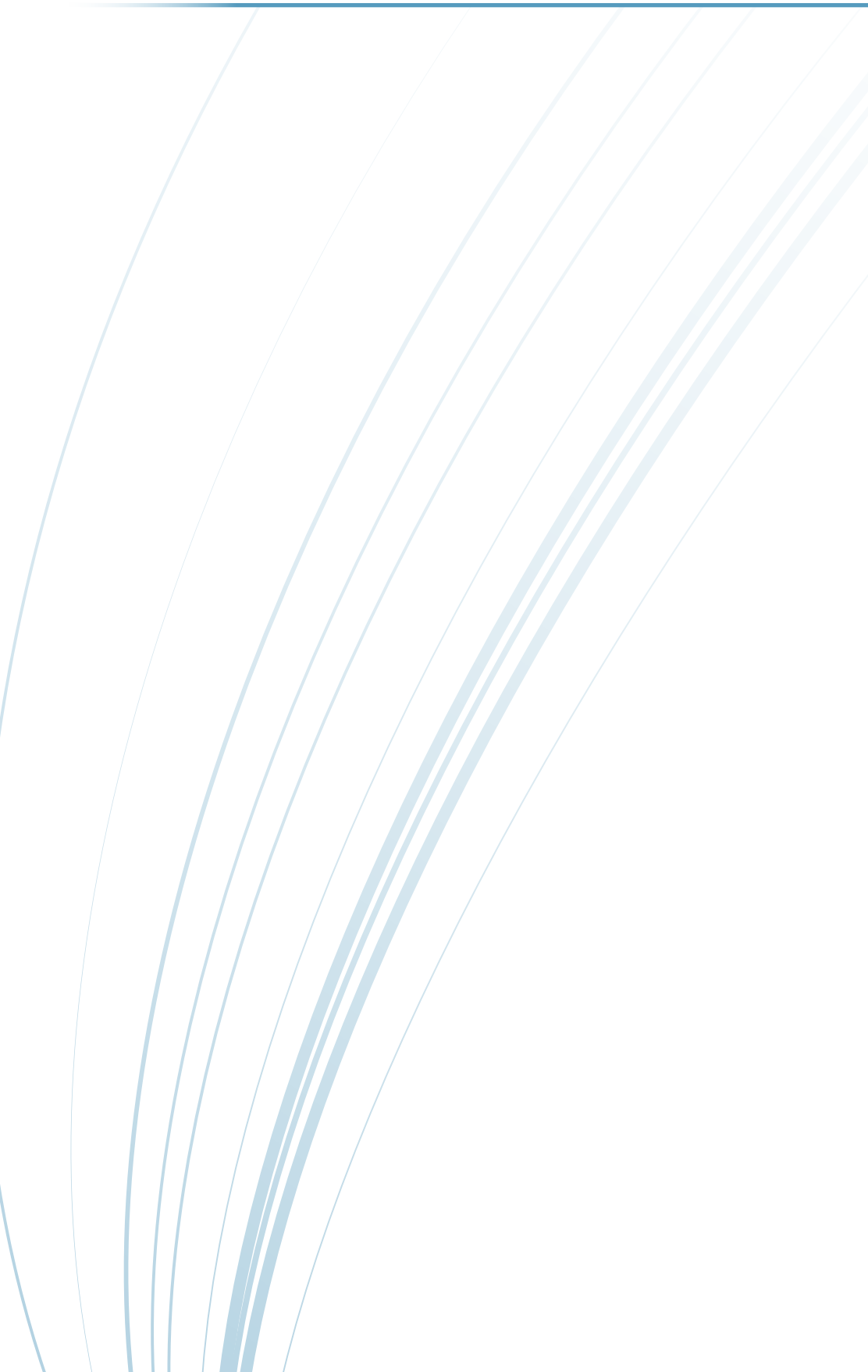


QHC rapport 2011: Nederlandse ziekenhuizen

Een regionale en nationale uitdaging



QHC rapport 2011: Nederlandse ziekenhuizen

Een regionale en nationale uitdaging

Augustus 2011

Drs. M. Sluiter, managing partner

Drs. E.G.J. Bendsorp, senior researcher

E. Aartsen MSc, consultant



© 2011 QHC B.V. Utrecht

Omslagontwerp: Ten Herkel

Basisontwerp binnenwerk: Ten Herkel

Quintessence HealthCare B.V., Middenwetering 1, 3543 AR Utrecht

Foto's achterin: Sylvia Tigchelhof-Hulst, fotograaf

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed.

Voor informatie die niet of onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden de auteur(s), redactie en de uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen informatie en gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen. Alle rechten voorbehouden. Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden evenals het overnemen van gedeelte(n) ten behoeve van commerciële doeleinden.

Inhoud

Inleiding	6
Elf belangrijke conclusies	7
Sectorbeschouwing	11
Spreiding en concentratie	11
Herschikking van taken	12
Businessalignment	12
Ketenprogramma's	13
Bedrijfsstructuur	14
Marktwerking	16
Ziekenhuizen in Nederland	19
Resultaten analyses	21
Omzet	21
Ontwikkeling DBC-omzet	22
Personeel	26
Omzet per inwoner per regio	32
Vastgoed als asset	36
Schuld en eigen vermogen	40
Overige ratio's	45
Internationaal perspectief van de Nederlandse gezondheidszorg	51
Literatuur	56

Inleiding

Voor u ligt het rapport Nederlandse Ziekenhuizen 2011. Het betreft een bedrijfs-economische analyse van de bedrijfstak op basis van een analyse van de jaarrekeningen vanaf 2004 van de instellingen.

Daarbij gaat het ons niet om het maken van lijstjes welke instelling beter presteert dan de ander, maar meer om het geven van een overzicht hoe de sector er voor staat.

Immers juist nu treden de veranderingen op in de structuur van de tweedelijns zorgverlening deels afgedwongen door het beleid van de overheid, maar tevens door de vraag vanuit de burger om meer gepersonifieerde zorg.

De Nederlandse ziekenhuizen lijken op basis van de gepubliceerde jaarverslagen het afgelopen jaar redelijk goed door te zijn gekomen: een groei van de netto winst naar 323 miljoen euro, bij een omzet van ruim 21 miljard euro, een solvabiliteit van bijna 15% en jaar over jaar dalende personeelskosten. Dan blijkt dat schijn bedriegt. Kleine ziekenhuizen staan onder zware druk. Verschillen in de regio's worden groter. Er dreigt een tekort aan personeel. En de last van de kosten van vastgoed is voor velen een molensteen om de nek. Faillissementen zijn daarbij niet meer uit te sluiten als het roer niet drastisch om gaat.

Dit rapport geeft een analyse van de sector op basis van de harde argumenten uit de cijfers. Het geeft tevens een mening over hoe nu verder, objectiveert de bedreigingen en schat kansen in. QHC wil daarmee nadrukkelijk een bijdrage leveren aan het publieke debat met analyses die er toe doen. Daarvoor zijn meningen belangrijk.

Het belang is immers top gezondheidszorg te kunnen blijven leveren in een snel veranderende samenleving.

Drs. Mark Sluiter, managing partner

Elf belangrijke conclusies

De gezondheidszorg maakt momenteel een periode van transitie door. Marktwerking, DBC's, patiënt centraal en schaalvergroting hebben hun intrede gedaan. Allemaal ontwikkelingen die van grote invloed zijn op de zorg.

Is de zorg in staat zichzelf op nieuw uit te vinden? Wat is de invloed op de ziekenhuizen? Worden oude taboes geslecht? Wordt het oude systeem-denken losgelaten? Ligt het aan de mens of aan het systeem?

Zijn het de ondersteunende systemen en instrumenten, zoals de invoering van de DBC's, die al jaren fouten in hun opzet laten zien? Of is de menselijke factor bepalend en is de bestuurder van tegenwoordig juist in staat zich aan te passen aan het snel veranderende landschap ofwel, kan de wal het schip nog keren?

Vragen die in ieder geval geanalyseerd moeten worden. Een analyse op basis van de gezondheid van het ziekenhuisbedrijf. Want dat er donkere wolken aan de horizon zijn verschenen is duidelijk. Een aantal conclusies uit het onderliggende onderzoek geven dat alvast aan:

Kleine ziekenhuizen komen zwaar onder druk

Algemene ziekenhuizen, die enkel basiszorg aanbieden en een grote afhankelijkheid kennen van het B-segment, gaan het erg zwaar krijgen de komende jaren. QHC voorspelt een consolidatie van de zorg geboden vanuit kleine ziekenhuizen in Nederland, waarbij een aantal faillissementen niet zijn te voorkomen.

Kleine ziekenhuizen zullen worden overgenomen door grotere STZ- dan wel universitaire medisch centra. Tegelijkertijd, en die ontwikkeling loopt al, zullen slecht renderende maatschappen van kleine instellingen door grotere maatschappen uit perifere grote medische centra worden uitgekocht. Alleen die instellingen die goede samenwerkingsverbanden aangaan over concentratie en spreiding van ziekenhuis zorg met grotere collega's en die tevens durven te investeren in ketenzorg met verpleeg- en verzorgingshuizen hebben een goede, zelfstandige toekomst.

1.

2. **Eigen vermogenspositie zorgwekkend**

55% van de ziekenhuizen voldoet niet aan de norm van het Waarborgfonds voor de Zorgsector van 15% solvabiliteit. Bancaire instellingen hanteren momenteel zelfs normen van 20% (en hoger), hetgeen zou betekenen dat 79% van de instellingen in de ogen van externe financiers niet in staat wordt geacht vanuit de eigen vermogenspositie aangegane financiële verplichtingen terug te betalen.

De risico's worden steeds groter, de omzetten zullen naar verwachting, door de groeibeperkende maatregelen van de overheid (2,5% toegestane netto groei per jaar) stagneren, dan wel dalen. Het feit dat de ziekenhuiszorg niet verder mag groeien dan de economie in het geheel brengt een spanningsveld met zich mee.

Als bancaire instellingen de druk opvoeren op kwetsbare instellingen om het weerstandvermogen te verhogen, wordt de situatie nog nijpender. Het sneller toevoegen van kapitaal aan het eigen vermogen zal de komende jaren noodzaak zijn om te kunnen overleven als zelfstandige instelling.

3. **Nederlandse ziekenhuisschuld 18 miljard**

Ziekenhuizen hebben een totale schuldpositie van 18,1 miljard euro. Deze wordt gedekt door een eigen vermogen van 3,1 miljard euro. Een verschil van 15 miljard euro. In 2004 was dit verschil nog 12 miljard euro. De dekking was al laag maar daalt in verhouding al meerdere jaren. De eisen van banken en het Waarborgfonds zullen alleen maar hoger worden.

4. **Overheid vergeet declaratiesystematiek bij invoering DOT**

De gemiddelde uitstaande debiteuren tijd voor de Nederlandse ziekenhuizen bedroeg in 2010 nog steeds 69 dagen. Dat valt niet alleen de instellingen te verwijten, maar ook de deregulerende overheden en zorgverzekeraars. Tezamen hebben zij dan wel een afspraak over de wijze waarop de financieringssystematiek kan veranderen, maar hebben daarbij geen urgentie toegekend aan het inrichten van een systeem waarbij op basis van geleverde arbeid tijdig kan worden gedeclareerd.

Zolang er pas een rekening gestuurd kan worden na het afsluiten van een DBC, of vanaf 2012 van een zorgproduct (DOT), lopen de instellingen inkomsten mis. Zolang die urgentie er niet is, en dus de current ratio niet zal stijgen naar boven de 1,5, lopen bij een vrije markt instellingen onevenredig grote risico's. Met name de kleinere ziekenhuizen zullen, gezien hun omvang, sneller problemen ondervinden.

Vastgoedpositie is molensteen

De vastgoedpositie van het grootste aantal instellingen is een zware belemmering voor de meeste instellingen om te kunnen investeren in de toekomst. Incourant vastgoed is moeilijk te verkopen en hangt vaak als een molensteen om de nek van de instellingen. Zolang algemene ziekenhuizen blijven denken aan dure één-locatie gebouwen zal het uiterst moeilijk worden om bij teruglopende inkomsten geld vrij te maken voor zorgverbeteringen en zorginnovaties. We sluiten zelfs niet uit dat door de vastgoedposities een aantal instellingen failliet zal kunnen gaan.

5.

Basisziekenhuis en V&V-zorg vormen overlevingsstrategie

Waar de huisarts door voormalig Minister van Volksgezondheid Els Borst tot poortwachter van de zorg werd benoemd in de jaren negentig zullen kleine instellingen met een breed pakket aan laag complexe zorg en beschikkend over de regie over de zorgketen in de regio(s), de spil- en coördinatiefunctie gaan vormen naar de complexe zorg in de academische- en STZ-ziekenhuizen.

6.

Daarbij is het behoud van de adherentie in de regio en het goed kunnen inspelen op de demografische ontwikkelingen in die regio uiterst belangrijk. Tevens hebben die instellingen die een combinatie van basisziekenhuis en V&V-instellingen hebben een duidelijke voorsprong, omdat ze meer grip hebben op het medisch logistieke proces. Kleine ziekenhuizen zonder ketenzorg buiten de eigen muren zijn ten dode opgeschreven

Academische ziekenhuizen profiteren van stelselwijziging

Academische ziekenhuizen zullen de komende jaren sterk gaan profiteren van het feit dat ze door hun grootte, spreiding van de inkomsten (hoog complex, laag B-segment, opleiding en research) en door het concentratiebeleid van de overheid steeds interessantere partners zijn voor bancaire instellingen om afspraken mee te maken.

7.

Economische zwakke regio's met kleine ziekenhuizen onder druk

In regio's met krimp, vergrijzing en een afnemende arbeidsmarkt staan vaak kleinere ziekenhuizen waar het financiële water aan de lippen staat. De combinatie van economische teruggang en problemen in de zorg dreigt voor onder meer Oost-Groningen, Noordwest Drenthe, Limburg, en Zeeland verkeerd uit te pakken.

8.

9. **Afhankelijkheid van B-segment is risico**

De afhankelijkheid van het vrij-onderhandelbare B-segment, dat naar 70% zal gaan groeien, leidt tot hogere risico's voor zorginstellingen. Prijzen komen onder druk te staan en, doordat kapitaallasten worden meegenomen in de systematiek, weten instellingen niet zeker of ze nog wel de afschrijvingen op het vastgoed gedekt kunnen houden. Spreiding van omzet over meer inkomstenbronnen (V&V, GGZ) en opleidingen is conditio sine qua non.

10. **Afschrijvingregime sterke kostendriver voor ziekenhuizen**

Dankzij de hogere totale omzetgroei over één jaar van 8,6% waren de ziekenhuizen in staat het stijgende afschrijvingsregime te volgen. Echter, bij een dalende groei van de omzet en een gelijkblijvend hoge afschrijfregime zullen zwakkere instellingen in de problemen gaan komen. Te meer daar de omzetgroei tegelijkertijd geen productiegroei garandeert. Zorgverzekeraars kunnen, mede door het overheidsbeleid, een maximale groei van hooguit 2,5% netto toestaan en het is nog niet zeker of concentratie en spreiding van de zorg in regio's voor alle ziekenhuizen even goed gaat uitpakken.

11. **Stichtingstructuur van ziekenhuizen belemmert een normale bedrijfsvoering**

Ziekenhuizen zonder echte eigenaar kennen geen urgentie bij het herontwikkelen van de bedrijfsvoering. Zolang zorginstellingen nog stichtingen zijn, met een niet transparante vorm van eigenaarschap, zullen er geen andere - dan door de overheid opgezette - sancties en controlemechanismen ontstaan. In een liberaliserende markt zal de eindverantwoordelijkheid uiteindelijk echter gelegd worden bij de 'aandeelhouders', wie deze ook mogen worden.

De conclusies laten in ieder geval zien dat ziekenhuizen zullen moeten bewegen om continuïteit te kunnen blijven garanderen in het zorgaanbod. Ook is duidelijk dat ze het niet alleen kunnen doen. Het spel wordt gespeeld door meerdere partijen: patiëntenorganisaties, overheden (het rijk, de provincie, de gemeente), zorgverzekeraars, andere zorgaanbieders, bancaire instellingen, ICT-ondernemingen. Alle partijen zullen meer met elkaar moeten samenwerken om de regie over de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg te kunnen blijven waarborgen. Het vermogen van zorgbestuurders daarbij buiten de eigen kaders te kunnen denken en zo de weg open te stellen voor veranderingen, zal uiteindelijk het sociale en financiële zorgklimaat bepalen waarin de individuele burger zijn zorgbehoefte in moet kunnen vinden.

Sectorbeschouwing

De Nederlandse overheid verandert de afgelopen vijf jaar in een rap tempo. Dwars over het hele scala aan ministeries is een tendens te bespeuren waarbij de overheid beleidsinhoudelijk verantwoordelijk blijft, maar in de uitvoering van dat beleid steeds meer een beroep doet op marktpartijen of indien deze partijen niet voorhanden zijn, incentives creëert om tot marktvoorming te komen. Een terugtrekkende overheid, met niet altijd een duidelijk beeld en een duidelijk gedefinieerd verwachtingsmanagement van markt en marktpartijen, kan pas effectief werken als samen met de partijen een visie ontwikkeld kan worden voor de inrichting van het nieuwe landschap.

Ook in de zorg is deze tendens zichtbaar. De landelijke overheid heeft een krachtig instrumentarium aan wet- en regelgeving om zich heen opgezet via partijen als de Inspectie Volksgezondheid en de Nederlandse Zorgautoriteit.

Daarnaast zijn verzekeraars gevolmachtigd de bekostiging van de zorg op regio-niveau gestalte te geven. Zorgtaken worden vanuit de AWBZ overgezet naar de WMO, waarmee voor een steeds groter deel van de zorg gemeenten de regulerende en aanbestedende instanties aan het worden zijn.

Spreiding en concentratie

Op het niveau van ziekenhuizen is door het beleid van de overheid een breuk aan het ontstaan in de huidige indeling tussen grote (lees: universitaire medische centra en topklinische ziekenhuizen) en kleinere instellingen. Immers, de grotere huizen zullen, naast het uitvoeren van opleidingstaken, zich steeds meer gaan specialiseren op specifieke, complexe zorg (hart- en vaatziekten, oncologie, neurologie) en daarnaast basiszorg elders gaan onderbrengen. Een gevolg van deze strategische concentratie van zorgtaken is dat er in Nederland een aantal landelijke centra gaat ontstaan met zeer specifieke expertise op een aantal vakgebieden. De nabijheid van het leveren van zorg is daarbij ondergeschikt aan de voordelen die concentratie biedt voor professionalisering van de zorgverlener en opleidingen, en daarmee verhoging van de kwaliteit van de geboden zorg.

Voor de kleinere, meer regionaal georiënteerde zorg betekent dit in eerste instantie een verschraling van het aanbod. Maar positief bekeken, ook de mogelijkheid zich steeds meer te profileren op het laagtechnische, laagcomplexe zorgaanbod in de regio. Kansen zullen dan wel geboden moeten worden door het overzetten van electieve zorg (spataderen, heupen, en knieën) door de grotere instellingen. Hoe deze feitelijke spreiding uit zal pakken is vooralsnog niet goed in te schatten. In veel regio's is de samenwerking tussen kleinere en grote spelers niet op basis van gelijkheid. Het zal van de zorgverzekeraar afhangen hoe ziekenhuizen de spelregels gaan interpreteren om daadwerkelijk tot concentratie en spreiding van zorg te kunnen komen.

Herschikking van taken

De overheid laat echter kansen onbenut om een herschikking van de taken binnen de hele keten als centraal uitgangspunt te nemen. Men spreekt dan van een betere opvang van zorg door de tweede en eerste lijn door het inrichten van zorgpaden rond kleinschalige, wijkopgezette poliklinieken, waar een aantal hoog gekwalificeerde huisartsen en specialisten (cardiologen, longartsen, internisten) poli lopen om een groot deel van de lopende stroom chronisch zieken, preventiegroepen en zelfverwijzers te behandelen.

Door dit soort keuzes zou tegelijkertijd ook perspectief worden geboden aan de wijze waarop ziekenhuizen visieontwikkeling kunnen oppakken. De toekomst van een ziekenhuis wordt immers bepaald door de ontwikkeling van het medisch portfolio, inclusief de daarbij in te richten zorgpaden. Afstemming hierbij is onontbeerlijk op twee niveaus. Intern: tussen medisch managers, niet-medisch managers, de specialisten zelf en de eindverantwoordelijken, de directie (die op haar beurt weer verantwoording moet afleggen aan de raad van toezicht). Extern: tussen ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen, huisartsen, eerstelijns gezondheidscentra en gemeenten.

Businessalignment

Tegelijkertijd moet gedacht worden aan de inrichting van het beddenhuis, inclusief het benodigde serviceniveau per kamer, de inzet van innovatieve technologieën ten behoeve van patiëntenmonitoring het breed en integraal inzetten van ICT-middelen en netwerken (we hebben het hier over ICT als investeringsparameter voor ziekenhuizen), gekoppeld aan de planning rondom de vastgoed portfolio. Vaak gebeurt het dat er geen enkele vorm van alignment tussen de verschillende delen van één en dezelfde zorgorganisatie plaatsvindt.

