

700 miljoen minder voor ziekenhuizen, kan dat?

Minister Klink maakte begin juli bekend dat hij budgetten van de ziekenhuizen met 700 miljoen euro wil korten. Academische en topklinische ziekenhuizen zouden daarbij ontzien worden, maar in welke mate is nog onduidelijk. Aan de hand van de kortgeleden gedeponeerde jaarrekeningen van ziekenhuizen over 2009 onderzochten wij de te verwachten effecten van deze maatregel. Kan de sector die korting van 700 miljoen wel dragen?

De ziekenhuissector in 2011

Alle ziekenhuizen (academisch, topklinisch en algemeen) maakten gezamenlijk in 2009 286 miljoen euro winst, een rendement van 1,54%. Het opleggen van een korting in 2011 zou zonder aanvullende maatregelen dus tot een collectief verlies van ruim 400 miljoen leiden. Daar komt jaarlijkse stijging van de taakstelling die VWS de ziekenhuizen heeft opgelegd voor de periode 2008-2011 nog bij. Deze bedroeg in 2009 een “verwaarloosbare” 15 miljoen euro, in 2010 echter 75 miljoen euro. Het resultaat van de ziekenhuizen over 2010 zou dus wel eens aanmerkelijk slechter kunnen uitpakken, waardoor de 700 miljoen euro korting in 2011 het collectief verlies verder zou doen oplopen richting 475 miljoen euro.

Eind 2009 bedroeg het totale eigen vermogen van de sector bijna 2,8 miljard euro. Ten opzichte van het gezamenlijke balanstotaal (20,1 miljard euro) is dat met 13,9% in lijn met de solvabiliteitsnorm die het Waarborgfonds eerder als globale indicatie voor een gezonde zorginstelling heeft genoemd, maar ver onder markconforme norm van 25%. Wat dat betreft kunnen de ziekenhuizen gezamenlijk een stootje hebben op de korte termijn, maar voor de lange termijn staat het opbouwen van voldoende eigen vermogen onder druk. We constateren grote spreiding in de rendementen en de solvabiliteit van ziekenhuizen. Daarbij valt op dat topklinische ziekenhuizen en academische ziekenhuizen er relatief beter voor staan dan algemene ziekenhuizen. Voor een aantal individuele, met name algemene ziekenhuizen zijn de aangekondigde kortingen dan ook ronduit bedreigend.

De algemene ziekenhuizen in 2011

In ons onderzoek hebben we 55 ziekenhuizen die geen universitaire, topklinische of categorale status hebben, bestempeld als ‘algemeen’. Deze ziekenhuizen maakten in 2009 gezamenlijk bijna 89 miljoen euro winst op een omzet van 5,8 miljard euro, dat is een rendement van 1,55%. Het eigen vermogen van deze ziekenhuizen bedraagt 841 miljoen euro.

Zou Minister Klink het grootste deel van de korting inderdaad ten laste brengen van de algemene ziekenhuizen, zoals de bedoeling lijkt te zijn, dan noopt dat tot stevige kostenbesparingen in de bedrijfsvoering van die ziekenhuizen. Nu zijn de meeste ziekenhuizen al jaren bezig met kostenbesparingen om prijsstijgingen en eerder opgelegde doelmatigheidskortingen het hoofd te bieden. Deze aankomende korting is echter van een andere orde grootte. Bij ongewijzigd beleid dreigt het gezamenlijk eigen vermogen van de algemene ziekenhuizen dan ook binnen 2 à 3 jaar te verdwijnen. Zo lang zal een aantal ziekenhuizen het niet volhouden. Door de daling van het eigen vermogen kunnen zij niet langer voldoen aan de door de banken geëiste solvabiliteitscriteria, waardoor zij het risico lopen hun kredietfaciliteiten te verliezen en in directe liquiditeitsproblemen terecht te komen of tenminste ernstige moeilijkheden zullen ervaren in het verkrijgen van nieuwe financieringen voor investeringen als nieuw- of verbouw.

