

De donkere kamer van Damokles

Over vermoeden en bewijs

Studie naar de prestaties van Nederlandse ziekenhuizen in 2009

De donkere kamer van Damokles

Hier, zie Labare, zul je het meeste werk doen. Het is het beste als ik het je meteen maar uitleg. Je bent hier namelijk in de donkere kamer. Maar nergens ter wereld komt zoveel aan het licht als in een donkere kamer! Nu moet je niet denken dat je er wat mee te maken hebt, met de dingen die hier aan het licht komen, als je maar zorgt dat het gebeurt. Je hebt er bij wijze van spreken geen omkijken naar.

In een moeilijke tijd moeten onmogelijke mensen belangrijke keuzes maken in Willem Frederik Hermans roman uit 1958: *De Donkere kamer van Damokles*. En wij weten het nog steeds niet. Was Henri Osewoudt alias Filip Van Drueten alias Carla Boeken nu een landverrader of een verzetsheld? Heeft hij Dorbeck verzonnen om de Duitsers van dienst te zijn, of om de ongenode Duitsers uit zijn huis te zetten? Hermans laat deze kwesties onbeantwoord. Door deze kwesties onbeantwoord te laten, weet Hermans op een ongelooflijke wijze in een beklemmende roman de onduidelijkheden van de moeilijke tijden, met onmogelijke mensen met belangrijke keuzes tot leven te brengen.

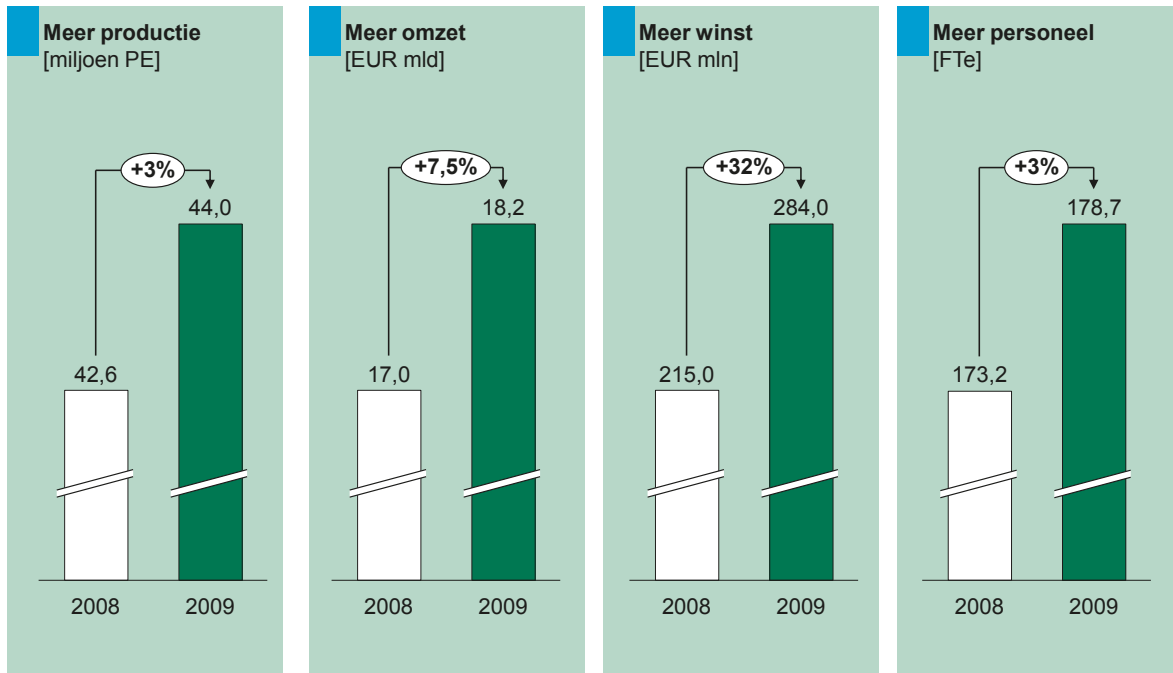
De luxe van onduidelijk blijven, kunnen wij ons niet veroorloven in de zorg. Hebben de ziekenhuizen de productiviteitswinstpotentie die er is benut of niet? Is de groei van de ziekenhuiszorg verantwoord, zowel in volume als in geld? Leidt concurrentie tussen ziekenhuizen tot extra groei in zorgvraag? Die vragen moeten wij op een eenduidige manier beantwoorden. Gebrek aan overtuigend bewijs brengt de risico's van verkeerde keuzes met zich mee. Het zwaard van Damokles kan verkeerd komen te vallen: wij kunnen verzetshelden op dezelfde manier behandelen als SSers of landverraders belonen met lintjes.

In onze studie proberen wij in een moeilijke tijd deze belangrijke kwesties voor de ziekenhuizen te doorgronden. Ziet u dan onze studie als het Leica fotoestel dat Osewoudt kocht met zijn gehele bedrijfskapitaal en als de donkere kamer waar de film in ontwikkeld wordt. De film, deze studie, probeert antwoord te geven op de vragen over de ontwikkeling van de ziekenhuissector en de prestatie van Nederlandse ziekenhuizen in het afgelopen jaar.

Inhoud

Managementsamenvatting	
1. Introductie.....	1
2. Methodologie en indicatoren.....	11
3. Marktprestaties	17
Autonome omzetontwikkeling in economisch crisisjaar	17
Van A naar B.....	19
Marktwerking: beweging en verschil	23
4. Operationele prestaties.....	33
Ziekenhuizen blijven productiviteit verliezen	33
Stagnerende arbeidsproductiviteit is een alarmerend gegeven.....	33
Meer zorg, korter in het ziekenhuis	37
5. Financiële prestaties.....	41
Recordwinst in 2009, maar onderliggende prestatie is onduidelijk.....	41
Verbetering van eigen vermogenspositie, maar grote kwetsbaarheid	43
Let op! Lenen kost bijna geen geld.....	43
6. Ranking.....	49
Nawoord.....	51

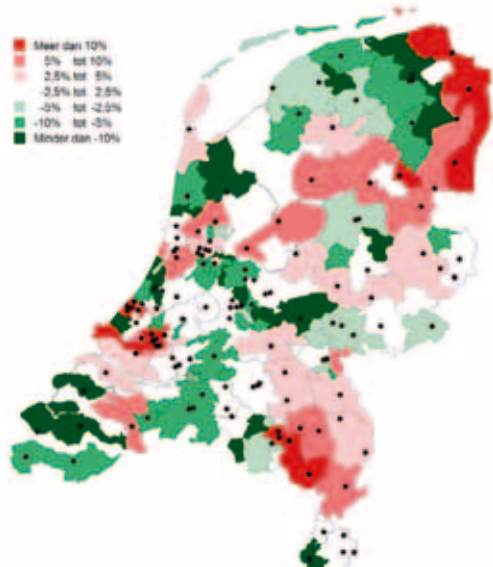
MS1



MS2

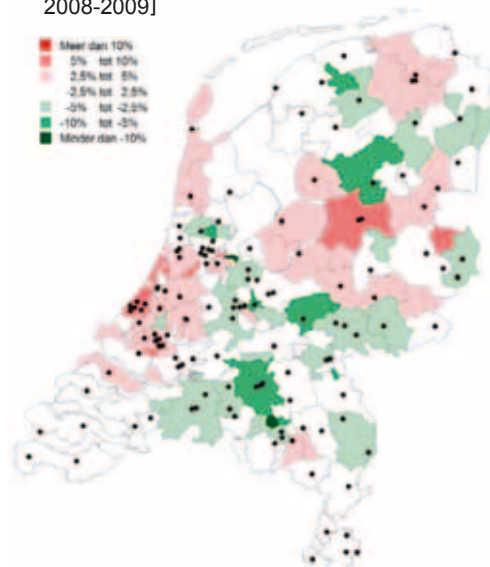
Consumptie van ziekenhuiszorg verschilt sterk tussen regio's...

[% 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:

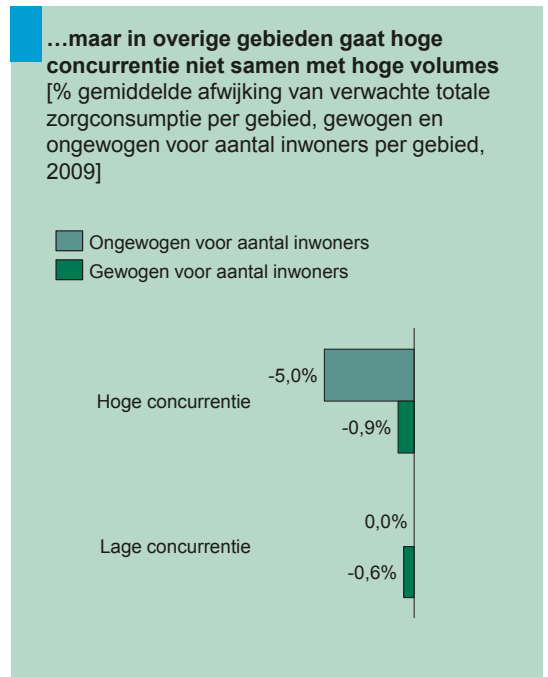
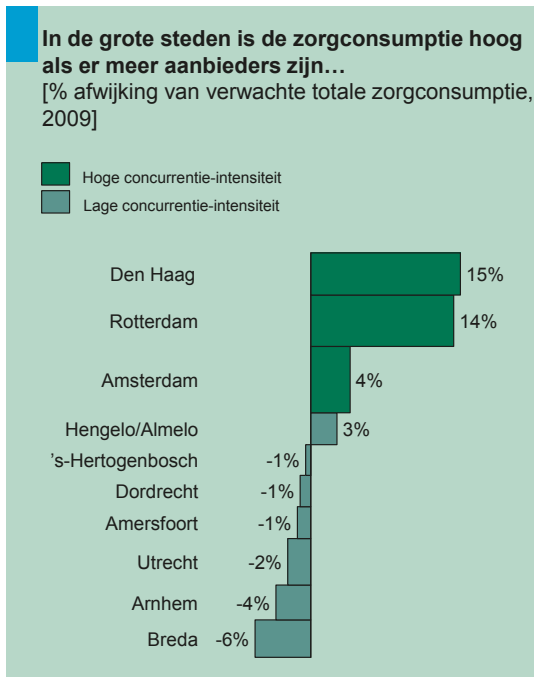
1) Consumptie van ziekenhuiszorg verschilt tussen regio's, maar hoge concurrentie-intensiteit leidt niet tot meer zorgconsumptie

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).

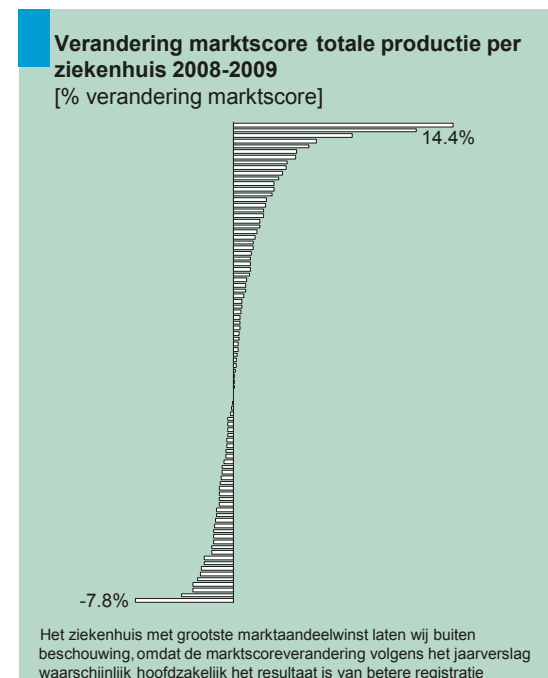
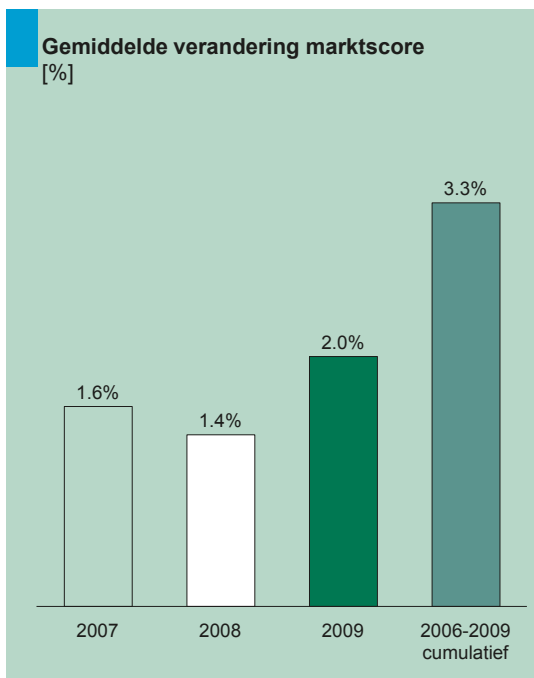
Wij vinden geen bewijs voor de veelgehoorde stelling dat meer concurrentie zou leiden tot hogere zorgvolumes. Als we kijken naar de grootste ziekenhuisgebieden (zie Figuur MS3), dan zien we dat de consumptie alleen in Rotterdam en Den Haag onverklaarbaar sterk boven de verwachting ligt. Als we echter 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



MS4



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.

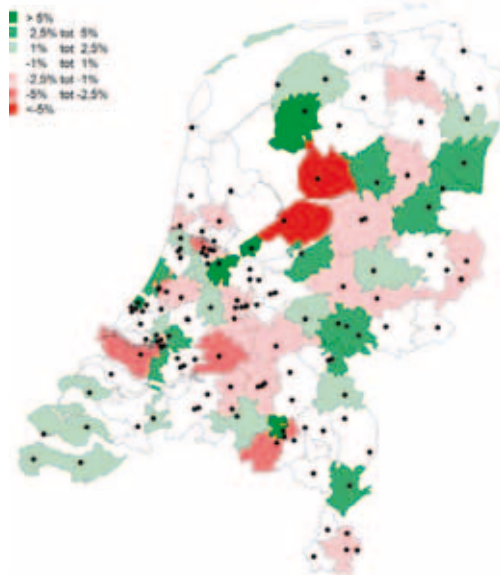
De ontwikkelingen in 'de polder' verklaren een belangrijk deel van de gemiddeld hoge activiteit in de markt, maar ook buiten de Flevopolder zien wij interessante andere hot spots. Voorbeelden zijn de concurrentie tussen Máxima MC en Catharina-ziekenhuis in Eindhoven, de sterke opkomst van Bronovo in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

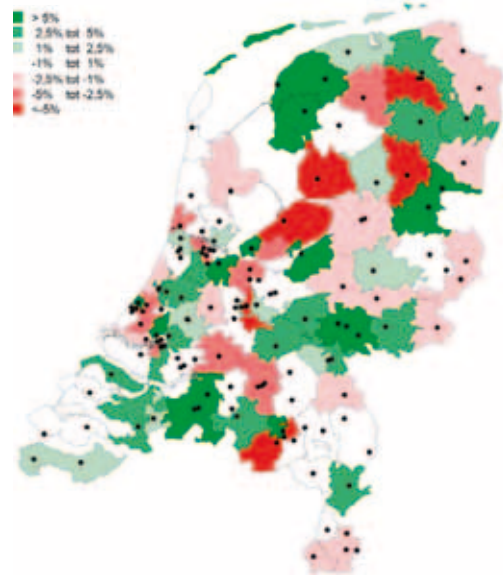
De totale omzet van de Nederlandse algemene en academische ziekenhuizen is in 2009 7,5% gestegen ten opzichte van het voorgaande jaar. Dat is ruim boven het langjarige gemiddelde van 6% stijging per jaar sinds 2002. Belangrijker is dat in 2009 de Nederlandse economie als gevolg van de crisis sterk (7,7% 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 %]

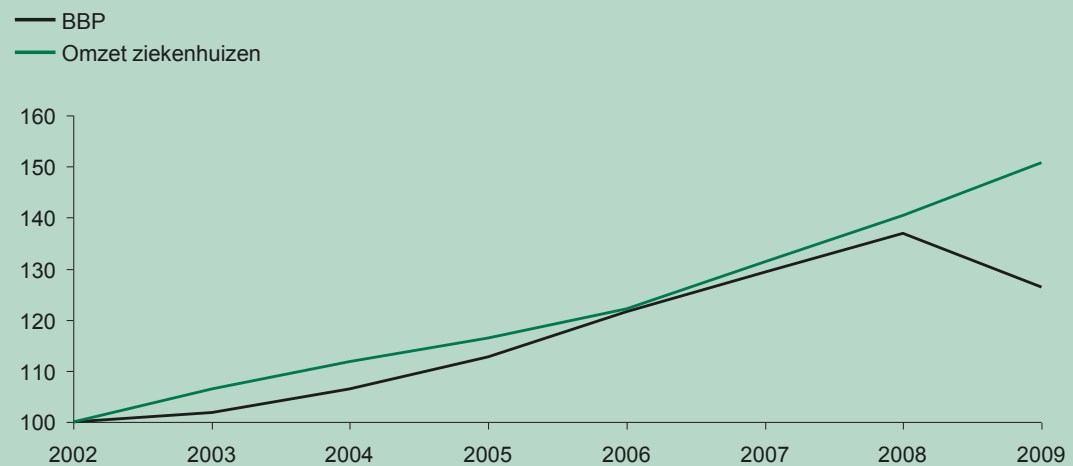


...op lange termijn zien we in het hele land forse verschuivingen
[verandering marktscore 2006-2009 in %]



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).

