

JAARVERSLAGENANALYSE 2016 SECTORRAPPORT ZIEKENHUIZEN

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

juni 2017

Intrakoop, de inkoopcoöperatie van de zorg
Verstegen, accountants en adviseurs
i.s.m. Marlyse-Research
Auteurs: Lorenzo Lippolis BEc, drs. Mike Lankhorst



Voorwoord

De ziekenhuizen hebben in het bestuursakkoord van 2011 relatief aantrekkelijke afspraken kunnen maken in vergelijking met de andere deelsectoren van de zorg. Zo werd voor de komende periode afgesproken dat er sprake zou zijn van een gematigde groei van 2,5%, substitutie naar de eerste lijn, afbouw van overbodige bedcapaciteit en tot slot zouden zij meewerken aan beleid gericht op concentratie en spreiding. Daarnaast was de invoering van integrale tarieven per 1 januari 2015 aan de orde, evenals herpositionering van de specialisten in de governance-structuur. Met een gemiddelde marge van 1,8% en een toename van de omzet met 2,8% in 2016 lijken de ziekenhuisorganisaties in relatief stabiel vaarwater te verkeren.

Kenmerkend voor de ziekenhuiszorg is dat de omzetten nog wel stijgen, maar dat de productie in termen van klinische dagen afneemt (-1,9%) en poliklinische bezoeken stabiliseren. Dit is een indicatie dat de kosten per dbc stijgen en/of het aantal gedeclareerde dbc's toeneemt. Het proces van concentratie en spreiding van specialistische functies blijft een uitdaging in samenhang met portfolio-afwegingen. Verzekeraars zullen via selectieve inkoop portfolioafwegingen op de agenda houden. Schaalvergroting door (buren-)fusies blijft onder druk staan, hoewel voor kleinere ziekenhuizen dit soms de enige optie is om als locatie te blijven bestaan. Regionale samenwerking in de keten en in netwerkverbanden wordt een steeds relevantere competentie voor ziekenhuizen. Het recente initiatief van een aantal ziekenhuizen om in het netwerkverband mProve, vergelijkbaar met het bestaande Santeon netwerk, te gaan samenwerken is hier een aanwijzing voor. In de nabije toekomst zal de competitie naast prijs en volume steeds meer gaan om kwaliteit en behandelresultaten. Een van de belangrijkste fundamentele innovaties zal betrekking hebben op het verkleinen van de informatie ongelijkheid tussen de zorgvrager en zorgaanbieder maar ook tussen de zorginkoper en zorgaanbieder. Dit zal gepaard gaan met grote investeringen in de ziekenhuisinformatiesystemen en minder in die van gebouwen. Deze systemen zullen de look en feel moeten krijgen die de burger gewend is op internet, zodat het ook nuttige cliëntportalen worden.

Op de achtergrond spelen twee ontwikkelingen die structureel invloed hebben op de bedrijfsvoering van de ziekenhuizen. Dat is de werking van Basel III via de banken en Solvency 2 via de zorgverzekeraars. Om te voldoen aan de kaders van Basel III kijken banken veel strikter naar hun uitstaande leningenportefeuille. Looptijden van leningen worden teruggebracht tot 10, maximaal 15 jaar. Dat betekent dat er een herfinancieringsrisico ontstaat voor de hypotheeknemer. Ook zullen zij bedragen boven de 75 mln. niet meer als enige bank verschaffen. Daarmee ontstaat een afhankelijkheid van een consortium van banken, waardoor de markt in Nederland erg klein wordt. Tegen dezelfde achtergrond is de bereidwilligheid om te voorzien in een rekeningcourantfaciliteit aanmerkelijk afgenomen en zijn de kosten daarvan toegenomen. Kortom, een voldoende groot eigen vermogen en een gezonde liquiditeitsratio zijn cruciaal voor de continuïteit. Bij dit laatste komen we op het punt van efficiënte en betrouwbare facturering richting zorgverzekeraars. Deze hebben mede als gevolg van Solvency 2 de prikkel gekregen om risico's af te wentelen naar zorgaanbieders door te werken met contracten met plafonds of met aanneemsommen. Ook daardoor wordt het risico naar het gecontracteerde ziekenhuis verplaatst. Ziekenhuisbesturen staan de komende jaren dus voor een forse uitdaging om deze stapeling van risico's in de bedrijfsvoering hanteerbaar te houden.

