

'PIJN ACHTER DE SCHERMEN'

ONTWIKKELING VAN DE FINANCIËLE PERFORMANCE VAN
DE ALGEMENE ZIEKENHUIZEN IN NEDERLAND

BDO-BENCHMARK ZIEKENHUIZEN 2013



Omdat mensen tellen.

BDO

2012	2011	Naam ziekenhuis
1	▲ 2	Nij Smellinghe
2	▼ 1	Laurentius Ziekenhuis
3	▶ 3	St. Jansdal
4	▲ 38	HagaZiekenhuis
5	▼ 4	Medisch Centrum Leeuwarden
6	▲ 48	Ziekenhuis De Gelderse Vallei
7	▲ 29	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis
8	▲ 12	Wilhelmina Ziekenhuis Assen
9	▲ 18	Medisch Centrum Haaglanden
10	▲ 26	Martini Ziekenhuis
11	▼ 7	Isala Klinieken
12	▲ 25	Reinier de Graaf Groep
13	▲ 36	St. Elisabeth Ziekenhuis
14	▲ 27	Diakonessenhuis Utrecht
15	▼ 5	Admiraal De Ruyter Ziekenhuis
16	▲ 61	Antonius Ziekenhuis
17	▲ 22	Meander Medisch Centrum
18	▲ 23	VieCuri Medisch Centrum
19	▲ 21	Sint Lucas Andreas Ziekenhuis
20	▲ 32	Atrium Medisch Centrum
21	▲ 43	BovenIJ Ziekenhuis
22	▼ 15	Slingeland Ziekenhuis
23	▲ 64	Waterlandziekenhuis
24	▶ 24	St. Anna Zorggroep
25	▲ 28	Stichting Bronovo-Nebo
26	▲ 44	Gelre Ziekenhuizen
27	▲ 56	Refaja Ziekenhuis
28	▼ 6	Sint Franciscus Gasthuis
29	▼ 19	St. Antonius Ziekenhuis
30	▼ 14	Rivas Zorggroep Beatrixziekenhuis
31	▲ 60	Ziekenhuisgroep Twente
32	▼ 9	Zaans Medisch Centrum
33	▲ 54	IJsselmeerziekenhuizen
34	▲ 49	Catharina Ziekenhuis
35	▲ 37	Medisch Spectrum Twente
36	▼ 13	Rijnland Ziekenhuis
37	▼ 34	St. Deventer Ziekenhuisgroep
38	▲ 67	Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis
39	▼ 30	Ziekenhuis Rivierenland
40	▼ 8	ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen
41	▲ 58	Zorggroep Leveste Middenveld *)

Zie binnenzijde achtercover voor overige ziekenhuizen.

*) zie pagina 78/79 voor nadere toelichting

'PIJN ACHTER DE SCHERMEN'

ONTWIKKELING VAN DE FINANCIËLE PERFORMANCE VAN DE ALGEMENE ZIEKENHUIZEN IN NEDERLAND

BDO-BENCHMARK ZIEKENHUIZEN 2013



GEEN BLIJDE BOODSCHAP

Nu het stof van het turbulente transitiejaar 2012 is opgetrokken, is de tijd rijp om te kijken hoe ziekenhuizen de opeenstapeling van marktwerking, hervormingen en overlappende bekostigingsstelsels hebben overleefd. Die vraag is niet alleen belangrijk als momentopname voor de financiële fitheid van ziekenhuizen ultimo 2012. Het geeft ook een indicatie in hoeverre de ziekenhuizen zonder kleerscheuren door het jaar 2013 en de jaren daarna weten heen te komen.

De randvoorwaarden zijn er in 2013 voor de ziekenhuizen bepaald niet makkelijker op geworden. In juli 2013 kwam het ministerie van VWS met alle partijen overeen dat de groei van het productieplafond (het afgesproken percentage jaarlijkse volumegroei) van maximaal 2,5% stapsgewijs wordt verlaagd naar 1,5% (2014) en 1% (2015-2017). Opvallend genoeg lijkt de vraag naar zorg inmiddels geheel onafhankelijk van de politieke wens te slinken. Als deze trend werkelijk doorzet, hebben ziekenhuizen er een zorg bij. De vraag naar zorg vertoont overeenkomsten met de huizenprijzen: met een mogelijke daling is eigenlijk nooit serieus rekening gehouden.

Een echt blijde boodschap hebben we niet. De centrale conclusie van ons rapport is dat de situatie ronduit zorgwekkend is. Transitiebedragen waarmee ziekenhuizen tijdelijk worden gecompenseerd voor de terugval van inkomsten door de invoering van prestatiebekostiging, maskeren de ernst in eerste instantie. Als de resultaten hiervoor worden geschoond, blijkt de sector financieel in een stevige crisis te zitten. Natuurlijk moet hierbij in ogenschouw worden genomen dat de transitiebedragen juist zijn bedoeld om de ziekenhuizen de tijd te geven zich zo goed als mogelijk aan te passen aan de vele veranderingen, maar ziekenhuizen die hier onvoldoende in slagen of te laat starten met de noodzakelijke transformatie, zullen hiervan de pijnlijke gevolgen in 2013 en volgende jaren ongetwijfeld voelen.

Zijn ziekenhuizen, verzekeraars en de politiek bereid om de drastische maatregelen te nemen die waarschijnlijk nodig zijn om meer faillissementen te voorkomen? Komt er een nieuwe golf van samenwerking en deling van kennis tussen ziekenhuizen op gang? We zullen in de aankomende jaren merken hoe het uitpakt. Intussen hopen we dat ons rapport daarbij – net als in andere jaren – een positieve rol kan spelen door alle resultaten via relevante dwarsdoorsnedes vergelijkbaar te maken. Een nieuwe toevoeging op dat vlak is de BDO Financiële Ziekenhuisindicator (BFZ). De BFZ – samengesteld uit 5 algemeen geaccepteerde kengetallen – geeft een gebalanceerde indruk van de financiële performance van ziekenhuizen ultimo 2012.

Wij hopen dat het rapport ziekenhuisbestuurders en andere betrokkenen weer inspireert en aanspoort om best practices uit te wisselen. Verder is in het rapport een aantal – niet zelden kritische – reacties van bestuurders van ziekenhuizen en zorgverzekeraars op onze onderzoeksresultaten te vinden en delen ze openhartig hun ervaringen.

We wensen u veel leesplezier, veel wijsheid en doorzettingsvermogen toe in de uitdagende tijd die voor de ziekenhuissector in het verschiet ligt.

Chris van den Haak en Rob Karlas
Onderzoekers/Partners BDO Branchegroep Zorg
www.twitter.com/bdozorg



Chris van den Haak



Rob Karlas

Deze publicatie is zorgvuldig voorbereid, maar is in algemene bewoordingen gesteld en bevat alleen informatie van algemene aard. Deze publicatie bevat geen advies voor concrete situaties, zodat uitdrukkelijk wordt aangeraden niet zonder advies van een deskundige op basis van de informatie in deze publicatie te handelen of een besluit te nemen. Voor het verkrijgen van een advies dat is toegesneden op uw concrete situatie kunt u zich wenden tot BDO Accountants & Adviseurs of een van haar adviseurs. BDO Accountants & Adviseurs en haar adviseurs aanvaarden geen aansprakelijkheid voor schade die het gevolg is van handelen of het nemen van besluiten op basis van de informatie in deze publicatie.

Oktober 2013

© BDO

INHOUDSOPGAVE

MANAGEMENTSAMENVATTING EN AANBEVELINGEN

1.1 Het doel van de benchmark	10
1.2 Financiële performance alleen is niet zaligmakend	10
1.3 Onze conclusie: 'Pijn achter de schermen'	11
1.4 Onze aanbevelingen	13

INLEIDING

2.1 Algemeen	18
2.2 Uitgangspunten	18
2.3 Aansluiting cijfers met BDO-benchmarkonderzoek 2012	20

RESULTAAT

3.1 Inleiding	26
3.2 Ontwikkeling resultaat 2012 ten opzichte van 2011	26
3.3 Samenstelling resultaat	29
3.4 Ontwikkeling en samenstelling resultaat op basis van omvang	32
3.5 Ontwikkeling resultaat van individuele ziekenhuizen	38
3.6 Ratioanalyse	41

BALANS

4.1 Inleiding	50
4.2 Ontwikkeling en samenstelling vermogen 2012 ten opzichte van 2011	50
4.3 Ontwikkeling en samenstelling vermogen op basis van omvang	54
4.4 Ontwikkelingen in de voorzieningen	57
4.5 Ratioanalyse	60

OVERALL FINANCIËLE PERFORMANCE VAN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN

5.1 Inleiding	70
5.2 Resultaten	71
5.3 Conclusie	72

Bijlage I: Totale resultatenrekening	76
--	----

Bijlage II: Totale balans	77
---------------------------------	----

Bijlage III: Rating volgens BDO Financiële Ziekenhuisindicator (BFZ)	78
--	----

De BDO Branchegroep Zorg	80
--------------------------------	----

Colofon	81
---------------	----

Wij zijn ook benieuwd naar uw reactie.
Die kunt u geven via zorg@bdo.nl

EERSTE REACTIES UIT DE PRAKTIJK

COMMENTAAR ZIEKENHUISBESTUURDERS

Voorafgaand aan de publicatie van de BDO-benchmark Ziekenhuizen 2013 heeft de redactie een aantal ziekenhuisbestuurders gevraagd naar een eerste reactie op de cijfers en conclusies uit het onderzoek. Het zijn korte commentaren, gegeven vanuit de expertise van de bestuurder, gelet op omvang, regio en financiële performance van het betreffende ziekenhuis. Deze keer is ook een tweetal verzekeraars gevraagd naar hun kijk op de uitkomsten. De verslagen vindt u verspreid door het rapport, in willekeurige volgorde. Deze commentaren samen schetsen het levensechte perspectief bij de gepresenteerde cijfers. Tegelijk laat de feedback vanuit de dagelijkse bestuurspraktijk de diversiteit zien aan opvattingen rond financieel management van algemene ziekenhuizen en de financiering van de zorgsector.

NB: Alle commentaarteksten zijn tot stand gekomen zonder inhoudelijke inmenging van BDO.

GEÏNTERVIEWDEN

	Peter Bennemeer lid Raad van Bestuur Bernhoven Ziekenhuis 21				Hans de Jong algemeen directeur St. Jans Gasthuis 31
	Ruud Verreussel CEO Maasziekenhuis Pantein 65				Joël Gijzen directeur Zorg CZ 34
	Jan Naaktgeboren directeur Financiën St Jansdal 59				Huybert van Eck bestuursvoorzitter Admiraal De Ruyter Ziekenhuis 64
	Peter Littooy bestuursvoorzitter Nij Smellinghe 45				Luvic Janssen CFO Orbis Medisch Centrum 39
	Akkelys Lukkes CFO Wilhelmina Ziekenhuis 53				Arend Vreugdenhil lid Raad van Bestuur VieCuri Medisch Centrum 73



MANAGEMENT- SAMENVATTING EN AANBEVELINGEN



MANAGEMENTSAMENVATTING EN AANBEVELINGEN

1.1 HET DOEL VAN DE BENCHMARK

Het jaar 2012 stond voor ziekenhuizen in het teken van systeemwijzigingen en de hiermee samenhangende onzekerheden voor de opbrengstbepaling. Veel partijen, waaronder de zorgaanbieders, zorgverzekeraars, banken, brancheorganisaties, accountants en overige belanghebbenden, hadden het gevoel de grip op de financiële zaken bij ziekenhuizen te verliezen. Uiteindelijk zijn begin 2013 knopen doorgehakt en hadden op 15 juli 2013 vrijwel alle ziekenhuizen hun jaarrekening 2012 gepubliceerd. Een goed moment om de balans op te maken.

Met dit rapport geeft BDO de lezer een beeld van de financiële situatie van de algemene ziekenhuizen in Nederland. Daartoe zijn de jaarrekeningen van 77 van de in totaal 82 algemene ziekenhuizen geanalyseerd. De overige vijf ziekenhuizen hadden halverwege juli 2013 nog niet gepubliceerd. Het is niet onze bedoeling kwalitatieve uitspraken te doen over de overall-prestaties van individuele ziekenhuizen. Wij baseren ons uitsluitend op de cijfers uit de gepubliceerde jaarrekeningen 2012, waarbij wij op een objectieve manier en op de door ons gekozen wijze de bedrijfseconomische prestaties van ziekenhuizen berekenen en analyseren. Dit wil niet zeggen dat we terugschrikken voor op feiten gebaseerde uitspraken en interpretaties, maar alleen als die aansluiten bij onze financiële expertise.

De BDO-benchmark is een retrospectief onderzoek. De in het onderzoek betrokken jaarrekeningen bevatten informatie over de vermogens- en liquiditeitsposities ultimo 2012 en over de resultaten over 2012. Wij maken de lezer erop attent dat de jaarrekeningen van ziekenhuizen onderworpen zijn aan complexe wet- en regelgeving, die ruimte voor interpretatie laat en de opsteller keuzemogelijkheden biedt. Hierdoor zijn cijfers niet altijd zonder meer vergelijkbaar. Dit betekent dat de lezer bij de vergelijking van bedrijfseconomische prestaties van individuele ziekenhuizen of andere dwarsdoorsnedes die wij in dit rapport presenteren – zoals tussen kleine, middelgrote en grote ziekenhuizen – altijd een slag om de arm moet houden.

Ondanks deze kanttekening kiezen we er toch voor om het niet bij een algemeen beeld te laten en de resultaten op verschillende manieren uit te splitsen. Op deze manier worden de resultaten beter vergelijkbaar en kunnen ziekenhuizen van elkaar leren en met elkaar in gesprek raken. Wij denken dat op deze wijze ons rapport de beste bijdrage levert aan een duurzaam gezonde bedrijfsvoering van de ziekenhuizen.

1.2 FINANCIËLE PERFORMANCE ALLEEN IS NIET ZALIGMAKEND

Dit rapport zou onbedoeld de indruk kunnen wekken dat de financiële performance de enige of belangrijkste leidraad is voor de beoordeling van een ziekenhuis: hoe hoger het resultaat, hoe beter het ziekenhuis presteert. Dat zou erg kortzichtig zijn. Wij realiseren ons heel goed dat ziekenhuizen een maatschappelijke functie vervullen en dat zij bij het leveren van de ziekenhuiszorg tal van afwegingen maken die niet door (maximaal) financieel rendement worden gedreven.

Waarom ligt de nadruk in dit rapport toch op financiële performance? Omdat wij denken dat een gezonde financiële positie een noodzakelijke randvoorwaarde is om deze maatschappelijke functie optimaal uit te (kunnen blijven) voeren. Goed inzicht in de financiële huishouding schept daarbij niet alleen een helder kader waarbinnen die functie moet worden vervuld, het helpt ook bij het maken van strategische keuzes die nodig zijn om weerbaar te blijven in een sterk veranderende zorgmarkt.



'Hadden wij het helemaal mis met onze sombere voorspellingen voor 2012?'

1.3 ONZE CONCLUSIE: 'PIJN ACHTER DE SCHERMEN'

Op het eerste gezicht hebben de ziekenhuizen een goed financieel jaar achter de rug. Veel commerciële bedrijven zouden – zeker in de huidige tijd – niet ontevreden zijn met het financiële resultaat dat het gemiddelde algemene ziekenhuis in 2012 heeft behaald. Deze prestaties lijken prima in een jaar dat we eerder nog afschilderden als een mogelijk rampjaar voor ziekenhuizen: een periode van transitie, politieke onzekerheid, toenemende marktwerking, beperkte groei ruimte en verscherpte onderhandelingen met de zorgverzekeraars.

Hadden wij, en ook anderen, het helemaal mis met onze sombere voorspellingen voor 2012? Bij de BDO-benchmark van vorig jaar hadden we immers geconstateerd dat ziekenhuizen veel veerkracht hebben getoond. We hadden er graag naast gezeten, het positieve beeld kantelt echter drastisch als de resultaten nader worden bekeken. Hieronder volgen de hoofdconclusies van de BDO-benchmark 2013.

1. Ogenschijnlijk goede cijfers verhullen een dreigende financiële terugval

Het lijkt goed te gaan met de sector, als alleen globaal naar de resultatenontwikkeling wordt gekeken. Over 2012 behaalden de 77 ziekenhuizen uit het onderzoek gezamenlijk een positief resultaat van € 283,6 miljoen, een toename van 9,4% (€ 24,5 miljoen) ten opzichte van 2011. Het rendement (resultaat in procenten van de opbrengsten) nam in 2012 eveneens licht toe, van 2,0% naar 2,1%. Echter, indien we het resultaat corrigeren met het transitiebedrag over 2012, dan sluit ruim eenderde (36,4%) van de ziekenhuizen het jaar 2012 negatief af. Dit is een zorgwekkende situatie: in 2013 is de transitieregeling nog deels van toepassing, maar daarna houdt deze op te bestaan. Zonder compensatie en/of bijsturen door de ziekenhuizen zal vanaf 2014 sterk op de – vaak relatief beperkte – vermogens worden ingeteerd. Dit kan op (individueel) ziekenhuisniveau verregaande gevolgen hebben.

In 2012 hebben de algemene ziekenhuizen gezamenlijk voor € 163,1 miljoen aan opbrengsten uit hoofde van het transitiebedrag verantwoord. Het resultaat over 2012 bestaat voor 58% uit deze opbrengst. Als de overheid met betrekking tot de invoering van prestatiebekostiging had gekozen voor een 'big bang', dan zou in 2012 juist sprake zijn van een forse resultaat teruggang. 28 ziekenhuizen, meer dan eenderde van alle algemene ziekenhuizen, zouden een negatief resultaat hebben behaald. Exclusief de bijdragen uit de transitieregeling is het gezamenlijk resultaat uitermate mager.

Voor 2013 komt daar bij dat de mogelijkheden voor (volume)groei beperkt zijn. Op basis van het hoofdlijnenakkoord is de groei ruimte voor de medisch specialistische zorg in 2013 begrensd op 2,5% (2014: 1,5% en daarna 1%, exclusief prijsindexatie). Maar het is ook de vraag of de geboden groei ruimte gezien de dalende tendens in de vraag naar zorg kan worden gerealiseerd. Wij denken dat ziekenhuizen tijd nodig hebben om de bedrijfsvoering en kostenstructuur aan te passen aan de nieuwe omstandigheden.

Overigens, voor 2012 is het transitiebedrag nog niet definitief vastgesteld. De opgenomen omzetbedragen in de jaarrekening 2012 zijn in belangrijke mate gebaseerd op prognoses van de schadelast (van in 2012 gestarte zorgtrajecten die doorlopen in 2013) en andere schattingen. Ook hebben de zorgverzekeraars tot mei 2014 de tijd om controles uit te voeren op ziekenhuisdeclaraties over 2012 en hier correcties over op te leggen. Vervolgens kan de omzet over 2012 nog worden afgeroomd als gevolg van plafondafspraken en/of een overschrijding van de afgesproken groei ruimte, het Macrobeheersinstrument.

Beeld vanuit de BDO Financiële Ziekenhuisindicator (BFZ)

Ook bij de BFZ – de nieuwe indicator waarmee wij een zo evenwichtig mogelijk beeld van de algehele financiële prestaties geven (zie hoofdstuk 5) – zien we de impact van het transitiebedrag terug. Zonder correctie van het transitiebedrag scoort de sector over 2012 een voldoende. De BFZ 2012 bedraagt 6,4 tegenover 6,1 in 2011. Exclusief het transitiebedrag daalt de BFZ naar 5,5. Als we een rating van 6,0 als voldoende beschouwen, behaalt een krappe meerderheid (58%) van de ziekenhuizen een voldoende. Exclusief het transitiebedrag is dat nog maar 43%.

'Het lijkt goed te gaan met de sector, als alleen globaal naar de resultatenontwikkeling wordt gekeken'

Elf ziekenhuizen (exclusief de ziekenhuizen die medio juli nog niet hebben gepubliceerd) behalen een ongecorrigeerde BFZ van 4,0 of lager. Als het transitiebedrag nog wordt afgetrokken, neemt dit aantal toe tot 24.

Er is slechts een beperkte groep ziekenhuizen dat van de transitie naar prestatiebekostiging lijkt te (gaan) profiteren. Dit is het geval als de BFZ na correctie voor transitiebedragen oploopt. Het is echter de vraag waar de overschrijding van het transitiebudget door wordt veroorzaakt (bijvoorbeeld relatief hoge tariefafspraken?) en of sprake is van een duurzame overschrijding.

2. De omvang van ziekenhuizen speelt een rol bij de financiële prestaties

Hoe groter het ziekenhuis, hoe groter het beroep op de transitieregeling: 68% van het totale saldo uit hoofde van de transitieregeling wordt geclaimd door de grote ziekenhuizen. Gecorrigeerd voor het transitiebedrag zakt het nettoresultaat van de grote ziekenhuizen over 2012 met bijna 70%. Het feit dat het transitiebedrag vooral bij grote ziekenhuizen een gunstig effect heeft, blijkt ook uit de BFZ. De BFZ zakt bij de grote ziekenhuizen terug van gemiddeld een 7,1 naar een 5,8 zodra het transitiebedrag buiten beschouwing wordt gelaten.

De financiële prestaties van de middelgrote ziekenhuizen (27) vallen onverwacht tegen, omdat deze categorie over 2011 nog tot de best presterende behoorde. Van de vijftien ziekenhuizen die inclusief het transitiebedrag een BFZ van 6 of hoger scoren, resteren er elf als de resultaten voor het transitiebedrag worden geschoond.

De impact van de nieuwe bekostigingsmethodiek lijkt bij de kleine ziekenhuizen mee te vallen. De financiële resultaten zijn redelijk en veranderen slechts in beperkte mate als van het transitiebedrag wordt afgezien. Wel valt ons op dat de kleine ziekenhuizen een beperktere vermogens- en liquiditeitspositie hebben en daarmee relatief grotere financiële risico's lopen. Onder de tien laagst scorende ziekenhuizen vallen vier kleine ziekenhuizen, terwijl ook nog eens drie kleine ziekenhuizen op 15 juli 2013 nog niet hadden gedeponerd.

3. Veel ziekenhuizen hebben gebrek aan liquiditeit

In 2012 is de cumulatieve schuld van de algemene ziekenhuizen aan kredietinstellingen gestegen tot meer dan een miljard euro. Ziekenhuizen lijken de rekening te betalen voor het moeizaam verlopen van de contractonderhandelingen en de vertraagde facturering als gevolg van de invoering van de DOT-systematiek. Naast vertraagde inkomsten was ook sprake van een wezenlijke uitgaande kasstroom. Gedurende 2012 hebben de algemene ziekenhuizen in totaal € 720 miljoen aan financieringsoverschotten over voorgaande jaren aan zorgverzekeraars terugbetaald of verrekend. Dit is 56% van het uitstaande saldo.

Onze verwachting is dat de druk op de liquiditeit in 2013 hoog blijft. Hoewel de DOT-facturatie inmiddels redelijk goed verloopt, kunnen de contractonderhandelingen en invulling van de prijsafspraken ook in 2013 voor veel vertraging en problemen in de facturering zorgen. Daarnaast dienen ook in 2013 nog aanzienlijke financieringsoverschotten te worden terugbetaald en is het onzeker of zorgverzekeraars in continuïteit bereid zijn de ziekenhuizen in dezelfde mate te blijven bevoorschotten.

Banken volgen de ontwikkelingen nauwgezet. Zij zien dat de balansstructuur van de ziekenhuizen het afgelopen jaar sterk is veranderd en dat de financiële risico's zijn toegenomen. Een goede invulling en werking van de treasuryfunctie is onontbeerlijk. Ten tijde van de oude bekostigingssystematiek was de treasuryfunctie bij veel ziekenhuizen nog onderbelicht en niet ingebed in de organisatie. Mede door financiële schandalen in andere publieke sectoren en de eerste faillissementen in de zorgsector is het besef gekomen dat professionalisering van de treasuryfunctie in brede zin absoluut noodzakelijk is.

4. Kostenbesparingen zijn vooralsnog uitgebleven

Na de trendbreuk in 2011, waarbij sprake was van een (lichte) daling van de kosten ten opzichte van de opbrengsten, zijn de ziekenhuizen er in 2012 niet in geslaagd deze lijn vast te houden. Uit ons onderzoek blijkt dat de overige bedrijfskosten, na correctie van het effect van de in 2012 naar het ziekenhuisbudget overgeheveldde kosten van TNF Alfaremmers, relatief sterker stijgen dan het productievolume. Naar onze mening valt er nog steeds winst te behalen door bedrijfsmatiger te werken (zie ook paragraaf 3.2).

Naast kostenreductie adviseren we ziekenhuizen ook naarstig op zoek te gaan naar nieuwe alternatieve opbrengsten (uiteraard voor zover mogelijk en toegestaan). Daarvoor is creativiteit en innovatie nodig. Gevoel van urgentie lijkt aanwezig. Uit het BDO-onderzoek naar marktwerking in de zorg onder 230 instellingen (GGZ- en AWBZ-instellingen en ziekenhuizen) eerder dit jaar blijkt dat zes op de tien instellingen zichzelf klaar achten voor de toekomst. Een jaar eerder waren slechts twee op de tien instellingen positief gestemd.

5. De omvang van voorzieningen is ook in 2012 verder toegenomen

Op landelijk niveau zijn de voorzieningen in 2012 met 21,4% (€ 112 miljoen) gestegen tot € 633 miljoen (2011: stijging van 25,5%). Deze toename wordt voor de helft veroorzaakt door de groei van het Persoonlijk Levensfasebudget (PLB). Ook valt op dat de reorganisatievoorzieningen met ruim € 13 miljoen zijn verhoogd in 2012. Dit impliceert dat nieuwe reorganisaties bij verschillende ziekenhuizen ophanden zijn of al in gang zijn gezet.

Net als voorgaande jaren fluctueert de hoogte van voorzieningen sterk per ziekenhuis. Opvallend genoeg worden relatief hoge voorzieningen gevormd door de ziekenhuizen waar het financieel goed gaat. Deze verschillen zijn terug te leiden op verschillen in boekhoudkundige keuzes (bijvoorbeeld wel/niet vormen van een onderhoudsvoorziening). Als BDO pleiten we al jaren voor eenduidigheid en vereenvoudiging en zien we met lede ogen aan dat de verslaggeving ook in 2012 weer complexer is geworden. Toch herhalen we ook dit jaar onze oproep om het verslaggevingsstelsel te vereenvoudigen en verslaggevingskeuzes te beperken, om zo de administratieve last te verminderen en de vergelijkbaarheid van jaarrekeningen te verbeteren. Ons advies: laten we een frisse start maken en nu al nadenken over een nieuw, helder en licht verslaggevingslandschap voor na de transitieperiode.

1.4 ONZE AANBEVELINGEN

Op basis van ons onderzoek komen wij tot een aantal aanbevelingen voor de ziekenhuizen en wet- en regelgevers:

Zorg voor een transparant systeem waarbij ziekenhuizen worden bekostigd op basis van geleverde prestaties

De omvang van de transitiebedragen in 2012 bevestigt het belang van de ingestelde vangnetregeling. Veel ziekenhuizen zijn nog niet 'DOT/prestatiebekostiging-proof'. Dit is zorgwekkend, want na 2013 moeten de ziekenhuizen op eigen kracht verder. De basis wordt in onze optiek gelegd door een gedegen analyse van de totstandkoming van het transitiebedrag 2012. Aan de hand van deze analyse wordt duidelijk voor welke aandachtsgebieden acties noodzakelijk zijn. Hierbij valt te denken aan:

- De wijze waarop en de diversiteit waarmee de contracten met de zorgverzekeraars zijn ingestoken (plafondafpraak, aanneemsom of op basis van geleverde prestaties, de substitutiemogelijkheden en alle bijzondere voorwaarden);
- Onvolkomenheden in de DOT-productstructuur;
- Onvoldoende verband tussen de hoogte van de tarieven voor DOT- en overige zorgproducten en de geleverde prestaties;
- Eenduidigheid in tariefstelling tussen honoraria voor medisch specialisten en de vergoeding van het kostendeel voor het ziekenhuis;
- Verdere verbetering en uniformering van de productieregistratie van het ziekenhuis (zorgproducten leiden bijvoorbeeld nog te laag af, uitval wordt (te) laat opgelost, parallelle trajecten worden niet juist geregistreerd, et cetera).