Als dat niet gebeurt worden er vaak adviseurs bijgehaald om synergie te bereiken. Goed voor de boterham van de adviseur, maar slecht voor een zorgbedrijf. Bierbrouwer Heineken laat marktonderzoeken doen, huurt consultants in als er, op basis van een reeds bepaalde koers in het bedrijf, veranderingen moeten worden afgedwongen of saneringen worden doorgevoerd wegens het overbrengen van productie. Maar de core van de business wordt zelf uitgevoerd.

Zo zou dit bij de ziekenhuizen ook moeten gebeuren.

Ketenprogramma's

De overheid zegt te willen investeren in ketenprogramma's voor de chronisch zieken. De reeds ingezette activiteiten rond bijvoorbeeld diabetes-patiënten brengen immers goede resultaten. De wijze waarop het woord ketenprogramma wordt geïnterpreteerd blijft echter buiten de definitie van de overheid. Vanuit de dagelijkse praktijk ziet QHC de voordelen van een regionale aanpak. Aanleiding voor deze aanpak is de huidige fragmentatie in het aanbod voor burgers met (risico op) chronische gezondheidsproblemen. Chronische problematieken waarvoor deze fragmentatie tot onaanvaardbare consequenties leidt zijn bijvoorbeeld: dementie, diabetes, hartfalen, COPD, CVA, overgewicht, multiproblematiek.

Door de vraag van de burger centraal te stellen, kunnen zorgbreed patiëntlogistieke paden duidelijk worden gemaakt en geherschikt. Zo kan invulling gegeven worden aan de groeiende vraag van de burger naar informatie, advies, begeleiding, kwaliteit, maatwerk en gemak. Het is daarbij van belang dat er een regionale, neutrale zorgmakelaar komt, die zich sterk maakt voor optimalisatie van de dienstverlening aan burgers met (risico op) chronische gezondheidsproblemen. In de regionale zorgnetwerken van aanbieders, financiers, uitvoeringsorganen, belangenorganisaties, wegwijzers, bemiddelaars, adviseurs, kennisinstellingen en toezichthouders zorgt deze kwaliteitsmakelaar voor overeenstemming over de 'best practices' in de aanpak van chronische ziekten en maatschappelijke problemen.

De overheid zal dus niet alleen op enkelvoudige casuïstiek moeten investeren maar juist moeten inspelen op de wens van zorgverleners naar betere praktijkvormen en de wens van de burger naar meer transparantie. Doelmatigheid en financiële efficiëntie zijn dan geen kaderstellende en budgettaire kwesties meer, maar de afgeleide van ingezet en breed gedragen beleid. De ziekenhuizen zullen daarbij vanuit hun historische monopoliepositie buiten de muren van de instellingen moeten gaan komen en durven te investeren in deze ontwikkelingen. Zo blijft kennis niet enkel binnen de muren van het ziekenhuis, maar gaat het ten dienste staan van de hele zorgketen.

Bedrijfsstructuur

In alle industrietakken is de kwaliteit van het management bepalend voor de wijze waarop een onderneming in staat is een ontworpen visie om te zetten in een sterk renderend bedrijf. Ook voor een bank is het management een harde parameter bij het verstrekken van leningen. Zekerheden, zoals in de zorgsector verstrekt door wet- en regelgeving, hebben er echter jarenlang toe geleid dat zorgbestuurders niet afgerekend konden worden op de resultaten van een zorgverlener. Vaak waren redenen van vertrek van een bestuurder; ruzie met de maatschappen of fouten in het ziekenhuis waar de bestuurder door de Inspectie voor de Gezondheidszorg verantwoordelijk voor werd gesteld. Dit leidde ertoe dat er in Nederland al jarenlang een carrousel bestaat van zorgbestuurders.

Zolang zorginstellingen nog stichtingen zijn, met een niet transparante vorm van eigenaarschap, zullen er geen andere - dan door de overheid opgezette - sancties en controlemechanismen ontstaan. In een liberaliserende markt zal de eindverantwoordelijkheid uiteindelijk echter gelegd worden bij de 'aandeelhouders', wie deze ook mogen worden. De huidige overheid heeft daar nog geen concrete transitie-schema's voor op papier gezet. En dat is vreemd, want het proces van privatisering in andere sectoren dan de zorg heeft wel via een strak draaiboek plaatsgevonden. De afvalsector is een perfect voorbeeld van hoe belangen van overheden stap voor stap konden worden beschermd en bij rijping van de markt weer werden afgestoten. Privaat Publieke Samenwerkingen (PPS) zijn daar een perfect instrument voor gebleken. Hier wordt na een aantal jaren gekeken wat het belang nog blijkt te zijn van de initiële aandeelhouders en kan worden besloten voor volledige privatisering of zelfs beursgang. In Engeland, waar de overheid via de NHS een zeer dominante rol speelt in de gezondheidszorg, zijn er vele PPS-constructies draaiende, waarbij private partijen een belang kunnen nemen in zorginstellingen.

De huidige economische crisis heeft direct gevolgen voor de wijze waarop dit soort veranderingen in de zorgsector gestalte kan krijgen. Landelijk is er sprake van een paradoxale situatie. De regering probeert met megakredieten belangrijke sectoren zoals banken, verzekeraars en pensioenfondsen in stand te houden, terwijl de gezondheidszorg, met alleen al in de ziekenhuissector een marktkapitalisatie van 13 miljard euro, verder dient te dereguleren. De verschuiving van de panelen in de zorgsector brengt ook aan het licht dat er andere stakeholders belangrijker gaan worden. Met name provinciale en municipale overheden moeten daar inspringen waar continuïteit van zorgaanbod in het gevaar komt. De taak van regionale ontwikkelingsmaatschappijen moet verder kunnen worden uitgebreid om bouwprocessen weer nieuw leven in te blazen en onder meer privaatpublieke samenwerkingsconstructies mogelijk te maken. Zorgbestuurders moeten vanuit een gezagspositie

kunnen handelen om in dit complexe spanningsveld niet alleen operationele zaken aan te pakken, maar ook om vanuit een sterke visie de inrichting van de zorg van de toekomst ter hand te kunnen nemen.

De stelling van QHC is daarbij dat de huidige economische crisis niet alleen vanuit een centrale overheid moet worden aangepakt, maar ook op lager bestuurlijk niveau een gecoördineerde regionale en transregionale aanpak vraagt. Voor de zorgsector is het begrip marktwerking tot op heden voornamelijk een regionale aangelegenheid. De individualisering van de zorgpaden voor patiënten vindt vooral plaats in de nabijheid van de plaats waar de zorg wordt geboden. Het onderscheidend vermogen van de zorginstelling zal uiteindelijk bepalend blijken te zijn voor continuering van het zorgaanbod, waarbij drivers als kwaliteit en betaalbaarheid centraal blijven staan, maar ook het aanbieden van individueel ontworpen logistieke trajecten voor patiënten, die beginnen bij de plek van wonen van die patiënt en niet vanaf de deur van een instelling. De gemeente wordt daarbij, door de ontmanteling van de AWBZ naar de WMO, een steeds grotere speler, terwijl zorgverzekeraars op provinciaal niveau regisseur van de zorgfinanciering zijn.

Dat vraagt natuurlijk een bredere oriëntatie van de betreffende instelling, maar tevens een meetbare betrokkenheid van gemeentelijke en provinciale overheden. Zorgbesturen kunnen optimaal rendement halen uit het grote pallet aan mogelijkheden voor de financiering van hun plannen en tegelijkertijd wordt dan een gezamenlijke visie ontwikkeld voor de zorgeconomische (her-)inrichting van de regio met incentives voor bedrijven, zorginstellingen en behoud van werkgelegenheid. Zaak is regisseur te kunnen blijven over de eigen doelstellingen. Dat is een schone taak voor de komende jaren.

Marktwerking

Bij het opzetten van marktwerking in het Nederlandse zorgsysteem is nog geen sprake van vormen van prijselasticiteit, terwijl budgettaire sturingsystematiek een dwingende hand van de overheidsregulering laat zien. In die context is het belangrijk om vanaf het begin de discussie aan te gaan waar straks welke verantwoordelijkheden liggen, zowel privaats- als publiekrechtelijk. Daarbij zijn het vrijstellen van het B-segment en de transitie naar DOT voor de ziekenhuiszorg, alsmede het opzetten van transmurale DBC's, de eerste marktaanzetten. Echter, zullen deze wel gepaard moeten gaan met het nagaan of de sociale, institutionele en juridische voorwaarden voldoende aanwezig zijn om zowel de publieke belangen als de private belangen in de toekomst te kunnen borgen. Regulerende instrumentaria en volwaardig rolpatronen tussen de private en de publieke sector zijn daarbij een *conditio sine qua non*.

Privatiseringsaspecten bij deregulering in de zorg komen dan al naar voren als feitelijke marktwerking nog moet ontstaan. Er is immers veel tijd nodig om alle financiële, institutionele en organisatorische aspecten te integreren. Daarvoor is het noodzakelijk kortere doelen te stellen die nodig zijn om het gat tussen het uiteindelijke doel en de dagelijkse realiteit te overbruggen. De eerste doelstellingen moeten daarbij worden geformuleerd, deze moeten voldoen aan een aantal basisvoorwaarden:

- De doelen moeten organisatorisch, juridisch en financieel consistent zijn.
- Er moet instrumentaria beschikbaar zijn voor het uitvoeren van maatregelen.
- Er moet voldoende ondersteuning bestaan aan de kant van de verantwoordelijke autoriteiten.
- Er moet goed worden gecommuniceerd in de zorgdriehoek.

Bovendien moet goed overlegd worden waar er marktwerking kan plaatsvinden en wat marktwerking is. Marktwerking speelt zich op drie niveaus af: het niveau van de burger, het niveau van de uitvoerende particuliere en overheidsbedrijven en het niveau van de (de-)regulerende instanties (marktmeesters).

Voorbeelden uit andere sectoren (energiemarkt, afvalsector) laten immers zeer goed zien in hoeverre de overheden en het bedrijfsleven erin geslaagd zijn om benodigde afspraken te maken en het speelveld in te kaderen. Een mooi voorbeeld is de Nederlandse afvalmarkt. Daar waar voorheen burgers een vast bedrag betaalden voor het ophalen en verwerken van het afval zijn allerlei pikpikels toegevoegd om de afvalproductie te minimaliseren.

Er is gekozen voor stimuleringsmaatregelen om een optimale scheiding bij de voordeur van het afval (groen afval, papier en nu ook plastic) te bereiken, met parallel daaraan sancties bij het niet meedoen aan dit proces (heffing per kilo i.p.v. per huishouden). Deze aanpak levert preventie aan de deur op. De link met de gezondheidszorg is gelegd. Waarom mag de overheid wel op terreinen energie en afval dwingende maatregelen opleggen aan de burger, maar op het gebied van volksgezondheid niet? Voedingsadviezen voor chronische beperkingen worden gegeven en opgevolgd (diabetes), maar leefstijladviezen vaak niet (COPD en roken, alcoholgebruik etc.).

Sociale instrumentaria	Economische instrumentaria	Wet- en regelgeving	Organisatorische instrumentaria Publieke bedrijven
<ul style="list-style-type: none"> - coördinatie - gedragspatronen - overeenkomsten met stakeholders - onderwijs - public awareness - informatie - publiciteit 	<ul style="list-style-type: none"> - prijsstelling - tarifiering - kosten - boetes - subsidies (budgettering, leningen, schenkingen, belastingen) - contracten - marktcreatie 	<ul style="list-style-type: none"> - wetgeving - planning - vergunningen - licenties - controle - standaarden - uitvoeringbevoegdheden 	<ul style="list-style-type: none"> - publiek eigendom - privaatsamenwerkingen
Overreding door:	Overreding door:	Overreding door:	Overreding door:
<ul style="list-style-type: none"> - consulteren 	<ul style="list-style-type: none"> - marktmechanismen 	<ul style="list-style-type: none"> - sancties 	<ul style="list-style-type: none"> - monopolie van publieke of private diensten - gedeelde belangen

Overzicht van instrumentaria benodigd bij het implementeren van nieuwe structuren (Matching Strategy and Reality: Ford, Sluiter, et al)

Op de korte termijn kan een eerste stap alleen genomen worden door een bestaand instrumentarium te kiezen. Als een instrumentarium niet werkt kan een ander of een combinatie van verschillende instrumentaria worden ingezet. De taakstelling van een zorgentiteit kan zich afspelen van het uitvoeren van institutionele taken en het aanbieden van diensten tot het neerzetten van corporate management concepten voor te privatiseren delen van de zorg.

Taak zal zijn vooral vanuit een neutrale positie om te kunnen gaan met verschillende soorten eigendomsmodellen in de zorg.

Tevens zou er een brug geslagen moeten worden tussen de publieke en private belangen. Juist het borgen van die laatste positie heeft in andere sectoren en in andere landen aangetoond van cruciaal belang te zijn voor het creëren van mogelijkheden voor vergrote private investeringen, gebaseerd op een maximaal effect en een minimaal risico.

Ziekenhuizen in Nederland



Bij het analyseren van de Nederlandse ziekenhuizen laat QHC onderwerpen als zorgkwaliteit en patiënttevredenheid bewust buiten beschouwing.

Deze gegevens hebben in een marktsituatie namelijk direct invloed op de financiële gegevens in het jaarverslag. Heeft een ziekenhuis veel complicaties of een hoge mortaliteit dan zal er minder productie worden gedraaid (bijvoorbeeld doordat verzekerden er niet meer heen willen of de Inspectie de OK's een aantal maanden sluit) en dwingt dit de zorgorganisatie meer te investeren bij een lagere omzet. Kortom, al deze aspecten zijn uiteindelijk in geld te kwantificeren.

Ook gaat QHC altijd uit van de grootste entiteit van een zorginstelling. Jaarverslagen worden bekeken op het hoogste, geconsolideerde niveau. Dat betekent dat instellingen met verpleeghuizen en/of GGZ-faciliteiten meegenomen worden in het onderzoek. Uiteindelijk wordt een bedrijf beoordeeld op haar totale positionering. De invloed van niet-ziekenhuis gerelateerde activiteiten kan voor een zorgonderneming positief dan wel negatief bijdragen aan het vermogen om bijvoorbeeld kapitaal aan te trekken op de markt.

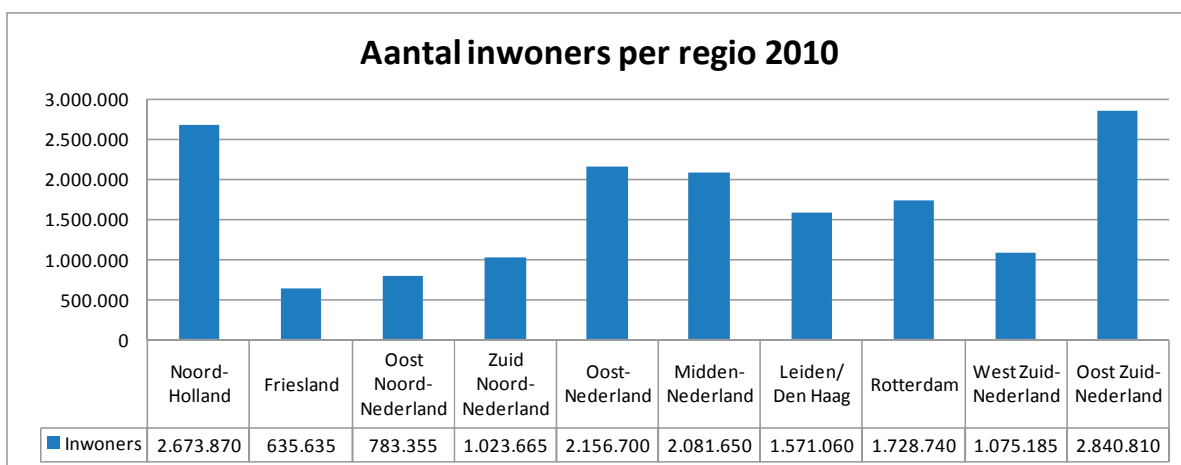
QHC berekent de grootte van een ziekenhuis op basis van de omzet. Dus niet op basis van het aantal beschikbare bedden of de toegemeten adherentie en ook niet op basis van de aanwezige zorgwaarde van de instelling. Daarnaast wordt de grootte van een zorginstelling mede bepaald door de - via overnames en fusies ontstane - hybride organisaties waarin zowel ziekenhuizen als verpleeg- en verzorgingshuizen naast elkaar bestaan onder één juridische entiteit. Dat maakt per definitie de selectie op basis van puur ziekenhuisparameters arbitrair.

In het onderzoek wordt op verschillende niveaus gekeken naar de ziekenhuismarkt. Enerzijds wordt een onderscheid gemaakt door de STZ-ziekenhuizen en academische ziekenhuizen apart te stellen, omdat beiden een andere (opleiding en onderzoek) functie hebben. Daarnaast onderscheidt QHC de kleine ziekenhuizen, althans zoals ze gemeenschappelijk onder een noemer zijn gebracht via de vereniging van Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ).

Daarnaast is er een groep overige ziekenhuizen. Opgemerkt moet worden dat de scheidslijn tussen veel STZ-ziekenhuizen en andere grotere instellingen steeds minder groot wordt. Bovendien bieden niet alle ziekenhuizen een compleet pakket bijzondere functies aan. Strikt genomen zouden een aantal ziekenhuizen geen STZ-ziekenhuis genoemd kunnen worden en grotere ziekenhuizen juist weer wel.

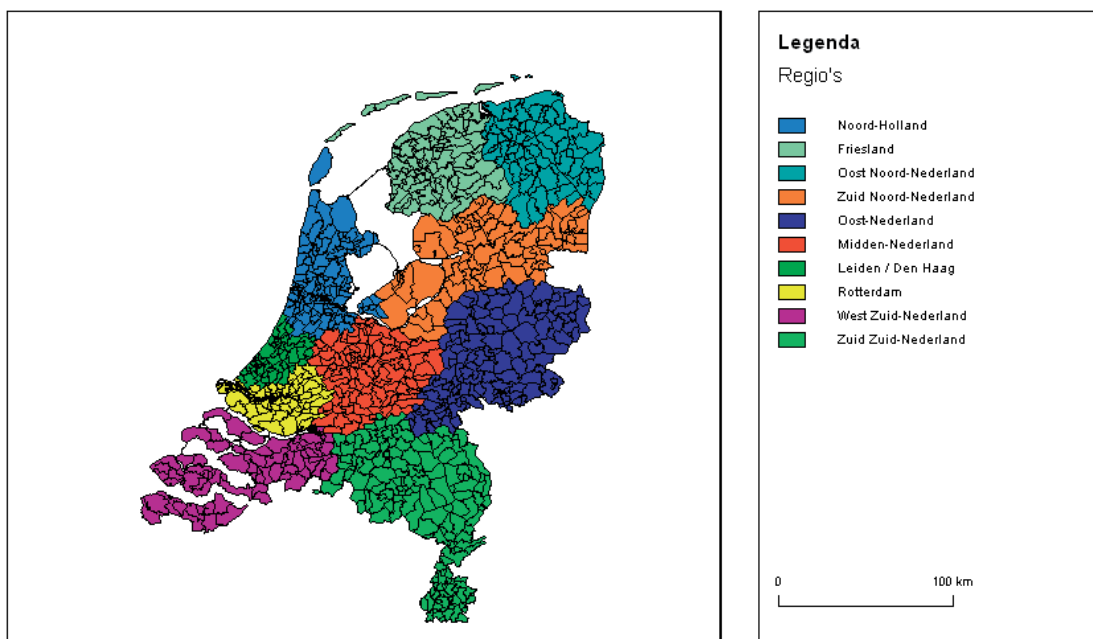
Een derde niveau waarop wordt gekeken is het regionale niveau. Zorgverzekeraars rekenen al jaren met een indeling naar regio. Daarbij worden niet de provinciale lijnen gevolgd, maar wel de sociale, economische, en zorggerelateerde indeling. De ziekenhuizen werken immers volgens het adherentie principe. Dat wil zeggen: in de regio waar het ziekenhuis gevestigd is wordt gekeken waarheen het bedieningsniveau van de instelling voert.

Zo is er een herindeling van Nederland te maken die los staat van de klassieke provinciale indeling. Voor de indeling van de regio's heeft QHC gebruik gemaakt van een aantal bestaande keuzes van zorgverzekeraars en is er tevens gekeken naar de logische samenhang van de regio's en welke samenwerkingsverbanden er bestaan tussen ziekenhuizen. Iedere keuze is arbitrair, maar bij een verdere indeling van de zorg en financiering van die zorg naar een regionaal voorzieningenniveau is deze vingeroefening in ieder geval een nuttige.