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.....	5
3.1 Inkoopuitgaven	9
3.2 Personeel.....	12
3.3 Capaciteit en productie	14

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 2016. Doel van deze jaarverslagenanalyse is de financiële kengetallen en uitgaven van deze ziekenhuizen in kaart te brengen.

De analyse is uitgevoerd op basis van 76 bruikbare jaarverslagen, voorzien van financiële cijfers over het jaar 2016 met vergelijkende cijfers over 2015. Het betreft de cijfers van alle acht UMC's, 58 algemene ziekenhuizen en 10 categorale ziekenhuizen. 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 96% van de totale omzet in de sector.

1.2 Leeswijzer

In deze rapportage komen de financiële positie, de bedrijfslasten, capaciteit en productie van de Nederlandse ziekenhuizen in het jaar 2016 aan bod. De financiële positie wordt beschreven aan de hand van het resultaat, de solvabiliteit en de liquiditeitspositie. De bedrijfslasten worden getypeerd aan de hand van de inkoopuitgaven en de personeelskosten.

¹ Intrakoop is de inkoopcoöperatie van de zorg voor circa 600 zorgorganisaties met meer dan 7.000 locaties. We verbinden leden en leveranciers met elkaar. Zo maken we goede zorg betaalbaar.

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

1. Financiële positie

Uit de gepubliceerde jaarrekeningen over 2016 kan worden geconcludeerd dat de ziekenhuizen hun 'huishoudboekje' grotendeels op orde hebben, waarbij de financiële buffers in beperkte mate zijn gestegen.

Op enkele uitzonderingen na vertonen de ratio's een bescheiden verbetering ten opzichte van voorgaand jaar. Doordat de totale bedrijfslasten iets harder stijgen dan de bedrijfsopbrengsten, ziet de sector het resultaat ten opzichte van 2015 enigszins verslechteren.

Figuur 2.1 Financiële kengetallen cure-sector 2016

	Norm	2016	2015
Resultaat			
Totaal netto resultaat (x € 1 mln.)		434	488
Resultaatsratio		1,7%	2,0%
Solvabiliteit			
Totaal eigen vermogen (x € 1 mln.)		5.878	5.439
Omzetratio	15%	23,6%	22,5%
Liquiditeit			
Liquideitsratio	1,0	1,28	1,24

1.1 Resultaat

Het totale resultaat in de ziekenhuissector is in 2016 gedaald ten opzichte van 2015. De onderzochte organisaties hebben samen over 2016 een positief netto resultaat behaald van € 434 mln. ten opzichte van € 488 mln. in 2015. De resultaatratio³ daalt daarmee van 2,0% in 2015 naar 1,7% in 2016. De resultaatverslechtering wordt voor een deel veroorzaakt door incidentele voordelen in 2015. Het gaat daarbij onder meer om vrijval van voorzieningen voor risico's in de omzet over voorgaande jaren, schadevergoedingen en incidentele subsidies.

Een gunstige indicator voor de sector is de afname van het aantal ziekenhuizen dat 'rode cijfers' heeft gepubliceerd. In 2016 rapporteerden vijf ziekenhuizen een verlies. In 2015 waren dit er nog negen. In veel gevallen heeft het verlies in 2016 een incidentele oorzaak, zoals ingebruikname van nieuwbouw (Medisch Spectrum Twente) en aanloopverliezen (Alexander Monro Ziekenhuis) Bij één ziekenhuis (Zuyderland Medisch Centrum) is gemeld dat de verliezen een structureel karakter hebben.

1.2 Solvabiliteit

De solvabiliteit van de organisaties, uitgedrukt in het weerstandsvermogen⁴, is licht gestegen van 22,5% in 2015 naar 23,6% in 2016. Deze stijging is vooral het gevolg van de stijging van het eigen vermogen. Het totale eigen vermogen is, dankzij het positieve resultaat in de ziekenhuissector gestegen met € 438 miljoen naar € 5.878 miljoen in 2016. De balansratio⁵ is door het positieve resultaat ook gestegen, namelijk van 23,2% in 2015 naar 25,3% in 2016.

