



Vermogens Zorgaanbieders

Kerngetallen in beeld: 2005 - 2006

Monitor

Vermogens Zorgaanbieders

Kengetallen in beeld: 2005-2006

november 2007

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	11
1.1 Focus monitor	11
1.2 Begrippenkader Monitor	11
1.3 Informatiebronnen	13
1.4 Leeswijzer	13
2. Zorgaanbieders in het algemeen	15
2.1 Cure en Care Zorgaanbieders	15
2.1.1 Vermogen	15
2.1.2 Opbouw niet-vreemd vermogen	16
2.1.3 Niet-vreemd vermogen naar grootte budget	17
2.1.4 Niet-vreemd vermogen naar regio	17
2.1.5 Solvabiliteit en Rentabiliteit	18
2.2 Conclusies zorgaanbieders in het algemeen	20
3. Cure	21
3.1 Cure Zorgaanbieders	21
3.1.1 Vermogen	21
3.1.2 Opbouw niet-vreemd vermogen	22
3.1.3 Niet-vreemd vermogen naar grootte budget	23
3.1.4 Niet-vreemd vermogen naar regio	23
3.1.5 Solvabiliteit en Rentabiliteit	24
3.2 Algemene en Topklinische ziekenhuizen	25
3.2.1 Vermogen	25
3.2.2 Opbouw niet-vreemd vermogen	26
3.2.3 Niet-vreemd vermogen naar grootte budget	26
3.2.4 Niet-vreemd vermogen naar regio	27
3.2.5 Solvabiliteit en Rentabiliteit	27
3.3 Universitair Medische Centra	29
3.3.1 Vermogen	29
3.3.2 Opbouw niet-vreemd vermogen	30
3.3.3 Solvabiliteit en Rentabiliteit	30
3.4 Radiotherapeutische centra	30
3.4.1 Vermogen	30
3.4.2 Opbouw niet-vreemd vermogen	31
3.4.3 Solvabiliteit en Rentabiliteit	32
3.5 Revalidatiecentra	32
3.5.1 Vermogen	32
3.5.2 Opbouw niet-vreemd vermogen	33
3.5.3 Solvabiliteit en Rentabiliteit	34
3.6 Conclusies Cure	35
4. Care	37
4.1 Care Zorgaanbieders	37
4.1.1 Vermogen	37
4.1.2 Opbouw niet-vreemd vermogen	38
4.1.3 Niet-vreemd vermogen naar grootte budget	39
4.1.4 Niet-vreemd vermogen naar regio	39
4.1.5 Solvabiliteit en Rentabiliteit	40
4.2 Verpleging en verzorging	41
4.2.1 Vermogen	41
4.2.2 Opbouw niet-vreemd vermogen	42

4.2.3	Niet-vreemd vermogen naar grootte budget	42
4.2.4	Niet-vreemd vermogen naar regio	43
4.2.5	Solvabiliteit en Rentabiliteit	43
4.3	Thuiszorg	45
4.3.1	Vermogen	45
4.3.2	Opbouw niet-vreemd vermogen	46
4.3.3	Niet-vreemd vermogen naar grootte budget	46
4.3.4	Niet-vreemd vermogen naar regio	47
4.3.5	Solvabiliteit en rentabiliteit	47
4.4	Geestelijke gezondheidszorg	49
4.4.1	Vermogen	49
4.4.2	Opbouw niet-vreemd vermogen	50
4.4.3	Niet-vreemd vermogen naar grootte budget	50
4.4.4	Niet-vreemd vermogen naar regio	51
4.4.5	Solvabiliteit en rentabiliteit	51
4.5	Gehandicaptenzorg	53
4.5.1	Vermogen	53
4.5.2	Opbouw niet-vreemd vermogen	54
4.5.3	Niet-vreemd vermogen naar grootte budget	54
4.5.4	Niet-vreemd vermogen naar regio	55
4.5.5	Solvabiliteit en rentabiliteit	55
4.6	Conclusies Care	57
Bijlage I. Respons en representativiteit		59
Bijlage II. Begrippenlijst		61
Bijlage III. Kengetallen Cure		63
Bijlage IV. Kengetallen Care		67

Vooraf

Voor u ligt de monitor Vermogen Zorgaanbieders. Deze monitor geeft een beeld van de financiële positie van zorgaanbieders over de jaren 2005 en 2006. Deze monitor bouwt verder op de eerder uitgebrachte publicatie Enquête Exploitatieresultaten 2004.

De toenemende liberalisering binnen de gezondheidszorg brengt veel veranderingen met zich mee en gaat in de nabije toekomst ook de financiële positie van de zorgaanbieders raken. De NZa speelt in op deze veranderingen met deze monitor die een nulmeting van de financiële posities van zorgaanbieders over de jaren 2005 en 2006 presenteert. Voorts worden doorsneden en een aantal financiële kengetallen van zorgaanbieders gepresenteerd, zoals de ontwikkeling van het exploitatieresultaat en het eigen vermogen, de solvabiliteit en de rentabiliteit. Deze monitor gaat uitdrukkelijk niet in op de gevolgen en de effecten van de geconstateerde financiële posities van zorgaanbieders in het licht van de toenemende liberalisering binnen de gezondheidszorg. De NZa zal in haar toekomstige monitors hier wel verder op ingaan.

Deze monitor is tot stand gekomen met behulp van diverse gegevensbronnen. Voor een samenvatting van de belangrijkste bevindingen verwijzen wij naar de managementsamenvatting.

Rest ons een woord van dank aan allen die hebben meegewerkt aan de totstandkoming van dit rapport.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.E. Homan
lid Raad van Bestuur

mr. F.H.G. de Grave
voorzitter

Managementsamenvatting

De Monitor Vermogen Zorgaanbieders geeft een beeld van de financiële positie van zorgaanbieders over de jaren 2005 en 2006. De ontwikkeling van het niet-vreemd vermogen van zorgaanbieders in de gezondheidszorg staat daarin centraal. Volgens de NZa is het volgen van de mutatie in het niet-vreemd vermogen de meest geschikte graadmeter voor de ontwikkeling van het exploitatieresultaat van een zorgaanbieder. De NZa kijkt door hantering van dit begrip bewust af van de in de Regeling Jaarverslaggeving zorginstellingen (RJZ) gehanteerde definitie voor eigen vermogen. In jaarrekeningen komt het exploitatieresultaat namelijk overeen met de mutatie in het eigen vermogen.

Het niet-vreemd vermogen wordt gedefinieerd als het eigen vermogen plus de egalisatierekening afschrijvingen en voorzieningen. Het onderhavige rapport presenteert tevens een aantal andere financiële kengetallen van zorgaanbieders, zoals de ontwikkeling van het eigen vermogen, de solvabiliteit en de rentabiliteit. De solvabiliteit geeft inzicht in de mate waarin zorgaanbieders op lange termijn aan hun financiële verplichtingen kunnen voldoen. De rentabiliteit geeft inzicht in de winstgevendheid van zorgaanbieders.

De toenemende liberalisering binnen de gezondheidszorg brengt veel veranderingen met zich mee. Per 1 januari 2008 wordt het bestaande 'bouwregime' afgeschaft voor zorgaanbieders in de Cure, per 1 januari 2009 voor zorgaanbieders in de Care.¹ Zorgaanbieders krijgen enerzijds meer vrijheid om naar eigen inzicht bouwinvesteringen te doen, maar anderzijds is de vergoeding van de kosten van afschrijvingen en rente van investeringen niet langer gegarandeerd. Als gevolg hiervan gaan zorgaanbieders financieel risico lopen bij nieuwe bouwinitiatieven. En wordt het inzicht in financiële kengetallen, zoals solvabiliteit en rentabiliteit voor vermogensverschaffers van meer belang.

Een aantal relevante vermogensverschaffers hanteren normen voor het verstrekken van leningen. De Stichting Waarborgfonds voor de Zorgsector (hierna: WfZ) hanteert als indicatie voor een gezond weerstandsvermogen op dit moment 10% tot 15%.² Dit percentage is geen absolute norm en is één van de criteria die wordt meegenomen bij de beoordeling of een zorgaanbieder in aanmerking komt voor deelname aan het fonds. Het weerstandsvermogen dient in samenhang te worden gezien met overige relevante marktfactoren. Banken stellen hogere eisen aan het weerstandsvermogen van bedrijven in sectoren met marktwerking.

Zoals reeds vermeld, geeft de Monitor Vermogen Zorgaanbieders een beeld van de vermogenspositie van zorgaanbieders in 2005 en 2006. Deze Monitor gaat echter niet in op de gevolgen en de effecten van de geconstateerde financiële posities van zorgaanbieders in het licht van de toenemende liberalisering binnen de gezondheidszorg. De NZa zal in haar toekomstige monitors hier wel verder op ingaan.

¹ VWS, Brief aan de Tweede Kamer: "Met zorg ondernemen", 9 juli 2007

² Het weerstandsvermogen is gedefinieerd als: (eigen vermogen/ bedrijfsopbrengsten). De omvang van het eigen vermogen wordt berekend volgens de voorschriften van de Wet Toelating Zorginstellingen, met inachtneming van de correcties die door de Stichting op grond van de specifieke situatie van een zorgaanbieder noodzakelijk worden geacht, en uitgedrukt als een percentage van de bedrijfsopbrengsten na aftrek van ncalculatorische kosten.

Algemeen Beeld Zorgaanbieders

In de gezondheidszorg is in 2006 zowel het niet-vreemd vermogen als het eigen vermogen van de gemiddelde zorgaanbieder gestegen. Dat neemt niet weg dat ongeveer één op de vier zorgaanbieders een negatief exploitatieresultaat laat zien. Uit de resultaten herbeoordeling WfZ-deelnemers 2007, komt ongeveer hetzelfde beeld naar voren. Regionaal ziet de NZa weinig verschillen in het aandeel van het niet-vreemd vermogen in het budget van de zorgaanbieders. Dit aandeel varieert wel met de omvang van het budget van de zorgaanbieders: hoe groter het budget van de zorgaanbieder, des te kleiner het aandeel van het niet-vreemd vermogen in het budget.

De solvabiliteit, ofwel de mate waarin de zorgaanbieders op lange termijn aan hun financiële verplichtingen kunnen voldoen, is licht gestegen in 2006 ten opzichte van 2005. De winstgevendheid - rentabiliteit - van zorgaanbieders is in 2006 licht teruggelopen.

Vergelijking Cure versus Care

Zowel in de Cure als in de Care groeit zowel het niet-vreemd vermogen als het eigen vermogen in 2006. Bij de Care komt naar voren dat zorgaanbieders met een klein budget verhoudingsgewijs een groter niet-vreemd vermogen hebben dan zorgaanbieders met een groter budget. In de Cure is dit niet het geval. Zorgaanbieders in de Cure hebben in de regio Randstad een groter niet-vreemd vermogen in relatie tot hun budget dan zorgaanbieders buiten de Randstad. Bij zorgaanbieders in de Care is er regionaal nauwelijks verschil op dit punt. In de Care worden zorgaanbieders meer solvabel ten opzichte van 2005. In de Cure laten de zorgaanbieders in 2006 een hogere mate van winstgevendheid zien ten opzichte van 2005.

Financiële posities in de Cure

In de Cure-sector als geheel is een positieve trend zichtbaar voor de vermogenspositie van de zorgaanbieders. Zowel het totale eigen vermogen als het totale niet-vreemd vermogen is in 2006 ten opzichte van 2005 gestegen. Daar staat tegenover dat ongeveer één op de vier zorgaanbieders in de Cure een negatief exploitatieresultaat heeft en één op de vier een negatieve mutatie in het eigen vermogen laat zien. De solvabiliteit is in 2006 gedaald. De winstgevendheid van de Cure-zorgaanbieders in zijn geheel is gestegen in 2006.

Per zorgsector in de Cure is ongeveer dezelfde trend zichtbaar. Bij beide ziekenhuissectoren in de Cure is het eigen vermogen en het niet-vreemd vermogen gemiddeld genomen gestegen. Het niet-vreemd vermogen is bij de Universitair Medische Centra's (UMC's) relatief hoog in vergelijking met de Algemene en de Topklinische ziekenhuizen. De solvabiliteit is bij de Algemene en de Topklinische ziekenhuizen gelijk gebleven. Deze is echter bij de UMC's gedaald. Voor beide ziekenhuissectoren geldt dat de winstgevendheid is gegroeid.

Financiële posities in de Care

De financiële positie van de Care-zorgaanbieders vertoont eind 2006 een positief beeld: zowel het niet-vreemd vermogen als het eigen vermogen

zijn gestegen ten opzichte van 2005. Daarbij moet wel worden aangetekend dat één van de vier zorgaanbieders in de Care een negatief exploitatieresultaat heeft. Daarnaast is de winstgevendheid van de Care-zorgaanbieders gedaald in 2006, de solvabiliteit daarentegen is gestegen.

Bij analyse van de resultaten per zorgsector in de Care komt naar voren dat de gemiddelde thuiszorgaanbieder het meest solvabel is. Ook blijkt dat het hoogste exploitatieresultaat is behaald in de geestelijke gezondheidszorg en dat de zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg de hoogste rentabiliteit kennen.

De solvabiliteit neemt bij de gemiddelde Care-zorgaanbieder toe en deze toename is het hoogst in de geestelijke gezondheidszorg. De rentabiliteit daarentegen neemt af bij de gemiddelde Care-zorgaanbieder in 2006. De afname in rentabiliteit is het scherpst in de thuiszorg. Ook zijn in de thuiszorg tot slot verhoudingsgewijs de meeste zorgaanbieders te vinden met een negatief exploitatieresultaat.

1. Inleiding

1.1 Focus monitor

De Monitor Vermogen Zorgaanbieders geeft een beeld van de financiële positie van zorgaanbieders over de jaren 2005 en 2006. De ontwikkeling van het niet-vreemd vermogen ofwel het exploitatieresultaat van zorgaanbieders in de gezondheidszorg staat daarin centraal. De monitor laat tevens een aantal andere financiële kengetallen van zorgaanbieders zien, zoals de ontwikkeling van het eigen vermogen, de solvabiliteit en de rentabiliteit. De solvabiliteit geeft inzicht in de mate waarin zorgaanbieders op lange termijn aan hun financiële verplichtingen kunnen voldoen. De rentabiliteit geeft inzicht in de winstgevendheid van zorgaanbieders.

In de komende jaren zullen, gelet op de voorgenomen stelselwijzigingen zoals het loslaten van het bouwregime en de invoering van maatstafconcurrentie binnen de Cure, de risico's voor zorgaanbieders toenemen. Gezien deze ontwikkelingen zou vooral bij ziekenhuizen een versterking van de financiële positie gewenst zijn. Deze Monitor gaat echter niet in op de gevolgen en de effecten van de geconstateerde financiële posities van zorgaanbieders in het licht van de toenemende liberalisering binnen de gezondheidszorg. De NZa zal in haar toekomstige monitors hier wel verder op in gaan.

1.2 Begrippenkader Monitor

Deze Monitor presenteert een aantal financiële kengetallen zoals het exploitatieresultaat (mutatie van het niet-vreemd vermogen), de ontwikkeling van het eigen vermogen, de solvabiliteit en de rentabiliteit. Hieronder worden deze kengetallen kort toegelicht. Een uitgebreide begrippenlijst is te vinden in Bijlage II.

De monitor toont de ontwikkeling van het *niet-vreemd vermogen* van de zorgaanbieders. De omvang van het exploitatieresultaat volgens de NZa definitie wordt in deze rapportage gedefinieerd als de mutatie van het niet-vreemd vermogen in jaar t ten opzichte van het jaar t-1. Het niet-vreemd vermogen definieert de NZa als het saldo van de balansposten kapitaal, collectief gefinancierd gebonden vermogen, niet-collectief gefinancierd vrij vermogen, egalisatierekening afschrijvingen en voorzieningen.³ Het eigen vermogen bestaat conform de Regeling Jaarverslaggeving Zorginstellingen (RJZ) uit het saldo van de balansposten kapitaal, collectief gefinancierd gebonden vermogen, niet-collectief gefinancierd vrij vermogen. Met andere woorden, het *niet-vreemd vermogen* wordt gedefinieerd als het eigen vermogen plus de egalisatierekening afschrijvingen en de voorzieningen. De exploitatieresultaten zoals gepresenteerd in de jaarrekeningen van instellingen zijn door deze definities niet vergelijkbaar met de mutatie in het niet-vreemd vermogen.

³ Op de egalisatierekening afschrijvingen, onderdeel van het niet-vreemd vermogen, wordt het verschil geboekt tussen het in het budget opgenomen bedrag voor afschrijvingen instandhoudinginvesteringen en de werkelijke instandhoudinginvesteringen. Onder een voorziening wordt verstaan een onderdeel van het vreemd vermogen waarvan de omvang of het moment van afwikkeling onzeker is. Prismant, Handleiding Jaarverslaggeving Zorgaanbieders, april 2000

Onder het *collectief gefinancierd gebonden vermogen* worden alle reserves opgenomen waarvan de resultaten zijn ontstaan uit een bekostigingsbron inzake subsidie-, zorggebonden of collectief gefinancierde activiteiten. Met name behoren hiertoe de reserve aanvaardbare kosten en daarmee gelijkgestelde reserves, zoals de egalisatiereserve duurzaam verblijf en verzorging bij verzorgingshuizen, het basispakketgebonden vermogen van thuiszorginstellingen en de overige bestemmingsreserves, zoals de reserve egalisatie afschrijving inventaris. Indien bij een zorgaanbieder nog een vernieuwingsfonds voorkomt, wordt dit fonds niet meer onder de voorzieningen gegroepeerd, maar onder het collectief gefinancierd gebonden vermogen onder de noemer bestemmingsreserve huisvesting.

Onder het *niet-collectief gefinancierd vrij vermogen* vallen alle reserves die niet voortkomen uit subsidie- en/of zorggebonden activiteiten. Voorbeelden zijn: de algemene reserve indien deze aan de gestelde criteria voldoet, en overige reserves die ontstaan uit eigen vrije, niet onder de collectieve zorggefinancierde vallende, activiteiten. Voorts betreft het vrij besteedbaar vermogen ook het vermogen van in het kader van de consolidatieplicht opgenomen werkzame niet-collectief gefinancierde vermogens van gelieerde rechtspersonen en vennootschappen.

Al deze componenten van niet-vreemd vermogen dienen naast het vreemd vermogen (leningen) te worden aangewend voor de financiering van de zorgaanbieder.

Voorts worden de kengetallen solvabiliteit en rentabiliteit gepresenteerd. De *solvabiliteit* geeft inzicht in de mate waarin zorgaanbieders op lange termijn aan hun financiële verplichtingen kunnen voldoen.⁴ Bij de berekening van de solvabiliteit wordt de egalisatierekening meegenomen. Reden hiervoor is dat de egalisatierekening kenmerken heeft van het eigen vermogen, doordat er geen terugbetalingsplicht geldt voor deze gelden. Tevens zal in de toekomst, door de afschaffing van de budgetsystematiek én het bouwregime, de egalisatierekening onderdeel worden van het vrije eigen vermogen. De *rentabiliteit* geeft inzicht in de winstgevendheid van zorgaanbieders.⁵

Bij voldoende zorgaanbieders in een deelsector worden resultaten geanalyseerd naar grootte en regio. De indeling naar grootte verwijst naar de omvang van de wettelijke budgetten van de zorgaanbieders. Elk kwartiel (van klein via middelklein, middelgroot naar groot) bevat gegevens van evenveel, dus een kwart, van de zorgaanbieders. Bij regio zijn de zorgaanbieders opgedeeld in Noord, Oost, West en Zuid.⁶ Verder is gekeken of er een verschil is tussen zorgaanbieders *Binnen de Randstad* en *Buiten de randstad*.⁷

⁴ De solvabiliteit is als volgt berekend: (eigen vermogen + egalisatierekeningen) / balanstotaal

⁵ De rentabiliteit is als volgt berekend: bedrijfsresultaat / balanstotaal. Bij de bepaling van dit bedrijfsresultaat (voor een definitie, zie begrippenkader) wordt geen rekening gehouden met financiële baten en lasten en buitengewone baten en lasten.

⁶ De gepresenteerde regio-indeling is conform de indeling van het Centraal Bureau voor de Statistiek. De indeling is als volgt: (1) regio Noord: Friesland, Groningen, Drenthe, (2) regio West: Noord-Holland, Zuid-Holland, Utrecht, Zeeland, (3) regio Oost: Gelderland, Overijssel, Flevoland en (4) Regio Zuid: Limburg, Noord-Brabant

⁷ Onder de Randstad vallen de provincies Noord-Holland, Zuid-Holland en Utrecht. Onder Buiten de Randstad vallen de overige provincies.

1.3 Informatiebronnen

De gegevens over de jaargangen 2005 en 2006 zijn ontleend aan de jaarverslagen 2006 van de zorgaanbieders. De jaarverslagen zijn via de website www.jaarverslagenzorg.nl verkregen. Deze website wordt sinds 2007 door het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG) onderhouden.⁸ Het publiceren van de digitale jaarverslagen geschiedt op grond van de deponeringsplicht van zorgaanbieders, zoals vermeld in de regeling Jaarverslaggeving Zorgaanbieders WTZi. Deze deponeringsplicht geldt nog niet voor alle zorgaanbieders. Voor bijvoorbeeld de ambulancediensten en de centrale posten ambulances (hierna: CPA) geldt deze verplichting met ingang van 2008. Deze zorgaanbieders blijven in deze Monitor buiten beschouwing. Van alle zorgaanbieders in de Cure zijn van 93% en in de Care van 75% van de zorgaanbieders de jaarrekeningen gebruikt. In bijlage I staat een overzicht van de respons per sector en het aantal gebruikte jaarverslagen.

