



november 2022

## WIE NIET GROTER WORDT MOET SLIM ZIJN

Onderzoek naar het effect en de toekomst van consolidatie  
in de ziekenhuissector

**GUPTA**  
STRATEGISTS



# **WIE NIET GROTER WORDT MOET SLIM ZIJN**

Onderzoek naar het effect en de toekomst van consolidatie  
in de ziekenhuissector

# Samenvatting

## Wie niet groter wordt moet slim zijn

De ziekenhuiszorg staat continu onder grote druk om te veranderen: er kan steeds meer en we willen dus ook steeds meer. Vergrijzing zorgt voor toenemende zorgvraag én tegelijkertijd voor een kleinere beroepsbevolking. Toenemende specialisatie van kennis en behandelmogelijkheden zorgen voor een steeds grotere drang tot concentreren van zorg. Ook verschuift steeds meer ziekenhuiszorg naar buiten het ziekenhuis en neemt het belang van digitalisering toe. Om niet achterop te raken in deze ontwikkelingen moeten ziekenhuizen voldoende kunnen blijven investeren. Een goede financiële gezondheid is dus van groot belang. In dit onderzoek gaan we in op de financiële gezondheid van verschillende groepen ziekenhuizen en verkennen we de mogelijkheden die zij hebben om deze te verbeteren en hun investeringsruimte te vergroten.

Uit een analyse van de jaarrekeningen over de periode 2011 – 2021 blijkt de EBITDA-marge van kleine ziekenhuizen het afgelopen decennium aanzienlijk sneller gedaald dan die van de grote ziekenhuizen. Eén groep kleine ziekenhuizen ontduikt deze trend: de ziekenhuizen die in de periode 2011 - 2021 via fusie of overname consolideerden met een ander ziekenhuis. De EBITDA-marge van deze ziekenhuizen is na consolidatie op het niveau van de grote ziekenhuizen gebleven.

De betere financiële prestatie van geconsolideerde ziekenhuizen is voornamelijk het resultaat van kostensynergie op de inkoop. Daarnaast verstevigen zij de balans sneller dan de andere ziekenhuizen. Op deze manier zorgt consolidatie voor een vergroting van de investeringsruimte. Dit bereiken de geconsolideerde ziekenhuizen terwijl de omzet *minder* snel toeneemt dan bij de andere ziekenhuizen. Wat betreft personeelskosten zijn geconsolideerde ziekenhuizen er nog beperkt in geslaagd om de productiviteit te verhogen. Hier liggen voor de geconsolideerde ziekenhuizen dus nog verbeterkansen.

Op basis van ons onderzoek concluderen we dat consolidatie een goede optie is geweest om de financiële slagkracht van kleinere ziekenhuizen te vergroten. Uiteraard wegen bij consolidatie veel belangen en complexiteiten mee die maken dat dit niet voor elk ziekenhuis een wenselijke of haalbare strategie zal zijn. Na een fusie neemt bijvoorbeeld de complexiteit van de organisatie toe, net als de afstand tot medewerkers en patiënt. Daarnaast is verdere consolidatie in een aantal regio's vanuit mededingingsoverwegingen een steeds uitdagendere optie. We verwachten dat de ACM, binnen de huidige toetsingskaders, nieuwe fusies in de periferie niet of nauwelijks meer zal toestaan omdat dit de keuze van patiënt te veel inperkt en de inkooppositie van verzekeraars, namens hun verzekerden, aantast.

Op basis van de noodzaak om financiële voordelen te realiseren enerzijds, en de kans op goedkeuring van consolidatie anderzijds, onderscheiden we ziekenhuizen en hun strategische opties. De veranderopgave om de financiële slagkracht te vergroten speelt in de gehele sector. Wij zien hierbij verschillende prioriteiten voor verschillende groepen van ziekenhuizen:

- **Recent geconsolideerde ziekenhuizen:** focus op snelle verbetering van de inzet van steeds schaarser wordend personeel. Maak de belofte van “meer doen met minder,” toch de essentie van schaalvoordelen, ook echt waar. Toon leiderschap in het aangaan van (boven-) regionale samenwerkingen en help zo ziekenhuizen waarvoor consolidatie geen optie is.
- **Ziekenhuizen in minder geconcentreerde regio’s:** verken mogelijkheden voor consolidatie als beproefde eerste stap om de slagkracht te vergroten.
- **Ziekenhuizen in sterk geconcentreerde regio’s:** focus op transformatie van de eigen zorgprocessen, investeer gezamenlijk in innovatie, en verken de mogelijkheden om zorgpaden en ondersteunende processen verregaand te integreren in regionale of landelijke netwerken.

De uitdaging is het grootst voor de kleine ziekenhuizen in de periferie. Voor hen wordt de financiële uitdaging van investeren om bij te blijven steeds groter, terwijl voor verdere consolidatie er eerst een discussie over de toezichtkaders van de ACM gevoerd moet worden. Zij zullen dus slim moeten zijn: door hun eigen processen zo efficiënt mogelijk in te richten, en door waar mogelijk samen te werken met andere ziekenhuizen. Zij zullen taboes moeten doorbreken en de vraag “hoe kunnen we meer doen met minder” centraal stellen.

Vanzelfsprekend kent ook optimalisatie haar grenzen: soms kan het simpelweg niet slimmer. Er moet een debat gevoerd worden over de keuze tussen betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Wanneer de opties om de financiële slagkracht te vergoten zijn uitgeput zullen we wellicht moeten accepteren dat kosten voor zorg in sommige regio’s zullen oplopen. Het gaat daarbij niet alleen om het ‘overleven’ van deze ziekenhuizen, maar juist ook om hun mogelijkheid om voor de inwoners in hun regio samen met de zorgverzekeraars te kunnen blijven investeren.

# Inhoudsopgave

## **Samenvatting** **3**

### HOOFDSTUK 1

## **Consolidatie in ziekenhuiswereld – soms pijnlijk, wel effectief** **7**

Het aantal ziekenhuisconcerns is de afgelopen decennia sterk afgenomen	8
Samen kun je meer dan alleen: “een plus een is drie”	9
Welke ziekenhuizen consolideerden de afgelopen 10 jaar?	10
Kleine ziekenhuizen staan financieel onder druk	12
Geconsolideerde huizen weten kosten te besparen op de inkoop	13
Consolidatie heeft geleid tot een sterkere balans	15
Consoliderende huizen realiseerden geen omzetsynergie	16

### HOOFDSTUK 2

## **De schoen wringt, vooral voor kleinere ziekenhuizen in de periferie** **18**

Vooraf kleinere ziekenhuizen staan onder financiële druk	19
In een aantal provincies lijkt verdere consolidatie niet realistisch	20
Kleinere ziekenhuizen staan onder druk, maar juist voor hen is consolidatie geen optie	21

### HOOFDSTUK 3

## **Wie niet groter wordt moet slim zijn** **25**

Consolidatie steeds minder vaak een realistische weg naar grotere slagkracht	26
De slagkracht van (vooral kleinere) ziekenhuizen komt de komende jaren verder onder druk te staan	26
Hoe kan men slagkracht vergroten als consolidatie geen optie is?	27
1. Transformeer de eigen zorg- en ondersteunende processen	28
2. Vorm (boven-)regionale zorgnetwerken	28
3. Investeer gezamenlijk in innovatie	28
Slimmer is niet altijd mogelijk: dit vraagt om een maatschappelijk debat	29
Conclusie	29

## BIJLAGE 1

<b>Toelichting op methodiek</b>	<b>30</b>
EBITDA	31
Concentratie op basis van Herfindahl-Hirschman Index	31
Theoretisch marktaandeel per provincie	32
HHI op basis van theoretisch marktaandeel per provincie	33

## BIJLAGE 2

<b>Categorisering van ziekenhuizen</b>	<b>34</b>
Categorisering huidige ziekenhuizen (2021)	35
Categorisering geconsolideerde ziekenhuizen	38
<b>Over Gupta Strategists</b>	<b>39</b>
<b>Gehanteerde bronnen</b>	<b>40</b>



HOOFDSTUK 1

**Consolidatie in zieken-  
huiswereld – soms pijnlijk,  
wel effectief**

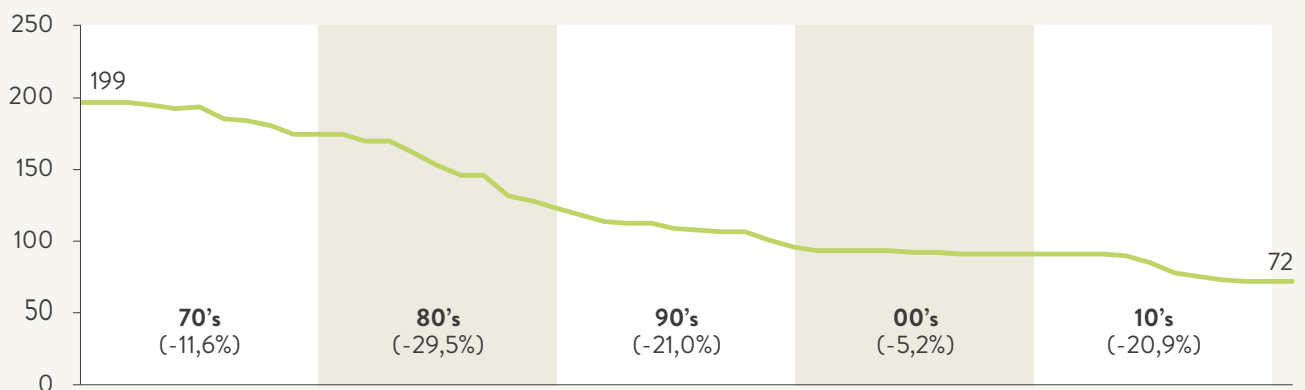
De afgelopen tien jaar is de ziekenhuiswereld sterk geconsolideerd. Uit onze analyse blijkt dat consolidatie leidt tot financiële voordelen. Dat zien we terug in de cijfers: de kosten per euro omzet nemen na consolidatie minder hard toe dan bij kleine ziekenhuizen. Ook is de balans van geconsolideerde ziekenhuizen het afgelopen decennium sneller verstevigd dan die van de andere ziekenhuizen. Dit weten de geconsolideerde ziekenhuizen te bereiken terwijl de omzet minder snel toeneemt dan bij de andere ziekenhuizen. Voor wat betreft personeelskosten zijn geconsolideerde ziekenhuizen wel minder efficiënt dan niet-geconsolideerde huizen. Dit is begrijpelijk, omdat de onderzochte consolidaties pas recent plaatsvonden. Hier liggen voor de geconsolideerde ziekenhuizen dus nog wel verbeterkansen.

### Het aantal ziekenhuisconcerns is de afgelopen decennia sterk afgenomen

Sinds de jaren '70 van de vorige eeuw is het aantal ziekenhuisconcerns in Nederland sterk afgenomen (Figuur 1). Soms zijn dit pijnlijke faillissementen, zoals bij het Ruwaard van Puttenziekenhuis of het Slotervaartziekenhuis. Maar vaak zijn deze ook het resultaat van geplande fusieprocessen zoals bij het Alrijne Ziekenhuis, het OLVG, Isala/Meppel en het Spaarne Gasthuis.

