Nederlandse
Vereniging van
Ziekenhuizen

# Brancherapport algemene ziekenhuizen 2018

www.ziekenhuiszorgincijfers.nl

# Colofon

Dit brancherapport is tot stand gekomen onder regie en verantwoordelijkheid van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) in samenwerking met DHD.


Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
Oudlaan 4
Postbus 9696
3506 GR Utrecht
www.nvz-ziekenhuizen.nl
030 2739 883

DHD
Oudlaan 4
Postbus 9696
3506 GR Utrecht
www.dhd.nl


©2018 Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

# Inhoudsopgave


**Colofon** ..... **2**

**Inhoudsopgave** ..... **3**

**Managementsamenvatting** ..... **4**

**1. Ziekenhuisprofessionals maken de toekomst!** ..... **9**

**2. Zorg in perspectief** ..... **11**

2.1 Inleiding ..... 12

2.2 Groei van de branches in de zorg en van dure geneesmiddelen ..... 18

2.3 Algemene ziekenhuizen en medisch-specialistische zorg ..... 20

2.4 Locaties van ziekenhuizen en instellingen voor klinische revalidatie ..... 21

2.5 Internationale vergelijking ..... 22

2.6 Fusies, overnames en coöperatievormingen ..... 31

**3. Werken in ziekenhuizen** ..... **35**

3.1 Inleiding ..... 37

3.2 Werkgelegenheid in ziekenhuizen ..... 38

3.3 Zorg voor personeel ..... 40

3.4 Personeel in algemene ziekenhuizen ..... 42

3.5 Medisch specialisten ..... 46

3.6 Werkbeleving ..... 50

3.7 Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg ..... 54

**4. Geleverde zorg in ziekenhuizen** ..... **56**

4.1 Aantal patiënten ..... 58

4.2 Voorkomen van aandoeningen ..... 62

4.3 Operaties ..... 63

4.4 Opnamen en opnameduur ..... 64

4.5 Uitstroom ..... 68

4.6 Bereikbaarheid SEH en acute verloskunde ..... 71

4.7 Wachttijden ..... 73

4.8 NVZ Kwaliteitsvenster ..... 75

**5. Financiën** ..... **78**

5.1 Omzet ..... 79

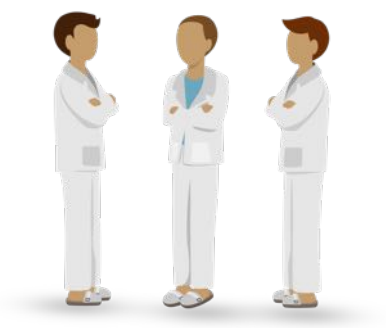
5.2 Kosten ..... 82

5.3 Resultaat ..... 87

5.4 Balans ..... 92

**Toelichting op bronnen en analyses** ..... **99**

**Trefwoordenlijst** ..... **100**

# Managementsamenvatting

Personeelstekorten in combinatie met een stijgende zorgvraag droeg bij aan een toename van de wachttijden van de Nederlandse ziekenhuizen in 2017. De Nederlandse ziekenhuizen hebben te maken met krapte op de arbeidsmarkt. De werkdruk steeg daardoor aanzienlijk. Het aantal openstaande vacatures nam het afgelopen jaar verder toe en is in de afgelopen vier jaar meer dan verdubbeld. Tegelijkertijd groeide het aantal patiënten en nam de gemiddelde zorgvraag in complexiteit toe. Het ziekteverzuim nam in 2017 toe. Investeringen in materiële vaste activa (onder andere nieuwbouw en apparatuur) waren op het laagste niveau in de afgelopen acht jaar, terwijl er behoefte is aan investeringen voor behoud van de kwaliteit van de huidige zorg én vernieuwing waaronder investeringen in zorg op de juiste plek. Ondanks dat het financieel resultaat laag was, gaven ziekenhuizen wel meer uit om hun medewerkers te kunnen behouden.

Aan de hand van vijf thema's – Ziekenhuisprofessionals maken de toekomst!, Zorg in perspectief, Werken in ziekenhuizen, Geleverde zorg in ziekenhuizen en Financiën – biedt het brancherapport 2018 een overzicht van de Nederlandse ziekenhuiszorg. Hierbij is gebruikgemaakt van de volgende bronnen: Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ), CBS, OECD, Vernet, jaarrekeningen en BDO.

## Ziekenhuisprofessionals maken de toekomst!

- Dit jaar worden de conclusies van het themahoofdstuk gepresenteerd tijdens een congres eind november 2018.
- Automatisch op de hoogte blijven? Surf naar ziekenhuiszorgincijfers.nl en meld je aan voor de alert. Je krijgt automatisch bericht zodra het themahoofdstuk is gepubliceerd.

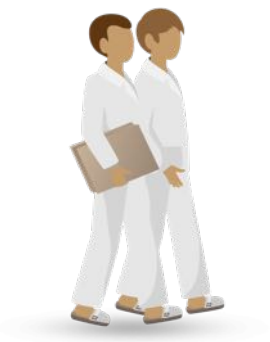
## Zorg in perspectief

- 28% van de totale zorguitgaven in 2017 betrof uitgaven aan de medisch-specialistische zorg. In 2017 was de groei van de uitgaven aan medisch-specialistische zorg 2,3% (inclusief prijsstijgingen).

- In 2017 stegen de uitgaven aan medisch-specialistische zorg minder snel dan de groei van het bruto binnenlands product (bbp).
- De groei van 2,3% is lager dan de groei van de uitgaven aan verpleging en verzorging (3,6%) en vergelijkbaar met de groei van uitgaven aan gehandicaptenzorg (2,3%) en extramurale zorg (2,2%).
- Groei in de kosten van dure geneesmiddelen zette onverkort door: In 2017 werd circa € 2,0 miljard (7,4% van de totale uitgaven aan medisch-specialistische zorg) uitgegeven aan dure geneesmiddelen. Ten opzichte van 2016 is dit een stijging van circa € 150 miljoen (+7,7%). Een stijging van de uitgaven aan dure geneesmiddelen hoger dan de groeiruimte zoals afgesproken in het hoofdlijnenakkoord zet druk op andere uitgaven aan ziekenhuiszorg.
- De uitgaven aan de medisch-specialistische zorg in Nederland, als percentage van het bbp, waren in lijn met de uitgaven in andere Europese landen.

## Werken in ziekenhuizen

- Het werven en behouden van personeel was in 2017 een belangrijke uitdaging voor ziekenhuizen. In de afgelopen vier jaar is het aantal vacatures meer dan verdubbeld. Het aantal vacatures van ziekenhuizen liep begin 2018 op tot 8.300 (2,8% van het totaal aantal voltijdsequivalenten (fte)). Evenals in 2016 waren de vacatures en personeelstekorten onder verpleegkundig en assisterend personeel moeilijk te vervullen.
- In 2016 werd 3,9% van de bruto loonsom van ziekenhuizen geïnvesteerd in opleiding en ontwikkeling van medewerkers. In 2015 was dit percentage 3,6%. Ongeveer de helft van de opleidingskosten werd gedekt door de subsidie Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg (KiPZ).
- Het ziekteverzuim onder personeel steeg ook in 2017 verder: van 4,55% in 2016 naar 4,77% in 2017. De stijging van het verzuim werd vrijwel geheel veroorzaakt door een stijging van het langdurig verzuim.
- Het aandeel vrouwelijke medisch specialisten steeg wederom. In 2016 bedroeg dit aandeel 42,5%.



## Geleverde zorg in ziekenhuizen

- In 2017 steeg het aantal patiënten dat een algemeen ziekenhuis bezocht met 0,3% naar 8,28 miljoen. Dit is lager dan de verwachte stijging van het aantal patiënten door demografische ontwikkelingen waaronder bevolkingsgroei (+0,6%) en vergrijzing.
- In 2016 en 2017 nam het aantal patiënten in de hogere leeftijdscategorieën toe, met name als gevolg van de vergrijzing van de bevolking. Het aantal patiënten ouder dan 55 jaar groeide sterker dan gemiddeld en deze patiëntengroep zal naar verwachting blijven groeien. De complexiteit van de zorgvraag was bij deze groep patiënten gemiddeld hoger. Deze groep patiënten kent onder meer een langere gemiddelde opnameduur en een groter aantal betrokken specialismen.
- Hart- en vaatziekten vormden in 2015, 2016 en 2017 de diagnosegroep met het hoogste aantal opnamen: circa 287.000 opnamen in 2017.
- De wachttijden liepen in 2017 op. 61% van de patiënten kon in 2017 binnen vier weken terecht op de polikliniek, in 2016 was dit 69%.

## Financiën

- Algemene ziekenhuizen behandelden in 2017 een groter aantal patiënten met gemiddeld een hogere complexiteit.
- De totale omzet van de algemene ziekenhuizen bedroeg in 2017 € 17,7 miljard; een toename van 1,0% (inclusief prijsstijgingen en kosten voor dure geneesmiddelen).
- Het prijsindexcijfer voor lonen- en prijzen was 2,05% voor 2017. Het prijsindexcijfer geeft een indicatie van prijsstijgingen van materialen en stijgende loonkosten.
- Dit betekent een reële afname van de omzet in 2017, ondanks de stijging van het aantal patiënten en de toename van de gemiddelde zorgzwaarte. De ziekenhuizen hebben zich hiermee gehouden aan de financiële afspraken van het hoofdlijnenakkoord.
- Het resultaat (als percentage van de omzet) bleef in 2017 met 1,2% gelijk aan het niveau van 2016 en was beduidend lager dan in de periode 2010-2014 (1,8-1,9%).

- De rentabiliteit bleef in 2017 met 3,4% gelijk aan het niveau in 2016. De solvabiliteit nam in 2017 toe naar 25,7%. Solvabiliteit is nodig om financiële tegenvallers op te kunnen vangen en om toekomstige investeringen te kunnen financieren.
- Het investeringsniveau van de ziekenhuizen is verder gedaald; investeringen in materiële vaste activa door algemene ziekenhuizen bedroegen € 1,1 miljard in 2017. Dat is circa € 350 miljoen minder dan in 2016 en betekent bijna een halvering ten opzichte van het bedrag in 2010.

ZIEKENHUISPROFESSIONALS
MAKEN DE TOEKOMST

# 1. Ziekenhuisprofessionals maken de toekomst!

Dit jaar worden de conclusies van het themahoofdstuk gepresenteerd tijdens een congres eind november 2018.

**Het themahoofdstuk automatisch ontvangen?**

Surf naar ziekenhuiszorgincijfers.nl en meld je aan voor de alert. Je krijgt automatisch bericht zodra het themahoofdstuk is gepubliceerd.

**Figuur 1.1: Is dit de ziekenhuismedewerker van de toekomst.....?**

ZORG
IN PERSPECTIEF

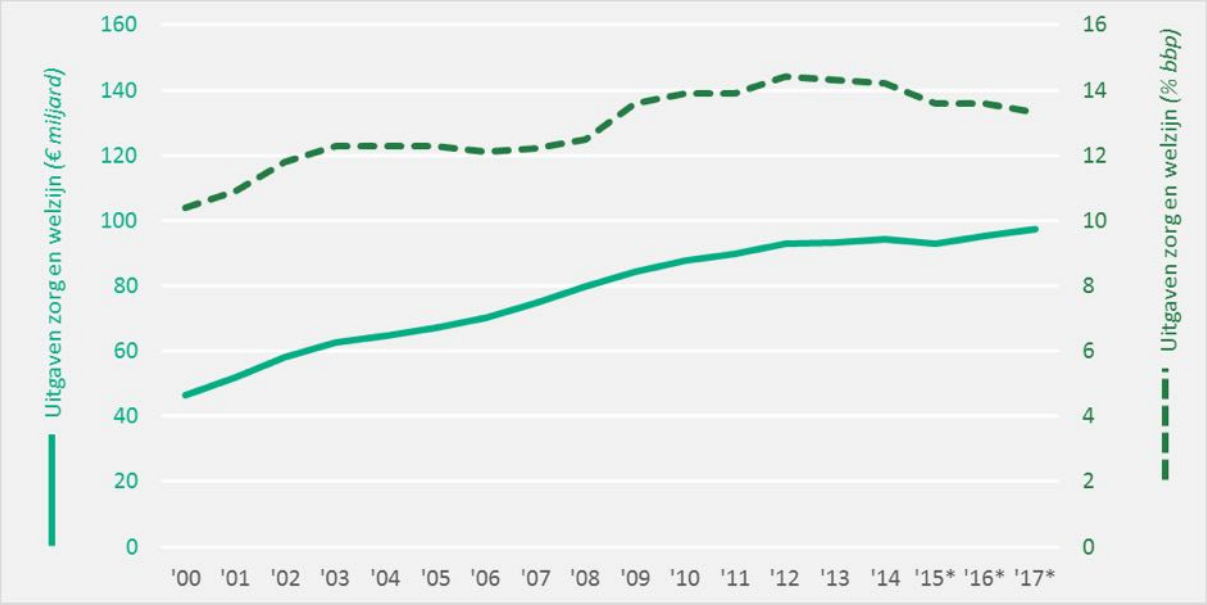
# 2. Zorg in perspectief

- De uitgaven aan zorg en welzijn namen in Nederland voor het vijfde jaar op rij minder toe dan het bbp.
- 28% van de totale zorguitgaven in 2017 betrof uitgaven aan de medisch-specialistische zorg. In 2017 was de groei van de uitgaven aan medisch-specialistische zorg 2,3% (inclusief prijsstijgingen).
- In 2017 stegen de uitgaven aan medisch-specialistische zorg minder snel dan de groei van het bruto binnenlands product (bbp).
- De groei van 2,3% is lager dan de groei van de uitgaven aan verpleging en verzorging (3,6%) en vergelijkbaar met de groei van uitgaven aan gehandicaptenzorg (2,3%) en extramurale zorg (2,2%).
- Groei in de kosten van dure geneesmiddelen zette onverkort door: In 2017 werd circa € 2,0 miljard (7,4% van de totale uitgaven aan medisch-specialistische zorg) uitgegeven aan dure geneesmiddelen. Ten opzichte van 2016 is dit een stijging van circa € 150 miljoen (+7,7%). Een stijging van de uitgaven aan dure geneesmiddelen hoger dan de groeiruimte zoals afgesproken in het hoofdlijnenakkoord zet druk op andere uitgaven aan ziekenhuiszorg.
- In vergelijking met andere Europese landen had Nederland weinig klinische opnamen per inwoner en was de opnameduur in Nederland gemiddeld korter.
- Ook het aantal CT- en MRI-scans per 1.000 inwoners was in Nederland relatief laag in vergelijking met andere landen.
- Het aantal medisch specialisten per 1.000 inwoners was in 2016 vergelijkbaar met andere landen.
- De uitgaven aan de medisch-specialistische zorg in Nederland, als percentage van het bbp, waren in lijn met de uitgaven in andere Europese landen.

## 2.1 Inleiding

In 2017 werd € 97,5 miljard uitgegeven aan de gehele zorg in Nederland. Dat is € 2,0 miljard (2,1%) meer dan in 2016. Het was het vijfde jaar op rij dat de zorgkosten minder toenamen dan het bbp. In 2017 werd 13,3% van het bbp uitgegeven aan zorg. De zorguitgaven bedroegen € 5.690 per hoofd van de bevolking in 2017.

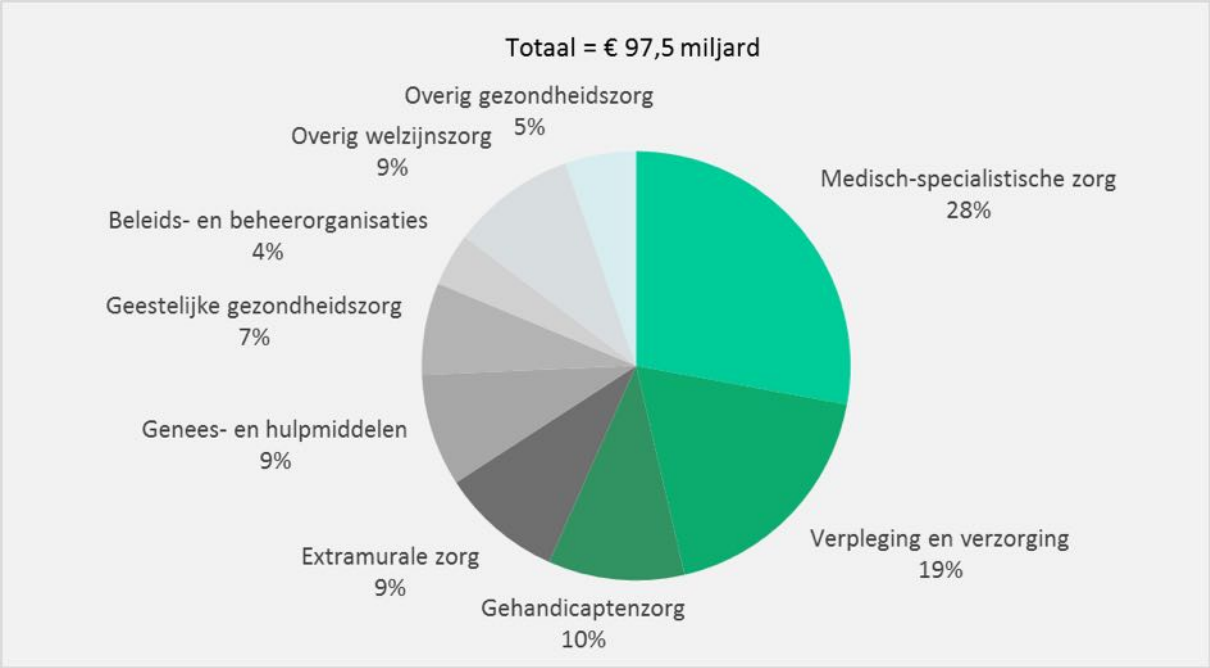
Figuur 2.1: Uitgaven zorg en welzijn sinds 2000 (€ miljard; % bbp)




*Bron: CBS, * nieuwe methodiek vanaf 2015; herziene cijfers tot 2015 verschijnen in volgende brancherapport*

De uitgaven aan medisch-specialistische zorg bedroegen in 2017 € 27,2 miljard, wat neerkomt op 28% van de totale zorgkosten in Nederland. De uitgaven aan medisch-specialistische zorg stegen in 2017 met 2,3% ten opzichte van 2016 (CBS, voorlopige cijfers inclusief prijsstijgingen).

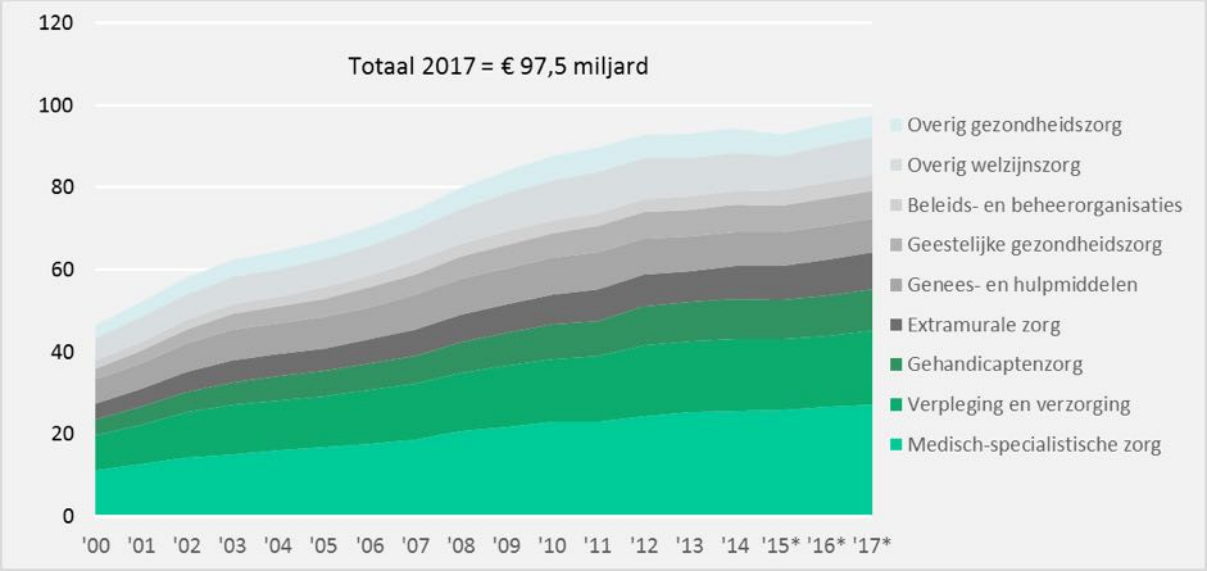
Figuur 2.2: Uitgaven zorg en welzijn per branche in 2017 (%)




*Bron: CBS, voorlopige cijfers 2017*

De uitgaven aan medisch-specialistische zorg waren in 2017 € 622 miljoen (2,3%) hoger dan in 2016. Deze groei is lager dan de groei van de uitgaven aan verpleging en verzorging (3,6%) en vergelijkbaar met de groei van de uitgaven aan gehandicaptenzorg (2,3%) en extramurale zorg (2,2%) (zie ook figuur 2.7).

Figuur 2.3: Uitgaven zorg en welzijn per branche sinds 2000 (€ miljard)




*Bron: CBS, * nieuwe methodiek vanaf 2015; voorlopige cijfers 2015, 2016 en 2017*

In 2017 stegen de uitgaven aan medisch-specialistische zorg minder snel dan de groei van het bruto binnenlands product (bbp). Het aandeel uitgaven aan medisch-specialistische zorg ten opzichte van het bbp was in 2017 3,58%. Dit aandeel was lager dan in 2016 (3,64%). De uitgaven aan medisch-specialistische zorg stegen in de periode 2012-2016 ongeveer even snel als het bbp[1]. Dit kan onder meer worden verklaard door de afspraken die gemaakt zijn over de uitgavengroei in het Bestuurlijk Hoofdlijnakkoord, dat de minister van VWS in deze periode sloot met de zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

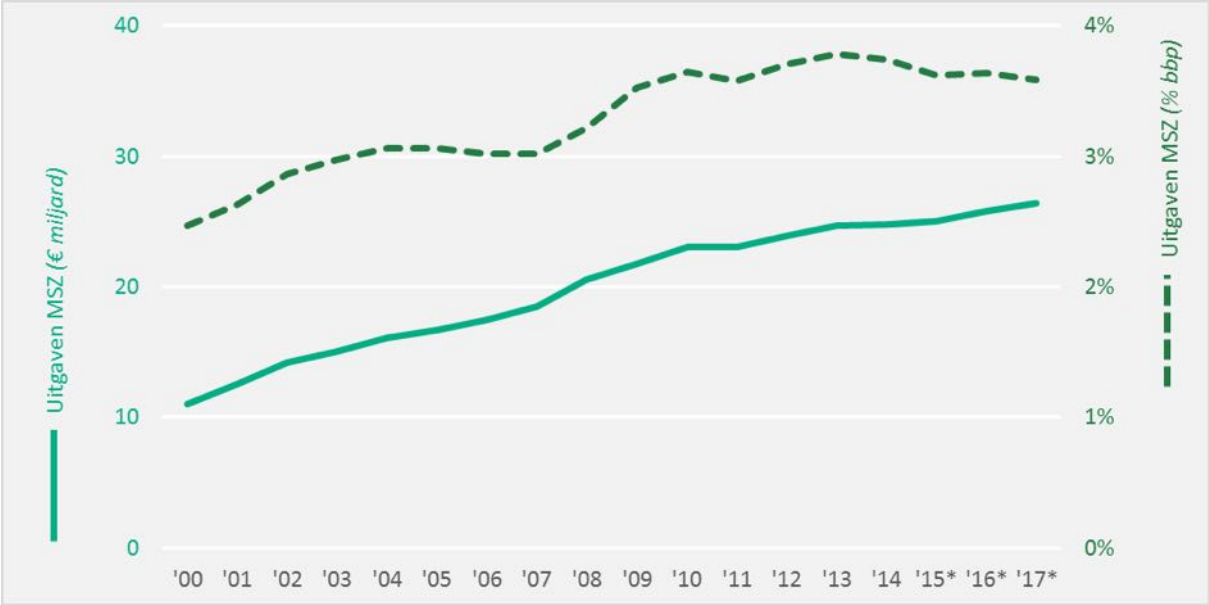
De stijging van de uitgaven in de periode 2000-2012 als percentage van het bbp heeft verschillende oorzaken, waaronder de ontwikkelingen in de medische technologie, verruimde indicaties, nieuwe behandelmethoden en demografische ontwikkelingen. Deze stijging deed zich ook voor in andere landen (zie paragraaf 2.5).

Om de cijfers per jaar te kunnen vergelijken, zijn in figuur 2.4 de geneesmiddelen die eerder binnen het budget voor farmaceutische zorg vielen en sinds 2012 zijn overgeheveld naar het budget voor medisch-specialistische zorg[2], buiten beschouwing gelaten.

[1] Zie brancherapport 2017.

[2] Voor de uitgaven aan overgehevelde geneesmiddelen in 2017 is uitgegaan van de cijfers over 2016.

Figuur 2.4: Uitgaven medisch-specialistische zorg vanaf 2000 (€ miljard; % bbp)




*Bron: CBS, NZa, * nieuwe methodiek vanaf 2015; herziene cijfers tot 2015 verschijnen in volgende brancherapport*

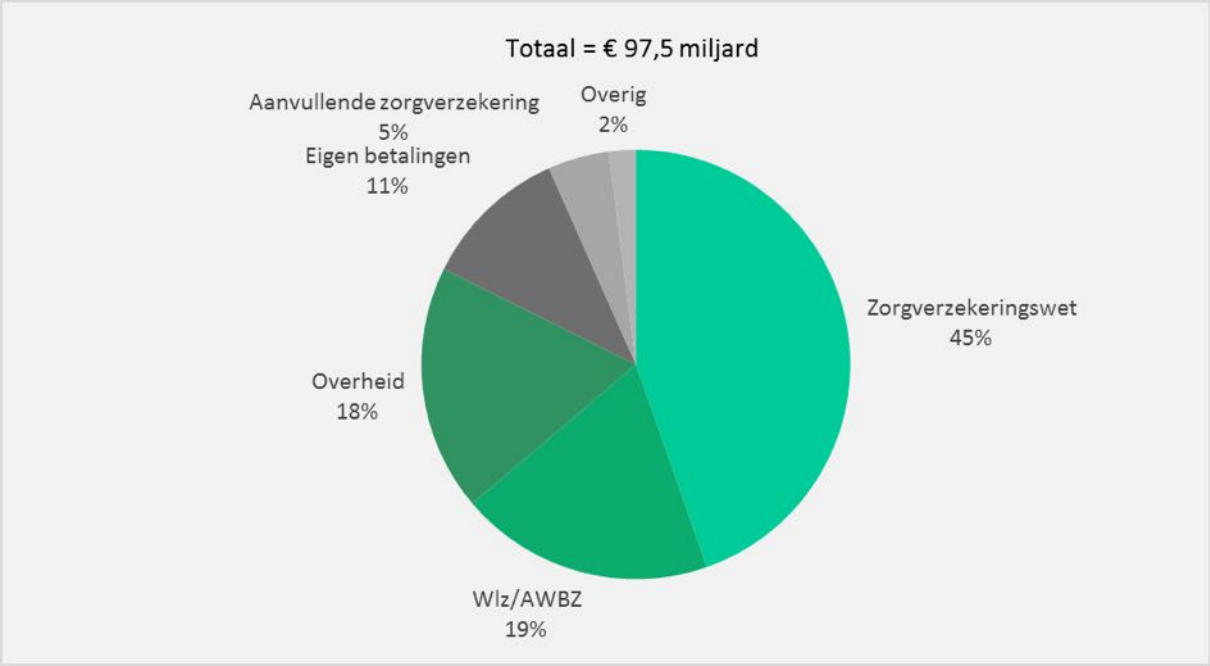
Van de € 97,5 miljard aan totale uitgaven aan zorg in 2017 werd het grootste deel – € 62,2 miljard (63,8%) – gefinancierd via de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg (Wlz).

18% van de uitgaven werd gefinancierd door de overheid; dit zijn betalingen door het Rijk, provincies en gemeenten en bevat onder andere subsidies.

11% betrof eigen betalingen, waaronder eigen betalingen voor niet-verzekerde zorg, eigen bijdragen conform de Zorgverzekeringswet en aanvullende verzekeringen. Ook de inkomensafhankelijke eigen bijdragen in de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), het verplicht en vrijwillig eigen risico in de Zorgverzekeringswet en de eigen bijdragen in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) vallen hier onder.

Via aanvullende zorgverzekeringen werd 5% gefinancierd. Overig (2%) betrof grotendeels regelingen door ondernemingen.

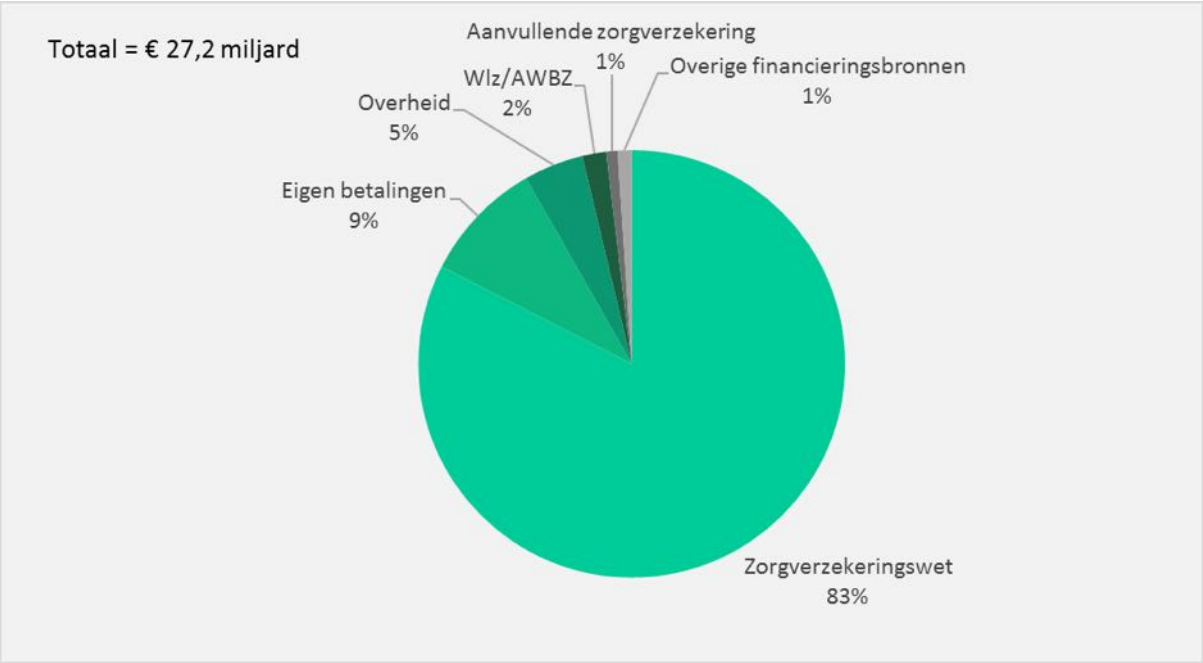
Figuur 2.5: Uitgaven zorg en welzijn naar financiering in 2017 (%)




*Bron: CBS*

Van de uitgaven aan medisch-specialistische zorg werd in 2017 83% gefinancierd via de Zorgverzekeringswet. 9% betrof eigen betalingen, 5% overheid, 2% Wlz/AWBZ, 1% aanvullende zorgverzekering en 1% overige financieringsbronnen (voor toelichting zie figuur 2.5). De wijze van financiering was vergelijkbaar met 2016[1].

**Figuur 2.6: Uitgaven medisch-specialistische zorg naar financiering in 2017 (%)**



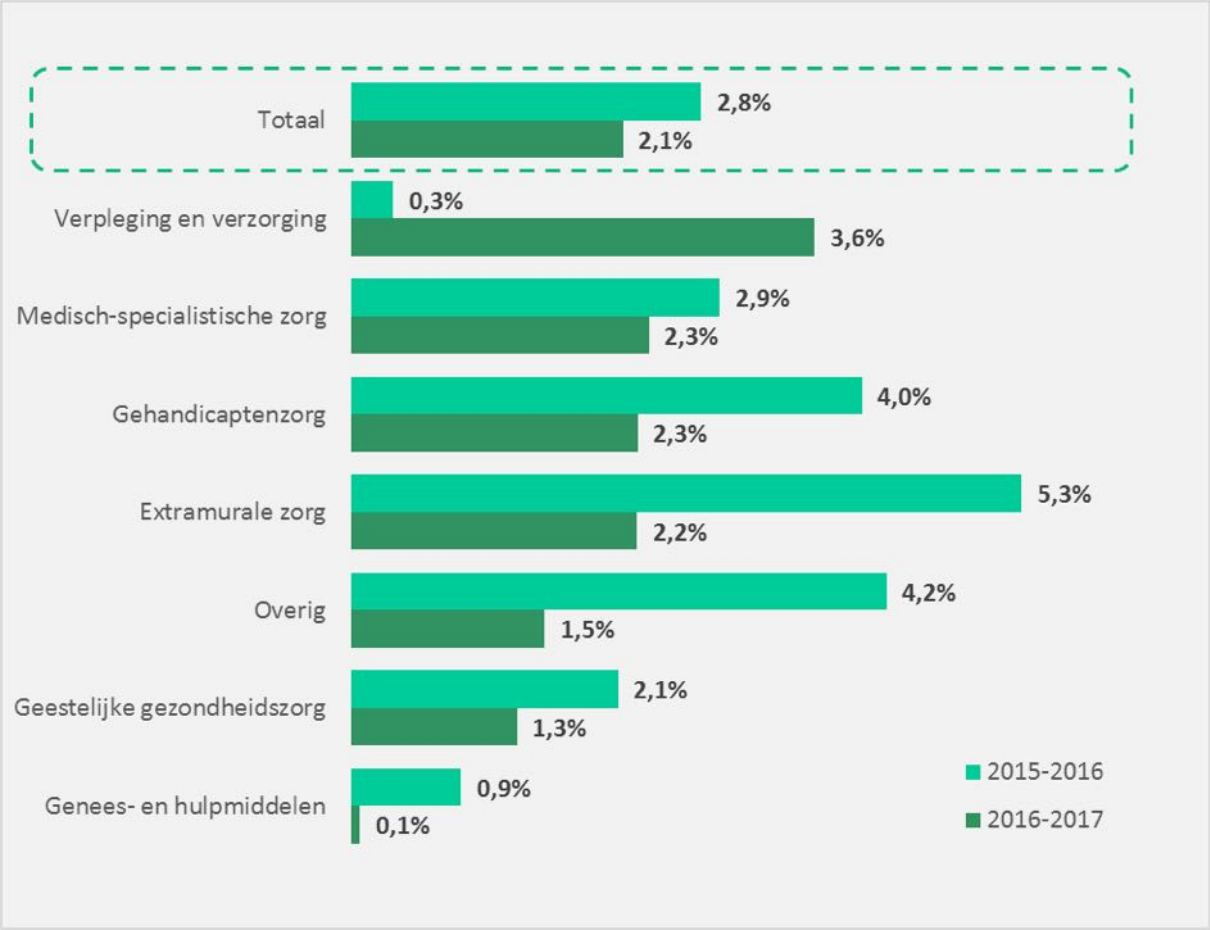

*Bron: CBS, voorlopige cijfers 2017*

[1] Bron: CBS. Op basis van herziene cijfers per mei 2018.