Behalve de gegevens uit de jaarverslagen zijn de populatiegegevens en budgetgegevens van de jaren 2005 en 2006 van de zorgaanbieders gebruikt. De populatiegegevens geven een volledig overzicht van de gebudgetteerde zorgaanbieders. Deze gegevens zijn om de respons van de hoeveelheid jaarrekeningen vast te stellen. De budgetgegevens zijn gebruikt voor de controle op de gegevens uit de jaarrekeningen.

1.4 Leeswijzer

De indeling van de monitor is als volgt: hoofdstuk 2 schetst een beeld van de financiële posities van de zorgaanbieders in het algemeen. In de hoofdstukken 3 en 4 komen respectievelijk de financiële posities van de zorgaanbieders in de Cure en de financiële posities van de zorgaanbieders in de Care aan de orde.

Omwille van de leesbaarheid is een aantal uitkomsten in de hoofdstukken uitsluitend in tekstvorm opgenomen en zijn de bijbehorende tabellen in de bijlage geplaatst. De bijlagen bevatten de respons en representativiteit van de gegevens, de begrippenlijst en de kengetallen van de zorgaanbieder in de Cure en de Care.

⁸ Het CIBG levert, als uitvoeringsorganisatie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) alle producten en diensten gebaseerd op digitale registratie van zorggegevens en het beheer daarvan.

2. Zorgaanbieders in het algemeen

Hoofdstuk 2 beschrijft de financiële positie van de zorgaanbieders in het algemeen. De mutatie van het niet-vreemd vermogen, ofwel het exploitatieresultaat van zorgaanbieders in de gezondheidszorg staat daarbij centraal. Volgens de NZa is het volgen van (de mutatie in) het niet-vreemd vermogen een geschikte graadmeter voor de ontwikkeling van de financiële positie van een zorgaanbieder. Het niet-vreemd vermogen wordt gedefinieerd als het saldo van het eigen vermogen plus de egalisatierekening afschrijvingen en de voorzieningen. Tevens worden een aantal andere financiële kengetallen van zorgaanbieders gepresenteerd, zoals de mutatie van het eigen vermogen, de solvabiliteit en de rentabiliteit. De solvabiliteit geeft inzicht in de mate waarin zorgaanbieders op lange termijn aan hun financiële verplichtingen kunnen voldoen en wordt gedefinieerd als de som van het eigen vermogen en de egalisatierekening gedeeld door het balanstotaal. De rentabiliteit geeft inzicht in de winstgevendheid van zorgaanbieders en wordt gedefinieerd als het bedrijfsresultaat gedeeld door het balanstotaal.

2.1 Cure en Care Zorgaanbieders

2.1.1 Vermogen

Het eigen vermogen van de gemiddelde zorgaanbieder bedraagt in 2006 zo'n € 4,6 miljoen, het niet-vreemd vermogen komt uit op € 7,7 miljoen. Zowel het eigen vermogen als het niet-vreemd vermogen van de gemiddelde zorgaanbieders is in 2006 gegroeid met respectievelijk zo'n 10 en 8%.

Tabel 1 laat zien dat er bij 1 op de 20 zorgaanbieders (4,8%) sprake is van een negatief eigen vermogen en dat een negatief niet-vreemd vermogen voorkomt bij 1 op de 30 zorgaanbieders (2,9%).

Zorg Tabel 1. Gemiddeld vermogen zorgaanbieders

	2005	2006	Mutatie	Aandeel zorgaanbieders met negatief saldo in 2006
	Mln euro		%	%
Eigen Vermogen	4,2	4,6	9,6	4,8
Mutatie eigen vermogen	-	0,4	-	25,8
Niet-vreemd Vermogen	7,1	7,7	7,8	2,9
Exploitatieresultaat	-	0,6	-	26,6

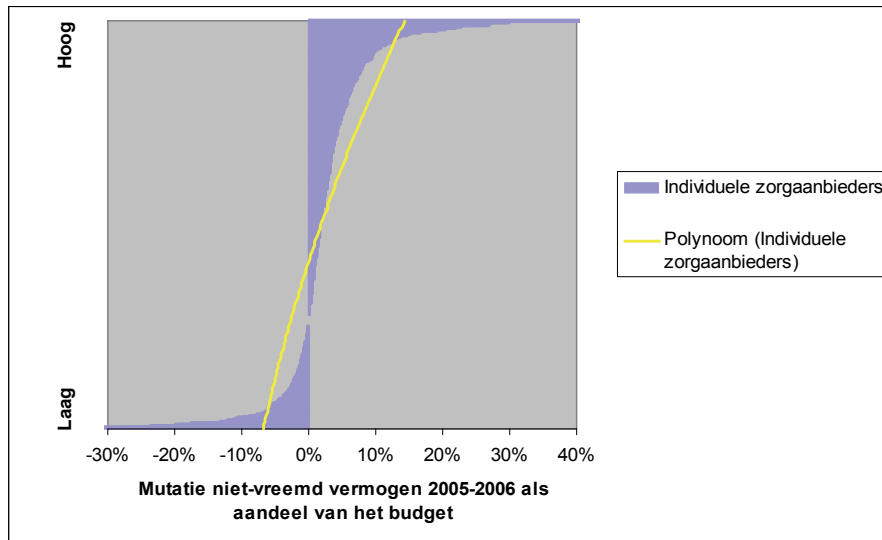
Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

Tabel 1 laat ook zien dat de gemiddelde exploitatieresultaat in 2006 ongeveer € 0,6 miljoen bedroeg. De mutatie eigen vermogen is gemiddeld met € 0,4 miljoen toegenomen ten opzichte van 2005. Bij één op de vier zorgaanbieders is sprake van afname van het eigen vermogen ten opzichte van 2005. Hetzelfde aandeel van alle zorgaanbieders heeft een negatief exploitatieresultaat in 2006. Uit de resultaten herbeoordeling WfZ-deelnemers 2007, komt naar voren dat 20% van de deelnemers een

afname van het eigen vermogen had in 2006. In 2005 was dit 10,3%.⁹ Er mag aangenomen worden dat (als gevolg van de toelatingscriteria van het WfZ) de financiële posities van de niet deelnemende zorgaanbieders gemiddeld slechter is dan het gemiddelde van de WfZ deelnemers. Hierdoor kan het sectorbeeld afwijken van de resultaten van de WfZ deelnemers.

Het exploitatieresultaat als aandeel van het budget ligt voor het merendeel van de zorgaanbieders tussen de plus en min 10%, zo blijkt uit figuur 1.

Zorg Figuur 1. Spreiding exploitatieresultaat zorgaanbieders



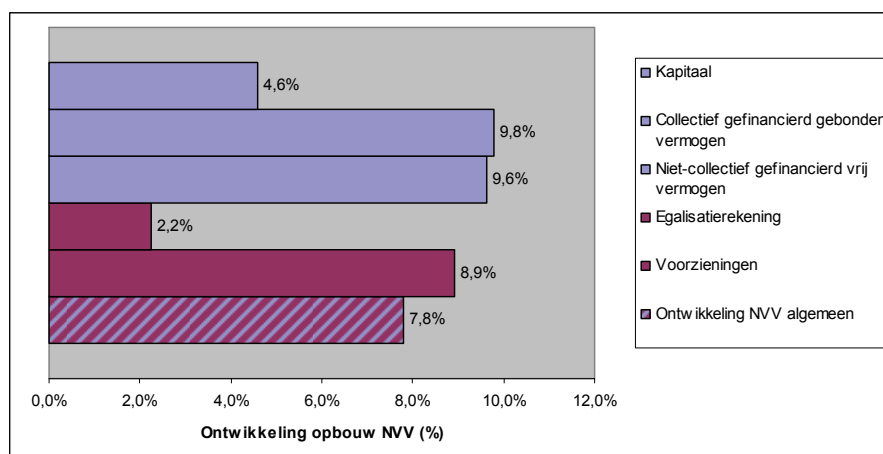
Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

2.1.2 Opbouw niet-vreemd vermogen

Het niet-vreemd vermogen is het eigen vermogen plus de egalisatierekening afschrijvingen en de voorzieningen.¹⁰ Gemiddeld genomen is het niet-vreemd vermogen bij de zorgaanbieders met bijna 8% gestegen in 2006. Ook blijkt uit figuur 2 dat er bij alle onderscheiden componenten sprake is van een groei, maar dat het kapitaal en de egalisatierekening afschrijvingen minder dan gemiddeld zijn gegroeid.

⁹ Wfz, Resultaten herbeoordeling WfZ-deelnemers 2007, 2007

¹⁰ Op de egalisatierekening wordt het verschil geboekt tussen het in het budget opgenomen bedrag voor afschrijvingen instandhoudingsinvesteringen en de werkelijke instandhoudingsinvesteringen. Onder een voorziening wordt verstaan een onderdeel van het vreemd vermogen waarvan de omvang of het moment van afwikkeling onzeker is. Prismant, Handleiding Jaarverslaggeving Zorgaanbieders, april 2000

Figuur 2. Ontwikkeling opbouw niet-vreemd vermogen zorgaanbieders 2005-2006

Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

2.1.3 Niet-vreemd vermogen naar grootte budget

Bij de zorgaanbieders valt een omgekeerd evenredig verband waar te nemen tussen de hoogte van het budget en het niet-vreemd vermogen als aandeel in het budget, met andere woorden: hoe hoger het budget van de zorgaanbieder, des te lager het aandeel niet-vreemd vermogen. Dit verband wordt in 2006 minder sterk dan in 2005: juist bij de zorgaanbieders met een klein budget is er dan sprake van een daling in het aandeel, terwijl bij de overige zorgaanbieders een lichte groei te zien valt, zo blijkt uit tabel 2. Gemiddeld genomen neemt het aandeel niet-vreemd vermogen met 0,5% toe van 2005 naar 2006.

Zorg Tabel 2. Niet-vreemd vermogen als aandeel van het budget van zorgaanbieders

Budget	2005	2006	Mutatie
	%		
Klein¹¹	35,8	35,1	-0,7
Middelklein	29,0	30,0	1,0
Middelgroot	22,3	23,0	0,7
Groot	21,8	22,2	0,4
Gemiddeld	22,4	22,9	0,5

Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

2.1.4 Niet-vreemd vermogen naar regio

Als we inzoomen op het niet-vreemd vermogen als aandeel in het budget van de zorgaanbieders per regio, dan blijkt dit aandeel in de regio West wat hoger uit te komen dan in de regio's Oost en Zuid. Ditzelfde verschil is waar te nemen als we zorgaanbieders onderscheiden in Randstad en Buiten de Randstad. Verder blijkt uit tabel 3 dat het aandeel niet-vreemd

¹¹ Klein = 0-3,2 € miljoen, Middelklein = 3,2-12,4 € miljoen, Middelgroot = 12,4-42,4 € miljoen, Groot = 42,4-575,0 € miljoen, Gemiddeld = 33,6 € miljoen.

vermogen in het budget in elke onderscheiden regio licht is gestegen in 2006.

Zorg Tabel 3. Niet-vreemd vermogen als aandeel van het budget van zorgaanbieders naar regio

Regio	2005	2006	Mutatie
	%		
Noord	22,0	22,7	0,7
Oost	20,7	20,9	0,2
West	24,4	24,7	0,3
Zuid	19,4	20,1	0,7
Randstad	24,5	24,8	0,3
Buiten Randstad	20,7	21,2	0,5

Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

2.1.5 Solvabiliteit en Rentabiliteit

De solvabiliteit van de gemiddelde zorgaanbieder bedraagt in 2006 zo'n 17%. De winstgevendheid van de gemiddelde zorgaanbieder loopt in 2006 terug van 5,8% naar 5,1%.

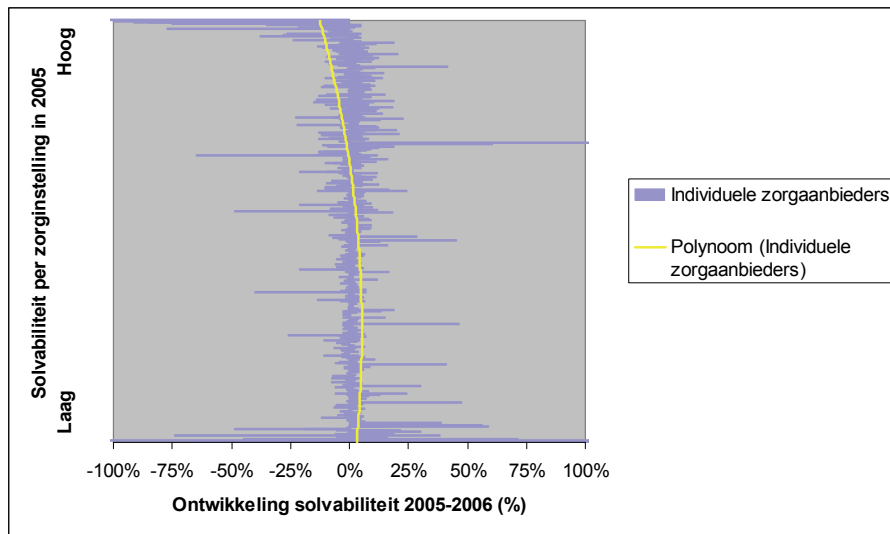
Zorg Tabel 4. Solvabiliteit en Rentabiliteit zorgaanbieders

	2005	2006	Mutatie
	%		
Solvabiliteit	17,3	17,4	0,1
Rentabiliteit	5,8	5,1	-0,7

Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

De solvabiliteit van de gemiddelde zorgaanbieder is in 2006 nagenoeg op hetzelfde niveau gebleven als in 2005. Deze stabilisatie geldt zeker niet voor elke afzonderlijke zorgaanbieder. Figuur 3 laat zien dat er bij de meeste zorgaanbieders met een lage solvabiliteit in 2005 sprake is van een lichte toename in de solvabiliteit en bij de meeste zorgaanbieders met een relatief hoge solvabiliteit juist een afname van de solvabiliteit waar te nemen valt.

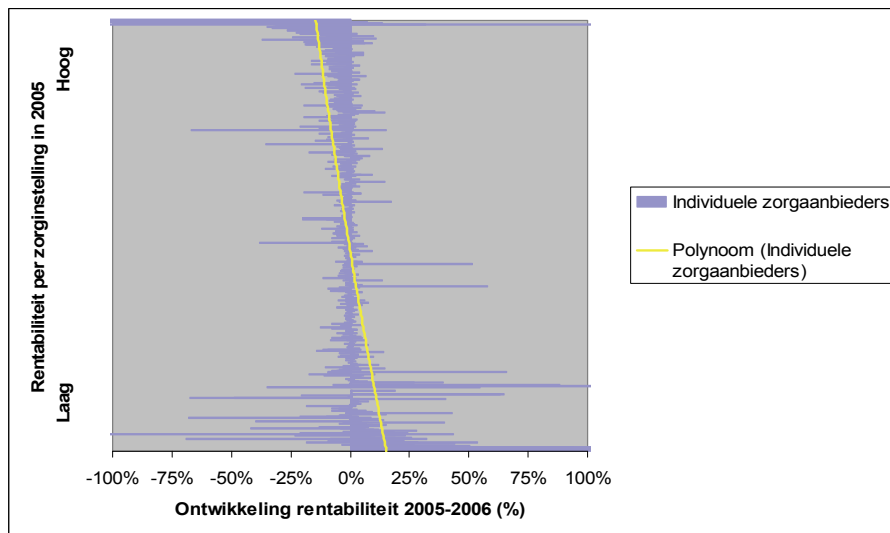
Zorg Figuur 3. Solvabiliteitsontwikkeling zorgaanbieders 2005-2006



Bron: jaarrekeningen zorgaanbieders

Voor het merendeel van de zorgaanbieders met een hogere rentabiliteit in 2005 is sprake van een afname van rentabiliteit in 2006. Voor zorgaanbieders met een lage rentabiliteit in 2005 geldt het omgekeerde, Daar is juist sprake van toename in rentabiliteit in 2006, zo laat figuur 4 zien.

Zorg Figuur 3. Rentabiliteitsontwikkeling zorgaanbieders 2005-2006



Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

2.2 Conclusies zorgaanbieders in het algemeen

De gemiddelde zorgaanbieder heeft in 2006 een eigen vermogen van € 4,6 miljoen en een niet-vreemd vermogen van € 7,7 miljoen. Dit betekent niet dat alle zorgaanbieders het jaar 2006 hebben afgesloten met een positief eigen vermogen en/of niet-vreemd vermogen: zo heeft één van de twintig zorgaanbieders een negatief eigen vermogen en één op de dertig een negatief niet-vreemd vermogen.

Het exploitatieresultaat, ofwel de mutatie van het niet-vreemd vermogen, komt voor de gemiddelde zorgaanbieder uit op zo'n € 0,6 miljoen.

De gemiddelde zorgaanbieder heeft een solvabiliteit van zo'n 17% en een rentabiliteit van 5%.

Conclusie tabel 1. Kengetallen zorgaanbieders 2006

	Eigen vermogen	Niet-vreemd vermogen	Exploitatie- resultaat	Solvabiliteit	Rentabiliteit
	Miljoen euro			%	
Zorgaanbieders	4,6	7,7	0,6	17,4	5,1

Zowel het niet-vreemd vermogen als het eigen vermogen van de zorgaanbieders is in 2006 gegroeid met respectievelijk zo'n 8 en 10%. Toch zijn er ook zorgaanbieders waar het niet-vreemd vermogen niet is gegroeid: zo'n één op de vier zorgaanbieders heeft een negatief exploitatieresultaat.

En ook heeft ongeveer één op de vier zorgaanbieders een negatieve mutatie in het eigen vermogen in 2006. Uit de resultaten herbeoordeling WfZ-deelnemers 2007, komt ongeveer hetzelfde beeld naar voren. Ongeveer 20% van de WfZ-deelnemers had in 2006 een afname in het eigen vermogen, in 2005 was dit 10,3%.

Conclusie tabel 2. Mutatie kengetallen zorgaanbieders 2006

	Eigen vermogen	Niet-vreemd vermogen	Solvabiliteit	Rentabiliteit
	%			
Zorgaanbieders	9,6	7,8	0,1	-0,7

Regionaal zien we weinig verschillen in de hoogte van het aandeel van het niet-vreemd vermogen in relatie tot het budget. Dit aandeel varieert wel met de grootte van het budget van de zorgaanbieders: hoe groter het budget van de zorgaanbieder, hoe kleiner het aandeel van het niet-vreemd vermogen in het budget.

De meeste zorgaanbieders die in 2005 een relatief hoge solvabiliteit hadden, laten een lichte afname in de solvabiliteit zien. Het merendeel van de zorgaanbieders met een relatief hoge rentabiliteit in 2005, kent eveneens een afname van de rentabiliteit in 2006. Voor de meeste zorgaanbieders met een lage rentabiliteit in 2005 geldt juist het omgekeerde. Daar is juist sprake van rentabiliteitsgroei in 2006.

3. Cure

Dit hoofdstuk beschrijft de ontwikkelingen bij Cure-zorgaanbieders. Ten eerste wordt stilgestaan bij de ontwikkelingen in de sector Cure als geheel. Daarna wordt achtereenvolgens stil gestaan bij de verschillende deelsectoren, te weten: (1) de Algemene en de Topklinische ziekenhuizen, (2) de Universitaire Medische Centra (hierna: UMC's), (3) de Radiotherapeutische centra en (4) de Revalidatiecentra.

3.1 Cure Zorgaanbieders

3.1.1 Vermogen

Tabel 1 laat zien dat zowel het gemiddeld eigen vermogen als het gemiddeld niet-vreemd vermogen is gestegen met respectievelijk 10% en 6% van 2005 naar 2006. Het eigen vermogen van de gemiddelde zorgaanbieder in de Cure bedraagt in 2006 zo'n € 12,5 miljoen, het niet-vreemd vermogen het dubbele. Het eigen vermogen van de gemiddelde zorgaanbieder in de Cure is in 2006 met ruim € 1 miljoen gestegen. Echter één op de vier zorgaanbieders binnen Cure laat een negatieve mutatie van het eigen vermogen zien.

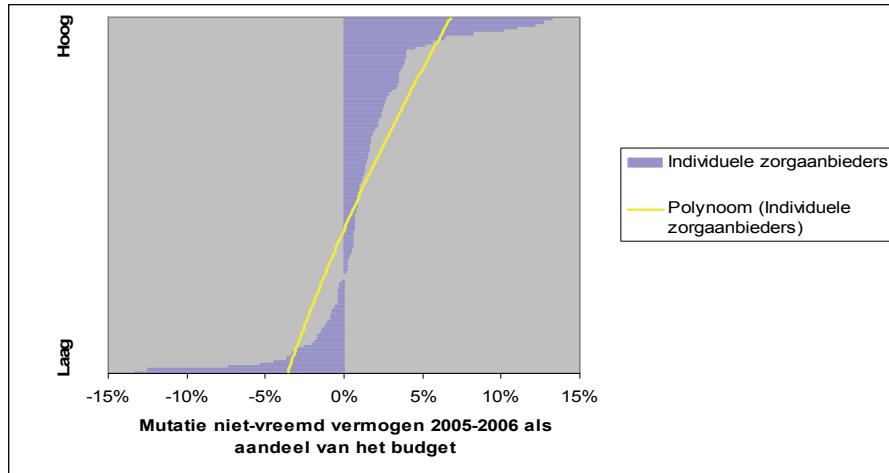
Cure tabel 1. Gemiddeld vermogen Cure-zorgaanbieders

	2005	2006	Mutatie	Aandeel zorgaanbieders met negatief saldo in 2006
	mln euro		%	%
Eigen Vermogen	11,4	12,5	9,6	2,4
Mutatie eigen vermogen	-	1,1	-	24,2
Niet-vreemd Vermogen	24,0	25,3	5,7	0,8
Exploitatieresultaat	-	1,4	-	27,4

Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

Ongeveer één op de drie zorgaanbieders (27,4%) in de Cure heeft een negatief exploitatieresultaat. De mutatie van het niet-vreemd vermogen van de gemiddelde zorgaanbieder in de Cure in 2006 is ongeveer € 1,4 miljoen.

