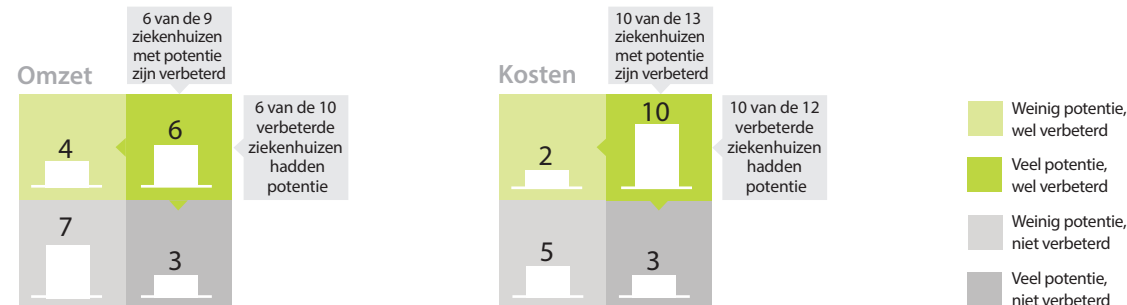
De meeste ziekenhuizen focussen op kostenverlaging - focus op omzetgroei leidt tot het snelste herstel

Focus¹⁰ van inhaalziekenhuizen tijdens hun inhaalperiode



Omzetverbetering was onafhankelijk van potentie op basis van benchmark, terwijl kostenverbetering in lijn was met potentie

Focus van ziekenhuizen en hun potentie¹¹ [aantal ziekenhuizen]



Toelichting

Van de twintig inhaalziekenhuizen die hun winst verhoogden, focusten tien ziekenhuizen (50%) zich op het verlagen van de kosten. Acht ziekenhuizen focusten zich op het verhogen van de omzet en twee ziekenhuizen wisten zich op beide gebieden beter te ontwikkelen dan vergelijkbare ziekenhuizen. De ziekenhuizen die hun omzet hebben verhoogd, waren bijna een jaar sneller hersteld dan de ziekenhuizen die hun kosten hebben verlaagd⁶.

Vaak zetten ziekenhuizen benchmarks in om te bepalen hoe ze zich kunnen verbeteren. Hebben de twintig inhaalziekenhuizen zich nu ook verbeterd op de thema's met verbeterpotentie uit een benchmark?

Er waren negen ziekenhuizen die potentie hadden op omzet voordat ze aan hun inhaalslag begonnen. Dat wil zeggen

dat ze, in vergelijking met andere ziekenhuizen, weinig inkomsten hadden per patientenheid¹⁶. De meerderheid daarvan (6/9) heeft zijn omzet verbeterd. Echter, van alle ziekenhuizen die hun omzet hebben verbeterd, behoorde een groot deel al tot de beste helft van zijn groep (4/10). Met andere woorden: vier ziekenhuizen die al relatief veel geld van een zorgverzekeraar kregen, wisten desondanks nog meer budget te onderhandelen.

Kostenverbetering was meer in lijn met de potentie op basis van een benchmark. De meerderheid van de ziekenhuizen met kostenpotentie heeft haar kostenniveau verbeterd (10/13). Van alle ziekenhuizen die hun kosten wisten te drukken, had de ruime meerderheid aanvankelijk hogere kosten dan vergelijkbare ziekenhuizen (10/12).

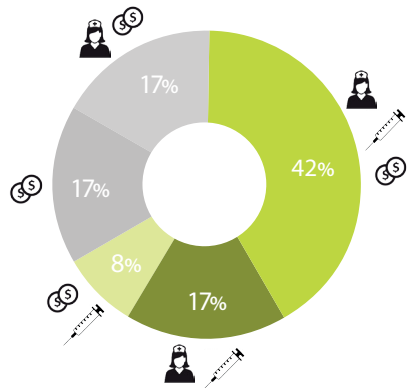
5



De meeste ziekenhuizen focusten op meerdere kostentypen, maar op arbeidskosten werd het meest bespaard

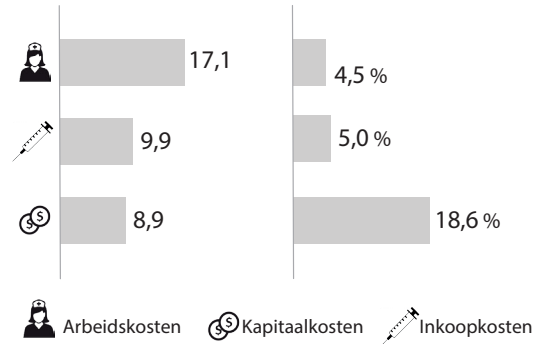
Focus op kostentype¹²

[% van ziekenhuizen die besparen op kosten]



Absolute besparing¹³
[EUR per
patiënteenheden]