## 2.2 Groei van de branches in de zorg en van dure geneesmiddelen

De uitgavengroei in zorg en welzijn was 2,8% in 2016 en 2,1% in 2017. De uitgaven van de medisch-specialistische zorg stegen in 2016 met 2,9% en in 2017 met 2,3%.

Figuur 2.7: Gemiddelde jaarlijkse groei van de uitgaven per branche in 2016 en 2017 (%)




*Bron: CBS*

**Dure geneesmiddelen**

De uitgaven aan genees- en hulpmiddelen in figuur 2.7 betreffen de kosten exclusief geneesmiddelen die zijn overgeheveld naar het budget voor medisch-specialistische zorg. De uitgaven aan dure geneesmiddelen in ziekenhuizen namen in de afgelopen jaren toe: in 2014 bedroegen de uitgaven € 1,7 miljard, in 2015 € 1,8 miljard[1], in 2016 € 1,9 miljard en in 2017 waren de uitgaven € 2,0 miljard[2]. Oorzaken van deze groei zijn onder andere een toename van het aantal verschillende geneesmiddelen en uitbreiding van de indicaties.

[1] Bron 2014 en 2015: Vektis. De stijging in 2015 kan deels worden verklaard door de overheveling van de groep overige oncolytica per 1 januari 2015 (€ 40 miljoen).

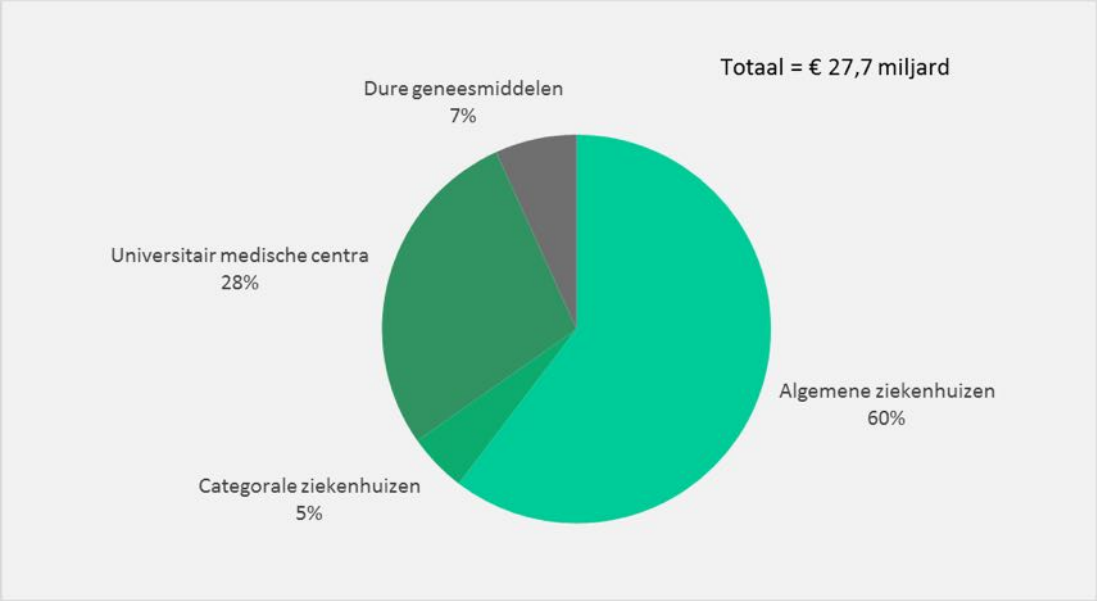
[2] Bron 2016 en 2017: LBZ.

## 2.3 Algemene ziekenhuizen en medisch-specialistische zorg

Bijna tweederde van de uitgaven aan medisch-specialistische zorg had in 2016 betrekking op de algemene ziekenhuizen: € 17,8 miljard (64%) inclusief uitgaven aan dure geneesmiddelen, € 16,7 miljard (60%) exclusief uitgaven aan dure geneesmiddelen.

€ 1,4 miljard (5%) had betrekking op de categorale ziekenhuizen en € 1,9 miljard (7%) op uitgaven aan dure geneesmiddelen.

Figuur 2.8: Totale uitgaven per type ziekenhuis in 2016




*Bron: CBS (cijfers 2017 nog niet beschikbaar), LBZ*

## 2.4 Locaties van ziekenhuizen en instellingen voor klinische revalidatie

Het aantal locaties van algemene ziekenhuizen bedroeg 102 in april 2018, met 130 bijbehorende buitenpoliklinieken[1]. In figuur 2.9 zijn de aantallen ziekenhuisorganisaties, -locaties en buitenpoliklinieken weergegeven per type ziekenhuis en van de revalidatie-instellingen waar klinische zorg wordt geleverd.

Onder categoraal en overig vallen radiotherapeutische centra, dialysecentra, audiologische centra, epilepsiecentra en overige instellingen waaronder het NKI Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis en het Prinses Máxima Centrum voor Kinderoncologie. Revalidatie-instellingen betreffen ook long- en astmacentra. Tevens zijn er acht umc's, deze zijn niet weergegeven in de tabel.

Het aantal ziekenhuislocaties is sinds 2009 iets afgenomen. Het aantal buitenpoliklinieken nam sterk toe, van 61 in 2009 naar 134 in 2018[2]. Steeds meer ziekenhuizen openen aan de rand van hun verzorgingsgebied een buitenpolikliniek. Buitenpoliklinieken brengen de poliklinische zorg dichterbij de patiënt.

Voor een overzicht van alle NVZ-leden zie www.nvz-ziekenhuizen.nl/over-de-nvz/onze-leden.

**Figuur 2.9: Aantal locaties algemene en categorale ziekenhuizen en instellingen voor klinische revalidatie per april 2018**

| | Algemeen | Categoraal en overig[1] | Revalidatie[1] |
|---|---|---|---|
| # ziekenhuisorganisaties | 66[3] | 22 | 15 |
| # ziekenhuislocaties | 102[4] | 57 | 21 |
| # buitenpoliklinieken | 130[1] | - | - |

*Bron: Volksgezondheidenzorg.info, NVZ, DHD-analyse*

[1] Volksgezondheidenzorg.info.

[2] Volksgezondheidenzorg.info. Vergelijking op basis van algemene ziekenhuizen en umc's, exclusief categorale ziekenhuizen.

[3] NVZ, per 1 januari 2018.

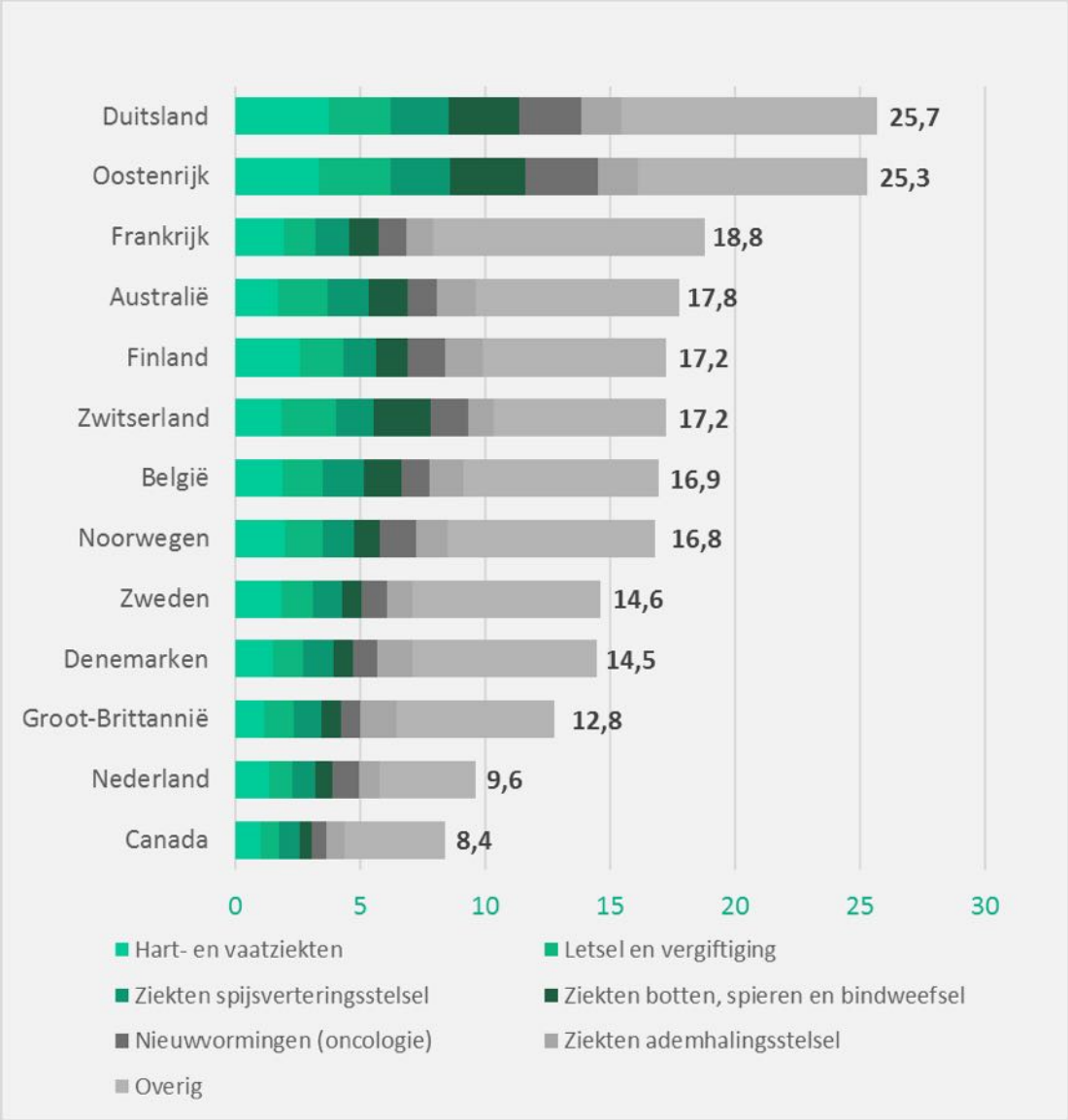
[4] Volksgezondheidenzorg.info, cijfers 2018.

## 2.5 Internationale vergelijking

### Klinische opnamen

In Nederland worden al meerdere jaren relatief veel patiënten poliklinisch of via een dagbehandeling behandeld. In vergelijking met andere Europese landen was het aantal klinische opnamen per 100 inwoners (9,6 in 2016) relatief laag. Zie de bijlage Toelichting op bronnen en analyses voor toelichting op de landenselectie.

Figuur 2.10: Aantal klinische opnamen naar diagnosegroep per 100 inwoners in 2016[1]



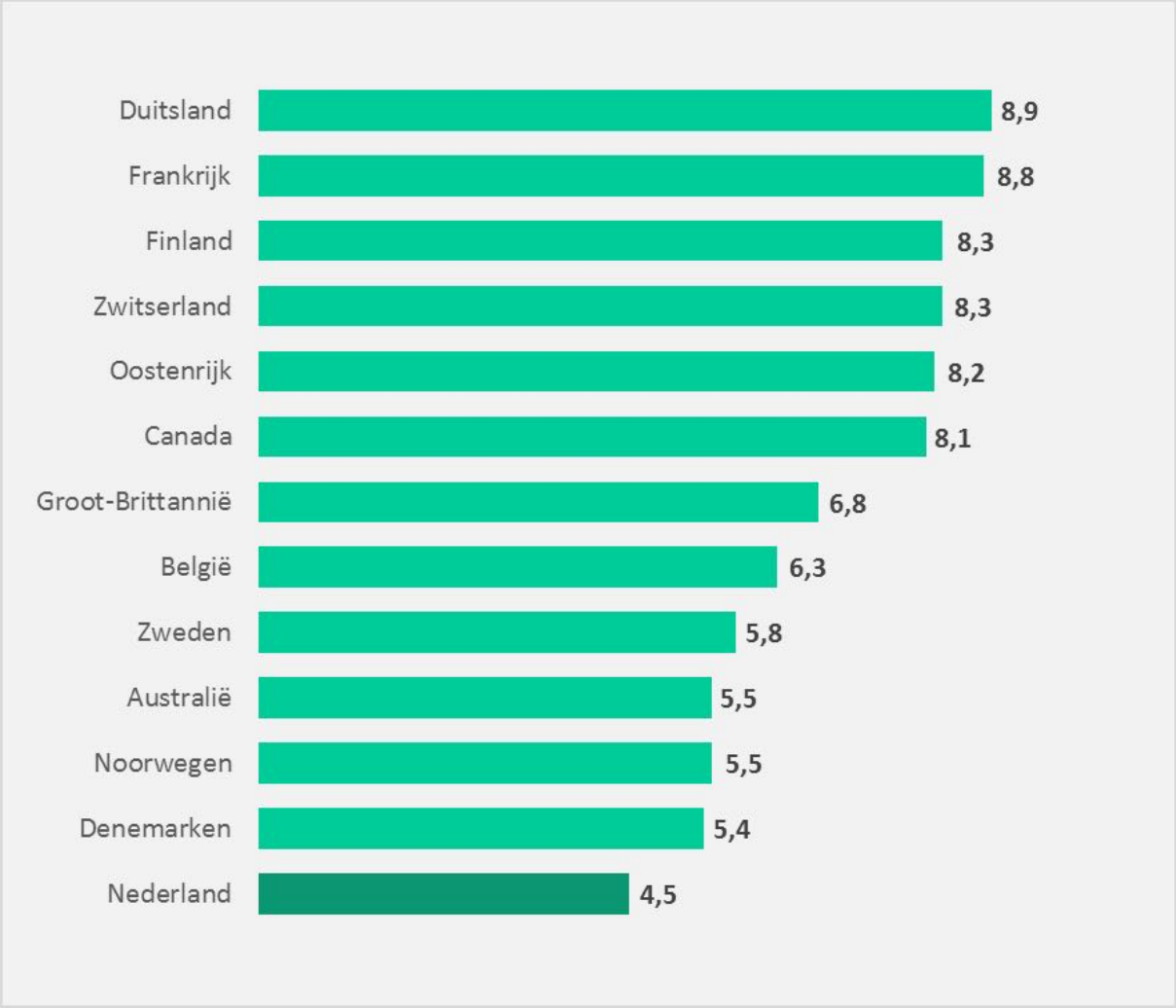

*Bron: OECD*

[1] Cijfers 2016, met uitzondering van Australië en Noorwegen (2015).

### Opnameduur

De opnameduur voor klinische opnamen bedroeg in Nederland gemiddeld 4,5 dagen in 2016. De gemiddelde opnameduur was constant in de periode 2014-2016, namelijk 4,5-4,6 dagen (zie ook paragraaf 4.4 voor de ontwikkeling bij algemene ziekenhuizen). De gemiddelde opnameduur in Nederland was laag in vergelijking met andere Europese landen (vergelijking op basis van OECD-cijfers).

Figuur 2.11: Gemiddelde opnameduur in 2016[1] (dagen)



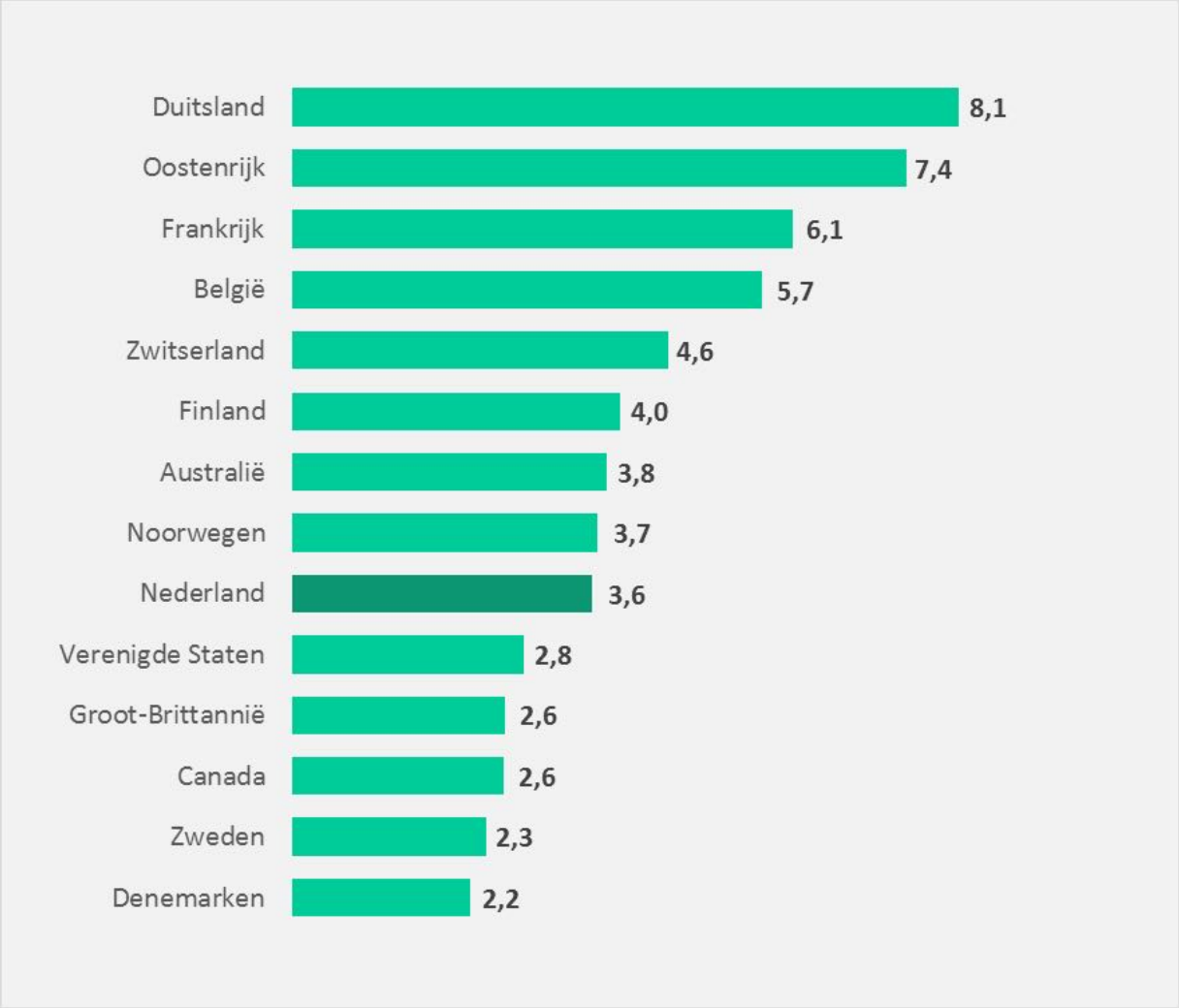

*Bron: OECD*

[1] Cijfers 2016, met uitzondering van Australië en Noorwegen (2015).

**Aanbod ziekenhuiszorg: bedden en specialisten**

In 2016 waren er 3,6 bedden per 1.000 inwoners in Nederland.

Figuur 2.12: Aantal ziekenhuisbedden per 1.000 inwoners in 2016[1]

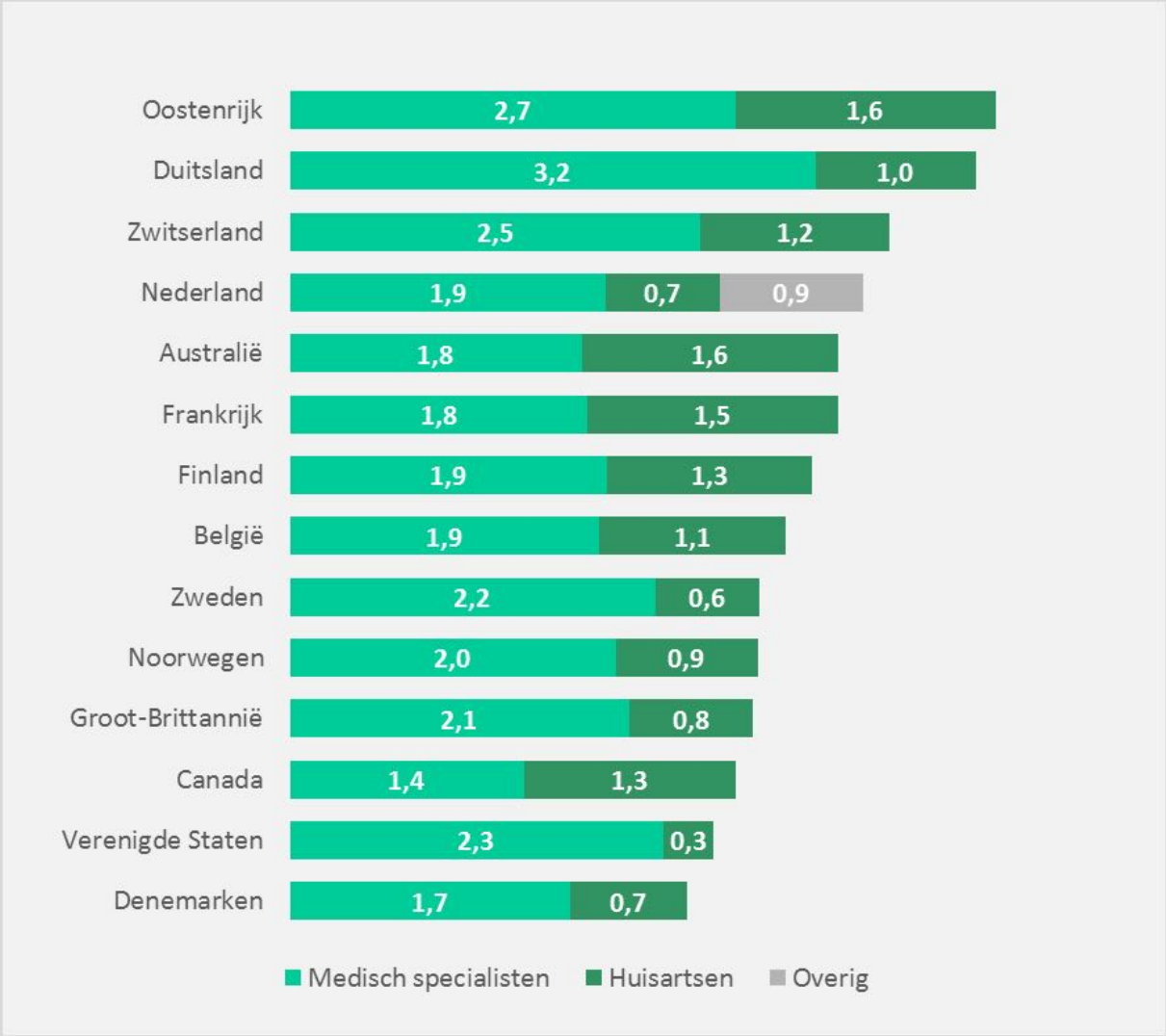



*Bron: OECD*

[1] Cijfers 2016, met uitzondering van Australië en de Verenigde Staten (2015) en België, Canada en Denemarken (2017).

Het gemiddelde aantal medisch specialisten per 1.000 inwoners in 2016 was in Nederland vergelijkbaar met andere landen. Het (absolute) aantal medisch specialisten in Nederland nam in de afgelopen jaren toe, zie paragraaf 3.5.

Figuur 2.13: Aantal medisch specialisten en huisartsen per 1.000 inwoners in 2016[1]



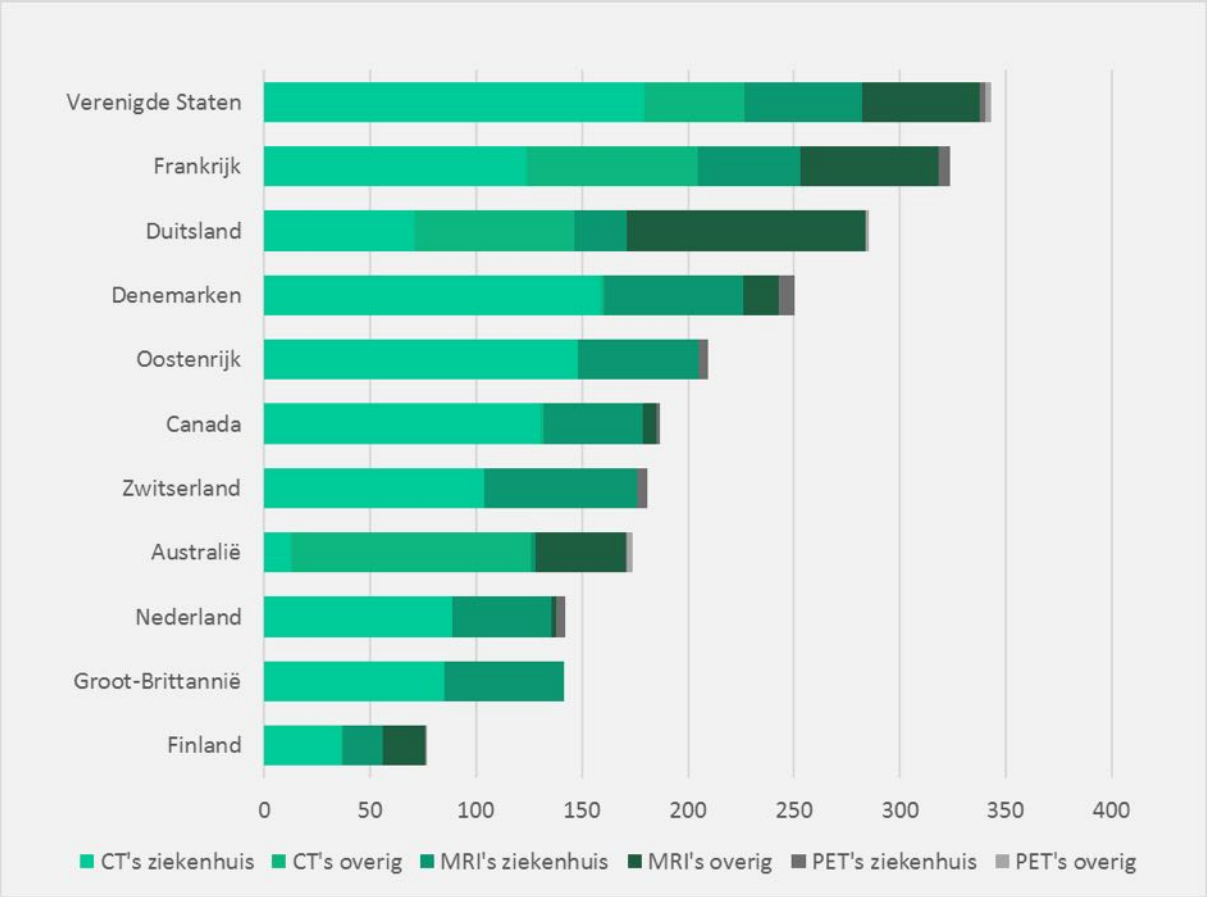

*Bron: OECD, NIVEL*

[1] Cijfers 2016, met uitzondering van Denemarken, Finland en Zweden (2015) en Canada, Noorwegen en Groot-Brittannië (2017). Overig betreft 'Generalist medical practitioners', met uitzondering van huisartsen.

### Gebruik van technologie

In 2016 was het aantal CT- en MRI-scans per 1.000 inwoners in Nederland lager dan in de meeste vergelijkbare landen. Het aantal PET-scans was vergelijkbaar met andere landen.

Figuur 2.14: Aantal CT-scans, MRI-scans en PET-scans in ziekenhuizen per 1.000 inwoners in 2016[1]



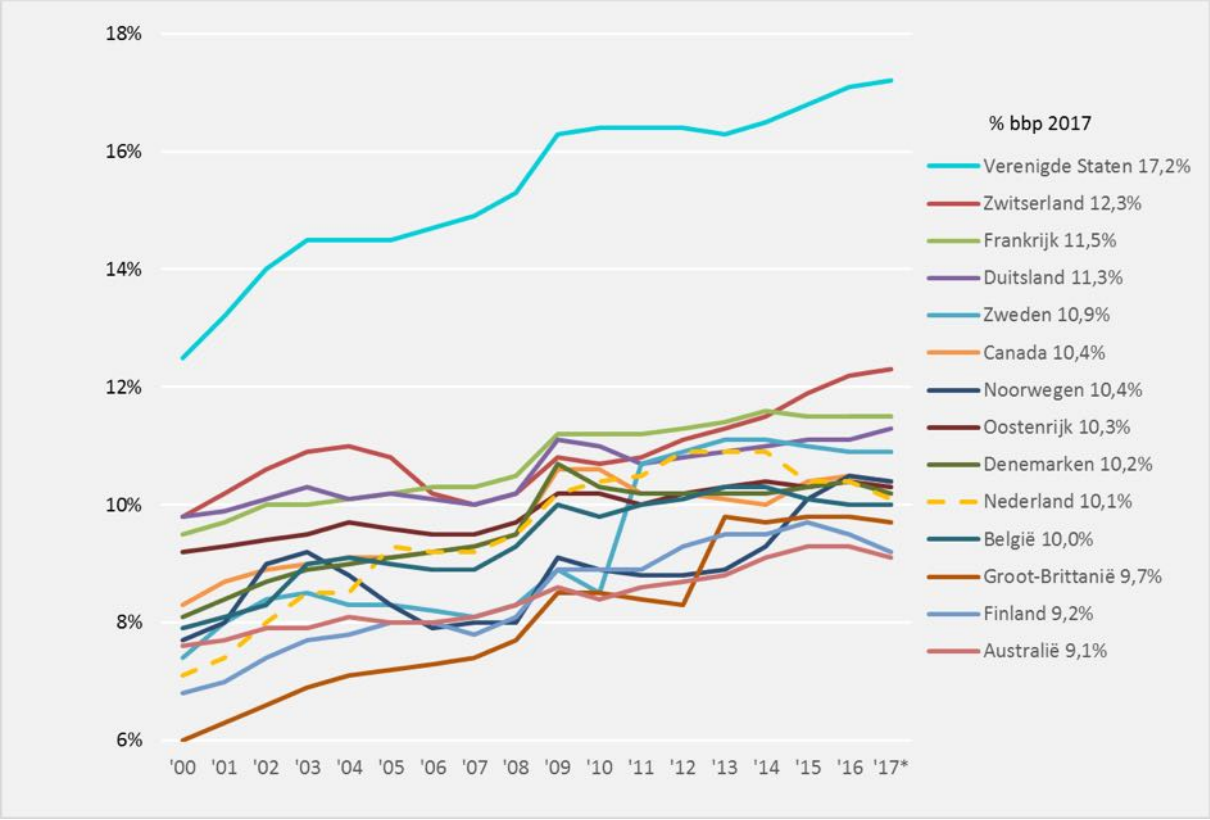

*Bron: OECD*

[1] Cijfers 2016, met uitzondering van Canada (2013), Nederland (2014 en 2016), Duitsland (2015 en 2016), de Verenigde Staten (2015 en 2017) en Australië (2017).

### Uitgaven gezondheidszorg en ziekenhuiszorg

Nederland is één van de weinige landen waar gedurende de afgelopen jaren de zorgkosten minder toenamen dan het bbp. Om de uitgaven aan gezondheidszorg in Nederland te kunnen vergelijken met andere landen wordt de internationale definitie van de OECD gebruikt[1], waardoor deze cijfers afwijken van de cijfers van het CBS.

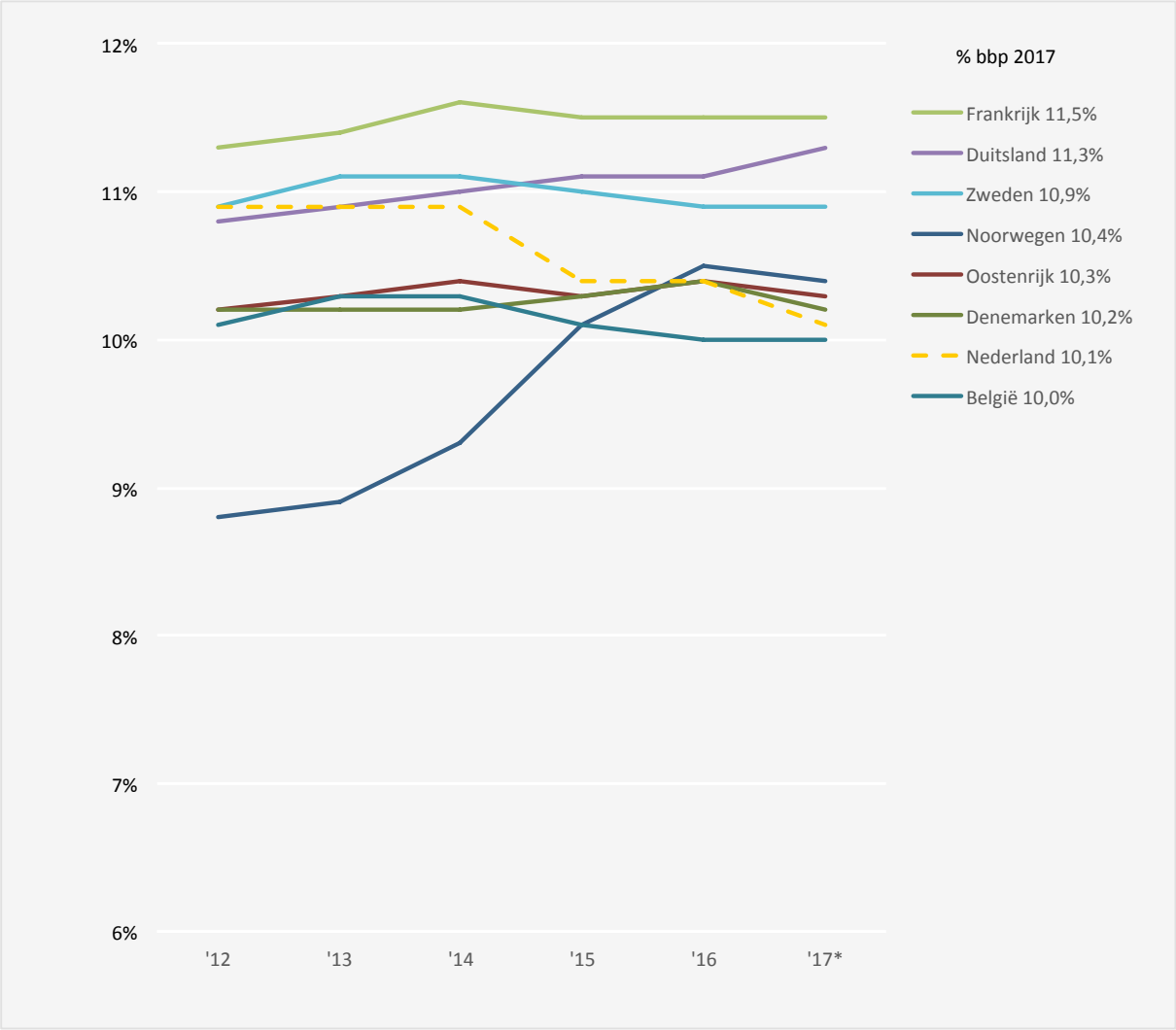
Figuur 2.15: Uitgaven gezondheidszorg sinds 2000 (% bbp)




*Bron: OECD, * voorlopige cijfers 2017*

[1] Om de uitgaven aan gezondheidszorg in Nederland te kunnen vergelijken met andere landen wordt de internationale OECD-definitie van uitgaven aan gezondheidszorg gebruikt. Daarin zijn onder meer de uitgaven op grond van de Wmo, delen van de AWBZ en welzijn en maatschappelijke diensten niet inbegrepen.

