

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

ZORG LOONT

Brancherapport
algemene ziekenhuizen 2013



Inhoud

Voorwoord	4	3.4	Personeel niet in loondienst	21
Samenvatting	5	3.5	Medisch specialisten	22
Hoofdstuk 1		3.6	Ziekteverzuim medewerkers	24
Inleiding	6	3.7	Vacatures	25
Hoofdstuk 2		3.8	Tevredenheid personeel	26
Zorg in perspectief	7			
2.1	Groei van medisch-specialistische zorg	8		
2.2	Kosten ziekenhuiszorg per leeftijdsgroep	9		
2.2	Aantal ziekenhuizen	10		
Hoofdstuk 3				
Werken in Nederlandse ziekenhuizen	11	Hoofdstuk 4		
3.1	Personeel in dienst van het ziekenhuis	Financiën	27	
3.2	Patiëntgebonden personeel	4.1	Totale omzet	27
3.2.1	V.O.V.-personeel	4.1.1	Omzet in A- en B-segment	27
3.2.2	Medisch en wetenschappelijk personeel	4.1.2	Reële groei van het A- en B-segment	29
3.2.3	Overig patiëntgebonden personeel	4.1.3	Andere opbrengsten	30
3.3	Niet-patiëntgebonden personeel	4.1.4	Omzet van algemene ziekenhuizen en UMC's	30
3.3.1	Ondersteunend	4.2	Kosten van ziekenhuiszorg	31
3.3.2	Facilitair personeel	4.2.1	Personeelskosten	32
3.3.3	Management en stafpersoneel	4.2.2	Overige bedrijfskosten	32
		4.2.3	Afschrijvingen	34
		4.3	Resultaat	35
		4.4	Balans	36
		4.4.1	Rentabiliteit	36
		4.4.2	Solvabiliteit	36

Hoofdstuk 5	
Productie van ziekenhuizen	38
5.1 Eerste polikliniekbezoeken	39
5.1.1 Aantal eerste polikliniekbezoeken per specialisme	39
5.1.2 Aantal eerste polikliniekbezoeken per categorie ziekenhuis	40
5.1.3 Eerste polikliniekbezoeken per hoofd van de bevolking	40
5.2 Dagbehandeling	41
5.2.1 Aantal dagbehandelingen per categorie ziekenhuis	42
5.2.2 Dagbehandelingen per eerste polikliniekbezoek	42
5.2.3 Aantal dagbehandelingen per hoofd van de bevolking	43
5.3 Opnames	44
5.3.1 Aantal opnames per categorie ziekenhuis	44
5.3.2 Aantal opnames per eerste polikliniekbezoek	45
5.3.3 Aantal opnames per hoofd van de bevolking	45
5.4 Verpleegdagen	46
5.4.1 Gemiddelde ligduur	46
5.4.2 Aantal verpleegdagen per hoofd van de bevolking	47
5.5 Productie bij algemene ziekenhuizen en UMC's	48
Hoofdstuk 6	
Bronnen	49
Bijlage	
Verdeling algemene ziekenhuizen over vier categorieën	50

Voorwoord

De kwaliteit van zorg die aan patiënten wordt geleverd, staat of valt met de kwaliteit van het personeel in de ziekenhuizen, zowel medische professionals als ondersteunende medewerkers. Een ziekenhuis is arbeidsintensief; loonkosten maken een kleine zestig procent uit van de totale uitgaven van een ziekenhuis. Maar wat is de personeels-samenstelling? Hoe tevreden zijn de medewerkers, en hoe staat het met het verloop en het ziekteverzuim? Het brancherapport richt zich dit jaar in het bijzonder op het personeel in algemene ziekenhuizen.

Het brancherapport geeft ook antwoord op algemene vragen over financiering van de ziekenhuiszorg. De stijging van de uitgaven aan de zorg en hoe die de komende jaren in de hand kan worden gehouden, blijft immers een actueel vraagstuk. Daarom blijft het van belang de uitgaven goed op een rijtje te hebben.

Op basis van de jaarverslagen zijn de prestaties van de algemene ziekenhuizen weergegeven. In 2011 was de omzetgroei van algemene ziekenhuizen al lager dan op basis van bevolkingsgroei en vergrijzing was te verwachten. Dit was ook in 2012 het geval. Dit lijkt te duiden op een kentering in de groei van de zorguitgaven zoals beoogd met het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord. Dit is een grote prestatie van alle betrokkenen!

Wij gaan ervan uit dat u het brancherapport met veel interesse zult lezen. Mij heeft het weer nieuwe inzichten gegeven in deze boeiende en dynamische sector.

Yvonne van Rooy
voorzitter

Samenvatting

'Zorg loont' is het brancherapport van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). Zorg is een van de belangrijkste sectoren van de Nederlandse economie. De medisch-specialistische zorg die ziekenhuizen en medisch specialisten leveren, beslaat ongeveer een kwart van de totale uitgaven aan zorg. De uitgaven aan algemene ziekenhuizen waren de afgelopen vier jaar vrijwel stabiel op 2,2% tot 2,3% van het bruto binnenlands product. Algemene ziekenhuizen bieden ongeveer 135.000 voltijdbanen.

In 2012 was de groei in omzet voor zorg (A- en B-segment) van de algemene ziekenhuizen slechts 0,4%, na correcties vanwege vergelijkbaarheid. Ook de groei van de totale omzet is sterk afgenomen. Na correctie voor inflatie, bevolkingsgroei en vergrijzing is er, nog sterker dan in 2011, sprake van krimp. Dit is ook te zien in de productieparameters: eerste polikliniekbezoeken, opnames, verpleegdagen en dagbehandelingen. Er is krimp in eerste polikliniekbezoeken, opnames en verpleegdagen. Bovendien is de groei in dagbehandelingen fors lager dan in eerdere jaren.

Uitgaven voor algemene ziekenhuizen weer rond 2,3% van het bruto binnenlands product

Met € 92 miljard, ofwel ruim 15% van het bruto binnenlands product, vormt de zorg een belangrijk onderdeel van de Nederlandse economie. Van de uitgaven aan zorg gaat ongeveer een kwart naar de medisch-specialistische zorg. In 2011 was dat bijna € 24 miljard. Uitgaven aan algemene ziekenhuizen maken daar 60% van uit. De veelbesproken groei van de zorg als aandeel van het bruto nationaal product geldt niet voor algemene ziekenhuizen over de afgelopen vier jaar. Hun aandeel is vrijwel stabiel op 2,2% tot 2,3% van het bruto binnenlands product.

Bijna 10% van alle banen is in de zorg

De kans dat iemand die werkt een baan in de zorg heeft, is bijna tien procent. De zorg telde in 2011 640.000 voltijdbanen; ruim een vijfde daarvan zijn voltijdbanen in de algemene ziekenhuizen. Veel van deze banen worden in deeltijd ingevuld, waardoor nog veel meer mensen een baan in een ziekenhuis hebben. In 19 ziekenhuizen kromp het aantal voltijdbanen, terwijl 61 ziekenhuizen groeiden. Opvallend is het relatief hoge aandeel vrouwen dat – in alle functies – werkzaam is binnen de ziekenhuizen; bij het patiëntgebonden personeel is het aandeel vrouwen ruim 30 procentpunt hoger dan het aandeel vrouwen in de Nederlandse beroepsbevolking. Medewerkers waarderen hun

baan in het ziekenhuis gemiddeld met een 7,1. Vergeleken met andere branches in de zorg en rekening houdend met de personeelsopbouw heeft de ziekenhuiszorg een relatief laag ziekteverzuim.

Lage omzetsijging in 2012 en na inflatiecorrectie zelfs krimp van de omzet

De structurele omzet van de Nederlandse algemene ziekenhuizen in het gebudgetteerde deel (A-segment) en het geliberaliseerde deel (B-segment) bedroeg in 2012 € 11,8 miljard: een groei van slechts 0,4% ten opzichte van 2011. Na inflatiecorrectie is er zelfs sprake van omzetkrimp. Ziekenhuizen leveren de zorg voor ongeveer 4,4% ofwel € 380 miljoen lagere kosten dan verwacht. De algemene ziekenhuizen voldoen daarmee aan hun afspraken op basis van het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord dat de overheid, zorgverzekeraars, ziekenhuizen en universitair medische centra hebben gesloten.

Ongeveer een op de acht ziekenhuizen leed verlies in 2012. Het gemiddelde exploitatieresultaat is voor het eerst iets boven 2,0% uitgekomen. De gemiddelde solvabiliteit is iets hoger dan het streefniveau van 20%. Er zijn 42 ziekenhuizen die de streefnorm nog niet halen.

Krimp in productie

Sinds lange tijd is in 2012 voor het eerst het aantal eerste polikliniekbezoeken gedaald, en wel met 1,4%. Ook het aantal opnames is gedaald. De groei in dagbehandelingen is in 2012 afgenomen: 2,2% in 2012 ten opzichte van meer dan 7% gemiddeld over de voorgaande vier jaar. De gemiddelde ligduur per opname nam in 2012 verder af tot 4,8 dag. Daarmee zijn twee trends van de afgelopen jaren, meer dagbehandelingen en een kortere ligduur, verder doorgezet.

Deze gegevens blijken uit onderzoek dat voor dit brancherapport van de NVZ is verricht. De NVZ is de organisatie van de branche ziekenhuizen. Deze branche bestaat uit organisaties die een samenhangend pakket van medisch-specialistische zorg bieden. Tot de leden van de NVZ behoren algemene ziekenhuizen, audiologische centra, kankercentra, radiotherapeutische instituten, revalidatiecentra en dialysecentra.

Hoofdstuk 1

Inleiding

'Zorg loont' is het vijfde brancherapport algemene ziekenhuizen van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). De NVZ is de organisatie van de branche ziekenhuizen. Deze branche bestaat uit organisaties die een samenhangend pakket van medisch-specialistische zorg bieden. Tot de leden van de NVZ behoren algemene ziekenhuizen alsmede categorale instellingen, zoals astmacentra, audiologische centra, kankercentra, radiotherapeutische instituten, revalidatiecentra en dialysecentra. De revalidatiecentra brengen gezamenlijk jaarlijks een eigen brancherapport uit.¹

In hoofdstuk 2 van dit rapport wordt de ziekenhuiszorg in het perspectief geplaatst van de totale Nederlandse economie. In hoofdstuk 3 van dit rapport wordt het werken in Nederlandse ziekenhuizen besproken. In hoofdstuk 4 en 5 van het brancherapport worden de financiële ontwikkelingen en productie van de algemene ziekenhuizen over 2012 besproken. Dat gebeurt op basis van hun jaarverslagen.

Voor sommige analyses in dit brancherapport is onderscheid gemaakt naar vier categorieën ziekenhuizen. De indeling is gelijk gebleven aan die van het brancherapport van 2012 en is gebaseerd op twee dimensies: ziekenhuizen in gebieden met hoge of lage marktdichtheid, en grote of kleine ziekenhuizen. De afgelopen jaren is de onderlinge concurrentie tussen ziekenhuizen toegenomen. De effecten daarvan kunnen verschillend zijn tussen gebieden waar patiënten veel keuzemogelijkheden hebben tussen verschillende ziekenhuizen en gebieden met minder keuzemogelijkheden.

- De ziekenhuizen (29) in gebieden met hoge marktdichtheid liggen in de Randstad en in de regio Eindhoven. 52 ziekenhuizen bevinden zich in regio's gekenmerkt door een lage marktdichtheid.
- De grenswaarde tussen grote en kleine ziekenhuizen is vastgesteld op een omzet van € 125 miljoen in 2008. Die grenswaarde is ook dit jaar niet aangepast. Dat levert voor 2012 34 grote en 47 kleine ziekenhuizen op. In de bijlage aan het eind van dit rapport zijn de vier categorieën ziekenhuizen met hun naam en vestigingsplaats opgenomen.

Deze uitgebreide versie van het brancherapport is ook als samenvatting uitgebracht: als pdf op de site van de NVZ, www.nvz-ziekenhuizen.nl, en in druk. Belangstellenden kunnen een exemplaar opvragen bij de afdeling Communicatie van de NVZ, telefoon 030-273 9367.

¹ Het meest recente rapport van Revalidatie Nederland (RN) is 'Brancherapport Revalidatie 2011': <http://www.revalidatienederland.nl/web/images/uploads/publicaties/Brancherapport-2011.pdf>

Hoofdstuk 2

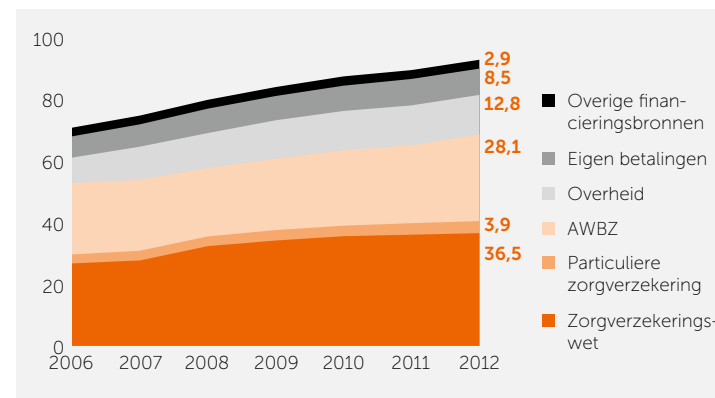
Zorg in perspectief

In dit hoofdstuk worden de uitgaven aan de algemene ziekenhuizen in perspectief geplaatst. Van de zorg in het algemeen, via medisch-specialistische zorg naar de uitgaven aan algemene ziekenhuizen.

De zorg maakt een belangrijk deel uit van de Nederlandse economie. Volgens het CBS was de omzet van de totale zorgsector in 2012 bijna € 92 miljard, in 2006 was dat nog iets meer dan € 70 miljard. In 2012 bedroegen de uitgaven aan zorg 15,4% van het bruto nationaal product. Van de uitgaven aan zorg wordt bijna € 37 miljard betaald via de verplichte zorgverzekering van waaruit de uitgaven aan ziekenhuiszorg worden betaald (figuur 1).

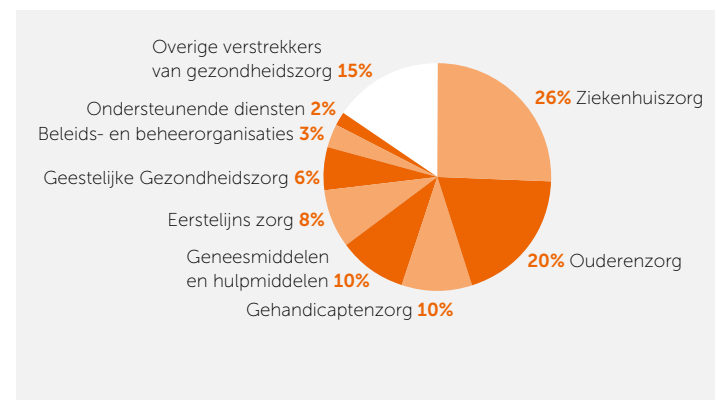
Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft het grootste aandeel in de overheidsuitgaven, voornamelijk voor de kosten van de gezondheidszorg. Van de uitgaven aan de gezondheidszorg gaat iets meer dan een kwart naar de medisch-specialistische zorg. In 2012 is € 23,9 miljard uitgegeven aan medisch-specialistische zorg, De ouderenzorg kostte € 18 miljard, gevolgd door gehandicaptenzorg met € 9,2 miljard. De ondersteunende diensten nemen het kleinste aandeel in met € 2,0 miljard. Totaal is in 2012 bijna € 92 miljard aan zorg besteed (figuur 2).

Figuur 1 Uitgaven aan zorg per financieringsbron (euro, miljard)



Bron: CBS

Figuur 2 Opbouw totale uitgaven gezondheidszorg 2012



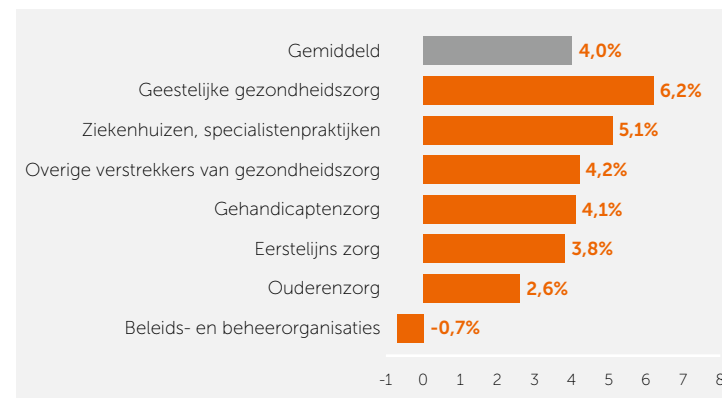
Bron: CBS

2.1 Groei van medisch-specialistische zorg

Tussen 2007 en 2011 groeide de medisch-specialistische zorg met gemiddeld 5,1% per jaar. Voor de zorg als geheel was dat 4,0% per jaar (figuur 3). De geestelijke gezondheidszorg is de afgelopen jaren harder gegroeid dan de zorg als geheel.

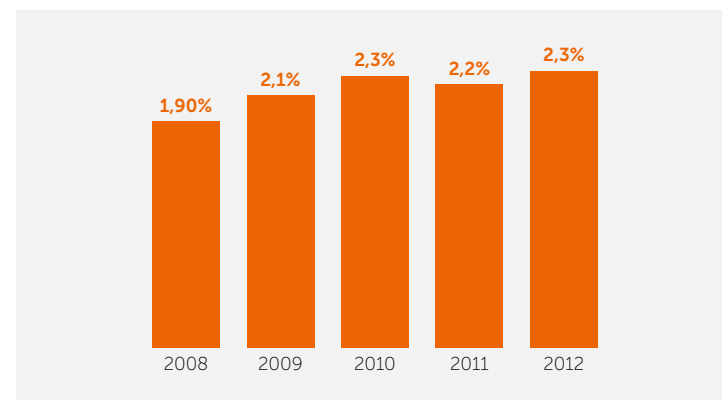
De omzet van algemene ziekenhuizen, in totaal € 13,9 miljard, maakt 58% uit van de medisch-specialistische zorg. Sinds 2010 is het aandeel van algemene ziekenhuizen in het bruto binnenlands product vrijwel stabiel op 2,2% tot 2,3% (figuur 4). Het veelbesproken toenemende aandeel van de zorguitgaven in het bruto binnenlands product vindt vooral in andere delen van de zorg plaats.

