

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

GEZONDE ZORG

Brancherapport
algemene ziekenhuizen 2012

Inhoud

Voorwoord	4		
Managementsamenvatting	5		
Hoofdstuk 1			
Inleiding	6		
Hoofdstuk 2			
Zorg in de Nederlandse samenleving	8		
2.1 Samenvatting	8		
2.2 Zorg als onderdeel van de Nederlandse economie	9		
2.2.1 Aandeel zorg in het bruto binnenlands product	9		
2.2.2 Hoe groot is de zorgrekening?	10		
2.2.3 Zorg als aandeel van de overheidsuitgaven	11		
2.2.4 Zorg als aandeel van de uitgaven van huishoudens	12		
2.3 Medisch-specialistische zorg vergeleken met andere zorgsectoren	14		
2.3.1 Onderverdeling van de zorg	14		
2.3.2 Groei van de zorguitgaven	15		
2.4 Analyse medisch-specialistische zorg	16		
2.4.1 Medisch-specialistische zorg nader toegelicht	16		
2.4.2 Wie gebruikt medisch-specialistische zorg?	18		
2.4.3 Wie betaalt medisch-specialistische zorg?	20		
2.5 Volumegroei	21		
2.6 Medisch-specialistische zorguitgaven naar aanbieder	22		
2.6.1 A- en B-segment	22		
2.6.2 Vergelijking per categorie ziekenhuis	23		
2.6.3 Medisch specialisten	25		
2.7 Bronnen	26		
2.7.1 Literatuurlijst	26		
2.7.2 Databronnen	26		
2.8 Nadere toelichting gebruikte begrippen	27		
2.9 Methodologische toelichting figuren	29		
		Hoofdstuk 3	
		Vergelijking Europa	30
		3.1 Samenvatting	30
		3.2 Aanbod en productie van ziekenhuiszorg	31
		3.2.1 Artsen	31
		3.2.2 Ziekenhuisfaciliteiten	31
		3.3 Diagnostische beeldvormende apparatuur	34
		3.3.1 CT-scanners	34
		3.3.2 MRI-scanners	35
		3.3.3 Angiografische units	36
		3.4 Chirurgische en cardiologische verrichtingen	37
		3.5 Grensoverschrijdende zorg	38
		3.6 Prestaties van de ziekenhuiszorg	39
		3.6.1 Kwaliteit van de ziekenhuiszorg	39
		3.6.2 Toegang tot ziekenhuiszorg	42
		3.6.3 Betaalbaarheid van de ziekenhuiszorg	44
		3.7 Discussie internationale vergelijking	46
		3.8 Opmerkingen en methodologische toelichting per figuur	47
		3.9 Toelichting geslachts- en leeftijdscorrectie bij figuur 53	49

Hoofdstuk 4		
Financiën		50
4.1 Inleiding		50
4.2 Totale omzet		51
4.2.1 Omzet in A- en B-segment		51
4.2.2 A-segment		52
4.2.3 B-segment		52
4.2.4 Reële groei van het A- en B-segment		53
4.2.5 Andere opbrengsten		54
4.2.6 Omzet van algemene ziekenhuizen en UMC's		54
4.3 Kosten van ziekenhuiszorg		55
4.3.1 Personeelskosten		56
4.3.2 Overige bedrijfskosten		57
4.3.3 Afschrijvingen		58
4.4 Resultaat		59
4.5 Balans		60
4.5.1 Rentabiliteit		60
4.5.2 Solvabiliteit		61

Hoofdstuk 5		
Productie van ziekenhuizen		63
5.1 Inleiding		63
5.2 Eerste polikliniekbezoeken		64
5.2.1 Aantal eerste polikliniekbezoeken per categorie ziekenhuis		64
5.2.2 Eerste polikliniekbezoeken per hoofd van de bevolking		64
5.3 Dagbehandelingen		65
5.3.1 Aantal dagbehandelingen per categorie ziekenhuis		65
5.3.2 Dagbehandelingen per EPB		66
5.3.3 Aantal dagbehandelingen per hoofd van de bevolking		66
5.4 Opnames		67
5.4.1 Aantal opnames per categorie ziekenhuis		67
5.4.2 Aantal opnames per EPB		67
5.4.3 Aantal opnames per hoofd van de bevolking		68
5.5 Verpleegdagen		69
5.5.1 Gemiddelde ligduur		69
5.5.2 Aantal verpleegdagen per hoofd van de bevolking		69
5.6 Productie in UMC's en algemene ziekenhuizen		70
Bijlage		
Verdeling algemene ziekenhuizen over vier categorieën		71

Voorwoord

Als het in de politiek over de zorg gaat, gaat het meestal over geld. Het beroep dat door de maatschappij op zorg wordt gedaan, stijgt ieder jaar meer en de kosten daarmee ook. Hoe de kostenstijging de komende jaren in de hand kan worden gehouden, is een vraagstuk waar de politiek volop mee bezig is en de ziekenhuizen, als maatschappelijke ondernemingen, ook. Zo tekenden de ziekenhuizen samen met andere zorgaanbieders, zorgverzekeraars en het ministerie van VWS afgelopen jaar een hoofdlijnenakkoord met als doel de kostentoeename te beperken.

Maar hoe zitten de zorgkosten nou precies in elkaar? Waar hebben we het over als we het over de kosten van zorg hebben en hoe verhouden die zich tot andere economische sectoren? Met dit brancherapport willen we inzicht geven in de kosten en de financiering van ziekenhuiszorg. We willen daarbij de ziekenhuiszorg in een breder perspectief plaatsen. Allereerst vergelijken we de uitgaven in de medisch-specialistische zorg met andere sectoren binnen de Nederlandse economie. Vervolgens zoomen we in op de medisch-specialistische zorg als onderdeel van de totale zorg. Opvallend is dat, in weerwil van wat velen denken, de ziekenhuiszorg inclusief de medisch specialisten maar een kwart uitmaakt van de totale zorguitgaven.

Wanneer we kijken naar de curatieve zorg (ziekenhuiszorg, medisch specialisten en huisartsenzorg) in Europees verband, blijkt dat het percentage van het bruto binnenlands product dat in Nederland daarvoor wordt uitgegeven het laagste is. Wat de Nederlandse zorg in zijn geheel toch duur maakt, komt vooral door de langdurige AWBZ-gefinancierde zorg.

Een elk jaar terugkerend onderdeel van de brancherapporten die de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen tot nu toe heeft uitgegeven, is het hoofdstuk over productie en financiën. Op basis van de jaarverslagen worden de prestaties van de algemene ziekenhuizen weergegeven. Het blijkt dat de omzetgroei van algemene ziekenhuizen in 2011 lager was dan verwacht op basis van bevolkingsgroei en vergrijzing. Was de afgelopen vijf jaar de groei gemiddeld 5,7%, in 2011 ging het om iets minder dan 3,5%.

Het brancherapport biedt inzicht. Het rapport trekt geen beleidsconclusies en geeft evenmin standpunten weer. Het rapport kan als achtergronddocument dienen voor de vele discussies die worden gevoerd over de zorg.

Wij gaan ervan uit dat u het rapport met veel interesse zult lezen en dat het ook u nieuwe inzichten geeft.

Roelf H. de Boer

Voorzitter

Managementsamenvatting

'Gezonde zorg' is het brancherapport algemene ziekenhuizen van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, NVZ. De medisch-specialistische zorg die ziekenhuizen en medisch specialisten leveren, beslaat ongeveer een kwart van de totale uitgaven aan zorg, een van de belangrijkste sectoren van de Nederlandse economie.

De Nederlandse medisch-specialistische zorg presteert goed in vergelijking met acht West-Europese landen. In 2011 groeide de omzet (A- en B-segment) van de algemene ziekenhuizen met 2,5%. Na correctie voor inflatie, bevolkingsgroei en vergrijzing is er zelfs sprake van krimp. Dit blijkt uit onderzoek dat voor dit brancherapport is verricht.

Zorg is een belangrijke sector van de economie

Met € 88 miljard, ofwel 15% van het bruto binnenlands product, vormt de zorg een belangrijk onderdeel van de Nederlandse economie. Slechts een kwart van de uitgaven aan zorg loopt via de portemonnee van huishoudens. Dat zijn de premies die huishoudens zelf aan zorgverzekeraars betalen en eigen, directe uitgaven aan zorg. De rest wordt opgebracht uit heffingen via het salaris en belastingen. De uitgaven aan zorg vallen onder verantwoordelijkheid van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport dat met 29% het grootste aandeel in de overheidsuitgaven beheert.

Medisch-specialistische zorg beslaat ongeveer een kwart van de zorg

Van de uitgaven aan zorg gaat ongeveer een kwart naar de medisch-specialistische zorg. In 2011 was dat ruim € 23 miljard. De uitgaven aan medisch-specialistische zorg worden grotendeels opgebracht uit premies. De gemiddelde eigen uitgaven van huishoudens aan zorg zijn kleiner dan de gemiddelde uitgaven aan bijvoorbeeld drank, tabak of zoetwaren. De afgelopen vijf jaar was de gemiddelde groei van de medisch-specialistische zorg 5,2%. Voor de zorg als geheel was dat 4,3%. Volgens het CPB is de groei voor ruim een derde te verklaren uit inflatie en voor iets minder dan een derde uit groei van het inkomen per hoofd van de bevolking. Er resteert ongeveer 1,9% groei per jaar door niet duidelijk aan te wijzen oorzaken.

Ruim 7 miljoen Nederlanders ontvangen jaarlijks een vorm van medisch-specialistische zorg. Daarvan had 60% een verwijzing van de huisarts. De uitgaven per hoofd van de bevolking zijn het hoogst voor pasgeborenen en mensen tussen 75 en 80 jaar oud.

Nederlandse medisch-specialistische zorg presteert goed

De Nederlandse medisch-specialistische zorg presteert goed op gebruik, kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Dat blijkt uit een vergelijking met acht landen om ons heen:

- Nederlanders nemen relatief weinig zorg af. Het aantal artsen en ziekenhuisbedden per hoofd van de bevolking behoren tot de laagste in West-Europa. Van twaalf cardiologische en chirurgische verrichtingen worden in Nederland slechts voor twee daarvan meer behandelingen dan gemiddeld uitgevoerd. Dat zijn amandelen knippen en staaroperaties.
- De toegang tot zorg is goed. Op het gebied van wachtlijsten scoort Nederland gemiddeld. Het percentage van de bevolking dat onthouden is van zorg (0,3%) is nergens lager.
- In de Euro Health Consumer Index scoort het Nederlandse zorgstelsel als beste. Ook de kwaliteit van zorg, bijvoorbeeld gemeten aan de hand van overlevingskansen na kanker, is hier hoog.
- De medisch-specialistische zorg en de huisartsenzorg zijn samen goed voor 3,7% van het bruto binnenlands product. Dat is het laagste percentage van alle West-Europese landen.

Omzetstijging in 2011 ruimschoots te verklaren uit inflatie en veranderende bevolkingssamenstelling.

De omzet van de Nederlandse algemene ziekenhuizen in het gebudgetteerde deel (A-segment) en het geliberaliseerde deel (B-segment) bedroeg in 2011 € 11,6 miljard: een groei van 2,5% ten opzichte van 2010. Ongeveer 2,2% is inflatie van lonen en materiaalkosten terwijl de veranderende bevolkingssamenstelling ongeveer 1,1% aan groei kan verklaren. De reële omzet van ziekenhuizen is dus per Nederlander gedaald met ongeveer 0,5%.

Ongeveer een op de twaalf ziekenhuizen leed verlies in 2011. De meeste ziekenhuizen hebben hun financiële weerbaarheid versterkt. De gemiddelde solvabiliteit is ruim 18% en ligt daarmee boven het streefniveau van 15%. 29 ziekenhuizen halen die streefnorm nog niet.

Productie van ziekenhuizen groeide iets minder dan gemiddeld over de afgelopen jaren

In 2011 is het aantal eerste polikliniekbezoeken licht gestegen met 2,1%. Dat is iets minder dan de gemiddelde groei over de afgelopen vijf jaar van 2,5%. De ziekenhuiszorg kent al jarenlang twee trends: het aandeel dagbehandelingen neemt toe en de gemiddelde ligduur per klinische opname neemt af. Die trends zijn ook over 2011 te zien. Het aandeel dagbehandelingen verschoof van 51,5% naar 52,4% en de gemiddelde ligduur daalde van 5,3 naar 5,0 dagen.

Hoofdstuk 1

Inleiding

'Gezonde Zorg' is het vierde brancherapport algemene ziekenhuizen van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, NVZ.

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

In hoofdstuk 2 van dit rapport wordt de ziekenhuiszorg in het perspectief geplaatst van de totale Nederlandse economie. De bespreking begint op het hoge abstractieniveau van de totale zorgsector en zoomt daarna steeds dieper in: via de medisch-specialistische zorg als sector totdat we uitkomen bij de financiën en productie van de algemene ziekenhuizen (figuur 1). In dit brancherapport wordt niet ingegaan op de baten van zorg.²

Eerst wordt ingegaan op het aandeel van de zorgsector in de Nederlandse economie (2.2.1). Hoe de zorg betaald wordt, wordt uitgesplitst in de zogeheten Zorgrekeningen van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2.2.2). Vervolgens wordt gekeken naar het aandeel van de zorg in de uitgaven van de overheid (2.2.3) en huishoudens (2.2.4).

In paragraaf 2.3 wordt de zorg uitgesplitst in meerdere sectoren (2.3.1) en wordt de groei per sector besproken (2.3.2). Vervolgens zoomen we verder in op de medisch-specialistische zorg (2.4); wie maakt er gebruik van (2.4.1) en wie betaalt dat? (2.4.2). De groei van de medisch-specialistische zorg wordt uiteengegrfeld (2.5). In paragraaf 2.6 worden

Figuur 1 Opbouw brancherapport



¹ Het meest recente rapport van Revalidatie Nederland (RN) is 'Brancherapport Revalidatie 2010': http://www.revalidatienederland.nl/download_file/60_downloads-publicaties/Brancherapport_2010.pdf

² In het brancherapport 2010 'Zorg voor baten' wordt uitgebreid ingegaan op de baten van de ziekenhuiszorg. Zie: http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/NVZ_Nieuws/Publicaties/Brancherapport_Zorg_voor_Baten. Daarin wordt berekend dat de baten de kosten ruimschoots overtreffen. Alleen al de waarde van de baten voor acht behandelingen is hoger dan de uitgaven aan alle ziekenhuizen in Nederland.

de verschillende onderdelen van de medisch-specialistische zorg besproken (2.6.1) evenals de verschillende aanbieders (2.6.2) en de medisch specialisten (2.6.3).

De Nederlandse medisch-specialistische zorg wordt vervolgens vergeleken met acht landen om ons heen (hoofdstuk 3).

In het laatste deel van het brancherapport worden de financiële ontwikkelingen (hoofdstuk 4) en productie (hoofdstuk 5) van de algemene ziekenhuizen over 2011 besproken. Dat gebeurt op basis van hun jaarverslagen.

Voor sommige analyses in dit brancherapport is onderscheid gemaakt naar vier categorieën ziekenhuizen. De indeling is gelijk gebleven aan die van het brancherapport van 2011 en is gebaseerd op twee dimensies: ziekenhuizen in gebieden met hoge of lage marktdichtheid, en grote of kleine ziekenhuizen. De afgelopen jaren is de onderlinge concurrentie tussen ziekenhuizen toegenomen. De effecten daarvan kunnen verschillend zijn tussen gebieden waar patiënten veel keuzemogelijkheden hebben tussen verschillende ziekenhuizen en gebieden met minder keuzemogelijkheden.

- De ziekenhuizen (29) in gebieden met hoge marktdichtheid liggen in de Randstad en in de regio Eindhoven. 52 ziekenhuizen bevinden zich in regio's gekenmerkt door een lage marktdichtheid.
- De grenswaarde tussen grote en kleine ziekenhuizen is vastgesteld op een omzet van € 125 miljoen in 2008. Die grenswaarde is ook dit jaar niet aangepast. Dat levert voor 2011 34 grote en 47 kleine ziekenhuizen op.

In de bijlage aan het eind van dit rapport zijn de vier categorieën ziekenhuizen met hun naam en vestigingsplaats opgenomen.

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

Hoofdstuk 2

Zorg in de Nederlandse samenleving

2.1 Samenvatting

Met een omvang van € 88 miljard, ofwel 15% van het bruto binnenlands product, vormt de sector zorg een belangrijk deel van de Nederlandse economie. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is verantwoordelijk voor het grootste aandeel (29%) in de totale overheidsuitgaven. Een vijfde van het gemiddeld huishoudbudget gaat direct of indirect via belastingen en premies naar de gezondheidszorg. Het aandeel van het bruto binnenlands product (bbp) dat aan zorg wordt besteed, neemt toe naarmate een land rijker wordt.

Van de uitgaven aan zorg gaat ongeveer een kwart (€ 22 miljard) naar de medisch-specialistische zorg. Huishoudens geven aan zorg iets meer uit dan aan genotsmiddelen (voornamelijk drank en tabak en daarnaast zoetwaren en ijs).

Het aantal organisaties dat medisch-specialistische zorg levert, groeit vooral doordat het aantal zelfstandige behandelcentra toeneemt (ongeveer 240 in 2010). Er zijn 84 algemene ziekenhuizen, drie minder dan vier jaar geleden. Ook het aantal locaties van waaruit ziekenhuiszorg geleverd wordt, neemt toe. Dat komt vooral doordat meer buitenpoliklinieken worden geopend. Ruim 7 miljoen Nederlanders krijgen jaarlijks een vorm van medisch-specialistische zorg.

Tussen 2006 en 2010 groeide de medisch-specialistische zorg met gemiddeld 5,2% per jaar. Voor de zorg als geheel was dat 4,3%. De groei van de uitgaven aan medisch-specialistische zorg in Nederland is volgens het CPB voor ruim een derde te verklaren door stijgende lonen en prijzen en voor iets minder dan een derde door de toenemende zorgvraag als gevolg van groei van het inkomen per hoofd van de bevolking. Er resteert ongeveer 1,9% groei per jaar door niet duidelijk aan te wijzen oorzaken waaronder de inzet van nieuwe behandelingen en technologie en eerdere indicatiestelling bijvoorbeeld omdat behandelingen steeds minder ingrijpend zijn of omdat mensen eerder en/of meer behandeld worden dan voorheen.

De Nederlandse ziekenhuizen worden meestal ingedeeld in drie categorieën: universitair medische centra (8), topklinische ziekenhuizen (27), basisziekenhuizen (57).

In 2011 maakte gemiddeld 66% van de omzet van ziekenhuizen deel uit van het A-segment met gereguleerde prijzen. De rest was deel van het B-segment waarvoor prijzen met de zorgverzekeraar worden afgesproken, of van de overige ziekenhuisopbrengsten. Het honorarium voor medisch specialisten (€ 3,2 miljard) beslaat bijna 15% van de uitgaven aan medisch-specialistische zorg. Bijna 70% daarvan is inkomsten voor vrijgevestigde medisch specialisten, samen iets meer dan de helft van de medisch specialisten.

2.2 Zorg als onderdeel van de Nederlandse economie

Zorg maakt ongeveer 15% uit van het bruto binnenlands product (bbp) (Bron: CBS). Driekwart daarvan valt onder verantwoordelijkheid van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) dat ongeveer 29% van de overheidsuitgaven voor zijn rekening neemt. De premies voor en uitgaven aan zorg zijn met 20% de grootste uitgaven voor het gemiddelde Nederlandse huishouden.

Het CPB raamt dat het aandeel van de zorguitgaven in het bbp de komende twintig jaar verdubbelt.

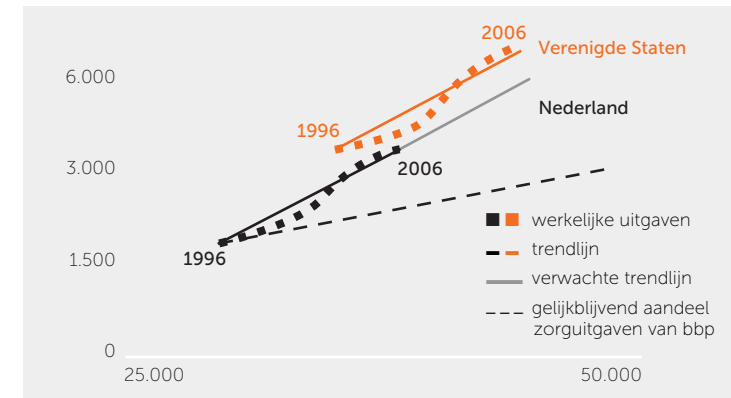
2.2.1 Aandeel zorg in het bruto binnenlands product

Het Nederlandse bbp bedroeg in 2011 € 604 miljard. Bijna 15% daarvan (€ 90 miljard) betreft de zorg. Dat omvat alle zorg in de brede definitie die het CBS voor de Zorgrekeningen hanteert. Uitgaven aan ziekenhuizen zijn hier slechts een onderdeel van.

Uit divers onderzoek is gebleken dat hoe rijker een land is, hoe groter het aandeel van het bbp is dat aan zorg wordt uitgegeven. De uitgaventrend in de Verenigde Staten wordt vaak geschetst als schrikbeeld. In 2006 werd daar bijna 15,8 procent van het bruto binnenlands product besteed aan zorg. In Nederland was dat toen 9,4 procent. Een Amerikaan gaf in 2006 US\$ 6.700 uit aan zorg. Een Nederlander ongeveer de helft daarvan. Wanneer we de ontwikkeling van de uitgaven aan zorg per inwoner afzetten tegen het bruto binnenlands product per hoofd van de bevolking op een logaritmische schaal, zien we dat de situatie in Nederland zich ontwikkelt zoals in de Verenigde Staten, maar wel op een lager uitgavenniveau (figuur 2).

Belangrijk hierbij is op te merken dat het uitgavenniveau in Nederland lager ligt. Als de langjarige trend doorzet, dan geven we over 7 à 8 jaar verhoudingsgewijs anderhalf keer zoveel aan zorg uit als 2006, gegeven dat we hetzelfde inkomen per hoofd van de bevolking als de Verenigde Staten bereiken. Om dit inkomen te bereiken is wel economische groei nodig. En daar schort het nu aan.

Figuur 2 Uitgaven aan zorg versus inkomen per persoon tussen 1996 en 2006



Bron: Zie gapminder.org en Woodward, Wang, 'The oh-so straight and narrow path: can the health care expenditure curve be bent?', Health. Econ., 2011. Schaal langs assen: In US\$ PPP op logaritmische schaal

2.2.2 Hoe groot is de zorgrekening?

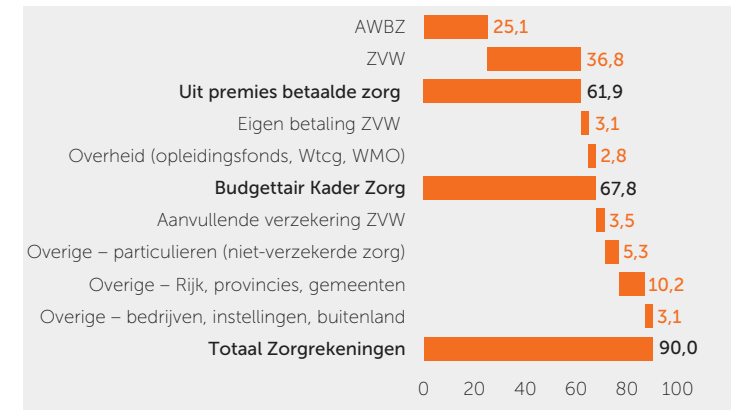
Als we spreken over de hoge uitgaven aan de gezondheidszorg en de groei daarvan, moet een onderscheid gemaakt worden naar type zorg. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) brengt de financiële stromen binnen de gezondheidszorg in kaart met behulp van de Zorgrekeningen. De Zorgrekeningen van 2011 beslaan in totaal € 90 miljard.