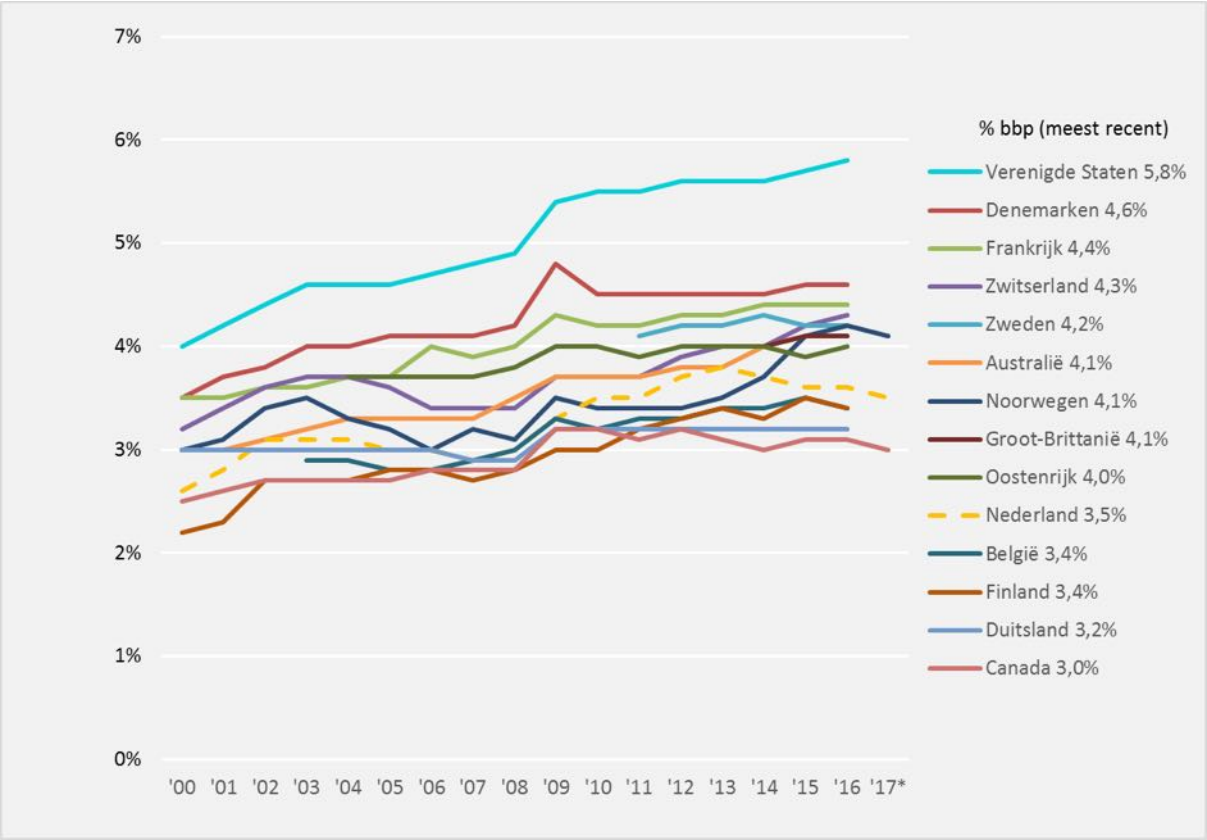
Figuur 2.15b: Inzoom, uitgaven gezondheidszorg sinds 2012 (% bbp)




*Bron: OECD, * voorlopige cijfers 2017*

De uitgaven aan de medisch-specialistische zorg als percentage van het bbp zijn in Nederland in lijn met de uitgaven in andere Europese landen. Om de uitgaven aan medisch-specialistische zorg in Nederland te kunnen vergelijken met andere landen wordt de internationale definitie van de OECD gebruikt. Daardoor kunnen deze cijfers afwijken van de cijfers van het CBS.

Figuur 2.16: Uitgaven medisch-specialistische zorg sinds 2000 (% bbp)




*Bron: OECD, * voorlopige cijfers 2017*[1]

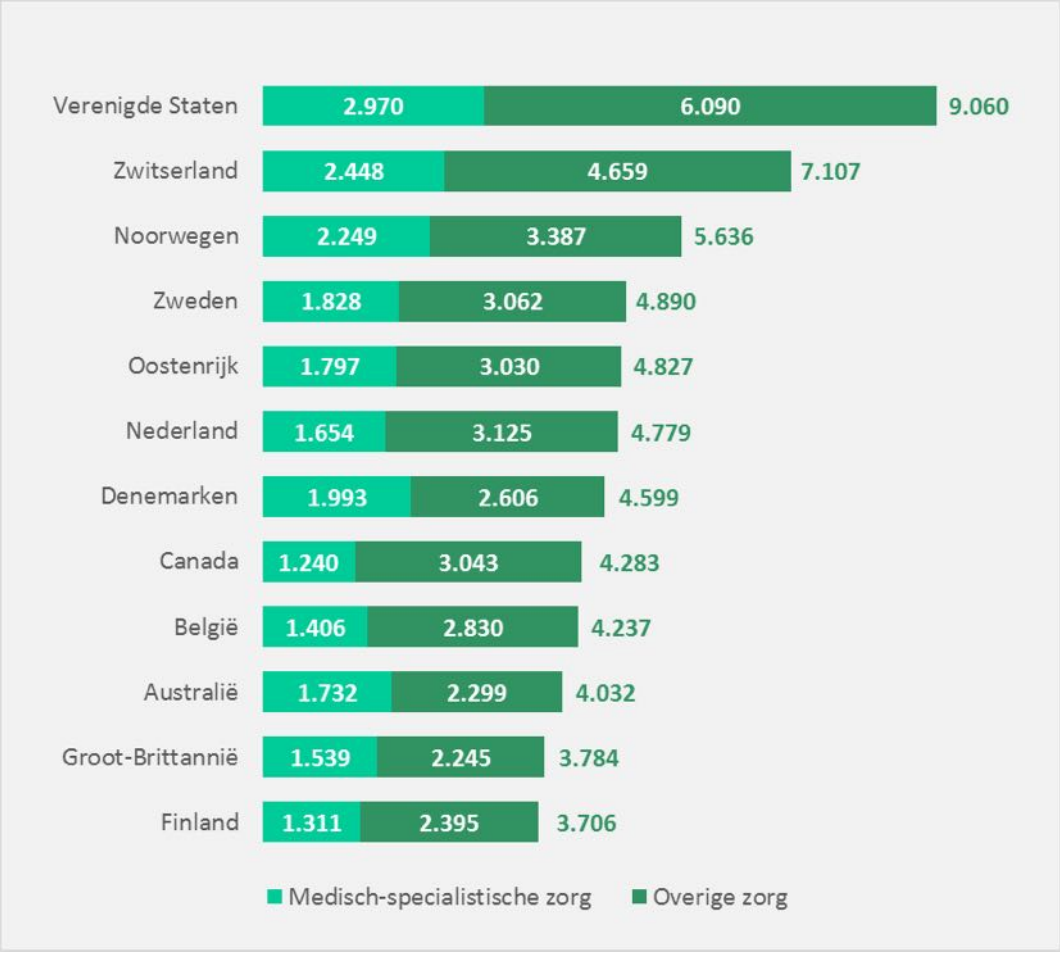
[1] In de getoonde OECD-cijfers zijn GGZ-instellingen meegeteld, in voorgaande figuren is dit niet het geval.

De uitgaven aan gezondheidszorg bedroegen in Nederland in 2017 € 4.779 per inwoner. Dat is lager dan onder meer de uitgaven in Oostenrijk en Zweden en hoger dan de uitgaven in Denemarken en België[1].

De uitgaven aan medisch-specialistische zorg bedroegen € 1.654 per inwoner in 2017. Dat is lager dan de uitgaven in Oostenrijk, Zweden en Denemarken en hoger dan de uitgaven in België en Canada.

Om de uitgaven aan gezondheidszorg in Nederland te kunnen vergelijken met andere landen wordt de internationale definitie van de OECD gebruikt, waardoor deze cijfers afwijken van de cijfers van het CBS (zie figuur 2.1 en figuur 2.15).

**Figuur 2.17: Uitgaven gezondheidszorg in 2017[1] (€ per inwoner)**




*Bron: OECD*

[1] Uitgaven totale zorg op basis van voorlopige cijfers 2017; uitgaven medisch-specialistische zorg op basis van cijfers 2016, met uitzondering van Australië (2015) en Canada, Nederland en Noorwegen (voorlopige cijfers 2017).

## 2.6 Fusies, overnames en coöperatievormingen

In de afgelopen drie jaar vonden twintig fusies, overnames en coöperatievormingen plaats waar ziekenhuizen bij betrokken waren, waarvan vier in 2017.

De voorgenomen fusie van St. Anna Zorggroep en Catharina Ziekenhuis is in december 2017 gestaakt na het besluit van de ACM om geen goedkeuring te geven zonder aanvullend onderzoek.

Figuur 2.18, 1/3 Fusies, overnames en coöperatievormingen 2015-2017

| Gefuseerde ziekenhuizen | Ziekenhuisorganisatie | Soort fusie | Datum |
|---|---|---|---|
| Refaja Ziekenhuis en Scheper-Bethesda Ziekenhuis (Leveste) | Treant Ziekenhuiszorg | Juridische fusie | 2015 |
| Gemini Ziekenhuis en Medisch Centrum Alkmaar | Noordwest Ziekenhuisgroep | Juridische fusie | 2015 |
| Onze Lieve Vrouwe Gasthuis en Sint Lucas Andreas Ziekenhuis | Onze Lieve Vrouwe Gasthuis | Juridische fusie | 2015 |
| Diaconessenhuis Leiden en Rijnland Ziekenhuis | Alrijne Ziekenhuis | Juridische fusie | 2015 |
| Medisch Centrum Haaglanden en Stichting Bronovo-Nebo | MCH (Medisch Centrum Haaglanden) | Juridische fusie | 2015 |
| Sint Franciscus Gasthuis en Vlietland Ziekenhuis | Stichting Sint Franciscus Vlietland Groep | Juridische fusie | 2015 |
| Franciscus Ziekenhuis en Lievensberg Ziekenhuis | Stichting Bravis Ziekenhuis | Juridische fusie | 2015 |
| Atrium MC Parkstad en Orbis Medisch en Zorgcentrum | Zuyderland Medisch Centrum | Juridische fusie | 2015 |
| Kennemer Gasthuis en Spaarne Ziekenhuis | Spaarne Gasthuis | Juridische fusie | 2015 |

*Tabel gaat verder op volgende pagina.*

Figuur 2.18, 2/3: Fusies, overnames en coöperatievormingen 2015-2017

| Gefuseerde ziekenhuizen | Ziekenhuisorganisatie | Soort fusie | Datum |
|---|---|---|---|
| TweeSteden ziekenhuis en Elisabeth ziekenhuis | Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis ETZ | Juridische fusie | 2015 |
| Zuwe Hofpoort Ziekenhuis met St. Antonius Ziekenhuis | Stichting St. Antonius Ziekenhuis | Juridische fusie | 2016 |
| Isala Klinieken en Isala Diaconessenhuis | Isala | Juridische fusie | 2017 |
| Waterlandziekenhuis en Westfriesgasthuis | *(nieuwe naam komt eind 2018/begin 2019)* | Juridische fusie | 2017 |
| Isala Klinieken en Zorgcombinatie Noorderboog | Isala | Bestuurlijke fusie | 2015 |
| Koningin Beatrix Streekziekenhuis en Slingeland ziekenhuis | Santiz | Bestuurlijke fusie | 2017 |
| VieCuri en Laurentius Ziekenhuis | VieCuri en Laurentius Ziekenhuis | Coöperatie | 2016 |
| De Sionsberg door ZuidOostZorg, DC Klinieken en Cardiologie Centra Nederland | Sionsberg (polikliniek) | Overname | 2015 |
| Langeland ziekenhuis door Reinier Haga Groep | Reinier Haga Groep | Overname | 2015 |
| Ommelander Ziekenhuis door het Universitair Medisch Centrum Groningen | Ommelander Ziekenhuis Groningen b.v. | Overname | 2015 |
| Admiraal de Ruyter Ziekenhuis door Erasmus MC | ADRZ, zelfstandig ziekenhuis binnen de holding van het Erasmus MC | Overname | 2017 |

*Tabel gaat verder op volgende pagina.*

Figuur 2.18, 3/3 Fusies, overnames en coöperatievormingen 2015-2017

| Fusie in voorbereiding | Ziekenhuisorganisatie | Soort fusie | Datum |
|---|---|---|---|
| Academisch Medisch Centrum en VU medisch centrum | Amsterdam UMC | Bestuurlijke fusie | 7 juni 2018 |
| Stichting Maasstad Ziekenhuis en Havenziekenhuis en Instituut voor Tropische Ziekten specialismen neurologie en geriatrie | | Overname | |
| Stichting Sint Franciscus Vlietland Groep en Havenziekenhuis en Instituut voor Tropische Ziekten specialismen urologie, KNO, longziekten en cardiologie | | Overname | |
| Stichting IJsselland Ziekenhuis en Havenziekenhuis en Instituut voor Tropische Ziekten specialismen gynaecologie, heelkunde, orthopedie, neurochirurgie, interne geneeskunde en reumatologie | | Overname | |
| Erasmus MC en Havenziekenhuis en Instituut voor Tropische Ziekten specialismen dermatologie, kindergeneeskunde, pijngeneeskunde en tropen- en infectieziekten | | Overname | |

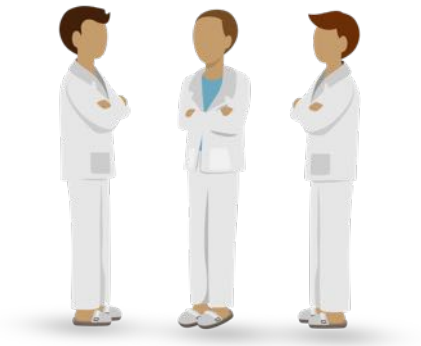
*Bron: Volksgezondheidenzorg.info (RIVM)[1], ACM*

[1] In samenwerking tussen Erasmus MC, Franciscus Gasthuis & Vlietland, Maasstad Ziekenhuis en IJsselland Ziekenhuis is het Havenziekenhuis omgevormd tot Havenpolikliniek.

WERKEN
IN ZIEKENHUIZEN

# 3. Werken in ziekenhuizen

- Het werven en behouden van personeel was in 2017 een belangrijke uitdaging voor ziekenhuizen. In de afgelopen vier jaar is het aantal vacatures meer dan verdubbeld. Het aantal vacatures van ziekenhuizen liep begin 2018 op tot 8.300 (2,8% van het totaal aantal voltijdsequivalenten (fte)). Evenals in 2016 waren de vacatures en personeelstekorten onder verpleegkundig en assisterend personeel moeilijk te vervullen.
- In 2016 werd 3,9% van de bruto loonsom van ziekenhuizen geïnvesteerd in opleiding en ontwikkeling van medewerkers. In 2015 was dit percentage 3,6%. Ongeveer de helft van de opleidingskosten werd gedekt door de subsidie Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg (KiPZ).
- Ook werkdruk, ziekteverzuim en agressie op het werk waren in 2017 belangrijke thema's op het gebied van HR-beleid. Ziekenhuizen besteedden de afgelopen jaren veel aandacht om deze thema's bespreekbaar te maken en te verminderen.
- Het ziekteverzuim onder personeel steeg ook in 2017 verder: van 4,55% in 2016 naar 4,77% in 2017. De stijging van het verzuim werd vrijwel geheel veroorzaakt door een stijging van het langdurig verzuim.
- Het aantal banen (fte) in de medisch-specialistische zorg nam in het eerste halfjaar van 2017 met 0,4% toe. Deze groei was laag ten opzichte van de werkgelegenheidsgroei in heel Nederland (2,1% voor het gehele jaar 2017).
- Het aandeel patiëntgebonden personeel is in de periode tussen 2012 en 2017 licht toegenomen van 70,3% naar 71,5%.
- Er was een sterke toename van het aantal werkzame verpleegkundig specialisten en physician assistants (PA): van 1.306 verpleegkundig specialisten in 2012 naar 2.638 in 2016; en van 348 physician assistants in 2012 naar 762 in 2016.
- Het aantal medisch specialisten in Nederland nam in 2016 verder toe tot 20.600.
- Het aandeel vrouwelijke medisch specialisten steeg wederom. In 2016 bedroeg dit aandeel 42,5%.



- Voor het eerst werkte meer dan de helft van de medisch specialisten in loondienst. Het aandeel medisch specialisten in loondienst nam toe van 49,8% in 2015 naar 50,4% in 2016.
- Algemene ziekenhuizen behaalden goede scores op verloopbestendigheid, bevlogenheid en rolduidelijkheid van medewerkers. Efficiëntie en leiderschap konden worden versterkt.

# 3.1 Inleiding

Net als in 2016 zagen ziekenhuizen in 2017 het werven en behouden van personeel als grootste uitdaging op het gebied van personeelsbeleid. Het aantal vacatures in ziekenhuizen is in het afgelopen jaar verder toegenomen en in vier jaar tijd meer dan verdubbeld[1]. Vier op de vijf ziekenhuizen had te maken met moeilijk te vervullen vacatures, met personeelstekorten bij verpleegkundige, medisch-assisterende en ondersteunende beroepen tot gevolg. Ook de medisch- wetenschappelijke beroepen kampten met moeilijk te vervullen vacatures[2].

De scholing van werknemers in patiëntgebonden functies was in 2017 met name gericht op het verhogen van:

- mbo- naar associate degree/mbo+ niveau
- mbo- naar hbo-niveau
- en daarnaast ook op het verhogen van mbo-3 naar mbo-4 en van hbo- naar hbo+ niveau[1]

3,9% van de bruto loonsom werd in 2016 geïnvesteerd in opleiding en ontwikkeling van personeel. In 2015 was dit 3,6%. Ongeveer de helft van de opleidingskosten werd gedekt door de subsidie KiPZ (zie ook paragraaf 3.7). Dit was gemiddeld 1,9% van de bruto loonsom. De andere helft (gemiddeld 2,0% van de bruto loonsom) financierden ziekenhuizen, categorale instellingen en revalidatiecentra zelf uit het regulier opleidingsbudget.

[1] Bron: CBS.

[2] Bron: AZW Werkgeversenquête 2017, voor algemene ziekenhuizen, categorale ziekenhuizen, umc's en revalidatiecentra. Enquête afgenomen in juni en juli 2017 met vragen over de stand van zaken in de afgelopen twaalf maanden.

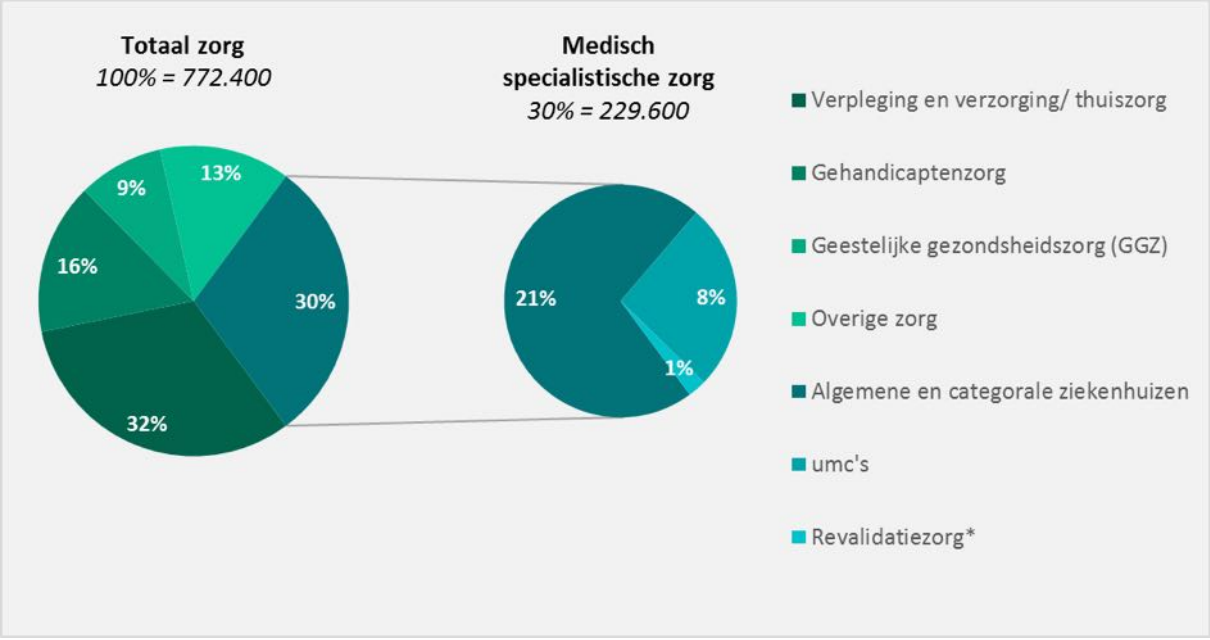
## 3.2 Werkgelegenheid in ziekenhuizen

Zorg en welzijn is wat betreft het aantal banen een van de grootste sectoren in Nederland; 15,6% van het totale aantal banen in 2017 betrof de zorg[1].

In het tweede kwartaal van 2017 waren in de zorg 772.400 fte actief, waarvan 229.600 (30%) in de medisch-specialistische zorg. Hiervan werkten 164.000 fte (21% van het totaal) in algemene en categorale ziekenhuizen, 59.800 (8% van het totaal) in de umc's en 5.900 (1% van het totaal) in de revalidatiezorg. Het aantal van 164.0000 fte in algemene en categorale ziekenhuizen kwam overeen met 211.700 werknemers.

In 2014 en 2015 daalde het aantal fte in de zorgsector. In 2016 was er een stijging en deze zette in het eerste halfjaar van 2017 door. De stijging in het eerste halfjaar van 2017 bedroeg 5.700 fte (+0,7%) in de zorgsector, waarvan 870 (+0,4%) in de medisch-specialistische zorg. De gehele werkzame beroepsbevolking in Nederland nam in 2017 (over het gehele jaar) met 2,1% toe[2].

**Figuur 3.1: fte in de zorg, per branche per tweede kwartaal 2017 (%)**




*Bron: AZW, CBS, PGGM, jaarverslagen, Revalidatie Nederland (RN), * RN op basis van cijfers 2016*

[1] Bron: CBS.

[2] Bron: CBS.

## Vacatures

Het aantal openstaande vacatures nam sinds het derde kwartaal van 2013 toe, met een kleine daling in 2017. In het eerste kwartaal van 2018 waren er 8.300 vacatures. Dit is iets hoger dan het niveau van de piek in 2008. Het aantal vacatures in het eerste kwartaal van 2018 kwam overeen met 2,8% van het aantal fte[1].

Voor een goed functionerende arbeidsmarkt is ongeveer 2% openstaande vacatures noodzakelijk. Vacatures zijn nodig om vraag en aanbod van personeel goed op elkaar te laten aansluiten en tot een goede allocatie te komen. Het vergt immers tijd om een vacature met de juiste persoon te kunnen vervullen. Het percentage van 2,8% in het eerste kwartaal van 2018 lag hierboven en nam net als het absolute aantal vacatures de afgelopen jaren sterk toe.

Figuur 3.2: Openstaande vacatures in ziekenhuizen sinds 2005

*Bron: CBS[2]*

[1] Op basis van het aantal fte voor medisch-specialistische zorg en GGZ in het tweede kwartaal van 2017.

[2] Voor algemene ziekenhuizen, categorale ziekenhuizen, umc's en geestelijke gezondheids- en verslavingszorg met overnachting.

## 3.3 Zorg voor personeel

### Werkdruk

Ziekenhuizen gaven in 2017 naast het werven en behouden van personeel ook werkdruk en ziekteverzuim aan als uitdagingen. Een van de oorzaken die leidden tot een hoger ziekteverzuim was werkdruk. Bijna tweederde van de geïnterviewde ziekenhuizen gaf aan dat de werkdruk is toegenomen. Bij de andere ziekenhuizen bleef de werkdruk gelijk. De belangrijkste oorzaken van de toegenomen werkdruk waren een hogere complexiteit van het werk, een toename van het aantal taken en een tekort aan personeel. Er werden meerdere maatregelen genomen om de werkdruk te verminderen, zoals het efficiënter vormgeven van de werkprocessen, de inzet van training en coaching, het aantrekken van extra personeel en het aanpassen van werktijden en roosters[1].

### Ziekteverzuim

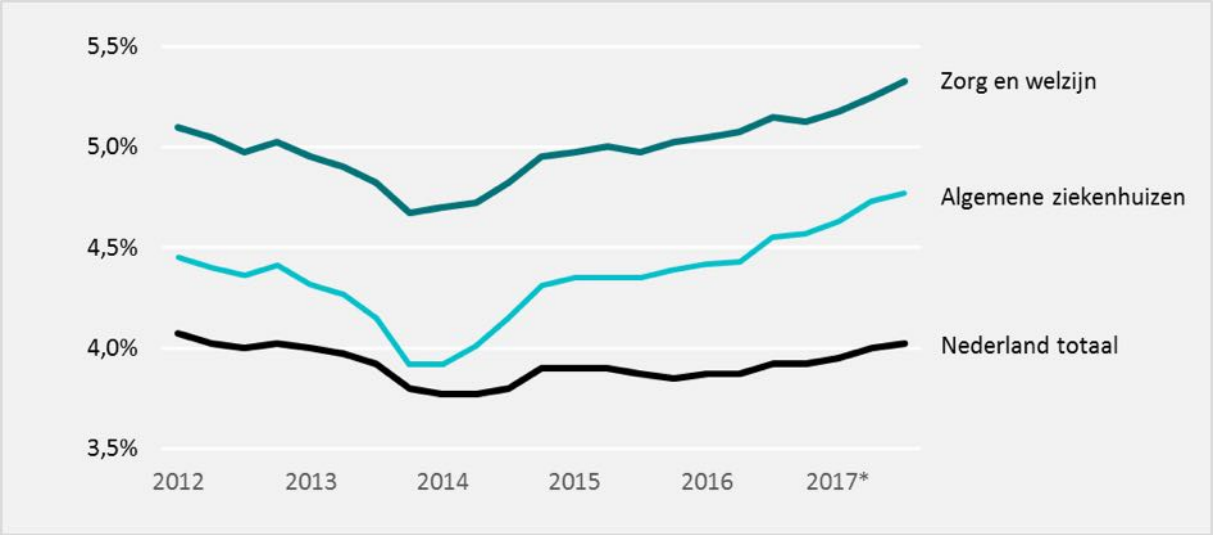
In 2017 steeg het ziekteverzuim bij algemene ziekenhuizen naar 4,77%; in 2016 was dit nog 4,55%. Dit is het hoogste percentage sinds 2006. De stijging van het verzuim werd vrijwel geheel veroorzaakt door een stijging van het langdurig verzuim[2].

Het ziekteverzuim onder medewerkers van de algemene ziekenhuizen lag tussen het landelijk gemiddelde verzuimpercentage en dat van de gehele sector zorg en welzijn.

[1] Bron: AZW Werkgeversenquête 2017, voor algemene ziekenhuizen, categorale ziekenhuizen, umc's en revalidatiecentra. Enquête afgenomen in juni en juli 2017 met vragen over de stand van zaken in de afgelopen twaalf maanden.

[2] Bron: Vernet.

Figuur 3.3: Ziekteverzuim algemene ziekenhuizen sinds 2012




*Bron: Vernet, CBS[1], * voorlopige cijfers 2017*

### Agressie en geweld

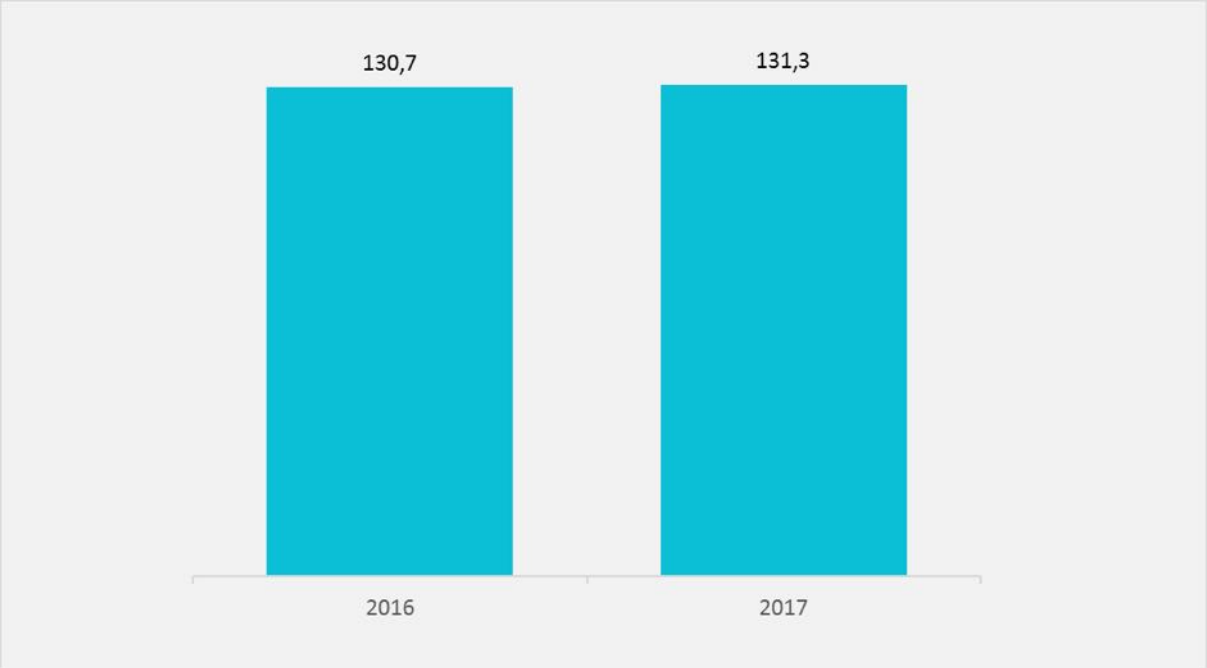
In 37 van de 45 geïnterviewde ziekenhuizen hadden medewerkers te maken met agressie en geweld. Vier op de tien ziekenhuizen gaf aan dat het aantal incidenten is toegenomen en in meer dan twee op de tien ziekenhuizen nam ook de ernst van de incidenten toe. Naar aanleiding van deze gebeurtenissen werden verschillende acties ondernomen, zoals het bespreekbaar maken van de incidenten, het organiseren van opvang en nazorg voor medewerkers, het aanbieden van trainingen in omgaan met agressie, het opstellen van gedragsregels voor cliënten en bezoekers en het doen van aangifte[1].

[1] Voortschrijdend gemiddelde over de vier voorafgaande kwartalen.

## 3.4 Personeel in algemene ziekenhuizen

Bij de algemene ziekenhuizen nam het aantal fte toe met 0,5% in 2017.

Figuur 3.4: Ontwikkeling personeel algemene ziekenhuizen 2016-2017 (fte; x 1.000)




*Bron: DigiMV, BDO, DHD-analyse*[1]

[1] Analyse op basis van de 66 algemene ziekenhuizen in 2016 en 62 van de 66 algemene ziekenhuizen in 2017, aangevuld met de ontbrekende ziekenhuizen op basis van cijfers 2016. Het aantal fte in deze figuur verschilt van het aantal in paragraaf 3.2 doordat verschillende bronnen zijn gebruikt waarin verschillende methoden zijn gehanteerd.

**Personeel naar functie en functiegroep**

De grootste personeelscategorie in de algemene ziekenhuizen werd in 2012 en 2017 gevormd door het verpleegkundig en verzorgend personeel (37,5% in 2017). Onder overig patiëntgebonden personeel (25,3%) valt onder meer het paramedisch personeel, diëtiek en het personeel dat werkzaam is in de laboratoria en op de röntgenafdelingen.