Resultaten analyses

Nederland verdeeld naar zorgregio's



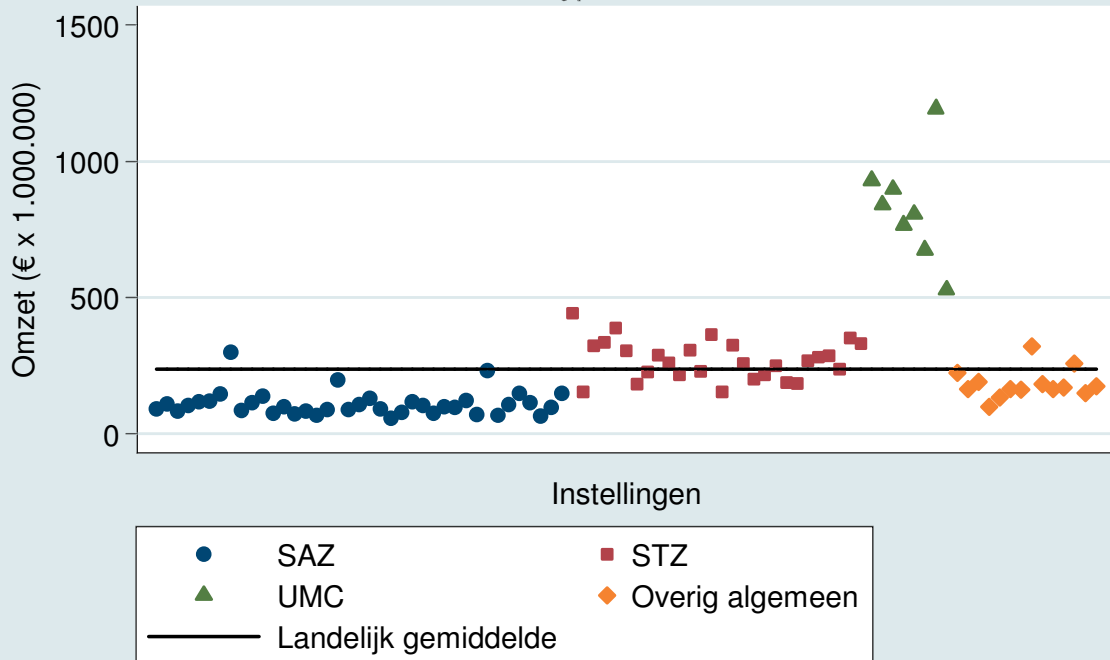
Omzet

De totale omzet laat over 2010 een stijging zien van 8,6% ten opzichte van 2009. Dat wil niet zeggen dat de zorgproductie ook met dezelfde grootte is gestegen. Het aandeel van inflatiecorrecties en niet ziekenhuiszorg gerelateerde inkomsten moet nog van deze cijfers worden afgetrokken, maar wel valt op dat de groei ook dan hoger zal uitkomen dan het netto stijgingsplafond van 2,5% dat minister Schippers heeft afgekondigd.

Bij het uitsplitsen van de groei naar type ziekenhuis valt op dat, mede door het soort omzet de universitaire centra de laagste omzetgroei noteren, 6%.

De overige typen ziekenhuizen laten allen een stijging rond de 10% zien.

Omzet ziekenhuizen 2010 naar type ziekenhuis

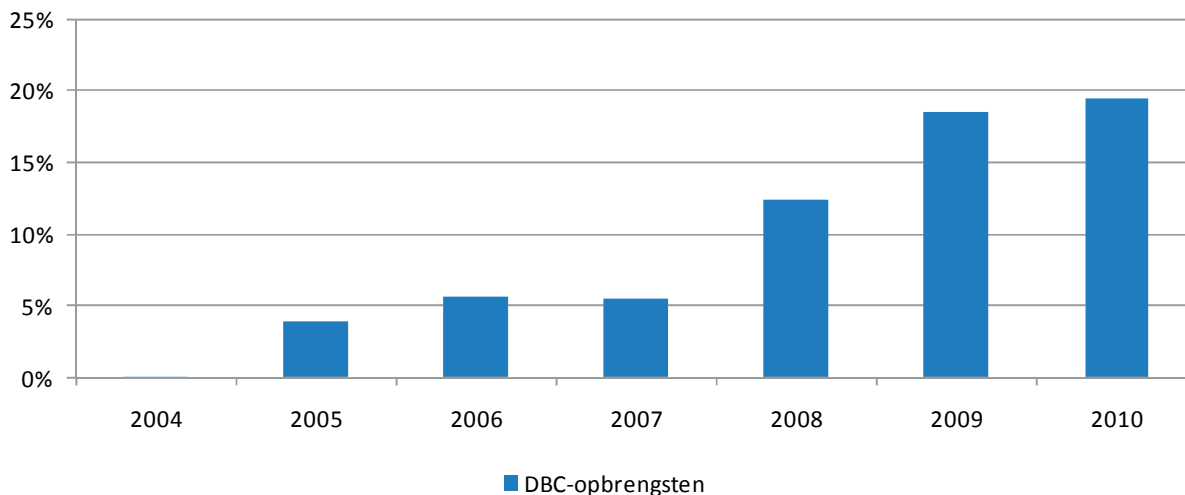


QHC 2011

Ontwikkeling DBC-omzet

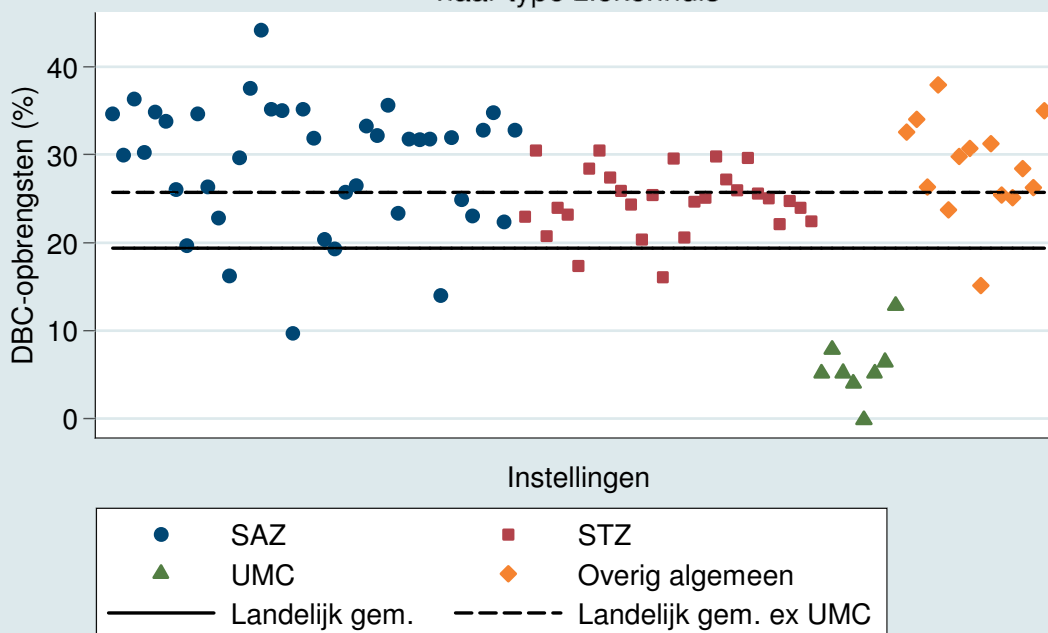
Het landelijk gemiddelde percentage DBC B-segment opbrengsten laat sinds de introductie een gestage stijging zien over de jaren. Gegeven de toename van het aantal DBC's in het B-segment in de tijd is dit een te verwachten beeld. In 2005 is het aandeel B-segment DBC's vast gesteld op 10%, in 2008 is dit verhoogt naar 20% en vanaf 2009 vallen 34% van de DBC's in het B-segment.

Ontwikkeling aandeel DBC-opbrengsten op omzet



Om een aantal verklaarbare redenen blijft de ontwikkeling van het landelijk gemiddelde DBC-opbrengsten achter t.o.v. het aandeel DBC's dat in het B-segment valt. Deze redenen kunnen goed geïllustreerd worden door naar de verdeling van het percentage DBC-opbrengsten op instellingen niveau te kijken verdeelt naar type instelling voor 2010, zie het onderstaand figuur.

Aandeel DBC-opbrengsten op omzet ziekenhuizen 2010 naar type ziekenhuis



QHC 2011

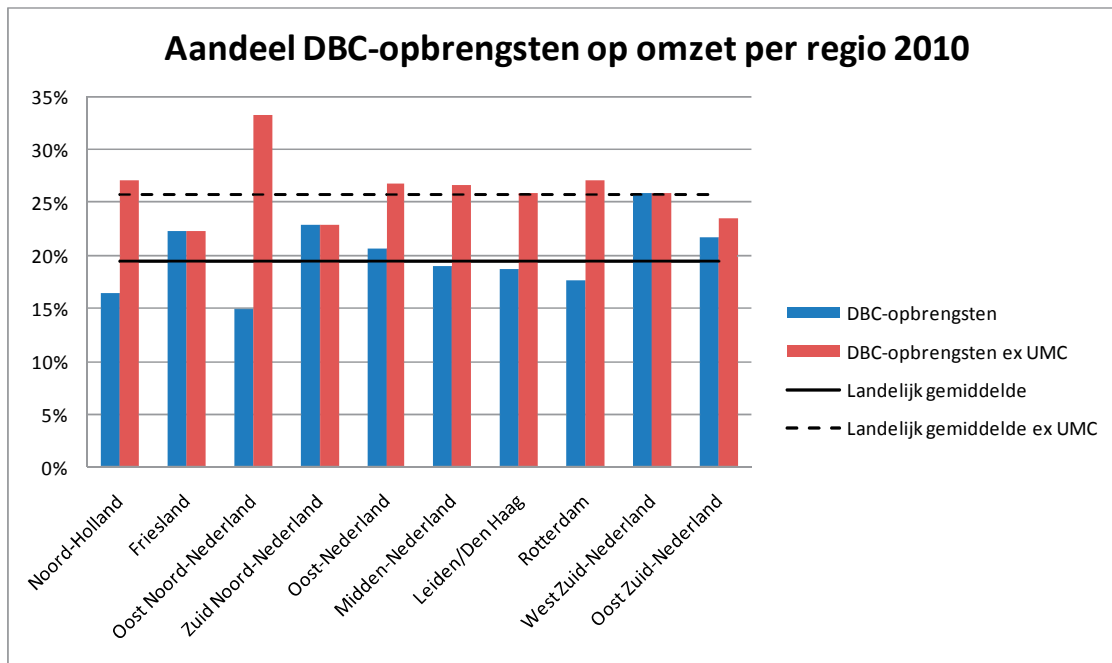
Het landelijk gemiddelde percentage DBC-opbrengsten in 2010 was 19,4%. Zoals duidelijk uit de grafiek is op te maken, trekken de UMC's (Universitaire Medische Centra) het gemiddelde fors omlaag. De UMC's leveren meer complexe zorg en voeren daardoor minder B-segment DBC's uit (5,54%) en hebben daarnaast ook nog andere financieringsbronnen. Het aandeel van de DBC-opbrengsten exclusief de UMC's bedroeg landelijk in 2010 25,7%.

Voor de STZ ziekenhuizen bedroegen de DBC-opbrengsten gemiddeld 24,1% van de omzet. Dit is duidelijk lager dan bij de SAZ en overig algemene ziekenhuizen waar de DBC-opbrengsten gemiddeld respectievelijk 27,4% en 27,8% van de omzet betrof. Ook hier ligt de verklaring in het complexere zorgaanbod dat de STZ ziekenhuizen t.o.v. de algemene ziekenhuizen leveren.

Het gat tussen het aandeel B-segment DBC in 2010 van 34% en het landelijke percentage DBC opbrengst exclusief UMC's van 25,7% is grotendeels te verklaren door de gebruikte data. Op grond van bedrijfseconomische principes is gekozen om de instellingsgegevens op het niveau van de hoogste entiteit te onderzoeken. Alle datapunten onder het landelijk gemiddelde die geen UMC zijn betreffen zorggroepen. Deze zorggroepen hebben naast een ziekenhuisfunctie ook een verpleeg- en verzorgingsfunctie. Door deze verpleeg- en verzorgingsfunctie wordt het percentage DBC opbrengsten op de totale omzet gedrukt. De instelling die ruim boven de 40% DBC opbrengsten heeft betreft een instelling die naast een ziekenhuisfunctie ook een GGZ functie heeft.

Het aandeel DBC-opbrengsten op de omzet lijkt per regio sterk uiteen te lopen. Na correctie voor de UMC's is een evenwichtiger beeld te zien met uitzondering van de regio Oost Noord-Nederland. Deze uitschieter wordt volledig verklaard door één instelling. Deze instelling heeft een hoog percentage DBC-opbrengst door de GGZ functie.

Het aandeel DBC-opbrengsten op de omzet lijkt per regio sterk uiteen te lopen. Na correctie voor de UMC's is een evenwichtiger beeld te zien met uitzondering van de regio Oost Noord-Nederland. Deze uitschieter wordt volledig verklaard door één instelling. Deze instelling heeft een hoog percentage DBC-opbrengst door de GGZ functie.



De regio's Friesland, Zuid Noord-Nederland en Oost Zuid-Nederland hebben een relatief laag aandeel DBC-opbrengsten. De verklaring hiervoor is de aanwezigheid van zorggroepen in de betreffende regio's die het gemiddelde omlaag halen. Met de introductie van DOT in 2012 zal het vrij onderhandelbare B-segment flink worden uitgebreid tot 70%. Er zal dan niet meer worden afgerekend o.b.v. DBC's maar o.b.v. zorgproducten. Met deze uitbreiding wordt enerzijds een stap gezet richting marktwerking. Het gecreëerde vangnet en de gestelde omzetplafonds zorgen echter dat marktwerking geen reële kans krijgt.

Dat betekent niet dat instellingen geen risico's gaan lopen door de wijzigingen. Op concernniveau betekent spreiding van omzet over meerdere inkomstenbronnen (V&V, GGZ, opleidingen, onderzoek) juist dat de afhankelijkheid van het steeds groter wordende vrije B-segment lager is. Nu het B-segment door gaat groeien naar 70% en tegelijkertijd de prijzen in het segment sterker onder druk komen te staan, is de kwetsbaarheid van die instellingen die een relatieve grote afhankelijkheid van B-segment hebben groter. Dit is van invloed op verschillende zaken van de bedrijfsvoering.

Eenzijds wordt in de prijzen van het B-segment de kapitaallastcomponent meegenomen. Bij een markt waar sterke prijsdruk merkbaar is, betekent dit dat niet meer voor alle instellingen voldoende dekking voor de verplichtingen op het afschrijven van kapitaallasten aanwezig zal zijn en er andere manieren gevonden moeten worden om aan deze verplichtingen te kunnen voldoen.

Anderzijds zullen bancaire instellingen de druk op kwetsbaardere instellingen verhogen door het verhogen van de solvabiliteitseisen. Cashflow management en het sneller toevoegen van kapitaal aan het eigen vermogen om het weerstandvermogen van een instelling te verhogen zal de komende jaren noodzakelijk zijn om te kunnen overleven als zelfstandige instelling.

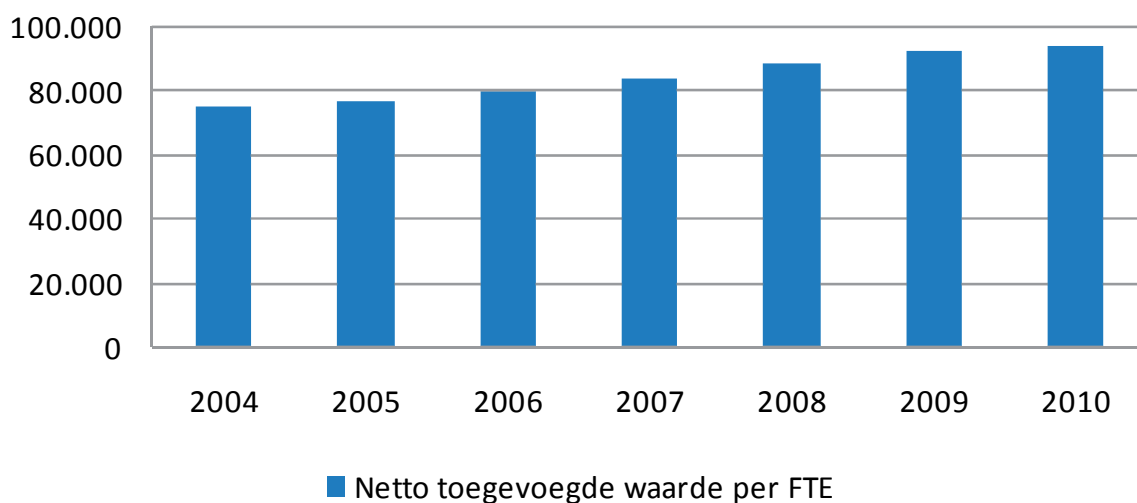
Personeel

Netto Toegevoegde waarde per FTE

$$\frac{\text{bruto omzetresultaat} - \text{afschrijving}}{\text{gemiddeld aantal FTE}}$$

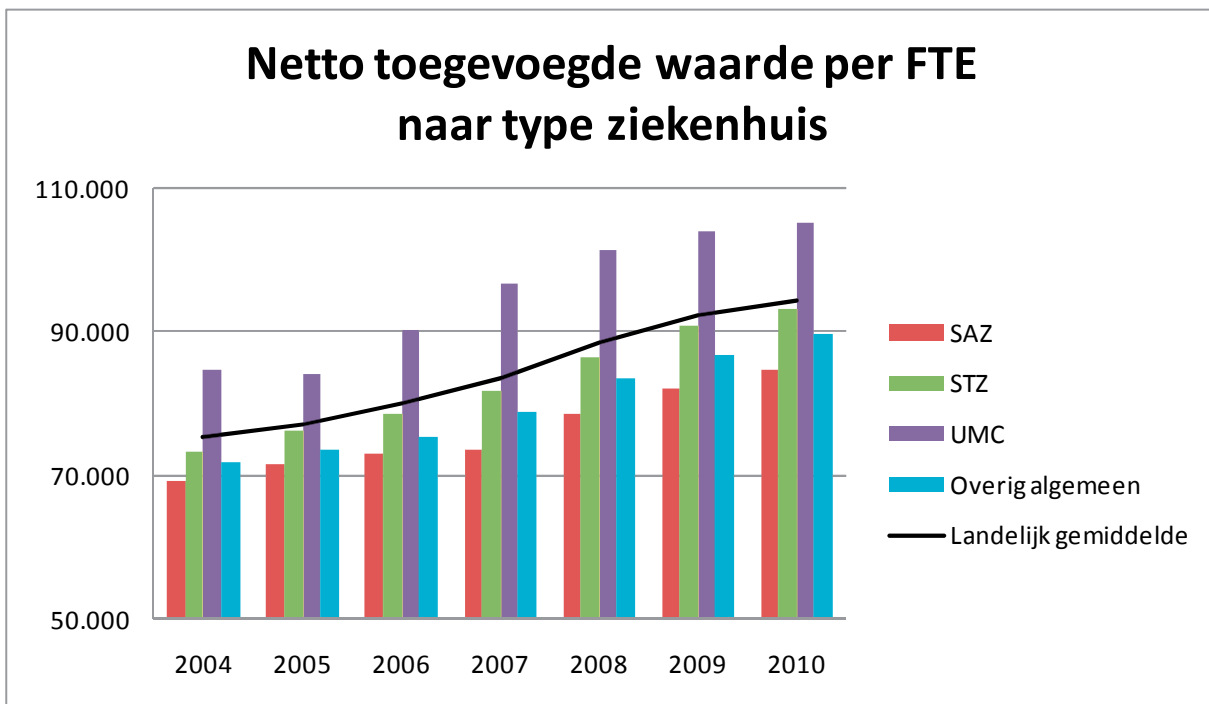
De netto toegevoegde waarde per FTE geeft de werkelijke bijdrage aan die een medewerker over een boekjaar brengt aan een onderneming uitgedrukt in euro's.

Ontwikkeling netto toegevoegde waarde per FTE in €



In 2010 bedroeg de landelijk gemiddelde netto toegevoegde waarde per FTE ruim 94 duizend euro. De periode 2004-2010 laat een gestage toename van de netto toegevoegde waarde per FTE zien. De gemiddelde groei over deze periode bedroeg 4,2% per jaar. De omvang van de groei vakt af in 2010. De gemiddelde groei in 2010 was met 2,3% duidelijk lager dan de voorgaande jaren.

Onderverdeeld naar type ziekenhuis laat de netto toegevoegde waarde per FTE een vergelijkbaar beeld zien als de landelijke trend. Een gestage groei over de periode 2004-2010, waarbij de groei in 2010 afvlakt. De afname van de groei is het sterkst voor de UMC's, in 2010 bedroeg de groei slecht 1%.