Een rekensommetje om dat concreet te maken. Als ziekenhuizen in 2010 en 2011 een vergelijkbaar resultaat zouden behalen als in 2009 en de minister zou de 700 miljoen euro korting naar rato van de

omzet geheel opleggen aan de algemene ziekenhuizen, dan is de solvabiliteit van 28 algemene ziekenhuizen eind 2011 lager dan 5%. Van 11 ziekenhuizen zal het eigen vermogen dan zelfs negatief zijn. In een iets rooskleuriger scenario, waarin de korting die aan algemene ziekenhuizen wordt opgelegd “slechts” 500 miljoen euro bedraagt, zal de solvabiliteit van 20 ziekenhuizen eind 2011 minder dan 5% zijn en hebben 8 ziekenhuizen zelfs een negatief eigen vermogen. In beide gevallen onheilspellende cijfers in een tijd waarin ziekenhuizen zich vanwege de transformatie naar meer risicodragende ondernemingen juist eigen vermogen zouden moeten opbouwen.

Wat kunnen ziekenhuizen zelf doen?

Uit een inventarisatie van de jaarverslagen van ziekenhuizen blijkt dat er tussen de ‘algemene’ ziekenhuizen grote verschillen bestaan in financiële huishouding en productiviteit. Het armlastigste ziekenhuis heeft een negatief eigen vermogen van 9,5 miljoen euro, het ziekenhuis dat over de ruimste middelen beschikt bezit ruim 41,5 miljoen. Het ene ziekenhuis haalt een rendement van bijna 7%, het andere een negatief rendement van 9%. Dat maakt de wolken die in aantocht zijn voor het ene ziekenhuis een stuk donkerder dan voor het andere.

Tegelijkertijd biedt dat echter ook perspectief, want slechter presteren dan een collega ziekenhuis impliceert dat je winst kunt boeken door te verbeteren. In ons onderzoek hebben wij de individuele prestaties van ziekenhuizen vergeleken met de andere ziekenhuizen. Daarbij hebben wij hebben het verbeterpotentieel van ziekenhuizen benaderd door te kijken naar de productiviteit in de zin van de ziekenhuisproductie (uitgedrukt in patiënteenheden¹) ten opzichte van de daarvoor ingezette middelen.

Kosten

De verschillen in kosten die de algemene ziekenhuizen maken om één patiënteenschap te produceren zijn groot. Het “goedkoopste” ziekenhuis geeft € 222,- uit voor één patiënteenschap, het duurste ziekenhuis heeft daar € 382,- euro voor nodig. Is dit verschil volledig toe te rekenen aan doelmatigheidsverschillen? Nee, het verschil laat zich ook deels verklaren door het aantal medisch specialisten dat een ziekenhuis in loondienst heeft en de bijzondere verrichtingen die kostenverhogend werken. Mede om die reden is het niet reëel te veronderstellen dat alle ziekenhuizen op het niveau van de goedkoopste zouden moeten kunnen werken. Binnen de sector wordt regelmatig het 15^e percentiel aangehaald als streefwaarde. Dat is de grenswaarde die de 15% best presterende ziekenhuizen op een bepaalde indicator scheidt van de 85% minder presterende ziekenhuizen. Zou het de ziekenhuizen lukken om op dat 15^e percentiel uit te komen, dan zouden zij maximaal 240 euro per patiënteenschap uitgeven. Het totale besparingspotentieel bedraagt dan maar liefst 668 miljoen euro (12% van de totale omzet van algemene ziekenhuizen). Voor wie dat te ambitieus vindt en liever het gemiddelde als maatstaf neemt (269 euro per patiënteenschap) bedraagt het besparingspotentieel nog altijd 266 miljoen euro (5% van de totale omzet van algemene ziekenhuizen).

Productiviteit van mensen

Verschillen in kosten per patiënteenschap kunnen verklaard worden door verschillen in productiviteit. Die zien we ook duidelijk terug in de jaarverslagen, zowel bij personeel als medisch specialisten.

¹ Een patiënteenschap is gedefinieerd als de gewogen optelsom van eerste polikliniekbezoeken, (dag)opnames en verpleegdagen.