Cure figuur 1. Spreiding exploitatieresultaat Cure-zorgaanbieders



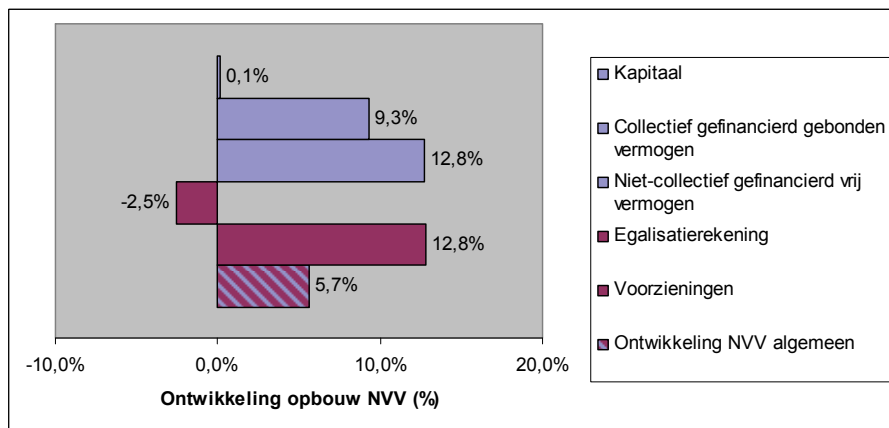
Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

Het aandeel van het exploitatieresultaat als percentage van het budget plus de DBC opbrengsten van het B-segment loopt per Cure-zorgaanbieder uiteen van +15 naar -15%, zoals blijkt uit figuur 1.¹²

3.1.2 Opbouw niet-vreemd vermogen

Het niet-vreemd vermogen is voor de gehele sector Cure gestegen met ongeveer 6%. Binnen het niet-vreemd vermogen zijn zowel het niet-collectief gefinancierd gebonden vermogen als de voorzieningen het sterkst gestegen. Deze stijging van de voorzieningen met 13% wordt grotendeels veroorzaakt door de UMC's. Voor een nadere toelichting zie paragraaf 3.2. De egalisatierekening afschrijvingen is als enige gedaald en het kapitaal is bijna gelijk gebleven in 2006.

Cure figuur 2. Ontwikkeling opbouw niet-vreemd vermogen Cure-zorgaanbieders 2005-2006



Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

¹² De totale omzetten van ziekenhuizen is het wettelijk budget plus de DBC- opbrengsten B-segment, exclusief de honoraria van de medische specialisten.

3.1.3 Niet-vreemd vermogen naar grootte budget

Indien gekeken wordt naar de mutatie van het niet-vreemd vermogen naar omvang van het budget van zorgaanbieders (inclusief de DBC-opbrengsten B-segment), komt geen duidelijk verband naar voren tussen de grootte van een zorgaanbieder en de ontwikkeling van het niet-vreemd vermogen. Zie tabel 2. Bij de zorgaanbieders met het kleinste budget is sprake van een lichte daling. Opvallend is dat bij de zorgaanbieders met een middelklein budget en met een middelgroot budget het aandeel van het niet-vreemd vermogen relatief lager is dan bij de zorgaanbieders in de categorieën Klein en Groot budget. In de categorie groot zitten relatief veel UMC's. De UMC's hebben een relatief hoog niet-vreemd vermogen, wat een verklaring kan zijn voor het hoge aandeel bij deze groep. Zie ook paragraaf 3.2.

Cure tabel 2. Niet-vreemd vermogen als aandeel van het budget incl. de DBC opbrengsten B-segment van Cure-zorgaanbieders¹³

Budget	2005	2006	Mutatie
	%		
Klein¹⁴	26,3	25,1	-1,2
Middelklein	14,5	16,1	1,6
Middelgroot	14,8	15,3	0,5
Groot	29,6	29,6	-0,0
Gemiddeld	24,1	24,3	0,2

Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

3.1.4 Niet-vreemd vermogen naar regio

In regio Oost is het niet-vreemd vermogen als aandeel van het budget en de DBC opbrengsten B-segment gedaald, terwijl in de andere regio's het aandeel niet-vreemd vermogen is gestegen. Het aandeel van het niet-vreemd vermogen ligt in de regio West het hoogst. Hetzelfde patroon is zichtbaar in het verschil tussen de Randstad en Buiten Randstad. In de Randstad ligt het aandeel van het niet-vreemd vermogen een stuk hoger dan buiten de Randstad.

¹³ Exclusief honoraria medische specialisten

¹⁴ De indeling naar grootte is als volgt: Klein = € 0-58 miljoen, Middelklein = € 58-85 miljoen, Middelgroot = € 85-149 miljoen, Groot = € 149-290 miljoen, Gemiddeld = € 104,3 miljoen.

Cure tabel 3. Niet-vreemd vermogen als aandeel van het budget van Cure-zorgaanbieders naar regio

Regio	2005	2006	Mutatie
	%		
Noord	23,1	24,4	1,3
Oost	20,5	19,4	-1,1
West	28,8	29,2	0,4
Zuid	15,8	15,9	0,1
Randstad	29,7	30,1	0,4
Buiten Randstad	18,8	18,9	0,1

Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

3.1.5 Solvabiliteit en Rentabiliteit

De solvabiliteit geeft inzicht in de mate waarin zorgaanbieders op lange termijn aan hun financiële verplichtingen kunnen voldoen. Tussen 2005 en 2006 is de solvabiliteit binnen de Cure licht gedaald met 0,5%. Zie ook tabel 4. Zorgaanbieders in de Cure hebben gemiddeld een solvabiliteit van 15%. De gemiddelde rentabiliteit, een indicatie voor de winstgevendheid van zorgaanbieders in de Cure, ligt in 2006 rond 7%. Deze is tussen 2005 en 2006 gestegen met 0,8%, zoals te zien is in tabel 4.

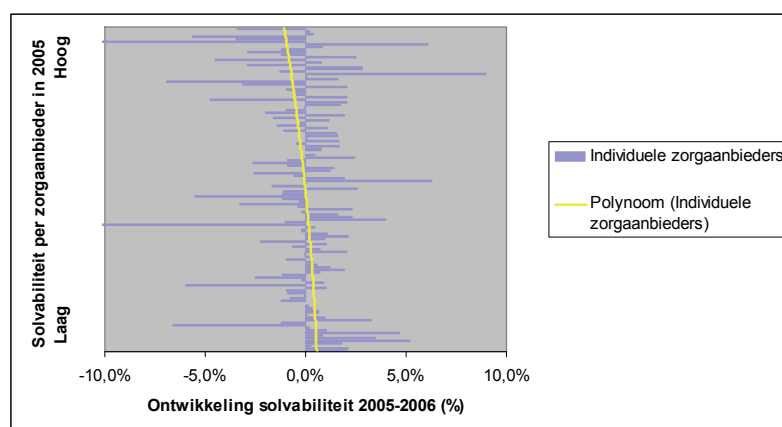
Cure tabel 4. Solvabiliteit en Rentabiliteit Cure-zorgaanbieders

	2005	2006	Mutatie
	%		
Solvabiliteit	14,9	14,4	-0,5
Rentabiliteit	6,4	7,2	0,8

Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

Figuur 3 laat zien dat zorgaanbieders in de Cure met een relatief hoge solvabiliteit in 2005, een lichte afname van de solvabiliteit kennen tussen 2005 en 2006. Anderzijds laten de meeste zorgaanbieders met een relatief lage solvabiliteit in 2005, een lichte toename van solvabiliteit zien in 2006.

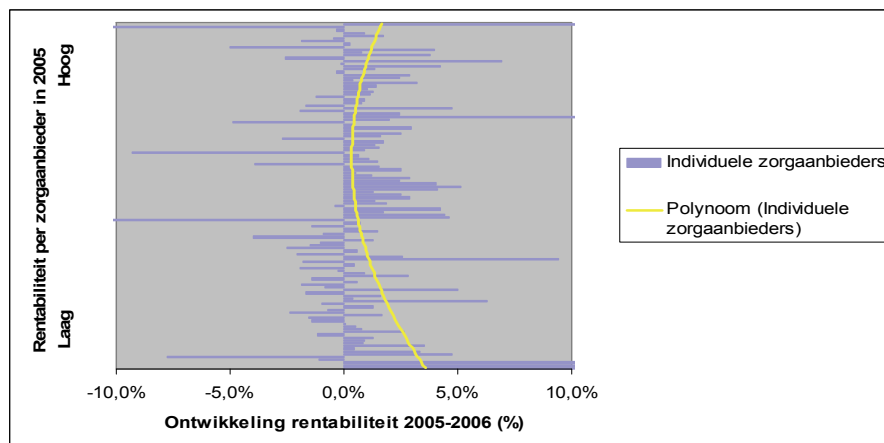
Cure figuur 3. Solvabiliteitsontwikkeling Cure-zorgaanbieders 2005-2006



Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

Figuur 4 laat zien dat het merendeel van de zorgaanbieders winstgevend is in 2006. Zorgaanbieders met een relatief lage en die met een relatief hoge rentabiliteit in 2005 laten ook een relatief sterke toename van hun winst zien tussen 2005 en 2006.

Cure figuur 4. Rentabiliteitsontwikkeling Cure-zorgaanbieders 2005-2006



Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

3.2 Algemene en Topklinische ziekenhuizen

3.2.1 Vermogen

Voor de Algemene en de Topklinische ziekenhuizen is zowel het eigen vermogen als het niet-vreemd vermogen gestegen met ongeveer 9%. Daarbij zijn er geen grote verschillen zichtbaar, indien de Algemene ziekenhuizen en de Topklinische ziekenhuizen apart bekeken worden. Zie ook Bijlage III.

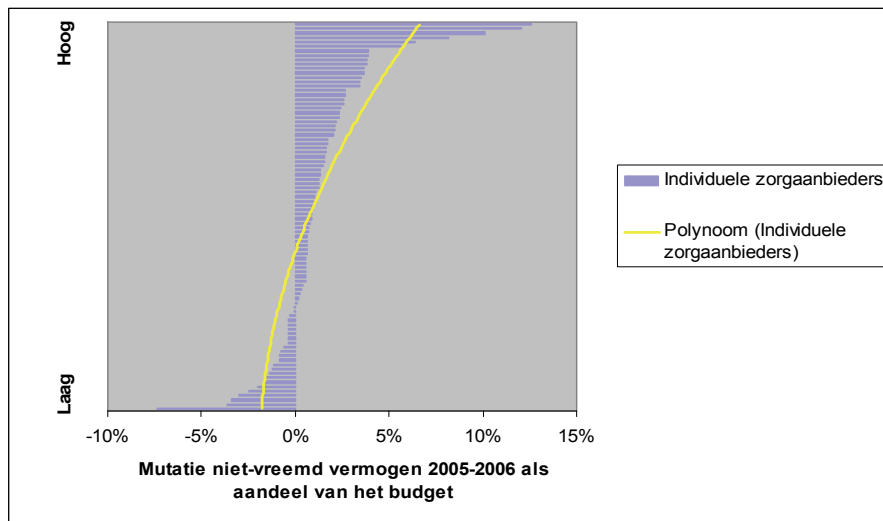
Cure tabel 5. Gemiddeld vermogen Algemene en Topklinische ziekenhuizen

	2005	2006	Mutatie	Aandeel zorgaanbieders met negatief saldo in 2006
	mIn euro		%	%
Eigen Vermogen	9,7	10,6	9,2	2,2
Mutatie eigen vermogen	-	0,9	-	21,3
Niet-vreemd Vermogen	13,7	15,0	9,3	0,0
Exploitatieresultaat	-	1,3	-	27,0

Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

Ongeveer één op de vier ziekenhuizen heeft een negatief exploitatieresultaat (27%). Ook blijkt dat deze ziekenhuizen gemiddeld een exploitatieresultaat hebben geboekt van € 1,3 miljoen. De spreiding van de mutatie in het niet-vreemd vermogen, als aandeel van het budget en de DBC opbrengsten B-segment, ligt tussen de +15 en de -10%. Daarbij hebben zorgaanbieders met een positieve mutatie wat vaker een extremer positief resultaat dan zorgaanbieders met een negatief saldo.

Cure figuur 5. Spreiding exploitatieresultaat Algemene en Topklinische ziekenhuizen

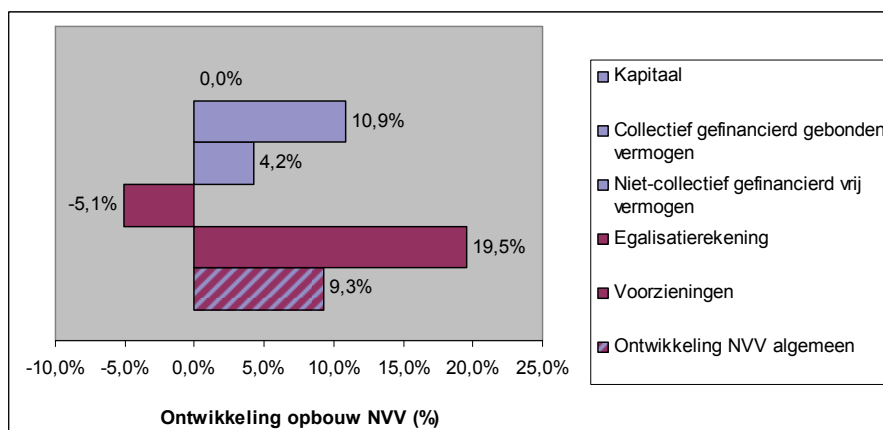


Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

3.2.2 Opbouw niet-vreemd vermogen

Het collectief gefinancierd gebonden vermogen en de voorzieningen zijn het sterkst gestegen van de componenten die het niet-vreemd vermogen vormen. Het kapitaal is niet gestegen bij de Algemene en de Topklinische ziekenhuizen, net zoals in de gehele sector Cure.

Cure figuur 6. Ontwikkeling opbouw niet-vreemd vermogen Algemene en Topklinische ziekenhuizen 2005-2006



Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

3.2.3 Niet-vreemd vermogen naar grootte budget

Het niet-vreemd vermogen is in alle categorieën van verschillende grootte gestegen. Daarbij is het opvallend dat bij ziekenhuizen in de categorie klein budget het aandeel van het niet-vreemd vermogen het sterkst is gestegen met ongeveer 1,8%. Binnen ziekenhuizen met een middelklein budget is het aandeel van het niet-vreemd vermogen het hoogst met ongeveer 18%.

Cure tabel 6. Niet-vreemd vermogen als aandeel van het budget inclusief de DBC- opbrengsten B-segment¹⁵ van Algemene en Topklinische ziekenhuizen

Budget	2005	2006	Mutatie
	%		
Klein¹⁶	12,3	14,1	1,8
Middelklein	17,7	17,8	0,1
Middelgroot	13,1	13,9	0,8
Groot	13,2	13,6	0,4
Gemiddeld	13,8	14,5	0,7

Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

3.2.4 Niet-vreemd vermogen naar regio

Indien gekeken wordt naar de ontwikkeling van het niet-vreemd vermogen naar regio, is vooral in regio's Noord en West een sterke stijging te zien. Regio Zuid laat een lichte daling zien. Verder zijn de verschillen tussen de ziekenhuizen buiten de Randstad en in de Randstad niet groot. Het aandeel van het niet-vreemd vermogen is binnen de Randstad niet substantieel groter dan bij ziekenhuizen buiten de Randstad.

Cure tabel 7. Niet-vreemd vermogen als aandeel van het budget¹⁷ van Algemene en Topklinische ziekenhuizen naar regio

Regio	2005	2006	Mutatie
	%		
Noord	15,4	17,4	2,0
Oost	14,4	14,5	0,1
West	13,7	14,6	0,9
Zuid	12,9	12,8	-0,1
Randstad	13,9	14,8	0,9
Buiten Randstad	13,7	14,2	0,5

Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

3.2.5 Solvabiliteit en Rentabiliteit

Bij de Algemene en de Topklinische ziekenhuizen is de solvabiliteit in 2006 gelijk gebleven ten opzichte van die in 2005. De solvabiliteit van de Algemene en de Topklinische ziekenhuizen van 8,9% ligt lager dan de gemiddelde solvabiliteit in de Cure sector. De rentabiliteit is in 2006 gestegen met 1,3%. De rentabiliteit in deze ziekenhuizen is sterker gestegen dan bij de gehele Cure sector.

¹⁵ Exclusief honoraria medische specialisten

¹⁶ De indeling naar grootte is als volgt: Klein = € 0-58 miljoen, Middelklein = € 58-85 miljoen, Middelgroot = € 85-149 miljoen, Groot = € 149-290 miljoen, Gemiddeld = € 103,8 miljoen

¹⁷ inclusief de DBC-opbrengsten B-segment

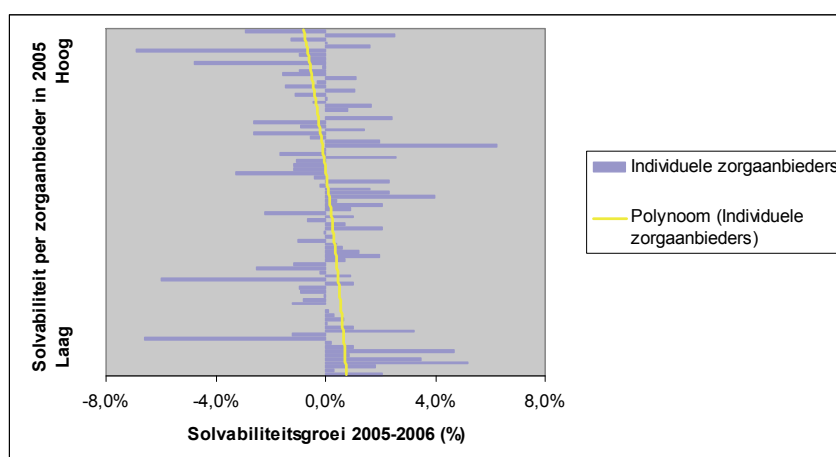
Cure tabel 8. Solvabiliteit en Rentabiliteit Algemene en Topklinische ziekenhuizen

	2005	2006	Mutatie
	%		
Solvabiliteit	8,9	8,9	0,0
Rentabiliteit	7,9	9,2	1,3

Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

Figuur 7 laat zien dat de Algemene en de Topklinische ziekenhuizen met een relatief hoge solvabiliteit in 2005 een afname van de solvabiliteit in 2006 laten zien en omgekeerd.

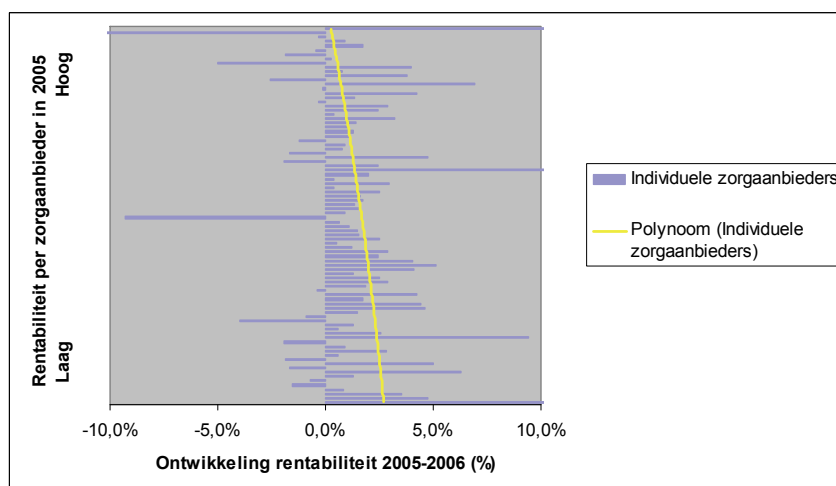
Cure figuur 7. Solvabiliteitsontwikkeling Algemene en Topklinische ziekenhuizen 2005-2006



Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

Bij de rentabiliteit is dit verband minder duidelijk zichtbaar. Afgezien van enkele uitschieters in negatieve zin, is er bij vrijwel alle ziekenhuizen sprake van een groei in rentabiliteit tussen 2005 en 2006.

Cure figuur 8. Rentabiliteitsontwikkeling Algemene en Topklinische ziekenhuizen 2005-2006



Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

3.3 Universitair Medische Centra

De gegevens van de jaarrekeningen van de Universitair Medische Centra (UMC's) hebben alleen betrekking op de patiëntenzorg. Het onderwijs en het onderzoek dat plaatsvindt in de UMC's is niet meegenomen bij deze publicatie. Een belangrijke reden hiervoor is dat de UMC's op verschillende wijze deze posten toerekenen binnen de jaarverslagen. Hierdoor is het lastig het onderwijs en het onderzoek op uniforme wijze op te nemen bij deze publicatie en de UMC's hierop onderling te vergelijken.

