

'Brave New World'

Vooruitblik Nederlandse Ziekenhuizen 2007-2012

Ontwikkelingen Nederlandse Ziekenhuizen 2002-2007

Ontwikkelingen Nederlandse Ziekenhuizen 2006-2007

Gupta Strategists

Copyright 2008 Gupta Strategists. No part of this work may be reproduced, quoted or used for any other purpose without the explicit consent of Gupta Strategists

O wonder!
How many goodly creatures are there here!
How beauteous mankind is!
O brave new world
That hath such people in't!"

Zo uit Miranda haar verbazing over de wereld in Shakespeare's werk **The Tempest (de Storm)**. Miranda, de dochter van de verjaagde, maar rechtvaardige hertog van Milaan, Prospero, heeft bijna haar hele leven op een eiland gewoond. Prospero bekent al vroeg in de eerste akte aan Miranda:

" –me (poor man) my library
Was dukedom large enough:"

De broer van Prospero heeft hem veel onrecht aangedaan en nu leeft hij alleen met zijn dochter op het eiland. Daarom is de verbazing van Miranda zo groot wanneer ze andere mensen ziet op het eiland, namelijk Ferdinand en zijn vader, de koning van Napels. Prospero heeft hen doelbewust schipbreuk laten lijden door Ariel, de luchtgeest.

Ariel verlangt naar vrijheid. De gemene heks hield haar gevangen, maar ze werd door Prospero bevrijd toen hij naar het eiland kwam. Zij is echter moreel aan hem verbonden voor de diensten die hij nodig heeft om het kwaad dat hem is aangedaan, ongedaan te maken. Zoals beloofd laat hij haar gaan wanneer alles goed afgelopen is en Ariel bezingt haar vrijheid met de schitterende Shakespeareaanse woorden:

When the bee sucks, there suck I.
In a cowslip's bell I lie.
There I couch, when owls do cry.
On the bat's back I do fly
After summer merrily....
Merrily, merrily, shall I like now,
Under the blossom that hang on the bough.

Aldous Huxley gebruikte Miranda's woorden van verbazing over de nieuwe wereld die ze ontdekt, voor de opening van zijn satirische versie van Utopia in zijn roman **Brave New World**, die hij in 1932 schreef. **Brave New World** is een angstaanjagende wereld. Oorlog, armoede, ziekte en andere kwellingen zijn uitgebannen. Het socialistische Utopia is binnen handbereik. Helaas is er een dystopie ontstaan, doordat ook de deugden die we als mensen waarderen, zoals individualiteit, familie, vrienden, kunst, cultuur, wetenschap, literatuur en religie, uitgebannen zijn.

Deze deugdelijke uitingen van zelfexpressie zijn ook aanwezig in ziekenhuizen. In de periode 2002-2007 betraden de ziekenhuizen een nieuw tijdperk van individuele vrijheid, het tegenovergestelde dus van de **Brave New World**, de **'nieuwe wereld'** van Huxley. Het ideaalbeeld van volledig uitgebannen verschillen op het gebied van efficiëntie, kwaliteit en andere prestatieverschillen zal waarschijnlijk nooit bereikt worden in de **nieuwe wereld** van de ziekenhuizen. Maar laat het een wereld zijn waarin ziekenhuizen, artsen, en vooral patiënten het recht hebben om hun eigen toekomst te bepalen. Dat onvervreemdbare recht op zelfexpressie is de beste weg naar de beste prestaties. En dan zouden de ziekenhuizen, net zoals Ariel, kunnen zingen:

Merrily, merrily, shall I like now,
Under the blossom that hang on the bough.

'Brave New World'

Vooruitblik Nederlandse Ziekenhuizen 2007-2012

Ontwikkelingen Nederlandse Ziekenhuizen 2002-2007

Ontwikkelingen Nederlandse Ziekenhuizen 2006-2007

Inleiding

Dit jaar hebben we ervoor gekozen de nadruk van ons jaarlijks onderzoek naar de Nederlandse ziekenhuizen te leggen op de ontwikkelingen die zijn opgetreden tijdens de 5-jarige periode 2002-2007, in plaats van ons te concentreren op de ontwikkelingen van slechts één jaar, 2007. We ondernemen ook de taak om de potentiële ontwikkelingen te bespreken voor de volgende 5-jarige periode 2007-2012. De ontwikkelingen tijdens de periode 2006-2007 zullen we slechts kort aanstippen.

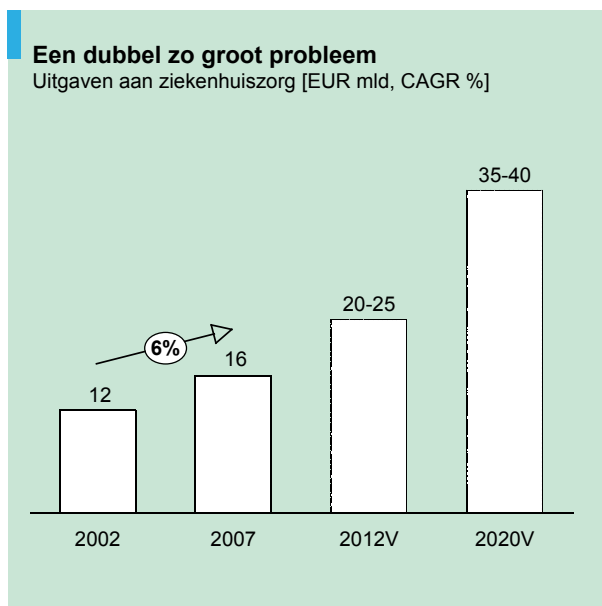
Wanneer we teruglezen in de 1-jarige onderzoeken, dan wordt al snel duidelijk dat sommige ontwikkelingen zich duidelijk versterkt hebben tijdens deze 5-jarige periode, maar dat andere ontwikkelingen meer ruis waren dan een noemenswaardig signaal. Het doel van dit 5-jarig overzicht is deze 1-jarige ruis te scheiden van de 5-jaar durende signalen. Op basis hiervan kunnen we vijf grote signalen onderscheiden.

Terugkijken en de gegevens onderzoeken met als doel een zinnige reeks conclusies te trekken, is een uitdaging op zich in een sector die zo divers, rijk, complex en doorwrocht is met veranderingen gedurende de laatste 5 jaar (DBC, B-segment, vooruitgang op medisch gebied, enz.). Het doel van dit rapport is tevens om een kijkje te nemen in de heerlijke nieuwe wereld van morgen. We bieden u een vooruitblik voor 2007-2012, die gebaseerd is op de 5-jarige ontwikkelingen. We bespreken hierin welke trends en ontwikkelingen zich waarschijnlijk voor zullen doen gezien de analyse van de afgelopen 5 jaar.

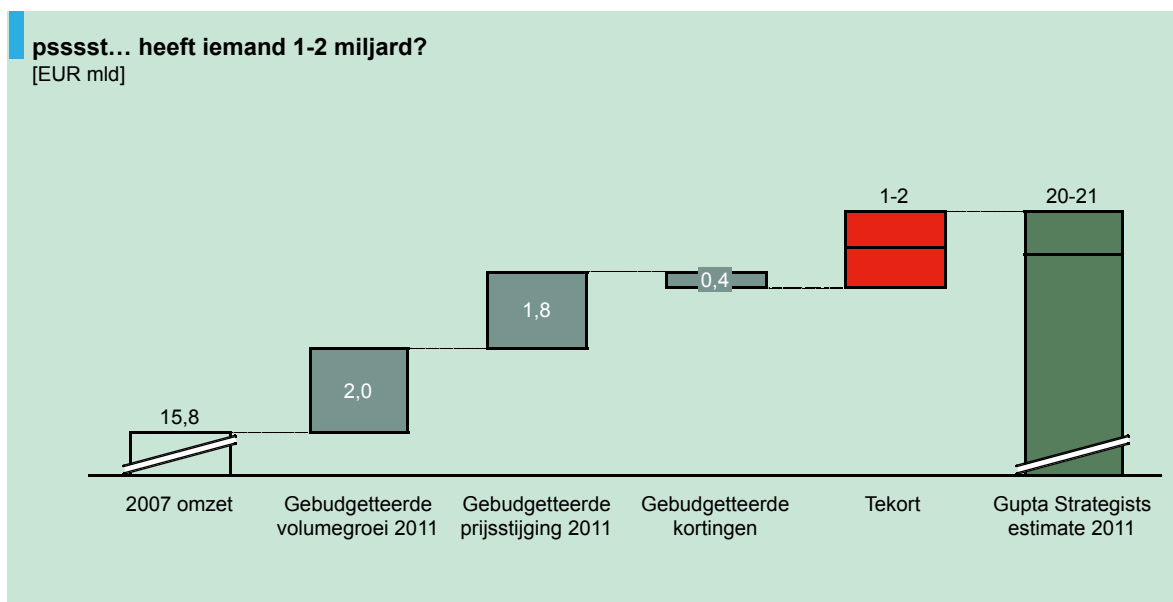
De structuur van deze samenvatting volgt 3 grote lijnen:

- 1) Vooruitblik 2007-2012
- 2) Ontwikkelingen 2002-2007
- 3) Ontwikkelingen 2006-2007

Figuur 1



Figuur 2



Vooruitblik 2007-2012

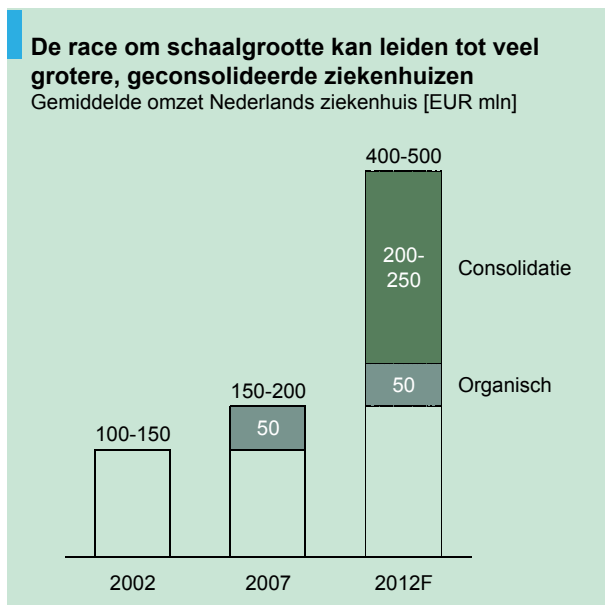
Het doel van onze vooruitblik 2007-2012 is de bestuurders in ziekenhuizen, maar ook verzekeraars en beleidsmakers te voorzien van een reeks concrete voorspellingen opdat zij, indien zij zich hiertoe genoodzaakt zien, hun strategieën kunnen afstemmen. Zoals de lezer zal zien, zijn er veel voorspellingen die misschien niet verbazingwekkend zijn, maar wel aanzienlijke, zo niet onoverkomelijke uitdagingen zullen bieden voor het management.

- 1) De uitgaven van de ziekenhuizen zullen 20-25 miljard euro bedragen in 2012, vergeleken met 16 miljard euro in 2007. We voorspellen een tekort van 1-2 miljard euro ten opzichte van de huidig beschikbare begrotingsontwerpen. Deze 1-2 miljard euro extra moet vrijgemaakt worden voor de ziekenhuizen via hogere premies. Gebeurt dit niet, dan bestaat het risico van gedwongen prijsverlagingen voor ziekenhuizen (Figuren 1 en 2)**

De toekomstige trends op het gebied van demografie en vooruitgang van de medische technologie duiden erop dat de groei zich in de komende vijf jaar versneld door zal zetten. We verwachten dat de uitgaven minstens 21 miljard euro zullen bedragen, maar deze zouden tot 25 miljard euro kunnen oplopen in 2012.

Onze laagste voorspelling van 21 miljard euro uitgaven in 2012 ligt al 1-2 miljard euro hoger dan wat er nu voorzien wordt in de begroting voor medische zorg. Als het begrote budget niet aanzienlijk naar boven bijgesteld wordt door het aanboren van nieuw kapitaal voor ziekenhuizen, dan verwachten we moeilijkheden voor de periode 2007-2012. Een tekort aan kapitaal zou kunnen leiden tot gedwongen prijsverlagingen voor alle ziekenhuizen. Gezien de ondoeltreffendheid van deze prijsverlagingen, verwachten we echter niet dat deze doorgevoerd zullen worden. We voorspellen dat de verzekeringspremie fors zal stijgen en dat veel gedekte behandelingen uit het basispakket gehaald zullen worden en onderdeel zullen uitmaken van een aanvullend pakket, om de groei van de ziekenhuizen te dekken.

Figuur 3



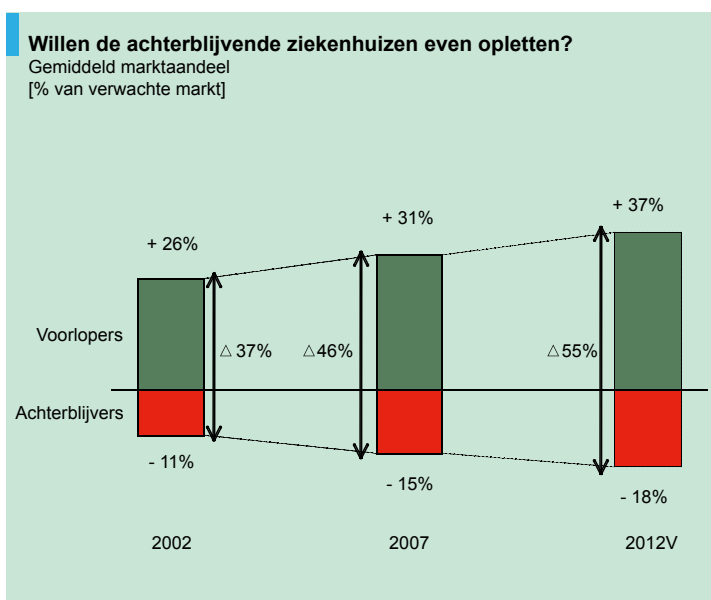
- 2) **Inkoop- en loonkosten zullen de grootste drijfveren zijn van de extra uitgaven van 5 miljard euro in ziekenhuizen in 2012. Wanneer we ons baseren op 2002-2007, verwachten we een geringe toename van de netto-efficiëntie in 2007-2012**

De zorgkosten zullen blijven toenemen en we verwachten geen aanzienlijke toename van de efficiëntie. Specialisatie en een tekort aan personeel zullen de uitgaven voor zowel salarissen als outsourcing blijven opstuwten. Inkoopuitgaven zullen de grootste groeifactor vormen. Een gebrek aan voldoende begrip van de volume-, inflatie- en innovatie-aspecten van de stijging van de inkoopkosten zullen een efficiënt inkoopbeheer blijven hinderen.

- 3) **Een golf van consolidaties tussen de ziekenhuizen zal leiden tot grotere ziekenhuisketens (Zie figuur 3)**

Verskillende trends duiden erop dat we aan de vooravond van een grote consolidatiegolf staan. Tot deze trends behoren de toenemende complexiteit van medische procedures, de noodzaak om voldoende aantallen te behalen, een positieve correlatie tussen volume en kwaliteit, consolidaties tussen verzekeraars en een groter wordende professionaliteit, een talentenoorlog, noodzakelijke schaalgroottes voor inkoop, de strijd om het marktaandeel, de administratieve verplichtingen, etc. We voorspellen dat er in de komende vijf jaar een krachtige consolidatiegolf zal spoelen over de kust van de ziekenhuizen, die aanzienlijk grotere nationale ziekenhuisketens zal veroorzaken. Wees dan ook niet verbaasd als de gemiddelde omvang van een ziekenhuisketen tot 400-500 miljoen euro zal groeien in 2012, terwijl de gemiddelde omvang in 2007 nog maar 150-200 miljoen bedroeg.

Figuur 4



- 4) **Groter B-segment zal aanzienlijke prestatiedruk betekenen. Het aantal patiënten dat switcht binnen het B-segment is al veel groter en zal groeien door de unieke partnershipstrategieën die door individuele ziekenhuizen en verzekeraars worden gesmeden. Specialisatie van bepaalde ziekenhuizen in een aantal B-segmentprocedures lijkt op handen.**

Het B-segment zal in 2009 doorgroeien tot 30-35% van het totale volume en we verwachten dat deze groei alleen maar zal toenemen. De verzekeraars en de ziekenhuizen zullen hun eigen afzonderlijke en unieke strategieën ontwikkelen voor hun aanpak van het B-segment. Dergelijke partnerships zullen ook een eigen communicatietaal ontwikkelen om de onmogelijke taak om met de huidige Diagnose Behandel Combinaties te werken te vermijden en vergaande onderhandelingen qua tijd en prijs, medische kwaliteit en dienstverlening mogelijk te maken.

Patiënten switchen al veel ($\pm 8\%$), maar dit zal nog veel meer gebeuren in het B-segment wanneer zowel de ziekenhuizen als de verzekeraars samen zullen werken of elkaar in andere gevallen zullen tegenwerken in hun streven de keuze van de patiënt te beïnvloeden. Als een gevolg hiervan zullen de eerste veranderingen zich in de periode 2007-2012 voordoen. Sommige ziekenhuizen zullen bepaalde B-segmentprocedures tot het minimum beperken, terwijl andere ziekenhuizen gespecialiseerde centra zullen worden voor grote volumes.