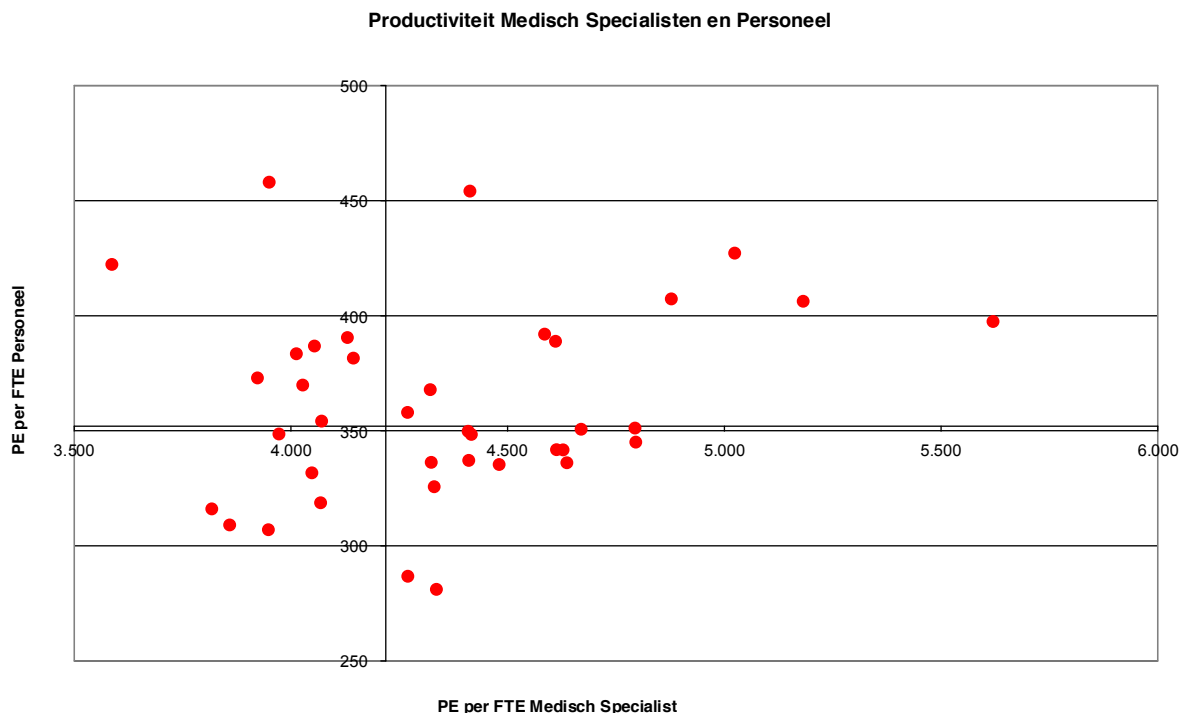
Aangezien niet in elk jaarverslag even consistent de beschikbare formatie wordt gerapporteerd beschouwen we hoge en lage waarden als uitschieters en concentreren we ons op de 70% van de waarnemingen die daar tussen valt.

Dan valt op dat medisch specialisten per FTE tussen de 3.700 en 4.600 patiënteenheden per jaar produceren. Dat is met 22% een fors verschil, maar aangezien de meeste medisch specialisten in vrije vestiging werkzaam zijn, hoeft dat geen financiële consequenties te hebben voor de financiële huishouding van het ziekenhuis. Dat geldt natuurlijk alleen als de formatie die op de loonlijst van het ziekenhuis staat, is afgestemd op de geleverde productie.

Ter illustratie: als een medisch specialist minder spreekuren doet dan het gemiddelde is dat niet erg, zolang ze maar volgepland zijn. Dan wordt het ondersteunend personeel immers goed benut. Doet een specialist meer spreekuren, maar zijn die slecht bezet, dan is de schade voor het ziekenhuis groter omdat het personeel dan niet doelmatig wordt ingezet.

Verschillen van een nog iets grotere omvang constateren we in de productie van patiënteenheden per FTE personeel. Gecorrigeerd voor extreme waarden zien we hier een verschil van 28% tussen het ziekenhuis met de hoogste productiviteit per medewerker en het ziekenhuis met de laagste productiviteit per medewerker.

Dat maakt het interessant om te kijken of die twee productiviteitscijfers enige relatie met elkaar hebben.



Bovenstaande figuur toont de productiviteit van de medisch specialisten en personeel in de algemene ziekenhuizen. De productiviteit wordt gemeten in patiënteenheden. Op de horizontale staat de productiviteit per FTE medisch specialist afgebeeld, op de verticale as de productiviteit per FTE personeel. De rode stippen in de figuur zijn de scores van de individuele ziekenhuizen. Nu we de productiviteit van medisch specialisten en personeel tegenover elkaar hebben uitgezet, zien we dat ziekenhuizen met productieve medisch specialisten – op een beperkt aantal duidelijke

uitzonderingen na - overwegend productief personeel hebben. Bij ziekenhuizen waarvan de medische staf minder productief is, zien we ook overwegend minder productief personeel.