#### Aantal ziekenhuisconcerns

[#, procentuele verandering per decennium]



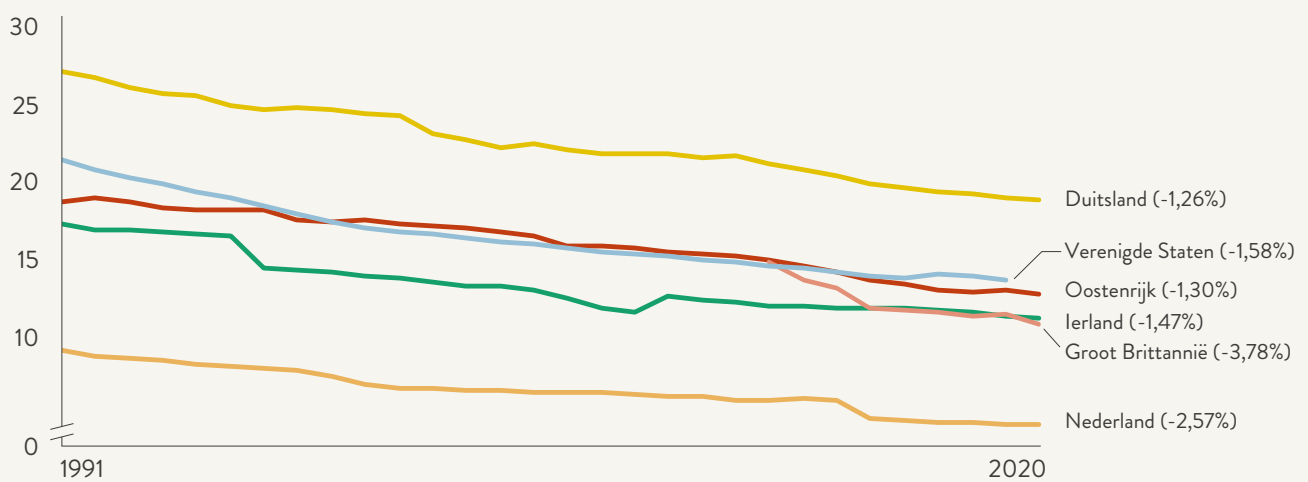
Figuur 1 – De afgelopen 50 jaar is de ziekenhuissector geconsolideerd, sinds de eeuwwisseling gaat de consolidatie langzamer dan daarvoor<sup>1</sup>



Dezelfde ontwikkeling zien we in de ons omringende landen (Figuur 2). Zowel in landen waarin de zorg volledig door de overheid is geregeld (zoals Groot-Brittannië) als landen met meer marktwerking (zoals Duitsland) zien we dat het aantal ziekenhuizen per inwoner de afgelopen jaren (sterk) is afgenomen.

### Aantal ziekenhuizen per inwoner in omringende landen

[# per inwoner, gemiddelde jaarlijkse groei]



Figuur 2 – Het aantal ziekenhuizen per hoofd van de bevolking neemt in Westerse samenleving af, onafhankelijk van het type stelsel <sup>ii</sup>

## Samen kun je meer dan alleen: “een plus een is drie”

We zoeken de verklaring voor de afname van het aantal ziekenhuizen in het concept “synergie”. Synergie ontstaat wanneer de gecombineerde entiteit meer waard is, of meer waarde kan toevoegen, dan som van de twee losstaande entiteiten: “*een plus een is drie*”.

Klassiek onderscheidt men drie soorten synergie:

- **Kostensynergie.** De samengevoegde organisatie kan efficiënter in dezelfde vraag voorzien en vermeerdert zo in waarde. Dat kan door het verlagen van de vaste en/of de variabele kosten. Vaste kosten verlagen kan bijvoorbeeld door het samenvoegen van ondersteunende delen van de organisatie zoals financiën of HR. Het verlagen van variabele kosten kan bijvoorbeeld door inkoopvoordelen of door efficiëntere benutting van beschikbare capaciteit.
- **Financiële synergie.** De waarde van de samengevoegde organisatie vermeerdert als resultaat van financiële factoren, zoals een sterkere balans, lagere *cost of capital*, belastingvoordelen en/of gemakkelijker toegang tot kapitaal. Financiële synergie leidt ertoe dat de samengevoegde organisatie in staat is om effectiever te investeren in haar toekomst dan de twee losse entiteiten afzonderlijk.
- **Omzetsynergie.** De samengevoegde organisatie weet de afzet te vergroten door de gezamenlijke positie van de twee losse organisaties te combineren. Door elkaars distributiekanaalen, technologie en marketinguitingen te combineren kunnen voordelen ontstaan zoals *cross-selling*, verminderde competitie en toegang tot nieuwe markten.

De zoektocht naar synergie vinden we niet alleen in de private sector terug. In de publieke sector worden organisaties zoals scholen en gemeenten ook samengevoegd om zo complexere diensten aan steeds veeleisender doelgroepen te kunnen bieden. Hier zien we dat een consolidatie zorgt voor meer financiële slagkracht voor het investeren in bijvoorbeeld digitale ondersteuning en dat er bij voldoende schaalgrootte gemakkelijker specialistisch personeel kan worden aangenomen.

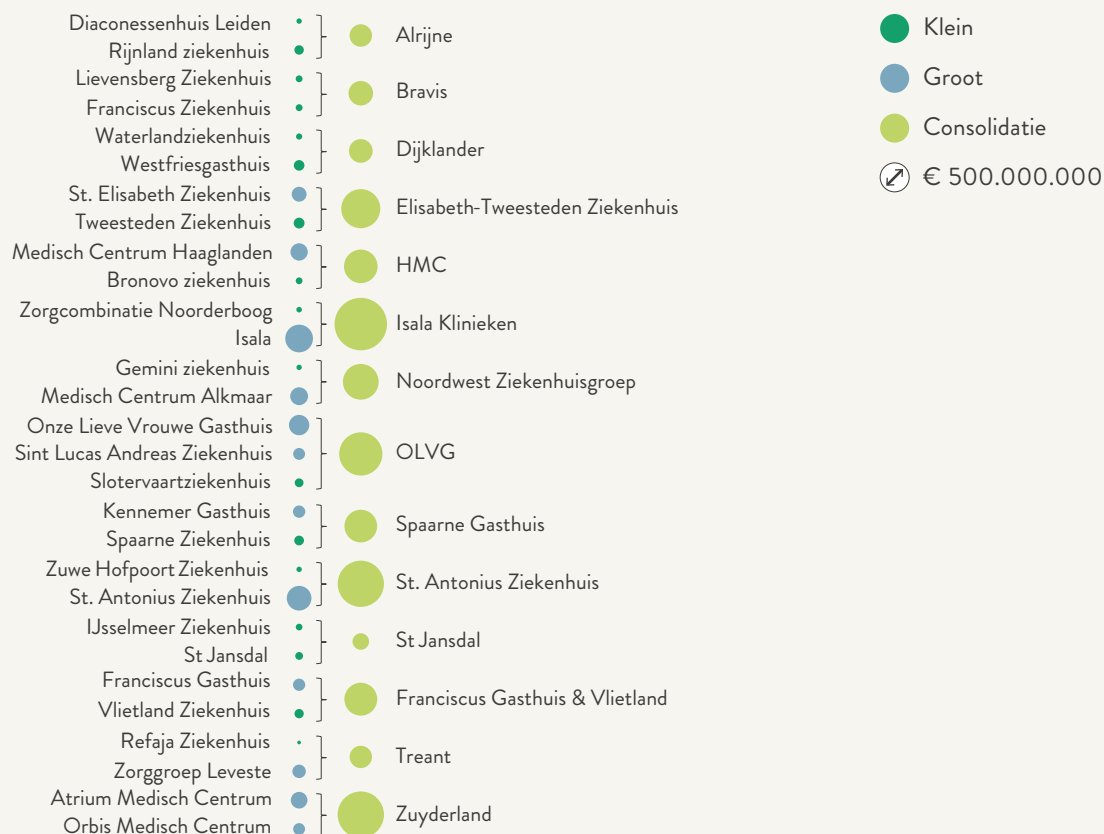
## Welke ziekenhuizen consolideerden de afgelopen 10 jaar?

Voor deze studie onderzoeken we of de consolidaties ook daadwerkelijk hebben geleid tot synergie. Hiervoor vergelijken we geconsolideerde met de niet-geconsolideerde ziekenhuizen op verschillende financiële parameters. Om deze analyse zo goed mogelijk te kunnen interpreteren zijn ziekenhuizen ingedeeld in vier groepen (Figuur 4).

1. **Consolidatie:** De ziekenhuizen die in de periode 2011-2021 deel waren van een fusie (bijvoorbeeld Isala) of een overname (bijvoorbeeld de overname van het IJsselmeer ziekenhuis door St Jansdal). Hierbij moet er sprake zijn van een samengevoegde jaarrekening. Wanneer de jaarrekeningen in 2021 nog niet zijn samengevoegd hoort dit bestuurlijk gefuseerde ziekenhuis niet bij de groep consolidaties. Wanneer het merendeel van de zorg uit een adherentiegebied van een failliet ziekenhuis wordt overgenomen door één ziekenhuis (bijvoorbeeld het Slotervaartziekenhuis) classificeren wij dit ook als consolidatie. In Figuur 3 geven we een overzicht van de ziekenhuizen die binnen onze definitie van consolidatie vallen.

**Consolidaties 2011-2021**

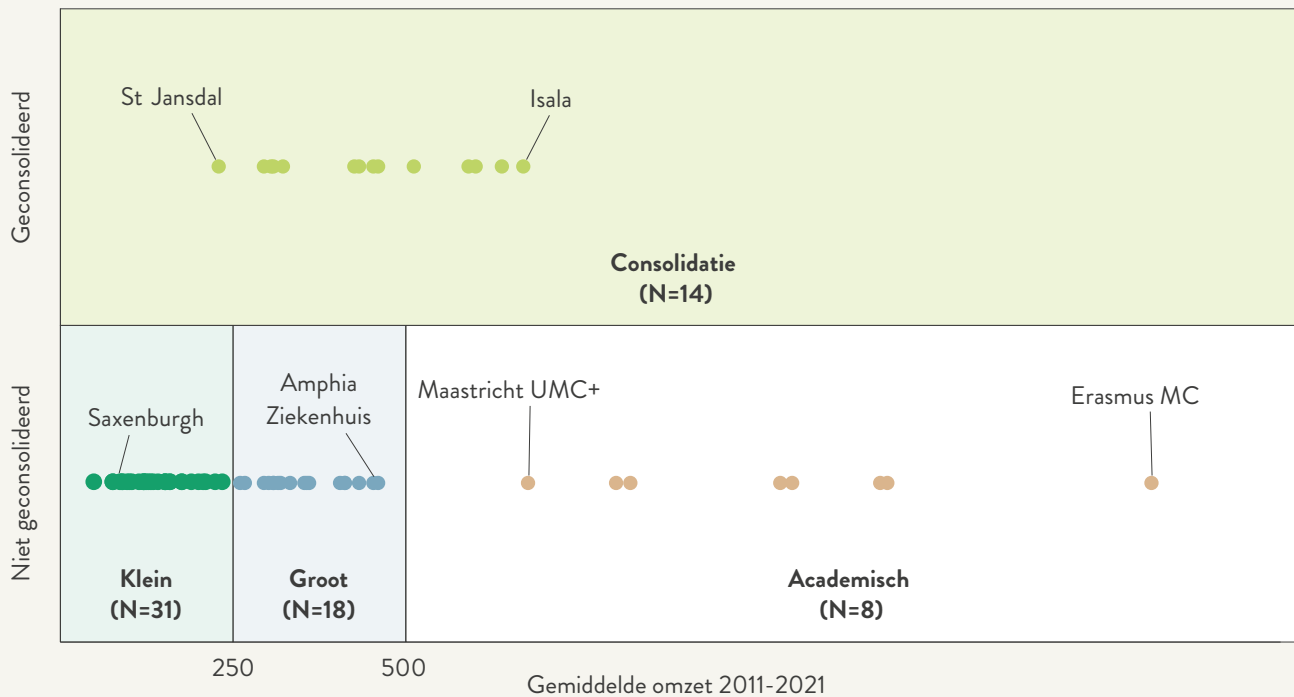
[diameter bol: omzet, voor = 2011, na = 2021]

Figuur 3 – Voor dit onderzoek onderscheiden we 14 consolidaties in de periode 2011-2021 <sup>iii</sup>

2. **Groot:** De algemene ziekenhuizen die niet binnen de groep consolidatie vallen met een gemiddelde omzet tussen 2011-2021 van boven de EUR 250 mln.
3. **Klein:** De algemene ziekenhuizen die niet binnen de groep consolidatie vallen met een gemiddelde omzet tussen 2011-2021 van onder de EUR 250 mln.
4. **Academisch:** universitair medisch centra (umc's) zijn een 'klasse apart', omdat zij een duidelijk andere patiëntpopulatie hebben waarvoor zij – via de academische component – op andere wijze worden bekostigd. Daarnaast halen zij ook een groot deel van hun omzet uit andere bronnen (onder andere onderwijs en onderzoek). De financiële parameters van deze instellingen zijn niet te vergelijken met die van de algemene ziekenhuizen. Bij een deel van de analyses zijn umc's dan ook buiten beschouwing gelaten.

