

Inflatie in Nederlandse ziekenhuizen

Marjon den Besten, Niek Stadhouders en Patrick Jeurissen

Kernpunten

- Inflatie veroorzaakt verschillen tussen ziekenhuizen in groei van hun kosten.
- De macro-uitgavenkaders worden in Nederland volledig en automatisch gecompenseerd voor de gemiddelde inflatie.
- Andere Europese landen compenseren de macrokaders over het algemeen minder voor inflatie.
- Ziekenhuizen krijgen de gemiddelde inflatiecompensatie echter meestal niet volledig doorberekend; het onderscheid tussen compensatie voor inflatie en andere redenen voor budgetgroei of -krimp is onduidelijk.
- Zorgverzekeraars maken in de praktijk geen onderscheid tussen ziekenhuizen die verschillend zijn geraakt door inflatie. Dit wordt gezien als onderdeel van bedrijfsrisico.
- Hogere inflatie geeft een grotere onderhandelruimte en leidt tot meer mogelijkheden voor zorgverzekeraars om te differentiëren in zorginkoop.

Inleiding

Deze policybrief analyseert de effecten van de hoge inflatie op ziekenhuizen. We onderzoeken de mate waarin de ziekenhuizen de verhoogde kosten door inflatie vergoed krijgen en de mate waarin wordt gedifferentieerd tussen ziekenhuizen in inflatie-compensatie. Wij vinden dat ziekenhuizen niet volledig vergoed worden voor (variatie in) inflatie en dat inflatie daarmee een bron is voor oplopende verschillen in de bedrijfsvoering van ziekenhuizen: sommige ziekenhuizen profiteren van inflatie en andere ziekenhuizen ondervinden nadelen van inflatie.

De budgetruimte voor ziekenhuiszorg stijgt mee met de gemiddelde inflatie. De overheid hanteert een reële begroting die aan het begin van een kabinetsperiode wordt vastgesteld. Elk jaar worden deze budgetten, waaronder het uitgavenplafond zorg (UPZ) gecorrigeerd voor inflatie met twee indices voor loonkosten en materiële kosten. De index voor loonkosten is gebaseerd op de Overheidsbijdrage aan

arbeidskosten (OVA). De OVA is een overeenkomst die getekend is door de overheid en de zorginstellingen waarin vastgelegd is dat de gemiddelde marktconforme loonstijging aangehouden wordt, zoals deze berekend wordt door het CPB. Afwijking hiervan kan alleen plaatsvinden in overeenstemming met alle partijen. In de praktijk houdt dit in dat een lagere loonstijging niet geaccepteerd zal worden door de zorginstellingen. Voor de materiële kosten wordt er gebruik gemaakt van het prijsindexcijfer voor particuliere consumptie, berekend door het CPB. De indices zijn gebaseerd op de ramingen in april uit het Centraal Economisch Plan (CEP). De NZa berekent op basis van beide indices onder andere de nieuwe maximumtarieven in het DBC-A segment. Hoewel zorgverzekeraars vrij zijn om budgetafspraken te maken met ziekenhuizen worden de inflatiecijfers doorgaans zonder controversie overgenomen als startpunt in de budgetonderhandelingen met ziekenhuizen. Omdat de inflatie in de afgelopen twee jaar sterk afweek van de aprilramingen van het CEP is een extra aanpassing

gedaan aan de raming gebaseerd op de indices uit de Macro Economische Verkenningen (MEV) van september. Daarnaast wordt er elk jaar een nacalculatie meegenomen die corrigeert voor de afwijkingen in de ramingen in het CEP van het jaar ervoor. In vergelijking met andere Europese landen is de inflatiecompensatie van het macrokader in Nederland volledig en automatisch via regelingen afgedekt. De vertaling van het macrokader naar ziekenhuizen gaat via onderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars en hierin bestaat veel vrijheid in differentiatie. Dit maakt het in theorie mogelijk om ziekenhuizen die verschillend worden geraakt door inflatie ook verschillend te compenseren.

