

Alice's adventures in Wonderland

"We're all mad here!"

Studie naar de prestaties van Nederlandse ziekenhuizen 2010

Alice's adventures in Wonderland

De prestatie van Nederlandse ziekenhuizen in het jaar 2010 verbaasde ons. Misschien waren we niet zo verbaasd als Alice toen ze een wit konijn met roze ogen gehaast zag weglopen met een zorgelijke blik op zijn zakhorloge terwijl hij mopperde: *"Mijn god, ik ben laat, mijn god ik ben laat."* Maar verbaasd waren wij zeker. En net als voor Alice, toen ze op die warme middag het konijn volgde in plaats van zich te vervelen met haar zus, bezorgde het analyseren van de ziekenhuisprestaties ons een prachtig avontuur.

Er kwam in 2010 moeizaam een convenant tot stand tussen de spelers in de tweedelijns curatieve zorg. Een convenant met toezeggingen van alle partijen om zich in te spannen om de reële groei van de uitgaven te beperken tot 2,5%. Het is begrijpelijk dat de sector terughoudend was om een echte (resultaat)belofte te doen, maar ook begrijpelijk dat de overheid die zekerheid zocht. De reële groei lag in het verleden 1,5 tot 2 keer hoger. Maar, wonder boven wonder, in 2010 was de ziekenhuisgroei met 5% echt lager dan we gewend waren. Hoe kan dit? Of kan het eigenlijk niet?

En de wonderlijke wereld van de curatieve zorg hield hier niet op.

Er waren ook rare en onverklaarbare ontwikkelingen in de omzetgroei. De operationele groei was wellicht laag, maar de totale groei, de maatschappelijke kosten, was veel hoger. Net als in Alice in Wonderland kwam het wezen van de curatieve wereld te voorschijn met meerdere onverwachte karakteristieken. In dit geval hebben wij het over de *immateriële vaste activa*. Die groeiden alsof ze hadden gedronken van een wonderdrank, waardoor ze in een oogwenk drie tot vijf keer zo groot konden worden. Alice dronk ook een drankje waardoor zij heel klein kon worden. Dat drankje konden wij bij de immateriële vaste activa niet vinden. Gelukkig maar, zou je zeggen, want het resultaat is een mooie opschoning van de balansen van de ziekenhuizen. Maar wie betaalt de rekening hiervoor, of wie signaleert deze bijzondere groei überhaupt? "Een technisch probleem" zou je denken. Maar daarvan hebben we er de laatste tijd zoveel. En aan de horizon zien we nog veel meer en omvangrijke technische risico's.

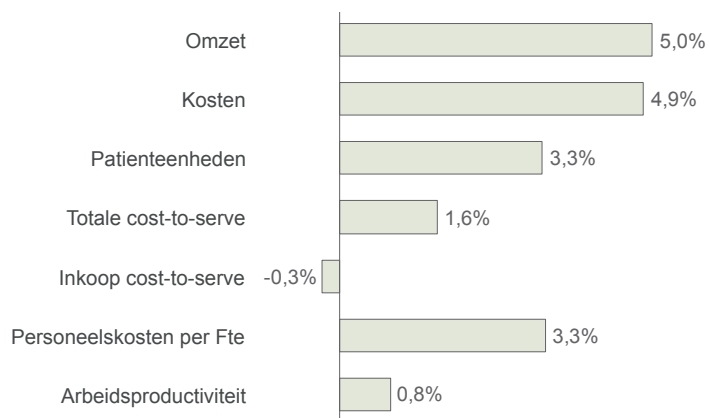
Misschien vindt u een konijn en een wonderdrank een matige rechtvaardiging voor de titel van deze studie. Maar dan zeggen wij tegen u, lees u maar verder. Daar houdt het namelijk niet mee op. Er waren genoeg andere wonderen waar te nemen in 2010. De Ziekenhuisstudie 2010 lijkt wel op de wereld van Alice. Zij beleeft volkomen onverwacht een vreemd avontuur met een konijn, dodo, muis, hagedis, rups en natuurlijk de koningin.

Inhoud

Inhoud	
Managementsamenvatting	
Introductie	1
Methodologie en indicatoren.....	3
1. Marktprestaties	9
The rabbit sends a little bill. Collectieve onzekerheid leidt tot excessen.....	9
The mock turtle's story. Lager dan gemiddelde omzetgroei in 2010.....	13
A mad tea-party. Kleine ziekenhuizen presteren matig in sterk groeiend B-segment.....	15
The queen's croquet ground. Patiënten kiezen actief	21
Advice from a Caterpillar. Drie scenario's.....	25
2. Operationele prestaties.....	35
Down the rabbit hole. Op zoek naar productiviteitswinst	35
The lobster quadrille. Meer zorg, korter in het ziekenhuis	39
3. Financiële prestaties.....	41
Who stole the tarts? Hoge winstgevendheid en eigen vermogen op 15%.....	41
The pool of tears. Meer schuld, hogere rentelasten.....	43

S1 Ziekenhuissector vergroot financiële gezondheid ondanks stijgende cost-to-serve

Overzicht ziekenhuiszorg [% verandering 2009-2010]



¹⁾ Gecorrigeerd voor eenmalige effecten van compensatieregeling IVA

Managementsamenvatting

In deze managementsamenvatting staan we stil bij de belangrijkste zeven conclusies die wij trekken over de prestaties van 89 Nederlandse ziekenhuizen in 2010. Figuur S1 hiernaast geeft in een oogopslag een overzicht van de belangrijkste ontwikkelingen op het gebied van omzet, kosten, productie en productiviteit.

1) Eenmalige stelselwijziging immateriële vaste activa: collectieve onzekerheid leidt tot excessen

In totaal schreven de ziekenhuizen in 2010 ruim EUR 700 miljoen af in verband met de eenmalige afwaardering van de IVA. Het door de minister vrijgemaakte bedrag voor deze afschrijving bedraagt echter slechts EUR 160 miljoen. Zoals bij elke stelselwijziging die wij tot nu toe onderzochten, lijkt ook hier weer sprake te zijn van excessen die voortkomen uit collectieve onduidelijkheid en onzekerheid.

2) Lager dan gemiddelde omzetgroei in 2010

In 2010 steeg de ziekenhuisomzet met 5,0% tot EUR 19,2 miljard. In tijden van beperkte economische groei is dit een indrukwekkend groeicijfer, maar tussen 2002 en 2010 zagen we slechts twee jaren met minder omzetgroei: 2005 en 2006. In 2010 zijn de ziekenhuizen er al in geslaagd binnen de kaders te blijven, die in het hoofdlijnenakkoord voor 2012-2015 zijn vastgelegd. Dit kwam in 2010 doordat de kostenstijging beperkt werd door relatief lage prijsgroei. Echter, de volumegroei lag met 3,3% wel hoger dan de 2,5% die in het akkoord is vastgelegd.

3) Het groeiend B-segment is voor kleine ziekenhuizen belangrijk, maar ze presteren daarin minder dan verwacht

Hoewel de totale omzetgroei afnam tot 5%, bleef de omzet in het vrij onderhandelbare B-segment sterk stijgen. De totale B-segment omzet steeg EUR 0,5 miljard tot EUR 4,1 miljard. Dit is een omzetstijging van 13,1% ten opzichte van 3,1% omzetstijging in het gebudgetteerde A-segment.



Het B-segment is belangrijk voor de kleine streekziekenhuizen, maar hun markt-prestatie blijft achter. Zelfs na correctie voor de relatief goedkopere productmix van deze ziekenhuizen in het B-segment, blijft hun marktscore steken op 0,9.

4) Patiënten kiezen nog steeds actief tussen ziekenhuizen

In Nederland hebben wij te maken met actief keuzegedrag van patiënten. Dit is duidelijk waar te nemen door de stevige veranderingen in de marktscore bij een aantal ziekenhuizen. Gemiddeld veranderde de netto marktscore van de ziekenhuizen in 2010 met 1,6%. Daarmee is 2010 vanuit patiëntenstromen bezien geen bijzonder jaar. In 2009 lag de zogenaamde *churn rate* met 1,9% relatief hoog; in 2008 met 1,4% juist relatief laag.

5) Voor het eerst in jaren blijven reële kosten per patiënteheid vrijwel stabiel

De kosten van ziekenhuizen stegen in 2010 met 4,9%. Ruim tweederde (3,3 procentpunt) van deze kostenstijging werd veroorzaakt door stijging van de gewogen productie. Gecorrigeerd voor inflatie steeg de reële cost-to-serve met 0,3%. Dit is een echte omslag. Sinds 2005 werd de ziekenhuissector geplaagd door fors teruglopende productiviteit¹. In 2009 steeg de cost-to-serve nog 2,7 procentpunt boven de inflatie. De beheerste kostenstijging werd gerealiseerd door verbetering van de arbeidsproductiviteit per FTe en een daling van de inkoopkosten.

In 2010 verbetert de arbeidsproductiviteit per FTe, al is de ontwikkeling met 0,8% nog bescheiden. Doordat de loonkosten per Fte met 3,3% stijgen, verslechtert de totale arbeidsproductiviteit gemeten in kosten (EUR personeel per patiënteheid) met 2,5%. Dit is wel de kleinste verslechtering van de arbeidsproductiviteit sinds 2007. Echt opvallend in 2010 is de ontwikkeling van de inkoopkosten. Voor het eerst sinds het begin van onze metingen in 2002 zijn de nominale inkoopkosten per patiënteheid gedaald. De daling was slechts 0,3%, maar gecorrigeerd voor inflatie is de reële inkoop cost-to-serve 1% gedaald.

¹ Onder productiviteit verstaan wij productie per euro kosten. Dit is te onderscheiden van arbeidsproductiviteit, waaronder wij verstaan productie per euro personeelskosten. Arbeidsproductiviteit per FTe, tot slot, is de productie per FTe.



6) Weer een recordjaar: absoluut en relatief hoogste winstgevendheid

De ziekenhuizen realiseerden in 2010 een totale winst van EUR 300 miljoen. Dit is zowel absoluut als relatief (1,6% van de omzet) de hoogste winstgevendheid sinds 2002. Tussen de vergelijkingsgroepen zien we wel een aantal opvallende verschillen. De streekziekenhuizen moeten zich tevreden stellen met een resultaat van 0,1% (groot streek) en 1,1% (klein streek), terwijl de grote stedelijke ziekenhuizen gemiddeld 3,0% winst behaalden. Een tweede groep die onder financiële druk staat, zijn de universitaire centra. Zij behalen als groep een gemiddelde winst van slechts 0,6% .

7) Gemiddeld eigen vermogen op 15%

Vijftien procent eigen vermogen ten opzichte van het balanstotaal wordt algemeen gezien als een ondergrens om te spreken van een financieel stabiel ziekenhuis. In 2010 komt het eigen vermogen in de sector bijna op deze grens uit. De ziekenhuizen hebben gemiddeld 14,8% van hun balanstotaal als eigen vermogen in reserve. 14 ziekenhuizen hebben een vermogenspositie tussen 0% en 10%. Deze ziekenhuizen zijn relatief kwetsbaar en slechts korte tijd in staat om ook bescheiden verliezen te dragen.