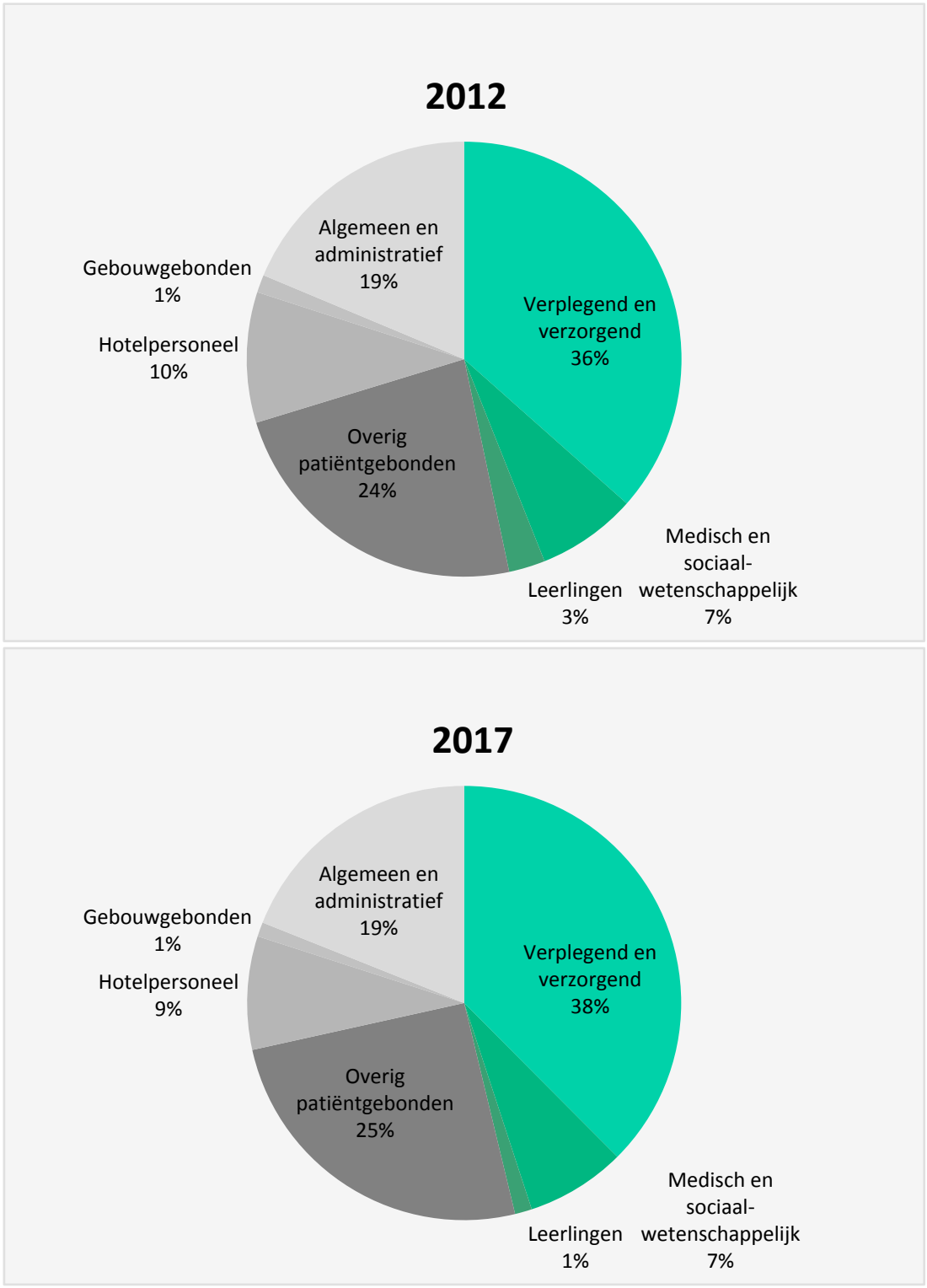
Het aandeel patiëntgebonden personeel nam in de periode tussen 2012 en 2017 licht toe, van 70,3% naar 71,5%. Het personeel in medische en sociaal-wetenschappelijke functies bleef gelijk (7,4%). Dit betreft functies in klinisch specialistische zorg, klinisch ondersteunde zorg, klinisch psychologische en pedagogische zorg, geestelijke verzorging en algemene en specifieke geneeskundige zorg. Bij deze personeelsgroep zijn wel de medisch specialisten in loondienst meegeteld, maar niet de vrijgevestigde medisch specialisten.

Het aandeel administratief personeel steeg licht en het aandeel hotelpersoneel daalde.

Er was een sterke toename van het aantal werkzame verpleegkundig specialisten en physician assistants (PA): van 1.306 verpleegkundig specialisten in 2012 naar 2.638 in 2016; en van 348 physician assistants in 2012 naar 762 in 2016 (niet gespecificeerd in figuur 3.5)[1].

[1] Bron: Capaciteitsorgaan.

Figuur 3.5: Verdeling personeel algemene ziekenhuizen in 2012 en in 2017 (% fte)



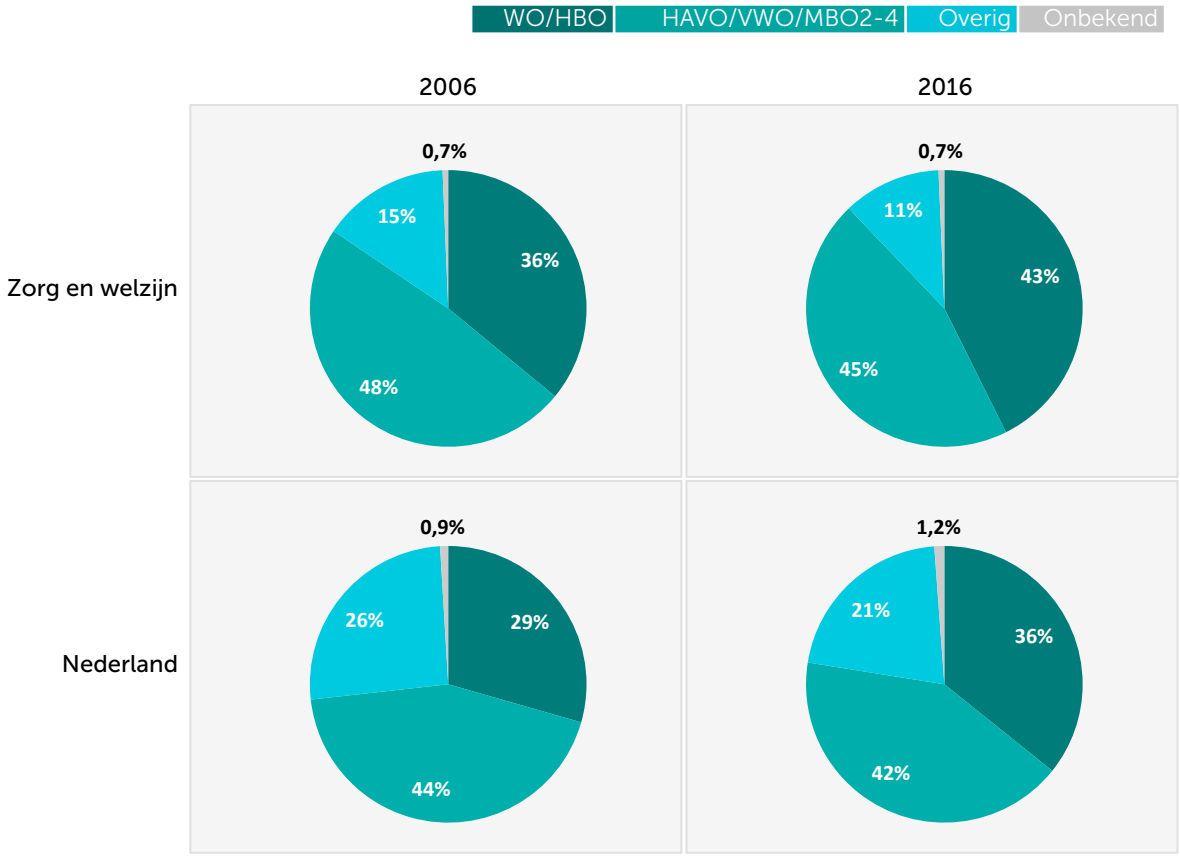

*Bron: Enquête Jaarcijfers Ziekenhuizen (EJZ)[1], exclusief stagiairs en personeel niet in loondienst*

[1] Op basis van 76 algemene ziekenhuizen in 2012 en 47 algemene ziekenhuizen in 2017.

## Opleidingsniveau

Het gemiddelde opleidingsniveau van werknemers in de sector zorg en welzijn was zowel in 2006 als in 2016 hoger dan dat van de gemiddelde Nederlandse werknemer. De opleidingsniveaus van de sector zorg en welzijn én van heel Nederland zijn gestegen ten opzichte van tien jaar eerder.

Figuur 3.6: Opleidingsniveau in de sector zorg en welzijn en van alle sectoren in Nederland in 2006 en 2016 (%)




*Bron: CBS*[1]

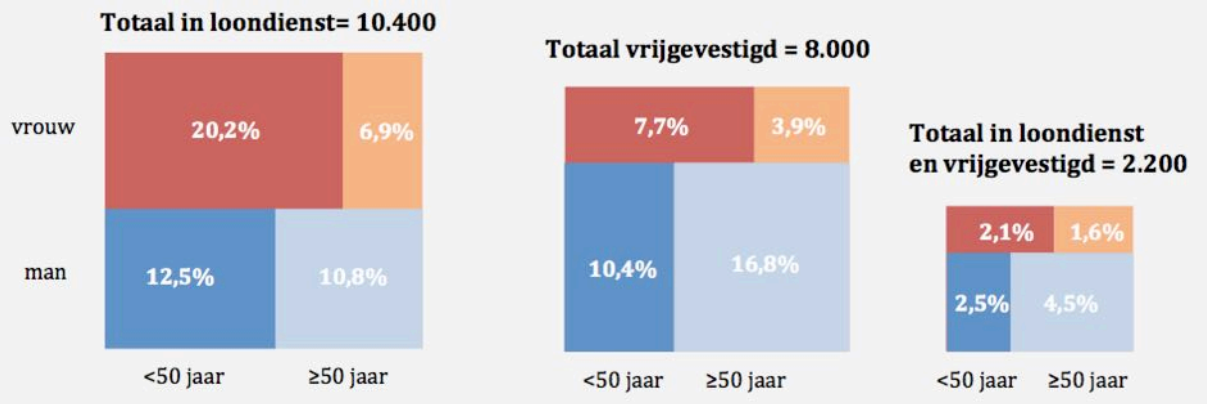
[1] Overig omvat als hoogst behaald onderwijs basisonderwijs, het vmbo, de eerste drie leerjaren van havo/vwo en mbo-1 (o.a. de assistentenopleiding).

## 3.5 Medisch specialisten

In de periode 2011-2016 steeg het aantal medisch specialisten – zowel in loondienst, vrijgevestigd als een combinatie hiervan – van 18.250 naar 20.600[1]. De gemiddelde deeltijdfactor voor medisch specialisten in loondienst bedroeg 0,92 fte. Dit is vrijwel gelijk aan de deeltijdfactor in de afgelopen vijf jaar, die varieerde van 0,91 tot 0,93 fte[2].

Vrouwen jonger dan 50 jaar vormden in 2016 de grootste groep binnen de medisch specialisten in loondienst (20% van alle medisch specialisten, 4.150). Vrijgevestigde medisch specialisten waren in 2016 overwegend man en 50 jaar of ouder, zij vormden de op een na grootste groep (17%, 3.450).

Figuur 3.7: Aantal medisch specialisten in Nederland naar arbeidspositie in 2016 (%)



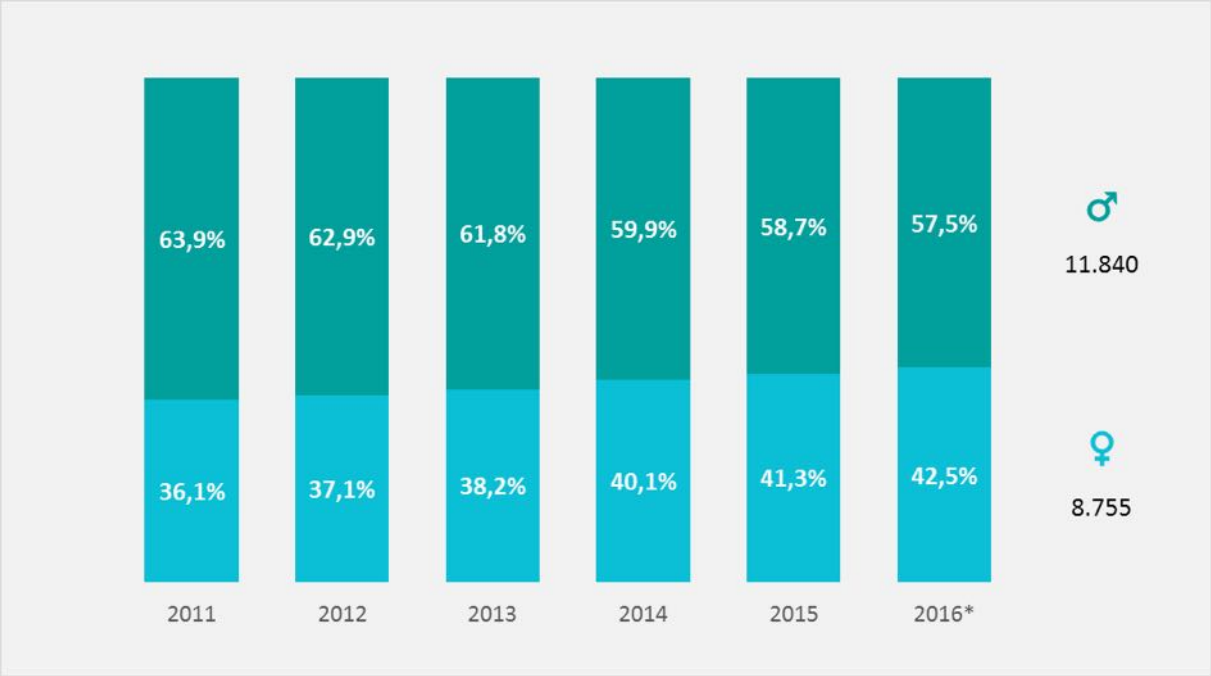

*Bron: CBS, voorlopige cijfers*

[1] Naast de 20.600 werkzame medisch specialisten waren er in 2016 circa 1.000 niet-werkzame medisch specialisten ingeschreven in het BIG-register. Dit betreft medisch specialisten die met pensioen zijn, geen inkomen hebben, een uitkering hebben of arbeidsongeschikt zijn.

[2] Bron: CBS.

Het aandeel vrouwelijke specialisten steeg van 36,1% (6.600) in 2011 naar 42,5% (8.750) in 2016. Dit is lager dan het gemiddelde aandeel vrouwen van de werkzame beroepsbevolking in Nederland: 46,3% in 2016[1]. Door de stijging van het aandeel vrouwen in de opleiding zet deze ontwikkeling naar verwachting de komende jaren voort.

**Figuur 3.8: Aandeel vrouwelijke en mannelijke medisch specialisten sinds 2011 (%)**




*Bron: CBS, op basis van werkzame mannen en vrouwen, * voorlopige cijfers 2016*

[1] Bron: CBS.

Ook in 2016 werd de leeftijdscategorie ouder dan 55 jaar overwegend door mannelijke medisch specialisten gevormd. In de leeftijdscategorie jonger dan 40 jaar waren er meer vrouwelijke specialisten. Als gevolg van overwegend mannelijke medisch specialisten die met pensioen gaan en overwegend vrouwelijke medisch specialisten die instromen, zal het aandeel vrouwelijke medisch specialisten verder toenemen.

Figuur 3.9: Medisch specialisten naar leeftijd en geslacht in 2016 (%)

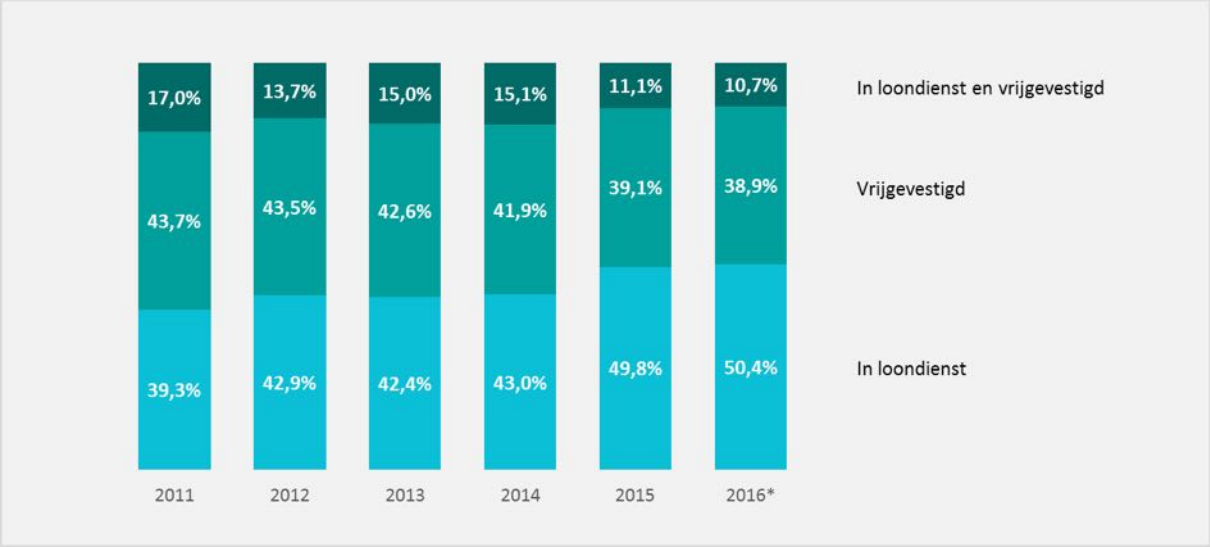
*Bron: CBS, voorlopige cijfers*

Het aandeel medisch specialisten (als percentage) in loondienst neemt al meerdere jaren toe. De sterkste stijging was in 2015. Een jaar later kwam het aandeel uit op 50,4%. Er liggen verschillende factoren ten grondslag aan de stijging in de afgelopen jaren:

- Invoering van de integrale bekostiging, waardoor medisch-specialistische bedrijven specialisten vaker in tijdelijke loondienst nemen. Mede hierdoor werken artsen die net hun specialisatie hebben afgerond vaker en vervolgens ook langer in loondienst.
- Een toename van het aandeel vrouwelijke medisch specialisten die meer dan gemiddeld in loondienst werken.
- De pensionering van een deel van de oudere medisch specialisten, die relatief vaker vrijgevestigd zijn/waren.

Deze trend zet naar verwachting verder door als gevolg van toetreding van nieuwe specialisten die vaker in loondienst (blijven) werken.

**Figuur 3.10: Aantal medisch specialisten in Nederland naar arbeidspositie sinds 2011 (%)**




*Bron: CBS, * voorlopige cijfers 2016*

## 3.6 Werkbeleving

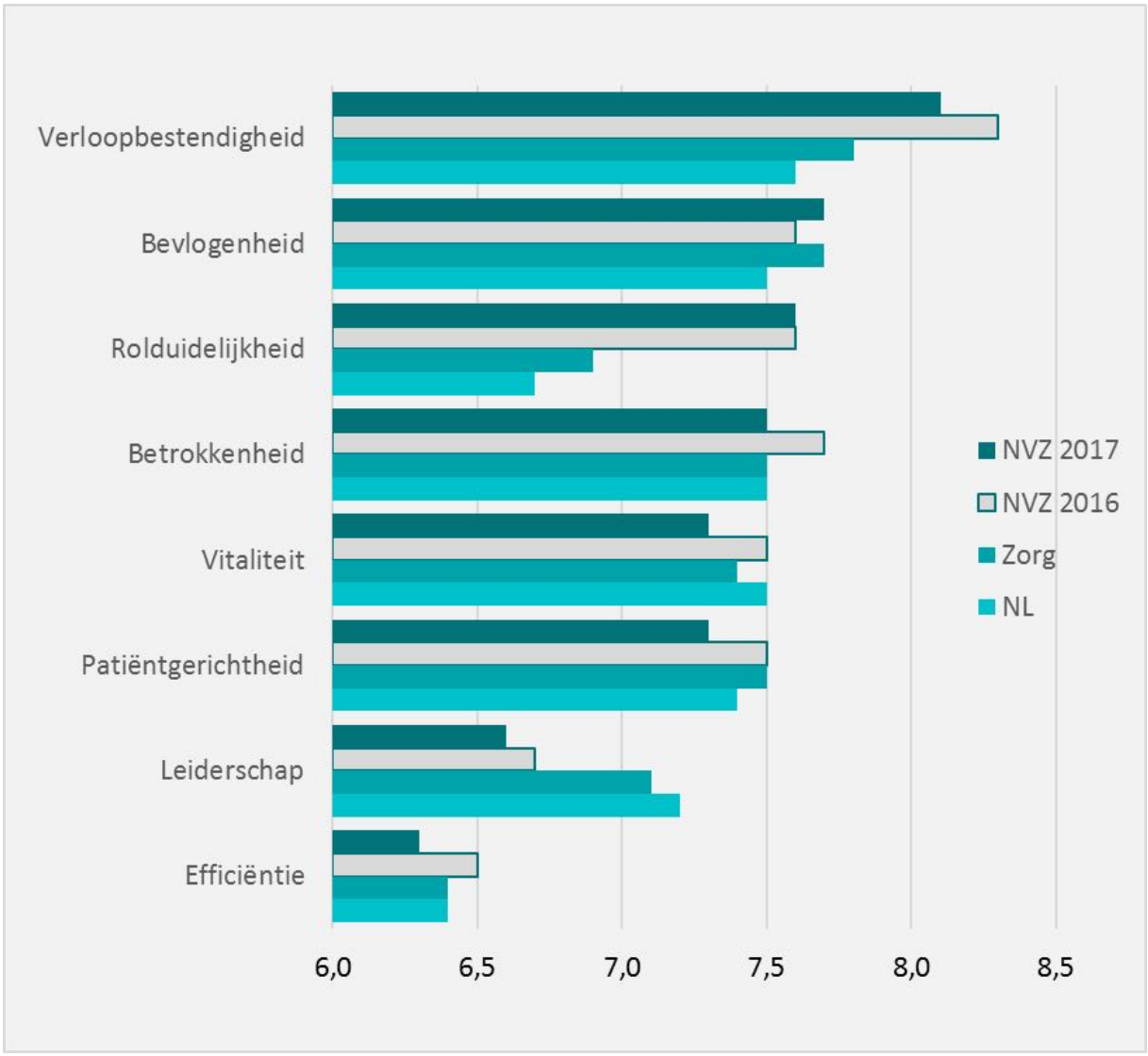
Jaarlijks wordt de werkbeleving van medewerkers in de ziekenhuisbranche onderzocht. Hierbij worden actuele werkgerelateerde thema's uitgelicht, zoals bevlogenheid, betrokkenheid, leiderschap, patiëntgerichtheid en vitaliteit (zie figuur 3.11) [1].

Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat de bevlogenheid van medewerkers in 2017 groeide, zie ook figuur 3.12. Rolduidelijkheid bleef gelijk en scoorde goed, terwijl de thema's vitaliteit, betrokkenheid, verloopbestendigheid, efficiëntie, patiëntgerichtheid en leiderschap daalden.

Op het gebied van rolduidelijkheid en verloopbestendigheid scoorden de algemene ziekenhuizen hoger dan de benchmark van andere zorgorganisaties en hoger dan het gemiddelde in Nederland. Voor het thema leiderschap waren de scores lager dan bij de twee benchmarks. Binnen ziekenhuizen was er in 2017 volop aandacht voor persoonlijk leiderschap en ontwikkelingsmogelijkheden. Vooral het middenmanagement stuurde steeds meer aan op basis van vertrouwen en stimuleerde autonomie. De daling in de score voor leiderschap kan komen doordat medewerkers hierdoor hogere verwachtingen kregen van hun eigen verantwoordelijkheid, maar in de praktijk nog steeds veel te maken hadden met protocollen en procedures. Als dit proces van autonomie en vertrouwen doorzet, dan zal de score op leiderschap naar verwachting weer stijgen. De branche is op dit punt volop in ontwikkeling.

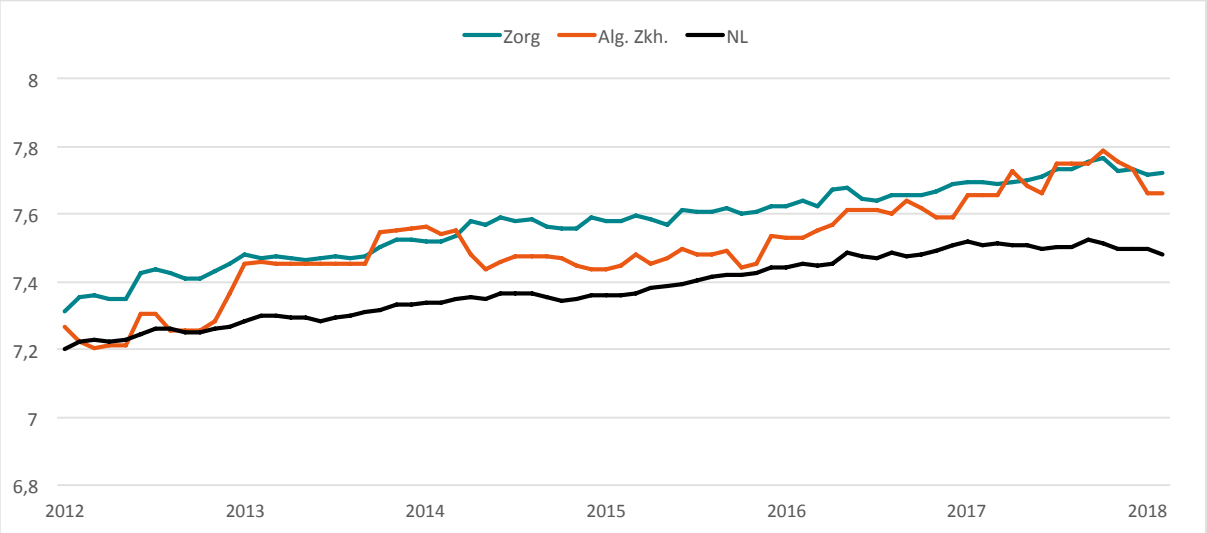
[1] Bron: Effectory.

Figuur 3.11: Thema's werkbeleving in algemene ziekenhuizen: ontwikkeling en vergelijking met de zorgsector en Nederland




*Bron: Effectory*

Figuur 3.12: Bevlogenheid in algemene ziekenhuizen: ontwikkeling en vergelijking met de zorgsector en Nederland sinds 2012.



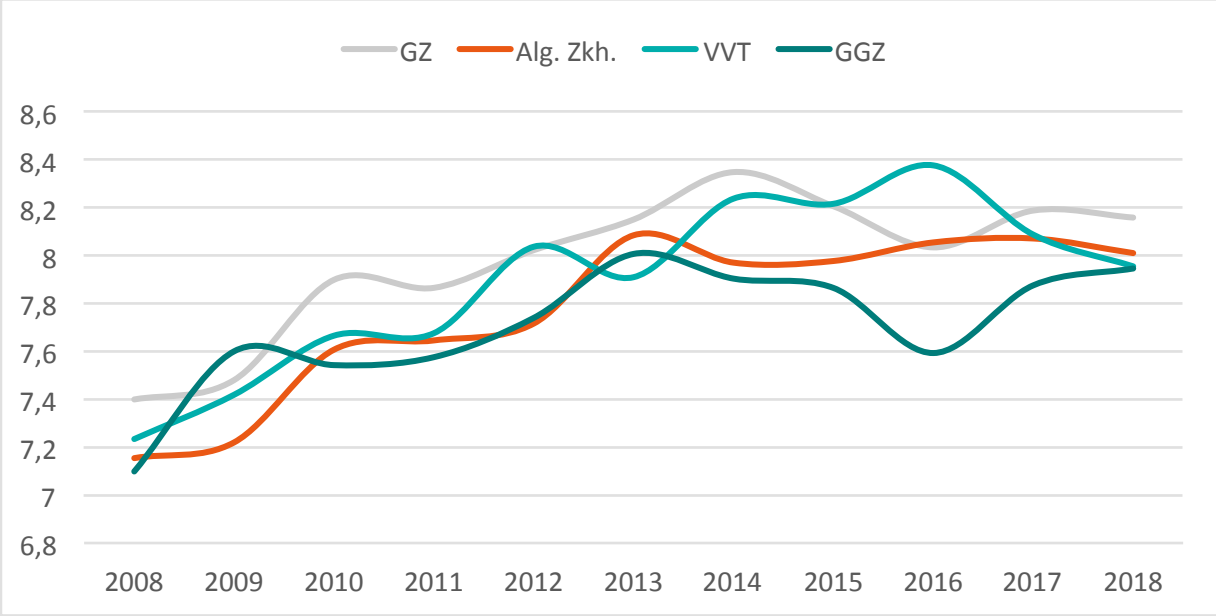

*Bron: Effectory*

Het thema vitaliteit daalde van 7,5 in 2016 naar 7,3 in 2017. Dit was iets lager dan bij andere zorgorganisaties (7,4) en over de verschillende sectoren in Nederland (7,5). Het thema is actueel omdat medewerkers steeds langer door moeten werken. Voor de toekomstbestendigheid van de branche is het waardevol om hier aandacht aan te besteden.

In figuur 3.13 is de ontwikkeling met betrekking tot het onderwerp ‘willen blijven werken’ in het ziekenhuis weergegeven. De bereidheid om te blijven werken was bij algemene ziekenhuizen tussen 2013 en 2018 redelijk stabiel. De score voor algemene ziekenhuizen was in 2018 iets hoger dan de score bij de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de verpleging en verzorging/thuiszorg (VVT), en lager dan de score bij de gehandicaptenzorg (GZ). De belangrijkste verbeterpunten volgens vertrekkers waren:

- Werkdruk en balans werk-privé
- Ontwikkelingsmogelijkheden (loopbaan/educatie)
- Ondersteuning (IT, middelen)
- Leiderschap
- Veranderingen (hoeveelheid en duidelijkheid)

**Figuur 3.13: ‘Willen blijven werken’ in algemene ziekenhuizen sinds 2008**




*Bron: Effectory*

## 3.7 Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg

De subsidieregeling Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg (KiPZ) is gestart in 2014 en heeft tot doel om de kwaliteit van zorgprofessionals te verhogen door het verbeteren van de kwaliteit van strategisch opleiden. In 2014 en 2015 hebben ziekenhuizen strategische opleidingsplannen opgesteld en geïmplementeerd. Voor de meeste ziekenhuizen stond 2016 in het teken van het doorontwikkelen van de in 2015 ingezette stappen en verbeteringen in het strategisch opleidingsbeleid.

Ziekenhuizen gaven in interviews[1] aan dat KiPZ hen in staat heeft gesteld te investeren in ziekenhuisbrede en 'zachtere' leerinterventies die anders niet mogelijk waren geweest. De KiPZ heeft geleid tot meer afstemming en coördinatie op het gebied van strategisch opleiden tussen de verschillende actoren in de organisatie, vooral tussen de afdeling Opleiding en leidinggevenden en HR. De ziekenhuizen uit het onderzoek gaven aan dat, naast het opstellen van strategische opleidingsplannen, strategischer wordt gedacht en gehandeld als het gaat om opleiding en ontwikkeling. Verder zijn er ook stappen gezet op het gebied van inrichten van organisatie- en beleidsprocessen die strategisch opleiden ondersteunen. Ziekenhuizen gaven aan dat zij monitoring een aandachtspunt blijven vinden. Het effect van leerinterventies blijkt lastig inzichtelijk te maken.

De KiPZ, oorspronkelijk gestart voor de periode 2014-2017, is verlengd tot en met 2022. Er zal deze periode meer aandacht worden besteed aan verankering van strategisch opleiden in de organisatie. Hierbij is ook de samenwerking tussen Opleiden en HR(M)/P&O van belang: door middel van het doorontwikkelen van strategisch HR-beleid kunnen het HR- en opleidingsbeleid beter op elkaar worden aangesloten. Daarnaast blijft het monitoren van strategisch opleidingsbeleid in brede zin (op inhoud, proces en financiën) van belang.

[1] Bron: KiPZ-monitor Samen Leren, november 2017. Op basis van 101 opleidingsverslagen en 10 herziene strategische opleidingsplannen, feedbackgesprekken en 50 telefonische interviews.

# GELEVERDE ZORG IN ZIEKENHUIZEN

# 4. Geleverde zorg in ziekenhuizen

- In 2017 steeg het aantal patiënten dat een algemeen ziekenhuis bezocht met 0,3% naar 8,28 miljoen. Dit is lager dan de verwachte stijging van het aantal patiënten door demografische ontwikkelingen waaronder bevolkingsgroei (+0,6%) en vergrijzing.
- Het aantal opgenomen patiënten daalde, het aantal poliklinisch behandelde patiënten steeg.
- In 2016 en 2017 nam het aantal patiënten in de hogere leeftijdscategorieën toe, met name als gevolg van de vergrijzing van de bevolking. Het aantal patiënten ouder dan 55 jaar groeide sterker dan gemiddeld en deze patiëntengroep zal naar verwachting blijven groeien. De complexiteit van de zorgvraag was bij deze groep patiënten gemiddeld hoger. Deze groep patiënten kent onder meer een langere gemiddelde opnameduur en een groter aantal betrokken specialismen.
- Hart- en vaatziekten vormden in 2015, 2016 en 2017 de diagnosegroep met het hoogste aantal opnamen: circa 287.000 opnamen in 2017.
- In 2017 vonden de meeste ingrepen in het ziekenhuis plaats aan de huid en aan gebit en mond. Ingrepen aan bot-spierstelsel en oog staan op respectievelijk de derde en vierde plek.
- De meeste ziekenhuisopnamen in 2017 waren acuut. Het aantal acute opnamen lag in 2017 op een vergelijkbaar niveau als in 2014.
- Patiënten met een aandoening aan het ademhalingsstelsel lagen in 2017 gemiddeld het langst in het ziekenhuis (5,2 dagen).
- Veruit de meeste patiënten gingen na een ziekenhuisopname naar de eigen woonomgeving. Het aantal patiënten dat naar een ander type zorginstelling ging, nam toe van 6,5% in 2014 naar 7,6% in 2017.

- De gemiddelde opnameduur bij uitstroom naar een ander type instelling dan een ziekenhuis was in de afgelopen vier jaar het langst: ruim 10 dagen.
- 99,8% van alle Nederlanders kon binnen 45 minuten op de spoedeisende hulp of acute verloskunde zijn.
- De wachttijden liepen in 2017 op. 61% van de patiënten kon in 2017 binnen vier weken terecht op de polikliniek, in 2016 was dit 69%.