De Zorgrekeningen waren in 2011 als volgt opgebouwd (figuur 3):

- De zorg, waarvoor het Ministerie van VWS verantwoordelijk is, het zogenoemde Budgettair Kader Zorg (BKZ) van € 67,8 miljard, ofwel 74% van het totaal van de Zorgrekeningen. Het BKZ wordt jaarlijks met de begroting van VWS vastgesteld.
 - Ruim 90% van het BKZ bestaat uit zorg die wordt betaald uit premie-inkomsten op basis van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ, € 25 miljard) en de Zorgverzekeringswet (ZVW, € 37 miljard).
 - Daarnaast vallen ook de eigen betalingen (eigen bijdragen en verplicht eigen risico, samen € 3 miljard) onder het BKZ.
 - De uitgaven die de overheid doet voor het Opleidingsfonds, de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en de Wet Tegemoetkoming Chronisch zieken en Gehandicapten (WTCCG) (in totaal bijna € 3 miljard) vallen ook onder het BKZ.
- Buiten het BKZ, maar wel onderdeel van de Zorgrekeningen:
 - De premies van aanvullende verzekeringen die particulieren afsluiten (€ 3,5 miljard), en hun uitgaven aan niet-verzekerde zorg (€ 5,3 miljard). Onder deze uitgaven vallen, buiten het basispakket van de Zorgverzekeringswet om, bijvoorbeeld uitgaven voor fysiotherapie vanaf een aantal behandelingen, tandartskosten voor mensen ouder dan 18 jaar en alternatieve therapieën.
 - Daarnaast geven ook Rijk, provincies en gemeentes geld uit aan zorg en welzijn (€ 5,3 miljard). Hieronder vallen bijvoorbeeld kinderopvang, jeugdzorg, internaten, sociaal-cultureel en maatschappelijk werk, opvanghuizen en asielzoekerscentra.
 - Ten slotte geven bedrijven en instellingen geld uit voor arbeid-gerelateerde zorg, zoals geleverd door arbodiensten en re-integratie-bedrijven.

Het eerder genoemde bedrag van € 90 miljard wordt voor 83% betaald uit premies en belastingen. Het resterende deel wordt opgebracht door particulieren (13%) en bedrijven, instellingen en het buitenland (zoals buitenlanders die in Nederland zorg afnemen) (samen 4%).

Figuur 3 Opbouw Zorgrekeningen 2011 (x € 1 miljard)

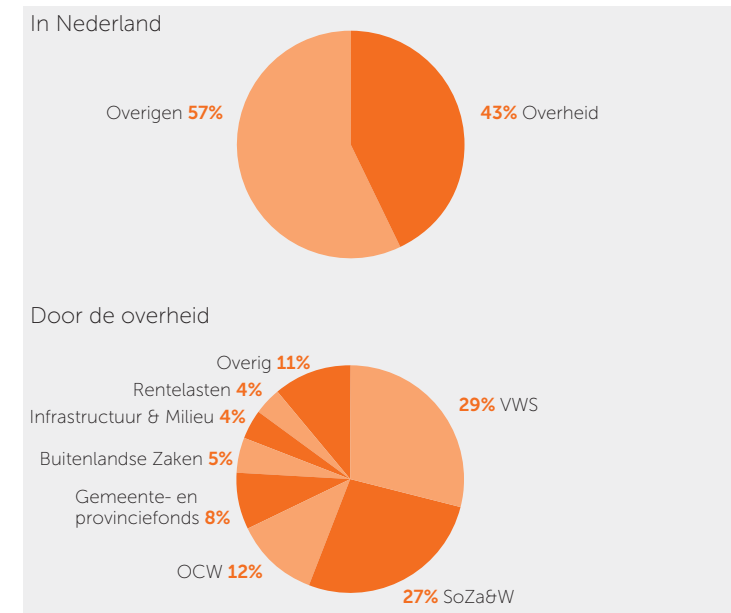


Bron: CBS

2.2.3 Zorg als aandeel van de overheidsuitgaven

Via de overheid wordt ongeveer 43% van het bbp (€ 604 miljard) aan de zorg uitgegeven. Het ministerie van VWS neemt op de begroting van 2012 met ruim € 74 miljard (inclusief premies ZVW en AWBZ) 29% daarvan voor zijn rekening. Die uitgaven bestaan weer voor het grootste deel uit het BKZ (totaal ongeveer 25% van de overheidsuitgaven). Daar bovenop komen onder andere nog de apparaatskosten van het ministerie. Het ministerie van VWS is daarmee de grootste begrotingspost voor de overheid, op de voet gevolgd door het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (27%) en zeven keer zoveel als de nationale rente-uitgaven (4%) (figuur 4).

Figuur 4 Verdeling bpb Nederland naar uitgaven in 2011



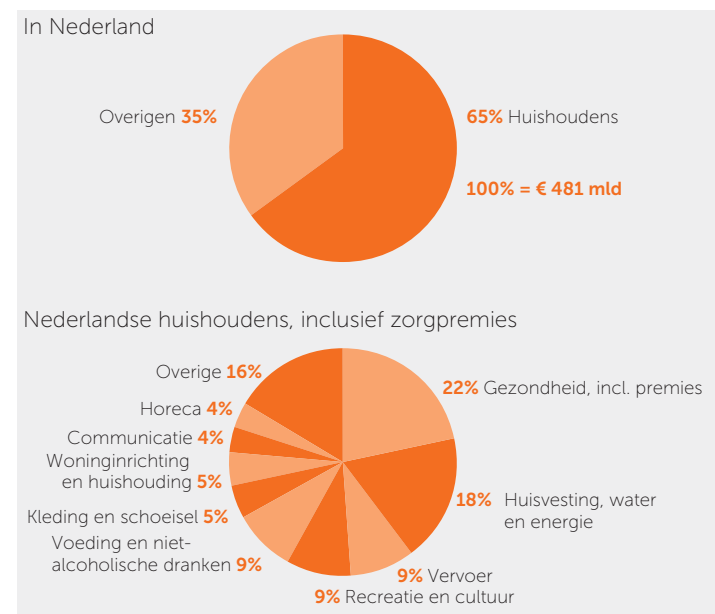
Bron: CBS

2.2.4 Zorg als aandeel van de uitgaven van huishoudens

Huishoudens nemen bijna tweederde van de consumptieve bestedingen in Nederland voor hun rekening. Dat is iets meer dan € 34.000 per huishouden. Om de uitgaven aan zorg te kunnen vergelijken met andere uitgaven van huishoudens, zijn de premiebetalingen hier opgeteld bij de consumptieve bestedingen van Nederlanders. De premies voor zorg van ongeveer € 9.200, ofwel 20% van de totale uitgaven, zijn dan de grootste uitgavecategorie voor een gemiddeld huishouden. Daarnaast wordt nog ongeveer 2% direct uitgegeven aan overige gezondheidszorg.³ Na zorg volgen uitgaven voor huisvesting, water en energie (18%) en daarna drie categorieën met ieder ongeveer 9% van de consumptie van huishoudens (recreatie en cultuur, voeding en niet-alcoholische dranken, kleding en schoeisel) (figuur 5).

Het CPB berekent dat een gezin met twee inkomens en twee kinderen bijna een kwart van het inkomen aan de gezondheidszorg besteedt als het gezinsinkomen twee keer modaal is en ongeveer 42% als het gaat om twee maal het minimuminkomen. In deze aandelen zijn de werkgeversbijdragen inbegrepen .

Figuur 5 Verdeling consumptieve bestedingen, 2010



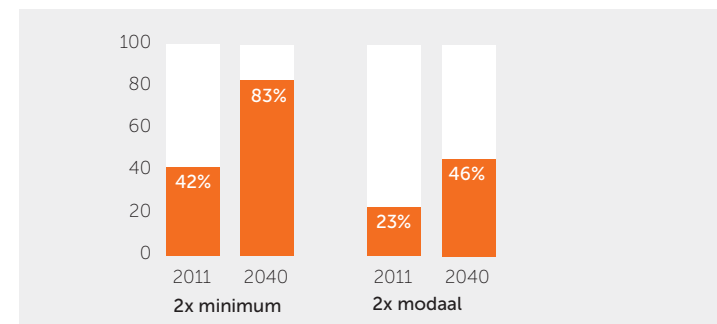
Bron: CBS

³ Zie voor een toelichting op 'overige gezondheidszorg' paragraaf 2.8 Nadere toelichting gebruikte begrippen

Gemiddeld heeft ongeveer 20% van het bruto-inkomen de vorm van premies en eigen bijdrages aan de zorg. Het CPB verwacht dat dit percentage de komende decennia fors zal groeien als er geen maatregelen worden getroffen om de groei van de zorguitgaven te beteugelen (figuur 6).

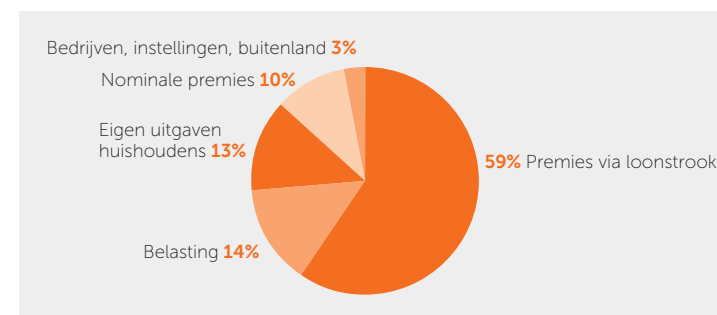
Voor een huishouden voelen de zorguitgaven wellicht minder zwaar. Een deel van de premie wordt namelijk via de werkgever direct ingehouden op het brutosalaris. Huishoudens betalen zelf de premie voor de zorgverzekeringpolis die zij gekozen hebben. Dat is ongeveer € 100 per maand per volwassene. Verzekerden mogen jaarlijks per 1 januari overstappen van zorgverzekeraar. Daarnaast betalen huishoudens nog de eigen bijdragen en het eigen risico. Uiteindelijk loopt minder dan een kwart van de uitgaven aan zorg via de portemonnaie ofwel het netto-inkomen van huishoudens (figuur 7).

Figuur 6 **Aandeel van zorg in bruto inkomen voor gezin met twee inkomens en twee kinderen**



Bron: CPB, 'Nieuwe Zorg – uitdagende trends', 26 september 2011;
* schatting zorg 2030 uit hoog/laagscenario CPB en gelijke bruto collectieve uitgaven als in 2015

Figuur 7 **Financiering van de zorg (aandeel van Zorgrekeningen), 2010**



Bron: CBS

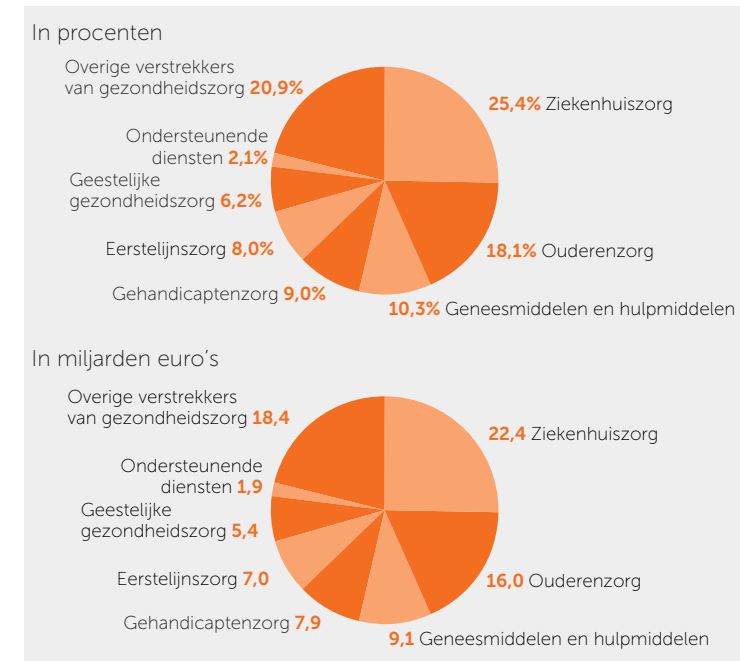
2.3 Medisch-specialistische zorg vergeleken met andere zorgsectoren

Slechts een kwart van alle zorguitgaven gaat naar medisch-specialistische zorg (€ 22 miljard). Die sector is de afgelopen jaren met ongeveer 5,2% per jaar gegroeid. Die groei bestond voor bijna de helft uit inflatie (stijging van lonen en prijzen).

2.3.1 Onderverdeling van de zorg

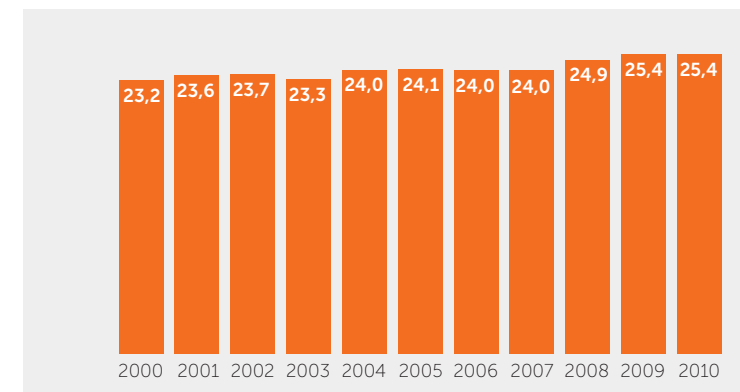
Medisch-specialistische zorg heeft met € 22 miljard (25%) het grootste aandeel in de totale uitgaven aan de gezondheidszorg (figuur 8). Na medisch-specialistische zorg werd in 2010 het meest uitgegeven aan ouderenzorg (18%). Onder overige gezondheidszorg vallen onder andere de GGD's, arbodiensten en publieke gezondheidszorg. Het aandeel van de medisch-specialistische zorg groeide van 23,2% van de totale zorguitgaven in 2000 naar 25,4% in 2010 (figuur 9).

Figuur 8 Opbouw totale uitgaven gezondheidszorg, 2010



Bron: CBS

Figuur 9 Aandeel uitgaven medisch-specialistische zorg in de totale zorguitgaven (%)



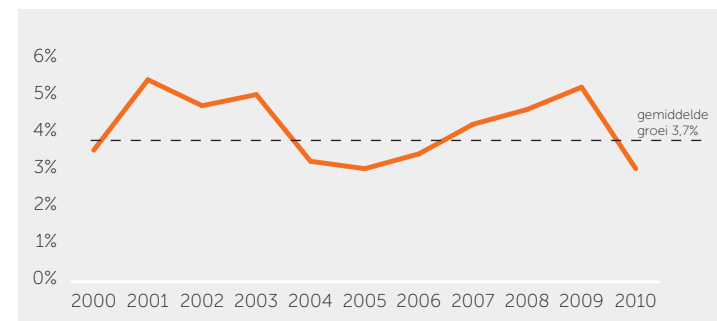
Bron: CBS

2.3.2 Groei van de zorguitgaven

In constante prijzen wordt de volumeontwikkeling zichtbaar.⁴ Deze laat tussen 2001 en 2010 een tamelijk gelijkmatig beeld zien, met een gemiddelde jaarlijkse groei van 3,7% (figuur 10). De uitgaven aan medisch-specialistische zorg (5,2%) groeide in de periode tussen 2006 en 2010, na de geestelijke gezondheidszorg (6,6%), het meest (figuur 11). De ouderenzorg laat de geringste stijging zien met een gemiddelde jaarlijkse groei van 2,2%.

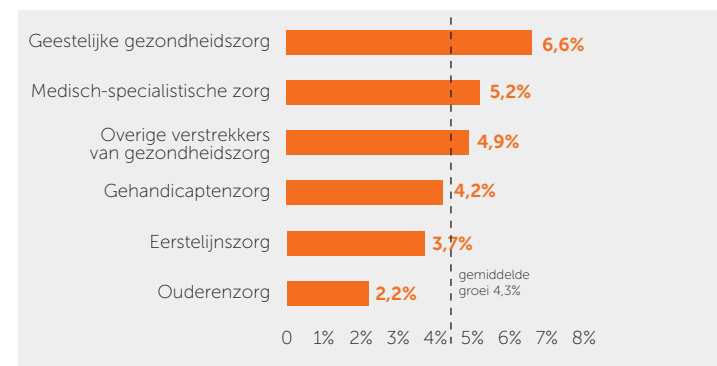
De jaarlijkse groei in lopende prijzen laat in vergelijking met de jaarlijkse groei in constante prijzen zien dat de groei in de totale zorguitgaven aan het begin van deze eeuw voor een groot deel werd veroorzaakt door loon- en prijsstijgingen (figuur 12). De gemiddelde jaarlijkse groei in constante prijzen is 2,8 procentpunt lager dan die in lopende prijzen. In 2009 en 2010 is dit verschil respectievelijk 1,8 en 1,6 procentpunt.

Figuur 10 Jaarlijkse toename zorguitgaven in constante prijzen, 2000-2010



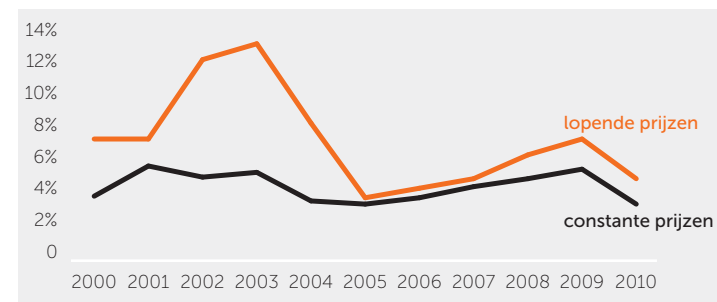
Bron: CBS

Figuur 11 Gemiddelde jaarlijkse groei van zorguitgaven tussen 2006 en 2010 in constante prijzen



Bron: CBS

Figuur 12 Jaarlijkse toename totale zorguitgaven, 2000-2010



Bron: CBS

⁴ Hierbij zijn de prijzen uitgedrukt in die van het jaar 1998 om de volumeontwikkeling inzichtelijk te maken. Voor een nadere toelichting, zie het begrip 'uitgaven constante prijzen' in paragraaf 2.7 Nadere toelichting gebruikte begrippen.

2.4 Analyse medisch-specialistische zorg

De Nederlandse ziekenhuizen worden meestal ingedeeld in drie categorieën: universitair medische centra (8), de algemene ziekenhuizen (84) – weer onderverdeeld in topklinische ziekenhuizen (27) en basisziekenhuizen (57). Hun gemiddelde omvang in termen van hun omzet verhoudt zich ongeveer als 6:2,5:1.

Het aantal organisaties dat medisch-specialistische zorg levert groeit vooral door de toename van het aantal zelfstandige behandelcentra (tot ongeveer 240 in 2010). Er zijn 81 algemene ziekenhuizen. Dat is vanwege fusies minder dan enkele jaren geleden. Het aantal locaties groeit echter wel doordat meer buitenpoliklinieken worden geopend. Op die locaties hebben gemiddeld in de jaren 2007–2009 ruim 7 miljoen Nederlanders een vorm van medisch-specialistische zorg gekregen.

2.4.1 Medisch-specialistische zorg nader toegelicht

Medisch-specialistische zorg omvat medisch-specialistische hulp en de daarmee samenhangende verpleging en verzorging in ziekenhuizen aan patiënten. Medisch-specialistische zorg kan onderverdeeld worden in acute en electieve zorg.⁵ Acute zorg betreft alle spoedeisende hulp, zoals zorg bij een hartinfarct of een hersenbloeding. Electieve zorg is alle niet-acute zorg, zoals het gepland vervangen van een heup of knie. Deze zorg is alleen toegankelijk na verwijzing van de huisarts (NZa 2012a).

Binnen medisch-specialistische zorg wordt onderscheid gemaakt tussen algemene zorg die door alle ziekenhuizen geleverd wordt, en hooggespecialiseerde zorg zoals hartchirurgie en beenmerg-transplantatie (NZa 2012a). Op basis van de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV) kan het ministerie van VWS een ziekenhuis toestemming verlenen deze bijzondere zorg te verlenen. Deze onderverdeling is ook terug te vinden in een overzicht van de verschillende partijen die medisch-specialistische zorg aanbieden (figuur 13).

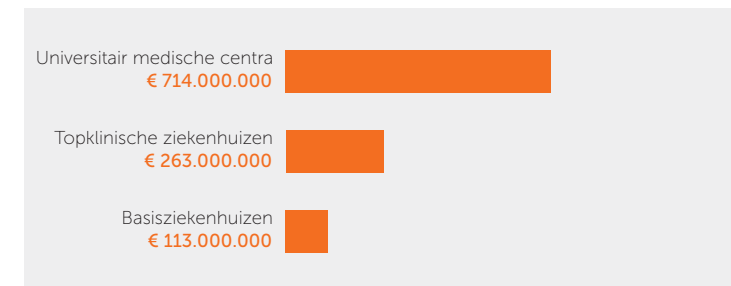
De gemiddelde omzet van de acht universitair medische centra in 2010 (€ 714 miljoen) is ruim 2,5 maal zo groot als die van de 28 topklinische ziekenhuizen (€ 263 miljoen) en ruim 6 keer zo groot als die van de 58 basisziekenhuizen (€ 113 miljoen) (figuur 14).

Figuur 13 Zorgaanbieders die medisch-specialistische zorg leveren



Bron: NZa

Figuur 14 Gemiddelde omzet per ziekenhuis, 2010



Bron: CPB, 'Nieuwe Zorg – uitdagende trends', 26 september 2011;
* schatting zorg 2030 uit hoog/laagscenario CPB en gelijke bruto collectieve uitgaven als in 2015

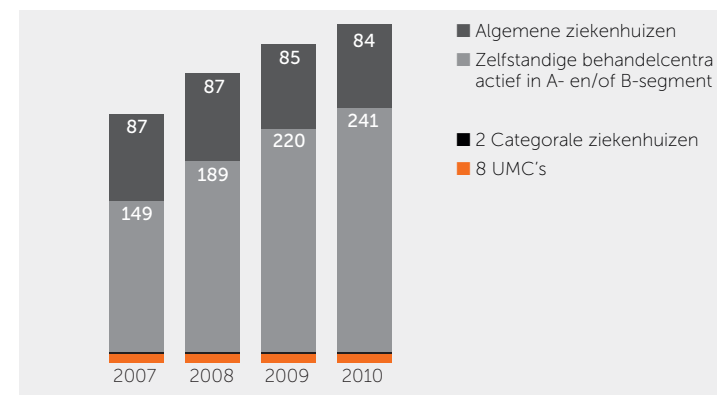
Het totaal aantal organisaties dat medisch-specialistische zorg levert, is toegenomen (figuur 15).⁶ Dit is met name te verklaren door de groei van het aantal zelfstandige behandelcentra. Het aantal categorale instellingen en universitair medische centra is over de jaren gelijk gebleven. Het aantal ziekenhuisorganisaties is vanwege fusies afgenomen (NZa, 2009; NZa 2011).