Aangezien hoge inflatie een uitzondering betreft is er nog maar weinig onderzoek gedaan naar de effecten daarvan op de ziekenhuisbudgetten. Inflatie heeft echter wel degelijk impact op de koopkracht van ziekenhuizen: ze kunnen, gegeven het beschikbare budget, minder uitgeven. Verschillende kostencategorieën kennen verschillende inflatie-indices. Hierdoor hangt de invloed van inflatie in de praktijk ook af van de samenstelling van de ziekenhuisuitgaven: een ziekenhuis met bijvoorbeeld meer medische apparatuur heeft mogelijk een groter stroomverbruik waardoor deze sterker getroffen wordt door hoge prijsstijgingen van elektriciteit. Daarnaast kan het moment waarop contracten of leningen zijn aangegaan verschillen veroorzaken tussen ziekenhuizen. Als er in de compensatie geen onderscheid gemaakt wordt tussen de mate waarin een ziekenhuis last heeft van inflatie kan dit leiden tot over- of ondercompensatie.

Methode en data

Door middel van een vragenlijst onder de Europese partners van het Health Systems and Policy Monitor netwerk (HSPM) zijn de mechanismen om zorgbudgetten te corrigeren voor inflatie vergeleken tussen 21 Europese landen. Vervolgens is onderzocht hoe het Nederlandse zorgsysteem van inflatiecompensatie uitpakt voor ziekenhuizen. We voor-

spellen verschillen in de mate waarin ziekenhuizen worden geraakt door inflatie door een analyse van de verschillen in de kostenopbouw van ziekenhuizen. Vervolgens analyseren we de historische relatie tussen inflatie en de totale budgetgroei waarmee we onderzoeken hoe er in het verleden gecompenseerd werd voor de variatie in inflatie. Verder houden we interviews met beleidscoördinatoren en financieel managers van zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Tot slot voorspellen we hoe de hoge inflatie in 2022 en 2023 per ziekenhuis uitwerkt gegeven de kostenopbouw. De historische compensatie in combinatie met variatie in de voorspelde inflatie geeft een schatting van de problematiek rond over- en ondercompensatie van inflatie in ziekenhuizen.

In veel Europese landen wordt inflatie niet helemaal gecompenseerd binnen de macrokaders

In een scala aan Europese landen (Zweden, Cyprus, Frankrijk, Bulgarije, Griekenland, Hongarije, Litouwen, Roemenië, Tsjechië) is het expliciet aanpassen van budgetten vanwege inflatie helemaal niet gebruikelijk. Dit zijn veelal landen met een single-payer systeem waarin de ziekenhuisbudgetten rechtstreeks onder de verantwoordelijkheid van de overheid vallen. Hierdoor zijn de landen wellicht minder genoodzaakt om de prijzen te updaten ten behoeve van externe marktspelers. Dit wil niet zeggen dat de budgetten helemaal niet worden verruimd om enige rekening te houden met inflatie, maar vooral dat dit minder systematisch gebeurt.

Landen die wel expliciet corrigeren voor inflatie maken doorgaans gebruik van een generieke index. Vaak wordt de consumentenprijsindex (CPI) gebruikt als mechanisme om budgetten bij te stellen (Finland, Noorwegen, Luxemburg, Slowakije, Italië, België). Als de daadwerkelijke groei in met name loonkosten hoger ligt dan de CPI (zoals vaak het geval is), dan moet dat uitgebalanceerd worden door productiviteitsgroei. Er zijn maar weinig landen die een specifieke indexering hebben voor stijgingen

