

JAARVERSLAGENANALYSE 2015 SECTORRAPPORT ZIEKENHUIZEN

Een analyse van de financiële positie, uitgaven, capaciteit en productie

juli 2016

Intrakoop, de inkoopcoöperatie van de zorg
Verstegen, accountants en adviseurs
i.s.m. Marlyse-Research



Voorwoord

Het Nederlandse zorgstelsel heeft met de introductie van de nieuwe Zorgverzekeringswet van 2006 een aantal heldere maatschappelijke doelen meegekregen: garandeer toegankelijke, betaalbare en effectieve zorg! Deze doelen hebben in Nederland bij alle partijen een behoorlijk draagvlak. Gelijktijdig is er sprake van een groot aantal transities die gepaard gaan met onzekerheden, fricties en substantiële veranderingen binnen het stelsel. Denk bijvoorbeeld aan de ontmanteling van de AWBZ, de overgang van de gehele jeugdzorg naar de gemeente, de invulling van de WMO enzovoort.

De strategische doelen onder deze transities zijn samen te vatten als het bewerkstelligen van een verschuiving van professionele naar informele zorg, van publieke naar private financiering en van intramurale zorg naar zorg in de thuissituatie. Met deze veranderingen wordt de bedrijfsvoering van elke zorgorganisatie geraakt. De onzekerheid en de dynamiek stellen de bedrijfsvoering en het veranderingsvermogen op de proef. Meer specifiek voor de ziekenhuizen was de invoering van integrale tarieven per 1 januari 2015 aan de orde, evenals herpositionering van de specialisten in de governance-structuur.

Met de analyses die u hierbij aantreft kijken we naar de ontwikkelingen in het verleden en kunt u uw eigen organisatie vergelijken met de ontwikkelingen in uw branche als geheel. U krijgt feedback op basis van de vele gegevens die u vastlegt in het kader van de verantwoording. Feedback is een elementair element van elke verbeter- en leercyclus. Het geeft nieuw inzicht dat u als organisatie kunt gebruiken om de uitvoering in de toekomst aan te passen en te verbeteren. We kunnen denken aan zaken die het primaire proces aangaan zoals de dienstenportfolio van de organisatie of nog verdergaande strategische afwegingen. We moeten echter niet vergeten dat ook in de bedrijfsvoering zelf vaak nog veel doelmatigheid te realiseren is. Bij onder druk staande opbrengsten verdienen vaste kosten extra aandacht. Bijvoorbeeld hoe deze schaalbaar te maken?

Kenmerkend voor de ziekenhuiszorg is dat de omzetten nog wel stijgen, maar dat de productie in termen van klinische dagen en poliklinische bezoeken afnemen. Dit is een indicatie dat de kosten per dbc toenemen en/of het aantal gedeclareerde dbc's toeneemt en de zorgverzekeraars hier naar verwachting kritisch op zullen reageren. Daarnaast zullen zij via selectieve inkoop portfolioafwegingen op de agenda houden. Schaalvergroting door (buren-)fusies staat eveneens onder druk. Daarbij wordt er wel getwijfeld aan de impact op doelmatigheid en veronderstelt men ongewenste machtsvorming richting inkopers van zorg. Tegen de achtergrond dat door ambulantisering de concurrent gemakkelijker kan toetreden tot de markt én de behandelde populatie vergrijsst en veelal te maken heeft met meerdere aandoeningen, wordt samenwerken in de keten en in netwerkverbanden een steeds relevantere competentie voor ziekenhuizen.

Los van deze structurele ontwikkeling zal ook hier de druk op betaalbaarheid - en dus hoogte van tarieven - een belangrijk thema blijven. Sturen op kosten aan de "voorkant" evenals via taakherschikking blijven daarom aan de orde. Kosten drukken door schaal te vergroten via gemeenschappelijke inkoop blijft een opportune optie, zeker als dit gepaard gaat met grotere flexibiliteit. De aandacht van banken intensiveert als nieuwbouw en renovaties gepaard gaan met behoefte aan vreemd vermogen. Omdat de sector naar verwachting structureel zal blijven krimpen als het gaat om beddenscapaciteit en het aantal instellingen op basis van fusie-initiatieven blijft afnemen, hebben banken op dit moment een terughoudende opstelling bij verzoeken te voorzien in vermogensbehoeften. Eigen vermogen heeft dan niet alleen een bufferfunctie voor slechte tijden, maar juist ook om te voorzien in financieringsbehoeften. Al met al een forse uitdaging voor de ziekenhuisorganisaties in de komende jaren.