Dat de vermogenspositie in de ziekenhuissector is verbeterd, blijkt ook uit het feit dat eind 2016 nog circa 12% van de ziekenhuizen een weerstandsvermogen heeft dat onder de gangbare norm van 15% ligt. In 2015 had nog 15% van de organisaties een solvabiliteit onder de 15%. Een klein aantal ziekenhuizen heeft een solvabiliteitsratio van 50% of meer. In veel gevallen betreft dit relatief kleine organisaties (omzet 10 mln. tot 25 mln.).

1.3 Liquiditeit

De liquiditeitsratio is in 2016 licht gestegen van 1,24 in 2015 naar 1,28 in 2016. Over het geheel genomen is een liquiditeit van 1,28 als 'toereikend' te kwalificeren, maar erg riant is het niet. De liquiditeit blijft daarmee een kwetsbaar financieel aspect voor de ziekenhuissector. Een gemiddelde ratio van 1,28 voor de gehele sector betekent namelijk dat er nogal wat ziekenhuizen zijn die qua

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

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

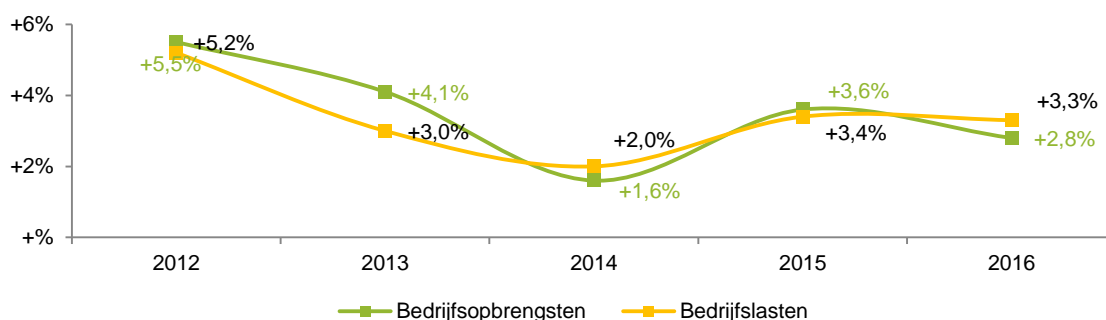
⁵ Balansratio: het eigen vermogen als percentage van het balanstotaal.

liquiditeit in de gevarenzone verkeren. Van de 76 ziekenhuizen zijn er eind 2016 nog altijd 18 met een liquiditeitsratio lager dan de wenselijke 1,0. In 2015 waren dat er 22. Een bescheiden verbetering, maar gesteld kan worden dat de liquiditeit van de ziekenhuissector onverminderd kwetsbaar is en ook nauwelijks ruimte biedt voor tegenvallers en/of investeringen.

2. Bedrijfslasten

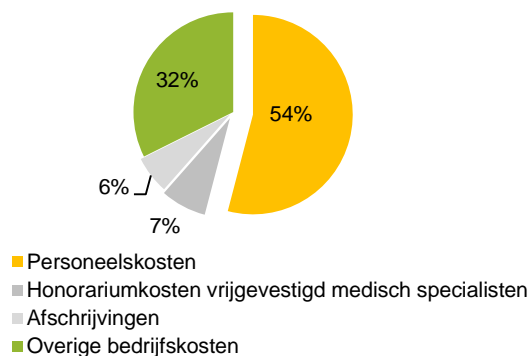
De totale bedrijfslasten van de ziekenhuizen laten in 2016 met +3,3% een stijging zien die in lijn ligt met de groei van de afgelopen jaren. De totale bedrijfslasten van de onderzochte ziekenhuizen bedragen in 2016 € 24 mld. Doordat echter de totale bedrijfsopbrengsten met +2,8% minder stijgen dan de bedrijfslasten ziet de sector het rendement ten opzichte van 2015 enigszins dalen. De totale omzet van deze ziekenhuizen - in feite de kosten voor de Nederlandse samenleving aan ziekenhuiscare in 2016 - is € 24,9 mld. Indien rekening wordt gehouden met het beperkte aantal ziekenhuizen waarvan op het moment van verschijnen van deze rapportage nog geen cijfers beschikbaar waren, is het de verwachting dat de totale omzet van de ziekenhuizen in 2016 € 26 mld. bedraagt.