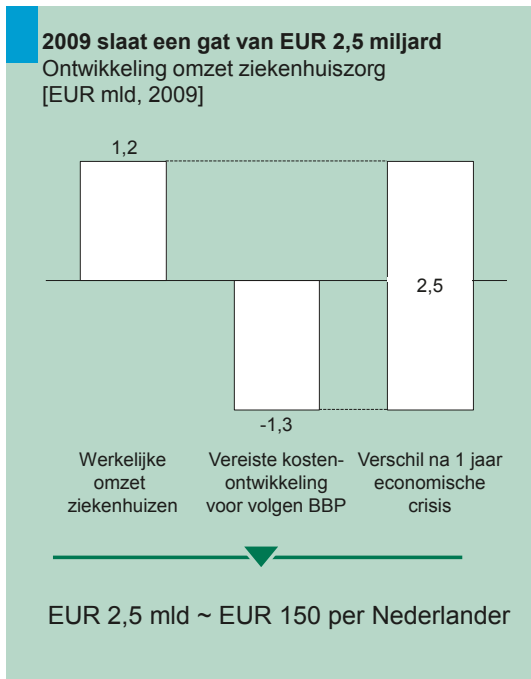
De cost-to-serve is geen perfecte maat om productiviteit te meten, maar in ieder geval blijkt dat eventuele productiviteitswinsten teniet worden gedaan door stijging van kosten van bijvoorbeeld lonen, ICT-implementaties, dure medicijnen, implantaten of nieuwe behandelmethoden.

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

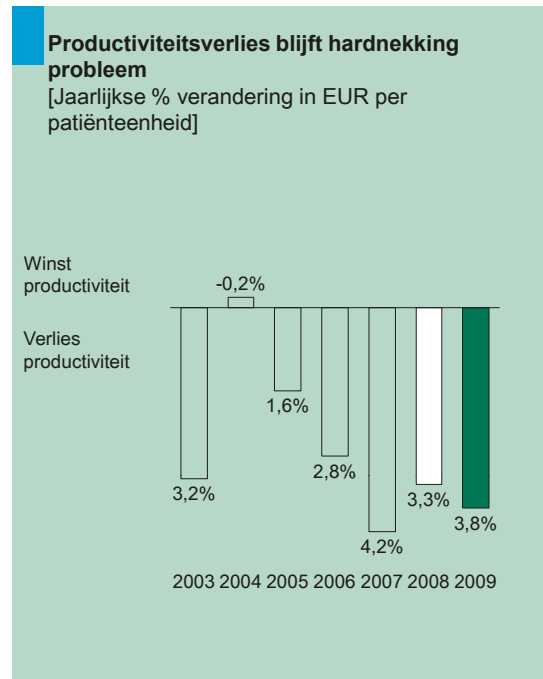
De ontwikkeling van de cost-to-serve van arbeid wordt bepaald door de arbeidsproductiviteit en de loonkosten. Voor het eerst in een lange tijd veranderde in 2009 de arbeidsproductiviteit in zijn geheel niet (zie Figuur MS9). De sector als geheel is niet in staat gebleken de manier van werken zodanig 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.

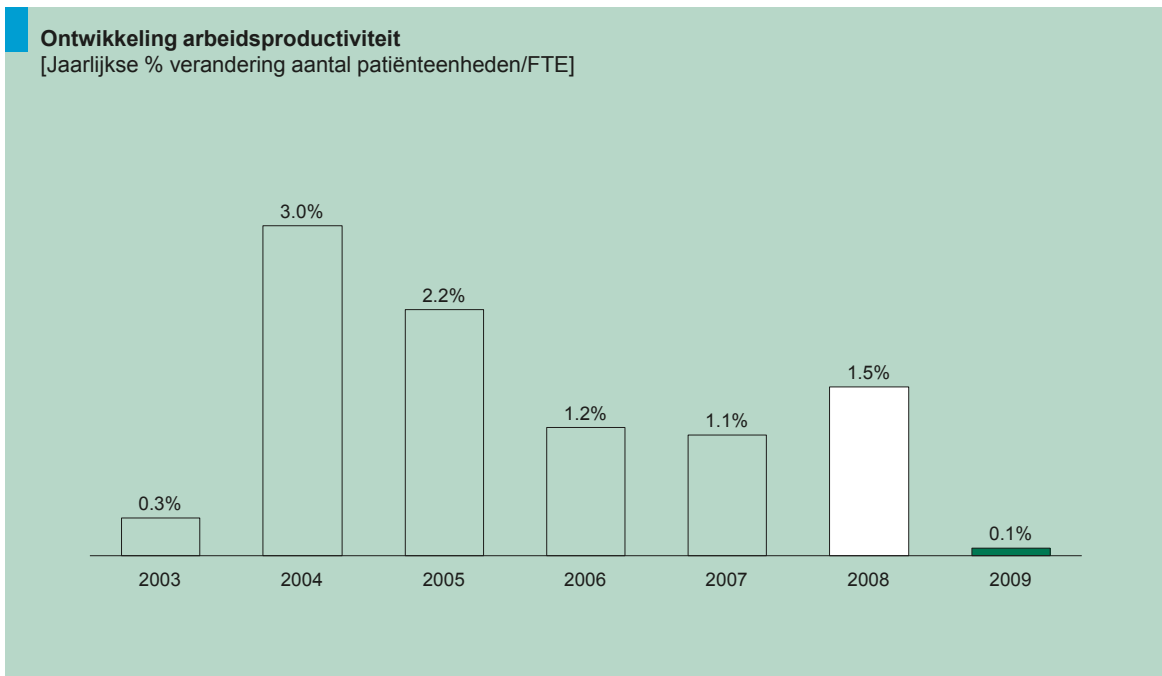
MS7



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

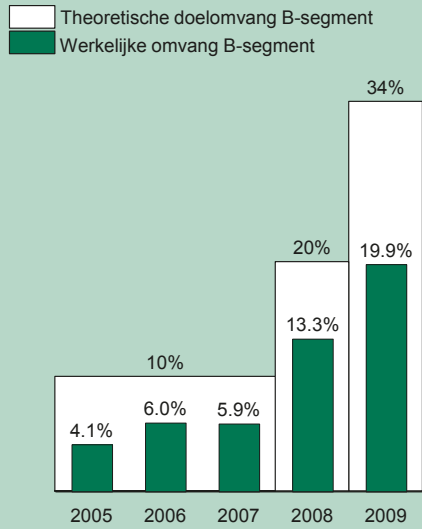
Het vrij onderhandelbare deel van de ziekenhuiszorg, het B-segment, is in 2009 uitgebreid tot 20% van de totale ziekenhuisomzet. In het beleid wordt gesproken over een doel van 34%, maar dat niveau wordt niet gehaald. Voor de algemene ziekenhuizen is het B-segment van veel groter belang (30%) dan voor 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

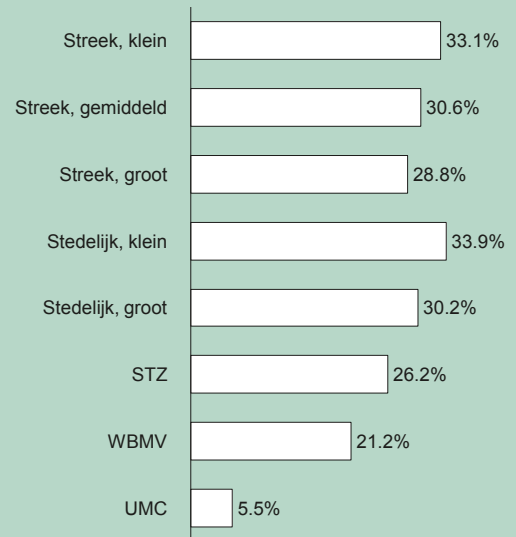
B-segment stijgt naar 20% van de omzet...

[B-segment opbrengst als % van totale opbrengsten]



...maar is van minder belang voor de UMCs

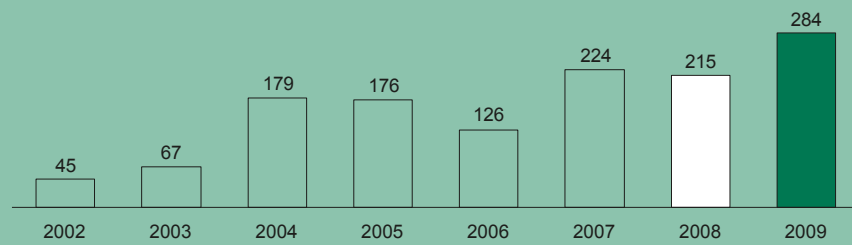
[% van totale opbrengsten]



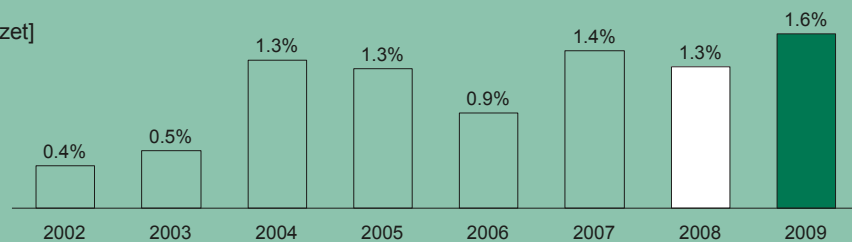
MS11

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.



1. Introductie

*2009 was een
crisisjaar...*

Toen de ziekenhuizen het jaar 2009 openden, wisten zij met de rest van het land dat een bijzonder jaar begon. De financiële crisis was overduidelijk en in alle hevigheid losgebarsten. Prinsjesdagvoorspellingen en –ambities van nog geen vier maanden geleden waren nietszeggend geworden. Wereldwijd trok een orkaan door nationale economieën. Overheidstekorten begonnen in hoog tempo op te lopen. Krappe arbeidsmarkten werden plotsklaps ruim. Jaren '30 scenario's en ineenstorting van de wereldeconomie werden besproken als realistische opties.

*...maar voor
ziekenhuizen bleef
alles 'business as
usual'*

De Nederlandse ziekenhuizen trokken zich echter niets van de economische crisis aan en sloten 2009 af als elk ander jaar. Meer productie, fenomenale omzetsijging, stijgende lonen en een nog immer voortdurende zoektocht naar voldoende geschoold personeel voor lastig te vervullen vacatures. 2009 is het jaar waarin de ziekenhuissector bewees zich totaal autonoom te ontwikkelen. 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.

Bij de introductie van onze jaarlijkse studie naar de prestaties van Nederlandse ziekenhuizen werpen wij wederom de vraag op die ook in onze eerdere ziekenhuisstudies centraal stond. Zien we een ontwikkeling in de prestaties van ziekenhuizen die aanleiding geeft te geloven dat ziekenhuiszorg ook in de toekomst nog betaalbaar, toegankelijk en van hoge kwaliteit zal zijn? Of zien wij tekenen dat een of meer van deze waarden in het huidige model in het gedrang gaan komen? Hoe ziet de foto van de ziekenhuissector eruit?

Om deze vragen te beantwoorden bepalen we wat relevante prestaties zijn om betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit duurzaam te garanderen. Als we deze prestaties kunnen meten, kunnen we zien of voldoende resultaat wordt behaald. Als de resultaten nog achterblijven, moeten we onderzoeken of er voldoende krachten in de sector aanwezig zijn om verbetering van de resultaten in de toekomst te realiseren.

Krimp van de economie zet betaalbaarheid van ziekenhuiszorg onder grote druk

Betaalbaarheid is het resultaat van het aantal behandelingen en de kosten per behandeling en moet worden afgezet tegen ons vermogen en bereidheid om te betalen. Betaalbaarheid neemt toe als het aantal behandelingen per hoofd van de bevolking afneemt, als de kosten van behandelingen dalen, of als ons vermogen of bereidheid om te betalen toeneemt. De afgelopen jaren zien we een beeld van stijgende behandelvolumes en nog sneller stijgende kosten. De totale kosten van ziekenhuiszorg per Nederlander stegen. Tegelijkertijd groeide echter ook ons nationale vermogen om de kosten te dragen. Het BBP steeg. Ons nationale inkomen groeide niet sterk genoeg om de zorgkosten bij te houden, maar het verschil bleef te overzien. Sinds 2009 moeten we ons serieus zorgen maken over de betaalbaarheid in de toekomst. De zorgkosten blijven stijgen, terwijl ons BBP bijna 8% in waarde kromp. Voorlopig bleken wij bereid de kosten te blijven betalen, maar als de groei van het BBP conform verwachting stagneert, zullen we gedwongen worden om drastische keuzes te gaan maken. Beter onderwijs of extra zorg? Lager pensioen of minder snel tot operatie overgaan?

Concentratie van zorg is het nieuwe adagium voor kwaliteit

Een interessante ontwikkeling speelt zich af op het gebied van **toegankelijkheid** en **kwaliteit**. Toegankelijkheid wordt, naast o.a. wachttijden, sterk bepaald door de fysieke afstand van de patiënt tot de zorgverlener. Ziekenhuizen doen van alles om deze afstand te overbruggen. Van het openen van buitenpoli's tot het inzetten van gratis pendelbussen. Zo dicht mogelijk bij huis is al een aantal jaren het credo. Ondertussen gaan er steeds meer stemmen op dat de kwaliteit van zorg helemaal niet is gebaat bij te sterke decentralisatie. Kleine volumes gaan vaak samen met relatief onervaren artsen en verpleegkundigen en suboptimaal uitgeruste behandelruimtes. Keuzes maken: concentratie en kwaliteit boven reistijd is het nieuwe adagium. Hier wordt het zoeken naar een balans. Hoe ver kunnen we gaan met het concentreren van zorg op een beperkt aantal locaties, zonder dat we mensen door de fysieke afstand gaan uitsluiten van toegang tot deze zorg? En hoe monitoren we of de kwaliteit van zorg van voldoende niveau is binnen een decentrale setting? En hoe zeker weten we überhaupt dat concentratie het beste antwoord is op de vraag naar hogere kwaliteit van zorg, nu en morgen?

IGZ en ZiZo maakten tot nu toe slechts voor 6% van de ziekenhuiszorg relevante uitkomstindicatoren beschikbaar

De huidige prestatie-indicatoren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en het bureau Zichtbare Zorg geven na meer dan een decennium van ontwikkeling slechts relevante uitkomstindicatoren voor 6% van de totale zorgkosten. In dit tempo blijft het nog decennia onmogelijk om op feiten gebaseerde afwegingen te maken tussen

*Patiënt, arts
en verzekeraar
zijn nu aan zet
om kwaliteit
inzichtelijk te
maken*

centraal en decentraal aanbieden van zorg en om kwaliteit de plek te geven die het verdient in onderhandelingen tussen ziekenhuizen en verzekeraars en bij de keuze die een individuele patiënt wil kunnen maken. Als de centrale overheid niet in staat is om tempo te maken op dit dossier, is het aan de vooroplopende zorgverzekeraars en ziekenhuizen om de handschoen op te pakken en in de komende paar jaar betekenisvolle uitkomstindicatoren voor kwaliteit van zorg te ontwikkelen. Wij hebben vaak gezegd, en het kwaliteitsdossier bevestigt onze stelling, dat zorg te complex is om op afstand te regisseren. Nu zijn de patiënt, zijn dokter en zijn verzekeraar aan zet. Ervaringen uit het buitenland leren dat het zeer goed mogelijk is om voor een groter deel van de zorg uitkomstindicatoren te ontwikkelen en te gebruiken. Op het eerste gezicht lijkt dus weinig ons tegen te houden om in Nederland kwaliteit hoger op de agenda te zetten en betere resultaten te behalen.

Misschien lukt het deze actoren de sector te verbeteren zodat we niet tot de drastische keuzes worden gedwongen die wij hierboven beschrijven. Door te durven kijken naar en in te spelen op verschillen in zorgconsumptie. Door werkwijzen, procedures en gewoonten tegen het licht te houden en productiviteit echt te verbeteren. Door in hoog tempo uitkomstindicatoren over kwaliteit te ontwikkelen.

Maar zijn er voldoende drijvende krachten aan het werk om deze reflectie en ontwikkeling te starten? Krachten die veranderingen in de sector kunnen bewerkstelligen komen van de overheid, de zorgverzekeraars en de patiënt en misschien wel als belangrijkste van de zorgverleners zelf:

*Sinds de
introductie van
de Zvw is het
optreden van de
overheid zwak*

De overheid bepaalt de tarieven in het A-segment, bepaalt het tempo waarin het B-segment wordt uitgebreid, bepaalt de productdefinities en is agendahouder op het gebied van kwaliteit. Een krachtig optreden van VWS en NZa op deze onderwerpen is gewenst. De introductie van de Zorgverzekeringswet in 2005 is een grote prestatie geweest, die ook internationaal bijzonder in de belangstelling staat. Sindsdien lukt het niet om een intelligente prestatieprikkel in te bouwen. Het dbc-systeem is een overcomplex en falend systeem en de kwaliteitsagenda heeft tot nu toe slechts bruikbare indicatoren opgeleverd voor een klein deel van de zorg. Alleen de uitbreiding van het B-segment is een relatief succes. Deze uitbreiding lijkt echter vroegtijdig te zijn gestagneerd.

*Zorgverzekeraars
beginnen hun rol
in te vullen..*

Zorgverzekeraars richten zich hoofdzakelijk op prijsonderhandelingen in het B-segment. Langzaam komen zij in de rol van een actieve inkoper van zorg. Van zorgverzekeraars is misschien op dit moment nog wel het meest te verwachten. Het succes van het B-segment bewijst dat zij succesvol een tegenkracht voor de grote macht van ziekenhuizen kunnen zijn. Omdat prijs, volume, kwaliteit en casemix nauw met elkaar samenhangen, beginnen de grote en regionale zorgverzekeraars kennisleemten op het gebied van kwaliteit en volume in te vullen.