**Gehanteerde categorisering soort ziekenhuis**

[# = 71, excl. Rivas zorggroep en categorale ziekenhuizen]



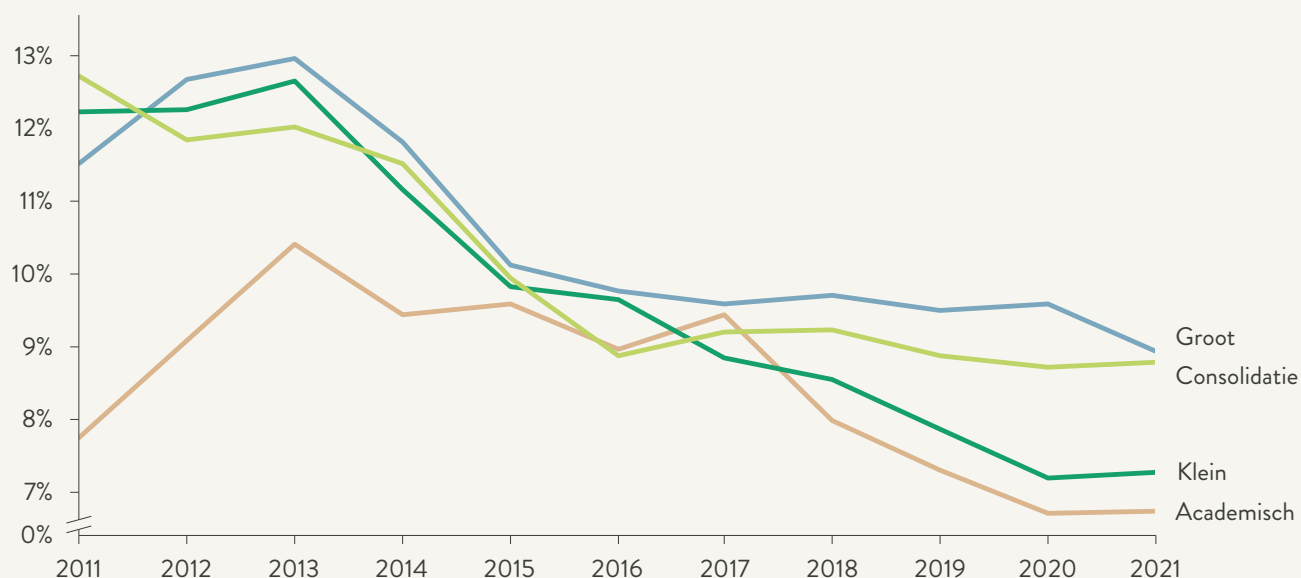
Figuur 4 – We onderscheiden vier soorten ziekenhuizen huizen op basis van de gemiddelde omzet en het plaatsvinden van consolidatie<sup>iii,1</sup>

## Kleine ziekenhuizen staan financieel onder druk

De afgelopen tien jaar is de operationele marge van de kleine ziekenhuizen flink afgenomen ten opzichte van de grote ziekenhuizen. Eén groep kleine ziekenhuizen heeft deze trend weten te ontduiken: de ziekenhuizen die in de periode 2011 - 2021 consolideerden. De EBITDA-marge van deze ziekenhuizen is na consolidatie op het niveau van de grote ziekenhuizen gebleven (Figuur 5).

<sup>1</sup> Rivas Zorggroep levert geen uitgesplitste jaarrekening aan en is daarom weggelaten. Categorale ziekenhuizen zijn ook niet meegenomen in dit onderzoek.

**Gewogen gemiddelde EBITDA als deel van de omzet per type ziekenhuis**  
[EBITDA-marge]



Figuur 5 – De EBITDA-marge staat voor ieder type ziekenhuis onder druk, grote en geconsolideerde huizen weten dit het best op peil te houden<sup>iii</sup>

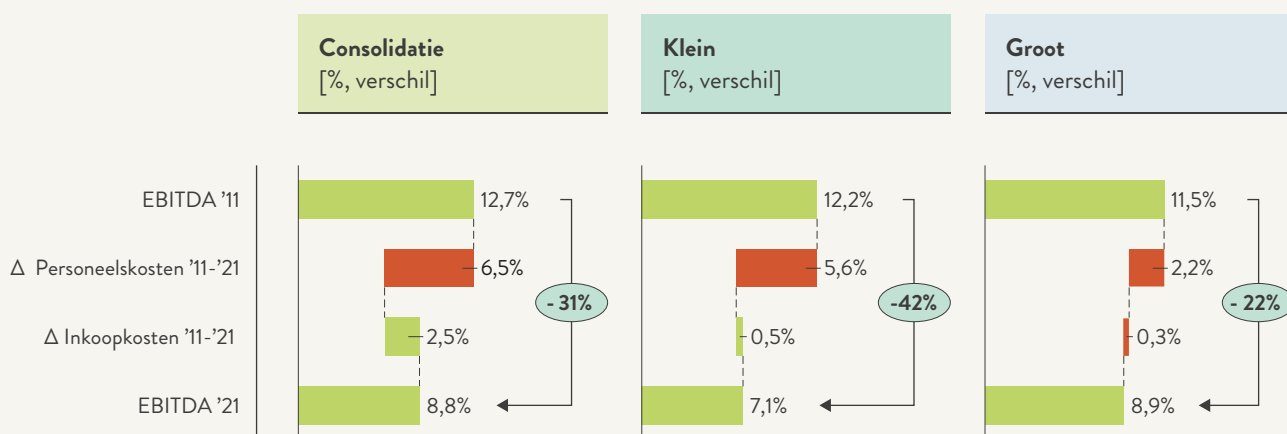
Bij de umc's is het schaalvoordeel niet zichtbaar in de ontwikkeling van hun EBITDA-marge. Mogelijk komt dit door het verschil in opbouw van de omzet en onderliggende activiteiten ten opzichte van niet-universitaire ziekenhuizen. We nemen de umc's daarom niet mee in het vervolg van deze analyse. In Figuur 5 is ook duidelijk te zien dat de kleine en de andere niet-universitaire ziekenhuizen sinds 2016 uit elkaar groeien. De verschillen zijn dus niet het gevolg van compensatieregelingen rondom COVID.

### Geconsolideerde huizen weten kosten te besparen op de inkoop

Analyse van de jaarrekeningen van de verschillende soorten ziekenhuizen (Figuur 6) laat zien dat geconsolideerde huizen de financiële prestaties verbeteren door dalende inkoopkosten. Voor elke euro omzet wordt in 2021 2,5 cent minder uitgegeven aan inkoopkosten ten opzichte van 2011. Blijkbaar leidt een consolidatie tot mogelijkheden om betere afspraken te maken over inkoop.

Daar staat tegenover dat personeelskosten relatief harder stijgen: voor elke euro omzet moeten geconsolideerde huizen in 2021 6,5 cent meer uitgegeven aan personeelskosten dan in 2011. Dit is een sterkere toename dan bij de niet-geconsolideerde huizen. Het beeld dat uit deze analyse ontstaat is te verklaren. Het lijkt relatief eenvoudig om direct na de fusievoordelen op gebied van inkoop te realiseren, terwijl het samensmelten en herinrichten van processen in eerste instantie juist tot minder efficiënte inzet van personeel kan leiden.

### Gewogen gemiddelde EBITDA-marge per type ziekenhuis [2011 – 2021]

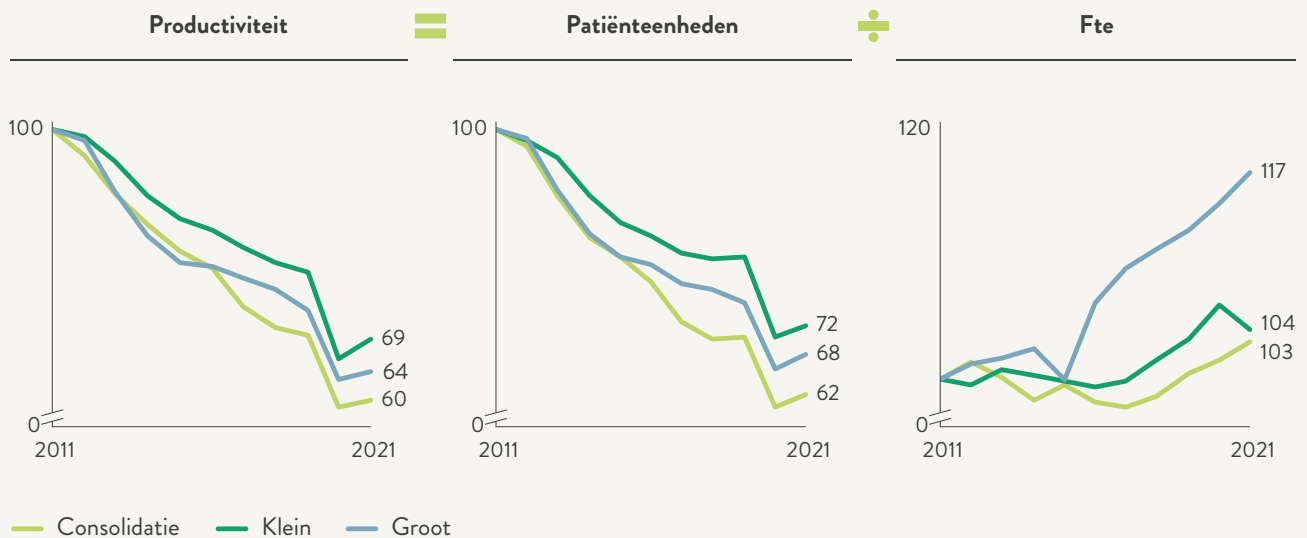


Figuur 6 – Geconsolideerde ziekenhuizen weten door een besparing op de inkoopkosten de EBITDA-marge op peil te houden<sup>iii</sup>

Wanneer we inzoomen op de productiviteit<sup>2</sup> gemeten in geleverde patiënteenheden per fte, dan zien we dat de huizen die zijn geconsolideerd het dus ook minder goed doen dan de grote en kleine huizen. Productie is de oorzaak hiervan. De huizen die zijn betrokken in een consolidatie hebben hun productie (in patiënteenheden) sneller zien dalen dan de andere huizen. Onze hypothese is dat dit onder andere komt door een afname in het aantal parallelle zorgproducten na een fusie. Als twee huizen fuseren zal er minder naar elkaar worden doorverwezen, en daarmee minder (gedeeltelijk) overlappende declaraties per patiënt plaatsvinden.

<sup>2</sup> Een kanttekening bij deze productiviteitsanalyse is de gebruikte maat voor productie: patiënteenheden. De maat is opgebouwd uit een aantal in de jaarrekening gerapporteerde productie-eenheden: de klinische opnamen, dagopnames, verpleegdagen en eerste polikliniekbezoeken. Hierin ontbreekt een groot en groeiend deel van de activiteit van ziekenhuizen: interventies, diagnostiek en therapeutische behandelingen.

### Gewogen gemiddelde productiviteit per type ziekenhuis [geïndexeerd, 2011 = 100]



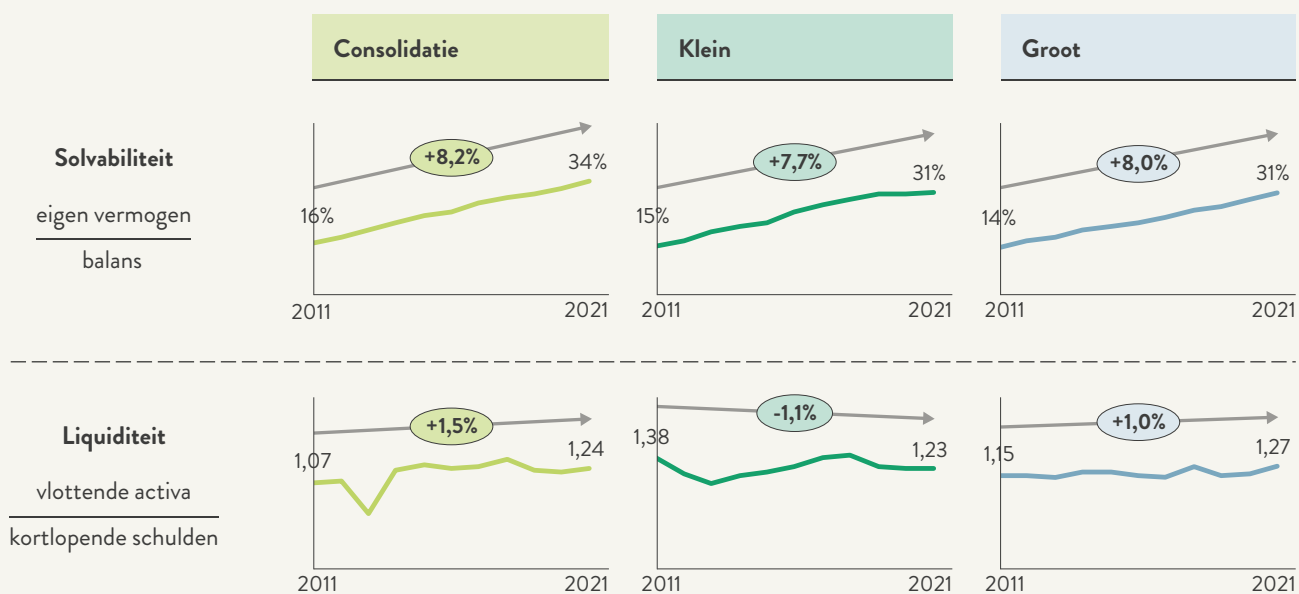
Figuur 7 – Bij geconsolideerde ziekenhuizen neemt de productiviteit sneller af dan bij de andere ziekenhuizen, voornamelijk door een snellere daling in het aantal patiënteenheden<sup>iii,5</sup>

## Consolidatie heeft geleid tot een sterkere balans

Figuur 8 laat zien dat consolidatie zorgt voor een sterkere balans. Zowel de solvabiliteit als de liquiditeit is het afgelopen decennium harder toegenomen bij de geconsolideerde ziekenhuizen dan bij kleine en grote ziekenhuizen. Vergeleken met de kleine ziekenhuizen (de groep waaruit de meeste consolidaties plaatsvinden) is het verschil het grootst.