3.3.1 Vermogen

Zoals te zien is in tabel 9, is het gemiddelde eigen vermogen en het gemiddelde niet-vreemd vermogen van de UMC's met respectievelijk 10,9% en 3,1% gestegen in 2006. Twee van de acht UMC's hebben een negatieve mutatie van het eigen vermogen.

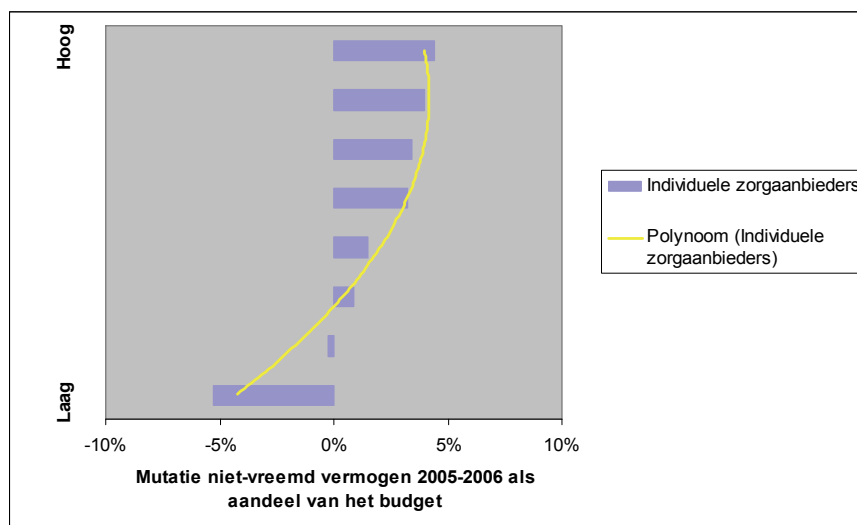
Cure tabel 9. Gemiddeld vermogen UMC's

	2005	2006	Mutatie	Aandeel zorgaanbieders met negatief saldo in 2006
	mln euro		%	
Eigen Vermogen	57,8	64,1	10,9	0,0
Mutatie eigen vermogen	-	6,3	-	25,0
Niet-vreemd Vermogen	203,0	209,3	3,1	0,0
Exploitatieresultaat	-	6,3	-	25,0

Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

De exploitatieresultaat van de UMC's is in 2006 gemiddeld met € 6,3 miljoen gestegen. Daarbij hebben twee van de in totaal acht UMC's een negatief exploitatieresultaat in 2006. Figuur 9 laat zien dat de spreiding van exploitatieresultaat per zorgaanbieder niet groot is (tussen + en - 6 %).

Cure figuur 9. Spreiding exploitatieresultaat UMC's

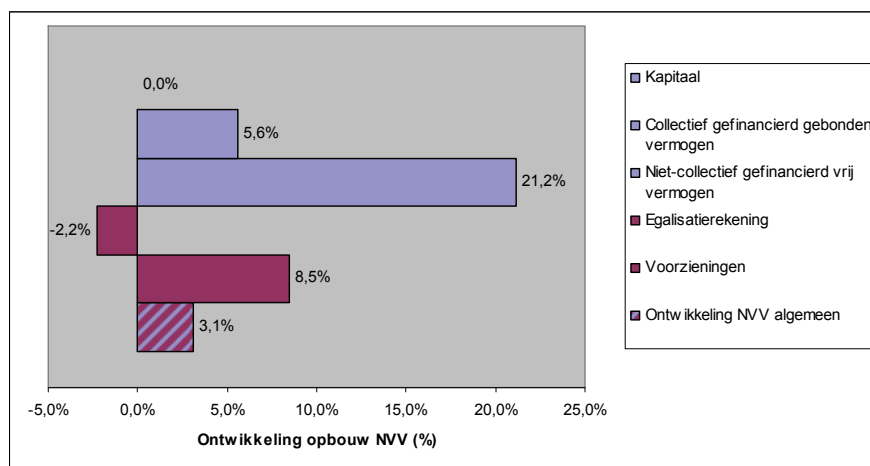


Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

3.3.2 Opbouw niet-vreemd vermogen

Het kapitaal is net als bij de Algemene en de Topklinische ziekenhuizen in 2005 gelijk gebleven. Het niet-collectief gefinancierd vrij vermogen is met 21% het sterkst gegroeid. Het collectief gefinancierd gebonden vermogen is licht gestegen met ongeveer 6%.

Cure figuur 10. Ontwikkeling opbouw niet-vreemd vermogen 2005-2006 UMC's



Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

3.3.3 Solvabiliteit en Rentabiliteit

De solvabiliteit van de UMC's is in 2006 gedaald met 2,3%. De UMC's hebben echter wel een relatief hoge solvabiliteit vergeleken met de Algemene en de Topklinische ziekenhuizen. Bij de Algemene en de Topklinische ziekenhuizen ligt de solvabiliteit in 2006 rond 9%. De rentabiliteit, de mate van winstgevendheid, is nagenoeg hetzelfde gebleven. De gemiddelde rentabiliteit binnen de UMC's is echter weer relatief laag ten opzichte van de Algemene en Topklinische ziekenhuizen.

Cure tabel 10. Solvabiliteit en Rentabiliteit UMC's

	2005	2006	Mutatie
	%		
Solvabiliteit	29,2	26,9	-2,3
Rentabiliteit	3,0	3,1	0,1

Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

3.4 Radiotherapeutische centra

De sector Radiotherapeutische centra is een relatief kleine Cure sector. De gegevens van vijf van de zes Radiotherapeutische centra zijn opgenomen in deze publicatie.

3.4.1 Vermogen

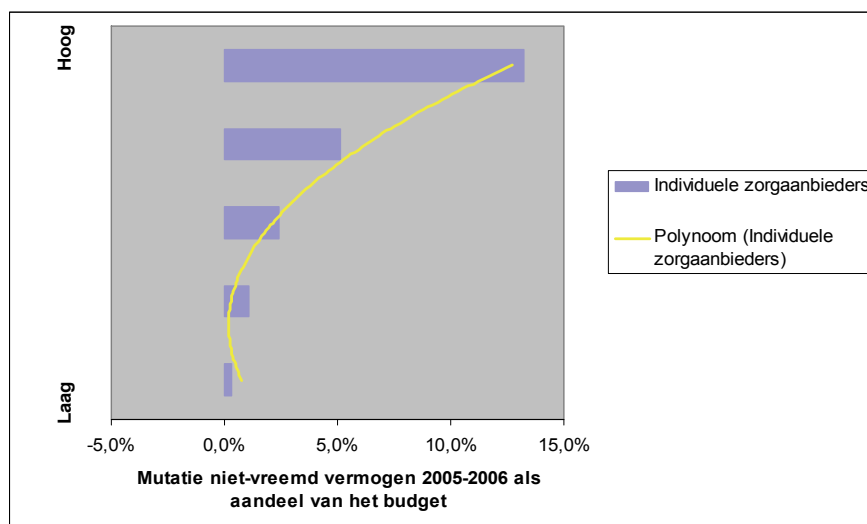
Zoals te zien is in tabel 11, zijn zowel het gemiddeld eigen vermogen als het gemiddeld niet-vreemd vermogen gestegen in 2006. Eén van de vijf centra heeft een negatief saldo voor de mutatie van het eigen vermogen.

Cure tabel 11. Gemiddeld vermogen Radiotherapeutische centra

	2005	2006	Mutatie	Aandeel zorgaanbieders met negatief saldo in 2006
	mln euro			
Eigen Vermogen	1,7	1,8	7,0	0,0
Mutatie eigen vermogen	-	0,1	-	20,0
Niet-vreemd Vermogen	2,7	3,0	12,4	0,0
Exploitatieresultaat	-	0,3	-	0,0

Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

Geen van de vijf centra heeft een negatief exploitatieresultaat in 2006. De spreiding van de mutatie niet- vreemd vermogen als percentage van het budget verschilt sterk per zorgaanbieder, zoals te zien is in figuur 11. Het gemiddelde percentage van het exploitatieresultaat als aandeel van het budget is 3,3%.

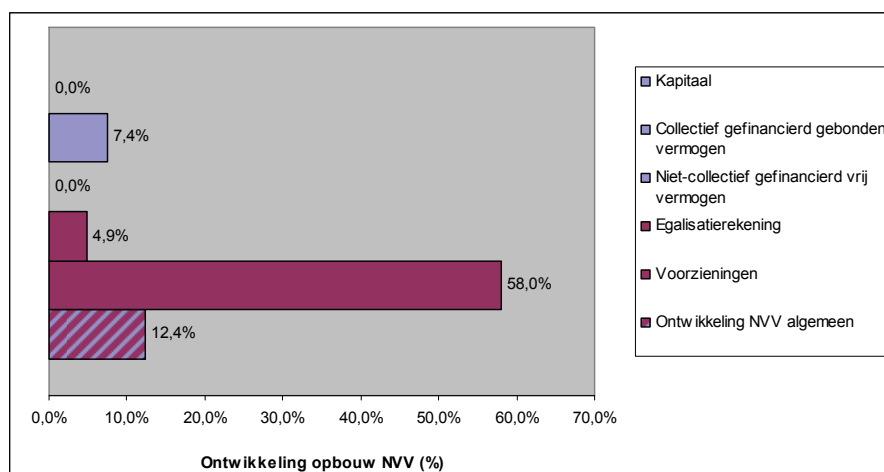
Cure figuur 11. Spreiding exploitatieresultaat Radiotherapeutische centra

Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

3.4.2 Opbouw niet-vreemd vermogen

De toename in het niet-vreemd vermogen wordt vooral veroorzaakt door de stijging van de voorzieningen. Het niet-vreemd vermogen is gestegen met 12,4% waarin de voorzieningen het meest zijn gestegen met 58%. Deze sterke stijging van de voorzieningen is voornamelijk terug te leiden naar één zorgaanbieder.

Cure figuur 12. Ontwikkeling opbouw niet-vreemd vermogen Radiotherapeutische centra 2005-2006



Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

3.4.3 Solvabiliteit en Rentabiliteit

Bij de Radiotherapeutische centra zijn zowel de solvabiliteit als de rentabiliteit gedaald. Zowel de gemiddelde rentabiliteit (3,0%) als de gemiddelde solvabiliteit (9,8%) van deze centra ligt lager dan de gemiddelden respectievelijk 7,2% en 14,4% voor zorgaanbieders in de Cure sector als geheel.

Cure tabel 12. Solvabiliteit en Rentabiliteit Radiotherapeutische centra

	2005	2006	Mutatie
	%		
Solvabiliteit	11,9	9,8	-2,1
Rentabiliteit	3,8	3,0	-0,8

Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

3.5 Revalidatiecentra

3.5.1 Vermogen

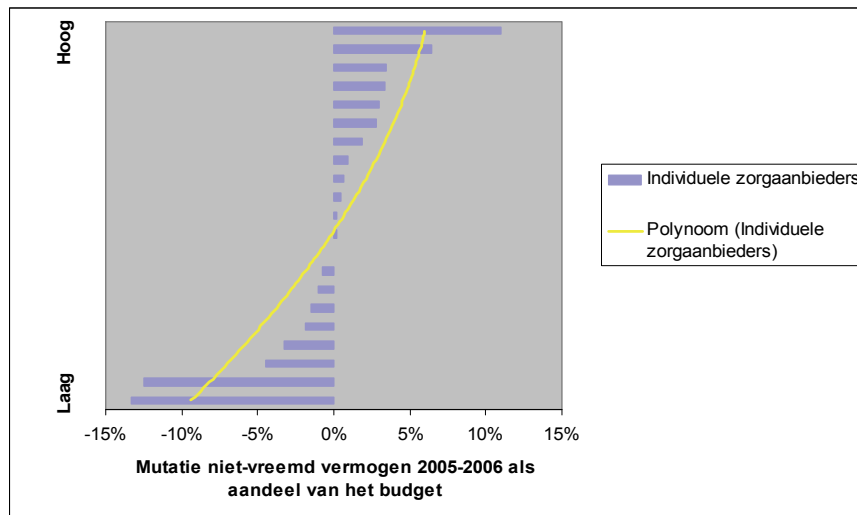
Tussen 2005 en 2006 is zowel het eigen vermogen als het niet-vreemd vermogen nauwelijks gestegen bij de Revalidatiecentra. Ongeveer 38% van de centra heeft een negatief exploitatieresultaat (mutatie niet-vreemd vermogen 2005-2006), dit geldt ook voor de mutatie van het eigen vermogen. Binnen deze sector zijn echter geen duidelijke aanwijzingen waardoor deze hoge percentages worden veroorzaakt. Indien gekeken wordt naar het bedrijfsresultaat zoals vermeld in de jaarrekeningen van de Revalidatiecentra, heeft slechts 14% een negatief bedrijfsresultaat in 2006. Dit verschil is te verklaren doordat bij het bedrijfsresultaat geen rekening is gehouden met de financiële baten en lasten en buitengewone baten en lasten.

Cure tabel 13. Gemiddeld vermogen Revalidatiecentra

	2005	2006	Mutatie	Aandeel zorgaanbieders met negatief saldo in 2006
	mln euro		%	%
Eigen Vermogen	2,8	2,9	4,3	4,8
Mutatie eigen vermogen	-	0,1	-	38,1
Niet-vreemd Vermogen	4,4	4,4	1,3	4,8
Exploitatieresultaat	-	0,1	-	38,1

Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

De spreiding van het exploitatieresultaat als aandeel van het budget verschilt per zorgaanbieder, zoals te zien is in figuur 13. Het gemiddelde percentage van het exploitatieresultaat als percentage van het budget is 0,3%.

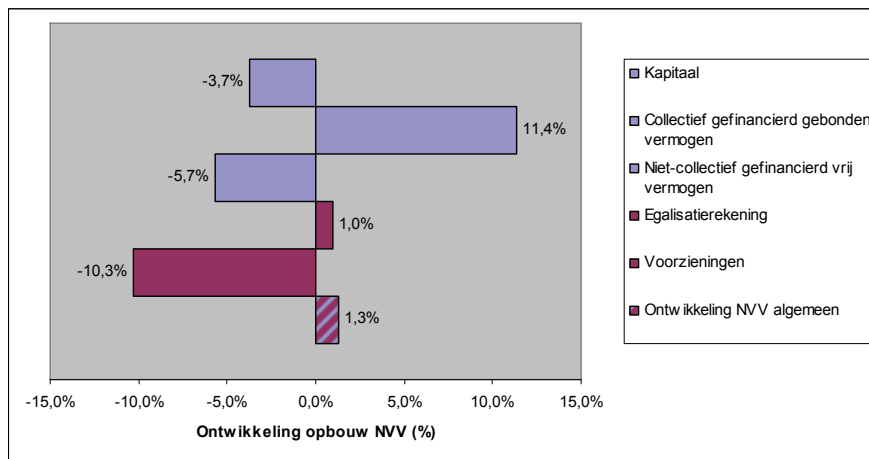
Cure figuur 13. Spreiding exploitatieresultaat Revalidatiecentra

Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

3.5.2 Opbouw niet-vreemd vermogen

Het niet-vreemd vermogen is licht gestegen in 2005 met 1,3%. Het collectief gefinancierd gebonden vermogen is het meest gestegen met 11,4. De voorzieningen en het niet-collectief gefinancierd vrij vermogen zijn relatief het sterkst gedaald, met respectievelijk 10,3% en met 5,7%.

Cure figuur 14. Ontwikkeling opbouw niet-vreemd vermogen Revalidatiecentra 2005-2006



Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

3.5.3 Solvabiliteit en Rentabiliteit

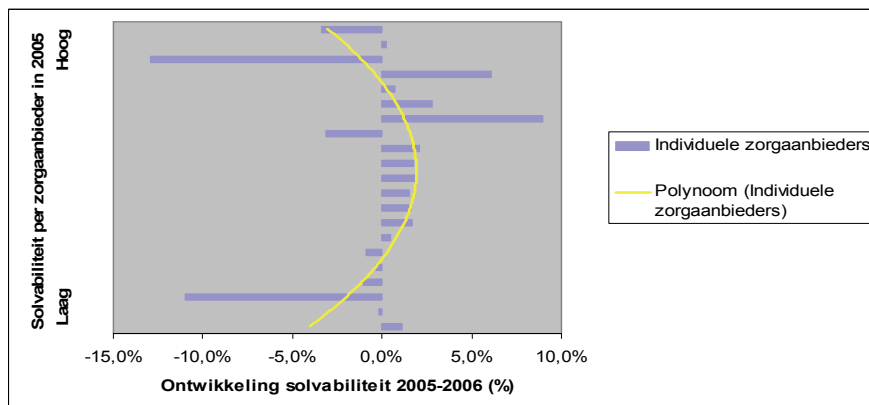
De solvabiliteit is in 2005 met 0,6% gestegen en de rentabiliteit is met 0,8% gedaald. Deze laatste daling is zichtbaar in figuur 16, waar voor het merendeel van de zorgaanbieders een negatieve groei te zien valt.

Cure tabel 14. Solvabiliteit en Rentabiliteit Revalidatiecentra

	2005	2006	Mutatie
	%		
Solvabiliteit	16,5	17,1	0,6
Rentabiliteit	4,1	3,3	-0,8

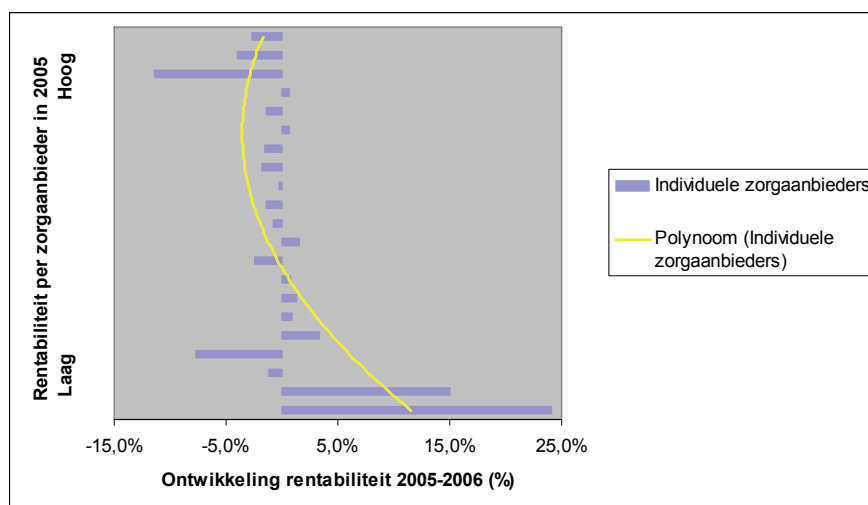
Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

Cure figuur 15. Solvabiliteitsontwikkeling Revalidatiecentra 2005-2006



Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

Cure figuur 16. Rentabiliteitsontwikkeling Revalidatiecentra 2005-2006



Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

3.6 Conclusies Cure

Het eigen vermogen van de gemiddelde Cure-zorgaanbieder bedraagt in 2006 zo'n € 12,5 miljoen en het niet-vreemd vermogen is dan € 25,3 miljoen. Verder kan de gemiddelde Cure-zorgaanbieder eind 2006 terugkijken op het behalen van een exploitatieresultaat van € 1,4 miljoen. De solvabiliteit van de gemiddelde Cure-zorgaanbieder komt uit op 14,4% en de rentabiliteit is 7,2%.

Het niet-vreemd vermogen is bij de UMC's relatief hoog in vergelijking met de Algemene en de Topklinische ziekenhuizen. Dit komt door de relatief hoge egalisatierekeningen afschrijvingen en de voorzieningen. Voorts ligt de gemiddelde solvabiliteit bij UMC's relatief hoog. De Algemene en Topklinische ziekenhuizen scoren met 9,2% op rentabiliteit het hoogst.

Conclusie tabel 1. Kengetallen Cure 2006

	Eigen vermogen	Niet-vreemd vermogen	Exploitatie-resultaat	Solvabiliteit	Rentabiliteit
	Miljoenen euro's			%	
Cure	12,5	25,3	1,4	14,4	7,2
Algemene & Topklinische ziekenhuizen	10,6	15,0	1,3	8,9	9,2
UMC's	64,1	209,3	6,3	26,9	3,1
Radiotherapeutische centra	1,8	3,0	0,3	9,8	3,0
Revalidatiecentra	2,9	4,4	0,1	17,1	3,3

In de Cure is een positieve trend zichtbaar voor de vermogenspositie van de zorgaanbieders. Zowel het eigen vermogen als het niet-vreemd vermogen is tussen 2005 en 2006 gestegen, zoals te zien is in tabel 2. Ongeveer één op de drie zorgaanbieders in de Cure laat echter een negatief exploitatieresultaat zien, één op de vier zorgaanbieders heeft een negatieve mutatie van het eigen vermogen. De solvabiliteit is in 2006

gedaald. De winstgevendheid, ofwel de rentabiliteit, van zorgaanbieders in de Cure is gestegen.