Figuur 3 Gemiddelde jaarlijkse groei 2007-2011 (procent)



Bron: CBS

Figuur 4 Aandeel van uitgaven aan algemene ziekenhuizen in het bruto binnenlands product (procent)

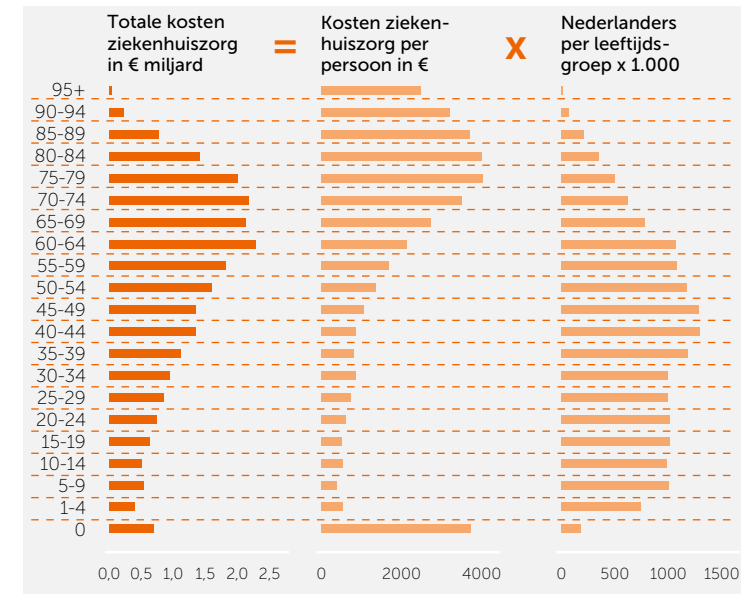


Bron: CBS, SIRM analyse

2.2 Kosten ziekenhuiszorg per leeftijdsgroep

Per persoon wordt de meeste ziekenhuiszorg gespendeerd aan mensen tussen 75 en 80 jaar oud; ongeveer € 4.000 per persoon per jaar. Dat is ongeveer drie keer meer dan voor alle leeftijdsklassen gemiddeld. Het gemiddelde dat aan ziekenhuiszorg wordt uitgegeven is € 1.360 per persoon. Aan de groep 5- tot 10-jarigen wordt per persoon slechts ongeveer een derde van het gemiddelde uitgegeven. Per saldo betaalt de groep van 18- tot 60-jarigen meer premie dan er in die groep aan zorg wordt afgenomen. Ouderen nemen namelijk meer zorg af en kinderen onder de 18 jaar betalen geen premie voor de zorgverzekering (figuur 5).

Figuur 5 Kosten ziekenhuiszorg naar leeftijdsgroep, 2010



Bron: RIVM, 'Kosten van ziekten', 2011

2.3 Aantal ziekenhuizen

Het aantal organisaties dat medisch-specialistische zorg levert, groeit. Dat komt vooral doordat het aantal zelfstandige behandelcentra toeneemt (ongeveer 240 in 2010). Er zijn 81 algemene ziekenhuizen, zes minder dan 4 jaar geleden. Daarnaast zijn er acht universitair medische centra en twee categorale ziekenhuizen. De komende jaren zal het aantal ziekenhuisorganisaties verder afnemen vanwege fusies. Bij verreweg de meeste fusies wordt de zorg nog steeds vanuit de bestaande ziekenhuislocaties geleverd. Het aantal locaties van waaruit ziekenhuiszorg wordt geleverd, groeit bovendien omdat er meer buitenpoliklinieken worden geopend, van 61 in 2009 naar 97 in 2012 (figuur 6).

Figuur 6 Locatie algemene ziekenhuizen, buitenpoli's en universitair medische centra, 2012



Bron: RIVM, 'Nationale Atlas Volksgezondheid'

Hoofdstuk 3

Werken in Nederlandse ziekenhuizen

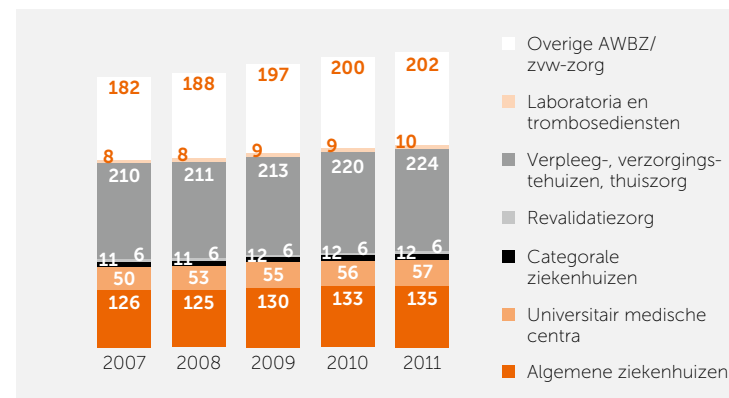
De zorg telde in 2011 ongeveer 640.000 voltijdbanen. Het aantal banen in de zorg ten opzichte van het totale aantal banen in de Nederlandse economie is toegenomen van 8,8% in 2007 naar 9,6% in 2011, terwijl het totale aantal banen in Nederland in die periode nauwelijks veranderde; de gemiddelde jaarlijkse stijging tussen 2007 en 2011 was 0,01%.

Onder banen in de zorg worden hier banen in algemene en categorale ziekenhuizen, universitair medische centra, verpleeg- en verzorgingshuizen, laboratoria en trombosediensden, ambulancepersoneel, geestelijke gezondheidszorg, gehandicapten-, revalidatie- jeugd- en thuiszorg bedoeld. Daarnaast waren er in 2011 ongeveer 21.000 werknemers betrokken bij huisartsenzorg. Niet meegerekend zijn anders georganiseerde instellingen, zoals zelfstandige behandelcentra en paramedische zorg. De banen zijn omgerekend naar voltijdbanen (hierna: FTE voor full time equivalent). In de periode 2007 tot en met 2011 is het aantal banen in de zorg jaarlijks met gemiddeld 1,8% toegenomen.

In 2011 bestond bijna 21% van het aantal banen in de zorg uit banen in algemene ziekenhuizen (figuur 7). Er waren in 2011 ruim 135.000 voltijdbanen in algemene ziekenhuizen.

De Cao Ziekenhuizen is één van de grootste cao's van Nederland. Een aanzienlijk aandeel van de totale kosten van algemene ziekenhuizen bestaat uit personeelskosten. Voor de algemene ziekenhuizen waren de loonkosten in 2011 totaal € 7,4 miljard. In 2012 was dat € 7,5 miljard. Het aandeel personeelskosten van de totale kosten van het ziekenhuis blijft in de periode 2007-2012 nagenoeg gelijk. In 2007 bedroegen de personeelskosten 58,3% van de totale kosten van het ziekenhuis, in 2012 was dit 58,4% (figuur 8).

Figuur 7 Voltijdsequivalenten (FTE) in de zorg (duizenden)



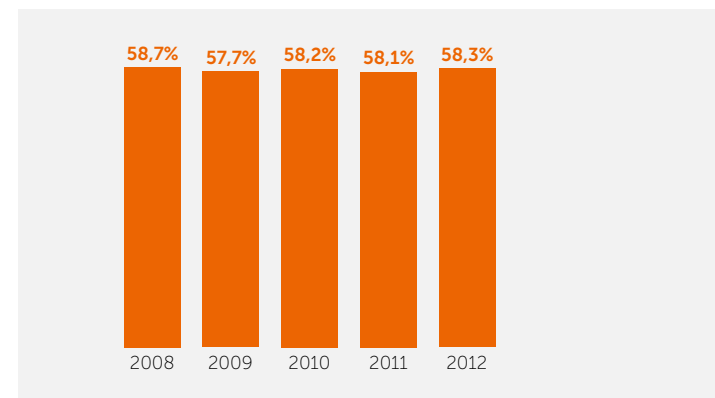
Bron: CBS, en revalidatiezorg Nederland

De overige bedrijfskosten van ziekenhuizen bestaan uit kosten zoals hotelmatige kosten, hulpmiddelen en afschrijvingen.

In dit hoofdstuk worden vier groepen medewerkers van het ziekenhuis nader belicht. Dit zijn twee groepen medewerkers in loondienst; het patiëntgebonden personeel en het niet-patiëntgebonden personeel. Daarnaast werken er in ziekenhuizen medisch specialisten (zowel in loondienst als vrijgevestigd) en is er een groep personeel niet in loondienst. Voor het ziekenhuispersoneel en de medisch specialisten wordt ingegaan op vier thema's. Dat zijn de ontwikkeling van salarissen, het aandeel vrouwen, het aandeel deeltijdwerkers en de leeftjidsverdeling.

Daarnaast wordt ingegaan op een aantal onderwerpen dat direct aan het personeel is gerelateerd: ziekteverzuim, verloop van vacatures en tevredenheid van het personeel.

Figuur 8 **Aandeel personeelskosten van totale kosten ziekenhuis (procent)**



Bron: analyse SIRM, jaarverslagen

3.1 Personeel in dienst van het ziekenhuis

In het ziekenhuis wordt de zorg geleverd door personeel dat in direct contact staat met de patiënt, het patiëntgebonden personeel. Ongeveer twee derde van het personeelsbestand van een ziekenhuis bestaat uit patiëntgebonden personeel. De grootste groep patiëntgebonden personeel bestaat uit verpleegkundig, sociaal agogisch en verzorgend personeel (hierna samen: V.O.V.-personeel). V.O.V.-personeel is goed voor ruim de helft van het patiëntgebonden personeel (figuur 9).

Bijvoorbeeld:

Een klinisch psycholoog en een fysiotherapeut vallen beiden onder het medisch en wetenschappelijk personeel.

"Een kok biedt facilitaire diensten"

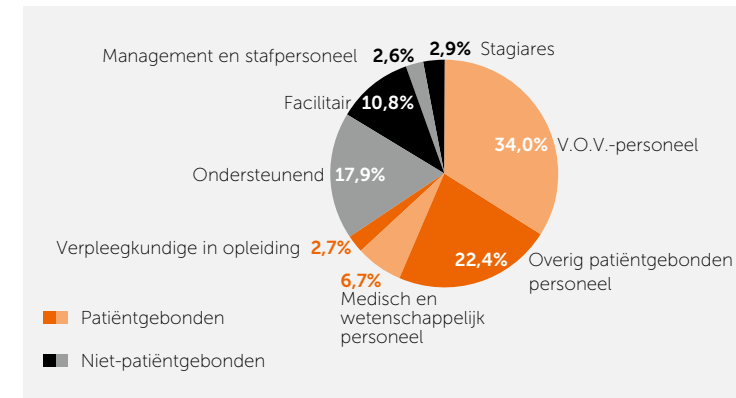
Voorbeelden van ondersteunende functies zijn administratief personeel en beleidsadviseurs van de raad van bestuur.

Een andere groep is het medisch en wetenschappelijk personeel. Medisch en wetenschappelijk personeel bestaat voornamelijk uit medisch specialisten in loondienst en overig wetenschappelijk opgeleid medisch personeel, zoals klinisch psychologen en apothekers. De gehele groep medisch specialisten, inclusief vrijgevestigden, wordt in paragraaf 3.5. besproken. Andere groepen zijn verpleegkundigen in opleiding en overig patiëntgebonden personeel (zoals bijvoorbeeld personeel medische revalidatietechniek).

Ook het niet-patiëntgebonden personeel, samen ongeveer een derde van het personeel van een ziekenhuis, is een belangrijke schakel in het zorgproces. Zij kunnen de productiviteit van het patiëntgebonden personeel verhogen maar leveren geen directe zorg aan de patiënt. Niet-patiëntgebonden personeel wordt onderverdeeld in ondersteunend en facilitair personeel, en management.

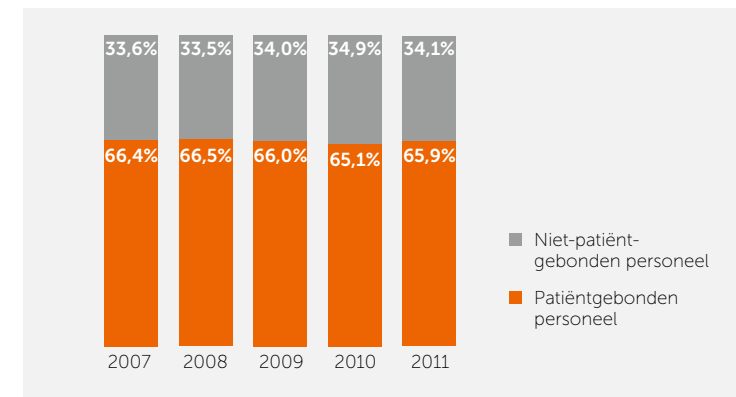
Het overgrote deel van personeel in ziekenhuizen is patiëntgebonden personeel; in 2011 bedroeg dit 65,9%. Het aandeel patiëntgebonden personeel in ziekenhuizen vertoont een lichte daling van 0,5 procentpunt in de periode 2007-2011; van 66,4% in 2007 naar 65,9% in 2011. Ten opzichte van 2010 is het patiëntgebonden personeel in 2011 juist weer iets toegenomen van 65,1% naar 65,9% (figuur 10).

Figuur 9 Verdeling over groepen van personeel in loondienst bij algemene ziekenhuizen, 2011 (procent)



Bron: EIJ

Figuur 10 Verhouding patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden personeel, 2007-2011 (procent)



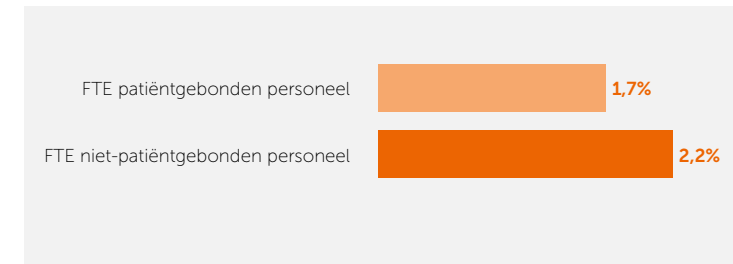
Bron: analyse SIRM, jaarverslagen

In de periode 2007-2011 is het aantal FTE niet-patiëntgebonden personeel iets sneller gestegen dan het patiëntgebonden personeel. Het aantal FTE niet-patiëntgebonden personeel steeg jaarlijks met gemiddeld 2,2%. Het patiëntgebonden personeel met gemiddeld 1,7% (figuur 11).

In de periode 2007-2011 is de productiviteit in algemene ziekenhuizen jaarlijks met gemiddeld 3,0% toegenomen. Een stijging van de productiviteit betekent dat met dezelfde hoeveelheid personeel meer zorg geleverd wordt. De productiviteit is hier berekend als het aantal FTE's dat nodig is om een patiënteenheden te leveren. Een patiënteenheden is een gewogen optelling van het aantal eerste polikliniekbezoeken (ook wel: EPB's), dagbehandelingen, opnames en verpleegdagen.

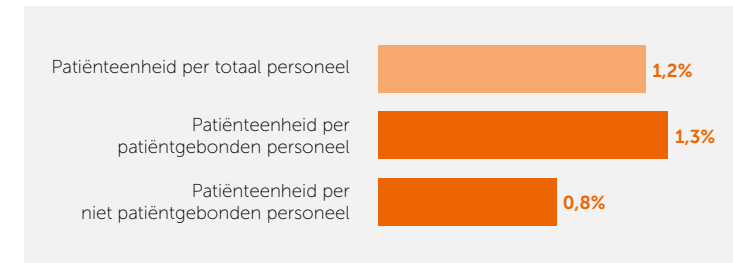
Het aantal patiënteenheden per FTE is gemiddeld gestegen met 1,2%. Het personeel in algemene ziekenhuizen is dus meer gaan produceren. Het aantal patiënteenheden per FTE patiëntgebonden personeel is sterker gestegen (gemiddelde jaarlijkse stijging van 1,3%) dan het aantal patiënteenheden per FTE niet-patiëntgebonden personeel (gemiddelde jaarlijkse stijging van 0,8%). Dit wordt veroorzaakt doordat het aantal FTE's niet-patiëntgebonden personeel sterker is gestegen dan het aantal FTE's patiëntgebonden personeel (figuur 12).

Figuur 11 **Groei van het patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden personeel, 2007-2011 (procent, gemiddeld per jaar)**



Bron: EJZ

Figuur 12 **Groei in patiënteenheden per patiëntgebonden personeel, 2007-2011 (procent, gemiddeld per jaar)**



Bron: EJZ en SiRM analyse

3.2 Patiëntgebonden personeel

Het patiëntgebonden personeel in dienst bij algemene ziekenhuizen is de afgelopen vijf jaar gemiddeld met 1,7% per jaar toegenomen, van 72 naar 77 duizend FTE. Er is met name een stijging van het medisch en wetenschappelijk personeel en het overig patiëntgebonden personeel.

Het medisch en wetenschappelijk personeel is gegroeid met gemiddeld 4,9% per jaar. Dat is een stijging van ruim 7.600 naar ongeveer 8.900. Ook het overig patiëntgebonden personeel steeg de afgelopen jaren, gemiddeld met 3,5%. Het aantal FTE V.O.V.-personeel (verpleegkundig, sociaal-agogisch en verzorgend) blijft vrij stabiel (figuur 13). In de periode 2007-2011 stijgt het aantal FTE V.O.V.-personeel van 43.700 naar 45.200. Dat is een gemiddelde jaarlijkse stijging van 0,7%. Het aantal FTE leerling-verpleegkundigen daalde met 3,8% per jaar (figuur 14).

Het aandeel vrouwen onder het patiëntgebonden personeel is ruim 30 procentpunt hoger dan het aandeel vrouwen van de Nederlandse beroepsbevolking (respectievelijk 81,5% en 49,8%). Daarnaast wordt er in de patiëntgebonden functies veel in deeltijd gewerkt. In Nederland is dat gemiddeld 51,8% van het totaal aantal banen en 76,4% voor vrouwen. In de ziekenhuizen is het aantal FTE in deeltijd 62,1%. Het patiëntgebonden personeel is jonger dan de gemiddelde Nederlandse beroepsbevolking, maar dat verschil is de afgelopen jaren kleiner geworden.

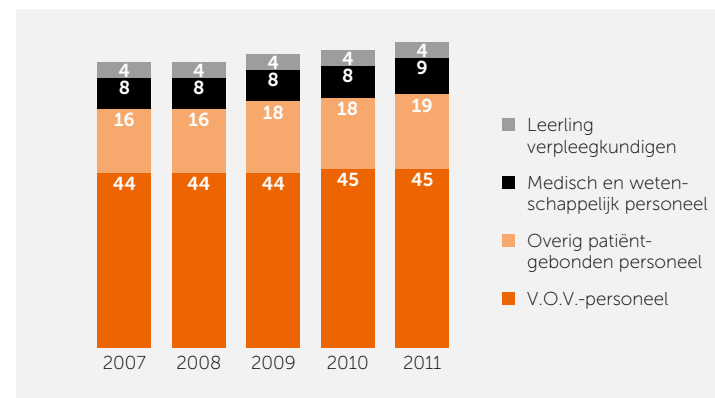
Vermoeidheidsmanagement

V.O.V.-personeel werkt vaak onregelmatige diensten. Het onregelmatige werken kan de vermoeidheid vergroten, wat gezondheidsrisico's met zich meebrengt. Onderzoek wijst uit dat vermoeidheid gemanaged kan worden met praktische interventies, geoptimaliseerde werkschema's en aangepaste voeding. Het aanpassen van de voeding kan vermoeidheid met 26% verminderen. Wel bepalen individuele eigenschappen van het personeel de mate waarin vermoeidheidsmanagement effectief is. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen (StAZ).

3.2.1 V.O.V.-personeel

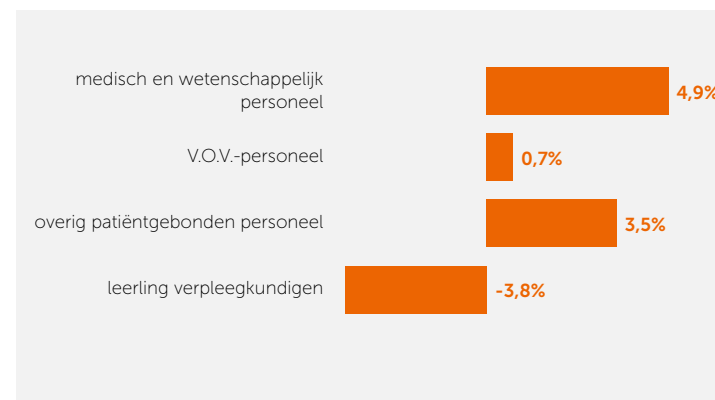
Het aantal FTE V.O.V.-personeel is de afgelopen vijf jaar minder snel gestegen dan de rest van het patiëntgebonden personeel en wel met een gemiddeld jaarlijkse stijging van 0,7%. In 2011 waren er 45 duizend V.O.V.-medewerkers in dienst bij algemene ziekenhuizen.