De locaties van de instellingen die medisch-specialistische zorg leveren zijn weergegeven op de landkaart van figuur 16. Hierbij zien we dat de concentratie van het aantal zorglocaties het hoogst is in de Randstad.

In 2010 werd de medisch-specialistische zorg geleverd door 241 zelfstandige behandelcentra en 94 ziekenhuisorganisaties.

De ziekenhuisorganisaties kenden 134 ziekenhuislocaties en 88 buitenpoliklinieken (RIVM 2011). In vergelijking met 2009 is het aantal ziekenhuislocaties gelijk gebleven en het aantal buitenpoliklinieken met 35 toegenomen.

Figuur 15 Aantal organisaties die medisch-specialistische zorg leveren



Bron: NZa 2012

Figuur 16 Locatie algemene ziekenhuizen, buitenpoli's en universitair medische centra, 2011



Bron: RIVM, 'Nationale Atlas Volksgezondheid'

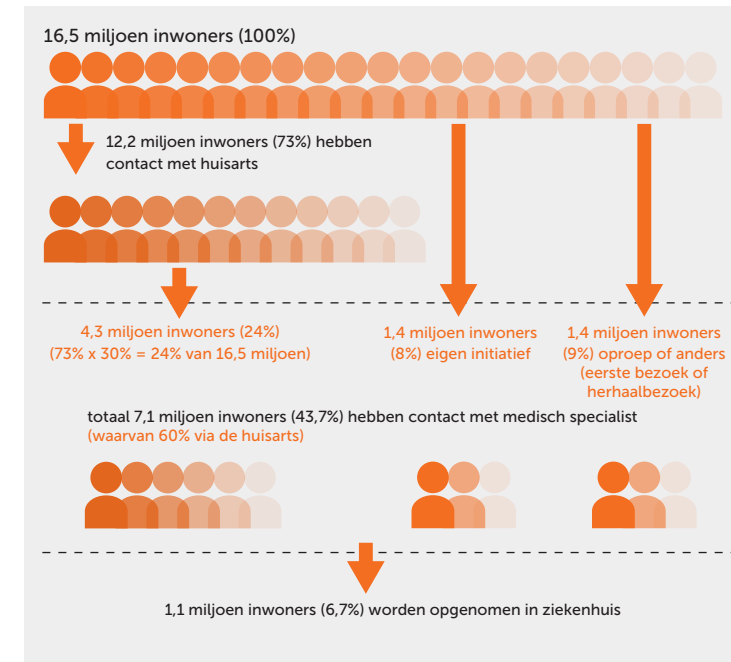
⁶ Het aantal algemene ziekenhuizen (84) dat door de NZa wordt genoemd is hoger dan het aantal (81) dat de NVZ in de bijlage aan het eind van dit rapport vermeldt. Het verschil wordt verklaard door de definitie van 'algemeen ziekenhuis'.

2.4.2 Wie gebruikt medisch-specialistische zorg?

In de periode 2007-09⁷ heeft jaarlijks gemiddeld 73% van de Nederlanders een consult bij de huisarts gehad (figuur 17). Dit betekent dat er in 2009 12,2 miljoen inwoners contact hebben gehad met de huisarts. Dit leidde bij ruim 11,4% van de Nederlanders tot een doorverwijzing naar een medisch specialist. Dit aandeel is de afgelopen jaren enigszins gegroeid. 7,1 miljoen inwoners (43,7%) zijn daadwerkelijk op consult geweest bij een medisch specialist. Dit aantal is hoger dan het aantal doorverwezenen, aangezien voor acute zorg en herhaalbezoeken geen verwijzing van de huisarts nodig is. Ongeveer 60% van de patiënten in het ziekenhuis komt via de huisarts. De overige patiënten komen zelf rechtstreeks naar het ziekenhuis (8%) of op een andere manier (9%). Van de Nederlanders is 6,7% opgenomen in het ziekenhuis; ruim 1 miljoen inwoners. Deze aantallen volgen uit een vragenlijst die het CBS periodiek aan een panel Nederlanders voorlegt.

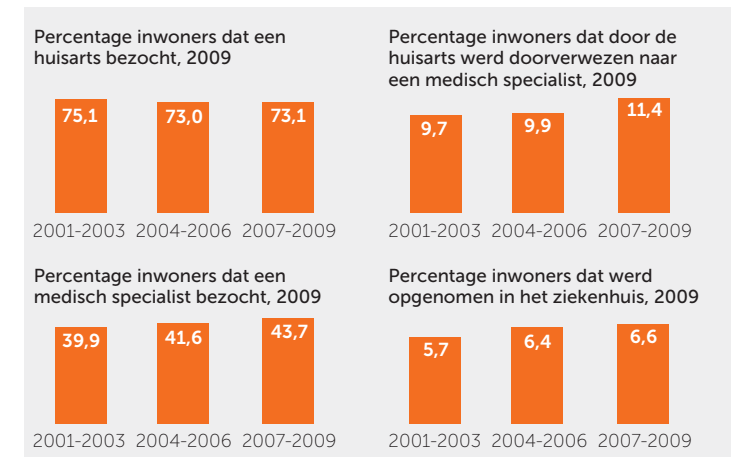
De afgelopen jaren kwamen steeds meer Nederlanders in aanraking met medisch-specialistische zorg (figuur 18). Dit is gedeeltelijk te verklaren door de vergrijzing.

Figuur 17 Patiëntenstromen, gemiddelde 2007–2009



Bron: CBS

Figuur 18 Bezoek aan huisartsen en medisch specialisten, doorverwijzing en opnames

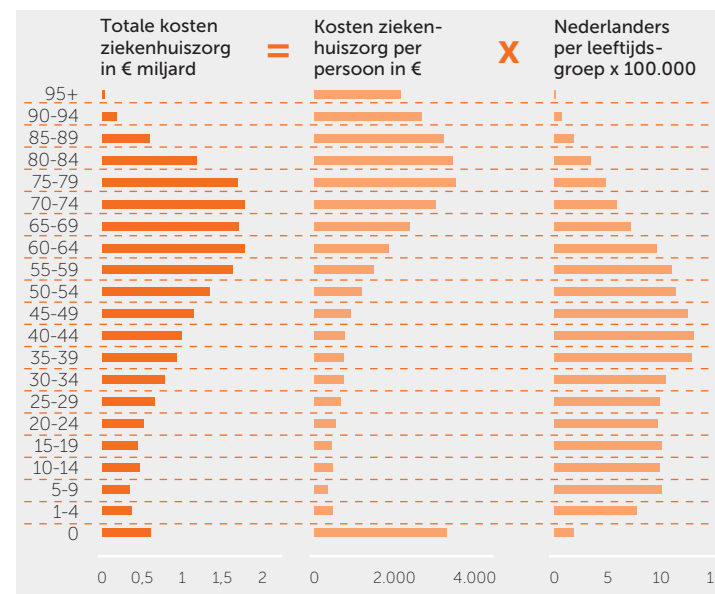


Bron: CBS

⁷ Vanwege de fluctuerende jaarcijfers is gekozen om een meerjarengemiddelde te berekenen.

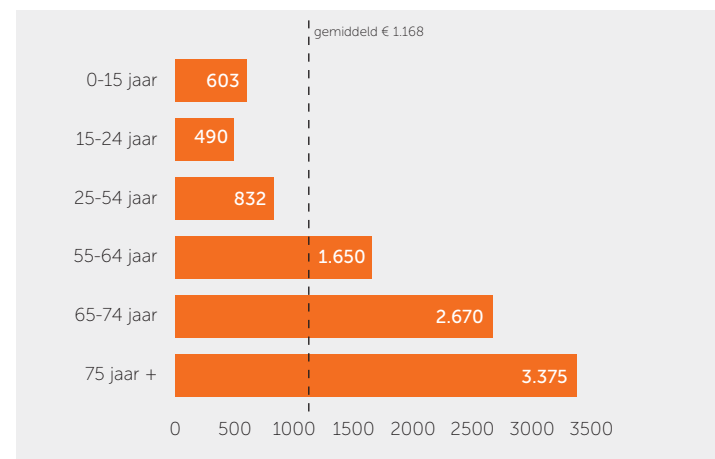
Per persoon wordt de meeste ziekenhuiszorgkosten uitgegeven aan mensen tussen 75 en 80 jaar oud; ongeveer € 3.500 per persoon per jaar. Dat is ongeveer drie keer meer dan voor alle leeftijdsklassen gemiddeld. Aan de groep 5- tot 10-jarigen wordt ongeveer een derde van het gemiddelde uitgegeven (€ 344 per persoon) uitgegeven. Per saldo betaalt de groep van 18- tot 60-jarigen meer premie dan er in die groep aan zorg wordt afgenomen. Ouderen nemen meer zorg af dan ze aan premie betalen, terwijl kinderen onder de 18 jaar geen premie betalen voor de zorgverzekering (figuur 19 en 20).

Figuur 19 Kosten ziekenhuiszorg naar leeftijdsgroep, 2007



Bron: RIVM, 'Kosten van ziekten', 2007

Figuur 20 Kosten ziekenhuiszorg per hoofd van de bevolking per leeftijdscategorie in 2007 (in euro's)



Bron: Analyse SIRM o.b.v. CBS, 'Zorgrekeningen' en RIVM, 'Kosten van Ziekten'

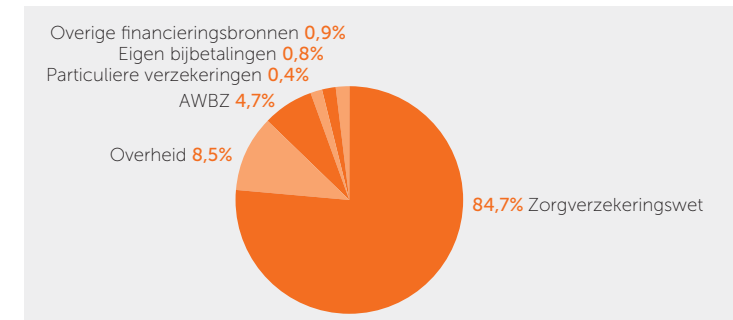
2.4.3 Wie betaalt medisch-specialistische zorg?

De medisch-specialistische zorg wordt grotendeels (85%) door premies voor de Zorgverzekeringswet gefinancierd (figuur 21). De overheid draagt uit algemene middelen nog 8,5% bij aan de uitgaven aan deze zorg en 4,7% wordt betaald vanuit de AWBZ. Daarnaast wordt 0,4% gefinancierd door particuliere verzekeringen, 0,8% door eigen bijdrages van patiënten en 0,9% door bedrijven, instellingen en het buitenland.

De bruto-uitgaven aan medisch-specialistische zorg (ziekenhuizen en medisch specialisten) bedroegen in 2010 ongeveer € 22 miljard. Na correctie voor inkomensbelasting zijn de netto-uitgaven aan medisch-specialistische zorg geschat op € 17,4 miljard.⁸ Dat is € 2 miljard minder dan wat wordt uitgegeven aan vervoer en communicatie en slechts 10% meer dan wordt uitgegeven aan genotsmiddelen (grotendeels drank en tabak en daarnaast zoetwaren en ijs) (figuur 22).

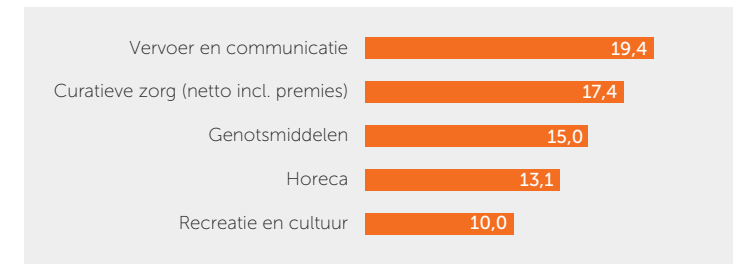
De eigen betalingen aan medisch-specialistische zorg, die onder het basispakket van de Zorgverzekeringswet vallen, bedragen ongeveer € 3,1 miljard. De uitgaven van de 7,4 miljoen Nederlandse huishoudens aan alcoholische dranken en tabak zijn bijna het dubbele daarvan en ook aan zoetwaren wordt meer uitgegeven (figuur 23).

Figuur 21 Financiering van medisch-specialistische zorg in 2010



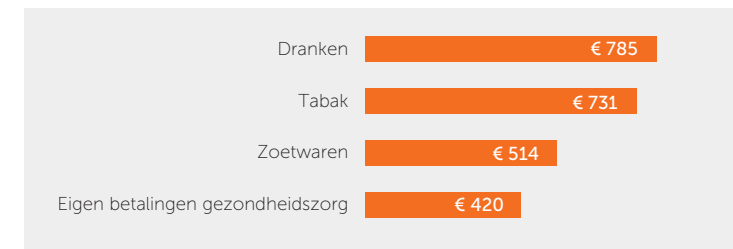
Bron: CBS

Figuur 22 Uitgaven van Nederlandse huishoudens vergeleken met uitgaven aan curatieve zorg, 2010 (x 1€ miljard)



Bron: CBS

Figuur 23 Enkele uitgaven huishoudens (2010) vergeleken met eigen betalingen (incl. eigen risico) aan de gezondheidszorg in € per huishouden



Bron: CBS

⁸ Hierbij is gerekend met een gemiddelde belastingdruk in 2010 van 38,8%. (Eurostat 2012).

2.5 Volumegroei

De volumegroei van medisch-specialistische zorg werd tussen 2001 en 2010 het meest veroorzaakt door de groei van het inkomen per hoofd van de bevolking (figuur 24). Het Centraal Planbureau CPB heeft de groei in uitgaven aan onder andere medisch-specialistische zorg verklaard aan de hand van een vijftal parameters (CPB 2012):

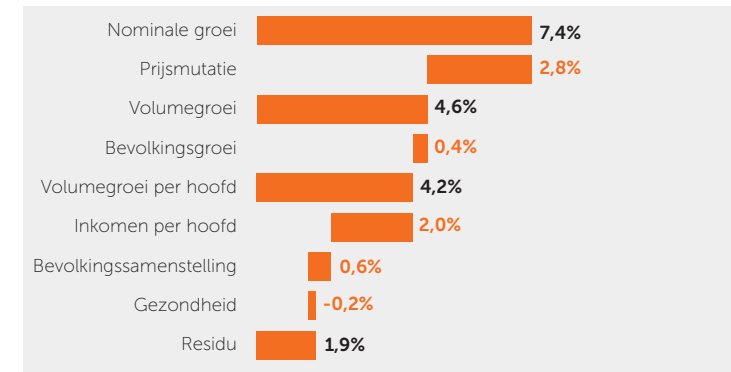
- 1 Prijsmutatie
- 2 Bevolkingsgroei
- 3 Inkomensgroei per hoofd van de bevolking
- 4 Bevolkingssamenstelling (vergrijzing)
- 5 Gezondheidsstatus van de bevolking

Daarnaast bleef ongeveer een kwart van de groei onverklaard. Dat zogenoemde 'residu' kan volgens het CPB het gevolg zijn van beleidswijzigingen sinds 2001 waardoor wachtlijsten weggewerkt zijn. Daarnaast speelt mogelijk mee dat er steeds nieuwe behandelmethoden en -technieken beschikbaar komen en dat mensen eerder dan voorheen behandeld worden.

De nominale groei van uitgaven aan medisch-specialistische zorg (7,4%) tussen 2001 en 2010 is voor 2,8 procentpunt veroorzaakt door zorgsectorspecifieke prijsmutaties en voor 4,6 procentpunt door volumegroei. Deze 4,6% volumegroei is voor 0,4 procentpunt te verklaren door de groei van de bevolking. Wat overblijft (4,2%) is de volumegroei per hoofd van de bevolking. Deze kan voor ongeveer de helft verklaard worden uit de groei van het inkomen per hoofd van de bevolking (2,0 procentpunt). Het CPB is er vanuit gegaan dat de verandering van de bevolkingssamenstelling (0,6 procentpunt) en de verbeterde gezondheid van de bevolking (-0,2 procentpunt) ook een rol spelen. De negatieve component van de gezondheid van de bevolking betekent dat de verbeterde gezondheid heeft geleid tot een daling van de uitgaven. De aanzienlijke, resterende 1,9 procentpunt blijft onverklaard.

De groei van het zorggebruik is bij deze decompositie gelijk gesteld aan de groei van het inkomen per hoofd van de bevolking. Hiermee wordt aangenomen dat de prijselasticiteit van zorg 1 is: 3% groei van het inkomen zorgt voor 3% groei in de zorguitgaven. De bevolkingssamenstelling wordt meegenomen om de invloed van vergrijzing te meten.

Figuur 24 **Opbouw uitgavengroei aan medisch-specialistische zorg tussen 2001 en 2010 in lopende prijzen**



Bron: Centraal Planbureau

2.6 Medisch-specialistische zorguitgaven naar aanbieder

De omzet van de ziekenhuizen valt onder het A-segment met gereguleerde prijzen, het B-segment waarvoor prijzen met de zorgverzekeraar worden afgesproken, of onder overige opbrengsten. Het aandeel van het B-segment in het totaal van A- en B-segment omzet is het grootst voor ZBC's (42%), gevolgd door topklinische en basisziekenhuizen (32%) en daarna door UMC's (14%).

Het honorarium voor medisch specialisten (€ 3,2 miljard) bestaat bijna 15% van de uitgaven aan medisch-specialistische zorg. Bijna 70% daarvan gaat naar vrijgevestigde medisch specialisten, samen iets meer dan de helft van de medisch specialisten.

2.6.1 A- en B-segment

Sinds 2005 wordt een groot gedeelte van de omzet van ziekenhuizen bepaald door inkomsten van diagnosebehandelingcombinaties (DBC's). Dit zijn gedefinieerde zorgproducten met een bijbehorend tarief dat na bepaalde verrichtingen gedeclareerd kan worden door het ziekenhuis. Met de invoering van de DBC's is ook het B-segment geïntroduceerd. Het B-segment bevat een aantal specifieke DBC's waarvoor vrije prijzen gelden. Zorgaanbieders en -verzekeraars kunnen onderhandelen over prijs, kwaliteit en volume. Voor de overige zorg, het A-segment, stelt de NZa de tarieven vast. Bij de invoering van de DBC's in 2005 omvatte het B-segment 7% van de zorg die binnen het A- en B-segment gezamenlijk verleend werd. In 2012 wordt het DBC-systeem vervangen door 'DBC's op weg naar transparantie' (DOT). Hiermee wordt 70% van de zorg binnen het B-segment betaald. In de volgende analyses zijn gegevens uit 2009 en 2010 gebruikt en is een B-segment met een aandeel van ongeveer 34% van toepassing.

In 2010 is het A-segment goed voor 57% van de totale opbrengsten uit A- en B-segment. Het B-segment heeft een aandeel van 20%, de niet-gebudgetteerde zorgprestaties van 2,5%, en de overige bedrijfsopbrengsten die niet direct zijn gerelateerd zijn aan een zorgprestatie van 20%. Deze verdeling wijzigt in 2012 fors, aangezien vanaf 1 januari 2012 het aandeel van het B-segment stijgt van 34% naar 70%. Hierdoor daalt het aandeel van het A-segment.

2.6.2 Vergelijking per categorie ziekenhuis

In 2010 nemen de topklinische ziekenhuizen het grootste aandeel in de totale opbrengsten van ziekenhuizen voor hun rekening (figuur 25). Daarna volgen de basisziekenhuizen met 35,5% en de universitair medische centra met 21,9% van de totale opbrengsten.

Een opsplitsing naar type ziekenhuis laat zien dat de overige opbrengsten een fors groter aandeel omvatten in universitair medische centra (45%), dan in de topklinische (8,6%) en de basisziekenhuizen (7,2%). Dit grote verschil wordt veroorzaakt door een hogere subsidie voor het opleidingsfonds en de academische component (figuur 26), een subsidie voor het opleiden van zorgverleners en voor innovatie en ontwikkeling.

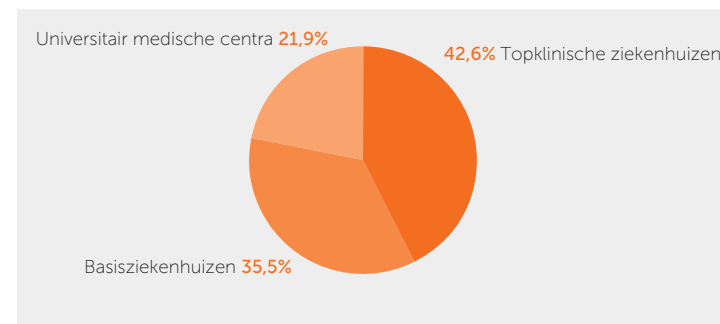
Om een verdere vergelijking van de opbouw van de omzet tussen de verschillende ziekenhuizen te kunnen maken, wordt de omzet binnen het A- en B-segment uitgediept. De academische component en de subsidie voor het opleidingsfonds blijven zoveel mogelijk buiten beschouwing. Daardoor wordt de omzet van dezelfde prestaties vergeleken.

Bij het uitdiepen van de omzetopbouw binnen het A- en B-segment is geen onderscheid gemaakt tussen basis- en topklinische ziekenhuizen. De omzet binnen het A- en B-segment is voor de volgende aanbieders van medisch-specialistische zorg beschikbaar:

- Algemene ziekenhuizen (basisziekenhuizen + topklinische ziekenhuizen)⁹
- Universitair medische centra
- Zelfstandige behandelcentra
- Overige instellingen

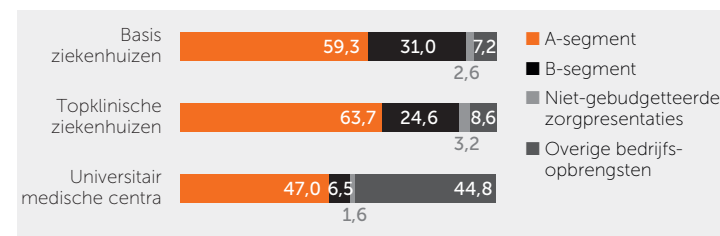
Wanneer minimaal twee medisch specialisten met elkaar samenwerken en medisch-specialistische zorg leveren, maar deze overwegend niet gepaard gaat met opname, wordt dit een zelfstandig behandelcentrum genoemd. Zelfstandige behandelcentra leveren zorg binnen zowel het A- als B-segment. Hierbij gaat het vooral om relatief gemakkelijk uit te voeren behandelingen voor niet-acute zorg die meestal geen opname behoeft (NZa 2012b). Zelfstandige behandelcentra leggen zich in de praktijk toe op behandelingen met een hoog volume. Specialismen en/of aandoeningen die zich hier goed voor blijken te lenen zijn liesbreuk, orthopedie, spataderen, oogheelkunde en dermatologie (NZa 2012b).