Introductie

Al zeven jaar op rij geeft Gupta Strategists een beeld van de belangrijkste ontwikkelingen in de ziekenhuissector. Op macroniveau en het niveau van groepen van vergelijkbare ziekenhuizen geven wij inzicht in bewegingen en trends op marktprestaties, financiële prestaties en operationele prestaties. Openbare bronnen vormen de basis voor onze analyses in dit rapport. Jaarlijks als de jaarverslagen van de Nederlandse ziekenhuizen beschikbaar komen, gaat een team van analisten van Gupta Strategists aan de slag. Zeer gedetailleerd gaan zij door alle jaarverslagen om data te verzamelen over de opbrengsten, kosten, productie, financiering en personeelsinzet.

Wij kiezen ervoor om in onze jaarrapporten gebruik te maken van een vaste set aan metingen die hun basis vinden in analyse van openbare data. Dit heeft als voordeel dat het jaarlijks rapport over de ziekenhuizen zoveel mogelijk consistentie kent over de tijd. Ons sectorrapport biedt een jaarlijks ijkpunt om belangrijke prestaties te volgen. Doordat we een vaste set van indicatoren gebruiken, kunnen spelers in de sector en andere geïnteresseerden diverse ontwikkelingen en prestaties in een bruikbaar historisch perspectief plaatsen. Wij richten ons erop in het rapport onze lezers te wijzen op de meest opvallende ontwikkelingen.

Wij hopen dat u zich ook dit jaar weer als een Alice in Wonderland kunt verwonderen over onze bevindingen in de sector. In de loop van de komende tijd kunt u uitkijken naar een aantal themastudies. Ook bij het lezen daarvan wensen wij u vast genoeglijke verwondering.



Methodologie en indicatoren

De methodologie en indicatoren die wij 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 als opfrisser voor terugkerende lezers.

Wij rapporteren resultaten op twee niveaus:

- 1) **Ziekenhuissector:** Onze analyse bestrijkt de 89 algemene en universitaire ziekenhuizen in Nederland die hun resultaten publiceren in openbare jaarverslagen. Gespecialiseerde (categorale) ziekenhuizen, zoals het Oogziekenhuis, de Anthony van Leeuwenhoek kliniek en de Sint Maartenskliniek zijn uitgesloten, omdat geen directe vergelijking met andere ziekenhuizen mogelijk is. Daarnaast zijn alle ZBCs uitgesloten, voor zover ze niet zijn meegeconsolideerd in de jaarrapportage van een ziekenhuis.
- 2) **Vergelijkingsgroepen:** We hebben de 89 ziekenhuizen verdeeld in 8 vergelijkingsgroepen. Ziekenhuizen van vergelijkbaar profiel zijn samengevoegd in deze vergelijkingsgroepen. Drie overwegingen zijn gebruikt om de indeling van de vergelijkingsgroepen te bepalen:
 - a. Omvang van het ziekenhuis (op basis van omzet)
 - i. Groot
 - ii. Gemiddeld
 - iii. Klein
 - b. Locatie van het ziekenhuis
 - i. Stedelijk, concurrerend (veel keuze voor patiënten)
 - ii. Streek, niet-concurrerend (weinig keuze voor patiënten)
 - c. Zorgprofiel
 - i. Algemene ziekenhuizen
 - ii. Opleidingsziekenhuizen (STZ, met beperkte omvang topzorg functies. In deze groep zijn opgenomen de STZ-ziekenhuizen die niet in groep iii vallen en in 2010 tot de STZ groep behoorden)
 - iii. Ziekenhuizen met een groot aandeel topzorg (WBMV) functies
 - iv. Universitaire ziekenhuizen (UMC)

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

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

1) 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 marktaandeelen 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 en volume

Jaarlijks passen wij de verwachte marktaandeelen 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 ook retrospectief door, zodat jaar-op-jaar vergelijkingen mogelijk zijn.

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

a. Behandelkosten

- i. Behandelkosten arbeid
 - Arbeidsproductiviteit
 - Loonkosten per FTe
- 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 89 ziekenhuizen binnen hun vergelijkingsgroepen op basis van deze indicatoren.

1. Marktprestaties

In deze sectie analyseren wij de ontwikkeling van omzet, marktaandelen en marktvolumes van de Nederlandse ziekenhuizen.

The rabbit sends a little bill. Collectieve onzekerheid leidt tot excessen

Dit jaar moesten wij de gerapporteerde omzetten en kosten corrigeren voor een eenmalig effect. De overheid heeft bepaald dat de aanloopkosten van bouwprojecten, de zogenoemde immateriële vaste activa (IVA), in de toekomst niet langer voor vergoeding in aanmerking komen. Om ziekenhuizen een gelijk speelveld te geven, is besloten om eenmalig middelen beschikbaar te stellen om de op de balansen geactiveerde IVA in een keer af te schrijven. Veel ziekenhuizen hebben in afwachting van definitieve afhandeling van dit dossier in hun jaarverslag de IVA al afgeboekt via de resultatenrekening en ook de vergoeding vanuit de overheid opgevoerd. Dit eenmalig effect verstoort het beeld van omzet- en kostenontwikkeling. We hebben daarom voor elk ziekenhuis de omvang van dit effect bepaald en hiervoor gecorrigeerd. Alle omzet- en kostengegevens hierna zijn gecorrigeerd voor de eenmalige afschrijving in 2010.

In totaal schreven de ziekenhuizen in 2010 ruim EUR 700 miljoen af in verband met de eenmalige afwaardering van de IVA. Het door de minister vrijgemaakte bedrag voor deze afschrijving bedraagt echter slechts EUR 160 miljoen. Zoals bij elke stelselwijziging die wij tot nu toe onderzochten, lijkt ook hier weer sprake te zijn van excessen die voorkomen uit collectieve onduidelijkheid en onzekerheid. Ziekenhuizen zijn bang voor het effect van de stelselwijziging op hun financiële toekomst en hun concurrentiepositie. Verzekeraars (die de afschrijving moeten goedkeuren) kunnen de werkelijke omvang van de IVA-problematiek per ziekenhuis niet goed schatten en hebben belang bij financieel gezonde ziekenhuizen in hun belangrijkste marktgebieden. Ziekenhuizen voeren daarom hoge IVA-kosten op, die zorgverzekeraars accorderen: een IVA afschrijving 'wapenwedloop'. De regels vanuit de overheid en toezichthouder zijn niet eenduidig. Blijkbaar is het ondoenlijk om in een beleidsregel alle IVA-varianten die op basis van historie zijn ontstaan goed te ondervangen. De NZa heeft wellicht onvoldoende kennis over individuele ziekenhuizen en een gebrek aan capaciteit om elk dossier volledig te doorgronden. De controlerende accountant, tenslotte, moet in staat zijn de juistheid

van de IVA waarde te controleren. Als deze waarde binnen twee jaar enorm veel kan veranderen, laat de accountantscontrole kennelijk ook te wensen over.

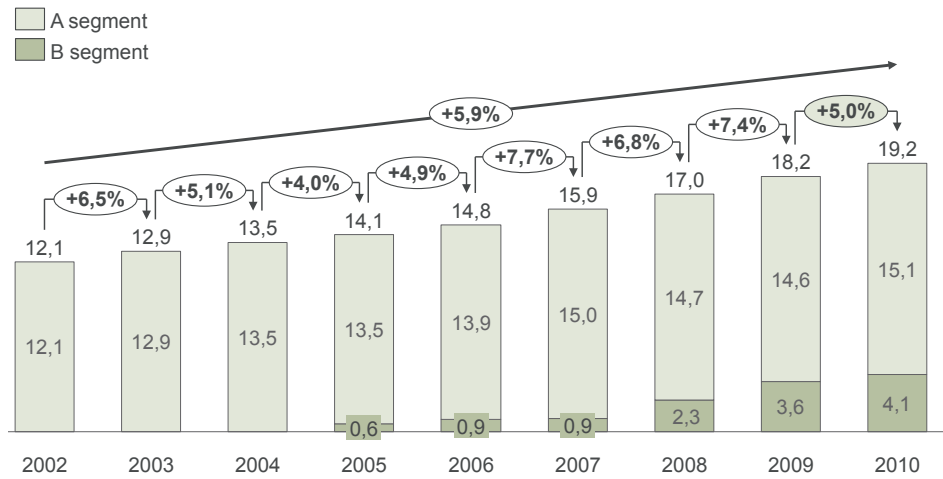
Inmiddels heeft de NZa al bekend gemaakt dat 250 miljoen aangevraagde versnelde IVA afschrijving niet wordt gehonoreerd. Dit betekent dat ziekenhuizen waarvan de aanvraag is afgewezen volgend jaar hun jaarrekening over 2010 moeten aanpassen. De afgewezen afschrijving en daarvoor geboekte inkomsten moeten op de winst- en verliesrekening worden teruggedraaid en de balans moet worden opgehoogd met het bedrag van de afgewezen afschrijving.

Bij elke stelselwijziging zien we het beeld dat de complexiteit van de wijziging leidt tot regels die voor meerdere uitleg vatbaar zijn. Dit leidt tot onzekerheid in de sector en dus tot opportunistisch gedrag. Onzekere ziekenhuizen en zorgverzekeraars spelen individueel op zeker en creëren daarmee een macroprobleem, waarop de overheid nauwelijks nog kan ingrijpen. Het uiteindelijke probleem komt op het bord van het ministerie van Financiën. Daar ontbreken nu de middelen om onverwachte uitgaven op te vangen. De ziekenhuizen lopen dus het risico dat de afschrijvingen worden verlaagd, of dat via een andere ingreep de kosten weer worden teruggehaald.

Bij de introductie van de DBC-systematiek, de introductie en uitbreidingen van het B-segment en het baseren van de specialisteninkomens op normtijden per DBC, zagen we dat de kosten van de ziekenhuiszorg veel sterker stegen dan vooraf verwacht was. Nu zien we hetzelfde weer gebeuren bij de versnelde IVA-afschrijving. We zijn daarom zeer bezorgd over de aankomende introductie van de DOT-systematiek. Wij herhalen ons advies om zo min mogelijk te werken met incrementele stelselwijzigingen, waarbij het systeem uit de bocht vliegt. Onze voorkeur gaat uit naar een beperkt aantal fundamentele stelselwijzigingen, waarbij vooraf afspraken worden gemaakt over macro correctiemechanismen die de belasting- en premiebetaler beschermen tegen kostenoverschrijdingen die puur het gevolg zijn van de stelselwijziging; een ingebouwd veiligheidsventiel. Beleidmakers moeten de les trekken dat incrementeel ingrijpen effectief en beheersbaar lijkt, maar in de praktijk is het gek genoeg zo dat incrementele wijzigingen meer risico met zich meebrengen door onzekerheden op andere terreinen en de complexe samenhang van de zorgvoorzieningen.