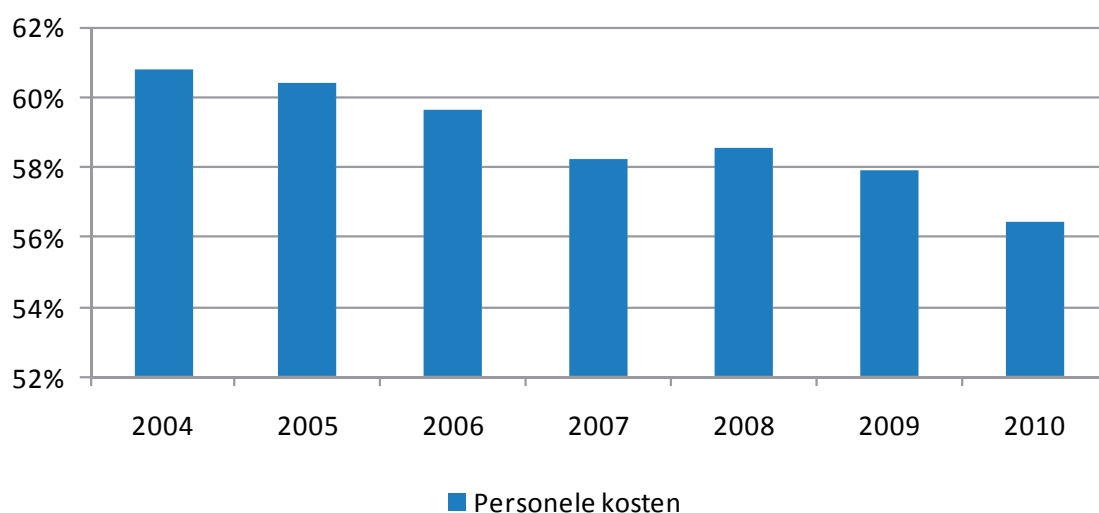
De UMC's hebben een beduidend hogere netto toegevoegde waarde per FTE dan de andere type instellingen. In 2010 bedroeg de gemiddelde netto toegevoegde waarde per FTE voor de UMC's ruim 105.000 euro.

De personele kosten als deel van de omzet

personele kosten omzet

De kosten van het personeel binnen een zorgonderneming worden bepaald door deze te meten als deel van de behaalde omzet. Gemiddeld genomen moet een bedrijf zich zorgen maken indien de kosten van het personeel meer dan 60% uitmaken van de omzet. De hogere kosten in personeel in de verpleeg- en verzorgingssector zijn vaak de oorzaak dat meer hybride ziekenhuizen hier slechter scoren. Het landelijk gemiddelde aandeel personele kosten op de omzet laat in de periode 2004-2010 een duidelijke afname zien. Bedroegen de personele kosten in 2004 gemiddeld nog bijna 61% van de omzet, in 2010 was dit nog maar gemiddeld 56,5%.

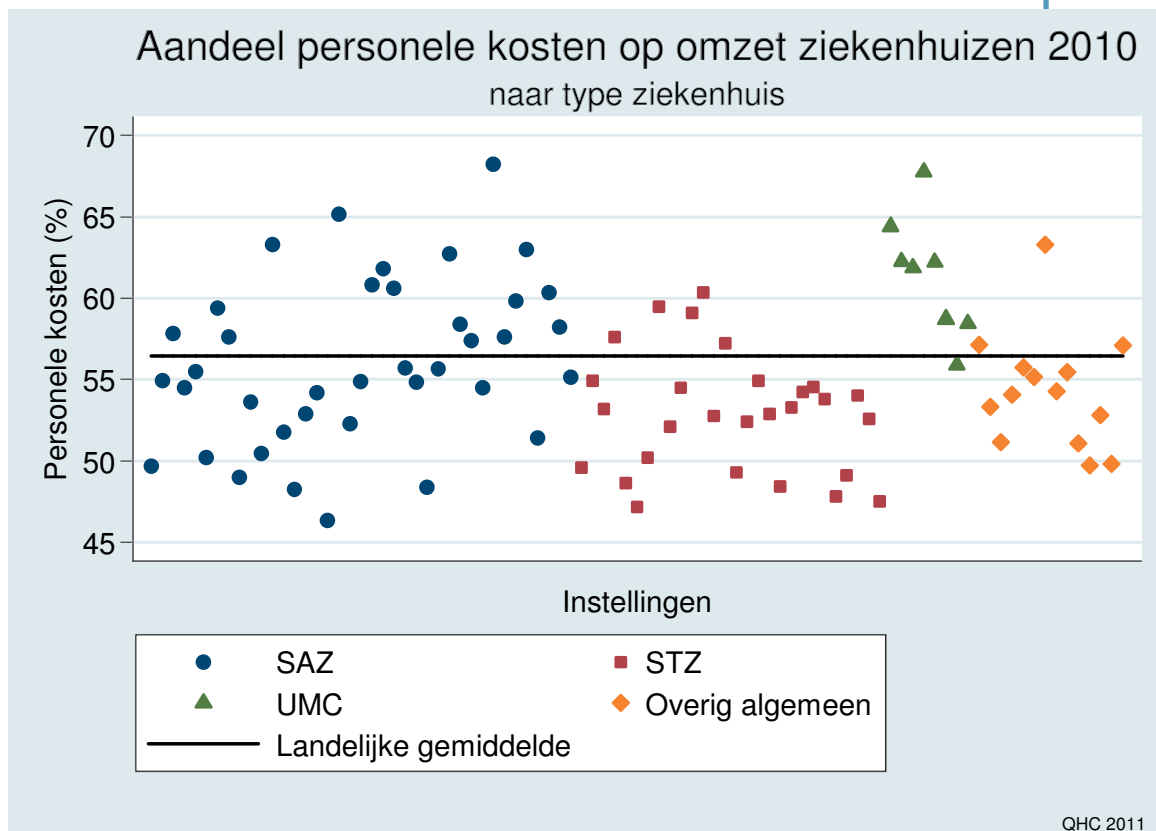
Ontwikkeling personele kosten op omzet



De spreiding van het aandeel personele kosten op de omzet tussen de verschillende instellingen blijft groot. Uit de grafiek van het percentage personele kosten naar type ziekenhuis blijkt dat de UMC's duidelijk hogere personele kosten hebben (61,3%).

Met betrekking tot bovenstaande analyse dient opgemerkt te worden dat de verschillende type ziekenhuizen en individuele instellingen niet altijd even goed vergelijkbaar zijn en deze gegevens bezien moeten worden in relatie met de specifieke situatie van het ziekenhuis en de instellingen waarmee de vergelijking gemaakt wordt.

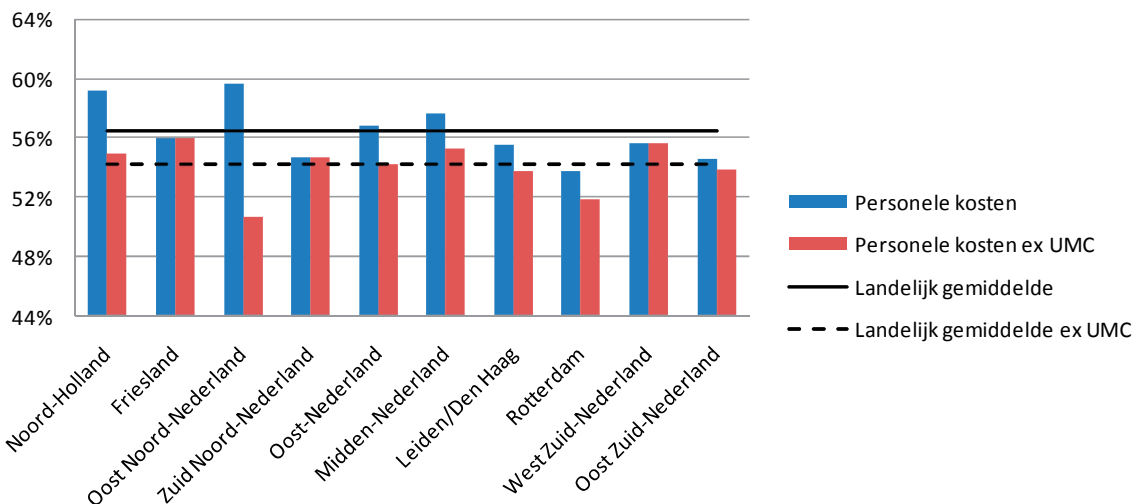
Zo hebben de UMC's niet alleen een medische maar ook een scholingsfunctie. Dit verschil in functies kan verklaren waarom personeelskosten en de netto toegevoegde waarde per FTE voor deze groep een stuk hoger ligt. Verder hebben niet alle instellingen een even groot verzorgingscomponent. Voor de instellingen waar deze component groter is, mag verwacht worden dat het aandeel personele kosten op de omzet relatief hoger is.



De verklaring van het hoge aandeel personele kosten voor een aantal SAZ instellingen ligt in het feit dat het zorggroepen betreft. Voor de care functie die deze instellingen uitvoeren zijn meer handen aan het bed nodig, waardoor de personele kosten een groter gedeelte van de omzet zullen bedragen. Opvallend blijft dat min of meer vergelijkbare instellingen verschillen tussen het aandeel personele kosten op de omzet laten zien van meer dan 10%.

Een vergelijking van het aandeel personele kosten op de omzet per regio geeft een vertekend beeld door de aan-/afwezigheid van UMC's. Om het percentage personele kosten over de regio's beter te vergelijken worden de UMC's geschoond. Na schoning vallen de lage aandelen personele kosten op de omzet op voor de regio's Oost Noord-Nederland en in iets mindere mate Rotterdam.

Aandeel personele kosten op omzet per regio 2010

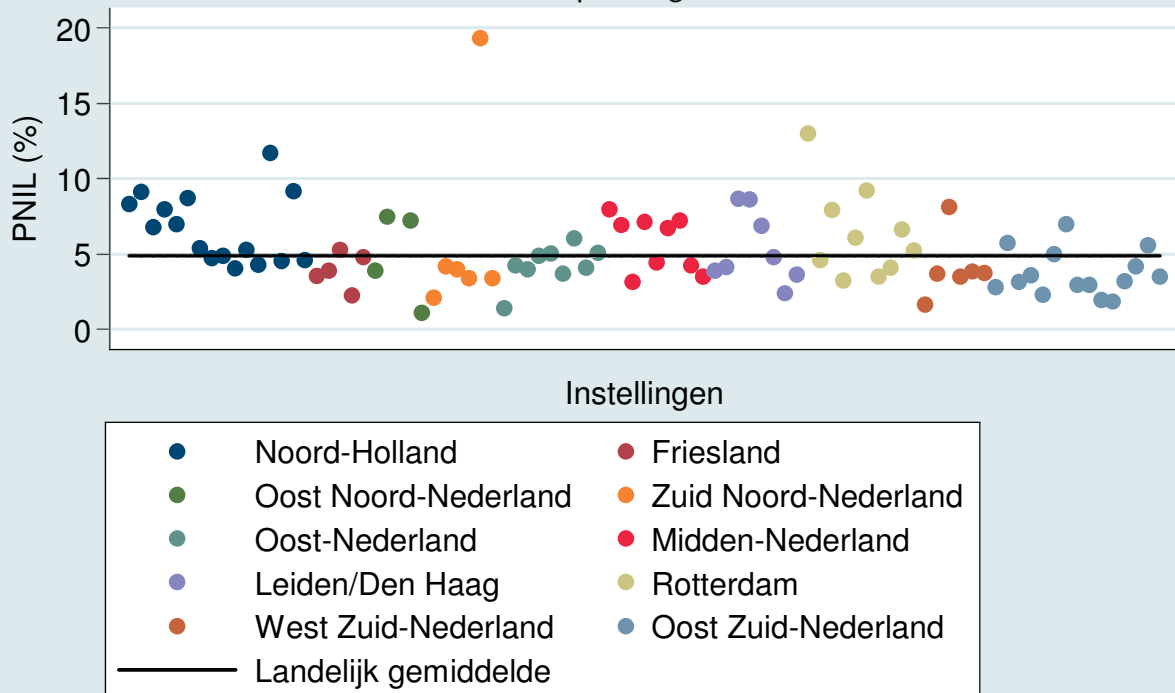


Duidelijk is in ieder geval wel dat op concernniveau hogere personeelskosten drukken op het nettoresultaat aan het einde van het jaar. Waar enerzijds een spreiding van het soort omzet bijdraagt aan een lager risico, is er aan de andere kant een negatief aspect van hoge personeelskosten. Het is immers minder goed mogelijk het weerstandsvermogen van de instelling te vergoten door de lagere marges die totaal door een zorgconcern worden behaald. Op korte termijn zijn de voordelen (bijvoorbeeld garantiestellingen van bancaire instellingen) groter dan de nadelen (verminderde cashflow). Op langere termijn kunnen instellingen zich afvragen of op financieel niveau een concern bestand uit meerdere entiteiten wel voldoende groeipotentieel biedt.

Personeel Niet In Loondienst

Het Personeel Niet In Loondienst (PNIL) is met gemiddeld 4,9% van de totale personeelskosten in 2010 verre van de grootste kostendrager. Desondanks is het aandeel kosten PNIL interessant om nader te bekijken, omdat dit een indicatie kan geven voor stabiliteit en continuïteit. Uit onderstaande grafiek waar het aandeel kosten PNIL op de personele kosten per regio wordt weergegeven blijkt het merendeel van de instellingen tussen de 1% en 10% PNIL te hebben.

Aandeel kosten PNIL op personele kosten 2010 per regio



QHC 2011

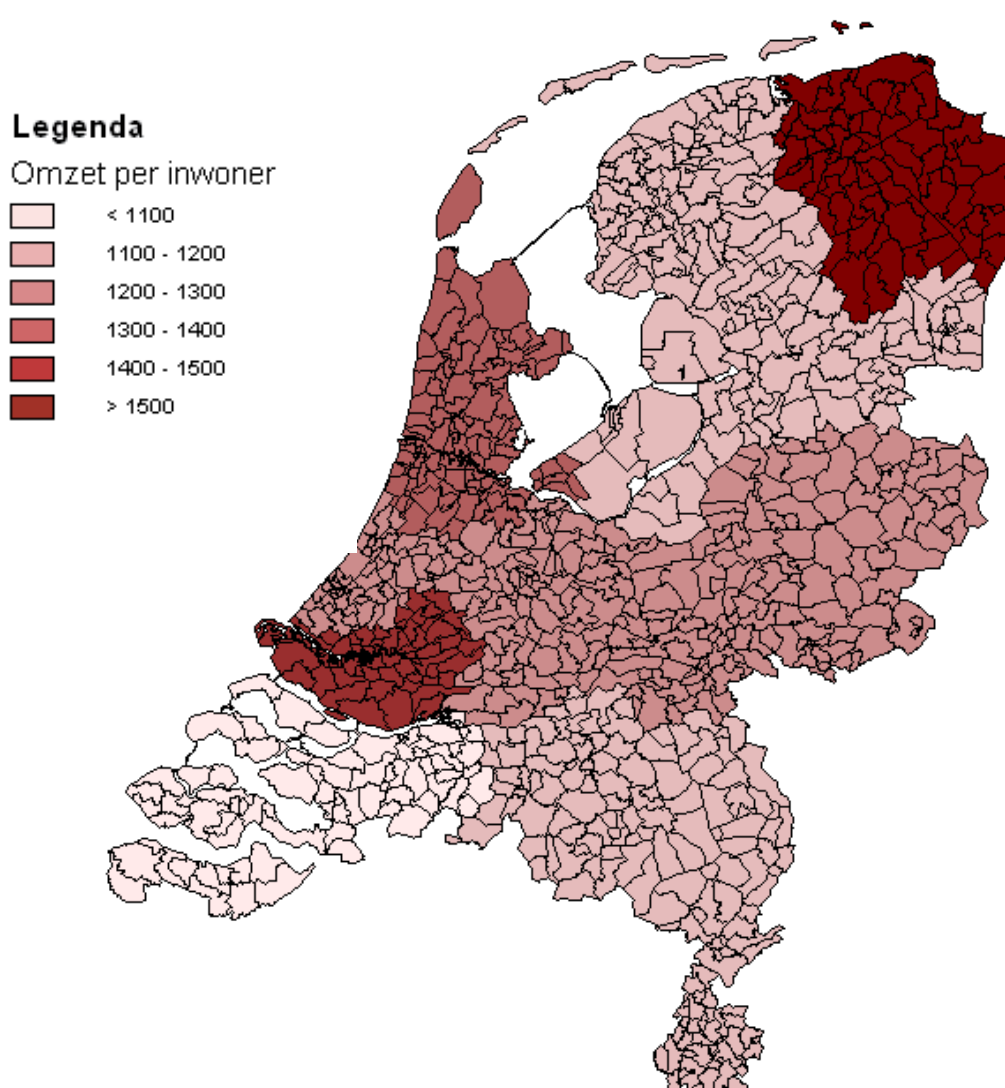
Verder valt meteen de uitschieter op in de regio Zuid Noord-Nederland, Dit betreft de IJsselmeerziekenhuizen die in 2010 failliet zijn gegaan. Iets minder opvallend maar wel opmerkelijk is de relatief hogere aandelen kosten PNIL in de stedelijke regio's Noord-Holland, Midden-Nederland, Leiden/Den Haag en Rotterdam voor een aantal instellingen. De regio Zuid Noord-Nederland exclusief de IJsselmeerziekenhuizen heeft het kleinste kostenaandeel PNIL.

Als ingezoomd wordt op de instellingen die in 2010 het hoogste aandeel kosten PNIL hebben en de ontwikkeling van het percentage PNIL in de tijd bekeken wordt, valt op dat het Haven-ziekenhuis al sinds 2004 een veel hoger aandeel PNIL heeft dan het landelijk gemiddelde. Dit komt voornamelijk doordat het Haven-ziekenhuis nog tijdelijk personeel inhuurt van het Erasmus Medisch Centrum als onderdeel van een overgang van dat personeel naar een ander pensioenfonds.

Omzet per inwoner per regio

De omzet per inwoner per regio kan gebruikt worden als relatieve maatstaf voor het zorgaanbod per regio in Nederland. Hierbij kan een hoge omzet per inwoner duiden op een ruim zorgaanbod, maar ook kan betekenen dat er teveel of te dure zorg wordt geleverd. Daar tegenover staat dat een lage omzet per inwoner kan duiden op een mager zorgaanbod, maar mogelijk ook wordt verklaard door een hogere efficiëntie. De volgende kaart geeft per regio de omzet weer per inwoner.

Omzet per inwoner per regio 2010



De kaart laat zien dat stedelijke gebieden een hogere omzet per inwoner hebben dan landelijke gebieden. Een uitzondering hierop is de regio Oost Noord-Nederland met de hoogste omzet per inwoner. Die regio geeft een vertekend beeld dat verklaard kan worden door de aanwezigheid van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). De regiofunctie van een academisch ziekenhuis is namelijk groter dan de regio's zoals hier gekozen.







De vertekening speelt in sterkere mate in de regio Oost Noord-Nederland dan in de andere regio's doordat die regio's een grotere bevolking hebben. Verder is de lage omzet per inwoner opvallend voor de regio West Zuid-Nederland. Opgemerkt dient te worden dat het beeld van een regio in sommige gevallen sterk bepaald kan worden door een specifieke subregio. Ter illustratie worden twee verschillende soorten regio's bekeken: de landelijke regio Oost Noord-Nederland en de stedelijke regio Rotterdam.

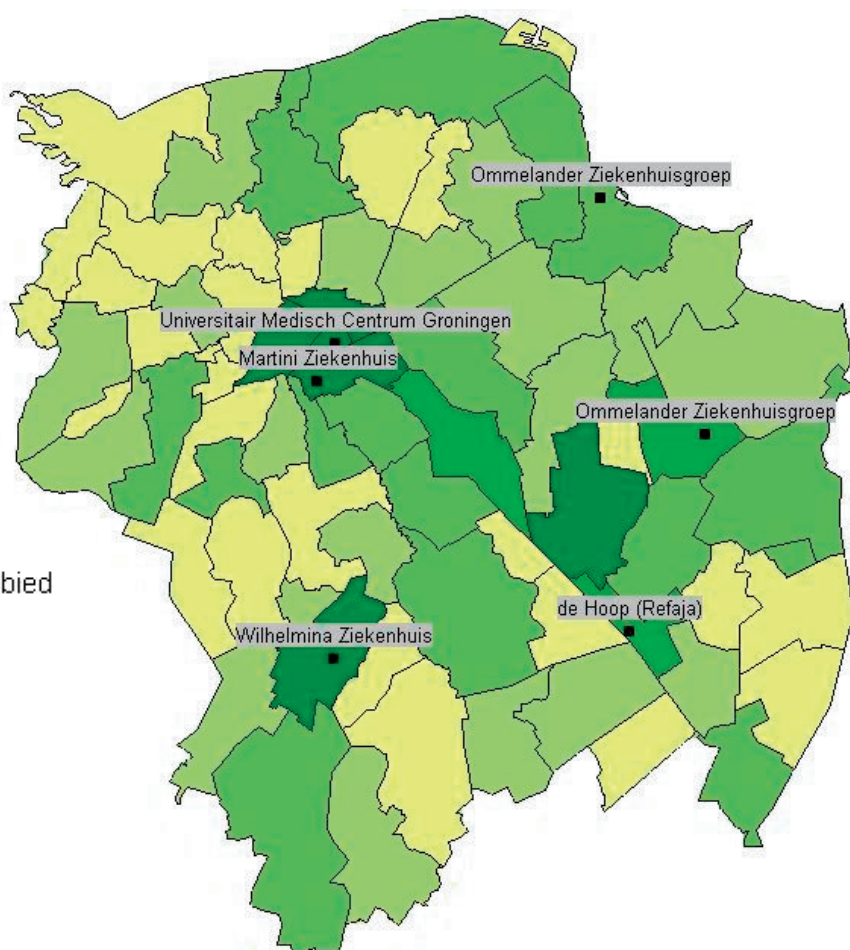
Oost Noord-Nederland

De regio Oost Noord-Nederland is grotendeels landelijk gebied, met uitzondering van de stad Groningen. Onderstaand figuur laat de populatie in deze regio en de aanwezige ziekenhuizen zien. Op het oog lijkt er een redelijke spreiding van de ziekenhuizen in de regio te zijn. Binnen de regio heeft het gebied Oost-Groningen echter te maken met teruglopende werkgelegenheid en een krimpende bevolking.