Figuur 25 Opbrengstverdeling Nederlandse ziekenhuizen, 2010



Bron: jaarverlagen ziekenhuizen

Figuur 26 Opbrengstverdeling ziekenhuizen per type opbrengst (totaal per ziekenhuiscategorie = 100%), 2010



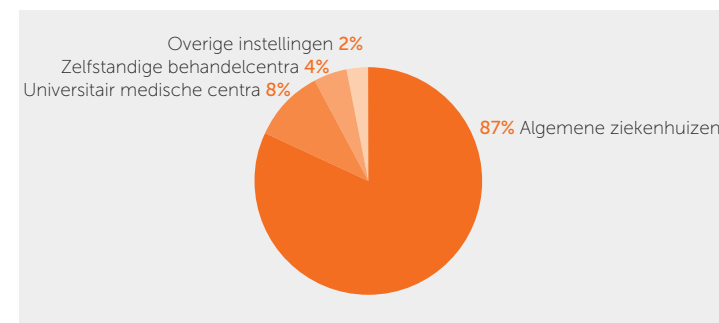
Bron: Jaarverlagen ziekenhuizen

⁹ inclusief de St. Maartenskliniek, het Oogziekenhuis Rotterdam, de epilepsiecentra en revalidatie-instellingen.

De overige instellingen zijn centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialyse, radiotherapie en audiologie en categorale instellingen. Deze instellingen richten zich specifiek op een bepaalde doelgroep en bieden niet alle zorg binnen de volledige breedte van medisch-specialistische zorg.

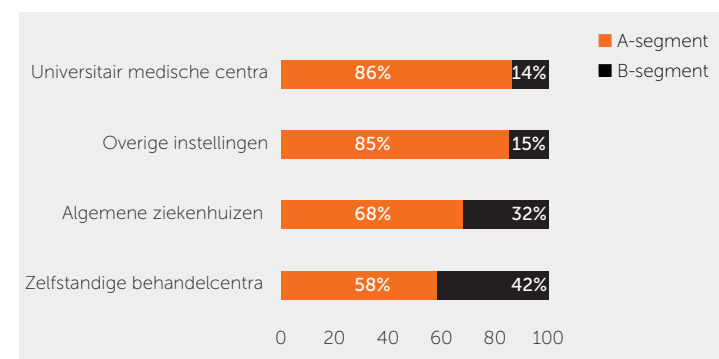
Algemene ziekenhuizen nemen veruit het grootste deel van de totale omzet binnen het A- als B-segment voor hun rekening, op afstand gevolgd door de universitair medische centra (figuur 27). Het aandeel van het B-segment in de totale inkomsten uit het A- en B-segment is het grootst bij de zelfstandige behandelcentra met 42% (figuur 28). De DBC's, waarmee door zelfstandige behandelcentra de meeste omzet wordt behaald, blijken zich dan ook in het B-segment te bevinden (voornamelijk orthopedie en oogheelkunde (NZa 2012b)). Bij algemene ziekenhuizen is het aandeel van het B-segment 32%, gevolgd door de overige instellingen (15%) en de universitair medische centra (14%).

Figuur 27 Aandeel van de inkomsten binnen het ziekenhuis- en honorariumdeel van het A- en B-segment, 2010



Bron: CVZ Zorgcijfersdata

Figuur 28 Verdeling van de inkomsten in binnen het A- en B-segment, 2010



Bron: CVZ Zorgcijfersdata

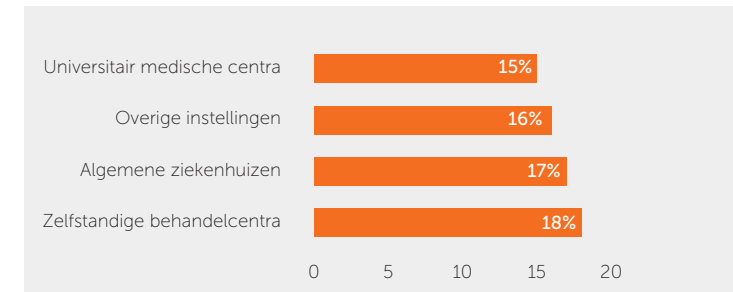
2.6.3 Medisch specialisten

De tarieven en prijzen voor de A- en B-segment DBC's bestaan uit een ziekenhuisdeel waarmee de kosten van de ziekenhuisorganisatie moeten worden gedekt (inkoop, personeel, afschrijving, financiering, resultaat).

Het aandeel van het honorarium van medisch specialisten binnen het A- en B-segment is met 18% het grootst bij zelfstandige behandelcentra (figuur 29). Zij lijken zich het meest te richten op zorg die minder andere kosten zoals infrastructuur en personeel, met zich mee brengt. Ziekenhuizen leveren verhoudingsgewijs meer complexe zorg waarbij de honorariumcomponent een kleiner deel van de totale kosten uitmaakt.

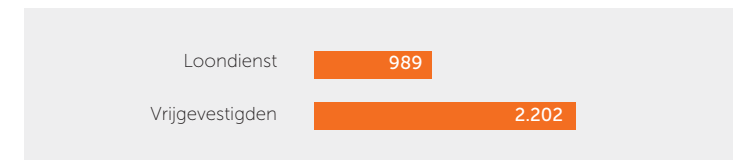
Aan vrijgevestigde medisch specialisten wordt binnen het A- en B-segment meer uitgegeven dan aan hun collega's in loondienst (figuur 30). Dit kan deels verklaard worden doordat er simpelweg meer vrijgevestigde medisch specialisten zijn. Desondanks zijn de inkomsten onevenredig verdeeld als gekeken wordt naar de verhouding tussen het aantal artsen in vrije vestiging en in loondienst en hun inkomens (figuur 31). In 2009 ontvingen de vrijgevestigde medisch specialisten 69% van het totaal aan betaalde honoraria in het A- en B-segment, terwijl zij 52% van het aantal medisch specialisten vertegenwoordigen.

Figuur 29 Aandeel van inkomsten uit het honorariumdeel t.o.v. de totale inkomsten uit het A- en B-segment in 2010 (in %)



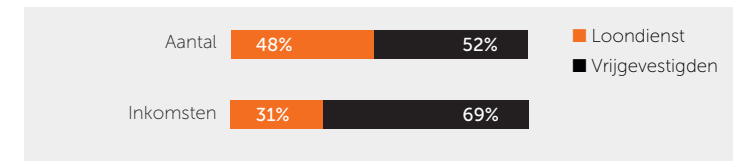
Bron: CVZ Zorgcijfersdata

Figuur 30 Inkomsten van medisch specialisten naar dienstverband in het A- en B-segment, 2009 (x € 1 miljoen)



Bron: NZa

Figuur 31 Aantal medisch specialisten in dienstverband en in vrije vestiging, en inkomsten uit het A- en B-segment, 2009



Bron: CBS & NZa 2012 (voorlopige gegevens)

2.7 Bronnen

2.7.1 Literatuurlijst

Centraal Planbureau 2012, 'Decompositie van de zorguitgaven, 1972-2010'. CPB Achtergronddocument bij: CPB Policy Brief 2011/11.

NZa 2009, 'Monitor ziekenhuiszorg 2009'.
Tijd voor reguleringszekerheid.

NZa 2011, 'Monitor medisch-specialistische zorg 2011'.
Weergave van de markt 2006-2011.

NZa 2012a, 'Marktscan medisch-specialistische zorg'.
Weergave van de markt 2006-2011.

NZa 2012b, 'Zelfstandige behandelcentra'.
Een kwalitatieve en kwantitatieve analyse.

RIVM 2011, 'Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid'. Locaties algemene en academische ziekenhuizen 2011. Versie 20 september 2011.

2.7.2 Databronnen

CBS – Statline

CVZ – Zorgcijfers data

NZa - Bijlage honorariumomzetcijfers op specialismeniveau

SiRM – Database van jaarverslagen van ziekenhuizen 2011

2.8 Nadere toelichting gebruikte begrippen

Academische ziekenhuizen

Een algemeen ziekenhuis, waarin gedurende dag en nacht alle vormen van medisch-specialistische hulp kunnen plaatsvinden, doch verbonden aan een universiteit en erkend in de zin van de 'Wet op het wetenschappelijk onderwijs'.

AWBZ (financiering)

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Wettelijke sociale verzekering die tot doel heeft om de hele bevolking te verzekeren tegen het risico van bijzondere ziektekosten. Omvat betalingen voor zware geneeskundige risico's, die niet via de normale ziektekostenverzekering gedekt worden.

Bbp - Bruto binnenlands product

Het bruto binnenlands product (bbp) is de waarde van alle goederen en diensten die in een jaar in een land worden geproduceerd. Het bbp wordt gebruikt als een maat voor de welvaart van een land.

Categorale ziekenhuizen

Een instelling waar medische en verpleegkundige zorg voor een bepaalde ziekte, ziektegroep of aandoening aan personen in een bepaalde leeftijdsklasse wordt verleend.

Eerstelijnszorg

Verstreckers van zorg in de eerste lijn. Dit omvat de volgende typen aanbieders:

- *Huisartsenpraktijken*
De huisarts is verantwoordelijk voor de algemene medische zorg. Hij/zij geeft persoonlijke en continue zorg aan een vaste praktijkpopulatie van ingeschrevenen.
- *Paramedische praktijken*
Praktijken van fysiotherapeuten en andere paramedici zoals ergotherapeuten, logopedisten, diëtisten, oefentherapeuten-Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck, mondhygiënist, podotherapeuten en verloskundigen. Omvat onder meer zorg gericht op problemen met betrekking tot het bewegingsapparaat, de spraak en voedingspatronen. De verloskundige biedt verloskundige zorg, inclusief pre- en postnatale zorg.

- *Tandartspraktijken*

Praktijken voor tandheelkundige hulp, inclusief tandtechnische hulp. De tandheelkundige zorg, verleend door de tandarts algemeen practicus omvat: preventie, diagnostiek, restauratieve hulp (voorkomen van functieverlies), prothetische hulp (herstel van functieverlies), orthodontistische hulp (in de eerste lijn) en chirurgische hulp (in de eerste lijn).

Eigen betalingen

Omvat eigen betalingen voor niet-verzekerde zorg, vrijwillig eigen risico, eigen bijdragen conform de Zorgverzekeringswet en aanvullende verzekeringen. De inkomensafhankelijke, eigen bijdrage Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) valt hier niet onder.

Geestelijke gezondheidszorg

Psychiatrische ziekenhuizen, vrijgevestigde psychiaters en ambulante geestelijke gezondheidszorg. Deze instellingen bieden behandeling en begeleiding van mensen met psychiatrische stoornissen en psychische problemen.

Gehandicaptenzorg

Instellingen voor lichamelijk en/of geestelijk gehandicapten. Omvat tevens de voorzieningen op grond van de Wet Voorzieningen Gehandicapten en MEE-organisaties.

Geneesmiddelen en hulpmiddelen

Leveranciers van genees- en hulpmiddelen. Dit omvat de volgende aanbieders:

- *Leveranciers van geneesmiddelen*
Levering van genees- en verbandmiddelen door o.a. apotheken en apotheekhoudende huisartsen en drogisten.
- *Leveranciers van therapeutische hulpmiddelen*
Levering van therapeutische middelen door o.a. apotheken, drogisten, opticiens en audiciens.

Medisch specialisten in loondienst

Dit betreft medisch specialisten die onder een CAO vallen. Voor de dekking van de loonkosten kan het volgende onderscheid gemaakt worden:

- *Loondienst met budgetvergoeding*
Het ziekenhuis dekt de loonkosten uit het budget dat voor het ziekenhuis beschikbaar wordt gesteld. De omzetten van de specialisten in loondienst vallen onder het BKZ-ziekenhuizen.

- *Loondienst zonder budgetvergoeding*

Het ziekenhuis dekt de loonkosten uit de honorariuminkomsten. De omzetten van specialisten in loondienst die in 2007 of eerder deelnemer waren aan de lumpsum worden door VWS toegerekend aan het BKZ-medisch specialisten. De omzetten van specialisten die nu nog in loondienst zijn en niet hebben deelgenomen aan de lumpsum, vallen onder het BKZ-ziekenhuizen.

Medisch-specialistische zorg

Verstrekking van medisch-specialistische zorg. Instellingen en praktijken, waarin gedurende dag en/of nacht alle vormen van medisch-specialistische hulp kunnen plaatsvinden.

Ondersteunende diensten

Omvat o.a. bloedbanken, huisartsenlaboratoria, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM), de Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) en het Nederlands Vaccin Instituut (NVI).

Ouderenzorg

Instellingen voor verpleging en behandeling van patiënten die niet in een ziekenhuis behandeld hoeven te worden, of waarin duurzaam verblijf en verzorging wordt verschaft, óf die activiteiten uitoefenen op het gebied van gezinsverzorging, thuiszorg en kraamzorg.

Overheid (financiering)

Omvat betalingen door rijk, provincies en gemeenten.

Overige financieringsbronnen

Omvat betalingen door bedrijven, instellingen en het buitenland.

Overige gezondheidszorg

Geneesmiddelen en farmaceutische producten, therapeutische apparaten en toestellen, medische en paramedische diensten buiten ziekenhuizen, diensten van ziekenhuizen en diensten van ziekte- en ongevallenverzekeringen.

Overige instellingen

Centra voor erfelijkheidsonderzoek, dialysecentra, radiotherapeutische centra en audiologische instellingen.

Overige verstrekkers van gezondheidszorg

Omvat onder meer arbodiensten en re-integratiebedrijven, levering van genees- en therapeutische middelen door o.a. apotheken en apotheekhoudende huisartsen, drogisten en opticiens, bloedbanken, medische laboratoria, ondersteunende diensten en alternatieve gezondheidszorg.

Particuliere zorgverzekering

Omvat betalingen die, op grond van een aanvullende verzekering van ziektekosten, niet worden gedekt door de basisverzekering.

Uitgaven constante prijzen

Uitgaven aan zorg, in dit rapport uitgedrukt in prijzen van 1998. Cijfers geven inzicht in de volumeontwikkeling.

Deze cijfers zijn als volgt door het CBS berekend:

- Voor de grote sectoren (ziekenhuiszorg, GGZ, gehandicapten- en ouderenzorg) wordt het volume rechtstreeks berekend met behulp van productie-indicatoren. Hieraan liggen NZa-gegevens over de betreffende producten en hun relatieve gewichten ten grondslag. In deze berekeningswijze wordt rekening gehouden met het ontstaan van nieuwe producten.
- Bij de vrije beroepsbeoefenaren worden de volume-ontwikkelingen berekend door middel van deflatie met tarief- en prijsinformatie.
- Bij de overige zorgaanbieders worden de volume-ontwikkelingen berekend door te defleren met de algemene prijsindex. Dit geldt vooral voor de aanbieders van welzijnszorg.

Uitgaven lopende prijzen

Uitgaven aan zorg, uitgedrukt in prijzen van het betreffende jaar. Cijfers geven inzicht in de waardeontwikkeling.

Vrijgevestigde medische specialisten

De vrijgevestigde medisch specialist ontvangt een vergoeding in de vorm van een honorarium. De omzet van de vrijgevestigde medisch specialist wordt ten laste gebracht van het BKZ-medisch specialisten.

Zelfstandige behandelcentra

Een samenwerkingsverband van ten minste twee medisch specialisten, die (deels) verzekerde zorg leveren.

2.9 Methodologische toelichting figuren

Figuur 5

De consumptieve bestedingen, (bnp minus bruto-investeringen in vaste activa), zijn hier inclusief de uitgaven aan zorgpremies. Huishoudens is inclusief de sector IZWh. Tot de sector instellingen zonder winstoogmerk ten behoeve van huishoudens (IZWh) behoren stichtingen en verenigingen, waarvan de middelen voor het merendeel afkomstig zijn uit vrijwillige bijdragen van huishoudens en uit inkomen uit vermogen. Voorbeelden zijn religieuze instellingen, liefdadigheidsinstellingen, politieke partijen, vakbonden en verenigingen op het gebied van cultuur, sport en recreatie. De stichtingen en verenigingen die tot de sector IZWh behoren komen met name voor in de bedrijfsklassen gezondheids- en welzijnszorg, cultuur, sport en recreatie en de overige dienstverlening.

Figuur 22

De netto-uitgaven aan medisch-specialistische zorg zijn voor dit rapport als volgt geschat:

- 1 5% van de zorg wordt betaald uit de rijksbijdrage voor inwoners jonger dan 18 jaar ($€ 22 \text{ miljard} * 5\% = € 1,1 \text{ miljard}$)
- 2 Volgens het CVZ werd in 2010 56% van de zorgkosten betaald uit inkomensafhankelijke premies ($€ 20,9 \text{ miljard} * 56\% = € 11,7 \text{ miljard}$). De gemiddelde belastingdruk in 2010 was 38,8% ($€ 11,7 \text{ miljard} * 61,2\% = € 7,2 \text{ miljard}$)
- 3 44% wordt dus niet betaald uit inkomensafhankelijke premies ($€ 20,9 \text{ miljard} * 44\% = € 9,1 \text{ miljard}$)
- 4 Totale netto-uitgaven aan medisch-specialistische zorg: $€ 17,4 \text{ miljard}$ ($€ 1,1 \text{ miljard} + € 7,2 \text{ miljard} + € 9,1 \text{ miljard} = € 17,4 \text{ miljard}$)

Figuur 24

Zie voor een nadere toelichting op de analyse de rapportage van het Centraal Planbureau: <http://www.cpb.nl/publicatie/decompositie-van-de-zorguitgaven-1972-2010>.

Hoofdstuk 3

Vergelijking Europa

Vergelijking van prestaties van ziekenhuizen in Nederland, Frankrijk, Duitsland, Denemarken, Spanje, Zwitserland, Groot-Brittannië, Oostenrijk en België op basis van gegevens van de OECD en andere bronnen.

3.1 Samenvatting

In dit deel van het brancherapport wordt de Nederlandse ziekenhuiszorg gespiegeld aan die in België, Denemarken, Duitsland, Groot-Brittannië, Frankrijk, Oostenrijk, Spanje en Zwitserland.

In de internationale vergelijking is gebruik gemaakt van diverse (internationale) databronnen. Waar mogelijk zijn alle eerder genoemde landen opgenomen in de vergelijking. Helaas zijn niet altijd voor alle landen data beschikbaar. Voor de analyses zijn soms bronnen samengevoegd en bewerkt omwille van een correcte vergelijking. In de bijlage staan de methodes beschreven.

Evenals in het brancherapport van 2010 'Zorg voor baten' worden de zorgsystemen van bovengenoemde landen beoordeeld in navolging van het OECD-model. In dit brancherapport worden de volgende onderwerpen besproken:

- 1 Het aanbod van ziekenhuiszorg
- 2 De prestaties van de ziekenhuiszorg (kwaliteit, toegang en betaalbaarheid)

Beide onderwerpen zullen worden beoordeeld op basis van de meest recente data. De vergelijking tussen de verschillende landen op bovenstaande twee onderwerpen gaat zoveel mogelijk specifiek in op de ziekenhuiszorg. Soms worden huisartsen in de vergelijking opgenomen, aangezien de scheiding tussen eerste- en tweedelijns zorg internationaal niet altijd eenduidig is.

Uit de vergelijking blijkt dat Nederland in Europa een bijzondere positie inneemt:

- Alle in het onderzoek bestudeerde landen in West-Europa hebben meer artsen per inwoner dan Nederland en de meeste landen hebben naar verhouding meer ziekenhuisbedden. Nederlanders gebruiken daarnaast een gemiddelde hoeveelheid ziekenhuiszorg, zoals consulten en opnames. Het aantal chirurgische en cardiologische verrichtingen is in Nederland relatief laag. De hoeveelheid diagnostische apparatuur (CT, MRI en angiografie) en het gebruik ervan is gemiddeld.
- Nederlanders zijn tevreden over hun ziekenhuizen. In de hoogste en laagste inkomenscategorieën kreeg vrijwel iedereen de benodigde zorg. In vergelijking met West-Europa geeft Nederland het laagste percentage van het bbp uit aan curatieve zorg en het hoogste aan zowel de niet-curatieve zorg als de gezondheidszorg in totaal.

Kortom, uit de internationale vergelijking blijkt dat Nederlanders een gemiddelde hoeveelheid aan ziekenhuiszorg consumeren en er relatief weinig aan uitgeven.

3.2 Aanbod en productie van ziekenhuiszorg

De capaciteit voor ziekenhuiszorg in Nederland is vergeleken met Europa laag. Nederland heeft het laagste aantal werkzame artsen en heeft een lager dan gemiddeld aantal ziekenhuisbedden per 100.000 inwoners. Daarnaast gaan Nederlanders relatief weinig naar de dokter, is de gemiddelde bedbezetting het laagst en ligt ook de opnameduur onder het Europees gemiddelde. Het aantal CT-scanners ligt in Nederland ruim onder het gemiddelde, evenals het aantal CT-scans. Nederland heeft wel een hoger aantal MRI-scanners dan de rest van Europa en voert een gemiddeld aantal scans uit. Het aantal angiografie-units ligt rond het gemiddelde. Gekeken naar het aantal chirurgische en cardiologische verrichtingen voert Nederland 10 van de 12 verrichtingen – waarover gegevens beschikbaar zijn – 5% tot 34% minder vaak uit dan in de rest van Europa. In Nederland worden alleen vaker amandelen geknipt en meer staaroperaties uitgevoerd. Ook importeert Nederland het grootste aandeel van de totale gezondheidszorg aan gezondheidszorg, diensten en diagnostiek in vergelijking met de rest van Europa.

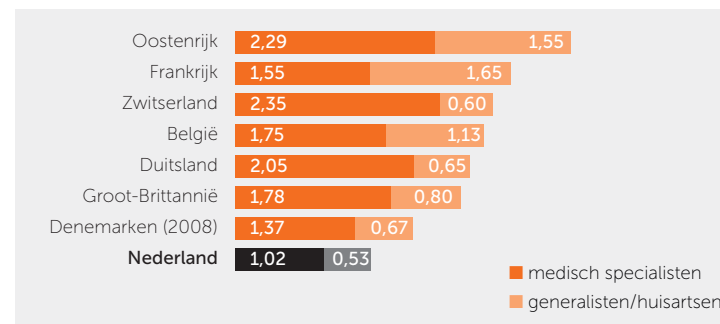
3.2.1 Artsen

Het aantal medisch specialisten en huisartsen in Nederland is het laagst in West-Europa (figuur 32). Het aantal artsen is in Oostenrijk bijna twee keer zo hoog (3,8). Nederlanders gaan in vergelijking met de andere Europese landen weinig naar de dokter. Een Nederlander gaat bijna 6 keer per jaar naar de dokter, een Spanjaard bijna 9 keer. In Zwitserland gaat men het minst vaak naar de dokter met 3,4 keer per inwoner. Daarnaast gaan alleen Denen (4 keer) en inwoners van Groot-Brittannië (5 keer) minder naar de dokter dan Nederlanders (figuur 33).