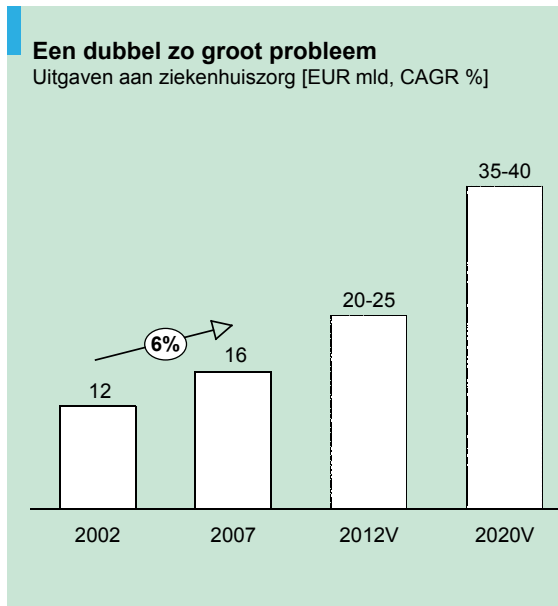
- 5) **Het gat tussen de best en de slechtst presterende ziekenhuizen zal nog groter kunnen worden. Nu de gemiddelde prestaties weer verbeteren, moet dit groter wordende gat eerder gezien worden als een stimulans voor verdere verbeteringen van de prestaties dan als een probleem (Figuur 4)**

De versnelde verandering van buitenaf en het vermogen en de ambitie van een aantal ziekenhuizen om verandering te stimuleren, zal ertoe leiden dat het gat tussen de ziekenhuizen qua prestaties groter zal worden. We verwachten dat de marktaandelen in het B-segment aanzienlijk zullen verschuiven. Gezien de vaste kosten zullen de winnaars van de marktaandelen hun gemiddelde winstgevendheid zien groeien. Tegelijkertijd voorspellen we dat er enkele

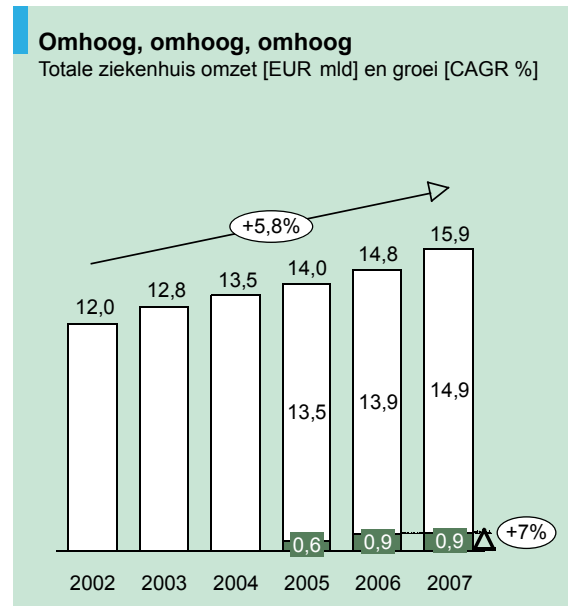
koplopers onder de ziekenhuizen zullen zijn die hun succesvolle gerichtheid op een efficiënte bedrijfsvoering zullen voortzetten. Verzekeraars zullen steeds beter worden in het invoeren van een principe van "geld volgt de patiënt die kiest voor een efficiënt ziekenhuis dat hoge kwaliteit biedt". Deze trends in markt-, bedrijfsvoering- en financiële prestaties zullen ervoor zorgen dat de beste ziekenhuizen de achterblijvers verder achter hen zullen laten. Hoewel het mogelijk is dat achterblijvers failliet zullen gaan, vermoeden we dat ze eerder een rol zullen spelen in het consolidatiespel dat door de koplopers aangestuurd wordt.

We voorspellen dat de prestaties van ziekenhuizen in de komende vijf jaar weer zullen verbeteren, op voorwaarde dat het financieringsprobleem geen onoverkomelijk obstakel zal vormen. Wanneer de gemiddelde prestaties verbeteren, is een groter wordend gat eerder een maatstaf van de gezondheid en het zelfgenezende vermogen van de sector dan een probleem.

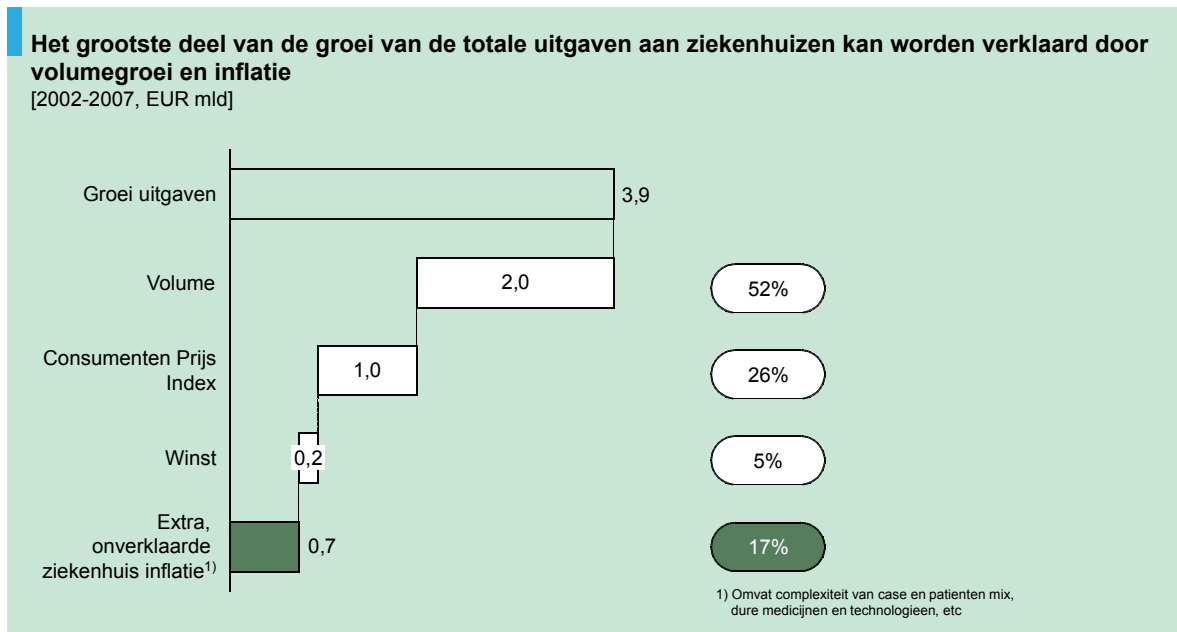
Figuur 5



Figuur 6



Figuur 7



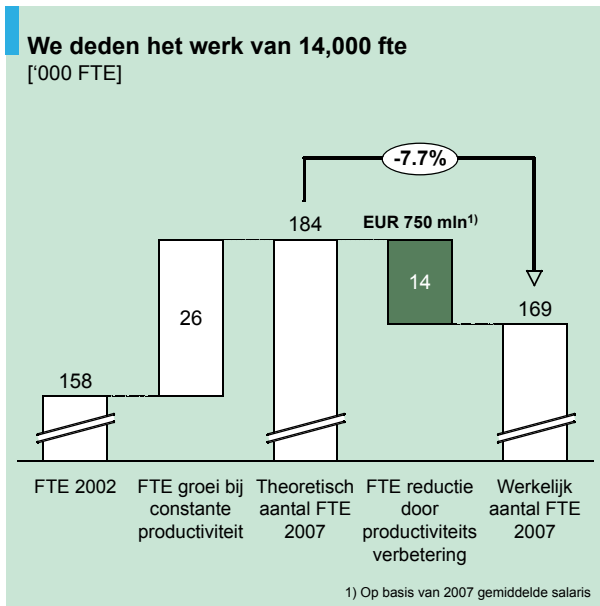
Ontwikkelingen 2002-2007

De 5-jarige periode 2002-2007 bracht een grote verandering voor de ziekenhuizen. DBC en het B-segment betraden een nieuwe wereld van vrijere markten voor ziekenhuisdiensten. Het was ook een periode waarin men zich steeds meer bewust werd van de uitdaging die de groei van de ziekenhuisuitgaven stelt. En wat nog veel belangrijker is, is dat ziekenhuizen steeds meer geconfronteerd werden met het grote en onverklaarbare gat op het gebied van kwaliteit en efficiëntie. Hebben de ziekenhuizen deze uitdagingen het hoofd weten te bieden? Hieronder presenteren we onze vijf voornaamste conclusies die berusten op analyses van de prestaties van alle Nederlandse ziekenhuizen in de periode 2002-2007.