Figuur 3.1 Ontwikkeling bedrijfslasten/-opbrengsten ziekenhuizen 2012-2016⁶



De personeelskosten van ziekenhuizen liggen gemiddeld op 54% van de totale bedrijfslasten. Bij andere deelsectoren binnen de gezondheidszorg ligt dit percentage met 70-75% 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 gemiddeld bijna tien maal groter zijn dan dezelfde kosten in de care-sector.

Figuur 3.2 Aandeel personeelskosten in totale bedrijfslasten ziekenhuizen



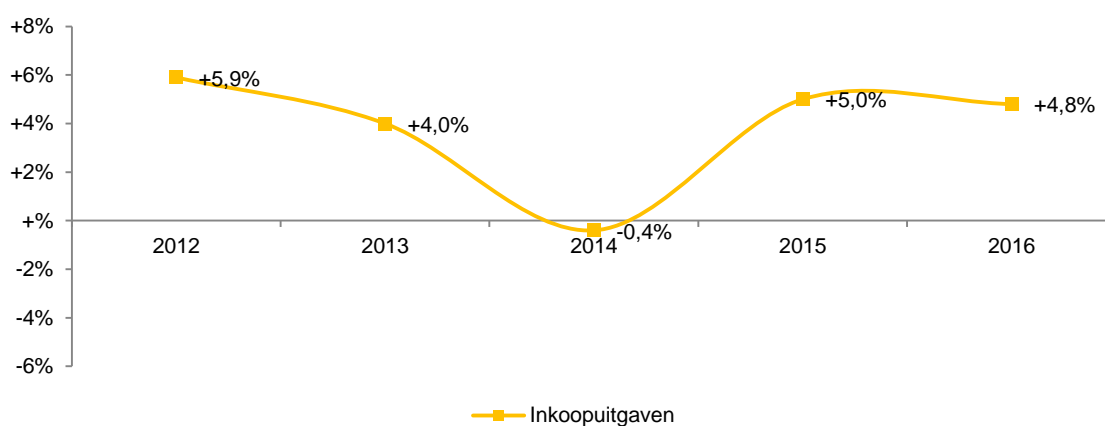
⁶ Bedrijfsopbrengsten 2015 zijn gecorrigeerd voor de eenmalige bekostigingswijziging in verband met invoering integrale tarieven.

2.1 Inkoopuitgaven

Tot de inkoopuitgaven van een organisatie behoren alle inkoopgerelateerde exploitatiekosten en investeringen. De inkoopuitgaven stijgen in 2016 met +4,8%. Een toename die nagenoeg gelijk is aan de groei van de inkoopuitgaven in 2015 (+5,0%). De stijging is een gevolg van toenemende exploitatiekosten (+4,0%) en een gestegen investeringsgraad (+7,3%).