3.2.2 Ziekenhuisfaciliteiten

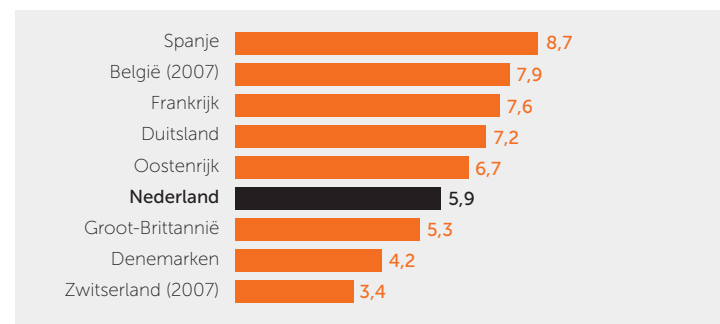
In vergelijking met de andere Europese landen heeft Nederland weinig ziekenhuisbedden in de curatieve zorg. Met 2,8 bedden per 1.000 inwoners heeft Nederland fors minder bedden dan Duitsland (5,7). Groot-Brittannië en Spanje hebben als enige minder bedden dan Nederland, met respectievelijk 2,7 en 2,5 bedden per 1.000 inwoners (figuur 34).

Figuur 32 Aantal medisch specialisten en huisartsen per 1.000 inwoners in 2009



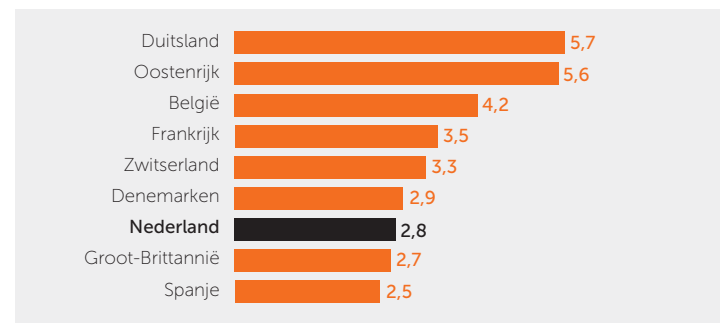
Bron: OECD, Health at a Glance 2011 database & Nivel

Figuur 33 Aantal consulten per hoofd van de bevolking in 2009 (inclusief huisarts)



Bron: OECD, Health at a Glance 2011 database

Figuur 34 Aantal ziekenhuisbedden in de curatieve zorg per 1.000 inwoners in 2009



Bron: OECD, Health at a Glance 2011 & SIRM jaarverslagen database 2009

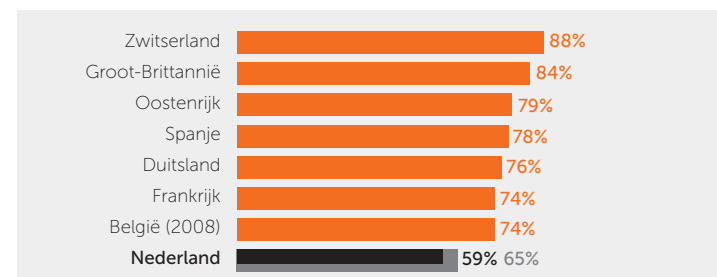
Naast het aantal bedden is ook de bedbezetting laag in Nederland. Nederland scoort op het gebied van bedbezetting met een percentage van 59% zelfs beduidend lager dan de overige landen (figuur 35). Ook wanneer de bedbezetting wordt berekend met behulp van gegevens uit de jaarverslagen van de Nederlandse ziekenhuizen is de bedbezetting in Nederland het laagst (65%). De afstand met België - dat na Nederland het laagste percentage bezette bedden heeft – is 10 tot 15 procentpunt. Het aantal bezette bedden in Nederland ligt bijna 30 procentpunt lager dan in Zwitserland (88%).

Het aantal klinische opnames per 1.000 inwoners is laag (116) in Nederland. Alleen in Spanje is het aantal opnames lager (88). Het aantal dagbehandelingen per 1.000 inwoners is in Nederland (118) hoger dan het Europees gemiddelde (80). Alleen Groot-Brittannië en België hebben meer dagbehandelingen, met respectievelijk 140 en 182 dagbehandelingen per 1.000 inwoners.

Op het aantal klinische opnames en aantal dagbehandelingen gezamenlijk scoort Nederland in vergelijking met Europa iets onder het gemiddelde, met 235 opnames per 1.000 inwoners (figuur 36). België en Oostenrijk hebben het hoogste aantal opnames, met respectievelijk 358 en 345 opnames per 1.000 inwoners. Spanje heeft het laagste aantal opnames (114), gevolgd door Zwitserland (206).

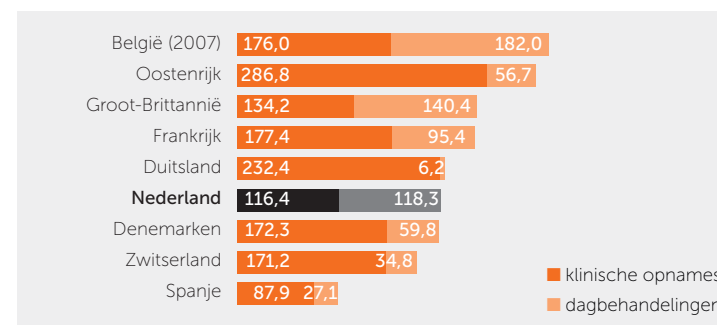
Een relatief groot aandeel van de opnames wordt in Nederland uitgevoerd in dagbehandeling (50%). België (51%) en Groot-Brittannië (51%) voeren als enige naar verhouding meer dagbehandelingen uit (figuur 37). Het verschil tussen bovengenoemde landen en Frankrijk (35%) is ruim 15 procentpunt. Duitsland voert relatief gezien het minst aantal dagbehandelingen uit (2,6%).

Figuur 35 Gemiddelde bedbezetting in de curatieve zorg in 2009



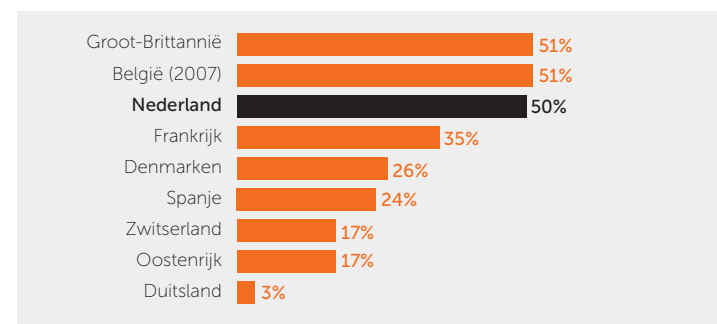
Bron: OECD, 'Health at a Glance 2011' & SIRM jaarverslagen database 2009

Figuur 36 Aantal curatieve opnames per 1.000 inwoners in 2009



Bron: OECD, Health at a Glance 2011 database

Figuur 37 Aandeel van de dagbehandelingen in het totaal aantal curatieve opnames in 2009



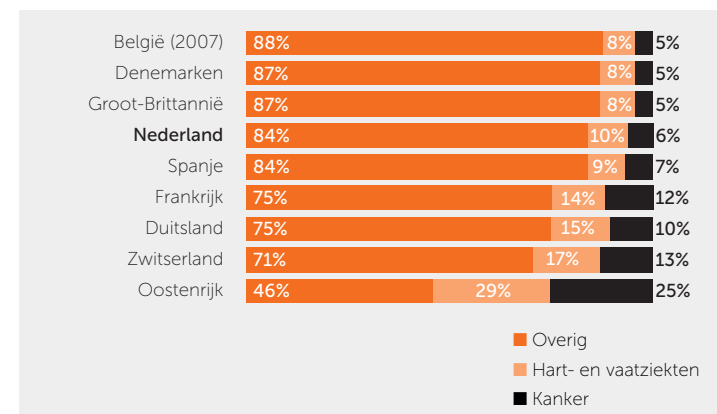
Bron: OECD, Health at a Glance Database 2011

Voor het totale aantal opnames per 1.000 inwoners is onderscheid gemaakt in opnames voor kanker en opnames voor hart- en vaatziekten. Het verschil in het totale aantal opnames tussen de Europese landen ligt overwegend aan opnames die niet gerelateerd zijn aan hart- en vaatziekten en kanker (figuur 38).

Als gekeken wordt naar de reden van de opname spelen hart- en vaatziekten en kanker een relatief kleine rol in het totale aantal opnames: 17% van de opnames in Nederland is gerelateerd aan hart- en vaatziekten en 11% aan kanker. In Oostenrijk nemen deze ziekten een fors groter aandeel in; daar is 34% van de opnames gerelateerd aan hart- en vaatziekten en 29% aan kanker.

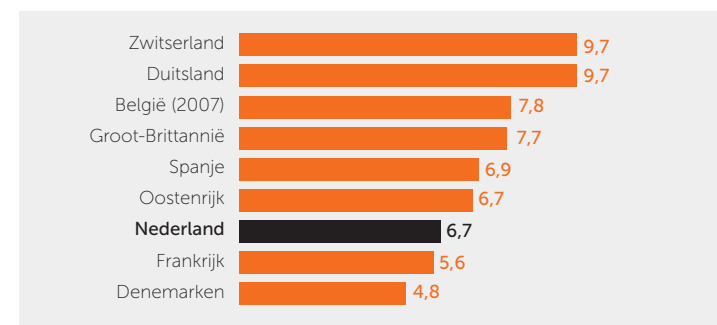
Wanneer Nederlanders eenmaal opgenomen worden in het ziekenhuis, is de opnameduur relatief laag (figuur 39). Gemiddeld duurt een opname in 2009 in Nederland 5,8 dagen. Alleen Frankrijk en Denemarken scoren lager met een opnameduur van respectievelijk 5,6 en 4,8 dagen. Vergeleken met Zwitserland (9,7 dagen) is de opnameduur in de Nederlandse ziekenhuizen 40% korter.

Figuur 38 Verdeling van het aantal curatieve opnames per 1.000 inwoners naar aandoening in 2009



Bron: OECD, Health at a Glance 2011 database

Figuur 39 Opnameduur in dagen in 2009



Bron: OECD, Health at a Glance 2011 database

3.3 Diagnostische beeldvormende apparatuur

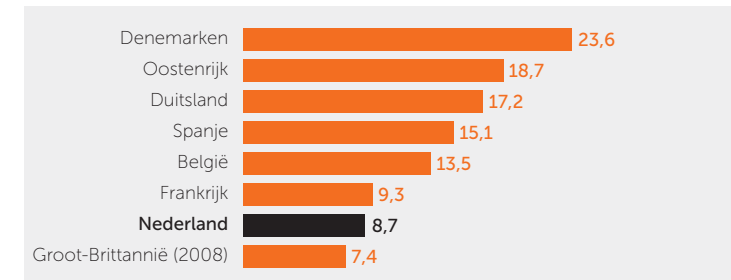
3.3.1 CT-scanners

Het aantal CT-scanners in Nederlandse ziekenhuizen ligt met 9 per miljoen inwoners relatief laag, vergeleken met de overige Europese landen. Alleen Groot-Brittannië (7) heeft er minder. Duitsland en Oostenrijk hebben twee keer zoveel CT-scanners als Nederland en Denemarken bijna 3 keer zoveel. Het aantal uitgevoerde CT-scans is in Nederland ook relatief laag. Alleen Duitsland voert minder CT-scans uit, hoewel de Duitse ziekenhuizen bijna 9 CT-scanners per miljoen inwoners meer bezitten dan Nederland. Het land met de meest uitgevoerde CT-scans is België. Met 179 CT-scans per 1.000 inwoners, voeren Belgen ruim 2,5 keer zoveel CT-scans uit als de Nederlanders. Ook Oostenrijk en Frankrijk voeren meer dan twee keer zoveel CT-scans uit als Nederland (figuur 40).

Het aantal CT-scans per CT-scanner is in Nederland 7.839, waarmee Nederland tot de middenmoot behoort. België heeft het hoogste aantal CT-scans per scanner (13.281) en Duitsland het laagst (2.849).

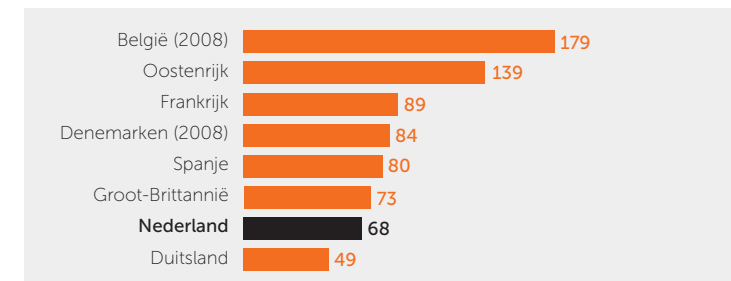
$$\frac{\text{Aantal CT-scans per 1.000 inwoners}}{\text{Aantal CT-scanners per miljoen inwoners}} \times 1.000 = \text{Aantal CT-scans per CT-scanner}$$

Figuur 40 Aantal CT-scanners per miljoen inwoners, 2009



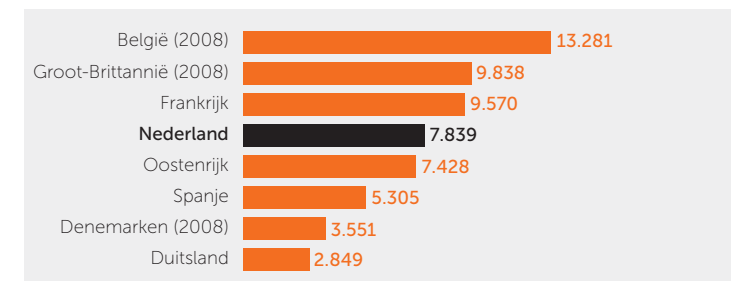
Bron: OECD, Health at a Glance 2011 database & RIVM

Aantal CT-scans per 1.000 inwoners in 2009



Bron: OECD, Health at a Glance 2011 database & RIVM

Aantal CT-scans per CT-scanner, 2009



Bron: OECD, Health at a Glance 2011 database & RIVM

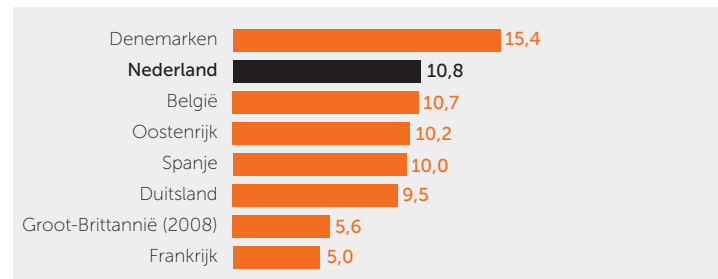
3.3.2 MRI-scanners

Nederland heeft per miljoen inwoners meer MRI-scanners in ziekenhuizen dan het gemiddelde in West-Europa. Alleen Denemarken (15) heeft meer MRI-scanners dan Nederland. Op het aantal uitgevoerde scans scoort Nederland gemiddeld in vergelijking met de andere Europese landen. Wat betreft het aantal scans per 1.000 inwoners voeren België (53) en Oostenrijk (50) meer scans uit dan Nederland en Spanje. Duitsland (17) voert het laagste aantal scans per 1.000 inwoners uit.

Nederland scoort relatief laag als gekeken wordt naar het aantal scans per MRI-scanner. Met 3.907 scans per scanner heeft Nederland een aanzienlijk lager aantal scans per scanner dan Groot-Brittannië (6.893) en een hoger aantal dan Duitsland (1.821) (figuur 41).

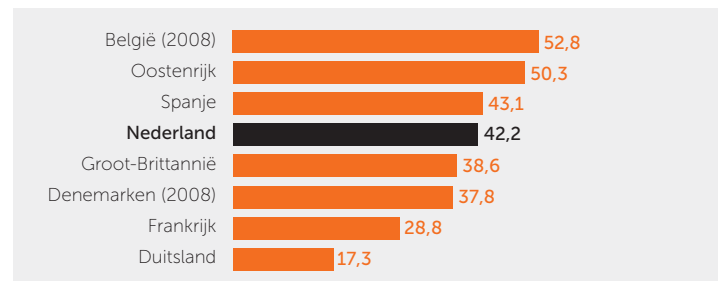
$$\frac{\text{Aantal MRI-scans per 1.000 inwoners}}{\text{Aantal MRI-scanners per miljoen inwoners}} \times 1.000 = \text{Aantal MRI-scans per MRI-scanner}$$

Figuur 41 Aantal MRI-scanners per miljoen inwoners, 2009



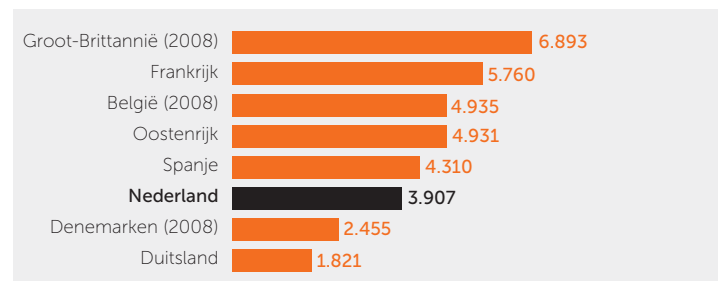
Bron: OECD, Health at a Glance 2011 database & RIVM

Aantal MRI-scans per 1.000 inwoners in 2009



Bron: OECD, Health at a Glance 2011 database & RIVM

Aantal MRI-scans per MRI-scanner, 2009

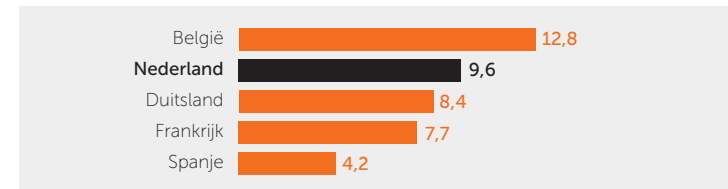


Bron: OECD, Health at a Glance 2011 database & RIVM

3.3.3 Angiografische units

In vergelijking met andere Europese landen heeft Nederland met 9,6 units per miljoen inwoners na België (12,8) de meeste angiografie-units. Duitsland (8,4), Frankrijk (7,7) en Spanje (4,2) hebben minder angiografische units per miljoen inwoners dan Nederland (figuur 42).

Figuur 42 Aantal angiografie units per miljoen inwoners in 2009



Bron: OECD, Health at a Glance 2011 database

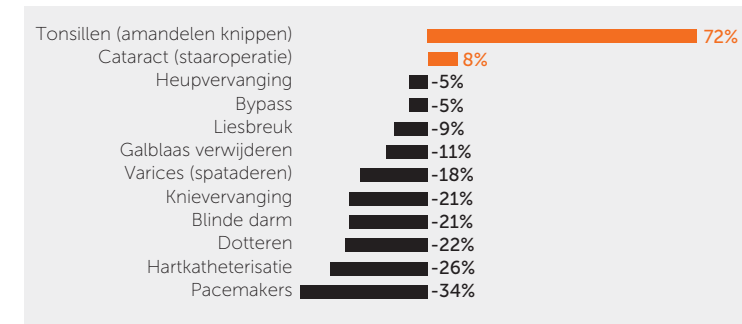
3.4 Chirurgische en cardiologische verrichtingen

Het aantal chirurgische verrichtingen per 100.000 inwoners is in Nederland relatief laag. Dit volgt uit een vergelijking van beschikbare gegevens over chirurgische en cardiologische verrichtingen in de OECD database.

Voor twaalf cardiologische en chirurgische verrichtingen, waarvoor vergelijkbare data beschikbaar zijn, worden slechts twee verrichtingen vaker uitgevoerd dan het Europees gemiddelde (figuur 43). Het knippen van amandelen gebeurt in Nederland aanmerkelijk vaker (72%) dan in de rest van Europa en er worden naar verhouding ook meer staaroperaties (8%) verricht.¹⁰ Tien van de twaalf verrichtingen worden echter in Nederland minder vaak uitgevoerd, variërend van 5% voor heupvervanging tot 34% voor het plaatsen van pacemakers.

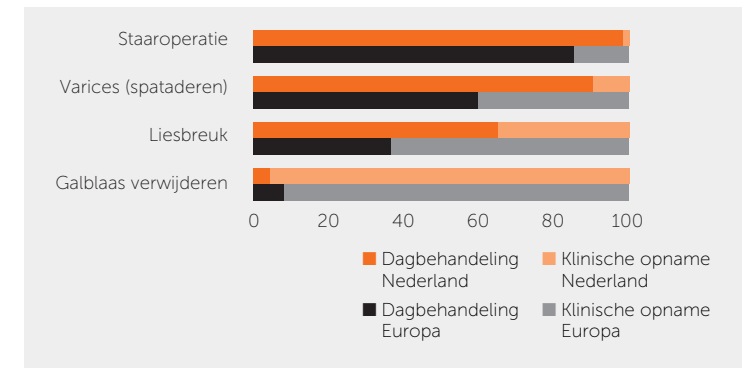
Van de vier behandelingen waar gegevens van bekend zijn (staar, spataderen, liesbreuk en galblaasverwijdering), verricht Nederland er relatief veel in dagbehandeling (figuur 44).

Figuur 43 Aantal chirurgische verrichtingen per 100.000 inwoners in Nederland in 2009 (t.o.v. Europees gemiddelde)



Bron: OECD, Health at a Glance database 2011

Figuur 44 Chirurgische verrichtingen per 100.000 inwoners naar type behandeling in 2009 (Nederland en gemiddelde in Europa)

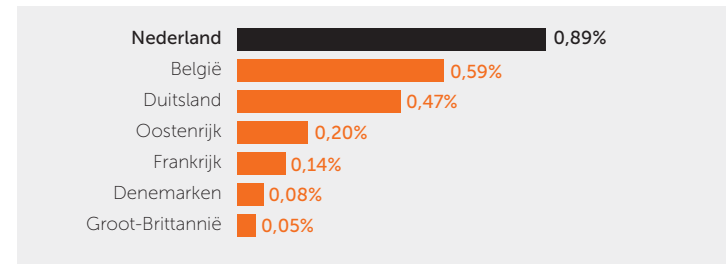


¹⁰ De registratie van staaroperaties in dagbehandeling verschilt tussen landen. Daardoor kan het aantal behandelingen in andere landen zijn onderschat.

3.5 Grensoverschrijdende zorg

Nederland importeert relatief gezien de meeste zorg en hulpmiddelen uit het buitenland (figuur 45). Met 0,89% van de totale zorguitgaven staat Nederland bovenaan, terwijl Groot-Brittannië met 0,05% onderaan staat.

Figuur 45 Import van gezondheidszorg als percentage van de totale zorguitgaven in 2009



Bron: OECD, Health at a Glance 2011 database

3.6 Prestaties van de ziekenhuiszorg

Nederland lijkt relatief goed te scoren op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

Het vergelijken van de zorginhoudelijke kwaliteit is lastig, aangezien er weinig betrouwbare en vergelijkbare kwaliteitsindicatoren zijn die internationaal worden gemeten.

In 2009 beoordeelde de Nederlandse consument de kwaliteit van ziekenhuizen in 91% van de gevallen als 'goed'. De vijfjaarsoverlevingskansen voor baarmoederhals-, borst- en darmkanker zijn in Nederland bovengemiddeld.