Uit deze grafiek blijkt eerder sprake te zijn van een min of meer vaste hoeveelheid ondersteuning van medisch specialisten, dan van een ondersteuning die is afgestemd op de productie. En daarmee is een lage productiviteit van medisch specialisten zeker een belangrijk aandachtspunt voor het ziekenhuis vanuit het oogpunt van personeelskosten.

Doelmatig gebruik van middelen

De mate waarin het ziekenhuis doelmatig gebruik maakt van de beschikbare voorzieningen verschilt eveneens in hoge mate. De bedbezetting is hier een mooi voorbeeld van. We zien dat 70% van de algemene ziekenhuizen een bezetting realiseert tussen de 54% en de 76%. Let wel: we praten hier over de financiële parameter “verpleegdag”. De feitelijke bedbezetting (de tijd dat een patiënt daadwerkelijk een bed in gebruik heeft gehad) ligt tussen de 8% en 12% lager. Ook hier is een nuancering op zijn plaats, want aan de nauwkeurigheid waarmee het aantal inzetbare bedden is opgegeven kan bij een aantal instellingen getwijfeld worden. Rekening houdend met deze voorbehouden roepen de gerapporteerde cijfers niettemin het beeld op dat er nog steeds ruimte voor verbetering van de benutting van het beddenhuis is. Met een nieuwe, meer dynamische verdeling van bedden over specialismen, betere electieve planning en het scheiden van de acute en de electieve stroom met een acute opname afdeling kan een ziekenhuis hier nog veel winst boeken.

Qua gemiddelde ligduur ontlopen de algemene ziekenhuizen elkaar weinig. Zeventig procent scoort tussen de 5 en 6 ligdagen. Dat lijkt dus weinig verbeterpotentieel op te leveren, maar als we constateren dat een gemiddeld algemeen ziekenhuis zo’n 15.000 opnames per jaar doet, dan kunnen we snel uitrekenen dat een ligduurreductie van 1 dag ruwweg 40 bedden overbodig maakt. Dat scheelt al weer 1,5 – 2 miljoen euro in kosten.

Al jaren is de trend zichtbaar dat klinische opnames worden gesubstitueerd door dagopnames. Een dagopname levert een ziekenhuis minder geld op dan een klinische opname, maar daarvoor hoeven ook minder kosten gemaakt te worden, bijvoorbeeld omdat voor dagopnames geen personeel in nacht- en weekenddienst nodig is. Op een dagopname is de druk om te ontslaan ook veel groter dan bij een klinische opname: aan het einde van de dag moet de afdeling immers gesloten worden. Wanneer een ziekenhuis in verhouding meer klinische opnames doet dan dagopnames, dan dient zich daar dus een verbetermogelijkheid aan.

De verhouding klinische opnames ten opzichte van dagopnames bedraagt gemiddeld 1,04. Ongeveer 15% van de ziekenhuizen scoort op die verhouding 1,32 of hoger. Je zou verwachten dat die ziekenhuizen een gemiddeld lagere ligduur zouden hebben, omdat in hun klinische opnames zogenaamde “potentiële dagopnames”, oftewel kortdurende opnames zitten. Dat blijkt uit de cijfers niet. Vrijwel alle ziekenhuizen die hoger scoren dan 1,32 hebben een bovengemiddelde ligduur. Uiteraard zou dit cijfer genuanceerd worden door de stelling dat de betreffende ziekenhuizen een bovengemiddeld complexe klinische casemix hebben. Dat lijkt echter gezien de ziekenhuizen die het betreft niet het geval te zijn.

Conclusie

Terug naar de vraag in de titel: 700 miljoen minder voor ziekenhuizen, kan dat?

Onze conclusie is dat het in theorie wel kan, maar niet zonder drastische maatregelen. De

aangekondigde korting vormt een bedreiging voor de ziekenhuissector van ongekeerde omvang. Als geheel kan de sector die korting kortstondig zelfstandig opvangen, maar de korting is structureel en lijkt voornamelijk neer te dalen op de algemene ziekenhuizen. Dat betekent in 2011 een ernstige continuïteitsbedreiging voor 8 tot 11 algemene ziekenhuizen.