Legenda

Inwoners per 3 cijferig postcode gebied

-  < 5.000
-  5.000-10.000
-  10.000-20.000
-  20.000-30.000
-  >30.000
-  Ziekenhuizen





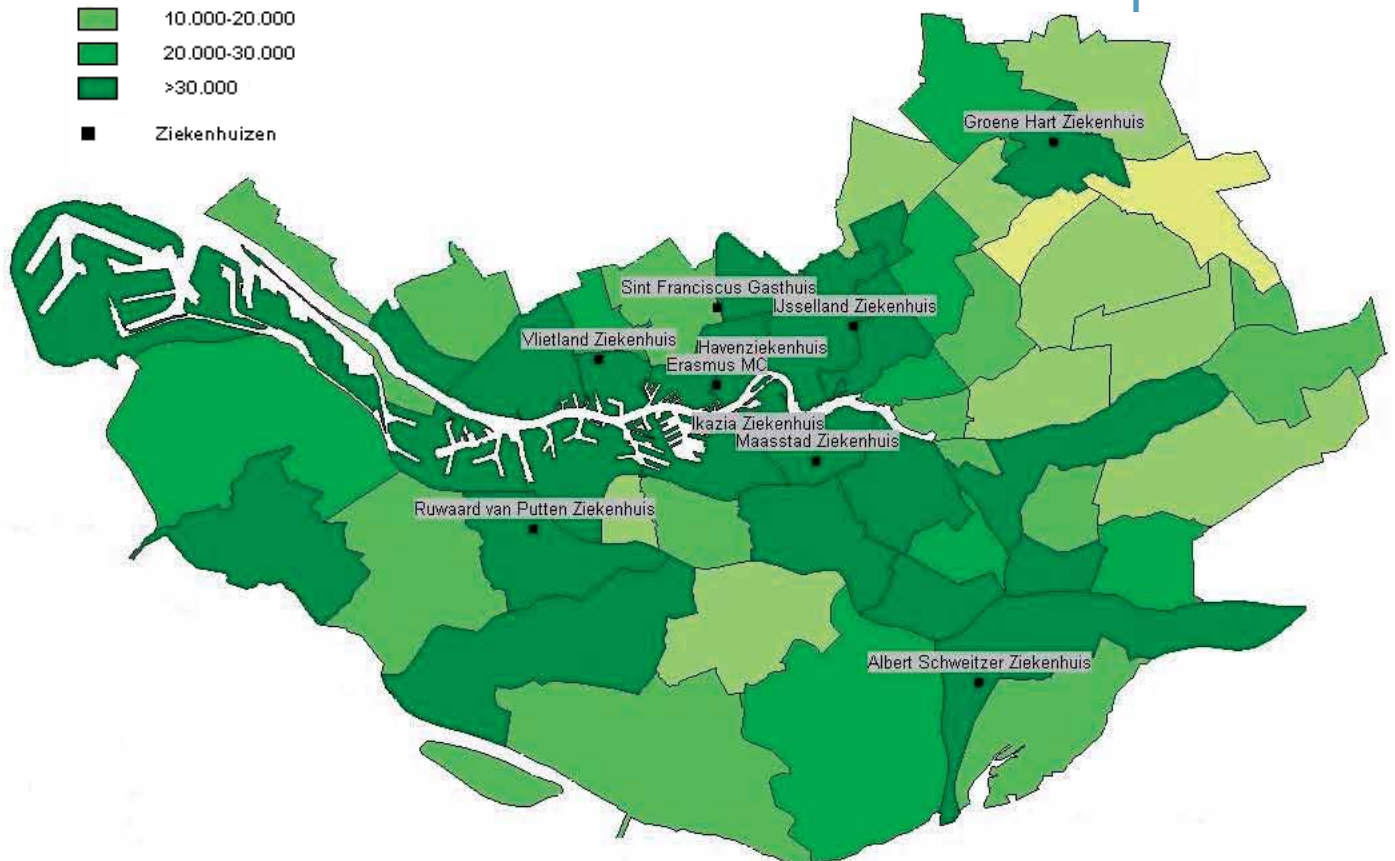
Rotterdam

De regio Rotterdam betreft voornamelijk stedelijk gebied, waarbij een grote concentratie van ziekenhuizen zich in de stadsregio Rotterdam bevindt. Zoals zichtbaar in onderstaand figuur (waarin voor de regio Rotterdam de inwoners op 3-cijferig postcode gebied zijn weergegeven). Deze enorme concentratie van zorgaanbieders in een relatief klein gebied zorgt voor grote concurrentie tussen deze ziekenhuizen. Het gekozen overheidsbeleid van concentratie en spreiding zal daarom in deze regio grote gevolgen hebben.

Legenda

Inwoners per 3 cijferig postcode gebied

-  < 5.000
-  5.000-10.000
-  10.000-20.000
-  20.000-30.000
-  >30.000
-  Ziekenhuizen



Vastgoed als asset

Hoe cruciaal is het managen van vastgoed nu eigenlijk voor een zorgorganisatie? Dat het cruciaal is, is evident: vastgoed is vaak de tweede kostenpost van een organisatie en de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) verschuift de verantwoordelijkheid en daarmee het risico voor het vastgoedbeleid naar de instellingen toe.

In de ‘capita selecta 2007’ uitgegeven door het College Bouw staan redenen waarom zorginstellingen in de problemen kunnen komen door verandering in het systeem van vergoeding van kapitaallasten. Het College Bouw gaat hierbij uit van het in haar opdracht opgestelde rapport “Raamwerk voor Vastgoedwaardering” en onderkent dat een aantal ziekenhuizen in financiële problemen kan komen door de verandering in het systeem van kapitaallastenvergoeding. Voor het bepalen van de omvang van de instellingen die in financiële problemen kunnen komen is een raamwerk opgesteld. In dit raamwerk speelt de boekwaarde van de betrokken ziekenhuizen geen rol, maar wordt uitgegaan van een DCF (Discounted Cashflow) waardering van het ziekenhuisvastgoed.

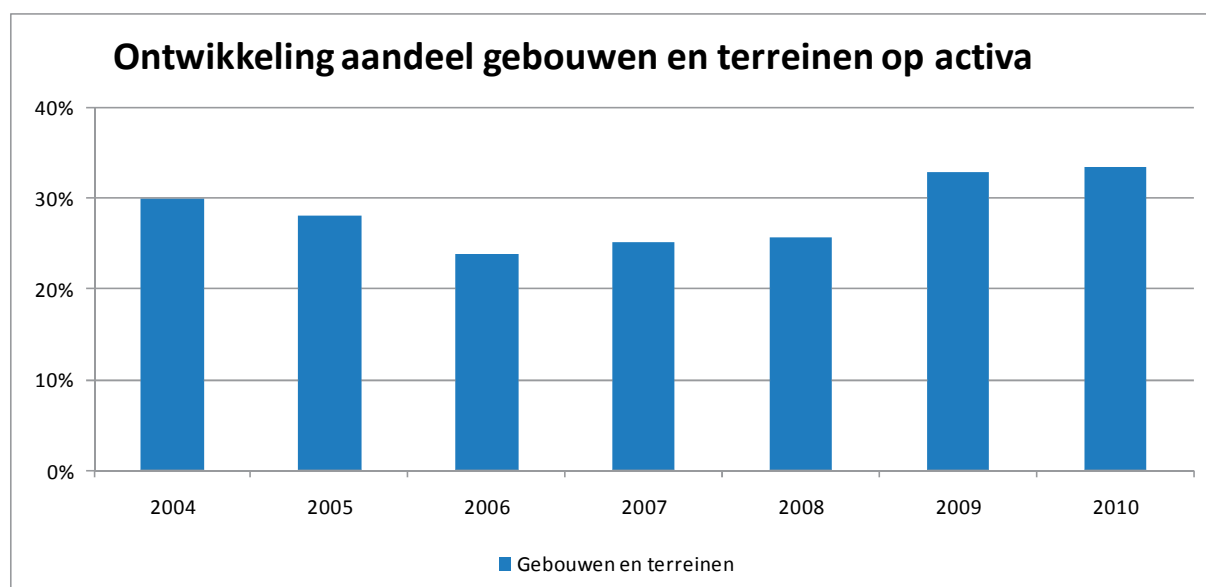
De waarde van het vastgoed wordt mede bepaald door de activiteiten die worden uitgevoerd met het vastgoed op een bepaalde plaats. Een deel van die waarde wordt bepaald door de vastgoedeffecten op de bedrijfsvoering. De financiële problemen die ziekenhuizen kunnen ondervinden in verband met vastgoedinvesteringen worden veroorzaakt door het zogenaamde productie-effect. Dit effect houdt in dat omvang en mix van de DBC-productie onvoldoende inkomsten genereren om de kapitaallasten te dekken. Een oorzaak hiervan kan zijn dat het ziekenhuis te groot of te duur gebouwd is, omdat er bij het ontwerp nog geen rekening is gehouden met de stelselwijziging. Deze te dure bouw leidt tot een te hoge kapitaallast. Die te hoge last kan worden uitgedrukt als een negatieve waarde. In de regel zal het gaan om instellingen die bezig zijn met grote investeringsprojecten.

Tot op heden is er weinig houvast voor bestuurders en financieel managers van zorginstellingen om de gevolgen van de liberalisering van de zorgmarkt te duiden in termen van te verwachten ontwikkelingen in de vermogenskosten van ziekenhuizen. Duidelijk is wel dat deze als gevolg van toenemende risico's gaan stijgen. Zo zullen banken hogere eisen gaan stellen: de risico-opslag (de zogeheten “credit spread”) zal toenemen. Ziekenhuizen zullen een deel van de toekomstige kapitaalbehoefte wellicht uit eigen middelen moeten financieren. Co-financiering (mogelijk door middel van participatie vanuit de private sector of overheden op risicodragend vastgoed) is mogelijk maar wel tegen hogere kosten.

Als overgangsvorm kan men hierbij denken aan Privaat Publieke Samenwerkingen (PPS). Echter binnen een PPS-constructie moet er naar verhouding veel geld worden afgedekt door garantstellingen. Ter vergelijking: in de hotelsector wordt 50% van het benodigde kapitaal door private partijen als asset ingebracht (equity) en 50% als schuld opgebouwd. In de PPS-markt ligt deze ratio op 10% (equity) en 90% schuld. De kansen voor privatisering liggen er dus wel, maar er dienen keiharde garanties te worden ingebracht.

Ook eisen, die banken en verzekeraars gaan stellen aan de aanwendbaarheid van het vastgoed, zullen gevolgen hebben voor het soort fysieke entiteiten waarbinnen zorg aangeboden zal worden. Het is waarschijnlijk dat de tijd van grote monolithische, niet-courante bouwwerken zal worden opgevolgd door kleinere, flexibele en “schaalbare” bouw.

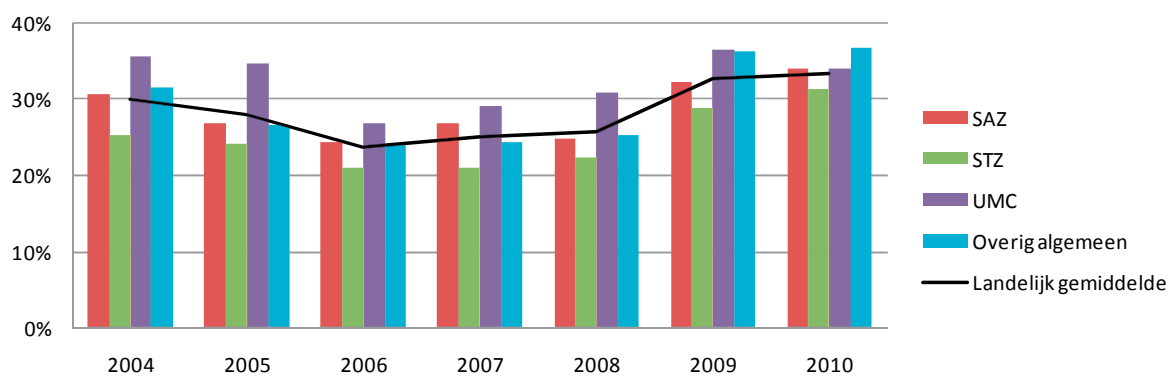
Zaak is dat instellingen een balans moeten gaan vinden tussen enerzijds de functionele waarde en anderzijds de financiële waarde van hun vastgoed. Balanswaardering is een eerste stap. In ieder geval zou iedere zorginstelling een nulmeting en quick scan moeten doen van de huidige vastgoedpositie. Men moet immers volledig inzicht hebben in de huidige risico's en financiële verplichtingen met een scheiding tussen de courante en niet-courante delen van het vastgoed. Van daar uit kan een gerichte vastgoedstrategie worden ontwikkeld, waarbij een gedifferentieerde vastgoedstrategie de risico's kan beperken voor de korte en middellange termijn.



Hoe een gewijzigde risicoperceptie bij financiers zich uiteindelijk zal vertalen in hogere vermogenskosten voor ziekenhuizen, is de uitkomst van een proces waarbij enerzijds de onderlinge concurrentieverhoudingen tussen banken een rol spelen en anderzijds de plaats die de ziekenhuizen onderling en als geheel in dit wijzigende risicospectrum gaan innemen.

Vastgoed is daarbij één van de assets binnen de zorgonderneming waarop wordt gestuurd. De uitdaging van een zorgaanbieder is congruente gebieden aan te wijzen tussen de verschillende assets, waardoor financiële sturing op cashflow bij kan dragen aan het rendement op de totale bedrijfsvoering. Optimalisatie van het vastgoed voor het primaire proces is daarbij een hoofdbestanddeel. Professioneel assetmanagement geeft grip op de ratio's van de financiële en functionele waarden van het vastgoed. Het bepaalt immers hoe vastgoed bijdraagt aan het primaire patiëntgerichte logistieke proces. Daarnaast zullen financiële vastgoedassets gericht moeten zijn op het kapitaalbeslag, de huisvestingskosten en de courantheid van het vastgoed.

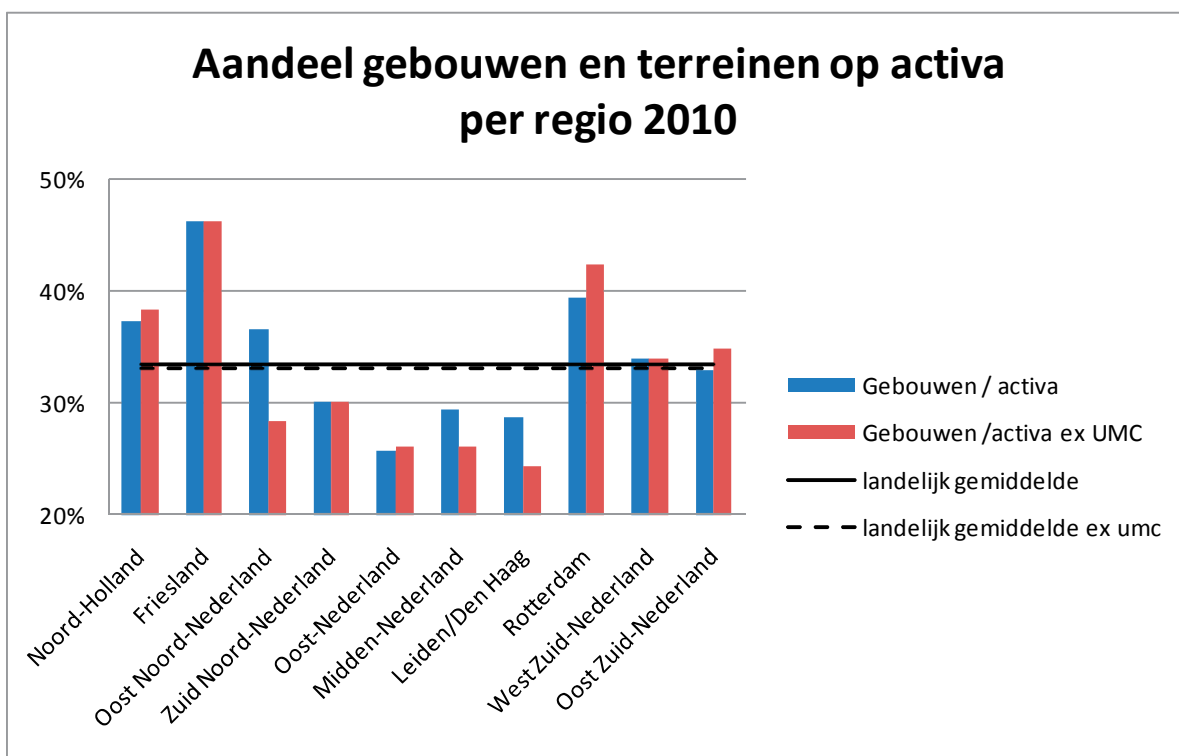
Ontwikkeling aandeel gebouwen en terreinen op activa naar type ziekenhuis



Sinds 2009 boeken ziekenhuizen de materiële vaste bedrijfsactiva in bedrijfsvoering en vooruitbetalingen op materiële vaste activa als één post in de boeken. Voor de totale Nederlandse ziekenhuizen betekende dit in 2010 een bedrag van 7,1 miljard, oftewel ruim 33% van de totale activa op de balans. De stijging in 2009 en 2010 wordt veroorzaakt door de veruiming van de definitie van gebouwen en terreinen in de jaarrekening.

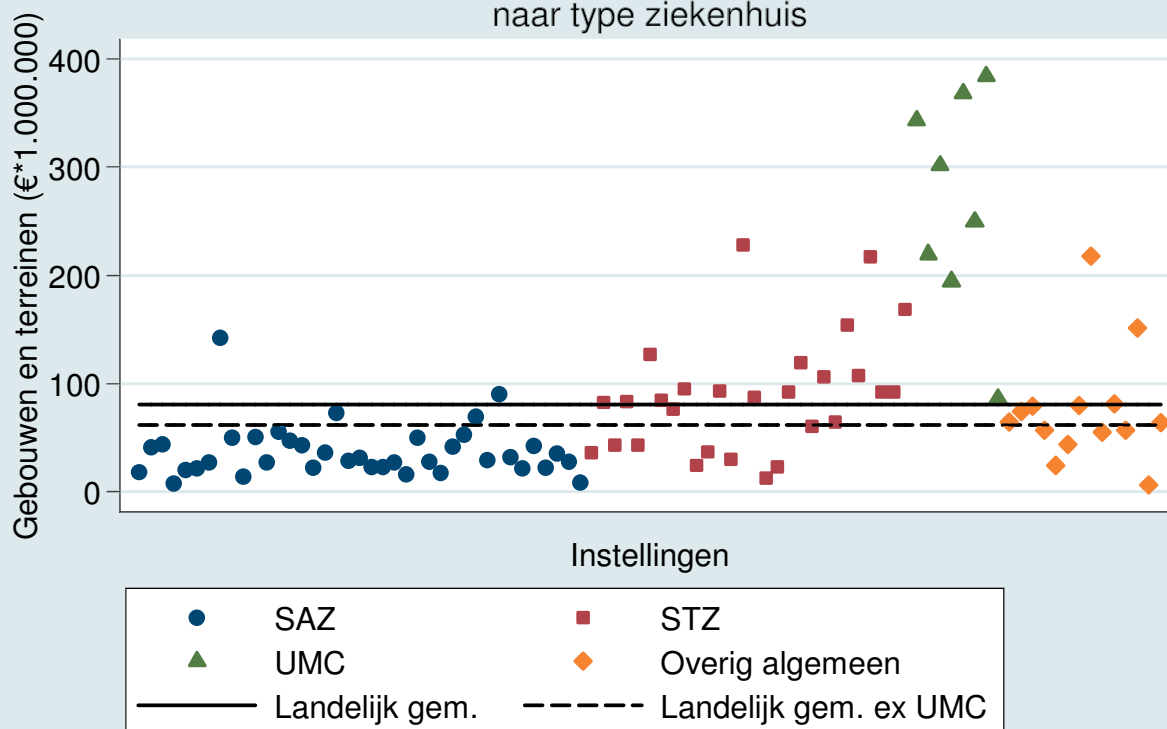
Dan nog is de afhankelijkheid van deze post op de overige activa groot te noemen. Zeker in een markt waar de plaatsen waar zorg aangeboden wordt de komende jaren meer en meer buiten de ziekenhuizen gaan liggen. Incourant vastgoed kan dan als een molensteen gaan fungeren op het vermogen van een ziekenhuis te investeren in die veranderingen.