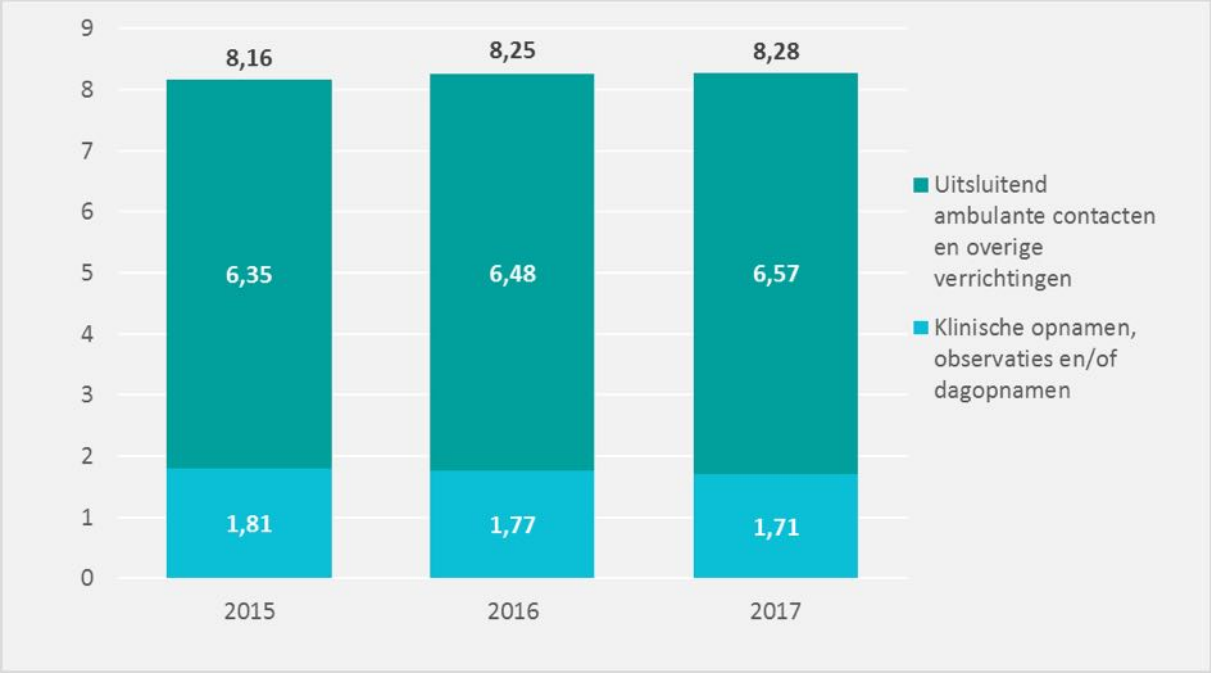
# 4.1 Aantal patiënten

In 2017 steeg het aantal patiënten dat een algemeen ziekenhuis bezocht met 0,3% naar 8,28 miljoen. Dit is lager dan de verwachte stijging van het aantal patiënten door demografische ontwikkelingen waaronder bevolkingsgroei (+0,6%) en vergrijzing[1].

In 2017 werden 1,71 miljoen patiënten opgenomen in een algemeen ziekenhuis (klinische opname, langdurige observatie of dagopname). Dit is 3,3% minder dan in 2016. Het aantal patiënten dat alleen een poliklinisch bezoek of behandeling heeft gehad, nam juist toe met 1,3%.

Daarnaast verrichtten ziekenhuizen in 2017 voor 2,0 miljoen patiënten alleen laboratorium- en/of pathologisch onderzoek (niet weergegeven).

**Figuur 4.1: Ontwikkeling van het aantal patiënten[2] in algemene ziekenhuizen in 2015-2017 (miljoen)**




*Bron: LBZ*

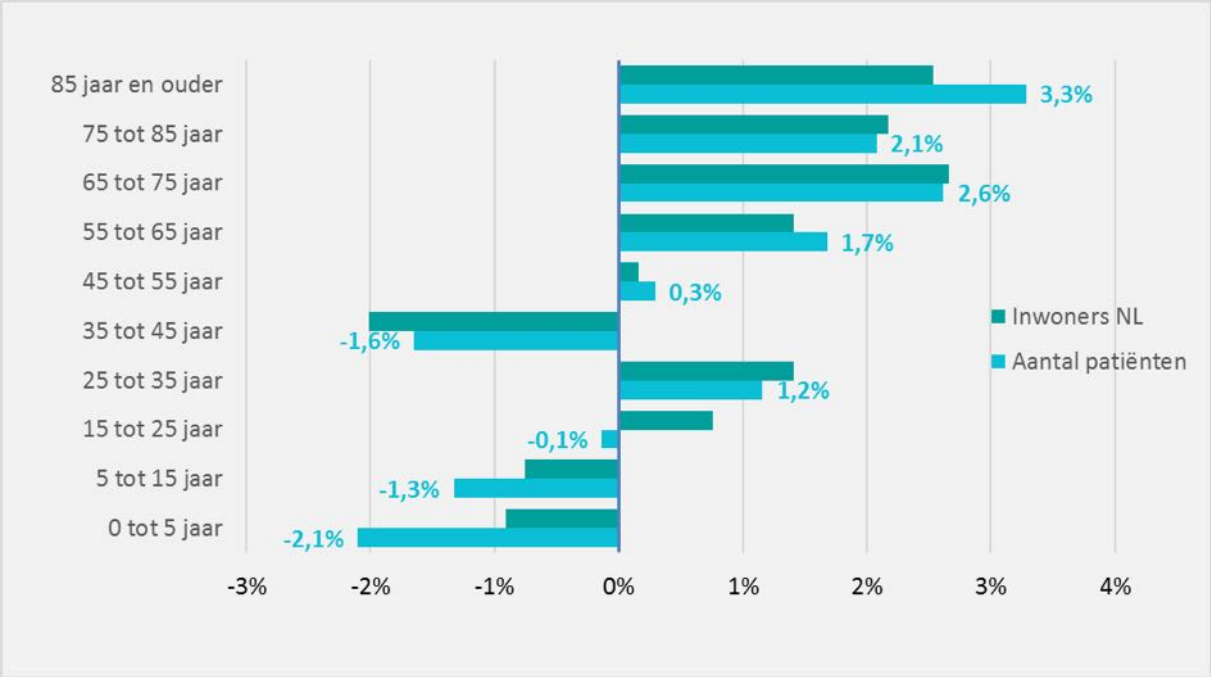
[1] De totale verwachte groei van het aantal patiënten door demografische ontwikkelingen waaronder bevolkingsgroei en vergrijzing was 0,9% in 2017. Dit is gebaseerd op de ontwikkeling van de bevolking per leeftijdscategorie en het aandeel inwoners in Nederland dat een algemeen ziekenhuis bezoekt per leeftijdscategorie (zie ook figuur 4.3).

[2] Dit betreft het totaal van patiënten die een ziekenhuis hebben bezocht. Een patiënt die meermaals hetzelfde ziekenhuis bezoekt, is eenmaal meegerekend. Een patiënt die meerdere ziekenhuizen bezoekt, is eenmaal per ziekenhuis meegeteld. Cijfers zijn gebaseerd op respectievelijk 72, 71 en 67 algemene ziekenhuizen in 2015, 2016 en 2017. Ontbrekende cijfers zijn bijgeschat op basis van het gemiddelde van het voorafgaande en erop volgende jaar of met een groeipercentage van overige ziekenhuizen.

Het aantal patiënten in de hogere leeftijdscategorieën nam in de afgelopen twee jaar toe. Dit kan grotendeels worden verklaard door de demografische ontwikkelingen. In figuur 4.2 is de verandering in het aantal patiënten per leeftijdscategorie afgezet tegen het aantal inwoners van Nederland. Het aantal patiënten ouder dan 55 jaar steeg harder dan de gemiddelde groei van het totaal aantal patiënten (+0,77%). Het aantal patiënten jonger dan 15 jaar nam sterker af dan zou worden verwacht op basis van demografische ontwikkelingen.

Naar verwachting neemt door demografische ontwikkelingen het aantal oudere patiënten dat een ziekenhuis bezoekt verder toe. De gestegen levensverwachting en het ouder worden van de babyboomgeneratie (nu 63-72 jaar oud) zijn de belangrijkste oorzaken van deze ontwikkelingen.

**Figuur 4.2: Ontwikkeling aantal patiënten per leeftijdscategorie in 2017 t.o.v. 2015 (% per jaar)**

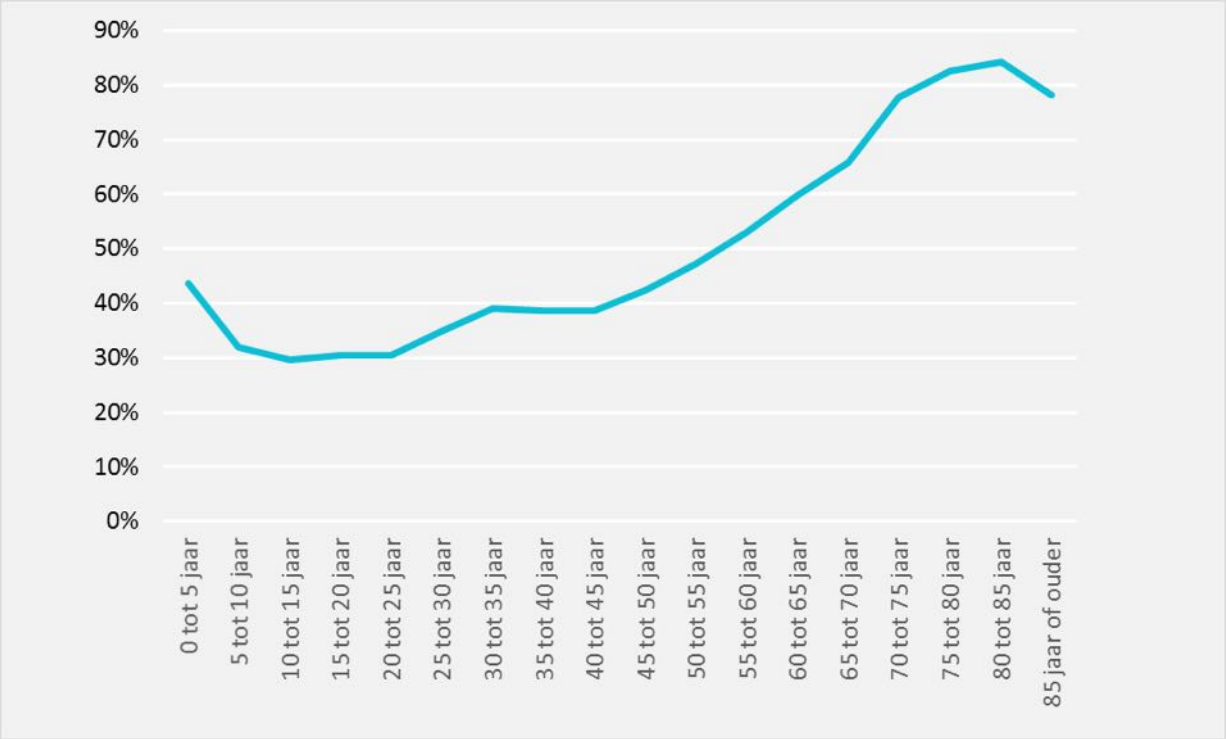



*Bron: LBZ[1], CBS*

[1] Op basis van 69 algemene ziekenhuizen in 2015 en 65 ziekenhuizen in 2017, de afname wordt verklaard door fusies.

Het aandeel van inwoners in Nederland dat een algemeen ziekenhuis bezoekt, varieert per leeftijdscategorie. Er is sprake van een piek bij de geboorte, een stijging vanaf 20 jaar en vervolgens een sterkere toename vanaf 40 jaar.

**Figuur 4.3: Aandeel inwoners in Nederland dat een algemeen ziekenhuis bezocht in 2017**



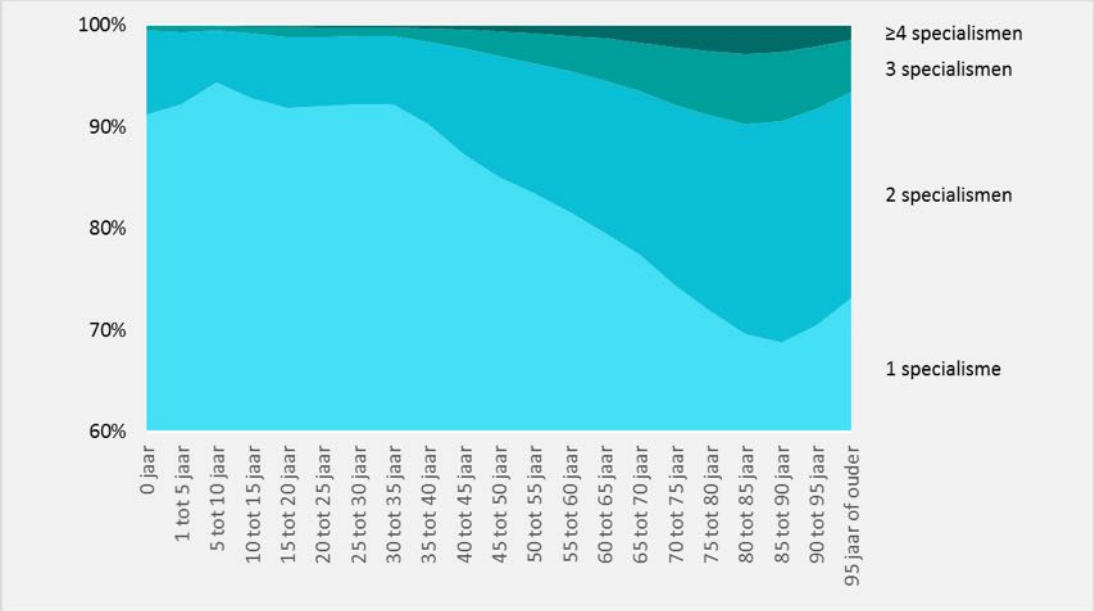

*Bron: LBZ[1], CBS*

Naarmate de leeftijd van de patiënt toeneemt, neemt ook het aantal betrokken specialismen toe. In 2017 werd gemiddeld 26,8% van de patiënten van 65 jaar of ouder gediagnosticeerd en/of behandeld door meerdere specialismen. Bij patiënten tot 65 jaar was dit gemiddeld 12,6%. Gemiddeld was een patiënt in 2017 onder behandeling bij 1,24 specialismen[2]. Dit betreft klinische opnamen, langdurige observaties en dagopnamen.

[1] Op basis van 66 algemene ziekenhuizen.

[2] Er is sprake van een onderschatting van het aantal specialismen dat betrokken is, doordat gegevens ontbreken voor enkele specialismen.

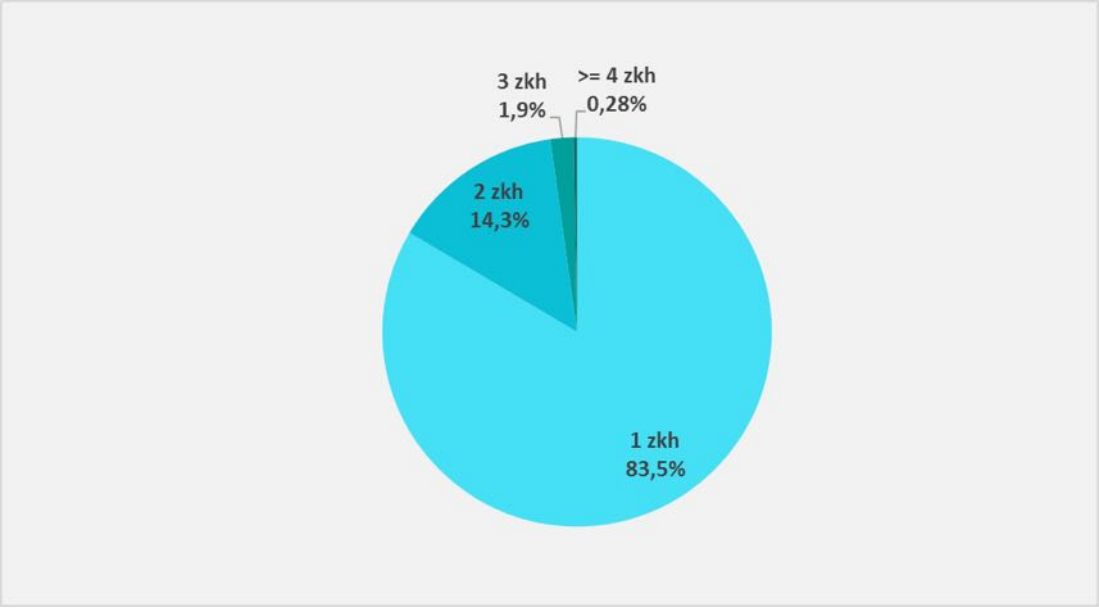
Figuur 4.4: Aantal patiënten dat door één of meerdere specialismen werd gediagnosticeerd en/of behandeld in 2017 (%)




*Bron: LBZ, inclusief umc's*

Van alle patiënten in Nederland bezocht 16,5%[1] in 2017 meer dan één ziekenhuis.

Figuur 4.5: Aantal patiënten dat in 2017 in meerdere instellingen werd gediagnosticeerd en/of behandeld




*Bron: LBZ, inclusief umc's*[2]

[1] Er is sprake van een onderschatting van het aantal patiënten dat meerdere ziekenhuizen bezocht, doordat gegevens ontbreken voor enkele ziekenhuizen waarvan relatief veel patiënten meerdere ziekenhuizen bezoeken.

[2] Op basis van klinische opnamen, langdurige observaties, dagopnamen, ambulante contacten en overige verrichtingen.

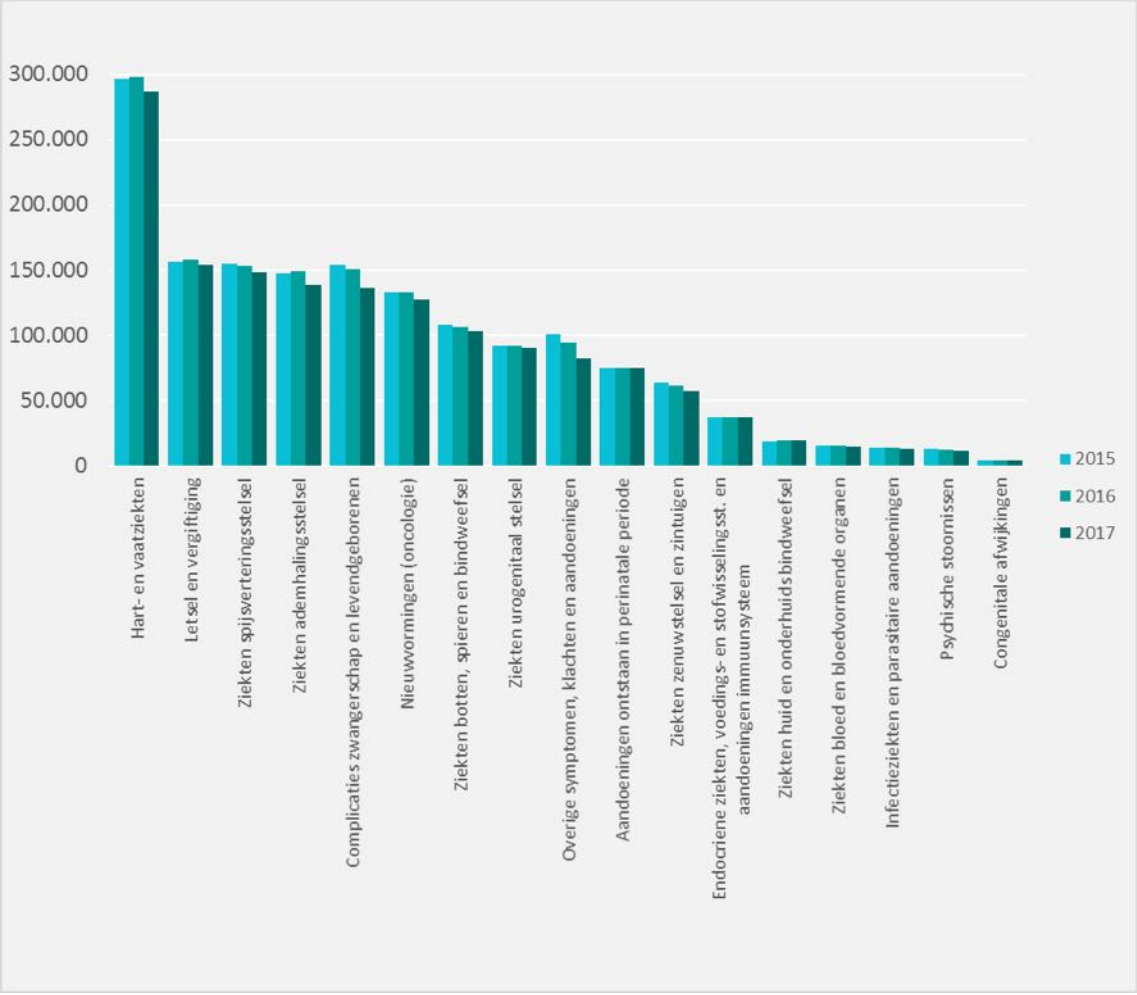
## 4.2 Voorkomen van aandoeningen

Figuur 4.6 toont de aantallen klinische opnamen en langdurige observaties van patiënten per jaar voor algemene ziekenhuizen, gebundeld in diagnoseclusters.

Diagnosen van hart- en vaatziekten vormden zowel in 2015, 2016 als 2017 veruit de grootste groep opnamen. In 2017 waren dit circa 287.000 opnamen.

Bij vrijwel alle diagnoseclusters daalde in 2017 het aantal klinische opnamen en langdurige observaties.

**Figuur 4.6: Aantal klinische opnamen en langdurige observaties per diagnosecluster[1] in algemene ziekenhuizen in 2015-2017**



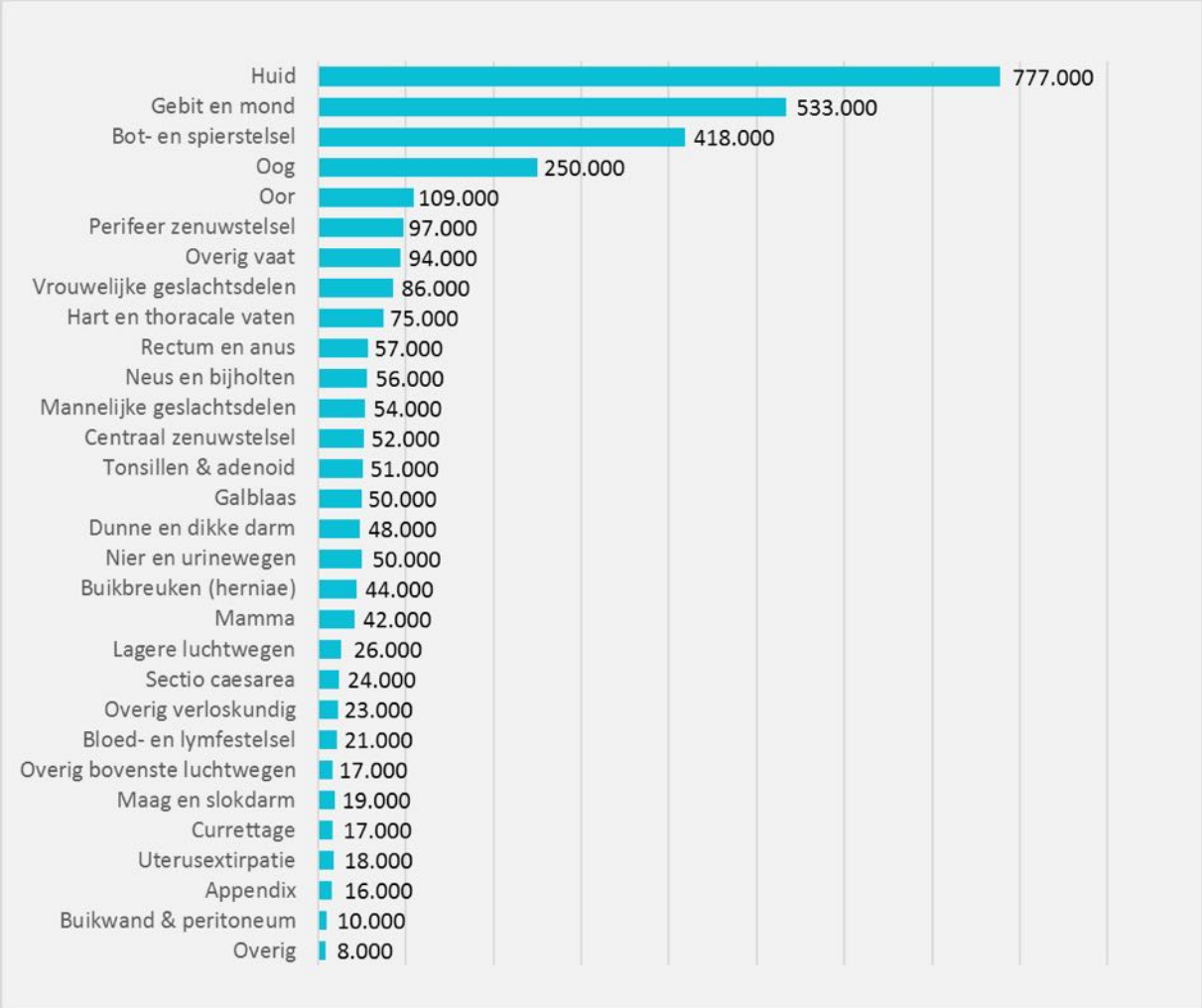

*Bron: LBZ*

[1] Op basis van Clinical Classification Software (CCS-)groepen.

## 4.3 Operaties

Figuur 4.7 geeft een overzicht van het aantal operaties dat in 2017 is uitgevoerd in algemene ziekenhuizen. In 2017 vonden de meeste ingrepen in het ziekenhuis plaats aan de huid en aan gebit en mond. Ingrepen aan bot-spierstelsel en oog staan op respectievelijk de derde en vierde plek.

Figuur 4.7: Aantal operaties per verrichtinggroep in 2017



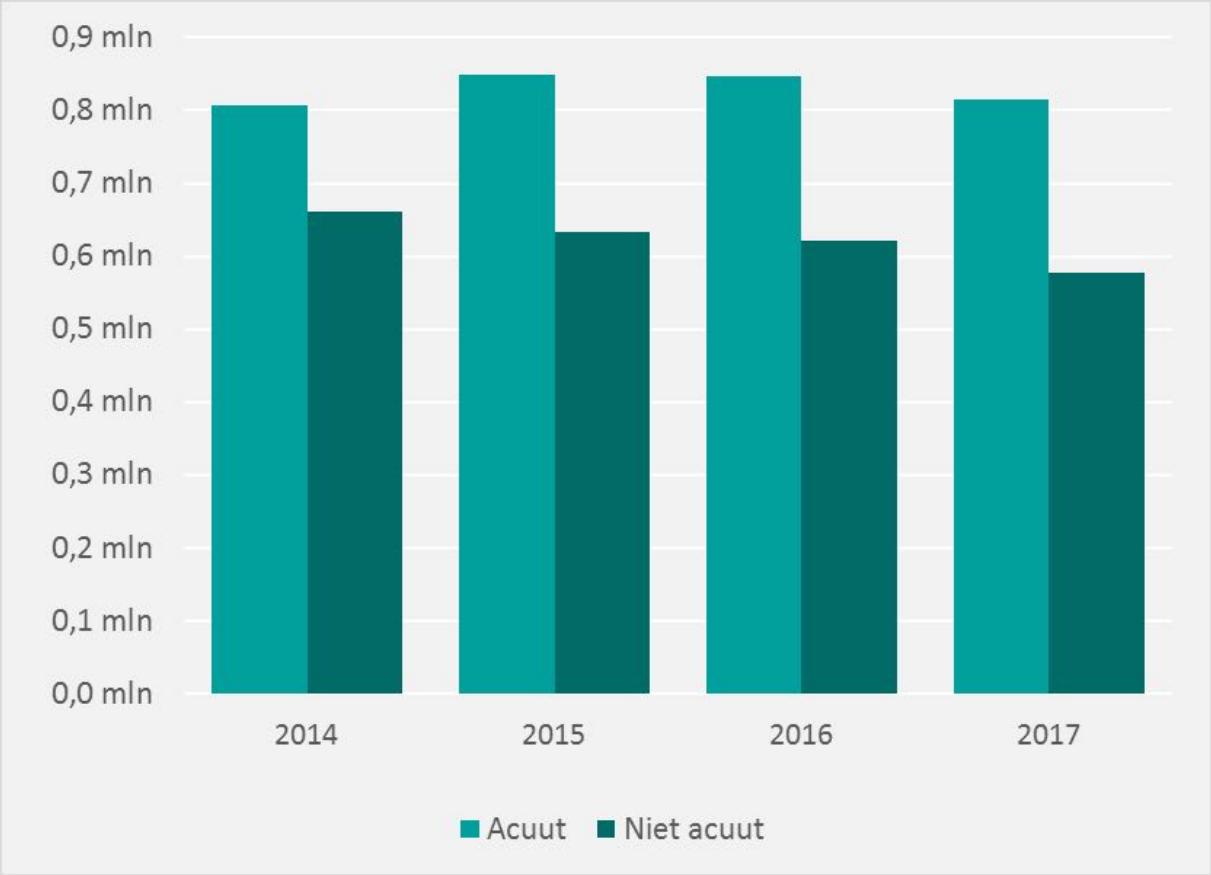

*Bron: LBZ*[1]

[1] Afgerond op 1.000 operaties. Overig betreft schildklier, varices, lever en pancreas, overige endocriene klieren en overige kunstverlossingen.

## 4.4 Opnamen en opnameduur

In 2017 bedroeg het aantal klinische opnamen 1,39 miljoen; hiervan waren er 0,82 miljoen acuut en 0,58 miljoen niet-acuut. Het aantal acute opnamen daalde in 2017 ten opzichte 2016 en lag hiermee op een vergelijkbaar niveau als in 2014. Het aantal niet-acute opnamen daalde in 2017 voor het derde jaar op rij en is sinds 2014 gedaald met 12,7%[1].

**Figuur 4.8: Aantal acute en niet-acute klinische opnamen in algemene ziekenhuizen sinds 2014**

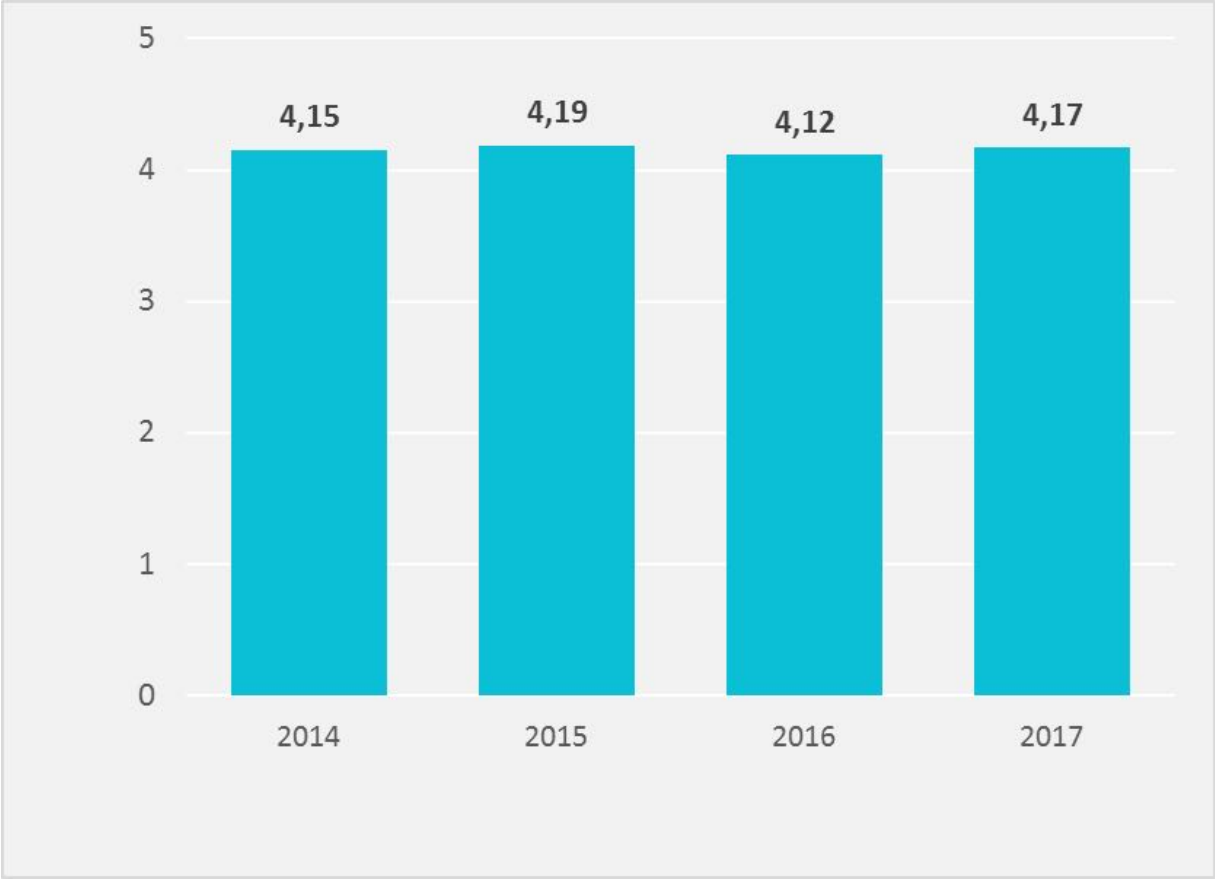



*Bron: LBZ*

In 2017 was de gemiddelde opnameduur voor klinische opnamen in algemene ziekenhuizen 4,17 dagen. Dit is vergelijkbaar met het niveau van de drie voorafgaande jaren (gemiddeld 4,15 dagen).

[1] Tijdens deze periode zijn de registraties verbeterd, dit kan een rol spelen in de getoonde ontwikkeling.