De toegankelijkheid tot zorg is in Nederland, in vergelijking met de andere Europese landen, goed. De uitgaven aan curatieve zorg als percentage van het bbp zijn het laagst in Nederland. De uitgaven aan de totale gezondheidszorg (inclusief AWBZ) per hoofd van de bevolking zijn hoog. Wanneer de totale kosten van de gezondheidszorg worden afgezet tegen het bbp, scoort Nederland het hoogst. De verklaring daarvoor zijn de relatief zeer hoge kosten voor niet-curatieve zorg.

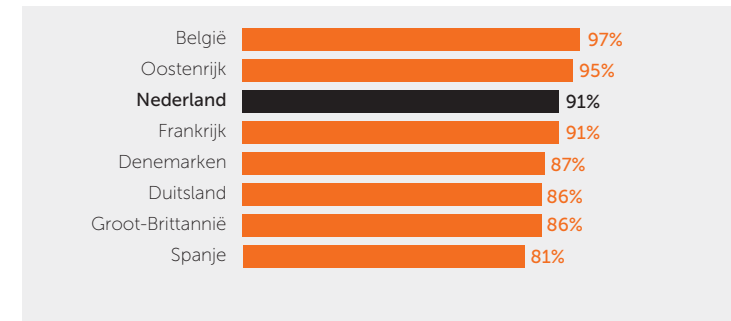
3.6.1 Kwaliteit van de ziekenhuiszorg

Het betrouwbaar internationaal vergelijken van ziekenhuizen is gecompliceerd. Deze paragraaf beperkt zich tot de volgende twee vergelijkingen:

- het percentage respondenten dat de kwaliteit van ziekenhuizen als 'goed' beoordeelt
- de vijfjaarsoverlevingskansen voor baarmoederhals-, borst- en darmkanker
- de ziekenhuissterfte van opnames voor een hartinfarct, een herseninfarct en een hersenbloeding

91% van de Nederlanders beoordeelt de kwaliteit van ziekenhuizen met 'goed' (figuur 46). In Frankrijk is dit percentage hetzelfde, alleen in Oostenrijk (95%) en België (97%) ligt dit percentage hoger. In Spanje wordt de kwaliteit van ziekenhuizen het minst met 'goed' beoordeeld (81%).

Figuur 46 Het percentage respondenten dat in 2009 de kwaliteit van ziekenhuizen als goed beoordeelt

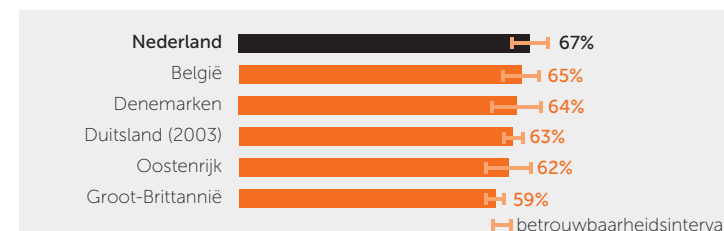


Bron: Eurobarometer 327

Wat betreft de vijfjaarsoverlevingskansen voor baarmoederhals, borst-, borst- en darmkanker scoort Nederland op het oog relatief goed. De verschillen zijn echter klein wanneer we de betrouwbaarheidsintervallen in de beoordeling meenemen.

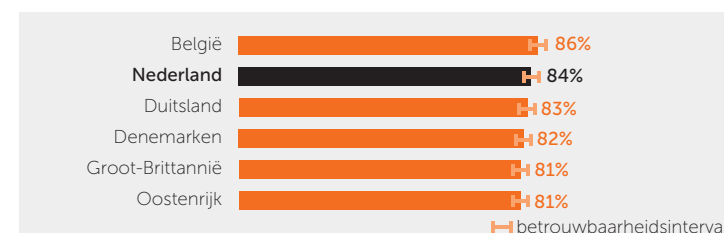
De betrouwbaarheidsintervallen (een maat voor de statistische onzekerheid van de berekende waarde) geven aan dat met 95% zekerheid de overlevingskans hierbinnen valt. Voor baarmoederhalskanker heeft Nederland alleen met 95% zekerheid een hogere vijfjaars-overlevingskans dan Groot-Brittannië. Voor borstkanker is de vijfjaars-overlevingskans in Groot-Brittannië ook met 95% zekerheid lager in Oostenrijk dan in Nederland. De vijfjaarsoverlevingskans voor darmkanker is met 95% zekerheid in Nederland lager dan in België en hoger dan in Denemarken en Groot-Brittannië (figuur 47).

Figuur 47 Vijfjaarsoverlevingskansen voor baarmoederhalskanker (2004-2009)



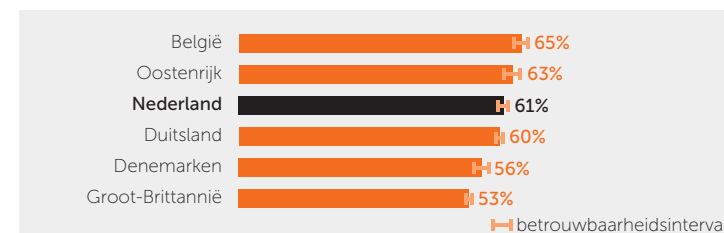
Bron: OECD, Health at a Glance 2011 database

Vijfjaarsoverlevingskansen voor borstkanker (2004-2009)



Bron: OECD, Health at a Glance 2011 database

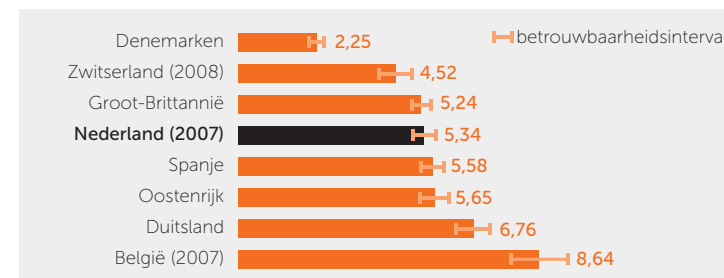
Vijfjaarsoverlevingskansen voor darmkanker (2004-2009)



Bron: OECD, Health at a Glance 2011 database

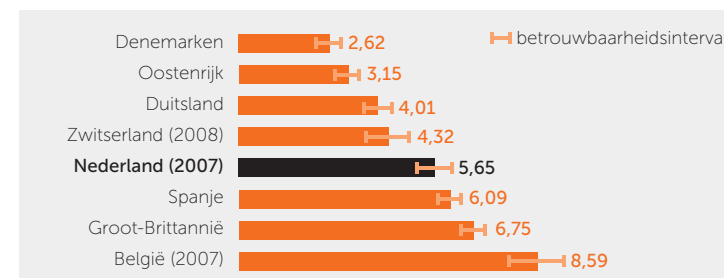
Op het gebied van ziekenhuissterfte scoort Nederland onder het gemiddelde. Hierbij betreft het de sterfte die in het ziekenhuis plaatsvindt binnen 30 dagen na opname voor een hartinfarct, hersenbloeding of herseninfarct. De ziekenhuissterfte na opname voor een hartinfarct is met 95% zekerheid lager in Denemarken en Zwitserland (figuur 48). Duitsland en België hebben bij opnames voor hartinfarct met 95% zekerheid een hogere ziekenhuissterfte dan Nederland. Voor opnames voor hersenbloedingen is de ziekenhuissterfte in Groot-Brittannië en België met 95% zekerheid hoger dan in Nederland. Denemarken, Oostenrijk, Duitsland en Zwitserland hebben met 95% zekerheid een lagere ziekenhuissterfte. Wat betreft de ziekenhuissterfte binnen 30 dagen na een opname voor een hersenbloeding heeft alleen België met 95% zeker een hogere sterfte dan Nederland. Zowel Oostenrijk, Duitsland, Zwitserland, Denemarken als Groot-Brittannië laten een lagere ziekenhuissterfte zien.

Figuur 48 Aantal patiënten dat voor een hartinfarct is opgenomen en binnen 30 dagen overleden is, 2009



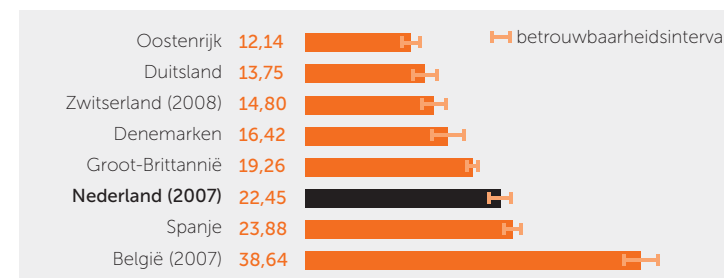
Bron: OECD, Health at a Glance 2011 database

Aantal patiënten dat binnen 30 dagen na opname voor een hersenbloeding is overleden, 2009



Bron: OECD, Health at a Glance 2011 database

Aantal patiënten dat voor een hersenbloeding is opgenomen en binnen 30 dagen overleden is, 2009



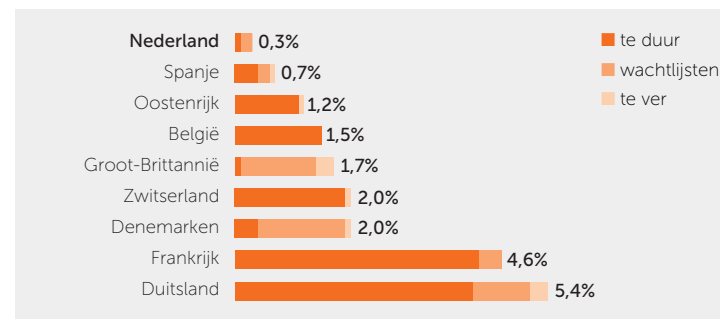
Bron: OECD, Health at a Glance 2011 database

3.6.2 Toegang tot ziekenhuiszorg

De toegang tot ziekenhuiszorg is erg goed in Nederland (figuur 49): voor de laagste inkomens is het percentage van de bevolking dat onthouden is van zorg het laagst in vergelijking met de andere Europese landen. Het niet-ontvangen van de benodigde zorg bij de lage inkomens wordt verklaard door wachtlijsten en kosten, niet door de afstand tot de zorgaanbieder. In Frankrijk (4,6%) en Duitsland (5,4%) wordt het grootste gedeelte van de bevolking in de laagste inkomens-categorie onthouden van zorg, overwegend vanwege de kosten.

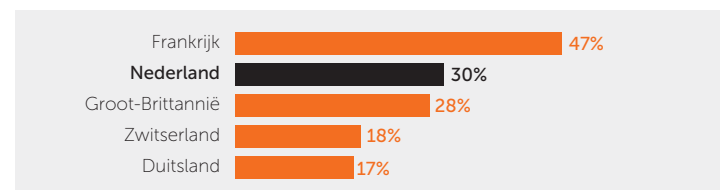
In Nederland moet een patiënt in 30% van gevallen vier weken of meer wachten op een afspraak met de medisch specialist (figuur 50). Alleen in Frankrijk ligt dit percentage hoger (47%). Het wachten van vier maanden of meer op planbare chirurgie komt in Nederland in 5% van de gevallen voor. Alleen in Duitsland is dit lager met 0% (figuur 51).

Figuur 49 Het percentage van de bevolking met een laag inkomen dat in 2009 onthouden is van zorg



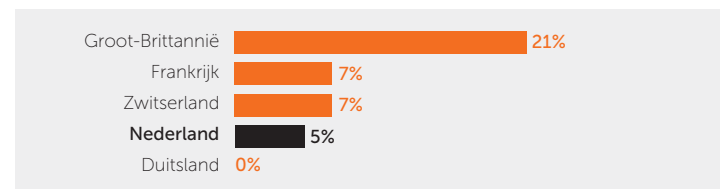
Bron: OECD, Health at a Glance 2011 database

Figuur 50 Percentage patiënten dat 4 of meer weken moet wachten op een afspraak met een medisch specialist in 2010



Bron: OECD, Health at a Glance 2011 database

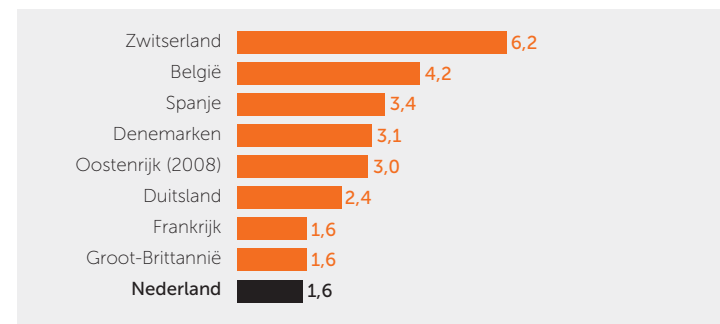
Figuur 51 Percentage patiënten die 4 of meer maanden moeten wachten op planbare chirurgie in 2010



Bron: OECD, Health at a Glance 2011 database

Voor de financiële toegankelijkheid wordt gekeken naar het aandeel van de eigen betalingen voor zorguitgaven in relatie tot de totale uitgaven van een huishouden. Dit percentage is met 1,5% in Nederland het laagst. In Zwitserland ligt dit percentage het hoogst, waar 6,2% van de huishouduitgaven wordt besteed als eigen betaling aan de zorg (figuur 52).

Figuur 52 **Eigen betalingen aan gezondheidszorg als percentage van de totale uitgaven van huishoudens in 2009**



Bron: OECD, Health at a Glance 2011 database

3.6.3 Betaalbaarheid van de ziekenhuiszorg¹¹

Met slechts 3,7% van het bbp geeft Nederland binnen de vergelijkingsgroep het minste geld uit aan curatieve zorg (ziekenhuiszorg, huisartsen en medisch specialisten). Frankrijk (4,9%), Zwitserland (5,0%) en Denemarken (5,3%) geven minstens 1% meer van het bbp uit aan de curatieve gezondheidszorg (figuur 53).

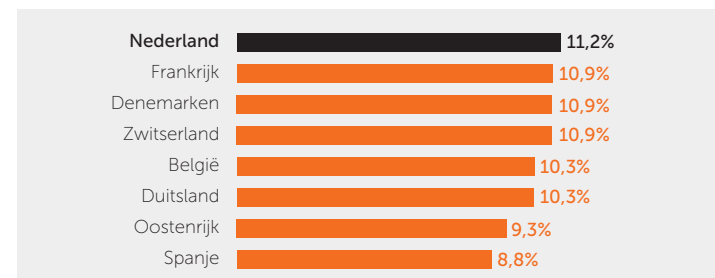
Voor de niet-curatieve zorg geeft Nederland fors meer uit dan de overige Europese landen. Na Nederland (7,4%) geeft Frankrijk (5,2%) het hoogste percentage van het bbp uit aan niet-curatieve zorg, een verschil van 2,2 procentpunt. Oostenrijk en Spanje geven het laagste percentage van het bbp uit aan niet-curatieve zorg met respectievelijk 2,7% en 2,3%.

Het percentage van het bbp dat wordt uitgegeven aan de totale gezondheidszorg is in Nederland het hoogst met 11,2%, ofschoon het verschil met Frankrijk, Denemarken en Zwitserland niet groot is. In Oostenrijk (9,3%) en Spanje (8,8%) is het percentage van de totale zorguitgaven van het bbp het laagst.

Uitgaven aan de totale gezondheidszorg =

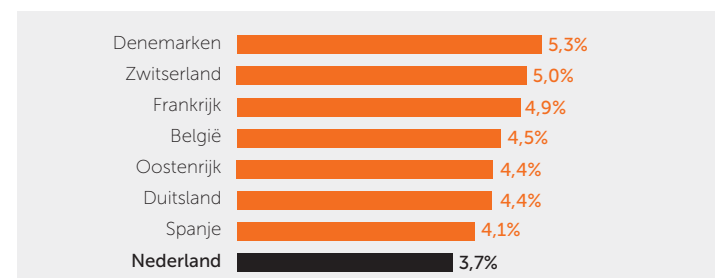
Uitgaven aan curatieve zorg + Uitgaven aan niet-curatieve zorg

Figuur 53 **Uitgaven aan de totale gezondheidszorg als percentage van het bbp in 2009***



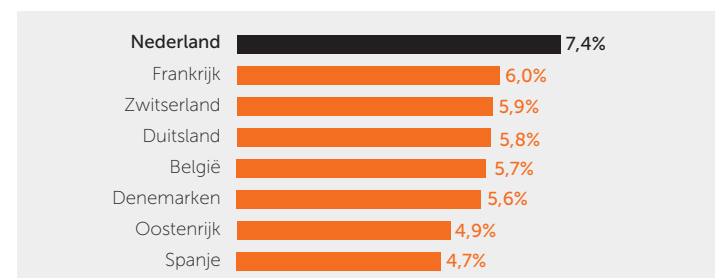
Bron: Eurostat, CBS Statline & SIRM analyse
* gecorrigeerd voor geslachts- en leeftijdsopbouw van de bevolking

Uitgaven aan curatieve zorg als percentage van het bbp in 2009*



Bron: Eurostat, CBS Statline & SIRM analyse
* gecorrigeerd voor geslachts- en leeftijdsopbouw van de bevolking

Uitgaven aan de niet-curatieve gezondheidszorg als percentage van het bbp in 2009*



Bron: Eurostat, CBS Statline & SIRM analyse
* gecorrigeerd voor geslachts- en leeftijdsopbouw van de bevolking

¹¹ De in dit hoofdstuk opgenomen cijfers voor zorgkosten – totaal, per hoofd van de bevolking en in procenten van het bbp – wijken af van die van het macrohoofdstuk. Dat wordt verklaard door de andere jaren waarop cijfers betrekking hebben en vooral ook door de andere definities van zorgkosten die voor de Europese vergelijking moeten worden gehanteerd.

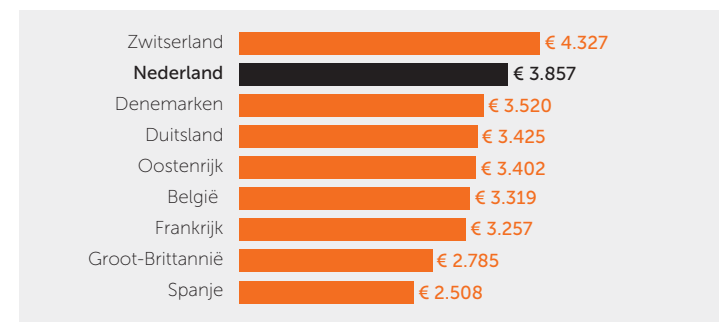
De gemiddelde zorguitgaven op jaarbasis per hoofd van de bevolking zijn in Nederland € 3.857. Alleen Zwitserland geeft met € 4.327 meer uit dan Nederland (figuur 54). In vergelijking met 2007 zijn de uitgaven in 2009 in Nederland met € 658 (21%) gestegen. De stijging in andere landen is het laagst in Frankrijk (8,7%) en het hoogst in Denemarken (20,6%).

De uitgaven aan ziekenhuizen en zelfstandige artsen liggen rond het Europees gemiddelde (figuur 55). Met € 1.283 per inwoner aan ziekenhuiszorg en zelfstandige artsen, scoort Nederland na Spanje (€ 1.139) het laagst. Het verschil tussen de totale zorguitgaven (€ 3.857) en de zorguitgaven aan ziekenhuizen en medisch specialisten (€ 1.283), zijn uitgaven aan tandartspraktijken, ouderenzorg, gehandicaptenzorg en overige verstrekkers van gezondheidszorg.

Het aandeel van de uitgaven aan de ziekenhuizen en zelfstandige artsen van de totale uitgaven aan de gezondheidszorg is het laagst in Nederland, namelijk 32%, terwijl het aandeel van de ziekenhuiszorg in alle andere landen van de vergelijkingsgroep hoger. Het aandeel van de kosten voor zelfstandige artsen is alleen in Spanje en Oostenrijk lager (figuur 56).

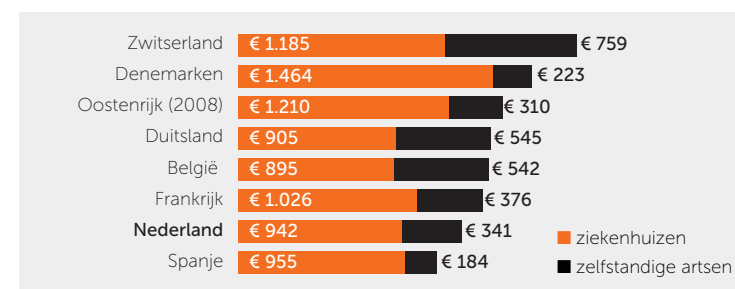
De Nederlandse curatieve zorg is dus zeer betaalbaar, terwijl de AWBZ zorg de duurste van Europa is.

Figuur 54 **Uitgaven aan de totale gezondheidszorg per inwoner in 2009 in euro's, gecorrigeerd voor koopkrachtverschillen**



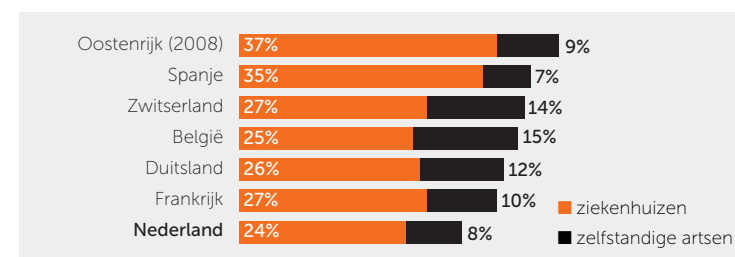
Bron: OECD, Health at a Glance 2011 database & SiRM analyse

Figuur 55 **Uitgaven aan curatieve zorg per inwoner in 2009 in euro's, gecorrigeerd voor koopkrachtverschillen**



Bron: OECD, Health at a Glance 2011 database & SiRM analyse

Figuur 56 **Verdeling van de zorguitgaven naar soort aanbieder als percentage van de totale zorguitgaven in 2009**



Bron: Eurostat

3.7 Discussie internationale vergelijking

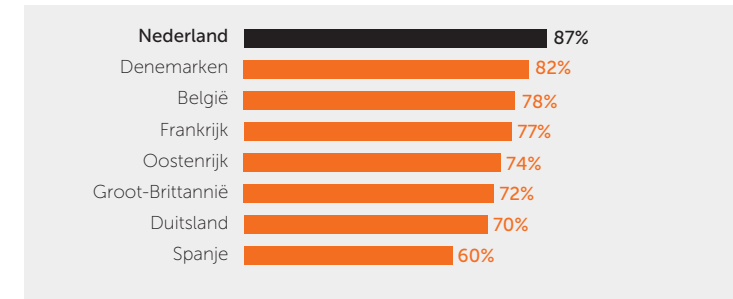
Een brede vergelijking, de zogenaamde Euro Health Consumer Index 2012, laat zien dat Nederland over de volle breedte goed scoort. Nederland haalt 872 van de 1.000 punten (figuur 57). Die punten worden toegekend voor de prestatie in vijf categorieën; patiëntenrechten en informatie, toegankelijkheid, resultaten (outcomes), preventie en volledigheid van de dienstverlening, en farmacie. Op alle vijf terreinen scoort Nederland hoog. De EHCI score van Nederland is bovendien de afgelopen jaren steeds verbeterd.