Prof. dr. Richard Janssen

Inhoud

Voorwoord	2
1. Inleiding	4
1.1 Verantwoording.....	4
1.2 Leeswijzer	4
2. Financiële positie.....	5
2.1 Resultaat.....	6
2.2 Solvabiliteit.....	6
2.3 Liquiditeit.....	6
3. Bedrijfslasten.....	7
3.1 Inkoopuitgaven	8
3.2 Personeel.....	11
3.3 Capaciteit en productie	13

1. Inleiding

1.1 Verantwoording

Intrakoop¹ en Verstegen accountants en adviseurs² hebben een analyse uitgevoerd op de jaarverslagen van ziekenhuizen die eind juni 2016 beschikbaar waren over het jaar 2015. Doel van deze jaarverslagenanalyse is de financiële kengetallen en uitgaven van deze ziekenhuizen in kaart te brengen.

De analyse is uitgevoerd op basis van 79 bruikbare jaarverslagen, voorzien van financiële cijfers over het jaar 2015 met vergelijkende cijfers over 2014. Bij de analyse is gebruik gemaakt van de gegevens uit DigiMV (bron: CIBG, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, bewerkt en beschikbaar gesteld door Intrakoop). De onderzochte ziekenhuizen vertegenwoordigen 95% van de totale omzet in de sector.

1.2 Leeswijzer

In deze rapportage wordt de situatie ten aanzien van de financiële positie, de bedrijfslasten, capaciteit en productie van de Nederlandse ziekenhuizen in het jaar 2015 beschreven. De financiële positie wordt beschreven aan de hand van het resultaat, de solvabiliteit en de liquiditeitspositie. De bedrijfslasten worden nader getypeerd aan de hand van de inkoopuitgaven en de personeelskosten.

¹ Intrakoop is de inkoopcoöperatie van de zorg en helpt circa 600 zorgorganisaties met meer dan 7.000 locaties efficiënter te werken.

² Verstegen accountants en adviseurs is de huisaccountant van meer dan 100 zorgorganisaties, waarbij zij de jaarcijfers controleren en bedrijfseconomisch en fiscaal advies verstrekken.

2. Financiële positie

Afgaand op de jaarcijfers lijken de ziekenhuizen in 2015 in rustiger vaarwater te zijn gekomen. De sector is minder dan in voorgaande jaren geconfronteerd met ingrijpende wijzigingen in de bekostiging van de activiteiten. De belangrijkste wijziging betreft de afschaffing van aparte tarieven voor de vrijgevestigde medisch specialisten. De impact van de invoering van de integrale tarieven is relatief beperkt doordat ziekenhuizen de eenmalige lastenstijging hebben doorberekend.

De relatieve rust heeft zijn weerslag op de ontwikkeling van financiële prestaties. Op enkele uitzonderingen na vertonen de ratio's een bescheiden verbetering ten opzichte van voorgaand jaar.

De financiële kengetallen zijn in algemene zin verder verbeterd ten opzichte van 2014. Ook is inmiddels bekend dat de overheid geen gebruik maakt van het zogenaamde macrobeheersingsinstrument voor overschrijdingen van het macrobudget over 2013.

Figuur 2.1 Financiële kengetallen cure-sector 2015

	Norm	2015	2014
Resultaat			
Totaal netto resultaat (x € 1 mln.)		541	463
Resultaatsratio		2,1%	2,0%
Solvabiliteit			
Totaal eigen vermogen (x € 1 mln.)		5.719	5.178
Omzetratio	15%	22,7%	22,9%
Liquiditeit			
Liquiditeitsratio	1,0	1,2	1,2

2.1 Resultaat

Het totale resultaat in de ziekenhuissector is in 2015 gestegen ten opzichte van 2014. De onderzochte 79 organisaties behalen gezamenlijk een positief netto resultaat van € 541 mln. versus € 463 mln. in 2014. De resultaatratio³ stijgt daarmee van 2,0% in 2014 naar 2,1% in 2015. De bescheiden resultaatverbetering heeft echter voor een deel een incidenteel karakter. Het gaat daarbij onder meer om vrijval van voorzieningen voor risico's in de omzet over voorgaande jaren, schadevergoedingen en incidentele subsidies. In structurele zin staat de resultaatontwikkeling onder druk doordat de kosten sneller toenemen dan de baten.

Een gunstige indicator voor de sector is de afname van het aantal ziekenhuizen dat 'rode cijfers' heeft gepubliceerd. In 2015 rapporteerde bijna 8% van de ziekenhuizen een verlies. In 2014 was dit nog iets meer dan 11%. In veel gevallen heeft het verlies in 2015 een incidentele oorzaak, zoals afwaardering van vastgoed (Ommelander Ziekenhuis Groningen) en de afboeking van oninbare vorderingen. Bij twee ziekenhuizen (Gelre Ziekenhuizen, VUMC) is sprake van verliezen met een structureel karakter over meerdere jaren.