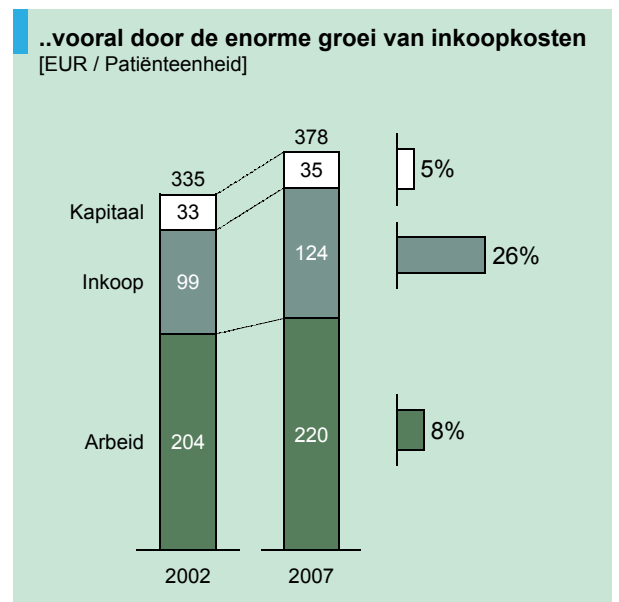
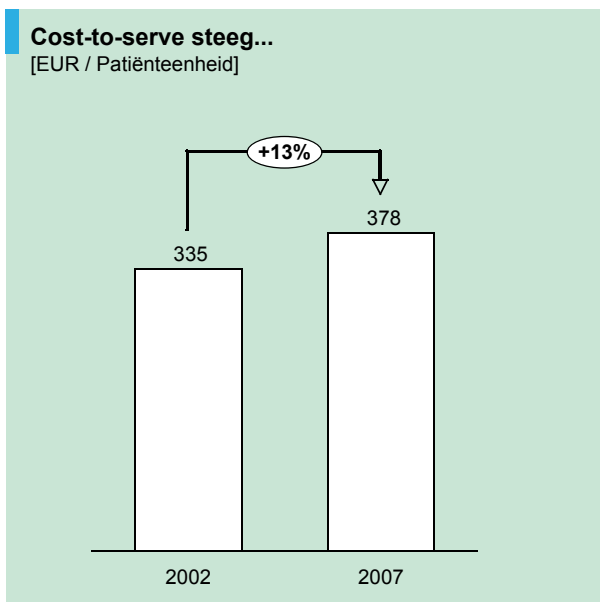
- 1) **De ziekenhuisuitgaven namen in 2002-2007 met 4 miljard euro toe en bereikten 16 miljard euro in 2007. Deze toename is voor meer dan 50% toe te schrijven aan de stijgende volumes. Volume, algemene inflatie en winst dragen voor meer dan 80% bij aan de toename van de uitgaven. Het consequent te laag schatten van het BKZ zou geleid kunnen hebben tot een tekort van 750-1000 miljoen euro in 2002-2007 (Figuren 5, 6 en 7)**

De uitgaven van de ziekenhuizen bleven stijgen met een samengestelde gemiddelde jaarlijkse groei van 5,8% . Met 7,5% zag 2007 de grootste groei binnen deze 5-jarige periode. 52% van deze groei is direct terug te voeren op de groei van de volumes in de zin van aantal patiënten. 26% zou verklaard kunnen worden door het gemiddelde indexcijfer van de consumptieprijzen. 5% van de extra uitgaven bleef binnen de ziekenhuizen als extra winst. Na deze drie verklarende factoren blijft er 700 miljoen euro aan groei over dat niet eenvoudig verklaard kan worden aan de hand van de gegevens uit jaarverslagen. Wij zijn van mening dat het grootste deel van dit relatief kleine verschil verklaard kan worden door de opkomst van nieuwe technologieën, procedures en medicijnen en een verschuiving van samenstellingen van behandelingen en patiënten in deze periode. Al deze veranderingen zijn niet opgevangen door patiënteenheden als een volumemaat. We concluderen hieruit dat een groeipercentage van 6-7% een meer realistische kijk biedt dan de nu gebruikte verwachtingen. Het gat tussen de begroting en de werkelijke groei heeft geleid tot een steeds groter wordend tekort aan kapitaal, dat we voor de periode 2002-2007 schatten op 750 tot 1000 miljoen euro.

Figuur 8



Figuur 9



- 2) Ziekenhuizen hebben in 2002-2007 een arbeidsproductiviteitsgroei behaald van 750 miljoen euro door het personeelsbestand te reduceren met een equivalent van 14.000 fulltime arbeidskrachten. De totale zorgkosten bleven echter toenemen door met name de hogere inkoopkosten, die met 1,6 miljard euro stegen (Figuur 8 en 9)

In de periode 2002-2007 behaalden de ziekenhuizen een productiviteitsgroei van 750 miljoen euro, oftewel 14.000 werknemers, door de verhoging van de arbeidsproductiviteit¹. Dit betekent een winst van bijna 10% in 5 jaar. De hogere loon- en inkoopkosten leidden er echter toe dat de zorgkosten globaal genomen bleven stijgen. Wij zijn van mening dat er nog steeds genoeg ruimte is voor efficiëntieverbetering, zeker op het gebied van inkoop, maar ook op dat van arbeidsproductiviteit.

¹ De vermindering van het aantal arbeidskrachten zou misschien gedeeltelijk verklaard kunnen worden door outsourcing.

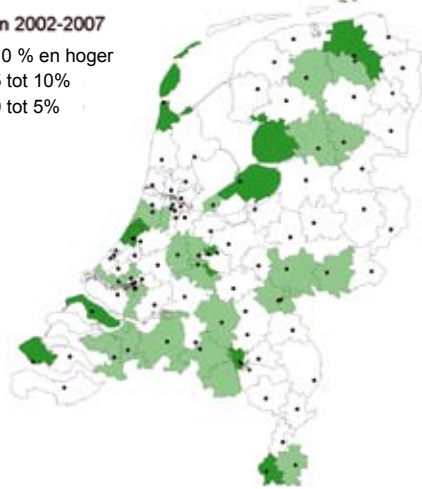
Figuur 10

Cumulatieve marktverschuivingen in het A-segment waren significant...

Verandering van de marktscore 2002-2007 [%]

Churn 2002-2007

- 10 % en hoger
- 5 tot 10%
- 0 tot 5%

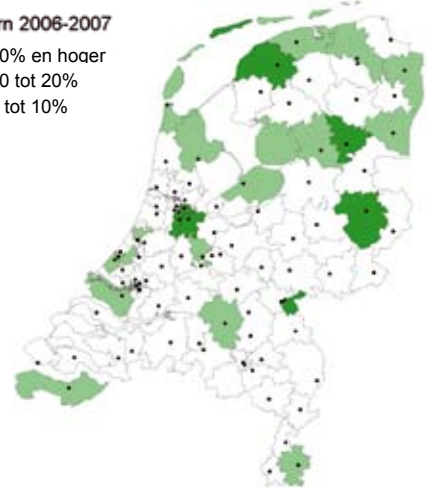


...maar in 1 jaar B-segment waren nog grotere verschuivingen zichtbaar

Verandering van B-segment marktscore 2006-2007 [%]

Churn 2006-2007

- 20% en hoer
- 10 tot 20%
- 0 tot 10%

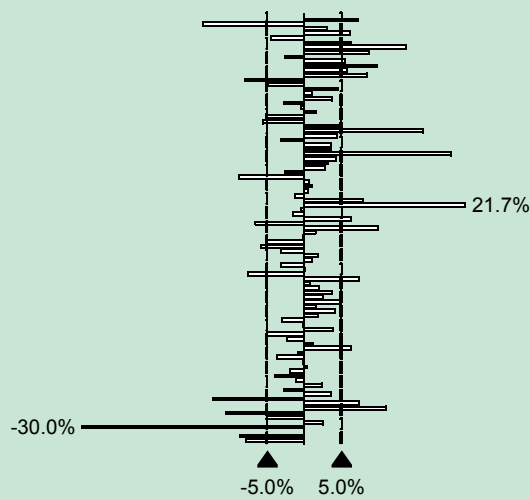


Figuur 11

Wisselingen in A-segment over 5 jaar zijn...