UMC's bleken de afgelopen jaren verhoudingsgewijs meer vastgoed op de balans te hebben dan de overige soorten ziekenhuizen. In 2010 zien we dat er geen grote verschillen tussen de verschillende soorten ziekenhuizen zichtbaar zijn.



Bekijken we dezelfde cijfers op regioniveau dan worden de verschillen groter. Met name in Friesland is de invloed van nieuwbouwprojecten en de beschikking over eigen grond over de jaren van Zorggroep Noorderbreedte en, in mindere mate, Ziekenhuis Tjongerschans zichtbaar. In de regio Rotterdam springt de nieuwbouw van het Maasstad Ziekenhuis er uit in 2010. Ziekenhuizen die net begonnen zijn aan nieuwbouw (Isala klinieken) of voor investeringen staan (Ommelander Zorggroep) hebben beduidend minder vastgoed in de boeken staan in verhouding tot het totaal aan activa.

Balanswaarde gebouwen en terreinen ziekenhuizen 2010 naar type ziekenhuis

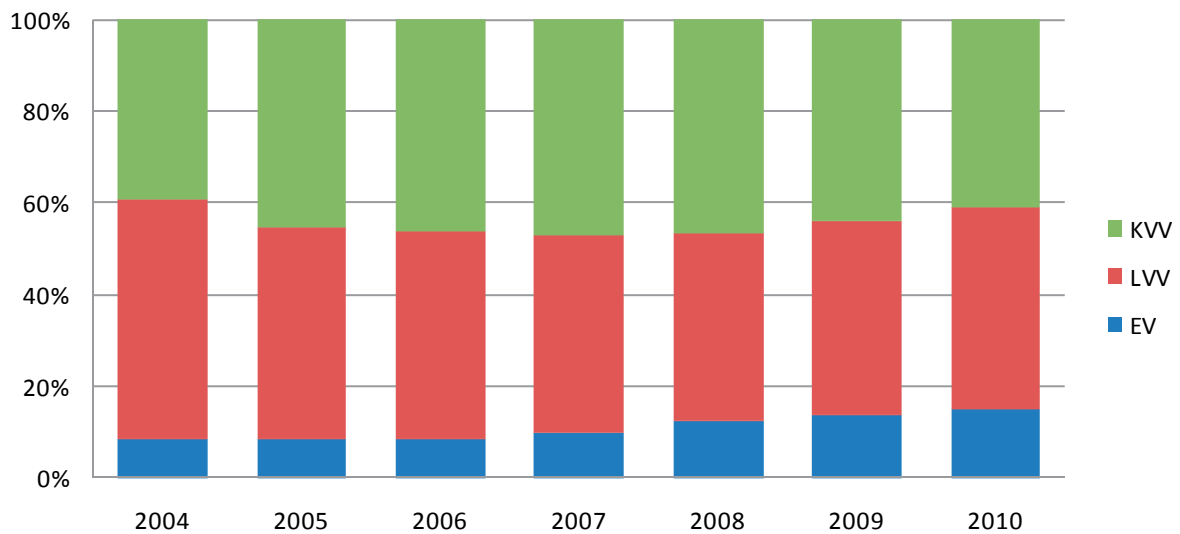


QHC 2011

Schuld en eigen vermogen

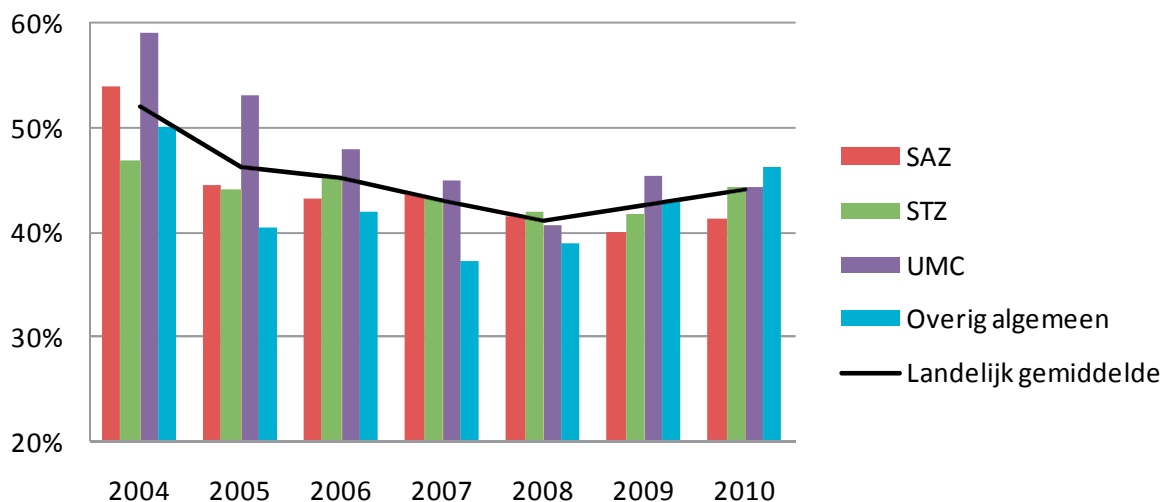
De verhouding tussen schuldposities en eigen vermogen bepaald uiteindelijk het weerstandsvermogen van een instelling. Gemeten over de jaren is duidelijk dat met name de laatste vier jaar er een stijgende lijn zichtbaar is van de solvabiliteit van instellingen. In 2004 bedroeg de gemiddelde solvabiliteit nog 8,6%, in 2010 14,9%. Tegelijkertijd nam het totale vermogen van de ziekenhuizen toe van 1,2 miljard euro in 2004 naar 3,2 miljard euro in 2010.

Ontwikkeling eigen vermogen t.o.v. schuld



Tevens is te zien hoe de leningenstructuur van de ziekenhuizen zich over de laatste zeven jaar heeft ontwikkeld. Hoewel de trend de laatste jaren, tot en met 2008, meer kort te lenen was, zien we de laatste jaren toch weer een lichte verschuiving naar langlopende leningen. In totaal bedroeg de langlopende schuld van instellingen in 2010 9,3 miljard euro. De kortlopende schuld bedroeg 8,7 miljard euro. In totaal wordt een schuld van 18,1 miljard euro gedekt door een eigen vermogen van 3,1 miljard euro.

Ontwikkeling aandeel LVV op passiva naar type ziekenhuis



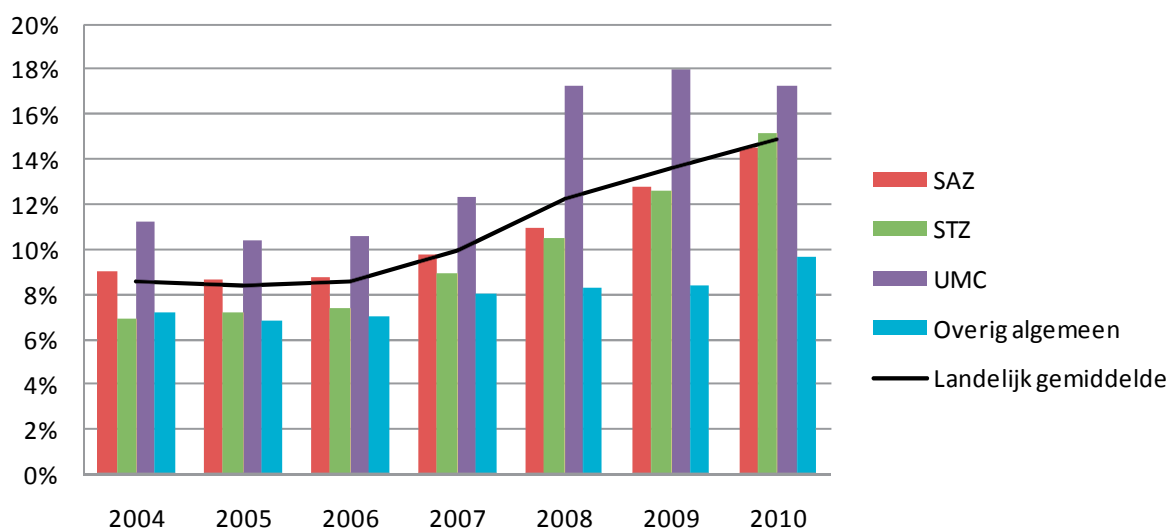
Op het niveau van type ziekenhuis zijn er geen grote verschillen in de verhouding langlopende schulden en overige passiva te constateren. De uitschieters liggen dus niet in het type ziekenhuis maar wel in een aantal individuele instellingen zelf. In eerste instantie is dat goed te zien aan een analyse van de solvabiliteit van de instellingen.

Solvabiliteit

$$\frac{EV}{\text{totaal passiva}}$$

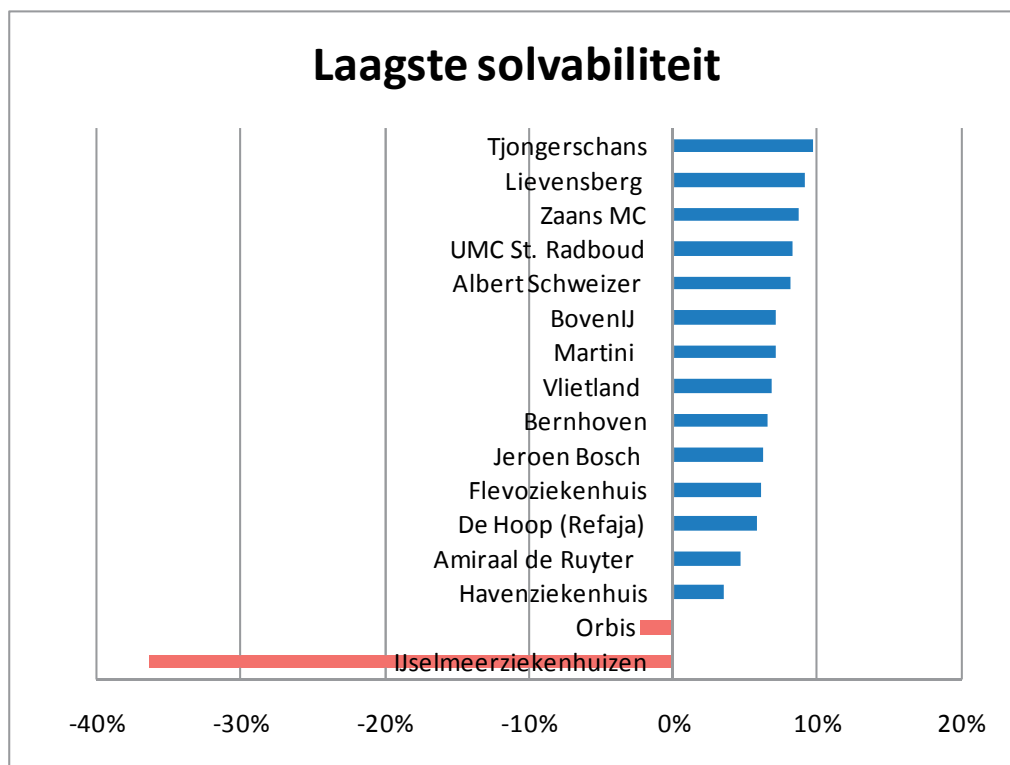
De solvabiliteit is een maat voor de financiële weerbaarheid van de organisatie. Bij een hogere solvabiliteit beschikt de organisatie verhoudingsgewijs over meer financiële buffers. In de sector is het – gegeven de huidige methodiek en regelgeving - gebruikelijk om de solvabiliteit uit te drukken als een percentage van de opbrengsten van het ziekenhuis. In het overige bedrijfsleven geldt de meer gangbare ratio waarbij het eigen vermogen als percentage van het balanstotaal wordt gezien. QHC hanteert dan ook de vaak door merchant banks gehanteerde vermogensratio voor een ziekenhuis 'i' op tijdstip 't'. In de noemer van deze ratio staat de totale omvang van de passiva. Daar waar in de boeken van instellingen aandelen derden worden meegerekend bij het eigen vermogen hebben wij dit gecorrigeerd en toegevoegd aan de langlopende verplichtingen van de instelling. Dit omdat dit soort belangen niet vrij ter beschikking staat aan instellingen en kan worden teruggevorderd.

Ontwikkeling solvabiliteit naar type ziekenhuis



Ofschoon er stap voor stap een verbetering van de solvabiliteit is te bespeuren richting 15% in 2010, bestaat de rest van de waarde van de instelling uit schuld. De ziekenhuizen hebben in totaal voor 9,3 miljard aan langlopende schulden uitstaan en 8,7 miljard aan kortlopende schulden. De verhouding tussen het eigen vermogen en schuld krijgen, mede gezien de toenemende risico's die een ziekenhuis draagt en mede gezien de terughoudende houding van banken, ongezonde kenmerken.

Met name de UMC's hebben redelijk gezonde verhoudingen in de schuld versus eigen vermogenspositie. Deze positie wordt eens te meer versterkt doordat de grootte van de instellingen, zeker in vergelijking tot kleinere ziekenhuizen, veel meer garanties geeft bij calamiteiten. Het weerstandsvermogen uitgedrukt in solvabiliteit is daardoor veel groter te noemen.

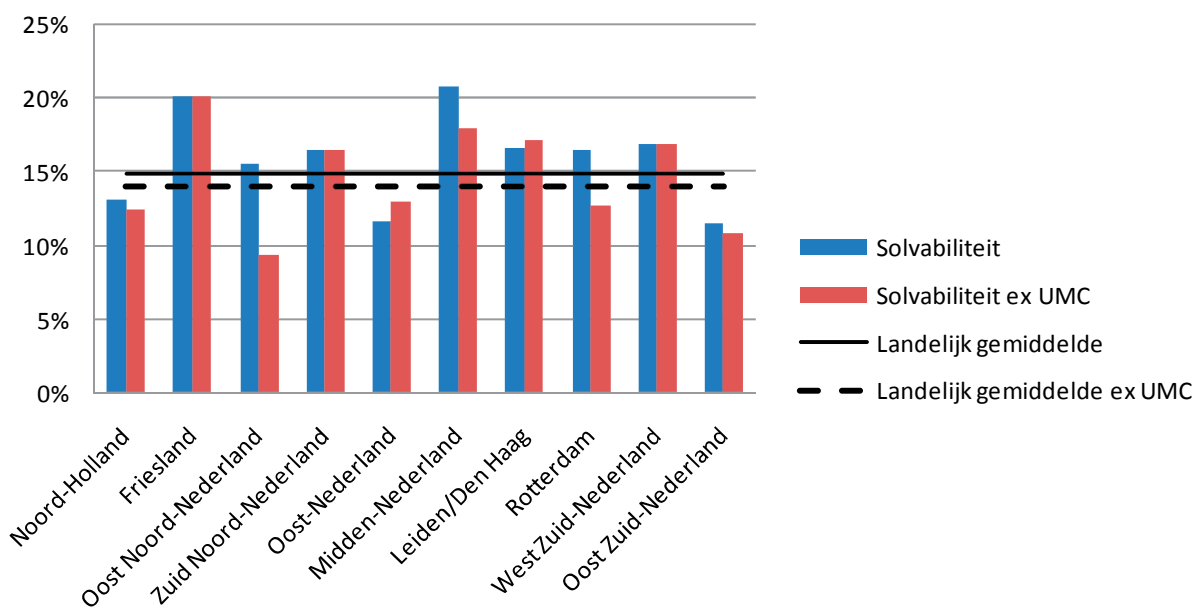


In de tabel staan die instellingen die nog onder de 10% norm blijven.

Financiers (banken) en het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) stellen, zoals al eerder gesteld, door strengere eisen aan zorginstellingen voor het aanbieden van een lening dan wel voor het garant staan voor een lening (het WfZ biedt instellingen de mogelijkheid om goedkoop leningen af sluiten door garant te staan voor betaling). Het waarborgfonds hanteert een minimale norm van 15%-20% als weerstandsvermogen als benedengrens.

Toch weet een grote groep ziekenhuizen, in een steeds risicovollere markt, niet boven die 15% uit te komen. 55% van de instellingen voldoet niet aan de norm. Bancaire instellingen hanteren momenteel zelfs normen van 20% (en hoger), hetgeen zou betekenen dat 79% van de instellingen in de ogen van externe financiers niet in staat wordt geacht vanuit de eigen vermogenspositie aangegane financiële verplichtingen terug te betalen.

Solvabiliteit ziekenhuizen per regio 2010



Een aantal regio's laten overigens een zorgwekkend beeld zien. Met name in de Oost-Noord Nederland (Drenthe, Groningen, Flevoland), Oost Zuid-Nederland (het oosten van Noord-Brabant en Limburg) en West Zuid-Nederland (met name Zeeland) zijn er liquiditeitsproblemen van instellingen te bespeuren. Dat gebeurt in gebieden die toch al bekend staan als krimpregio's en met slechte werkgelegenheidscijfers.

Overige ratio's

Cashflow ratio

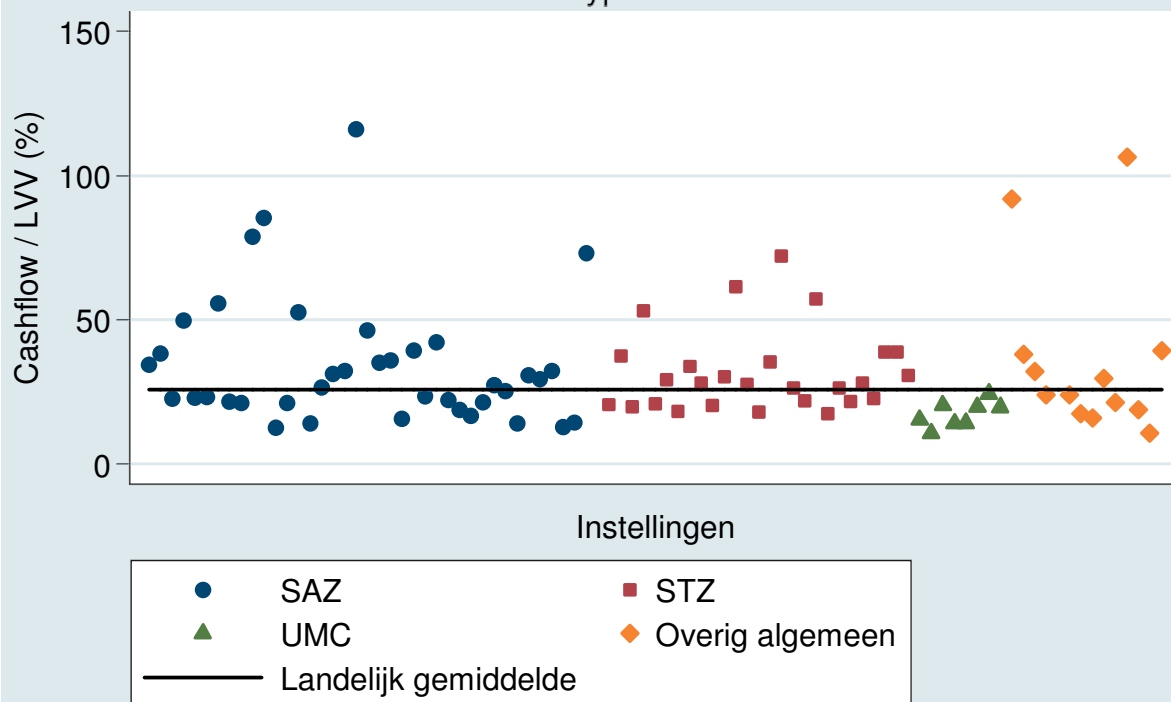
$$\frac{\text{cashflow}}{LVV} = \frac{\text{nettoresultaat} + \text{afschrijvingen}}{\text{lang vreemd vermogen}}$$

Er zijn verschillende manieren om de cashflow te bepalen. Een van de meest geaccepteerde methodes is de netto-winst te vermeerderen met de afschrijvingen. Afschrijvingen zijn hier van belang, omdat belasting wordt berekend na afschrijvingen. Feitelijk zorgen afschrijvingen voor een lager belastbaar inkomen. Het resultaat wordt uitgedrukt in percentages van het lang vreemd vermogen.

Cashflow is een belangrijke factor, Het geeft namelijk de positieve of negatieve cash positie aan gerelateerd aan de omzet en de kosten. Het genereert de eigen bronnen van inkomsten door eigen winstgevendheid. De kwaliteit van het management van de cashflow (hiermee wordt bedoeld de wijze waarop het management van een zorgonderneming de inkomsten en uitgaven kant van de business stuurt) is belangrijk, omdat de langlopende schulden betaald moeten worden vanuit de cashflow.

De cashflow uitgedrukt in percentages van het lang vreemd vermogen geeft aan op welke wijze een bedrijf aan zijn langlopende verplichtingen kan voldoen. Het is daarom belangrijk de wensen van een onderneming te weten ten aanzien van de ontwikkeling van het bedrijf. Financiële instellingen hebben dit nodig als er een beslissing moet worden genomen over structurele investeringen. Als de ratio scherp daalt kan dit leiden tot liquiditeitsproblemen.