Figuur 13 Aantal FTE patiëntgebonden personeel (duizenden)



Bron: EIJZ

Figuur 14 Ontwikkeling aantal FTE patiëntgebonden personeel, 2007-2011 (procent, gemiddeld per jaar)



Bron: EIJZ

Het aandeel vrouwen binnen het V.O.V.-personeel is hoog; in 2011 bedroeg dit 89% (figuur 16). Een aanzienlijk aandeel van het V.O.V.-personeel heeft een deeltijdbaan, 77% in 2011 (figuur 17). In 2007 had het V.O.V.-personeel in deeltijd gemiddeld 0,60 baan. In 2011 is dit iets opgelopen tot 0,62 baan. De reële loonkosten (figuur 15) van het V.O.V.-personeel zijn gelijk gebleven in de periode 2007-2011. Het nominale salaris steeg met 2,4%.

In 2011 was 13,5% van het V.O.V.-personeel van de algemene ziekenhuizen ouder dan 55 jaar (figuur 18). Ten opzichte van 2007 is dit met 4 procentpunt gestegen. Deze groep vergrijsst het snelst van alle groepen ziekenhuismedewerkers. Uit onderzoek blijkt dat 39% van het V.O.V.-personeel tot 65-jarige leeftijd wil blijven werken. Werknemers die meer dan 30 uur per week werken, willen vaker langer blijven werken. 26% van het personeel dat tot 65 jaar door wil werken, geeft aan daar in de huidige functie niet toe in staat te zijn (Nivel, 2012).

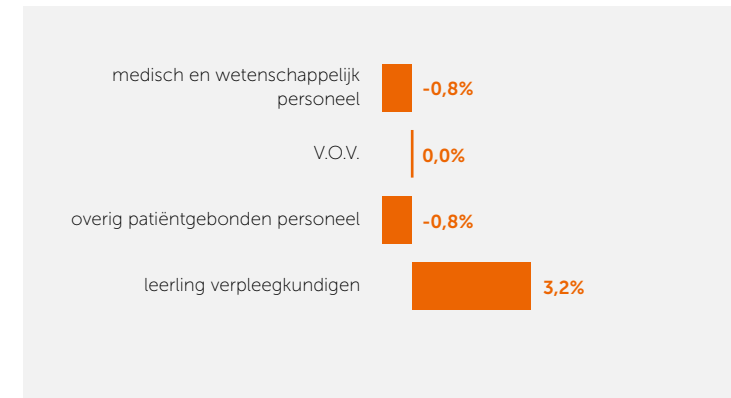
Er vindt een verschuiving van de instroom van het personeel plaats. Door de toenemende instroom in hoger onderwijs, neemt het aanbod van verzorgend MBO opgeleid personeel in de toekomst af. Onderzoek wijst uit dat een derde van de instroom van het V.O.V.-personeel bestaat uit herintreders (azw, 2011).

3.2.2 Medisch en wetenschappelijk personeel

Het medisch en wetenschappelijk personeel bestaat uit klinisch ondersteunend personeel (onder andere personeel werkzaam in apotheken en laboratoria) medisch specialisten in loondienst, klinisch psychologen en pedagogen. Bijna 60% van het medisch en wetenschappelijk personeel is vrouw.

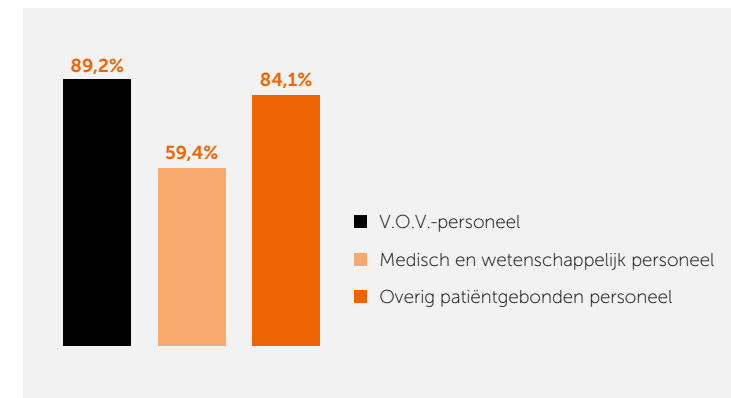
Het aantal medisch en wetenschappelijke banen is in de periode 2007-2011 toegenomen met gemiddeld 3,2% per jaar. Het reële salaris per FTE van het medisch en wetenschappelijk personeel is gemiddeld met 0,8% gedaald. Het nominale salaris is jaarlijks gemiddeld met 1,7% gestegen. Het reële salaris daalt, omdat de inflatie hoger is dan de stijging van de personeelskosten. Een aanzienlijk deel van het medisch en wetenschappelijk personeel werkt voltijd; in 2011 was dat 61%. Het medisch en wetenschappelijk personeel dat deeltijd werkt, is meer gaan werken. In 2007 had het medisch en wetenschappelijk personeel nog 0,59 baan; in 2011 is dit opgelopen tot 0,67.

Figuur 15 Ontwikkeling reële personeelskosten patiëntgebonden personeel per FTE, 2007-2011 (procent, gemiddeld per jaar)



Bron: EJZ

Figuur 16 Aandeel vrouwen in patiëntgebonden personeel, 2011 (procent)



Bron: LKG

Het aandeel medisch en wetenschappelijk personeel ouder dan 55 jaar is de afgelopen jaren iets afgenomen van 10% in 2007 naar 9,5% in 2011. Dit is de enige groep personeel van ziekenhuizen die niet vergrijst.

3.2.3 Overig patiëntgebonden personeel

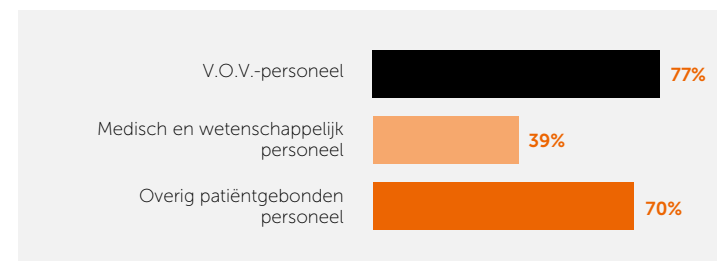
De groep overig patiëntgebonden personeel bestaat onder andere uit personeel voor medische elektronica, onderzoeksfuncties en uit personeel voor psychosociale behandel- en begeleidingsfuncties. Net als bij het V.O.V.-personeel is er een oververtegenwoordiging van vrouwen (84% van de werknemers is vrouw). Het aantal banen is gestegen met gemiddeld 3,5%, maar de gemiddelde loonkosten per FTE van het overig patiëntgebonden personeel is in reële termen, dus gecorrigeerd voor inflatie, met 0,8% gedaald. Het nominale salaris is met 1,7% gestegen.

In 2007 was 12% van het overig patiëntgebonden personeel ouder dan 55 jaar. In 2011 was dat aandeel 17%, anderhalf maal zo hoog.

Ontwikkeling Cao Ziekenhuizen

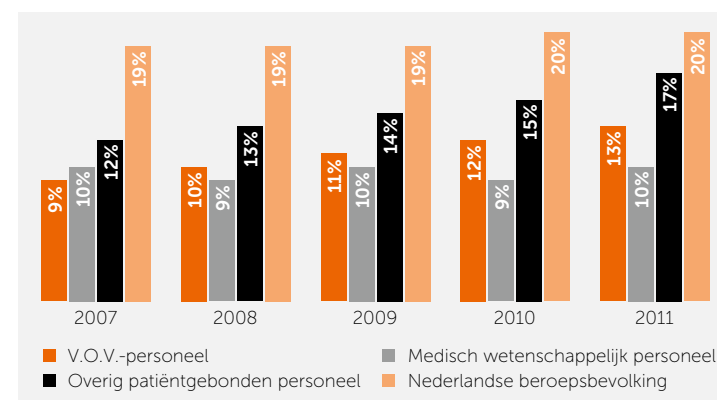
In de Cao Ziekenhuizen hebben sociale partners afgesproken de aan leeftijd gekoppelde verlofrechten om te zetten in een Persoonlijk Levensfasebudget (PLB) voor alle werknemers ongeacht de leeftijd. Het PLB biedt de werknemer een individueel budget dat hij gedurende zijn loopbaan naar eigen wens in kan zetten. Dit past bij de trend om in de cao meer ruimte te creëren voor maatwerkafspraken tussen de leidinggevende en de werknemer waardoor meer flexibiliteit wordt gerealiseerd.

Figuur 17 Aandeel patiëntgebonden personeel werkzaam in deeltijd, 2011 (procent)



Bron: LKG

Figuur 18 Aandeel patiëntgebonden personeel en Nederlandse beroepsbevolking ouder dan 55 jaar (procent)



Bron: LKG en CBS

3.3 Niet-patiëntgebonden personeel

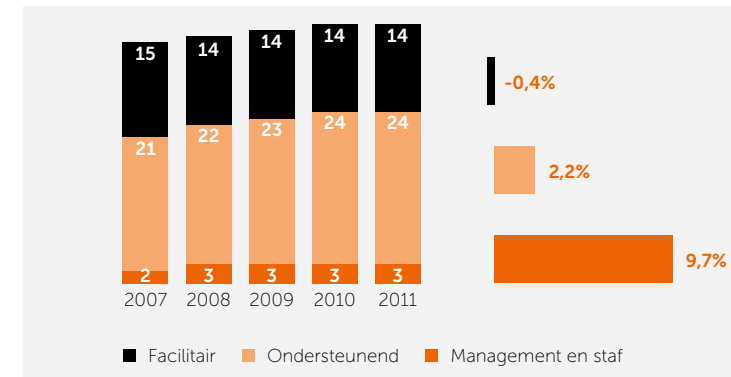
Het aantal FTE niet-patiëntgebonden personeel is sinds 2007 toegenomen met gemiddeld 2,2% per jaar tot 41 duizend in 2011. Het niet-patiëntgebonden personeel wordt onderverdeeld in drie groepen; het facilitair, ondersteunend en managementpersoneel. Het ondersteunend personeel is, met 24 duizend banen, de grootste groep. De groei van het niet-patiëntgebonden personeel wordt voornamelijk veroorzaakt door de groei van het ondersteunend en managementpersoneel (figuur 19).

Het facilitair personeel, ruim 14 duizend banen, bestaat uit personeel voor de hotelfunctie en voor onderhoud en beheer van gebouwen en terreinen. Onder het ondersteunend personeel wordt administratief, automatiserings- opleidings- wervings-, personeelszaken- en algemeen ondersteunend personeel gerekend. Het managementpersoneel bestaat uit management (directie en hoofd behandeling) en stafpersoneel (adviseurs en stafmedewerkers).

Net als voor patiëntgebonden functies werken er ook meer vrouwen in niet-patiëntgebonden functies dan gemiddeld elders op de arbeidsmarkt; 77,4% versus 49,8%. Het aandeel dat in deeltijd werkt is met 59,8% hoger dan landelijk gemiddeld (51,8%), maar lager dan verwacht gegeven de geslachtsverdeling (66,9%). Het niet-patiëntgebonden personeel vergrijst in een tempo dat iets boven het tempo voor de hele beroepsbevolking ligt.

Figuur 19 Ontwikkeling aantal FTE's niet-patiëntgebonden personeel (duizenden)

Groei 2007-2011 (procent gemiddeld per jaar)



Bron: EIJZ

3.3.1 Ondersteunend

Het aantal FTE ondersteunende functies is in de periode 2007 tot 2011 jaarlijks gemiddeld met 2,2% gestegen (figuur 19). Daarnaast zijn de reële salariskosten van het ondersteunend personeel licht gestegen met 0,2% (figuur 20). Het nominale salaris is juist gestegen met 2,7%. Een groot gedeelte van het ondersteunend personeel is vrouw (82% in 2011) (figuur 21). Er wordt door 72% parttime gewerkt (figuur 22). In 2007 was 14% van het ondersteunend personeel ouder dan 55 jaar, terwijl dit in 2011 is opgelopen tot 18% (figuur 23).

3.3.2 Facilitair personeel

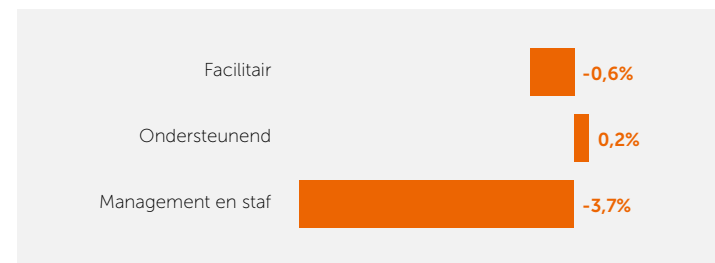
Het facilitair personeel bestaat uit hotel-, terrein- en gebouwgebonden functies. Het aantal FTE facilitair personeel is in de periode 2007-2011 gedaald met jaarlijks gemiddeld 0,4%. Daarnaast daalden de reële salariskosten per FTE met 0,6%. Het nominale salaris is in deze periode met 1,9% gestegen. 67% van het facilitair personeel is vrouw. De vergrijzing van het facilitair personeel verloopt sneller dan de vergrijzing van de overige beroepsbevolking. In 2007 was 15% van het facilitair personeel ouder dan 55 jaar en in 2011 was dit al 21%.

3.3.3 Management en stafpersoneel

Een opmerkelijke ontwikkeling is de stijging van het aantal management-, staf- en administratieve functies. Als aandeel van het niet-patiëntgebonden personeel zijn deze toegenomen van 5,3% naar 7,6%. Deze stijging wordt voornamelijk veroorzaakt door de stijging van het stafpersoneel algemene- en administratieve functies (gemiddelde jaarlijkse stijging van 11,2% sinds 2008²). Het algemeen management in deze periode stijgt jaarlijks met 4,2%. Voorbeelden van algemene managementfuncties zijn directie en zorgcoördinatoren. Stafpersoneel en administratieve functies zijn voornamelijk ziekenhuisbrede coördinerende, adviserende en beleidsfuncties.

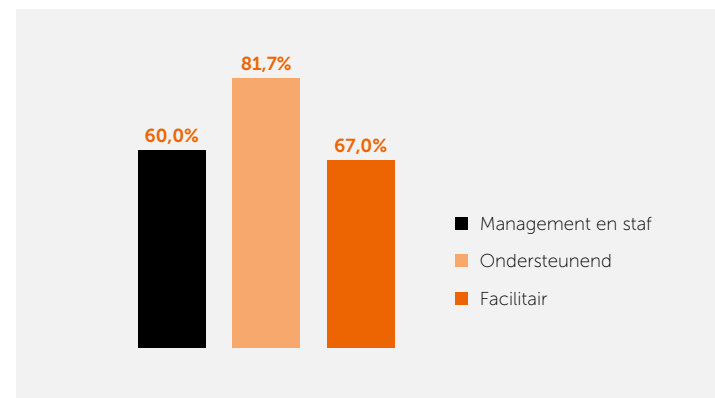
Het gemiddelde salaris van de managers en stafpersoneel is afgenomen; in reële termen met 3,7% per jaar. Het nominale salaris is afgenomen met 1,3%. In 2011 werkte meer dan de helft van het managementpersoneel in deeltijd. Het aandeel managers met een fulltime baan is in de periode 2007-2011 toegenomen van 42,4% naar 45,1%. 60% van het management en het stafpersoneel is vrouw. Dat is, vergeleken met de overige functies in ziekenhuizen, laag.

Figuur 20 Ontwikkeling reële personeelskosten niet-patiëntgebonden personeel per FTE, 2007-2011 (procent gemiddeld per jaar)



Bron: EJZ

Figuur 21 Aandeel vrouwen in niet-patiëntgebonden personeel, 2011 (procent)

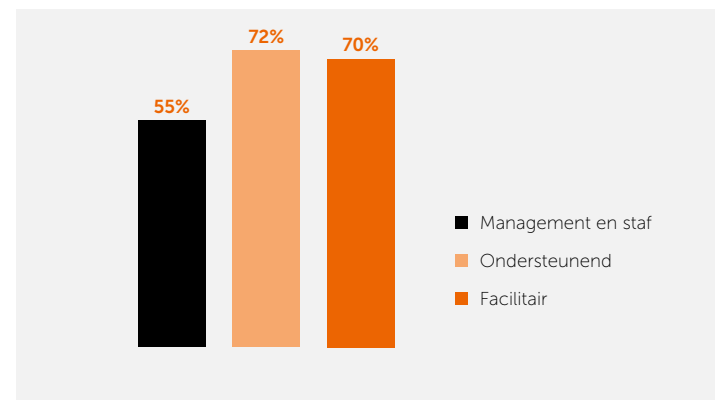


Bron: LKG

² Hier vanaf 2008, vanwege veranderingen tussen 2007 en 2008 die het gemiddelde beeld verstoren

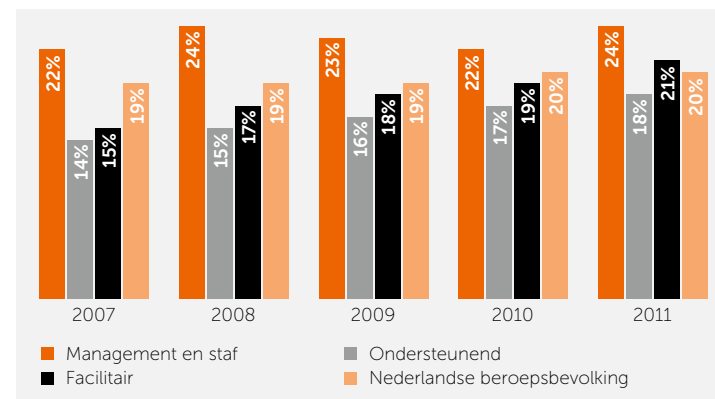
Opmerkelijk is het hoge percentage management- en stafpersoneel ouder dan 55 jaar. Mogelijk wordt dit veroorzaakt door de seniore aard van de management- en staffuncties. Ondanks dat het percentage managers ouder dan 55 jaar relatief hoog is vergeleken met de andere categorieën, steeg het aandeel managers ouder dan 55 jaar in de periode 2007-2011 maar met 1,6 procentpunt.