van lonen. In België wordt gebruik gemaakt van een aangepaste CPI voor de zorg (zonder alcohol, tabak en brandstoffen). Deze zorg-CPI ligt daardoor vaak iets lager dan de algemene CPI. Als er een drempelwaarde wordt bereikt, worden de lonen met een overeenkomstig percentage geïndexeerd. In Luxemburg worden de lonen geïndexeerd als de inflatie hoger is dan 2,5% (met dit percentage). In Oostenrijk is de compensatie voor stijging van loonkosten afhankelijk van de CPI gecorrigeerd voor productiviteitstrends (de zogenaamde Benya formule). In veel landen wordt dus niet (volledig) gebruik gemaakt van automatische prijs- of loonkostenindexering wat betekent dat zorgaanbieders een eventueel verschil zelf moeten financieren. In Tsjechië stegen de lonen met 13-15%, terwijl de compensatie zo'n 8% was. In Italië gingen de budgetten in 2023 omhoog met 3% ook al was de inflatie 12%. In Frankrijk gingen de ziekenhuisbudgetten met een percentage tussen de 5% en 8% omhoog wat ook niet genoeg was om de salarisverhogingen en de daadwerkelijke inflatie te compenseren. In andere Europese landen wordt er over het algemeen minder vergoed in de macrokaders dan in Nederland. Uiteindelijk

zijn in Nederland veel prijzen vrij voor onderhandeling tussen verzekeraars en zorgaanbieders wat er in kan resulteren dat de PPI en de OVA niet altijd volledig doorberekend worden naar zorgaanbieders. Het effect van de regelingen voor individuele ziekenhuizen is daardoor onzeker.

Analyse van de doorvertaling van inflatie naar ziekenhuizen

We analyseren de jaarverslagen van 850 instellingen die medisch specialistische zorg leveren, bestaande uit acht universitaire medische centra (umc), 128 algemene of categorale ziekenhuizen (zkh) en 739 zelfstandige behandelklinieken (zbc). De data, die de periode 2007-2021 beslaan, zijn afkomstig van de openbare databestanden van DigiMV, beheerd door het CIBG. Inflatiecijfers zijn afkomstig van het CBS en de NZa. Door de jaarlijkse inflatiecijfers per kostencategorie te combineren met het aandeel van kosten in deze categorie, kan per ziekenhuis de verwachte inflatie in het volgende jaar worden berekend. Tabel 1 geeft een overzicht van de kostencategorieën en bijbehorende inflatiecijfers.

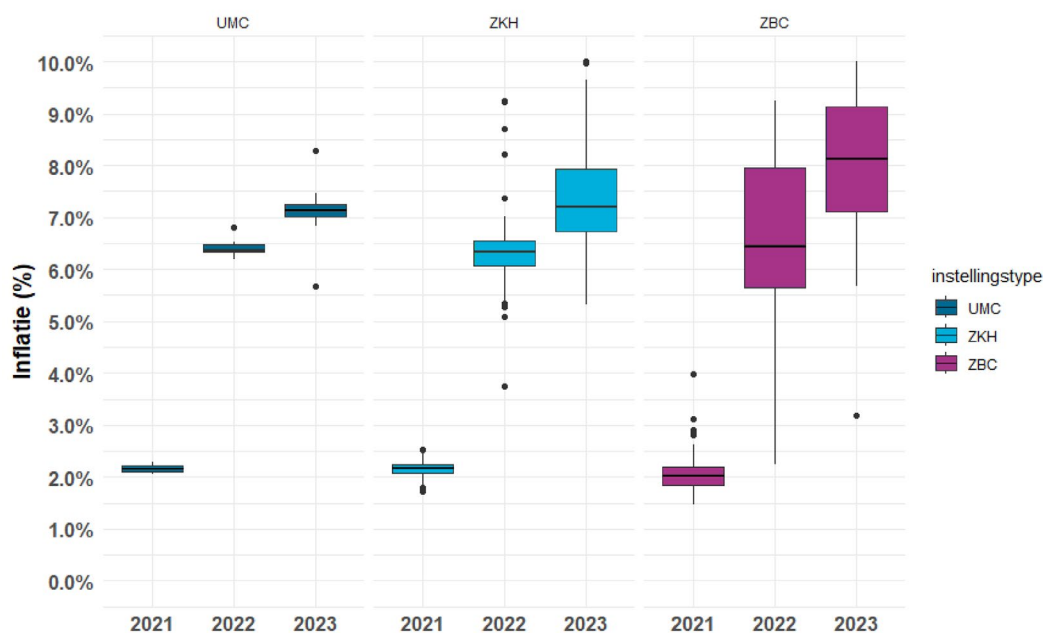
Tabel 1 Inflatiecijfers van de verschillende kostencategorieën in percentages.