Aandeel cashflow op LVV ziekenhuizen 2010 naar type ziekenhuis



QHC 2011

Het aandeel van de cashflow op het LVV laat in eerste instantie een beeld zien waaruit opgemaakt zou kunnen worden dat de UMC's erg slecht presteren en de grote ziekenhuizen erg goed.

Door de verscherpte afschrijvingsregels van de overheid is het totaal afgeschreven bedrag van de instellingen tussen 2009 en 2010 gegroeid met ruim 58% naar 2 miljard euro. Vanaf 2004 is het een toename van 141%. De toename in 2010 is duidelijk van invloed op het resultaat. De SAZ-ziekenhuizen schreven 9,9% van de omzet af, de STZ-ziekenhuizen 11,8%, de UMC's 6,7% en de overige ziekenhuizen 12,4%.

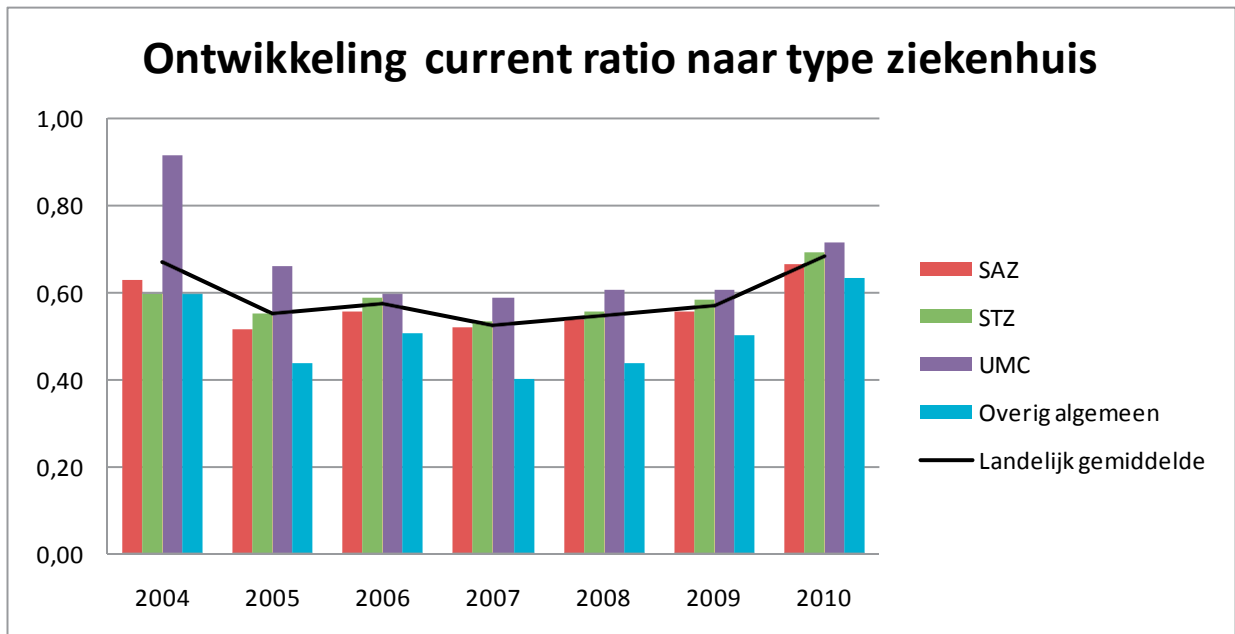
Dankzij de hogere zorgconsumptie en een totale omzetgroei over één jaar van 8,6% waren de ziekenhuizen in staat het afschrijvingsregime te volgen. Echter, bij een dalende groei van de omzet en een gelijkblijvend afschrijfregime zullen zwakkere instellingen in de problemen komen. "Groot afschrijvers" zijn het Gelre Ziekenhuis, Rivierenland, Jeroen Bosch, met respectievelijk 21,7%, 20,4%, en 20,1% afschrijvingen op de omzet. Het in moeilijkheden verkerende Refaja Ziekenhuis schreef in 2010 slechts 2,6% af.

Current ratio

$$\frac{\text{voorraden} + \text{handelsdebiteuren} + \text{overig vlottende activa}}{\text{kort vreemd vermogen}}$$

De current ratio is een zogeheten liquiditeitsratio. Liquiditeiten zijn de assets in een onderneming die snel en tegen lage kosten te converteren zijn in cash. De verschillende ratio's die worden gehanteerd hebben allen een ander perspectief. De mogelijkheden die een onderneming heeft snel te kunnen voldoen aan korte termijn verplichtingen bij bijvoorbeeld kapitaalverschaffers.

De current ratio laat de vlottende activa zien die een onderneming kan converteren in cash als deel van het kort vreemd vermogen. Het verschil ertussen is bekend als het netto werkkapitaal en bepaalt het geldreservoir van een bedrijf.



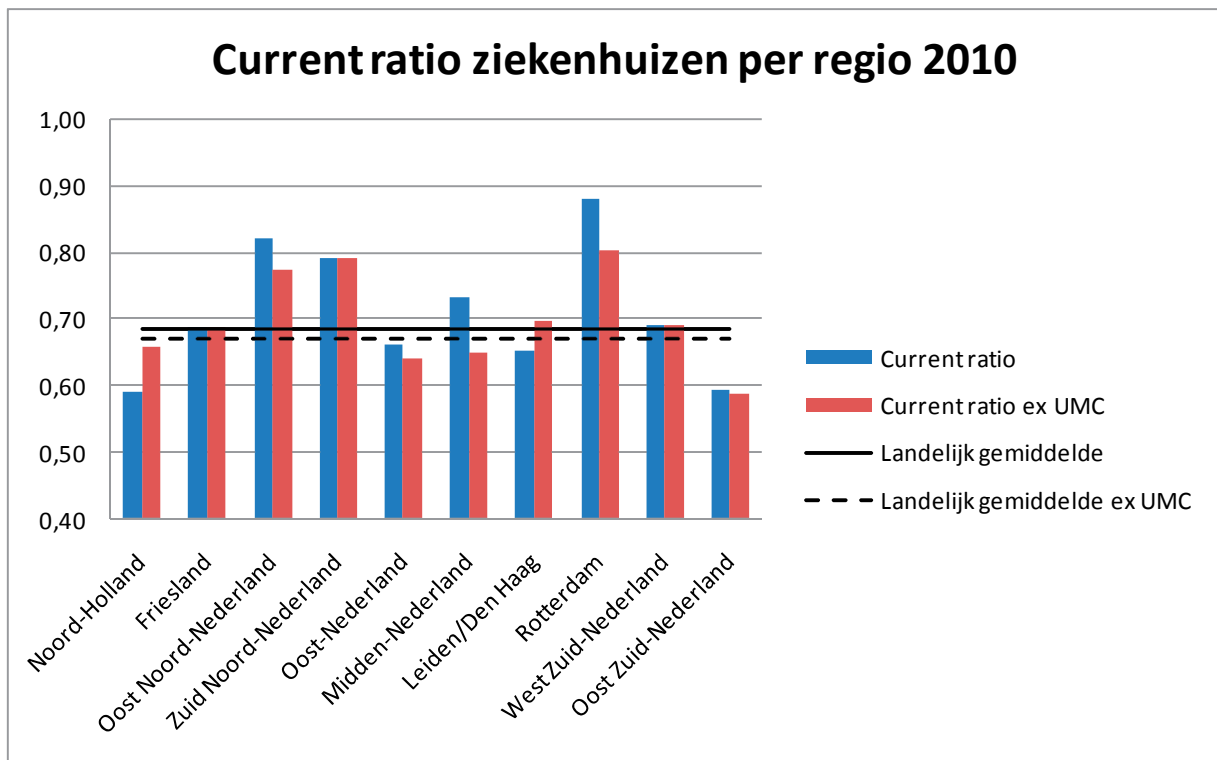
Over het algemeen wordt een gezonde current ratio gezien met een waarde van 2, hetgeen aangeeft dat een onderneming goed in staat is de lopende schulden af te betalen. Door de structuur van de ziekenhuisbedrijfstak is het echter nooit urgent geweest te sturen op cashflow. Rekeningen konden maandenlang uitstaan, omdat vanuit een budgettair kader de financiering plaatsvond en er altijd aan het einde van het jaar een nacalculatie plaats vond, die eventuele financiële plooiën gladstreek. Sinds de intreding van de DBC-systematiek wordt een steeds groter deel van de omzet binnen de door de Minister van VWS gestelde voorwaarden vrij onderhandelbaar.

Daarmee wordt de urgentie verhoogd een strakker cashflow beleid te gaan voeren. Als straks in DOT 70% van de zorgproducten wordt afgerekend op basis van vrij onderhandelbare afspraken is de uitstaande debiteuren tijd een belangrijke factor voor het genereren van cashflow. De gemiddelde uitstaande debiteuren tijd voor de Nederlandse ziekenhuizen bedroeg in 2010 nog steeds 69 dagen.

Gemiddelde uitstaande debiteuren tijd ziekenhuizen 2004 - 2010							
Jaar	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Uitstaande debiteuren tijd (dagen)	80,4	85,3	88,6	77,0	74,8	71,5	68,8

Dat valt niet alleen de instellingen te verwijten, maar ook de deregulerende overheden en zorgverzekeraars die tezamen wel een afspraak hebben over de wijze waarop de financieringssystematiek kan veranderen, maar daarbij geen urgentie hebben toegekend aan het inrichten van een systeem waarbij op basis van geleverde arbeid tijdig kan worden gedeclareerd. Zolang er pas een rekening gestuurd kan worden na het afsluiten van een DBC, of vanaf 2011, van een zorgproduct, lopen de instellingen inkomsten mis.

Zolang die urgentie er niet is, en dus de current ratio niet zal stijgen naar boven de 1,5 lopen bij een vrije markt instellingen onevenredig grote risico's. Met name de kleinere ziekenhuizen zullen, gezien hun omvang, sneller problemen ondervinden.



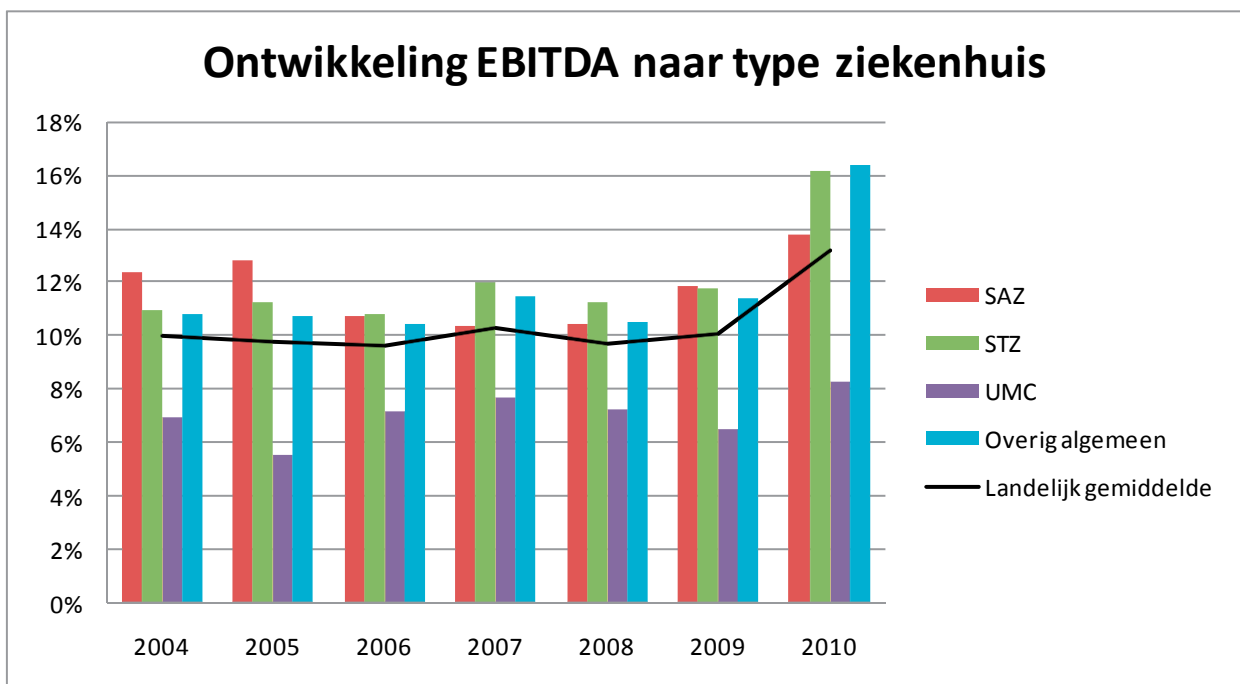
Ook per regio zijn er verschillen te zien: Limburg, Noord-Holland en Oost-Nederland kennen gemiddeld veel instellingen (veelal de kleinere) die een erg lage current ratio laten zien.

EBITDA

$$EBITDA = \frac{\text{bedrijfsresultaten} + \text{afschrijvingen}}{\text{omzet}}$$

EBITDA (inkomsten voor rente, belasting, afschrijving en amortisatie) uitgedrukt in het percentage ten opzichte van de omzet, is één van de meeteenheden om cash winstgevendheid uit te drukken. Dat is nuttig als het management van een bedrijf wil weten in hoeverre een bedrijf cash kan genereren. Voldoende cashflow hoeft nog niet altijd een ratio te zijn voor resultaat, omdat een bedrijf tegelijkertijd in liquiditeitsproblemen kan raken doordat het niet kan voldoen aan lopende verplichtingen. De EBITDA moet daarom altijd naast andere indicatoren meegewogen worden.

EBITDA is daarnaast belangrijk voor bancaire instellingen en investeerders, omdat bedrijfswaarderingen bij overnames vaak worden uitgedrukt in een meervoud van de EBITDA en tevens de snelheid waarmee cash kan worden gegenereerd als maatstaf wordt gehanteerd voor de groeiperspectieven van een onderneming.

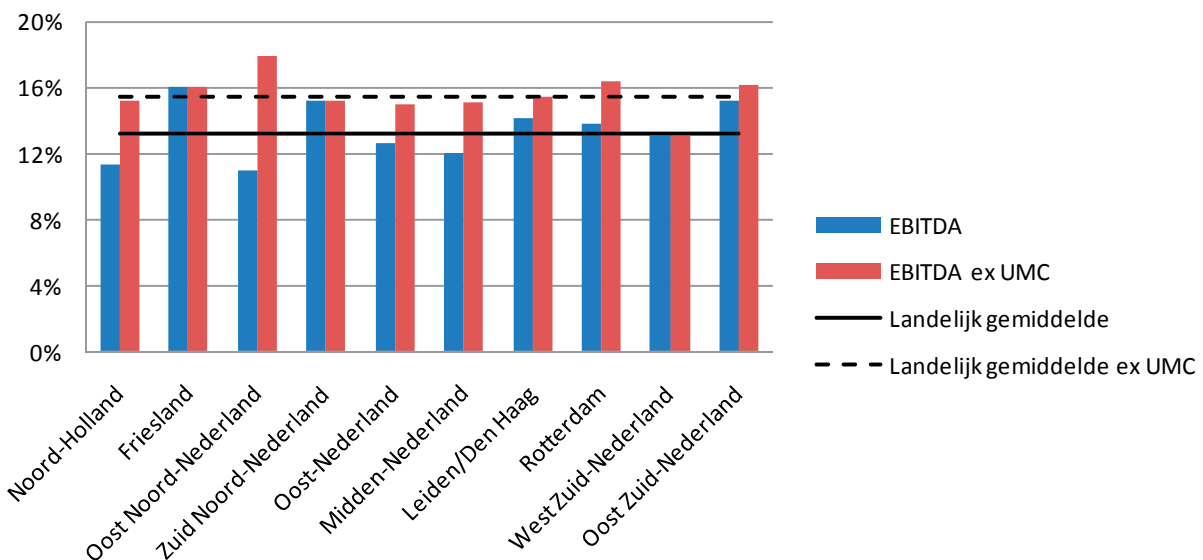


Uit het sectorvergelijk komt duidelijk naar voren dat de UMC's, mede door de niet-zorg gerelateerde inkomstenbronnen, een lage EBITDA kennen. Dit is voor dit soort instellingen niet erg, aangezien er een garantie van (overheids-) inkomsten (gestuurd vanuit een budgettair kader) tegenover staan.

De algemene tendens is wel dat de EBITDA het afgelopen jaar sterk is gestegen. Voor het bedrijfsleven zou 25% een redelijke norm zijn. Zo ver komen de ziekenhuizen in Nederland nog niet. Met name de kleinere ziekenhuizen blijven duidelijk achter. Zie in dit kader ook de opmerkingen over de gevolgen van een lage solvabiliteit. Bottom line: vanuit de cashflow moet een instelling voldoende kapitaal kunnen genereren om de schuldpositie voldoende af te kunnen dekken.

Als de voorwaarden voor leningen verscherpen en een instelling niet aan die voorwaarden kan voldoen, zullen hogere rentetarieven het gevolg zijn, waardoor het resultaat onder druk komt te staan. Ook is te verwachten dat ziekenhuizen die meer aan rente moeten afschrijven moeilijker lagere prijzen kunnen doorberekenen voor het vrijgestelde segment zorg en daarmee in een nadelige concurrentiepositie komen ten opzicht van andere instellingen.

EBITDA ziekenhuizen per regio 2010

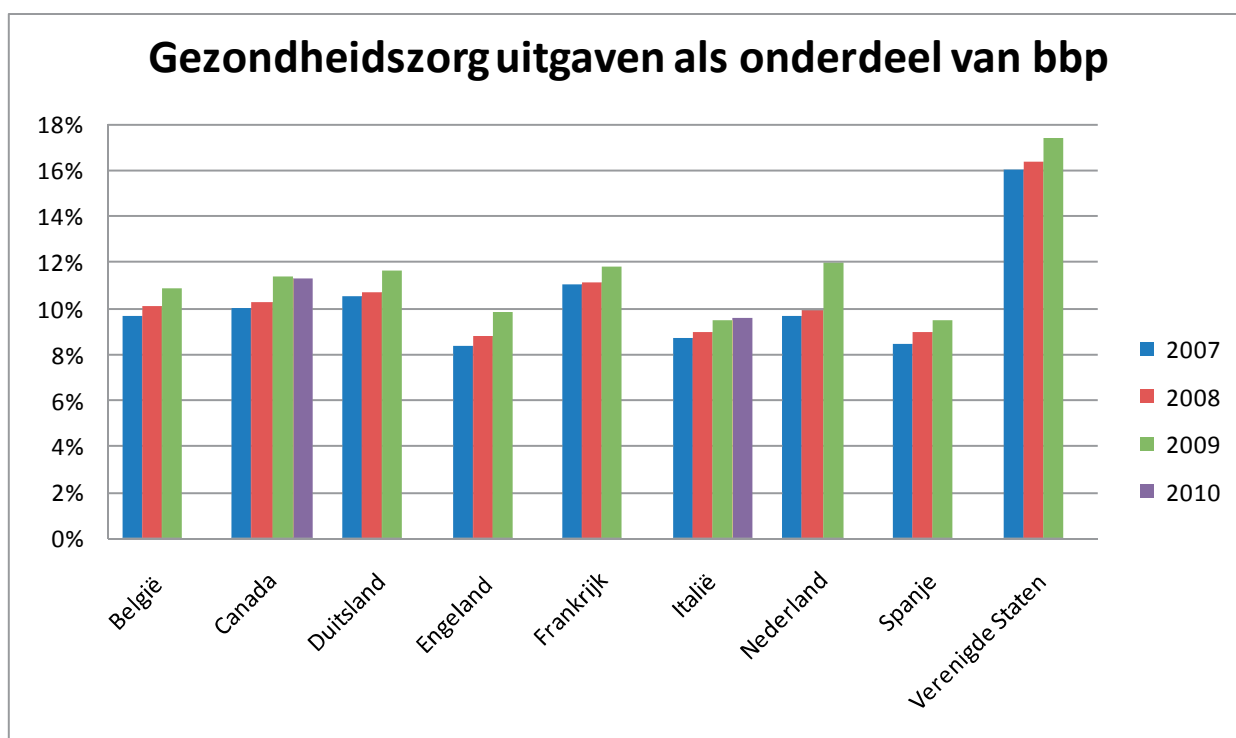


Bij het vergelijken per regio valt op dat de ziekenhuizen die werkzaam zijn in regio's waar krimp en hogere werkloosheid heerst, minder goede cashflow kennen dan andere regio's. Met name West Zuid-Nederland valt in negatieve zin op. Herkenbaar gezien de problematische situatie van de Zeeuwse ziekenhuizen.