2.2 Solvabiliteit

De solvabiliteit van de ziekenhuizen, uitgedrukt in het weerstandsvermogen⁴ is licht gedaald van 22,9% in 2014 naar 22,7% in 2015. Deze daling is vooral het gevolg van de stijging van de bedrijfsopbrengsten. Deze zijn als gevolg van de invoering van integrale bekostiging toegenomen ten opzichte van 2014. Het totaal eigen vermogen is, dankzij het per saldo positieve resultaat in de ziekenhuissector gestegen met € 541 mln. naar € 5.719 mld. in 2015. De stijging van het eigen vermogen is echter lager dan de toename van de opbrengsten, waardoor de ratio per saldo beperkt is gedaald. De balansratio⁵ is door het positieve resultaat echter wel gestegen, namelijk van 22,0% in 2014 naar 23,6% in 2015.

De verbetering van de vermogenspositie blijkt ook uit het feit dat eind 2015 nog circa 11% van de ziekenhuizen een weerstandsvermogen heeft dat onder de gangbare norm van 15% ligt. In 2014 lag dit percentage nog op 15% van de organisaties. Een klein aantal ziekenhuizen heeft een solvabiliteitsratio van 50% of meer. Veelal betreft dit kleinere organisaties (omzet < € 25 mln.).

2.3 Liquiditeit

De liquiditeitsratio is in 2015 gestabiliseerd op 1,2. Over het geheel genomen is een liquiditeit van 1,2 'toereikend', maar riant is het niet. De liquiditeit blijft daarmee een kwetsbaar financieel aspect voor de sector. Een gemiddelde ratio van 1,2 betekent immers ook dat er ziekenhuizen zijn die in de gevarenzone verkeren. Van de 79 ziekenhuizen zijn er eind 2015 nog altijd 23 met een liquiditeitsratio lager dan de wenselijke 1,0. In 2014 waren dat er 28. Een bescheiden verbetering, maar de liquiditeit van de sector blijft onverminderd kwetsbaar is en geeft weinig ruimte voor tegenvallers of investeringen.

³ Resultaatratio: het resultaat uitgedrukt als percentage van de totale bedrijfsopbrengsten.

⁴ Weerstandsvermogen: het eigen vermogen uitgedrukt als percentage van de totale opbrengsten.

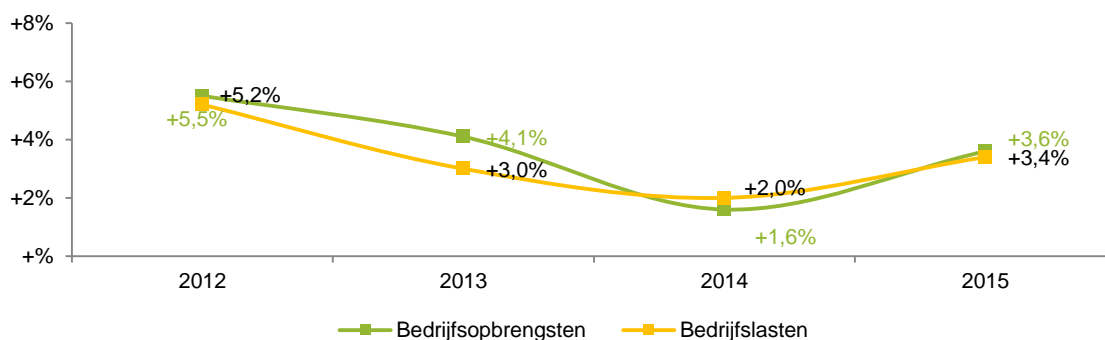
⁵ Balansratio: het eigen vermogen als percentage van het balanstotaal.

3. Bedrijfslasten

De totale bedrijfslasten van de ziekenhuizen laten in 2015 met +11,3% een aanzienlijke stijging zien. Een groot deel van deze toename wordt echter verklaard door de invoering van de integrale tarieven. Met ingang van 2015 hoeven zorgverzekeraars hierdoor niet langer apart te betalen voor de ziekenhuiskosten en de honoraria voor specialisten. Indien de eenmalige bekostigingswijziging in het kader van de invoering van de integrale tarieven buiten beschouwing wordt gelaten, is sprake van een stijging van de totale bedrijfslasten met +3,4%. De totale bedrijfslasten van de ziekenhuizen bedragen in 2015 € 24,2 mld.