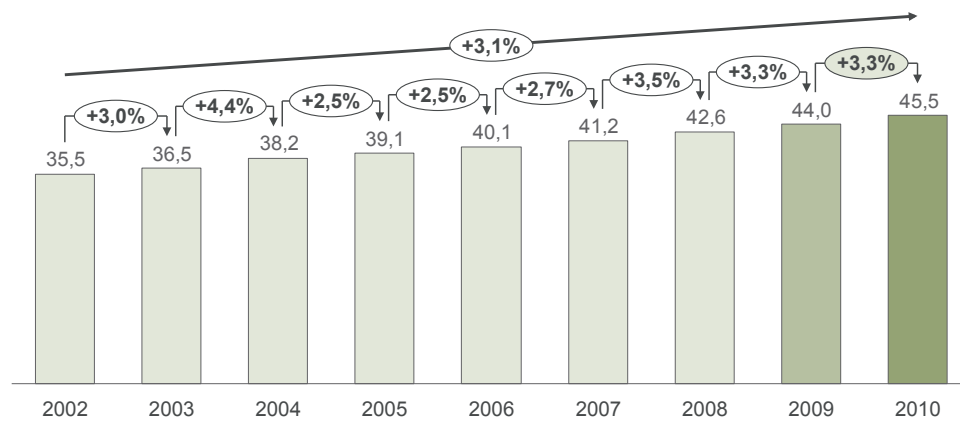
1. Voor het eerst sinds jaren is de stijging van ziekenhuisomzet in 2010 beneden gemiddeld

Ziekenhuisomzet¹⁾
[EUR miljard]



2. Zorgconsumptie blijft harder stijgen dan op grond van demografie te verwachten

Zorgconsumptie Nederlandse ziekenhuizen
[miljoen patiënteenheden¹⁾]



¹⁾ Niet gewogen voor specialismen

The mock turtle's story. Lager dan gemiddelde omzetgroei in 2010

Tussen 2002 en 2010 steeg de totale ziekenhuisomzet jaarlijks met gemiddeld 5,9% (zie figuur 1). De jaren 2007-2009 lieten grote groeicijfers zien, steeds tussen 6,8% en 7,7%. De sterke groei van de uitgaven aan ziekenhuiszorg was reden voor de minister van VWS om overschrijdingen (deels) terug te draaien door kortingen op de budgetten op te leggen. Om in de toekomst dergelijke ingrijpende maatregelen achteraf te voorkomen, hebben het ministerie van VWS, de zorgverzekeraars en de koepelorganisaties van ziekenhuizen, UMCs en ZBCs in 2011 een bestuurlijk hoofdlijnenakkoord voor de periode van 2012 tot en met 2015 gesloten. In dit akkoord zijn partijen een gezamenlijke inspanningsverplichting aangegaan. Doel van het akkoord is om te komen tot een maximale structurele uitgavengroei aan de ziekenhuiszorg van 2,5% per jaar. Inclusief loon- en prijsbijstelling betekent dit een nominale groei van naar schatting 5,25% per jaar.

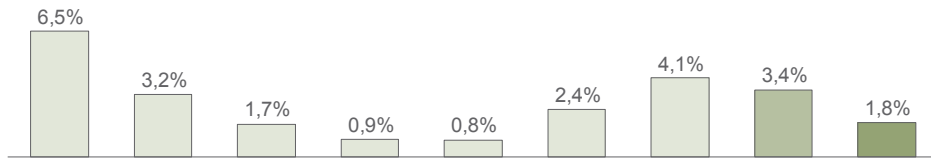
In 2010 zijn de ziekenhuizen er al in geslaagd binnen de kaders te blijven, die in het hoofdlijnenakkoord voor 2012-2015 zijn vastgelegd. Dit kwam in 2010 doordat de kostenstijging beperkt werd door relatief lage prijsgroei. Daarentegen, de volumegroei lag met 3,3% wel hoger dan de 2,5% die in het akkoord is vastgelegd (zie figuur 2). Een belangrijke oorzaak voor de lage prijsgroei zien we in de prijsindexcijfers voor de materiële en personele kosten waarop de A-segment budgetten zijn gebaseerd. Het prijsindexcijfer voor materiële kosten was -0,31%, vergeleken met +1,71% gemiddeld over de jaren 2002 t/m 2009 (zie figuur 3). Het prijsindexcijfer voor personele kosten was in 2010 +1,75%. Tussen 2002 en 2009 lag dit cijfer ruim een procentpunt hoger. Een sterk afkoelende economie heeft in het budgetsysteem dus direct invloed op de prijsgroei in de ziekenhuizen. Daarmee wordt voorkomen dat de uitgaven aan ziekenhuiszorg te snel onbetaalbaar worden. Volumegroei blijft echter een risico. En juist volumegroei was in 2010 een relatief sterke drijver van de groei.

In eerste instantie lijkt het erop dat 2010 ons leert dat beheersing van de zorguitgaven het eenvoudigst en meest efficiënt kan via een centraal gestuurd budgetstelsel. Door binnen een centraal gestuurd budget de index voor kostenstijgingen laag genoeg te zetten, ontstaat een direct en sterk effect op de kostenbeheersing. Dit zou echter niet houdbaar zijn. Op termijn klinkt de verslechterde levering van zorg in een centraal

3. Prijsindexcijfers Nza materieel en personeel

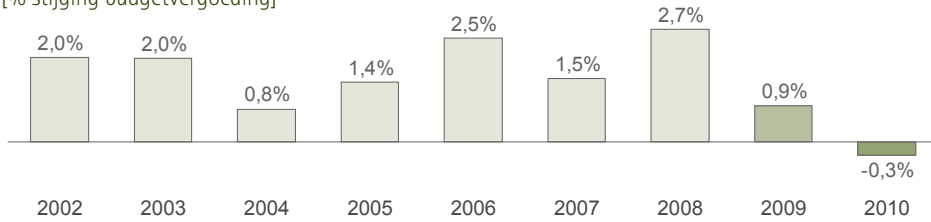
Prijsindexcijfers personele kosten

[% stijging budgetvergoeding]



Prijsindexcijfers materiële kosten

[% stijging budgetvergoeding]



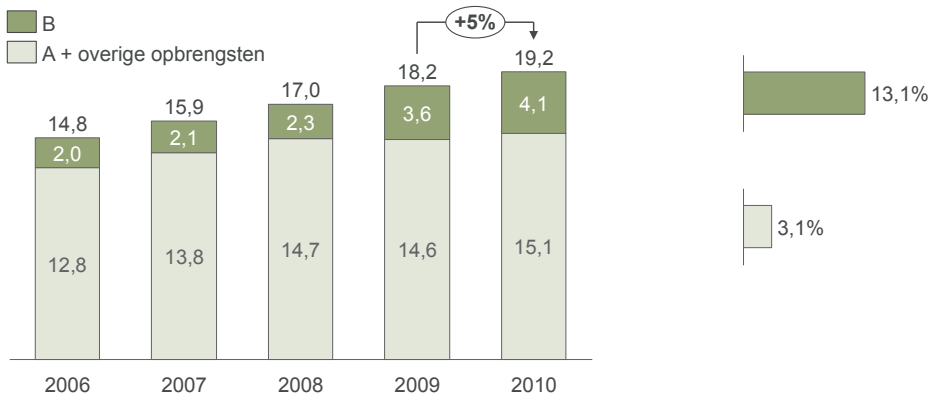
4. Omzet B segment steeg veel harder dan A segment in 2010

Oprengsten Nederlandse ziekenhuizen per segment¹⁾

[EUR miljard]

Groei 2009-2010

[%]



¹⁾ Gecorrigeerd voor eenmalige effecten van compensatieregeling IVA

aangestuurd model door in zowel kwaliteit als wachtlijsten. De ouderenzorg in Nederland en de curatieve zorg van de voorbije decennia van de vorige eeuw zijn het bewijs voor deze stelling. Op korte termijn geeft een centraal gestuurd budgetstelsel ons budgetbeheersing, maar op de lange termijn is de impact contraproductief. De maatschappelijke uitdaging is om vertrouwen te scheppen in het vermogen en de motivatie van belangrijke spelers in een decentraal model om de juiste trade-offs te maken en gezamenlijk tot beheersing van de zorguitgaven te komen.

A mad tea-party. Kleine ziekenhuizen presteren matig in sterk groeiend B-segment

Sterke groei in het B-segment

Hoewel de totale omzetgroei afnam tot 5%, bleef de omzet in het vrij onderhandelbare B-segment sterk stijgen. De totale B-segment omzet steeg EUR 0,5 miljard tot EUR 4,1 miljard. Dit is een omzetsijging van 13,1% ten opzichte van 3,1% omzetsijging in het gebudgetteerde A-segment (zie figuur 4). Zoals we hierboven al beschreven, werd de inhoud van het B-segment in 2010 niet uitgebreid. De stijging van de omzet komt dus volledig voor rekening van volume- en prijsstijgingen van het bestaande pakket, plus wellicht een overloopeffect van 2009.

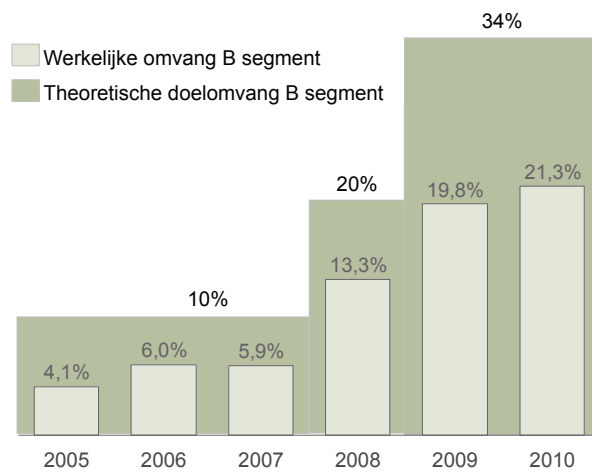
Het B-segment is een belangrijke leerschool voor zowel ziekenhuizen als zorgverzekeraars. Het onderhandelen over prijzen begint te wennen. Onder druk van het hoofdlijnenakkoord 2012-2015 en het afschaffen van de ex-post verevening beginnen zorgverzekeraars ook steeds meer te sturen op de volumes. Deze vingeroefeningen in het onderhandelen zijn essentieel om onder het DOT-regime succesvol te zijn. Tegelijk met de introductie van DOT kunnen ziekenhuizen en zorgverzekeraars straks vrij onderhandelen over, naar schatting, 70% van de totale ziekenhuisomzet.