*...maar moeten
voldoende tijd
krijgen om de
omslag te maken*

Ongeduld slaat echter snel toe. Er zijn nu al geluiden te horen dat zorgverzekeraars in hun rol mislukt zijn. De Zorgverzekeringwet waarover we net spraken is 5 jaar oud en had een aanloop van meer dan 20 jaar. Oordelen over haar resultaat moet daarom ook niet te snel gebeuren. Sterker nog, het is gevaarlijk. Het kost tijd om administratiekantoren om te bouwen naar zorginhoudelijk gedreven zorgverzekeraars. Dat kost geen 5 jaar, maar 10-20 jaar. Verzekeraars zijn goed op weg en hun ontwikkeling zal de komende jaren blijven versnellen. Voordat we dit proces stopzetten, moeten we goed bedenken wat de prestaties van het alternatief kunnen zijn.

*De invloed van
de patiënt is nog
beperkt*

Waar staat **de patiënt** in deze? In direct contact tussen ziekenhuis en patiënt lijkt de patiënt zich nog terughoudend op te stellen. Slechts weinig patiënten zetten druk op hun behandelaars door te wijzen op problemen met kwaliteit, service of de hoogte van de rekening. Patiënten stemmen nog maar beperkt met hun voeten door in een ander ziekenhuis behandeling te zoeken. Vooral ziekenhuizen die met ernstige problemen kampen of grote wijzigingen aanbrenge in hun aanbod, verliezen (of winnen) patiënten. Ook de indirecte invloed van patiënten lijkt nog beperkt. Slechts enkele patiëntenverenigingen zijn in staat om een vuist te maken en maar zeer weinig verzekerden wisselen van zorgverzekeraar.

Kwaliteitsinformatie is ook hier essentieel om verbeteringen in ziekenhuiszorg te realiseren. Waar betrouwbare informatie en keuzemogelijkheden voor patiënten beschikbaar zijn, bevestigen studies de bereidheid van patiënten om keuzes te maken. Het gaat immers ergens over: mijn zorg.

*De zorgverlener
zelf is de beste
regisseur...*

Tot slot hebben we de **zorgverleners** zelf: de ziekenhuizen en doktoren. De grootste en beste regisseur in het zorgveld is niet de overheid, niet de verzekeraar en niet de patiënt, maar zijn de zorgverleners zelf. Toch ontbreekt hun stem in menig discussie. Zeker nu specialisten meer en meer in een kwaad daglicht worden geplaatst. Wij vinden dit

*...en moet meer
vertrouwen en
autonomie krijgen*

onterecht en onwenselijk. Als wij zorg willen verbeteren, moeten wij vertrouwen stellen in de doktoren en andere zorgverleners. Wij moeten hen meer autonomie toevertrouwen en voeden met inzicht. Wij stellen ons kwetsbaar op als wij naakt onder de lampen gaan liggen met een mes op onze borst. Laten wij dezelfde kwetsbaarheid tonen en hetzelfde vertrouwen geven als wij regels en beleid maken voor ziekenhuiszorg.

De volgende secties zijn onze 'donkere kamer', waarin wij de ontwikkeling van de ziekenhuissector en de 90 Nederlandse algemene en universitaire ziekenhuizen analyseren. Wij ontwikkelen de foto's van hun prestaties op het gebied van marktprestaties, operationele prestaties en financiële prestaties. We zoeken naar positieve ontwikkelingen, inspirerende voorbeelden en proberen de vinger op de zere plek te leggen als we problemen signaleren. Wij hopen hiermee onze eigen bijdrage te leveren aan de verdere ontwikkeling van een ziekenhuissector met goed werkende markten, efficiënte en effectieve bedrijfsvoering en gezonde financiële resultaten.

2. Methodologie en indicatoren

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

Wij rapporteren resultaten op drie niveaus:

- 1) **Ziekenhuissector:** Onze analyse bestrijkt de 90 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 90 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)
 - 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 kostenstructuur als gevolg van verschillen in behandelintensiteit, specialisatie en bijzondere functies.

3) Individuele ziekenhuizen: Specifieke prestaties en ranking van de 90 geanalyseerde ziekenhuizen.

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

- 1) **Marktprestaties:** Hier analyseren we de prestaties van de ziekenhuizen in hun markten:
 - a. **Omzet**
 - i. Totale omzet
 - ii. A-segment omzet
 - iii. B-segment omzet
 - b. **Marktscore:** Een maat die de positie van het ziekenhuis in de markt weergeeft. Op basis van reistijden naar ziekenhuizen berekenen wij per postcodegebied de verwachte marktaandelen van de omliggende ziekenhuizen. Indien een ziekenhuis meer zorg levert dan verwacht is de marktscore groter dan 1 (of 100%).
 - i. Overall score op basis van EPBs (A+B segment)
 - ii. B-segment op basis van omzet

Jaarlijks passen wij de verwachte marktaandelen aan voor veranderingen in reistijden (bijvoorbeeld door aanleg van nieuwe wegen, of verandering van ziekenhuislocaties), correcties van ziekenhuizen op eerder gerapporteerde productie en verbeteringen van ons algoritme voor het toewijzen van markten aan ziekenhuizen. Deze veranderingen voeren wij altijd retrospectief door, zodat jaar-op-jaar vergelijkingen mogelijk zijn.

2) **Operationele prestaties:** Hier analyseren we de operationele prestaties:

a. **Behandelkosten**

I Behandelkosten arbeid

II Arbeidsproductiviteit

i. Loonkosten per F

ii. Behandelkosten inkoop

iii. Behandelkosten kapitaallasten

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

3) **Financiële prestaties:**

a. **Winstgevendheid**

b. **Eigen vermogen**

c. **Schuld**

Wij analyseren de prestaties van alle 90 ziekenhuizen binnen hun vergelijkingsgroepen op basis van deze indicatoren. Dit is de basis voor een ranking van een individueel ziekenhuis relatief ten opzichte van zijn vergelijkingsgroep in drie categorieën: voorlopers, gemiddelde presteerders en achterblijvers.

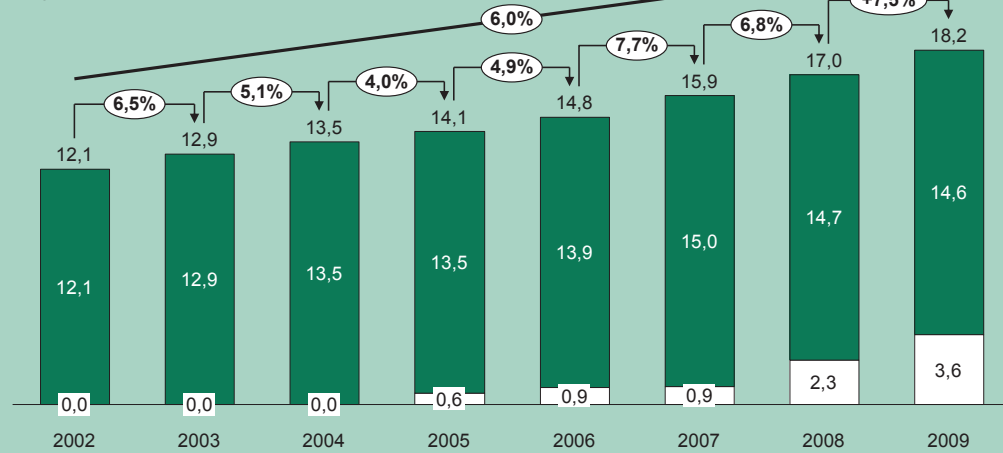
In diverse studies en 'lijstjes' worden ziekenhuizen vergeleken op het gebied van kwaliteit. Naar onze mening is een zinnige vergelijking nog steeds niet mogelijk. Voor de meting van kwaliteit van zorg is in veel gevallen de registratie nog onvoldoende en bestaat te weinig kennis om uitkomsten van beperkte metingen op de juiste wijze eenduidig te interpreteren. Bovendien is in Nederland voor de meeste aandoeningen nog helemaal niet bekend wat goede kwaliteit is en op welke manier en op welk aggregatieniveau kwaliteit gemeten zou moeten worden. Wij kiezen er daarom voor de komende jaren een stevige inhoudelijke bijdrage te leveren aan de kwaliteitsdiscussie. Een oordeel over ziekenhuizen op basis van de huidige informatie en kennis vinden wij op dit moment echter onjuist en onwenselijk.

M1

Wederom een jaar met bovengemiddelde groei van de omzet

Omzet ziekenhuizen 2002-2009
[EUR mld]

■ A-segment en overige omzet
□ B-segment

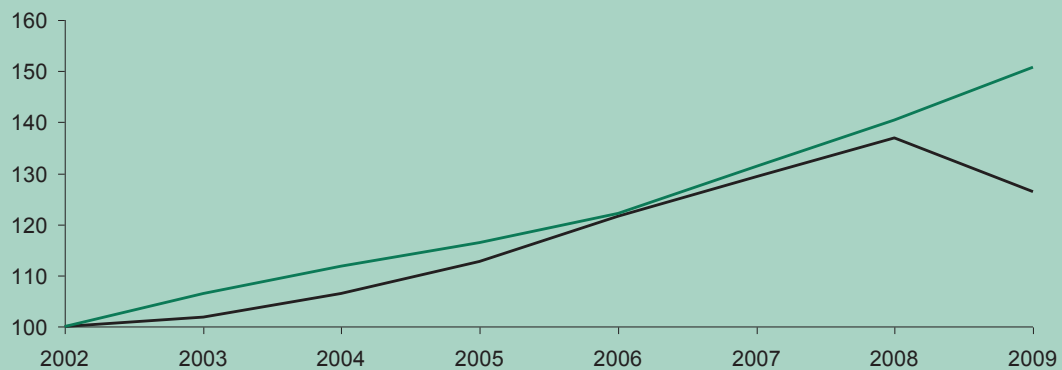


M2

In 2009 nam de kostenontwikkeling in ziekenhuiszorg afscheid van de economische groei

Omzet ziekenhuizen en BBP (o.b.v. waarde)
[index; basisjaar 2002 = 100]

— BBP
— Omzet ziekenhuizen



3. Marktprestaties

In deze sectie analyseren wij de ontwikkeling van omzet, marktaandelen en markt-volumes.

Autonome omzetontwikkeling in economisch crisisjaar

Terwijl de economie kromp, stegen de ziekenhuisomzetten gewoon door...

De totale omzet van de Nederlandse algemene en academische ziekenhuizen is in 2009 7,5% gestegen ten opzichte van het voorgaande jaar (zie Figuur M1). 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. Waar uitgaven aan ziekenhuiszorg en economische groei de afgelopen jaren relatief gelijke tred hielden, ontstaat nu plotseling een gapend gat (zie Figuur M2).

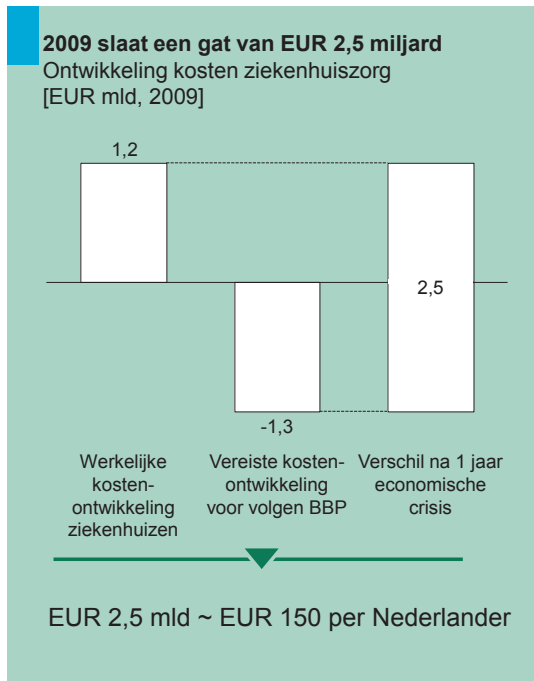
...waardoor in 2009 een gat van EUR 2,5 mld ontstond

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 M3). Het scenario van sterk oplopende tekorten op de zorguitgaven, dat wij anderhalf jaar geleden in onze studie 'Code Red' voorspelden, begint waarheid te worden. Het budget voor zorgkosten is gekoppeld aan ons BBP. Als onze economie krimpt, betekent dit dat de begrote uitgaven voor zorg ook moeten teruglopen. Of we moeten toestaan dat de zorg een groter deel van het BBP gaat worden. In vergelijking met het buitenland (o.a. de Verenigde Staten en Zwitserland) is er ruimte om de zorgkosten te laten stijgen, maar dat is wel een fundamentele maatschappelijke en beleidskeuze.

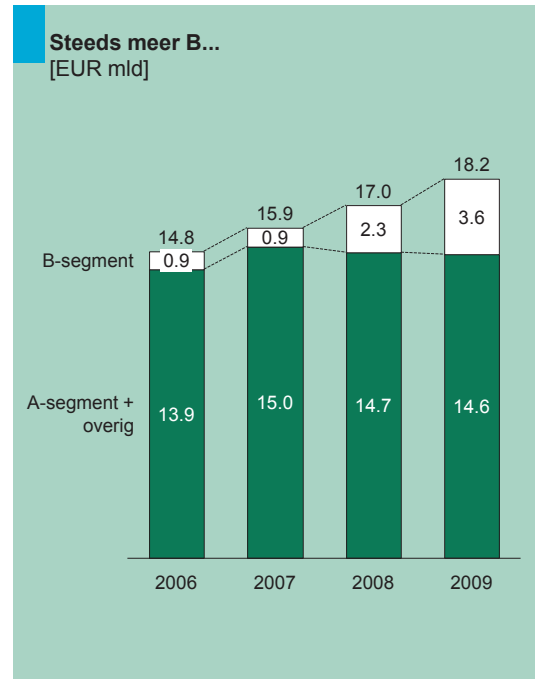
Projecties van de economische groei voor de komende jaren laten (in een optimistisch scenario) gematigde groei zien. Vooralsnog geeft de ontwikkeling van de ziekenhuisomzetten geen aanleiding om aan te nemen dat de groei in deze sector zal afzwakken. Als het BBP de komende jaren steeds 4% in volume groeit en de ziekenhuiskosten reëel met 4,5% blijven stijgen³, groeit het tekort tot 2020 naar een structureel gat van EUR 10 mld (op 2009 prijspeil). De komende jaren zal moeten blijken

³ Voor de totale economie en de ziekenhuiskosten stellen we de prijsstijging indicatief op 2% per jaar.

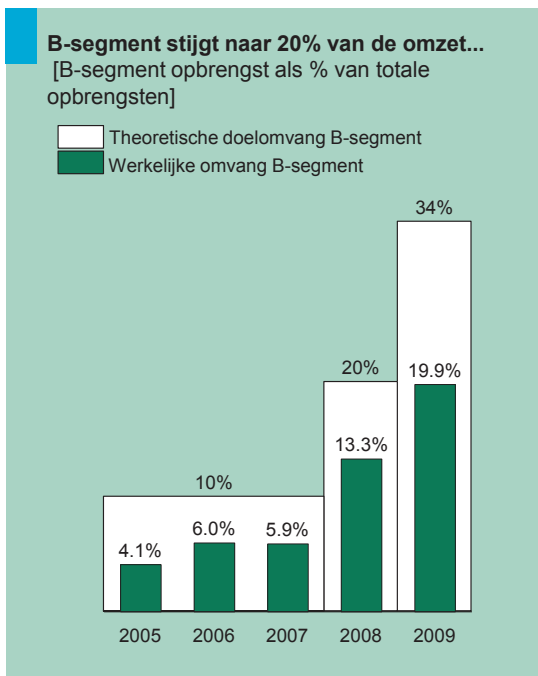
M3



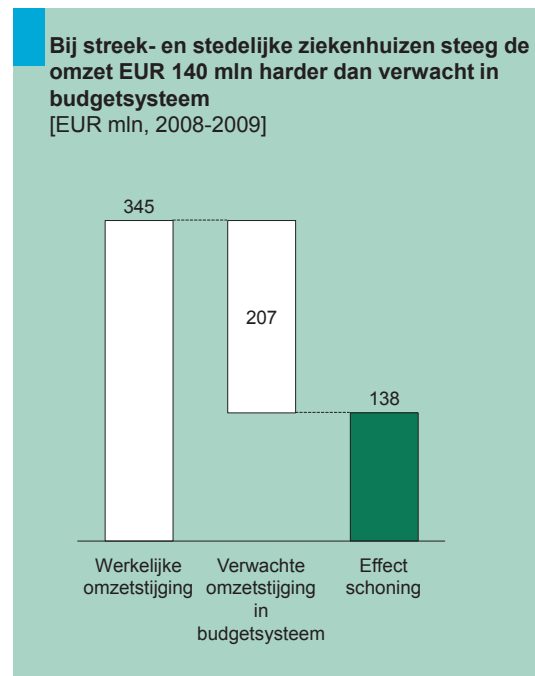
M4



M4



M5



of we in staat zijn om dit gat door prestatieverbeteringen in de sector te dichten, minder zorg te gebruiken, of als maatschappij bereid zijn om andere uitgaven op te geven ten behoeve van hogere zorguitgaven.

Van A naar B

Het B-segment groeide in 2009 wederom sterk (56%), terwijl het totaal van A-segment en overige opbrengsten iets daalde van EUR 14,7 naar EUR 14,6 miljard (zie Figuur M4). Helaas is het onmogelijk om op basis van openbare data deze groei te scheiden in groei van zorgvolume, prijzen van zorg die al voor 2008 in het B-segment zat en groei door verdere uitbreiding van het B-segment in 2008 en 2009. In onze studie van vorig jaar stonden we al uitgebreid stil bij dit probleem. Onze aanbeveling voor beleidsmakers en de sector om in jaarverslagen apart de omvang van B-2005, B-2008 en B-2009 te rapporteren blijft staan. Inzichtelijker nog zou het zijn om de ontwikkeling van volume en prijs van specifieke aandoeningen/behandelingen te monitoren.