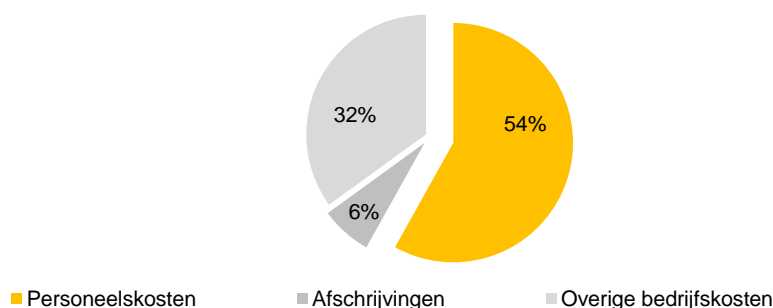
Door de bekostigingswijziging is eveneens sprake van een eenmalige omzetverhoging van +11,2%. Indien de honoraria voor de vrijgevestigde medisch specialisten buiten beschouwing worden gelaten, bedraagt de omzetstijging +3,6%. De reguliere omzet exclusief subsidies en overige opbrengsten stijgt met +1,8% en blijft daarmee binnen de kaders van het groeiplafond in het regeerakkoord⁶.

Figuur 3.1 Ontwikkeling bedrijfslasten/-opbrengsten ziekenhuizen 2012-2015⁷



De personeelskosten van ziekenhuizen liggen gemiddeld op 54% van de totale bedrijfslasten. Bij andere deelsectoren binnen de gezondheidszorg ligt dit percentage met circa 70% aanzienlijk hoger. Ziekenhuizen kennen hogere investeringen met daarmee gepaard gaande hogere afschrijvingskosten. Daarnaast zijn de overige bedrijfskosten bij ziekenhuizen aanzienlijk hoger, vooral doordat de patiëntgebonden kosten bijna het tienvoudige zijn van dezelfde kosten in de care-sector.

Figuur 3.2 Aandeel personeelskosten in totale bedrijfslasten ziekenhuizen



⁶ Het groeiplafond betreft een maximaal toegestane groei van +2,5% per jaar over 2011-2015.

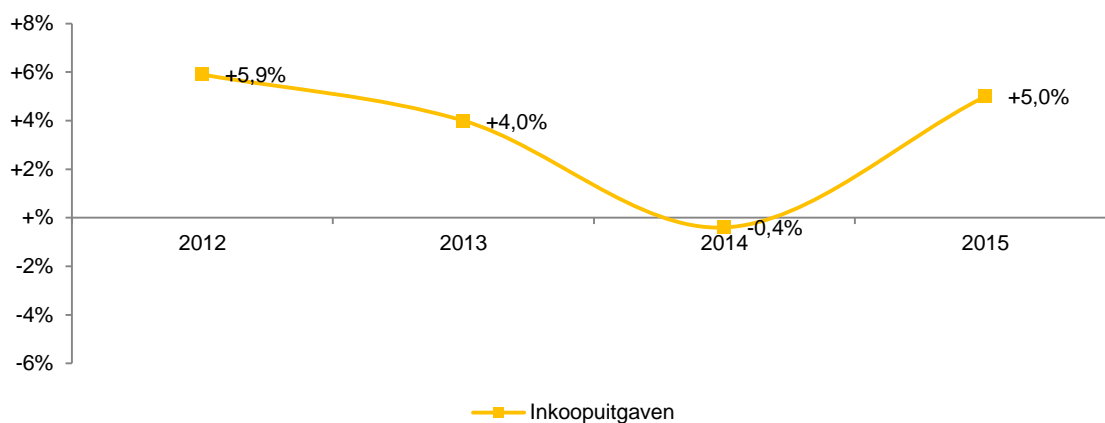
⁷ Bedrijfsopbrengsten 2015 zijn gecorrigeerd voor de eenmalige bekostigingswijziging in verband met invoering integrale tarieven.

3.1 Inkoopuitgaven

Tot de inkoopuitgaven van een organisatie behoren alle inkoopgerelateerde exploitatiekosten en investeringen. De inkoopuitgaven stijgen in 2015 met +5,0%. Dit is een gevolg van zowel een toename van de exploitatiekosten (+4,3%) als een gestegen investeringsgraad (+3,4%).

Over de afgelopen vier jaar stegen de inkoopuitgaven van ziekenhuizen gemiddeld rond de +5% per jaar, met uitzondering van 2014, toen als gevolg van een lagere investeringsgraad de inkoopuitgaven licht daalden (-0,4%).