In het licht van de ophanden zijnde uitbreiding van het vrij onderhandelbare segment is de relatief sterke stijging van de omzet in het B-segment in 2010 een risico waar de sector zich rekenschap van moet geven. Het is door gebrekkige publieke rapportage niet mogelijk om de oorzaak van de sterke groei in het B-segment in deze studie te duiden. Onze inmiddels verouderde analyse van de eerste tranche van het B-segment leerde dat in 2005 in die eerste tranche vooral aandoeningen waren opgenomen die door lange wachtlijsten en nieuwe medische inzichten een inherente hoge omzetgroei kenden. Het is niet helemaal uit te sluiten dat dit ook geldt voor de 20% van de zorgomzet die

5. De omvang van het B segment stijgt door in 2010

Omvang B segment Nederlandse ziekenhuizen

[B segment opbrengst als % van totale opbrengsten]



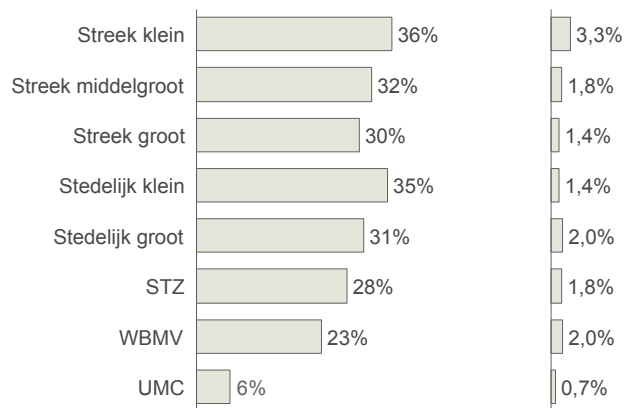
6. De kleinere en middelgrote ziekenhuizen zijn afhankelijker van het B segment dan andere ziekenhuizen

Aandeel B segment

[% totale opbrengsten, 2010]

Verandering aandeel B segment

[%-punt t.o.v. 2009]



inmiddels in het huidige B-segment valt. Maar echt waarschijnlijk is het niet dat het B-segment over de hele linie veel harder groeit dan in het A-segment. Zeker niet als wij ons realiseren dat de groei in het B-segment vooral volumegroei is. De prijzen zijn namelijk in reële termen lager geworden. Wel valt te bezien of het A-segment ook zo weinig groei laat zien als we die analyseren in termen van DCB-producten, in plaats van de FB-parameters die nu nog de werkelijke inkomsten van ziekenhuizen in het A-segment bepalen.

Lagere prijzen en toch meer dan 10% omzetgroei. Het B-segment groeit ruim vier keer harder dan het A-segment. Is er sprake van opportunistisch gedrag van ziekenhuizen? Is het een registratie (inhaal) effect, of is er sprake van handig 'omhoog' of 'dubbel' coderen? Of hebben we toch te maken met een inherent hogere groei door demografische ontwikkelingen en veranderende medische inzichten? Het is belangrijk om deze vraag grondig te onderzoeken. Met de uitbreiding van de prestatiebekostiging in 2012, moet de impact van vrije prijzen en volumes duidelijk zijn. Even een deksel op de snelkookpan leggen, werkt op de korte termijn wel. Maar als de onderliggende registratie en medische effecten tot zeer hoge druk kunnen leiden, dan loopt de kok het risico de deksel hard in zijn gezicht te krijgen.

Het B-segment is vooral belangrijk voor kleinere ziekenhuizen, maar ze blijven in marktprestatie achter op de UMCs

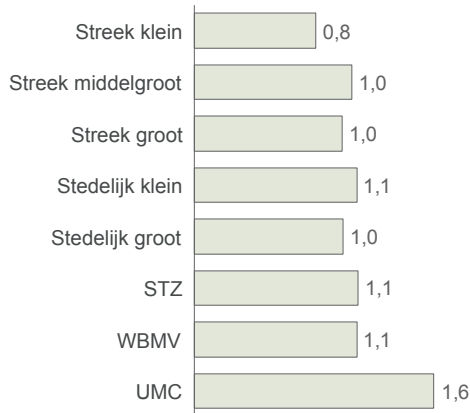
Het B-segment is in 2010 nog goed voor 21,3% van de totale omzet in de sector (zie figuur 5). Binnen de algemene ziekenhuizen ligt het belang van het B-segment rond de 30% (zie figuur 6). Geen enkel ziekenhuis heeft een groter B-segment belang dan 40% van de omzet. Voor UMCs is en blijft het B-segment een bescheiden deel van de totale omzet. Zij realiseren slechts 6,2% van de omzet in dit segment.

Het aandeel van het B-segment in de totale omzet is vooral relevant vanuit het oogpunt van risico. Kleinere ziekenhuizen zijn nu al voor een groot deel afhankelijk van hun onderhandelings- en productieresultaten in het vrije segment. Grotere ziekenhuizen met meer functies die nog onder in het gebudgetteerde segment vallen, hebben meer spreiding van de risico's. Voor de universitaire centra is die spreiding nog groter met inkomstenstromen uit vergoedingen voor specialisteninkomens, de academische component en inkomsten voor onderzoek en opleiding.

7. De B-segment marktprestatie verschilt nauwelijks tussen niet-universitaire ziekenhuizen

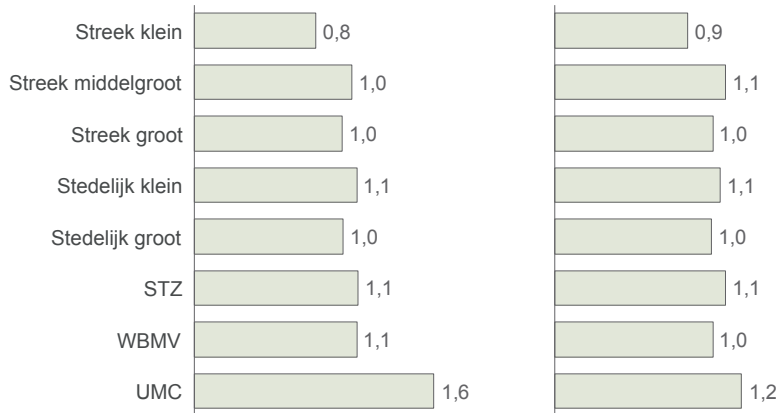
Marktscore omzet B segment

[werkelijke omzet/ verwachte omzet, 2010]



Marktscore volume B segment

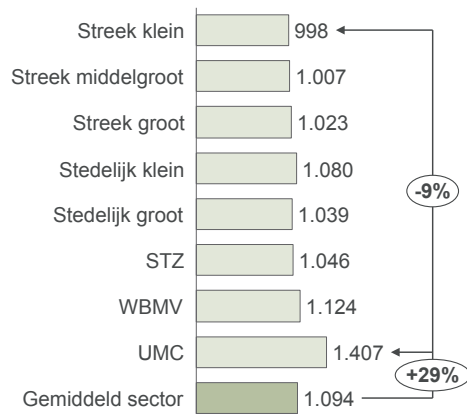
[werkelijk volume/ verwacht volume, 2010]



8. UMCs leveren relatief dure zorg in het B-segment, kleine streekziekenhuizen juist relatief goedkope zorg

Gemiddelde prijs per DBC B-segment

[EUR, 2010]



Toch schieten we aan de werkelijkheid voorbij door te stellen dat de kleinere ziekenhuizen de grootste risico's lopen. Deze ziekenhuizen worden meer afhankelijk van hun dominante zorgverzekeraars, maar zitten wel in gelijkwaardige positie aan de onderhandelingstafel. Ziekenhuizen die zwaar leunen op de gebudgetteerde zorgfuncties, zijn afhankelijk van de overheid. Duidelijk is dat de schatkist de komende jaren steeds een tekort heeft. Overschrijdingen in de zorg zullen binnen de zorg moeten worden teruggehaald. Ingrijpen op de budgetten is voor het ministerie een beproefde methode. Kleinere ziekenhuizen hebben dus minder spreiding van risico's, maar het vrije segment hoeft niet het meest risicovolle segment te zijn.

Kleine ziekenhuizen blijven met de marktprestatie in het B-segment iets achter bij de UMCs

De gemiddelde B-segment marktprestatie is voor alle ziekenhuisgroepen ongeveer gelijk aan de verwachting. We vinden niet een ziekenhuisgroep die voorop loopt in het aantrekken van patiënten voor B-segmentzorg. UMCs produceren gemeten in omzet wel veel meer B-segment zorg dan verwacht op basis van de omliggende populatie. Dit komt echter vooral doordat de UMCs relatief dure B-segment producten leveren. Gemeten naar volume is de marktprestatie van de UMCs maar 20% hoger dan verwacht.

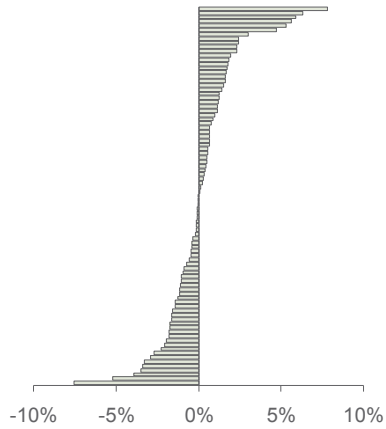
Vorig jaar constateerden we al dat de marktprestatie van UMCs in het B-segment zeer sterk is. In 2009 realiseerden de UMCs een B-segment marktscore van 1,5. Dat wil zeggen dat zij 1,5 keer meer omzet produceerden in het B-segment dan op basis van de omliggende populatie van het ziekenhuis verwacht mag worden. In 2010 loopt de marktscore van UMCs nog verder op tot 1,6 keer de verwachte omzet (zie figuur 7). De kleine streekziekenhuizen, voor wie het B-segment het grootste belang heeft in de omzet, blijven ook in 2010 steken op een gemiddelde marktscore van 0,8.

UMCs leveren dus meer B-segment omzet dan wij op basis van de omliggende populatie verwachten. Dit kan komen door een hoger volume, of door het leveren van relatief dure DBCs. Nadere analyse toont aan dat het belangrijkste verschil wordt veroorzaakt door de prijs van de DBCs. B-segment DBCs van universitaire centra zijn met gemiddeld EUR 1476 bijna 30% duurder dan de gemiddelde prijs van een B-segment DBC in de hele sector van EUR 1094 (zie figuur 8). Kennelijk leveren de universitaire centra een ander type zorg in het B-segment, waaraan aan een hoger prijskaartje hangt. Gecorrigeerd voor dit portfolio-effect is het B-segment volume in de UMCs 20% hoger dan wij op basis van omliggende populatie hadden verwacht.