'Zonder transitiebekostiging scoort slechts 43% van de ziekenhuizen op overall financiële performance een voldoende'

'Net als voorgaande jaren fluctueert de hoogte van voorzieningen sterk per ziekenhuis'

Inzicht in zorgprofielen en daarbij behorende kostprijzen van zorgproducten zijn bij de uitvoering van de acties onmisbaar. Veel ziekenhuizen hebben de afgelopen jaren geïnvesteerd in de verbetering van de kwaliteit van hun kostprijzen. Dit heeft ertoe geleid dat de betrouwbaarheid van de uitkomsten is toegenomen, maar de discussies rondom de recente verplichte aanlevering van kostprijsgegevens aan de Nederlandse Zorgautoriteit laat zien dat verdere verbeteringen nodig zijn, niet in de laatste plaats ter voorbereiding op de invoering van integrale tarieven in 2015.

Verhoog de BFZ en zorg voor professioneel geldbeheer

De beperkte liquiditeitsposities van ziekenhuizen vragen om structurele financieringsoplossingen. De omstandigheden op de geld- en kapitaalmarkt wijzigen voortdurend, evenals de aard, omvang en timing van de kasstromen die door ziekenhuizen worden gegenereerd.

Financiers staan onder druk van de toenemende solvabiliteitseisen als gevolg van de kredietcrisis en zien het risicoprofiel van de zorgsector groeien. Hierdoor worden ze terughoudend in het financieren van investeringen en werkkapitaal en stijgen de kredietopslagen in de tarieven. Het vergt een alerte houding en een sterke BFZ. De BFZ geeft een gebalanceerd beeld van de financiële fitheid van het ziekenhuis.

Ga meer samenwerken

Gezien het feit dat op onderdelen sprake is van overcapaciteit in de ziekenhuissector zou de opzet van een sanerings- of herstructureringsfonds een optie kunnen zijn. Maar de huidige fusiegolf in ziekenhuisland biedt wellicht een alternatief: laat financieel goed presterende en vaak grotere ziekenhuizen fuseren met kleinere ziekenhuizen die het financieel lastig hebben. Zo kan mogelijk de continuïteit van de ziekenhuiszorg worden gewaarborgd en kunnen structurele verbeteringen worden doorgevoerd. Dergelijke trajecten kunnen gepaard gaan met sluiting van locaties of centralisatie van zorgfuncties. Geen leuke boodschap om uit te dragen en voor sommige direct betrokkenen betekent dit ook dat zij over hun eigen schaduw heen moeten stappen en moeten kiezen voor het algemene belang.

Hierbij is alertheid overigens geboden. Vanuit zorgperspectief en beheersbaarheid is het de vraag of een fusiegolf ook echt wenselijk is. Als fusies leiden tot onvoldoende concurrentie en instanties feitelijk 'too big to fail' zijn, raken financiële gezondheid in combinatie met betere zorgkwaliteit juist verder uit beeld.

Leer van elkaar en deel 'best practices'

Uit ons onderzoek blijkt dat een aantal algemene ziekenhuizen met een structureel matige vermogenspositie te kampen heeft, terwijl een andere groep algemene ziekenhuizen juist jaar in jaar uit een goede bedrijfseconomische performance laat zien. Wat kunnen ze van elkaar leren? Wij pleiten voor meer samenwerking tussen ziekenhuizen en uitwisseling van best practices. De coördinatie van de samenwerking zou kunnen worden gelegd bij de brancheorganisaties NVZ en NFU.

Speel beter in op wisselende bedrijfsdrukke

De ogenschijnlijke autonome daling van de zorgvraag heeft zich in 2012 als een nieuwe bedreiging voor de omzet van ziekenhuizen gemanifesteerd. Flexibiliteit en bedrijfsmatig werken zijn meer dan ooit randvoorwaarden om de financiële performance te verbeteren en continuïteit van kwalitatief goede zorg te waarborgen. Gezien de signalen van teruglopende productie in 2013 zullen ziekenhuizen hun bedrijfsvoering (en mogelijk ook strategische businesscases) blijvend kritisch tegen het licht moeten houden.

Vereenvoudig regelgeving en beperk de administratieve lasten

Tot slot zijn wij van mening dat de totstandkoming van de jaarrekeningen 2012 de ziekenhuizen onnodig veel tijd en geld heeft gekost. Naast de inzet van eigen medewerkers moesten niet zelden externen worden ingehuurd om de verplichte, complexe opbrengstberekeringen te kunnen opstellen. Daarnaast hebben externe accountants veel extra controlewerkzaamheden moeten verrichten om bij de jaarrekeningen uiteindelijk een veelal goedkeurende controleverklaring met toelichtende paragraaf af te kunnen geven. Er blijft echter sprake van onverminderd grote onzekerheden in de jaarcijfers over 2012. De vraag die dan ook bij velen rijst: is dit het allemaal wel waard of schiet het nu toch echt zijn doel voorbij?



'Alertheid is geboden: het is de vraag of een fusiegolf ook echt wenselijk is'



INLEIDING

INLEIDING

2.1 ALGEMEEN

In dit rapport presenteren wij de resultaten van de BDO-benchmark Ziekenhuizen 2013. Hierin zijn de jaarrekeningen 2012 van de algemene ziekenhuizen geanalyseerd. Ten behoeve van deze rapportage hebben wij uitsluitend de door de instellingen zelf gepubliceerde cijfers verzameld en geanalyseerd. Het objectieve onderzoek is uitgevoerd door de BDO Branchegroep Zorg.

Na de algemene inleiding in dit hoofdstuk worden in hoofdstuk 3 de ontwikkelingen in de resultaten gepresenteerd. Vervolgens wordt in hoofdstuk 4 ingegaan op de bijzonderheden ten aanzien van de balansontwikkelingen. In hoofdstuk 5 gaan wij in op door BDO ontwikkelde overall-rating van de financiële performance van algemene ziekenhuizen over het jaar 2012. Met de BFZ geven wij in één cijfer een objectief beeld van de financiële positie van ziekenhuizen per 31 december 2012.

Dit rapport is uitsluitend informatief bedoeld. Op het cijfermateriaal en de toelichting is geen accountantscontrole toegepast en is geen beoordelingsopdracht uitgevoerd. Uiteraard heeft BDO haar uiterste best gedaan om de kwaliteit van het cijfermateriaal te waarborgen. BDO aanvaardt echter geen aansprakelijkheid naar aanleiding van het gebruik van dit rapport.



2.2 UITGANGSPUNTEN

De BDO-benchmark Ziekenhuizen 2013 is uitgevoerd aan de hand van de jaardocumenten 2012 van de algemene ziekenhuizen in Nederland. In deze analyse zijn academische en gespecialiseerde ziekenhuizen niet betrokken. Een overzicht van de ziekenhuizen waarvan de openbare cijfers zijn opgenomen in deze benchmark vindt u in bijlage III.

Volgens het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) waren er in Nederland in 2012 82 algemene ziekenhuizen. In de BDO-benchmark Ziekenhuizen 2013 zijn 77 algemene ziekenhuizen opgenomen. Dit betekent dat er vijf algemene ziekenhuizen niet zijn opgenomen in ons onderzoek. Dit heeft de volgende redenen:

- Het Medisch Centrum Amstelveen is gedurende 2012 opgericht, waardoor dit ziekenhuis op het moment van ons onderzoek geen jaardocument heeft gepubliceerd.
- De cijfers van het Langeland Ziekenhuis zijn, evenals voorgaande jaren, nog niet beschikbaar op het moment van ons onderzoek. De cijfers 2011 van het Langeland Ziekenhuis zijn in juni 2013 alsnog gepubliceerd.
- De cijfers van het inmiddels failliet verklaarde Ruwaard van Putten Ziekenhuis zijn niet opgenomen in het onderzoek.
- Een tweetal andere ziekenhuizen, te weten Stichting Zorggroep Pasana en Stichting Zorggroep Leveste Middenveld zijn buiten ons onderzoek gehouden omdat de jaardocumenten van deze ziekenhuizen niet beschikbaar waren op het moment van ons onderzoek.

In verband met het ontbreken van de cijfers 2012 hebben wij voor de vergelijkbaarheid voor deze ziekenhuizen de cijfers 2011 niet verwerkt in de vergelijkende cijfers in deze rapportage.

Berekening in geval van gemengde activiteiten

Voor de cijfers in de benchmark is in beginsel aangesloten bij de presentatie zoals deze door de ziekenhuizen zelf is gehanteerd. Bij een aantal zorginstellingen is sprake van gemengde activiteiten (bijvoorbeeld care en cure) die worden gepresenteerd in een geconsolideerde jaarrekening. Omwille van de vergelijkbaarheid is deze benchmark gebaseerd op de informatie volgens de enkelvoudige jaarrekening van het ziekenhuis. Indien een ziekenhuis geen enkelvoudige balans heeft gepubliceerd, is in de benchmark

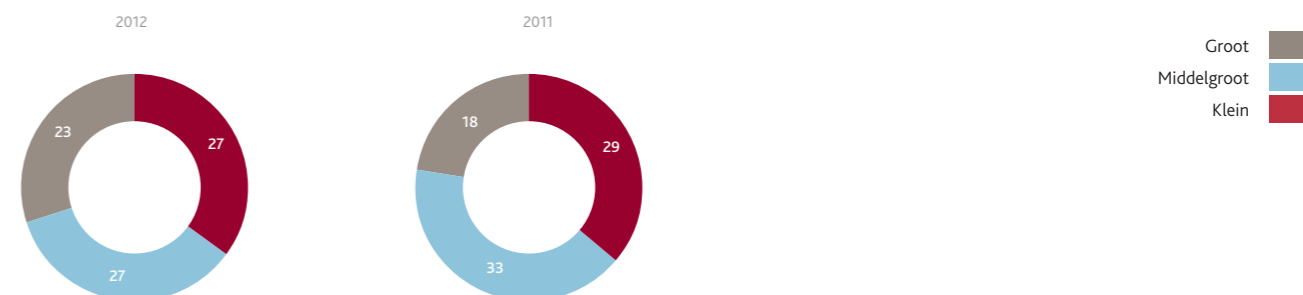
gebruikgemaakt van schattingen. Voor de desbetreffende ziekenhuizen is de enkelvoudige balans bepaald aan de hand van een segmentatiepercentage. Dit percentage is berekend op basis van het aandeel van de bedrijfsopbrengsten van het ziekenhuis in de gesegmenteerde resultatenrekening ten opzichte van de totale bedrijfsopbrengsten van de gehele groep (geconsolideerd). Deze berekeningswijze is gelijk aan de berekeningswijze in de BDO-benchmark Ziekenhuizen 2012.

Indeling op omvang

De indeling op basis van omvang heeft als volgt plaatsgevonden:

- **Klein (27 ziekenhuizen):** het wettelijk budget voor aanvaardbare kosten, de DBC/DOT-opbrengsten in het A-segment, de DBC/DOT-opbrengsten in het B-segment en de opbrengsten uit hoofde van het te verrekenen transitiebedrag in 2012 zijn lager dan € 100 miljoen.
- **Middelgroot (27 ziekenhuizen):** het wettelijk budget voor aanvaardbare kosten, de DBC/DOT-opbrengsten in het A-segment, de DBC/DOT-opbrengsten in het B-segment en de opbrengsten uit hoofde van het te verrekenen transitiebedrag in 2012 liggen tussen € 100 en € 200 miljoen.
- **Groot (23 ziekenhuizen):** het wettelijk budget voor aanvaardbare kosten, de DBC/DOT-opbrengsten in het A-segment, de DBC/DOT-opbrengsten in het B-segment en de opbrengsten uit hoofde van het te verrekenen transitiebedrag in 2012 zijn hoger dan € 200 miljoen.

Grafiek 1: Verdeling ziekenhuizen naar omvang



Mutaties in indeling naar omvang

De indeling van de ziekenhuizen naar omvang is in 2012 als gevolg van mutatie in de opbrengsten voor een aantal ziekenhuizen gewijzigd ten opzichte van 2011. Vijf ziekenhuizen zijn gegroeid van de categorie middelgroot naar groot:

- Martini Ziekenhuis
- Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis
- Reinier de Graaf Groep
- Máxima Medisch Centrum
- St. Elisabeth Ziekenhuis

Martini Ziekenhuis en Máxima Medisch Centrum waren in de BDO-benchmark Ziekenhuizen 2012 (cijfers over 2011) juist teruggedaan van de categorie groot naar middelgroot. Bij middelgrote ziekenhuizen is ten opzichte van 2011 verder Zorggroep Leveste Middenveld weggevallen doordat dit ziekenhuis niet op tijd heeft gepubliceerd.

Bij kleine ziekenhuizen wordt de mutatie ten opzichte van 2011 veroorzaakt doordat de twee volgende ziekenhuizen niet op tijd hebben gepubliceerd, waardoor ze niet zijn opgenomen in de benchmark:

- Ruwaard van Putten Ziekenhuis
- Stichting Zorggroep Pasana

Omwille van de vergelijkbaarheid is de categorie-indeling in dit rapport, voor zowel de cijfers 2012 als de vergelijkende cijfers 2011, op basis van de indeling van 2012 gehanteerd.

Berekening van gemiddelden

Bij de berekening van gemiddelde bedragen is een totaal van 77 ziekenhuizen gehanteerd.

2.3 AANSLUITING CIJFERS MET BDO-BENCHMARKONDERZOEK 2012

In de BDO-benchmark Ziekenhuizen 2013 vergelijken we de cijfers 2012 met de cijfers 2011. Er zijn in 2012 ondanks de vele veranderingen in de regelgeving geen sectorbrede stelselwijzigingen doorgevoerd in de wijze van de verslaggeving.

Wel is er sprake van duidelijke verschillen in de vergeleken cijfers in dit rapport ten opzichte van de BDO-benchmark Ziekenhuizen 2012. Dit betreft voornamelijk aanpassingen van de vergelijkende cijfers over 2011 die ziekenhuizen hebben gedaan als gevolg van wijzigingen in waarderingsgrondslagen binnen de geldende regelgeving. Hieronder geven wij de belangrijkste correcties weer.

Correcties eigen vermogen

Het totaal eigen vermogen ultimo 2011 van de algemene ziekenhuizen in de benchmark 2013 is ten opzichte van de benchmark 2012 met € 56,6 miljoen afgenomen. De belangrijkste veranderingen in het eigen vermogen betreffen.

1. Correctie niet-gepubliceerde ziekenhuizen -/- € 57,3 miljoen.
2. Stelselwijziging waardering Onderhanden Werk € 6,4 miljoen.
3. Stelselwijziging verwerken kosten groot onderhoud € 1,3 miljoen.
4. Overige mutaties -/- € 7,0 miljoen.

Tabel 1: **Totaal eigen vermogen** (bedragen x € 1.000.000)

BDO-benchmark 2012, cijfers ultimo 2011	2.173,7
Niet opgenomen ziekenhuizen in benchmark 2013	-57,3
Stelselwijziging waardering onderhanden werk	6,4
Stelselwijziging verwerking kosten groot onderhoud	1,3
Overig	-7,0
BDO-benchmark 2013, cijfers ultimo 2011	2.117,1

ad 1) Correctie niet-gepubliceerde ziekenhuizen

Op het moment van ons onderzoek hadden drie ziekenhuizen die in de BDO-benchmark 2012 waren meegenomen, hun jaardocument nog niet gepubliceerd. Op het moment van het schrijven van dit rapport zijn de cijfers van deze ziekenhuizen derhalve niet meegenomen.

Dit heeft geleid tot een afname van het eigen vermogen ultimo 2011 van € 57,3 miljoen. Deze afname bestaat uit het vermogen van Stichting Zorggroep Pasana (€ 1,3 miljoen), Zorggroep Leveste Middenveld (€ 47,6 miljoen) en Ruwaard van Putten Ziekenhuis (€ 8,4 miljoen).

'WEGVALLEN TRANSITIEREGELING KUNNEN WE GOED OPVANGEN'

Deze benchmark laat goed zien hoe groot de impact van de transitieregeling kan zijn. Ook in ons ziekenhuis. Maar ik deel de zorg van de onderzoekers niet op dit punt. Die transitieregeling is er niet voor niets, hij helpt ons tijdelijk in de overgang naar prestatiebekostiging. Ik weet zeker dat het ons gaat lukken om het wegvallen van die compensatie volledig op te vangen via onze reguliere tarieven.

Mooi dat BDO dit jaar die Financiële Ziekenhuisindicator introduceert. Dankzij de integratie van vijf belangrijke kengetallen geeft die BFZ een gebalanceerd, holistisch beeld hoe een ziekenhuis er financieel voor staat. Voor Bernhoven geldt dat we in 2012 op al die vijf kengetallen vooruit zijn gegaan. Zo is ons eigen vermogen met een derde toegenomen. We hebben bovendien het NIAZ-certificaat in de wacht gesleept, daar zijn we trots op. Dat label zegt immers dat we de kwaliteit van onze zorg en bedrijfsprocessen goed op orde hebben.

Een belangrijke aanjager van onze resultaatverbetering is de overgang naar resultaatverantwoordelijke eenheden. Het klassieke ziekenhuisorganisatiemodel hebben we vorig jaar vervangen door de RVE-constructie waarbij de dokter nog steeds nauw samenwerkt met de manager, maar wel de baas is. Voortaan nog maar één kapitein op het schip. De medische performance is leidend, waarbij de dokter meer rekening houdt met financiële gevolgen van medische beslissingen,

want ook daar is hij nu verantwoordelijk voor. We kunnen meten dat dit model voor meer efficiency en effectiviteit zorgt.

In april dit jaar hebben we ons nieuwe ziekenhuis geopend, in Uden. De twee oude locaties in Oss en Veghel zijn dicht. Die overgang van twee naar één scheelt enorm in efficiency; het aantal bedden is teruggegaan van 560 naar 380. En we hebben helaas afscheid moeten nemen van 9% van onze medewerkers. Dit nieuwe ziekenhuis is compact, hiermee zijn we klaar voor de toekomst. Speerpunten? We zetten de komende jaren, naast de basiszorg, sterker in op onze specialismen, zoals vaatchirurgie, pijnbestrijding, bekkenbodempromotie en geriatrie. Dat laatste mede ingegeven door de vergrijzing, die in onze regio twee keer zo hard gaat als gemiddeld in Nederland. Daarnaast gaan we nog nauwer samenwerken met ketenpartners, bijvoorbeeld met GGZ en de huisartsen, waar het gaat om klinische geriatrie. Zo komt de geheugenpoli van GGZ nu in ons ziekenhuis.

Ik herken de gesignaleerde druk op liquiditeiten. Wij hebben daarvan met name last tijdens de contractonderhandelingen met de zorgverzekeraars. Maar dankzij actief cashmanagement en een redelijk soepele opstelling van de bank kunnen we dat goed opvangen. En gelukkig werken de zorgverzekeraars via hun bevoorschotting heel constructief mee op dit punt. ■



Peter Bennemeer

Lid Raad van Bestuur Bernhoven Ziekenhuis Uden

KERNCIJFERS 2012

Omzet	€ 160 miljoen
Aantal medewerkers	1.640 fte's
Rendement*	2,1%

* Resultaat/totale omzet

ad 2) Stelselwijziging waardering Onderhanden Werk

Met ingang van het boekjaar 2012 heeft een vijftal ziekenhuizen een stelselwijziging doorgevoerd in de waardering van het Onderhanden Werk van DBC's en DBC-zorgproducten. Tot en met 2011 werd het Onderhanden Werk bij deze ziekenhuizen gewaardeerd tegen kostprijs van de reeds uitgevoerde verrichtingen, of tegen lagere opbrengstwaarde van de DBC. De waardering van de onderhanden DBC's vindt bij deze ziekenhuizen met ingang van 2012 plaats op basis van de opbrengstwaarde van de verrichte prestaties ('percentage of completion').

De vergelijkende cijfers zijn aangepast en het zichtbaar eigen vermogen ultimo 2011 is met ongeveer € 6,4 miljoen toegenomen. De toename wordt veroorzaakt door het Elkerliek Ziekenhuis (€ 2,7 miljoen), het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis (€ 2,5 miljoen), het Slingeland Ziekenhuis (€ 1,0 miljoen), het Streekziekenhuis Koningin Beatrix (€ 0,1 miljoen) en het Meander Medisch Centrum (€ 0,1 miljoen).

ad 3) Stelselwijziging verwerking kosten groot onderhoud

In 2012 heeft ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen ervoor gekozen om de kosten voor groot onderhoud ten laste te brengen van het jaar waarop deze betrekking hebben. Ultimo 2011 was er nog sprake van een voorziening groot onderhoud. De stelselwijziging is met terugwerkende kracht in het beginvermogen verwerkt en de vergelijkende cijfers zijn ten behoeve van de vergelijkbaarheid aangepast. De stelselwijziging is verantwoord ten gunste van het eigen vermogen. Dit heeft geleid tot een toename van het eigen vermogen van € 1,3 miljoen.

ad 4) Overige mutaties

De overige mutaties hebben met name betrekking op een juridische fusie met een andere entiteit (€ 0,5 miljoen), opname inhaalindex AWBZ-zorg die invloed heeft op het eigen vermogen door bepaling van de balans op basis van de gehanteerde segmentatiemethode (€ 0,1 miljoen) en een correctie op de door ons ultimo 2011 gehanteerde segmentatieschatting (€ 6,4 miljoen). Van de € 6,4 miljoen wordt € 5,4 miljoen veroorzaakt door het Orbis Medisch Centrum. In de BDO-benchmark 2012 hebben wij de balanscijfers van het ziekenhuis bepaald op basis van het segmentatiepercentage op basis van de gesegmenteerde resultatenrekening in verband met het ontbreken van een enkelvoudige jaarrekening van het ziekenhuis in het jaardocument 2011. In het jaardocument 2012 is de enkelvoudige resultatenrekening van het ziekenhuis wel toegelicht, waardoor het eigen vermogen over 2011 nauwkeuriger is berekend.

Correcties resultaat

Het totale resultaat over 2011 is in de BDO-benchmark Ziekenhuizen 2013 € 1,6 miljoen hoger dan in de BDO-benchmark 2012. Dit wordt met name veroorzaakt door het aanpassen van het resultaat 2011 in verband met de door ziekenhuizen doorgevoerde hierboven beschreven stelselwijziging en het niet meenemen in ons onderzoek van de ziekenhuizen die op het moment van ons onderzoek het jaardocument nog niet hadden gepubliceerd.



'DRUK OP LIQUIDITEIT MIJN GROOTSTE ZORG'

Ik zie deze benchmark als een goede wake-up-call voor de sector. We zitten in een lastige fase, waarbij bovendien voor het eerst sinds jaren de zorgvraag opeens afneemt. Een van de redenen daarvan is de toenemende maatschappelijke bewustwording dat zorg veel geld kost. Vroeger liepen mensen wat eerder naar de huisarts en lieten zich sneller doorverwijzen dan nu. Ik denk dat ook hier de economische crisis op de achtergrond een rol speelt: mensen werken liever door dan zich ziek te melden, uit angst hun baan of klant kwijt te raken.

De mening in dit rapport dat fusies een goede weg zouden zijn voor ziekenhuizen, deel ik niet. Samenwerken op deelgebieden juich ik toe, en dat doen we ook binnen onze drie ziekenhuizen waar mogelijk. Maar bij een fusie komt veel meer kijken, de kostenbesparingen wegen lang niet op tegen de beheerscomplexiteiten waar je dan tegenaan loopt.

Onze omzet steeg vorig jaar naar 107 miljoen euro, een plus van drie miljoen vergeleken met 2011. Als ik corrigeer voor een paar eenmalige baten, kom ik uit op een daling van een paar procent. Dat vind ik positief, gezien ook het appél aan de sector om de jarenlange volumegroei in te perken. De kosten hebben we vorig jaar constant weten te houden, het operationeel resultaat schommelt tussen de 1,5 en 2 miljoen euro. Op een omzet van 107 miljoen euro vinden wij dat

voor dit type onderneming een prima resultaat. Ons eigen vermogen is nog wel negatief, maar ook daar zie ik een positieve tendens: vorig jaar een min van drie miljoen euro, vier jaar geleden was dat nog een min van 32 miljoen.

Ondanks toenemende externe druk op de kosten hebben we onze uitgaven vorig jaar toch constant gehouden. Dat lukt ons bijvoorbeeld door scherp in te kopen. Zo produceren we onze cytostatica niet meer zelf, maar kopen we die in bulk in bij onze oosterburen. Mijn grootste zorg op dit moment is de grote druk op onze liquiditeitspositie. De stelselwijzigingen vergen veel tijd, energie en geld; zo moeten we veel investeren in software. En banken kijken kritischer dan ooit naar onze vermogenspositie en liquiditeit. Dat is jammer aan deze tijd: de aandacht gaat al snel uit naar kostenbeheersing en schadelast, in plaats van naar kwaliteitsverbetering van de zorg die we met z'n allen leveren. ■



Willem de Boer

Financieel directeur IJsselmeerziekenhuizen
Lelystad, Emmeloord, Dronten

KERNGEGEVENS 2012

Omzet	€ 107,1 miljoen
Aantal medewerkers	810 fte's
Rendement*	9,1%
Weerstandsvermogen**	-2,9%

* Resultaat/totale omzet

** Eigen vermogen/totale omzet



RESULTAAT



RESULTAAT

3.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk presenteren we de uitkomsten van de BDO-benchmark Ziekenhuizen 2013 met betrekking tot de resultatenrekening. Hierbij wordt allereerst de ontwikkeling van het resultaat in 2012 ten opzichte van 2011 besproken (paragraaf 3.2).

In paragraaf 3.3 komt de samenstelling van het resultaat aan bod. Vervolgens worden de ontwikkelingen uitgesplitst naar omvang van de ziekenhuizen (paragraaf 3.4). In paragraaf 3.5 komt de ontwikkeling van de resultaten van individuele ziekenhuizen aan bod en in paragraaf 3.6 volgen de belangrijkste ratio's. Hieronder alvast een samenvatting van de belangrijkste bevindingen uit de verschillende paragrafen. Voor de financiële gegevens: zie bijlage I.

De voornaamste bevindingen:

- Ziekenhuizen hebben in 2012 een € 24,5 miljoen (9,4%) hoger resultaat behaald dan in 2011. In 2011 was nog sprake van een trendbreuk door een daling van het resultaat met 3%.
- Het resultaat wordt voor 58% (een bedrag van € 163,1 miljoen) bepaald door het transitiebedrag dat de ziekenhuizen gezamenlijk claimen uit het zorgverzekeringsfonds. Het voor buitengewone en incidentele baten en lasten en het transitiebedrag geschoonde resultaat 2012 bedraagt € 97 miljoen (2011: € 236 miljoen). Het rendement zonder voorstaande posten daalt van 2,1% naar 0,7%. De vraag is wat de voorspellende waarde hiervan is voor het resultaat na de transitieperiode. De transitieregeling drukt een belangrijke stempel op het resultaat, op de uitkomsten van de analyses en op de conclusies in dit benchmarkrapport.
- Ziekenhuizen hebben de stijgende kosten met hogere opbrengsten niet volledig kunnen compenseren. Het aantal ziekenhuizen met een negatief resultaat is in 2012 gestegen tot een aantal van zeven. Wanneer het resultaat wordt gecorrigeerd voor de eenmalige bijdrage uit hoofde van de transitieregeling, belanden niet zeven maar totaal 28 ziekenhuizen in het rood, waarbij de categorie grote ziekenhuizen met tien ziekenhuizen de ranglijst aanvoert. Dit bevestigt de noodzaak van de overgangsregeling in plaats van een 'big bang' naar volledige prestatiebekostiging. Ziekenhuizen hebben tijd nodig om zich voor te bereiden en zich aan te passen.
- Landelijk zijn de resultaten met 9,4% gestegen ten opzichte van 2011. Er is echter een grote spreiding tussen de resultaten van de individuele ziekenhuizen en in de resultaatontwikkeling per ziekenhuis.



'De resultaatstijging van ruim 9% ten opzichte van 2011 is vooral te danken aan de transitieregeling'

3.2 ONTWIKKELING RESULTAAT 2012 TEN OPZICHT VAN 2011

In deze paragraaf wordt het algemene beeld van de resultaatontwikkeling bekeken. Eerst worden kort de belangrijkste bevindingen op een rij gezet. Vervolgens wordt nader ingegaan op ontwikkelingen bij de belangrijkste posten in de exploitatierekening.