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 2012-2016

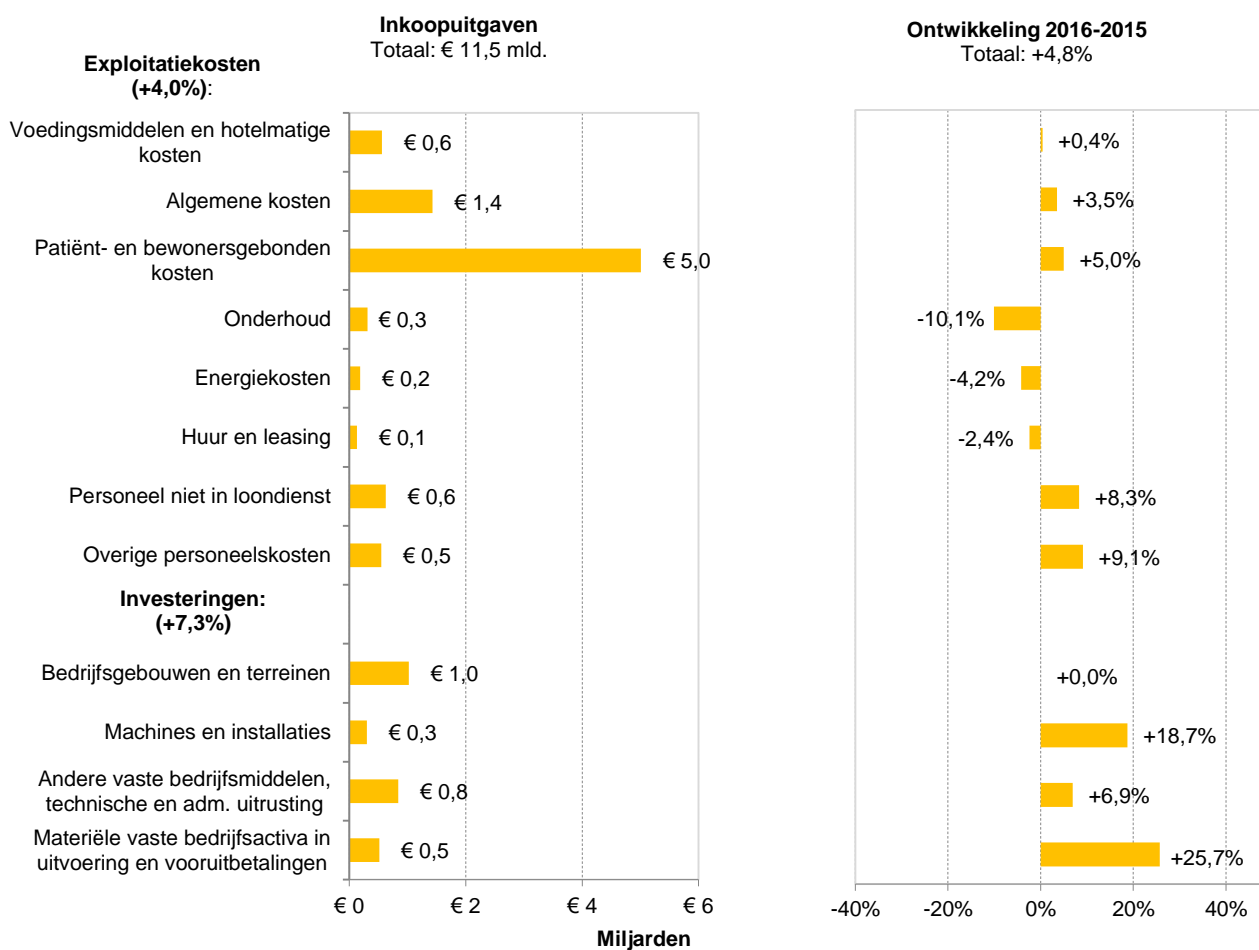


De totale inkoopuitgaven van de onderzochte ziekenhuizen bedragen in 2016 € 11,5 mld. Hiervan komt zo'n driekwart (€ 8,8 mld.) voor rekening van de exploitatiekosten. De rest betreft investeringen. De inkoopuitgaven van ziekenhuizen zijn daarmee een uitgavenpost die bijna net zo omvangrijk is als de uitgaven aan personeel (€ 12,9 mld.), de grootste uitgavenpost in de sector.

Binnen de inkoopgerelateerde exploitatiekosten zijn de hoogste stijgingspercentages te zien bij personeel niet in loondienst (+8,3%) en overige personeelskosten (+9,1). De patiënt- en bewonersgebonden nemen in 2016 met +5,0% toe. De sector ziet daarentegen de kosten voor onderhoud, energie en de uitgaven voor huur en leasing dalen met respectievelijk -10,1%, -4,2% en -2,4%.

Bij de investeringen stijgen de uitgaven aan machines en installaties met +18,7% en de investeringen in materiële vaste bedrijfsactiva in uitvoering met +25,7%.

Figuur 3.4 *Verbijzondering inkoopuitgaven 2016*



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 15-20% aan onderzoeksfuncties (beeldvormende techniek, functie- en laboratoriumonderzoek). Het restant betreft vooral instrumenten, katheters en toedienings- en afnamesystemen.