9. Patiënten kiezen nog steeds actief tussen ziekenhuizen

Ziekenhuis churn

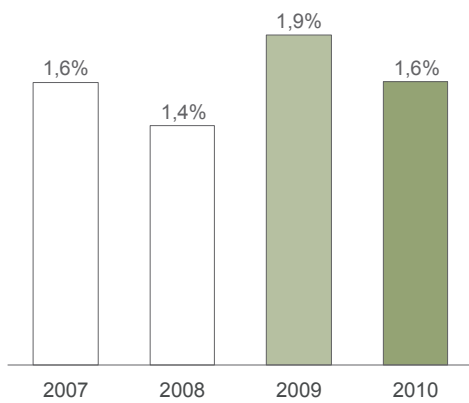
[% verandering marktscore per ziekenhuis, 2009-2010]



10. Na turbulent 2009 valt het aantal patiënten dat van ziekenhuis wisselt in 2010 terug naar een gemiddeld niveau

Gemiddelde churn Nederlandse ziekenhuizen

[% verandering marktscore, 2009-2010]



Ongeveer het omgekeerde geldt voor de kleine streekziekenhuizen. De gemiddelde prijs van de B-segment DBCs die door deze ziekenhuizen worden geleverd, ligt 9% lager dan het landelijke gemiddelde. Gecorrigeerd voor dit prijsverschil is de marktscore van de kleine streekziekenhuizen in het B-segment 0,9 (zie figuur 7).

The queen's croquet ground. Patiënten kiezen actief

Patiënten kiezen nog steeds actief tussen ziekenhuizen

In Nederland hebben wij te maken met actief keuzegedrag van patiënten. Dit is duidelijk waar te nemen door de stevige veranderingen in de marktscore bij een aantal ziekenhuizen (figuur 9). Er zijn ziekenhuizen die hun aanbod aantrekkelijk weten te maken: zij slagen erin betekenisvolle volumes aan nieuwe patiënten aan zich te binden. En er zijn ziekenhuizen die uit de gratie vallen, bijvoorbeeld door (vermeende) issues met de kwaliteit van zorg of beschikbaarheid van het aanbod over ziekenhuislocaties. Het effect van de resistente bacterie die begin 2011 rondwaarde in het Rotterdamse Maasstad Ziekenhuis zal vrijwel zeker volgend jaar terug te zien zijn in onze analyses. De patiënt kiest actief. Soms op ratio, soms op emotie.

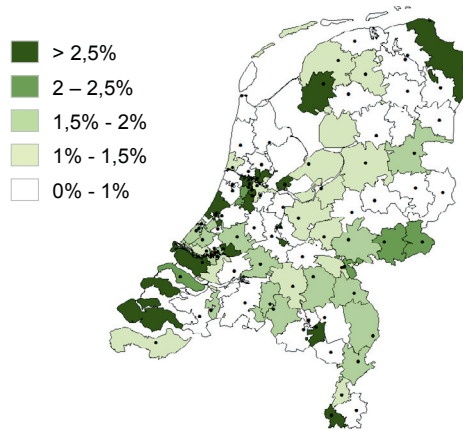
Gemiddeld veranderde de netto marktscore van de ziekenhuizen in 2010 met 1,6% (zie figuur 10). Daarmee is 2010 vanuit patiëntenstromen gezien geen bijzonder jaar. In 2009 lag de zogenaamde churn rate met 1,9% relatief hoog; in 2008 met 1,4% juist relatief laag. De relatief grote veranderingen in 2009 werden vooral verklaard door sterke bewegingen in de Flevopolder. Het faillissement en de tijdelijke OK-sluiting van de IJsselmeerziekenhuizen leidden toen tot grote verschuivingen van patiëntenstromen naar omliggende ziekenhuizen.

In 2010 is het ziekenhuislandschap stabiel. Er stonden geen ziekenhuizen op acuut omvallen en er deden zich geen grote incidenten voor. Dit zien we terug in het rustige marktbeeld over dit jaar. Patiënten blijven wel actief kiezen, maar veranderingen in het aanbod leiden niet tot zulke sterke bewegingen als in 2009. Natuurlijk zijn er wel individuele ziekenhuizen waar we opvallende ontwikkelingen zien (zie figuur 11).

11. De keuzebereidheid van patiënten verschilt sterk per ziekenhuisgebied

Churn per ziekenhuisgebied

[% verandering marktscore per ziekenhuis, 2009-2010]



Bezint, eer gij fuseert

Het lijkt een vuistregel bij fusies; ziekenhuizen die samengaan in een poging hun gezamenlijke positie te versterken, verliezen in de eerste jaren marktaandeel. In 2010 zien we dit weer gebeuren bij recente fusieorganisaties. Hun marktscore valt fors (meer dan 3% terug). Vaak is de oorzaak van deze terugval dat de fusiepartners onvoldoende inzicht hebben in elkaars positie, er onduidelijke of niet onderbouwde keuzes worden gemaakt in de portfolio. Ook is de implementatie van de fusie vaak ondermaats, waardoor het broze draagvlak voor de samenwerking bij medewerkers en patiënten snel wegzakt. Daarnaast zijn artsen en medewerkers in een fusieproces sterk intern gericht. Er is gewoon minder aandacht voor de markt en de ontwikkelingen die daarin spelen. Ook daardoor verliezen ziekenhuizen in een fusieproces veel patiënten aan concurrenten die zich wel op de buitenwereld kunnen richten.

De komende jaren zal moeten blijken of de ziekenhuizen die recent fuseerden hun samenwerking kunnen omzetten in een aantrekkelijke propositie. Analyse van de fusieziekenhuizen uit het verleden leert ons dat dit het meestal zeer lang duurt (5 tot 10 jaar na de fusie). De ziekenhuizen die hun toevlucht zoeken in fusies zijn gewaarschuwd. De uitdaging voor deze fusieziekenhuizen is om de lange donkere periode te vermijden en sneller de waarde van de fusie door te laten klinken in patiëntenzorg en bedrijfsvoering. Volgens ons is dat mogelijk, maar het vergt:

- voor de fusie met elkaar gedeelde inzichten in elkaars portfolio (de uitgangspositie); en
- gedeelde ambities over portfoliokeuzes na de fusie; en
- concrete doelen over de verbetering van de zorg voor patiënten; en
- een serieus en gedisciplineerd implementatieplan.

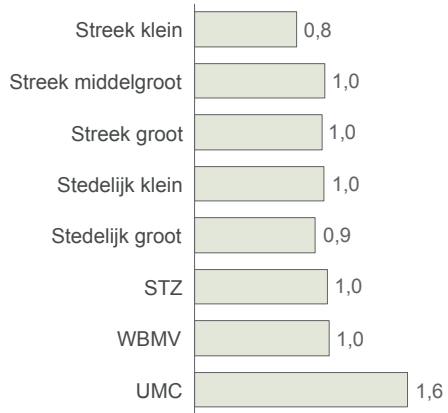
Als in deze voorwaarden niet is voorzien, zal de marktscore van fusieziekenhuizen na de fusie sterk teruglopen en lopen de kosten op. Zo ging het tot nu toe, vrijwel zonder uitzondering.

Een steeds belangrijker reden voor fusies is de tendens van concentratie van zorg en het opleggen van minimumeisen over de situatie waarin zorg wordt geleverd. Voor complexere ingrepen worden door wetenschappelijke verenigingen van diverse specialismen, zorgverzekeraars en toezichthouders minimumnormen opgelegd.

12. Marktprestatie van algemene ziekenhuizen is nauwelijks afhankelijk van het type ziekenhuis

Marktscore EPBs

[werkelijke EPBs /verwachte EPBs, 2010]



Ziekenhuizen die voor een bepaalde ingreep het minimumvolume niet halen, mogen deze behandeling niet meer leveren. Voor bijvoorbeeld de verloskunde zorg is bepaald dat deze zorg alleen nog mag worden geleverd op locaties waarop 24 uur per dag, 7 dagen in de week een verloskundig specialist aanwezig is. Ziekenhuizen reageren op deze ontwikkelingen door volumes te bundelen. Daarmee worden minimumnormen gehaald en wordt een schaal gecreëerd die het mogelijk maakt om aan de gestelde randvoorwaarden voldoen.

Om de vereiste volume- en schaalvoordelen te halen, moeten fusieziekenhuizen ingrijpen in het profiel van de locaties. De verloskundige zorg, bijvoorbeeld, wordt dan op een locatie niet meer geleverd en geheel geconcentreerd op een andere locatie. Deze herprofilering van de ziekenhuislocaties heeft een effect op de aantrekkelijkheid van het gehele ziekenhuis in de ogen van de patiënt. De komende jaren zal moeten blijken of de ziekenhuizen hun fusies kunnen omzetten in een aantrekkelijke propositie die ook voldoende volume behoudt om specifieke aandoeningen te mogen blijven verrichten. Als dat laatste niet het geval is, zal de marktscore van dit type ziekenhuizen op het complexe deel van de zorg sterk teruglopen, mogelijk met een domino-effect op de basiszorg. Ziekenhuizen moeten zo snel mogelijk uit deze spiraal stappen door levensvatbaarheid van het volledige eigen zorgaanbod kritisch en in onderlinge samenhang te bekijken. Als het niet houdbaar is om alle zorg te blijven leveren, moeten fundamentele keuzes gemaakt worden.

Studies over toenemende reisbereidheid van Nederlanders voor diverse behandelingen mogen deze ziekenhuizen hoop geven. Naast een noodzakelijk pakket van spoed- en basiszorg vergt een echt onderscheidende propositie op enkele specifieke aandoeningen of behandelingen echter extreem heldere, eenduidige keuzes en focus van de hele organisatie om onderscheidende kwaliteiten zichtbaar te maken. Bestuurders die al focus hebben aangebracht in de ambities van hun ziekenhuizen, hoeven niet te schrikken van teruglopende totale marktscores. Zij moeten inzichtelijk maken hoe hun organisaties presteren in die deelmarkten waar het ziekenhuis zich op richt.

Advice from a Caterpillar. Drie scenario's

De verschillen in gemiddelde marktprestatie op EPB's tussen de vergelijkingsgroepen van algemene ziekenhuizen zijn minimaal. De kleine streekziekenhuizen blijven als enige groep achter, met een score van 0,8 (zie figuur 12). Alle andere vergelijkingsgroepen leveren een productie die vrijwel exact overeenkomt met de verwachte productie. Dit is opvallend, omdat we weten dat de marktprestaties van de algemene ziekenhuizen onderling sterk verschillen. Bovendien weten we dat het zorgaanbod van de kleinere ziekenhuizen beperkt is ten opzichte van het aanbod van de grotere ziekenhuizen.

Wij herkennen in deze cijfers over de marktprestatie van de vergelijkingsgroepen ons beeld van de praktijk. Ziekenhuizen trekken meer of minder patiënten dan verwacht op basis van hun ligging als gevolg van historisch opgebouwde capaciteitsverschillen en ziekenhuizen zijn (gegeven deze capaciteit) meer of minder aantrekkelijk voor patiënten op basis van een veelheid aan service-, dienstverlenings- en medisch-inhoudelijke aspecten. Het zorginhoudelijke aanbod is nog maar een kleine differentiator op het totaal. Wij verwachten dat dit beeld de komende jaren gaat verschuiven. Drie varianten lijken mogelijk:

1. Poldermodel
2. Specialisatiemodel
3. Sneeuwbalmodel

Poldermodel. In het poldermodel ontwikkelen alle ziekenhuizen eigen speerpunten in zowel de complexe zorg als in de electieve basiszorg. Tussen ziekenhuizen ontstaat over en weer uitruil van zowel basiszorg als complexe zorg. Omdat zorggebieden sterk wisselen in patiëntenaantallen, winnen sommige ziekenhuizen marktaandeel en verliezen anderen. Er bestaat echter (anders dan in de andere scenario's) geen relatie met het hebben van een overall complex of basisprofiel.