Conclusie tabel 2. Ontwikkeling kengetallen Cure

	Eigen vermogen	Niet-vreemd vermogen	Solvabiliteit	Rentabiliteit
	%			
Cure	9,6	5,7	-0,5	0,8
Algemene & Topklinische ziekenhuizen	9,2	9,3	0,0	1,3
Academische Ziekenhuizen	10,9	3,1	-2,3	0,1
Radiotherapeutische centra	7,0	12,4	-2,1	-0,8
Revalidatiecentra	4,3	1,3	0,6	-0,8

Indien de resultaten worden bekeken per deelsector is ongeveer dezelfde trend zichtbaar. Bij alle deelsectoren binnen de Cure is het eigen vermogen en het niet-vreemd vermogen gestegen. De solvabiliteit is bij de Algemene en de Topklinische ziekenhuizen gelijk gebleven. Deze is echter bij de UMC's gedaald. Voor alle ziekenhuizen geldt dat de winstgevendheid van de ziekenhuizen is gegroeid.

Bij de Radiotherapeutische centra is zowel het eigen vermogen als het niet-vreemd vermogen licht gestegen. Geen van de van de centra heeft een negatief saldo voor het exploitatieresultaat. Eén van de vijf Radiotherapeutische centra heeft een negatieve mutatie van het eigen vermogen. Bij de Revalidatiecentra heeft 38,1% een negatief exploitatieresultaat. Indien gekeken wordt naar het bedrijfsresultaat zoals vermeld in de jaarrekeningen van de Revalidatiecentra, heeft slechts 14% een negatief bedrijfsresultaat in 2006.

4. Care

Hoofdstuk 4 start met een beschrijving van de financiële positie van de zorgaanbieders in de sector Care als geheel. Vervolgens gaat het in op de stand van zaken bij de Care-zorgaanbieders in de hier onderscheiden deelsectoren, te weten: (1) Verzorgings- en Verpleeghuizen, (2) Thuiszorg, (3) Gehandicaptenzorg en (4) Geestelijke gezondheidszorg.

4.1 Care Zorgaanbieders

4.1.1 Vermogen

Bij de gemiddelde Care-zorgaanbieder is het eigen vermogen en het niet-vreemd vermogen met bijna 10% gestegen in 2006.

Verder laat tabel 1 zien dat één op de twintig Care-zorgaanbieders een negatief eigen vermogen heeft in 2006, terwijl ongeveer één op de dertig dan een negatief niet-vreemd vermogen kent.

Care tabel 1. Gemiddeld vermogen Care-zorgaanbieders

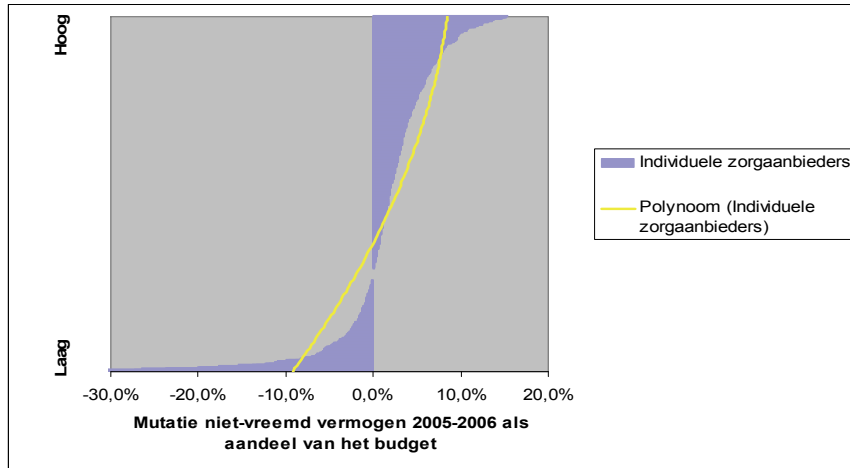
	2005	2006	Mutatie	Aandeel zorgaanbieders met negatief saldo in 2006
	mln euro		%	%
Eigen Vermogen	3,2	3,5	9,6	5,1
Mutatie eigen vermogen	-	0,2	-	26,1
Niet-vreemd Vermogen	4,7	5,1	9,3	3,0
Exploitatieresultaat	-	0,3	-	26,5

Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

Uit tabel 1 blijkt ook dat het exploitatieresultaat voor de gemiddelde Care-zorgaanbieder op zo'n € 0,3 miljoen uitkomt, waarbij één op de vier Care-zorgaanbieders een negatief saldo heeft. De mutatie van het eigen vermogen bedraagt € 0,2 miljoen.

Het exploitatieresultaat als aandeel van het budget beweegt zich voor vrijwel elke Care-zorgaanbieder tussen de + en - 10%, zo laat figuur 1 zien.

Care figuur 1. Spreiding exploitatieresultaat Care-zorgaanbieders

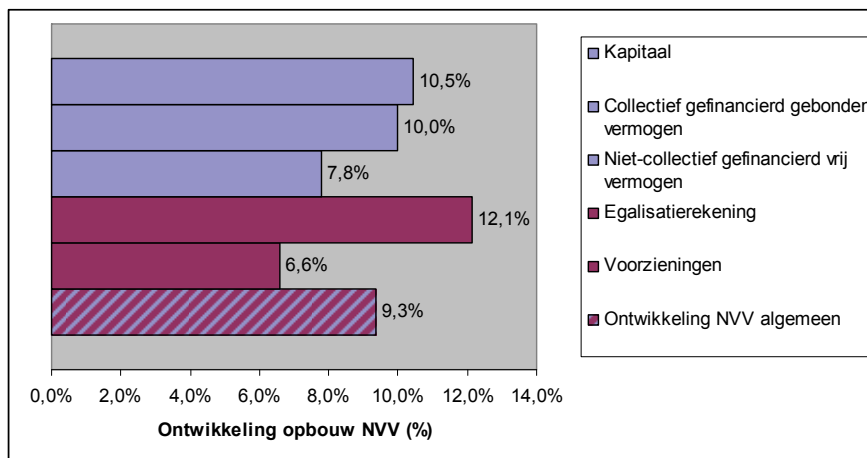


Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

4.1.2 Opbouw niet-vreemd vermogen

Het niet-vreemd vermogen is voor de Care-zorgaanbieders van 2005 naar 2006 met een kleine 10% gestegen, zo laat figuur 2 zien. Ook blijkt dat alle onderscheiden componenten binnen het niet-vreemd vermogen vrij gelijkmatig zijn gestegen met als sterkste stijger de egalisatierekeningen.

Care figuur 2. Ontwikkeling opbouw niet-vreemd vermogen Care-zorgaanbieders 2005-2006



Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

4.1.3 Niet-vreemd vermogen naar grootte budget

Zowel in 2005 als in 2006 is het aandeel van het niet-vreemd vermogen ten opzichte van het budget van de Care-zorgaanbieders relatief lager naarmate het budget groter is. Bij de Care-zorgaanbieders met een relatief klein budget neemt het aandeel niet-vreemd vermogen van 2005 naar 2006 af, namelijk met 1,0%. Voor de overige Care zorgaanbieders neemt dit aandeel in die periode juist toe.

Care tabel 2. Niet-vreemd vermogen als aandeel van het budget van Care-zorgaanbieders

Budget	2005	2006	Mutatie
	%		
Klein¹⁸	40,2	39,2	-1,0
Middelklein	31,0	31,8	0,8
Middelgroot	22,9	23,9	1,0
Groot	19,8	20,3	0,5
Gemiddeld	21,4	21,9	0,5

Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

4.1.4 Niet-vreemd vermogen naar regio

In regio Oost is het aandeel niet-vreemd vermogen in het budget met 1,2% het sterkst gestegen en in de regio West met 0,3% het minst. De impact van deze ontwikkelingen op het aandeel is gering. Opmerkelijk is wel dat het aandeel van het niet-vreemd vermogen ten opzichte van het budget in de vier onderscheiden regio's met ruim 20% nagenoeg op hetzelfde niveau ligt. Dezelfde conclusie geldt als de regio in de Randstad en buiten Randstad onderscheiden wordt.

Care tabel 3. Niet-vreemd vermogen als aandeel van het budget van Care-zorgaanbieders naar regio

Regio	2005	2006	2005-2006
	%		
Noord	21,3	21,8	0,5
Oost	20,8	22,0	1,2
West	21,5	21,8	0,3
Zuid	21,6	22,4	0,8
Randstad	20,8	21,2	0,4
Buiten Randstad	21,8	22,6	0,8

Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

¹⁸ Klein = € 0-2,82 miljoen, Middelklein = € 2,82-9,09 miljoen, Middelgroot = € 9,09-31,40 miljoen, Groot = € 31,40-420,00miljoen, Gemiddeld = € 17,5 miljoen één decimaal gebruiken

4.1.5 Solvabiliteit en Rentabiliteit

De gemiddelde solvabiliteit van de Care-zorgaanbieders is in 2005 nagenoeg hetzelfde als in 2006 en ligt op ongeveer 20%.

De gemiddelde rentabiliteit is als indicator voor de winstgevendheid van de Care-zorgaanbieders gedaald van 5,2% in 2005 naar 3,0% in 2006, zo laat tabel 4 zien.

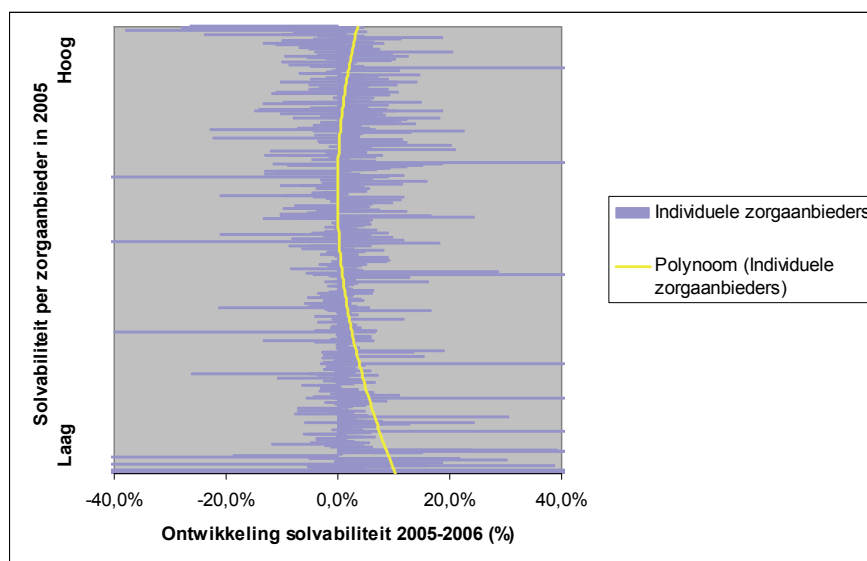
Care tabel 4. Solvabiliteit en Rentabiliteit Care-zorgaanbieders

	2005	2006	Mutatie
	%		
Solvabiliteit	19,8	20,6	0,8
Rentabiliteit	5,2	3,0	-2,2

Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

Uit figuur 3 blijkt dat het merendeel van de Care-zorgaanbieders een toename in de solvabiliteit in 2006 kennen, en bij de zorgaanbieders met een lage solvabiliteit in 2005 is deze het hoogst.

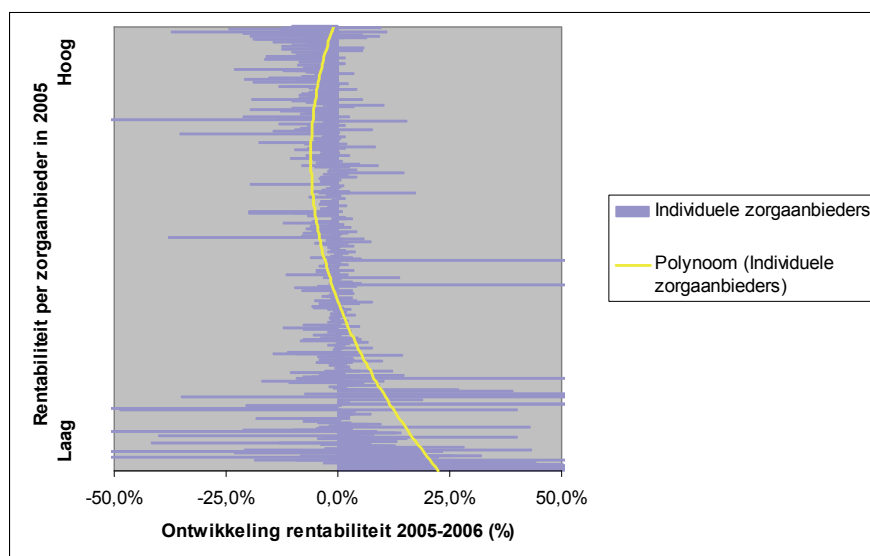
Care figuur 3. Solvabiliteitsontwikkeling Care-zorgaanbieders 2005-2006



Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

Bij het merendeel van de Care-zorgaanbieders is er sprake van afname in de rentabiliteit. Zorgaanbieders met een relatief lage rentabiliteit in 2005 laten een toename zien van de rentabiliteit van 2005 naar 2006, zo blijkt uit figuur 4.

Care figuur 4. Rentabiliteitsontwikkeling Care-zorgaanbieders 2005-2006



Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

4.2 Verpleging en verzorging

4.2.1 Vermogen

Zowel het eigen vermogen als het niet-vreemd vermogen van de Verpleeg- en Verzorgingshuizen is gestegen van 2005 naar 2006, zo komt naar voren uit tabel 5.

Het gemiddelde niet-vreemd vermogen van de Verpleeg- en Verzorgingshuizen ligt met € 4,6 miljoen zo'n € 0,5 miljoen lager dan bij de gemiddelde Care-zorgaanbieder.

Daarnaast blijkt dat één op de 25 verpleeg- en verzorgingshuizen een negatief eigen vermogen heeft. Een negatief niet-vreemd vermogen komt voor bij één op de veertig verpleeg- en verzorgingshuizen.

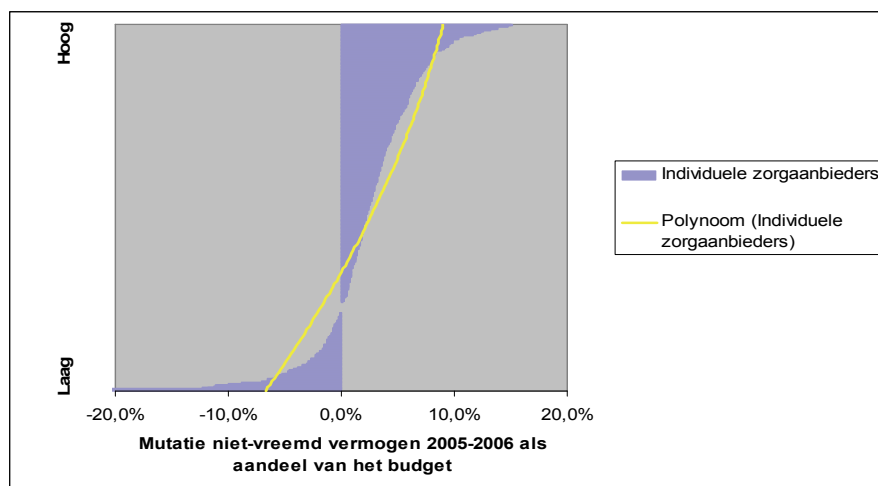
Care tabel 5. Gemiddeld vermogen verpleeg- en verzorgingshuizen

	2005	2006	Mutatie	Aandeel zorgaanbieders met negatief saldo in 2006
	mln euro		%	%
Eigen Vermogen	2,8	3,0	8,0	4,1
Mutatie eigen vermogen	-	0,2	-	24,0
Niet-vreemd Vermogen	4,2	4,6	9,4	2,5
Exploitatieresultaat	-	0,4	-	22,0

Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

Tabel 5 laat ook zien dat het exploitatieresultaat voor de verzorging- en verpleeghuizen gemiddeld genomen uitkomt op zo'n € 0,4 miljoen. Eén op de vijf van deze zorgaanbieders heeft een negatief exploitatieresultaat. De mutatie van het eigen vermogen bedraagt € 0,2 miljoen. De spreiding van deze mutatie van het niet-vreemd vermogen als aandeel van de budget ligt op een enkele uitzondering na voor de verpleeg- en verzorgingshuizen tussen +10% en - 10% , zo blijkt uit figuur 5.

Care figuur 5. Spreiding exploitatieresultaat verpleeg- en verzorgingshuizen

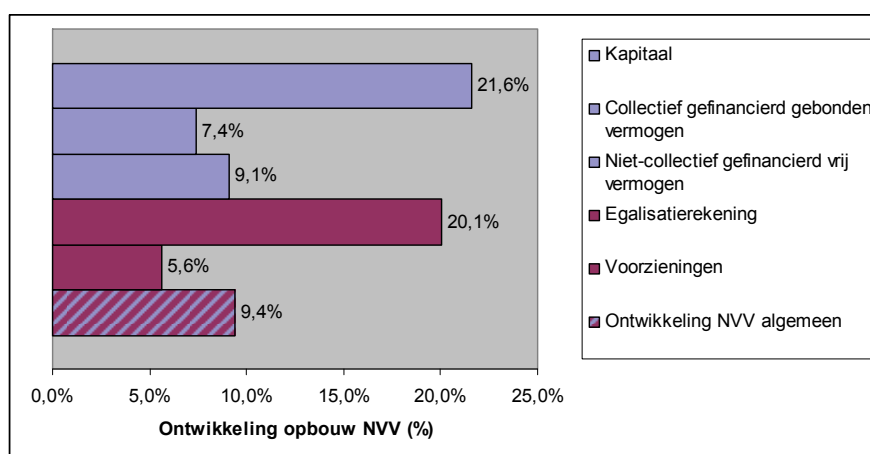


Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

4.2.2 Opbouw niet-vreemd vermogen

Het niet-vreemd vermogen is bij de verpleeg- en verzorgingshuizen met bijna 10% gestegen van 2005 naar 2006. Ook blijkt uit figuur 6 dat er bij alle onderscheiden componenten sprake is van een groei, met als sterkste stijgers de componenten kapitaal en egalisatierekening.

Care figuur 6. Ontwikkeling opbouw niet-vreemd vermogen verpleeg- en verzorgingshuizen 2005-2006



Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

4.2.3 Niet-vreemd vermogen naar grootte budget

Tussen het aandeel van het niet-vreemd vermogen in het budget van de verpleeg- en verzorgingshuizen en de omvang van het budget is op het

eerste gezicht geen verband te leggen. Het aandeel ligt bij alle verpleeg- en verzorgingshuizen, of het nu een klein of een groot budget heeft, op ongeveer hetzelfde niveau. Verder blijkt uit tabel 6 dat er bij elke grootte van het budget van verpleeg- en verzorgingshuizen sprake is van een gemiddelde groei van dit aandeel. Bij de zorgaanbieders met een middelklein budget is de groei met 0,2% het laagst, bij de overige verpleeg- en verzorgingshuizen is de groei 1,9%, terwijl het gemiddelde op 0,5 % ligt.

Care tabel 6. Niet-vreemd vermogen als aandeel van het budget van verpleeg- en verzorgingshuizen

Budget	2005	2006	Mutatie
	%		
Klein¹⁹	25,4	27,0	1,6
Middelklein	21,7	21,9	0,2
Middelgroot	31,4	33,3	1,9
Groot	24,0	25,2	1,2
Gemiddeld	22,8	23,3	0,5

Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

4.2.4 Niet-vreemd vermogen naar regio

Bij het aandeel van het niet-vreemd vermogen in het budget is alleen in regio West sprake van een lichte daling. Bij de overige drie regio's is sprake van een lichte groei. Verder blijkt uit tabel 7 dat het aandeel in de vier onderscheiden regio's nagenoeg hetzelfde is met zo'n 23%. Dezelfde conclusies gaan op als regio's worden onderscheiden in Randstad en buiten Randstad.

Care tabel 7. Niet-vreemd vermogen als aandeel van het budget van verpleeg- en verzorgingshuizen naar regio

Regio	2005	2006	Mutatie
	%		
Noord	23,5	24,3	0,8
Oost	21,1	22,7	1,6
West	23,9	23,8	-0,1
Zuid	20,8	22,1	1,3
Randstad	23,1	22,8	-0,3
Buiten Randstad	22,5	23,7	1,2

Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

4.2.5 Solvabiliteit en Rentabiliteit

De gemiddelde solvabiliteit van de Verpleeg- en Verzorgingshuizen bedraagt in 2006 zo'n 20%. De gemiddelde rentabiliteit is teruggelopen, zo goed als gehalveerd, van 5,2% in 2005 naar 2,8% in 2006.