Figuur 4.9: Gemiddelde opnameduur sinds 2014 (dagen)

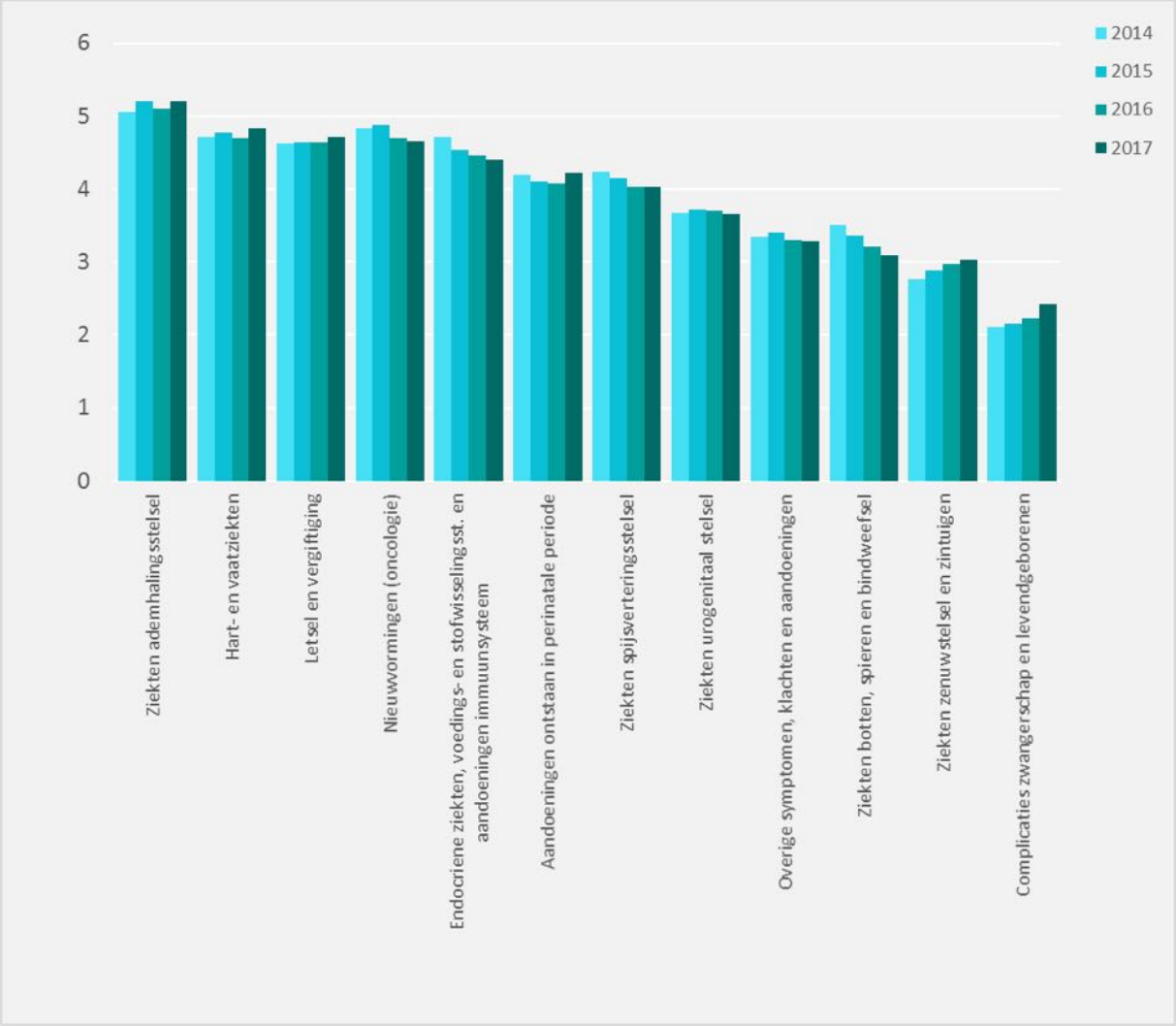



*Bron: LBZ*

De gemiddelde opnameduur in 2017 varieerde per diagnosecluster van 2,4 dagen voor complicaties bij zwangerschap en levendgeborenen tot 5,2 dagen voor ziekten van het ademhalingsstelsel.

De grootste stijgingen in opnameduur vonden plaats bij complicaties bij zwangerschap en levendgeborenen (+9%) en bij aandoeningen in de perinatale periode (+4%). De grootste afname deed zich voor bij ziekten van botten, spieren en bindweefsel (-4%).

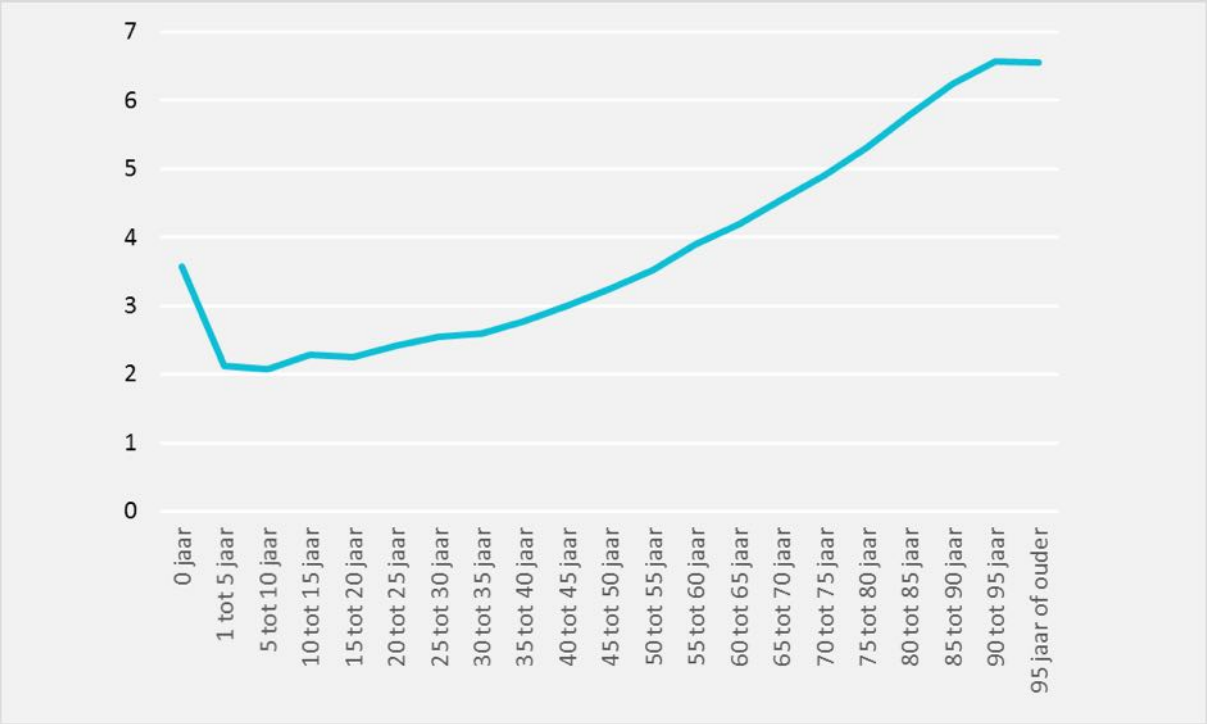
Figuur 4.10: Gemiddelde opnameduur per diagnosecluster in 2014-2017 (dagen)




*Bron: LBZ, diagnoseclusters met meer dan 25.000 opnamen in 2017*

De gemiddelde opnameduur is relatief hoog bij de geboorte en neemt toe vanaf het twintigste levensjaar.

Figuur 4.11: Gemiddelde opnameduur naar leeftijd in 2017 (dagen)




*Bron: LBZ, klinische opnamen*

## 4.5 Uitstroom

In 2017 ging 7,6% van de patiënten na een klinische opname of langdurige observatie vanuit een ziekenhuis naar een overige zorginstelling (een instelling anders dan een ander ziekenhuis). Onder overige zorginstellingen vallen instellingen voor revalidatie, instellingen voor verpleging/verzorging, psychiatrische ziekenhuizen en hospices. Dit was een stijging ten opzichte van 2014 (6,5%). In dezelfde periode steeg ook de uitstroom naar andere ziekenhuizen van 2,7% in 2014 naar 2,9% in 2017. Relatief minder patiënten gingen naar de eigen woonomgeving, een daling van 90,8% in 2014 naar 89,4% in 2017.

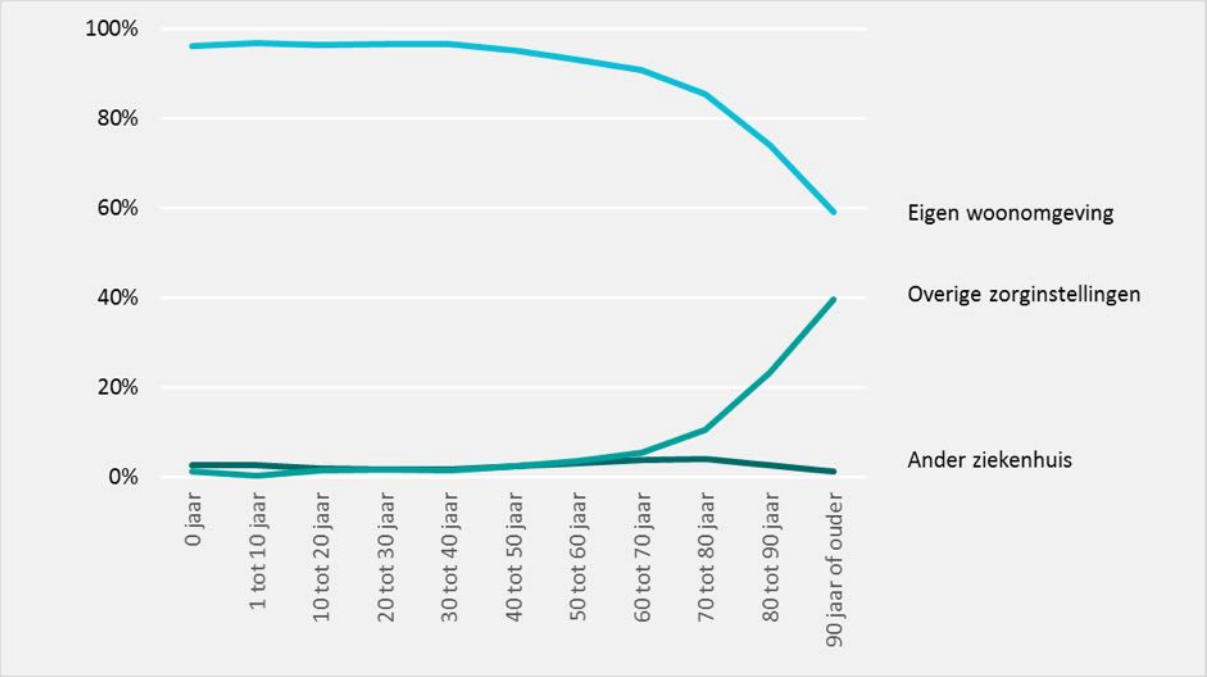
Het type uitstroom is onder meer afhankelijk van de leeftijd van de patiënt. Jongere patiënten gingen na uitstroom uit het ziekenhuis relatief vaker naar de eigen woonomgeving dan oudere patiënten. Zie ook figuur 4.13.

Figuur 4.12: Aantal patiënten per type uitstroom sinds 2014 (%)

| | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2014 - 2016 |
|---|---|---|---|---|---|
| Eigen woonomgeving | 90,8% | 90,6% | 90,1% | 89,4% | -1,4% |
| Ander ziekenhuis | 2,7% | 2,8% | 2,8% | 2,9% | 0,3% |
| Overige zorginstellingen | 6,5% | 6,7% | 7,1% | 7,6% | 1,2% |

*Bron: LBZ*

Figuur 4.13: Uitstroom vanuit een algemeen ziekenhuis per leeftijdscategorie in 2017



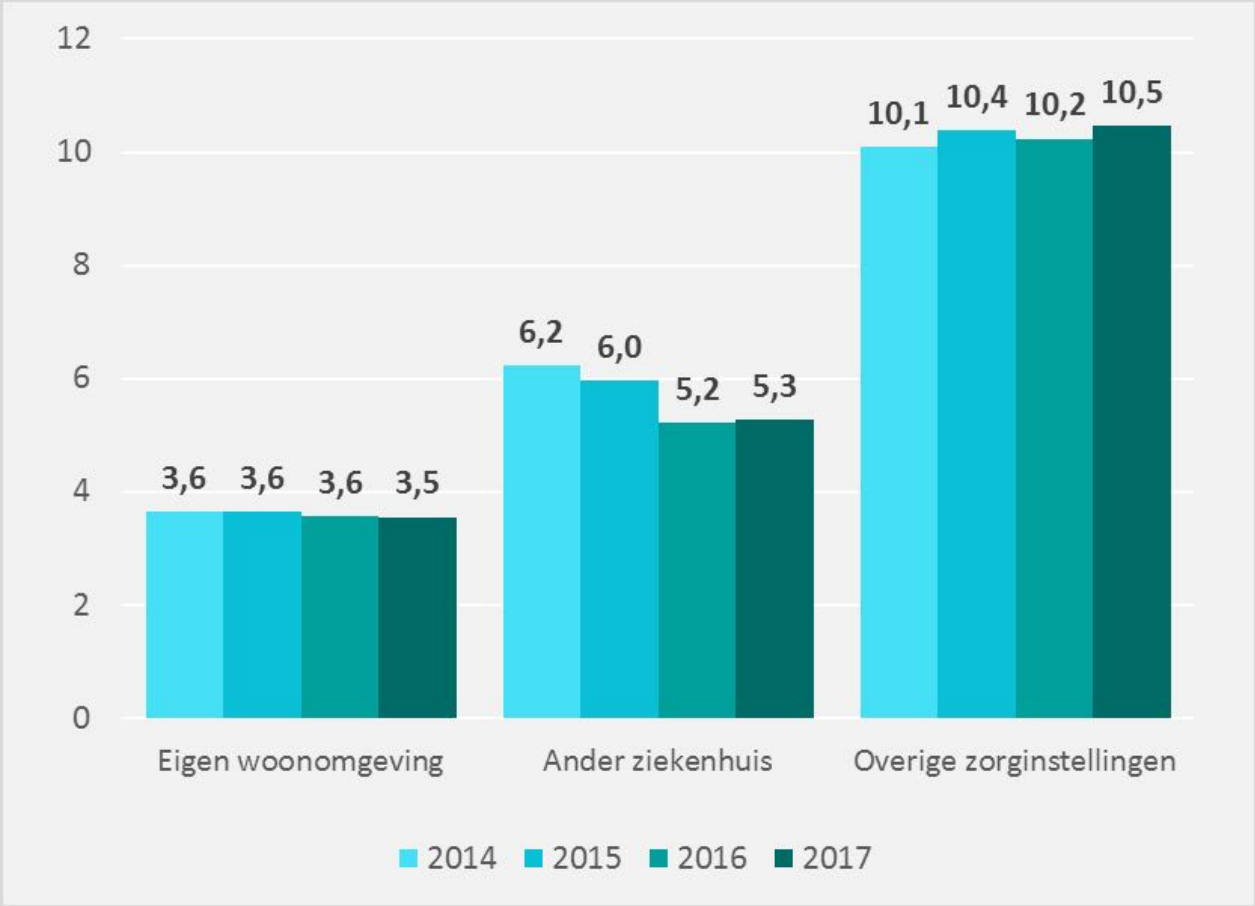

*Bron: LBZ*

De opnameduur bij klinische opnamen was in 2017 gemiddeld het langst bij patiënten die na opname in het ziekenhuis naar een andere zorginstelling gingen (een instelling anders dan een ander ziekenhuis): gemiddeld 10,5 dagen in 2017.

Bij uitstroom naar een ander ziekenhuis was de opnameduur gemiddeld 5,3 dagen.

Voor patiënten die na ziekenhuisopname naar de eigen woonomgeving terug gingen was in 2017 de opnameduur gemiddeld het kortst: gemiddeld 3,5 dagen.

Figuur 4.14: Gemiddelde opnameduur in een ziekenhuis met uitsplitsing naar bestemming in 2014-2017 (dagen)




*Bron: LBZ*

## 4.6 Bereikbaarheid SEH en acute verloskunde

Uit een analyse van de bereikbaarheid van de spoedeisende hulp en acute verloskunde bleek dat – net als het voorgaande jaar – 99,8 procent van de inwoners binnen de norm van 45 minuten naar een spoedeisende hulpafdeling (SEH) of ziekenhuis met acute verloskunde kon worden vervoerd.[1]

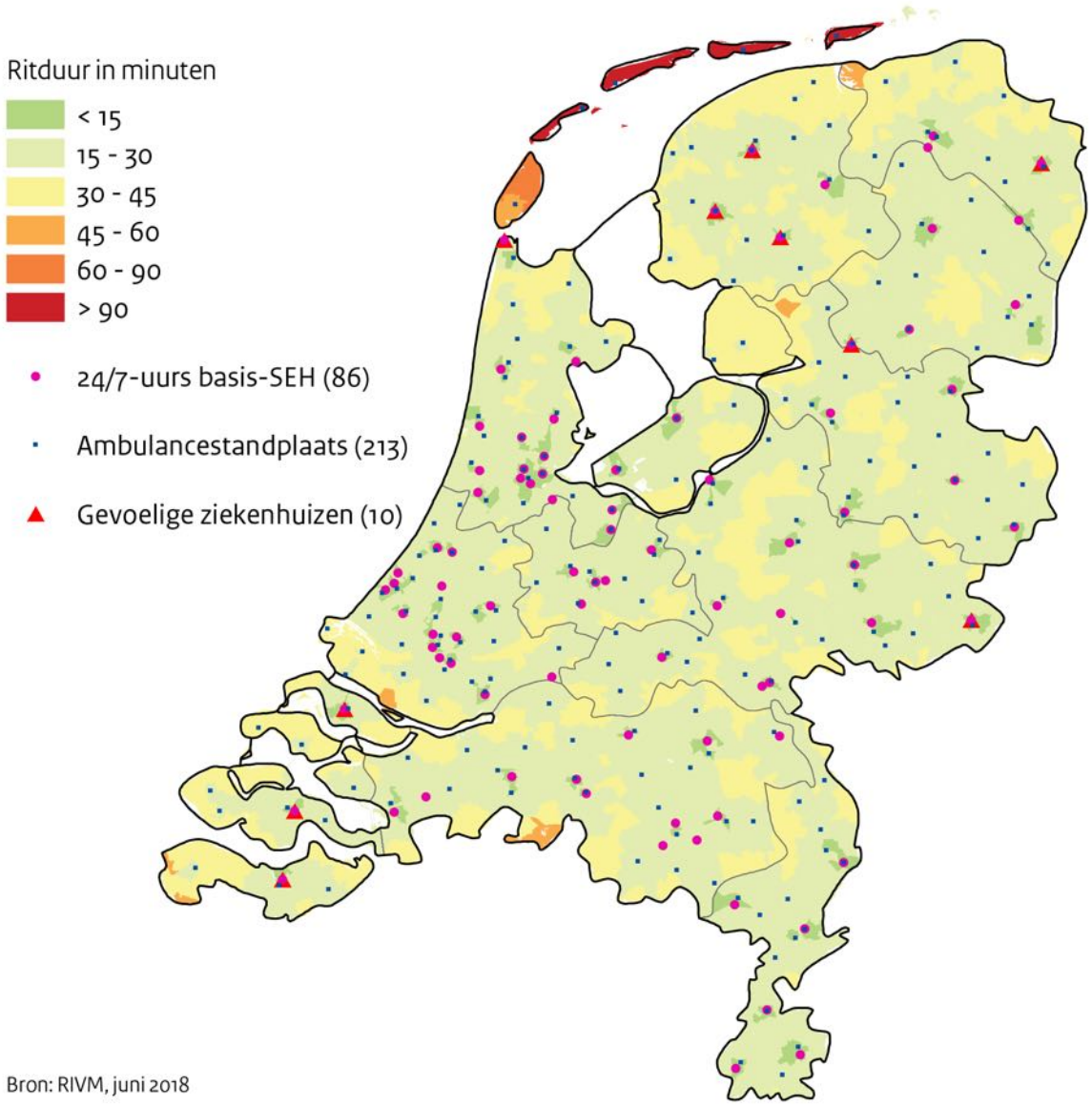
In april 2018 waren er 89 SEH's in Nederland. 86 hiervan waren 24 uur per dag en zeven dagen per week geopend (zie figuur 4.15). Drie SEH's waren overdag en 's avonds geopend en 's nachts gesloten. Ten opzichte van 2017 waren er in 2018 vijf SEH-locaties minder. Op 80 ziekenhuislocaties werd per april 2018 24 uur per dag, zeven dagen per week acute verloskunde aangeboden. Dat is één locatie minder dan in april 2017. In 2018 waren er 213 standplaatsen voor ambulances met 24/7-uurs paraatheid.

Tussen april 2017 en april 2018 heeft het zorgaanbod van SEH's en ziekenhuizen met acute verloskunde zich geconcentreerd. Het aantal inwoners dat niet binnen 45 minuten naar een SEH of afdeling acute verloskunde kon worden gebracht, nam echter niet toe. Het aantal gevoelige ziekenhuizen[2] voor de basis spoedeisende hulp bleef gelijk; voor de acute verloskunde kwam er één gevoelige locatie bij.

[1] RIVM Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2018; Analyse gevoelige ziekenhuizen.

[2] Met 'gevoelig' wordt bedoeld dat eventuele sluiting van de SEH van het betreffende ziekenhuis tot gevolg heeft dat meer mensen niet meer binnen 45 minuten naar een SEH kunnen worden vervoerd in vergelijking met de situatie wanneer deze SEH open is.

Figuur 4.15: Bereikbaarheid van 86 SEH's met 24/7 openstelling per april 2018



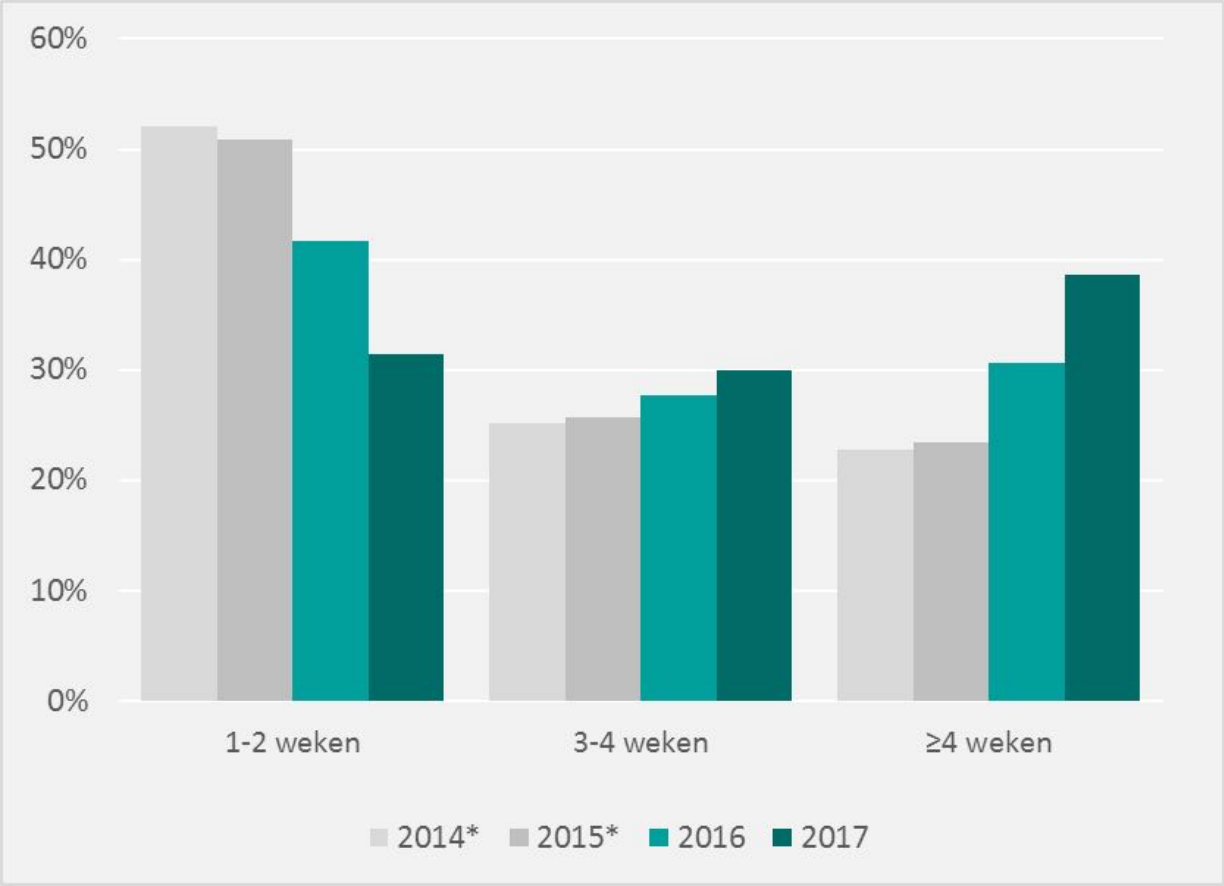

Bron: RIVM, juni 2018

## 4.7 Wachttijden

61% van de patiënten kon in 2017 binnen vier weken terecht op de polikliniek, waarvan 31% binnen twee weken. Bij 80% van de patiënten kon de behandeling binnen zeven weken worden gestart, waarvan bij 29% binnen drie weken. Deze percentages zijn lager dan in 2016, zie figuur 4.16 en figuur 4.17.

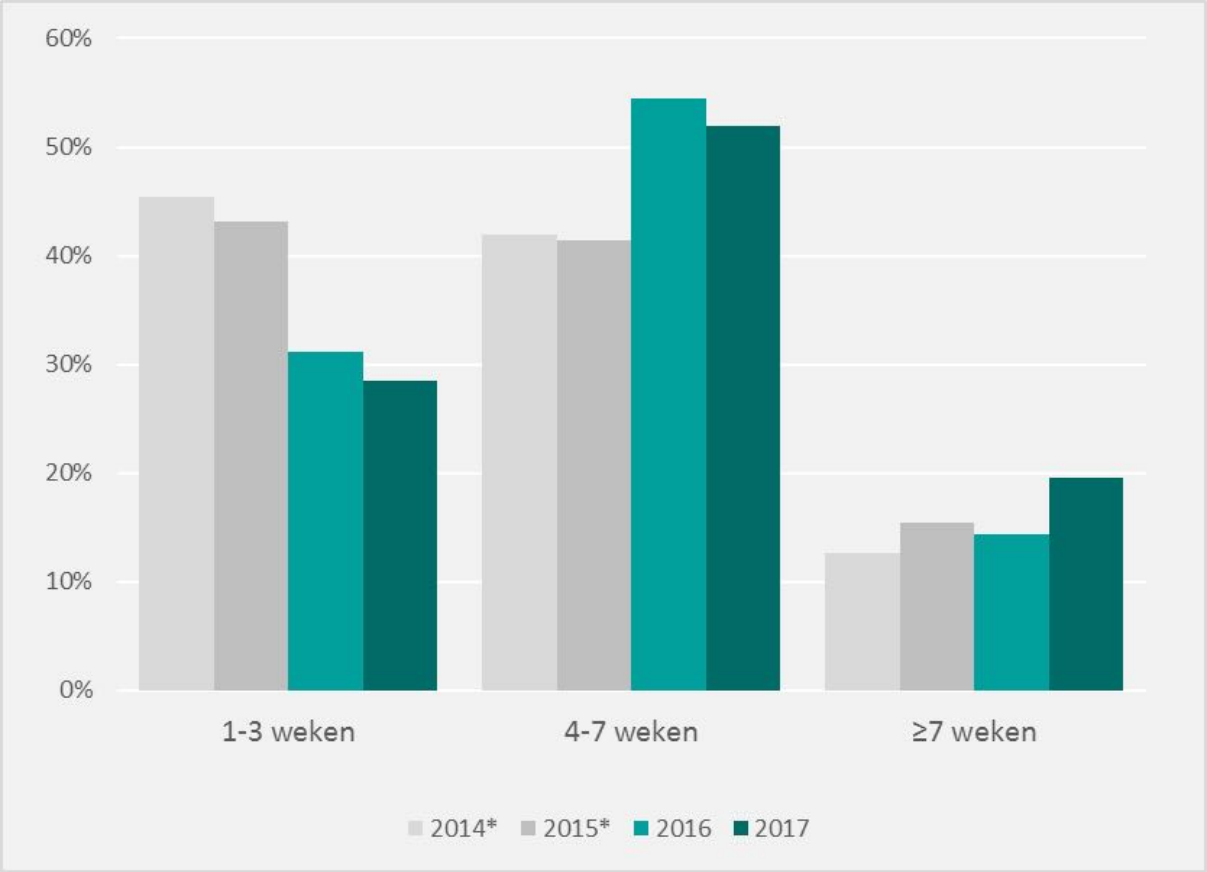
De wachttijden worden sinds 1 januari 2016 anders geregistreerd dan in voorafgaande jaren, waardoor de cijfers over 2016 niet vergelijkbaar zijn met 2015.

Figuur 4.16: Gemiddelde wachttijd polikliniek sinds 2014 (weken)




*Bron: Mediquest, * andere registratiemethodiek per 1 januari 2016*

Figuur 4.17: Gemiddelde wachttijd behandeling sinds 2014 (weken)



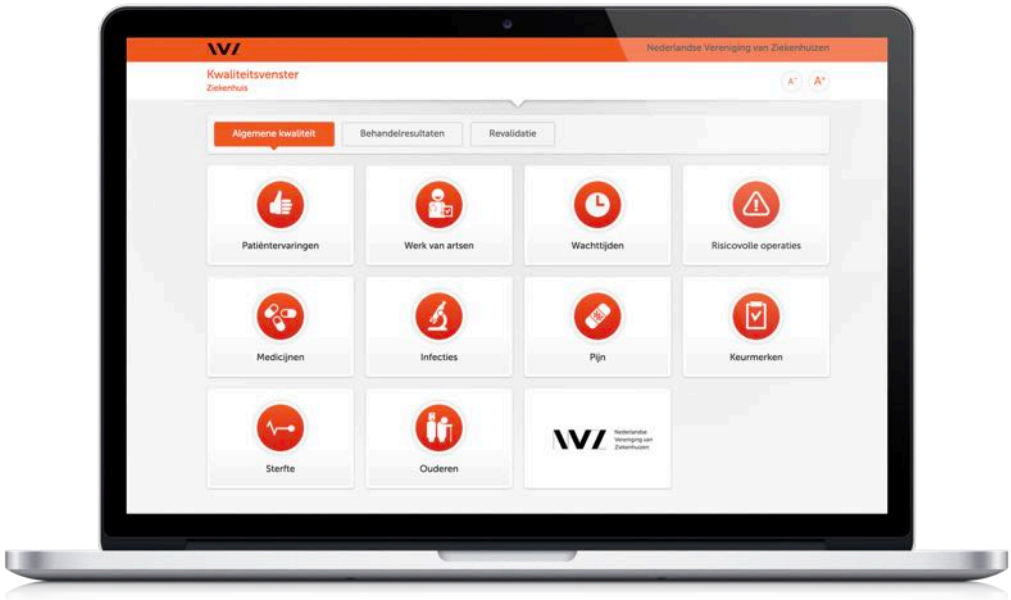

*Bron: Mediquest, * andere registratiemethodiek per 1 januari 2016*

## 4.8 NVZ Kwaliteitsvenster

Het NVZ Kwaliteitsvenster geeft patiënten informatie over de kwaliteit en behandelresultaten per ziekenhuis. Het Kwaliteitsvenster is beschikbaar op de website www.nvz-kwaliteitsvenster.nl. Het bevat informatie over onder andere patiëntervaringen, werk van artsen, wachttijden, risicovolle operaties en sterfte. Het Kwaliteitsvenster is voor iedereen toegankelijk.

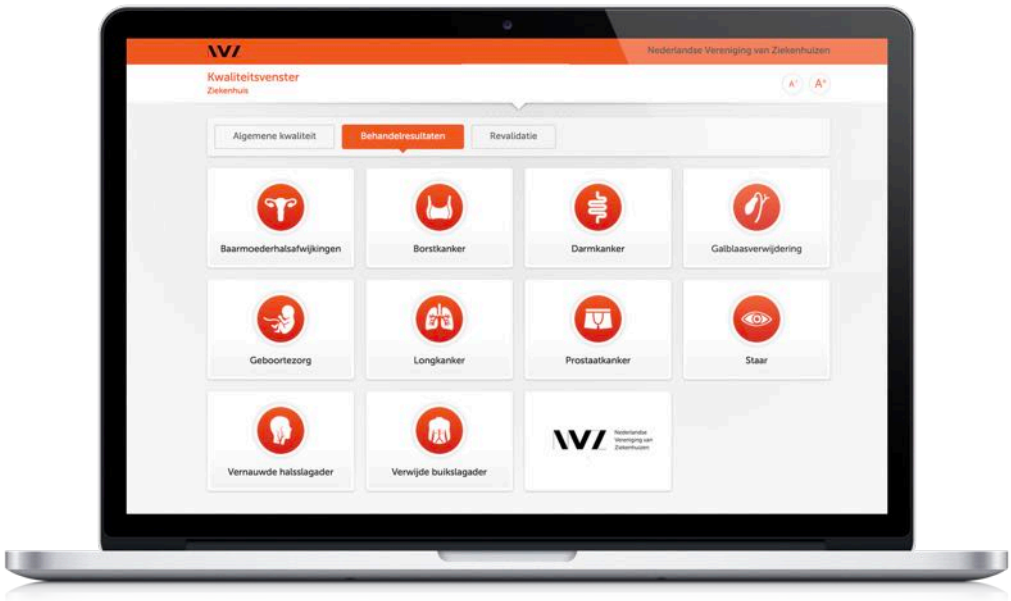
Van elk ziekenhuis is er per aandoening informatie te vinden over onder andere het resultaat van operaties, complicaties en aantallen operaties. In het Kwaliteitsvenster zijn gegevens opgenomen die ook aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en Zorginstituut Nederland worden verstrekt. Daarnaast staan er cijfers in over medewerkerstevredenheid en patiënttevredenheidsonderzoeken. Alle cijfers worden afgezet tegen een landelijk gemiddelde en waar mogelijk vergeleken met het voorafgaande jaar. Per onderdeel krijgt de patiënt niet alleen cijfers te zien, maar ook informatie over de context van de kwaliteitsinformatie. Er zijn gegevens beschikbaar over dertig onderwerpen en behandelingen.