De snelle versteviging van de balans bij de geconsolideerde huizen komt door tweeledig effect: Het eigen vermogen en de vlottende activa nemen toe, terwijl de balans en de kortlopende schulden juist afnemen. Bij de andere ziekenhuizen zijn de toenames van de solvabiliteit en de liquiditeit alleen toe te schrijven aan een toename in het eigen vermogen en de vlottende activa; de balans en de kortlopende schulden nemen hier gemiddeld gezien niet af.

### Gewogen gemiddelde solvabiliteit en liquiditeit per type ziekenhuis [2011-2021, gemiddelde jaarlijkse groei]



Figuur 8 – Consolidatie zorgt voor een snellere versterking van de balans: solvabiliteit en liquiditeit nemen sneller toe bij de ziekenhuizen die het afgelopen decennium consolideerden<sup>iii</sup>

De geobserveerde versterkende balanspositie bij consolidatieziekenhuizen lijkt erop te wijzen dat consolidatie ervoor zorgt dat ziekenhuizen gemakkelijker en goedkoper toegang kunnen krijgen tot kapitaal. Consolidatie zorgt voor een snellere terugverdientijd en vergroot de investeringsruimte.

### Consoliderende huizen realiseerden geen omzetsynergie

De omzet van de geconsolideerde huizen gezamenlijk groeit langzamer dan voor overige ziekenhuizen (Figuur 9). Waar de omzet van niet-geconsolideerde huizen, onafhankelijk van de schaalgrootte, met meer dan 5 procent per jaar toenam, nam dit voor geconsolideerde huizen met slechts 3,9 procent per jaar toe.<sup>3</sup> Consolidatie zorgt in de ziekenhuiswereld dus niet voor omzetsynergie.

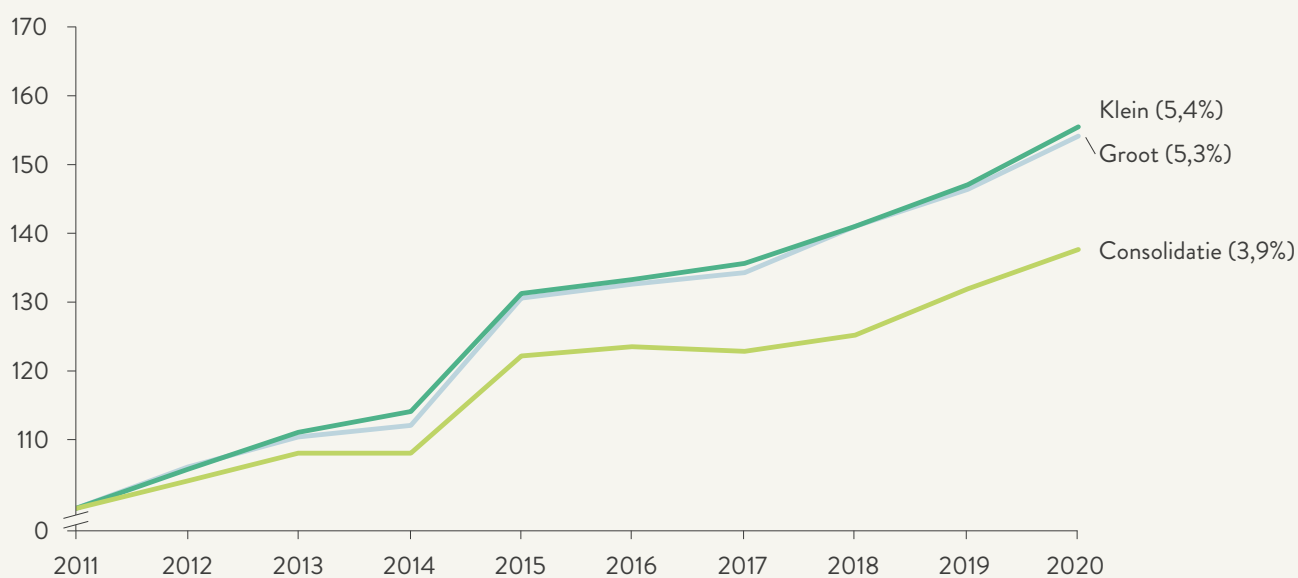
<sup>3</sup> Een belangrijke opmerking hierbij is dat in 2015 integrale tarieven zijn ingevoerd. Dit houdt in dat zowel het honorarium van de specialist als het omzetdeel voor het ziekenhuis in één prijs zit, terwijl de omzet van vrijgevestigde specialisten voorheen niet in de omzet van het ziekenhuis zat. Dit verklaart de sprong in omzet tussen 2014 en 2015.



Het gebrek aan omzetsynergie is te verklaren. Consolidaties zorgen voor een vereenvoudiging van het dienstaanbod. De verschillende zorgpaden worden verdeeld tussen locaties en er lopen minder parallelle zorgproducten omdat de twee geconsolideerde huizen nu binnen hetzelfde concern vallen.

### Gewogen gemiddelde omzet per type ziekenhuis

[EUR, geïndexeerd 2011 = 100, gemiddelde jaarlijkse groei]



Figuur 9 – Omzetsynergie is niet zichtbaar na consolidatie, bij geconsolideerde huizen neemt de omzet minder hard toe<sup>iii</sup>



HOOFDSTUK 2

**De schoen wringt, vooral  
voor kleinere ziekenhuizen  
in de periferie**

Nu duidelijk is dat consolidatie verschillende financiële voordelen biedt, richten we de blik op de toekomst: waar verwachten we verdere consolidatie? De groep ziekenhuizen die financieel onder druk staan bestaat voornamelijk uit kleine ziekenhuizen. Maar een fusie is voor lang niet al deze ziekenhuizen een optie. We verwachten dat de ACM weinig tot geen fusies meer zal goedkeuren in regio's waar de ziekenhuiszorg al sterk geconcentreerd is. Deze concentratie-eis zet een groep kleine ziekenhuizen in de periferie steeds verder onder druk: de financiële druk neemt toe, maar consolidatie is binnen de huidige toetsingskaders van de ACM (bijna) geen optie meer.

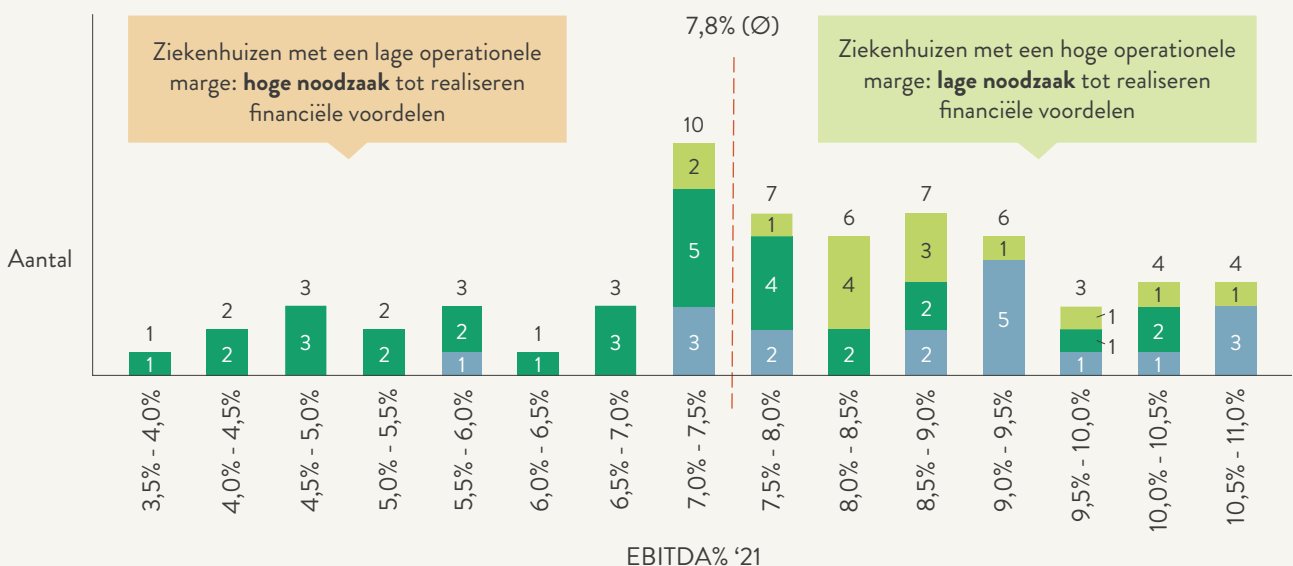
### Vooraf kleinere ziekenhuizen staan onder financiële druk

De EBITDA-marge verschilt sterk tussen ziekenhuizen (Figuur 10). De groep ziekenhuizen met een onder gemiddelde operationele marge bestaat voor driekwart uit kleine ziekenhuizen. De druk om op zoek te gaan naar mogelijkheden tot rendementsverbeteringen ligt dus voornamelijk deze groep.

#### Noodzaak tot realiseren financiële voordelen per ziekenhuis

[# ziekenhuizen, 2021]

Consolidatie Klein Groot



Figuur 10 – Voornamelijk de kleine ziekenhuizen hebben een lage EBITDA-marge, de noodzaak tot realiseren van financiële voordelen is hier hoog<sup>iii</sup>

## In een aantal provincies lijkt verdere consolidatie niet realistisch

Door alle consolidaties in de afgelopen decennia is de ziekenhuiszorg steeds verder geconcentreerd. Naast de lagere bereikbaarheid van de zorg ziet de Autoriteit Consument en Markt (ACM) de afgenomen concurrentie als een risico voor de kwaliteit en de betaalbaarheid. Als de ziekenhuiszorg in een regio te geconcentreerd is, is de kans klein dat de ACM verdere consolidatie goed zal keuren (zonder strenge voorwaarden).

We zagen dit in het verleden onder anderen bij de fusie tussen het Ziekenhuis Walcheren en de Oosterscheldeziekenhuizen in 2010<sup>iv</sup>. De ACM<sup>4</sup> concludeerde dat er na de fusie in de regio Midden-Zeeland onvoldoende keuzemogelijkheden voor patiënten over zouden blijven en dat het gefuseerde ziekenhuis bijna een monopoliepositie in de onderhandeling met zorgverzekeraars zou krijgen. Toch stond de ACM deze fusie onder strikte voorwaarden (o.a. prijsplafonds en garantie op bepaalde faciliteiten) toe. Deze fusie bleek noodzakelijk om de continuïteit van de ziekenhuiszorg in de regio te garanderen. Dit soort voorwaarden beperken de mogelijkheden om financiële voordelen uit consolidatie te halen. Daarom stellen wij dat er bij een consolidatie voldoende keuzevrijheid tussen ziekenhuizen moet overblijven om financiële voordelen uit deze consolidatie te kunnen halen.

De keuzevrijheid tussen ziekenhuizen verschilt sterk per provincie. Er zijn gebieden in Nederland waar patiënten kunnen kiezen tussen een groot aantal ziekenhuizen, maar ook gebieden met weinig of geen concurrentie tussen ziekenhuizen. Dit drukken we uit door de Herfindahl-Hirschman Index (HHI), te berekenen per provincie (zie Bijlage 1 voor meer toelichting). Dit is een veelgebruikte maat voor marktconcentratie. Op basis hiervan schatten we de kans op goedkeuring van consolidatie per provincie in.