Figuur 22 Aandeel niet-patiëntgebonden personeel werkzaam in deeltijd, 2011 (procent)



Bron: EIJZ

Figuur 23 Aandeel niet-patiëntgebonden personeel en Nederlandse beroepsbevolking ouder dan 55 jaar (procent)



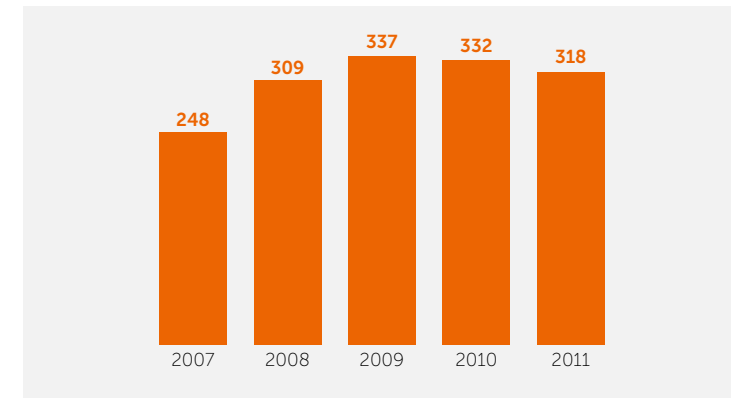
Vernet

3.4 Personeel niet in loondienst

De aantallen personeel niet in loondienst zijn moeilijk in te schatten. De personeelskosten van personeel niet in loondienst staan vermeld in de jaarrekening (hier vallen de vrijgevestigde medisch specialisten niet onder). In de periode 2007-2011 zijn deze kosten toegenomen van € 248 miljoen in 2007 naar € 318 miljoen in 2011 (prijsniveau 2007) (figuur 24). Daarmee is ongeveer 5% van de loonkosten in 2011 voor inzet van personeel niet in loondienst. Dit zijn bijvoorbeeld OK- en anesthesieassistenten waar de afgelopen jaren in sommige gebieden een tekort aan was en die op detacheringbasis of als zzp'er werden ingehuurd. Onderzoek in opdracht van de Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen (StAZ) wijst uit dat in 2011 algemene ziekenhuizen beschikten over gemiddeld 11,6 zzp'ers en commercieel gedetacheerden. Per ziekenhuis zijn de verschillen in aantallen groot. Sinds 2009 zijn de algemene ziekenhuizen minder personeel niet in loondienst in gaan zetten. De personeelskosten van personeel niet in loondienst namen de laatste twee jaar met ongeveer 1,9% per jaar af.

Overigens werken er nog meer mensen in het ziekenhuis die niet in alle gevallen op de loonlijst van het ziekenhuis zelf staan. Dat zijn bijvoorbeeld medewerkers van schoonmaak-, catering- of retailbedrijven aan welke het ziekenhuis werk heeft uitbesteed.

Figuur 24 **Personeelskosten van personeel niet in loondienst (euro, miljoen, prijsniveau 2007)**



Bron: SIRM analyse, op basis van jaarverlagen

3.5 Medisch specialisten

In deze paragraaf worden medisch specialisten werkzaam in ziekenhuizen besproken. Dit betreft zowel vrijgevestigde medisch specialisten als medisch specialisten in loondienst (de medisch specialisten in loondienst zijn hierboven ook opgenomen in de categorie medisch en wetenschappelijk personeel, deel van het patiëntgebonden personeel).

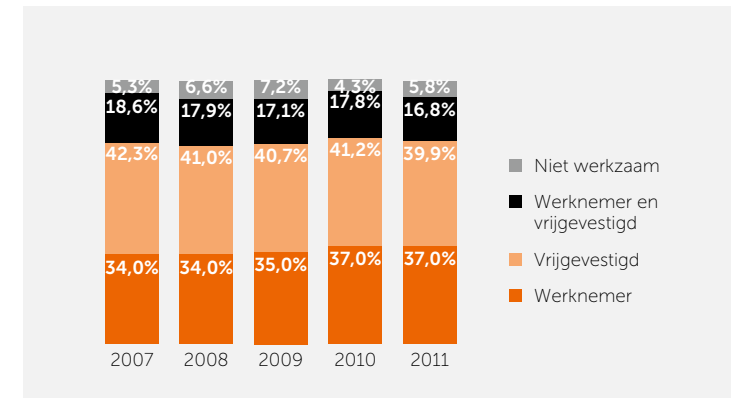
De afgelopen jaren is het aantal medisch specialisten werkzaam in ziekenhuizen gestegen (inclusief UMC's en categorale ziekenhuizen). In de periode 2007-2011 steeg het aantal FTE medisch specialisten werkzaam in algemene ziekenhuizen jaarlijks gemiddeld met 4,0% tot ongeveer 9.200 FTE's in 2011. Ongeveer twee derde van het aantal medisch specialisten is vrijgevestigd, in 2011 betreft dit ruim 6.000.

Medisch specialisten leveren zorg samen met het patiëntgebonden personeel. In 2010 waren er 8,7 V.O.V.- en overig patiëntgebonden personeel per medisch specialist. In 2007 waren dat er nog 8,1. Het aantal patiënteenheden per FTE medisch specialist is in die tijd jaarlijks afgenomen met 0,2%.

Een aanzienlijk deel van alle 18.050 medisch specialisten in Nederland is werkzaam als vrijgevestigde; in 2011 betrof dit 39,9% van het totaal aantal medisch specialisten in Nederland. De meeste vrijgevestigde specialisten zijn werkzaam in algemene ziekenhuizen. Het aandeel vrijgevestigde medisch specialisten in Nederland daalde in de periode 2006 tot 2010 met 2,4 procentpunt (figuur 25).

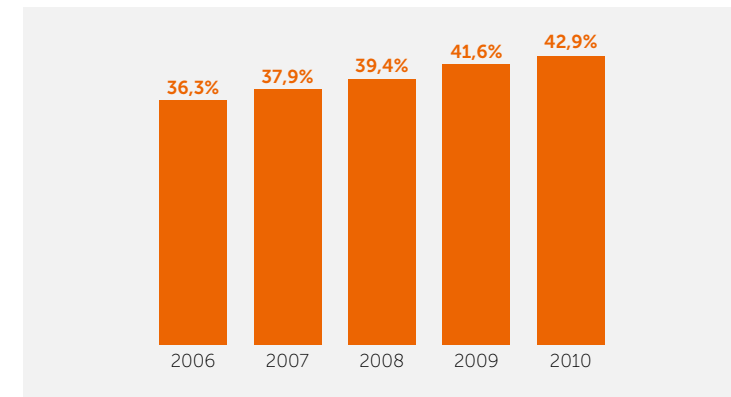
Opmerkelijk is de stijging van het aandeel vrouwelijke medisch specialisten werkzaam in ziekenhuizen. In de periode 2006-2010 steeg hun aandeel van 36,3% naar 42,9% (figuur 26).

Figuur 25 Arbeidspositie medisch specialisten in Nederland (procent)



Bron: CBS

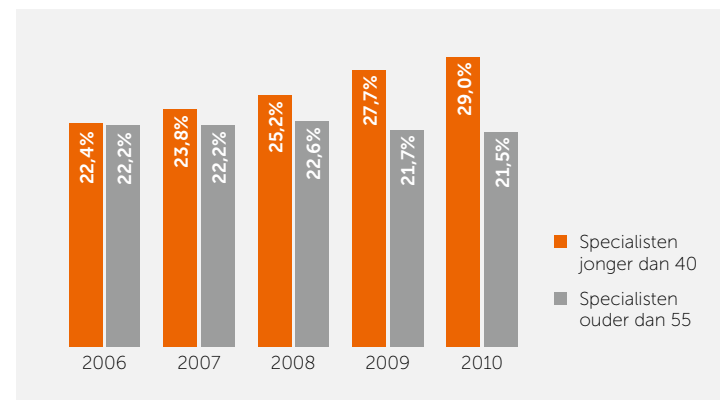
Figuur 26 Aandeel vrouwelijke medisch specialisten in ziekenhuizen (procent)



Bron: CBS

De populatie medisch specialisten is verjongd. In de periode 2006-2010 is het aandeel van de leeftijdsgroep jonger dan 40 jaar toegenomen van 22,4% naar 29,0%. Daarnaast lijkt er in de periode 2006-2010 geen toename van vergrijzing onder medisch specialisten plaats te hebben gevonden. Het aandeel medisch specialisten ouder dan 55 jaar is gedaald met 0,7 procentpunt (figuur 27).

Figuur 27 **Aandeel medisch specialisten jonger dan 40 jaar en ouder dan 55 jaar (procent)**



Bron: CBS

3.6 Ziekteverzuim medewerkers

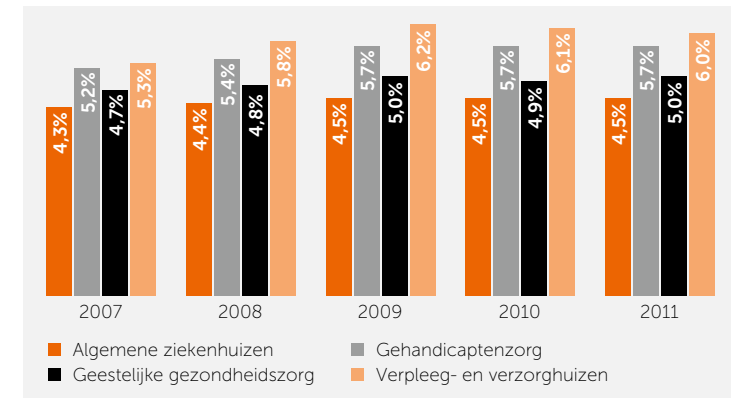
Het verzuimpercentage van personeel van algemene ziekenhuizen is met 4,5% aanzienlijk lager dan het verzuimpercentage van overige zorginstellingen (gemiddeld 5,2%). Vernet verzamelt de data ziekteverzuim in de zorgsector. Het verzuimpercentage van medewerkers in verpleeg- en verzorgingshuizen betrof in 2011 bijvoorbeeld 6%. Het verzuimpercentage van algemene ziekenhuizen is ook lager dan het verzuimpercentage van de sector niet-commerciële dienstverlening (figuur 28 en figuur 29).

Net als in de overige sectoren van de Nederlandse economie is het verzuimpercentage van vrouwen hoger dan van mannen. In 2011 waren de ziekteverzuimpercentages in algemene ziekenhuizen 3,6% voor mannen en 4,8% voor vrouwen.

Het verzuimpercentage en de meldingsfrequentie voor verzuim bij medewerkers van algemene ziekenhuizen zijn de afgelopen jaren gedaald.

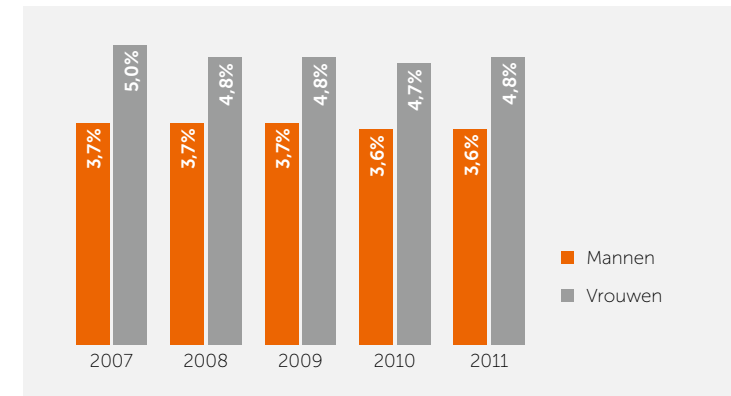
Gemiddeld genomen is het verzuimpercentage van medewerkers jonger dan 55 jaar gedaald. Het verzuimpercentage van medewerkers ouder dan 55 jaar is echter gestegen; van 5,8% in 2007 naar 6,3% in 2011.

Figuur 28 Ziekteverzuim onder medewerkers in de zorgsector (excl. zwangerschap) (procent)



Bron: Vernet

Figuur 29 Verzuim onder medewerkers van algemene ziekenhuizen (vrouwen exclusief zwangerschap) (procent)



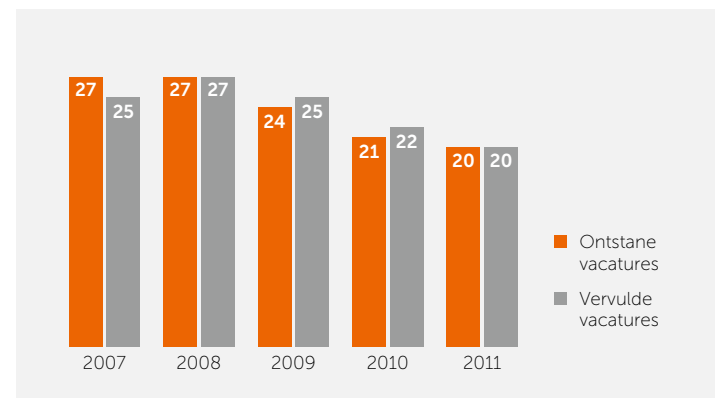
Bron: Vernet

3.7 Vacatures

Een goed werkende arbeidsmarkt is gericht op aansluiting van de vraag en het aanbod van personeel. In de ziekenhuisbranche (inclusief UMC's en categorale ziekenhuizen) sluit het aantal ontstane en vervulde vacatures goed op elkaar aan. De vacatures die jaarlijks ontstaan worden grotendeels vervuld. Dat zijn er ongeveer 20 duizend. In 2011 muteerde ongeveer 1 op de 14 banen in de ziekenhuisbranche. Het aantal ontstane vacatures in ziekenhuizen is sinds 2008 met gemiddeld 6,2% per jaar gedaald. In de Nederlandse economie als geheel was de daling van het aantal ontstane vacatures gemiddeld 7,9% per jaar. In 2007 ontstonden er namelijk 1,05 miljoen vacatures, waarvan er 1,03 miljoen ook weer werden vervuld. In 2011 betrof dit 721.000 ontstane vacatures en 728.000 vervulde vacatures. Toen muteerde ongeveer 1 op de 13 banen.

De ontwikkeling van het aantal openstaande vacatures wordt bepaald door het ontstane aantal vacatures en het aantal vervulde vacatures in een bepaalde periode. De hoeveelheid jaarlijks openstaande vacatures is gebaseerd op een gewogen kwartaalmeting. In de periode 2007-2011 is het aantal openstaande vacatures jaarlijks gemiddeld gedaald met 4,4% tot 5.100 in 2011. Sinds 2008 is dit aantal van 7.500 naar 5.100 gedaald. In dezelfde periode is het aantal openstaande vacatures in de Nederlandse economie nog sterker gedaald, namelijk gemiddeld met 7,3%.

Figuur 30 Ontstane en vervulde vacatures in ziekenhuizen (duizenden)



Bron: CBS

3.8 Tevredenheid personeel

Tevredenheid van het personeel is een belangrijke factor voor de kwaliteit van zorg. Jaarlijks voert "Effectory" in opdracht van Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen (StAZ) een onderzoek uit onder werknemers van algemene ziekenhuizen. Op algemene tevredenheid scoren ziekenhuizen gemiddeld een 7,1 op een schaal van 1 tot 10.

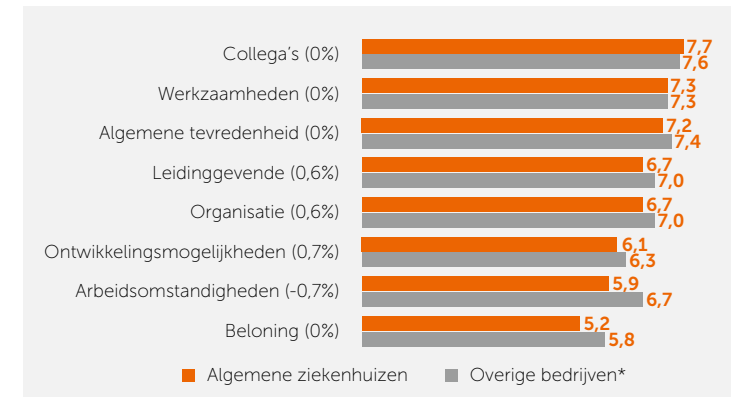
In 2011 is het personeel in ziekenhuizen net zo tevreden met de werkzaamheden als werknemers buiten de zorgsector. Daarnaast is het personeel in ziekenhuizen vergelijkbaar tevreden met de eigen collega's en ontwikkelingsmogelijkheden.

Wat betreft de arbeidsomstandigheden, de rol van de leidinggevende, de organisatie en de beloning scoren algemene ziekenhuizen lager dan overige bedrijven.

In de jaren 2007-2011 is de gerapporteerde tevredenheid van de medewerkers vrijwel stabiel. Wel zijn de scores op de thema's beloning, organisatie en arbeidsomstandigheden jaarlijks gemiddeld gedaald met 1% (figuur 31).

Ook in 2011 is onderzoek gedaan naar de tevredenheid van werknemers in algemene ziekenhuizen. Medewerkers ervaren een goede rol duidelijkheid, daarnaast is er een stijging in de betrokkenheid en trots van de medewerkers ten opzichte van de organisatie en ervaren de medewerkers meer waardering. Leidinggevend worden goed beoordeeld door de medewerkers, vooral op feedback en begeleiding. De ervaren werkdruk is gedaald, er is meer tijd voor de taken en er is een betere balans tussen werk en privé. Aandachtspunten zijn de algemene tevredenheid, de bereidheid tot extra inzet en de ontwikkelingsmogelijkheden van medewerkers.

Figuur 31 Score op hoofdvragen Effectory medewerkersonderzoek algemene ziekenhuizen en overige bedrijven 2011 (en verandering ten opzichte van 2007) (score op schaal 1–10)



* verzamelde data uit de Nationale Tevredenheidsindex, uitkomsten onderzoek uit profit en non-profitsector.
Bron: StAZ, onderzoek uitgevoerd door Effectory.

Hoofdstuk 4

Financiën

De omzet van de Nederlandse algemene ziekenhuizen in het gebudgetteerde deel (A-segment) en het geliberaliseerde deel (B-segment) bedroeg in 2012 € 11,8 miljard: een groei van 0,4% ten opzichte van 2011. Voor de berekening van dit groeipercentage zijn enkele correcties doorgevoerd opdat de omzet in 2012 met die in 2011 kan worden vergeleken. Ongecorrigeerd was er in 2012 sprake van een omzettoename van 5,1%.

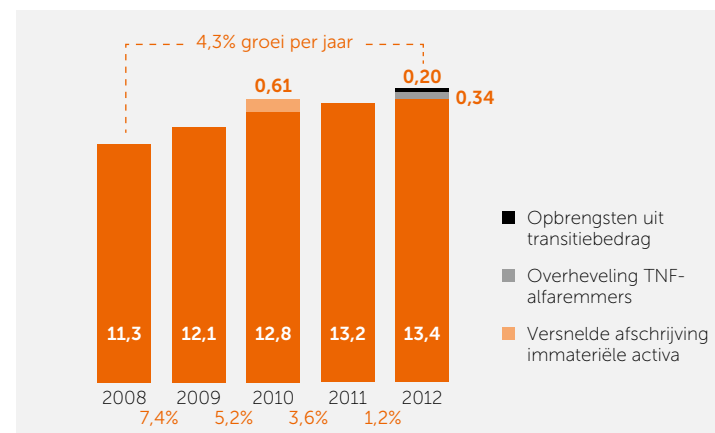
De ziekenhuizen hebben hun financiële weerbaarheid versterkt. De gemiddelde solvabiliteit ligt 0,5% boven het door de minister van VWS gehanteerde streefniveau van 20%. Er zijn nog 42 ziekenhuizen die deze streefnorm nog niet halen en twee ziekenhuizen met een negatieve solvabiliteit.

4.1 Totale omzet

In grote lijnen bestaat de omzet van algemene ziekenhuizen uit drie delen: het A-segment, het B-segment en de andere opbrengsten (figuur 32). De omzet in het A-segment is gebudgetteerd. Voor het B-segment onderhandelen ziekenhuizen en verzekeraars over de prijzen van de zorgproducten (DOT's). De andere opbrengsten bestaan uit niet-gebudgetteerde zorgprestaties, subsidies uit het opleidingsfonds zorg en overige opbrengsten. Omzet die niet aan óf het A- óf het B-segment toe te schrijven is, maar wel onder de omzet voor geleverde zorg valt, is opgenomen onder 'overige A- of B-segment'.