*Het B-segment
werd ruim
anderhalf keer zo
groot...*

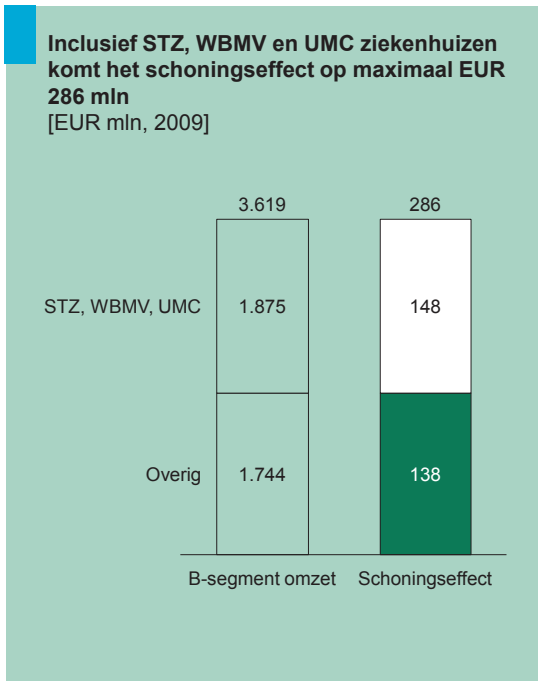
Voor onze conclusie over de groei van het B-segment volstaan we er dit jaar mee te stellen dat het er wederom op lijkt dat de schoning niet goed is uitgevoerd. De opbrengsten van ziekenhuizen stijgen tot EUR 300 miljoen sterker dan wij op basis van de historische ontwikkeling van het bestaande B-segment en A-segment kunnen verklaren. Om dit effect te schatten hebben we gekeken naar de omzetontwikkeling in de groepen van algemene streek- en stedelijke ziekenhuizen. In deze groepen wordt de omzetontwikkeling nauwelijks beïnvloed door volumestijging van zeer dure/complexere zorg. Als in deze groepen alle zorg in het A-segment was gebleven, zou de omzet naar verwachting met EUR 207 miljoen stijgen. In feite zien we een omzetstijging van EUR 345 miljoen. Het effect van schoning is dan EUR 138 miljoen. Als we dit effect extrapoleren naar alle B-segmentzorg, geleverd door alle ziekenhuizen, dan is het maximale effect van schoning EUR 300 miljoen (zie Figuur M5). De schoningsfout valt wederom uit in het voordeel van de ziekenhuizen.

*...waarbij de
schooning weer niet
goed ging*

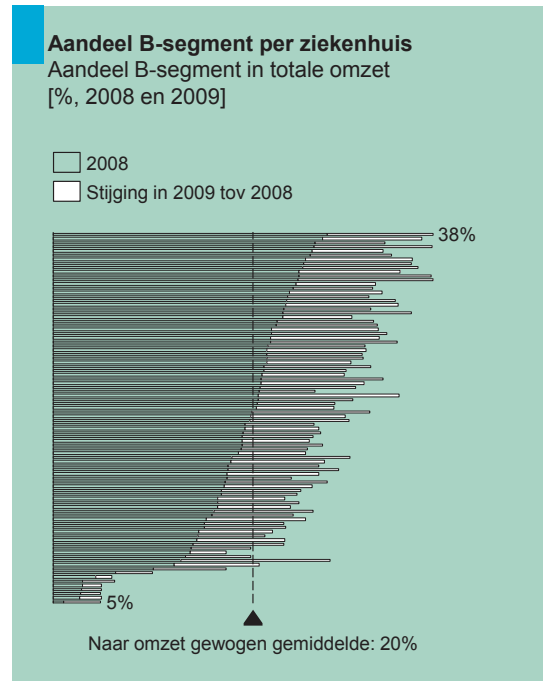
Mocht het B-segment in de toekomst verder worden uitgebreid, dan zal zonder veranderingen weer een vergelijkbaar schoningsprobleem spelen. Het is daarom de vraag of de tijd niet rijp is voor verandering van het budgetsysteem. Ook zonder verdere uitbreiding van het B-segment is dit een belangrijk onderwerp, want aan de structuur en opbouw van het budget is al jaren geen fundamenteel onderhoud gepleegd. Prijzen worden alleen geïndexeerd en incidenteel aangepast of nieuwe vergoedingen toegevoegd. Dit budgetsysteem past niet goed naast een marktgericht B-segment en in

*Het financierings-
systeem van
ziekenhuizen is toe
aan een update*

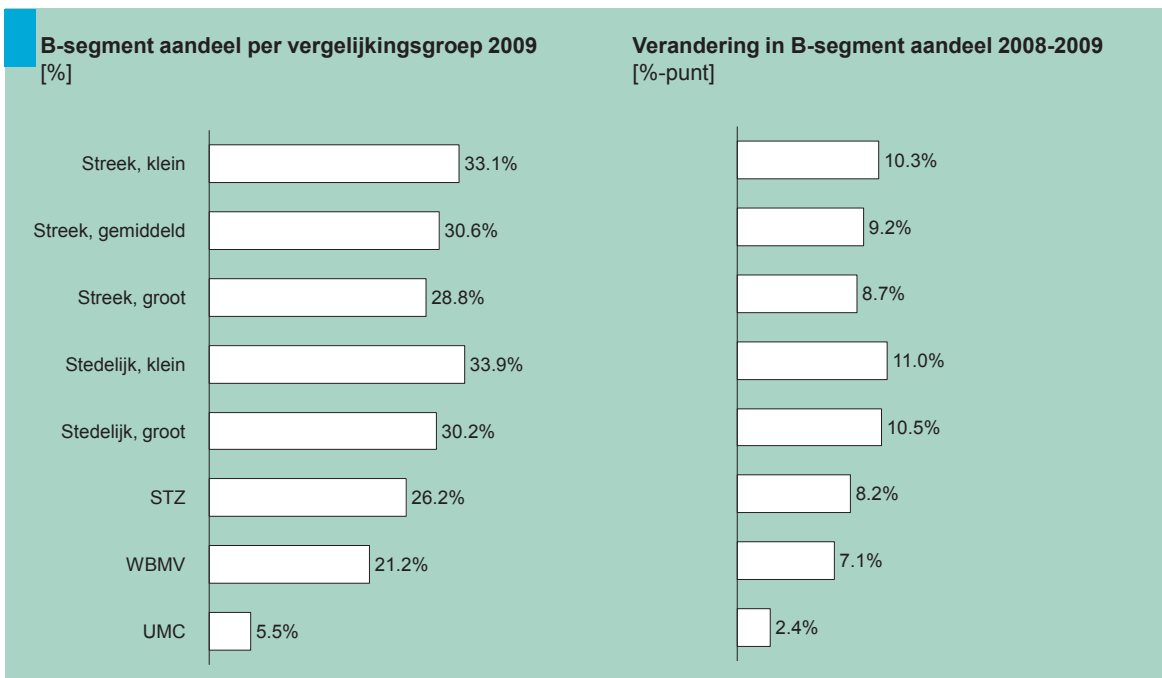
M5



M6



M7



een macro-omgeving waarin de overheid ook voor het gebudgetteerde deel van de zorg goed werkende prestatieprikkels wil geven.

Een mogelijkheid zou zijn om de producten in het A-segment helder te omschrijven en op basis van nieuwe budgetparameters voor te onderscheiden functies (Intensive Care, SEH, bijzondere zorg, van marktwerking uitgesloten zorg) te bekostigen. Daarbij zullen we moeten accepteren dat het simpelweg niet mogelijk en waarschijnlijk zelfs onwenselijk is om te trachten alle zorg in eenduidige productomschrijvingen te vatten. Het oude functionele budget met enkele generieke productieparameters en vergoeding van werkelijke kosten van bijzonder dure medicatie, implantaten en hulpmiddelen is en blijft voor deze groep van ziekenhuiszorg waarschijnlijk de beste bekostigingsmethode. In elk geval moeten de lessen van de DBC-problematiek in de afgelopen jaren ons leren dat het effectiever en efficiënter is om een eenvoudig en beheersbaar systeem te hanteren in plaats van een overgedetailleerd systeem dat is gebaseerd op schijnzekerheden.

Naast het opnieuw opbouwen van een budget moet, hand in hand met verbetering van de DBC-structuur via DOT, het B-segment worden hergedefinieerd in herkenbare, concrete (groepen van) producten. Pas als zorgverzekeraars en ziekenhuizen echt kunnen vaststellen en begrijpen waarover ze onderhandelen, kunnen we betekenisvolle effecten van deze onderhandelingen op prijs, volume, toegankelijkheid en kwaliteit verwachten.

Belang van B verschilt tussen ziekenhuizen

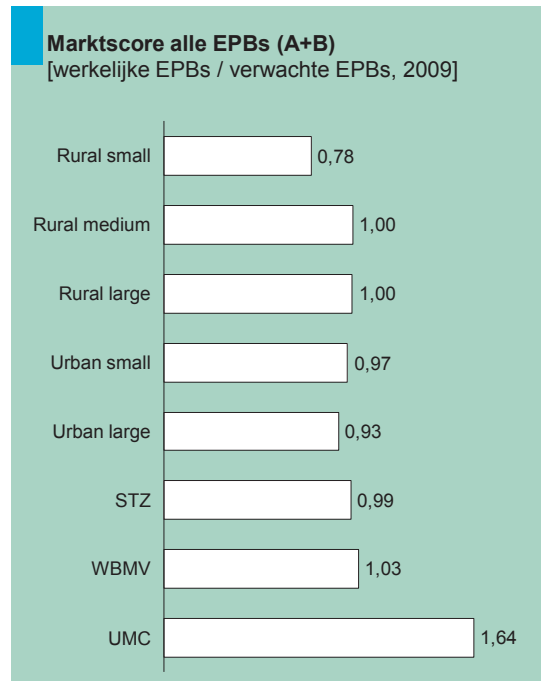
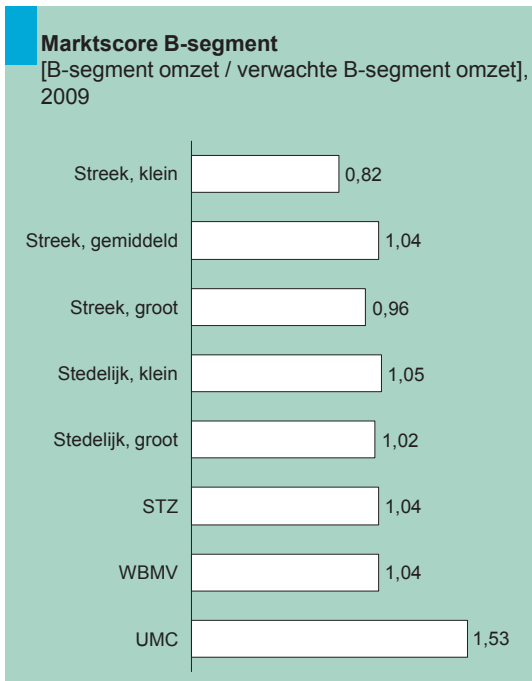
Het B-segment vertegenwoordigt in 2009 EUR 3,6 miljard omzet en is daarmee goed voor bijna 20% van de totale omzet in de sector (zie Figuur M4). Bij de introductie en eerdere uitbreiding van het B-segment zagen wij al dat het aandeel in de totale omzet van ziekenhuizen sterk verschilt. Het vrije segment is bij de algemene ziekenhuizen een veel groter deel van de omzet dan bij ziekenhuizen met veel WBMV-zorg en universitaire centra. De uitbreiding van het B-segment in het afgelopen jaar brengt hierin geen verandering. Ziekenhuizen die al een groot aandeel B-segment omzet hadden, zagen dit aandeel stijgen tot maximaal 38% van de totale omzet (zie Figuur M6). Bij UMCs verdubbelde het belang van het B-segment tot een bescheiden 5%. Kleine ziekenhuizen (stedelijk en streek) hebben met gemiddeld ruim 33% van de totale omzet het grootste aandeel B-segment (zie Figuur M7).

Het vrije B-segment is nu goed voor 20% van de omzet...

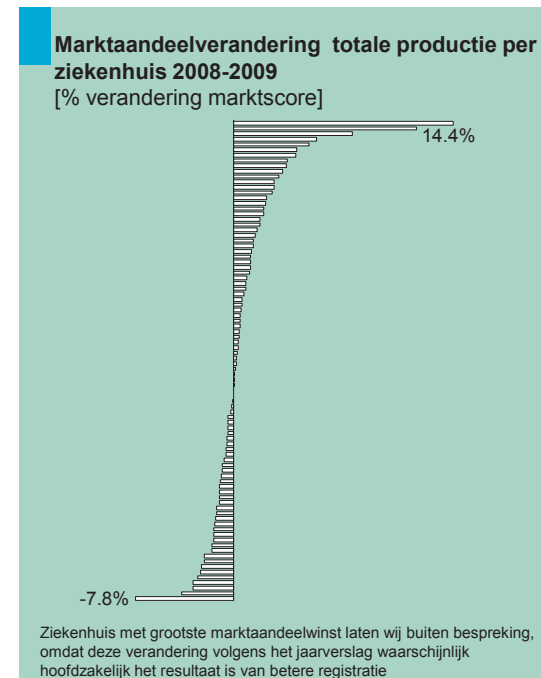
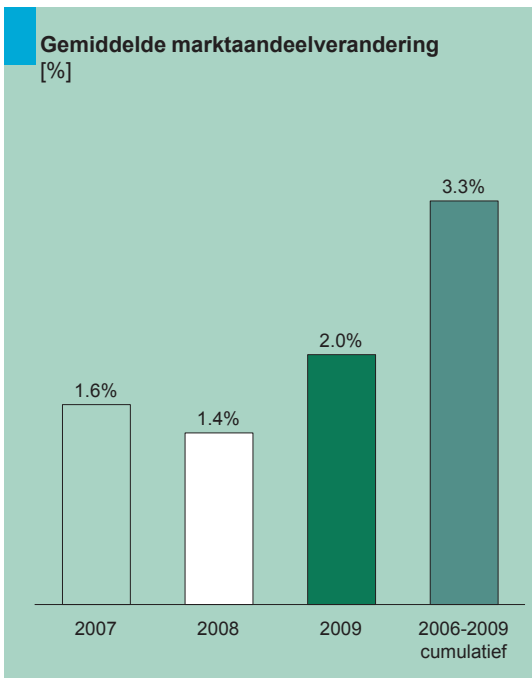
...maar voor UMCs blijft het B-segment met 5% vrij klein

Hoewel het B-segment in de totale omzet nauwelijks van belang is voor de UMCs, is de B-segment marktscore voor deze groep van ziekenhuizen zeer hoog. Gemeten naar

M8



M9



Toch halen UMCs hoge marktscores in het B-segment

waarde van omzet, produceren de UMCs 1,5 keer meer dan wordt verwacht op basis van de demografie die zij bedienen (zie Figuur M8). Kleine ziekenhuizen op het platteland zijn daarentegen voor een groot deel van hun omzet afhankelijk van het B-segment, maar de B-segment marktscore van deze groep blijft 20% achter bij verwachting. De verklaring hiervoor kan tweeledig zijn. Mogelijk trekken UMCs inderdaad extra patiënten voor B-segment zorg aan, als spin-off van hun sterke regionale/bovenregionale functie. Een andere verklaring kan zijn dat de UMCs relatief dure B-segment zorg leveren, terwijl kleine ziekenhuizen op het platteland relatief goedkope B-segment zorg leveren.

Marktwerking: beweging en verschil

De patiënt is in beweging, vooral in enkele 'hot spots'

De patiënt was in 2009 meer dan anders in beweging...

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 M9). 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 buren. De IJsselmeerziekenhuizen, die in 2009 nog in zeer zwaar weer verkeerden, verliezen patiënten aan de omliggende ziekenhuizen in Sneek, Almere en Harderwijk.

...vooral in de Flevopolder en enkele regionale 'hot spots'

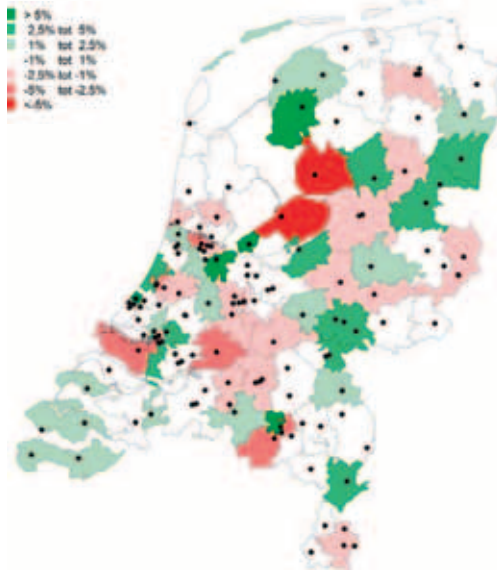
De ontwikkelingen in 'de polder' verklaren een belangrijk deel van de gemiddeld hoge activiteit in de markt, maar ook buiten deze hot spot zien wij interessante lokale ontwikkelingen. Voorbeelden zijn de concurrentie tussen Máxima MC en Catharina-ziekenhuis in Eindhoven, de sterke opkomst van Bronovo in de Haagse regio en de regionale concurrentie in Leiden en Groningen (zie Kaart M10, links). De sterke groei van de marktscore van bijvoorbeeld het Bronovo ziekenhuis betekent dat dit ziekenhuis erin is geslaagd om in haar eigen marktgebied markt (terug) te winnen van concurrenten en/of dat het ziekenhuis erin is geslaagd om meer patiënten van buiten het eigen marktgebied aan te trekken.