¹⁹ Klein = 0-3,1 € miljoen, Middelklein = 3,1-7,0 € miljoen, Middelgroot = 7,0-27,9 € miljoen, Groot = 27,9-210,0 € miljoen, Gemiddeld = 19,9 € miljoen

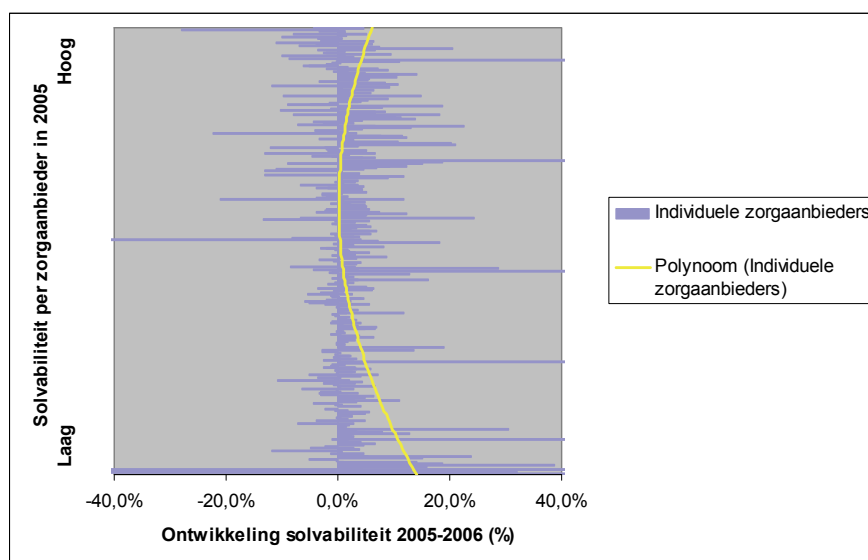
Care tabel 8. Solvabiliteit en rentabiliteit verpleeg- en verzorgingshuizen

	2005	2006	Mutatie
	%		
Solvabiliteit	19,3	20,1	0,8
Rentabiliteit	5,2	2,8	-2,4

Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

Figuur 7 laat zien dat bij de meeste verpleeg- en verzorgingshuizen met een lage solvabiliteit in 2005 een toename in de solvabiliteit in 2006 valt waar te nemen. Deze toename is ook te zien bij de meeste verpleeg- en verzorgingshuizen met de hoogste solvabiliteit in 2005.

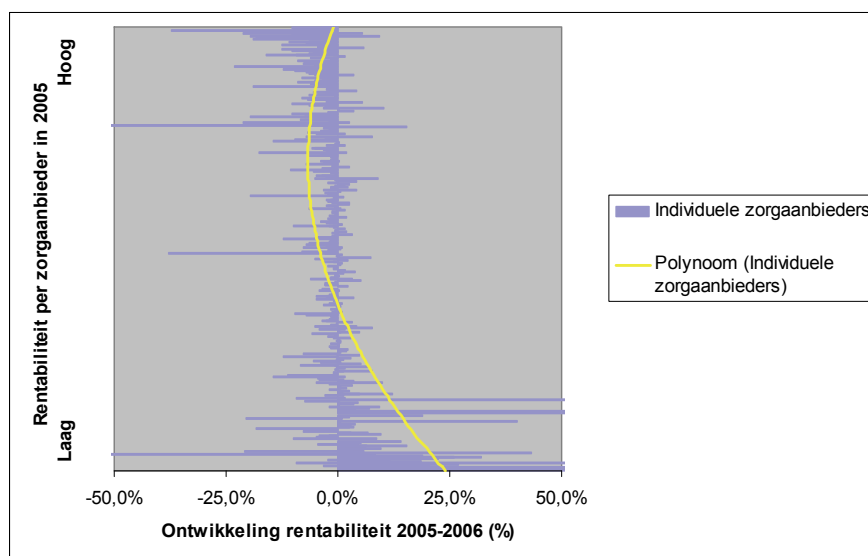
Care figuur 7. Solvabiliteitsontwikkeling verpleeg- en verzorgingshuizen 2005-2006



Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

Bij het merendeel van de verzorging verpleeg- en verzorgingshuizen is er sprake van afname in de rentabiliteit. Dit geldt in het bijzonder voor de verpleeg- en verzorgingshuizen met de hogere rentabiliteit. Bij zorgaanbieders met een lage rentabiliteit is een groei in rentabiliteit waar te nemen van 2005 naar 2006, zo laat figuur 8 zien.

Care figuur 8. Rentabiliteitsontwikkeling verpleeg- en verzorgingshuizen 2005-2006



Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

4.3 Thuiszorg

4.3.1 Vermogen

Het gemiddeld eigen vermogen en niet-vreemd vermogen van de Thuiszorgaanbieders verandert van 2005 naar 2006 nauwelijks. Het gemiddeld niet-vreemd vermogen van de Thuiszorgaanbieders is met € 2,9 miljoen is aanzienlijk lager dan bij de gemiddelde Care-zorgaanbieder (€ 5,1 miljoen).

Voorts laat tabel 9 zien dat één op de acht thuiszorgaanbieders een negatief eigen vermogen heeft, terwijl bij één op de tien een negatief niet-vreemd vermogen waar te nemen valt.

Care tabel 9. Gemiddeld vermogen thuiszorgaanbieders

	2005	2006	Mutatie	Aandeel zorgaanbieders met negatief saldo in 2006
	mln euro		%	%
Eigen vermogen	2,1	2,1	1,7	11,8
Mutatie eigen vermogen	-	0,1	-	36,0
Niet-vreemd vermogen	2,8	2,9	4,4	10,3
Exploitatieresultaat	-	0,1	-	39,7

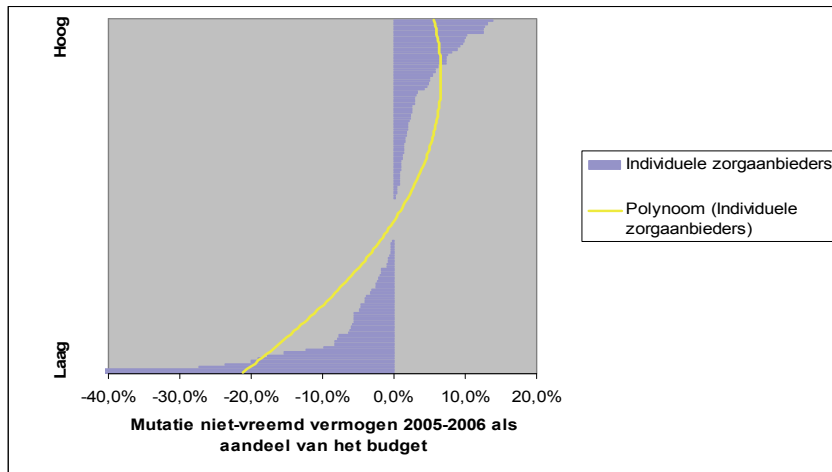
Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

Tabel 9 laat ook zien dat de mutatie van het niet-vreemd vermogen voor de thuiszorgaanbieders op zo'n € 0,1 miljoen uitkomt. Daarbij hebben twee op de vijf zorgaanbieders een negatief exploitatieresultaat.

Het exploitatieresultaat als aandeel van het budget zit tussen de + en - 20% voor vrijwel alle thuiszorgaanbieders, zo komt naar voren uit figuur 9. Daarnaast zijn er nog enkele zorgaanbieders met een nog sterkere

negatieve mutatie van het niet-vreemd vermogen als aandeel van het budget, dat zelfs kan oplopen tot -70%.²⁰

Care figuur 9. Spreiding exploitatieresultaat thuiszorgaanbieders

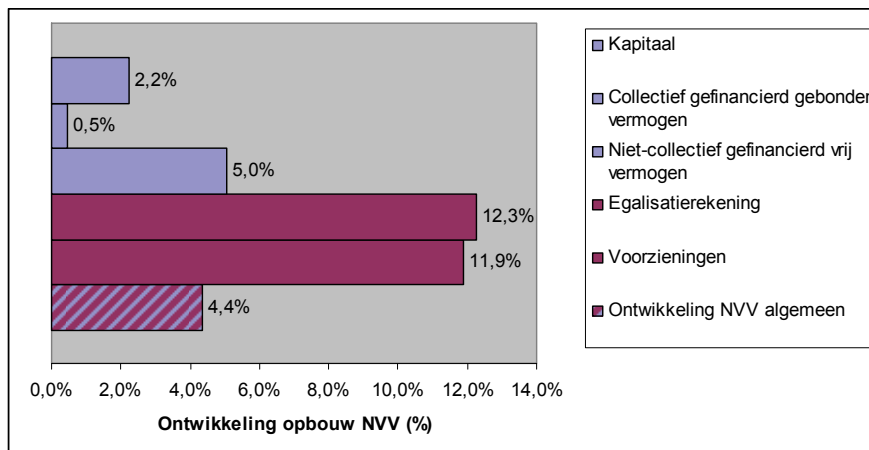


Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

4.3.2 Opbouw niet-vreemd vermogen

Het niet-vreemd vermogen is bij de thuiszorgaanbieders met zo'n 4% gestegen van 2005 naar 2006. Ook blijkt uit figuur 10 dat er bij alle onderscheiden componenten sprake is van een groei maar dat de componenten egalisatierekening en voorzieningen met respectievelijk 12,3% en 11,9% het sterkst zijn gestegen.

Care figuur 10. Ontwikkeling opbouw niet-vreemd vermogen thuiszorgaanbieders 2005-2006



Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

4.3.3 Niet-vreemd vermogen naar grootte budget

Het aandeel van het niet-vreemd vermogen ten opzichte van het budget van de thuiszorgaanbieders is omgekeerd evenredig met de grootte van het budget. Uit tabel 10 blijkt dat er bij alle thuiszorgaanbieders sprake is van een daling van dit aandeel. Bij de thuiszorgaanbieders met een klein budget is de daling het scherpst waarbij het aandeel in 2006 alsnog boven

²⁰ Het gaat hier om thuiszorgaanbieders met een relatief klein budget.

100% uitkomt. Dit betekent dat de gemiddelde thuiszorgaanbieder met een klein budget over een groter niet-vreemd vermogen beschikt dan hun budget.

Care tabel 10. Niet-vreemd vermogen als aandeel van het budget van thuiszorgaanbieders

Budget	2005	2006	Mutatie
	%		
Klein ²¹	228,5	115,3	-113,2
Middelklein	54,8	47,1	-7,7
Middelgroot	22,5	20,9	-1,6
Groot	19,5	18,9	-0,6
Gemiddeld	20,7	19,9	-0,8

Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

4.3.4 Niet-vreemd vermogen naar regio

Bij het aandeel van het niet-vreemd vermogen ten opzichte van het budget is bij alle regio's sprake van een daling. Deze daling is in het Noorden en het Oosten het sterkst zichtbaar. Verder blijkt uit tabel 11 dat het aandeel in de vier onderscheiden regio's uiteenloopt van 17% tot zo'n 24%. Ook als de regio's worden onderscheiden in Randstad en buiten Randstad zien we voor beide regio's een lichte daling van het niet-vreemd vermogen als aandeel van het budget.

Care tabel 11. Niet-vreemd vermogen als aandeel van het budget van thuiszorgaanbieders naar regio

Regio	2005	2006	Mutatie
	%		
Noord	18,2	17,2	-1,0
Oost	24,7	23,5	-1,2
West	19,6	18,9	-0,7
Zuid	20,9	20,6	-0,3
Randstad	19,3	18,7	-0,6
Buiten Randstad	21,4	20,6	-0,8

Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

4.3.5 Solvabiliteit en rentabiliteit

De gemiddelde solvabiliteit van de Thuiszorgaanbieders bedraagt in 2006 zo'n 25%.

De gemiddelde rentabiliteit van de Thuiszorgaanbieders, die al laag was, is verder teruggelopen van 1,8% in 2005 naar 0,2% in 2006.

²¹ Klein = € 0-0,5 miljoen, Middelklein = € 0,5-1,8 miljoen, Middelgroot = € 1,8-14,0 miljoen, Groot = € 14,0-220,0 miljoen, Gemiddeld = € 14,8 miljoen.

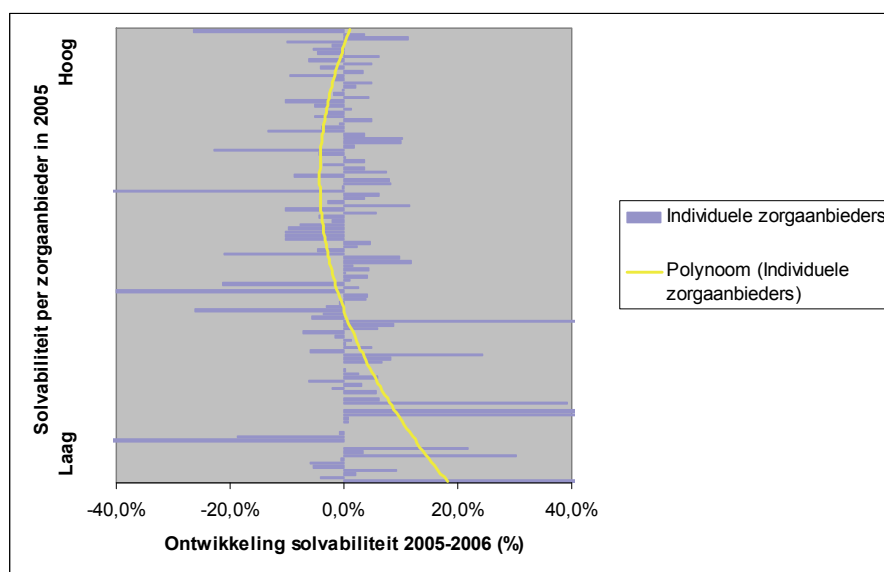
Care tabel 12. Solvabiliteit en rentabiliteit thuiszorgaanbieders

	2005	2006	Mutatie
	%		
Solvabiliteit	24,7	25,1	0,4
Rentabiliteit	1,8	0,2	-1,6

Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

Uit figuur 11 valt bij thuiszorgaanbieders met een lage solvabiliteit in 2005 een toename in de solvabiliteit in 2006 af te lezen. Thuiszorgaanbieders met een gemiddelde solvabiliteit laten juist een daling in de solvabiliteit zien.

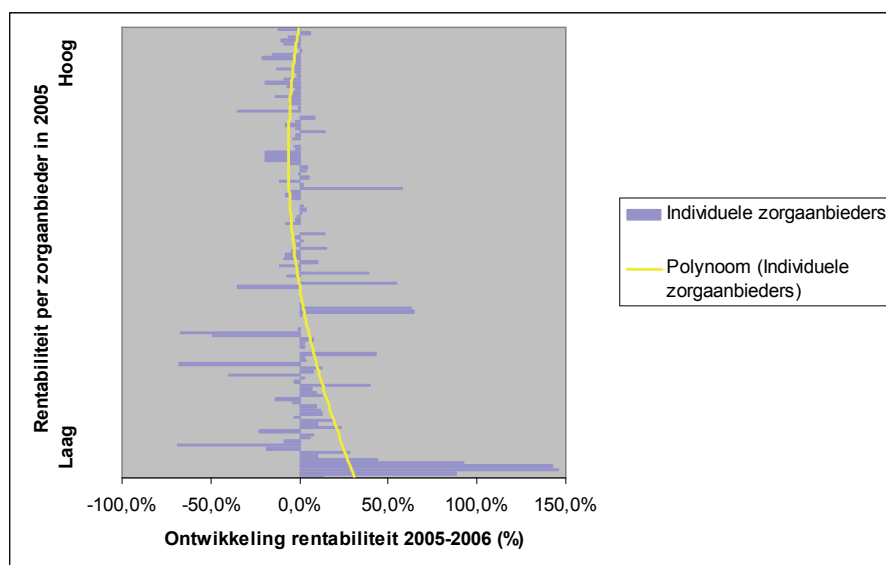
Care figuur 11. Solvabiliteitsontwikkeling thuiszorgaanbieders 2005-2006



Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

Uit figuur 12 blijkt dat er bij het merendeel van de thuiszorgaanbieders er sprake is van een lichte afname in de rentabiliteit. Daar staat tegenover dat bij de meeste thuiszorgaanbieders met een lage rentabiliteit een toename in rentabiliteit waar te nemen valt van 2005 naar 2006.

Care figuur 12. Rentabiliteitsontwikkeling thuiszorgaanbieders 2005-2006



Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

4.4 Geestelijke gezondheidszorg

4.4.1 Vermogen

De zorgaanbieders in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) hebben een financiële groei doorgemaakt van 2005 naar 2006. Het niet-vreemd vermogen is 12,1% gestegen terwijl het eigen vermogen zelf met 16,1% is gegroeid, zo komt naar voren uit tabel 13.

Het gemiddelde niet-vreemd vermogen van de Geestelijke Gezondheidszorgaanbieder ligt met € 8,1 miljoen zo'n € 3 miljoen hoger dan bij de gemiddelde Care-zorgaanbieder.

Verder blijken deze zorgaanbieders ook in de breedte financieel gezond. Alle GGZ-aanbieders hebben 2006 kunnen afsluiten met een positief niet-vreemd vermogen en één op de circa 45 zorgaanbieders heeft een negatief eigen vermogen.

Care tabel 13. Gemiddeld vermogen GGZ-aanbieders

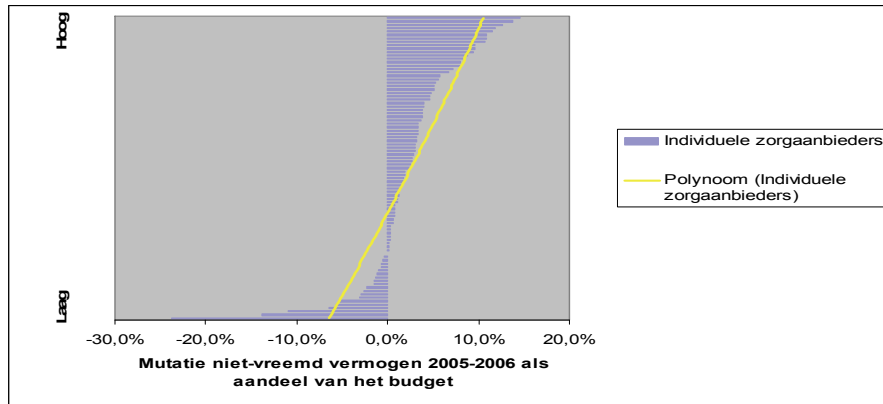
	2005	2006	Mutatie	Aandeel zorgaanbieders met negatief saldo in 2006
	mln euro		%	%
Eigen Vermogen	5,0	5,8	16,1	2,2
Mutatie eigen vermogen	-	0,8	-	20,7
Niet-vreemd Vermogen	7,3	8,1	12,1	0,0
Exploitatieresultaat	-	0,9	-	23,9

Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

Het exploitatieresultaat van de GGZ-aanbieder komt gemiddeld genomen uit op zo'n € 0,9 miljoen. En ook blijkt uit tabel 13 dat bijna één op de vijf GGZ-aanbieders in 2006 een negatief saldo voor de mutatie in het niet-vreemd vermogen heeft gedraaid.

Op een paar uitschieters na -in zowel positieve als negatieve zin- varieert het exploitatieresultaat als aandeel van het budget bij GGZ-aanbieders in 2006 van +10 tot -10 %, zo laat figuur 14 zien.

Care figuur 14. Spreiding exploitatieresultaat GGZ-aanbieders

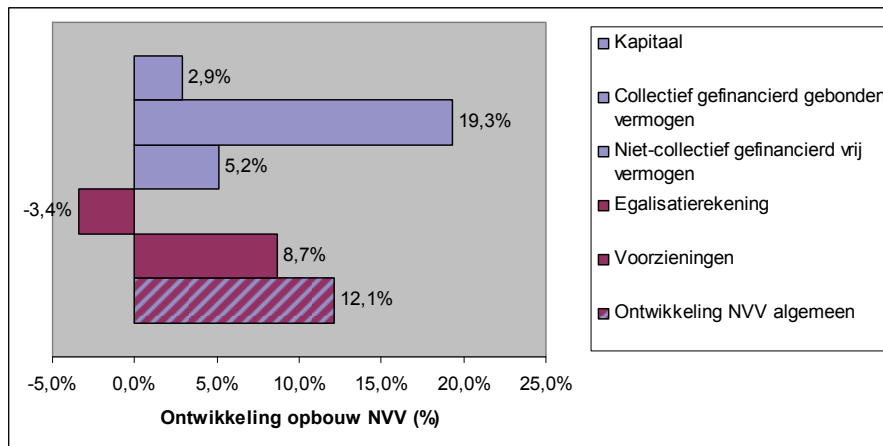


Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

4.4.2 Opbouw niet-vreemd vermogen

Het niet-vreemd vermogen is bij de GGZ-aanbieders fors gestegen van 2005 naar 2006. Uit figuur 15 blijkt dat de gemiddelde groei van 12,1% vooral via de toename van het collectief gefinancierd gebonden vermogen van 19,3% tot stand is gekomen. Bij de egalisatierekening van de gemiddelde GGZ-aanbieder is sprake van een lichte daling.

Care figuur 15. Ontwikkeling opbouw niet-vreemd vermogen GGZ-aanbieders 2005-2006



Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

4.4.3 Niet-vreemd vermogen naar grootte budget

Het verband tussen het aandeel van het niet-vreemd vermogen ten opzichte van het budget en de grootte van het budget van de GGZ-aanbieders is omgekeerd evenredig: hoe groter het budget hoe kleiner het aandeel van het niet-vreemd vermogen in het budget. Het aandeel ligt bij de kleine zorgaanbieders op ongeveer een derde van het budget en bij de grote op ongeveer een zesde. Verder blijkt uit tabel 16 dat er bij de GGZ-aanbieders met een klein budget sprake is van negatieve groei van dit aandeel, bij de zorgaanbieders met een groot budget is de groei 1,1%.

Care tabel 16. Niet-vreemd vermogen als aandeel van het budget van GGZ-aanbieders

Budget	2005	2006	Mutatie
	%		
Klein²²	35,5	34,9	-0,6
Middelklein	25,6	27,3	0,7
Middelgroot	21,2	21,8	0,6
Groot	16,8	17,9	1,1
Gemiddeld	19,6	20,6	1,0

Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

4.4.4 Niet-vreemd vermogen naar regio

Het aandeel van het niet-vreemd vermogen ten opzichte van het budget stijgt bij GGZ-aanbieders buiten de Randstad bijna net zo hard als bij die in de Randstad, namelijk met ruim 1%. Onderscheiden we Buiten Randstad naar Noord, Oost en Zuid, dan zien we een forse groei in de regio Oost met 2,1% en een benedengemiddelde groei bij de GGZ-aanbieders in de regio's Noord en Zuid, zo laat tabel 17 zien.