In totaal bedragen de patiënt- en bewonersgebonden kosten van de onderzochte ziekenhuizen € 5,0 mld. In 2016 stijgen deze kosten net als in de voorgaande jaren harder dan de bedrijfsopbrengsten: na in 2014 en 2015 al met respectievelijk +4,8% en +5,8% te zijn gestegen, nemen in 2016 de patiënt- en bewonersgebonden kosten toe met +5,0%. Het aantal klinische opnamen laat daarbij een verder dalende trend zien: in 2015 -1,5% en -1,9% in 2016. De kosten per cliënt nemen dus 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 vormen de belangrijkste verklaring voor de toename van de patiënt- en bewonersgebonden kosten.

Onderhoud en energie

De daling van de energiekosten met -4,2% is vooral het gevolg van lagere tarieven, een teruggave van energiekosten over meerdere jaren of opgenomen reserveringen. De totale energiekosten bedragen in 2016 € 187 mln. De daling van de onderhoudskosten (-10,1%) lijkt vooral incidenteel van aard.

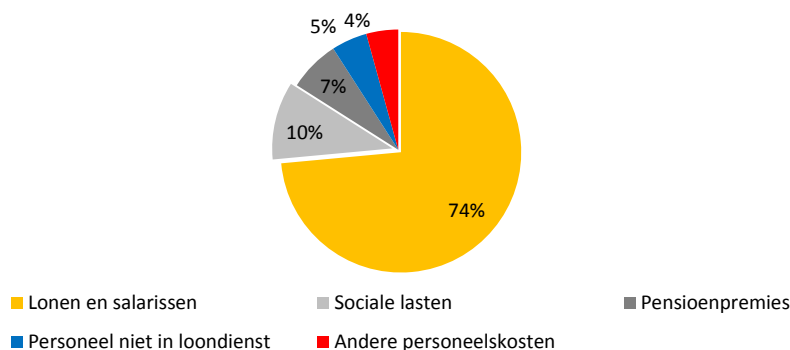
Investerings

De uitgaven in de belangrijkste investeringscategorie bedrijfsgebouwen en terreinen zijn in 2016 gelijk gebleven op een totaal van € 1,0 mld. De sterkste stijging is echter zichtbaar bij de investeringen in machines en installaties (+18,7%) en de investeringen in materiële vaste bedrijfsactiva in uitvoering. Deze laatste investeringscategorie, waartoe ook de lopende bouwprojecten behoren, stijgt in 2016 met +25,7% het sterkst. Voorbeelden van (ver)nieuwbouw zijn Amphia in Breda, de bouw van het Protonencentrum of de vernieuwing van het operatiecentrum en nieuwe intensive care units bij UMC Groningen, of de nieuwbouw van Ommelander Ziekenhuis in Scheemda en het Prinses Máxima Centrum voor Kinderoncologie in Utrecht.

2.2 Personeel

Bijna driekwart van de totale personeelskosten van ziekenhuizen (=74%) betreft lonen en salarissen. Het aandeel van personeel niet in loondienst (PNIL) bedraagt 5% van de totale personeelskosten. Van alle deelsectoren is het aandeel PNIL bij de ziekenhuizen het kleinst. In totaal stijgen de personeelskosten in 2016 met +2,9%. Een stijging die gelijk is aan de toename in 2015.

Figuur 3.5 *Verbijzondering personeelskosten ziekenhuizen 2016*



Onder de personeelskosten vallen:

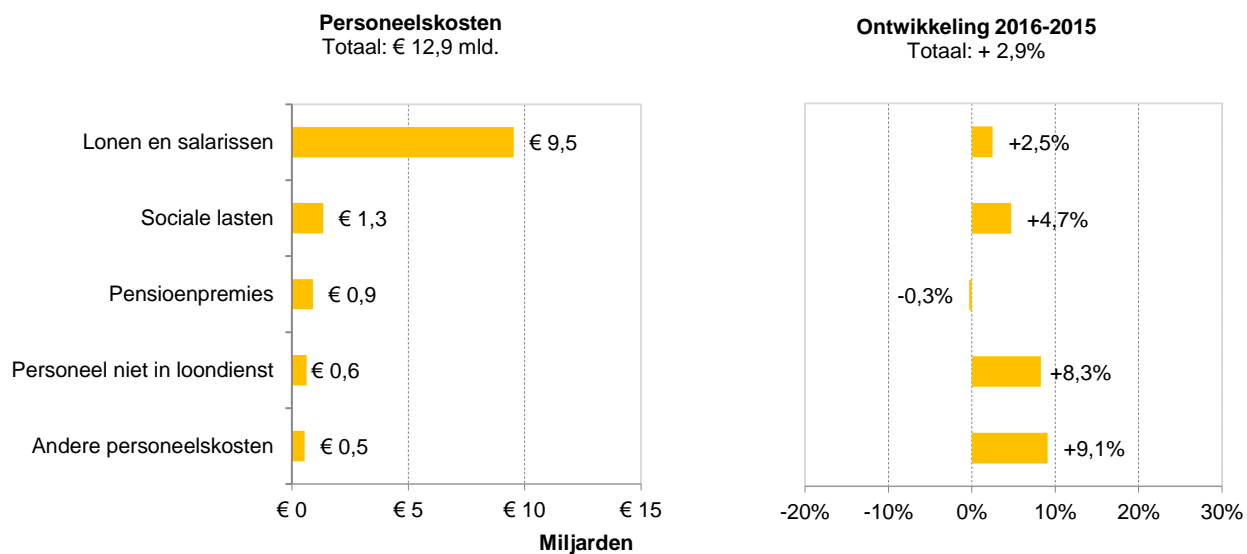
- Lonen en salarissen
- Sociale lasten
- Pensioenpremies
- Personeel niet in loondienst (inkoopgerelateerd)
- Andere personeelskosten (grotendeels inkoopgerelateerd)

Binnen de personeelskosten valt met name de sterke stijging op van de andere personeelskosten en de uitgaven aan personeel niet in loondienst. De andere personeelskosten waartoe onder meer de kosten voor werving en selectie, ARBO en opleidingen worden gerekend, stijgen met +9,1%.

De ziekenhuizen zien de kosten voor inhuur derden in 2016 toenemen met +8,3%. Deze stijging lijkt vooral het gevolg van ICT-projecten, zoals de introductie van een ERP-systeem of EPD bij onder meer UMC Groningen en Tergooi of de overgang naar een nieuw salarissysteem bij het Academisch Ziekenhuis Maastricht.

De totale personeelskosten van de onderzochte ziekenhuizen bedragen in 2016 € 12,9 mld. Bij deze ziekenhuizen zijn bijna 170.000 fte werkzaam.

Figuur 3.6 *Verbijzondering personeelskosten 2016*

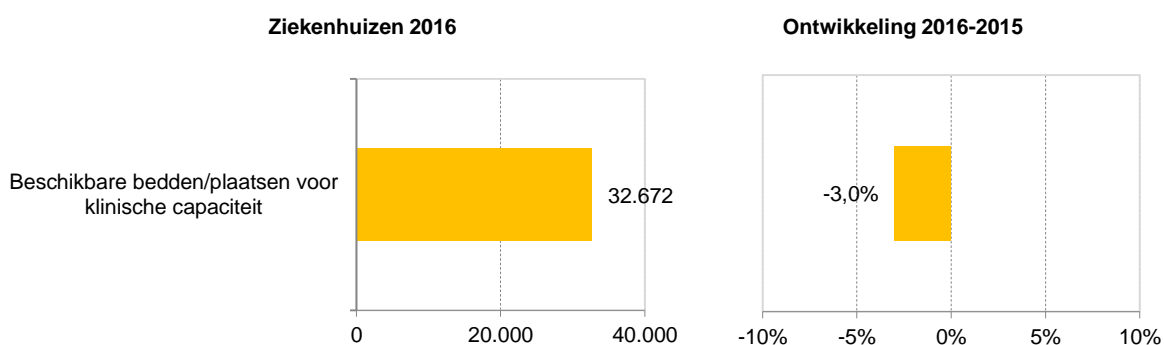


Het gemiddelde verzuimpercentage is in 2016 met 4,5% nagenoeg ongewijzigd ten opzichte van 2015 (4,4%).

2.3 Capaciteit en productie

De 76 onderzochte ziekenhuizen hebben samen een capaciteit van 32.672 bedden. Ook in 2016 is de ziekenhuiscapaciteit weer verder gedaald, en wel met -3%. In 2015 en 2014 was de capaciteit al afgenomen met respectievelijk -1,3% en -2,8%.