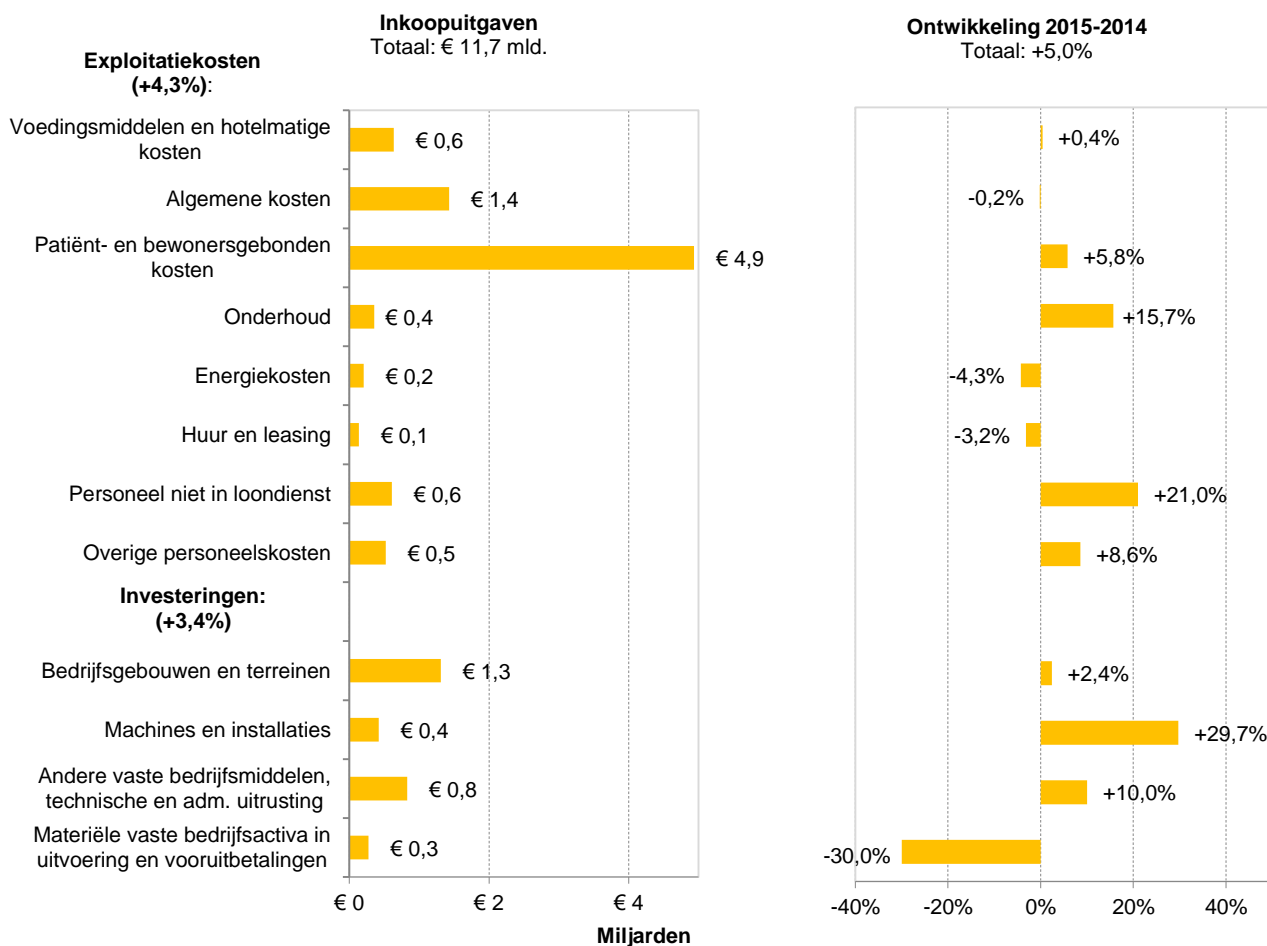
Figuur 3.3 Ontwikkeling inkoopuitgaven ziekenhuizen 2012-2015



De totale inkoopuitgaven van de 79 onderzochte ziekenhuizen bedragen in 2015 € 11,7 mld. Het is daarmee een uitgavenpost die bijna net zo omvangrijk is als de uitgaven aan personeel (€ 13,0 mld), de grootste uitgavenpost van ziekenhuizen.

Binnen de inkoopgerelateerde exploitatiekosten zijn de hoogste stijgingspercentages te zien bij personeel niet in loondienst (+21,0%) en onderhoud (+15,7%). De patiënt- en bewonersgebonden nemen in 2015 met +5,8% toe. De investeringen in machines en installaties stijgen met +29,7%.

Figuur 3.4 *Verbijzondering inkoopuitgaven 2015*



Patiënt- en bewonersgebonden kosten

Patiënt- en bewonersgebonden kosten staan het dichtst bij de kernactiviteit van ziekenhuizen. Uit aanvullende grootboekanalyses van IntraKoop blijkt dat gemiddeld rond de 65% hiervan wordt uitgegeven aan kosten voor behandeling en behandelingsondersteunende functies en zo'n 10% aan verpleging en verzorging (personeelskosten niet meegerekend).