De voornaamste bevindingen

- De totale opbrengsten en de totale bedrijfslasten zijn in 2012 respectievelijk gestegen met 5,2% (2011: -1,5%) en 5,0% (2011: -1,7%), het nettoresultaat steeg met 9,4%. Ziekenhuizen met in 2012 en 2013 een aanvulling vanuit de transitieregeling, die hierop niet tijdig acteren of onvoldoende resultaat boeken, zullen vanaf 2014 een teruggang in opbrengsten moeten overbruggen.
- De patiënt- en bewonersgebonden kosten zijn in 2012 met € 368 miljoen gestegen ten opzichte van 2011. Dit komt met name door de kosten van de TNF alfaremmers die nieuw in het budget van ziekenhuizen zijn opgenomen.

Nettoresultaat nader bekeken

Het totale nettoresultaat over 2012 van alle algemene ziekenhuizen in Nederland is met 9,4% gestegen, van € 259 miljoen over 2011 naar € 284 miljoen over 2012. Uitgedrukt in een percentage van de totale bedrijfsopbrengsten bedraagt het resultaat

over 2012 van alle algemene ziekenhuizen 2,1% (2011: 2,0%). Dit percentage laat in 2012 een lichte stijging zien nadat vorig jaar sprake was van een gelijkblijvend percentage. Als het nettoresultaat echter voor het transitiebedrag van € 163 miljoen euro wordt gecorrigeerd, zakt het rendement naar 0,9%, oftewel meer dan een halvering ten opzichte van 2011.

Voordat we inzoomen op de opbrengsten staan we stil bij de zogenaamde transitieregeling. Enerzijds om het doel van deze tijdelijke, van overheidswege ingestelde, regeling voor de lezer te verduidelijken. Anderzijds omdat is gebleken dat de transitieregeling een belangrijke stempel drukt op de uitkomsten van de analyses en op de conclusies in dit benchmarkrapport.

De transitieregeling¹ schrijft de ziekenhuizen voor op welke wijze de transitie van de 'oude' functiegerichte budgettering naar het 'nieuwe' systeem van prestatiebekostiging plaatsvindt. Aan de hand van deze regeling heeft elk ziekenhuis ultimo 2012 haar transitiebedrag bepaald. Dit bedrag geeft het verschil weer tussen de opbrengsten uit prestatiebekostiging en de opbrengsten die behaald zouden zijn binnen de functiegerichte systematiek. Ziekenhuizen die er over 2012 niet in zijn geslaagd hun opbrengsten uit prestatiebekostiging ten opzichte van het oude regime te handhaven, krijgen het tekort over 2012 voor 95% gecompenseerd en over 2013 voor 70%. Van ziekenhuizen die in de nieuwe situatie al beter presteren dan voorheen met de functiegerichte budgettering, worden de meeropbrengsten in 2012 en 2013 'afgeroomd' met genoemde percentages. Het transitiebedrag vormt zo een tijdelijk vangnet voor de ziekenhuizen om de risico's te dempen van de overgang naar prestatiebekostiging en geeft de ziekenhuizen de mogelijkheid verbeteringen door te voeren die ertoe leiden dat de opbrengsten in 2014, wanneer geen aanspraak meer kan worden gedaan op het vangnet, kostendekkend zijn. Deze verbeteracties hangen onder meer samen met keuzes betreffende het zorgaanbod (zorgportfolio) van het ziekenhuis en het optimaliseren van de productieregistratie en landelijk de DOT-productstructuur, alsmede de vorm en inhoud van contractafspraken met zorgverzekeraars.

Ziekenhuizen met in 2012 en 2013 een aanvulling vanuit de transitieregeling, die hierop niet tijdig acteren of onvoldoende resultaat boeken, zullen vanaf 2014 een teruggang in opbrengsten moeten overbruggen. Het is niet uitgesloten dat ziekenhuizen hierdoor in de rode cijfers belanden. Opvallend is overigens dat kleine ziekenhuizen gemiddeld een veel lager transitiebedrag verantwoorden (0,7% van de opbrengsten) dan de grote ziekenhuizen (1,6% van de opbrengsten). Bij middelgrote ziekenhuizen beslaat het transitiebedrag 0,8% van de opbrengsten.

Opbrengsten nader bekeken

De totale opbrengsten 2012 zijn gestegen met € 670 miljoen, oftewel met 5,2% ten opzichte van 2011. De invoering van de prestatiebekostiging resulteert in een verschuiving binnen de opbrengsten van € 6,6 miljard, waarbij het wettelijk budget voor aanvaardbare kosten plaatsmaakt voor de gefactureerde omzet DBC's/DBC-zorgproducten in het A- en B-segment. Over 2012 resteert een wettelijk budget voor aanvaardbare kosten van € 567 miljoen (circa 4% van de totale opbrengsten). Dit bestaat voornamelijk uit correcties op het wettelijk budget uit voorgaande jaren.

Overige bedrijfsopbrengsten

De overige bedrijfsopbrengsten en subsidies nemen wederom sterk toe met € 352 miljoen (2012: +28,3%; 2011: +14,3%). Deze stijging houdt mede verband met een gewijzigde presentatie als gevolg van de introductie van de prestatiebekostiging in 2012. Het valt op dat sommige ziekenhuizen de overige zorgproducten presenteren naar hun aard, terwijl andere ziekenhuizen alle overige zorgproducten onder één noemer scharen of onder de niet-gebudgetteerde zorgprestaties verantwoorden. De onderlinge vergelijkbaarheid van de verschillende categorieën opbrengsten neemt daardoor af. Op grond van de beperkte toelichting in de jaarrekeningen is dit effect niet nader te kwantificeren.

¹ Beleidsregel BR-CU 2107, beschikbaar op www.nza.nl.



'Het transitiebedrag is tijdelijk; in 2014 is er geen vangnet meer'

De subsidies stijgen met € 41 miljoen (2012: +9,3%). 54 ziekenhuizen hebben een stijging in de subsidies gerealiseerd van circa € 44 miljoen, terwijl slechts dertien ziekenhuizen een daling van in totaal € 3 miljoen noteren. Deze toename houdt voornamelijk verband met een hogere subsidie opleidingsfonds voor arts-assistenten en verpleegkundigen. De overige ziekenhuizen hebben zowel in 2011 als 2012 geen subsidies verantwoord in de jaarrekeningen. De gemiddelde subsidie per ziekenhuis stijgt hierdoor van € 5,7 miljoen in 2011 naar € 6,3 miljoen in 2012.

Honorariumomzet vrijgevestigde medisch specialisten

Een nieuwe opbrengstcategorie in 2012 is de honorariumomzet van de vrijgevestigde medisch specialisten van € 15,1 miljoen. Onderdeel van de landelijke invoering van prestatiebekostiging is de transitie van de bekostiging van vrijgevestigde medisch specialisten. In de transitieperiode 2012-2014 gelden voor vrijgevestigde medisch specialisten twee declaratievarianten, waarbij de zogenaamde 'aan-variant' leidt tot verantwoording van de honorariumopbrengsten (en kosten) in de jaarrekening van het ziekenhuis. Het kostendeel van de honorariumomzet is afzonderlijk in de resultatenrekening onder de bedrijfslasten opgenomen.

Tot slot zijn de niet-gebudgetteerde zorgprestaties toegenomen met circa € 44 miljoen (2012: +13,9%; 2011: +1,9%). Bij 33 ziekenhuizen is sprake van een stijging van de niet-gebudgetteerde zorgprestaties (totaal € 82 miljoen), 41 ziekenhuizen laten een daling zien in de niet-gebudgetteerde zorgprestaties (totaal € 38 miljoen). De resterende ziekenhuizen hebben zowel in 2011 als in 2012 geen niet-gebudgetteerde zorgprestaties verantwoord. De stijging van de niet-gebudgetteerde zorgprestaties wordt voor een groot deel veroorzaakt door het Sint Franciscus Gasthuis (+ € 39 miljoen). Dit is het gevolg van het feit dat deze instelling onder andere de opbrengsten uit de Intensive Care en dure geneesmiddelen onder deze noemer schaaft, terwijl de meeste ziekenhuizen dit bij de post 'overige zorgprestaties' hebben ondergebracht.

Bedrijfslasten nader bekeken

De totale bedrijfslasten van alle onderzochte ziekenhuizen samen zijn in 2012 met 5,0% toegenomen tot € 12,9 miljard (2011: -1,7%). Deze negatieve ontwikkeling is voornamelijk toe te schrijven aan de overige bedrijfskosten die in 2012 met 10,0% zijn gestegen (2011: +1,4%), van € 4,1 miljard in 2011 naar € 4,5 miljard in 2012. Dit wordt met name veroorzaakt door de stijging van de patiënt- en bewonersgebonden kosten met € 368 miljoen (+14,7%). Het effect van de overheveling van de kosten van de TNF alfa remmers uit het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) naar de ziekenhuisbekostiging is hier duidelijk zichtbaar. Ter compensatie van deze extra kosten voor de ziekenhuizen is het macrobudget voor ziekenhuiszorg 2012 door de overheid met € 450 miljoen verhoogd.

Naast de stijging van de patiënt- en bewonersgebonden kosten zijn de belangrijkste mutaties in de overige bedrijfskosten de algemene kosten (+ € 13 miljoen, +1,8%), de dotaties aan de voorzieningen (+ € 22 miljoen, +54,0%), voedingsmiddelen en hotelmatige kosten (+ € 4,8 miljoen, +1,1%).

Daarnaast zijn de personeelskosten in 2012 met 2,6% gestegen (2011: +3,2%), van € 7,1 miljard in 2011 tot € 7,3 miljard in 2012. Deze stijging wordt op hoofdlijnen verklaard door een cao-loonsverhoging van 1,5% en een toename van de eindejaarsuitkering van circa 0,5%. Verder stijgt de reorganisatievoorziening per saldo met € 13,4 miljoen, waarvan de lasten onder de personeelskosten worden verantwoord.

Nieuw in 2012 zijn de honorariumkosten medisch specialisten ten bedrage van € 12,9 miljoen. Deze kosten staan tegenover de opbrengsten van € 15,1 miljoen zoals toegelicht onder de opbrengsten. Het verschil tussen de in de jaarrekeningen verantwoorde honorariumopbrengsten en bijbehorende kosten wordt waarschijnlijk veroorzaakt doordat nog niet alle ziekenhuizen deze bedragen correct verantwoorden in de jaarrekening. Wij zouden namelijk verwachten dat de kosten gelijk zijn aan de opbrengsten omdat het ziekenhuis hier alleen als kassier voor de 'aan het ziekenhuis declarerende' medische specialisten optreedt.

Beheersing van de kosten blijft voor ziekenhuizen een cruciaal element om hun toekomst zeker te stellen. Naar onze mening valt er nog steeds winst te behalen door bedrijfsmatiger te werken middels:

- verdere verkorting van de ligduur en verhoging van het relatieve aandeel dagbehandelingen;
- het intensiveren en concretiseren van de samenwerking met ketenpartners gericht op preventie, bevorderen van zelfmanagement en terugdringen van de tweedelijnszorg door meer en beter gebruik te maken van de mogelijkheden in de eerstelijnszorg;
- betere afstemming van de personele bezetting in de kliniek op de bedbezetting;
- effectievere inzet van (kapitaalintensieve) activa middels samenwerking tussen ziekenhuizen of door bedrijfstijdverlenging;
- effectiever gebruik van ICT en eHealth;
- outsourcing en vorming shared-servicecentra voor ondersteunende bedrijfsprocessen;
- het realiseren van inkoopresultaten door het optimaliseren van de strategische inkoopfunctie.

Voor een aantal van deze optimaliseringslagen zijn de ziekenhuizen afhankelijk van de inzet en medewerking van anderen, zoals vrijgevestigde medisch specialisten, verzekeraars, overheid of omliggende ziekenhuizen en ketenpartners. De belangen van deze andere partijen lopen niet altijd parallel met die van de ziekenhuizen, hetgeen het optimaliseringsproces kan vertragen of bemoeilijken.

Een positief punt is dat de omstandigheden hiervoor lijken te verbeteren. Uit onderzoek naar de marktwerking bij 230 zorginstellingen (GGZ- en AWBZ-instellingen en ziekenhuizen) van eerder dit jaar, blijkt dat zes op de tien instellingen zichzelf klaar achten voor marktwerking. Een jaar eerder waren slechts twee op de tien instellingen daar zeker van.

3.3 SAMENSTELLING RESULTAAT

In deze paragraaf worden de samenstelling van het resultaat en de mutaties daarin bekeken. Deze paragraaf zal eerst kort de belangrijkste bevindingen op een rij zetten. Vervolgens gaan wij nader in op de belangrijkste mutaties en geven wij een beeld van het genormaliseerde resultaat.

De voornaamste bevindingen:

- Er is een verschuiving binnen de opbrengsten vanwege de overgang naar prestatiebekostiging.
- Binnen de bedrijfslasten zijn de personeelslasten en de overige bedrijfskosten toegenomen.
- Buitengewone baten hebben minder impact gehad op het resultaat.

Samenstelling opbrengsten nader bekeken

Met een aandeel van ruim 48,3% (2011: 29,4%) in de totale opbrengsten spelen de DBC-opbrengsten B-segment de hoofdrol in de samenstelling van het resultaat. Een nieuwe component in de opbrengsten betreft de DBC-opbrengsten A-segment (31,4% van de totale opbrengsten). Deze opbrengsten dienden in 2011 ter dekking van het wettelijk budget aanvaardbare kosten.

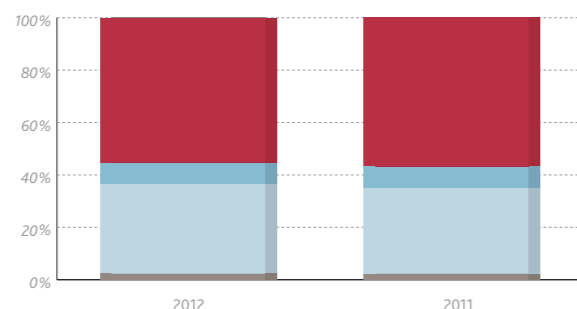
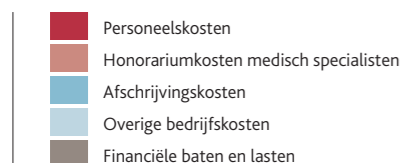
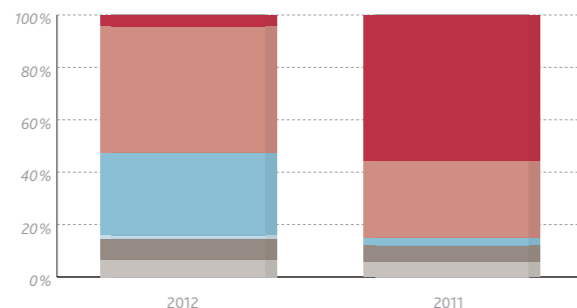
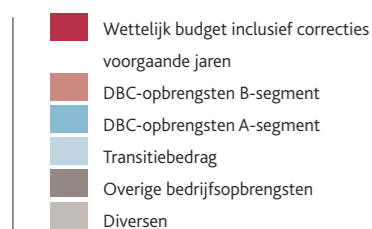
Het leeuwendeel van de kosten komt voor rekening van de personeelskosten (56,7% van de totale kosten, 2011: 58,0%) en de overige bedrijfskosten (35,1% van de totale kosten, 2011: 33,5%).

Zoals blijkt uit de volgende grafieken is de samenstelling van het resultaat in 2012 met name op het terrein van de opbrengsten gewijzigd ten opzichte van 2011.



'Hogere personeels- en patiëntgebonden kosten hebben de bedrijfslasten 5% opgedreven over 2012'

Grafiek 2: Samenstelling totale opbrengsten en kosten 2012 en 2011



Bijzondere baten en lasten nader bekeken

Uit nadere analyse van de jaarrekeningen van individuele ziekenhuizen blijkt dat de incidentele baten en lasten invloed hebben op het resultaat. In de BDO-benchmark Ziekenhuizen 2013 is een analyse gemaakt van de bijzondere posten in het resultaat voor zover inzichtelijk op basis van de beschikbare informatie. Vervolgens zijn deze bijzondere posten geëlimineerd, zodat een genormaliseerd resultaat ontstaat. Dit genormaliseerde resultaat geeft een beeld van de resultaten uit de reguliere bedrijfsvoering van de ziekenhuizen en kan een indicatie geven van te verwachten resultaten in de komende jaren.

Normalisatie resultaat voor bijzondere baten en lasten

In het totale resultaat van alle ziekenhuizen 2012 van € 284 miljoen (2011: € 259 miljoen) zijn, exclusief het transitiebedrag, onder meer de volgende incidentele posten opgenomen:

- Buitengewone baten en lasten van per saldo € 2 miljoen positief (2011: € 6 miljoen positief). Dit betreft de opbrengsten van € 2 miljoen uit hoofde van het resultaat door verkoop van grond door het Atrium Medisch Centrum.
- Bijzondere bate onder de overige opbrengsten van per saldo € 15,1 miljoen uit hoofde van verkoop van de beleggingswaarde van de parkeerexploitatie en € 6 miljoen inzake het project Vernieuwbouw door het HagaZiekenhuis.
- Bijzondere bate onder de overige bedrijfskosten voor een bedrag van ten minste € 1,1 miljoen (2011: € 0,1 miljoen last). Dit betreffen correcties op opbrengsten in het verleden en op afrekeningen van nagekomen kosten uit voorgaande jaren door het Ziekenhuis St. Jansdal.

Na correctie van bovenstaande posten komt het genormaliseerd resultaat op circa € 260 miljoen (2011: € 236 miljoen) positief. Het genormaliseerde resultaat is dus lager dan het in de jaarrekeningen gepresenteerde resultaat. In de volgende paragrafen zal echter worden uitgegaan van het resultaat zoals gepresenteerd in de jaarrekeningen, zonder dat daarop een normalisatie is toegepast. Dit is ook omdat op basis van onze analyses niet kan worden vastgesteld of er nog andere bijzondere baten en lasten zijn verantwoord in de resultatenrekeningen.

'KRIMP ZORGVRAAG HOUDT AAN, KOSTENSANERING BLIJFT SPEERPUNT'

De transitieregeling, ik vind het een bizarre uitvinding. Je ziet aan de BFZ-indicator hoe enorm groot de impact is van deze regeling: de ranking gaat volledig op z'n kop als je het effect van die transitieregeling eruit haalt. Wij hebben te maken gekregen met een negatief transitiebedrag, waardoor onze winst vorig jaar substantieel lager uitviel dan in 2011. We schrijven wel zwarte cijfers.

De gesignaleerde krimp van de zorgvraag zien wij hier in Weert ook. En in 2013 zet die krimp door. Dit betekent dat we meer dan ooit inzetten op het terugdringen van de kosten, op de doelmatigheid van onze uitgaven. We moeten onze capaciteit aanpassen aan die dalende zorgvraag. Daar werken we aan, maar daar gaat wel enige tijd overheen. We zijn bijvoorbeeld druk bezig om onze logistieke processen verder aan te scherpen. Daar moeten onze specialisten zich ook naar voegen. Als je weet dat je OK een belangrijk productiemiddel is, moet je zorgen dat je daar zo efficiënt mogelijk mee omgaat. Op tijd beginnen, werken in ploegendiensten, et cetera. Medici en verpleegkundigen hebben ook belang bij zo'n bewuste attitude om de kosten in de gaten te houden: zonder winst immers geen continuïteit.

Als klein ziekenhuis spitsen wij ons toe op het aanbieden van basiszorg, binnen een regio van zo'n 100.000 inwoners. In politiek Den Haag roepen ze wel dat de sector moet concentreren, en dat patiënten gerust een uurtje mogen rijden naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Maar zolang wij per saldo winst maken en duidelijk in een behoefte voorzien, hoeven wij niet op te gaan in een groter geheel. Die noodzaak zie ik niet. En de patiënten waarderen ons ziekenhuis: in juni werd het St. Jans Gasthuis gekozen tot 'Meest Patiëntvriendelijke ziekenhuis van Nederland'. Dat blijkt op basis van de waarderingen op ZorgkaartNederland. Wij scoorden daarbij een gemiddelde waardering van 8,4. Patiënten blijken vooral erg positief over de zorgvuldige behandeling en de goede ontvangst van de verpleging. We zetten in op snelheid en toegankelijkheid, en dat waarderen de mensen. We focussen op korte wachttijden en minder ligdagen. Zo geven we patiënten die een nieuwe knie of heup krijgen, al tijdens de operatie pijnstilling; eenmaal terug op zaal, kun je ze dan snel mobiliseren en kunnen ze ook eerder naar huis. Patiënten blij, de kwaliteit van de geleverde zorg blijft overeind, en wij besparen op de kosten. ■



Hans de Jong

Algemeen directeur St. Jans Gasthuis Weert

KERNCIJFERS 2012

Omzet	€ 70 miljoen
Aantal medewerkers	674 fte's
Rendement*	0,8% incl. transitiebedrag; 10,3% exclusief
Weerstandsvermogen**	24,1%

* Resultaat/totale omzet

** Eigen vermogen/totale omzet

Dotaties aan voorzieningen nader bekeken

Binnen de reguliere exploitatie hebben de dotaties aan de voorzieningen forse invloed op het door de ziekenhuizen gepresenteerde resultaat. In 2012 bedroeg de totale last onder de overige bedrijfskosten met betrekking tot de voorzieningen € 63 miljoen (2011: € 41 miljoen). De dotatie aan de PLB-voorziening wordt daarnaast ook in sommige gevallen onder de overige bedrijfskosten verantwoord.

De grootste stijgingen zijn zichtbaar bij Atrium Medisch Centrum (+ € 8,5 miljoen), Meander Medisch Centrum (+ € 13,8 miljoen) en St. Antonius Ziekenhuis (+ € 6,8 miljoen). Deze stijgingen worden met name verklaard door dotaties aan de voorziening groot onderhoud, de voorziening risico nacalculatie en PLB (alle drie Atrium Medisch Centrum) en de eenmalige vrijval van de voorziening inzake compensatie IVA (Meander Medisch Centrum).

3.4 ONTWIKKELING EN SAMENSTELLING RESULTAAT OP BASIS VAN OMVANG

In deze paragraaf worden de ontwikkeling en samenstelling van het algemeen resultaat uitgesplitst naar omvang van de ziekenhuizen. Op deze manier ontstaat inzicht in verschillen in financiële performance tussen kleine, middelgrote en grote ziekenhuizen die de basis kunnen vormen voor verdere analyse van de oorzaken van die verschillen. Deze paragraaf zal eerst kort de belangrijkste bevindingen op een rij zetten. Vervolgens zal nader op de opvallendste verschillen tussen ziekenhuiscategorieën worden ingegaan. Tot slot wordt elke ziekenhuiscategorie apart onder de loep genomen.

De voornaamste bevindingen:

- Middelgrote ziekenhuizen laten een daling van het totale resultaat zien van € 36,2 miljoen (33,0%), terwijl de resultaten van kleine en grote ziekenhuizen stijgen. Grote ziekenhuizen kennen de grootste toename van het resultaat van 55,4% en het rendement (resultaat uitgedrukt in % van de totale opbrengsten) neemt toe tot 2,3%.
- De financiële lasten bij grote ziekenhuizen laten een toename zien van 20,3%, terwijl deze lasten bij kleine en middelgrote ziekenhuizen stijgen met 2,6% respectievelijk 2,5%.
- De totale bedrijfslasten zijn bij middelgrote ziekenhuizen het sterkst gestegen en onvoldoende gecompenseerd door toename van de opbrengsten. Hierdoor is het rendement (resultaat uitgedrukt in % van de totale opbrengsten) gekelderd van 2,7% naar 1,7% en is het daarmee het laagste van alle ziekenhuiscategorieën.

Resultaat, opbrengsten en kosten nader bekeken

Het nettoresultaat van grote ziekenhuizen is in 2012 toegenomen met 55,4%. Op dit punt hebben de grote ziekenhuizen het beste gepresteerd ten opzichte van de kleine (+8,5%) en middelgrote (-33,0%) ziekenhuizen. De toename van de opbrengsten bij grote ziekenhuizen bedraagt 5,7% en ligt daarmee boven de toename van de opbrengsten bij de kleine (+4,6%) en middelgrote ziekenhuizen (+4,8%).

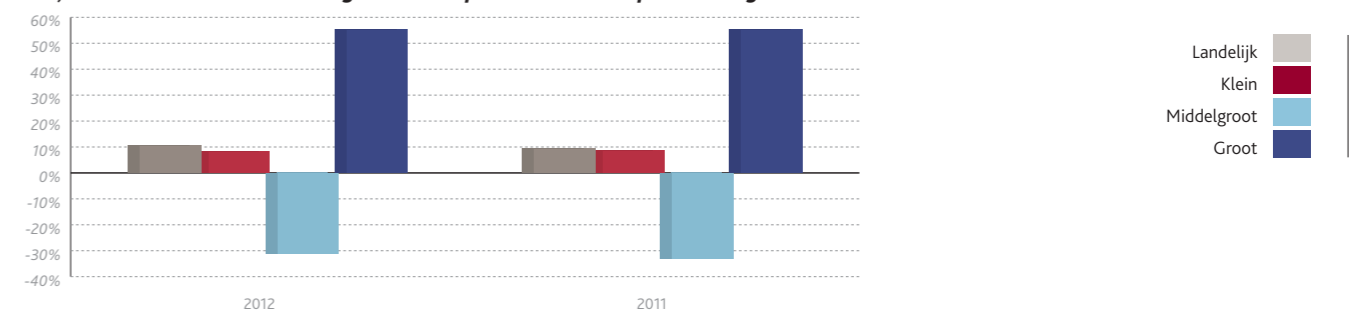
De bedrijfslasten bij de grote ziekenhuizen nemen toe met 4,6%. Deze toename is gelijk aan de stijging bij kleine ziekenhuizen, terwijl de toename bij de middelgrote ziekenhuizen (+5,8%) aanzienlijk hoger is. Hierdoor weten de grote ziekenhuizen een fors beter resultaat neer te zetten ten opzichte van voorgaand jaar in vergelijking met de kleine en middelgrote ziekenhuizen. Opvallend is overigens de toename van de financiële lasten van grote ziekenhuizen met 20,3% tegenover een relatief beperkte stijging van deze lasten bij de kleine ziekenhuizen (2,6%) en bij middelgrote ziekenhuizen (+2,5%).

De grote ziekenhuizen hebben met een rendement (resultaat als % van de totale opbrengsten) van 2,3% (2011: 1,6%) het hoogste rendement en hebben op dit punt de grootste sprong naar boven gemaakt. De kleine ziekenhuizen daarentegen zijn met een marge van 2,2% nagenoeg gelijk gebleven (2011: 2,1%). De middelgrote ziekenhuizen hebben de verbetering op dit gebied gedurende 2011 niet weten te handhaven en zien hun rendement fors teruglopen naar 1,7% (2011: 2,7%).



'De dotaties aan de voorzieningen nemen toe in 2012'

Grafiek 3: Resultaatontwikkeling 2012 ten opzichte van 2011 per omvang



Uitgelicht: kleine ziekenhuizen – stijgende opbrengsten en lichte verbetering winstgevendheid

De omvang van ziekenhuizen staat regelmatig ter discussie, waarbij de vraag opkomt of kleine ziekenhuizen al dan niet bestaansrecht hebben of zouden moeten worden opgeheven of samengevoegd. In dat licht is het interessant om te zien hoe de kleine ziekenhuizen het er financieel van hebben afgebracht in 2012.

Het nettoresultaat van de kleine ziekenhuizen is in 2012 gestegen met € 4,1 miljoen (+8,5%) tot € 51,6 miljoen. Deze toename is in belangrijke mate toe te rekenen aan de opbrengsten uit hoofde van te verrekenen transitiebedrag 2012 van totaal € 17,1 miljoen (33,2% van het resultaat). De toename van het resultaat wordt veroorzaakt doordat de bedrijfslasten met € 99,4 miljoen (+4,6%) stijgen, terwijl de bedrijfsopbrengsten met € 104,4 miljoen (+4,6%) fors stijgen. Hierdoor is het saldo van de bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten met € 5 miljoen gestegen. Het rendement is licht verbeterd in vergelijking tot vorig jaar en bedraagt 2,2% (2011: 2,1%) van de totale bedrijfsopbrengsten. Gecorrigeerd voor het transitiebedrag bedraagt het rendement 1,5% en laat daarmee een daling zien.