2002-2007 marktscore verandering [%]

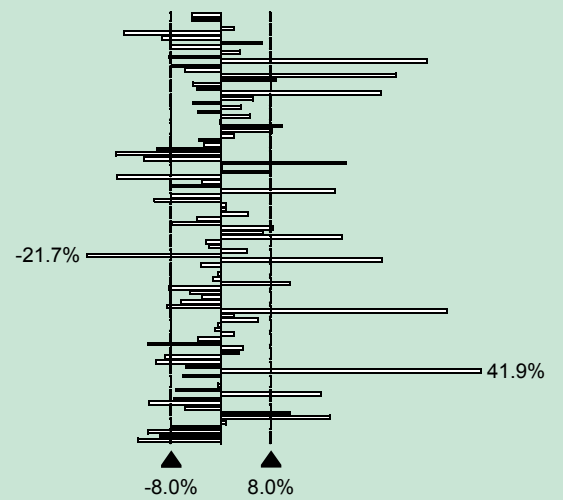
Gemiddelde 5 jaar wisseling: ± 5%



... minder dan een jaar in B-segment¹⁾

2006-2007 B-segment marktscore verandering [%]

Gemiddelde jaarlijkse wisseling: ± 8%



1) Kan verschillen als gevolg van prijs-, case-mix- en registratieeffecten

- 3) **B-segment bereikte een stabiel niveau van 6% van totale ziekenhuisomzet. Groei van B-segment in absolute waarde is vergelijkbaar met groei van A-segment. Alle ziekenhuizen hebben een redelijke kans om uit te blinken in het B-segment. Patiënten wisselen vier maal vaker van ziekenhuis in het B-segment dan in het A-segment, wat duidt op een betere marktwerking in het B-segment.** (Figuren 10 en 11)

In 2007 lag het groeipercentage van het B-segment net onder dat van het A-segment. Het aandeel van het B-segment van de totale omzet bereikte een stabiel niveau van 6%.

Belangrijk is dat de prestaties van verschillende ziekenhuisgroepen in hun markten vergelijkbaar zijn en dat er geen ziekenhuizen zijn die duidelijk bevoordeeld zijn, zoals de UMC's en STZ/WBMV in het A-segment. De marktprestaties in het B-segment voor de verschillende type ziekenhuizen zijn als verwacht. Dit in tegenstelling tot het A-segment waar de UMC's en de STZ/WBMV-groep een veel groter marktaandeel hebben en hogere aantallen behalen.

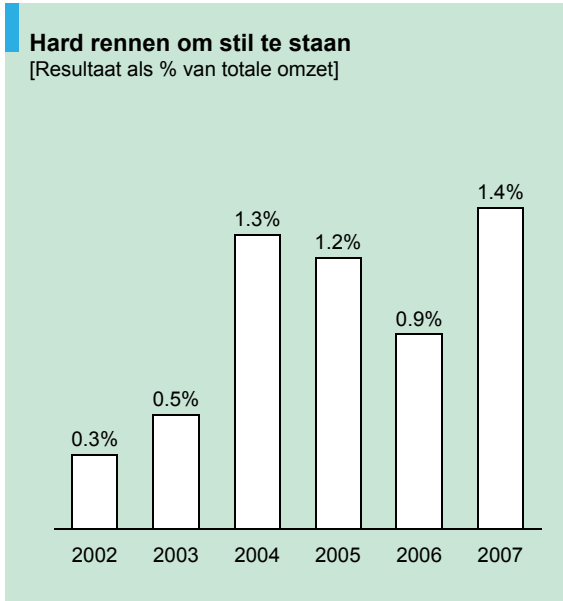
We hebben het veranderingsgedrag van patiënten bijgehouden voor de periode 2002-2007. Het gemiddelde nettoprocentage² van patiënten die van polikliniek wisselen, was constant in deze periode en bedroeg $\pm 2\%$.

In het B-segment wisselden patiënten veel vaker van ziekenhuis. In 2006-2007 bedroeg het wisselpercentage in het B-segment $\pm 8\%$.

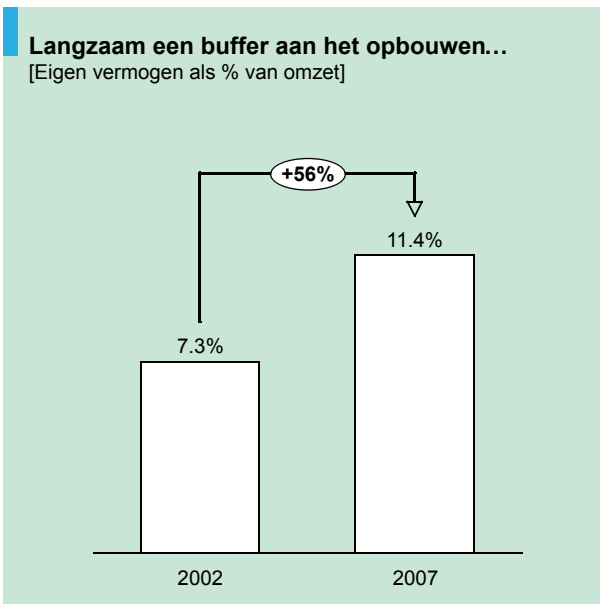
Een gemiddelde van $\pm 2\%$ is op zich al erg hoog. De impact ervan op de financiële prestaties van ziekenhuizen is vergelijkbaar met de gemiddelde winstgevendheid van de sector. We ontdekten echter dat een kleine groep ziekenhuizen met een sneller tempo marktaandeel heeft gewonnen gedurende de onderzochte periode. Het aantal keer dat patiënten op jaarbasis bij deze ziekenhuizen veranderden, lag dus hoger. De cumulatieve impact van het wisselende gedrag van patiënten over een 5-jarige periode is aanzienlijk voor zowel de winnende als de verliezende ziekenhuizen. Het sterke wisselgedrag

² Groei van het relatieve aantal patiënten boven of onder het groeipercentage van de markt. Mate van de gemeten veranderingen in marktaandeel. Weerspiegelt het netto aantal keer dat patiënten wisselen per ziekenhuis, niet het totaal aantal keer dat personen wisselen. Het nettowisselpercentage is per definitie nul in heel NL (hierbij worden patiënten die naar ziekenhuizen buiten Nederland gaan niet meegeteld). Het wisselen binnen het B-segment is gebaseerd op totale waarden, niet op lokale aantallen. Dit betekent dat de percentages ook consumptie- en prijsverschillen per jaar kunnen weergeven.

Figuur 12



Figuur 13



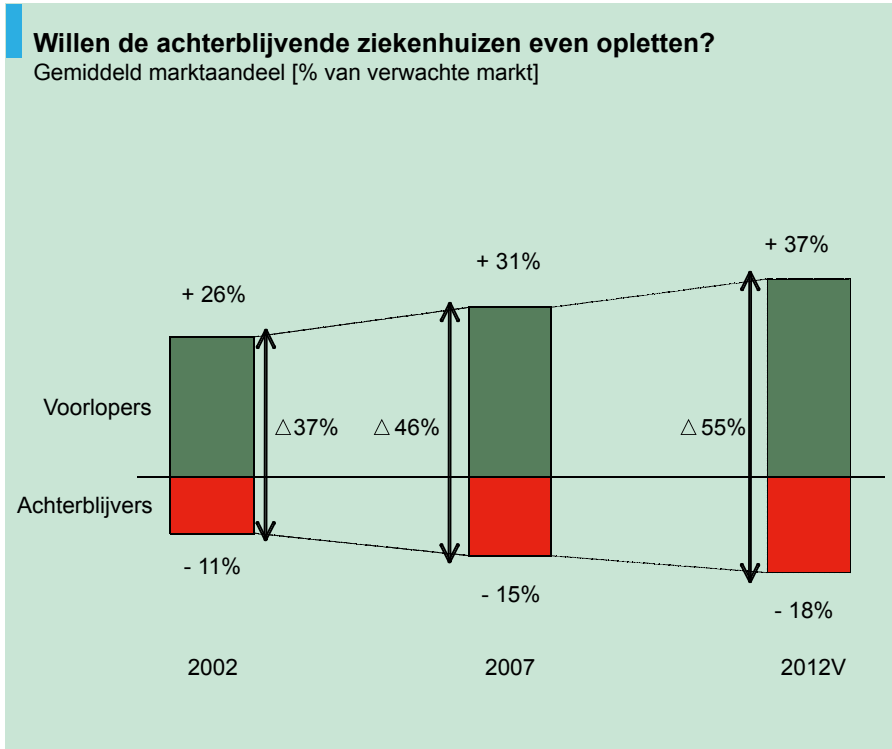
in het B-segment duidt op een betere marktwerking in het B-segment dan in het A-segment . Voor de winnende ziekenhuizen zijn er nieuwe deuren opengegaan, terwijl er een hele reeks medische en strategische mogelijkheden niet meer bruikbaar zijn voor de verliezende ziekenhuizen.