In totaal bedragen de patiënt- en bewonersgebonden kosten van de onderzochte ziekenhuizen € 4,9 mld. In 2015 stijgen deze kosten net als in de voorgaande jaren harder dan de bedrijfsopbrengsten (de eenmalige stijging als gevolg van de hogere honoraria voor medisch specialisten niet meegerekend). Na in 2014 al met +4,8% te zijn gestegen, nemen in 2015 de patiënt- en bewonersgebonden kosten toe met +5,8%. Het aantal klinische opnamen laat daarbij een dalende trend zien: in 2015 -1,5%. De kosten per cliënt nemen derhalve toe. De ziekenhuizen lijken hiermee steeds verdergaande medisch specialistische zorg aan te bieden.

Uit aanvullende grootboekanalyses van IntraKoop blijkt dat bijna 38% van de patiëntgebonden kosten bij ziekenhuizen voor rekening komt van medicijnen (incl. bestralingsmiddelen en dialysebenodigdheden). De stijging van de kosten voor dure geneesmiddelen en de maatregelen waarbij extramurale geneesmiddelen worden overgeheveld vanuit het geneesmiddelenvergoeding-systeem (GVS) naar de ziekenhuiszorg vormen een mogelijke verklaring voor de toename van de patiënt- en bewonersgebonden kosten.

Onderhoud

Binnen de inkoopgerelateerde exploitatiekosten zijn de onderhoudskosten met +15,7% sterk toegenomen. De toename lijkt incidenteel en wordt verklaard doordat een inhaalslag wordt gemaakt in het kader van het meerjarenonderhoudsplan (Meander Medisch Centrum), door een nieuwe bepaling van de voorziening voor grootonderhoud (UMCG), of door kosten die gepaard gaan met de sloop van oude locaties (Reinier de Graaf Groep). De totale onderhoudskosten van de onderzochte 79 ziekenhuizen bedragen € 357 mln.

Uit aanvullende grootboekanalyses van IntraKoop blijkt dat ruim twee derde van alle onderhoudskosten (=68%) gaat naar het onderhoud van installaties. 18% betreft het onderhoud aan gebouwen. De overige onderhoudskosten omvatten gereedschap, materialen en het onderhoud aan terreinen.

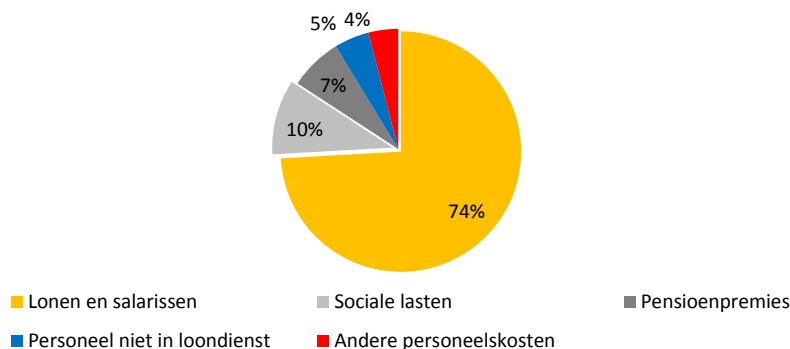
Investeringen

De uitgaven in de belangrijkste investeringscategorie bedrijfsgebouwen en terreinen zijn in 2015 toegenomen met +2,4% naar € 1,3 mld. De sterkste stijging is daarentegen zichtbaar bij de investeringen in machines en installaties (+29,7%). Ook hier lijkt het te gaan om een incidentele toename, bijvoorbeeld als gevolg van de ingebruikname van nieuwbouw, zoals de nieuwbouw van het Juliana Kinderziekenhuis (Haga) of de nieuwbouw van een OK-complex (Elkerliek).

3.2 Personeel

Bijna driekwart van de totale personeelskosten van ziekenhuizen (=74%) betreft lonen en salarissen. Het aandeel van personeel niet in loondienst (PNIL) bedraagt 4% van de totale personeelskosten. Van alle deelsectoren is het aandeel PNIL bij de ziekenhuizen het kleinst.