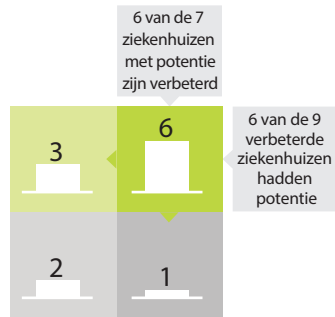
Relatieve besparing
[% van totale kosten
per type]



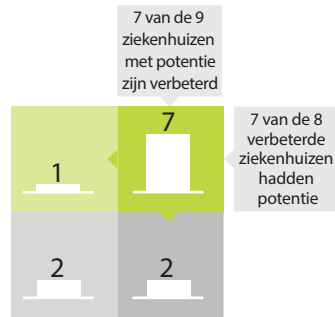
Verbetering op verschillende kostentypen is redelijk in lijn met potentie op basis van benchmark

Focus van ziekenhuizen en hun potentie¹⁴ [aantal ziekenhuizen]

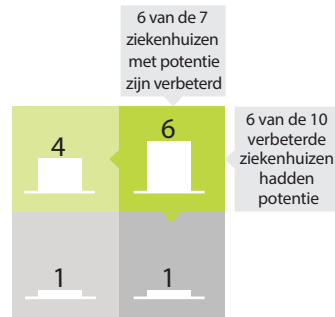
Arbeidskosten



Inkoopkosten



Kapitaalkosten



■ Weinig potentie, wel verbeterd
 ■ Veel potentie, wel verbeterd
 ■ Weinig potentie, niet verbeterd
 ■ Veel potentie, niet verbeterd

Toelichting

Een groot deel (42%) van de ziekenhuizen die hun kostenniveau hebben verbeterd ten opzichte van vergelijkbare ziekenhuizen, heeft dat op zowel arbeids-, inkoop-, als kapitaalkosten gedaan. De absolute besparing op arbeidskosten is het grootst met ruim EUR 17 per patiënteenheden¹⁵. Op kapitaalkosten is relatief gezien het meest bespaard (19%). Doordat dit de kleinste kostenpost is heeft dat echter absoluut gezien beperkte impact.

Voor alle kostentypen geldt dat het merendeel van de ziekenhuizen met potentie hun kosten hebben verbeterd. Opvallend is dat voor arbeids- en kapitaalkosten geldt dat een groot deel van de ziekenhuizen die hier verbetering hebben geboekt, al relatief lage kosten hadden. Voor inkoopkosten is dit niet het geval: bijna alle ziekenhuizen die hun inkoopkosten hebben weten te drukken, hadden aanvankelijk relatief hoge inkoopkosten.

Methode

Gehanteerde vergelijkingsgroepen

Om een zinvolle vergelijking te maken, onderscheiden we UMC's, STZ en algemene ziekenhuizen. Ziekenhuizen zijn dus alleen met vergelijkbare ziekenhuizen vergeleken. Catorale ziekenhuizen zijn niet meegenomen.

Selectie inhaalziekenhuizen

Een ziekenhuis is een inhaalziekenhuis wanneer het in de periode 2002-2016 tot het onderste kwart van de vergelijkingsgroep heeft behoord in een solvabiliteitsranglijst en later minstens drie achtereenvolgende jaren tot de beste helft.

Vergelijklingsjaren

In de analyse worden de verschillen in operationele prestatie tussen het 'zwakste jaar' en het 'goede jaar' beschouwd. Het 'zwakste jaar' is het jaar waarin de laagste positie in de vergelijkingsgroep wordt behaald. Het 'goede jaar' is het eerste jaar van de drie jaren waarin het ziekenhuis in de bovenste helft zit: in dat jaar zijn de operationele prestaties goed genoeg om minstens drie jaar een relatief goede solvabiliteit te behouden. Er zijn 2 ziekenhuizen waarvoor geldt dat de échte inhaalslag al vóór of voornamelijk middenin de periode die wij beschouwen is gemaakt: hun winst is positief, maar is tussen het 'zwakke' en het 'goede' jaar niet verder gestegen of meer

gestegen dan bij vergelijkbare ziekenhuizen. Daarom is voor deze ziekenhuizen gekozen voor afwijkende vergelijkingsjaren om hun focus tijdens het inlopen onderzoeken.

Maat voor verbetering en potentie

De hersteltijd van ziekenhuizen is gemeten van het 'zwakste jaar' tot het 'goede' jaar. Om verbetering of potentie in kaart te brengen, worden de ziekenhuizen vergeleken met de mediaan van de vergelijkingsgroep. Er is sprake van een 'verbetering' als een ziekenhuis minstens 1,5%-punt verbeterd is ten opzichte van de mediaan; er is sprake van 'potentie' als een ziekenhuis in de onderste helft staat in een ranglijst. Uiteraard valt er te twisten over wat de ambitie van een ziekenhuis zou moeten zijn: als een ziekenhuis de mediaan is, doet nog steeds de helft van de ziekenhuizen het beter. Dat zou pleiten voor een scherper doel en daarmee grotere potentie voor de meeste ziekenhuizen.