Over langere tijd leiden verschuivingen van patiëntstromen tot grotere effecten.

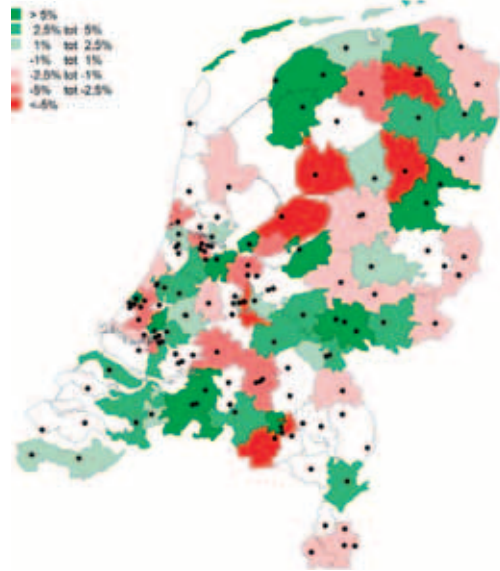
Patiëntstromen verschuiven meestal geleidelijk van het ene ziekenhuis naar het andere. Wij monitoren daarom niet alleen de jaarlijkse marktaandeelontwikkeling, maar ook de meerjarige verandering. Over de gehele periode 2006-2009 was de gemiddelde verandering van de marktscore van ziekenhuizen 3,3%, ruim boven de gemiddelde verandering in een jaar. Over een langere tijd gemeten zijn de marktverschuivingen dus

M10

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

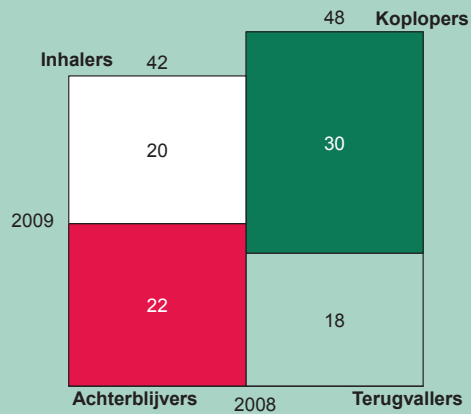


...op lange termijn zien we in het hele land forse verschuivingen
 [verandering marktscore 2006-2009 in %]



M11

Winnaars en verliezers op de markt
 [# ziekenhuizen]



groter (zie Kaart M10, rechts). Patiëntenstromen verleggen zich binnen regio's van het ene naar het andere ziekenhuis. De impact van de gemiddelde marktaandeelontwikkeling van 3,3% is voor ziekenhuizen al zeer omvangrijk, maar diverse ziekenhuizen zien hun marktscore in vier jaar tijd zelfs meer dan 10% stijgen of dalen. In 2008 en 2009 zien we inderdaad dat ruim meer dan tweederde van de ziekenhuizen die in 2008 marktaandeel wonnen ook in 2009 weer tot de winnaars behoren (zie Figuur M11).

Zorgconsumptie verschilt tussen regio's.

De hoeveelheid ziekenhuiszorg die Nederlanders gebruiken verschilt sterk tussen regio's. Voor een deel verklaart demografische samenstelling (leeftijd en geslacht) deze verschillen. Ook na correctie voor demografische samenstelling zien we echter grote verschillen in zorgvolumes tussen gebieden (zie Kaart M12).

Voor deze analyse hebben we Nederland opgedeeld in circa 150 gebieden van wisselende omvang. De gebieden zijn bepaald door eerst per gemeente vast te stellen of er (op basis van reistijdverschillen) een ziekenhuis meer dan 50% marktaandeel heeft. Gemeenten met een dergelijk 'dominant' ziekenhuis hebben we per ziekenhuis samengevoegd tot een gebied. Gemeenten zonder dominant ziekenhuis hebben we als los gebied geanalyseerd. Vervolgens is per gebied de demografische samenstelling bepaald en de verwachte zorgconsumptie vergeleken met de werkelijke zorgconsumptie. De zorgconsumptie is hierbij bepaald als naar budgetwaarde gewogen totaal van eerste polikliniekbezoeken, dagbehandelingen en klinische opnamen. We corrigeren daarmee voor verschillen in behandelwijze tussen ziekenhuizen. Wanneer we kijken naar de consumptieverschillen voor polikliniekbezoeken, dagbehandelingen en opnamen apart, dan zien we dat de meeste gebieden constant lager of hoger scoren op alle drie de behandeltypen.

Zorgconsumptie is sommige in regio's tot 25% hoger of lager dan gemiddeld

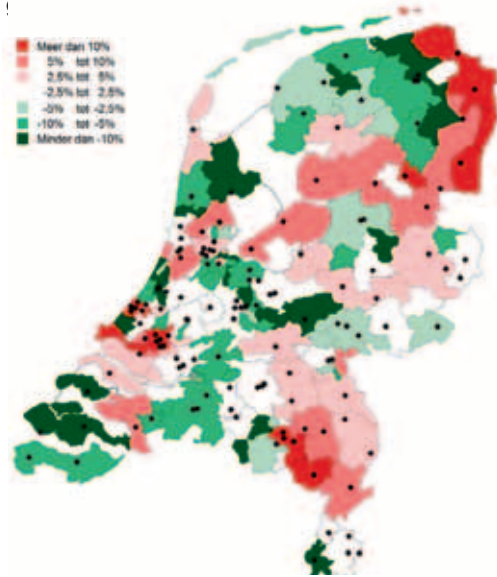
De regio met het laagste zorggebruik heeft een 23% lagere consumptie dan verwacht op basis van de demografische samenstelling van de regio. De regio met de hoogste consumptie kent een 22% hogere consumptie. De vraag rijst welke mogelijke oorzaken bestaan voor deze verschillen. Wij onderscheiden 3 belangrijke mogelijke oorzaken:

1. Verschillen in de gezondheidstoestand van de populatie van gebieden die niet worden verklaard door leeftijd en geslacht;
2. Verschillen in de organisatie van de gezondheidszorg tussen gebieden, in het bijzonder waar het betreft de organisatie van de eerstelijns en de samenwerking tussen eerste en tweede lijn;

M12

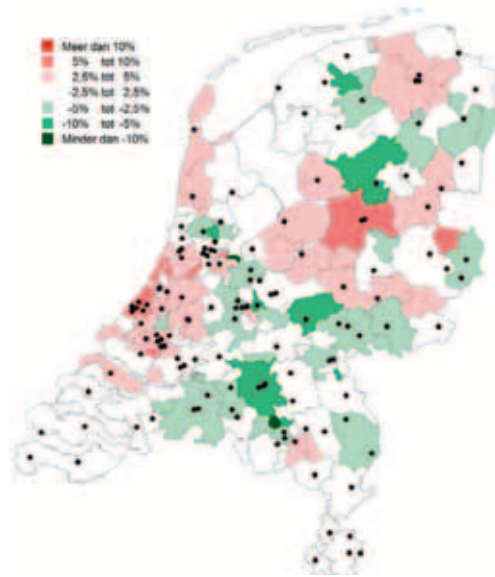
Consumptie van ziekenhuiszorg verschilt sterk tussen regio's...

[% afwijking van gemiddelde consumptie in patiënteenheden na correctie voor leeftijd en



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

[%punt verandering van afwijking gemiddelde consumptie in patiënteenheden na correctie voor



3. Verschillen in keuzes van artsen en patiënten, die gedreven kunnen worden door verschillende voorkeuren of verschil in beschikbare capaciteit.

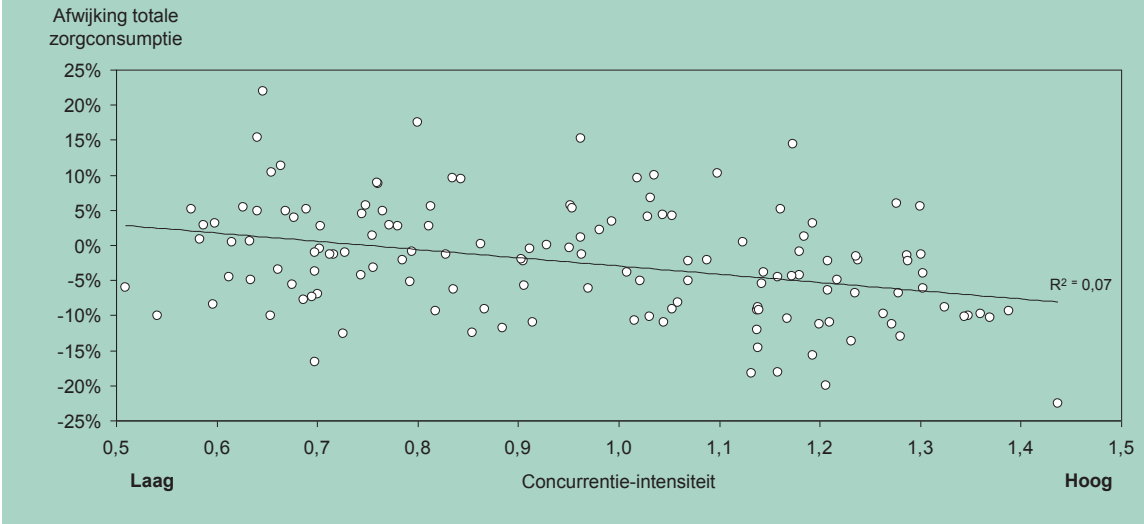
Op basis van openbaar beschikbare data is het niet mogelijk om de omvang van deze oorzaken te analyseren. In een opdracht die wij uitvoerden voor het Ministerie van VWS en NVZ Vereniging van Ziekenhuizen, analyseerden wij volumeverschillen tussen regio's voor een viertal aandoeningen (heupfracturen, heupslijtage, staar en chronische nierdialyse). Uit deze analyse bleek dat consumptieverschillen tussen regio's sterk verschillen tussen aandoeningen. Wij vonden dat de concepten geïntroduceerd in de VS *Dartmouth Health Atlas* een zeer nuttige kader zijn om de verschillen in zorgconsumptie en de oorzaak van de verschillen te begrijpen. Aandoeningen kunnen het best in drie groepen ingedeeld worden:

1. **Effectieve zorg.** Aandoeningen met een eenduidige diagnose en een eenduidige behandeling. Heupfracturen zijn een voorbeeld van een dergelijke aandoening. De diagnose gebroken heup is bijna onmisbaar, en de patiënt moet daarna altijd klinisch behandeld worden. Variatie tussen regio's is bijzonder laag voor dit type zorg.
2. **Voorkeursgedreven zorg.** Aandoeningen waarbij diagnose en/of behandeling niet eenduidig is. Hierbij zijn meerdere interpretaties en opties mogelijk, met patiëntspecifieke risico's en voordelen van de behandeling. Voorbeelden van dergelijke aandoeningen zijn heupslijtage en staar. De beoordeling van de ernst van deze aandoeningen en de keuze voor (de wijze van) behandeling is afhankelijk van voorkeuren van zowel arts als patiënt. Voorkeuren van artsen kunnen ontstaan door opleiding en eigen ervaring. Voorkeuren van patiënten ontstaan in het overleg met de arts en in contact met de eigen omgeving (vrienden, familie). Hierdoor ontstaan verschillen tussen regio's die niet kunnen worden gerelateerd aan de omvang van het aanbod of patiëntkenmerken.
3. **Aanbodgedreven zorg.** Aandoeningen waarbij de diagnose en/of behandeling zodanig beïnvloedbaar zijn dat de keuze voor indicatiestelling en behandeling afhangt van de beschikbare capaciteit. Een voorbeeld hiervan is chronische nierdialyse, waarbij de variatie tussen regio's voor een deel verklaard kan worden door het aantal centra en beschikbare dialysetoelen in een regio.

M13

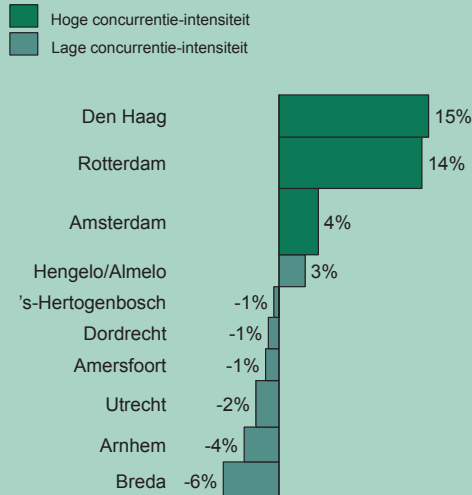
Concurrentie-intensiteit heeft geen waarneembaar volumeverhogend effect

[concurrentie-intensiteit, % afwijking van verwachte totale zorgconsumptie in patiëteenheden, 2009]

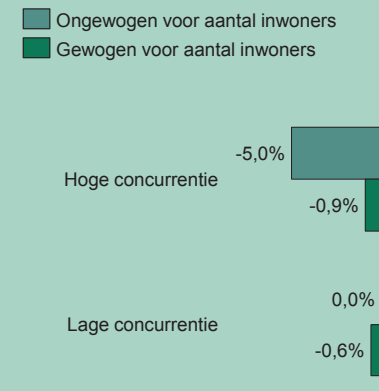


M14

In de 10 grootste gebieden 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]



Analyse van oorzaken van volumeverschillen is volgens ons het meest nuttig op dit niveau van individuele aandoeningen. Dit is het relevante analyiseniveau en geeft ook de beste mogelijkheid om eventuele over- of onderbehandeling concreet aan te pakken.

Meer concurrentie leidt niet tot meer zorg.

Een veelgehoorde stelling is dat concurrentie tussen ziekenhuizen zou leiden tot volumestijging. Concurrentiedruk zou ziekenhuizen kunnen motiveren om hun capaciteit uit te breiden en aan kunnen zetten tot sneller overgaan tot behandeling. Maar aan de andere kant kan concurrentiedruk ook dwingen tot rationaliseren van de beschikbare capaciteit. Het is dus niet vanzelfsprekend wat het effect van concurrentie op zorgvolume is.

Wij vinden geen bewijs voor de stelling dat concurrentiedruk in Nederland leidt tot hogere zorgconsumptie. Als we de mate van concurrentie per gebied afzetten tegen de zorgconsumptie, dan vinden we geen enkel verband dat erop wijst dat sterke concurrentie tot hogere volumes leidt (zie Figuur M13).

Zorgconsumptie is opvallend hoog in Rotterdam en Den Haag

In de tien grootste gebieden ligt de consumptie alleen in Rotterdam en Den Haag sterk boven de verwachting (zie Figuur M14). Rotterdam heeft een vrij hoge concurrentie-intensiteit. In Den Haag ligt de concurrentie-intensiteit net iets boven het gemiddelde. Deze twee gebieden zijn opvallende, en door hun omvang beeldbepalende uitschieters in de zorgconsumptie. Mogelijk zijn deze twee in het oog springende gebieden de basis geweest voor de stelling dat concurrentie leidt tot volumestijging. In Amsterdam is het ziekenhuisvolume iets hoger dan verwacht maar niet uitzonderlijk.

Concurrentie-intensiteit heeft geen relatie met consumptie

Als we de tien grootste gebieden buiten beschouwing laten, dan zien we weer geen verband tussen concurrentie-intensiteit en zorgvolumes. Gewogen voor aantal inwoners ligt het volume in gebieden met hoge concurrentie-intensiteit 0,9% onder het verwachte volume en 0,6% onder verwachting in de gebieden met lage concurrentie-intensiteit.

Langere reistijd tot een ziekenhuis hangt samen met lagere consumptie

De uitkomst dat consumptie van ziekenhuiszorg niet samenhangt met de hoeveelheid concurrentie is verrassend. Omdat onze analyse een aantal beperkingen kent, hebben wij gecontroleerd of we verklaringen vinden in andere variabelen. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat in gebieden met hoge concurrentie-intensiteit de

M15

Concurrentie-intensiteit gaat ook na correctie voor reistijd niet samen met hogere volumes
[gem. reistijd tot een ziekenhuis, % afwijking van verwachte totale zorgconsumptie in patiëteenheden, 2009]



Concurrentie-intensiteit heeft ook geen relatie met ontwikkeling van ziekenhuiszorg-volumes

gemiddelde reistijd van patiënten naar het ziekenhuis langer is en dat de consumptie daardoor lager is. Reistijd naar een ziekenhuis heeft namelijk een effect op het volume van ziekenhuiszorg: hoe langer de reistijd, des te minder het gebruik van de capaciteit. Echter, het reistijdverschil tussen hoge en lage concurrentie-intensiteit gebieden is niet belangrijk (zie Figuur M15). Een vergelijkbare analyse voerden wij uit voor het percentage niet-westerse allochtonen (vaak genoemd als een groep die meer ziekenhuiszorg zou gebruiken). Ook hier vinden wij geen samenhang tussen het aandeel allochtonen en afwijking van de ziekenhuiszorgconsumptie. Verder hebben wij gekeken of het volume in de periode 2006-2009 sterker is gestegen in gebieden met hoge concurrentie-intensiteit dan in gebieden met lage concurrentie-intensiteit. Ook dit levert geen verband op. Tot slot keken we of consumptie hoger is in gebieden met meer inwoners. Hier bestaat wel een verband. Gebieden met meer inwoners, hebben gemiddeld een wat hogere zorgconsumptie. Het lijkt erop dat gemiddeld gezien inwoners van gemeenten met een grotere bevolkingsomvang meer ziekenhuiszorg consumeren dan inwoners van kleine gemeentes (Figuur M15).