De Nederlandse productie van zorg is laag. In vergelijking met andere Europese landen kent Nederland minder contacten met artsen, minder (klinische) opnames en minder (chirurgische) verrichtingen.

Het aantal artsen wordt in Nederland gereguleerd door een numerus fixus bij de toelating voor de studie geneeskunde. Het aantal artsen in Nederland is dan ook relatief laag. Vanuit de theorie van aanbodgeïnduceerde zorg zou dit een verklaring kunnen zijn voor de lagere zorgproductie. De toegankelijkheid tot zorg is in Nederland in vergelijking met de andere Europese landen, goed. Dit kan een aanduiding zijn dat er in Nederland geen sprake is van onderconsumptie.

Een eenduidig antwoord op de vraag of in Nederland sprake is van onderconsumptie kan hier niet beantwoord worden. Wel kan deze internationale vergelijking bijdragen aan de discussie over het gewenste volumeniveau van de ziekenhuiszorg in Nederland.

Figuur 57 Score ten opzichte van maximaal te behalen punten in European Health Consumer Index 2012 (% van maximum)



Bron: Health Consumer Powerhouse, 2012

3.8 Opmerkingen en methodologische toelichting per figuur

Figuur 32

- 'Werkzame arts' is door de OECD gedefinieerd als een persoon die een universitair diploma van de studie medicijnen heeft en zelfstandig of in loondienst werkzaam is. Artsen in opleiding zijn niet meegenomen.
- In internationale data is voor Nederland het aantal BIG-geregistreerde artsen opgenomen. Dat is een overschatting van het aantal werkzame artsen. Hiervoor is gecorrigeerd (zie toelichting in de bijlage). Het aantal huisartsen is inclusief verpleeghuisartsen. Het aantal artsen in Spanje is een onderschatting: de werkzame, zelfstandige huisartsen en medisch specialisten in private klinieken zijn niet meegenomen. Voor Zwitserland is sprake van een kleine overschatting van het aantal medisch specialisten. De medisch specialisten met twee of meer specialisaties zijn dubbel meegenomen.
- Het aantal huisartsen in Nederland is gebaseerd op gegevens uit 2009 van het NIVEL.
- Voor Frankrijk is het aantal huisartsen een overschatting, omdat ook niet-werkzame huisartsen zijn meegenomen.
- De Nederlandse gegevens voor medisch specialisten zijn afkomstig uit het Capaciteitsplan 2010.

Figuur 34

- In de OECD Health at a Glance 2011 database is het administratieve aantal bedden meegenomen. Het werkelijke aantal bedden was in Nederland in 2009 gemiddeld 10% lager. Hiervoor is in de figuur gecorrigeerd. Bron: databewerking van jaarverslagen 2009.
- De bedbezetting in de OECD Health at a Glance 2011 database is gecorrigeerd – van 53% naar 59% – omdat de OECD voor Nederland geen gebruik heeft gemaakt van het aantal werkelijke bedden. Deze bedbezetting wijkt af van de bedbezetting zoals is berekend met behulp van gegevens uit de jaarverslagen van de Nederlandse ziekenhuizen (65%).
- De bedbezetting in Nederland is relatief laag. Mogelijk heeft dit als oorzaak dat de dagverplegingsdagen voor de ziekenhuizen in Nederland niet zijn meegenomen in de berekening. De door de OECD bij deze berekening gehanteerde definitie van 'verpleegdagen' biedt hierover geen uitsluitel, maar impliceert de inclusie van dagverplegingsdagen. Een controle hiervan voor andere landen dan Nederland is niet mogelijk.

Het meenemen van zowel klinische als dagverplegingsdagen resulteert in een bedbezetting van 76%. Hiermee scoort Nederland alsnog laag, wel is de bedbezetting in België (74%) en Frankrijk (74%) lager.

Figuur 35

- Ook in deze figuur is gecorrigeerd voor het aantal werkelijke bedden. Hierdoor is de bezettingsgraad hoger dan in de OECD Health at a Glance database 2011.
- De Belgische gegevens dateren uit 2008.

Figuur 36

- De data over het aantal opnames zijn afkomstig uit de OECD database, waarin de opnames gemeten zijn aan de hand van het aantal gerapporteerde ontslagen.
- De Spaanse data zijn gecorrigeerd. Ontslagen van gezonde baby's zijn niet meegenomen (3-6%). Hiervoor is gecorrigeerd.
- Het aantal opnames in Frankrijk is een overschatting, hier is het aantal dagbehandelingen meegenomen.
- Voor Nederland en Oostenrijk zijn alleen opnames meegenomen voor ziekenhuizen die acute, kortdurende zorg leveren.
- De data voor Denemarken en Groot-Brittannië bevatten alleen ontslagen uit de publieke ziekenhuizen. In Denemarken vindt 4,6% van de verpleegdagen plaats in private ziekenhuizen; hiervoor is het aantal ontslagen patiënten met 4,6% verhoogd.

Figuur 40

- De Nederlandse gegevens uit de OECD database zijn niet compleet. De Nederlandse gegevens zijn afkomstig van het Informatiesysteem Medische Stralingstoepassingen.
- Voor Groot-Brittannië zijn de CT-scanners binnen de private sector niet meegenomen.
- Alleen CT-scanners en CT-scans binnen ziekenhuizen zijn meegenomen. Voor Groot-Brittannië zijn alleen data van de publieke sector meegenomen.

Figuur 41

- Voor Groot-Brittannië zijn de MRI-scanners binnen de private sector niet meegenomen.
- Alleen MRI-scanners en MRI-scans binnen ziekenhuizen zijn meegenomen. Voor Groot-Brittannië zijn alleen data van de publieke sector meegenomen.

Figuur 43

- In de bovenstaande figuur is het aantal verrichtingen van Nederland gebaseerd op data uit 2008. Voor de overige landen is gebruik gemaakt van data uit 2009 of het eerstvolgend beschikbare jaar.

Figuur 45

- De data voor België zijn gecorrigeerd.

Figuur 47

- De overlevingskansen zijn niet hetzelfde als het percentage overlevenden. De overlevingskans is het percentage overlevenden met de ziekte van het totale aantal mensen dat nog in leven is zonder de ziekte.
- De bovenstaande overlevingskansen zijn niet gecorrigeerd voor het stadium van de tumor bij diagnose. Hierdoor is de overlevingskans onder andere afhankelijk van het moment van diagnosestelling en screening en van kwaliteit van zorg.

Figuur 53

- In deze figuur zijn de resultaten gecorrigeerd voor de geslachts- en leeftijdsopbouw van de Europese landen. Voor een uitgebreidere bespreking van deze correctie zie paragraaf 3.9.
- De data voor de uitsplitsing van zorgkosten naar de 36 subgroepen is afkomstig van het RIVM en zijn uit 2007.

Figuur 54

- De gegevens uit de OECD Health at a Glance database 2011 komen nagenoeg overeen met de totale zorguitgaven in constante prijzen in CBS-Statline. Volgens de OECD Health at a Glance database 2011 zijn deze uitgaven in Nederland € 3.857 per inwoner en volgens het CBS € 3.824.

Figuur 55

- De definities van ziekenhuizen en zelfstandige artsen, werkzaam buiten een ziekenhuis, zijn afkomstig uit System of Health Accounts (SHA). http://www.oecd.org/document/8/0,3343,en_2649_33929_2742536_1_1_1_1,00.html
De gebruikte definitie voor ziekenhuis is HP.1.1 General hospitals. Daar maken ook academische ziekenhuizen deel van uit, maar geen instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, revalidatie of langdurige zorg. De definitie voor zelfstandige artsen is HP.3.1 Offices

of physicians. Dit zijn onafhankelijke artsen die ambulante somatische zorg aanbieden. Dat is inclusief huisartsen, maar bijvoorbeeld exclusief tandartsen.

- De post 'zelfstandige artsen buiten ziekenhuizen' moet voor een goede vergelijking, worden meegenomen. Sommige andere landen, zoals Duitsland, hebben meer medisch specialisten die alleen ambulante zorg bieden, onafhankelijk van het ziekenhuis.
- De gegevens uit de OECD Health at a Glance database 2011 komen redelijk overeen met de zorguitgaven in constante prijzen in CBS-Statline. Volgens de OECD Health at a Glance database 2011 zijn deze uitgaven in Nederland € 1.283 per inwoner en volgens het CBS € 1.363
- Voor een correcte vergelijking zijn de constante prijzen van de volgende uitgavenposten meegenomen in de berekening:
 - Ziekenhuizen, praktijken van medisch specialisten
 - Verstrekkers geestelijke gezondheidszorg
 - Huisartsenpraktijken
 - Paramedische praktijken

Figuur 56

- Zie definities figuur 55

3.9 Toelichting geslachts- en leeftijdscorrectie bij figuur 53

Voor deze figuren zijn de resultaten voor elk land gecorrigeerd voor de geslachts- en leeftijdsopbouw van de bevolking. Hierbij is gekeken welke waarde Nederland voor de verschillende parameters zou hebben, wanneer het de bevolkingssamenstelling van het desbetreffende land zou hebben. Voorbeelden zijn de gemiddelde ziekenhuiszorgkosten als aandeel van het bbp en het aantal opnames .

De correctie is als volgt toegepast:

- 1 De kosten zijn door het RIVM ('Kosten van ziekten', 2007) voor Nederland uitgesplitst naar leeftijd en geslacht. Hierbij zijn in totaal 2 x 18 subgroepen van de bevolking onderscheiden.
- 2 Vervolgens is voor ieder land voor elk van deze 36 subgroepen het bevolkingsaandeel van de subgroep ten opzichte van de gehele bevolking berekend (=bevolking subgroep/bevolking land) met gegevens van Eurostat.
- 3 Daarna is het aandeel van de betreffende subgroep (2) vermenigvuldigd met de kosten voor Nederland binnen die subgroep (1). Die waarde komt van het RIVM ('kosten van ziekten', 2007).
- 4 Deze zijn per land opgeteld om zo de gewogen gemiddelde waarde van de kosten te berekenen alsof Nederland de bevolkingssamenstelling van het desbetreffende land had (sommatie van (3) voor ieder land).
- 5 Vervolgens is een verschilfactor berekend door de gevonden gemiddelde waarde (4) voor elk land te delen door de Nederlandse waarde (4).
- 6 De waarde (5) is vervolgens vermenigvuldigd met de gevonden Nederlandse waarde van de betreffende parameter uit de OECD Health at a Glance database.
- 7 Het verschil tussen de voor elk land berekende waarde (6) en de Nederlandse waarde uit de OECD Health at a Glance database is een schatting voor het door geslachts- en leeftijdsopbouw verklaarbare verschil tussen Nederland en de andere Europese landen.
- 8 De waarden voor de vergelijkingsgroep van Europese landen uit de OECD Health at a Glance database zijn vervolgens verminderd met het geschatte verschil voor geslachts- en leeftijdsopbouw (7).
- 9 De waarden (8) zijn vervolgens gebruikt om de figuur te maken.

Hoofdstuk 4

Financiën

4.1 Inleiding

De omzet van de Nederlandse algemene ziekenhuizen in het gebudgetteerde deel (A-segment) en het geliberaliseerde deel (B-segment) bedroeg in 2011 € 11,6 miljard: een groei van 2,5% ten opzichte van 2010. Hierbij is gecorrigeerd voor eenmalige afschrijvingen vanwege immateriële vaste activa in 2010. Ongecorrigeerd was er in 2011 sprake van een omzetafname van 2,7%.

De ziekenhuizen hebben hun financiële weerbaarheid versterkt. De gemiddelde solvabiliteit is ruim 18% en ligt daarmee boven het streefniveau van 15%. 24 ziekenhuizen halen die streefnorm nog niet. Twee ziekenhuizen hebben een negatieve solvabiliteit.

4.2 Totale omzet

De totale omzet van algemene ziekenhuizen – de som van omzet A- en B-segment vermeerderd met de andere opbrengsten - is met 3,0% gegroeid van € 12,8 miljard in 2010 naar € 13,2 miljard in 2011, een groei van 3,5% (figuur 58). Hierbij is gecorrigeerd voor eenmalige afschrijvingen vanwege immateriële vaste activa in 2010.

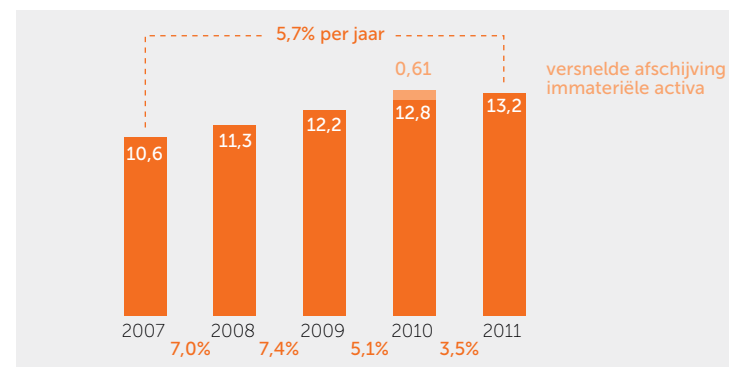
Deze structurele groei is fors lager dan de gemiddelde groei van 5,7% over de afgelopen vijf jaar. Inclusief de eenmalige opbrengsten (omvang: € 605 miljoen) in 2010 daalde de totale omzet van € 13,4 miljard naar € 13,2 miljard, ofwel een afname van 1,2%.

In grote lijnen bestaat de omzet van de ziekenhuizen uit drie delen: het A-segment, het B-segment en de andere opbrengsten (figuur 59). De omzet in het A-segment is gebudgetteerd. Voor het B-segment onderhandelen ziekenhuizen en verzekeraars over de prijzen van de diagnosebehandelingcombinaties (DBC's). De andere opbrengsten bestaan uit niet-gebudgetteerde zorgprestaties, subsidies uit het opleidingsfonds zorg en overige opbrengsten. Het A- en B-segment vormen de omzet van de geleverde zorg door ziekenhuizen.

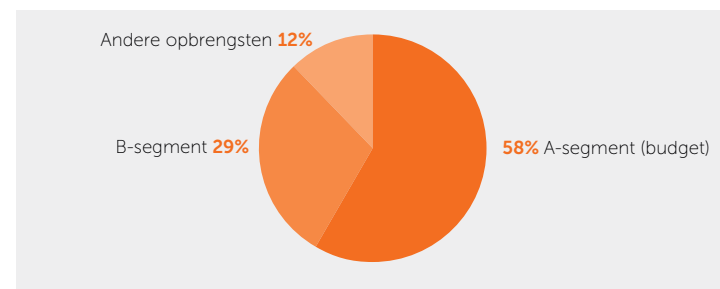
4.2.1 Omzet in A- en B-segment

De omzet in het A- en B-segment is € 11,6 miljard in 2011 (figuur 60). Dat betekent een groei van 2,5% ten opzichte van 2010, toen de omzet € 11,3 miljard was zonder eenmalige afschrijvingen. Gemiddeld is de omzet in het A- en B-segment de afgelopen vijf jaar met 5,2% per jaar gegroeid. Inclusief eenmalige afschrijvingen is de omzet in het A- en B-segment gedaald van € 11,9 miljard in 2010 naar € 11,6 miljard in 2011 met 2,7%.

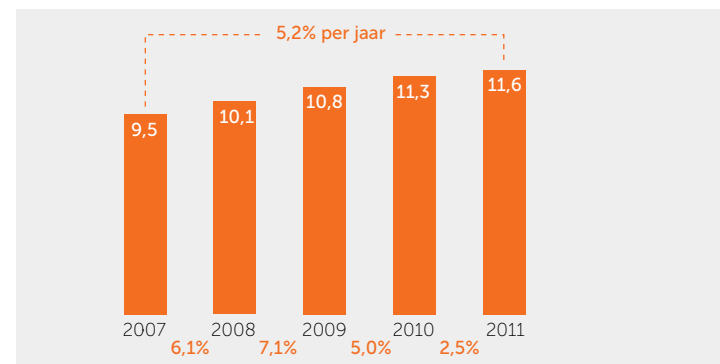
Figuur 58 Totale omzet van algemene ziekenhuizen (x 1 € miljard)



Figuur 59 Opbouw van omzet algemene ziekenhuizen (aandeel in totaal)



Figuur 60 Totale omzet* van algemene ziekenhuizen in het A- en B-segment (x 1 € miljard)



* gecorrigeerd voor versnelde afschrijving immateriële vaste activa in 2010

4.2.2 A-segment

Het A-segment budget voor algemene ziekenhuizen bedroeg in 2011 in totaal € 7,7 miljard ten opzichte van € 7,6 miljard zonder eenmalige opbrengsten in 2010, een groei van 0,9%. De omzet voor het A-segment is het zogenoemde 'budget voor aanvaardbare kosten'. Worden de eenmalige opbrengsten meegenomen dan was er een daling van € 8,2 miljard in 2010 naar € 7,7 miljard in 2011, een daling van 6,5%.

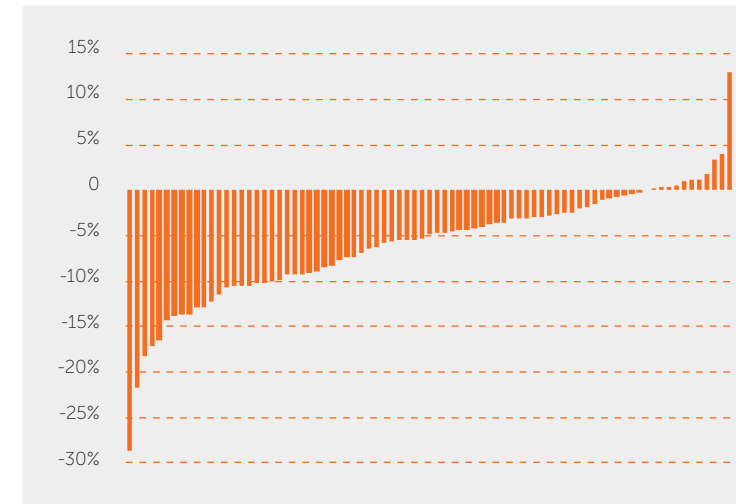
De ontwikkeling van het A-segment verschilt overigens fors tussen ziekenhuizen, van een krimp van bijna 30% tot een groei van bijna 13% (figuur 61).

4.2.3 B-segment

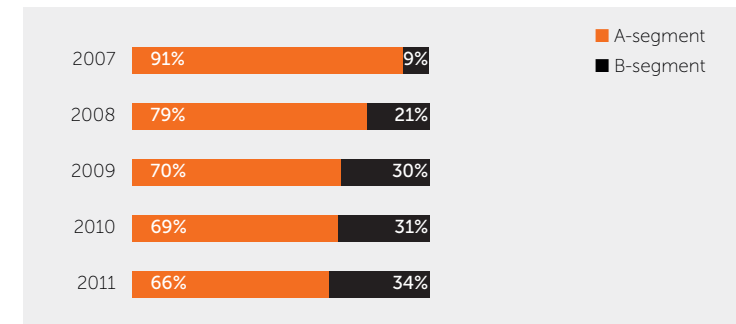
Sinds 2005 onderhandelen ziekenhuizen en verzekeraars over de prijzen en de kwaliteit van DBC's in het B-segment. Het B-segment is uitgebreid van 6% van de gezamenlijke omzet in het A- en B-segment in 2005 naar 34% in 2011 (figuur 62). In 2012 is het B-segment verder uitgebreid naar circa 70% en wordt vanaf dan het vrije segment genoemd. Het B-segment wordt niet volledig aan de markt overgelaten. De vrijheid voor productinnovatie is beperkt en afwijken van de door de NZa vastgestelde definities van de 'zorgprestaties' is nauwelijks mogelijk. Ziekenhuizen zijn voor dit segment in principe niet gebudgetteerd: er wordt per DBC afgerekend.

Toch valt het B-segment, samen met het A-segment, wel onder het Budgettair Kader Zorg (BKZ). De sector als geheel is hierdoor wel gebudgetteerd.

Figuur 61 Groei van omzet in het A-segment per ziekenhuis in 2011



Figuur 62 Verdeling over A-en B-segment (% aandeel in totaal A- en B-segment)



De in de resultatenrekening gerapporteerde omzet in het B-segment is in 2011 ruim € 3,9 miljard. In 2010 was dat ruim € 200 miljoen minder, een groei van 6,0%.

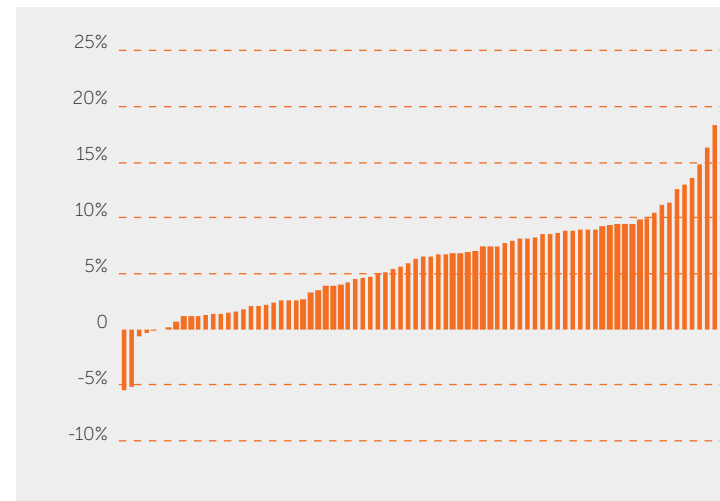
De groei in het B-segment loopt tussen ziekenhuizen uiteen van ruim 5% krimp tot bijna 25% groei (figuur 63).

4.2.4 Reële groei van het A- en B-segment

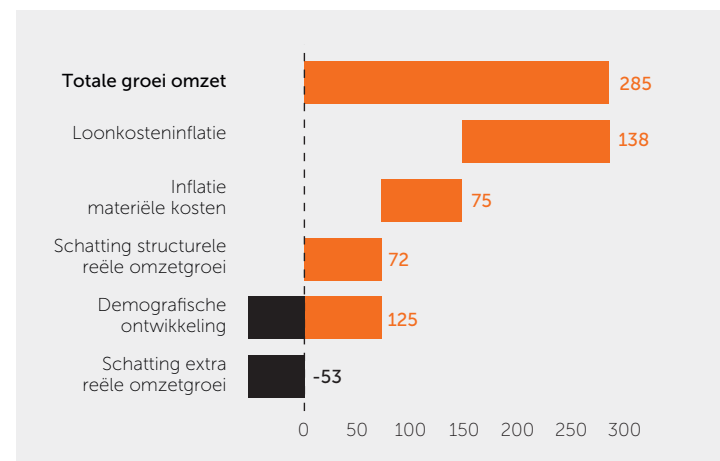
De groei van het A- en B-segment in 2011 was tezamen € 285 miljoen ofwel 2,5% (met correcties voor de eenmalige extra inkomsten vanwege versnelde afschrijving van immateriële vaste activa in 2010). Deze bestaat uit de volgende onderdelen¹² (figuur 64):

- Een deel van de groei werd veroorzaakt door gestegen loonkosten en prijzen. De loonkosteninflatie voor de ziekenhuissector wordt geschat op 2,26%. In totaal is de inflatie op loonkosten € 138 miljoen.
- De materiële kosten: in 2011 verhoogd met 1,98% ofwel € 75 miljoen. Gegeven een gewogen inflatie van 2,2% volgt hieruit dat de reële omzetgroei in het A- en B-segment ongeveer € 72 miljoen was, ongeveer 0,6%
- Naast inflatie stijgt de zorgomzet ook door bevolkingsgroei en vergrijzing: goed voor ongeveer 1,1% extra omzet per jaar. Dit is ongeveer € 125 miljoen. De ziekenhuiszorg in het A- en B-segment is dus met naar schatting € 53 miljoen gekrompen na correctie voor inflatie, bevolkingsgroei en vergrijzing. Dit is een daling van ongeveer 0,5% van de € 11,3 miljard omzet in het A- en B-segment in 2010.