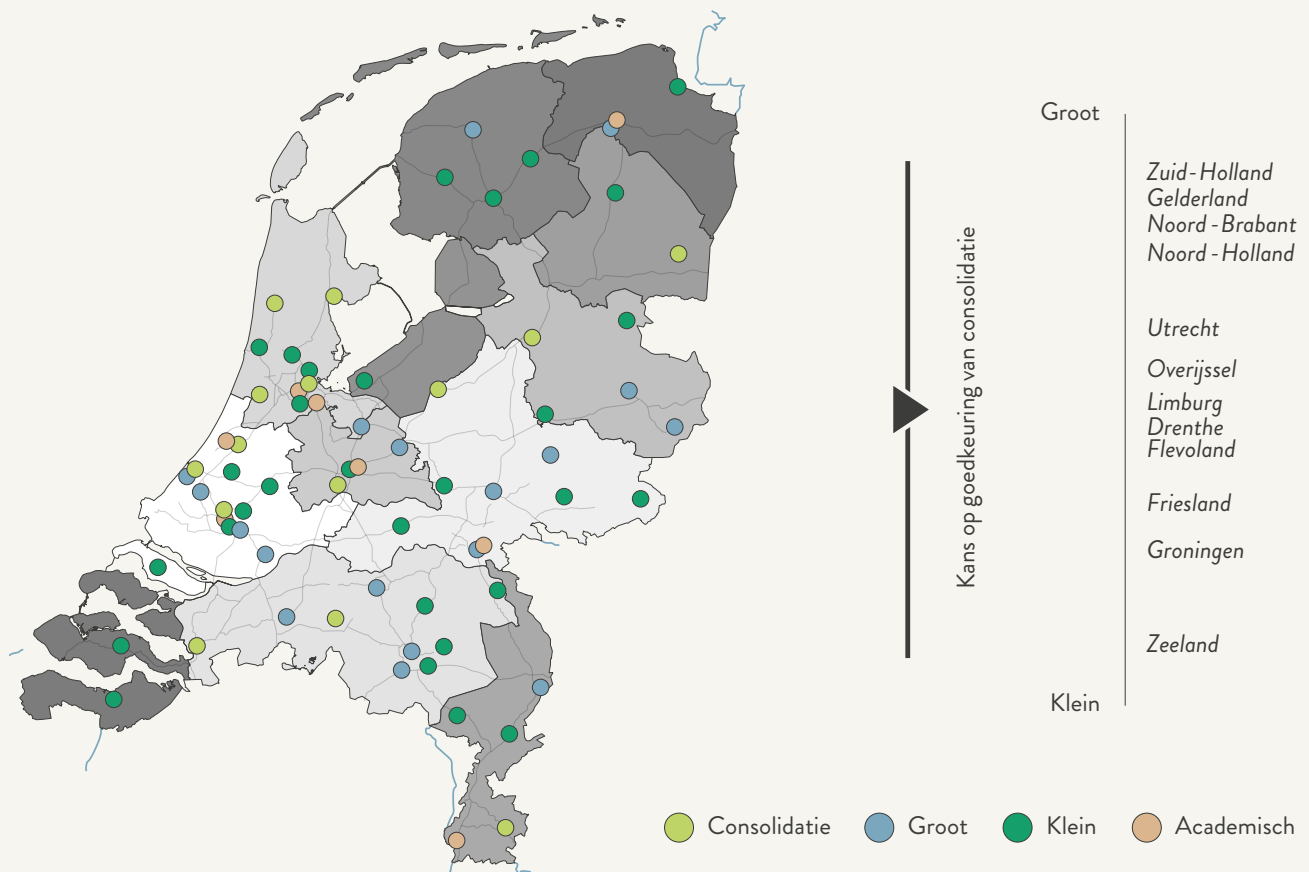
Hoe geconcentreerder de ziekenhuiszorg in een provincie, hoe kleiner de kans op goedkeuring van de consolidatie. In Figuur 11 brengen we dit in beeld. Hier is te zien dat in Zeeland, Groningen en Friesland (relatief) weinig ziekenhuizen in een groot gebied liggen: de kans op goedkeuring van consolidatie is hier klein. Het tegenovergestelde geldt voor de ziekenhuizen in Zuid-Holland. Een groot aantal ziekenhuizen concurreert binnen deze regio. De (relatief) lage concentratie biedt, waar nodig, de ruimte om verder te consolideren.

---

<sup>4</sup> Toen nog Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa).

**Kans op goedkeuring van consolidatie per provincie**

[op basis van HHI 2021, hoe grijzer hoe minder kans op goedkeuring van consolidatie]

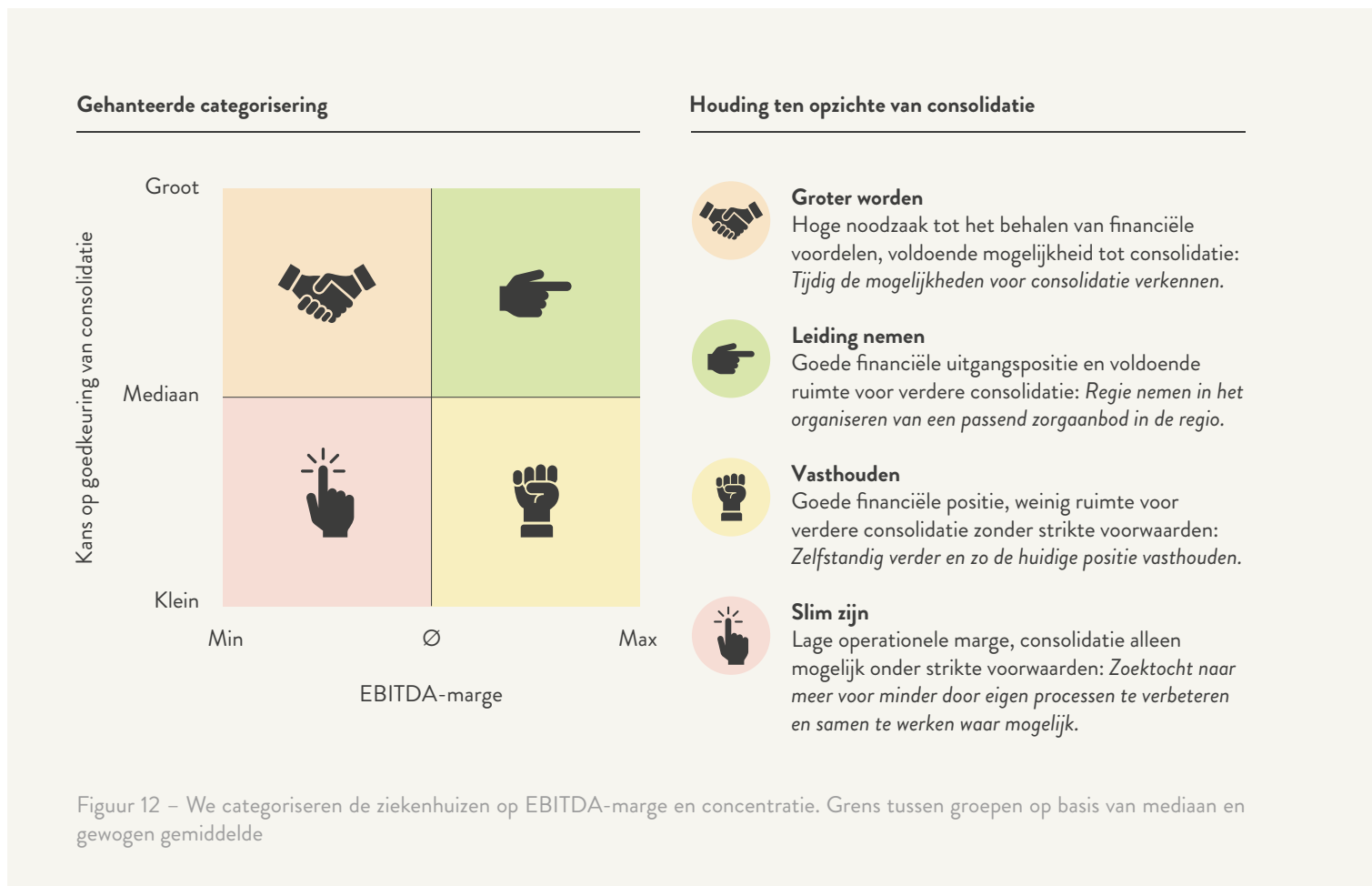


Figuur 11 – In Zeeland, Groningen en Friesland is de kans op goedkeuring van consolidatie klein. De ziekenhuiszorg is hier al sterk geconcentreerd<sup>5</sup>

## Kleinere ziekenhuizen staan onder druk, maar juist voor hen is consolidatie geen optie

Door de ziekenhuizen te verdelen op basis van EBITDA-marge en de kans op goedkeuring van consolidatie in de provincie ontstaat de consolidatiematrix (Figuur 12). In deze matrix zijn vier groepen ziekenhuizen te onderscheiden. Voor elke groep ziekenhuizen adviseren wij een andere houding ten opzichte van consolidatie.

<sup>5</sup> HHI per provincie op basis van theoretisch marktaandeel in de provincie. Zie bijlage 1 voor een toelichting op de methodiek.



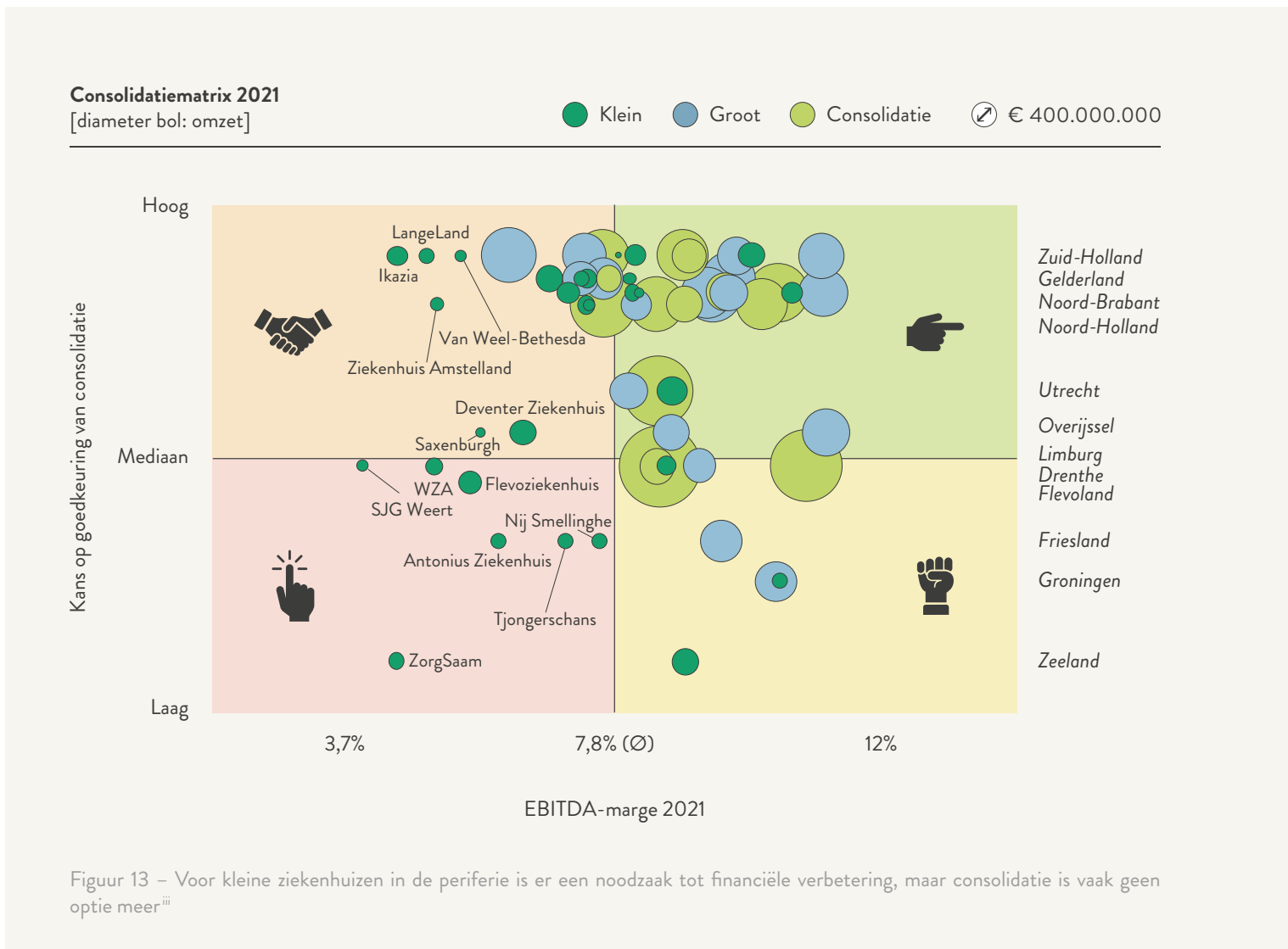
**Groter worden** – We adviseren de groep ziekenhuizen met een lage operationele marge, liggend in een provincie waar verdere consolidatie mogelijk is, de mogelijkheden tot consolidatie tijdig te verkennen om continuïteit van zorg en maatschappelijke onrust te voorkomen. De analyses in deze studie laten zien dat consolidatie kan zorgen voor een verbetering van de financiële prestaties en kans dat de ACM dit zal toestaan is relatief groot.