Op basis van deze analyses kunnen wij twee conclusies trekken:

- 1) Hogere concurrentie-intensiteit leidt niet tot hoger ziekenhuisvolume (absoluut 2009, en stijging 2006-2009)
- 2) Er zijn twee grote gemeenten met een duidelijk hoger ziekenhuisvolume: Rotterdam en Den Haag. Echter, ook hier is concurrentie-intensiteit niet de verklarende variabele.

Andere verklaringen voor volumeverschillen zijn beschikbaar...

Wij stellen twee hypothesen voor. Ten eerste lijkt het er op dat in grote steden andere demografische kenmerken dan alleen leeftijd, geslacht en percentage niet-westerse allochtonen bepalend zijn voor het gebruik van ziekenhuiszorg. Naast aanvullende demografische kenmerken, kan nog een tweede variabele van belang zijn: de organisatie en beschikbaarheid van de eerstelijns en de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn.

...en vervolgonderzoek is van belang om over- en onderconsumptie van ziekenhuiszorg te voorkomen

Het is voor zowel zorgverleners als zorgverzekeraars en overheid van belang om regionale verschillen in zorgvolume beter te gaan begrijpen. Zowel over- als onderbehandeling is immers onwenselijk. Wij concluderen dat nadere analyse van populatieverschillen, analyse van organisatie van de eerste- en tweedelijns zorgverlening en analyse van verschillen op aandoeningniveau nodig is om de oorzaken van volumeverschillen goed te duiden.

01

Productiviteitsverlies blijft hardnekkig probleem

[Jaarlijkse % verandering in EUR per patiënteenhed]

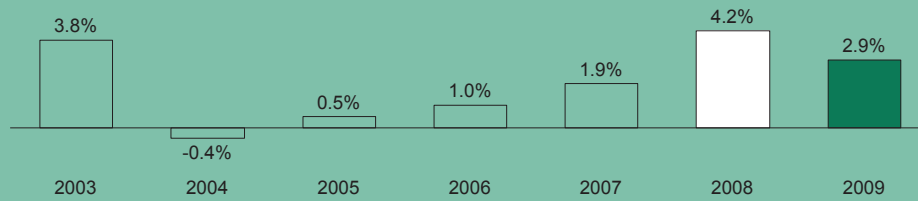


02

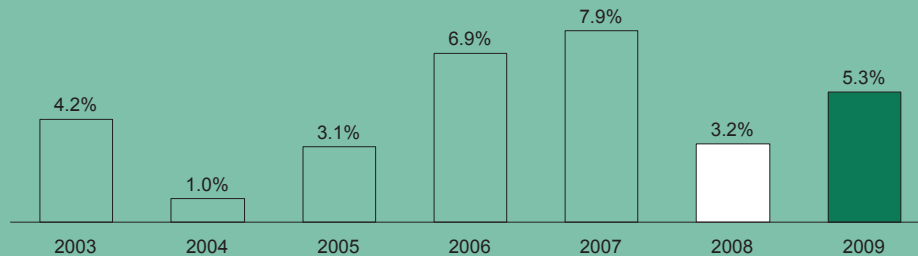
Personeel en Inkoop zijn beide belangrijke kostendrijvers

[Jaarlijkse % verandering in EUR per patiënteenhed]

Personeel



Inkoop



4. Operationele prestaties

In deze sectie analyseren wij de kosten, productiviteit en casemixontwikkelingen.

Ziekenhuizen blijven productiviteit verliezen

De kosten van ziekenhuizen zijn in 2009 met 7,1% gestegen. Aan de sterke stijging van de kosten van ziekenhuiszorg 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 patiënteenschap (de cost-to-serve) stegen de eenheidskosten 3,8% (zie Figuur O1). Dit is aanzienlijk boven de inflatie van 2009.

Weer productiviteitsverlies in 2009, terwijl....

...terugkeer naar de productiviteit van 2004 voldoende zou zijn om gat met BBP in 2009 volledig te betalen

Figuur O1 geeft een zorgwekkend beeld. Sinds 2004, het jaar waarover wij in onze eerste studie 'The Pied Piper of Hamelin' zo hoopvol rapporteerden, is de productiviteit elk jaar gedaald. Elk jaar wordt het duurder om dezelfde hoeveelheid zorg te leveren. Als we de huidige productie zouden kunnen leveren met dezelfde productiviteit als in 2004, zouden de totale kosten EUR 2,5 mld lager zijn. Toevallig precies gelijk aan het gat dat in 2009 is geslagen tussen BBP en ziekenhuiskosten. Het terugdraaien van het 17% cumulatief productiviteitsverlies van de afgelopen 5 jaar volstaat om dit gat te dichten. Natuurlijk is dit geen makkelijke opgave, maar wel een noodzakelijke. Ter relativering van deze uitdaging roepen wij in herinnering dat het al in 2004 de algemene consensus was dat in de ziekenhuissector ruimschoots mogelijkheden bestonden om productiviteit fors te verbeteren. Het momentum van 2004 is echter verloren gegaan. Misschien wel omdat er nooit echte noodzaak tot prestatieverbetering bestond?

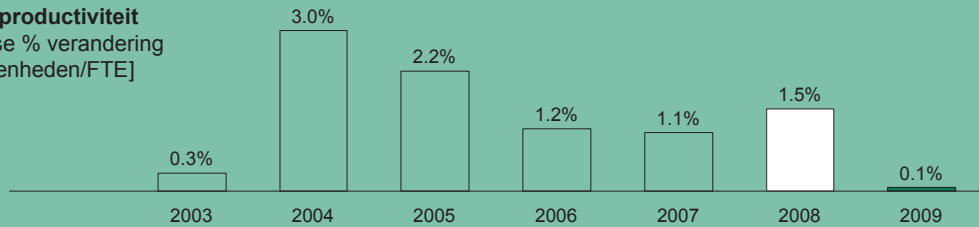
Stagnerende arbeidsproductiviteit is alarmerend

Als we de uitdaging om productiviteit te verbeteren nader analyseren, zien we dat zowel op personeel als op inkoopkosten een verbeteringslag nodig is. Tot 2008 was de inkoopproductiviteit de belangrijkste oorzaak van productiviteitsverlies. In 2008 was de productiviteit van personeel het grootste probleem. In 2009 daalt de productiviteit van inkoop weer het snelst, maar ook de daling van de productiviteit van personeel blijft relatief sterk (zie Figuur O2).

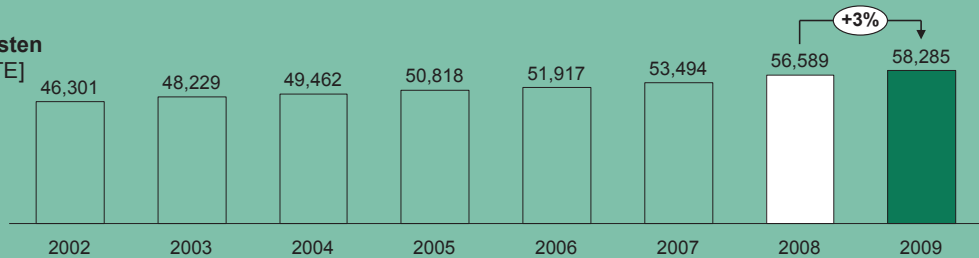
03

Arbeidsproductiviteit stagneert, terwijl lonen blijven stijgen

Arbeidsproductiviteit
[Jaarlijkse % verandering patiënteenheden/FTE]



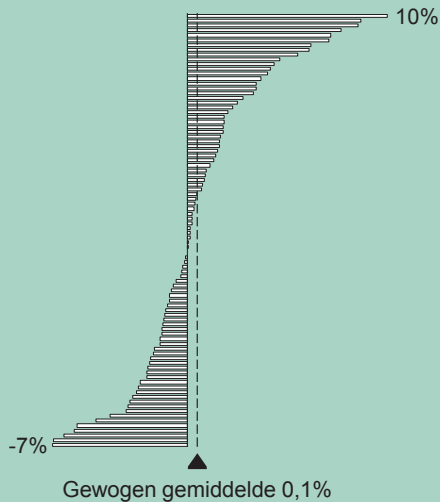
Loonkosten
[EUR/FTE]



04

Verbeterende en verslechterende arbeidsproductiviteit houden elkaar in evenwicht

Verandering productie per Fte 2008-2009 [%]



05

Sinds 2006 stijgen alleen de CAO-lonen in het onderwijs harder dan de lonen in de zorg

CAO-lonen per uur, inclusief bijzondere beloningen
[index 2006-2009; basis jaar 2006 = 100]



*De arbeids-
productiviteit
verbetert niet
meer...*

De stijgende personeelskosten per behandeling in 2009 zijn bijzonder alarmerend wanneer we naar de onderliggende oorzaken kijken. De ontwikkeling van de personeelskosten per behandeling wordt bepaald door de arbeidsproductiviteit en de loonkosten. Wij beoordelen de arbeidsproductiviteit door te kijken naar het aantal patiënteenheden dat ziekenhuizen per FTe produceren. De grootste stijging in de afgelopen jaren zagen wij in 2004, toen de arbeidsproductiviteit met 3% verbeterde. Sindsdien schommelde de stijging van de arbeidsproductiviteit tussen 1% en 2%. 2009 is het eerste jaar in lange tijd waarin de arbeidsproductiviteit in zijn geheel niet is veranderd (zie Figuur O3). De sector is als geheel 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 is om de arbeidsproductiviteit in ziekenhuizen op macro-niveau significant te verbeteren, blijft uit. Ook in jaren waarin veel ziekenhuizen zeggen bezig te zijn met Lean, Kaizen, Theory of Constraint (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.

*...terwijl
ziekenhuizen
wel met veel
initiatieven bezig
zijn.*

*Een aantal
ziekenhuizen
verbetert flink...*

De ontwikkeling van de personeelskosten per behandeling verschilt wel sterk tussen ziekenhuizen. De bandbreedte ligt tussen 10% verbetering en 7% verslechtering van de personeelsinzet per patiënteenheden. Ziekenhuizen houden elkaar daarmee in evenwicht, waardoor de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit van de sector stagneert (zie Figuur O4). Als groep verloren de kleine streekziekenhuizen de meeste arbeidsproductiviteit (-0,6%), terwijl de grote ziekenhuizen in concurrerende omgeving de meeste verbetering (+1,7%) lieten zien (zie Figuur O7).

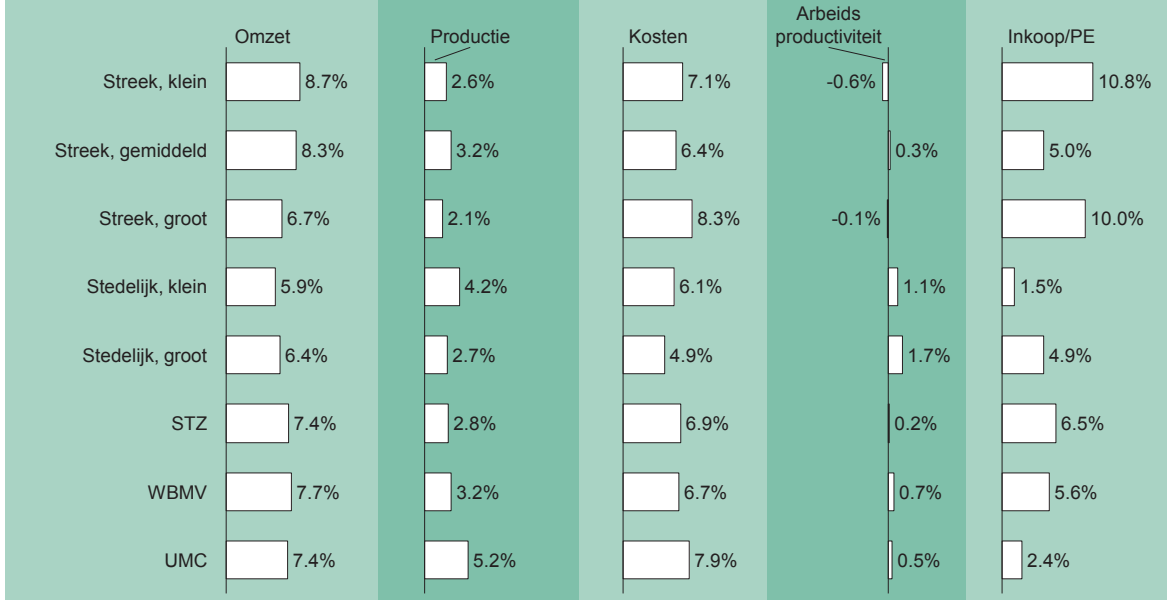
*...maar anderen
vallen terug, zodat
het netto effect
nul is.*

De loonkosten per FTe stegen in 2009 3,1%, een stijging iets onder het gemiddelde van 3,4% per jaar sinds 2002. Deze kostenstijging is in lijn met het beeld dat de CAO-lonen in de sectoren zorg en onderwijs relatief sterk stijgen vergeleken met andere sectoren (zie Figuur O5). Tegelijkertijd blijft de stijging iets achter bij die van het gemiddelde CAO-uurloon in 2009 van 3,5% voor gezondheids- en welzijnszorg.

De stijgende inkoopkosten zijn niet eenvoudig op basis van openbare data te verklaren. Een hypothese zou kunnen zijn dat de kosten vooral stijgen door toenemend gebruik van dure implantaten, medicatie, of anderszins. Opvallend aan de ontwikkeling van de inkoopkosten is echter dat de grootste stijging zich voordoet bij de ziekenhuisgroepen

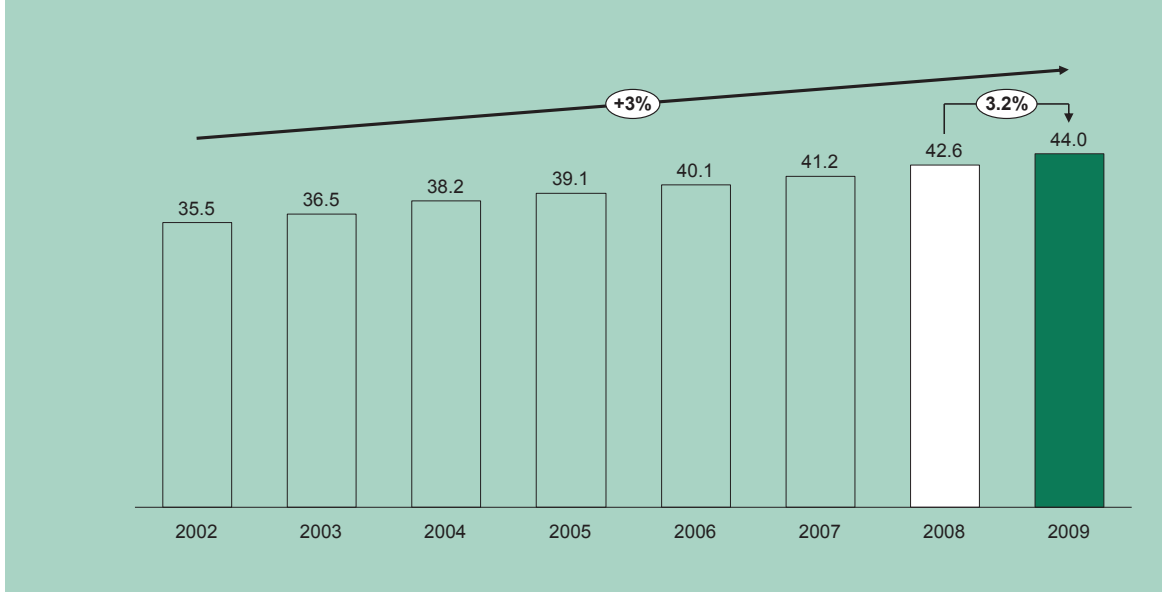
06

Een blik op de belangrijkste ontwikkelingen
Verandering 2008-2009



07

Productie blijft stijgen
[Patiënteenheden in mln]



*Er is nog veel
verbetering
mogelijk op de
inkoopfunctie*

'Streek, klein en 'Streek, groot' en niet bij de ziekenhuizen met een relatief zwaar profiel, zoals de STZ, WBMV en UMC ziekenhuizen (zie Figuur 06). Mogelijk worden dure innovaties van de afgelopen jaren nu steeds meer door streekziekenhuizen geïmplementeerd en zien we hier een kostenstijging die de zwaardere ziekenhuizen al in eerdere jaren doormaakten. Maar het resultaat zou ook een weerspiegeling kunnen zijn van een slechte inkoopprestatie bij deze ziekenhuizen. Wij weten dat de meeste ziekenhuizen nog een lange weg te gaan hebben in het verbeteren van hun inkooporganisatie en –resultaten. Hoewel er al veel regionale samenwerkingsverbanden zijn tussen ziekenhuizen, lijkt er verdere ruimte voor professionalisering van inkoop. In 2009 deden de eerste commerciële inkoopinitiatieven hun intrede in Nederland. Dit zijn zowel puur Nederlandse initiatieven als buitenlandse organisaties die een Nederlandse tak opzetten. De mate van succes lijkt nog sterk te variëren tussen deze initiatieven, zowel in ingekocht volume (aangesloten ziekenhuizen en gecontracteerde leveranciers) als in gerealiseerde besparingen. Maar het is duidelijk dat in de komende jaren inkoop hoger op de strategische agenda van ziekenhuisbestuurders kan en moet staan.