Medisch specialisten en ziekenhuisbesturen vinden het bijzonder moeilijk om de omzet van het ziekenhuis te laten dalen en sommige zorg niet meer te leveren. De vurige wens om naast een breed basispakket ook in elk ziekenhuis nog eigen 'specialiteiten' te behouden, versterkt de drijvende kracht achter het poldermodel en hindert het ontstaan van centra met echte specialisatie op complexe zorg. In een woud van speerpunten

en speerpuntjes polderen specialisten en ziekenhuisbesturen delen van de zorg over en weer. Daardoor ontstaan ziekenhuizen met een diffuus profiel en onderbenutting van resources (organisatie, talent en middelen) die bij echte focus op samenhangende gebieden van complexe zorg of basiszorg wel goed benut kunnen worden.

Het poldermodel heeft duidelijk geen voorkeur. Langs deze weg lopen nu ook veelal de fusie- en samenwerkingsdiscussies tussen ziekenhuizen. De nadelen daarvan bespreken wij hiervoor al. Er is daarbij meestal gebrek aan inzicht in de eigen prestaties en de eigen portfolio en die van de fusie- of samenwerkingspartner. Transparantie over de prestaties kan leiden tot pijnlijke momenten in de al kwetsbare samenwerkingsdialoog en wordt daarom vaak vermeden. Terecht is men vaak bang dat gelijkwaardige uitruil wordt besproken, terwijl het eigenlijk de weg is naar een sneeuwbalmodel waarbij een van de partners groeit ten koste van de andere. Door dit wantrouwen duren samenwerkings- en fusieprocessen zeer lang en verlopen polderprocessen zelden soepel. Duidelijkheid heeft zijn voordeel. Het maakt niet veel uit of fusie of samenwerking leidt tot een sneeuwbal of tot specialisatie. Belangrijk is dat de agenda duidelijk op tafel ligt en dat het proces is gericht op het belang van patiënten in de regio.

Sneeuwbalmodel. In het sneeuwbalmodel trekken hoog-volume ziekenhuizen, die veelal ook een hoog aandeel WBMV-zorg in hun portfolio hebben, de complexere zorg verder naar zich toe. Zij voldoen immers meestal al aan volumenormen die door wetenschappelijke verenigingen van specialisten en zorgverzekeraars in toenemende mate worden gehanteerd. Het aanbod van complexe zorg levert het ziekenhuis een goede naam en in de slipstream van de complexe zorg trekken zij ook voor de overige zorg patiënten naar zich toe. Zoals we nu al bij de UMCs zien, gaat deze groep van grote, breed gesorteerde ziekenhuizen als groep aan veel meer patiënten zorg leveren dan alleen de directe adherentie. In feite ontstaan nieuwe regionale grote ziekenhuizen, zonder academische zorg en met minder focus op onderzoek dan bij de UMCs.

De enorme aantrekkingskracht van de nieuwe zorgkolossen verdringt de kleinere omliggende ziekenhuizen die zich terugtrekken in basale spoedzorg, echte basiszorg, chronische zorg en een enkel speerpunt. Waarschijnlijk verlaten deze kleinere ziekenhuizen de huidige dominante strategie van het aanbieden van zorg op een beperkt aantal grote locaties. Electieve basiszorg en chronische zorg worden dichterbij de patiënt gebracht in kleinere centra. Nabijheid tot de patiënt is het sterkste punt waarop

de kleinere ziekenhuizen nog kunnen concurreren met de grote centra. De medium tot hogere risico zorg wordt door verzekeraars ingekocht per regio bij een of een beperkt aantal van die supergrote zorgverleners, niet meer bij elk ziekenhuis.

De populaire gedachte dat het ziekenhuis dat veel complexe zorg mag leveren op alle fronten (en dus ook in de basiszorg) de beste prestaties zal leveren, geeft sterke druk richting een sneeuwbalmodel. De huidige UMCs zijn exemplarisch voor de problemen van dit model; aandacht voor de complexe zorg neemt aandacht weg voor procesoptimalisatie in de basiszorg. Sneeuwbalziekenhuizen worden inefficiënt en raken overvraagd.

Succesvolle implementatie van een sneeuwbalstrategie vraagt dus om een ultiem schizofrene cultuur: inhoudelijke ontwikkeling en kwaliteitsfocus op de laag volume, dure, complexe zorg, gecombineerd met het zeer efficiënt leveren van de hoge volume basiszorg. Voor besturen en zorgverleners is het moeilijk om een organisatie te sturen die aan beide kanten van het spectrum excelleert. Toch is het in het sneeuwbalmodel noodzakelijk om voldoende basiszorg aan te trekken. Alleen dan kan het complexe deel gezond ontwikkelen. Uit het grote volume basiszorg komt bij sneeuwbalziekenhuizen het volume voor de complexe zorg. Als de stroom basiszorg zich gaat verleggen naar een ander sneeuwbalziekenhuis, ontstaat het risico van een onstabiele piramide. Ook op de basiszorg moet een sneeuwbalziekenhuis dus goede prestaties blijven leveren.

In het kleine Nederland zou een aantal super volume centra met efficiënte basiszorg en hoogwaardige complexe zorg zeker ten goede komen aan de kwaliteit en betaalbaarheid. De impact op bereikbaarheid zou minimaal zijn. De eisen aan besturing van deze organisaties zijn wel extreem hoog. Anders dreigt de problematiek waarmee de UMCs zo lang hebben gekampt of zelfs nog mee kampen.

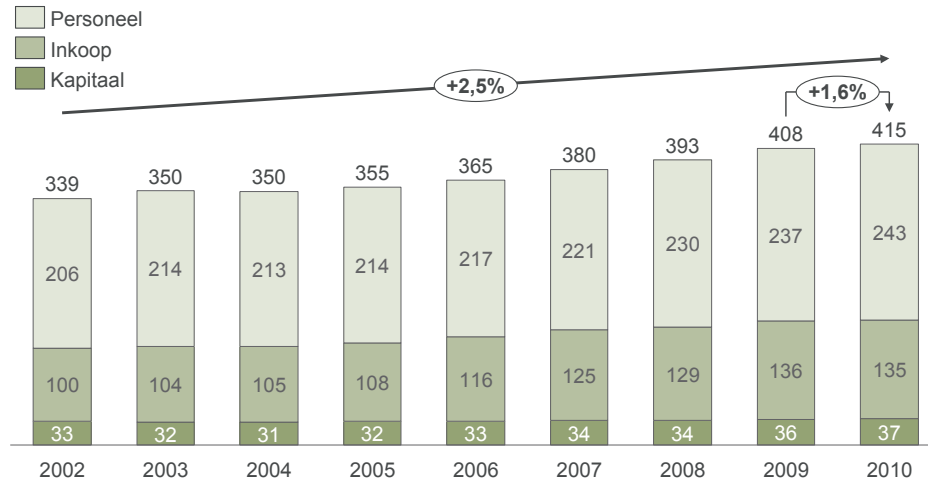
Specialisatiemodel. In het specialisatiemodel ontwikkelen de huidige hoog-volume ziekenhuizen zich tot superexperts met focus op een aantal complexe zorggebieden. Zij hebben nu al voldoende volume om complexe ingrepen te kunnen bieden als volumenormen worden opgelegd. Om nog meer complexe zorg aan te trekken, ruilen zij electieve basiszorg uit met omliggende ziekenhuizen. Omliggende ziekenhuizen winnen marktaandeel door de grote volumes basiszorg die zij bedienen. De gespecialiseerde

ziekenhuizen leveren juist marktaandeel in, maar worden bovenregionale spelers op specifieke aandoeningen en nationale spelers op superspecifieke aandoeningen.

In het specialisatiemodel is het nodig om te durven kiezen. Ironisch genoeg zien wij in ons werk dat Nederlandse ziekenhuiszorg op onderdelen al behoorlijk gespecialiseerd is. Op diagnosesniveau bestaan er sterk geconcentreerde profielen. Waar men, na correctie voor populatiekenmerken, gelijke behandelvolumes per diagnose zou verwachten, vinden wij in ons werk al concentraties die een factor 5 tot 10 hoger liggen. De basis voor specialisatie is dus al in voldoende omvang aanwezig in de Nederlandse zorg. Het juiste inzicht kan leiden tot snelle doorontwikkeling. Waar ziekenhuizen zelf onvoldoende bereid zijn om keuzes te maken, kunnen zorgverzekeraars en overheid hen daarin stimuleren.

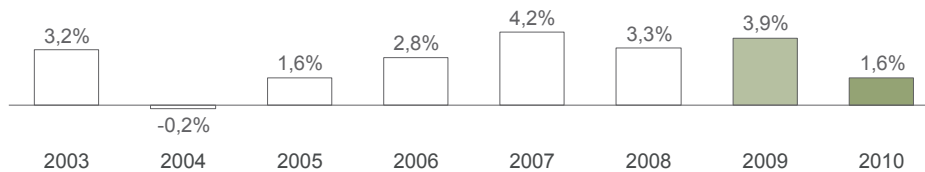
13. De stijging van de behandelkosten lag in 2010 onder het langjarig gemiddelde

Cost to serve per kostencategorie
[EUR/Patiënteenheden]

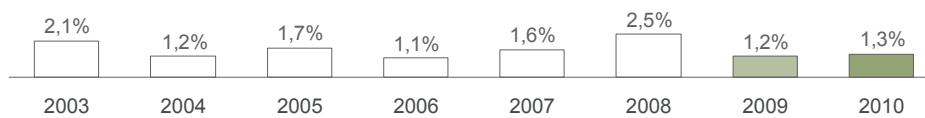


14. De reële cost-to-serve laat in 2010 voor het eerst in lange tijd slechts een zeer kleine stijging zien

Jaarlijkse verandering in EUR kosten per patiënteenheden
[%]



Jaarlijkse inflatie
[%]



2. Operationele prestaties

In deze sectie analyseren wij de kosten, productiviteit en casemixontwikkelingen van Nederlandse ziekenhuizen in 2010.