**Leiding nemen** – De ziekenhuizen met een goede financiële uitgangspositie in provincies met voldoende mogelijkheden tot consolidatie adviseren wij om de leiding te nemen in het organiseren van een passend zorgaanbod. Deze ziekenhuizen moeten de hand uitsteken naar noodlijdende ziekenhuizen in de regio om opties voor verdere consolidatie te verkennen. Zo kunnen eventuele faillissementen (en dus gedwongen consolidaties) worden voorkomen.

**Vasthouden** – Ziekenhuizen met een goede operationele marge in provincies waar verdere consolidatie niet of beperkt meer zal worden toegestaan moeten de prioriteit leggen op het vasthouden van deze positie. Deze ziekenhuizen kunnen uitgaan van een zelfstandige koers.

**Slim zijn** – De grootste uitdaging ligt voor de ziekenhuizen met een lage operationele marge in een regio waar verdere consolidatie (zonder strikte voorwaarden) weinig kans van slagen heeft. Deze huizen zullen zich of moeten focussen op zelfstandige verbetering van hun positie of dit in alliantie moeten doen. Zij zullen taboes moeten doorbreken en de zoektocht naar “meer voor minder” centraal zetten. In het volgende hoofdstuk bespreken we hier drie verschillende oplossingsrichtingen voor. Uiteraard kent het optimaliseren van bedrijfsprocessen grenzen: soms kan het simpelweg niet goedkoper. Dit past bij het debat over betaalbaarheid, beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorg. Als het niet meer goedkoper kan zullen deze ziekenhuizen beter betaald moeten worden om noodgedwongen consolidatie te voorkomen.

Wanneer we de bovengenoemde indeling maken voor de Nederlandse ziekenhuizen zien we in welke categorie ieder ziekenhuis valt (Figuur 13). We lichten hier de groepen met een lage operationele marge uit.



Figuur 13 – Voor kleine ziekenhuizen in de periferie is er een noodzaak tot financiële verbetering, maar consolidatie is vaak geen optie meer<sup>iii</sup>

De ziekenhuizen die we adviseren de mogelijkheden tot consolidatie actief te onderzoeken (*groter worden*) zijn vooral de kleinere huizen: Streekziekenhuis Koningin Beatrix, Bernhoven, het BovenIJ Ziekenhuis, Gelderse Vallei, Rivierenland, Spijkenisse MC, Slingeland, Ikazia, Van Weel-Bethesda, Langeland, Amstelland en Zaan Medisch Centrum vallen onder meer in deze categorie. Het HagaZiekenhuis, het Maasstad Ziekenhuis, Gelre Ziekenhuizen en het CWZ vallen als grote ziekenhuizen deze categorie<sup>6</sup>.

De ziekenhuizen die slim zullen moeten zijn, zijn zonder uitzondering de kleine huizen: het Antonius Ziekenhuis, Saxenburgh, het Deventer Ziekenhuis, Flevoziekenhuis, Nij Smellinghe, St Jans Gasthuis, De Tjongerschans, Wilhelmina Ziekenhuis Assen (WZA) en Ziekenhuis Zeeuws-Vlaanderen (ZorgSaam) vallen hieronder. Voor deze ziekenhuizen is verdere consolidatie een lastige zaak binnen de huidige kaders van de ACM. Dit betekent dat we een maatschappelijke discussie over de toezichtkaders voor de beoordeling van consolidaties moeten voeren. Nederland is immers een klein land en deze studie laat zien dat verdere concentratie van de ziekenhuiszorg wel degelijk voordelen biedt.

Voordat deze discussie is gevoerd ligt het voor deze huizen voor de hand om eerst na te denken over andere mogelijkheden om de financiële prestaties te verbeteren. In het volgende hoofdstuk gaan we hier dieper op in.

---

<sup>6</sup> Voor enkele ziekenhuizen zoals Spijkenisse MC geldt dat zij de facto al onderdeel zijn van een alliantie met het Maasstad en het Ikazia.





HOOFDSTUK 3

**Wie niet groter wordt  
moet slim zijn**

Vooraf voor ziekenhuizen in de periferie is consolidatie geen prioriteitsstrategie om de slagkracht te vergroten. Door meer schaarste op de arbeidsmarkt, meer vraag naar digitalisering en strengere volumenorren verwachten we dat juist de bedrijfsvoering van kleinere ziekenhuizen de komende jaren verder onder druk komt te staan. In dit hoofdstuk verkennen we de alternatieven: Door de eigen bedrijfsvoering te transformeren en diepgaande samenwerkingen aan te gaan met andere ziekenhuizen - waarbij zorgondersteunende processen daadwerkelijk worden geïntegreerd en gezamenlijk wordt geïnvesteerd in innovaties - kunnen deze ziekenhuizen ook zonder consolidatie hun slagkracht vergroten: wie niet groter wordt moet slim zijn. Daarnaast adviseren we om tegelijkertijd om het maatschappelijke debat te voeren over de bekostiging en beschikbaarheid van ziekenhuiszorg in de periferie. Soms is goedkoper simpelweg niet mogelijk.

### Consolidatie steeds minder vaak een realistische weg naar grotere slagkracht

Hoewel er sinds de eeuwwisseling nog veel consolidaties hebben plaatsgevonden is de consolidatiesnelheid gehalveerd ten opzichte van de 20<sup>e</sup> eeuw. Het lijkt erop dat het grootste deel van de spreekwoordelijke taart is verdeeld tussen de ziekenhuizen. Theoretisch zouden ziekenhuizen verder kunnen blijven fuseren tot mega-instellingen, maar er is internationaal weinig bewijs dat dit nog leidt tot duidelijke schaalvoordelen – sterker, er is ook wel enig bewijs dat bij te grote instellingen *schaalnadelen* kunnen optreden.<sup>v</sup> Maar ook verstoring van de marktwerking is een serieuze zorg, die maakt dat de ACM de komende jaren fusies niet of nauwelijks meer zal toestaan in regio's waar de ziekenhuiszorg al sterk geconcentreerd is.

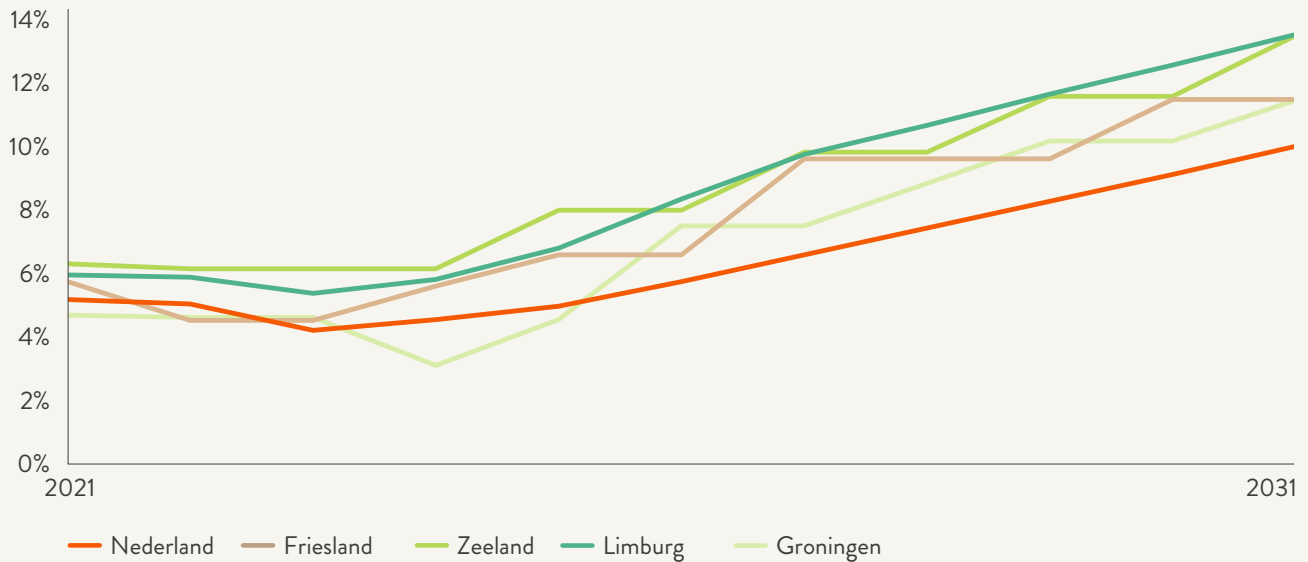
### De slagkracht van (vooral kleinere) ziekenhuizen komt de komende jaren verder onder druk te staan

Het verdwijnen van consolidatie als realistische strategie is een serieus probleem voor een flink aantal kleinere ziekenhuizen in de periferie. We zagen in het vorige hoofdstuk al dat juist deze ziekenhuizen vaak een lage EBITDA-marge hebben. Daarnaast verwachten we dat de daling van de operationele marge van ziekenhuizen in Nederland de komende jaren verder door zal zetten en dat dit waarschijnlijk vooral de kleinere ziekenhuizen zal raken. Dit komt door drie trends waar grote ziekenhuizen beter op kunnen inspelen dan kleinere ziekenhuizen:

1. Het **personeelstekort** in de medisch-specialistische zorg (msz) zal de komende jaren verder toenemen. Het verwachte personeelstekort voor provincies waar consolidatie nauwelijks meer een optie is ligt hoger dan de rest van Nederland (Figuur 14). In deze provincies bestaan vooral kleine of al geconsolideerde ziekenhuizen.

**Arbeidstekort msz per provincie**

[% tekort t.o.v. benodigde werknemers op basis van verwachte zorgvraag]



Figuur 14 – In de vier provincies met de laagste kans op goedkeuring van consolidaties ligt het verwachte arbeidstekort in de medisch-specialistische zorg hoger dan in de rest van Nederland <sup>vi</sup>

2. **Digitalisering en technologische ontwikkeling** vragen de komende jaren forse investeringen van ziekenhuizen, bijvoorbeeld in elektronische patiëntendossiers of medische apparatuur. Om deze investeringen te kunnen doen is investeringsruimte nodig. Over het algemeen geldt: hoe groter het ziekenhuis, hoe groter de investeringsruimte.
3. Zorg wordt steeds specialistischer en de vraag om deze specialistische zorg te concentreren neemt toe. Door **strengere volumennormen** voor specialistische zorg valt een deel van de omzet voor kleinere ziekenhuizen weg. Wanneer omzet wegvalt dalen kosten niet proportioneel mee (vanwege vaste kosten) en dus komt de operationele marge verder onder druk te staan. Grotere ziekenhuizen zullen hier minder last van hebben omdat het voor hen gemakkelijker is om aan volumennormen te voldoen.

## Hoe kan men slagkracht vergroten als consolidatie geen optie is?

Voorals voor kleine ziekenhuizen in de periferie is het vergroten van slagkracht dus van levensbelang, maar juist voor hen zal consolidatie steeds minder vaak een realistische strategie zijn voor het vergroten van hun slagkracht. Zij zullen, nog meer dan andere ziekenhuizen, bereid moeten zijn taboes te doorbreken en de zoektocht naar “meer voor minder” centraal te stellen: 1) focus op het verbeteren van de eigen processen, 2) vorm zorgnetwerken en 3) investeer gezamenlijk in innovatie.