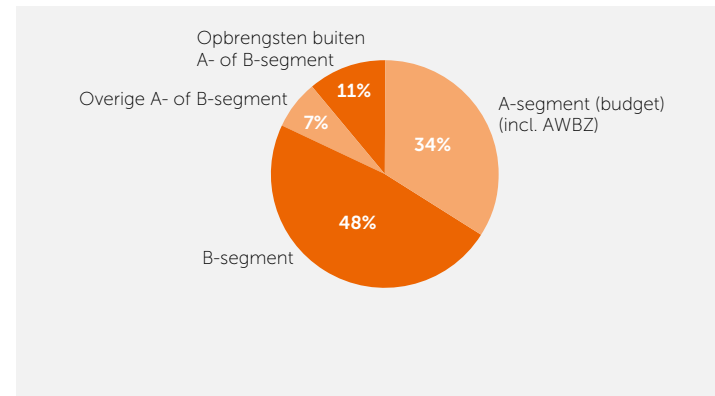
De totale omzet van algemene ziekenhuizen – de som van omzet A- en B-segment vermeerderd met de andere opbrengsten – is met 1,2% gegroeid van € 13,2 miljard in 2011 naar € 13,4 miljard in 2012 (figuur 33). Hierbij is gecorrigeerd voor de opbrengsten uit het transitiebedrag en de overheveling van de TNF-alfaremmers. Het transitiebedrag geeft ziekenhuizen twee jaar de tijd om zich aan te passen aan de enorme veranderingen in bekostiging. TNF-alfaremmers zijn medicijnen voor reumapatiënten die sinds dit jaar uit het ziekenhuisbudget worden betaald. Deze structurele groei is fors lager dan de gemiddelde groei van 4,3% over de afgelopen vijf jaar. Ook vorig jaar was de groei al lager dan in eerdere jaren. Zonder de correcties (omvang: € 540 miljoen) in 2012 steeg de totale omzet van € 13,2 miljard naar € 13,9 miljard, ofwel een toename van 5,3%.

Figuur 32 Totale omzet van algemene ziekenhuizen (euro, miljard)



Bron: CBS

Figuur 33 Segmentatie van totale omzet algemene ziekenhuizen, 2012 (procent)



Bron: analyse SIRM, jaarverslagen

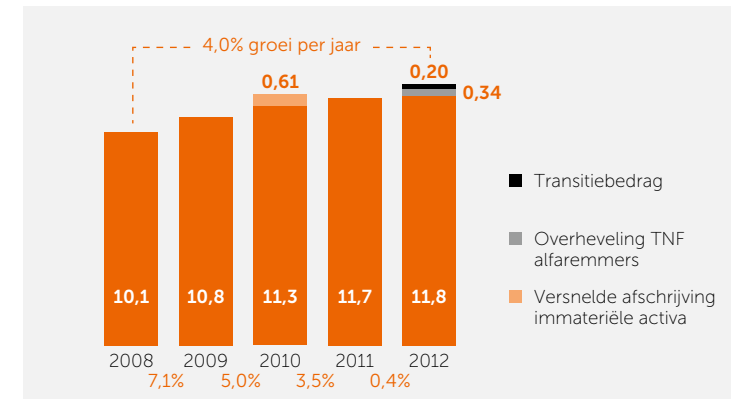
4.1.1 Omzet in A- en B- segmenten

Na correcties is de structurele omzet in het A- en B- segment in 2012 € 11,8 miljard. Dit is een groei van 0,4% ten opzichte van 2011, toen de omzet nog € 11,7 miljard was (figuur 34). Gemiddeld is de omzet in het A- en B-segment de afgelopen vijf jaar met 4,0% per jaar gegroeid. Zonder correcties is de omzet uit het A- en B-segment gestegen naar € 12,3 miljard, een toename van 5,1%.

De correcties bestaan uit drie delen:

- € 15 miljoen voor de kasfunctie voor het honorarium van medisch specialisten die bijna dertig ziekenhuizen in zowel omzet als kosten opnemen. In dit brancherapport rekenen we dit in het geheel niet toe aan de omzet of kosten van ziekenhuizen en deze correctie is dan ook niet in de figuren opgenomen.
- € 339 miljoen vanwege de overheveling van TNF-alfaremmers, een duur medicijn waar sommige reumapatiënten baat bij hebben, van het extramurale farmaciebudget naar het ziekenhuisbudget. Dit is het deel van het budget dat algemene ziekenhuizen krijgen. Dit leidt tot een vermindering van de kosten voor extramurale farmacie.
- € 177 miljoen vanwege het transitiebedrag. Ziekenhuizen die meer zorg leveren dan hun 'schaduwbudget' dat met de zorgverzekeraar was overeengekomen en door de NZa was goedgekeurd, mogen in 2012 95% daarvan behouden. In welke mate het transitiebedrag in 2014 en daarna nog doorwerkt in afspraken tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen, zal moeten blijken. De schatting is gebaseerd op 75 ziekenhuizen waarvan er 51 vordering hebben (samen voor ruim € 220 miljoen) en 24 een schuld (samen voor bijna € 65 miljoen). Drie ziekenhuizen geven in hun jaarrekening aan geen schuld of vordering te hebben vanwege het transitiemodel. Er is hier van uit gegaan dat de 3 ziekenhuizen waar nog geen informatie van bekend is een even hoge vordering vanwege het transitiemodel hebben als de andere 51 ziekenhuizen met vordering.

Figuur 34 Totale omzet van algemene ziekenhuizen in het A- en B-segment (euro, miljard)



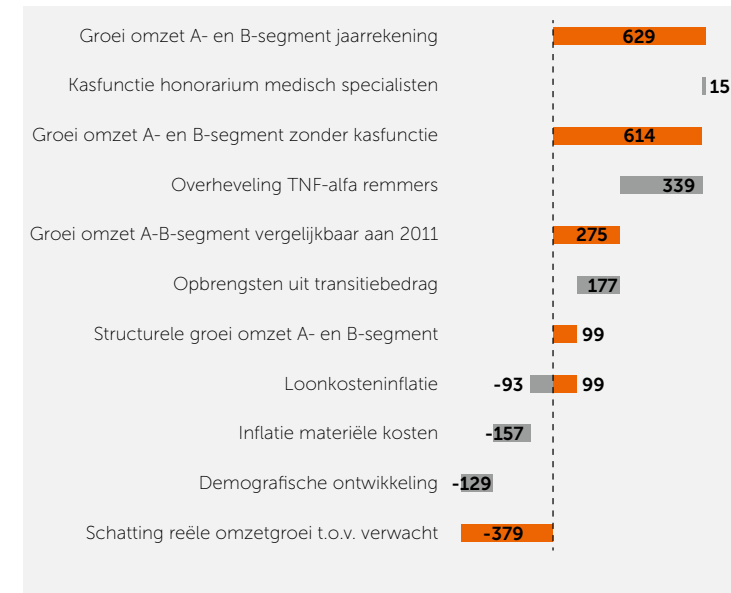
Bron: analyse SIRM, jaarverslagen

4.1.2 Reële groei van het A- en B-segment

De nominale groei van het A- en B-segment in 2012 was tezamen € 99 miljoen ofwel 0,7%, na de hierboven genoemde correcties. Een deel van de groei werd veroorzaakt door gestegen loonkosten en prijzen en door vergrijzing van de bevolking⁴ (figuur 35):

- De loonkosteninflatie voor de ziekenhuissector wordt geschat op 2,95%. In totaal is de inflatie op personeelskosten dan € 192 miljoen.
- De materiële kosten: in 2012 verhoogd met 2,41% ofwel € 157 miljoen. Hieruit volgt dat de reële omzetgroei in het A- en B-segment ongeveer minus € 250 miljoen was; een krimp van 2,1%.
- Naast inflatie stijgt de zorgomzet ook door bevolkingsgroei en vergrijzing: goed voor ongeveer 1,1% extra omzet per jaar. Dit is ongeveer € 130 miljoen.
- De ziekenhuiszorg in het A- en B-segment is dus naar schatting met bijna € 380 miljoen gekrompen na doorrekening van bovenstaande correcties. Dit is een daling van ongeveer 3,2% van de € 11,7 miljard omzet in het A- en B-segment in 2011. Het transitiebedrag werkt nu als demping voor inkomensdaling of -stijging van ziekenhuizen. Als de helft van het transitiebedrag tot de structurele omzet gerekend moet worden, is de daling € 290 miljoen ofwel 2,5%.

Figuur 35 Omzetgroei algemene ziekenhuizen (euro, miljoen)



Bron: analyse SIRM, jaarverslagen

⁴ Er is vanuit gegaan dat 90% van de kosten van de algemene ziekenhuizen voor het A- en B-segment worden gemaakt. De overige kosten zijn dan voor de andere opbrengsten. Bron voor inflatie: NZa.

4.1.3 Andere opbrengsten

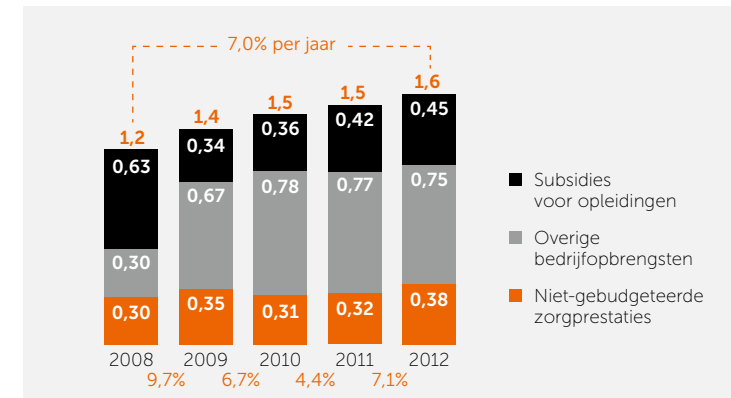
De andere opbrengsten bedroegen in 2012 € 1,6 miljard (figuur 36). Dit is een stijging van 5,0% ten opzichte van 2011. De andere opbrengsten bestaan uit niet-gebudgetteerde zorgprestaties, overige bedrijfsopbrengsten en subsidie uit het Opleidingsfonds:

- Ongeveer een kwart van de andere opbrengsten bestaat uit de 'niet-gebudgetteerde zorgprestaties'. Dit betreft voornamelijk zorg geleverd aan andere instellingen en huisartsen. Bij andere zorgaanbieders kan dit wel behoren tot de collectief gefinancierde omzet. Daar is het dan wel opgenomen in het budget. Hiertoe behoren ook fysiotherapie en zorg die niet tot het basispakket behoort. De niet-gebudgetteerde zorgprestaties zijn met 21% gegroeid.
- Ongeveer een kwart van de andere opbrengsten bestaat uit subsidies voor het opleiden van medisch specialisten. In 2012 is de in de jaarrekeningen verantwoorde subsidie uit het Opleidingsfonds gestegen met ruim € 420 miljoen naar € 456 miljoen. Dat is een groei van 8,7%.
- Iets minder dan de helft van de andere opbrengsten bestaat uit 'overige bedrijfsopbrengsten'. De overige bedrijfsopbrengsten zijn alle opbrengsten van een ziekenhuis die buiten het A- en B-segment, de niet-gebudgetteerde zorgprestaties en subsidies voor opleidingen vallen. Per ziekenhuis kan de aard van deze overige bedrijfsopbrengsten verschillen en enkele ziekenhuizen splitsen dit nader uit in hun jaarrekening. Overige opbrengsten zijn bijvoorbeeld inkomsten uit parkeergelden, bereide maaltijden voor een nabijgelegen GGZ-instelling of verzorgingshuis, winkeltjes in het ziekenhuis, ICT-ondersteuning voor huisartsen, doorberekende personeelskosten aan maatschappen van specialisten en subsidies (anders dan die uit het Opleidingsfonds). Deze opbrengsten, zijn in 2012 gedaald met ruim 2,7%. De verandering van deze overige bedrijfsopbrengsten varieert sterk per ziekenhuis.

4.1.4 Omzet van algemene ziekenhuizen en UMC's

Dit brancherapport gaat in op de ontwikkelingen in algemene ziekenhuizen. Ook Universitair Medische Centra (UMC's) leveren ziekenhuiszorg. Hun omzet in het A- en B-segment was € 4,1 miljard. Het aandeel van de omzet van de acht UMC's in het A- en B-segment gezamenlijk was in 2012 25%. De algemene ziekenhuizen vertegenwoordigden in 2012 dus driekwart van de totale omzet in het A- en B-segment.

Figuur 36 Andere opbrengsten van het ziekenhuis (euro, miljard)



Bron: analyse SIRM, jaarverslagen

4.2 Kosten van ziekenhuiszorg

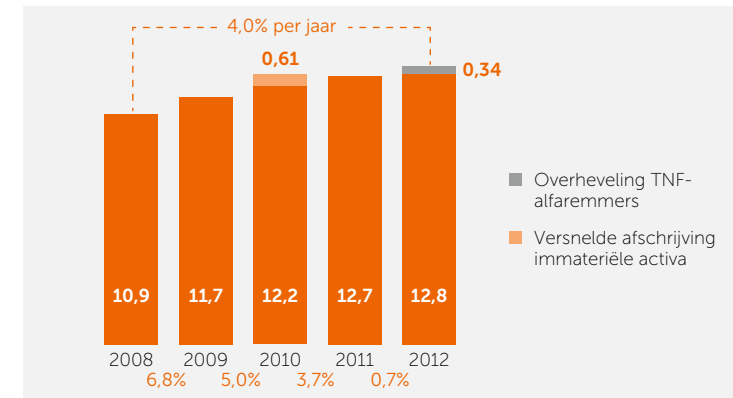
De totale kosten voor de algemene ziekenhuizen zijn in 2012 gestegen met 0,7% tot € 12,8 miljard (figuur 37). Daarbij is gecorrigeerd om een vergelijking tussen de jaren mogelijk te maken. Zonder correctie is deze stijging 3,1% tot € 13,1 miljard. Deze stijging ligt onder het jaarlijkse gemiddelde van de afgelopen vijf jaar van 4,0%. De kosten in 2012 bestaan voor 58,3% uit personeelskosten, bijna 33,6% uit overige bedrijfskosten en 8,2% uit afschrijvingen (figuur 38).

De personeelskosten zijn in 2012 met 2,5% gestegen tot € 7,5 miljard. De groei bedroeg de afgelopen vijf jaar gemiddeld 4,1% per jaar. De groei van de personeelskosten is dus lager dan voorgaande jaren. De gestegen arbeidsproductiviteit draagt bij aan de relatief gematigde groei van de personeelskosten.

Terwijl de afschrijvingen in de afgelopen jaren fors groeiden, sinds 2008 met gemiddeld 5,8% per jaar, was dat in 2012 maar 0,9%.

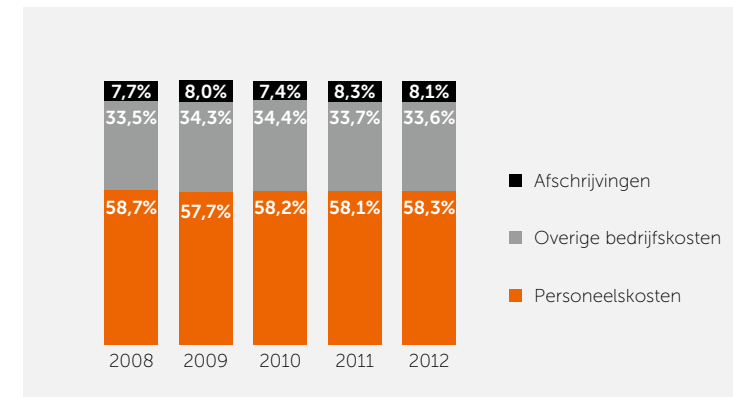
De overige bedrijfskosten groeiden de afgelopen vijf jaar met gemiddeld 6,5% en in 2012 met 2,3%. Hierbij is gecorrigeerd voor de overheveling van de TNF-alfaremmers zodat de kosten jaar op jaar kunnen worden vergeleken. Zonder deze correctie is de groei in 2012 9,8%. Die toename komt, naast het verschuiven van personeelskosten naar inkoopkosten, voort uit extra uitgaven aan dure medicijnen, implantaten en hulpmiddelen.

Figuur 37 Totale kosten algemene ziekenhuizen (euro, miljard)



Bron: analyse SIRM, jaarverslagen

Figuur 38 Kosten van algemene ziekenhuizen (aandeel in totale kosten*)



* Na correctie voor eenmalige afschrijvingen vanwege immateriële vaste activa in 2010

Bron: analyse SIRM, jaarverslagen

4.2.1 Personeelskosten

De ziekenhuiszorg in 2012 werd geleverd met ongeveer 125.000 FTE, exclusief medisch specialisten (figuur 39). Dit is een groei van slechts 0,3% ten opzichte van 2011. De demping van de groei die de sector in het bestuurlijke hoofdlijnenakkoord heeft afgesproken, en de grotere druk door verzekeraars, leidden tot lagere groei van de werkgelegenheid bij ziekenhuizen. De groei in het aantal FTE verschilt tussen ziekenhuizen. In 19 ziekenhuizen kromp het aantal FTE, terwijl 61 ziekenhuizen groeiden.

In 2012 zijn de kosten voor personeel met 2,5% gestegen tot € 7,5 miljard (figuur 40). De stijging in 2012 is lager dan die in 2011 toen een groei werd bereikt van 3,8%. Gemiddeld was de stijging de afgelopen vijf jaar 4,1% per jaar.

4.2.2 Overige bedrijfskosten

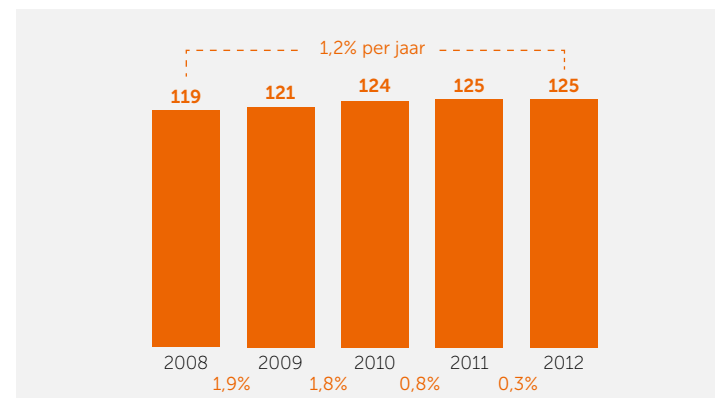
De overige bedrijfskosten vormen een derde van de totale kosten van algemene ziekenhuizen. Deze zijn in 2012 met 2,3% gegroeid tot € 4,4 miljard (figuur 41). Hierbij is gecorrigeerd voor de overheveling van de TNF-alfaremmers. Gemiddeld stegen de overige bedrijfskosten vanaf 2008 met 6,5% per jaar. Sinds 2011 is de groei vertraagd.

De overige bedrijfskosten bestaan uit patiëntgebonden kosten, algemene kosten, voedingsmiddelen en hotelmatige kosten en onderhoud en energie (figuur 42). Bijna twee derde van de overige kosten zijn de patiëntgebonden kosten. In 2012 zijn deze kosten met 2,5% gestegen. De patiëntgebonden kosten zijn de afgelopen jaren fors gestegen met 6,4% per jaar (figuur 43). Hierbij is gecorrigeerd voor de overheveling van de TNF-alfaremmers. Zonder correctie is de stijging in 2012 iets hoger dan 14% en de gemiddelde stijging over de afgelopen jaren 8,4%. Hieronder vallen onder andere de kosten voor dure geneesmiddelen waarvan het ziekenhuis 20% uit eigen middelen moet betalen. Andere patiëntgebonden kosten zijn implantaten (zoals heupen en knieën) en hulpmiddelen. De patiëntgebonden kosten per patiënt zijn de afgelopen vijf jaar met gemiddeld respectievelijk 1,7 en 1,4% gestegen naar € 262/EPB of € 1.488/opname.