Correctie voor verschil in omvang

Om de winst, omzet en verschillende typen kosten van ziekenhuizen met verschillende omvang met elkaar te kunnen vergelijken, is overal gebruik gemaakt van winst, omzet en kosten per patiënt-eenheid¹⁶.

Disclaimer

Ziekenhuizen moeten financieel weerbaar zijn om noodzakelijke investeringen te doen en de bijbehorende risico's te dragen. Financiële weerbaarheid is niet in één getal te vangen. Ziekenhuizen met veel geld op de bank kunnen weerbaar lijken, maar met een verlieslatende exploitatie toch kwetsbaar zijn. Daarnaast is de definitie van 'financieel weerbaar zijn' afhankelijk van de risico's van de sector: sinds de overheid niet meer garant staat voor ziekenhuizen, is een hogere weerbaarheid vereist.

In deze studie kiezen we voor solvabiliteit als maat voor financiële weerbaarheid: het eigen vermogen als percentage van de totale balans. Dit is een indicatie voor de mogelijkheden van een ziekenhuis om aan

zijn langetermijnverplichtingen te kunnen voldoen. Solvabiliteit kan, net als andere maten, een vertekend beeld geven, bijvoorbeeld als de marktwaarde van (incourant) zorgvastgoed afwijkt van de boekwaarde. De solvabiliteitsgetallen zijn dus een benadering en niet de absolute waarheid. Een andere mogelijke maat voor financiële weerbaarheid is winstgevendheid. Winst beschouwen we in deze studie niet als primaire maat, maar als één van de drijvers van solvabiliteitsverbetering.

In deze studie is uitsluitend gebruik gemaakt van openbaar beschikbare jaarverslagen van ziekenhuizen uit 2002 tot en met 2016.

Voetnoten

- 1) *Eigen vermogen gedeeld door de totale balans*
- 2) *Een relatief zwakke positie is een positie in het onderste kwart van de vergelijkingsgroep, relatief goed is een positie in de bovenste helft. Er zijn drie vergelijkingsgroepen: UMC's, STZ en algemene ziekenhuizen*
- 3) *Gewogen naar balanstotaal*
- 4) *Bron: marktscan NZa medisch-specialistische zorg 2016*
- 5) *Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen*
- 6) *Gemeten van het jaar van minimale positie op de solvabiliteitsranglijst tot het eerste jaar van de periode van minstens 3 aaneengesloten jaren in de bovenste helft van de groep*
- 7) *Toename is gemeten tussen het 'zwakste' en het 'goede' jaar. Voor het berekenen van het effect van toename in eigen vermogen op solvabiliteitstoename, is het vreemd vermogen gelijk gehouden tussen het 'zwakste' en het 'goede' jaar. Dit is vergeleken met de werkelijke toename in solvabiliteit*
- 8) *Dit is de cumulatieve winst: de optelsom van alle winsten tussen het 'zwakste' en het 'goede' jaar*
- 9) *Bijvoorbeeld herwaardering van bezittingen of schenkingen*
- 10) *Focus op kosten of omzet betekent verbetering van minstens 1,5%-punt ten opzichte van de mediaan van de vergelijkingsgroep op resp. kosten per patiënteentheid en omzet per patiënteentheid, tussen het 'zwakste' en het 'goede' jaar*
- 11) *Een ziekenhuis had veel potentie op omzet of kosten als het aanvankelijk tot de onderste helft van zijn vergelijkingsgroep behoorde in de ranglijst op resp. omzet per patiënteentheid of kosten per patiënteentheid en weinig potentie als het al tot de beste helft behoorde*
- 12) *Focus op een kostentype betekent verbetering van minstens 1,5%-punt ten opzichte van de mediaan van de vergelijkingsgroep op die kosten per patiënteentheid, tussen het 'zwakste' en het 'goede' jaar*
- 13) *Er wordt vergeleken met de mediane kosten, in het 'zwakste' en het 'goede' jaar. Afwijking van dit verschil wordt gezien als besparing*
- 14) *Een ziekenhuis had veel potentie op een kostentype als het aanvankelijk tot de onderste helft van zijn vergelijkingsgroep behoorde in de ranglijst op dat kostentype per patiënteentheid en weinig potentie als het al tot de beste helft behoorde*
- 15) *Dit betekent niet dat ze hun kosten per patiënteentheid hebben verlaagd: ze hebben de kosten minder laten stijgen dan hun vergelijkingsgroep*
- 16) *Een patiënteentheid is een maat voor de productie van een ziekenhuis*

Gupta Strategists

Voor vragen kunt u contact opnemen met

Jenny de Jong

jenny.dejong@gupta-strategists.nl

06 187 677 50

Roxanne Busschers

roxanne.busschers@gupta-strategists.nl

06 522 956 25

gupta-strategists.nl