- 4) **De ziekenhuizen hebben bijna 1 miljard euro toegevoegd aan hun vermogen en staan ze nu financieel sterker dan in 2002. De winstmarges waren met circa 1% stabiel. Ondanks de substantiële verbeteringen is de gemiddelde financiële gezondheid slecht en de financiële buffers van een aantal ziekenhuizen nog steeds laag** (Figuren 12 en 13)

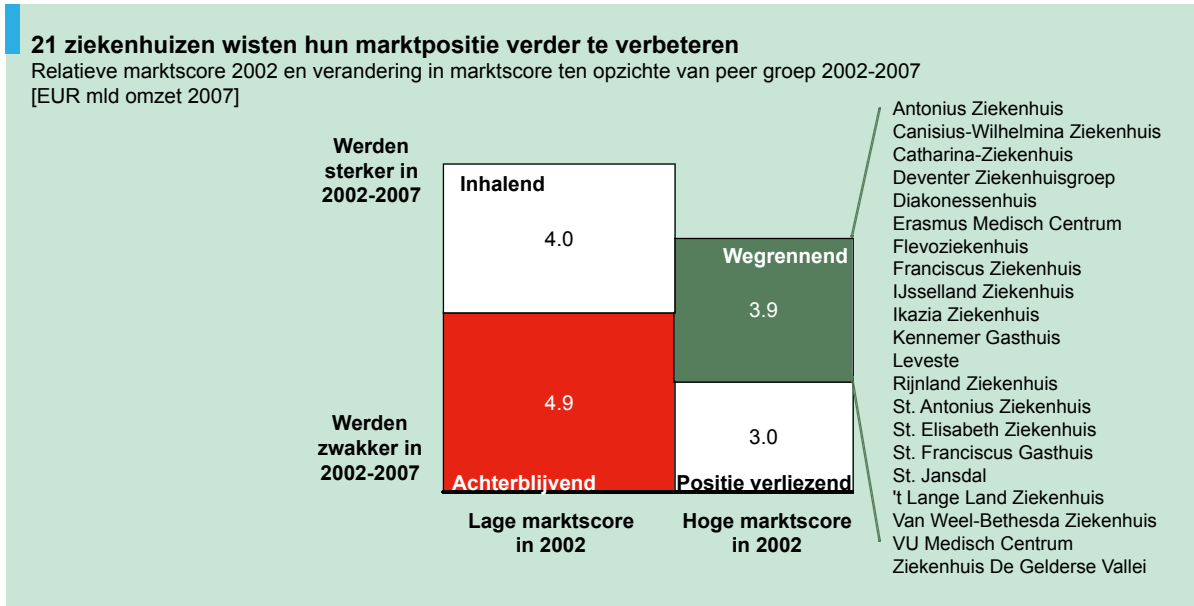
De ziekenhuizen begonnen met een lage winstmarge van 0,3% in 2002 . Sinds 2004 hebben de winstmarges vrij stabiel gelegen op 1%. 2007 was het beste jaar met een marge van 1,4%.

Doordat ze 5 jaar winstgevend hebben gedraaid, hebben de ziekenhuizen kapitaal kunnen toevoegen aan hun eigen vermogen. De toename van het vermogen steeg tot bijna 12% van de omzet. Het vermogen groeide dus niet alleen, het groeide ook nog eens sneller dan de omzetgroei. Het is belangrijk om te vermelden dat alle ziekenhuizen hun vermogen zagen stijgen. Met bijna 1 miljard euro vermogensgroei in vijf jaar, hebben de ziekenhuizen hun financiële gezondheid aanzienlijk verbeterd. Veel ziekenhuizen lijden echter nog steeds verlies en hun prestaties moeten verder verbeterd worden.

Figuur 14



Figuur 15

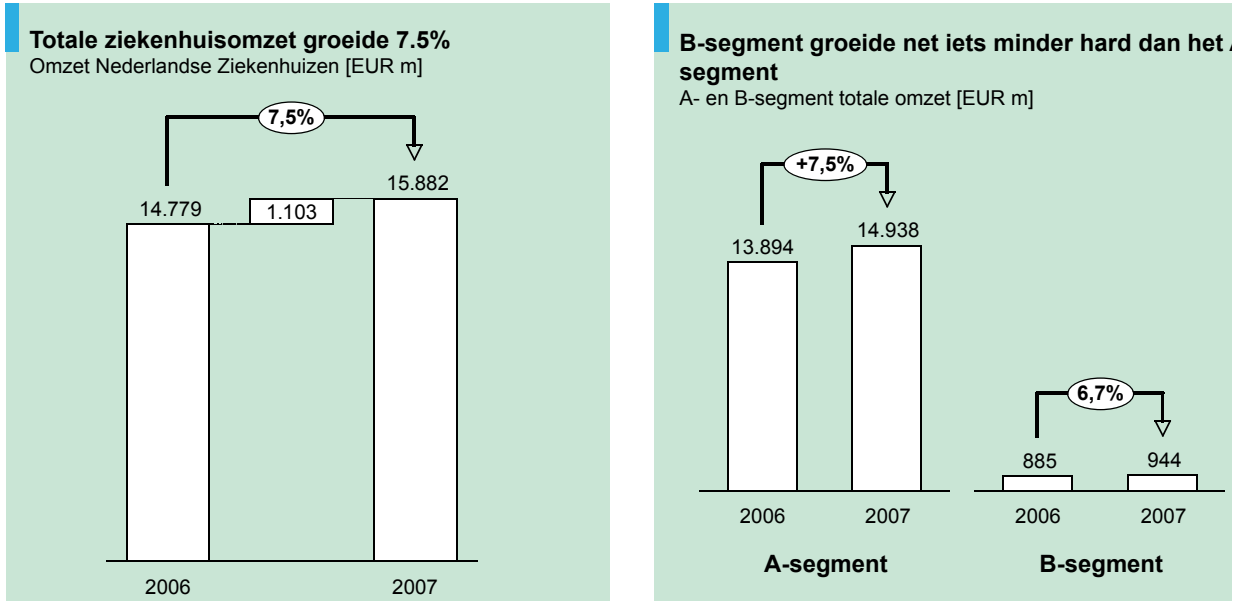


- 5) **Hoewel de prestaties in de sector in het algemeen verbeterd zijn, is er een groot en steeds groter wordend gat tussen verschillende ziekenhuizen. De verschillen in prestaties zijn groter geworden op alle gemeten gebieden van marktaandeel, zorgkosten en winstgevendheid. Aangezien de prestaties in de sector in het algemeen verbeterd zijn, hoeft een groter wordend gat niet per se zorgwekkend te zijn op korte termijn (Figuren 14 en 15)**

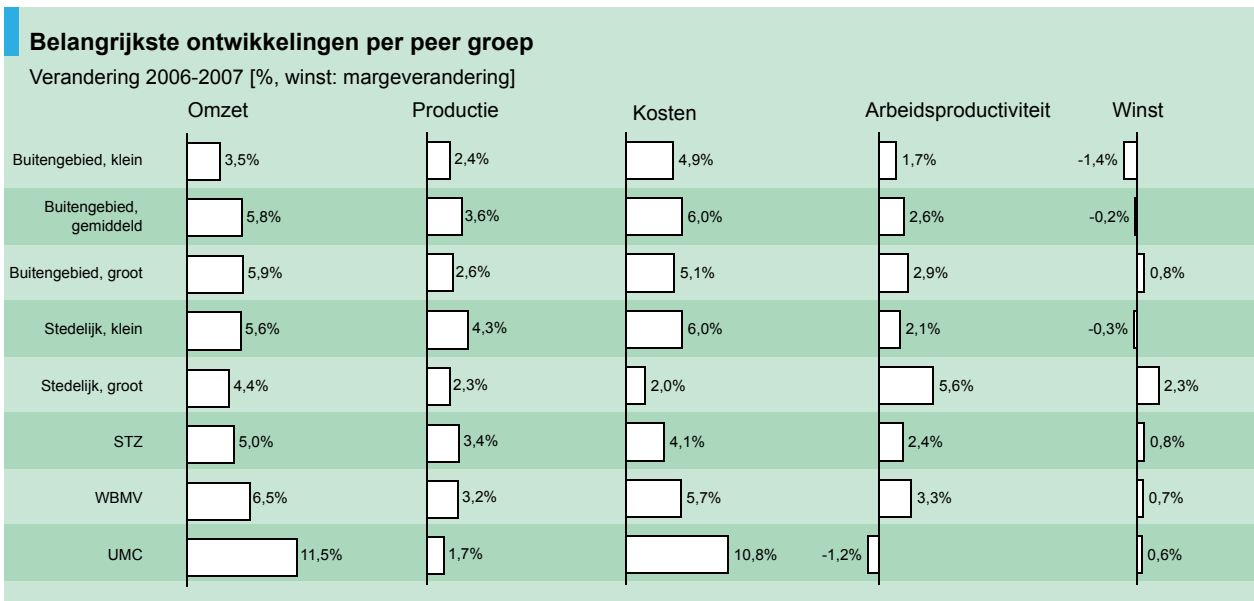
Zowel qua operationele, financiële als marktprestaties bestaat er een groot en steeds groter wordend verschil tussen de ziekenhuizen. Zo is het marktaandeel van de best presterende ziekenhuizen voortdurend sterker gegroeid dan dat van de omringende ziekenhuizen en de ziekenhuizen in de rest van het land (Figuren 14 en 15). Ook het verschil qua zorgkosten en financiën is groter geworden. In 2008, het jaar van de Olympische Spelen, is de vergelijking met een topsprinter die de rest ver achter zich laat, snel gemaakt. Dergelijke grote verschillen hebben ertoe geleid dat een aantal ziekenhuizen niet alleen gegroeid zijn, maar ook veel geïnvesteerd hebben in hun personeel en nieuwe technieken, terwijl andere ziekenhuizen steeds moeilijker keuzes zullen moeten maken.