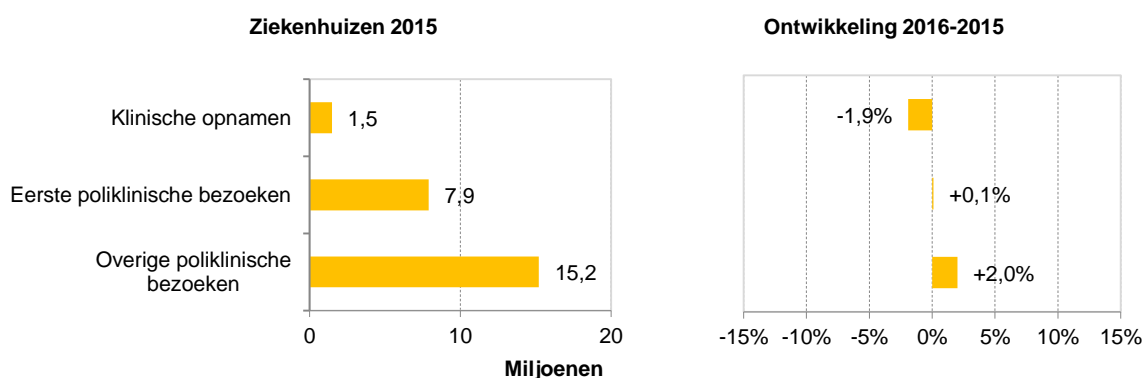
Figuur 3.7 Capaciteit onderzochte ziekenhuizen (excl. psychiatrische plaatsen)



De 76 ziekenhuizen kennen in 2016 in totaal bijna 1,5 miljoen klinische opnamen. Ook afgelopen jaar zet de dalende trend door. Het aantal klinische opnamen daalt in 2016 met -1,9%. In 2015 en 2014 was al sprake van een afname van respectievelijk -1,5% en -3,7%.

Het aantal eerste poliklinische bezoeken is in vergelijking met 2015 nagenoeg gelijk gebleven (+0,1%). Een verklaring voor deze daling is dat poliklinische handelingen steeds vaker worden ondergebracht bij de huisartsenzorg of worden overgenomen door zelfstandige behandelcentra. Wel leidt een initieel poliklinisch bezoek vaker tot een herhaalbezoek: het aantal overige poliklinische bezoeken neemt licht toe, met +2,0% naar in totaal 15,2 mln. bezoeken.

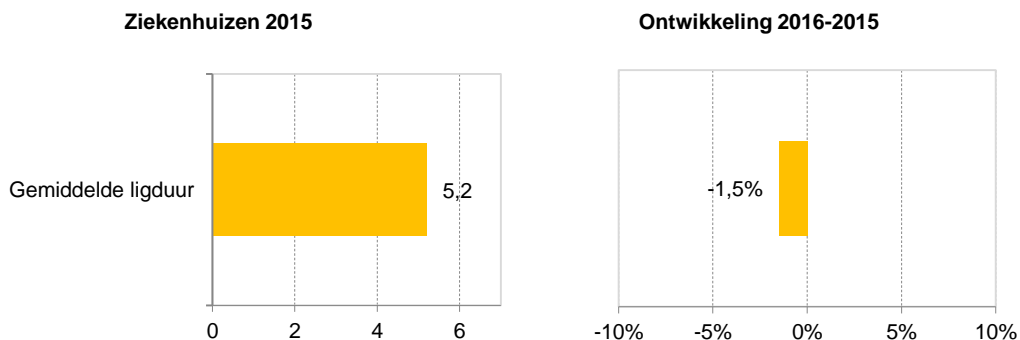
Figuur 3.8 Aantal klinische opnamen ziekenhuizen



Doordat de capaciteitsafname nog iets sterker is dan de daling van het aantal klinische opnamen, ziet de sector in 2016 de bezettingsgraad licht stijgen. De gemiddelde bezetting van een ziekenhuisbed ligt bij de onderzochte ziekenhuizen op 60% en is ten opzichte van 2015 licht gestegen (toen: 59%).

De gemiddelde ligduur daalt: van 5,3 dagen in 2014 en 5,2 in 2015 naar 5,0 in 2016.

Figuur 3.9 Gemiddelde ligduur



© 2017 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 2016'. 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>