### 1. Transformeer de eigen zorg- en ondersteunende processen

In onze ervaring is er voor sommige ziekenhuizen vaak nog substantiële winst te behalen door de eigen processen kritisch onder de loep te nemen en te transformeren waar dit nodig is. Dit geldt zowel voor zorgprocessen als voor ondersteunende processen. Door de benodigde input (bijvoorbeeld fte's, kosten servicebedrijf, etc.) en de bijbehorende output van processen (omzet, aantal eerste polibezoeken, etc.) meetbaar te maken en dit intern en extern te benchmarken komen de mogelijkheden tot verbetering in beeld.

### 2. Vorm (boven-)regionale zorgnetwerken

Door samen te werken met andere ziekenhuizen en zorgaanbieders in de regio kunnen schaalvoordelen worden gerealiseerd zonder dat ziekenhuizen daadwerkelijk consolideren. Door complementaire zorgnetwerken te vormen en hierin de zorg te verdelen tussen ziekenhuizen kunnen meerdere kleine ziekenhuizen elk excelleren op een eigen gebied en gaat er geen volume verloren.

Een voorbeeld hiervan is het ontstaan van Accountable Care Organizations (ACO's) in de Verenigde Staten. Dit zijn allianties van ziekenhuizen en andere zorgaanbieders die gecoördineerd zorg bieden aan hun patiënten, zonder dat deze groepen bestuurlijk of juridisch samengaan. Het doel van deze ACO's is het bieden van een dekkend zorgaanbod zonder onnodige overlap van diensten<sup>vii</sup>.

Of dit ook daadwerkelijk leidt tot financiële voordelen lijkt vooral af te hangen van de mate van integratie: ziekenhuizen waarin zorgpaden verregaand waren geïntegreerd in netwerkverband hadden een hogere efficiency dan andere ziekenhuizen.<sup>viii</sup> Ander onderzoek laat zien dat, ondanks de opstartkosten van het opzetten van de alliantie, de ACO's in de eerste jaren daadwerkelijk kosten weten te besparen<sup>ix</sup>.

### 3. Investeer gezamenlijk in innovatie

Slagkracht voor het financieren van innovaties kan ook vergroot worden door alliantievorming. Het gezamenlijk investeren vergroot immers de investeringscapaciteit en reduceert mogelijk ook de kosten van de investering. We zien dit ook gebeuren in andere sectoren, zoals de auto-industrie. Hier werken concurrenten samen op het gebied van ontwikkeling van nieuwe technologieën, zoals batterijen of het delen van productiefaciliteiten<sup>x</sup>.

In de ziekenhuissector ligt het bijvoorbeeld voor de hand om gezamenlijk te investeren in digitalisering. Dit kan beperkt zijn, bijvoorbeeld het in regio-verband kiezen van een nieuw epd. Maar het kan ook verder gaan, bijvoorbeeld door het oprichten van een *joint venture* waarin meerdere ziekenhuizen gezamenlijk gebruik maken van nieuwe apparatuur, een digitaal platform of zelfs een totaal zorg-coördinatiecentrum.

## Slimmer is niet altijd mogelijk: dit vraagt om een maatschappelijk debat

Het optimaliseren van de eigen bedrijfsvoering heeft ook een grens. Soms is er simpelweg geen marge meer te winnen en kan het niet nóg slimmer of goedkoper. Als de daling van de operationele marge de komende jaren doorzet en de opties om de bedrijfsvoering te optimaliseren uitgeput raken zullen ziekenhuizen die niet verder kunnen consolideren omvallen of zal de kwaliteit van de geleverde zorg teruglopen.

Het is duidelijk dat dit geen wenselijke uitkomsten zijn. Daarom zetten wij aan tot een open, eerlijk maatschappelijk debat over de spanning tussen bekostiging, toegankelijkheid en kwaliteit van ziekenhuiszorg in de periferie. Hier hoort ook de discussie over de toezichtkaders voor het toestaan van verdere consolidatie bij.

## Conclusie

De veranderopgave om de financiële slagkracht van ziekenhuizen te vergroten danwel te verstevigen speelt in de gehele sector. Op basis van ons onderzoek concluderen we dat de prioriteitsstrategie om dit te realiseren verschilt per groep van ziekenhuizen:

- **Recent geconsolideerde ziekenhuizen:** focus op snelle verbetering van de inzet van steeds schaarser wordend personeel. Maak de belofte van “meer doen met minder,” toch de essentie van schaalvoordelen, ook echt waar. Toon leiderschap in het aangaan van (boven-) regionale samenwerkingen en help zo ziekenhuizen waarvoor consolidatie geen optie is.
- **Ziekenhuizen in minder geconcentreerde regio's:** verken mogelijkheden voor consolidatie als beproefde eerste stap om de slagkracht te vergroten.
- **Ziekenhuizen in sterk geconcentreerde regio's:** focus op transformatie van de eigen zorgprocessen, investeer gezamenlijk in innovatie, en verken de mogelijkheden om zorgpaden en ondersteunende processen verregaand te integreren in regionale of landelijke netwerken.

BIJLAGE 1

# Toelichting op methodiek

## EBITDA

EBITDA staat voor de *Earnings Before Interest, Tax, Depreciation and Amortization* (winst vóór aftrek van rentekosten, belastingen, afschrijvingen en afboekingen). Dit is het deel van de inkomsten die ter beschikking staat om aan de rente, herinvestering en opbouw van eigen vermogen te voldoen.

We berekenen de EBITDA op basis van de jaarverslagen van ziekenhuizen. Dit doen we als volgt:

$$\text{EBITDA} = \text{omzet} - \text{personeelskosten} - \text{inkoopkosten}$$

In de jaarrekeningen van ziekenhuizen zijn deze bedragen te vinden onder de volgende posten:

- Omzet = Som der bedrijfsopbrengsten
- Personeelskosten = Personeelskosten + Honorariumkosten vrijgevestigd medisch specialisten die aan de instelling voor medisch specialistische zorg declareren
- Inkoopkosten = Overige bedrijfskosten

Uitgedrukt als percentage van de omzet geldt EBITDA als een maatstaf voor de economische potentie of de vitaliteit van een bedrijf. Hoe hoger de EBITDA-marge, hoe vitaler het bedrijf.

$$\text{EBITDA-marge} = \frac{\text{EBITDA}}{\text{omzet}}$$

De absolute EBITDA (in EUR) geeft daarnaast een indicatie van de investeringsruimte van een bedrijf: hoe groter de totale EBITDA, hoe meer ruimte er voor investeringen is.

## Concentratie op basis van Herfindahl-Hirschman Index

We gebruiken de Herfindahl-Hirschman Index (HHI) om de concentratie per provincie te bepalen. Dit is een veelgebruikte maat voor marktconcentratie<sup>xi</sup>.

We berekenen de HHI door de marktaandelen van alle bedrijven in een markt (in dit geval een provincie) te kwadrateren en hier vervolgens de som van te nemen:

$$HHI = s_1^2 + s_2^2 + s_3^2 + \dots + s_n^2$$

Met  $s_n$  = het marktaandeel van bedrijf  $n$  in een markt als een geheel getal, geen percentage.

De HHI loopt van 10.000 (een monopolie) tot dicht bij 0 (extreme concurrentie). Hoe hoger de HHI hoe hoger de marktconcentratie en hoe lager de concurrentie-intensiteit. De Amerikaanse *Federal Trade Commission (FTC)* hanteert over het algemeen de volgende indeling:

- HHI kleiner dan 1500: competitieve markt
- HHI tussen 1500 en 2500: gematigd geconcentreerde markt
- HHI groter dan 2500: zeer geconcentreerd

**Theoretisch marktaandeel per provincie**

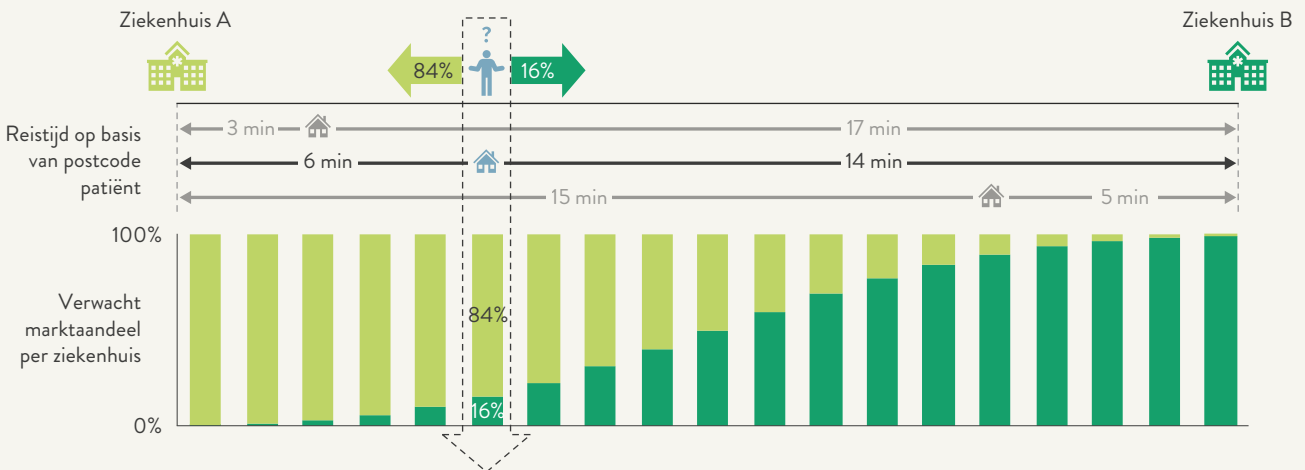
Voor ziekenhuizen zijn de regionale marktaandelen niet publiek beschikbaar. Als alternatief hiervoor gebruiken we het theoretisch marktaandeel (TMA). We berekenen het TMA op basis van de reistijden per postcode naar de 6 meest dichtstbijzijnde ziekenhuizen. Dit neemt kwadratisch af met de toename van de reistijd (rt) aan de hand van de volgende formule:

$$TMA_a = \frac{1/rt^2}{\sum_{i=1}^6 1/rt_i^2}$$

Figuur 15 geeft hiervan een illustratie op basis van twee ziekenhuizen in een gebied.

**Voorbeeld berekening theoretisch marktaandeel**

Ziekenhuis A    Ziekenhuis B



Een patiënt die hier woont, moet **6 minuten** rijden naar ziekenhuis A en **14 minuten** naar ziekenhuis B. De patiënt gaat daardoor in **84%** van de gevallen naar ziekenhuis A en in **16%** van de gevallen naar ziekenhuis B. Het verwachte marktaandeel van een ziekenhuis neemt kwadratisch af met de reistijd. De formule daarbij is:  $\frac{1/6^2}{1/6^2 + 1/14^2} = 84\%$

Figuur 15 – we berekenen het theoretisch marktaandeel per PC4-gebied op basis van de reistijd naar de omliggende ziekenhuizen



### HHI op basis van theoretisch marktaandeel per provincie

Door de theoretische marktaandelen per PC4-gebied te vermenigvuldigen met het aantal inwoners per PC4-gebied en dit vervolgens op te tellen per provincie, berekenen we de theoretische marktaandelen per provincie. Op basis van deze theoretische marktaandelen bepalen we de HHI per provincie (tabel 1).

Provincie	HHI	Indeling op basis van HHI
Zuid-Holland	655	Competitieve markt
Gelderland	769	Competitieve markt
Noord-Brabant	838	Competitieve markt
Noord-Holland	896	Competitieve markt
Utrecht	1.322	Competitieve markt
Overijssel	1.526	(Gematigd) geconcentreerde markt
Limburg	1.690	(Gematigd) geconcentreerde markt
Drenthe	1.694	(Gematigd) geconcentreerde markt
Flevoland	1.775	(Gematigd) geconcentreerde markt
Friesland	2.063	(Gematigd) geconcentreerde markt
Groningen	2.259	(Gematigd) geconcentreerde markt
Zeeland	2.656	Zeer geconcentreerde markt

Tabel 1 HHI per provincie 2021

BIJLAGE 2

# Categorisering van ziekenhuizen

## Categorisering huidige ziekenhuizen (2021)

Tabel 2 geeft de indeling van alle ziekenhuizen weer.