Jaar	Personeel	Materieel	Kapitaal	Gas	Elektriciteit
2022	4,42	9,25	6,82	74,99	64,06
2021	2,01	1,77	3,11	34,35	16,50
2020	3,28	1,97	2,32	-0,54	10,93
2019	3,42	2,49	3,93	-3,46	7,96
2018	2,96	1,55	1,89	6,61	5,61
2017	2,04	1,87	2,13	-5,07	-5,87
2016	1,74	0,38	0,31	-8,68	-7,34
2015	0,08	0,32	-0,39	-2,41	-4,17
2014	1,94	1,04	0,81	-6,12	-5,19
2013	2,64	2,88	2,55	8,11	4,11
2012	2,95	2,41	1,66	8,06	-0,77
2011	3,11	1,98	1,86	6,44	-1,75
2010	1,75	-0,31	1,69	-14,01	-11,14
2009	3,42	0,87		-1,73	5,40
2008	4,07	2,68		5,12	4,16
2007	2,42	1,51			
2006	0,84	2,47			

De variatie in inflatie tussen ziekenhuizen neemt toe

Figuur 1 laat de resultaten zien van de ziekenhuis-specifieke inflatie voor 2021, 2022 en 2023. De inflatie neemt toe in 2022 en 2023, maar belangrijker is dat ook de variatie tussen de instellingen toeneemt, met name voor ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra. In 2021 ervaren de meeste ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (zbc's) een inflatie tussen 2,2% en 2,4%, wat betekent dat de verschillen tussen de ziekenhuizen en zbc's maximaal 0,2% bedroegen. In 2022 stijgt de inflatie bij zbc's vervolgens tussen 5,5% tot 8%. Dit wil zeggen dat het verschil tussen zbc's

stijgt van maximaal 0,2% naar maximaal 2,3%. Dit kan resulteren in flinke over- of ondercompensatie als alle zbc's worden gecompenseerd met hetzelfde inflatiecijfer. Voor de ziekenhuizen bedraagt het verschil in 2023 maximaal 1,2%. Dit impliceert wederom dat het toepassen van éénzelfde inflatiecijfer kan leiden tot over- of ondercompensatie in de ordegrrootte van enkele miljoenen euro's. Zolang de verhoudingen tussen de verschillende inflatiecijfers gelijk blijven en de kostenstructuur niet dusdanig verandert, zal de variatie in inflatie tussen ziekenhuizen blijven groeien.



Figuur 1 Boxplot van spreiding in verwachte ziekenhuis-specifieke inflatie

Verzekeraars vergoeden de inflatie niet volledig

Door middel van interviews met financiële managers van ziekenhuizen en beleidscoördinatoren voor medisch specialistische zorg van de zorgverzekeraars is er onderzoek gedaan naar de gebruikelijke mechanismen om

de inflatie te verwerken in de ziekenhuisbudgetten. Ziekenhuizen gaven aan dat ze het meest geraakt waren door de stijging van materiële kosten, zoals energiekosten. Met name ziekenhuizen die bezig zijn met renovaties of duurzaamheidsinvesteringen voelen de inflatie het hardst. De rentes op leningen en de

prijzen van de grondstoffen in bouwmarkten zijn erg onderhevig aan inflatie, wat ertoe kan leiden dat investeringen uitgesteld worden. Alhoewel de inflatie het meest gevoeld wordt op de materiële kosten, heeft inflatie op lonen de grootste impact, aangezien loonkosten de grootste kostencategorie vormen. Voor materiële kosten is het in beginsel mogelijk om keuzes te maken voor andere leveranciers of voor andere merken, maar daarentegen zullen de lonen gewoon uitbetaald moeten worden. In het algemeen gaven de ziekenhuizen aan dat de compensatie die ze kregen voor inflatie te laag was om de groei in kosten te dekken. De ziekenhuizen hebben nu met name beleidsmaatregelen uitgesteld of juist een lager financieel resultaat geaccepteerd.