Figuur 3.5 *Verbijzondering personeelskosten ziekenhuizen 2015*



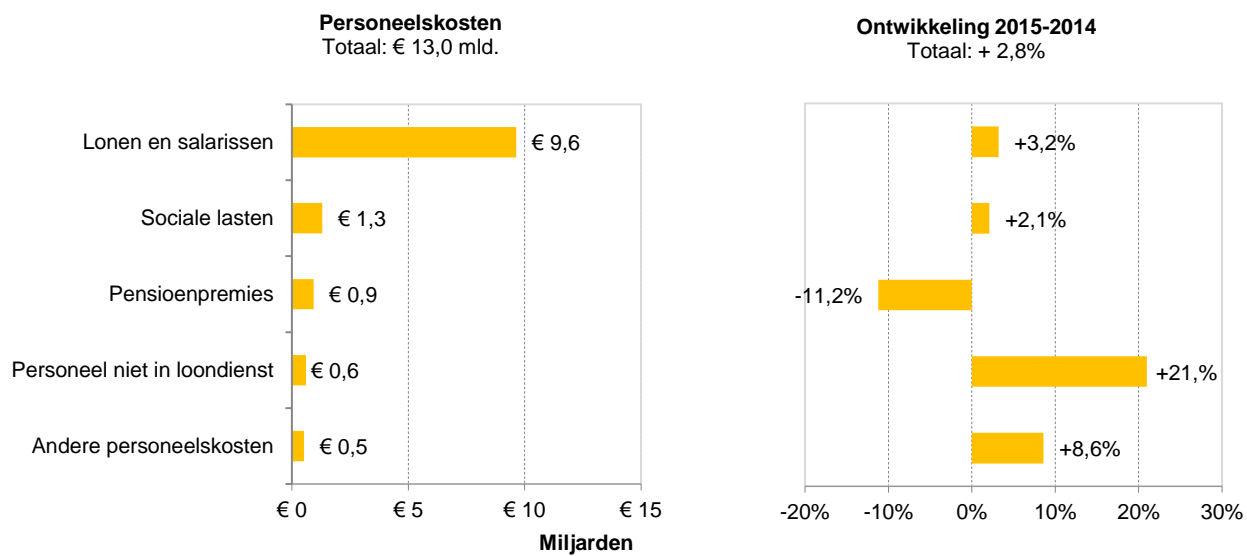
Binnen de personeelskosten worden onderscheiden:

- Lonen en salarissen
- Sociale lasten
- Pensioenpremies
- Personeel niet in loondienst (inkoopgerelateerd)
- Andere personeelskosten (grotendeels inkoopgerelateerd)

Binnen de personeelskosten valt met name de sterke stijging op van de uitgaven aan personeel niet in loondienst. De kosten voor de inhuur van externe werknemers stijgen in 2015 met +21,0% naar een totaal van € 607 mln. bij de onderzochte ziekenhuizen. De stijging wordt veroorzaakt door de wijziging in de bekostiging van ziekenhuizen die op 1 januari 2015 is ingegaan. Hierbij verkiest een deel van de medisch specialisten, ondanks de gedeeltelijke compensatie die door het ministerie van VWS ter beschikking is gesteld, niet in loondienst te gaan. Deze honoraria worden nu geboekt als kosten voor personeel niet in loondienst.

De totale personeelskosten bedragen in 2015 van de onderzochte ziekenhuizen € 13,0 mld. Bij de ziekenhuizen zijn ruim 177.000 fte werkzaam.

Figuur 3.6 *Verbijzondering personeelskosten 2015*

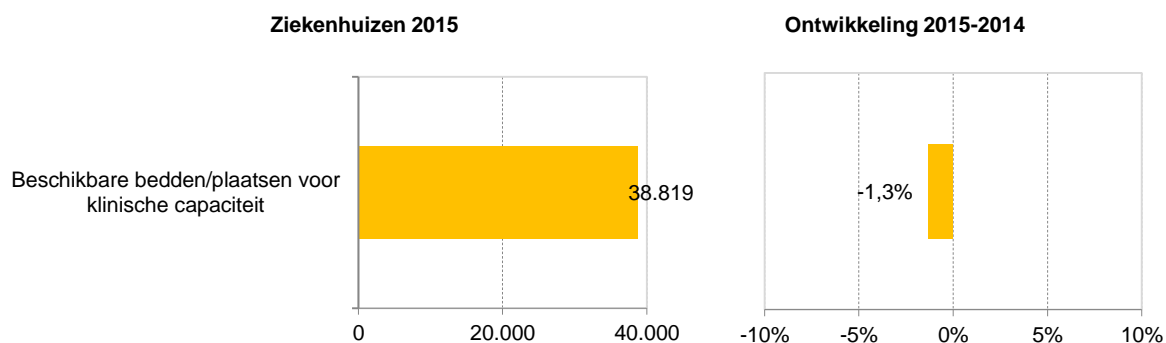


Het gemiddelde verzuimpercentage blijft ten opzichte van 2015 gelijk op 4,4%.