In het algemeen verbeteren de prestaties in de sector. Het groter wordende gat is zorgwekkend vanuit het oogpunt van de kwetsbaarheid en daarmee de toegankelijkheid van zorg in zwakkere ziekenhuizen. De beter presterende ziekenhuizen zouden echter als inspiratiebron moeten dienen voor de zwakkere ziekenhuizen om hun eigen prestaties te verbeteren. Een dergelijk ontwikkelingsproces doet zich voor op langere termijn. Het is een autonoom proces, dat echter niet geheel zonder risico is. We verwachten dat een aantal markten met toegankelijkheidsproblemen te kampen zullen krijgen. Zolang de gemiddelde langetermijnwinst van het systeem echter hoger is, zal dit de lokale problemen op korte termijn rechtvaardigen.

Figuur 16



Figuur 17

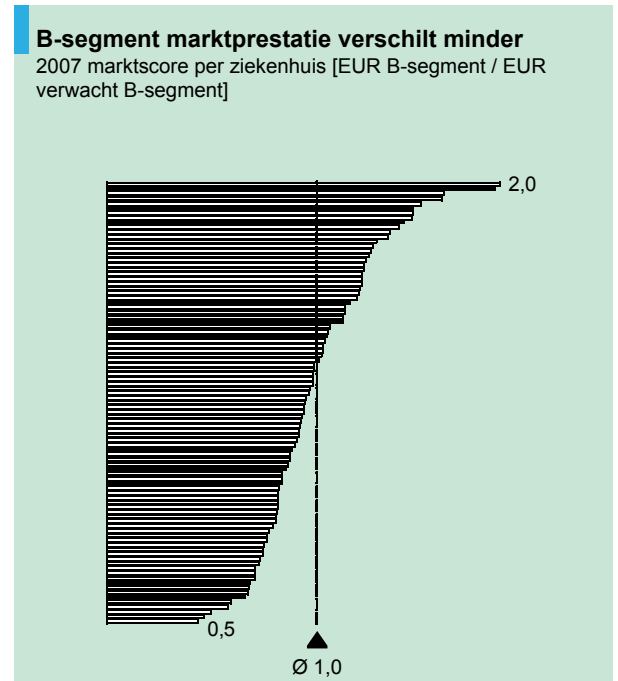
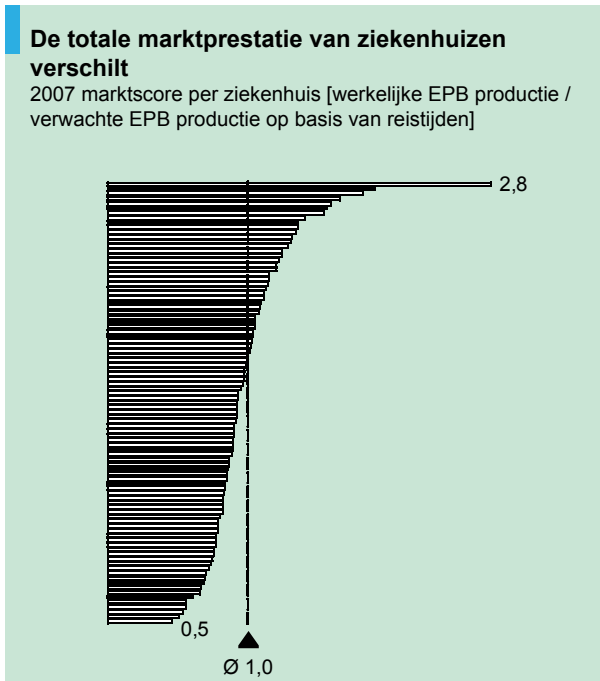


Ontwikkelingen 2006–2007

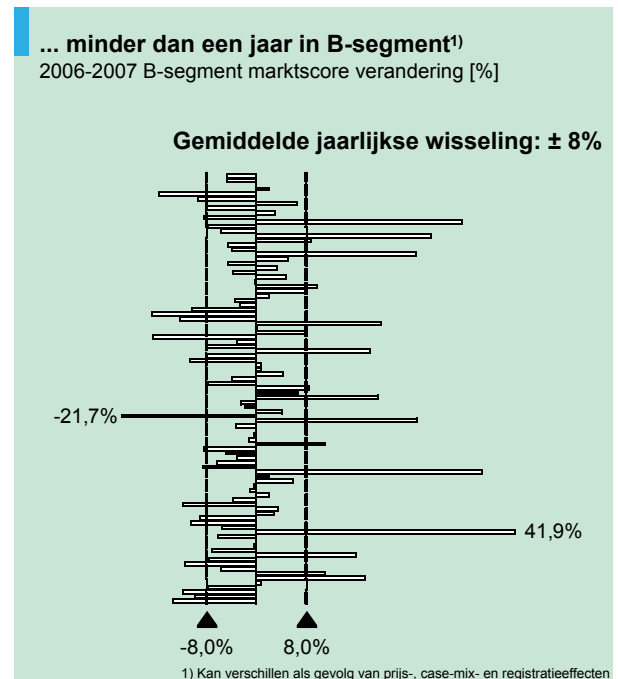
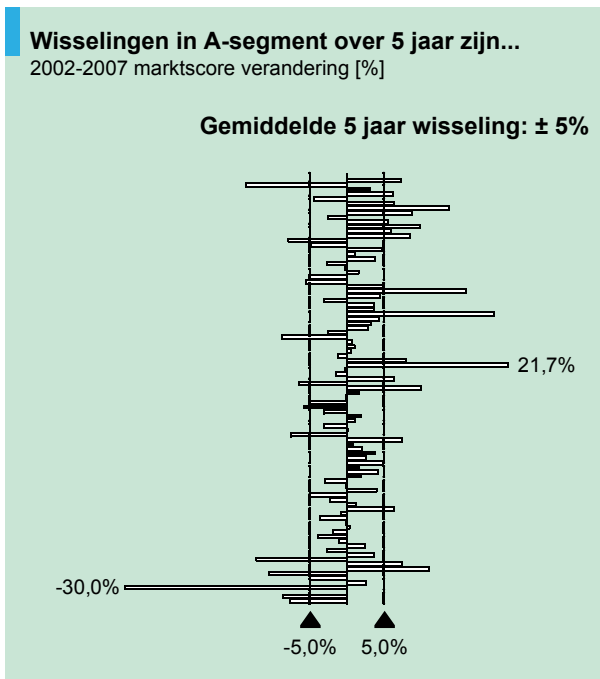
- 1) Omzet ziekenhuizen groeide in 2007 met 7,5% tot 16 miljard euro. De UMC's behaalde de grootste groei. De groei in het B-segment was vergelijkbaar met die van het A-segment (Figuren 16 en 17)

Met een omzetgroei van 7,5% stegen de ziekenhuisuitgaven aanzienlijk sneller dan in 2006 of in enige andere periode in 2002–2006. Universitaire ziekenhuizen en ziekenhuizen die vooraanstaande klinische zorg leveren, behaalden de grootste omzetgroei. Het UMC en de WBMV-groep groeiden ook het snelst in het B-segment.