Samenstelling resultaat kleine ziekenhuizen nader bekeken

De opbrengsten uit het wettelijk budget en de DBC-opbrengsten inzake het A- en B-segment bij elkaar opgeteld zijn in 2012 met € 2,04 miljard nagenoeg gelijk gebleven aan 2011. De opbrengsten inzake de DBC's A- en B-segment zijn bij de kleine ziekenhuizen 85% van de totale bedrijfsopbrengsten. Dit percentage is hoger dan bij de grote en middelgrote ziekenhuizen (77% respectievelijk 82%).

De kleine ziekenhuizen genereren derhalve minder aanvullende opbrengsten dan de middelgrote en grote ziekenhuizen. Wel zijn deze aanvullende opbrengsten in 2012 toegenomen: de overige bedrijfsopbrengsten zijn toegenomen met 42% en de subsidies met 16%. Binnen de bedrijfslasten zijn de personeelskosten (exclusief honorarium medisch specialisten) toegenomen met 2,9%, de afschrijvingen en de overige bedrijfskosten zijn eveneens toegenomen met 1,4% respectievelijk 8,1%.

Fluctuaties binnen categorie kleine ziekenhuizen nader bekeken

Er zijn grote verschillen tussen de individuele resultaten van de kleine ziekenhuizen, zowel in absolute als in procentuele omvang. In 2012 hebben drie van de 27 kleine ziekenhuizen een negatief resultaat behaald, wat overeenkomt met de situatie in 2011.

Twee ziekenhuizen (Maasziekenhuis Pantein en Ommelander Ziekenhuisgroep) zien over 2012 met een positief resultaat van respectievelijk € 0,3 miljoen en € 1,5 miljoen hun resultaat verbeteren vanuit een verliesituatie in 2011. Maasziekenhuis Pantein noteert overigens gecorrigeerd voor de eenmalige transitiebijdrage over 2012 een negatief resultaat van € 1,8 miljoen.

Wanneer we de gehele populatie van kleine ziekenhuizen overzien, is sprake van een transitiebedrag van € 17,1 miljoen. Gecorrigeerd voor deze opbrengsten zouden negen kleine ziekenhuizen in de rode cijfers belanden.

'Kleine ziekenhuizen hebben 2012 resultaattechnisch onverwacht goed doorstaan'

'DREIGING VAN FAILLISSEMENT HOUDT ALLE PARTIJEN SCHERP'

Dit rapport laat glashelder zien met welke complexiteiten de ziekenhuizen in 2012 te maken hadden. Met als goed nieuws een resultaatverbetering van ruim 9%, een beeld dat sterk verslechtert als je corrigeert voor de toegekende transitiebedragen.

De overgang naar prestatiebekostiging dwingt zorgaanbieders en zorgverzekeraars om met elkaar een nieuwe taal te gaan spreken. Die taal wordt nu mede ontworpen door DBC-Onderhoud. Dat is een samenwerkingsverband waar ik, vanuit mijn rol bij CZ, namens de branche van de zorgverzekeraars vicevoorzitter van ben. DBC-Onderhoud ontwerpt en onderhoudt passende prestatiebeschrijvingen voor de tweedelijnszorg. Met dit systeem van duidelijk omschreven zorgprestaties krijgen zorgaanbieders en zorgverzekeraars een objectieve, eenduidige 'onderhandelingstaal'. Zodat ze effectiever met elkaar kunnen onderhandelen over de kwaliteit, prijs en volume van de (geleverde) zorg.

Goed nieuws is dat ziekenhuizen gezamenlijk voor zo'n 2,4 miljard euro aan vermogen op de plank hebben liggen, lees ik in deze Benchmark. Deel dat bedrag door ruim 80 ziekenhuizen, dan zie je dat een gemiddeld ziekenhuis een behoorlijk goede vermogenspositie heeft. Niettemin is er een reële vrees dat ziekenhuizen wel degelijk failliet kunnen gaan. Maar dat hoort bij marktwerking, dat is de tucht van de markt. Die dreiging houdt alle partijen scherp, en dat vind ik op zich een goede ontwikkeling. Dat draagt uiteindelijk bij aan toekomstbestendige zorg.

Ziekenhuizen moeten mijns inziens tijdig inspelen op vier ontwikkelingen. Ten eerste de verdergaande substitutie van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn, denk aan de behandeling van diabetes. Ten tweede de concentratie van hoogcomplexe laagvolumezorg, zoals oncologie of complexe orthopedie; die concentratie in onder meer expertisecentra leidt tot kwaliteitsverbetering van de zorg.

Als derde ontwikkeling noem ik de herinrichting van de spoedeisende hulp. En als laatste ontwikkeling de beheerste uitgavengroei zoals die is vastgelegd in het meest recente Hoofdlijnenakkoord, waarbij de sector zich eraan committeert de kosten te beheersen en de kwaliteit verder te verbeteren. Niemand is tegen deze beperkte volumegroei. Maar als puntje bij paaltje komt, hebben veel ziekenhuizen er moeite mee om dit principe op zichzelf toe te passen, is mijn ervaring. Wat CZ daaraan doet? Als verzekeraar zijn wij contractant; dan is het onze rol om - via de contractering of gezamenlijke planvorming, afhankelijk van het marktaandeel van CZ - inhoud te geven aan de afspraken die in het akkoord zijn gemaakt.

Zowel grote als kleine ziekenhuizen moeten, gezien deze vier veranderingen, meer aan zelfreflectie doen. Bijvoorbeeld door interne selfassessments te organiseren. Regeren is immers vooruitzien. Ziekenhuizen moeten binnen hun regio beslissen welke functies ze willen behouden en welke ze aan andere ziekenhuizen kunnen overlaten. ■



Joël Gijzen
Directeur Zorg CZ Tilburg

'IK VREES DAT ZIEKENHUIZEN TE LAAT IN ACTIE KOMEN'

Ik vind het opmerkelijk dat de grote ziekenhuizen een relatief groter beroep hebben gedaan op de transitieregeling. Hoe komt dat?

Was dat de bedoeling, is het terecht? Het kan betekenen dat grote ziekenhuizen gewoon meer onderhandelingsmacht hebben dan kleine ziekenhuizen. Wat me ook opvalt in deze Benchmark, is dat de ziekenhuizen in dunbevolkte gebieden gemiddeld veel slechter scoren dan ziekenhuizen die in regio's zitten waar ze moeten opboksen tegen andere ziekenhuizen. Ik vermoed dat de tucht van de markt direct positief bijdraagt aan het rendement van ziekenhuizen.

Het grote effect van de transitieregeling op de resultaten van ziekenhuizen is evident. Als zorgverzekeraar vraag ik me af in hoeverre ziekenhuizen al voorsorteren op de situatie dat die transitieregeling wegvalt. Ik ken de sector, was tot dit voorjaar bestuursvoorzitter bij een ziekenhuis. Vanuit die ervaring in de sector vrees ik dat ziekenhuizen laat, of zelfs te laat, in actie komen. Pas als het twee voor twaalf is en de druk onhoudbaar wordt, gaan ziekenhuizen bewegen. De reden? Dit zijn pijnlijke en riskante operaties. Onze rol? Wij zullen zeker met de ziekenhuizen waarmee wij in onderhandeling zijn, bespreken met welke activiteiten zij de komende jaren een gezond rendement denken te boeken. Ik vind dat wij als contractant dat recht hebben. Andersom schromen ziekenhuizen ook niet om ons om extra bevoorschotting te vragen als ze dat nodig hebben.

En dan is VGZ in de regel niet te beroerd om waar nodig op basis van een plan financieel bij te springen.

Op het gebied van kostenbeheersing kunnen Nederlandse ziekenhuizen nog flinke slagen maken. Iedereen spreekt al jaren over 'lean management', maar dat credo wordt toch vooral nog met de mond beleden. Concreet zie ik er weinig resultaten van. Neem de hoge kosten van diagnostiek. Uit eigen onderzoek weten we dat de huidige prijzen van diagnostiek veel te hoog zijn. Vergeleken met Duitsland is de Nederlandse laboratoriumdiagnostiek twee keer zo duur en voor een aantal routinetesten zelfs meer dan vijf keer zo duur. Dat komt door de hoge tarieven, waardoor Nederlandse laboratoriumaanbieders niet geprikkeld worden hun kosten te verlagen. Daarnaast liggen de kosten van laboratoriumaanbieders in Nederland veel hoger dan in Duitsland door een te kleine schaal. In Duitsland zijn labs gemiddeld tien keer groter. Laboratoriumdiagnostiek kan volgens ons tegen de helft van de prijs, maar dan is concentratie wel noodzakelijk.

Daarnaast moeten ziekenhuizen meer doen aan efficiency. Zo is het toch eigenlijk belachelijk dat OK's alleen maar van pakweg acht tot vijf open zijn; al die dure apparatuur staat uren en uren stil. Terwijl patiënten wachten op behandeling. Tja. Stel ploegendiensten in, net als in de industrie. Dan werk je als ziekenhuis veel efficiënter. ■



Peter Hoppener
Divisievoorzitter Zorg VGZ Arnhem

De ziekenhuizen met de hoogste resultaten zijn IJsselmeerziekenhuizen en Nij Smellinghe met een positief resultaat van respectievelijk € 9,8 miljoen (9,1% van totale bedrijfsopbrengsten) en € 9,4 miljoen (10,2% van totale bedrijfsopbrengsten). Vorig jaar voerde IJsselmeerziekenhuizen met een positief resultaat van € 11,5 miljoen eveneens de ranglijst van kleine ziekenhuizen met het beste resultaat aan. Bij IJsselmeerziekenhuizen werd het goede resultaat over 2011 mede bepaald door eenmalige baten ad € 6 miljoen uit hoofde van balanssteun van de NZa (2^e tranche). Ondanks het wegvallen van deze eenmalige baten blijft het positief resultaat aanzienlijk, mede als gevolg van een toename van de overige opbrengsten van € 3,7 miljoen en de opbrengsten uit hoofde van te verrekenen transitiebedrag medisch specialistische zorg van € 2,0 miljoen.

Uitgelicht: middelgrote ziekenhuizen – terug op niveau van 2010

Waar de middelgrote ziekenhuizen in 2011 grosso modo konden terugkijken op een succesvol jaar, zeker in vergelijking met de grote ziekenhuizen, is over 2012 een duidelijke afname van de winstgevendheid te zien. Het resultaat van middelgrote ziekenhuizen is in 2012 met € 36,2 miljoen (-33%) gedaald en het rendement bedroeg 1,7% (2011: 2,7%) van de totale bedrijfsopbrengsten. Deze ontwikkeling steekt schril af bij de toename van het resultaat in 2011 met 50,2%. Gecorrigeerd voor de transitiebijdrage komt het rendement over 2012 voor middelgrote ziekenhuizen uit op 0,9% en laat daarmee een nog grotere daling zien.

De daling van het resultaat is beperkt gebleven als gevolg van de opbrengsten uit hoofde van te verrekenen transitiebedrag 2012 van totaal € 35,3 miljoen. Het transitiebedrag bepaalt 48,1% van het resultaat.

De daling van het resultaat is gerealiseerd doordat de totale bedrijfsopbrengsten (+4,8%) minder hard zijn gestegen dan de totale bedrijfslasten (+5,8%). Opvallend is ook dat de daling van het resultaat is behaald door het wegvallen van buitengewone baten; in 2011 was nog sprake van incidentele meevallers van € 5 miljoen (4,5% van het resultaat).

Naar aanleiding van de opvallend positieve resultaten die middelgrote ziekenhuizen enkele jaren op rij hadden gescoord, opperden wij in ons benchmarkrapport van vorig jaar nog dat deze omvangcategorie wellicht de juiste mix van flexibiliteit en specialistische slagkracht had om de omslag in de zorg succesvol het hoofd te bieden. Het geeft nog eens aan hoe lastig het is om conclusies te trekken op basis van jaarcijfers van ziekenhuizen, gezien de grote onzekerheden en lastige vergelijkbaarheid onderling.

Samenstelling resultaat middelgrote ziekenhuizen nader bekeken

De opbrengsten uit het wettelijk budget en de DBC-opbrengsten inzake het A- en B-segment bij elkaar opgeteld zijn in 2012 nagenoeg gelijk gebleven, op € 3,6 miljard. Bij de bedrijfslasten zijn kosten voor personeel (exclusief honorarium medisch specialisten) gestegen met 2,8%, de afschrijvingen gedaald (-/- 0,2%) en de overige bedrijfskosten toegenomen (+12,5%).

Fluctuaties binnen categorie middelgrote ziekenhuizen nader bekeken

Waar in 2011 nog sprake was van één ziekenhuis met een negatief resultaat bij de middelgrote ziekenhuizen, te weten het Orbis Medisch Centrum, is over 2012 sprake van een drietal ziekenhuizen met een negatief resultaat, namelijk: het Slotervaartziekenhuis (-/- € 2,0 miljoen), wederom het Orbis Medisch Centrum (-/- € 1,4 miljoen) en het Kennemer Gasthuis (-/- € 1 miljoen). Voor alle middelgrote ziekenhuizen samen is sprake van een eenmalig transitiebedrag van € 34,4 miljoen. Gecorrigeerd voor deze opbrengsten zouden in totaal nog vijf middelgrote ziekenhuizen (Rijnland Ziekenhuis, Tergooiziekenhuizen, Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, Ziekenhuis Bernhoven en ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen) in de rode cijfers belanden.

Het best presterende middelgrote ziekenhuis in absolute zin is het Ziekenhuis St. Jansdal met een positief resultaat van € 7,9 miljoen en een rendement van 6,0%. Gemeten naar rendement presteert St. Jansdal eveneens het beste in de categorie middelgrote ziekenhuizen.



'Na enkele goede jaren zijn middelgrote ziekenhuizen hard teruggevallen'

Uitgelicht: grote ziekenhuizen – ogenschijnlijk herstel van absolute resultaten en rendementen

Waar in 2011 de grote ziekenhuizen een lastig jaar achter de rug hadden met een daling van het resultaat van maar liefst € 43,9 miljoen (30,1%), laat het resultaat 2012 een duidelijke verbetering zien met een toename van 55,4% naar € 158,7 miljoen. De grote ziekenhuizen steken daarmee in positieve zin met kop en schouders boven kleine en middelgrote ziekenhuizen uit. Ook het rendement (resultaat ten opzichte van de totale opbrengsten) van grote ziekenhuizen laat een duidelijke verbetering zien naar 2,3% (2011: 1,6%). Gecorrigeerd voor het transitiebedrag realiseren de grote ziekenhuizen echter een rendement van slechts 0,7%, derhalve een forse daling.

De toename van het resultaat wordt met name veroorzaakt doordat de totale bedrijfsopbrengsten met 5,7% zijn gestegen tegenover een stijging van de totale bedrijfslasten met +4,6%. Overigens zijn de financiële lasten fors toegenomen (+20,3%) en zijn de buitengewone baten verdubbeld.

Samenstelling resultaat grote ziekenhuizen nader bekeken

De opbrengsten uit het wettelijk budget en de DBC-opbrengsten inzake het A- en B-segment bij elkaar opgeteld zijn in 2012 gestegen met 1,2% naar € 5,7 miljard. De toename van het resultaat is positief beïnvloed door de opbrengsten uit hoofde van te verrekenen transitiebedrag van totaal € 110,7 miljoen.

Het transitiebedrag bij de grote ziekenhuizen maakt 73,9% uit van het resultaat en is daarmee aanzienlijk hoger dan het aandeel van het transitiebedrag in het resultaat van kleine ziekenhuizen (27,6%) en middelgrote ziekenhuizen (46,9%). Binnen de totale bedrijfslasten zijn de personeelskosten (exclusief honorarium medisch specialisten) gestegen met 2,3%. De afschrijvingen zijn nagenoeg gelijk gebleven en de overige bedrijfskosten zijn met 9,1% gestegen.

Fluctuaties binnen categorie grote ziekenhuizen nader bekeken

Er zijn zeer grote verschillen tussen absolute resultaten van individuele grote ziekenhuizen. Zowel het ziekenhuis met het beste resultaat als het ziekenhuis met het op een na slechtste resultaat zit in deze groep. Uitgedrukt in percentage van de totale bedrijfsopbrengsten zijn de verschillen bij de grote ziekenhuizen eveneens groot, waarbij een tweetal ziekenhuizen (Martini Ziekenhuis en HagaZiekenhuis) boven de 5% uitkomt.

Het ziekenhuis met het hoogste nettoresultaat is HagaZiekenhuis. Dit ziekenhuis heeft in 2012 een resultaat gerealiseerd van € 21,5 miljoen. Met een rendement (resultaat uitgedrukt in % van de totale bedrijfsopbrengst) van 6% bezet het ziekenhuis hiermee de eerste positie bij de grote ziekenhuizen. Het positieve resultaat wordt overigens nagenoeg geheel bepaald door incidentele bijzondere baten 2012.

De categorie van de grote ziekenhuizen kent evenals in 2011 één ziekenhuis met een negatief resultaat. Medisch Centrum Alkmaar heeft over 2012 een negatief resultaat behaald (€ 2,5 miljoen) en kent over 2012 een forse opbrengst van € 11,4 miljoen uit hoofde van transitie, waardoor het negatieve resultaat gecorrigeerd voor deze transitieopbrengst bijna € 14 miljoen zou bedragen. Het Maasstad Ziekenhuis presenteerde voorgaand jaar rode cijfers met een verlies van 13,6 miljoen, maar kent over 2012 een positief resultaat van € 1 miljoen (inclusief een transitiebijdrage van circa € 2 miljoen).

Wanneer we de populatie van grote ziekenhuizen overzien is sprake van een eenmalig transitiebedrag van € 117,3 miljoen. Hiervoor gecorrigeerd zou het resultaat aanzienlijk lager uitkomen, waarmee tien van de 23 grote ziekenhuizen in de rode cijfers zouden belanden.

'Positieve resultaten van de grote ziekenhuizen verhullen een zeer wankel positie'

3.5 ONTWIKKELING RESULTAAT VAN INDIVIDUELE ZIEKENHUIZEN

In deze paragraaf wordt de ontwikkeling van het resultaat uitgesplitst naar individuele ziekenhuizen. Op die manier ontstaat inzicht in verschillen in financiële performance tussen individuele ziekenhuizen dat de basis kan vormen voor verdere analyse van de oorzaken van die verschillen. Deze paragraaf zal eerst kort de belangrijkste bevindingen op een rij zetten. Vervolgens worden de individuele ziekenhuizen naar stijgers en dalers gegroepeerd. Tot slot worden de meest in het oog springende trends onder de loep genomen.

De voornaamste bevindingen zijn:

- Onder algemene cijfers gaan fluctuaties schuil in behaalde absolute resultaten van en tussen individuele ziekenhuizen die ver uit elkaar liggen.
- Een tweetal ziekenhuizen met de grootste stijging van het nettoresultaat liet over 2011 de grootste dalingen zien.
- Resultaatstijgingen worden over de breedte in mindere mate veroorzaakt door incidentele baten dan in 2011.

Nettoresultaat nader bekeken

Op landelijk niveau zijn de resultaten over 2012 met 9,4% gestegen ten opzichte van 2011. Er is sprake van een grote spreiding in de resultaatontwikkeling per ziekenhuis. Bij 35 ziekenhuizen was sprake van een daling van het nettoresultaat ten opzichte van 2011, bij de overige ziekenhuizen varieert de stijging van het nettoresultaat van 3% tot 1915%. In miljoenen uitgedrukt variëren de mutaties van een daling van € 7,2 miljoen (Slotervaartziekenhuis) tot een toename van € 20,1 miljoen (HagaZiekenhuis).

Beste performers resultaatontwikkeling onder individuele ziekenhuizen nader bekeken

In de top is sprake van een aardverschuiving ten opzichte van 2011. Alle ziekenhuizen met uitzondering van Onze Lieve Vrouwe Gasthuis stonden in 2011 niet in de top 15 van grootste resultaatstijgingen. Daarnaast maakten drie ziekenhuizen over 2011 deel uit van de groep met grootste resultaatdalingen: HagaZiekenhuis, Maasstad Ziekenhuis en Martini Ziekenhuis.

De verbeterde resultaten in 2012 worden ten dele beïnvloed door incidentele posten. De forse resultaatverbetering bij HagaZiekenhuis, die heeft geleid tot een eerste positie, is hoofdzakelijk het gevolg van incidentele posten in 2012.

De toename van het resultaat bij Maasstad Ziekenhuis houdt onder meer verband met de incidentele kosten en inkomstenderving in 2011 door de Klebsiella-problematiek en de uitgestelde verhuizing. Bij meerdere ziekenhuizen is sprake van incidentele opbrengsten uit hoofde van de transitiebijdrage. Zo kent Onze Lieve Vrouwe Gasthuis hiervoor een opbrengst van € 6,1 miljoen.

'Een aantal sterren van vandaag bungelde vorig jaar nog onderaan'

'STRAK STUREN OP BEDRIJFSMATIG WERKEN'

De sector staat er financieel niet goed voor. Dat blijkt eens te meer uit deze benchmark. Als het vangnet van de transitie regeling vandaag wordt weggetrokken zit één op de drie ziekenhuizen in de rode cijfers. Vooral kleine ziekenhuizen lopen grote risico's door hun beperkte solvabiliteit en liquiditeitspositie.

Ik ben drie jaar geleden overgekomen van Philips. Daar heb ik geleerd dat je in krappe tijden strak moet sturen op bedrijfsmatig werken. Dat betekent voor mij simpelweg: vooraf heldere afspraken maken, efficiënt ingerichte processen en toezien dat afspraken ook worden nageleefd. Deze zakelijke benadering hebben we de afgelopen jaren bij Orbis met succes toegepast. We draaien nu een productie die per medewerker zo'n 15% hoger ligt dan die van vergelijkbare ziekenhuizen.

In 2009 dreigde voor Orbis faillissement, door de hoge bouwkosten van een nieuw ziekenhuis. In de jaren daarna hebben we door onze toegenomen productiviteit een flink deel van onze schulden kunnen aflossen. Het geconsolideerde negatieve eigen vermogen hebben we weten terug te brengen van vijftien miljoen euro eind 2010, naar 0,4 miljoen euro eind 2012. Ik verwacht dat we in 2014 een positief resultaat kunnen boeken.

Volgend jaar willen we fuseren met Atrium MC in Heerlen. Samen kunnen we kwalitatief

hoogwaardige zorg voor de regio Zuid-Limburg garanderen, en profiteren van schaalvoordelen die helpen om deze betaalbaar te houden. Onze plannen voor patiëntgerichte centra sluiten aan bij de regiobenadering van de zorgverzekeraars. Deze fusie biedt ons de mogelijkheid ondersteunende functies in elkaar te schuiven, van inkoop, logistiek en ICT tot laboratoria en apotheken. Mijn inschatting is dat we door synergie-effecten op jaarbasis zo'n 25 miljoen euro kunnen besparen.

De complexiteit van het prestatiebekostigingssysteem en de wijze waarop ziekenhuizen nu productieafspraken maken met de zorgverzekeraars, zijn mij een doorn in het oog. In het bedrijfsleven worden deze afspraken voor aanvang van het jaar gemaakt. In de zorgsector gaan de onderhandelingen in het lopende jaar nog door, vaak tot na het zomerreces. Ik vind dat dat écht niet kan. Zonder productieafspraken kunnen we niet factureren en kennen we onze omzet niet. We zijn afhankelijk van tijdelijke voorschotten van verzekeraars om onze kasstromen in balans te houden. Dat is vragen om ongelukken. Het bekostigingssysteem dat ziekenhuizen dwingt tot het maken van jaarlijkse productieafspraken, mist transparantie. Door de lange doorlooptijd en complexiteit is het onbeheersbaar. Verzekeraars en ziekenhuizen zouden meer dezelfde taal moeten spreken. ■



Luvic Janssen

CFO Orbis Medisch Centrum Sittard-Geleen

KERNCIJFERS 2012

Omzet	€ 351 miljoen
Aantal medewerkers	5.316 fte's
Rendement*	2,0%

* Resultaat/totale omzet

Tabel 2: Beste performance resultaatontwikkeling (x € 1.000)

2012	2011	Naam ziekenhuis	Mutatie 2012-2011	Resultaat 2012	Mutatie 2011-2010	Resultaat 2011	Resultaat 2010
1	75	HagaZiekenhuis	20.052	21.465	-7.095	1.413	8.508
2	77	Maasstad Ziekenhuis	14.658	1.032	-18.347	-13.626	4.721
3	13	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis	7.716	12.311	2.095	4.595	2.500
4	70	Ziekenhuisgroep Twente	7.140	8.939	-3.199	1.799	4.998
5	72	Martini Ziekenhuis	5.728	12.710	-3.816	6.982	10.798
6	58	Ommelander Ziekenhuisgroep	5.296	1.472	-1.145	-3.824	-2.679
7	38	Atrium Medisch Centrum	4.990	8.196	227	3.206	2.979
8	22	Ziekenhuis De Gelderse Vallei	4.379	6.266	836	1.887	1.051
9	55	Antonius Ziekenhuis	4.346	4.573	-901	227	1.128
10	52	Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis	3.458	4.772	-713	1.314	2.027

Slechtste performers resultaatontwikkeling onder individuele ziekenhuizen nader bekeken

Slotervaartziekenhuis voert de ranglijst van de grootste resultaatdaling aan. Tegenover een toename van de opbrengsten van € 7,8 miljoen, waarin begrepen een bate uit hoofde van het transitiebedrag van € 10,4 miljoen, staat een toename van de bedrijfslasten van € 16,5 miljoen. De opbrengsten van Slotervaartziekenhuis zijn negatief beïnvloed in verband met een nagekomen last uit hoofde van correcties op het wettelijk budget voorgaande jaren van € 2,9 miljoen. Daarnaast was in 2011 sprake van negatieve afschrijvingslasten van € 2,3 miljoen uit hoofde van terugboeken van een niet door de NZa goedgekeurde versnelde afschrijving. Vier van de grootste dalingen van het absolute resultaat (Groene Hart Ziekenhuis, Zaans Medisch Centrum, Admiraal De Ruyter Ziekenhuis en ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen) behoorden vorig jaar nog tot de groep van tien ziekenhuizen met de grootste resultaatstijgingen.

Tabel 3: Slechtste performance resultaatontwikkeling (x € 1.000)

2012	2011	Naam ziekenhuis	Mutatie 2012-2011	Resultaat 2012	Mutatie 2011-2010	Resultaat 2011	Resultaat 2010
77	21	Slotervaartziekenhuis	-7.189	-1.990	1.024	5.199	4.175
76	3	Groene Hart Ziekenhuis	-7.107	3.162	7.442	10.269	2.827
75	56	Medisch Centrum Leeuwarden	-6.496	6.533	-1.010	13.029	14.039
74	74	Medisch Centrum Alkmaar	-6.397	-2.497	-5.120	3.900	9.020
73	6	Zaans Medisch Centrum	-5.182	2.511	5.664	7.693	2.029
72	2	Admiraal De Ruyter Ziekenhuis	-4.910	5.003	8.039	9.913	1.874
71	66	St. Antonius Ziekenhuis	-4.738	5.249	-2.539	9.987	12.526
70	7	ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen	-4.516	1.944	4.408	6.460	2.052
69	57	Vlietland Ziekenhuis	-4.131	85	-1.013	4.216	5.229
68	17	Isala Klinieken	-4.073	16.618	1.433	20.691	19.258

3.6 RATIOANALYSE

In deze paragraaf worden op basis van de cijfers uit de voorgaande paragrafen verschillende ratio's berekend. Op die manier ontstaat inzicht in verschillen in performance tussen verschillende categorieën op basis van veelgebruikte financiële kengetallen. Deze paragraaf zal eerst kort de belangrijkste bevindingen op een rij zetten. Vervolgens zullen verschillende ratio's nader onder de loep worden genomen.