Meer zorg, korter in het ziekenhuis

*Voorspelbare
totale groei...*

Ziekenhuizen leverden in 2009 weer meer zorg. Geheel in lijn met de productiestijging in eerdere jaren, steeg het totaal aantal patiënteenheden naar 44 miljoen (zie Figuur 07). De mix van deze zorg blijft veranderen. De groei van het aantal eerste polikliniekbezoeken (EPB) blijft afnemen en komt in 2009 uit op 2,5%. Met name de groei van het aantal dagverplegingen is spectaculair. Het aantal dagverplegingen groeit in 2009 met 8,1% (zie Figuur 08). We zijn er inmiddels aan gewend om dergelijke groeipercentages voor dagbehandelingen te zien. Een aantal jaren geleden was de basis echter nog klein. De dagbehandeling als behandelvorm begon toen pas echt te groeien. Sindsdien hebben we een groot aantal jaren van groei tussen 6% en 10% achter de rug. Sinds 2002 is het aantal dagbehandelingen met bijna 80% gestegen (zie Figuur 09).

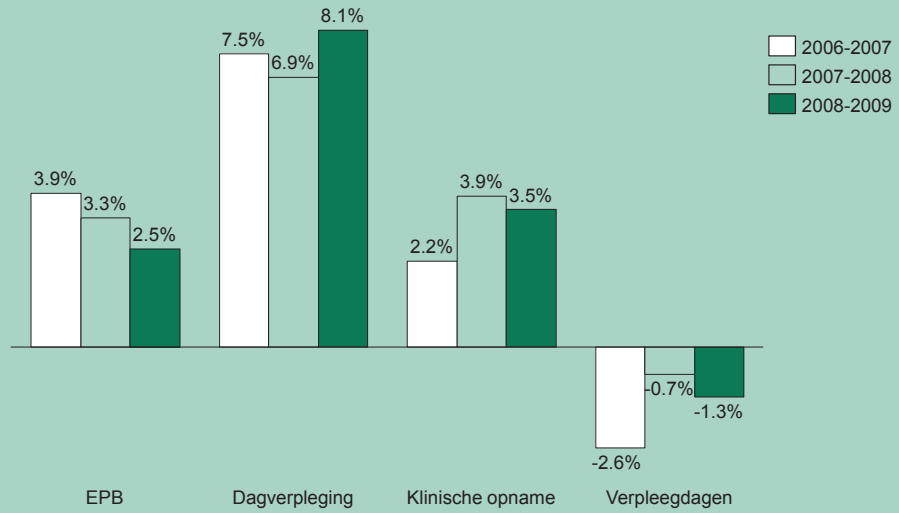
*...en een
voorspelbare
ontwikkeling van
de zorgmix.*

De groei van het aantal meerdaagse opnamen blijft met 3,5% in de buurt van de relatief sterke groei van dit zorgtype in 2008 (3,9%). De duur van deze opnamen blijft echter afnemen tot een gemiddelde verblijfsduur van minder dan 6 dagen (zie Figuur 010). We zien voorsnog geen enkele verandering van het tempo waarin de verblijfsduur wordt verkort.

08

De productiemix blijft veranderen

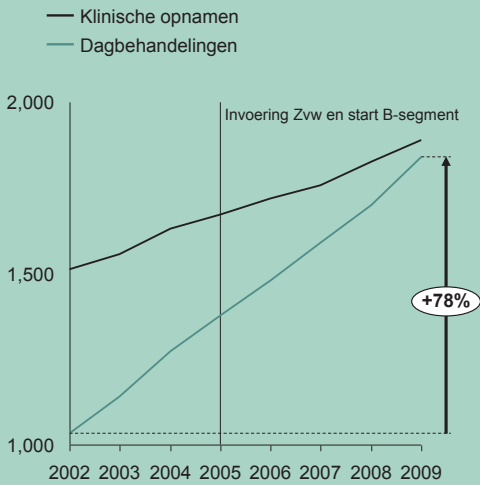
[Jaarlijkse groei van de 4 basis FB parameters]



09

Steeds meer dagbehandelingen

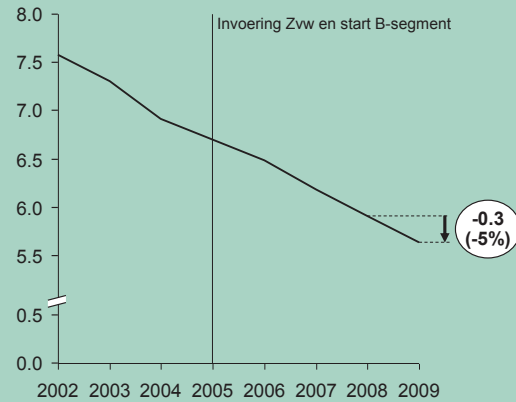
['000]



010

Steeds korter verblijf

[Gemiddelde verblijfsduur bij klinische opname]



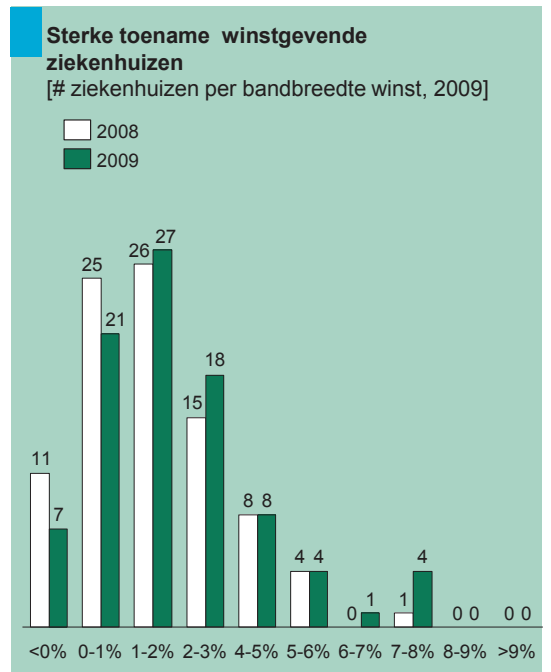
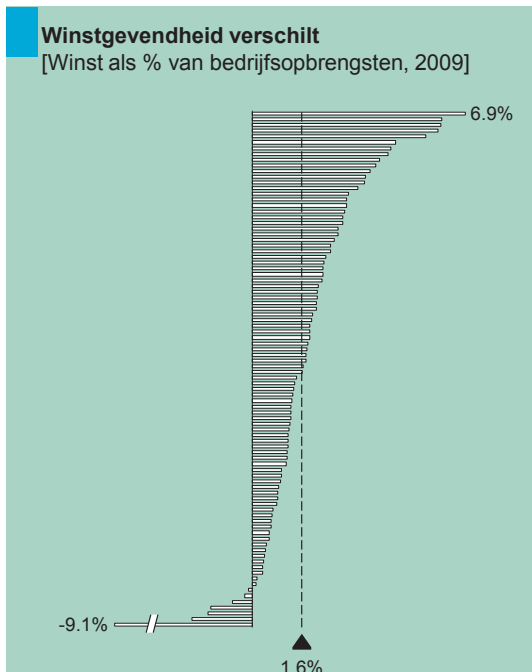
*Daling van de
ligduur heeft
niets met
'marktwerking' te
maken*

Recentelijk werd een verband gelegd tussen daling van de verblijfsduur en 'marktwerking'. Ziekenhuizen zouden patiënten sneller naar huis sturen omdat zij zo meer geld zouden overhouden. Als dit waar is, dan zou na 2005 (toen 'marktwerking' werd geïntroduceerd) een versnelling van de daling van de verblijfsduur waarneembaar moeten zijn. Dit is echter niet het geval (zie Figuur 10). Prestatieprikkel van ziekenhuiszorg zijn gelukkig complexer dan een zo eenvoudige verklaring. Dit hebben wij gezien met de groei van het B-segment, het effect van concurrentie-intensiteit op volumezorg en nu ook op daling van de gemiddelde ligduur.

F1



F2



5. Financiële prestaties

Recordwinst in 2009, maar onderliggende prestatie is onduidelijk

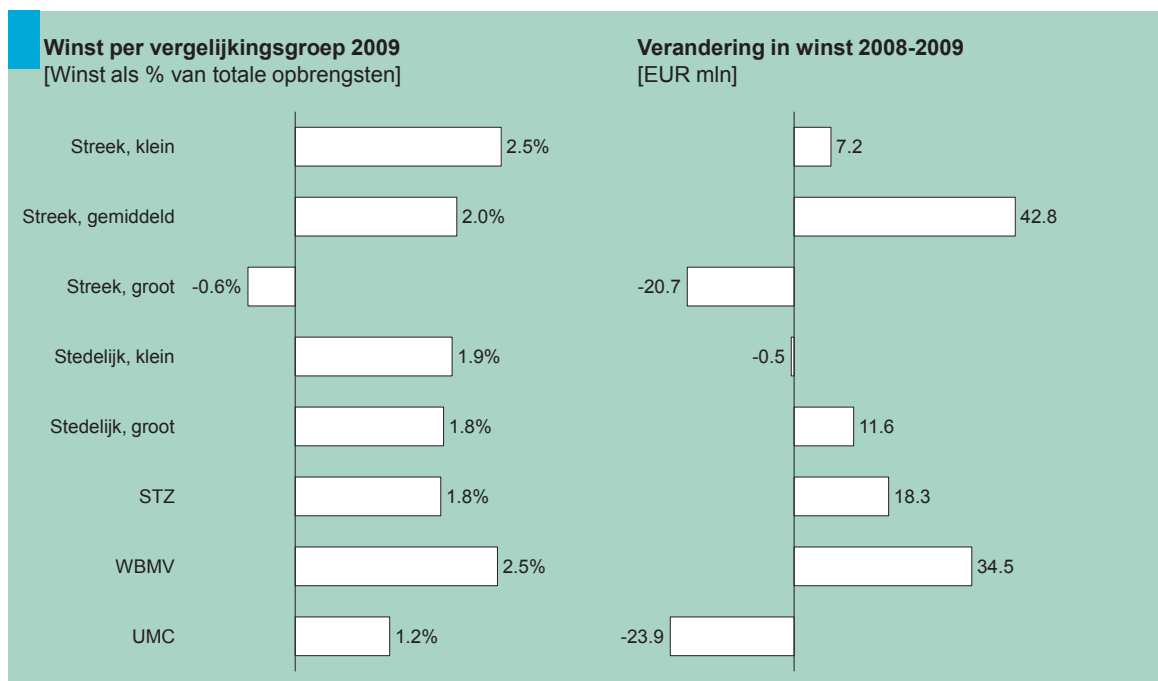
*Meer winst.....
...zonder hogere
productiviteit*

2009 was het meest winstgevendende jaar voor ziekenhuizen sinds 2002. In totaal werd een winst van EUR 284 miljoen gerealiseerd, goed voor 1,6% van de totale bedrijfsopbrengsten (zie Figuur F1). Wat echter direct in het oog springt, is dat de winstgevendheid sterk is gestegen, zonder dat we een onderliggende prestatieverbetering kunnen aanwijzen. De arbeidsproductiviteit verbeterde niet en de loonkosten stegen wel. Arbeid per patiënteheid werd 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.

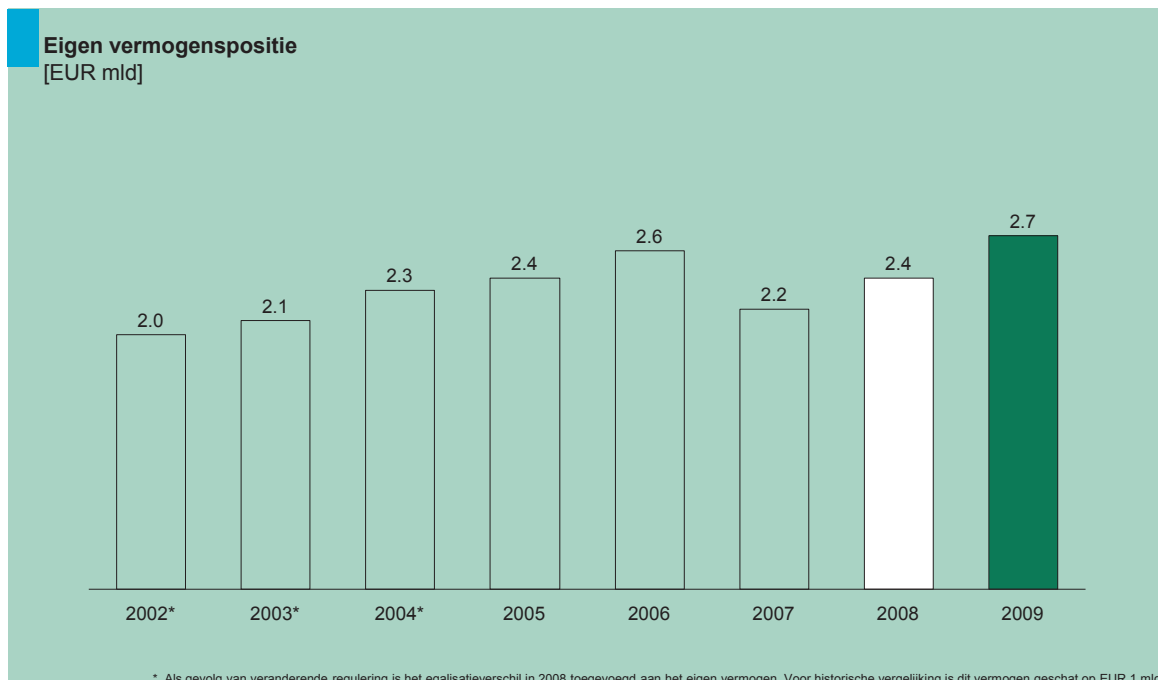
*Huidige
stapsgewijze
B-segment
transitie leidt tot
'overwinsten'*

Het verhogen van de omzet boven de productiestijging kan alleen wanneer ziekenhuizen erin zijn geslaagd om per patiënteheid meer geld binnen te halen. Binnen het A-segment kan dit door uitbreiding van de vaste vergoedingparameters (bijvoorbeeld specialistenplaatsen, bedden capaciteit) of door verhoging van de vergoeding voor de verschillende functies als gevolg van inflatiecorrectie. In het B-segment kan de prijs per behandeling verantwoordelijk zijn voor hogere opbrengsten voor dezelfde behandeling. Daarnaast is het mogelijk dat specialisten of ziekenhuizen (gegeven de keuzemogelijkheden in het DBC-systeem) duurdere DBCs gaan leveren en/of registreren. Verschuiving van de case-mix naar meer winstgevendende zorg kan ook een hogere winst verklaren. Diverse monitoren geven echter geen aanleiding om in het A-/B-segment abnormale prijs -/ en volume ontwikkelingen te verwachten. Een vijfde verklaring kan zijn dat ziekenhuizen steeds meer winst behalen uit activiteiten die niet patiëntgerelateerd zijn. Jaarverslagen geven helaas geen inzicht in de winstgevendheid van niet-zorggerelateerde activiteiten van ziekenhuizen. Tot slot kan onjuiste schoning leiden tot dubbele betaling voor geleverde zorg; ziekenhuizen ontvangen naast een vergoeding in het budget ook de B-segment declaratie. Wij schatten dit effect op maximaal EUR 300 miljoen in 2009. Wij kunnen deze effecten op basis van jaarverslagen niet per ziekenhuis separaat objectiveren. Ziekenhuizen doen er echter goed aan om voor zichzelf goed te bepalen wat de werkelijke drijvers van de winst zijn en op basis daarvan te bepalen in hoeverre hun bedrijfsvoering structureel gezond is.

F3



F4



De meeste ziekenhuizen boeken een hogere winst.

De winstgevendheid van individuele ziekenhuizen verschilt sterk (zie Figuur F2). Kende 2008 nog 11 verlieslatende ziekenhuizen, in 2009 zien we nog slechts 7 ziekenhuizen in de rode cijfers, terwijl het aantal ziekenhuizen met meer dan 5% winst bijna verdubbelt tot 9. De meeste ziekenhuizen realiseren net als in 2008 een resultaat tussen 1% en 2%. Op niveau van vergelijkingsgroepen blijkt de variatie beperkt (zie Figuur F3). Uitzondering is de groep grote streekziekenhuizen. In deze groep drukt Orbis met een verlies van EUR 15 mln (10% van de omzet) het totale resultaat van de groep naar een verlies van 0,6% van de groepsomzet. De grootste daling van de winst en het laagste winstpercentage als groep zien we bij de universitaire centra. Deze groep realiseert slechts 1,2% winst, wat overigens niet veel lager is dan de langjarig gemiddelde winstgevendheid in de ziekenhuissector. Middelgrote streekziekenhuizen zetten de verbetering van de winstgevendheid die zij in 2008 startten door. De totale winst van deze groep stijgt met ruim EUR 40 mln tot 2% van de totale omzet.

Orbis leidt zwaar verlies

Verbetering van eigen vermogenspositie, maar grote kwetsbaarheid

Het eigen vermogen van de algemene en universitaire ziekenhuizen is in 2009 opgelopen tot EUR 2,7 miljard (zie Figuur F4). Daarmee komt het vermogen op hetzelfde absolute niveau als in 2006. Echter, omdat de balanswaarde is gestegen is de relatieve positie nog zwakker dan aan dat jaar. Naast de absolute toename van het eigen vermogen hebben ziekenhuizen ongeveer EUR 100 miljoen kunnen toevoegen aan hun voorzieningen. Dit is ongeveer twee keer zoveel als in 2006 en 2007.

Er blijft een substantieel aantal ziekenhuizen met beperkte buffers

Het aantal ziekenhuizen met minstens 15% eigen vermogen op de balans steeg aanzienlijk van 16 naar 26 ziekenhuizen (zie Figuur F5). 15% eigen vermogen geldt als een ondergrens om van een financieel relatief stabiel ziekenhuis te spreken. Ruim tweederde van de ziekenhuizen blijft dus financieel kwetsbaar. De opgebouwde buffers zijn slechts voldoende om kleine verstoringen op te vangen. De universitaire centra, ziekenhuizen met veel WBMV-zorg en de kleine streekziekenhuizen zijn als groep het minst kwetsbaar. Gemiddeld ligt de eigen vermogenspositie van deze groepen boven de grens van 15% (zie Figuur F6).