Tijdens de onderhandelingen over de contracten staat de index die is vastgesteld door de NZa centraal.

Met de koepelverenigingen van zorgverzekeraars en ziekenhuizen is bovendien afgesproken dat de OVA vergoed wordt, zodat de ziekenhuizen de Collectieve Arbeidsovereenkomsten (CAO) kunnen betalen. Meestal komt de OVA overigens niet helemaal overeen met de CAO, maar in het afgelopen jaar was dat verschil wel heel groot. Zo krijgen personeelsleden van een UMC er in totaal 10% salaris bij in 2023, maar de OVA over 2023 ligt maar op 6,36%. Ziekenhuizen en verzekeraars geven beiden aan dat de NZa index bijna nooit volledig wordt vergoed. In het geval dat de index wel volledig wordt vergoed, heeft dat altijd te maken met specifieke en instellingsgebonden zaken zoals verbouwingen of grote en noodzakelijke investeringen.

Zorgverzekeraars houden een kleine buffer aan voor nieuwe zorg, voor zorg die verplaatst wordt naar zelfstandige behandelcentra of voor ziekenhuizen die het financieel moeilijk hebben. De buffer hiervoor wordt in de praktijk gevormd door het niet volledig uitkeren van de prijsbijstelling aan ziekenhuizen, maar het onderscheid tussen de prijsbijstelling en andere onderdelen die het totale budget correct bepalen is erg moeilijk. De onderhandelingen over het totale budget gaan namelijk niet enkel

over de prijzen, maar ook over volume, kwaliteit en efficiëntie. In de praktijk maakt het niet zoveel uit of zorgverzekeraars een korting op de prijsbijstelling afdingen, of een generieke 'efficiëntiekorting'; de effecten op het totale budget zijn hetzelfde. Dit betekent dat het niet volledig uitkeren van de prijsbijstelling ook kan worden geïnterpreteerd als een verkapte generieke efficiëntiekorting. Het proces van de onderhandelingen verandert niet, alleen is de onderhandelingsruimte groter geworden omdat de index nu hoger ligt door de hoge inflatie.

Verschillen tussen ziekenhuizen door inflatie worden niet gecompenseerd

Om te onderzoeken of er in het verleden gecompenseerd werd voor inflatie, is er een lineaire regressie uitgevoerd waarin de ziekenhuis-specifieke inflatie gecorreleerd is aan de geobserveerde budgetgroei voor 2006-2021. Als zorginstellingen gecompenseerd worden voor de ziekenhuis-specifieke effecten van inflatie verwachten we dat de geobserveerde budgetgroei (deels) te verklaren is door ziekenhuis-specifieke inflatie. Dit wil zeggen: als een ziekenhuis relatief meer last heeft van inflatie in een bepaald jaar is de verwachting dat dit ziekenhuis ook meer wordt gecompenseerd en daardoor een hogere budgetgroei heeft in dat jaar. Deze hypothese wordt getoetst door middel van een lineaire regressie. We schatten verschillende modellen die in meer of mindere mate corrigeren voor jaartal, grootte van de instelling en onderhandelingskracht en ontwikkelingen in zorgvraag en volume. Er werd in geen van de modellen enige significante correlatie met de instellings-specifieke inflatie gevonden (tabel 2). Dit houdt in dat er geen empirisch bewijs is dat de verzekeraars verschillen in kostenstijgingen door inflatie vergoeden. Dit komt ook terug in de interviews: Verzekeraars houden weinig rekening met de individuele verschillen tussen ziekenhuizen die door inflatie worden veroorzaakt. Het drukken van de algemene kosten(stijgingen) wordt gezien als onderdeel van goede bedrijfsvoering. Het volledig compenseren van inflatiekosten vermindert de prikkel voor ziekenhuizen om te investeren in

continue verduurzaming en efficiëntieverbetering. Verzekeraars willen geen slechte keuzes

belonen en goede keuzes ontmoedigen, bijvoorbeeld op het gebied van verduurzaming.