De algemene kosten stegen de afgelopen jaren met 4,4 % per jaar. In 2012 was de stijging 0,2%.

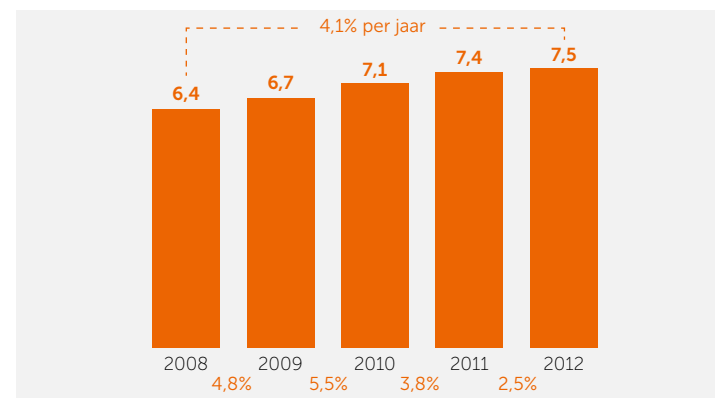
De kosten voor voedingsmiddelen en hotelfunctie zijn met 1,5% gestegen in 2012. Omdat het aantal verpleegdagen is afgenomen zijn de kosten per ligdag toegenomen met 6,5%.

Figuur 39 Medewerkers in algemene ziekenhuizen (gemiddelde FTE [1.000] excl. medisch specialisten)



Bron: analyse SIRM, jaarverslagen

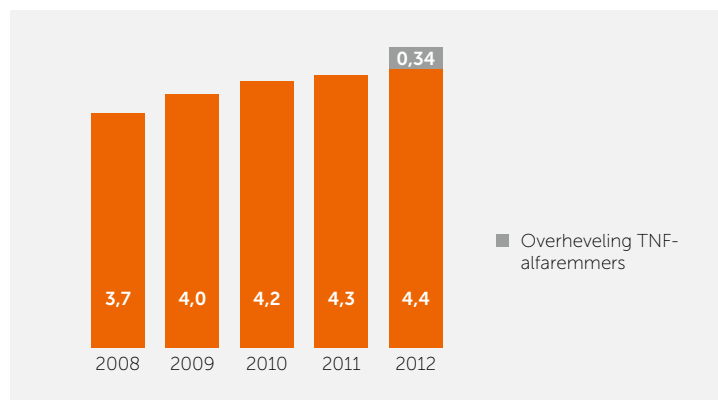
Figuur 40 Personeelskosten (euro, miljard)



Bron: analyse SIRM, jaarverslagen

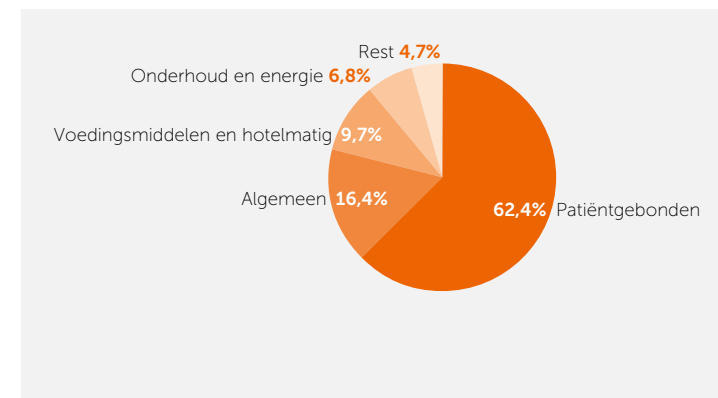
De voorgaande vier jaar stegen de kosten voor onderhoud en energie met gemiddeld 2,0% per jaar. In 2012 daalden deze kosten met 0,6%. Een belangrijk deel hiervan komt voor rekening van lagere energieprijzen.

Figuur 41 Overige bedrijfskosten (euro, miljard)



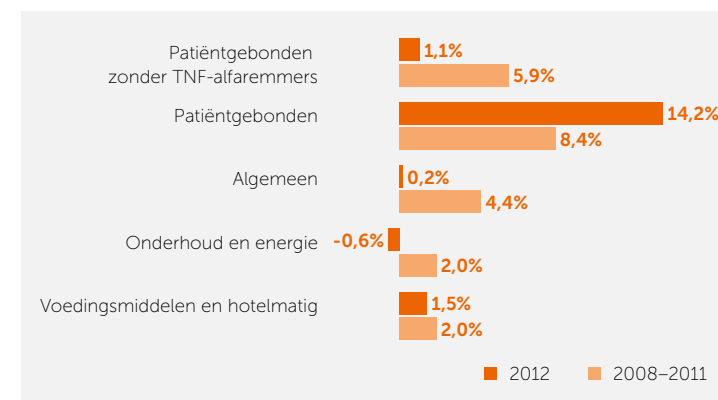
Bron: analyse SiRM, jaarverslagen

Figuur 42 Uitsplitsing van de overige bedrijfskosten van algemene ziekenhuizen in 2012 (aandeel in overige kosten)



Bron: analyse SiRM, jaarverslagen

Figuur 43 Groei overige bedrijfskosten (procent per jaar)

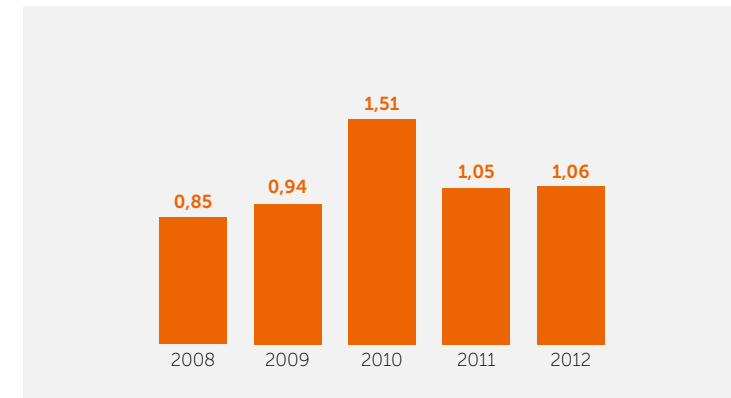


Bron: analyse SiRM, jaarverslagen

4.2.3 Afschrijvingen

Gemiddeld bedroegen de afschrijvingen in 2012 8,2% van de totale kosten van een algemeen ziekenhuis. Dat is iets meer dan in 2011. In totaal bedroegen de afschrijvingen in 2012 iets meer dan € 1,0 miljard (figuur 44). De groei in afschrijvingen was maar 0,9% ofwel ongeveer € 10 miljoen. Dit is fors lager dan de gemiddelde groei van de afgelopen 5 jaar: 5,8%. Er zijn in 2012 dan ook geen grote nieuwbouwprojecten in de algemene ziekenhuizen gereed gekomen.

Figuur 44 Afschrijvingen op immateriële en materiële activa (euro, miljard)



Bron: analyse SIRM, jaarverslagen

4.3 Resultaat

De ziekenhuizen behaalden in 2012 gemiddeld een exploitatieresultaat van 2,0% van de omzet (figuur 45). Voor 2 ziekenhuizen moest het resultaat worden geschat. Op basis van openbare informatie is een ruwe schatting gemaakt van het verwachte verlies. Die schatting is in dit rapport verwerkt.

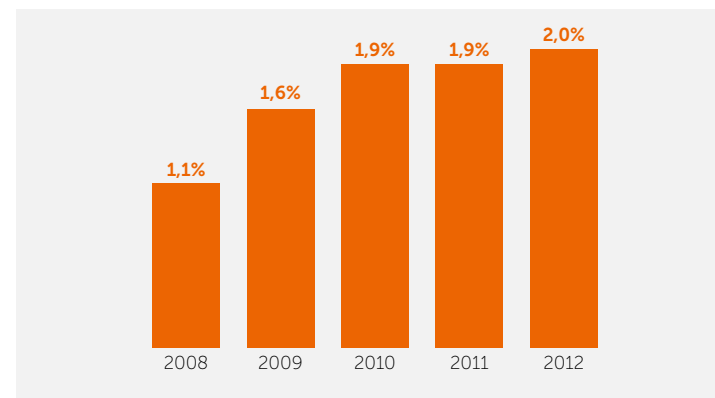
De winstgevendheid van ziekenhuizen is nog steeds laag gegeven de bedrijfsrisico's op de geliberaliseerde markt. Daarbij past een exploitatieresultaat van 2,5% tot 3,0%. In 2012 komt het gemiddelde exploitatieresultaat voor het eerst uit op 2,0%.

In 2012 leed ongeveer één op de acht ziekenhuizen verlies, in 2011 was dat nog 1 op 9. Sinds 2011 is deze verhouding verslechterd nadat die sinds 2006 steeds verbeterde. In 2006 leed nog meer dan een op de vier ziekenhuizen verlies (figuur 46).

Voor een gezonde bedrijfsvoering van een ziekenhuis is, gemiddeld genomen, een winstmarge van ten minste 2,5% nodig.⁵ Als het ziekenhuis dan een solvabiliteit (zie verder) van ten minste 20% heeft, kan het naar verwachting de meeste financieel-economische schokken opvangen. Daarbij is al rekening gehouden met het relatief lage risico van de ziekenhuissector in vergelijking met andere economische sectoren. Mogelijk zijn voor Nederland een hogere solvabiliteit en marge nodig vanwege de vele veranderingen in de regulering.

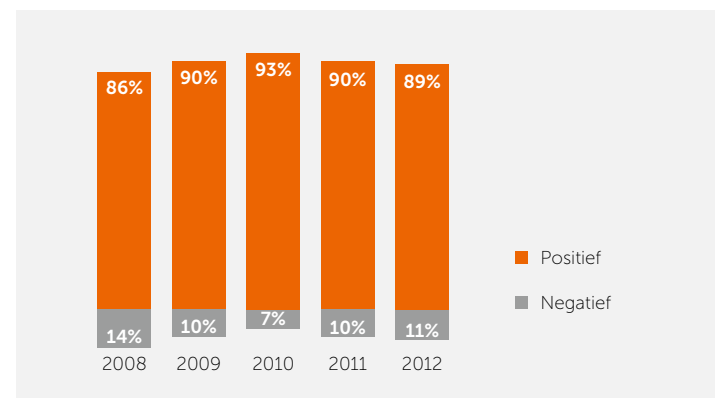
In 2012 boekten 21 van de 81 ziekenhuizen een exploitatieresultaat groter dan 2,5% van de omzet (in 2011 waren dat er 27). Daarvan hadden er 15 daarnaast ook nog een solvabiliteit van ten minste 20%. De financiële positie van veel ziekenhuizen moet dus nog steeds versterkt worden. Tien ziekenhuizen met een solvabiliteit lager dan 20% boekten in 2012 rode cijfers.

Figuur 45 Gemiddeld exploitatieresultaat (procent van totale omzet)



Bron: analyse SIRM, jaarverslagen

Figuur 46 Aandeel van ziekenhuizen met positief of negatief resultaat (procent)



Bron: analyse SIRM, jaarverslagen

⁵ Analyse SIRM op basis van vergelijking met buitenland.

4.4 Balans

Net als de afgelopen vijf jaar hebben de meeste ziekenhuizen in 2012 hun vermogenspositie verder versterkt. Toename van het eigen vermogen leidt tot een betere solvabiliteit en daarmee grotere financiële zekerheid op lange termijn en een stabielere sector. De grotere ziekenhuizen hebben ook verhoudingsgewijs een stevigere vermogenspositie. Daarnaast geeft de gemiddeld verbeterde rentabiliteit aan dat het totale vermogen steeds beter wordt ingezet.

4.4.1 Rentabiliteit

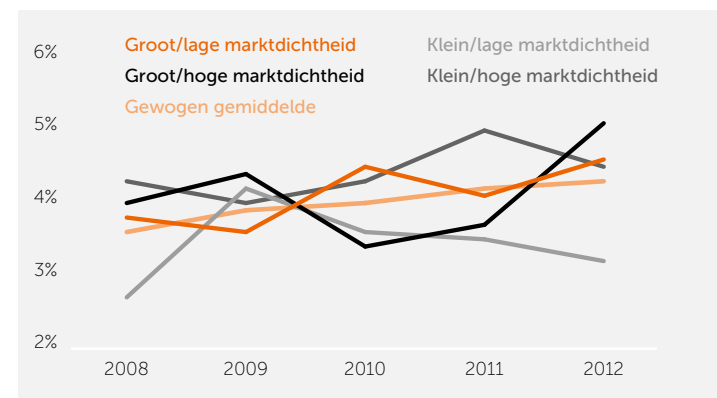
De rentabiliteit is het bedrijfsresultaat als percentage van het totale vermogen⁶. In andere woorden: hoe hoger de rentabiliteit, hoe beter het totale vermogen wordt gebruikt om resultaat te behalen. De rentabiliteit van ziekenhuizen was in 2012 gemiddeld 3,7%. Dit is een lichte verbetering ten opzichte van 2011 toen de rentabiliteit 3,6% was (figuur 47). De bedrijfsresultaten zijn ook in 2012 weer gestegen, maar ook het vermogen steeg. Hierdoor is de rentabiliteit slechts licht gegroeid.

Sinds 2009 is de rentabiliteit van kleine ziekenhuizen in gebieden met lage marktdichtheid gedaald. De rentabiliteit van grote ziekenhuizen nam de afgelopen jaren gemiddeld genomen toe. De variatie tussen ziekenhuizen in behaalde rentabiliteit is overigens groot (figuur 48).

4.4.2 Solvabiliteit

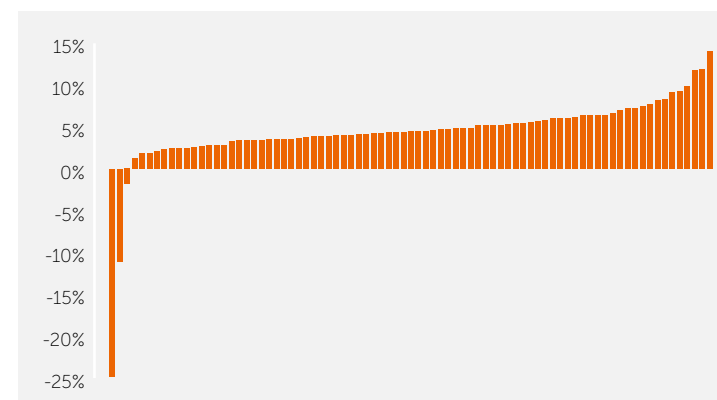
De mate waarin ziekenhuizen op lange termijn aan hun financiële verplichtingen kunnen voldoen, wordt aangeduid met solvabiliteit. Dit is het niet-vreemd vermogen als percentage van het balanstotaal. De Minister van VWS hanteert 20% als streefnorm voor de solvabiliteit.⁷ De gemiddelde solvabiliteit van ziekenhuizen was in 2012 20,5%. Daarmee komt de gemiddelde solvabiliteit voor het eerst uit boven de norm van 20% dat wordt gehanteerd door het Ministerie van VWS. In 2011 bedroeg de solvabiliteit gemiddeld nog 18,7%. (figuur 49). De solvabiliteit is de laatste jaren sterk verbeterd. In 2005 en 2006 was deze nog slechts gemiddeld 9%.

Figuur 47 Ontwikkeling van de rentabiliteit naar categorie ziekenhuizen, 2008-2012



Bron: analyse SIRM, jaarverslagen

Figuur 48 Rentabiliteit van de ziekenhuizen, 2012

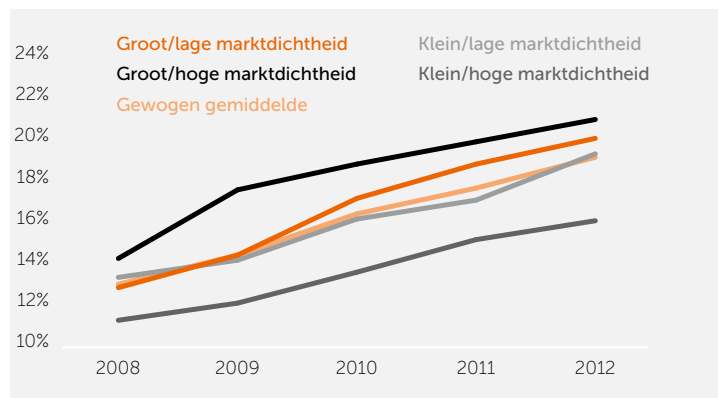


Bron: analyse SIRM, jaarverslagen

⁶ Bij de berekening van de rentabiliteit is gebruik gemaakt van het resultaat zonder de financiële baten en lasten.

⁷ Wijziging van de Wet cliëntenrechten zorg en enkele andere wetten om het mogelijk te maken dat aanbieders van medisch-specialistische zorg, mits zij aan een aantal voorwaarden voldoen, winst uitkeren (voorwaarden voor winstuitkering aanbieders medisch-specialistische zorg), Tweede Kamer 2012/2013, 33168.

Figuur 49 Ontwikkeling van de solvabiliteit naar categorie ziekenhuizen, 2008 - 2012

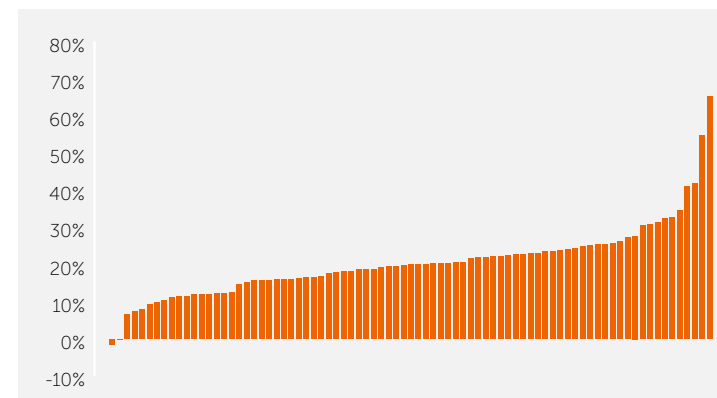


Bron: analyse SIRM, jaarverslagen

Grote ziekenhuizen hebben gemiddeld een hogere solvabiliteit (22%) dan kleine ziekenhuizen (19%) alhoewel dat verschil vorig jaar nog iets groter was. De solvabiliteit van grote ziekenhuizen in de gebieden met de hoogste marktdichtheid (de Randstad en de regio Eindhoven) is fors hoger dan de kleine ziekenhuizen in dezelfde gebieden. Buiten die gebieden verschilt de solvabiliteit van grote en kleine ziekenhuizen nauwelijks.

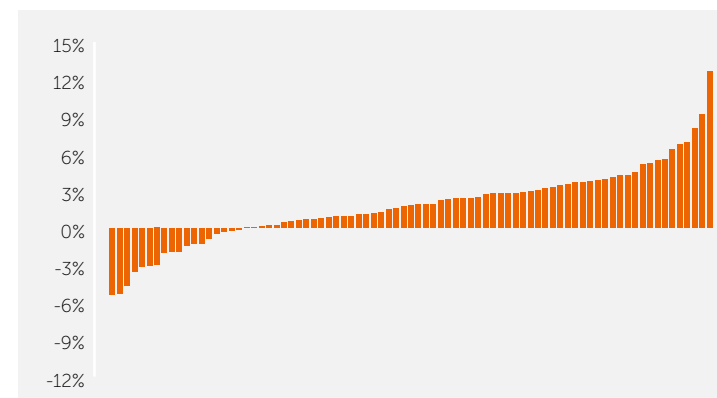
De variatie in solvabiliteit tussen ziekenhuizen is groot: van ongeveer -1,4% tot 65% (figuur 50). Van de 81 ziekenhuizen in Nederland voldoen er 39 aan de streefnorm van 20% en dus 42 nog niet. De solvabiliteit van 61 ziekenhuizen is van 2011 op 2012 toegenomen (figuur 51). In 2012 verbeterden 48 ziekenhuizen hun solvabiliteit met meer dan 1 procentpunt. In 2011 boekten nog 41 ziekenhuizen een verbetering van meer dan 1 procentpunt.