Down the rabbit hole. Op zoek naar productiviteitswinst

Voor het eerst in jaren blijven reële kosten per patiënteenschap vrijwel stabiel

De kosten van ziekenhuizen stegen in 2010 met 4,9%. Ruim tweederde (3,3 procentpunt) van deze kostenstijging werd veroorzaakt door stijging van de gewogen productie. Uitgedrukt in kosten per patiënteenschap (de cost-to-serve) stegen de eenheidskosten 1,6% (zie figuur 13). Dat is iets boven de inflatie van 1,3% in 2010. De reële kosten per patiënteenschap stegen dus met 0,3%. Dit is een echte omslag. Sinds 2005 werd de ziekenhuissector geplaagd door fors teruglopende productiviteit². In 2009 steeg de cost-to-serve nog 2,7 procentpunt boven de inflatie (zie figuur 14). In het licht van de sterke krimp van de economie als gevolg van de economische crisis in dat jaar, luidden wij toen de alarmbel. Met de verwachte stijging van de zorgvraag in het vooruitzicht, dreigde de zorg absoluut onbetaalbaar te worden als ziekenhuizen niet in staat waren om die zorg goedkoper te gaan leveren. De bescheiden kostenstijging in 2010 lost dit probleem niet op, maar geeft ons hoop dat het mogelijk is om de kostengroei te beheersen. De vraag is wat deze plotselinge omslag heeft veroorzaakt. Hebben ziekenhuizen duurzame oplossingen gevonden om de kostenstijging te beheersen? Of kijken we slechts naar het effect van lage inkooprijzen en een gematigde loonstijging als gevolg van de financiële crisis? Bijvoorbeeld doordat toeleveranciers hun prijzen verlagen om volumes op peil te houden, of doordat looneisen in een ruime arbeidsmarkt gematigd worden.

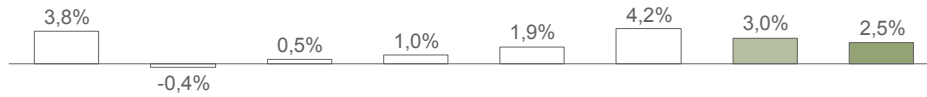
Arbeidsproductiviteit herstelt

De cost-to-serve bestaat voor bijna 60% uit personeelskosten. Ontwikkeling van deze kosten is daarom een belangrijk onderdeel van de totale productiviteitsontwikkeling. Tussen 2004 en 2008 slaagden de ziekenhuizen er elk jaar in om de productie per Fte met 1,1% tot 3,0% te laten toenemen (zie figuur 15).

² Onder productiviteit verstaan wij productie per euro kosten. Dit is te onderscheiden van arbeidsproductiviteit, waaronder wij verstaan productie per euro personeelskosten. Arbeidsproductiviteit per Fte is tot slot de productie per Fte.

15. De personeelskosten per patiënteenheden stijgen in 2010 minder hard door stijging productiviteit per FTE

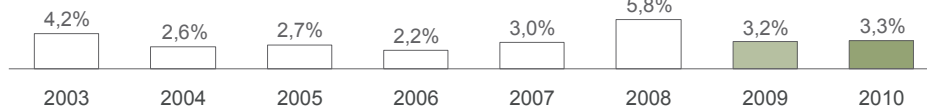
Verandering EUR personeelskosten per patiënteenheden
[% t.o.v. vorig jaar]



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



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



16. De inkoopkosten per patiënteenheden dalen voor het eerst

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



In 2009 signaleerden wij echter dat de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit stagneerde. Per fte werd niet meer zorg geleverd dan het jaar ervoor. Dat is een zorgelijke ontwikkeling, omdat de loonkosten per fte jaarlijks stijgen. Als de stijging van de arbeidsproductiviteit stagneert, wordt de ziekenhuiszorg steeds duurder.

In 2010 verbetert de arbeidsproductiviteit weer, al is de ontwikkeling met 0,8% nog bescheiden. Doordat de loonkosten per Fte met 3,3% stijgen, verslechtert de totale arbeidsproductiviteit gemeten in kosten (EUR personeel per patiënteheid) met 2,5%. Dit is wel de laagste daling van de arbeidsproductiviteit sinds 2007. De uitdaging voor de sector blijft om de arbeidsproductiviteit per Fte structureel met 1%-2% per jaar te verhogen.

Inkoopkosten dalen nominaal

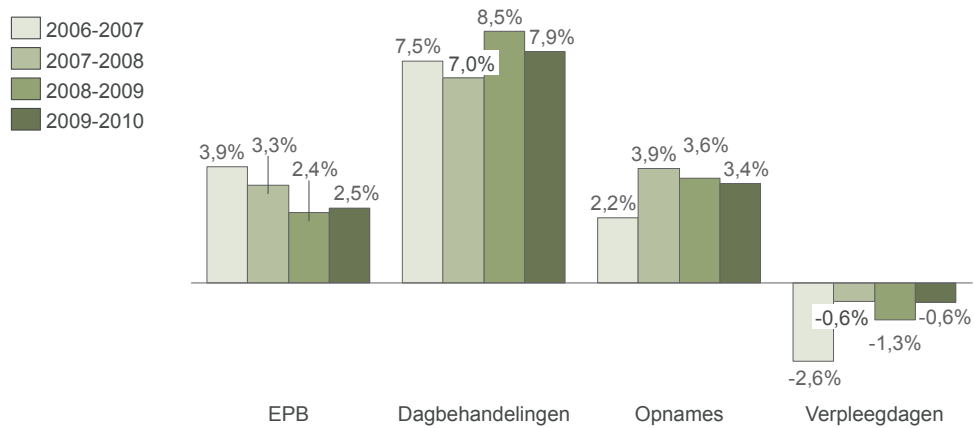
Echt opvallend in 2010 is de ontwikkeling van de inkoopkosten. Voor het eerst sinds het begin van onze metingen in 2002 zijn de nominale inkoopkosten per patiënteheid gedaald. De daling was slechts 0,3%, maar gecorrigeerd voor inflatie is de reële inkoop cost-to-serve 1% gedaald (zie figuur 16).

Op basis van de publiek beschikbare data kunnen wij de oorzaak van de betere inkoopprestatie niet duiden. Is het een prijseffect, of een volume-effect? Is het binnen het volume puur een kwestie van aantallen, of is de samenstelling van de ingekochte goederen en diensten veranderd? Is het effect structureel of tijdelijk?

Een aantal hypotheses is mogelijk. Een zorginhoudelijke verklaring voor de daling van de inkoopkosten kan zijn dat veelgebruikte dure middelen (zoals stents en implantaten bij de interventiecardiologie) inmiddels zo ver in hun levenscyclus zijn dat het gebruik stabiliseert en de prijzen dalen. Een andere verklaring kan zijn dat ziekenhuizen efficiënter omgaan met het verbruik van goederen en diensten. Ziekenhuizen hebben mogelijk ook in dit slechte economische klimaat succesvol leveranciers onder druk gezet om prijzen niet te verhogen. Wellicht zien we in dit resultaat het effect van professioneel gecoördineerde inkoopinspanningen van ziekenhuizen. Sinds een paar jaar is het een trend om op beperkte schaal inkoopvolumes te bundelen en gezamenlijk in te kopen of de inkoop (gedeeltelijk) uit te besteden aan een gespecialiseerde partij. Hoewel het gezamenlijk ingekochte volume nog relatief klein is, zijn de resultaten bemoedigend. Wij verwachten dan ook dat meer ziekenhuizen er voor zullen kiezen via deze zogenaamde 'Group Purchasing Organisations' de inkoop verder te professionaliseren.

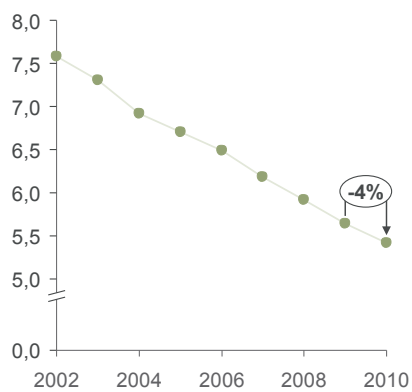
17. De productiestijging is op alle parameters vergelijkbaar met de stijging in eerdere jaren

Jaarlijkse verandering van FB parameters Nederlandse ziekenhuizen
[%]



18. De gemiddelde ligduur blijft onveranderd sterk afnemen

Gemiddelde ligduur Nederlandse ziekenhuizen
[dagen]



The lobster quadrille. Meer zorg, korter in het ziekenhuis

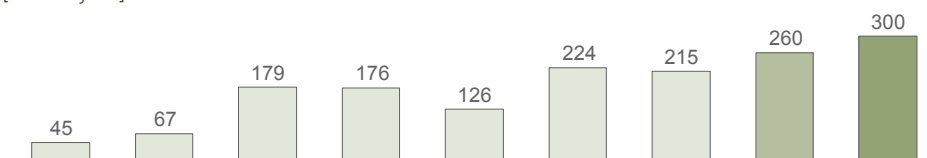
De totale productie van de Nederlandse algemene en universitaire ziekenhuizen steeg in 2010 met 3,3% naar 45,4 miljoen patiënteenheden. Dat is 0,2 procentpunt boven de gemiddelde productiestijging sinds 2002. In totaal steeg de productie sinds 2002 met bijna 30%.

Dagbehandelingen krijgen een steeds groter aandeel in de totale productie. Net als in de afgelopen jaren steeg de productie van dagbehandelingen met bijna 8% (zie figuur 17). Ook de ontwikkeling van de andere standaard productieparameters ligt in lijn met de trend van de afgelopen jaren. Het aantal EPBs steeg 2,5%, de meerdaagse opnamen stegen 3,4% en het aantal verpleegdagen nam af met 0,6%. De trend van ligduurverkorting bij meerdaagse opnamen zet door. De gemiddelde ligduur per opname nam 4% af tot krap 5,5 dagen (zie figuur 18). Kortere verblijven in een intramurale zorgomgeving levert een belangrijke bijdrage aan kostenbeheersing in de zorg. Het blijft daarom van groot belang om het verblijf in het ziekenhuis zo kort als medisch verantwoord mogelijk te maken.