Tabel 2 Resultaten van de vier modellen van de lineaire regressie. Schatting (standaard fout). Significantie niveau genoteerd als volgt: *** = $p < .001$, ** = $p < .01$, * $p < .05$.

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Adjusted R²	-0.0003	0.043	0.143	0.142
n	1410	1410	1392	1392
Intercept	0.058 (0.011)***	-0.340 (0.179)	-0.036 (0.170)	-0.035 (0.171)
Verwachte inflatie	-0.25 (0.410)	1.115 (0.589)	1.117 (0.583)	1.231 (2.611)
Groei in geopende DBC (Vraag)			0.195 (0.033)***	0.195 (0.033)***
Groei in fte personeel (Volume)			0.068 (0.030)*	0.069 (0.030)*
Logaritme van totale omzet vorig jaar (grootte + onderhandelingsmacht)			-0.00007 (0.002)	0.0001 (0.006)
Interactie term voor grootte				-0.009 (0.193)
Tijdsfactor		0.025 (0.012)*	0.004 (0.012)	0.004 (0.013)

Conclusies en discussie

Naar aanleiding van ons onderzoek concluderen we dat Nederland relatief goede mechanismen heeft om ziekenhuizen te beschermen tegen hoge inflatie. Nederland hanteert compensatiemechanismen die de effecten van toenemende inflatie automatisch meenemen in de financiële macrokaders. De inflatiecijfers worden gebruikt als startpunt in de onderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Doorgaans vergoeden verzekeraars de inflatie echter niet volledig. Inflatie is slechts een van de factoren die de uiteindelijke financiële ruimte voor ziekenhuizen bepalen, naast bijvoorbeeld prijs- en volumeafspraken en eventuele efficiëntiekortingen. De inflatiecompensatie kan in de praktijk niet los worden gezien van deze factoren: een korting op de inflatiecompensatie kan ook worden geïnterpreteerd als een generieke efficiëntiekorting.

Stijgende inflatie leidt dus tot stijgende macrokaders die vervolgens al dan niet volledig worden doorvertaald naar de ziekenhuisbudgetten.

Wenselijkheid van differentiëren

Verschillen in de kostenstructuur van ziekenhuizen kunnen leiden tot verschillen hoe ziekenhuizen worden geraakt door inflatie. Een ziekenhuis dat net het geluk heeft een nieuw, energiezuinig gebouw te bezitten wordt minder geraakt door stijging van energieprijzen dan een ziekenhuis met oude gebouwen. Het op het juiste moment afsluiten van een meerjarig energiecontract kan erg gunstig uitpakken. Als deze toevalligheden leiden tot oneerlijke concurrentievoordelen kan het wenselijk zijn om te differentiëren in inflatiecompensatie. Het Nederlandse zorgstelsel heeft de mogelijkheid om dit, via onderhan-

delingen met zorgverzekeraars, te bewerkstelligen. In de praktijk maken verzekeraars echter geen expliciet onderscheid in inflatiecompensatie tussen ziekenhuizen met hoge kosten door inflatie en ziekenhuizen met beperkte gevolgen door inflatie. Dit heeft twee redenen. Ten eerste is het in de praktijk lastig om onderscheid te maken tussen kostenstijgingen door inflatie en kostenstijgingen door andere oorzaken, zoals kwaliteitsverbetering of ongunstige inkoop. Dit maakt het vaststellen van een specifieke inflatiecompensatie per ziekenhuis ingewikkeld. Ten tweede is de invloed van inflatie deels het gevolg van de bedrijfsvoering van het ziekenhuis en de effecten van inflatie zijn deels ook beïnvloedbaar door het ziekenhuis.

Een generieke compensatie van inflatie belooft de ziekenhuizen die hebben ingezet op beperking van kostenstijging en bestraft ziekenhuizen die geen acties hebben ondernomen om de kostenstijging door inflatie te beperken. Ziekenhuizen die hebben verduurzaamd profiteren momenteel van de gevolgen van het lagere energieverbruik. Een ziekenhuis-specifieke compensatie van inflatie zou deze prikkels tot verduurzaming en efficiëntieverbetering wegnemen. De rol van zorgverzekeraars maakt het wel mogelijk extra budgetruimte vrij te maken voor ziekenhuizen die uitzonderlijk hard zijn getroffen door inflatie.