Figuur 50 Solvabiliteit van de ziekenhuizen, 2012



Bron: analyse SIRM, jaarverslagen

Figuur 51 Verandering van de solvabiliteit tussen 2012 en 2011 (procentpunt)



Bron: analyse SIRM, jaarverslagen

Hoofdstuk 5

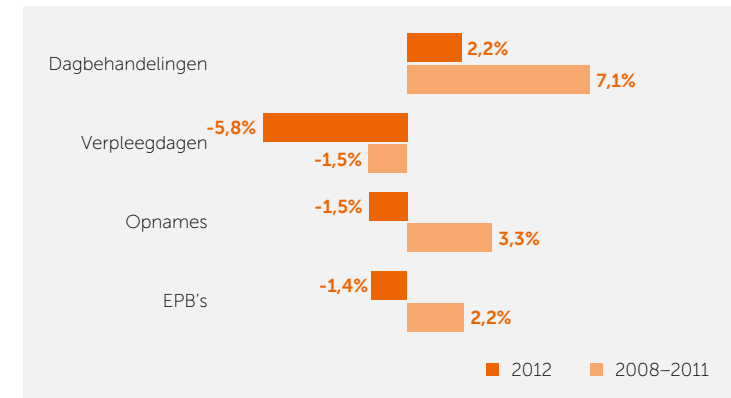
Productie van ziekenhuizen

Voor de productie wordt gekeken naar het aantal eerste polikliniek-bezoeken (EPB's), dagbehandelingen, opnames en verpleegdagen. Een EPB is het eerste contactmoment van de patiënt met het ziekenhuis na doorverwijzing door de huisarts of bezoek aan de spoedeisende hulp. Vervolgens beslissen arts en patiënt of verdere zorg nodig is voor het probleem waarmee de patiënt naar het ziekenhuis kwam. Dat gebeurt poliklinisch, in dagbehandeling of met een opname.

De ziekenhuiszorg kent al jarenlang twee trends: het aandeel dagbehandelingen neemt toe en de gemiddelde ligduur per opname neemt af. Die trends zijn ook over 2012 te zien. Het aandeel dagbehandelingen van het totaal aantal opnames verschoof van 52% naar 53% en de gemiddelde ligduur kwam voor het eerst onder de vijf dagen; 4,8.

In 2012 is het aantal EPB's voor het eerst gedaald en wel met 1,4% terwijl er vorig jaar nog een stijging was van 2,1% en de voorgaande vier jaar gemiddeld 2,2% (figuur 52).

Figuur 52 Groei van productieparameters (procent per jaar)



Bron: analyse SIRM, jaarverslagen

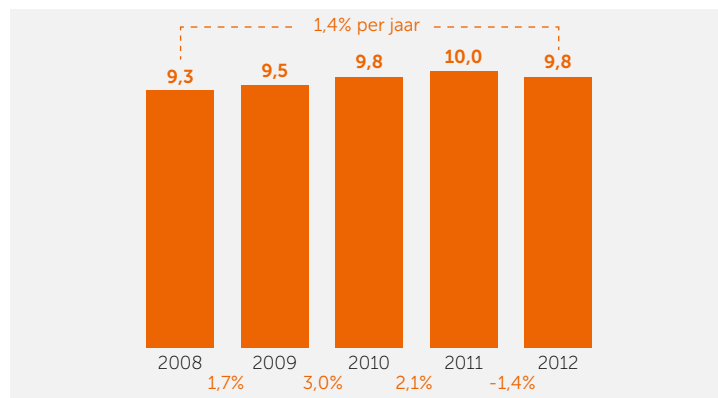
5.1 Eerste polikliniekbezoeken

De jarenlange stijging van het aantal EPB's is in 2012 beëindigd. In 2011 waren er in totaal 10,0 miljoen EPB's; in 2012 is dat gedaald tot het niveau van 2010; 9,8 miljoen. Dit is een krimp van 1,4%. Bij gelijkblijvende werkwijze wordt op basis van de demografische ontwikkelingen een groei van ongeveer 1,1% verwacht. De gemiddelde jaarlijkse groei over de voorgaande jaren sinds 2008 was 2,4%. Inclusief 2012 is dat 1,4% (figuur 53).

5.1.1 Aantal eerste polikliniekbezoeken per categorie ziekenhuis

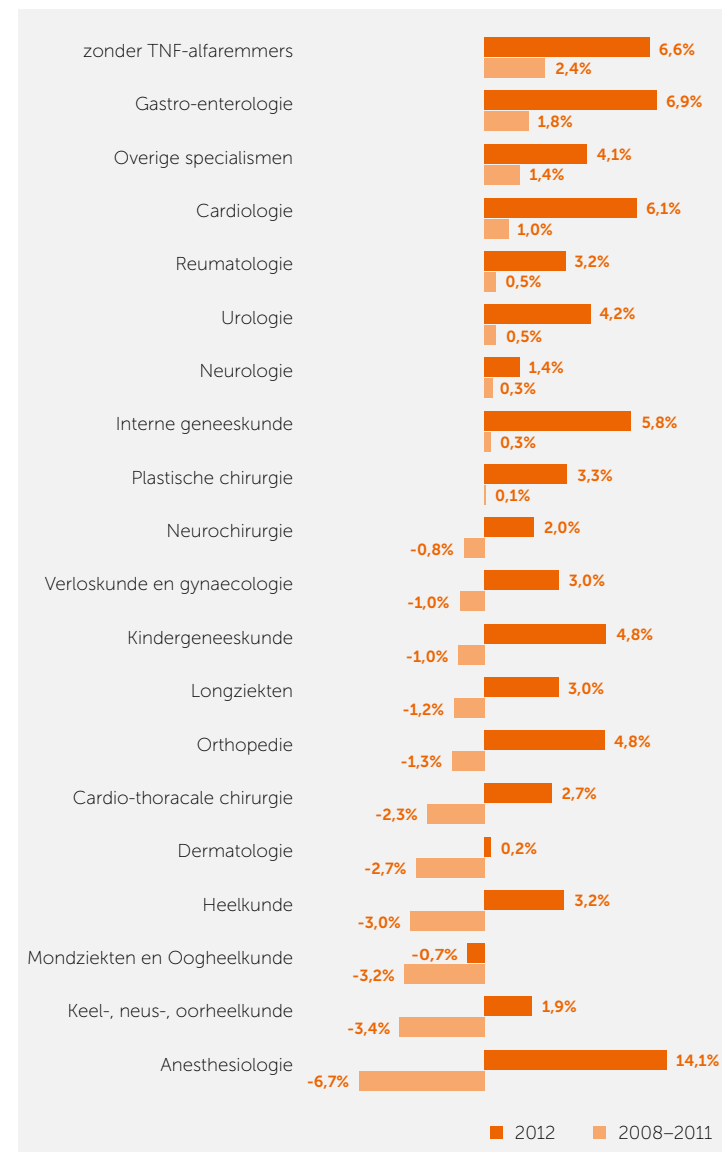
Voor ruim de helft van de specialismen is het aantal EPB's in 2012 afgenomen. De afname vindt vooral plaats bij snijdende specialismen, zoals KNO, oogheelkunde, heelkunde en mondziekten en kaakchirurgie. Mogelijk speelt concurrentie met ZBC's hier een rol. Bij de specialismen die wel groeien, is de groei lager dan in de voorgaande jaren. Heelkunde en oogheelkunde zijn samen goed voor ongeveer de helft van de krimp (beiden bijna 40.000 minder EPB's dan in 2011). Cardiologie haalde bijna 13.000 EPB's meer dan in 2011.

Figuur 53 Eerste polikliniekbezoeken (miljoen)



Bron: analyse SiRM, jaarverslagen

Figuur 54 Groei van aantal eerste polikliniekbezoeken per specialisme (procent per jaar)



Bron: analyse SiRM, jaarverslagen

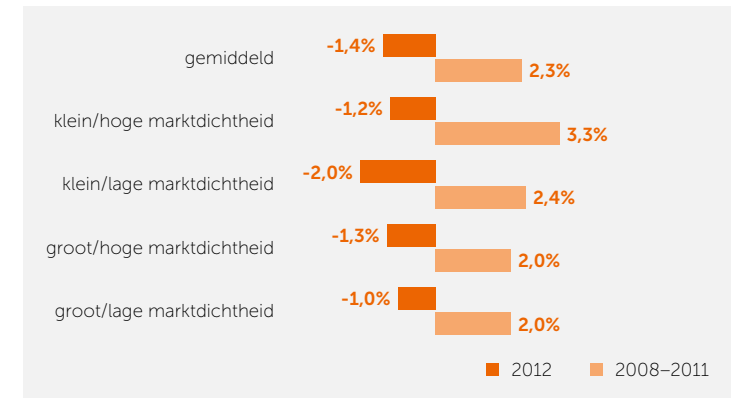
5.1.2 Aantal eerste polikliniekbezoeken per categorie ziekenhuis

Het aantal EPB's is voor grote ziekenhuizen in gebieden met een hoge marktdichtheid (dat zijn de Randstad en de regio rondom Eindhoven) gekrompen met 1,3%. Hun collega's in de andere gebieden zijn juist het minst gekrompen (1,0%). Voor kleine ziekenhuizen is het verschil tussen de gebieden met hoge of lage marktdichtheid groter met een krimp van het aantal EPB's van respectievelijk 1,2% en 2,0% (figuur 55).

5.1.3 Eerste polikliniekbezoeken per hoofd van de bevolking

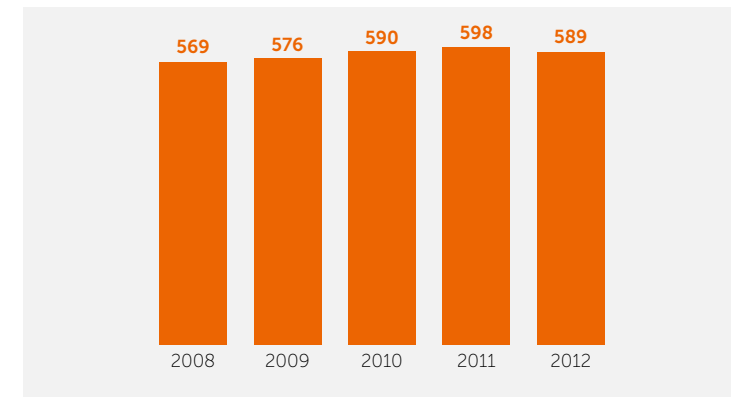
Nederlanders gingen in 2012 minder vaak naar het ziekenhuis dan in 2011. Voor iedere 1.000 Nederlanders waren er in 2012 589 EPB's. In 2005 lag dit op gemiddeld 530 en in 2011 nog op bijna 600 (figuur 56). Daarmee is een einde gekomen aan een jarenlange trend.

Figuur 55 Gemiddelde jaarlijkse groei van EPB's naar categorie ziekenhuizen



Bron: analyse SIRM, jaarverslagen

Figuur 56 EPB's per 1.000 inwoners



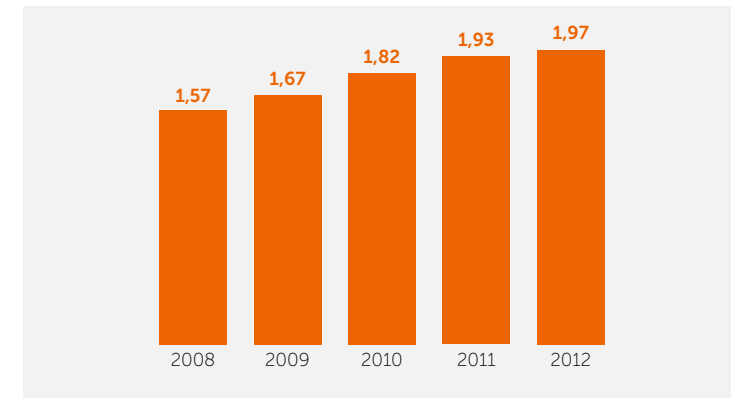
Bron: analyse SIRM, jaarverslagen

5.2 Dagbehandelingen

Steeds meer ziekenhuiszorg wordt in dagbehandling geleverd. In 2009 overtrof het aantal dagbehandelingen voor het eerst het aantal opnames. Deze trend is ook in 2012 verder voortgezet. Er vonden 1,97 miljoen dagbehandelingen plaats bij de algemene ziekenhuizen (figuur 57). Het aantal dagbehandelingen is gestegen met 2,2%. De stijging over de voorgaande vier jaar was hoger: gemiddeld 5,8%.

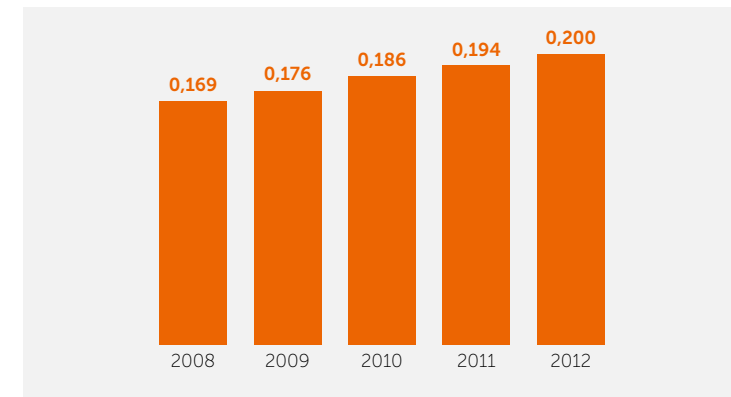
Het aandeel dagbehandelingen komt in 2012 uit op 53,3% (figuur 60). Uit een onderzoek onder 133 deelnemers van een conferentie van bestuurders van ziekenhuizen, bleek dat zij verwachten dat het aandeel dagbehandelingen kan stijgen tot 59%.

Figuur 57 Dagbehandelingen (miljoen)



Bron: analyse SIRM, jaarverslagen

Figuur 58 Dagbehandelingen per EPB



Bron: analyse SIRM, jaarverslagen

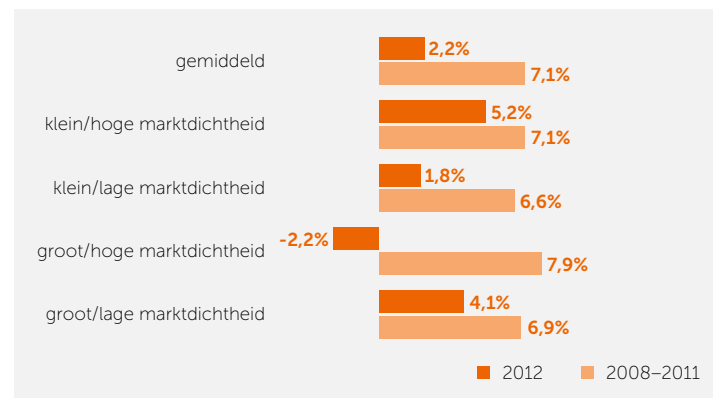
5.2.1 Aantal dagbehandelingen per categorie ziekenhuis

Drie categorieën ziekenhuizen kennen een groei van het aantal dagbehandelingen. De grote ziekenhuizen in gebieden met hoge marktdichtheid krompen met 2,2% gemiddeld. Tussen 2008 en 2011 groeide het aantal dagbehandelingen in grote ziekenhuizen in iets sterkere mate dan in kleine ziekenhuizen (figuur 59). Opvallend is dat in 2012 de groei van het aantal dagbehandelingen in grote ziekenhuizen juist achterbleef. Het aantal dagbehandelingen in grote ziekenhuizen groeide met gemiddeld 1,7%. Voor kleine ziekenhuizen was dat 3,0%.

5.2.2 Dagbehandelingen per EPB

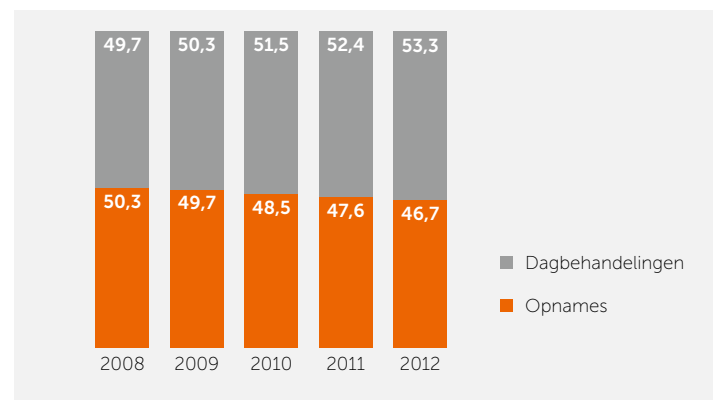
Het aantal dagbehandelingen per EPB steeg langzaam van 0,15 in 2005 naar 0,17 in 2012. In 2012 kregen 20,2 van de 100 patiënten met een EPB dus een dagbehandeling. In 2011 waren dat er nog 19.

Figuur 59 Gemiddelde jaarlijkse groei van dagbehandelingen naar categorie ziekenhuizen



Bron: analyse SIRM, jaarverslagen

Figuur 60 Opnames en dagbehandelingen (aandeel in totaal)

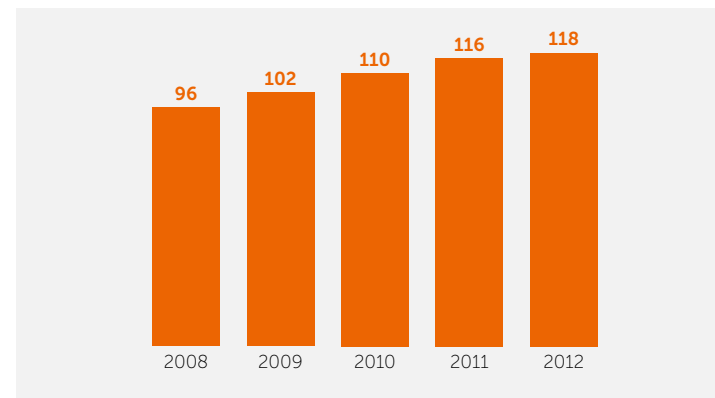


Bron: analyse SIRM, jaarverslagen

5.2.3 Aantal dagbehandelingen per hoofd van de bevolking

Ook het aantal dagbehandelingen per hoofd van de bevolking blijft groeien. In 2012 ondergingen 118 van de 1.000 Nederlanders een dagbehandeling. In 2011 lag dit op 116 van de 1.000 Nederlanders (figuur 61).

Figuur 61 **Dagbehandelingen per 1.000 inwoners**



Bron: analyse SIRM, jaarverslagen

5.3 Opnames

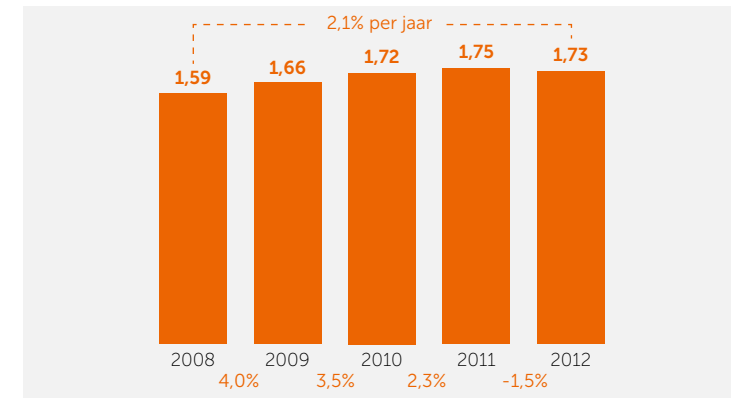
Ook het aantal klinische opnames is vrijwel terug op het niveau van 2010. Het aantal opnames is in 2012 in algemene ziekenhuizen was 1,73 miljoen (figuur 62). Dat is een krimp van 1,5% terwijl de groei in 2011 nog 2,3% was en de jaren daarvoor meer dan een procentpunt hoger.