Ziekenhuis	Categorisering	Omzet 2021	Opmerkingen
Admiraal De Ruyter Ziekenhuis	Klein	€ 265.094.998	
Antonius Ziekenhuis	Klein	€ 154.901.762	
Bernhoven	Klein	€ 225.662.642	
BovenIJ Ziekenhuis	Klein	€ 113.393.539	
Deventer Ziekenhuis	Klein	€ 251.048.000	
Diakonessenhuis	Klein	€ 299.391.473	
Elkerliek Ziekenhuis	Klein	€ 214.585.342	
Flevoziekenhuis	Klein	€ 220.041.000	
Groene Hart Ziekenhuis	Klein	€ 251.942.366	
Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis	Klein	€ 120.734.268	
IJsselland Ziekenhuis	Klein	€ 211.601.479	
Ikazia Ziekenhuis	Klein	€ 199.650.000	
Langeland Ziekenhuis	Klein	€ 150.836.591	
Laurentius Ziekenhuis	Klein	€ 189.766.576	
Maasziekenhuis Pantein	Klein	€ 100.062.392	
Ommelander Ziekenhuis Groningen	Klein	€ 147.113.000	
Rode Kruis Ziekenhuis	Klein		Geen jaarrekening in 2021, niet in financiële analyse 2021
Saxenburgh Medisch Centrum	Klein	€ 95.952.174	
Sint Jans Gasthuis	Klein	€ 107.681.483	
Slingelandziekenhuis	Klein	€ 190.359.000	
Spijkennis Medisch Centrum	Klein	€ 58.909.349	
St. Anna Ziekenhuis	Klein	€ 164.889.420	
Streekziekenhuis Koningin Beatrix	Klein	€ 127.754.000	

Ziekenhuis	Categorisering	Omzet 2021	Opmerkingen
Wilhelmina Ziekenhuis Assen	Klein	€ 157.599.291	
Zaans Medisch Centrum	Klein	€ 184.972.044	
Ziekenhuis Amstelland	Klein	€ 133.312.000	
Ziekenhuis Gelderse Vallei	Klein	€ 274.164.504	
Ziekenhuis Nij Smellinghe	Klein	€ 158.381.000	
Ziekenhuis Rivierenland	Klein	€ 145.520.000	
Ziekenhuis Tjongerschans	Klein	€ 143.912.000	
Zorgzaam Ziekenhuis	Klein	€ 165.818.191	
Albert Schweitzer Ziekenhuis	Groot	€ 453.449.919	
Amphia Ziekenhuis	Groot	€ 574.998.368	
Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis	Groot	€ 355.449.000	
Catharina Ziekenhuis	Groot	€ 494.269.000	
Gelre Ziekenhuizen	Groot	€ 404.349.538	
HagaZiekenhuis	Groot	€ 552.269.353	
Jeroen Bosch Ziekenhuis	Groot	€ 512.554.145	
Maasstad Ziekenhuis	Groot	€ 437.331.000	
Martini Ziekenhuis	Groot	€ 404.728.000	
Maxima Medisch Centrum	Groot	€ 377.214.000	
Meander Medisch Centrum	Groot	€ 375.202.000	
Medisch Centrum Leeuwarden	Groot	€ 425.862.000	
Medisch Spectrum Twente	Groot	€ 481.688.333	
Reinier De Graaf	Groot	€ 379.984.370	
Tergooi MC	Groot	€ 309.423.000	
VieCuri Medisch Centrum	Groot	€ 328.802.000	
Rijnstate	Groot	€ 542.650.000	
Ziekenhuisgroep Twente	Groot	€ 366.931.627	
Alrijne Zorggroep	Consolidatie	€ 348.412.879	
Bravis Ziekenhuis	Consolidatie	€ 380.821.553	
Dijklander Ziekenhuis	Consolidatie	€ 367.705.000	
Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis	Consolidatie	€ 606.263.000	
Franciscus Gasthuis (Mietland Groep)	Consolidatie	€ 509.857.381	

Ziekenhuis	Categorisering	Omzet 2021	Opmerkingen
Haaglanden Medisch Centrum	Consolidatie	€ 521.214.000	
Isala	Consolidatie	€ 814.567.000	
Noordwest Ziekenhuisgroep	Consolidatie	€ 554.800.710	
OLVG <sup>7</sup>	Consolidatie	€ 670.750.000	
Spaarne Gasthuis	Consolidatie	€ 507.311.000	
St. Antonius Ziekenhuis	Consolidatie	€ 717.950.000	
Treant Ziekenhuiszorg	Consolidatie	€ 346.973.000	
Ziekenhuis St Jansdal	Consolidatie	€ 257.072.729	
Zuyderland Medisch Centrum	Consolidatie	€ 719.386.695	
Academisch Medisch Centrum (AMC)	Academisch	€ 1.094.686.000	
Erasmus Medisch Centrum	Academisch	€ 2.095.591.000	
Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC)	Academisch	€ 973.434.000	
Maastricht UMC+	Academisch	€ 817.027.000	
Radboudumc	Academisch	€ 1.290.702.000	
Universitair Medisch Centrum Groningen	Academisch	€ 1.414.156.000	
Universitair Medisch Centrum Utrecht	Academisch	€ 1.485.858.000	
VUMC	Academisch	€ 957.642.000	
Het Oogziekenhuis	n.v.t.	€ 265.094.998	Categoriaal, niet in analyse
Klinisch Genetisch Centrum Nijmegen	n.v.t.	€ 154.901.762	Categoriaal, niet in analyse
OCON	n.v.t.	€ 225.662.642	Categoriaal, niet in analyse
Sint Maartenskliniek	n.v.t.	€ 113.393.539	Categoriaal, niet in analyse
Rivas Zorggroep-Beatrixziekenhuis	n.v.t.	€ 251.048.000	Niet meegenomen - geen geconsolideerde jaarrekening

Tabel 2 Gehanteerde categorisering MSZ-aanbieders

<sup>7</sup> MC Slotervaart wordt als consolidatie bij OLVG beschouwd. Het OLVG heeft de meeste zorg van dit failliete ziekenhuis overgenomen. Zie o.a.: NOS, OLVG neemt meeste zorg failliet MC Slotervaart over (2018). Via: <https://nos.nl/artikel/2260219-olvg-neemt-meeste-zorg-failliet-mc-slotervaart-over>

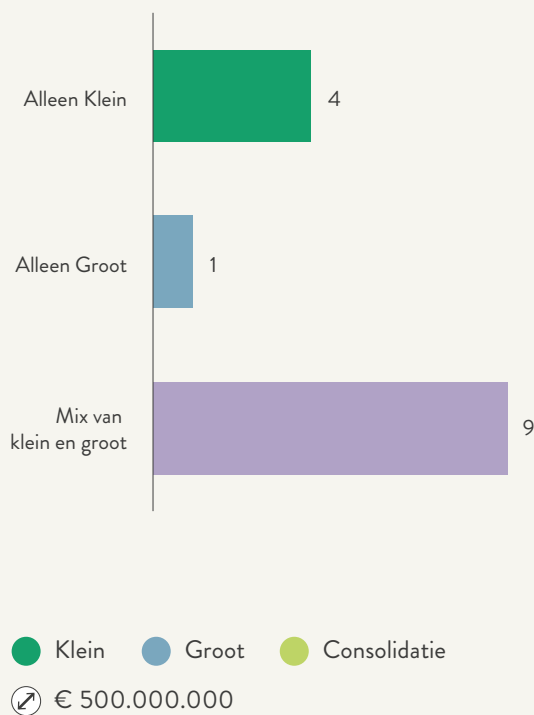
## Categorisering geconsolideerde ziekenhuizen

### Consolidaties 2011-2021

[diameter bol: omzet, voor = 2011, na = 2021]



### Samenstelling consolidaties 2011-2021



Figuur 16 - Tussen 2011 en 2021 vonden er 14 consolidaties plaats. Bij 13 van de 14 consolidaties was ten minste één klein ziekenhuis betrokken

In de rest van de analyse is het onderscheid tussen kleine en grote ziekenhuizen gemaakt op basis van de gemiddelde omzet 2011-2021. Voor de huizen die consolideren wordt deze informatie verstoord door de consolidatie: twee jaarrekeningen worden immers samengevoegd.

Om de huizen die betrokken zijn bij een consolidatie toch in te kunnen delen bij de kleine of de grote ziekenhuizen is gebruik gemaakt van de omzet in 2011. De grens tussen kleine en grote ziekenhuizen is hierbij gelegd op de maximale omzet in 2011 van de kleine (niet-geconsolideerde) ziekenhuizen. In dit geval EUR 177,3 mln.

# Over Gupta Strategists

Gupta Strategists is een onafhankelijk adviesbureau voor organisaties in de zorgsector, in binnen- en buitenland. Uit complexe vraagstukken destilleren we praktische oplossingen of innovatieve ideeën. Voor alles wat we doen geldt: het moet de zorg aantoonbaar beter maken. We adviseren over strategische vraagstukken, reiken innovatieve ideeën aan, implementeren een nieuwe strategie, ondersteunen daar waar complexe (markt)analyses nodig zijn, een nieuw businessmodel ontwikkeld moet worden of een ingrijpende verandering aanstaande is.

Kenmerkend aan onze werkwijze is dat we inhoudelijk, diepgaande kennis op creatieve wijze combineren met een praktische insteek. En om de expertise in de organisatie te borgen, delen we de opgedane kennis van een project met het team van onze klant. Wil je meer weten over Gupta Strategists en het werk dat we doen? Neem dan gerust contact met ons op.

## Lucas Kuipers

[lucas.kuipers@gupta-strategists.com](mailto:lucas.kuipers@gupta-strategists.com)

+ 31 (0)6 82 09 45 90



## Daan Livestro

[daan.livestro@gupta-strategists.com](mailto:daan.livestro@gupta-strategists.com)

+31 (0)6 23 85 28 54



## Gerhard Wullink

[gerhard.wullink@gupta-strategists.com](mailto:gerhard.wullink@gupta-strategists.com)

+ 31 (0)6 22 81 67 39



## Ivo Muskens

[ivo.muskens@gupta-strategists.com](mailto:ivo.muskens@gupta-strategists.com)

+ 31 (0)6 26 76 72 51



# Gehanteerde bronnen

- <sup>i</sup> Tot 2001: CBS, Ziekenhuizen; exploitatie, personeel en productie. Via: <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/71346ned>, na 2001 verminderd met het aantal consolidaties en faillissementen per jaar.
- <sup>ii</sup> OECD, general hospitals per capita. Via: <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30182>.
- <sup>iii</sup> Jaarverslagen Ziekenhuizen, analyse Gupta Strategists.
- <sup>iv</sup> ACM, NMa onder strikte voorwaarden akkoord met ziekenhuisfusie. Via: [https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/5308/NMa-onder-strikte-voorwaarden-akkoord-met-ziekenhuisfusie#:~:text=De%20Nederlandse%20Mededingingsautoriteit%20\(NMa\)%20gaat,in%20Midden%2DZeeland%20te%20waarborgen](https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/5308/NMa-onder-strikte-voorwaarden-akkoord-met-ziekenhuisfusie#:~:text=De%20Nederlandse%20Mededingingsautoriteit%20(NMa)%20gaat,in%20Midden%2DZeeland%20te%20waarborgen).
- <sup>v</sup> Bijvoorbeeld: Giancotti, Guclielmo & Mauro, Efficiency and optimal size of hospitals: Results of a systematic search (2017) via: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0174533>.
- <sup>vi</sup> ABF Research, prognosemodel Zorg en Welzijn: via: <https://prognosemodelzw.databank.nl/dashboard/dashboard-branches/>.
- <sup>vii</sup> Centers for Medicare and Medicaid Services, Accountable Care Organizations (ACO's). Via: <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/ACO#:~:text=What%20is%20an%20ACO%3F,care%20to%20their%20Medicare%20patients>.
- <sup>viii</sup> Rosko, Proenca: "Impact of network and System use on Hospital X-Inefficiency", Health Care Manage Rev (2005) via: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0174533>.
- <sup>ix</sup> Lewis, Tierney, Colla en Shortell, The New Frontier of Strategic Alliances in Health Care: New Partnerships Under Accountable Care Organizations (2017) via: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5607095/>.
- <sup>x</sup> Rivian, Mercedes-Benz Vans and Rivian move to partner on electric van production. Via: <https://rivian.com/newsroom/article/mercedes-benz-vans-and-rivian-move-to-partner-on-electric-van-production>.
- <sup>xi</sup> The United States Department of Justice, Herfindahl-Hirschman Index. Via: <https://www.justice.gov/atr/herfindahl-hirschman-index>.