Figuur 4.18: NVZ Kwaliteitsvenster - algemene kwaliteit




*Bron: NVZ Kwaliteitsvenster*

Figuur: 4.19: NVZ Kwaliteitsvenster - behandelresultaten




*Bron: NVZ Kwaliteitsvenster*

FINANCIËN
IN DE ZORG

# 5. Financiën

- Algemene ziekenhuizen behandelden in 2017 een groter aantal patiënten met gemiddeld een hogere complexiteit.
- De totale omzet van de algemene ziekenhuizen bedroeg in 2017 € 17,7 miljard; een toename van 1,0% (inclusief prijsstijgingen en kosten voor dure geneesmiddelen).
- Het prijsindexcijfer voor lonen- en prijzen was 2,05% voor 2017. Het prijsindexcijfer geeft een indicatie van prijsstijgingen van materialen en stijgende loonkosten.
- Dit betekent een reële afname van de omzet in 2017, ondanks de stijging van het aantal patiënten en de toename van de gemiddelde zorgzwaarte. De ziekenhuizen hebben zich hiermee gehouden aan de financiële afspraken van het hoofdlijnenakkoord.
- Het resultaat (als percentage van de omzet) bleef in 2017 met 1,2% gelijk aan het niveau van 2016 en was beduidend lager dan in de periode 2010-2014 (1,8-1,9%).
- De rentabiliteit bleef in 2017 met 3,4% gelijk aan het niveau in 2016. De solvabiliteit nam in 2017 toe naar 25,7%. Solvabiliteit is nodig om financiële tegenvallers op te kunnen vangen en om toekomstige investeringen te kunnen financieren.
- Het investeringsniveau van de ziekenhuizen is verder gedaald; investeringen in materiële vaste activa door algemene ziekenhuizen bedroegen € 1,1 miljard in 2017. Dat is circa € 350 miljoen minder dan in 2016 en betekent bijna een halvering ten opzichte van het bedrag in 2010.

## 5.1 Omzet

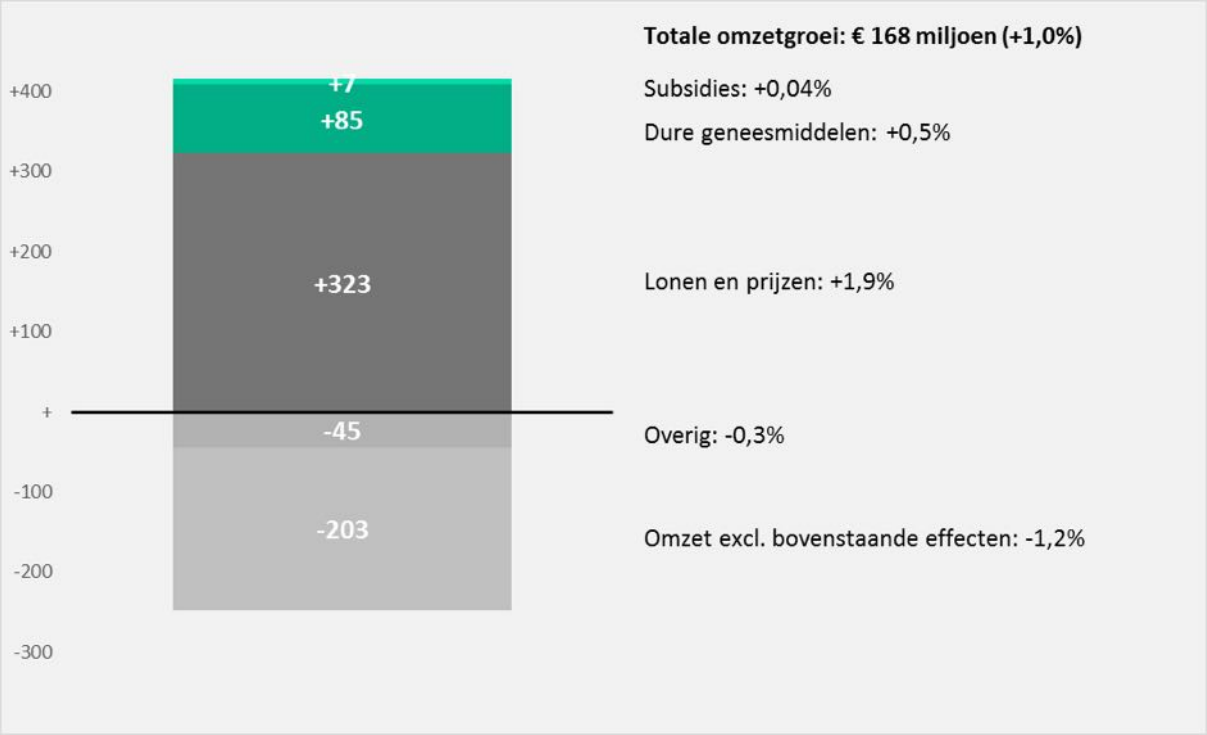
Algemene ziekenhuizen behandelden in 2017 een groter aantal patiënten met gemiddeld een hogere complexiteit (zie hoofdstuk 4). De totale omzet van de algemene ziekenhuizen bedroeg € 17,7 miljard in 2017[1]. De omzet is in 2017 met 1,0% gestegen ten opzichte van 2016 (inclusief prijsstijgingen en stijging van de uitgaven aan dure geneesmiddelen)[2]. Deze groei werd veroorzaakt door stijging van lonen en prijzen, subsidies en toename van het gebruik van dure geneesmiddelen.

Het prijsindexcijfer voor lonen- en prijzen was 2,05% in 2017. Het prijsindexcijfer, gebaseerd op ramingen van het Centraal Planbureau (CPB), geeft een indicatie van prijsstijgingen van materialen en van stijgende loonkosten. Dit betekent een reële afname van de omzet in 2017, ondanks de stijging van het aantal patiënten en de toename van de gemiddelde zorgzwaarte. De ziekenhuizen hebben zich hiermee gehouden aan de financiële afspraken van het hoofdlijnenakkoord.

[1] Cijfers zijn gebaseerd op de jaarrekeningen van 62 van de 66 algemene ziekenhuizen. Van vier ziekenhuizen ontbreken de cijfers over 2017, hiervoor is uitgegaan van de cijfers over 2016, verhoogd met 1% als veronderstelde groei. Zie ook de bijlage Toelichting op bronnen en analyses.

[2] Cijfers zijn gebaseerd op de omzet van 62 van de 66 algemene ziekenhuizen en zijn niet gelijk aan de zorguitgaven van de gehele medisch-specialistische zorg zoals opgenomen in hoofdstuk 2.

Figuur 5.1: Verdeling omzetgroei algemene ziekenhuizen in 2017 (€ miljoen en % van totale omzet)[2]




*Bron: jaarrekeningen, BDO, LBZ, DHD-analyse[1,2,3,4,5]*

[1] Dure geneesmiddelen: op basis van werkelijke prijzen, inclusief prijseffecten.

[2] Volume DBC's: DBC-opbrengsten inclusief i) wettelijk budget voor aanvaardbare kosten en/of subsidies; ii) opbrengsten uit hoofde van te verrekenen transitiebedrag en garantieregeling; iii) honorarium opbrengsten medisch specialisten; iv) mutatie onderhanden werk; en exclusief verschillen in lonen en prijzen en exclusief dure geneesmiddelen.

[3] Lonen en prijzen: exclusief prijsverandering dure geneesmiddelen.

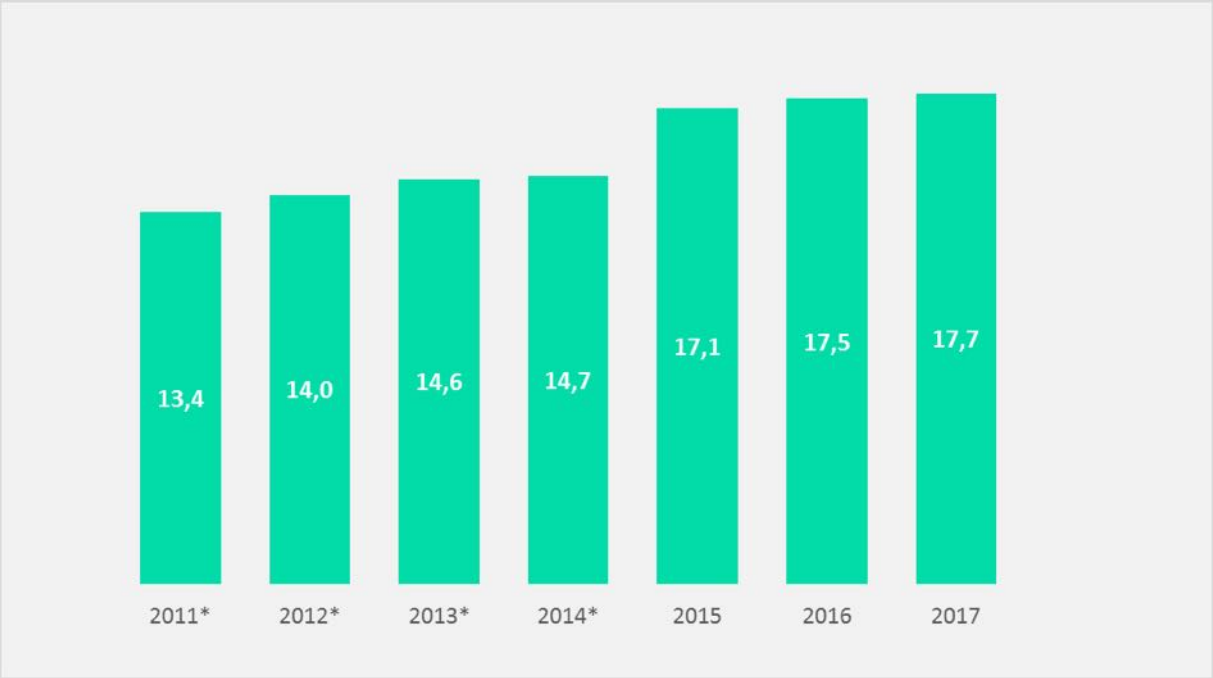
[4] Overig: omzet mutaties in overige bedrijfsopbrengsten, niet-gebudgetteerde zorgprestaties, correctie bekend budget voorgaande jaren en opleidingsfonds.

[5] Alle in dit hoofdstuk getoonde cijfers zijn exclusief de cijfers van het Havenziekenhuis in 2016 en 2017.

Voor vergelijking met het hoofdlijnenakkoord wordt gekeken naar schadelastcijfers, deze kunnen afwijken van de omzetcijfers. In het Rapport Kostenontwikkeling Ziekenhuiszorg 2017 dat DHD eind 2018 uitbrengt, wordt de groei van de schadelast geanalyseerd op basis van productiecijfers en contractafspraken tussen ziekenhuizen en verzekeraars. In dit rapport worden cijfers opgenomen voor topklinische ziekenhuizen, (overige) algemene ziekenhuizen en umc's.

De totale omzet is vanaf 2015 mede gestegen door de invoering van integrale tarieven in dat jaar. Vanaf 2015 worden de honoraria van de vrijgevestigde medische specialisten in de jaarrekeningen gerekend tot de omzet. De omzet is tevens gestegen door de overheveling van dure geneesmiddelen, met name vanaf 2012 en 2013.

Figuur 5.2: Totale omzet algemene ziekenhuizen sinds 2011 (€ miljard)




*Bron: 2015-2017 jaarrekeningen, BDO, LBZ, DHD-analyse[1], * 2011-2014 DigiMV en jaarrekeningen*

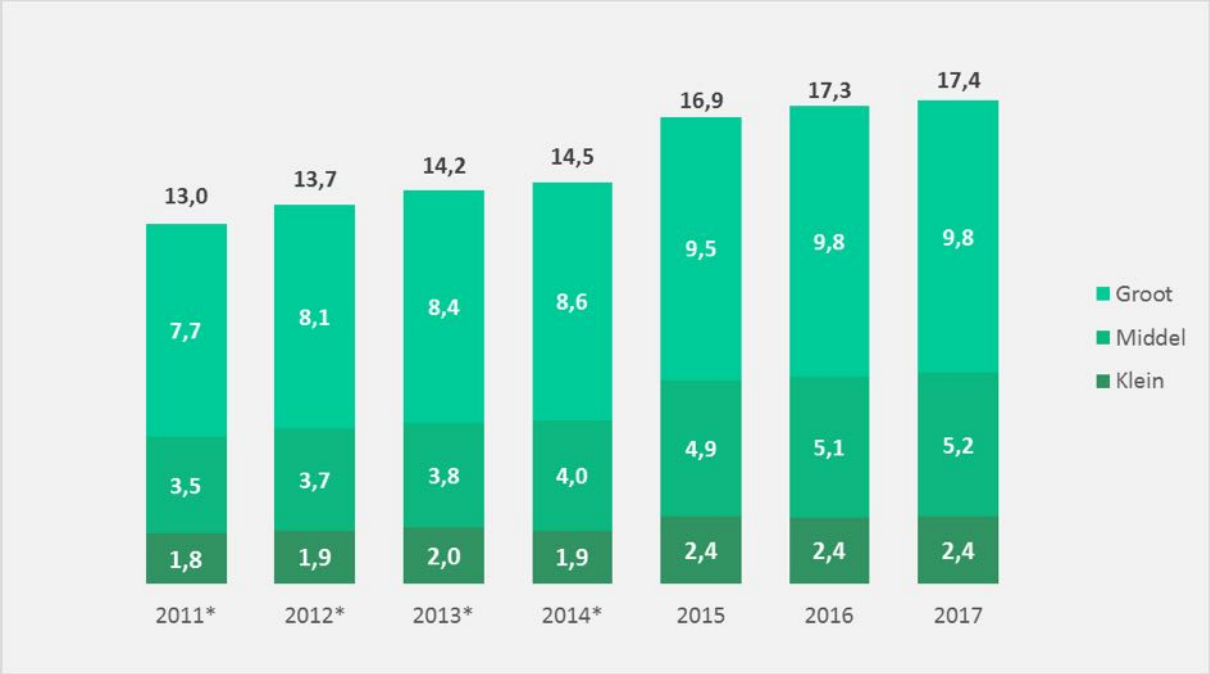
[1] Cijfers zijn gebaseerd op de jaarrekeningen van 62 van de 66 ziekenhuizen in 2017. Van vier ziekenhuizen ontbreken de cijfers over 2017, hiervoor is uitgegaan van de cijfers over 2016, verhoogd met 1% als veronderstelde groei. Zie ook de bijlage Toelichting op bronnen en analyses.

## 5.2 Kosten

De kosten van de algemene ziekenhuizen namen in 2017 met € 179 miljoen (1,0%) toe. Deze toename is vergelijkbaar met de stijging van de totale omzet. De totale kosten stegen in 2017 bij zowel de kleine, middelgrote als grote ziekenhuizen.

De stijging van de totale kosten vanaf 2015 is mede een gevolg van de invoering van de integrale tarieven. De honoraria van vrijgevestigde medisch specialisten, die vanaf 2015 in de integrale tarieven vallen, bedroegen € 1,9 miljard in 2015, € 2,0 miljard in 2016 en € 2,1 miljard in 2017.

**Figuur 5.3: Totale kosten algemene ziekenhuizen naar categorie ziekenhuis sinds 2011 (€ miljard)[1]**




*Bron: 2015-2016 jaarrekeningen, BDO, DHD-analyse[2], * 2011-2014 DigiMV en EJZ*

In de volgende twee paragrafen wordt een uitsplitsing gemaakt tussen personeelskosten en overige kosten.

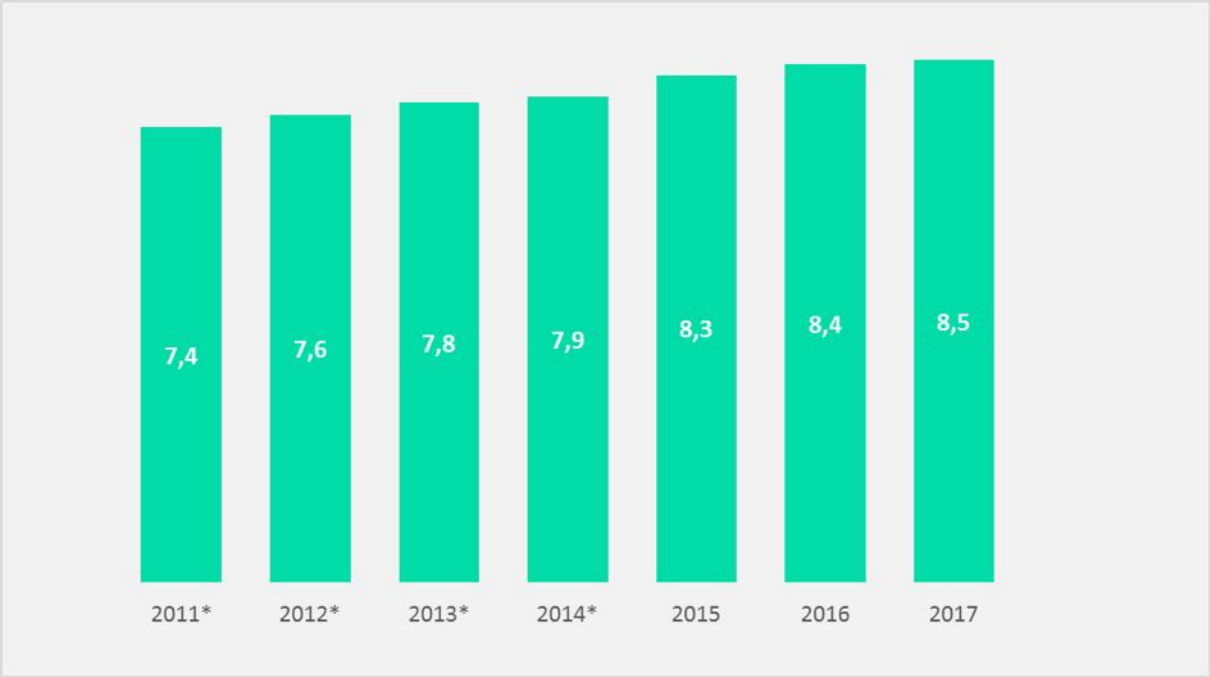
[1] Totale kosten inclusief financiële baten en lasten.

[2] Cijfers zijn gebaseerd op de jaarrekeningen van 62 van de 66 ziekenhuizen. Van vier ziekenhuizen ontbreken de cijfers over 2017, hiervoor is uitgegaan van de cijfers over 2016, verhoogd met 1% als veronderstelde groei. De indeling in kleine, middelgrote en grote ziekenhuizen is gebaseerd op de omzet in 2017 en bestaat per groep uit 22 ziekenhuizen. De indeling is veranderd ten opzichte van het vorige brancherapport. Voor de periode 2011-2014 is de indeling van het vorige brancherapport aangehouden.

## Personeelskosten

De personeelskosten namen in de afgelopen zeven jaar met gemiddeld 2,3% per jaar toe. In 2015 namen de personeelskosten relatief sterk toe, deels als gevolg van het uitblijven van de cao in 2014. De onderhandelingen over de cao waren in 2015 afgerond en geëffectueerd.

Figuur 5.4: Totale personeelskosten algemene ziekenhuizen sinds 2011 (€ miljard)

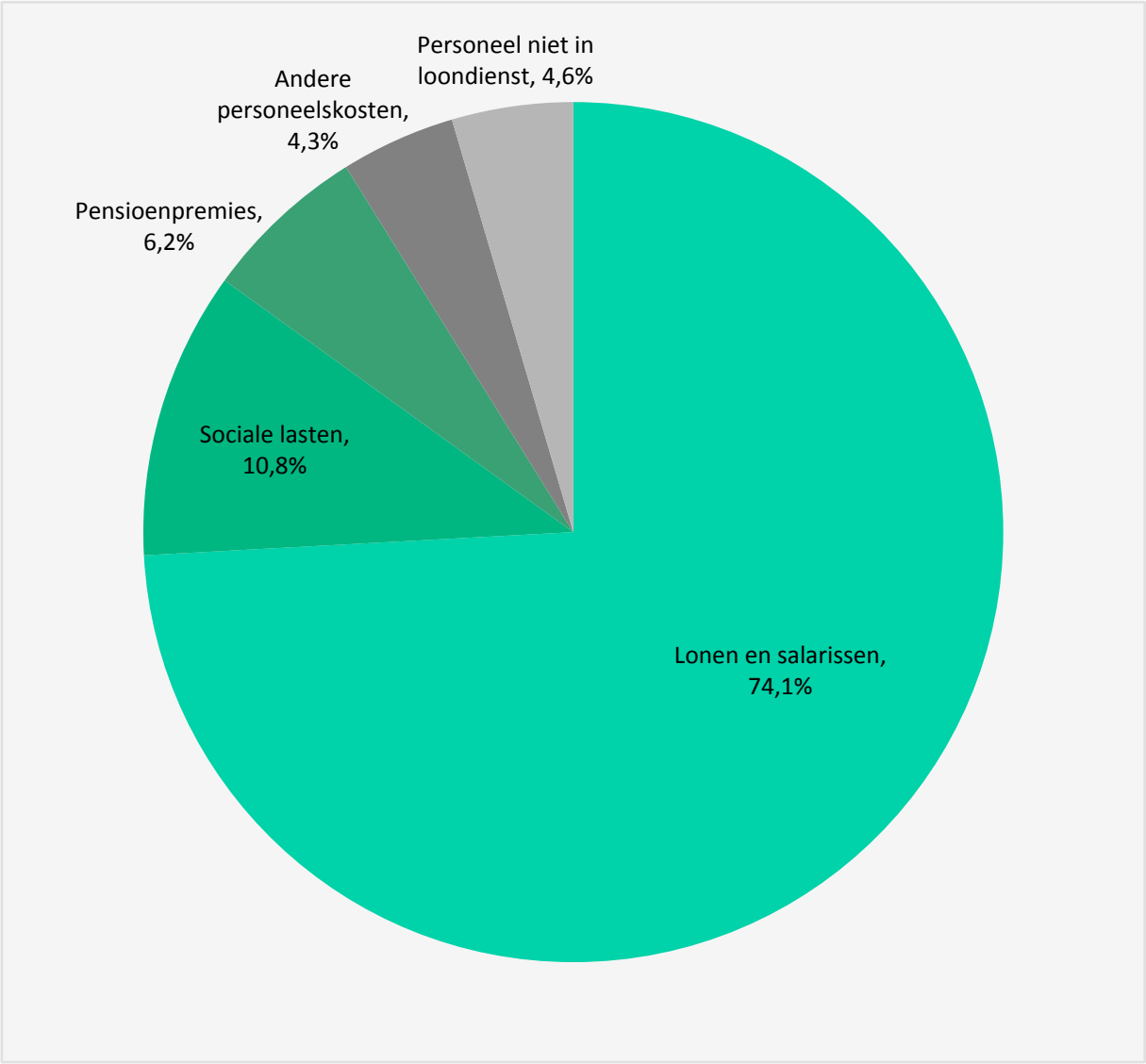



*Bron: 2015-2017 jaarrekeningen, BDO, DHD-analyse[1], * 2011-2014 EJZ en jaarrekeningen*

[1] Cijfers zijn gebaseerd op de jaarrekeningen van 62 van de 66 ziekenhuizen in 2017. Van vier ziekenhuizen ontbreken de cijfers over 2017, hiervoor is uitgegaan van de cijfers over 2016, verhoogd met 1% als veronderstelde groei.

Figuur 5.5 toont de verdeling van personeelskosten in 2017. Circa driekwart van de personeelskosten werd in 2017 aan lonen en salarissen besteed, 11% aan sociale lasten en 6% aan pensioenpremies. Overige personeelskosten betroffen onder meer personeel niet in loondienst (5%).

**Figuur 5.5: Aandeel personeelskosten algemene ziekenhuizen in 2017 (%)**




*Bron: jaarrekeningen, BDO, DHD-analyse*[1]

[1] Cijfers zijn gebaseerd op de jaarrekeningen van 62 van de 66 ziekenhuizen.

### Overige kosten

De overige kosten – naast de personeelskosten en honoraria – bedroegen € 6,88 miljard in 2017; een stijging van 1,1% ten opzichte van 2016.

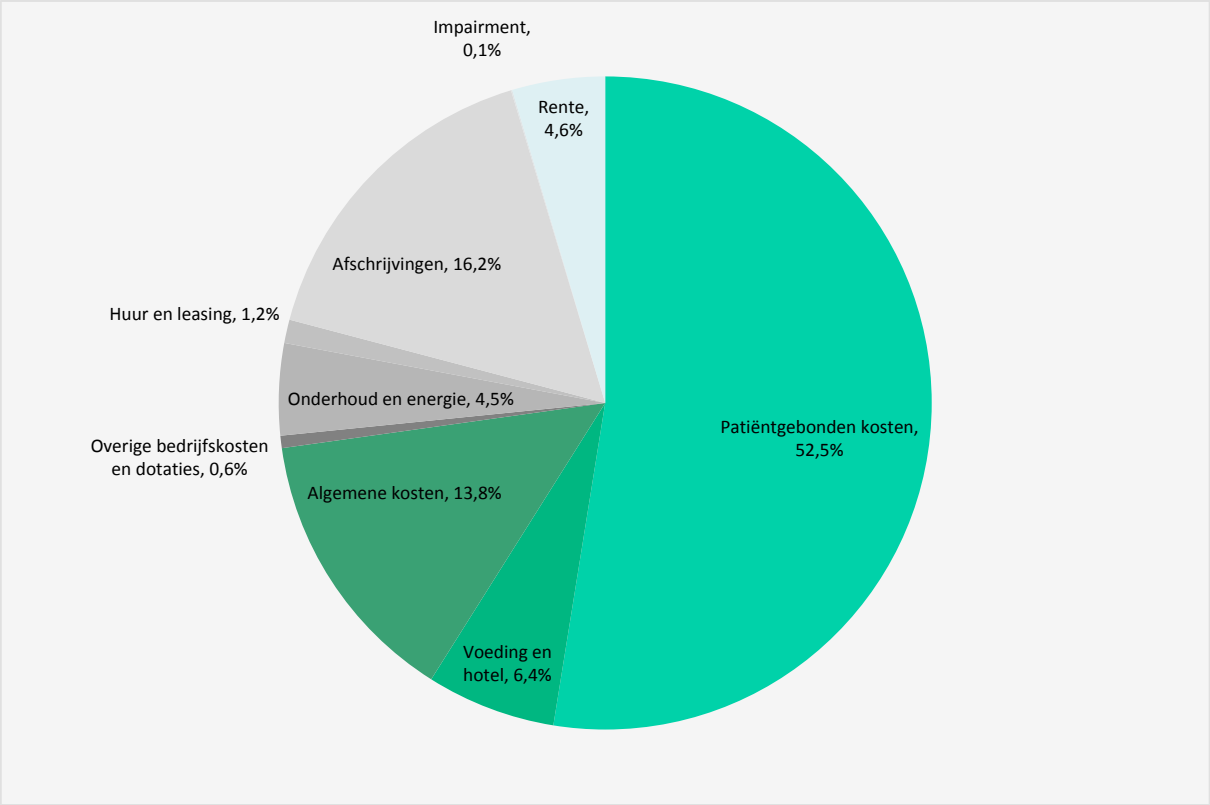
Figuur 5.6: Overige kosten algemene ziekenhuizen sinds 2011 (€ miljard)

*Bron: 2015-2016 jaarrekeningen, BDO, DHD-analyse[1], * 2011-2014 op basis van EJZ*

[1] Cijfers zijn gebaseerd op de jaarrekeningen van 62 van de 66 ziekenhuizen. Van vier ziekenhuizen ontbreken de cijfers over 2017, hiervoor is uitgegaan van de cijfers over 2016, verhoogd met 1% als veronderstelde groei.

De verdeling van de overige kosten was relatief stabiel ten opzichte van 2016. Het aandeel patiëntgebonden kosten bleef gelijk.

Figuur 5.7: Uitsplitsing totale overige kosten algemene ziekenhuizen in 2017




*Bron: Jaarrekeningen, BDO, DHD-analyse*[1]

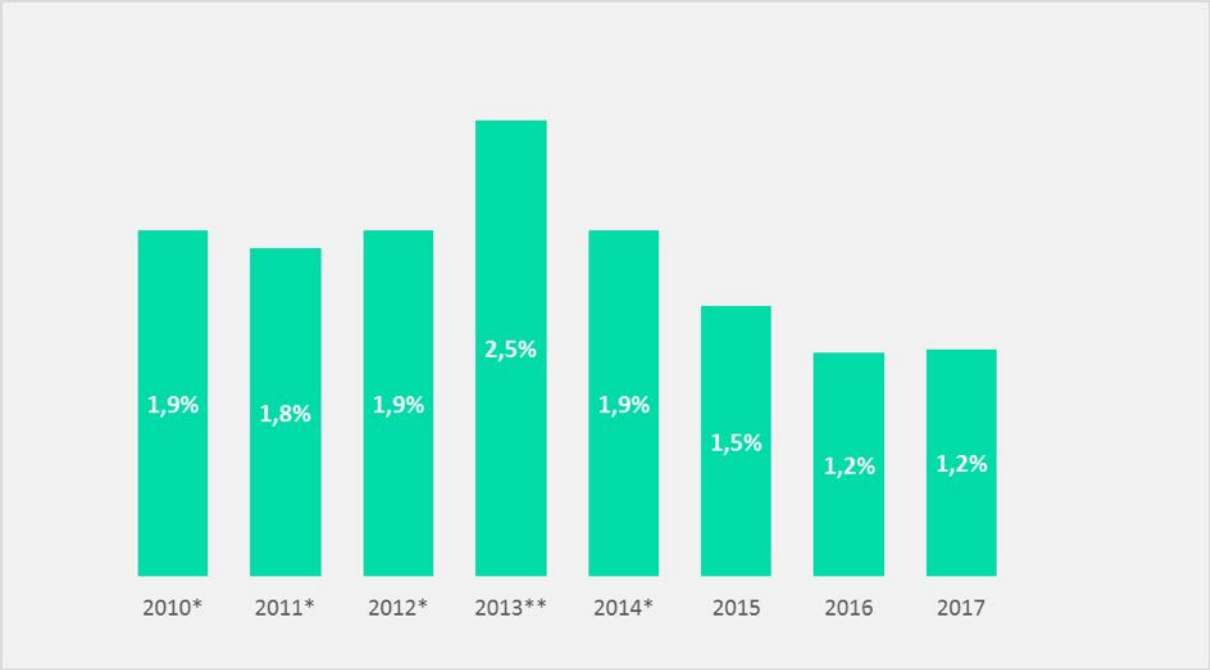
[1] Cijfers zijn gebaseerd op de jaarrekeningen van 62 van de 66 ziekenhuizen. Van vier ziekenhuizen ontbreken de cijfers over 2017, hiervoor is uitgegaan van de cijfers over 2016, verhoogd met 1% als veronderstelde groei.

## 5.3 Resultaat

Het resultaat als percentage van de omzet was in 2017 gemiddeld 1,2%. Dit is gelijk aan het niveau van 2016 en lager dan het resultaat in de periode 2010-2014 (1,8-1,9%). Het resultaat is tevens lager dan het niveau van minimaal 2,5% dat past bij een private, deels gereguleerde markt voor ziekenhuizen[1].

Van de 62 algemene ziekenhuizen die hun jaarrekening hebben gepubliceerd, hadden er tien een negatief resultaat in 2017.

**Figuur 5.8: Resultaat algemene ziekenhuizen sinds 2010 (als % omzet)**




*Bron: 2015-2017 jaarrekeningen, BDO, DHD-analyse[2],*

** 2010-2014 DigiMV en jaarrekeningen*

*** In 2013 was het resultaat hoger door de tijdelijke transitiegelden*

[1] Analyse SIRM in brancherapport algemene ziekenhuizen 2013.

[2] Cijfers zijn gebaseerd op de jaarrekeningen van 67 ziekenhuizen in 2015, 66 ziekenhuizen in 2016 en 62 ziekenhuizen in 2017. Van vier ziekenhuizen ontbreken de cijfers over 2017, hiervoor is uitgegaan van de cijfers over 2016, verhoogd met 1% als veronderstelde groei.

Het totale resultaat van de algemene ziekenhuizen bedroeg € 220 miljoen in 2017. Dit is vrijwel gelijk aan het resultaat in 2016.

**Figuur 5.9: Resultaat algemene ziekenhuizen sinds 2011 (€ miljoen)**

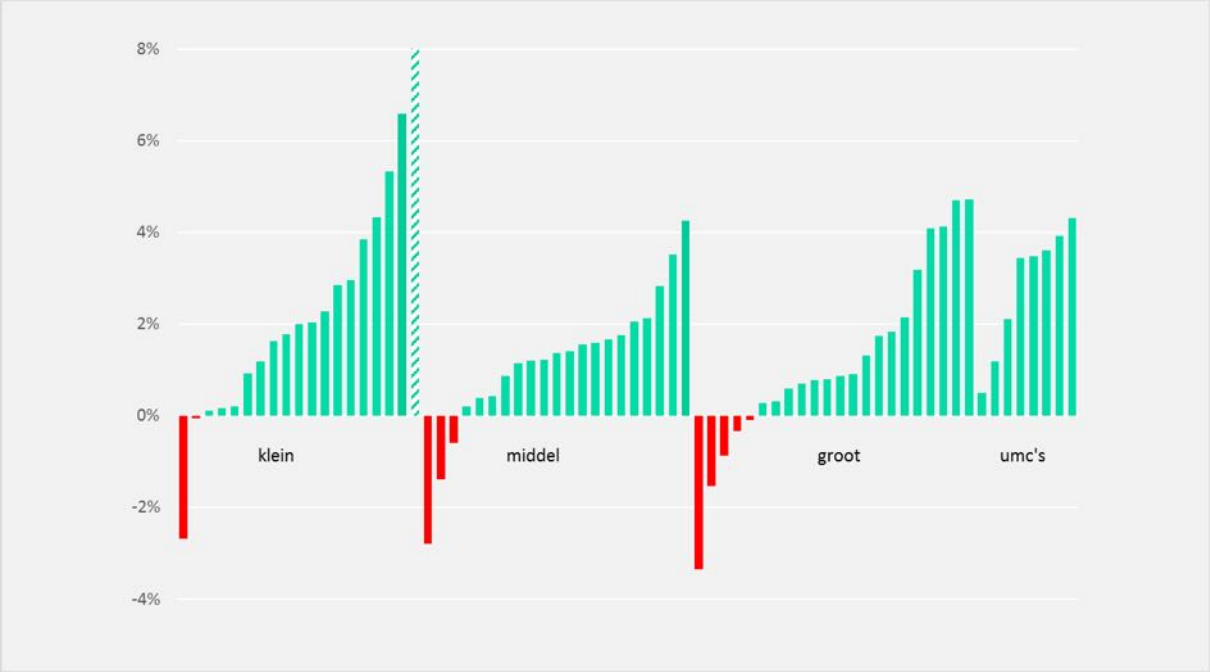
*Bron: 2015-2016 jaarrekeningen, BDO, DHD-analyse, * 2011-2014 DigiMV en jaarrekeningen[1,2]*

[1] Belastingen, saldo buitengewone baten en lasten, aandeel derden en resultaat deelneming zijn niet getoond in deze figuur. Deze posten bedroegen in totaal € 3,2 miljoen in 2016 (negatief resultaat) en € -7,2 miljoen in 2017 (positief resultaat).