19. Zowel de absolute als de relatieve winstgevendheid van Nederlandse ziekenhuizen is op recordniveau in 2010

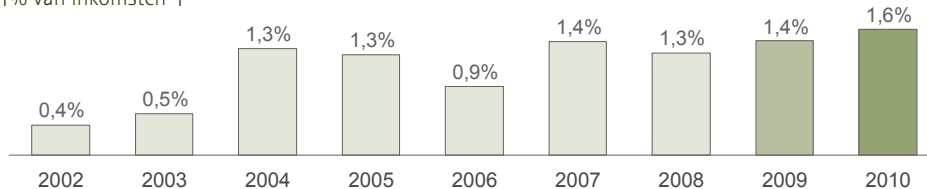
Winst Nederlandse ziekenhuizen

[EUR miljoen]



Winst Nederlandse ziekenhuizen

[% van inkomsten¹⁾]

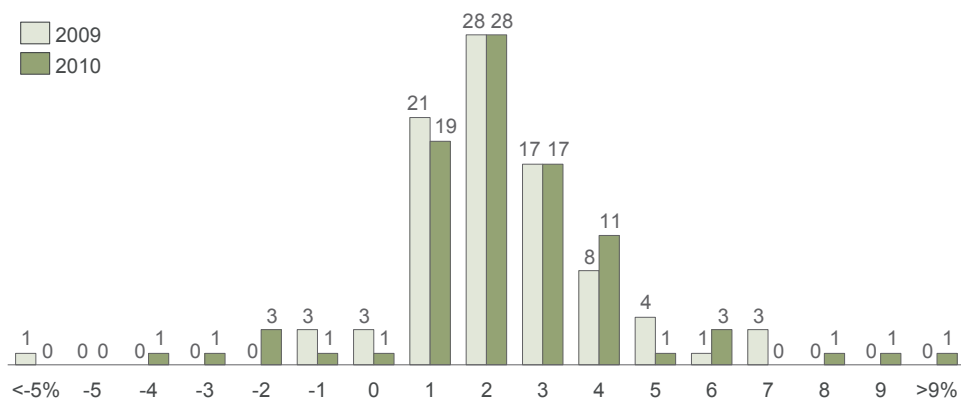


¹⁾ Inkomsten gecorrigeerd voor eenmalige effecten van compensatieregeling IVA

20. Steeds meer ziekenhuizen laten hogere winsten zien en de spreiding neemt toe

Verdeling ziekenhuizen op winstgevendheid

[winst als % opbrengsten]



3. Financiële prestaties

Who stole the tarts? Hoge winstgevendheid en eigen vermogen op 15%

Weer een recordjaar: absoluut en relatief hoogste winstgevendheid

De ziekenhuizen realiseerden in 2010 een totale winst van EUR 300 miljoen. Dit is zowel absoluut als relatief (1,6% van de omzet) de hoogste winstgevendheid sinds 2002 (zie figuur 19). Sinds 2007 ligt het gemiddeld financieel resultaat steeds boven de 1,3%. Ten opzichte van 2009 is de ontwikkeling niet spectaculair; de omzet steeg net iets harder dan de kosten, waardoor EUR 40 miljoen extra aan de reserves kon worden toegevoegd.

Al jaren zien we dat de financiële prestaties van individuele ziekenhuizen steeds verder uit elkaar komen te liggen. Het meest winstgevende individuele ziekenhuis boekte in 2010 meer dan 10% winst, terwijl het meest verlieslatende ziekenhuis 4% verlies maakte (zie figuur 20).

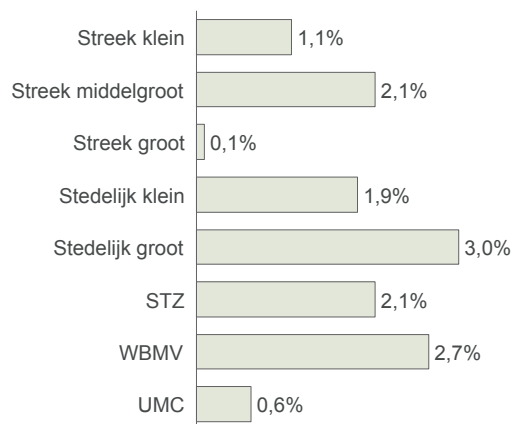
Tussen de vergelijkingsgroepen zien we wel een aantal opvallende verschillen. De streekziekenhuizen moeten zich tevreden stellen met een resultaat van 0,1% (groot streek) en 1,1% (klein streek), terwijl de grote stedelijke ziekenhuizen gemiddeld 3,0% winst behaalden (zie figuur 21). De streekziekenhuizen staan als groep dus onder grotere financiële druk dan de andere groepen. Een tweede groep die onder financiële druk staat, zijn de universitaire centra. Zij behalen als groep een gemiddelde winst van slechts 0,6% (zie figuur 21).

De financiële resultaten van individuele ziekenhuizen verschillen onderling sterk. Verschillen in de bedrijfsvoering lijken de dominante drijver voor de uiteindelijke financiële resultaten. Naar onze mening is het hoopgevend dat ziekenhuizen die zich geconfronteerd zien met een dringende noodzaak om in te grijpen hier ook in lijken te slagen. Tegelijkertijd is het betreurenswaardig dat het nodig is om tot een urgente situatie te komen, voordat men echt gaat werken aan efficiëntieverbetering en bereid is om afwegingen te maken over de werkelijke toegevoegde waarde van de organisatieonderdelen. De maatschappelijke kostendruk van de zorg is absoluut urgent. Vanuit deze urgentie ligt er een taak bij ziekenhuizen om te komen tot een financieel

21. De winstgevendheid varieert sterk tussen soorten ziekenhuizen

Winstgevendheid 2010

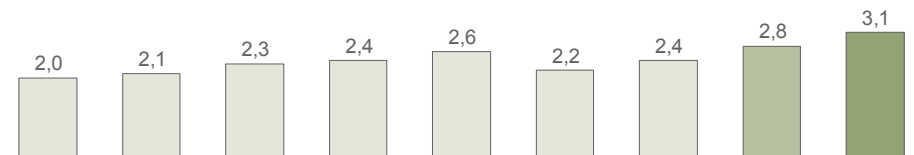
[% totale opbrengsten]



22. Zowel de absolute als de relatieve vermogenspositie van Nederlandse ziekenhuizen is verder verbeterd in 2010

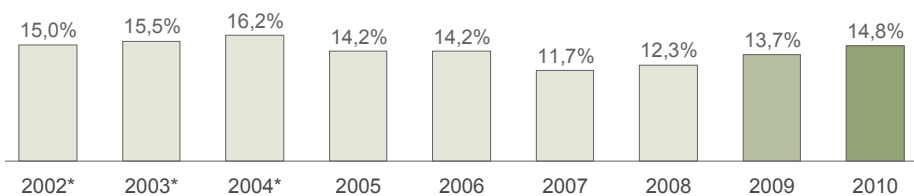
Eigen vermogen ziekenhuizen Nederland

[EUR miljard]



Eigen vermogen Nederlandse ziekenhuizen

[% van totale balans]



gezonde bedrijfsvoering en vervolgens productiviteitswinsten door te vertalen in lagere zorgkosten voor de premiebetalers. Bij zorgverzekeraars ligt de taak om ziekenhuizen sterkere prikkels te geven om hieraan te werken.

Gemiddeld eigen vermogen op 15%

Vijftien procent eigen vermogen ten opzichte van het balanstotaal wordt algemeen gezien als een ondergrens om te spreken van een financieel stabiel ziekenhuis. In 2010 komt het eigen vermogen in de sector bijna op deze grens uit (zie figuur 22). De ziekenhuizen hebben gemiddeld 14,8% van hun balanstotaal als eigen vermogen in reserve. 39 ziekenhuizen hebben meer dan 15% eigen vermogen, tegenover 27 vorig jaar (zie figuur 23). Net als vorig jaar hebben twee ziekenhuizen een negatieve eigen vermogenspositie. 14 ziekenhuizen hebben een vermogenspositie tussen 0% en 10%. Deze ziekenhuizen zijn relatief kwetsbaar en slechts korte tijd in staat om ook bescheiden verliezen te dragen.

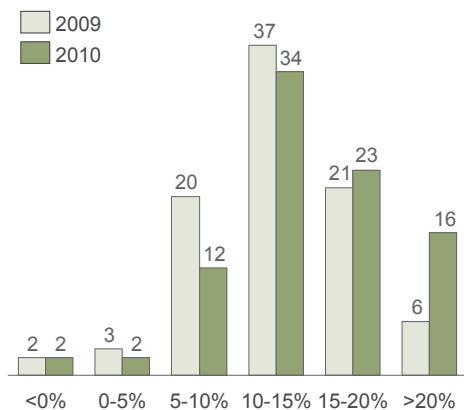
The pool of tears. Meer schuld, hogere rentelasten

De totale schuldenlast van de ziekenhuissector bij financiële instellingen bedraagt EUR 15,8 miljard in 2010 (zie figuur 24). Dit is een toename van 7% ten opzichte van 2009. De totale rentelasten stijgen met 13% tot EUR 353 miljoen. Deze stijging wordt voor de helft verklaard door een hoger geleend bedrag. De overige kostenstijging wordt veroorzaakt door een lichte stijging van de rente tot 2,2% (zie figuur 25). Historisch gezien blijft deze rente bijzonder laag. Met het toenemen van de omvang van de schuld, neemt de kwetsbaarheid van ziekenhuizen bij rentestijgingen toe.

23. Meer ziekenhuizen behalen een acceptabel eigen vermogen

Verdeling ziekenhuizen op vermogen

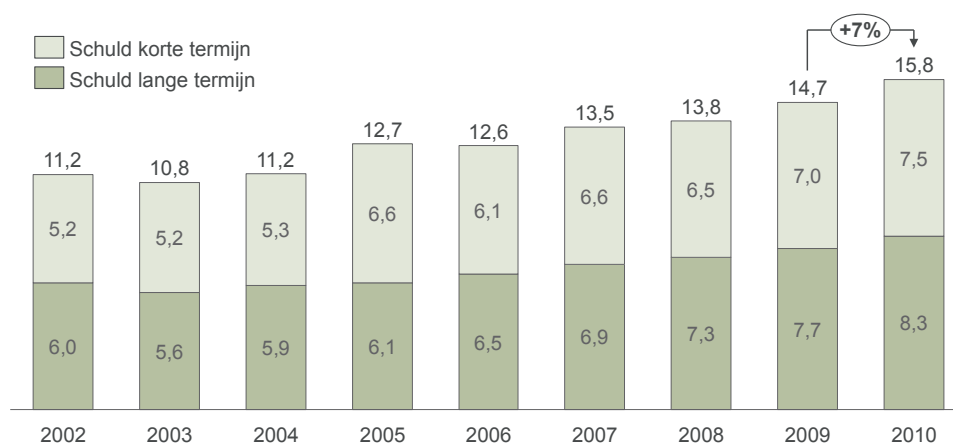
[Aantal ziekenhuizen, eigen vermogen als % totaal vermogen]



24. De schuldpositie van Nederlandse ziekenhuizen is verder toegenomen

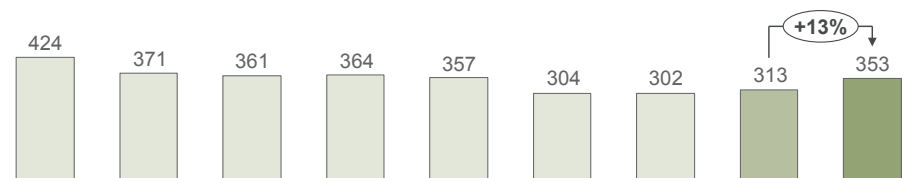
Schuld Nederlandse ziekenhuizen

[EUR miljard]



25. Financieringslasten blijven toenemen door toename schulden en verhoging rente

Rentelasten Nederlandse ziekenhuizen
[EUR m]



Rentepercentage Nederlandse ziekenhuizen
[betaalde rente als % van totale schuld]