Figuur 18



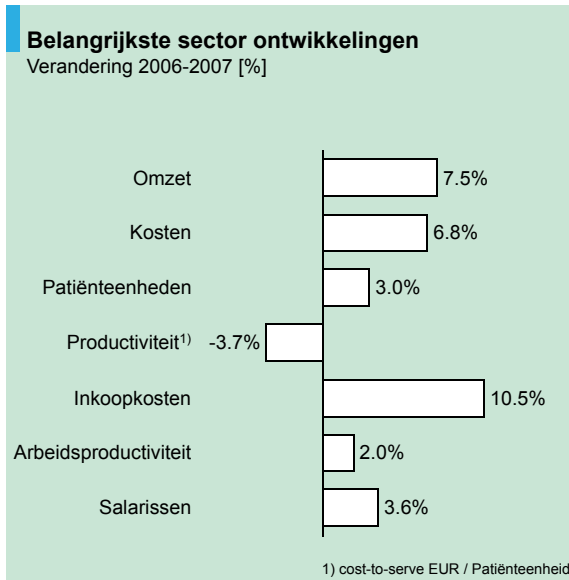
Figuur 19



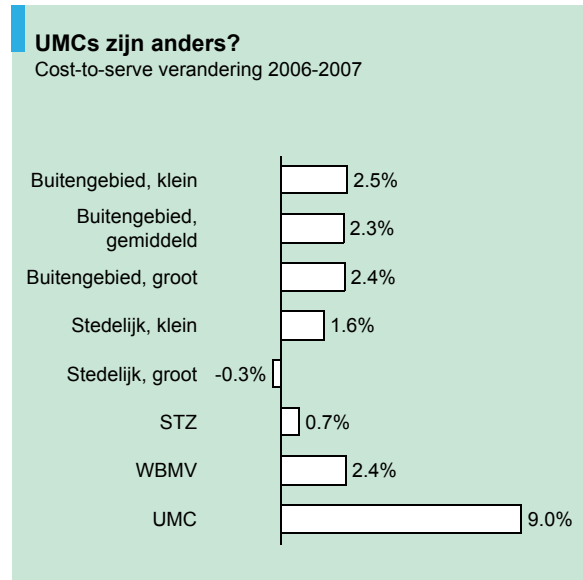
- 2) In 2006-2007 wisselden patiënten in het B-segment veel vaker dan in alle eerste poliklinische bezoeken (EPB). De marktresultaten van het B-segment zijn voor de verschillende ziekenhuizen vergelijkbaar, wat erop duidt dat, hoewel het aandeel van het B-segment kleiner is, dit segment al wel belangrijk is voor alle ziekenhuizen (Figuren 18 en 19)

2006-2007 waren de eerste twee volledige jaren waarvoor de marktprestaties van het B-segment en het wisselgedrag van patiënten gemeten konden worden. Op basis van een totale nationale B-segmentwaarde en lokale demografische gegevens hebben we de omvang van het B-segment voor elk ziekenhuis bepaald. Op basis hiervan zou de standaard marktwaarde van het B-segment van elk ziekenhuis 1,0 zijn. In tegenstelling tot de gemiddelde markt cijfers, zijn de markt cijfers voor het B-segment beter vergelijkbaar tussen alle ziekenhuisgroepen. De markten in het B-segment zijn veel dynamischer. Het wisselpercentage in het B-segment bedraagt $\pm 8\%$ (Figuur 19). Dit percentage ligt vier keer zo hoog als het gemiddelde wisselpercentage. Dit zou verklaard kunnen worden door de aantallen, maar ook door prijs- en registratie-effecten, die we in onze volgende rapporten zullen volgen en nauwkeurig zullen proberen uit te splitsen.

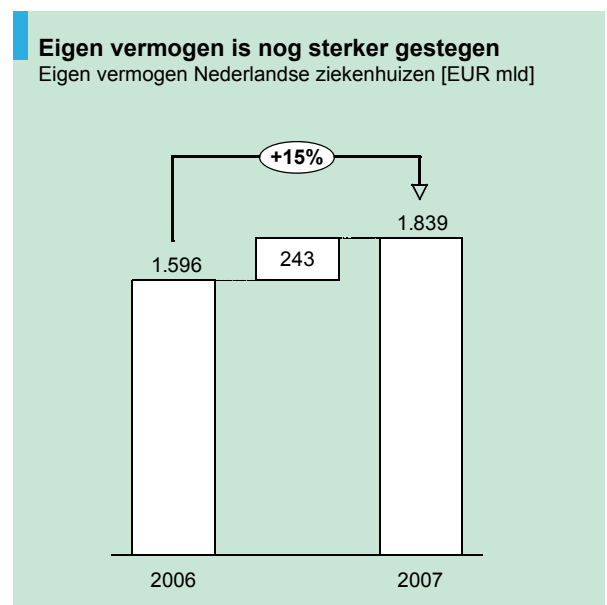
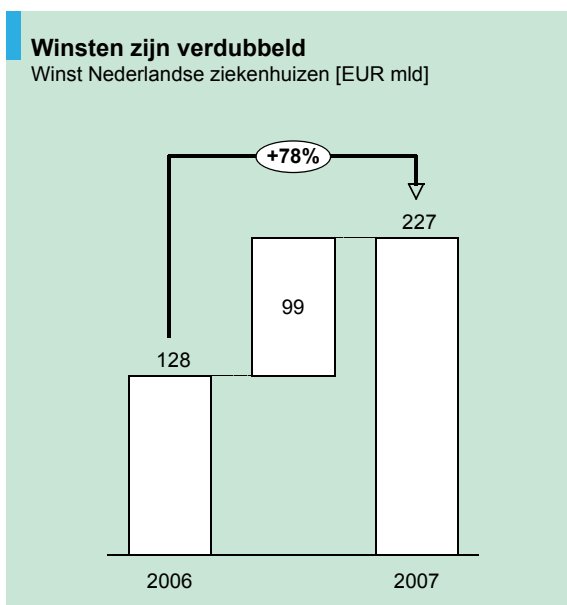
Figuur 20



Figuur 21



Figuur 22



- 3) **Zorgkosten bleven stijgen in 2007 ondanks de verbetering van de arbeidsproductiviteit. Stijgende zorgkosten worden grotendeels veroorzaakt door een stijging van de inkoopkosten met meer dan 10% (Figuren 20 en 21)**

Voor het vijfde opeenvolgende jaar verbeterde in 2007 de arbeidsproductiviteit. Desondanks bleven de zorgkosten stijgen. De loonkosten en de inkoopkosten waren de grootste oorzaken van deze stijgende kosten. De inkoopkosten vormden, met meer dan 10%, de grootste kostenstijger. De inkoopkosten groeiden het snelst voor universitaire ziekenhuizen en topklinische ziekenhuizen, wat zou kunnen duiden op een snellere overgang op nieuwere en duurdere medicijnen en apparaten. Universitaire ziekenhuizen zagen hun zorgkosten het snelst stijgen en vormden de enige groep die een lagere arbeidsproductiviteit vertoonde. Alleen de grote ziekenhuizen in stedelijke gebieden hebben hun kosten per patiënteenheden weten te verlagen.

- 4) **De winstgevendheid van ziekenhuizen is verbeterd. Grote ziekenhuizen waren het meest winstgevend in 2007. Het eigen vermogen van de ziekenhuizen groeide. Ondanks de verbeteringen is het eigen vermogen nog steeds laag (Figuur 22)**

De gemiddelde winstgevendheid van de sector verbeterde aanzienlijk van 0,9% in 2006 tot 1,4% in 2007. De 99 miljoen euro extra winst is echter zeer ongelijk verdeeld. In het algemeen zagen de kleine tot middelgrote ziekenhuizen hun winstgevendheid eroderen, terwijl de grote ziekenhuizen betere resultaten behaalden. Het is nog te vroeg om te concluderen dat de kleine ziekenhuizen kwetsbaar zijn geworden.

- 5) Ondanks de gemiddelde prestatieverbeteringen wordt het gat tussen de ziekenhuizen groter. Het verschil tussen winnaars en verliezers van marktaandeel, efficiënte en inefficiënte ziekenhuizen en winstgevende en verlieslijdende ziekenhuizen wordt groter.

Evenals in vorige jaren werd het gat tussen de ziekenhuizen op het gebied van prestaties groter. De goed presterende ziekenhuizen wonnen - zowel op lokaal als op nationaal niveau - weer meer marktaandeel en verbeterden hun bedrijfsvoering en hun winstgevendheid meer dan de andere ziekenhuizen. Langzaam maar zeker doet zich in Nederland een tweedeling voor tussen winnaars en verliezers. Tegelijkertijd verbeteren de algemene prestaties, wat erop zou kunnen duiden dat het prestatiemotiverende aspect in werking is getreden.

For further information please refer to:
www.gupta-strategists.nl

You can also reach
Dr. Anshu M. Gupta at
+31 6 512 19799
anshu.gupta@gupta-strategists.nl