Internationaal perspectief van de Nederlandse gezondheidszorg

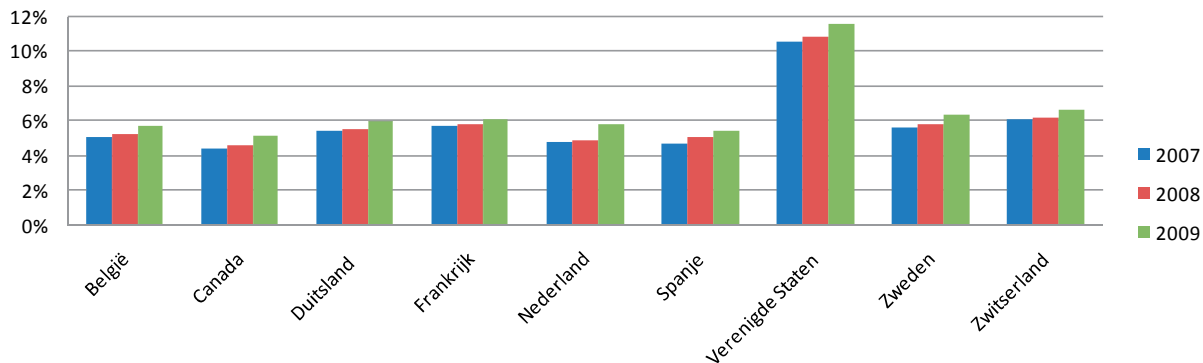
Een vergelijking met landen binnen en buiten Europa

De uitgaven voor de Nederlandse gezondheidszorg als percentage van het bruto binnenlands product (bbp) zijn tussen 2007 en 2010 gestegen van 9% tot 12%. Zoals in onderstaande grafiek te zien is, hebben alleen de gezondheidszorguitgaven van de Verenigde Staten een groter aandeel van het bbp (OECD 2011).



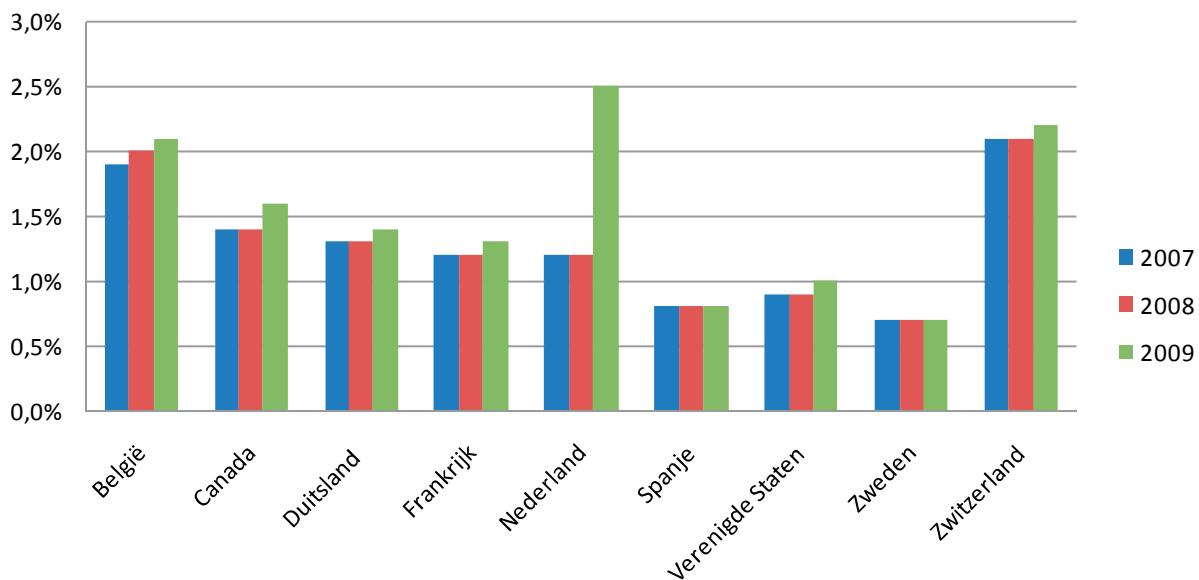
Wanneer er naar een onderdeel van de gezondheidszorguitgaven gekeken wordt, de curatieve- en revalidatiezorg, is er een ander beeld te zien. De uitgaven van Nederland aan curatieve- en revalidatie-zorg als percentage van het bbp is in vergelijking met de andere landen gemiddeld of zelfs lager. Zoals op onderstaande grafiek te zien is, bedraagt het aandeel van de curatieve zorgkosten in 2009 5,8% van het bbp, wat lager is dan het percentage van Duitsland, Frankrijk, Verenigde Staten, Zwitserland en Zweden. Opvallend hierbij is dat er tussen 2008 en 2009 een relatief grote stijging te zien is van 4,9% naar 5,8% van het bbp.

Curatieve en revalidatiezorg uitgaven als onderdeel van bbp

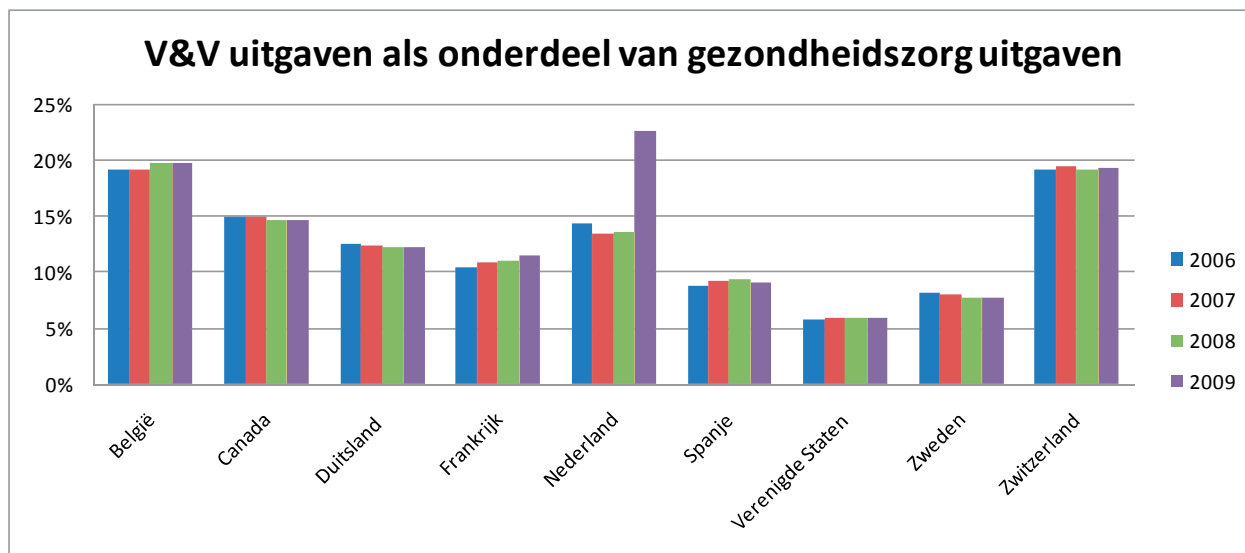


Aan onderstaande grafiek valt af te lezen dat een relatief groot deel van het bbp aan verpleging en verzorging (care) wordt uitgegeven in Nederland in vergelijking met de andere landen. In 2009 is dit met 2,5%, het hoogste percentage. Opvallend is de verdubbeling van 1,2% in 2008 naar 2,5% in 2009. Het CBS, dat de data aan OESO levert, geeft aan dat in 2009 een bredere definitie van de kosten van langdurige zorg zijn aangehouden, hetgeen de verdubbeling moet verklaren.

V&V uitgaven als onderdeel van bbp

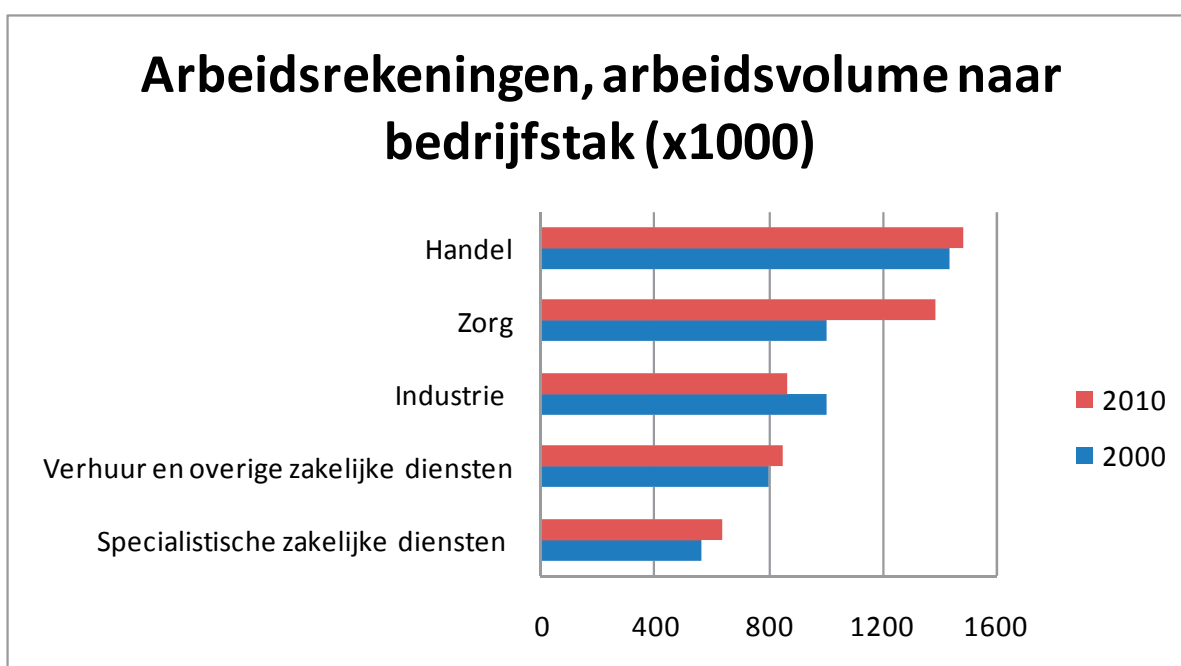


Onderstaande grafiek geeft weer welk deel van de totale uitgaven aan gezondheid aan de verzorging en verpleging (care) wordt uitgegeven in Nederland in vergelijking met de andere landen. In 2009 is dit 22,6%, het hoogste percentage in vergelijking met de andere landen. Hier is de opvallende stijging tussen 2008 en 2009 tevens terug te zien.



Werkgelegenheid Nederlandse gezondheidszorg

Het aantal personen met een arbeidsrekening per bedrijfstak is een maatstaf van het CBS om de sectorale werkgelegenheid weer te geven. Volgens deze maatstaf is de werkgelegenheid binnen de gezondheidszorg in Nederland tussen 2000 en 2010 fors gestegen van 1.004.000 arbeidsrekeningen in 2000 tot 1.389.000 in 2010. Hiermee komt het aandeel van de werkgelegenheid van Nederland voortkomend uit de gezondheidszorg steeds dichterbij het aandeel van de werkgelegenheid voortkomend uit handel (1.485.000).



Kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg

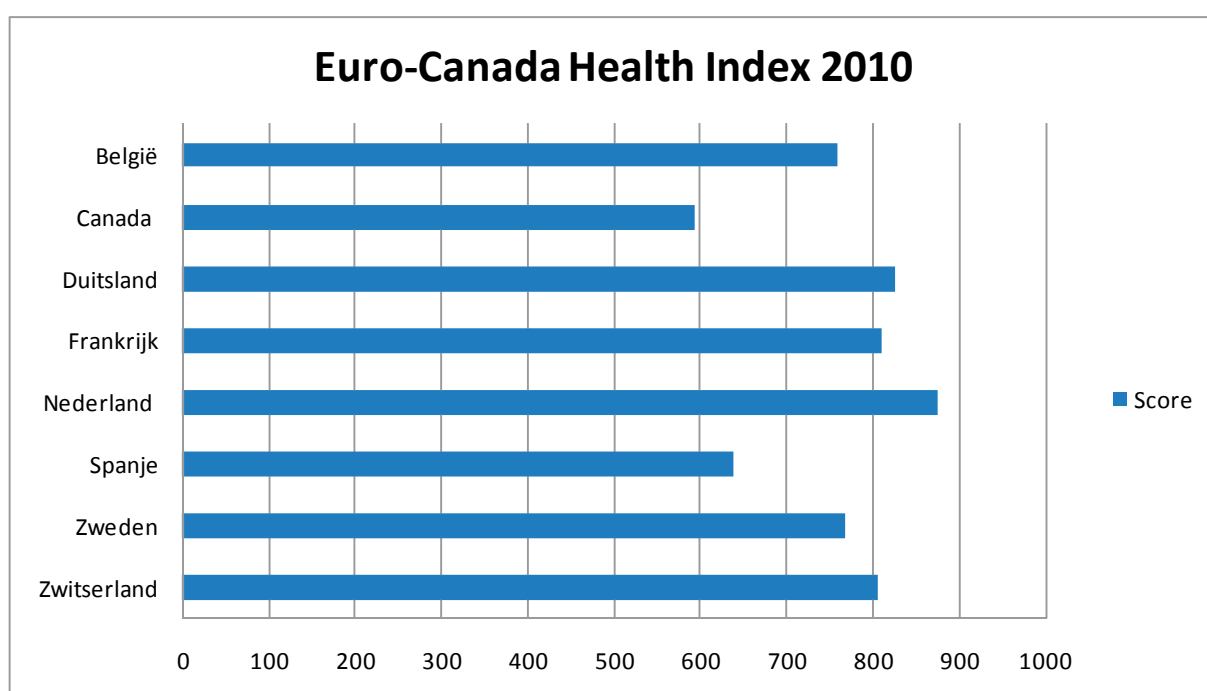
De Nederlandse gezondheidszorg scoort op vele gebieden goed als het gaat om de kwaliteit van zorg. Toch valt er op bepaalde onderdelen nog flinke vooruitgang te boeken in vergelijking met andere landen.

Het concept 'kwaliteit' kan op verschillende manieren omschreven worden. In deze paragraaf wordt uit-gegaan van de omschrijving zoals door het Institute of Medicine (IOM) gegeven is "doing the right thing, at the right time, in the right way, for the right person, and having the best possible results" (IOM, 2001). Hierbij kunnen vier onderdelen onderscheiden worden: effectiviteit, veiligheid, tijdigheid en vraaggerichtheid. Als er aan de hand van deze onderdelen naar de Nederlandse gezondheidszorg gekeken wordt, zijn er een aantal aspecten die opvallen (Zorgbalans 2010).

Op de meeste gebieden betreffende toegankelijkheid en kwaliteit van de gezondheidszorg doet Nederland het uitstekend. Echter wat betreft de wachttijden voor bepaalde zorgactiviteiten en de telefonische bereikbaarheid van huisartsenpraktijken zou verbetering behaald kunnen worden. Daarnaast bestaan er grote verschillen tussen de prijs en kwaliteit tussen zorgverleners en is afstemming en coördinatie van de zorg tussen zorgverleners niet optimaal. De kostengroei in de zorg wordt vooral veroorzaakt doordat meer zorg wordt verleend en gaat niet samen met een evenredige verbetering van de kwaliteit. Ondanks de toename van informatievoorzieningen is het nog onvoldoende mogelijk zorgaanbieders te vergelijken op kwaliteit en de uitkomsten van zorg.

Uit het jaarlijkse onderzoek van het Amerikaanse Commonwealth Fund (2010) waarbij inzicht wordt verkregen in het functioneren van nationale gezondheidszorgsystemen van twaalf landen (Verenigde Staten, Nieuw-Zeeland, Australië, Duitsland, Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk en Nederland) komt naar voren dat de Nederlandse gezondheidszorg zowel fysiek als financieel toegankelijker is dan die in andere landen. Echter wat betreft darmkankerscreening en leefstijl-begeleiding door huisartsen, valt er verbetering te behalen.

In 2010 eindigt Nederland op de Euro-Canada-Health Index, de jaarlijkse studie van The Frontier Centre for Public Policy, op de eerste plaats. De score op de index is onder andere gebaseerd op het niveau van patiënten-rechten en informatievoorziening, wachttijden voor behandeling, resultaten van zorg, service en medicatie. Deze studie is een benchmark van Canada met 29 Europese landen. In onderstaande grafiek is een selectie te zien van de score van Nederland en een zevental andere landen.



Literatuur

Brealey, R.A., Myeres, S.C., Marcus, A.J. (2008).
Fundamentals of Corporate Finance. McGraw-Hill, Inc.

Eisen, B. & Bjornberg, A. (2010). Euro-Canada Health Consumer Index (ECHCI).
Canada: The Frontier Centre for Public Policy

Ford, E., Sluiter, M., et al. (1994). Matching Strategy and Reality. Utrecht: Grontmij

Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America (2001).
Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century.
Washington, DC: National Academies Press

Jaarverslagen algemene en academische ziekenhuizen 2004 tot en met 2010.
Bron: <http://www.jaarverslagenzorg.nl/>

Le Grand, J. & Barlett, W. (Eds.) (1993). Quasi-markets and Social policy.
Houndsmill: Macmillan Press

Meij, A., Sluiter, M., Mank, O. (1999). The European ICT Top 100 benchmark
report. Meppel: AME Research

OECD Health Data, System of Health Accounts (2011). Paris: Organisation for
Economic Co-operation and Development (OECD)

Oyen, F.G.H.P., Sluiter, M., Telgenkamp, M.L.C., Transitiemodel (2009). Bron:
<http://www.qhc-nl.com>

Oyen, F.G.H.P., Verra, P. (2011). Reflecties over leiderschap in de Zorg.
Amsterdam: Reed Business

Roex, J.M., Telgenkamp, M.L.C. (1999). Honorering werklust en motivatie van
medisch specialisten in balans. 's Gravenhage: Berenschot Fundatie, Elsevier
Bedrijfsformatie BV

Sluiter, M., Bendsch, E.G.J. (2008). Nederlandse Ziekenhuizen Top 10. Utrecht
The Commonwealth Fund 2010 Annual Report (2010). New York:
The Commonwealth Fund

Westert, G.P., Berg, M.J., van den, Zwakhals, S.L.N., Heijink, R., Jong, J.D.,
de & Verkleij, H. (2010). Zorgbalans. De prestaties van de Nederlandse zorg.
Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

Quintessence HealthCare B.V. (QHC) is het transitiebureau in de zorg

QHC is opgericht in 2008 door Ferdi Oyen, psychiater np, algemeen directeur en partner, drs. Marlies Telgenkamp, managing partner en drs. Mark Sluiter, managing partner. Onze missie is: Wij willen klanten, in de continu veranderende omgeving van de gezondheidszorg, voorbereiden op hun toekomst en hen in staat stellen deze zelf te regisseren.

Onze werkwijze kenmerkt zich door het combineren van nieuwe inzichten en ideeën met bewezen concepten.

QHC beschouwt opdrachtgevers als partners met wie in samenwerking naar een oplossing toegewerkt wordt. Daarbij staat de situatie van de opdrachtgever centraal. Onze werkwijze leidt tot organisaties die klaar zijn voor de toekomst.

Over de auteurs:



Drs. M. (Mark) Sluiter is slavist, econoom en managing partner bij QHC. Zijn kracht ligt in zijn vermogen partijen bij elkaar te brengen. Analyserend en abstrahe-rend weet hij hoofdlijnen en details te scheiden en geeft hij inzicht en overzicht. Op deze manier weet hij oordeelsvrij strijdige belangen te duiden, maar altijd met een oplossing aan de horizon.

Met zijn veelzijdige achtergrond en internationale ervaring is hij sturend en vernieuwend in het leiden van grotere projecten of het ontwikkelen en uitvoeren van businessplannen.

Mark zoekt naar grenzen en uitdagingen, dit vermogen maakt hij ook bij opdrachtgevers los. Mark is politiek actief en draagt zijn visie op de vele ontwikkelingen in de zorg onderbouwd en met verve uit.



Drs. E.G.J. (Erwin) Bendsdorp is econometrist, senior researcher en consultant bij QHC. Hij is gespecialiseerd in het ontrafelen en ordenen van datagerelateerde vraagstukken en vertaalt deze naar overzichtelijke oplossingen voor de klant. Zo zet hij zijn kennis en kunde in voor een breed scala aan opdrachten zoals marktonderzoeken, businessplannen of risicomodellen.

Recent heeft hij zich vooral bezig gehouden met de Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) – zowel berekeningen als systematiek – en meerdere opdrachten gedaan voor DBC-Onderhoud. In deze opdrachten heeft hij berekeningen en analyses verricht voor de productprijsberekening van de dbc's zoals impact analyses dot en specialisme kortingen. Ook heeft Erwin een kostprijsdatabase op zorgactiviteit niveau gebouwd.

Erwin is een pragmaticus die met humor en een gezond relativeringsvermogen zijn opdrachten doet: “als niet kan wat moet, doe dan wat kan”!



E. (Elise) Aartsen MSc is neuropsychologe en heeft de Master Zorgmanagement afgerond aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam. Elise heeft onderzoek gedaan naar patiëntenin-/door-/ en uitstroomproblemen binnen een grote geestelijke gezondheidszorginstelling en is daarnaast enkele jaren op patiënt gerelateerd niveau werkzaam geweest binnen de (geestelijke) gezondheidszorg.

Elise is flexibel, enthousiast & gedreven en in staat om veelomvattende organisatievraagstukken van meerdere kanten te belichten. Op deze wijze kan ze uitstekend tot de kern doordringen en tot verfrissende oplossingen komen.



Quintessence Healthcare BV
Middenwetering 1 3543 AR Utrecht
T +31 (0)30 - 265 2282
E info@qhc-nl.com
W www.qhc-nl.com