De voornaamste bevindingen zijn:

- De rentabiliteit op totaal vermogen is gestegen, waarbij de ratio bij de middelgrote ziekenhuizen een forse afname laat zien, terwijl deze bij de grote ziekenhuizen sterk is verbeterd.
- Het rendement neemt licht toe, waarbij middelgrote ziekenhuizen een forse afname en kleine ziekenhuizen een forse toename laten zien.
- De betalingscapaciteit laat landelijk een lichte stijging zien. Bij kleine ziekenhuizen is de toename van deze ratio het grootst.

Rentabiliteit totaal vermogen (resultaat/gemiddeld totaal vermogen)

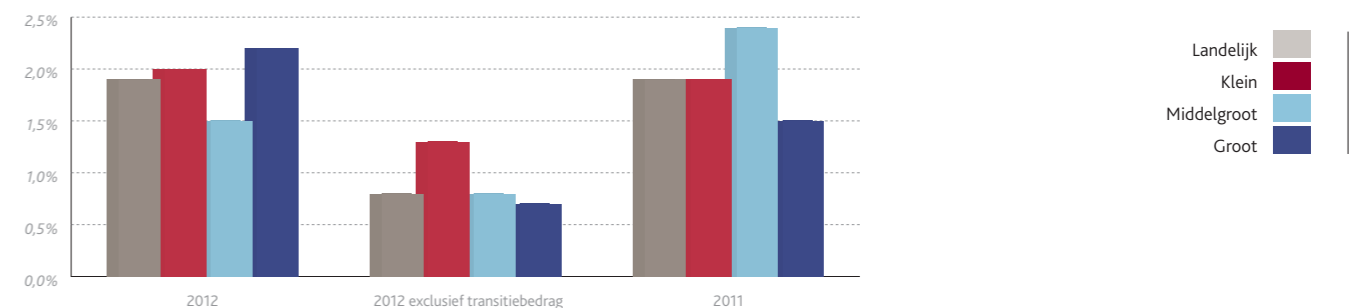
In deze sectie wordt rentabiliteit op totaal vermogen op twee dwarsdoorsnedes van de ziekenhuissector losgelaten en wel de volgende:

- Rentabiliteit op het totaal vermogen per omvangcategorie
- Rentabiliteit op het totaal vermogen van individuele ziekenhuizen

ad 1) Rentabiliteit op totaal vermogen per omvangcategorie

De rentabiliteit op totaal vermogen voor alle ziekenhuizen blijft nagenoeg gelijk en bedraagt 1,9%, waarbij de middelgrote ziekenhuizen de laagste score laten zien van 1,5% ten opzichte van hun hoogste score van 2,4% over 2011. De grote ziekenhuizen zijn naar de koppositie opgerukt met een rentabiliteit op het totaal vermogen in 2012 van 2,2% (voorgaand jaar 1,5%). Een kanttekening hierbij is de eerder genoemde impact van de transitieperiode.

Grafiek 4: Rentabiliteit totaal vermogen naar omvang



ad 2) Rentabiliteit op het totaal vermogen van individuele ziekenhuizen

De ranglijst in 2012 van de tien ziekenhuizen met de hoogste rentabiliteit op het totaal vermogen kent grote verandering door een zestal nieuwkomers in de top 10. De rentabiliteit van deze ziekenhuizen neemt toe als gevolg van hogere resultaten. HagaZiekenhuis en Antonius Ziekenhuis zijn stijgers die over 2011 nog tot de onderste regionen behoorden. De gemiddelde rentabiliteit op totaal vermogen van de tien best presterende ziekenhuizen bedraagt 6,2% over 2012 en laat een duidelijke stijging zien ten opzichte van 2011 (gemiddeld 5,0%). IJsselmeerziekenhuizen staat voor het tweede jaar op rij aan kop. In 2012 wordt dit hoofdzakelijk veroorzaakt door het kwijtschelden van langlopende leningen voor een totaalbedrag van € 5,6 miljoen.

Tabel 4: Top 10 beste performance rentabiliteit op totaal vermogen (bedragen x € 1.000)

2012	2011	Naam ziekenhuis	Rendement 2012 gemiddeld totaal vermogen 2012-2011	Resultaat 2012	Rendement 2011 gemiddeld totaal vermogen 2011-2010	Resultaat 2011	Positie 2012 excl. transitiebedrag
1	1	IJsselmeerziekenhuizen	14,2%	9.798	17,2%	11.528	4
2	63	HagaZiekenhuis	6,9%	21.465	0,5%	1.413	11
3	6	Nij Smellinghe	6,9%	9.408	6,6%	8.880	5
4	5	Laurentius Ziekenhuis	6,8%	6.640	6,6%	5.369	2
5	33	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis	5,1%	12.311	2,0%	4.595	21
6	68	Antonius Ziekenhuis	4,9%	4.573	0,3%	227	7
7	22	BovenIJ Ziekenhuis	4,8%	2.819	2,6%	1.597	61
8	15	St. Jansdal	4,5%	7.944	3,6%	5.835	13
9	2	Medisch Centrum Leeuwarden	4,3%	6.533	8,9%	13.029	14
10	26	Martini Ziekenhuis	4,0%	12.710	2,2%	6.982	17

In onderstaande tabel zijn de tien ziekenhuizen met de laagste rentabiliteit op het totaal vermogen opgenomen. Ook hier is sprake van minder grote spreiding van de rentabiliteit ten opzichte van 2011.

Tabel 5: Top 10 slechtste performance rentabiliteit op totaal vermogen (bedragen x € 1.000)

2012	2011	Naam ziekenhuis	Rendement 2012 gemiddeld totaal vermogen 2012-2011	Resultaat 2012	Rendement 2011 gemiddeld totaal vermogen 2011-2010	Resultaat 2011	Positie 2012 excl. Transitiebedrag
77	74	Gemini Ziekenhuis	-2,9%	-2.126	-0,3%	-193	53
76	51	Rode Kruis Ziekenhuis	-2,8%	-3.066	1,1%	1.001	75
75	12	Slotervaartziekenhuis	-1,6%	-1.990	4,2%	5.199	78
74	71	Stichting Saxenburgh Groep	-1,2%	-640	0,2%	92	62
73	46	Medisch Centrum Alkmaar	-0,9%	-2.497	1,4%	3.900	76
72	67	Kennemer Gasthuis	-0,4%	-995	0,3%	712	51
71	73	Orbis Medisch Centrum	-0,4%	-1.406	-0,1%	-471	57
70	30	Vlietland Ziekenhuis	0,0%	85	2,0%	4.216	38
69	72	Stichting Rijnstate Ziekenhuis	0,2%	621	0,1%	499	32
68	35	Zuwe	0,2%	176	1,9%	2.076	29

Rendement (resultaat uitgedrukt in % van de totale bedrijfsopbrengsten)

In deze sectie wordt het rendement op twee dwarsdoorsnedes van de ziekenhuissector losgelaten en wel de volgende:

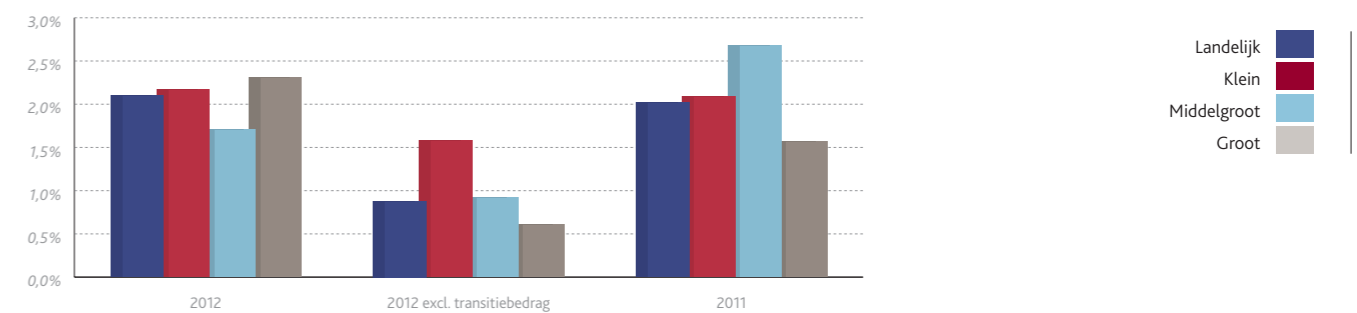
1. Rendement per omvangcategorie
2. Rendement van individuele ziekenhuizen

ad 1) Rendement per omvangcategorie

Zoals eerder aangestipt in paragraaf 3.4 verhuut het landelijke rendement (resultaat uitgedrukt in % van de totale opbrengsten) van 2,1% stevige verschillen tussen omvangcategorieën van ziekenhuizen, waarbij de grote ziekenhuizen met 2,3% rendement het beste scoren en de middelgrote ziekenhuizen met 1,7% het laagst. Dit in tegenstelling tot voorgaand jaar waar juist de middelgrote ziekenhuizen met een rendement van 2,4% de hoogste score hadden.

Ook hier is het interessant om te kijken in hoeverre de best presterende omvangcategorieën overlappen met de best presterende individuele ziekenhuizen. Van de tien ziekenhuizen met het hoogste procentuele resultaat behoren vier ziekenhuizen tot de categorie klein (2011: twee); twee behoren tot de categorie middelgroot (2011: zes) en vier ziekenhuizen tot de categorie groot (2011: twee). Dit beeld verandert overigens radicaal als het effect van de transitierегeling buiten beschouwing wordt gelaten.

Grafiek 5: Resultaat ten opzichte van bedrijfsopbrengsten naar omvang



ad 2) Rendement van individuele ziekenhuizen

Zoals eerder aangestipt in paragraaf 3.4 vertoont het landelijke rendement (resultaat uitgedrukt in % van de totale opbrengsten) van 2,1% stevige verschillen tussen prestaties van individuele ziekenhuizen.

Bij individuele ziekenhuizen is het interessant om te kijken in hoeverre de beste performers voor wat betreft rendement overlappen met de beste performers voor wat betreft rentabiliteit op het totaal vermogen. Dan blijkt dat van de tien ziekenhuizen met het hoogste rendement er acht ook tot de tien ziekenhuizen behoren met het hoogste rendement op het gemiddeld totaal vermogen.

Wanneer ontwikkelingen per ziekenhuis door de jaren worden gevolgd, valt verder op dat van de tien best presterende ziekenhuizen in 2012 voor wat betreft rendement er vier ook tot de top 10 in vorig jaar behoorden. Twee van deze ziekenhuizen (Nij Smellinghe en St. Jansdal) staan al vijf jaar achtereen in de top 10. Deze ziekenhuizen zijn derhalve in staat geweest de goede resultaten in 2012 opnieuw te continueren. Overigens vormen deze ziekenhuizen in de top 10 voor wat betreft rendement met de IJsselmeerziekenhuizen samen de top 3. HagaZiekenhuis en Antonius Ziekenhuis zijn de sterkste stijgers.

Tabel 6: Top 10 beste performance rendement (bedragen x € 1.000)

Positie 2012	Positie 2011	Naam ziekenhuis	Resultaat 2012 / Opbrengsten 2012	Resultaat 2012	Resultaat 2011 / Opbrengsten 2011	Resultaat 2011	Positie 2012 ex transitiebedrag
1	2	Nij Smellinghe	10,2%	9.408	9,9%	8.880	2
2	1	IJsselmeerziekenhuizen	9,1%	9.798	11,1%	11.528	5
3	9	St. Jansdal	6,0%	7.944	4,8%	5.835	10
4	67	HagaZiekenhuis	6,0%	21.465	0,4%	1.413	12
5	11	Laurentius Ziekenhuis	5,4%	6.640	4,6%	5.369	3
6	18	Martini Ziekenhuis	5,4%	12.710	3,3%	6.982	13
7	70	Antonius Ziekenhuis	4,2%	4.573	0,2%	227	8
8	30	BovenIJ Ziekenhuis	3,9%	2.819	2,3%	1.597	61
9	46	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis	3,8%	12.311	1,5%	4.595	26
10	8	Isala Klinieken	3,7%	16.618	4,8%	20.691	64

Wanneer de ontwikkelingen per ziekenhuis door de jaren heen worden gevolgd dan valt op dat van de tien ziekenhuizen met de slechtste performance in 2012 voor wat betreft rendement er drie al drie jaar bij de laatste tien behoren.

Waar in 2011 nog sprake was van vijf ziekenhuizen met een negatief rendement van -0,1% of hoger met een maximum van -4,9%, kent 2012 een zevental ziekenhuizen met een negatief rendement variërend van -0,5% tot -2,9%.

Tabel 7: Top 10 slechtste performance rendement (bedragen x € 1.000)

Positie 2012	Positie 2011	Naam ziekenhuis	Resultaat 2012 / Opbrengsten 2012	Resultaat 2012	Resultaat 2011 / Opbrengsten 2011	Resultaat 2011	Positie 2012 ex transitiebedrag
77	55	Rode Kruis Ziekenhuis	-2,8%	-3.066	1,0%	1.001	74
76	73	Gemini Ziekenhuis	-2,5%	-2.126	-0,2%	-193	53
75	14	Slotervaartziekenhuis	-1,4%	-1.990	3,9%	5.199	78
74	72	Stichting Saxenburgh Groep	-1,0%	-640	0,2%	92	60
73	48	Medisch Centrum Alkmaar	-0,9%	-2.497	1,4%	3.900	75
72	74	Orbis Medisch Centrum	-0,7%	-1.406	-0,3%	-471	62
71	68	Kennemer Gasthuis	-0,5%	-995	0,4%	712	51
70	20	Vlietland Ziekenhuis	0,1%	85	2,9%	4.216	37
69	71	Stichting Rijnstate Ziekenhuis	0,2%	621	0,2%	499	27
68	27	Zuwe	0,2%	176	2,5%	2.076	23

'JE KUNT NIET ZOMAAR EEN LAATJE UIT HET ZORGAANBOD WEGTREKKEN'

W e zijn koploper in de BFZ-ranking van BDO, dat is een mooie positie. Over onze omzet van 80 miljoen euro draaiden we vorig jaar een resultaat van 10%. Dat is onder meer te danken aan de goede bestuurlijke verhouding tussen de medische staf en het management van Nij Smellinghe. Er is eenheid van beleid, waarbij de medici een grote invloed op dat beleid kunnen uitoefenen.

Waar mogelijk, specialiseren we ons. Zo komen patiënten met lymfoedeem uit het hele land naar Nij Smellinghe, omdat wij een expertisecentrum hebben dat toonaangevend is op dit gebied. Dat hebben we niet zo geregeld uit financiële motieven, maar puur omdat een aantal medisch specialisten binnen ons ziekenhuis hier heel goed in is. Veel patiënten die naar ons expertisecentrum komen, met name uit de Randstad, ervaren ons kleine ziekenhuis als een warm bad.

Al staan we op nummer één, het gaat hier zeker niet van een leien dakje. Net als in het bedrijfsleven kijken wij behalve naar de financiële parameters ook naar onze orderportefeuille. Daar worden wij door de zorgverzekeraars ook op afgerekend. Als klein ziekenhuis hebben wij in toenemende mate last van hun neiging om steeds selectiever in te kopen. Grote ziekenhuizen zijn daarbij in het voordeel. Draai je te weinig volume in een bepaalde discipline, wat bij kleinere ziekenhuizen nou eenmaal eerder het geval is, dan moet je daarmee stoppen. Stel dat

een kleine vakgroep als oogheelkunde zou verdwijnen; de gevolgen daarvan gaan veel verder dan de verzekeraars denken. Iemand met diabetes behandelen we graag. Maar een test van de ogen - die je geregeld moet doen bij deze patiënten - kunnen wij nu niet meer uitvoeren. Je kunt niet zomaar een laatje uit het zorgaanbod wegtrekken. Voor je het weet, dondert het hele huis dan in elkaar.

We gaan nu fuseren met Zorggroep Pasana. Deze instelling levert ouderenzorg en heeft daarnaast het ziekenhuis De Sionsberg, dat met een aanzienlijk liquiditeitsstekort kampte. Door de fusie met ons zal de cashpositie van Pasana belangrijk verbeteren. Onze liquiditeitspositie is nog steeds gezond, de banken houden dat overigens angstvallig in de gaten. Volgend jaar willen we ook fuseren met de Kwadrantgroep en Antonius Zorggroep, zorgorganisaties die naast de zorg in het ziekenhuis in Sneek ook thuis- en ouderenzorg aanbieden. We willen goede betaalbare zorg kunnen blijven leveren door een betere verbinding tussen ziekenhuiszorg en zorg thuis. Door vanuit de netwerkgedachte 'cure' en 'care' met elkaar te verbinden. Zo kunnen we makkelijker nieuwe kleinschalige zorgvormen opzetten tussen de eerste en tweede lijn op wijk- en buurtniveau. Andere voordelen van dit samengaan: het delen van kennis, kwalitatieve versterking binnen de maatschappen en uiteraard schaalvoordelen zoals gezamenlijke inkoop. ■



Peter Littooy

Bestuursvoorzitter Nij Smellinghe Drachten

KERNCIJFERS 2012

Omzet	€ 93 miljoen
Aantal medewerkers	830 fte's
Rendement*	10%
Weerstandsvermogen**	65,2%

* Resultaat/totale omzet

** Eigen vermogen/totale omzet

Betalingscapaciteit versus de financiële verplichtingen (EBITDA/rente en aflossingen)

De debt service coverage ratio (DSCR) geeft inzicht in de capaciteit om uit het resultaat (voor rente- en afschrijvingskosten) de rente en reguliere aflossingsverplichtingen te voldoen. Bij de berekening van de DSCR is uitgegaan van geconsolideerde cijfers wegens het ontbreken van essentiële gegevens in de enkelvoudige cijfers.

In deze sectie wordt de betalingscapaciteit op twee dwarsdoorsnedes van de ziekenhuissector losgelaten en wel de volgende:

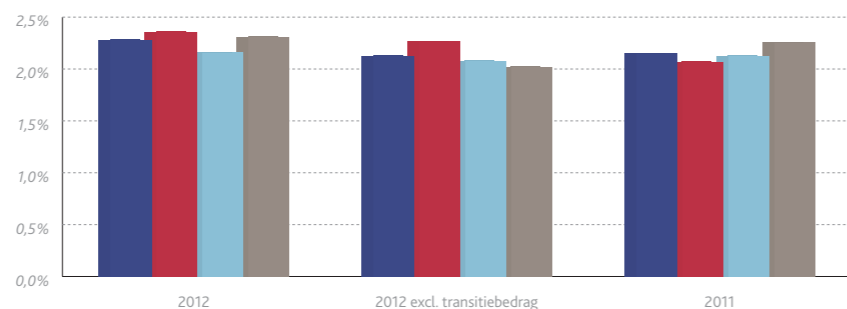
1. Betalingscapaciteit per omvangcategorie
2. Betalingscapaciteit van individuele ziekenhuizen

ad 1) Betalingscapaciteit per omvangcategorie

Landelijk gezien neemt de betalingscapaciteit, uitgedrukt in de debt service coverage ratio, toe van 2,2 over 2011 naar 2,3 over 2012. De toename is het grootst bij de kleine ziekenhuizen, daar stijgt de DSCR tot 2,4 (2011: 2,1). De grote ziekenhuizen hebben over 2012 een gelijkblijvende DSCR gerealiseerd ten opzichte van 2011 van 2,3. De DSCR bij de middelgrote ziekenhuizen neemt licht toe tot 2,2 (2011: 2,1).

Wanneer we de betalingscapaciteit corrigeren voor het over 2012 verantwoorde transitiebedrag blijkt dat de betalingscapaciteit bij de grote ziekenhuizen het sterkst daalt. Deze neemt af van 2,3 naar 2,0. De kleine en middelgrote ziekenhuizen dalen licht, naar respectievelijk 2,3 en 2,1. Daarentegen blijft de ratio bij kleine ziekenhuizen gelijk.

Grafiek 6: Debt service coverage ratio naar omvang



ad 2) Betalingscapaciteit bij individuele ziekenhuizen

De ontwikkeling van de betalingscapaciteit bij individuele ziekenhuizen geeft een redelijk constant beeld. Nij Smellinghe steekt met kop en schouders boven de andere ziekenhuizen uit met een toename tot 11,35 (2011: 3,78). De top 10 van ziekenhuizen met de beste score laat een tweetal nieuwkomers zien: Ommelander Ziekenhuisgroep en Franciscus Ziekenhuis. Bij drie ziekenhuizen is sprake van een blijvend goede score, maar is wel sprake van een daling: Meander Medisch Centrum, Medisch Centrum Leeuwarden en Zaans Medisch Centrum.

Gemiddeld kennen de ziekenhuizen met de beste performance een ratio van 5,2 (2011: 4,0), waarmee over 2012 bij de ziekenhuizen in de bovenste regionen gemiddeld gezien een toename van de ratio is gerealiseerd.

Tabel 8: Beste performance debt service coverage ratio (EBITDA/rente en reguliere aflossingen)

2012	2011	Naam ziekenhuis	DSCR ultimo 2012	DSCR ultimo 2011	Positie 2012 excl. transitiebedrag
1	6	Nij Smellinghe	11,35	3,78	1
2	2	Laurentius Ziekenhuis	6,50	5,50	2
3	1	Medisch Centrum Leeuwarden	6,35	7,41	3
4	3	Antonius Ziekenhuis	5,28	4,00	4
5	8	St. Jansdal	4,53	3,47	6
6	7	Isala Klinieken	3,87	3,57	12
7	11	Franciscus Ziekenhuis	3,73	3,10	7
8	4	Meander Medisch Centrum	3,65	3,99	10
9	9	Zaans Medisch Centrum	3,31	3,40	5
10	66	Ommelander Ziekenhuisgroep	3,12	1,33	8

In de onderste regionen kent Gemini Ziekenhuis de slechtste score met 0,94. Dit ziekenhuis laat daarmee een grote daling van betalingscapaciteit zien ten opzichte van de ratio over 2011 van 2,03. Bij vier andere ziekenhuizen is sprake van een daling die leidt tot een vermelding onder de tien ziekenhuizen met de slechtste scores, te weten Diaconessenhuis Leiden, Zuwe, Flevoziekenhuis en Rode Kruis Ziekenhuis.

Gemiddeld laten de ziekenhuizen met de slechtste performance een ratio zien van 1,1 (2011: 1,5) waarmee ze gemiddeld over 2012 een afname vertonen.

Tabel 9: Slechtste performance debt service coverage ratio (EBITDA/rente en reguliere aflossingen)

2012	2011	Naam ziekenhuis	DSCR ultimo 2012	DSCR ultimo 2011	Positie 2012 excl. transitiebedrag
77	31	Gemini Ziekenhuis	0,94	2,03	45
76	77	Vlietland Ziekenhuis	0,96	0,96	71
75	37	Diaconessenhuis Leiden	1,07	1,86	59
74	52	Zuwe	1,12	1,64	55
73	57	Flevoziekenhuis	1,16	1,53	70
72	70	Ziekenhuisgroep Twente	1,18	1,18	69
71	73	Kennemer Gasthuis	1,19	1,13	63
70	40	Rode Kruis Ziekenhuis	1,20	1,79	74
69	69	Spaarne Ziekenhuis	1,22	1,20	66
68	60	Medisch Centrum Alkmaar	1,25	1,49	75



BALANS

BALANS

4.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de balanscijfers van de algemene ziekenhuizen in Nederland. Hierbij worden allereerst de balanscijfers ultimo 2012 vergeleken met de cijfers ultimo 2011 (paragraaf 4.2). Vervolgens splitsen we de ontwikkelingen uit naar omvang van de ziekenhuizen (paragraaf 4.3). In paragraaf 4.4 zullen wij de voorzieningen nader analyseren en tenslotte komen in paragraaf 4.5 de belangrijkste ratio's aan bod. Hieronder alvast een samenvatting van de belangrijkste bevindingen uit de verschillende paragrafen.

De voornaamste bevindingen:

- Totaal eigen vermogen van alle ziekenhuizen neemt toe met € 293 miljoen.
- De kortlopende schulden van de ziekenhuizen stijgen sterk door een toename van € 668 miljoen.
- Solvabiliteit is in 2012 verder verbeterd, maar versterking van het eigen vermogen blijft noodzakelijk gezien toenemende risico's in de ziekenhuissector.
- De liquiditeitspositie is in 2012 verder verbeterd, echter nog steeds negatief.

In bijlage II is een totaaloverzicht opgenomen dat dient als basis voor de analyses op de volgende pagina's.

4.2 ONTWIKKELING EN SAMENSTELLING VERMOGEN 2012 TEN OPZICHTE VAN 2011

In deze paragraaf wordt het algemene beeld van de vermogensontwikkeling en samenstelling bekeken. In deze paragraaf (en ook de hierop volgende paragrafen) worden eerst kort de belangrijkste bevindingen op een rij gezet. Vervolgens zal nader worden ingegaan op ontwikkelingen bij de belangrijkste balansposten.

De voornaamste bevindingen:

- Het balanstotaal van alle algemene ziekenhuizen samen is gestegen met € 760 miljoen tot € 15,1 miljard.
- De totale claim van de algemene ziekenhuizen uit hoofde van de transitierегeling bedraagt € 153 miljoen.
- Het onderhanden werk DBC's/DBC-zorgproducten daalt met € 381 miljoen, ultimo 2012 wordt 84% van het onderhanden werk bevoorschot door de zorgverzekeraars. Dit was ultimo 2011 slechts 54%.
- De liquiditeit van de ziekenhuizen staat onder druk. De nog te factureren omzet DBC's/DBC-zorgproducten benadert op balansdatum 2012 een bedrag van € 1,3 miljard, de schulden aan kredietinstellingen zijn in 2012 met 20% gestegen tot boven de € 1 miljard. Vooral kleine ziekenhuizen ervaren druk op de liquiditeit.
- De reorganisatievoorziening van de algemene ziekenhuizen bedraagt ultimo 2012 € 67 miljoen en is ten opzichte van 2011 met ruim € 13 miljoen gestegen.

Samenstelling balanstotaal nader bekeken

Op landelijk niveau is het balanstotaal toegenomen met € 760 miljoen (5,3%). Aan de actiefzijde zijn de posten materiële vaste activa en de vorderingen en overlopende activa (respectievelijk + € 347 miljoen en + € 746 miljoen) het sterkst gestegen. Nieuw aan de actiefzijde is de vordering uit hoofde van de transitierегeling. Voor de algemene ziekenhuizen bedraagt deze vordering over 2012 een bedrag van € 213 miljoen. Hiertegenover staat een schuld aan de passiefzijde van € 60 miljoen, per saldo bedraagt de gezamenlijke claim van de algemene ziekenhuizen uit hoofde van de transitierегeling over 2012 een bedrag van € 153 miljoen. Het genoemde bedrag van € 153 miljoen wijkt af van het totale transitiebedrag van € 166 miljoen zoals genoemd in hoofdstuk 3. De afwijking is een gevolg van de door ons gehanteerde segmentatiemethode en enkele

ontvangen bevoorschottingen op de transitiebedragen van de balans zoals reeds vermeld onder de uitgangspunten in hoofdstuk 2.

Opvallende daler aan de actiefzijde is de post onderhanden werk uit hoofde van DBC's/DBC-zorgproducten (€ 344 miljoen). De afname van deze post ten opzichte van 2011 met € 381 miljoen (oftewel 52,6%) is het gevolg van hogere bevoorschotting vanuit de zorgverzekeraars ultimo 2012. Deze bevoorschotting is in 2012 met € 918 miljoen toegenomen, waarmee 84% van het onderhanden werk ultimo 2012 wordt gedekt door voorschotten van de zorgverzekeraars, ultimo 2011 bedroeg dit 54%. De uitbreiding van het B-segment in 2012 naar 52,4% heeft binnen het onderhanden werk geleid tot een verschuiving van het A-segment naar het B-segment.

De sterke stijging van de vorderingen ultimo 2012 is toe te schrijven aan de nog te factureren omzet DBC's/DBC-zorgproducten. Mede door de moeizaam gelopen contractonderhandelingen 2012 tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars zijn bij de ziekenhuizen achterstanden ontstaan in de facturatie van zorgproducten. Als gevolg hiervan is de nog te factureren omzet – als onderdeel van de vorderingen – op balansdatum 2012 ten opzichte van 2011 meer dan verdubbeld en benadert ultimo 2012 de € 1,3 miljard.