Care tabel 17. Niet-vreemd vermogen als aandeel van het budget van GGZ-aanbieders naar regio

Regio	2005	2006	Mutatie
	%		
Noord	21,2	21,3	0,1
Oost	23,2	25,3	2,1
West	17,8	18,8	1,0
Zuid	20,8	21,5	0,7
Randstad	17,7	18,8	1,1
Buiten Randstad	21,6	22,8	1,2

Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

4.4.5 Solvabiliteit en rentabiliteit

De solvabiliteit van de gemiddelde GGZ-aanbieder is in 2006 gegroeid tot bijna 22%. De gemiddelde rentabiliteit van de GGZ-aanbieders is teruggelopen van 4,3% in 2005 naar 3,6% in 2006.

²² Klein = € 0-12,8 miljoen, Middelklein = € 12,8-26,0 miljoen, Middelgroot = € 26,0-61,0 miljoen, Groot = € 61,0-200,0 miljoen, Gemiddeld = € 25,8 miljoen

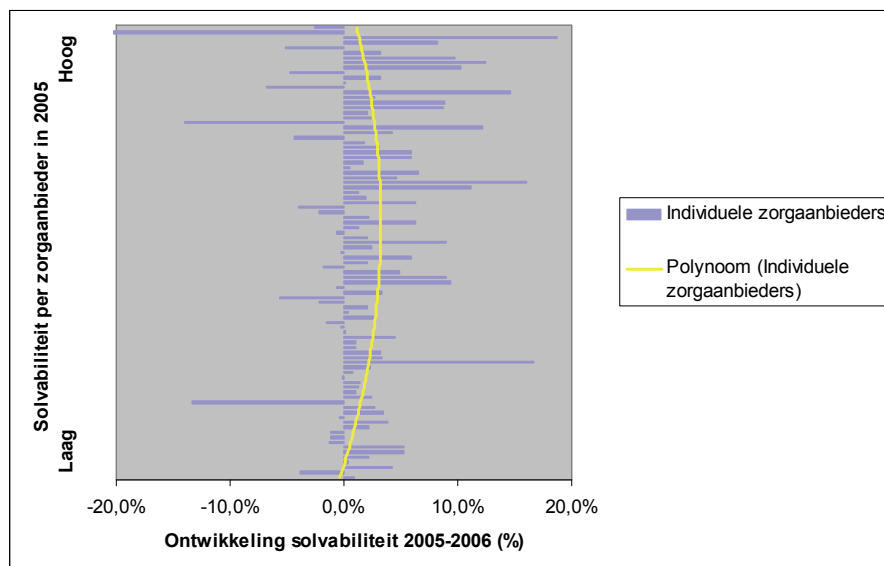
Care tabel 18. Solvabiliteit en rentabiliteit GGZ-aanbieders

	2005	2006	2005-2006
	%		
Solvabiliteit	20,6	21,8	1,2
Rentabiliteit	4,3	3,6	-0,7

Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

De trendlijn in figuur 19 laat zien dat de solvabiliteitsontwikkeling van GGZ-aanbieders van 0% naar zo'n 7% loopt in 2006. Toch zit er af en toe wel een GGZ-aanbieder met een negatieve solvabiliteitsontwikkeling tussen. Er is echter geen verband te leggen tussen een positieve solvabiliteitsontwikkeling en de hoogte van de solvabiliteit van de GGZ-aanbieder in 2006. Met andere woorden, een positieve solvabiliteitsontwikkeling kan net zo goed bij zorgaanbieders met een lage als een hoge solvabiliteit voorkomen.

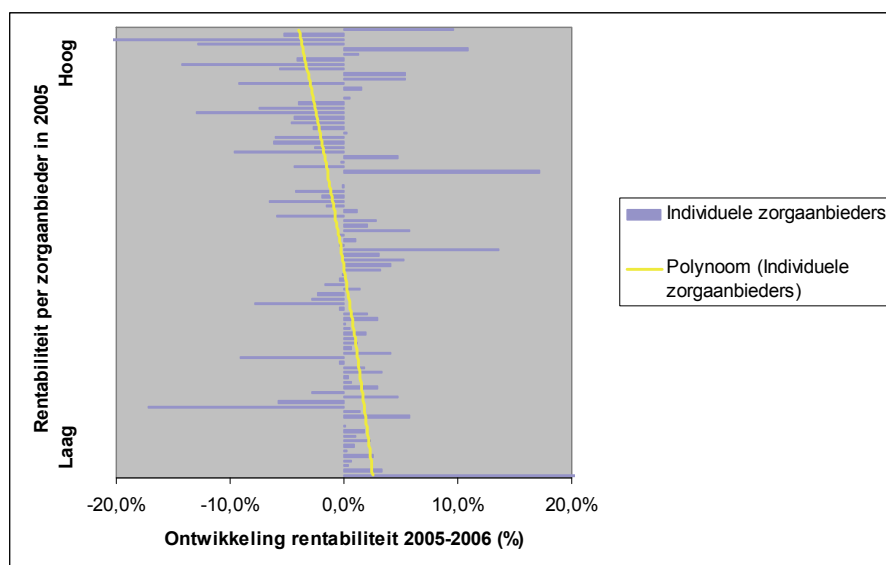
Care figuur 19. Solvabiliteitsontwikkeling GGZ-aanbieders 2005-2006



Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

Bij het merendeel van de GGZ-aanbieders is sprake van een afname in de rentabiliteit. Dit geldt vooral voor de GGZ-aanbieders met een hoge rentabiliteit. Bij zorgaanbieders met een lage rentabiliteit is een toename in rentabiliteit waar te nemen van 2005 naar 2006, zo laat figuur 20 zien.

Care figuur 20. Rentabiliteitsontwikkeling GGZ-aanbieders 2005-2006



Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

4.5 Gehandicaptenzorg

4.5.1 Vermogen

Het eigen en het niet-vreemd vermogen van de zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg is van 2005 naar 2006 gestegen met respectievelijk 12% en 9%. Daarmee komt het eigen vermogen van de gemiddelde gehandicaptenzorgaanbieder in 2006 uit op € 4,9 miljoen en het niet-vreemd vermogen op € 6,9 miljoen.

Het gemiddelde niet-vreemd vermogen van de gehandicaptenzorgaanbieder ligt daarmee € 1,8 miljoen hoger dan bij de gemiddelde Care-zorgaanbieder.

Toch blijken niet alle zorgaanbieders een gezonde financiële basis te hebben. Zo heeft één op de 75 zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg een negatief niet-vreemd vermogen en komt een negatief eigen vermogen voor bij één op de 25 van die zorgaanbieders.

Care tabel 21. Gemiddeld vermogen gehandicaptenzorgaanbieders

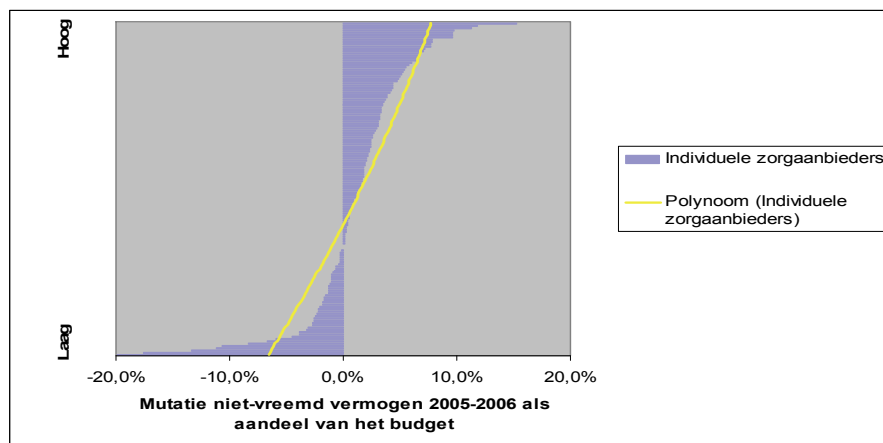
	2005	2006	Mutatie	Aandeel zorgaanbieders met negatief saldo in 2006
	mln euro		%	%
Eigen Vermogen	4,3	4,9	11,8	4,1
Mutatie eigen vermogen	-	0,5	-	27,0
Niet-vreemd Vermogen	6,4	6,9	9,2	1,4
Exploitatieresultaat	-	0,6	-	32,4

Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

Tabel 21 laat ook zien dat het exploitatieresultaat voor de Gehandicaptenzorgaanbieders gemiddeld genomen uitkomt op zo'n € 0,6 miljoen, waarbij één op de drie van deze zorgaanbieders een negatief saldo kent.

De mutatie van het niet-vreemd vermogen als aandeel van het budget ligt op een enkele uitzondering na voor de Gehandicaptenzorgaanbieders tussen de + en - 10%, zo blijkt uit figuur 22.

Care figuur 22. Spreiding exploitatieresultaat Gehandicaptenzorgaanbieders

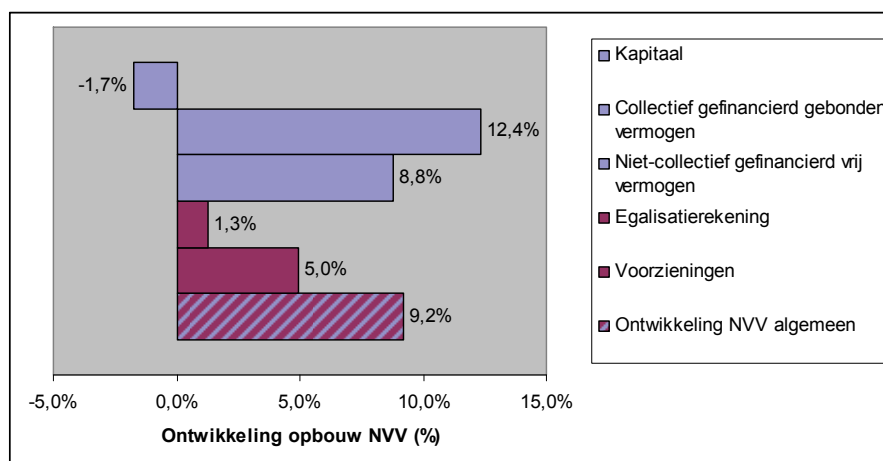


Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

4.5.2 Opbouw niet-vreemd vermogen

Het niet-vreemd vermogen is bij de zorgaanbieders in de Gehandicaptenzorg met ruim 9% gestegen van 2005 naar 2006. Ook blijkt uit figuur 23 dat het collectief gefinancierd gebonden vermogen bij alle onderscheiden componenten het sterkst stijgt en dat het kapitaal afneemt.

Care figuur 23. Ontwikkeling opbouw niet-vreemd vermogen Gehandicaptenzorgaanbieders 2005-2006



Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

4.5.3 Niet-vreemd vermogen naar grootte budget

Tussen het niet-vreemd vermogen als aandeel in het budget van de zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg en de hoogte van hun budget is geen evenredig verband te leggen. Wel is sprake van een tweedeling. Het aandeel niet-vreemd vermogen is met 44,3% hoog bij de zorgaanbieders met een klein budget en beduidend lager bij zorgaanbieders met een middelklein tot een groot budget.

Er is een evenredig verband tussen het aandeel niet-vreemd vermogen in het budget en de hoogte van het budget van de zorgaanbieders waar te nemen bij de groei van het aandeel, zo blijkt uit tabel 24; hoe groter het budget, des te groter de groei van het aandeel.

Care tabel 25. Niet-vreemd vermogen als aandeel van het budget van gehandicaptenzorgaanbieders

Budget	2005	2006	Mutatie
	%		
Klein²³	48,0	44,3	-3,7
Middelklein	26,2	25,6	-0,6
Middelgroot	25,1	25,6	0,5
Groot	17,4	18,5	1,1
Gemiddeld	20,2	21,0	0,8

Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

4.5.4 Niet-vreemd vermogen naar regio

Bij het aandeel van het niet-vreemd vermogen in het budget is daarentegen in alle vier regio's sprake van een lichte stijging. Deze stijging is in de Randstad twee keer zo groot als Buiten Randstad. Daarmee komt het aandeel in de Randstad op bijna hetzelfde niveau als Buiten Randstad. Ook blijkt uit tabel 26 dat het aandeel in de regio Zuid het hoogst is met zo'n 25% en in Noord en Oost het laagst is met 18%.

Care tabel 26. Niet-vreemd vermogen als aandeel van het budget van gehandicaptenzorgaanbieders naar regio

Regio	2005	2006	Mutatie
	%		
Noord	17,4	18,3	0,9
Oost	17,4	18,2	0,8
West	20,1	21,1	1,0
Zuid	24,0	24,5	0,5
Randstad	19,6	20,7	1,1
Buiten Randstad	20,6	21,2	0,6

Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

4.5.5 Solvabiliteit en rentabiliteit

De solvabiliteit van de gemiddelde Gehandicaptenzorgaanbieder is in 2006 gestegen tot zo'n 20%. De gemiddelde rentabiliteit is teruggelopen van 6,6% in 2005 naar 3,9% in 2006.

²³ Klein = 0-5 € miljoen, Middelklein = 5-18 € miljoen, Middelgroot = 18-41 € miljoen, Groot = 41-420 € miljoen, Gemiddeld = 17,9 € miljoen

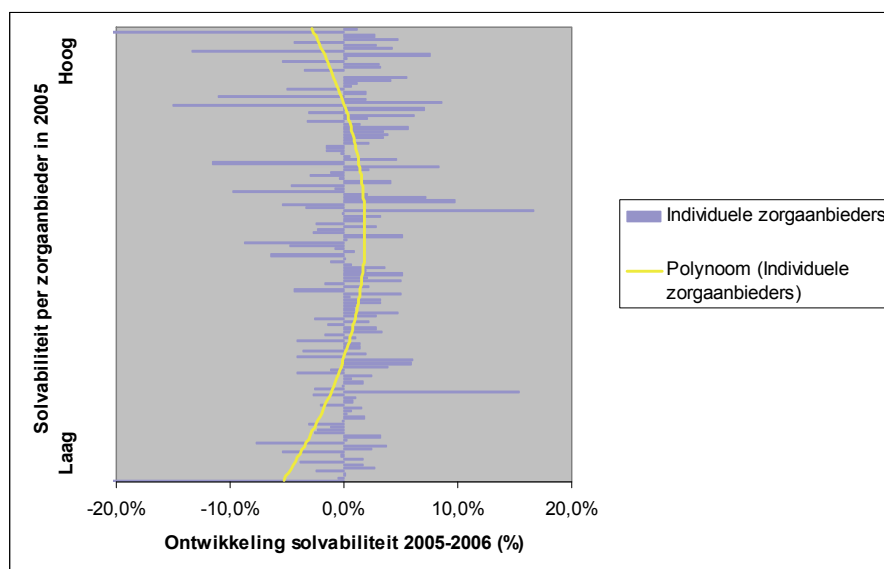
**Care tabel 27. Solvabiliteit en rentabiliteit
Gehandicaptenzorgaanbieders**

	2005	2006	Mutatie
	%		
Solvabiliteit	18,6	19,5	0,9
Rentabiliteit	6,6	3,9	-2,7

Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

Uit figuur 28 valt bij de meeste zorgaanbieders in de Gehandicaptenzorg met een lage solvabiliteit in 2005 een verdere afname in de solvabiliteit in 2006 af te lezen. De overige gehandicaptenzorgaanbieders laten juist over het algemeen een groei in de solvabiliteit zien waarbij moet worden aangetekend dat juist bij het merendeel van de zorgaanbieders met de hoogste solvabiliteit weer een afname waar te nemen valt.

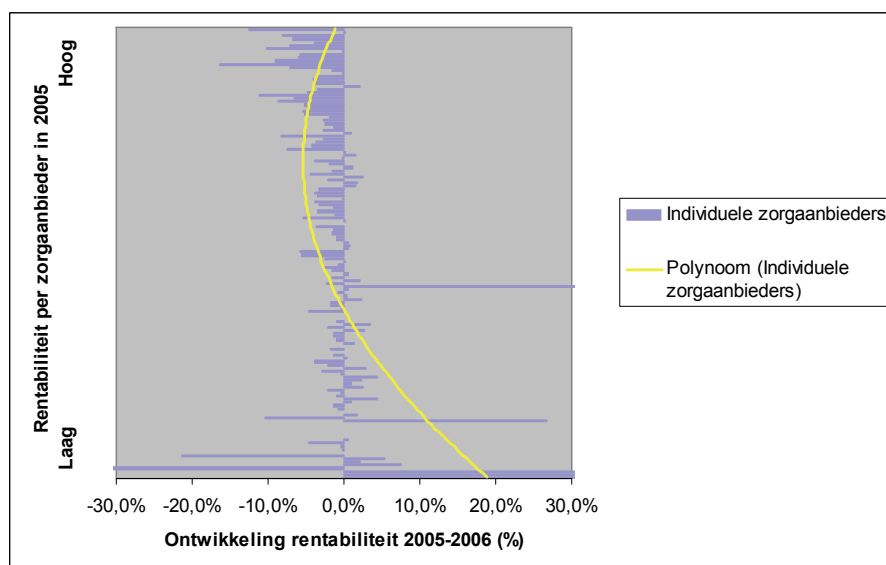
**Care figuur 28. Solvabiliteitsontwikkeling
Gehandicaptenzorgaanbieders 2005-2006**



Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

Gehandicaptenzorgaanbieders met een relatief lage rentabiliteit in 2005 laten een toename van de rentabiliteit zien in 2006, zo blijkt uit figuur 29.

Care figuur 29. Rentabiliteitsontwikkeling Gehandicaptenzorgaanbieders 2005-2006



Bron: jaarrekeningen 2006 zorgaanbieders

4.6 Conclusies Care

De financiële positie van de Care-zorgaanbieders vertoont eind 2006 een positief beeld: het eigen vermogen van de gemiddelde Care-zorgaanbieder komt uit op € 3,5 miljoen en het niet-vreemd vermogen bedraagt dan 5,1 miljoen. Daarnaast is er een positief exploitatieresultaat behaald in 2006 van ruim € 0,3 miljoen. Verder komt de rentabiliteit, de winstgevendheid, uit op 3% en is de solvabiliteit van de gemiddelde Care-zorgaanbieder 20,6%.

In de Care staan de kengetallen van de zorgaanbieders in elke onderscheiden sector er eveneens goed voor. De gemiddelde Thuiszorgaanbieder is het meest solvabel, het hoogste exploitatieresultaat is behaald in de GGZ en de gehandicaptenzorgaanbieders kennen de hoogste rentabiliteit in 2006.

Conclusie tabel 1. Kengetallen Care 2006

	Eigen vermogen	Niet-vreemd vermogen	Exploitatie-resultaat	Solvabiliteit	Rentabiliteit
	Miljoenen euro's			%	
Care	3,5	5,1	0,3	20,6	3,0
Verpleging & Verzorging	3,0	4,6	0,4	20,1	2,8
Thuiszorg	2,1	2,9	0,1	25,1	0,2
Geestelijke gezondheidszorg	5,8	8,1	0,6	21,8	3,6
Gehandicaptenzorg	4,9	6,9	0,3	19,5	3,9

De ontwikkeling van de financiële positie van de gemiddelde Care-zorgaanbieder laat een gematigd positief beeld zien. Het eigen vermogen en het niet-vreemd vermogen hebben zich wel in positieve zin ontwikkeld, deze kengetallen groeien. Dit geldt zowel voor de gemiddelde Care-zorgaanbieder als voor de zorgaanbieders in elke onderscheiden sector. En ook neemt de solvabiliteit bij de gemiddelde Care-zorgaanbieder toe. Deze groei in solvabiliteit is het meest duidelijk in de GGZ.

De ontwikkeling in de rentabiliteit staat bij de gemiddelde Care-zorgaanbieder echter negatief. De afname in rentabiliteit is het scherpst in de Verpleging en Verzorging en de Gehandicaptenzorg. Tot slot valt er een negatieve exploitatieresultaat waar te nemen bij de één op de vier Care-zorgaanbieders. Bij de Thuiszorg zijn verhoudingsgewijs de meeste zorgaanbieders te vinden met een negatief exploitatieresultaat, het zijn er daar twee van de vijf.

Conclusie tabel 2. Mutatie kengetallen Care

	Eigen vermogen	Niet-vreemd vermogen	Solvabiliteit	Rentabiliteit
	%			
Care	9,6	9,3	0,8	-2,2
Verpleging & Verzorging	8,0	9,4	0,8	-2,4
Thuiszorg	1,7	4,4	0,4	-1,6
Geestelijke gezondheidszorg	16,1	12,1	1,2	-0,7
Gehandicaptenzorg	11,8	9,2	0,9	-2,7

Bijlage I. Respons en representativiteit

De onderstaande tabel laat zien hoeveel jaarrekeningen van zorgaanbieders zijn meegenomen voor deze publicatie. Zoals te zien in de tabel is de respons hoog. Voor een aantal Cure zorgaanbieders zoals de ambulancediensten was de respons te laag, waardoor de beschikbare gegevens niet meer representatief waren. Deze gegevens zijn dan ook niet meegenomen bij de publicatie.