5.3.1 Aantal opnames per categorie ziekenhuis

De groei in het aantal opnames in 2012 was lager dan de groei over de afgelopen vijf jaren gemiddeld. Tussen 2008 en 2011 was de gemiddelde jaarlijkse groei het hoogst voor de gebieden met hoge marktdichtheid; 4,1% per jaar terwijl de jaarlijkse groei in de gebieden met lagere marktdichtheid 2,9% was.

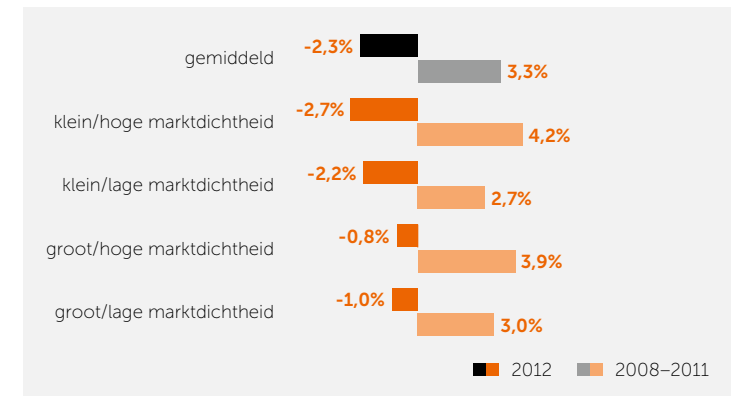
In 2012 is een ander patroon zichtbaar in de krimp. Die is sterker voor kleine ziekenhuizen dan grote ziekenhuizen; respectievelijk 2,5% en 0,9% krimp (figuur 63).

Figuur 62 Klinische opnames (miljoen)



Bron: analyse SIRM, jaarverslagen

Figuur 63 Gemiddelde jaarlijkse groei van opnames naar categorie ziekenhuizen



Bron: analyse SIRM, jaarverslagen

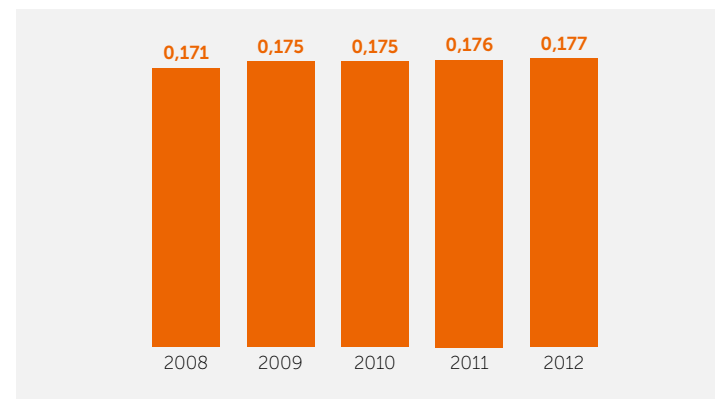
5.3.2 Aantal opnames per EPB

De krimp in opnames is grotendeels toe te rekenen aan de krimp in de eerste polikliniekbezoeken van ziekenhuizen. Het aantal opnames per EPB nam de laatste jaren licht toe: van 16,9 in 2008 naar 17,6 per 100 EPB's in 2011 (figuur 64). In 2012 was dat 17,7. In 2012 was er dus gemiddeld weer een lichte stijging in deze parameter. Het aantal opnames per EPB is bij grote ziekenhuizen met gemiddeld 0,18 iets hoger dan bij kleine ziekenhuizen waar dat 0,17 is. In 2008 was dat verschil nog iets kleiner.

5.3.3 Aantal opnames per hoofd van de bevolking

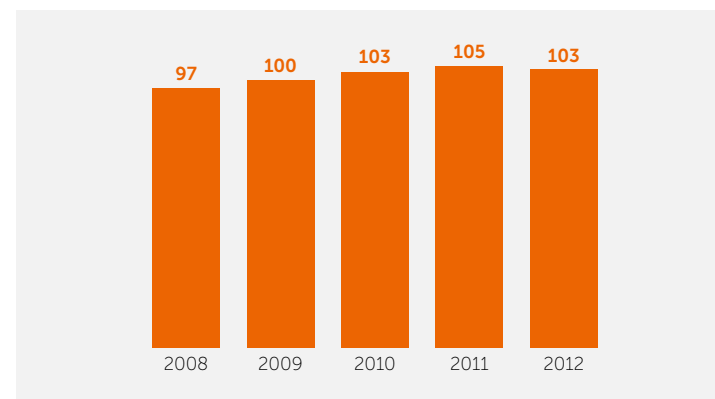
Het aantal opnames per Nederlander ligt in 2012 op het niveau van 2011; op 103. Dit betekent niet dat 10,4% van de Nederlanders in een ziekenhuis opgenomen is geweest: een deel hiervan betreft namelijk meerdere opnames per persoon (figuur 65).

Figuur 64 Opnames per EPB



Bron: analyse SIRM, jaarverslagen

Figuur 65 Opnames per 1.000 inwoners



Bron: analyse SIRM, jaarverslagen

5.4 Verpleegdagen

Ieder jaar daalt het totaal aantal verpleegdagen. In 2012 ligt het totaal aantal verpleegdagen op 8,3 miljoen, tegen nog 9,2 miljoen in 2008 (figuur 66).

5.4.1 Gemiddelde ligduur

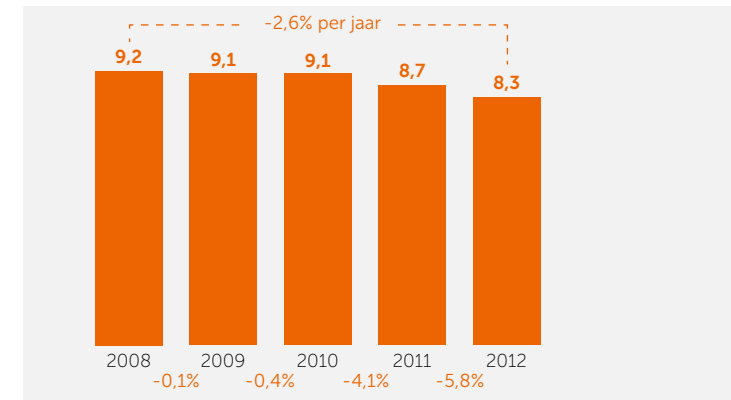
De gemiddelde ligduur van een ziekenhuisopname neemt al jarenlang af. Die trend zette ook in 2012 door. Dit jaar is de gemiddelde ligduur bij algemene ziekenhuizen voor het eerst lager dan 5,0 dagen: 4,8.

Omdat steeds meer in dagbehandeling wordt gedaan, gedeeltelijk als substituuat voor een opname, zou verwacht mogen worden dat de behandelingen van de opgenomen patiënten juist complexer worden en de ligduur langer. Dat is niet het geval. Ook in 2012 daalde de gemiddelde ligduur met ongeveer een kwart dag, net als in de vijf voorgaande jaren. Dit wordt mogelijk veroorzaakt door het ter beschikking komen van innovaties (bijvoorbeeld laparoscopisch opereren). Een patiënt die in 2005 werd opgenomen, lag nog gemiddeld 6,3 dagen in het ziekenhuis. In 2012 was dat nog maar 4,8 dagen (figuur 67).

Als deze trend doorzet, komt de gemiddelde ligduur in 2016 uit op 4,0 dagen. Uit een onderzoek onder ziekenhuisbestuurders bleek dat zij verwachten dat de ligduur uiteindelijk zal stabiliseren op ongeveer 4,2 dagen.

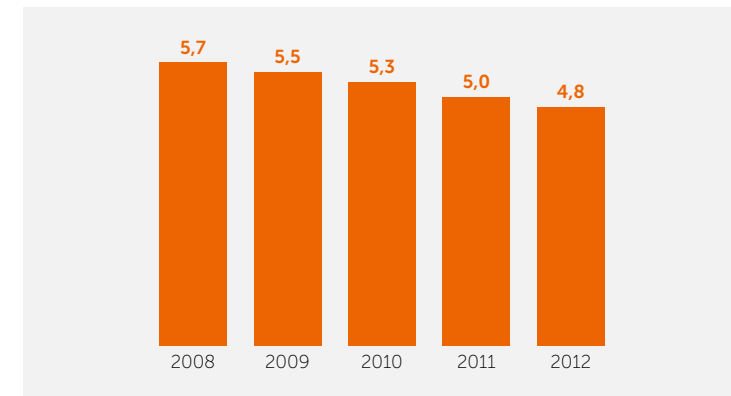
Door deze kortere ligduur neemt de werklast per opname toe. Een groot deel van het werk dat de verpleegkundige verzett is namelijk onafhankelijk van de ligduur. Daaronder vallen bijvoorbeeld registratie rond opname en ontslag, voorlichting aan de patiënt, wondverzorging en pijnstilling na een operatie. Ziekenhuizen comprimeren de geleverde zorg in steeds kortere tijd. Hun productiviteit neemt daarmee toe.

Figuur 66 Klinische verpleegdagen (miljoen)



Bron: analyse SIRM, jaarverlagen

Figuur 67 Gemiddelde ligduur (dagen)

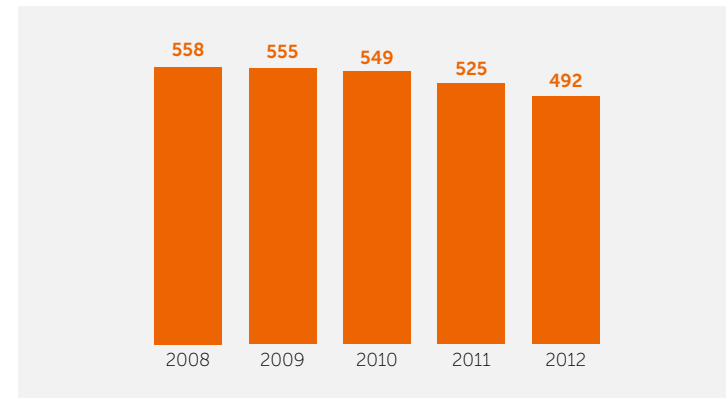


Bron: analyse SIRM, jaarverlagen

5.4.2 Aantal verpleegdagen per hoofd van de bevolking

Per 1.000 Nederlanders lag het aantal klinische verpleegdagen, dus met minstens één overnachting in het ziekenhuis, in 2012 op 492. De trend naar steeds minder verpleegdagen per hoofd van de bevolking zet dus door (figuur 68).

Figuur 68 Verpleegdagen per 1.000 inwoners

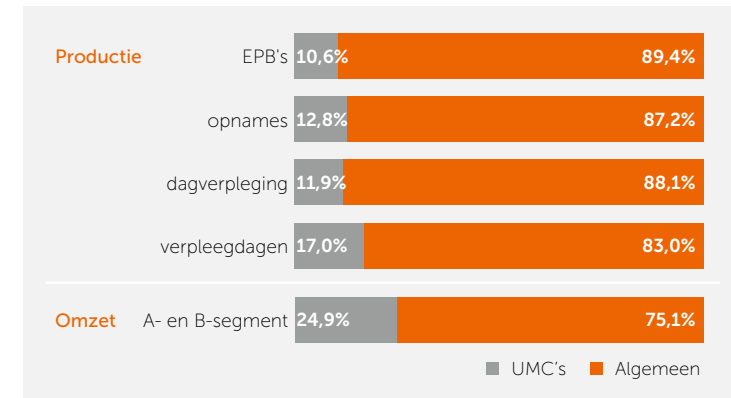


Bron: analyse SIRM, jaarverslagen

5.5 Productie bij algemene ziekenhuizen en UMC's

Bijna één op de negen EPB's vindt plaats in een UMC (figuur 71). Dit aandeel is vrij stabiel. UMC's kennen, gezien de behandelingen die zij leveren, per EPB meer dagbehandelingen, opnames en verpleegdagen dan algemene ziekenhuizen. De ligduur in UMC's is dan ook langer dan in algemene ziekenhuizen. In UMC's is deze gemiddeld 6,8 dag. In algemene ziekenhuizen is dat 2,0 dagen korter.

Figuur 69 Aandeel van UMC's en algemene ziekenhuizen



Bron: analyse SIRM, jaarverslagen

Hoofdstuk 6

Bronnen

Enquête Jaarverslagen Zorg (EJZ): Verzameling van basisgegevens over de Nederlandse ziekenhuiszorg. De enquête wordt uitgevoerd ten behoeve van beleidsontwikkeling, planning, advisering en statistische publicaties.

Loonkostengegevens (LKG): Loonkostengegevens uit de salarisadministratie van de algemene en categorale instellingen

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS): Via de databank van het CBS zijn onder andere gegevens zijn over de gehele economie en de zorgsector beschikbaar.

Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen (StAZ): De Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen is een samenwerkingsverband van werkgevers- en werknemersorganisaties in de ziekenhuisbranche op het gebied van arbeidsmarktbeleid. De StAZ vervult een aanjagende, informerende en ondersteunende rol. Door de StAZ kunnen ziekenhuizen en hun medewerkers activiteiten uitvoeren waar ze anders niet aan toe zouden komen vanwege kosten en/of tijdsinspanning. Bovendien kan er gebruik gemaakt worden van elkaars kennis door activiteiten gezamenlijk te ontplooiën en ontwikkelde producten op brancheniveau breder te verspreiden.

Vernet: Vernet is een onderzoeksbureau gespecialiseerd in het verzamelen, benchmarken en interpreteren van gegevens over personeelszaken in de zorgsector. In totaal zijn 500 zorgorganisaties met ruim 500.000 medewerkers aangesloten.

Nivel is een instituut voor onderzoek in de zorg. Er vindt toegepast beleidsonderzoek plaats voor beleidsmakers in de gezondheidszorg. Dit onderzoek wordt uitgevoerd op projectbasis. Onderzoeksgegevens worden gebruikt door een groot aantal partijen, afkomstig uit de overheid en (koepels van) zorgverzekeraars, beroepsgroepen, zorginstellingen en patiënten- en consumentenorganisaties.

Verdeling algemene ziekenhuizen over vier categorieën

14 ziekenhuizen

Amsterdam	Sint Lucas Andreas Ziekenhuis
Amsterdam	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis
Delft	Reinier de Graaf Groep
Den Haag	HagaZiekenhuis
Den Haag	Medisch Centrum Haaglanden
Eindhoven	Catharina Ziekenhuis
Eindhoven	Máxima Medisch Centrum
Gouda	Groene Hart Ziekenhuis
Haarlem	Kennemer Gasthuis
Hilversum	Tergooiziekenhuizen
Nieuwegein	St. Antonius Ziekenhuis
Rotterdam	Sint Franciscus Gasthuis
Rotterdam	Maasstad Ziekenhuis
Utrecht	Diakonessenhuis

20 ziekenhuizen

Alkmaar	Medisch Centrum Alkmaar
Amersfoort	Meander Medisch Centrum
Apeldoorn	Gelre ziekenhuizen
Arnhem	Rijnstate
Breda	Amphia Ziekenhuis
Den Bosch	Jeroen Bosch Ziekenhuis
Deventer	Deventer Ziekenhuis
Dordrecht	Albert Schweitzer ziekenhuis
Ede	Ziekenhuis Gelderse Vallei
Enschede	Medisch Spectrum Twente
Groningen	Martini Ziekenhuis
Heerlen	Atrium Medisch Centrum Parkstad
Hengelo	Ziekenhuisgroep Twente
Hoorn	Westfries Gasthuis

Leeuwarden	Medisch Centrum Leeuwarden
Nijmegen	Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis
Tilburg	St. Elisabeth Ziekenhuis
Tilburg	TweeSteden Ziekenhuis
Venlo	VieCuri Medisch Centrum
Zwolle	Isala klinieken

ziekenhuizen groot ←

← marktdichtheid hoog

marktdichtheid laag →

15 ziekenhuizen

Amstelveen	Ziekenhuis Amstelland
Amsterdam	BovenIJ Ziekenhuis
Amsterdam	Slotervaartziekenhuis
Capelle a/d IJssel	IJsselland Ziekenhuis
Den Haag	Bronovo
Geldrop	St. Anna Ziekenhuis
Hoofddorp	Spaarne Ziekenhuis
Leiden	Diaconessenhuis Leiden
Leiderdorp	Rijnland Ziekenhuis
Rotterdam	Havenziekenhuis Rotterdam
Rotterdam	Ikazia Ziekenhuis
Schiedam	Vlietland Ziekenhuis
Woerden	Zuwe Het Poort Ziekenhuis
Zaandam	Zaans Medisch Centrum
Zoetermeer	Lange Land Ziekenhuis

ziekenhuizen klein →

32 ziekenhuizen

Almere	Flevoziekenhuis
Assen	Wilhelmina Ziekenhuis Assen
Bergen op Zoom	Lievensberg Ziekenhuis
Beverwijk	Rode Kruis ziekenhuis
Boxmeer	Maasziekenhuis Pantein
Delfzijl	Ommelander Ziekenhuisgroep
Den Helder	Gemini Ziekenhuis
Dirksland	Van Weel-Bethesda Ziekenhuis
Doetinchem	Slingeland Ziekenhuis
Dokkum	Ziekenhuis Talma Sionsberg
Drachten	Nij Smellinghe
Emmen	Scheper-Bethesda Ziekenhuis
Gorinchem	Rivas Beatrixziekenhuis
Harderwijk	Ziekenhuis St. Jansdal
Hardenberg	Ziekenhuis Röpcke Zweers
Heerenveen	De Tjongerschans

Helmond	Elkerliek Ziekenhuis
Lelystad	MC Groep
Meppel	Diaconessenhuis Meppel
Oss	Ziekenhuis Bernhoven
Purmerend	Waterlandziekenhuis
Roermond	Laurentius Ziekenhuis
Roosendaal	Franciscus Ziekenhuis Roosendaal
Sittard	Orbis Medisch Centrum
Sneek	Antonius Ziekenhuis
Spijkernisse	Ruwaard van Putten ziekenhuis
Stadskanaal	Refaja Ziekenhuis
Terneuzen	ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen
Tiel	Ziekenhuis Rivierenland
Vlissingen	Admiraal de Ruyter Ziekenhuis
Weert	St. Jans Gasthuis
Winterswijk	Streekziekenhuis Koningin Beatrix

Colofon

Uitgave

Dit brancherapport is tot stand gekomen onder regie en verantwoordelijkheid van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) in samenwerking met SiRM, Strategies in Regulated Markets.

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

Oudlaan 4
Postbus 9696
3506 GR Utrecht
030 2739 883

SiRM, Strategies in Regulated Markets

Nieuwe Uitleg 24
2514 BR Den Haag

Vormgeving

Total Public, Den Haag

©2013 Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen is de organisatie van de branche ziekenhuizen. De vereniging richt zich op de collectieve behartiging van de belangen van haar leden, en ondersteunt hen in hun rol als zorgverlener, ondernemer en werkgever.