De waargenomen verschillen in kosten en productiviteit bieden echter een aanknopingspunt voor het zodanig verbeteren van de exploitatie, dat de meeste algemene ziekenhuizen de korting het hoofd kunnen bieden. Maar dat vergt wel maatregelen die qua tijdsfad en impact zonder precedent zijn. Op grote schaal zullen processen verbeterd moeten worden, zowel primaire zorgprocessen als ondersteunende processen (zoals planning en monitoring). Planning verdient eerst aandacht op strategisch niveau en moet vervolgens tactisch en operationeel sterk verbeterd worden. Het inzetten op het verbeteren van individuele zorgpaden zal bij lange na niet voldoende effect opleveren, zolang die paden niet in nauwe samenhang met elkaar worden geoptimaliseerd. Relevante afwegingen daarin zijn bijvoorbeeld het accepteren van efficiëncyverlies in één zorgpad of in een onderdeel daarvan, waardoor een ander zorgpad veel beter gaat presteren en je per saldo beter uitkomt. Nog meer aandacht voor kwaliteit moet het aantal fouten en de daarmee samenhangende herstelkosten verminderen. Ziekenhuizen zullen ook meer economisch ingegeven strategische keuzes moeten maken in de zorg die zij leveren en moeten komen tot een eigen portfolio in de vorm van een weloverwogen zorgprogramma. Die heroriëntaties zullen leiden tot het rigoreus snijden in het individuele zorgaanbod en tot ontslagen. De eerste voorbeelden dienen zich nu al aan. In het ondersteunende deel van de organisatie is eveneens winst te behalen, bijvoorbeeld door de eigen inkoop te verbeteren of het inkoopvolume te vergroten door samenwerking te zoeken met andere ziekenhuizen in de regio. En vergeet de huisvesting niet: In voorkomende gevallen zullen bouwplannen herzien, uitgesteld of afgeblazen moeten worden. Ook dat is nu al zichtbaar. Als het al niet de ziekenhuizen zelf zijn die een rem zetten op hun bouwambities, dan zijn het wel de banken die zeer terughoudend zijn met het verstrekken van financieringen.

De ziekenhuisbekostiging staat al jaren onder druk en wat dat betreft is deze aangekondigde korting in zekere zin *business as usual*. Sommigen stellen dat de ervaring leert dat de soep niet zo heet gegeten wordt als hij wordt opgediend. Terugkijkend kunnen we hen geen ongelijk geven. Hoe vaak is ambitieuze financiële regelgeving uiteindelijk niet in de prullenbak terecht gekomen (denk bijvoorbeeld aan het recente voorstel voor maatstafconcurrentie)? Hoe vaak heeft de overheid niet een reddingsboei geworpen naar instellingen die in financiële problemen waren gekomen? Maar we moeten ons daarbij wel realiseren dat dit “nog maar” een korting is die betrekking heeft op een budgetoverschrijding in het verleden. De miljardenbezuinigingen die in de komende jaren zullen moeten worden doorgevoerd om de rijksbegroting weer op orde te krijgen, zullen ongetwijfeld ook hun weg vinden naar de zorgsector. Dus bovenop die 700 miljoen euro kunnen we nog nieuwe kortingen verwachten. Daarmee is de in eerste instantie irreëel lijkende omvang van 700 miljoen euro ineens een stuk realistischer. En de mogelijkheden van het rijk om instellingen te redden worden zowel vanuit financieel als maatschappelijk perspectief beperkter. Kortom: afwachten of nu handelen? Wat ons betreft: *better safe than sorry*. Bestuurders, medisch specialisten, ziekenhuismedewerkers en toezichthouders zullen zich opnieuw moeten buigen over de vraag hoe het met minder kan, nu vanuit een situatie die urgenter is dan ooit. Een forse uitdaging, maar wel één met het perspectief dat er veel te winnen is.

Wie geïnteresseerd is in de prestaties van zijn eigen ziekenhuis in vergelijking met andere ziekenhuizen geven wij graag inzicht in de resultaten van ons onderzoek. Neem daarvoor contact op met Jaap Beerens (beerens@vreelandgroep.nl) of Jan van der Eijk (vandereijk@vreelandgroep.nl)