Aan de passiefzijde van de balans zijn de langlopende schulden in absolute zin het meeste toegenomen (+ € 313 miljoen). Het eigen vermogen is ten opzichte van 2011 gestegen met € 293 miljoen, met name door het resultaat over 2012 van € 284 miljoen.

In 2012 hebben de algemene ziekenhuizen € 720 miljoen aan financieringsoverschotten over voorgaande jaren terugbetaald aan de zorgverzekeraars, oftewel 56% van het uitstaande saldo en 13% van de totale kortlopende schulden ultimo 2011. Door de toename van de overige kortlopende schulden in 2012 met € 763 miljoen is er ten opzichte van 2011 per saldo sprake van een stijging van 0,8% van de kortlopende schulden.

De voorzieningen zijn toegenomen met € 112 miljoen (2011: € 106 miljoen). Het grootste aandeel hierin heeft de voorziening PLB met € 64 miljoen (2011: € 55 miljoen). Verder zijn in belangrijke mate toegenomen de voorziening voor personeelsbeloningen met € 11 miljoen (2011: € 3 miljoen) en de reorganisatievoorziening met € 13 miljoen (2011: € 7 miljoen). De reorganisatievoorzieningen van de algemene ziekenhuizen bedragen hiermee ultimo 2012 in totaal € 67 miljoen. De netto dotaties in 2011 en 2012 doen vermoeden dat de algemene ziekenhuizen op afzienbare termijn nieuwe reorganisaties gaan doorvoeren.

Het uitblijven van facturering en daarmee de toename van de nog te factureren omzet DBC's/DBC-zorgproducten en de terugbetaling van de financieringsoverschotten, hebben hun weerslag gehad op de liquiditeit van de algemene ziekenhuizen. De liquide middelen van de ziekenhuizen aan de actiefzijde van de balans zijn ten opzichte van 2011 gedaald met € 126 miljoen (14,3%). De schulden aan kredietinstellingen (als onderdeel van de kortlopende schulden) zijn met 20% gestegen tot boven de € 1 miljard. De ziekenhuizen lijken hiermee de rekening te betalen van de moeizaam verlopen contractonderhandelingen 2012 en de vertraagde facturering als gevolg van de invoering van DOT.

Actiefzijde nader bekeken

De samenstelling van de activa is in 2012 beperkt gewijzigd ten opzichte van 2011. Ultimo 2012 bestaat 61,1% (2011: 61,9%) van de activa uit materiële vaste activa en 28,1% (2011: 23,4%) uit vorderingen uit hoofde van transitiebedrag, vordering uit hoofde van financieringstekort en overlopende activa. De toegenomen te factureren omzet DBC's/DBC-zorgproducten en de vorderingen uit hoofde van de transitierегeling dragen bij aan een gewijzigde samenstelling van de actiefzijde ten opzichte van de jaren 2011 en 2010.

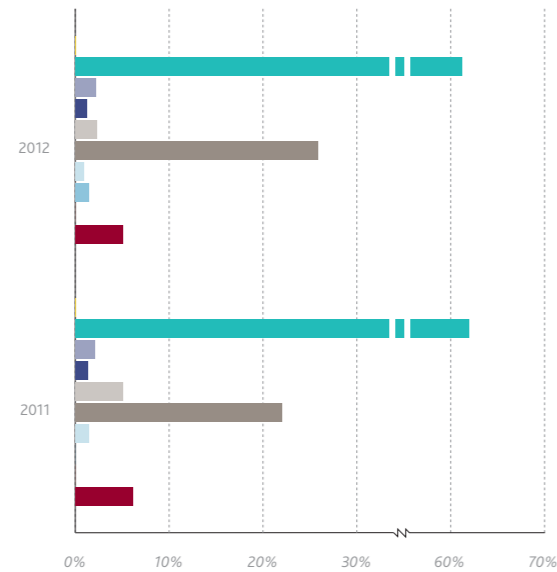


'Het gezamenlijk eigen vermogen neemt toe, maar uitbouw blijft nodig door toename onzekerheden'

'Ziekenhuizen betalen de rekening van moeizame contractonderhandelingen en invoering DOT'

De vorderingen uit hoofde van financieringstekort zijn afgenomen van 1,4% van de totale activa ultimo 2011 tot 0,9% van de totale activa ultimo 2012. De liquide middelen zijn gedaald van 6,2% tot 5,0% van de totale activa.

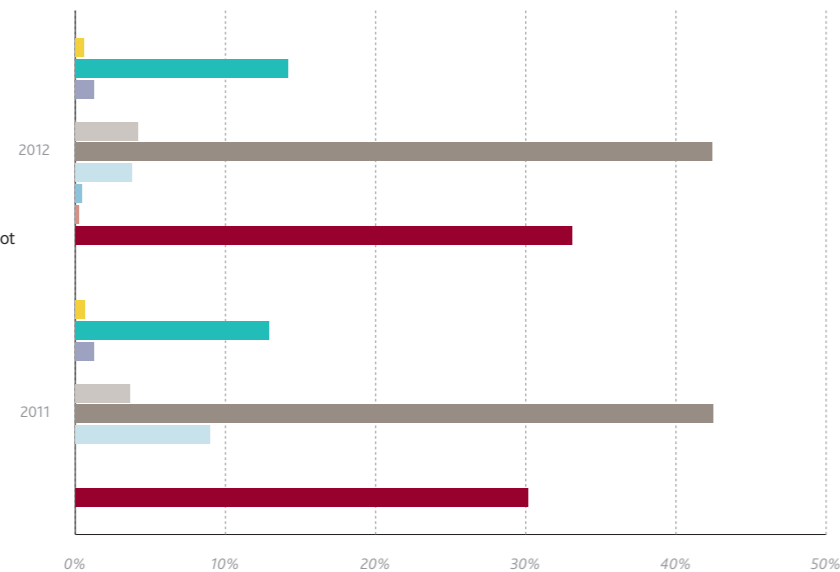
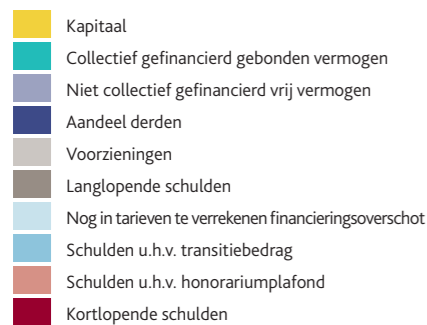
Grafiek 7: Samenstelling actiefzijde balans in procenten van balanstotaal



Passiefzijde nader bekeken

Aan de credittkant van de balans bestaan de passiva voor 42,4% (2011: 42,5%) uit langlopende schulden en voor 37,5% (2011: 39,1%) uit kortlopende schulden (waaronder de schulden uit hoofde van honorariumplafond, nog in tarieven te verrekenen financieringsoverschot en schulden uit hoofde van transitiebedrag). Het eigen vermogen is gestegen van 14,8% van het balanstotaal ultimo 2011 tot 16,0% van het balanstotaal ultimo 2012. Naar onze mening dient de solvabiliteit verder te worden versterkt naar een percentage van minimaal 20%. Deze buffer is nodig vanwege het toenemende risicoprofiel alsmede de relatief krappe liquiditeitspositie in de sector.

Grafiek 8: Samenstelling passiefzijde balans in procenten van balanstotaal



'DE REK IS ER BIJNA UIT'

Ik herken veel in dit rapport. Wat betreft de vergaande effecten van de transitiebedrag op de resultaten van ziekenhuizen moet me van het hart dat de na-ijleffecten daarvan nogal groot zijn. In 2013 moeten we nog terugbetalen over verrichtingen die we in 2011 deden, onder het oude bekostigingsstelsel. Dat vind ik raar. Daarom hadden wij op voorhand graag ingezet op een zo klein mogelijk transitiebedrag, want daarmee voorkom je onzekerheid en een irreëel resultaat. Dat is redelijk uitgekomen. Wij hebben ons uiterste best moeten doen om de jaarrekening over 2012 op te maken. Dat was dit keer onvoorstelbaar complex.

De onderzoekers constateren dat de ziekenhuizen de rekening lijken te betalen voor vertraagde facturering door de invoering van de DOT-systematiek. Daar ben ik het zeer mee eens. Pas aan het eind van de doorlooptijd heb je inzicht in de opbrengsten. Zo worden de risico's wel erg eenzijdig neergelegd bij de ziekenhuizen.

Ook in het Wilhelmina Ziekenhuis zien wij de groei van de zorgvraag afvlakken. De zorgverzekeraars zetten steeds zwaarder in op krimp. Zowel door de volumes in te willen perken als de tarieven te verlagen. En banken letten bij financieringsvraagstukken steeds meer op de mening

van de zorgverzekeraars. Die trend maakt het er voor ons niet eenvoudiger op. Gelukkig hebben we dankzij een solvabiliteit van 23% nog een redelijk stevige buffer als basis voor noodzakelijke investeringen in onder andere onze OK's.

We willen de komende jaren sterker sturen op doelmatigheid. Dat ging altijd redelijk organisch, maar nu moeten we dat heel bewust agenderen. Met capaciteitsplanning in bijvoorbeeld de OK's en de verpleegafdelingen kunnen we nog winst realiseren. Maar de rek is er inmiddels bijna uit. Wat ook heel wat doelmatiger zou kunnen, zijn de contractonderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars: ieder jaar gaan we weer langdurig met elkaar om tafel, en dat kost iedereen ontzettend veel tijd en energie. Jaar na jaar. Ik zou het toejuichen als we hooguit eens per drie of vijf jaar hoeven te onderhandelen over de contracten. ■



Akkelys Lukkes
CFO Wilhelmina Ziekenhuis Assen

KERNCIJFERS 2012

Omzet	€ 99,7 miljoen
Aantal medewerkers	846 fte's
Rendement*	2,4%
Weerstandsvermogen**	23,3%

* Resultaat/totale omzet

** Eigen vermogen/totale omzet

Verloopoverzicht eigen vermogen nader bekeken

In onderstaande tabel is het verloop van het totale eigen vermogen in 2012 weergegeven.

Tabel 10: **Verloopoverzicht eigen vermogen** (bedragen x € 1.000)

Verloopoverzicht Eigen Vermogen	
1 januari 2012	2.117.110
Resultaat 2012	283.608
Overige mutaties	3.939
Segmentatieverschillen	5.748
31 december 2012	2.410.405

Naast het positieve resultaat in 2012 van € 283,6 miljoen, is het eigen vermogen toegenomen met € 3,9 miljoen uit overige mutaties en € 5,7 miljoen inzake segmentatieverschillen. De overige mutaties worden hoofdzakelijk veroorzaakt door een toename van € 3,9 miljoen van de Reserve Aanvaardbare Kosten bij Medisch Spectrum Twente in 2012.

Daarnaast bestaan de overige mutaties uit een toename van de herwaarderingsreserve van € 0,4 miljoen bij Ziekenhuis Gelderse Vallei, een vrijval van de herwaarderingsreserve van -/€ 0,7 miljoen bij Admiraal De Ruyter Ziekenhuis in verband met de afronding van de transactie inzake de verkoop van panden en een toename van het eigen vermogen van € 0,3 miljoen bij het Atrium Medisch Centrum in verband met de doorgevoerde stelselwijziging in het Onderhanden Werk. De mutaties als gevolg van segmentatieverschillen bedragen circa € 5,7 miljoen en komen grotendeels voort uit verandering van de verhoudingscijfers in 2012 (zoals toegelicht in paragraaf 2.2).

4.3 ONTWIKKELING EN SAMENSTELLING VERMOGEN OP BASIS VAN OMVANG

In deze paragraaf worden de ontwikkeling en samenstelling van het vermogen uitgesplitst naar omvang van de ziekenhuizen. Op deze manier ontstaat inzicht in verschillen tussen kleine, middelgrote en grote ziekenhuizen dat de basis kan vormen voor verdere analyse van de oorzaken van die verschillen. Deze paragraaf zal eerst kort de belangrijkste bevindingen op een rij zetten. Vervolgens zal nader op de opvallendste verschillen tussen ziekenhuiscategorieën worden ingegaan.

De voornaamste bevindingen zijn:

- De materiële vaste activa van de kleine ziekenhuizen zijn afgenomen, de materiële vaste activa van de middelgrote en grote ziekenhuizen zijn verder toegenomen.
- De grote algemene ziekenhuizen claimen 71,8% van het totale bedrag uit hoofde van de transitierегeling.
- Zowel de kleine als de grote ziekenhuizen hebben in 2012 60% van de schuld uit hoofde van het financieringsoverschot terugbetaald aan de zorgverzekeraars; de middelgrote ziekenhuizen bleven steken op circa 51%.

De grote ziekenhuizen hebben over 2012 hun eigen vermogen relatief het meest versterkt. In 2012 is het balanstotaal bij grote ziekenhuizen met 9,5% (+ € 658,1 miljoen) zowel relatief als absoluut het sterkst toegenomen. Bij de middelgrote ziekenhuizen is sprake van een stijging van 2,2%. Het balanstotaal van de kleine ziekenhuizen is in 2012 daarentegen met 0,2% gedaald ten opzichte van 2011. Over 2011 lieten de middelgrote ziekenhuizen de sterkste stijging van het balanstotaal zien (+8,9%). Voor de kleine en grote ziekenhuizen was de stijging over 2011 7,2% respectievelijk 6,2%.

Balanstotaal kleine ziekenhuizen nader bekeken

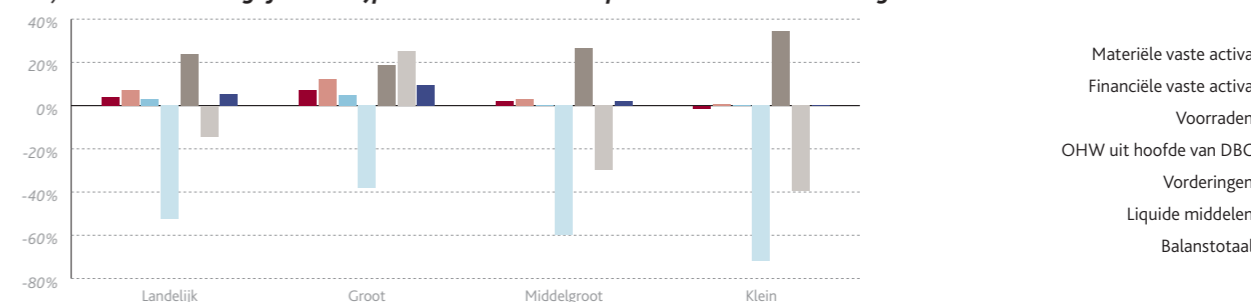
Bij de kleine ziekenhuizen is de afname van het balanstotaal (-/€ 5 miljoen; -0,2%) de resultante van een aantal significante fluctuaties in de balansposten ten opzichte van 2011.

De liquide middelen en het onderhanden werk uit hoofde van DBC's/DBC-zorgproducten zijn met € 85,7 miljoen (-/€ 39,5%) respectievelijk € 105,8 miljoen (-/€ 71,9%) afgenomen. De materiële vaste activa zijn met € 22,2 miljoen (-/€ 1,4%) afgenomen.

De totale vorderingen bij de kleine ziekenhuizen zijn ten opzichte van 2011 met € 209,4 miljoen toegenomen (+42,9%). Hiervan heeft een bedrag van € 32,9 miljoen betrekking op de transitierегeling. Gecorrigeerd voor de verplichtingen van kleine ziekenhuizen uit hoofde van de transitierегeling (€ 22 miljoen), bedraagt de claim van de kleine ziekenhuizen op de transitierегeling € 11 miljoen, oftewel 7% van de totale claim van € 153 miljoen.

Aan de creditzijde van de balans van de kleine ziekenhuizen is de schuld inzake het financieringsoverschot afgenomen (-/€ 195,4 miljoen; -57,7%). Dit is 27,1% van het totaalbedrag dat in 2012 door alle algemene ziekenhuizen is terugbetaald. Ook de langlopende schulden zijn afgenomen (-/€ 40,7 miljoen; -/€ 4,2%). Het eigen vermogen, de voorzieningen en de kortlopende schulden zijn gestegen met respectievelijk € 51,1 miljoen (+4,4%), € 11,9 miljoen (+12,1%) en € 131,2 miljoen (+16,7%).

Grafiek 9: **Mutatie belangrijkste actiefposten ultimo 2012 ten opzichte van 2011 naar omvang**



Balanstotaal middelgrote ziekenhuizen nader bekeken

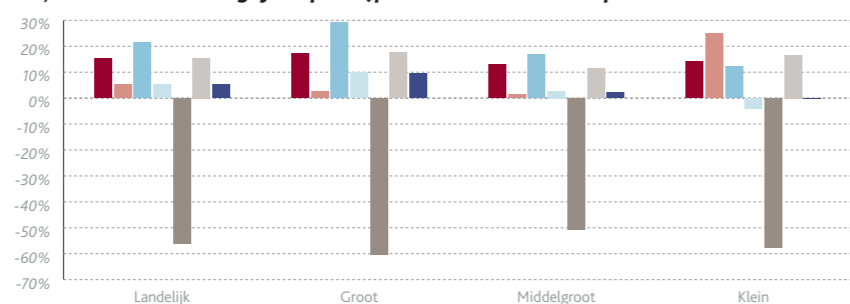
De toename van het balanstotaal (+€ 107,1 miljoen; +2,2%) bij middelgrote ziekenhuizen wordt met name veroorzaakt door de toename van de materiële vaste activa (+€ 64,1 miljoen; +2,2%) en de vorderingen (+€ 305,6 miljoen; +26,0%). Hierin is opgenomen een vordering uit hoofde van de transitierегeling van € 54,6 miljoen. Rekening houdende met de uitstaande verplichtingen uit hoofde van de transitierегeling, claimen de middelgrote ziekenhuizen per saldo € 32,5 miljoen, oftewel 21,2% van de totale claim.

Het onderhanden werk DBC's/DBC-zorgproducten en de liquide middelen van de middelgrote ziekenhuizen zijn met respectievelijk € 152,3 miljoen (-/€ 60,0%) en 113,2 miljoen (-/€ 29,9%) afgenomen.

Aan de creditzijde van de balans van de middelgrote ziekenhuizen laat het eigen vermogen een toename zien van € 78,2 miljoen (+11,8%). De voorzieningen zijn toegenomen met € 32,3 miljoen (+16,9%), de langlopende schulden met € 56,9 miljoen (+2,7%) en de kortlopende schulden met € 161,8 miljoen (+11,5%). De schulden uit hoofde van het financieringsoverschot zijn afgenomen met € 249,1 miljoen (-/€ 50,5%). Deze afname is 34,6% van het totaalbedrag dat in 2012 door alle algemene ziekenhuizen is terugbetaald.

'72% van het totale transitiebedrag van € 153 miljoen wordt geclaimd door de grote algemene ziekenhuizen'

Grafiek 10: Mutatie belangrijkste passiefposten ultimo 2012 ten opzichte van 2011 naar omvang



Balanstotaal grote ziekenhuizen nader bekeken

De grote ziekenhuizen laten een toename van het balanstotaal zien (+ € 658,1 miljoen; +9,5%), die hoofdzakelijk wordt veroorzaakt door de toename van de materiële vaste activa (+ € 304,9 miljoen; +7,0%) en de toename van de vorderingen (+ € 380,0 miljoen; +22,5%). Onderdeel van de vorderingen van de grote ziekenhuizen is een vordering uit hoofde van de transitieregeling van € 125,8 miljoen. Rekening houdend met de uitstaande verplichting ad € 15,5 miljoen nemen de grote ziekenhuizen 71,8% van de totale claim van de algemene ziekenhuizen voor hun rekening.

In tegenstelling tot de kleine en middelgrote ziekenhuizen zijn de liquide middelen van de grote ziekenhuizen toegenomen met € 72,5 miljoen (+25,2%). Het onderhanden werk DBC's/DBC-zorgproducten van de grote ziekenhuizen is afgenomen met € 123,2 miljoen (-/- 38,0%).

Aan de creditzijde van de balans van de grote ziekenhuizen stijgen het eigen vermogen (+ € 164,0 miljoen; +14,9%), de voorzieningen (+ € 67,5 miljoen; +29,1%), de langlopende schulden (+ € 296,9 miljoen; +9,8%) en de kortlopende schulden (+ € 374,5 miljoen; +17,6%). De schulden uit hoofde van het financieringsoverschot zijn afgenomen met € 275,9 miljoen (-/- 60,5%). Deze afname is 38,3% van het totaalbedrag dat in 2012 door alle algemene ziekenhuizen is terugbetaald.

Vast actief, langlopende schulden en eigen vermogen per categorie nader bekeken

Ultimo 2012 maken de materiële vaste activa bij de kleine ziekenhuizen 63,1% van het balanstotaal uit (ultimo 2011: 63,8%). Bij de middelgrote en grote ziekenhuizen bedroegen deze percentages respectievelijk 59,0% (2011: 59,0%) en 61,7% (2011: 63,2%).

De langlopende schulden maken ultimo 2012 bij de kleine ziekenhuizen 36,6% (2011: 38,1%) van het balanstotaal uit; bij de middelgrote en grote ziekenhuizen is dit aandeel respectievelijk 43,3% (2011: 43,1%) en 43,7% (2011: 43,6%).

Het eigen vermogen is in 2012 bij de grote ziekenhuizen het sterkst toegenomen (+14,9%; € 164,0 miljoen). Bij de kleine en middelgrote ziekenhuizen bedraagt de toename respectievelijk (+14,4%; € 51,1 miljoen) en 11,8% (€ 78,2 miljoen).

Ultimo 2012 bedraagt het eigen vermogen bij de grote ziekenhuizen 16,6% van het balanstotaal. Bij de middelgrote en kleine ziekenhuizen is dit respectievelijk 15,0% en 16,0%. De kleine ziekenhuizen hebben over 2012 hun eigen vermogen, in percentage van het balanstotaal, het meest versterkt. Het eigen vermogen van kleine ziekenhuizen bedroeg over 2011 nog 13,9% van het balanstotaal.

'de omvang van de voorzieningen neemt jaarlijks toe'

4.4 ONTWIKKELINGEN IN DE VOORZIENINGEN

In deze paragraaf worden na een korte samenvatting van de voornaamste bevindingen de belangrijkste ontwikkelingen in de voorzieningen nader onder de loep genomen.

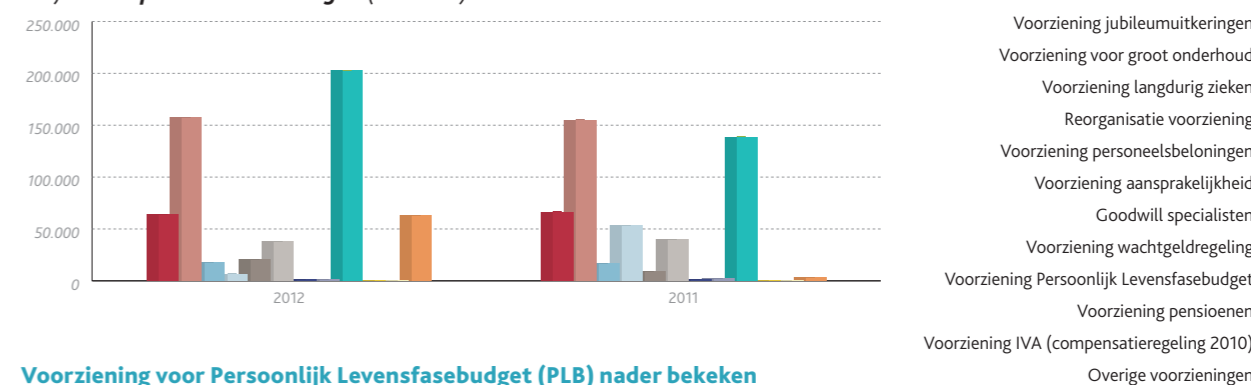
De voornaamste bevindingen:

- De voorzieningen zijn op landelijk niveau in 2012 met 21,4% (+ € 112 miljoen) gestegen tot € 633 miljoen (2011: +25,5%).
- De stijging wordt grotendeels veroorzaakt door een stijging van de PLB-voorziening van € 64 miljoen en een stijging van de reorganisatievoorziening van € 13 miljoen.

Samenstelling van de voorzieningen nader bekeken

De vier grootste posten binnen de voorzieningen zijn de PLB-voorziening (€ 202,5 miljoen), de voorziening voor groot onderhoud (€ 157,1 miljoen), de reorganisatievoorziening (€ 66,6 miljoen) en de voorziening voor jubileumuitkeringen (€ 63,8 miljoen). De andere voorzieningen bedragen in totaal € 142,7 miljoen, waaronder de voorziening voor aansprakelijkheid (€ 37,7 miljoen), de voorziening personeelsbeloningen (€ 20,3 miljoen) en de voorziening langdurig zieken (€ 17,9 miljoen). Daarnaast zijn er in 2012 voorzieningen gevormd voor onder andere verlieslatende contracten, materiële controles A-, B-segment en DOT, fusiekosten en asbestsanering.

Grafiek 11: Opbouw voorzieningen (x € 1.000)



Voorziening voor Persoonlijk Levensfasebudget (PLB) nader bekeken

De PLB-voorziening is in 2012 gestegen van € 138,8 miljoen tot € 202,5 miljoen (+ € 63,7 miljoen). Ultimo 2011 hadden 67 ziekenhuizen een PLB-voorziening gevormd en tien niet. In 2012 hebben drie ziekenhuizen die ultimo 2011 nog geen voorziening hadden gevormd (Orbis Medisch Centrum, Refaja Ziekenhuis en TweeSteden Ziekenhuis) dit alsnog gedaan voor een totaal bedrag van € 6,4 miljoen. Stichting Rijnstate Ziekenhuis heeft met een toename van € 5,1 miljoen het grootste aandeel in de stijging van de PLB-voorziening. Procentueel gezien stijgt de PLB-voorziening bij Lievensberg Ziekenhuis echter het sterkst, namelijk met 381,4% van € 0,5 miljoen ultimo 2011 naar € 2,4 miljoen ultimo 2012.

Reorganisatievoorziening nader bekeken

De reorganisatievoorziening is in 2012 gestegen met € 13,4 miljoen tot een bedrag van € 66,6 miljoen (2011: € 53,2 miljoen).

De stijging wordt voor een groot gedeelte veroorzaakt door vijf ziekenhuizen: Kennemer Gasthuis (€ 8,5 miljoen), Medisch Spectrum Twente (€ 3,2 miljoen), Rode Kruis Ziekenhuis (€ 2,5 miljoen), Meander Medisch Centrum (€ 2,3 miljoen) en Jeroen Bosch Ziekenhuis (€ 2,0 miljoen) zijn samen goed voor een stijging van de reorganisatievoorziening van € 18,5 miljoen. Naast stijgingen in de reorganisatievoorziening vinden er op individueel niveau ook dalingen plaats in de reorganisatievoorziening waarbij er óf gebruik wordt gemaakt van de voorziening óf deze vrijvalt. De grootste dalingen in de reorganisatievoorziening worden veroorzaakt door drie ziekenhuizen: Tergooiziekenhuizen (-/- € 1,2 miljoen), Admiraal De Ruyter Ziekenhuis (-/- € 1,5 miljoen) en IJsselmeerziekenhuizen (-/- € 1,7 miljoen).

Grote verschillen in de totale voorzieningen ziekenhuizen

Uit analyse van de niveaus van de voorzieningen blijkt dat er tussen ziekenhuizen grote verschillen zijn in het vormen van voorzieningen. Ter illustratie van de verschillen tussen de ziekenhuizen volgen onderstaand de tien ziekenhuizen met de hoogste en de tien ziekenhuizen met de laagste voorzieningen.