Highly leveraged en in 2009 nog 1 miljard schuld erbij.

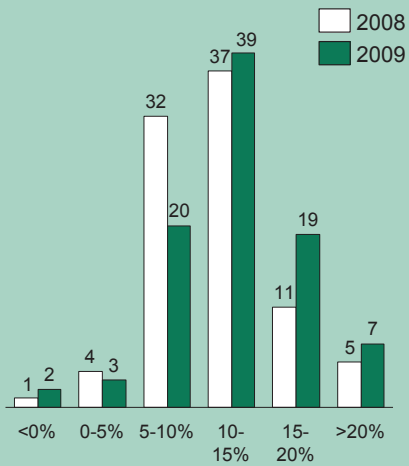
Let op! Lenen kost bijna niets!

Ziekenhuizen zijn voor gemiddeld ruim 80% gefinancierd met schulden. Al jaren schommelt de verhouding tussen korte termijn en langlopende schulden rond 50/50.

F5

Eigen vermogen

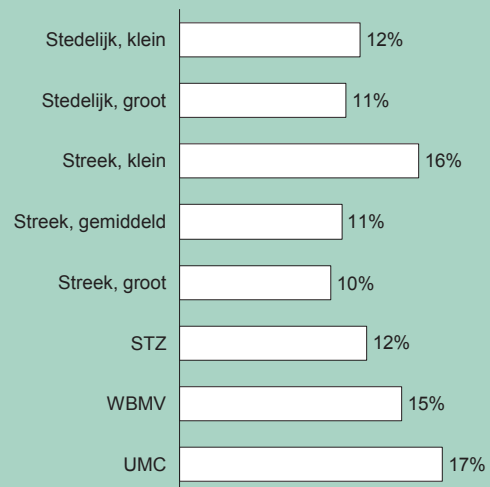
[# ziekenhuizen naar eigen vermogen als % van balanstotaal]



F6

UMC-, WBMV en kleine streekziekenhuizen zijn financieel minst kwetsbaar

[Eigen vermogen groep / balanstotaal groep, 2009]



De totale uitstaande schuld bedraagt EUR 14,8 miljard (zie Figuur F7). In 2009 is de schuld met EUR 1 miljard toegenomen.

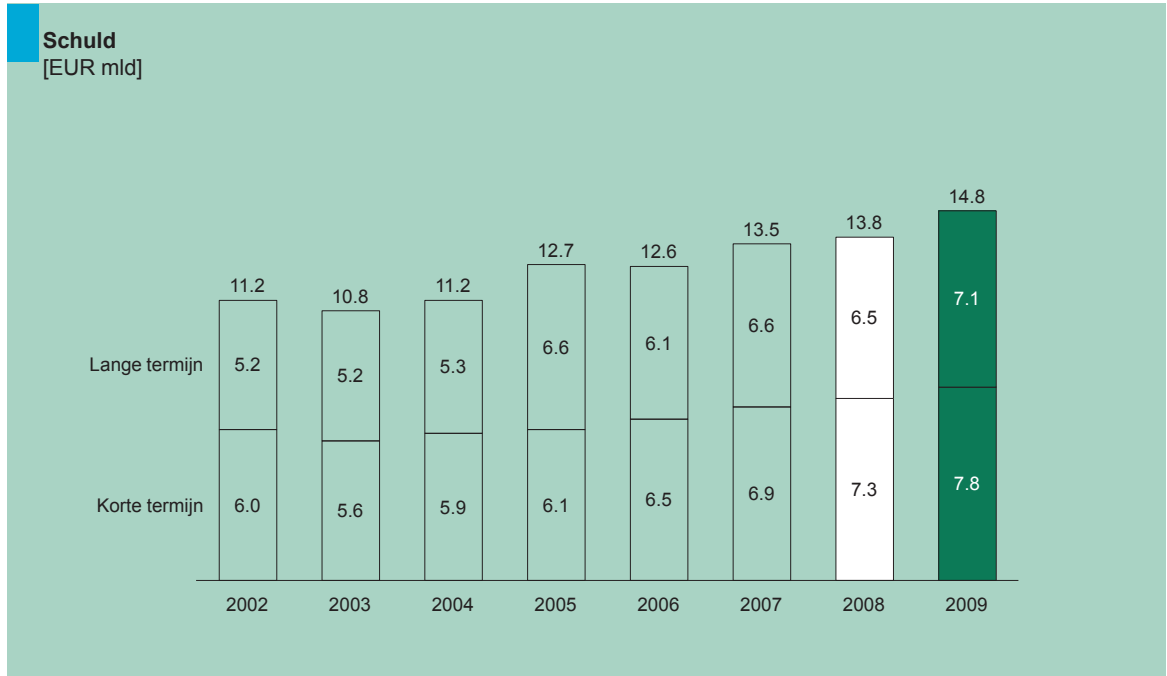
Ziekenhuizen profiteren nog van lage rentes...

De rente over deze schuld bedraagt EUR 314 miljoen, gelijk aan een rente van 2,1% (zie Figuur F7). Dit is historisch een zeer laag renteniveau. Ter vergelijking, in 2002 was de rente over de toen uitstaande schuld nog 3,7%. Ziekenhuizen hebben tussen 2002 en 2008 de rentelasten altijd zien dalen. De steeds lagere rentes die centrale banken aanhouden, werken ook door naar de nog altijd relatief veilige ziekenhuismarkt. 2009 geeft daarvoor een eerste indicatie. De nominale rente stijgt voor het eerst in jaren. Deze stijging is nog te overzien en relatief aan de omvang van de schuld is het rentepercentage nog iets lager dan in 2008. De komende jaren kan de ontwikkeling van de rentelasten een omgekeerd verloop laten zien. Mocht de economie weer enige stabiele groei gaan vertonen, dan zal ook de rente weer gaan stijgen. Daar komt bij dat met toenemende risico's op het kapitaallastendossier en marktwerking in het B-segment, banken hogere rentes zullen vragen om deze risico's te compenseren.

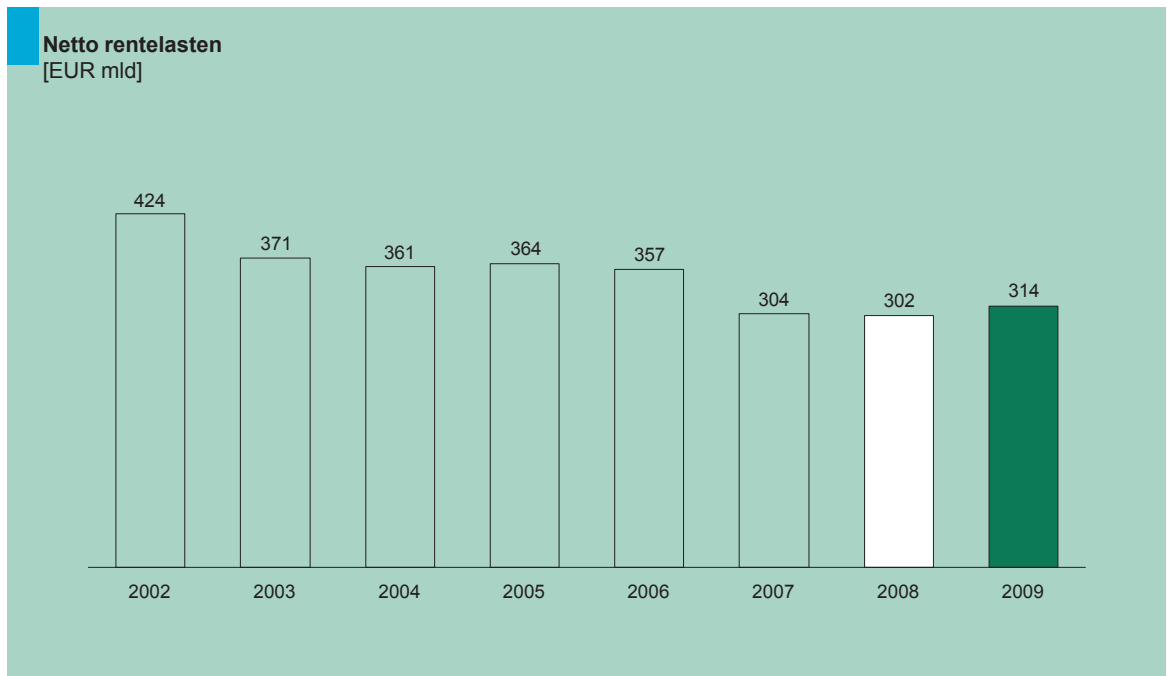
...maar terugkeer naar het renteniveau van 2002 betekent dat bijna alle winst van 2009 naar financiers van schuld gaat.

Stel dat de netto rentelast terugkeert naar het niveau van 2002. Bij de schuldlast in 2009 zou dat een verhoging van de rentelasten met EUR 233 miljoen betekenen. Bij deze fictieve rentestand zou de winst over 2009 (een historische recordwinst) worden teruggebracht tot EUR 51 mln. Ziekenhuizen lopen dus een aanzienlijk risico op de rentelasten. Om dit risico te adresseren zal de schuld moeten worden afgebouwd of de winstgevendheid moeten worden verhoogd. Zeer bewust investeren en verbeteren van de operationele prestaties zijn hiervoor voorwaarden.

F7



F8



R1

	Voorlopers 2009	Gemiddelde presteerders 2009	Achterblijvers 2009
Streek, klein	Pantein Ruwaard Van Putten Ziekenhuis Van Weel-Bethesda Ziekenhuis	Saxenburgh Groep Refaja Ziekenhuis St. Jans Gasthuis Ziekenhuis Bethesda	Talma Sionsberg
Streek, middelgroot	Antonius Ziekenhuis Flevoziekenhuis Nij Smellinghe Franciscus Ziekenhuis St. Jansdal Slingeland Ziekenhuis De Tjongerschans Waterlandziekenhuis Ziekenhuis Zeeuws-Vlaanderen	Ommelander ziekenhuisgroep Gemini Ziekenhuis Zuwe Hofpoort Ziekenhuis Lievensberg Ziekenhuis Rivierenland Wilhelmina Ziekenhuis Assen Leveste Rivas zorggroep	Streekziekenhuis Koningin Beatrix Ziekenhuis Bernhoven Zorgcombinatie Noorderboog Elkerliek Ziekenhuis IJsselmeer Ziekenhuizen Laurentius Ziekenhuis Rode Kruis Ziekenhuis Zaans Medisch Centrum
Streek, groot	Ziekenhuis De Gelderse Vallei Tergooiziekenhuizen	Ziekenhuisgroep Twente Admiraal De Ruyter Ziekenhuis	Gelre Ziekenhuizen Groene Hart Ziekenhuis Orbis Westfries Gasthuis
Stedelijk, klein	Ikazia Ziekenhuis 't Lange Land Ziekenhuis St. Anna Zorggroep Bronovo-Nebo	BovenIJ Ziekenhuis Ziekenhuis Amstelland	Diaconessenhuis Leiden Havenziekenhuis
Stedelijk, groot	Diakonessenhuis Utrecht/Zeist Slotervaartziekenhuis	TweeSteden ziekenhuis IJsselland Ziekenhuis Rijnland Ziekenhuis	Vlietland-Ziekenhuis
STZ	Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis Deventer Ziekenhuisgroep St. Franciscus Gasthuis Medisch Centrum Haaglanden Kennemer Gasthuis	St. Elisabeth Ziekenhuis Máxima Medisch Centrum Meander Medisch Centrum Reinier de Graaf Groep Spaarne Ziekenhuis	Albert Schweitzer Ziekenhuis Atrium Medisch Centrum Jeroen Bosch Ziekenhuis Martini Ziekenhuis St. Lucas Andreas Ziekenhuis VieCuri Medisch Centrum
WBMV	Zorggroep Noorderbreedte Maasstad	Amphia ziekenhuis Catharina-ziekenhuis Isala Klinieken HagaZiekenhuis St. Antonius Ziekenhuis	Alysis Zorggroep Medisch Centrum Alkmaar Medisch Spectrum Twente Onze Lieve Vrouwe Gasthuis
UMC	Erasmus Medisch Centrum	Academisch Medisch Centrum VU Medisch Centrum UMC Utrecht	Academisch Ziekenhuis Maastricht Leids Universitair Medisch Centrum UMC St. Radboud UMC Groningen

6. Ranking

We hebben alle ziekenhuizen gerangschikt op dezelfde indicatoren als voorgaande jaren. Dit zijn:

- 1) Marktprestaties
 - a. Marktscore
 - b. Marktscorewinst/-verlies (zowel A- als B-segment)
- 2) Operationele prestaties
 - a. Totale behandelkosten
 - b. Patiënteenheden per EPB
 - c. Gemiddelde verblijfsduur
- 3) Financiële prestaties
 - a. Winstgevendheid
 - b. Eigen vermogenspositie

Zoals eerder al aangegeven, vergelijken we de prestaties van de ziekenhuizen in acht groepen. Wij stellen dat dit, gegeven de grote verschillen tussen ziekenhuizen, een betere en meer relevante meting van de prestaties geeft. De rangschikking van alle ziekenhuizen op de totaalscore van bovengenoemde indicatoren is weergegeven in Figuur R1. De resultaten worden per vergelijkingsgroep weergegeven.

In Figuur R2 laten wij per vergelijkingsgroep op marktprestatie, operationele prestatie en financiële prestatie zien welk ziekenhuis de meeste verbetering heeft gerealiseerd. Een in het oog springend voorbeeld is ziekenhuis Bronovo. Het ziekenhuis loopt op zijn peers vooruit. Vorig jaar kwam dit ziekenhuis al in de groep sterk presterende ziekenhuizen. Dit jaar slaagt Bronovo er toch nog in om in haar vergelijkingsgroep het meeste marktaandeel te winnen en de behandelkosten het meest te verlagen.

Opvallend zijn ook Talma Sionsberg in de groep kleine streekziekenhuizen en IJsselmeer-ziekenhuizen in de groep middelgrote streekziekenhuizen. Talma Sionsberg presteert onder het gemiddelde van zijn vergelijkingsgroep, maar heeft in het afgelopen jaar op operationele prestaties en financiële prestaties de grootste verbetering laten zien. IJsselmeerziekenhuizen heeft in 2009 de prestaties sterk verbeterd, maar is toch in haar vergelijkingsgroep nog een achterblijver. De komende jaren zullen ons leren of deze ziekenhuizen in staat zijn hun peers in te halen of wellicht zelfs voorbij te streven.

R2

	Marktaandeelgroei 2008-2009	Verbetering behandelkosten 2008-2009	Financieel resultaat 2008-2009
Streek, klein	Saxenburgh Groep	Talma Sionsberg	Talma Sionsberg
Streek, middelgroot	Flevoziekenhuis	IJsselmeer Ziekenhuizen	IJsselmeer Ziekenhuizen
Streek, groot	Admiraal De Ruyter Ziekenhuis	Gelre Ziekenhuizen	Gelre Ziekenhuizen
Stedelijk, klein	Bronovo-Nebo	Bronovo-Nebo	Ikazia Ziekenhuis
Stedelijk, groot	IJsselland Ziekenhuis	Vlietland-Ziekenhuis	Slotervaartziekenhuis
STZ	St. Elisabeth Ziekenhuis	Spaarne Ziekenhuis	St. Franciscus Gasthuis
WBMV	Catharina-ziekenhuis	HagaZiekenhuis	Maasstad
UMC	Academisch Medisch Centrum	UMC St. Radboud	VU Medisch Centrum

Nawoord

Het vertrouwen dat Dorbeck hem zou vertellen wat hij moest doen, heeft Osewoudt door de Tweede Wereldoorlog gesleept. Als Osewoudt weer moedeloos of radeloos werd, dacht hij aan de moed en raad van Dorbeck. In mooie momenten dagdroomt Osewoudt zelfs dat Dorbeck ervoor zal zorgen dat hij na de oorlog passende erkenning krijgt voor zijn daden voor Nederland.

Om eerlijk te zijn, werden wij tijdens het analyseren en het schrijven van deze studie soms ook onzeker. Waar is de Dorbeck voor de ziekenhuizen?

Er is een zeker risico dat wij niet meer weten hoe wij verder moeten gaan met de Nederlandse ziekenhuissector. Alle ingeslagen wegen doen twijfelen. Is het B-segment goed geweest of toch niet? Moeten wij het uitbreiden of niet? Kunnen ziekenhuizen echt iets doen om productiviteit te verbeteren? Hoe beheersen wij de ziekenhuisuitgaven? Als ziekenhuizen na jaren van goede zwarte cijfers nog steeds kwetsbaar zijn, hoe moeten wij dan verder? Zijn wij bezig met de juiste ontwikkeling van het systeem, bijvoorbeeld door de introductie van DOT?

Draconische maatregelen moeten wij in de ziekenhuissector voorkomen. Het doel van deze studie is niet alleen vragen op te roepen, maar ook de weg naar het juiste antwoord te wijzen. Wij hebben op basis van de ontwikkeling van de afgelopen jaren onze visie gegeven op de belangrijkste vragen hierboven. Een aantal van de foto's die wij in de studie ontwikkelen, geeft een duidelijk beeld. Andere zijn vertroebeld of hebben het onderwerp nog niet goed vastgelegd. Wij zullen blijven onderzoeken; elke nieuwe dag levert nieuwe foto's op die bij kunnen dragen aan een betere ziekenhuissector in Nederland.