Limitaties

De berekeningen van de verschillen in inflatie tussen ziekenhuizen zijn gevoelig voor onnauwkeurigheden in de aangeleverde data uit de jaarverslagen. De data voor zbc's zijn veelal minder nauwkeurig dan de data voor ziekenhuizen en umc's. De data bevatten bovendien geen specifieke informatie over (looptijd van) energiecontracten of specifieke samenstelling van het personeelsbestand, waardoor de verschillen tussen zorginstellingen mogelijk iets groter kunnen zijn dan geschat op basis van de data. De drie zorginstellingen, waarvan wij de financiële managers interviewden, hebben te maken met een iets beperktere invloed van inflatie dan de mediaan, waardoor deze

mogelijk niet representatief zijn voor de instellingen die het hardst zijn geraakt door de inflatie. Vervolgonderzoek kan zich richten op interviews met ziekenhuizen die relatief veel afwijken van het gemiddelde. Ook interviews met zbc's die een grotere variatie in gevolgen van inflatie hebben ervaren, zouden interessant zijn voor vervolgonderzoek. Daarnaast is in dit onderzoek geen rekening gehouden met de financiële stabiliteit van een instelling. De financiële situatie bepaalt in hoge mate hoe een ziekenhuis om kan gaan met inflatie en wat voor effecten inflatie heeft op het budget. De relatie tussen inflatiecompensatie en financiële buffers van het ziekenhuis zou interessant zijn voor vervolgonderzoek.

Beleidsaanbevelingen

Op basis van de interviews en de data-analyse zijn weinig knelpunten naar voren gekomen die beleidswijzigingen nodig maken. De inflatiecompensatiemechanismen lijken ook in tijden van hoge inflatie naar behoren te werken (met inbegrip van de extra prijsbijstelling op basis van de septemberraming). Deze mechanismen hebben als voordeel dat relatief snel wordt gereageerd op extra inflatie, waardoor de onzekerheid bij zorginstellingen wordt beperkt. Een mogelijk nadeel is dat de automatische mechanismen weinig ruimte laten voor beleid om kosten te beheersen door inflatiebeperking. Zeker als sprake is van een tijdelijke schok in inflatie kan gericht beleid de inflatie dempen. Hogere zorgkosten leiden bovendien tot hogere premies in het volgende jaar en daarmee ook weer tot hogere inflatie in het daaropvolgende jaar. Het blijft de vraag wat de mogelijkheden zijn voor inflatie dempend beleid. Gezien de krapte op de arbeidsmarkt in de zorg zijn de mogelijkheden om de inflatiecompensatie nog verder te beperken waarschijnlijk zeer minimaal.

De hogere inflatie vergroot in de praktijk wel de onderhandelruimte die er bestaat tussen zorgverzekeraars en zorginstellingen. Aan de ene kant geeft dit meer mogelijkheden voor zorgverzekeraars om zich te onderscheiden op zorginkoop en daarmee de werking van het

stelsel van geregleerde concurrentie te verbeteren. Aan de andere kant riskeert dit juist een oneigenlijk gebruik van marktmacht. Het monitoren van de uitkomsten van de onderhandelingen kan voorkomen dat er grote verschillen ontstaan tussen zorginstellingen of zorgverzekeraars op basis van marktmacht. Tot slot heeft inflatie invloed op de rentestand. Hierdoor kunnen ziekenhuizen investeringsbeslissingen uitstellen als de inflatie snel stijgt. Dit kan onwenselijk zijn gezien de veranderopdracht om de zorginfrastructuur toekomstbestendig te maken.

Bronnen

Den Besten M, 'Distributive effects of cost-inflation on hospital budgets', Master Thesis (2023), Radboud University Medical Center

Auteur Marjon den Besten werkt als onderzoeker bij de Academie voor betaalbaarheid van zorg, onderdeel van IQ Health, Radboudumc.

Contact

Marjon.denBesten@radboudumc.nl