Tabel 11: **De 10 ziekenhuizen met de hoogste voorzieningen** (bedragen x € 1.000)

Positie 2012	Positie 2011	Naam ziekenhuis	Voorzieningen		Totaal vermogen		Voorzieningen/TV	
			Ultimo 2012	Ultimo 2011	Ultimo 2012	Ultimo 2011	Ultimo 2012	Ultimo 2011
1	4	Meander Medisch Centrum	27.516	24.093	394.662	296.833	7,0%	8,1%
2	2	St. Jansdal	25.751	25.011	179.439	170.233	14,4%	14,7%
3	1	Nij Smellinghe	25.146	34.306	131.106	143.354	19,2%	23,9%
4	3	Catharina Ziekenhuis	24.800	24.358	370.267	350.665	6,7%	6,9%
5	9	Medisch Centrum Leeuwarden	22.785	12.477	161.534	143.437	14,1%	8,7%
6	6	Medisch Centrum Haaglanden	21.407	16.975	257.532	231.815	8,3%	7,3%
7	7	St. Antonius Ziekenhuis	20.940	15.510	584.013	384.719	3,6%	4,0%
8	5	Sint Franciscus Gasthuis	19.064	19.179	212.588	202.406	9,0%	9,5%
9	13	Atrium Medisch Centrum	18.312	11.746	222.603	203.177	8,2%	5,8%
10	8	St. Deventer Ziekenhuisgroep	16.589	12.520	253.072	222.244	6,6%	5,6%

Het merendeel van de ziekenhuizen die dit jaar in de top 10 stonden, staat vorig jaar eveneens in de top 10. Ook dit jaar zijn de voorzieningen bij ziekenhuizen die er relatief goed voorstaan relatief hoog. Opvallend is de afname van de voorzieningen bij Nij Smellinghe van in totaal -/- € 9,2 miljoen. Deze daling is hoofdzakelijk het gevolg van onttrekkingen aan de voorziening uit hoofde van claims, geschillen en rechtsgedingen (-/- € 2,6 miljoen), de voorziening herstructurering (-/- € 4,4 miljoen) en de voorziening huisvesting (-/- € 3,4 miljoen). Als gevolg van een forse toename van de voorzieningen is Atrium Medisch Centrum nieuw in de lijst van ziekenhuizen met de hoogste voorzieningen. De stijging van € 6,6 miljoen wordt met name veroorzaakt door de nieuw gevormde voorziening voor onrendabele investeringen van € 4,5 miljoen en de mutatie van de voorziening PLB (+ € 2,0 miljoen).

'KOSTEN MEE LATEN ADEMEN MET DE ZORGVRAAG'

Deze benchmark laat goed zien hoe ontzettend lastig het voor ziekenhuizen is geweest om hun omzet, en daarmee hun resultaat, over 2012 te bepalen. Effecten uit het oude bekostigingssysteem ijlen na; de voorlopige omzet, ook vanuit de nieuwe prestatiebekostiging, kan nog gaan afwijken. De impact van de transitie-regeling is voor met name grote ziekenhuizen ook nog eens fors, constateren de onderzoekers terecht. Voor ons als middelgroot ziekenhuis is het effect van de transitie-regeling beperkt: het resultaat uit onze jaarrekening is acht miljoen euro, na aftrek van het transitiebedrag is dat ruim zeven miljoen euro.

In St Jansdal proberen we met ons kostenniveau mee te ademen met de ontwikkelingen in de zorgvraag. Dat is niet makkelijk, want de krimp zie je met name in de lichtcomplexe zorg. Dat komt vooral door de verhoging van het eigen risico en andere economische motieven. De vraag naar hoogcomplexe zorg neemt echter niet af. Verzekeraars zijn geneigd om een krimp van bijvoorbeeld 2% direct door te vertalen naar een tariefsverlaging van 2%. Het is van belang dat verzekeraar en ziekenhuis met elkaar in gesprek gaan

over de patiëntengroep die zorgt voor krimp, en over de gevolgen voor het kostenniveau van het ziekenhuis.

We kijken voortdurend heel kritisch naar onze kostenontwikkeling. Zo zijn we vorig jaar begonnen met het flexibiliseren van arbeidsplaatsen en kopen we scherper in. We blijven ons in de regio Harderwijk profileren als algemeen basisziekenhuis. Daarbij zetten we ons wel in om de eerstelijnszorg beter te profileren, zodat mensen minder snel naar het ziekenhuis komen. Daarover zijn we in gesprek met de huisartsen binnen ons verzorgingsgebied. Verder zetten we in op snellere doorstroomtijden. Mede daarom hebben we onlangs naast ons ziekenhuis een nieuw gebouw neergezet dat bestemd is voor verpleging en verzorging. Dit in samenwerking met andere zorgverleners in de regio.

In de BDO Financiële Ziekenhuisindicator blijken we op plek drie te staan. Dat is mooi, en illustreert dat we de juiste keuzes hebben gemaakt. Onze solvabiliteitspositie is comfortabel, dat is gunstig als we met de bank om tafel moeten. ■

**Jan Naaktgeboren**

Directeur Financiën St Jansdal Harderwijk

KERNCIJFERS 2012

Omzet	€ 134,9 miljoen
Aantal medewerkers	1.272 fte's
Rendement*	6%
Weerstandsvermogen**	36%

* Resultaat/totale omzet

** Eigen vermogen/totale omzet

Tabel 12: De 10 ziekenhuizen met de laagste voorzieningen (bedragen x € 1.000)

Positie 2012	Positie 2011	Naam ziekenhuis	Voorzieningen		Totaal vermogen		Voorzieningen/TV	
			Ultimo 2012	Ultimo 2011	Ultimo 2012	Ultimo 2011	Ultimo 2012	Ultimo 2011
76	75	Slotervaartziekenhuis	191	289	117.150	128.598	0,2%	0,2%
75	74	Stichting Saxenburgh Groep	617	604	51.975	57.459	1,2%	1,1%
74	72	Rivas Zorggroep Beatrixziekenhuis	839	886	86.657	79.460	1,0%	1,1%
73	70	Havenziekenhuis	988	949	53.937	53.244	1,8%	1,8%
72	71	Van Weel-Bethesda Ziekenhuis	1.138	930	69.072	76.469	1,6%	1,2%
71	73	Ziekenhuis Amstelland	1.251	829	124.615	118.892	1,0%	0,7%
70	69	Ommelander Ziekenhuisgroep	1.307	1.299	69.959	85.673	1,9%	1,5%
69	65	Maasziekenhuis Pantein	1.644	1.971	111.442	101.190	1,5%	1,9%
68	68	Stichting Bronovo-Nebo	1.692	1.700	105.322	115.974	1,6%	1,5%
67	55	ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen	1.911	2.746	101.515	88.476	1,9%	3,1%

Net als bij de ziekenhuizen met de hoogste voorzieningen vertoont de top 10 van de ziekenhuizen met de laagste voorzieningen een sterke gelijkheid met de top 10 in 2011. Als gevolg van de forse daling van de voorzieningen is ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen nieuw in het overzicht van ziekenhuizen met de laagste voorzieningen. De mutatie in voorzieningen bij dit ziekenhuis wordt met name verklaard door een herrubricering van een gedeelte van de PLB-voorziening (-/-€ 2,4 miljoen) naar de kortlopende schulden en de stelselwijziging aangaande de verwerking van kosten voor groot onderhoud, waarvoor met ingang van 2012 geen voorziening meer is gevormd. In deze top 10 is het Spaarne Ziekenhuis buiten beschouwing gelaten. Dit ziekenhuis heeft als enige ziekenhuis geen voorzieningen afzonderlijk op de balans opgenomen.

4.5 RATIOANALYSE

In deze paragraaf worden op basis van de cijfers uit de voorgaande paragrafen verschillende ratio's berekend. Op die manier ontstaat inzicht in verschillen in balanssituatie tussen verschillende categorieën op basis van veelgebruikte financiële kengetallen. Deze paragraaf zal eerst kort de belangrijkste bevindingen op een rij zetten. Vervolgens zullen verschillende ratio's nader onder de loep worden genomen.

In hoofdstuk 5 wordt een aantal van de in dit hoofdstuk aangehaalde kengetallen meer uitgebreid behandeld als onderdeel van de uitwerking van de door BDO ontwikkelde overall-rating van de financiële performance van algemene ziekenhuizen over het jaar 2012 (BDO Financiële Ziekenhuisindicator (BFZ)).

De voornaamste bevindingen:

- De gemiddelde ratio's inzake het vermogen zijn in 2012 verder verbeterd.
- Voor het merendeel van de ziekenhuizen blijft het noodzakelijk dat er een grotere financiële buffer wordt opgebouwd.
- De grote ziekenhuizen hebben het hoogste weerstandsvermogen, de middelgrote ziekenhuizen het laagste.
- De liquiditeit staat onder druk, in het bijzonder bij kleine ziekenhuizen. Snellere facturatie en hogere bevoorschotting zouden de ziekenhuizen een betere liquiditeit en lagere financieringslasten opleveren.

Kort algemeen beeld ratio's

De ratio's inzake het weerstandsvermogen en de solvabiliteit zijn in 2012 opnieuw gestegen. Het weerstandsvermogen (eigen vermogen ten opzichte van totale bedrijfsopbrengsten) is gestegen van 16,5% ultimo 2011 naar 17,8% ultimo 2012, de solvabiliteit (eigen vermogen ten opzichte van het balanstotaal) is gestegen van 14,8% ultimo 2011 naar 16,0% ultimo 2012. Deze ratio's zijn ook ultimo 2012 nog aanzienlijk lager dan gewenst op basis van het huidige risicoprofiel van algemene ziekenhuizen.

Naar onze mening dient zowel het weerstandsvermogen als de solvabiliteit toe te groeien naar een percentage van minimaal 20%. Overigens geldt dat de invoering van integrale tarieven voor de medisch-specialistische zorg in 2015 waarschijnlijk negatief doorwerkt op het weerstandsvermogen, aangezien de kans aanzienlijk is dat de honorarium-opbrengsten van de vrijgevestigde medisch specialisten vanaf dat jaar als opbrengsten dienen te worden verantwoord in de jaarrekeningen van de ziekenhuizen.

De ratio's inzake het weerstandsvermogen en de solvabiliteit zijn ten opzichte van 2011 met respectievelijk 1,3 procentpunt en 1,2 procentpunt verbeterd. Hiermee wordt de stijgende trend van de jaren 2010 en 2011 door de algemene ziekenhuizen in 2012 voortgezet. Onduidelijk is evenwel wat de impact zal zijn van het wegvallen van de transitie-regeling in 2014. Zijn de ziekenhuizen dan, met de toenemende concurrentie, de veranderende inkooprol van de zorgverzekeraars en de druk op de financiën, nog in staat hun ratio's verder te verbeteren dan wel vast te houden?

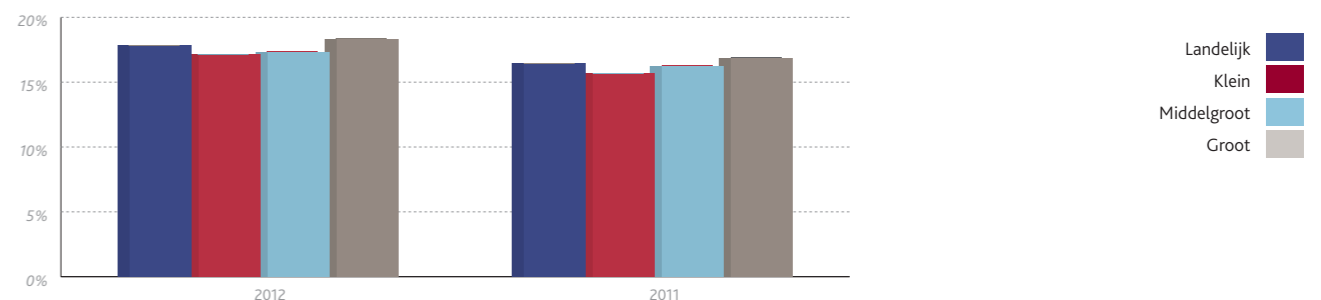
De ratio's inzake de liquiditeit zijn in 2012 evenals in 2011 licht gestegen. De current ratio (vlottende activa gedeeld door de kortlopende schulden) bedraagt over 2012 98,0% tegenover 91,7% over 2011. Aandachtspunt bij deze uitkomst is wel de omvang van de nog te factureren omzet. Op balansdatum 2012 hadden de algemene ziekenhuizen bij benadering nog € 1,3 miljard te factureren aan de zorgverzekeraars. Wanneer ziekenhuizen en zorgverzekeraars er gezamenlijk in zouden slagen dit bedrag te verlagen, heeft dit een drukkend effect op de financieringskosten van ziekenhuizen, omdat de ziekenhuizen dan minder bankkrediet nodig hebben voor de financiering van de bedrijfsvoering.

Weerstandsvermogen (eigen vermogen/totale bedrijfsopbrengsten) per omvangcategorie

De grote ziekenhuizen hebben evenals ultimo 2011 met 18,4% het hoogste weerstandsvermogen, de kleine ziekenhuizen met 17,2% het laagste. Vorig jaar was het weerstandsvermogen van de kleine ziekenhuizen eveneens het laagst, ultimo 2011 komen zij uit op 15,7%.

Gemiddeld neemt het weerstandsvermogen toe met 8,2% tot 17,8%. Bij de kleine ziekenhuizen is de relatieve groei van het weerstandsvermogen in 2012 met 9,3% het grootst, bij de middelgrote ziekenhuizen met 6,7% het kleinst. De relatieve groei bij de grote ziekenhuizen is 8,8%.

Grafiek 12: Weerstandsvermogen (eigen vermogen/totale bedrijfsopbrengsten) 2012 en 2011 naar omvang



'De relatieve groei van het weerstandsvermogen is met 9,3% het grootst bij de kleine ziekenhuizen'

Solvabiliteit (eigen vermogen/balanstotaal)

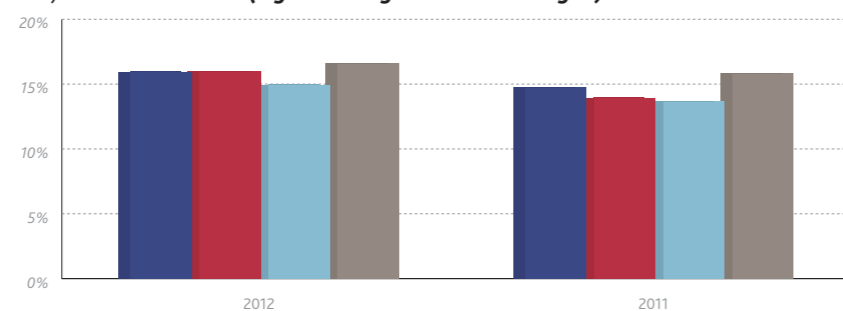
In deze sectie wordt de solvabiliteit op twee dwarsdoorsnedes van de ziekenhuissector losgelaten:

- 1 Solvabiliteit per omvangcategorie
- 2 Solvabiliteit van individuele ziekenhuizen

Ad 1) Solvabiliteit per omvangcategorie

Net zoals in 2012 hebben de grote ziekenhuizen ultimo 2012 met 16,6% de hoogste solvabiliteit (2011: 15,8%). De middelgrote en kleine ziekenhuizen komen ultimo 2012 respectievelijk uit op 15,0% (2011: 13,7%) en 16,0% (2011: 13,9%). Gemiddeld neemt de solvabiliteit toe met 8,1% tot 16,0% ultimo 2012. De kleine ziekenhuizen laten met een stijging van 14,6% de grootste relatieve groei van de solvabiliteit zien, de grote ziekenhuizen met 5,0% de kleinste groei.

Grafiek 13: Solvabiliteit (eigen vermogen/totaal vermogen) 2012 en 2011 naar omvang



Ad 2) Solvabiliteit van individuele ziekenhuizen

De spreiding van de solvabiliteit van de ziekenhuizen is in 2012 nagenoeg gelijk gebleven. In 2012 hebben zestien van de 77 ziekenhuizen (2011: zestien van de 80 ziekenhuizen) een solvabiliteit van 20% of meer. Hiermee voldoen deze ziekenhuizen aan de minimale solvabiliteits eis van 20% welke in de branche als uitgangspunt wordt gehanteerd. Evenals in 2011 en 2010 hebben twee ziekenhuizen (Nij Smellinghe en Medisch Centrum Leeuwarden) een solvabiliteitspercentage van meer dan 30%.

Als we de top 10 van de ziekenhuizen met de beste solvabiliteit nader bekijken, valt op dat deze grote overeenkomsten vertoont met de situatie ultimo 2011. Acht ziekenhuizen die ultimo 2011 in de top 10 te vinden waren, zijn dit ultimo 2012 ook. De twee ziekenhuizen die de top 10 zijn binnengekomen (Reinier de Graaf Groep en Stichting Bronovo-Nebo) hebben de betere solvabiliteit te danken aan het goede resultaat over 2012 in combinatie met een daling van de langlopende schulden.

Tabel 13: Beste performance solvabiliteit (bedragen x € 1.000)

2012	2011	Naam ziekenhuis	EV/TV ultimo 2012	EV ultimo 2012	EV/TV ultimo 2011	EV ultimo 2011
1	2	Nij Smellinghe	46,0%	60.255	35,5%	50.847
2	1	Medisch Centrum Leeuwarden	40,6%	65.509	41,1%	58.976
3	9	Laurentius Ziekenhuis	28,2%	28.435	23,3%	21.795
4	4	St. Jans Gasthuis	27,9%	16.870	25,6%	16.307
5	3	ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen	27,0%	27.425	27,0%	23.875
6	8	St. Jansdal	26,8%	48.003	23,5%	40.059
7	13	Reinier de Graaf Groep	26,0%	51.784	21,9%	44.730
8	14	Stichting Bronovo-Nebo	24,7%	26.027	21,0%	24.363
9	10	Amphia Ziekenhuis	23,9%	68.666	22,0%	65.560
10	7	Sint Franciscus Gasthuis	23,8%	50.677	23,5%	47.644

De top 10 van ziekenhuizen met de slechtste solvabiliteit vertoont ultimo 2012 eveneens grote overeenkomsten met de top 10 ultimo 2011. Acht ziekenhuizen uit de top 10 ultimo 2012 stonden ook in de top 10 ultimo 2011. Evenals de voorgaande drie jaren (ultimo 2009 tot en met ultimo 2011) hebben IJsselmeerziekenhuizen en Orbis Medisch Centrum een negatief eigen vermogen en derhalve ook een negatief solvabiliteitspercentage. Nieuw in de top 10 zijn Rode Kruis Ziekenhuis en Vlietland Ziekenhuis. Het Vlietland Ziekenhuis viel ultimo 2011 net buiten de top 10. Het Rode Kruis Ziekenhuis laat echter een daling in de solvabiliteit zien. Deze daling wordt hoofdzakelijk veroorzaakt door het negatieve resultaat in 2012 en de toename van de kortlopende schulden door de opname in 2012 van een schuld inzake honorariumplafond medisch specialisten.

Tabel 14: Slechtste performance solvabiliteit (bedragen x € 1.000)

2012	2011	Naam ziekenhuis	EV/TV ultimo 2012	EV ultimo 2012	EV/TV ultimo 2011	EV ultimo 2011
77	77	IJsselmeerziekenhuizen	-4,3%	-3.062	-19,2%	-12.860
76	76	Orbis Medisch Centrum	-2,8%	-9.989	-2,4%	-9.820
75	75	Ziekenhuis Bernhoven	5,9%	13.695	4,5%	10.326
74	73	Maasziekenhuis Pantein	6,4%	7.129	6,7%	6.825
73	56	Rode Kruis Ziekenhuis	7,4%	8.521	11,6%	11.588
72	70	Stichting Rijnstate Ziekenhuis	7,7%	32.817	8,4%	32.196
71	71	Flevoziekenhuis	8,0%	19.053	6,9%	16.799
70	74	Havenziekenhuis	8,4%	4.534	5,8%	3.111
69	67	Vlietland Ziekenhuis	9,0%	18.827	9,2%	18.741
68	69	Maasstad Ziekenhuis	9,3%	33.845	8,4%	32.813

'WIE BETAALT, DIE BEPAALT'

Ons ziekenhuis is een fusieproduct: we zijn begin 2010 ontstaan uit een fusie van Ziekenhuis Walcheren en het Oosterschelde Ziekenhuis. Het Oosterschelde Ziekenhuis was destijds technisch failliet, we hadden bij de fusie een eigen vermogen van hooguit enkele procenten. In 2011 kwam daar een korting van de overheid overheen van 5% van de omzet, ofwel acht miljoen euro. Een exploitatietekort dreigde, dat hebben we aangepakt door enerzijds de uitgaven drastisch te beperken en anderzijds de inkomsten te vergroten. Hadden we dat niet gedaan, dan was ons ziekenhuis failliet gegaan. Onze aanpak is gelukt, we hebben nu een weerstandsvermogen van 14%.

De laatste jaren sturen we onder meer door scherp in te kopen. En onze medici zijn met elkaar in discussie gegaan over slimmer en efficiënter werken: waarom heeft de ene arts veel meer CT-scans nodig dan de andere arts? Waarom kiest de een voor meer ligdagen dan de ander? Zij realiseerden zich het belang van die discussie, namelijk een dreigend faillissement bij ongewijzigd beleid. Dat debat heeft gezorgd voor meer efficiency in het medisch handelen van onze artsen.

We hebben de laatste jaren geknokt voor ons bestaansrecht, en met succes. Ik ben blij met die vijftiende plek in de BDO-benchmark. Maar goed, we moeten nog beter de veiligheid van onze patiënten borgen. En ook logistiek kan er nog wel het een en ander verbeteren.

Als Zeeuws ziekenhuis werken wij in een uitgestrekt, dunbevolkt gebied. We hebben absoluut bestaansrecht, met name waar het gaat om het verlenen van acute zorg. Deze zorg is op zich verlieslatend, en subsidiëren we als het ware met de inkomsten uit de planbare zorg. Dat is voor ons een lastige balans, omdat de prijsdruk in de planbare zorg het hoogst is. Versnippering en afbraak liggen op de loer. De ontwikkeling van regio-maatschappen biedt mogelijkheden. Het is prima als onze artsen bepaalde verrichtingen in andere ziekenhuizen doen. Zo kunnen ze het vereiste volume halen om hun kennis en kunde op peil te houden, en tegelijk binnen ons ziekenhuis actief blijven in de acute en meer complexe zorg.

Voor verzekeraars verandert er ook het nodige. Banken stellen zich steeds meer risico-avers op nu ze merken dat ziekenhuizen meer risico lopen. Bankiers verwijzen bij financiering eerder door naar de verzekeraars, in de trant van "regel iets in de sfeer van de bevoorschotting". Zorgverzekeraars krijgen meer op hun bordje, en hebben in het huidige systeem een meer sturende rol gekregen richting de ziekenhuizen. Dat betekent ook dat zij een bepalende rol krijgen onder het motto: wie betaalt, die bepaalt. ■



Huybert van Eck

Bestuursvoorzitter Admiraal De Ruyter Ziekenhuis
Vlissingen, Goes, Zierikzee

KERNCIJFERS 2012

Omzet	€ 173 miljoen
Aantal medewerkers	1.524 fte's
Rendement*	2,9%
Weerstandsvermogen**	14 %

* Resultaat/totale omzet

** Eigen vermogen/totale omzet

'KOERSEN WE AF OP EEN SYSTEEMFOUT?'

Zorgelijk. Uitermate zorgelijk. Zo mag je de positie van de algemene ziekenhuizen in ons land wel noemen, als je de kwintessens van dit rapport tot je laat doordringen. Ik vraag me af of we met de nieuwe prestatiebekostiging op een systeemfout afkoersen. Ziekenhuizen lopen toenemend risico waar het gaat om exploitatie en liquiditeit.

In het Maasziekenhuis Pantein moeten we in ons financieel beleid steeds scherper aan de wind zeilen. Daarbij hebben wij nog het relatieve voordeel dat we deel uitmaken van zorggroep Pantein, waarbinnen we ook thuis- en verpleegzorg aanbieden. Binnen deze groep kunnen we financiële risico's delen en spreiden. Bovendien spelen we, met onze ketenzorg voor ouderen en chronisch zieken, goed in op demografische ontwikkelingen. Dit heeft in 2012 dan ook geleid tot een positief bedrijfsresultaat.

De zorgvraag stagneert, ook wij zitten nu op een nullijn. We moeten de tering naar de nering zetten, zeker als straks het comfort van de compensatieregeling wegvalt. Zo hebben we afscheid genomen van 30% van het management. Maar het belangrijkste instrument om de kosten in de hand te houden, is dat we continu ons productaanbod zorgvuldig tegen het licht houden. Welke activiteiten renderen, welke niet? Moet je activiteiten afstoten als ze goed passen binnen het

portfolio maar te weinig rendement opleveren? Voor een aantal activiteiten werken we samen met partners in de regio. Of beter gezegd, we differentiëren gezamenlijk het aanbod. Zo werken we nauw samen met het UMC Radboud in Nijmegen, onder meer op specialismen als oncologie, vaatchirurgie en urologie, die ze bij ons uitvoeren. En collega's van de Maartenskliniek doen nu de orthopedie binnen ons ziekenhuis. We stoten activiteiten af, maar daar komen andere voor in de plaats: zo heeft het UMCN in 2011 een goed renderend dialysecentrum en in 2012 een radiotherapeutische vestiging geopend in ons ziekenhuis.

In toenemende mate maken specialismen van partnerziekenhuizen gebruik van ons nieuwe productieplatform. Zo creëren we het model van 'shops in a shop'. Nu al draaien collega's uit andere ziekenhuizen 25% van onze productie, dat gaat in de nabije toekomst zeker groeien. Zo verdeel je onderling capaciteiten, vakkennis en zorgaanbod. Dat is naar mijn overtuiging de toekomst voor kleine, algemene ziekenhuizen. ■



Ruud Verreussel

CEO Maasziekenhuis Pantein Boxmeer

KERNCIJFERS 2012

Omzet	€ 62,3 miljoen
Aantal medewerkers	433 fte's
Rendement*	0,5%
Weerstandsvermogen**	11,5%

* Resultaat/totale omzet

** Eigen vermogen/totale omzet

Current ratio (vlottende activa/kortlopende schulden)

De liquiditeit wordt op basis van de current ratio geanalyseerd. In deze sectie wordt de current ratio op twee dwarsdoorsnedes van de ziekenhuissector losgelaten:

- 1 Current ratio per omvangcategorie
- 2 Current ratio van individuele ziekenhuizen

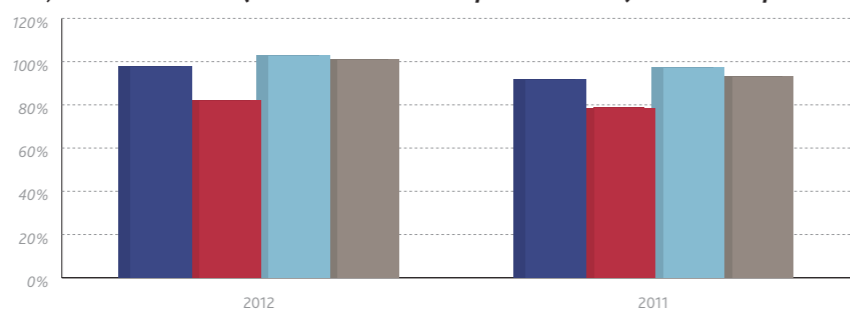
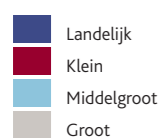
ad 1) Current ratio per omvangcategorie

De current ratio is op landelijk niveau gestegen van 91,7% ultimo 2011 tot 98,0% ultimo 2012. Er is ultimo 2012 net als ultimo 2011 nog sprake van een negatieve liquiditeitspositie: de kortlopende schulden zijn ultimo 2012 nog hoger dan de vlottende activa, maar het verschil wordt wel kleiner (€ 0,1 miljard ultimo 2012; € 0,5 miljard ultimo 2011; € 1,2 miljard ultimo 2010).

Bij de categorie kleine ziekenhuizen is de current ratio met 82,2% opnieuw het laagst (2011: 78,6%). Bij de middelgrote ziekenhuizen is de gemiddelde current ratio in 2012 met 102,8% het hoogst (2011: 97,4%). De grote ziekenhuizen komen ultimo 2012 uit op een gemiddelde current ratio van 101,1% (2011: 93,2%).

De grote ziekenhuizen laten gemiddeld de grootste stijging zien van de current ratio (+7,9%), de kleine ziekenhuizen presteren, zowel op de totale current ratio als met een stijging van 3,6%, het zwakst op dit kengetal.