Respons jaarrekeningen zorgaanbieders

	Aantal meegenomen in publicatie	Respons
Cure zorgaanbieders		
Algemene en topklinische ziekenhuizen	89	94%
Universitaire Medische Centra	8	100%
Epilepsie centra	2	68%
Radiotherapeutische centra	5	83%
Revalidatiecentra	21	88%
Care zorgaanbieders		
Verpleging en verzorging	742	71%
Geestelijke gezondheidszorg	141	80%
Gehandicaptenzorg	273	87%

Bijlage II. Begrippenlijst

Begrip	Toelichting
<i>Aanvaardbare kosten (incl. subsidies)</i>	Het (wettelijk) budget voor enig jaar dat wordt berekend door de toepassing van de vigerende beleidregels van toepassing op zorgaanbieders.
<i>Collectief gefinancierd gebonden vermogen</i>	Hieronder worden alle reserves opgenomen, waarvan de resultaten zijn ontstaan uit een bekostigingsbron inzake subsidie-, zorggebonden of collectief gefinancierde activiteiten.
<i>Egalisatierekening afschrijvingen</i>	Vermogen van de rechtspersoon, die enerzijds betrekking kunnen hebben op via de bekostigingsbron verkregen gelden, die nog niet zijn aangewend voor investeringen, maar waar wel een verplichting tot investeren in de toekomst aan verbonden is, dan wel voor a fonds perdu verkregen gelden voor vaste activa.
<i>Eigen vermogen</i>	Het eigen vermogen van een Zorgaanbieder wordt onderscheiden naar de componenten kapitaal en reserves en is in principe bedoeld ter dekking van het algemeen risico dat verbonden is aan het ondernemen.
<i>Kapitaal</i>	Het bedrag dat bij oprichting bestemd is voor de verwezenlijking van het gestelde doel. Dit bedrag kan nadien vermeerderd zijn met gedane stortingen.
<i>Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen</i>	Hieronder worden alle reserves opgenomen, die niet zijn ontstaan uit resultaten uit een collectief gefinancierde bekostigingsbron en/of door de regelgevende instanties in de zorgsector is aangeduid, dat ze niet voortkomen uit een subsidie- en/of zorggebonden c.q. collectief gefinancierde activiteiten.
<i>Opbrengsten DBC's B-segment</i>	De opbrengsten DBC's B-segment zijn de bedrijfsopbrengsten die binnenkomen door het declareren van Diagnose Behandel Combinaties van het segment met vrije prijzen. Dit vormt geen onderdeel van het wettelijk budget.
<i>Rentabiliteit</i>	De rentabiliteit geeft inzicht in de mate van winstgevendheid van zorgaanbieders. De rentabiliteit is als volgt berekend: bedrijfsresultaat / balanstotaal
<i>Bedrijfsresultaat</i>	Het bedrijfsresultaat is het saldo van de bedrijfsopbrengsten (= wettelijk budget voor aanvaardbare kosten en/of subsidie + niet gebudgetteerde zorgprestaties + overige bedrijfsopbrengsten) en de bedrijfslasten (= personeelskosten + afschrijvingen op immateriële en materiele vaste activa en overige bedrijfskosten)
<i>Solvabiliteit</i>	De solvabiliteit geeft inzicht in de mate waarin zorgaanbieders op lange termijn aan hun financiële verplichtingen kunnen voldoen. De solvabiliteit is als volgt berekend: (eigen vermogen + egalisatierekening) / balanstotaal
<i>Voorzieningen</i>	Een onderdeel van het vreemd vermogen waarvan de omvang van afwikkeling onzeker is. Onder voorzieningen worden opgenomen: <ul style="list-style-type: none"> a) Verplichtingen en verliezen waarvan de omvang op de balansdatum onzeker is, doch redelijkerwijs is te schatten. b) Op de balansdatum bestaande risico's ter zake van bepaalde te verwachten verplichtingen of verliezen waarvan de omvang redelijkerwijs is te schatten. c) Kosten welke in een volgend boekjaar zullen worden gemaakt, mits het maken van die kosten zijn oorsprong mede vindt in het boekjaar of in een voorafgaand boekjaar en de voorzieningen strekt tot een gelijkmatige verdeling van lasten over een aantal boekjaren. Voorbeelden van dergelijke voorzieningen: voorziening groot onderhoud, voorziening jubileumverplichtingen.

Bijlage III.Kengetallen Cure

Berekening	N	Gemiddeld eigen vermogen (min euro's)		Gemiddeld exploitatieresultaat (min euro's)	Aantal instellingen met negatief saldo (AANTAL_ALS < 0)	Aandeeel instellingen met negatief saldo (%)	Gemiddeld Budget (min euro's)		Gemiddeld eigen vermogen als aandeel van het budget (%)	
		2005	2006				2005	2006	2005	2006
	-	Eigen vermogen/jaar x /N		EVO6-EV05	AANTAL_ALS < 0	# < 0 / N	budget/jaar x / N		EV/jaar x / budget/jaar x	
Totaal	124	11,4	12,5	1,09	30	24,2	99,6	104,3	11,4	12,0
Naar grootte van het budget (min euro)										
0-37	31	2,4	2,5	0,09	9	29,0	14,7	15,6	16,5	16,1
37-72	31	5,4	6,4	1,07	4	12,9	52,4	54,8	10,2	11,7
72-147	31	9,8	10,4	0,57	9	29,0	92,9	97,4	10,5	10,6
147-575	31	27,9	30,5	2,64	7	22,6	238,4	249,2	11,7	12,3
Naar Regio										
Noord	16	10,2	11,4	1,22	2	12,5	86,8	91,3	11,7	12,5
Oost	20	11,3	11,4	0,09	7	35,0	111,7	116,3	10,1	9,8
West	66	11,9	13,4	1,43	14	21,2	95,6	100,2	12,5	13,3
Zuid	22	10,7	11,5	0,89	7	31,8	110,1	114,9	9,7	10,1
Randstad	59	12,9	14,4	1,52	14	23,7	101,4	106,6	12,7	13,5
Buiten Randstad	65	10,0	10,7	0,70	16	24,6	98,0	102,2	10,2	10,4
Categorie										
Academische Ziekenhuizen	8	57,8	64,1	6,29	2	25,0	380,0	398,8	15,2	16,1
Topklinische Ziekenhuizen	20	16,8	18,8	2,07	3	15,0	187,0	187,4	9,3	10,1
Algemene Ziekenhuizen	68	7,8	8,4	0,57	16	23,5	76,9	80,7	10,2	10,4
Raditherapeutische instellingen	5	1,7	1,8	0,12	1	20,0	9,1	10,1	18,5	17,9
Revalidatiecentra	21	2,8	2,9	0,12	8	38,1	13,7	16,7	17,7	17,4

	N	Gemiddeld niet-vreemd vermogen (min euro's)		Gemiddelde mutatie niet-vreemd vermogen (min euro's)	Aantal instellingen met negatief saldo (n)	Aandeel instellingen met negatief saldo (%)	Gemiddeld Budget (mln euro's)		Gemiddeld niet-vreemd vermogen als aandeel van het budget (%)	
		2005	2006				2005	2006	2005	2006
Berekening										
Totaal	124	24,0	25,3	1,36	34	27,4	99,6	104,3	24,1	24,3
Naar grootte van het budget (min euro)										
0-37	31	3,9	3,9	0,06	10	32,3	14,7	15,6	26,3	25,1
37-72	31	7,6	8,8	1,21	4	12,9	52,4	54,8	14,5	16,1
72-147	31	13,8	14,9	1,12	11	35,5	92,9	97,4	14,8	15,3
147-575	31	70,7	73,7	3,02	9	29,0	238,4	249,2	29,6	29,6
Naar Regio										
Noord	16	20,1	22,2	2,19	2	12,5	86,8	91,3	23,1	24,4
Oost	20	22,8	22,6	-0,25	8	40,0	111,7	116,3	20,5	19,4
West	66	27,5	29,3	1,77	17	25,8	95,6	100,2	28,8	29,2
Zuid	22	17,4	18,3	0,96	7	31,8	110,1	114,9	15,8	15,9
Randstad	59	30,1	32,0	1,93	16	27,1	101,4	106,6	29,7	30,0
Buiten Randstad	65	18,4	19,3	0,84	18	27,7	98,0	102,2	18,8	18,9
Categorie										
Academische Ziekenhuizen	8	203,0	209,3	6,29	2	25,0	380,0	398,8	53,4	52,5
Topklinische Ziekenhuizen	20	23,5	25,9	2,36	4	20,0	180,0	187,4	13,1	13,8
Algemene Ziekenhuizen	68	11,0	12,0	0,97	20	29,4	76,9	80,7	14,3	14,9
Radiotherapeutische instellingen	5	2,7	3,0	0,33	0	0,0	9,1	10,1	29,2	29,6
Revalidatiecentra	21	4,4	4,4	0,06	8	38,1	15,7	16,7	28,0	26,6

Berekening	N	Gemiddeld eigen vermogen (mln euro's)		Gemiddelde egalisatierekening (mln euro's)		Gemiddelde balanstotaal (mln euro's)		Solvabiliteit (%)	
		2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
	-	Eigen vermogen jaar x / N		totaal egalisatierekening jaar x / N		totaal passiva jaar x / N		(EV-egalisatierekening) / passiva	
Totaal	124	11,4	12,5	8,8	8,6	135,4	146,5	14,9	14,4
Naar grootte van het budget (min euro)									
0-37	31	2,4	2,5	0,8	0,8	22,2	23,3	14,6	14,4
37-72	31	5,4	6,4	1,0	1,0	71,3	76,4	9,0	9,7
72-147	31	9,8	10,4	1,7	1,6	129,5	137,0	8,9	8,8
147-575	31	27,9	30,5	31,6	30,8	318,8	349,3	18,7	17,6
Naar Regio									
Noord	16	10,2	11,4	6,5	6,4	124,9	137,3	13,4	13,0
Oost	20	11,3	11,4	7,0	6,7	145,9	167,2	12,5	10,8
West	66	11,9	13,4	11,6	11,4	136,4	145,4	17,3	17,0
Zuid	22	10,7	11,5	3,7	3,4	130,8	137,6	10,9	10,9
Randslad	59	12,9	14,4	12,9	12,6	144,8	155,2	17,8	17,4
Buiten Randstad	65	10,0	10,7	5,1	4,9	126,9	138,6	11,9	11,2
Categorie									
Academische Ziekenhuizen	8	57,8	64,1	114,8	112,3	590,6	655,5	29,2	26,9
Topklinische Ziekenhuizen	20	16,8	18,8	2,8	2,5	215,7	235,9	9,1	9,1
Algemene Ziekenhuizen	68	7,8	8,4	1,3	1,3	104,0	110,1	8,8	8,8
Radiotherapeutische instellingen	5	1,7	1,8	0,7	0,7	19,9	25,5	11,9	9,8
Revalidatiecentra	21	2,8	2,9	0,9	0,9	22,3	22,3	16,5	17,1

Berekening	N	Gemiddeld bedrijfsresultaat (jaarrek.) (mln euro's)		Gemiddelde balans totaal (mln euro's)		Rentabiliteit (%)	
		2005	2006	2005	2006	2005	2006
Totaal	124	4,3	10,5	135,4	146,5	3,2	7,2
Naar grootte van het budget (mln euro)							
0-37	31	0,1	0,4	22,2	23,3	0,5	1,5
37-72	31	5,8	7,1	71,3	76,4	8,2	9,3
72-147	31	11,4	14,3	129,5	137,0	8,8	10,4
147-575	31	17,3	20,3	318,8	349,3	5,4	5,8
Naar Regio							
Noord	16	9,8	10,9	124,9	137,3	7,8	8,0
Oost	20	11,2	13,3	145,9	167,2	7,7	8,0
West	66	7,3	9,3	136,4	145,4	5,4	6,4
Zuid	22	9,5	11,3	130,8	137,6	7,3	8,2
Randstad	59	7,8	9,9	144,8	155,2	5,4	6,4
Buiten Randstad	65	9,4	11,1	126,9	138,6	7,4	8,0
Categorie							
Academische Ziekenhuizen	8	14,6	20,1	590,6	655,5	2,5	3,1
Topklinische Ziekenhuizen	20	7,5	19,5	215,7	235,9	3,5	8,3
Algemene Ziekenhuizen	68	3,4	10,7	104,0	110,1	3,3	9,7
Radiotherapeutische instellingen	5	0,7	0,8	19,9	25,5	3,8	3,0
Revalidatiecentra	21	0,9	0,7	22,3	22,3	4,1	3,3

Bijlage IV. Kengetallen Care

	N	Gemiddeld eigen vermogen (min euro's)		Aantal instellingen met negatief saldo met negatief saldo (#)	Aandeel instellingen met negatief saldo (%)	Gemiddeld Budget (min euro's)		Gemiddeld eigen vermogen als aandeel van het budget (%)	
		2005	2006			2005-2005	2005-2006	2005	2006
Berekening									
Totaal	863	3.2	3.5	225	26.1	22.0	23.4	14.5	14.9
		Eigen vermogen jaar x / N		AANTAL-ALS <0	# <0 / N	budget/jaar x / N		EV/jaar x / budget/jaar x	
Naar grootte van het budget (min euro)									
	216	0.4	0.4	68	31.5	1.2	1.4	29.0	28.7
	216	1.1	1.2	58	26.9	4.7	5.1	23.2	23.9
	216	2.8	3.2	50	23.1	17.8	19.1	15.9	16.8
	215	8.5	9.2	49	22.8	64.5	68.3	13.1	13.4
		31.40-420.00							
Naar Regio									
	85	4.2	4.3	22	25.9	27.3	28.5	15.3	15.2
	179	2.6	3.0	47	26.3	18.1	19.4	14.3	15.4
	413	3.1	3.4	104	25.2	22.5	24.0	14.0	14.2
	186	3.4	3.8	52	28.0	22.4	23.8	15.2	15.8
		Zuid							
	372	3.1	3.4	94	25.3	23.1	24.7	13.4	13.6
	491	3.3	3.6	131	26.7	21.2	22.5	15.4	16.0
		Randstad							
		Buiten Randstad							
Categorie									
	487	2.8	3.0	117	24.0	18.6	19.9	15.0	15.2
	136	2.1	2.1	49	36.0	13.6	14.8	15.3	14.4
	148	4.3	4.9	40	27.0	31.5	33.1	13.8	14.7
	92	5.0	5.8	19	20.7	37.2	39.5	13.4	14.6
		Verpleging & Verzorging							
		Thuiszorg							
		Gehandicaptenzorg							
		Geestelijke gezondheidszorg							

Berekening	N	Gemiddeld niet-vreemd vermogen (min euro's)		Gemiddelde mutatie niet-vreemd vermogen (min euro's) 2005-2006	Aantal instellingen met negatief saldo (n)	Aandee instellingen met negatief saldo (%) 2005-2006	Gemiddeld Budget (min euro's)		Gemiddeld niet-vreemd vermogen als aandeel van het budget (%) 2005-2006
		2005	2006				2005	2006	
Totaal	-	4,7	5,1	0,44	229	26,5	22,0	23,4	21,3
Naar grootte van het budget (min euro)									
0-2.82	216	0,5	0,5	0,05	71	32,9	1,2	1,4	40,6
2.82-9.09	216	1,5	1,6	0,16	53	24,5	4,7	5,1	31,1
9.09-31.40	216	4,1	4,6	0,47	56	25,9	17,8	19,1	23,2
31.40-420.00	215	12,7	13,8	1,08	49	22,8	64,5	68,3	19,8
Naar Regio									
Noord	85	5,8	6,2	0,39	22	25,9	27,3	28,5	21,3
Oost	179	3,8	4,3	0,50	52	29,1	18,1	19,4	20,8
West	413	4,8	5,2	0,40	100	24,2	22,5	24,0	21,4
Zuid	186	4,8	5,3	0,49	55	29,6	22,4	23,8	21,6
Randstad	372	4,8	5,2	0,41	89	23,9	23,1	24,7	20,8
Buiten Randstad	491	4,6	5,1	0,47	140	28,5	21,2	22,5	21,8
Categorie									
Verpleging & Verzorging	487	4,2	4,6	0,40	107	22,0	18,6	19,9	22,8
Thuiszorg	136	2,8	2,9	0,12	54	39,7	13,6	14,8	20,7
Gehandicaptenzorg	148	6,4	6,9	0,59	48	32,4	31,5	33,1	20,2
Geestelijke gezondheidszorg	92	7,3	8,1	0,88	20	21,7	37,2	39,5	19,6

Berekening	N	Gemiddeld eigen vermogen (min euro's)		Gemiddelde egalisatierekening (min euro's)		Gemiddelde balanstotaal (min euro's)		Solvabiliteit (%)
		2005	2006	2005	2006	2005	2006	
Totaal	863	3,2	3,5	0,6	0,7	19,2	20,3	19,7
Naar grootte van het budget (min euro)								
0-2,82	216	0,4	0,4	0,1	0,1	1,8	2,0	22,6
2,82-9,09	216	1,1	1,2	0,1	0,2	5,4	5,9	23,6
9,09-31,40	216	2,8	3,2	0,5	0,6	17,1	18,1	19,5
31,40-420,00	215	8,5	9,2	1,8	1,9	52,6	55,4	19,5
Naar Regio								
Noord	85	4,2	4,3	0,6	0,7	20,4	21,2	23,7
Oost	179	2,6	3,0	0,5	0,5	16,3	17,3	18,8
West	413	3,1	3,4	0,7	0,7	20,4	21,3	18,7
Zuid	186	3,4	3,8	0,6	0,7	19,0	20,7	21,2
Randstad	372	3,1	3,4	0,7	0,7	20,8	21,7	18,1
Buiten Randstad	491	3,3	3,6	0,6	0,6	18,0	19,3	21,2
Categorie								
Verpleging & Verzorging	487	2,8	3,0	0,7	0,8	17,8	19,0	19,3
Thuiszorg	136	2,1	2,1	0,1	0,1	9,1	9,1	24,6
Gehandicapenzorg	148	4,3	4,9	0,7	0,7	27,1	28,5	18,6
Geestelijke gezondheidszorg	92	5,0	5,8	1,0	1,0	28,9	30,8	20,6

	N	Gemiddeld bedrijfsresultaat (jaarrek.) (mln euro's)		Gemiddelde balanstotaal (mln euro's)		Rentabiliteit (%)	
		2005	2006	2005	2006	2005	2006
Berekening	2005-2006						
Totaal	863	1,0	0,6	19,2	20,3	5,1	3,0
Naar grootte van het budget (mln euro)							
0-2,82	216	0,1	0,1	1,8	2,0	4,1	4,1
2,82-9,09	216	0,3	0,2	5,4	5,9	4,8	3,3
9,09-31,40	216	0,9	0,7	17,1	18,1	5,4	3,8
31,40-420,00	215	2,7	1,5	52,6	55,4	5,1	2,7
Naar Regio							
Noord	85	1,5	0,4	20,4	21,2	7,2	2,1
Oost	179	0,9	0,6	16,3	17,3	5,5	3,5
West	413	0,9	0,6	20,4	21,3	4,7	2,9
Zuid	186	1,0	0,7	19,0	20,7	5,0	3,3
Randstad	372	1,0	0,6	20,8	21,7	4,6	2,8
Buiten Randstad	491	1,0	0,6	18,0	19,3	5,6	3,2
Categorie							
Verpleging & Verzorging	487	0,9	0,5	17,8	19,0	5,2	2,8
Thuiszorg	136	0,2	0,0	9,1	9,1	1,8	0,2
Gehandicaptenzorg	148	1,8	1,1	27,1	28,5	6,6	3,9
Geestelijke gezondheidszorg	92	1,2	1,1	28,9	30,8	4,3	3,6



Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
E info@nza.nl
I www.nza.nl

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) is de toezichthouder op alle zorgmarkten in Nederland en ziet toe op zowel de zorgaanbieders als verzekeraars, op zowel de curatieve markten als op de markten voor langdurige zorg. De NZa heeft een aantal wettelijke taken: het vaststellen van prijzen en budgetten, markttoezicht en waken over goede uitvoering van de Zorgverzekeringwet en de AWBZ. Daarbij staat het belang van de consument voorop: er moet voldoende, toegankelijke, betaalbare en goede zorg zijn.

De NZa is marktmeester voor die delen van de zorgmarkt waar vrije prijzen gelden. Als blijkt dat op een bepaalde deelmarkt geen daadwerkelijke concurrentie tot stand komt, heeft de NZa verschillende instrumenten om in te grijpen. Markttoezicht gaat ook over het bevorderen van inzichtelijkheid (transparantie) van markten en over goede keuze-informatie voor consumenten. Informatie moet helder en vergelijkbaar zijn en mag niet misleidend zijn.

Als er (nog) geen vrije prijzen gelden, stelt de NZa tarieven of prestatiebeschrijvingen vast voor een groot deel van de gezondheidszorg. Het toezicht op de zorgverzekeringswetten bestaat er bijvoorbeeld uit dat de NZa bewaakt dat verzekeraars aan hun zorgplicht en acceptatieplicht voldoen en dat ze zich houden aan het verbod op premiedifferentiatie. De NZa zet ook in op flinke vermindering van de bureaucratie. Ze neemt haar eigen regels grondig onder de loep, maar spreekt ook beleidsmakers, andere toezichthouders én marktpartijen aan op hun verantwoordelijkheid als dat nodig is om het aantal regels en voorschriften te beperken.