3.3 Capaciteit en productie

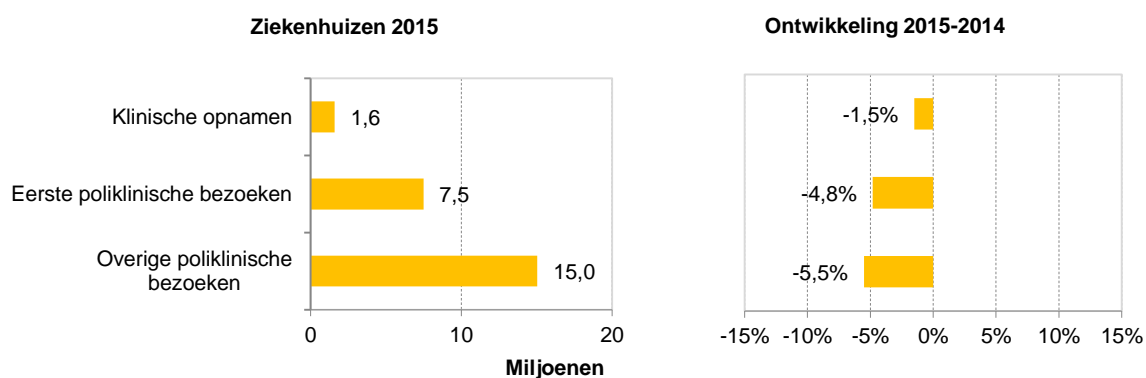
De 79 onderzochte ziekenhuizen hebben samen een capaciteit van 38.819 bedden. Ook in 2015 is de ziekenhuiscapaciteit weer licht gedaald, met -1,3%, nadat eerder in 2013 en 2014 de capaciteit al was afgenomen met respectievelijk -2,5% en -2,8%.

Figuur 3.7 Capaciteit onderzochte ziekenhuizen



De 79 ziekenhuizen kennen in 2015 in totaal 1,6 miljoen klinische opnamen: een daling van -1,5%, nadat in 2014 ook al sprake was van een daling (-3,7%). Ook het aantal eerste poliklinische bezoeken daalt, en wel met -4,8%. Het aantal herhaal poliklinische bezoeken neemt ook af, met -5,5%. Een verklaring voor deze daling is dat poliklinische handelingen steeds vaker worden ondergebracht bij de huisartsenzorg of worden overgenomen door zelfstandige behandelcentra.

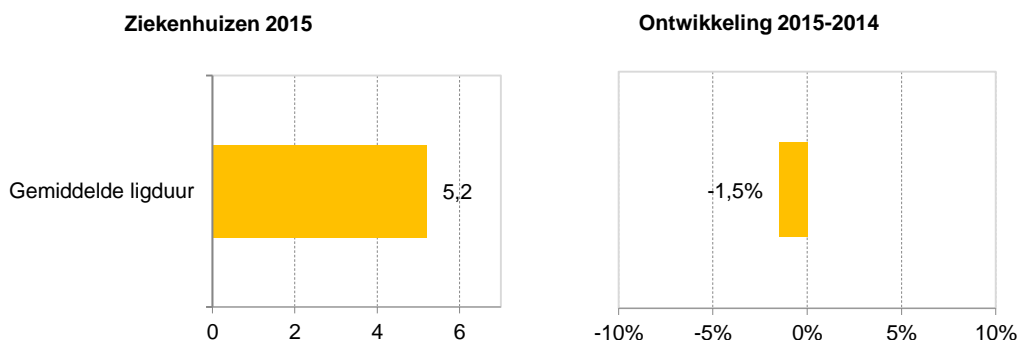
Figuur 3.8 Aantal klinische opnamen ziekenhuizen



Doordat de afname van het aantal klinische opnamen sterker is dan de daling van de capaciteit, daalt de bezettingsgraad. De gemiddelde bezetting van een ziekenhuisbed ligt bij de onderzochte ziekenhuizen op 59% en is ten opzichte van 2014 licht gedaald (toen: 61%).

De gemiddelde ligduur daalt in 2015 met -1,5% van 5,3 naar 5,2 dagen.

Figuur 3.9 Gemiddelde ligduur



© 2015 Intrakoop en Verstegen accountants en adviseurs. Overname of reproductie van de inhoud van deze rapportage, op welke wijze dan ook, is uitsluitend toegestaan met bronvermelding 'Intrakoop en Verstegen accountants en adviseurs: Jaarverslagenanalyse Zorgsector 2015'. Het gegevensbestand dat ten grondslag ligt aan deze rapportage is eigendom van Intrakoop en voor geïnteresseerden tegen vergoeding opvraagbaar.

Intrakoop u.a.
Regterweistraat 11a, 4181 CE Waardenburg
Postbus 67, 4180 BB Waardenburg
<http://www.intrakoop.nl>
<http://twitter.com/intrakoop>

Verstegen accountants en adviseurs
Noordendijk 189, 3311 RN Dordrecht
Postbus 574, 3300 AN Dordrecht
<http://www.verstegenaccountants.nl>
<http://twitter.com/VerstegenAcc>