Grafiek 14: Current ratio (vlottende activa/kortlopende schulden) 2012 en 2011 per omvang



ad 2) Current ratio van individuele ziekenhuizen

Zoals blijkt uit de tabel hiernaast behoren acht van de tien best presterende ziekenhuizen 2012 ook tot de top 10 van 2011. De grootste stijger is het Ziekenhuis Gelderse Vallei. De oorzaak hiervan is dat Gelderse Vallei het financieringsoverschot vanuit 2011 en voorgaande jaren ad € 64,3 miljoen geheel heeft afgelost. De liquiditeitsimpact heeft de Gelderse Vallei deels opgevangen met het aangaan van nieuwe langlopende leningen ad € 33,9 miljoen.

Als breder wordt gekeken dan deze top 10 van beste performance current ratio blijkt dat 29 ziekenhuizen (2011: 20) een current ratio van 100% of hoger laten zien, waarvan negentien ziekenhuizen deze score ook in 2011 noteerden. De overgrote meerderheid van de ziekenhuizen kent dus een current ratio onder de 100%.

Tabel 15: Beste performance current ratio

2012	2011	Naam ziekenhuis	Current ratio ultimo 2012	Current ratio ultimo 2011
1	1	VieCuri Medisch Centrum	2,26	1,83
2	3	Nij Smellinghe	2,07	1,63
3	2	St. Jansdal	1,79	1,64
4	5	Wilhelmina Ziekenhuis Assen	1,71	1,52
5	30	Ziekenhuis De Gelderse Vallei	1,50	0,93
6	8	Sint Lucas Andreas Ziekenhuis	1,45	1,35
7	10	Laurentius Ziekenhuis	1,42	1,22
8	7	Flevoziekenhuis	1,39	1,44
9	4	Stichting Deventer Ziekenhuisgroep	1,37	1,56
10	18	Stichting Rijnstate Ziekenhuis	1,28	1,06

In de top 10 van slechtste performance current ratio zien we een vergelijkbaar beeld als bij de ziekenhuizen met de beste performance. Zeven van de tien ziekenhuizen met de slechtste performance in 2012 waren ook de hekkensluiters van 2011. Nog zorgwekkender dan de lage current ratio van onderstaande ziekenhuizen is de lage stand liquide middelen bij een groot gedeelte van deze ziekenhuizen. Zes van de onderstaande tien ziekenhuizen noteren een vrij lage stand liquide middelen onder de activa, namelijk < € 0,1 miljoen. De lage current ratio is een indicatie dat deze ziekenhuizen beperkte mogelijkheden hebben om kortlopende activa om te zetten in liquide middelen op de korte termijn.

Tabel 16: Slechtste performance current ratio

2012	2011	Naam ziekenhuis	Current ratio ultimo 2012	Current ratio ultimo 2011
77	76	Reinier de Graaf Groep	0,52	0,50
76	71	Rivas Zorggroep Beatrixziekenhuis	0,54	0,60
75	66	Van Weel-Bethesda Ziekenhuis	0,56	0,69
74	73	Zuwe	0,58	0,57
73	74	Ziekenhuis Amstelland	0,59	0,54
72	63	Orbis Medisch Centrum	0,60	0,71
71	72	Gemini Ziekenhuis	0,60	0,57
70	77	Antonius Ziekenhuis	0,61	0,44
69	58	Stichting Bronovo-Nebo	0,62	0,73
68	68	Albert Schweitzer Ziekenhuis	0,65	0,64



**OVERALL
FINANCIËLE
PERFORMANCE
VAN ALGEMENE
ZIEKENHUIZEN**

OVERALL FINANCIËLE PERFORMANCE VAN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN

5.1 INLEIDING

Nieuw dit jaar in onze benchmark is de BDO Financiële Ziekenhuisindicator (BFZ). Deze indicator geeft een zo gebalanceerd mogelijk indicatief beeld hoe een ziekenhuis er financieel voor staat. Reden voor ons om deze indicator te introduceren is dat deze in één overall-cijfer een breder beeld geeft dan bijvoorbeeld alleen een vergelijking op basis van solvabiliteit of liquiditeit. De BFZ komt tot stand op basis van het gewogen gemiddelde van vijf algemeen aanvaarde kengetallen. Ieder kengetal weegt even zwaar mee en per kengetal zijn maximaal 2 punten te behalen. De maximale score van de BFZ is zodoende 10 punten, de minimale score nul punten. De score correspondeert zodoende met een rapportcijfer. Ziekenhuizen scoren een voldoende bij een BFZ van 6 of hoger.

De gegevens die nodig zijn om de kengetallen te berekenen komen rechtstreeks uit de gepubliceerde jaarrekeningen van de ziekenhuizen, waarbij wij bij noodzakelijke schattingen dezelfde uitgangspunten hebben gehanteerd als voor de rest van dit rapport (schattingen hangen samen met het niet altijd publiceren van enkelvoudige balansen van ziekenhuizen, waardoor met segmentatieschattingen moet worden gewerkt).

De BFZ bestaat uit de volgende kengetallen:

Tabel 17: **Overzicht kengetallen**

Kengetal	Categorie	Berekening	Interpretatie
Solvabiliteit	Solvabiliteit	Eigen vermogen/balanstotaal	De mate waarin de organisatie over een buffer beschikt om eventuele verliezen op te vangen.
Current ratio	Liquiditeit	Vlottende activa/vlottende passiva	Mate waarin de verschaffers van het kort vreemd vermogen uit de vlottende activa kunnen worden betaald.
Rendement	Resultaat	Nettoresultaat/totale opbrengsten	Dit kengetal geeft de relatieve resultaatmarge van een organisatie weer.
DSCR	Liquiditeit	EBITDA/(rente + reguliere aflossing)	Dit kengetal geeft aan of er voldoende operationele kasstromen worden gegenereerd om aan rente- en reguliere aflossingsverplichtingen te kunnen voldoen.
Rentabiliteit	Resultaat	Bedrijfsresultaat/balanstotaal	Dit kengetal geeft weer wat de verhouding is tussen het resultaat en het totale vermogen.

Bij de toekenning van de score aan de vijf kengetallen zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Eigen vermogen/balanstotaal: minder dan 5: 0 punten, 5 - < 10: 0,5 punt, 10 - < 15: 1 punt, 15 - < 20: 1,5 punten, 20 of meer: 2 punten;
- Vlottende activa/vlottende passiva: minder dan 0,5: 0 punten, 0,5 - < 0,9: 0,5 punt, 0,9 - < 1: 1 punt, 1 - < 1,10: 1,5 punten, 1,10 of meer: 2 punten;

- Netto resultaat/totale opbrengsten: minder dan 0: 0 punten, 0 - < 1 positief: 0,5 punten, 1 - < 2: 1 punt, 2 - < 3: 1,5 punten, 3 of meer: 2 punten;
- EBITDA/(rente + reguliere aflossing): minder dan 0,5: 0 punten, 0,5 - < 1: 0,5 punt, 1 - < 1,5: 1 punt, 1,5 - < 2: 1,5 punten, 2 of meer: 2 punten;
- Bedrijfsresultaat/balanstotaal: negatief :0 punten, 0 - < 1 positief: 0,5 punten, 1 - < 2: 1 punt, 2 - < 3: 1,5 punten, 3 of meer: 2 punten.

Natuurlijk is een kengetal een momentopname en hoeft het ook niet direct een indicatie te zijn voor het wel of niet voortbestaan van een organisatie. Doordat de verslaggevingsregels diverse keuzemogelijkheden bieden op het gebied van waardering van balansposten en bepaling van het resultaat zijn kengetallen niet zonder meer onderling vergelijkbaar. Vanuit dit perspectief zijn wij voorstander van een verdere vereenvoudiging van de regelgeving. Tevens zullen minder en eenduidiger regels bijdragen aan een administratieve lastenverlichting bij ziekenhuizen.

5.2 RESULTATEN

In deze paragraaf gaan wij allereerst in op de overall-score van de ziekenhuissector alsmede de impact van de transitie-regeling daarop. Vervolgens volgt een verdiepingsslag waarin wij de omvang van de ziekenhuizen in de analyse betrekken. Voor een volledig inzicht in de ratio's van alle ziekenhuizen verwijzen wij naar Bijlage III.

Overall-score van de ziekenhuissector

Het gemiddelde van de BFZ over 2012 bedraagt 6,4. Dit lijkt positief omdat het een nipte voldoende is. Maar zoals ook elders in dit rapport gooit het transitiebedrag roet in het eten. Als we de BFZ exclusief het transitiebedrag berekenen komt het gemiddelde cijfer uit op 5,5. Dat is zorgwekkend omdat ziekenhuizen het vangnet blijkbaar hard nodig hebben om het hoofd financieel boven water te houden. Vanaf 2014 is er echter geen vangnet meer, dus zullen ingrijpende maatregelen nodig zijn.

Als we een rating van 6,0 als voldoende beschouwen, scoort voor correctie voor het transitiebedrag slechts een krappe meerderheid (58%) van de ziekenhuizen een voldoende. Exclusief het transitiebedrag scoort nog maar 43% een voldoende.

Het ziekenhuis met de hoogste score over 2012 is Nij Smellinghe. Dit wordt op de voet gevolgd door een drietal andere ziekenhuizen: Laurentius Ziekenhuis, St. Jansdal en HagaZiekenhuis. Deze vier ziekenhuizen hebben een BFZ van 10,0, zelfs zonder transitiebedrag. De financiële positie van het HagaZiekenhuis is in 2012 sterk verbeterd. Dit komt door de eerder in dit rapport genoemde grote bijzondere bate in het jaar 2012.

Omvang doet ertoe

Wanneer nader gekeken wordt naar de omvang van de ziekenhuizen in relatie tot de financiële performance zien we het volgende beeld.

Tabel 18: **Overzicht omvang in relatie tot financiële performance**

Omvang	Totaal aantal	Aantal voldoende incl. transitiebedrag	In % totaal (sub)groep	Aantal voldoende excl. transitiebedrag	In % totaal (sub)groep	Gemiddeld cijfer alle instellingen incl. transitiebedrag	Gemiddeld cijfer alle instellingen excl. transitiebedrag
Klein	27	13	48%	13	48%	5,9	5,3
Middel	27	15	56%	11	41%	6,2	5,4
Groot	23	17	74%	9	39%	7,1	5,9
Totaal	77	45	58%	33	43%	6,4	5,5

'Zonder het transitiebedrag scoort circa 57% van de ziekenhuizen een onvoldoende op financiële fitheid'

In de top 10 bevinden zich vijf grote, drie middelgrote en twee kleine ziekenhuizen. Onderaan de lijst spiegelt deze samenstelling zich. Daar zien we twee grote, vier middelgrote en vier kleine ziekenhuizen. In aanvulling daarop is ook nog eens sprake van drie kleine ziekenhuizen die op 15 juli 2013 nog niet hadden gedeponereerd. Inclusief het transitiebedrag scoren 74% van de grote en 56% van de middelgrote ziekenhuizen een voldoende. Bij de kleine ziekenhuizen is dit 44%. Het Orbis Medisch Centrum scoort in 2012 het slechtst. De BFZ van 2,0 in 2011 van dit ziekenhuis is al niet florissant, maar daalt in 2012 verder naar 1,5.

Sterke dalers in 2012 ten opzichte van 2011 zijn het Slotervaartziekenhuis (van 8,0 naar 4,0), St. Jans Gasthuis (van 8,0 naar 4,5) en het Groene Hart Ziekenhuis (van 8,0 naar 5,0). Ten aanzien van het St. Jans Gasthuis merken wij op dat bij dit ziekenhuis het transitiebedrag het resultaat fors negatief heeft beïnvloed. Exclusief het transitiebedrag komt de BFZ op 8,5.

Sterke stijgers in 2012 betreffen zoals eerder vermeld het HagaZiekenhuis (van 6,0 naar 10,0), maar ook Ziekenhuis Gelderse Vallei (van 5,5 naar 9,5) en Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (van 6,5 naar 9,5). Bij de ziekenhuizen met een BFZ van een 6,0 of meer, is de positieve impact van het transitiebedrag 2012 het grootst bij het BovenIJ Ziekenhuis, Ziekenhuis Bernhoven en Stichting Bronovo-Nebo. De BFZ is hierdoor bij deze ziekenhuizen ten minste verdubbeld. Bij het St. Jans Gasthuis zien we door het transitiebedrag de BFZ halveren, zoals hiervoor al geschetst.

Omvang ziekenhuizen in relatie tot overgang bekostigingsmethodiek

Uit de tabel hiervoor blijkt overduidelijk dat met name de grote ziekenhuizen in 2012 sterk afhankelijk zijn van de transitierегeling. Bijna de helft van de zeventien grote ziekenhuizen die een voldoende scoren inclusief transitiebedrag, scoren onvoldoende op het moment dat het transitiebedrag niet wordt meegenomen. Slechts 39% scoort dan nog een voldoende. Het overall gemiddelde cijfer van de grote ziekenhuizen, dus ongeacht de score, daalt van 7,1 naar maar liefst 5,9 op het moment dat het transitiebedrag buiten beschouwing wordt gelaten.

De impact van de nieuwe bekostigingsmethodiek lijkt bij de kleine ziekenhuizen mee te vallen. De financiële performance in dit segment is inclusief het transitiebedrag niet erg rooskleurig, maar verandert niet als van het transitiebedrag wordt afgezien. In beide gevallen scoren dertien van de zevententwintig ziekenhuizen een voldoende.

Bij de middelgrote ziekenhuizen is de impact van het transitiebedrag fors maar nog niet zo fors als bij de grote ziekenhuizen. Van het aanvankelijk aantal van vijftien dat voldoende scoort inclusief transitiebedrag, resteren er elf op het moment dat geen rekening wordt gehouden met het transitiebedrag.

Een voorzichtige conclusie die wij zouden kunnen trekken is dat de omvang van het ziekenhuis een rol speelt bij de financiële performance. Hoe groter het ziekenhuis wordt, des te drastischer lijkt de impact van de prestatiebekostiging te zijn.

5.3 CONCLUSIE

Met een gemiddeld rapportcijfer van 6,4 lijkt de financiële performance van ziekenhuizen niet zorgwekkend te zijn. Zeker omdat ten opzichte van 2011 het rapportcijfer nog met 0,3 procent is verbeterd. De overgang naar prestatiebekostiging heeft echter een forse negatieve impact op de resultaten gehad.

De vangnetregeling in de vorm van een transitiebedrag heeft de impact zodanig gedempt dat er niets aan de hand lijkt. Als er sprake zou zijn van een 'big bang' zou de financiële performance overall slechts een 5,5 scoren. De jaren 2012 en 2013 zijn overgangsjaren, maar vanaf 2014 is er geen vangnet meer. Als de cijfers dan hetzelfde zijn als in 2012 en er geen oplossingen zijn gevonden door de ziekenhuizen met een zwakke vermogenspositie en slechte resultaten, dan zijn vanuit bedrijfseconomisch perspectief meer faillissementen of reorganisaties onvermijdelijk.



'Hoe groter het ziekenhuis, hoe groter de impact van prestatiebekostiging lijkt te zijn'

'WE STUREN MEER OP EERSTELIJNSZORG EN PREVENTIE'

We zitten als ziekenhuizen in een bijzondere overgangperiode. Met de overstap naar een ander financieel stelsel wachten ons de nodige onzekerheden. Meer risico's, maar tegelijk ook meer kansen. Dat zie ik als een logisch gevolg van de keus voor meer marktwerking. En laten we wel wezen, de zorg dreigt ook onbetaalbaar te worden. Dat de zorgvraag in 2012 zowaar afnam, is een goed teken en een gezonde correctie.

Binnen VieCuri hebben we zeer bewust gekozen voor doelmatiger werken, waarbij we binnen ons verzorgingsgebied de zorg willen blijven leveren die nodig is. Daarbij sturen we op meer zorg via de eerste lijn en op preventie: voorkomen is letterlijk beter dan genezen. We werken er ook aan dat de huisartsen in onze regio hun patiënten minder snel of gericht doorverwijzen, want dat scheelt weer in de kosten. Daarnaast maken we duidelijke keuzes in ons zorgaanbod: zo specialiseren we nadrukkelijk in ouderenzorg, acute zorg, oncologie en diagnostiek. Daarin willen we topkwaliteit leveren, tegen een faire prijs.

In 2012 hebben we een resultaat behaald van vijf miljoen euro, op een omzet van zo'n 214

miljoen euro. Dat is bevredigend. Dat geldt ook, in mindere mate, voor onze solvabiliteit: die bedraagt zo'n 21%. De bij veel ziekenhuizen gesignaleerde liquiditeitsproblemen hebben wij niet, mede dankzij de bevoorschotting vanuit de zorgverzekeraars met wie wij werken.

We proberen inventief te zijn in het terugdringen van de kosten. Zo draaien onze OK's meer uren op een dag en werken we met meerdere ploegen. Dat werkt veel efficiënter, zo blijkt. Het personeel komt ook zelf met goede ideeën waarmee we kosten besparen. Denk aan een methode om patiënten te wassen zonder water, of een 'just-in-time'-achtig bevoorradingssysteem op onze verpleegafdelingen.

Ik hoop en reken erop dat zorgverzekeraars de komende jaren niet alleen maar inzetten op een zo scherp mogelijke prijs. De afname van de kosten kan beter worden gestimuleerd door de groei van de zorg te beperken: daarmee gaat het volume van de zorg omlaag en worden de macrokosten gereduceerd. Ziekenhuizen krijgen dan een reële prijs voor hun product, en hun specialisten en verpleegkundigen blijven in staat om op een hoogwaardige manier zorg te leveren. ■



Arend Vreugdenhil

Lid Raad van Bestuur VieCuri Medisch Centrum Venlo en Venray

KERNCIJFERS 2012

Omzet	€ 214 miljoen
Aantal medewerkers	2.052 fte's
Rendement*	2,3%
Weerstandsvermogen**	21%

* Resultaat/totale omzet

** Eigen vermogen/totale omzet



BIJLAGEN

Bijlage I TOTALE RESULTATENREKENING

X € 1.000	2012	2011	Mutatie absoluut	% mutatie 2012-2011
Bedrijfsopbrengsten				
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten en/of subsidies	566.857	7.127.177	-6.560.320	-92,0%
Beschikbaarheidsbijdrage medisch specialisten	28.189	1.727	26.462	1532,3%
Honorarium opbrengsten medisch specialisten	29.649	12.068	17.581	145,7%
Opleidingsfonds 1 ^e tranche	0	0	0	0,0%
Correctie bekend budget voorgaande jaren	2.407	-4.051	6.458	-159,4%
DBC-opbrengsten B-segment	6.526.027	3.780.675	2.745.352	72,6%
DBC-opbrengsten A-segment	4.247.107	372.438	3.874.669	1040,4%
Opbrengsten uit hoofde van te verrekenen transitiebedrag	163.091	0	163.091	0,0%
Niet gebudgetteerde zorgprestaties	362.184	317.981	44.203	13,9%
Mutatie onderhanden werk	0	0	0	0,0%
Overige bedrijfsopbrengsten	1.114.951	803.669	311.282	38,7%
Subsidies	482.323	441.254	41.069	9,3%
Totaal	13.522.785	12.852.938	669.847	5,2%
Bedrijfslasten				
Personeelskosten	7.320.509	7.137.012	183.497	2,6%
Honorariumkosten medisch specialisten	12.866	0	12.866	0,0%
Afschrijvingen op IVA en MVA	1.050.814	1.048.159	2.655	0,3%
Overige bedrijfskosten	4.535.267	4.124.369	410.898	10,0%
Totaal	12.919.456	12.309.540	609.916	5,0%
Saldo opbrengsten en lasten	603.329	543.398	59.931	11,0%
Financiële baten en lasten	-323.871	-290.798	-33.073	11,4%
Resultaten uit gewone bedrijfsuitoefening	279.458	252.600	26.858	10,6%
Saldo buitengewone baten en lasten	2.048	5.746	-3.698	-64,4%
Belastingen resultaat uit gewone bedrijfsuitoefening	-618	-309	-309	100,0%
Aandeel derden	-530	-484	-46	9,5%
Resultaat deelneming	3.250	1.569	1.681	107,1%
Resultaat	283.608	259.122	24.486	9,4%

Bijlage II TOTALE BALANS

X € 1.000	2012	2011	2010	% mutatie 2012-2011
ACTIVA				
Vaste activa				
Immateriële vaste activa	13.608	14.051	32.850	-3,1%
Materiële vaste activa	9.220.254	8.873.442	8.484.572	3,9%
Financiële vaste activa	324.923	303.635	308.706	7,0%
	9.558.785	9.191.128	8.826.128	4,0%
Vlottende activa				
Voorraden	190.305	184.988	169.273	2,9%
Onderhanden werk uit hoofde van DBC	343.870	725.268	577.552	-52,6%
Vorderingen, overlopende activa	3.901.045	3.154.986	2.968.113	23,6%
Vorderingen uit hoofde van financieringstekort	134.398	198.926	335.291	-32,4%
Vorderingen uit hoofde van transitiebedrag	213.405	0	0	nvt
Effecten	3	2	81	50,0%
Liquide middelen	757.000	883.482	492.136	-14,3%
	5.540.026	5.147.652	4.542.446	7,6%
Totaal activa	15.098.811	14.338.780	13.368.574	5,3%
PASSIVA				
Groepsvermogen				
Kapitaal	87.415	87.590	86.178	-0,2%
Collectief gefinancierd gebonden vermogen	2.132.817	1.848.733	1.612.489	15,4%
Niet collectief gefinancierd vrij vermogen	190.176	180.786	170.211	5,2%
	2.410.408	2.117.109	1.868.878	13,9%
Aandeel derden	-53	544	231	-109,7%
Voorzieningen	632.653	520.922	415.097	21,4%
Langlopende schulden	6.400.423	6.087.298	5.334.886	5,1%
Nog in tarieven te verrekenen financieringsoverschot	567.650	1.288.146	959.721	-55,9%
Schulden uit hoofde van transitierегeling	59.924	-	-	nvt
Schulden uit hoofde van honorariumplafond	35.513	-	-	nvt
Kortlopende schulden, overlopende passiva	4.992.293	4.324.761	4.789.761	15,4%
Totaal passiva	15.098.811	14.338.780	13.368.574	5,3%

DE BDO BRANCHEGROEP ZORG

Branchegroep Zorg: luisteren, meedenken en verder kijken

In de zorgsector draait het om mensen. Tegelijkertijd moet zorg kwalitatief hoogstaand, kostenefficiënt en veilig zijn. Het behouden van een goede positie binnen de zorgmarkt vormt een steeds grotere uitdaging voor zorginstellingen. De overheid kort op de budgetten, de marktwerking wordt steeds verder doorgevoerd, de concurrentie neemt toe en tegelijkertijd wordt de zorgconsument steeds kritischer. Hoe behoudt u als zorginstelling toch uw positie als u wordt gedwongen om met hetzelfde budget, meer kwaliteit en service te verlenen? Is het nog wel mogelijk om betaalbare en goede zorg te leveren voor uw klanten? De BDO Branchegroep Zorg denkt van wel.

Wij snappen dat u als ondernemer of bestuurder in de zorg denkt, handelt en organiseert op uw eigen manier. Dus wil een accountant of adviseur werkelijk van meerwaarde zijn, dan is het niet genoeg om kennis van de zorgsector te hebben. Gelukkig bestaat de BDO Branchegroep Zorg uit mensen die luisteren, meedenken en verder kijken dan de cijfers en de regels. Wij snappen dat goede zorg leveren hoge eisen stelt aan zorginstellingen, maar ook aan uw mensen en aan u persoonlijk. Dat telt.

Meer informatie

BDO Branchegroep Zorg
E-mail: zorg@bdo.nl
Internet: www.bdo.nl/zorg
[www.twitter.com/bdozorg](https://twitter.com/bdozorg)

Voor meer informatie naar aanleiding van dit onderzoeksrapport of over de BDO Branchegroep Zorg kunt u contact opnemen met:



Accountants

Regio Midden/Noord/Oost:
drs. C.F. (Chris) van den Haak RA
Tel: 06 5247 6882
E-mail: chris.van.den.haak@bdo.nl



Consultancy

drs. F.J. (Frank) van der Lee RA
Tel: 06 1100 3117
E-mail: frank.van.der.lee@bdo.nl



Regio West:
R. (Rob) Karlas RA
Tel: 06 2013 7937
E-mail: rob.karlas@bdo.nl



Fiscaliteit

mr. drs. N.T. (Nika) Stegeman-Kruijt
Tel: 06 1309 5011
E-mail: nika.stegeman@bdo.nl



Regio Zuid:
drs. M.M.H. (Mike) Tagage RA
Tel: 06 4688 8588
E-mail: mike.tagage@bdo.nl



IT-dienstverlening

J.G. (Jur) de Vries RE RA
Tel: 06 4214 3956
E-mail: jur.de.vries@bdo.nl

COLOFON

Tekst

BDO Branchegroep Zorg

Fotografie

Hollandse Hoogte (Cover)

Aangeleverd (met dank aan)

Admiraal de Ruyter
StJans Gasthuis Weert
(Franco Gori en Stefan Koopmans)

Concept & realisatie

Monte Media

Vormgeving

Tot en met ontwerpen

2012	2011	Naam ziekenhuis
42	▲ 71	Ziekenhuis Bernhoven
43	▼ 17	Amphia Ziekenhuis
44	▼ 39	Zorgcombinatie Noorderboog
45	▼ 20	Lievensberg Ziekenhuis
46	▼ 40	Westfries Gasthuis
47	▲ 55	Franciscus Ziekenhuis
48	▲ 78	Ommelander Ziekenhuisgroep
49	▲ 75	Maasziekenhuis Pantein
50	▼ 47	Jeroen Bosch Ziekenhuis
51	▼ 33	Elkerliek Ziekenhuis
52	▶ 52	Havenziekenhuis
53	▼ 50	Albert Schweitzer Ziekenhuis
54	▼ 42	Ijsselland Ziekenhuis
55	▼ 41	TweeSteden ziekenhuis
56	▼ 31	Ikazia Ziekenhuis
57	▲ 70	Máxima Medisch Centrum
58	▼ 10	Groene Hart Ziekenhuis
59	▶ 59	Streekziekenhuis Koningin Beatrix
60	▼ 35	Flevoziekenhuis
61	▲ 73	De Tjongerschans
62	▲ 66	Van Weel-Bethesda Ziekenhuis
63	▲ 72	Diaconessenhuis Leiden
64	▲ 69	Tergooiziekenhuizen
65	▼ 46	Ziekenhuis Amstelland
66	▼ 65	Stichting Rijnstate Ziekenhuis
67	▼ 16	St. Jans Gasthuis
68	▼ 11	Slotervaartziekenhuis
69	▲ 76	Maasstad Ziekenhuis
70	▼ 45	Vlietland Ziekenhuis
71	▼ 68	Spaarne Ziekenhuis
72	▼ 51	Medisch Centrum Alkmaar
73	▼ 53	Zuwe
74	▼ 63	Stichting Saxenburgh Groep
75	▼ 74	Kennemer Gasthuis
76	▼ 57	Rode Kruis Ziekenhuis
77	▼ 62	Gemini Ziekenhuis
78	▼ 77	Orbis Medisch Centrum
79	▶ 79	Ruwaard van Putten Ziekenhuis *)
80	▶ 80	Het LangeLand Ziekenhuis *)
81	▶ 81	Stichting Zorggroep Pasana *)

Zie binnenzijde cover voor de overige ziekenhuizen.

*) zie pagina 78/79 voor nadere toelichting

BDO is een op naam van Stichting BDO te Amsterdam geregistreerd merk.

In deze publicatie wordt **BDO** gebruikt ter aanduiding van de organisatie die onder de merknaam 'BDO' actief is op het gebied van de professionele dienstverlening (accountancy, belastingadvies en consultancy).

BDO Accountants & Adviseurs is een op naam van BDO Holding B.V. te Eindhoven geregistreerde handelsnaam en wordt gebruikt ter aanduiding van een aantal met elkaar in een groep verbonden rechtspersonen, die ieder afzonderlijk onder de merknaam 'BDO' actief zijn op een bepaald terrein van de professionele dienstverlening (accountancy, belastingadvies en consultancy).

BDO Holding B.V. is lid van BDO International Ltd, een rechtspersoon naar Engels recht met beperkte aansprakelijkheid, en maakt deel uit van het wereldwijde netwerk van juridisch zelfstandige organisaties die onder de naam 'BDO' optreden.

BDO is de merknaam die wordt gebruikt ter aanduiding van het BDO-netwerk en van elk van de BDO Member Firms.