[2] Cijfers zijn gebaseerd op de jaarrekeningen van 62 van de 66 ziekenhuizen. Van vier ziekenhuizen ontbreken de cijfers over 2017, hiervoor is uitgegaan van de cijfers over 2016, verhoogd met 1% als veronderstelde groei.

Tien algemene ziekenhuizen hadden een negatief resultaat in 2017[1]. Het betrof twee kleine, drie middelgrote en vijf grote ziekenhuizen. Van vier ziekenhuizen zijn de jaarcijfers nog niet bekend, omdat zij nog geen jaarrekening hebben gepubliceerd.

**Figuur 5.10: Resultaat per ziekenhuis in 2017 (als % omzet)**



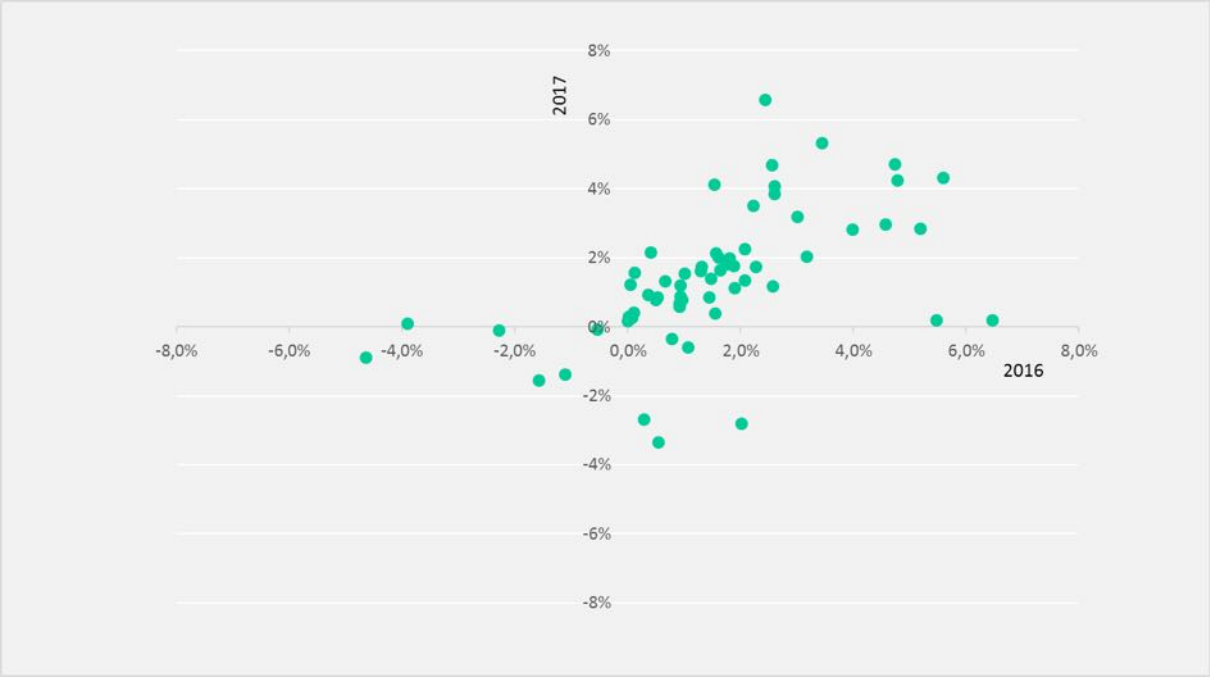

*Bron: jaarrekeningen, BDO, DHD-analyse[2,3]*

[1] Dit betreft tien van de 62 ziekenhuizen die hun jaarrekening hebben gepubliceerd; de vier ziekenhuizen die nog geen jaarrekening hebben gepubliceerd worden niet getoond in de figuur.

[2] Op basis van 62 van de 66 algemene ziekenhuizen en acht umc's.

[3] Het resultaat van één ziekenhuis was 16% van de omzet, dit resultaat was eenmalig hoger door vrijval van een schuld.

Figuur 5.11: Resultaat algemene ziekenhuizen in 2016 en 2017 (als % omzet)



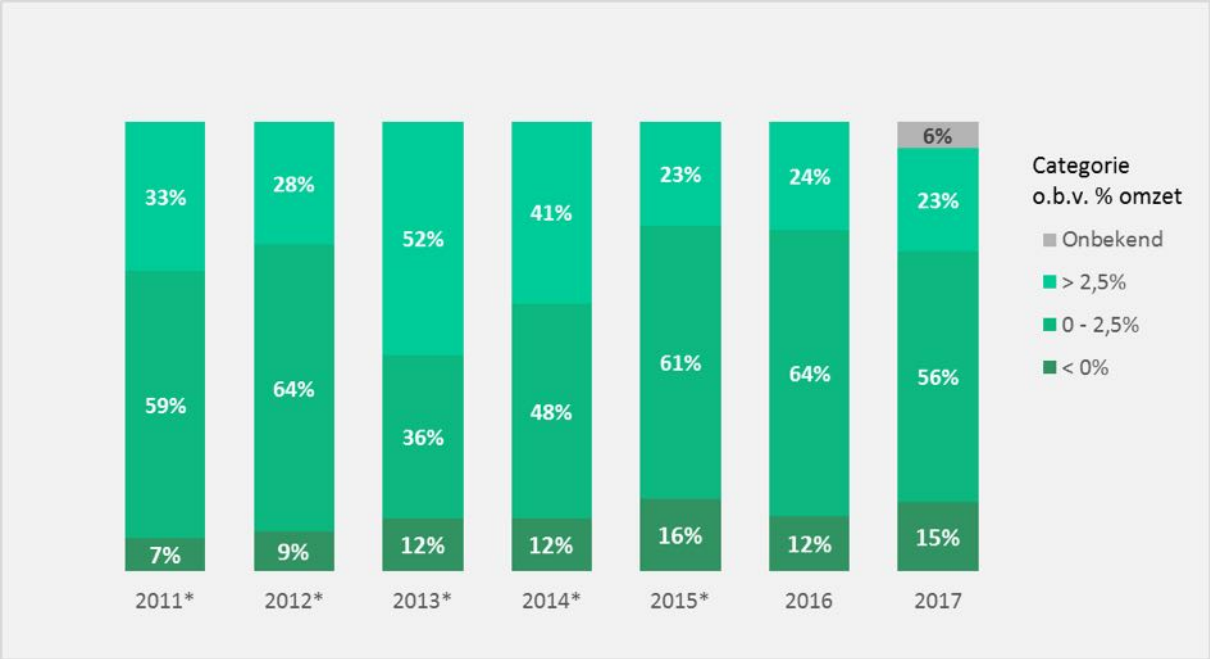

*Bron: Jaarrekeningen, BDO, DHD-analyse*[1]

15% van de ziekenhuizen had in 2017 een negatief resultaat. Het percentage is vergelijkbaar met het niveau in 2015. Van vier ziekenhuizen zijn nog geen gegevens bekend.

Het aantal algemene ziekenhuizen met een resultaat boven de 2,5% (als percentage van de omzet) is 23% in 2017. Dit percentage is vergelijkbaar met 2015 (23%) en 2016 (24%), maar is lager dan in de periode 2011-2014 (tussen 28% en 52%).

[1] Op basis van 62 van de 66 ziekenhuizen.

Figuur 5.12: Aantal algemene ziekenhuizen naar categorie sinds 2011 (% van aantal ziekenhuizen)




*Bron: 2016-2017 jaarrekeningen, BDO, Skipr, DHD-analyse[1], * 2011-2015 DigiMV en jaarrekeningen*

[1] Op basis van 66 ziekenhuizen in 2016, waarvan vier onbekend.

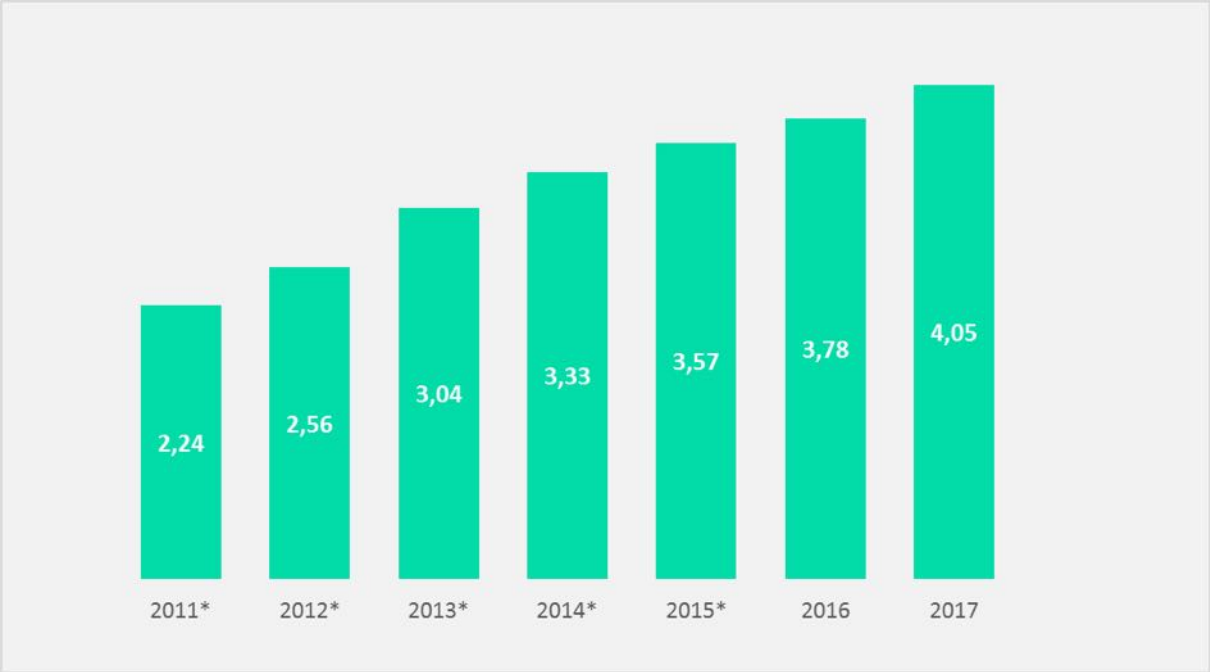
## 5.4 Balans

### Eigen vermogen

Het totale eigen vermogen van de algemene ziekenhuizen nam in 2017 verder toe naar € 4,05 miljard door de toevoeging van het resultaat (zie figuur 5.9 en figuur 5.13). De gemiddelde solvabiliteit is hierdoor verder gestegen (zie figuur 5.16) en daarmee is de financiële positie van de algemene ziekenhuizen verstevigd.

Hoewel de gemiddelde solvabiliteit hiermee in 2017 boven het streefniveau van minimaal 20% van het balanstotaal ligt (zie figuur 5.16), waren er veertien ziekenhuizen met een solvabiliteit van minder dan 20% (zie figuur 5.18).

Figuur 5.13: Eigen vermogen sinds 2011 (€ miljard)



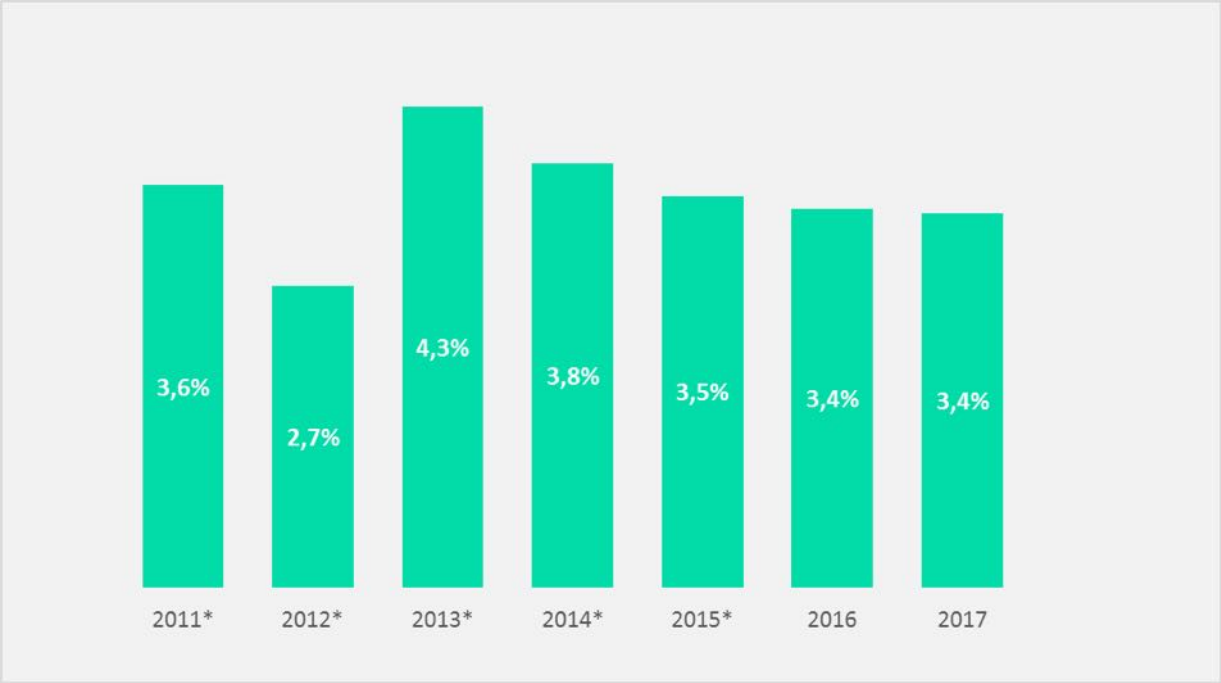

*Bron: 2016-2017 jaarrekeningen, BDO, DHD-analyse[1], * 2011-2015 DigiMV en jaarrekeningen*

[1] Cijfers zijn gebaseerd op de jaarrekeningen van 62 van de 66 ziekenhuizen. Van vier ziekenhuizen ontbreken de cijfers over 2017, hiervoor is uitgegaan van de cijfers over 2016, verhoogd met 1% als veronderstelde groei.

## Rentabiliteit

De rentabiliteit is het bedrijfsresultaat[1] als percentage van het totaal vermogen (totale activa of balanstotaal). De rentabiliteit was 3,4% in 2017 en is daarmee gelijk aan het niveau van 2016.

**Figuur 5.14: Rentabiliteit sinds 2011 (bedrijfsresultaat als % van totaal vermogen)**



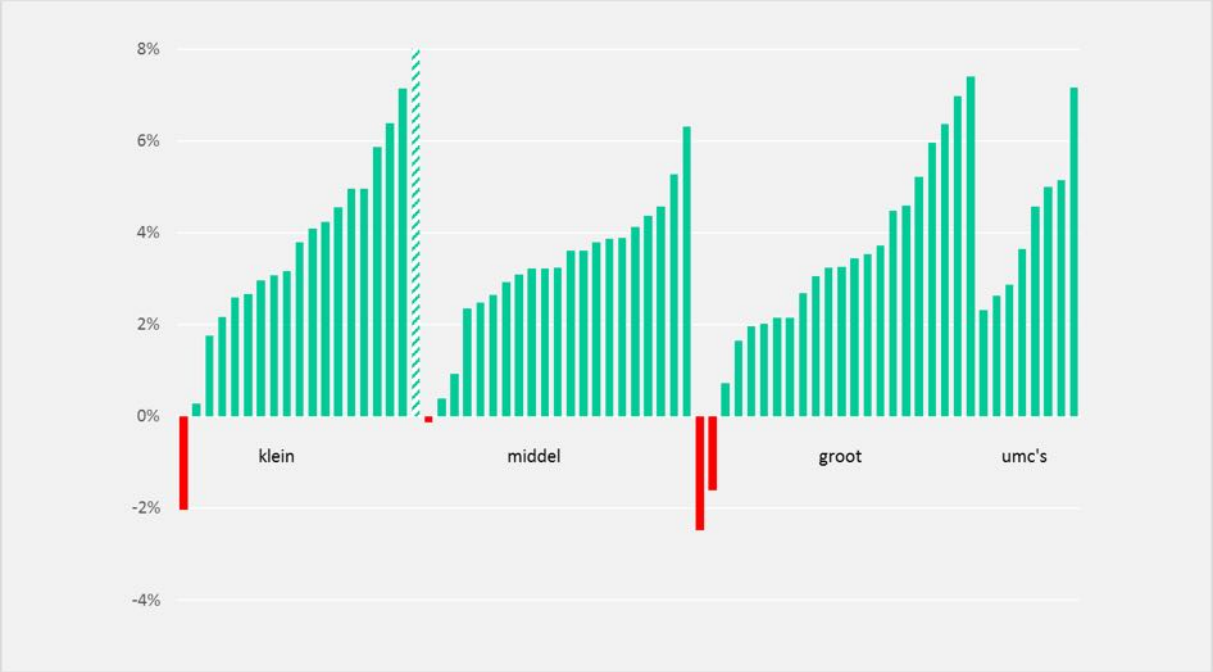

*Bron: 2016-2017 jaarrekeningen, BDO, DHD-analyse[2], * 2011-2015 DigiMV en jaarrekeningen*

[1] Het resultaat voor aftrek van financieel resultaat en buitengewone baten en lasten.

[2] Op basis van 66 algemene ziekenhuizen in 2016 en 62 algemene ziekenhuizen in 2017.

De rentabiliteit kende een sterke spreiding. Twee grote ziekenhuizen, één middelgroot en één klein ziekenhuis hadden in 2017 een negatief bedrijfsresultaat en daarmee een negatieve rentabiliteit.

**Figuur 5.15: Rentabiliteit ziekenhuizen in 2017 (bedrijfsresultaat als % van totaal vermogen)**




*Bron: jaarrekeningen, BDO, DHD-analyse*[1,2]

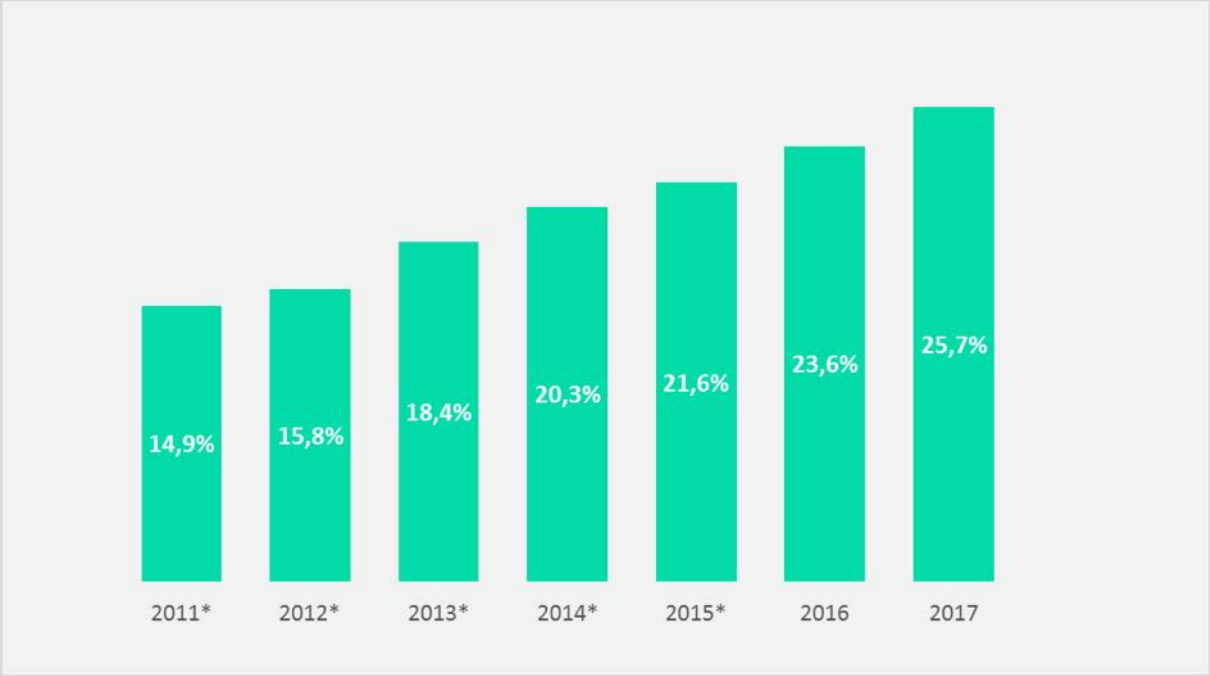
[1] Op basis van 62 van de 66 algemene ziekenhuizen en acht umc's.

[2] De rentabiliteit van één ziekenhuis was 24% van de omzet, dit was eenmalig hoger door vrijval van een schuld.

### Solvabiliteit en weerstandsvermogen

De solvabiliteit wordt berekend door het eigen vermogen te delen door het totaal vermogen. Solvabiliteit is nodig om financiële tegenvallers op te kunnen vangen en om toekomstige investeringen te kunnen financieren. De gemiddelde solvabiliteit van de algemene ziekenhuizen nam in 2017 verder toe naar 25,7%.

Figuur 5.16: Solvabiliteit sinds 2011 (eigen vermogen/totaal vermogen)



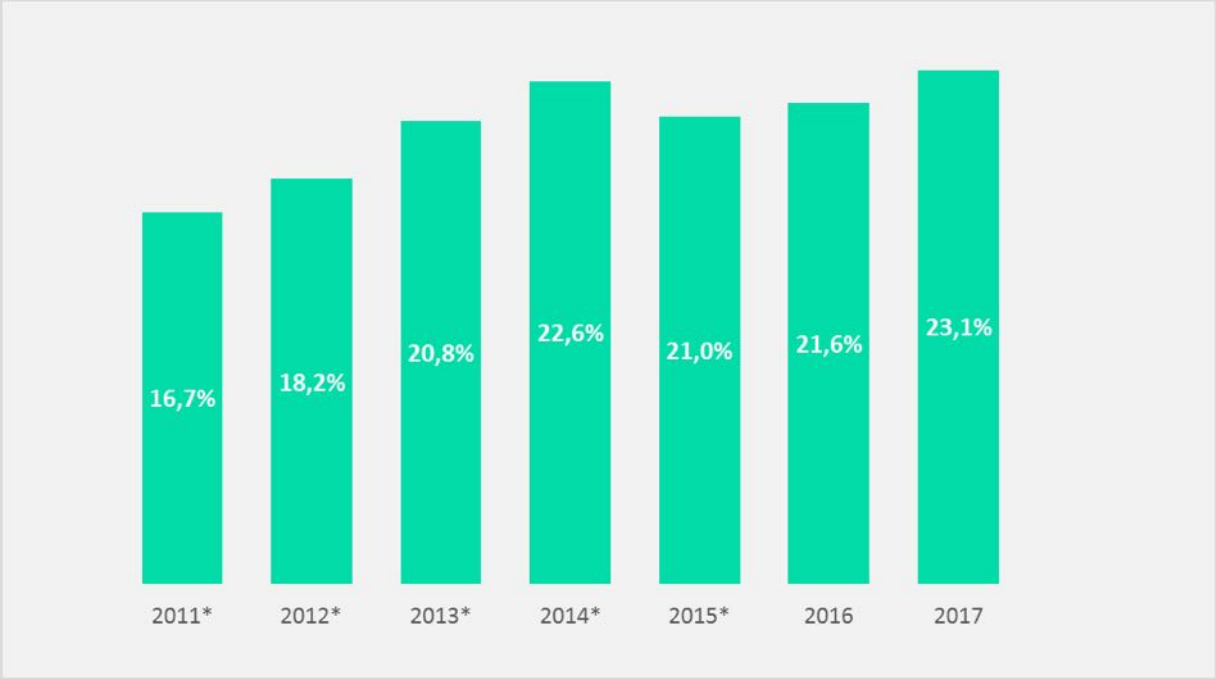

*Bron: 2016-2017 jaarrekeningen, BDO, DHD-analyse[1], * 2011-2015 DigiMV en jaarrekeningen*

[1] Op basis van 66 algemene ziekenhuizen in 2016 en 62 algemene ziekenhuizen in 2017.

Het weerstandsvermogen is het eigen vermogen gedeeld door de omzet. De streefnorm die momenteel door de financiële sector en het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ) wordt gehanteerd, is een weerstandsvermogen van 20-25%. Het gemiddelde weerstandsvermogen bedroeg 23,1% aan het eind van 2017; een stijging ten opzichte van 2016.

Een verklaring voor de daling van het weerstandsvermogen in 2015 is dat vanaf dat jaar de honoraria van medisch specialisten tot de omzet worden gerekend.

**Figuur 5.17: Weerstandsvermogen sinds 2011 (eigen vermogen/totale omzet)**

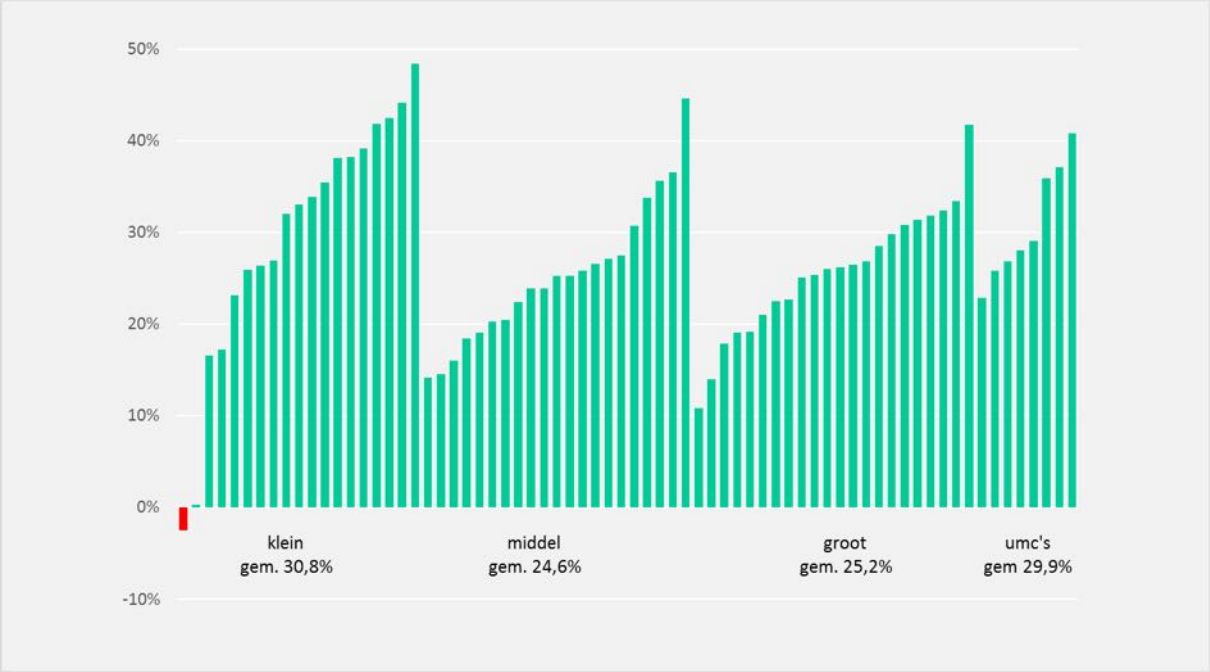



*Bron: 2016-2017 jaarrekeningen, BDO, DHD-analyse[1], * 2011-2015 DigiMV en jaarrekeningen*

[1] Op basis van 62 van de 66 algemene ziekenhuizen.

Aan het eind van 2017 hadden 48 algemene ziekenhuizen een solvabiliteit van meer dan 20%. Veertien ziekenhuizen hadden een solvabiliteit van minder dan 20%.

**Figuur 5.18: Solvabiliteit per ziekenhuis in 2017 (eigen vermogen/totaal vermogen)**




*Bron: jaarrekeningen, BDO, DHD-analyse*[1]

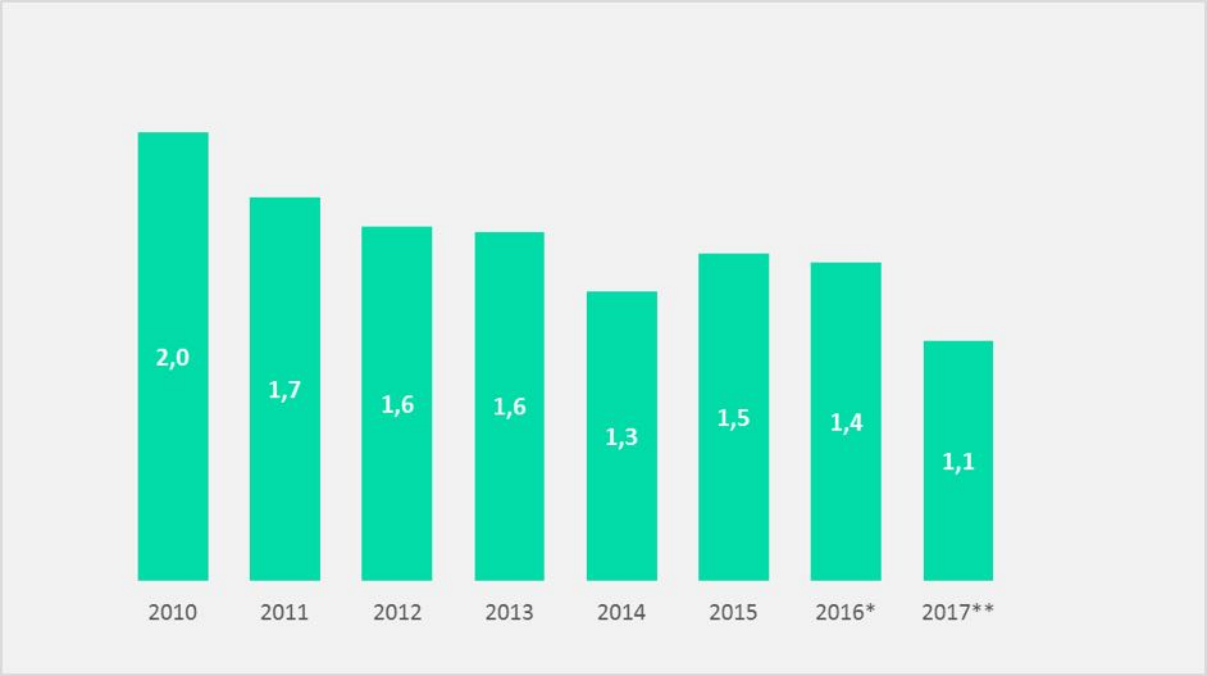
[1] Op basis van 62 van de 66 algemene ziekenhuizen en acht umc's.

## Investeringen

Investeringen in materiële vaste activa door algemene ziekenhuizen bedroegen € 1,1 miljard in 2017, circa € 350 miljoen minder dan in 2016. Hiermee zette de dalende trend sinds 2010 verder voort. Het investeringsniveau is in 2017 bijna gehalveerd ten opzichte van het investeringsniveau in 2010.

Bij de categorale ziekenhuizen schommelden de investeringen tussen 2010 en 2016 rond de € 100 miljoen per jaar.

**Figuur 5.19: Investeringen algemene ziekenhuizen sinds 2010 (€ miljard)**




*Bron: CBS, * 2016 voorlopige cijfers, ** 2017 jaarrekeningen, BDO, DHD-analyse*[1]

[1] Cijfers uit jaarrekeningen van 66 algemene ziekenhuizen, waarvan zes op basis van jaarrekeningen 2016.

# Toelichting op bronnen en analyses

In dit rapport zijn de meest recente gegevens gebruikt uit onder andere de volgende bronnen: Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ), CBS, OECD, Vernet, jaarrekeningen en BDO. Dit betreft met name gegevens over 2017. Wanneer deze niet beschikbaar zijn of wanneer vergelijkingen worden gemaakt, dan betreft dit ook gegevens uit eerdere jaren.

Voor internationale vergelijkingen zijn landen geselecteerd binnen de Europese Unie en de European Free Trade Association (EFTA) en ook Australië, Canada en de Verenigde Staten zijn meegenomen. Spanje, Italië en Ierland zijn niet opgenomen in de analyses. Verder zijn alleen landen met een bbp van meer dan
€ 35.000 per inwoner en met meer dan 2 miljoen inwoners opgenomen in de analyses.

De in hoofdstuk 5 opgenomen financiële gegevens zijn ontleend aan de door BDO Accountants geregistreerde gegevens ten behoeve van het BDO Benchmarkonderzoek Ziekenhuizen. Bij het registreren van de gegevens zijn de uitgangspunten gehanteerd die gelden voor dat jaarlijkse benchmarkonderzoek.

Er kunnen verschillen zijn tussen gegevens uit dit brancherapport en de vorige editie. Dit is deels te verklaren doordat voorlopige historische informatie inmiddels is gewijzigd en deels doordat gebruikgemaakt is van andere methoden en/of bronnen.

# Trefwoordenlijst

| | |
|---|---|
| AWBZ | Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten |
| AZW | Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn |
| bbp | bruto binnenlands product |
| BDO | BDO Accountants |
| BIG-register | Register voor de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg |
| CBS | Centraal Bureau voor de Statistiek |
| CCS | Indeling van diagnosen in Clinical Classification Software-groepen |
| CT | Computertomografie |
| DBC | Diagnose-behandelcombinatie |
| DigiMV | Digitale maatschappelijke verantwoording, behorend bij CIBG (ministerie van VWS) |
| EFTA | European Free Trade Association |
| EJZ | Enquête Jaarcijfers Ziekenhuizen |
| GGZ | Geestelijke Gezondheidszorg |
| HAP | Huisartsenpost |
| KiPZ | Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg |
| LBZ | Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg |
| LOOV | Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde |
| MRI | Magnetic Resonance Imaging |
| NFU | Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra |
| NIVEL | Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg |
| NVZ | Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen |
| NZa | Nederlandse Zorgautoriteit |
| OECD | Organisation for Economic Cooperation and Development |
| PET | Positronemissietomografie |
| PFZW | Pensioenfonds Zorg en Welzijn |

| | |
|---|---|
| PGGM | Pensioenuitvoeringsorganisatie voor de sector zorg en welzijn en PFZW |
| RIVM | Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu |
| RN | Revalidatie Nederland |
| SEH | Spoedeisende hulpafdeling |
| StAZ | Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen |
| umc | Universitair medisch centrum |
| VWS | Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport |
| V&VN | Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland |
| WFZ | Waarborgfonds voor de Zorgsector |
| Wlz | Wet langdurige zorg |
| Wmo | Wet maatschappelijke ondersteuning |