Figuur 63 Groei van omzet in het B-segment per ziekenhuis in 2011



Figuur 64 Schatting van reële extra groei in A- en B-segment voor algemene ziekenhuizen in 2011 (x 1 € miljoen)



¹² Er is vanuit gegaan dat 90% van de kosten van de algemene ziekenhuizen voor het A- en B-segment worden gemaakt. De overige kosten zijn dan voor de andere opbrengsten. Bron voor inflatie: NZa.

4.2.5 Andere opbrengsten

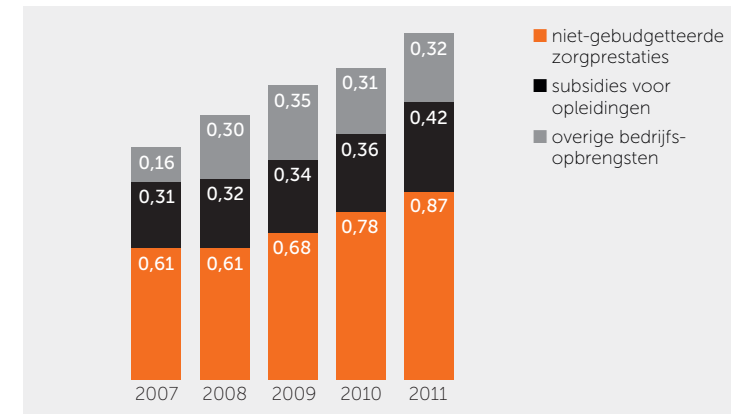
De andere opbrengsten bedroegen in 2011 € 1,6 miljard (figuur 65). Dit is een stijging van 11,4% ten opzichte van 2010. De andere opbrengsten bestaan uit niet-gebudgetteerde zorgprestaties, overige bedrijfsopbrengsten en subsidie uit het Opleidingsfonds:

- Ongeveer een kwart van de andere opbrengsten bestaat uit 'niet-gebudgetteerde zorgprestaties'. Hieronder valt bijvoorbeeld:
 - Zorg geleverd aan andere instellingen en huisartsen. Bij andere zorgaanbieders kan dit wel behoren tot de collectief gefinancierde omzet. Daar is het dan wel opgenomen in het budget.
 - Fysiotherapie. Dit behoorde eerder tot het A-segment maar sinds 2009 worden de opbrengsten onder niet-gebudgetteerde zorgprestaties weergegeven.
 - Zorg die niet tot het basispakket behoort.
- De niet-gebudgetteerde zorgprestaties zijn voor de hele sector met 5,2% gegroeid.
- Ongeveer een kwart van de andere opbrengsten bestaat uit subsidies voor het opleiden van artsen. In 2011 is de in de jaarverslagen verantwoorde subsidie uit het Opleidingsfonds gestegen met ruim € 61 miljoen naar € 418 miljoen. Dat is een groei van 17%. Deze subsidies zijn vanaf 2007 onderdeel geworden van de andere opbrengsten. In 2005 en 2006 waren deze in het A-segment budget opgenomen.
- Iets minder dan 50% van de andere opbrengsten bestaat uit 'overige bedrijfsopbrengsten'.¹³ Dit zijn bijvoorbeeld inkomsten uit parkeergelden, bereide maaltijden voor een nabijgelegen GGZ-instelling of verzorgingshuis, winkeltjes in het ziekenhuis, ICT-ondersteuning voor huisartsen, doorberekende personeelskosten aan maatschappen van specialisten en subsidies (anders dan die uit het Opleidingsfonds). Deze opbrengsten zijn in 2011 gestegen met ruim 11%. De verandering van deze overige bedrijfsopbrengsten varieert sterk per ziekenhuis.

4.2.6 Omzet van algemene ziekenhuizen en UMC's

Dit brancherapport gaat in op de ontwikkelingen in algemene ziekenhuizen. Ook universitair medische centra (UMC's) leveren ziekenhuiszorg. In 2011 ontvingen de acht UMC's 28% van het totale landelijke budget voor het A-segment van € 10,8 miljard. Dat aandeel was met 26% lager in 2010. In het B-segment hebben de UMC's marktaandeel verloren: van 9,9% van de markt in 2010 naar 8,5% in 2011.¹⁴

Figuur 65 Andere opbrengsten van het ziekenhuis (x 1 € miljard)



¹³ De overige bedrijfsopbrengsten zijn alle opbrengsten van een ziekenhuis die buiten het A- en B-segment, de niet-gebudgetteerde zorgprestaties en subsidies voor opleidingen vallen. Per ziekenhuis kan de aard van deze overige bedrijfsopbrengsten verschillen.

¹⁴ Het AMC publiceert haar omzet in het B-segment niet in zijn jaarverslag. Aangenomen is dat voor het AMC dezelfde verhouding geldt voor het A-segment als de andere UMC's.

4.3 Kosten van ziekenhuiszorg

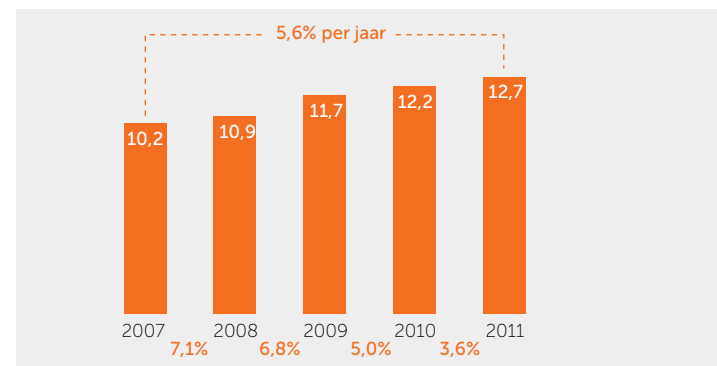
De totale kosten voor de algemene ziekenhuizen zijn in 2011 gestegen met 3,6% tot € 12,7 miljard (figuur 66). Deze stijging is lager dan voorgaande jaren. In de jaren 2009 en 2010 lag de kostenstijging rond 6%. De kosten in 2011 bestaan voor 57,6% uit personeelskosten, bijna 34,0% uit overige bedrijfskosten en 8,4% uit afschrijvingen (figuur 67).

De personeelskosten zijn in 2011 met 1,3% gestegen tot € 7,2 miljard. De groei bedroeg de afgelopen vijf jaar gemiddeld 4,8% per jaar. Daarnaast groeien de personeelskosten minder snel dan de totale gemiddelde kosten van 5,6% per jaar. De gestegen arbeidsproductiviteit draagt bij aan de relatief gematigde groei van de personeelskosten. Zo besteden ziekenhuizen werkzaamheden (zoals schoonmaak en keuken) uit, wat leidt tot een stijging van het aandeel overige bedrijfskosten en een daling van het aandeel arbeidskosten

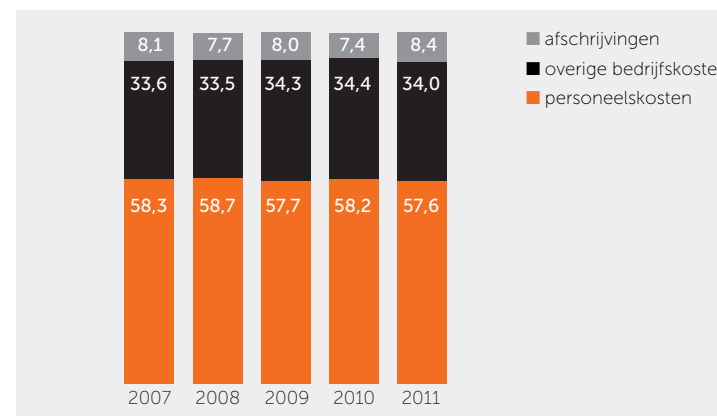
Vooraf de afschrijvingen zijn de afgelopen jaren fors gegroeid, gemiddeld met 6,0% per jaar sinds 2007. In 2011 groeiden de afschrijvingen zelfs met 15,7%, los van de eenmalige afschrijvingen vanwege het afboeken van immateriële vaste activa.

De overige bedrijfskosten groeiden de afgelopen vijf jaar met gemiddeld 5,5% en in 2011 met 1,2%. Die toename komt, naast de verschuiving van personeelskosten naar inkoopkosten, voort uit extra uitgaven aan dure medicijnen, implantaten en hulpmiddelen.

Figuur 66 Totale kosten van algemene ziekenhuizen (x 1 € miljard)



Figuur 67 Kosten van algemene ziekenhuizen (percentage aandeel in totale kosten*)



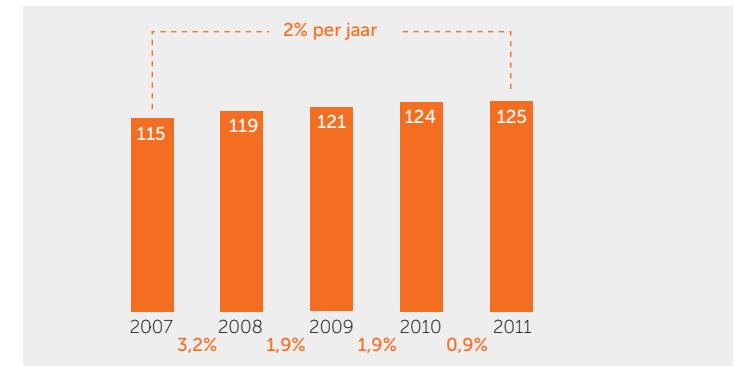
* na correctie voor eenmalige afschrijvingen

4.3.1 Personeelskosten

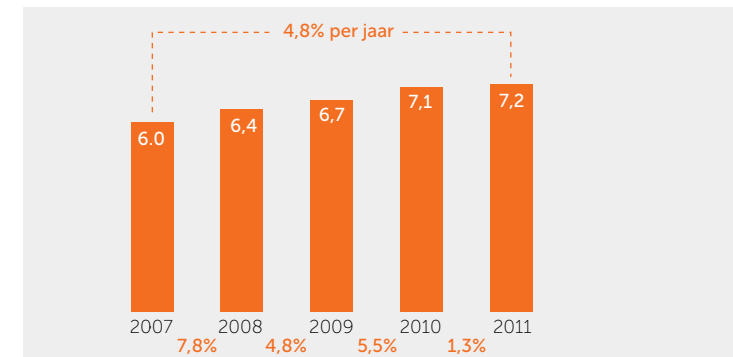
De ziekenhuiszorg in 2011 werd geleverd met ongeveer 125.000 fte's, exclusief medisch specialisten (figuur 68). Dit is een groei van maar 0,9% ten opzichte van 2010. De macrokortingen die ziekenhuizen opgelegd hebben gekregen, en de grotere druk door verzekeraars, leidden waarschijnlijk tot lagere groei van de werkgelegenheid in ziekenhuizen. De groei in het aantal fte's verschilt tussen ziekenhuizen. In 25 ziekenhuizen kromp het aantal fte's, terwijl 43 ziekenhuizen hun werkgelegenheid zagen groeien.

In 2011 zijn de kosten voor personeel met 1,3% gestegen tot € 7,2 miljard (figuur 69). De stijging in 2011 is lager dan die in 2010 toen er een groei was van 5,5%. Gemiddeld was de stijging de afgelopen vijf jaar 4,8% per jaar.

Figuur 68 Medewerkers in algemene ziekenhuizen, gemiddelde FTE's (x 1.000) exclusief medisch specialisten



Figuur 69 Personeelskosten (x € 1 miljard)



4.3.2 Overige bedrijfskosten

De overige bedrijfskosten vormden in 2011 34% van de totale kosten van algemene ziekenhuizen. Deze groeiden met 1,2% tot € 4,2 miljard (figuur 70). Gemiddeld stegen de overige bedrijfskosten vanaf 2007 met 5,5% per jaar.

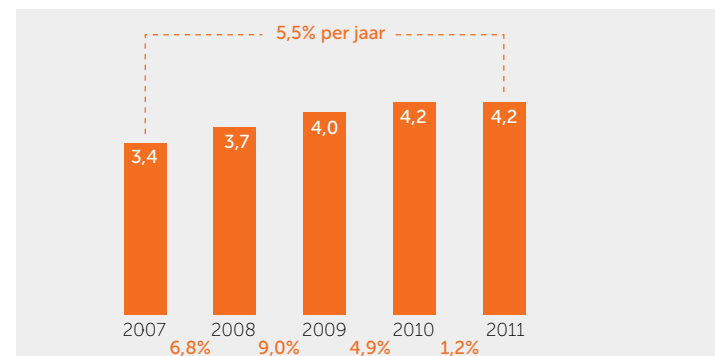
De overige bedrijfskosten bestaan uit patiëntgebonden kosten, algemene kosten, voedingsmiddelen en hotelmatige kosten en onderhoud en energie (figuur 71). De grootste kostenpost zijn de patiëntgebonden kosten. In 2011 zijn deze kosten met 3,8% gestegen. De patiëntgebonden kosten zijn de afgelopen jaren fors gestegen met 6,8% per jaar (figuur 72). Hieronder vallen onder andere de kosten voor dure geneesmiddelen waarvan het ziekenhuis 20% uit eigen middelen moet betalen. In 2011 zijn de uitgaven aan dure geneesmiddelen met 3% gegroeid (in 2010 met 8%) tot bijna € 400 miljoen. Andere patiëntgebonden kosten zijn implantaten (zoals heupen en knieën) en hulpmiddelen. De patiëntgebonden kosten per patiënt zijn de afgelopen vijf jaar met gemiddeld respectievelijk 1,7 en 1,4% per jaar gestegen naar € 262/EPB of € 1.488/opname.

De algemene kosten stegen de afgelopen jaren sterk: 6,3% per jaar. In 2011 daalden deze kosten echter met 1,3%.

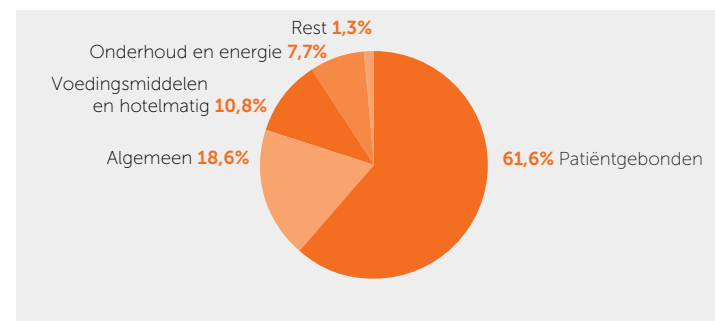
De kosten voor voedingsmiddelen en de hotelfunctie zijn met 0,5% gedaald in 2011. Omdat het aantal ligdagen is afgenomen zijn de kosten per ligdag toegenomen met 3,1%. Dat is minder dan de gemiddelde jaarlijkse stijging van 3,4% per ligdag sinds 2007.

De afgelopen vijf jaar stegen de kosten voor onderhoud en energie met gemiddeld 5,2% per jaar. In 2011 daalden de kosten met 3,0%. Een belangrijk deel hiervan komt voor rekening van lagere energieprijzen.

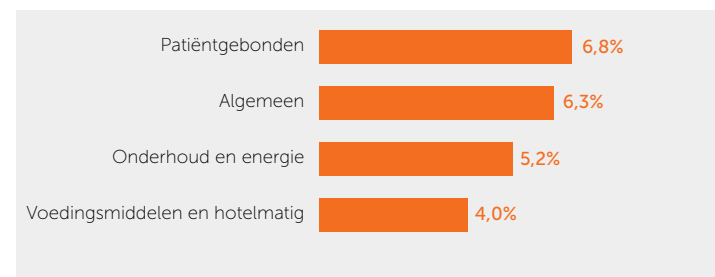
Figuur 70 Overige bedrijfskosten (x € 1 miljard)



Figuur 71 Uitsplitsing van de overige bedrijfskosten van algemene ziekenhuizen in 2010 (aandeel in overige kosten)



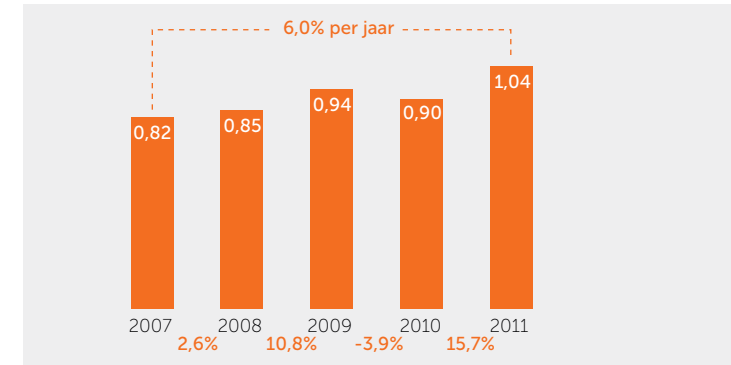
Figuur 72 Groei overige kosten 2007-2011 (gemiddelde jaarlijkse groei)



4.3.3 Afschrijvingen

Gemiddeld bedroegen de afschrijvingen in 2011 8,4% van de totale kosten van een algemeen ziekenhuis. In totaal bedroegen de afschrijvingen in 2011 iets meer dan € 1,0 miljard (figuur 73). De groei in afschrijvingen was 15,7% zonder de eenmalige afschrijvingen vanwege het afboeken van immateriële vaste activa.¹⁵ Dit is fors hoger dan de gemiddelde groei van de afgelopen 5 jaar: 6,0%. Indien de eenmalige afschrijving van de immateriële vaste activa in 2010 wordt meegenomen is er sprake van een daling van de afschrijvingen met meer dan 30%: van € 1,5 miljard in 2010 naar ruim € 1,0 miljard in 2011.

Figuur 73 Afschrijvingen op immateriële en materiële activa (x € 1 miljard)



¹⁵ Gecorrigeerd voor vier ziekenhuizen die een speciale eenmalige post in de resultatenrekening hebben opgenomen.

4.4 Resultaat

De ziekenhuizen behaalden in 2011 gemiddeld een exploitatieresultaat van 1,8% van de omzet (figuur 74).

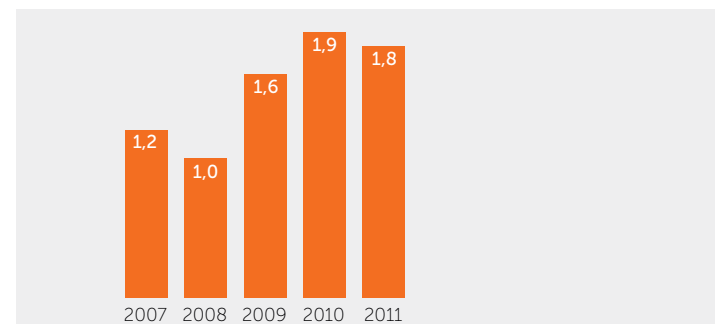
De winstgevendheid is nog steeds laag gegeven de bedrijfsrisico's op de geliberaliseerde markt. Daarbij past een exploitatieresultaat van 2,5% tot 3,0%.¹⁶ De afgelopen jaren is het exploitatieresultaat ieder jaar toegenomen van iets meer dan 1% naar bijna 2%.

In 2011 was er geen duidelijk beeld in de verschillen tussen grote en kleine ziekenhuizen en gebieden met lage en hoge marktdichtheid (figuur 75).

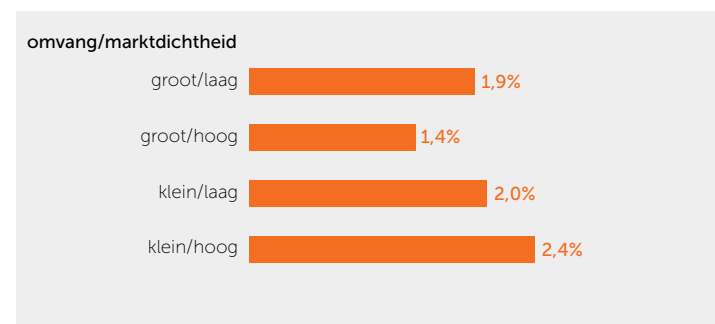
In 2011 leed ongeveer een op de twaalf ziekenhuizen verlies, in 2010 leed ongeveer een op de veertien ziekenhuizen verlies. Dit is een grote verbetering ten opzichte van 2006 toen nog meer dan een op de vier ziekenhuizen verlies leed (figuur 76).

Voor een gezonde bedrijfsvoering van een ziekenhuis is een winstmarge van ten minste 2,5% nodig. Als het ziekenhuis dan een solvabiliteit (zie verder) van ten minste 15% heeft, kan het de meeste financieel-economische schokken opvangen. Daarbij is al rekening gehouden met het relatief lage risico van de ziekenhuissector in vergelijking met andere economische sectoren. In 2011 boekten 27 van de 81 ziekenhuizen een resultaat groter dan 2,5% van de omzet (in 2010 eveneens 21). 21 daarvan hadden daarnaast ook nog een solvabiliteit van ten minste 15% (20% in 2010). De financiële positie van veel ziekenhuizen moet dus nog steeds versterkt worden. Vijf ziekenhuizen met een solvabiliteit lager dan 15% boekten in 2010 rode cijfers.

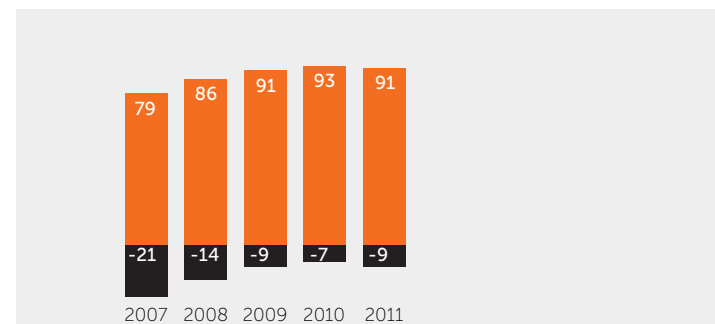
Figuur 74 Gemiddeld exploitatieresultaat uit gewone bedrijfsuitoefening (% van omzet)



Figuur 75 Gemiddeld exploitatieresultaat van algemene ziekenhuizen in 2011 naat categorie (% van de omzet)



Figuur 76 Aantal ziekenhuizen met positief of negatief resultaat (%)



¹⁶ SiRM, 'Verkenning van financiële impact op de vermogenskosten vanwege liberalisering van de kapitaallasten bij ziekenhuizen', 2009

4.5 Balans

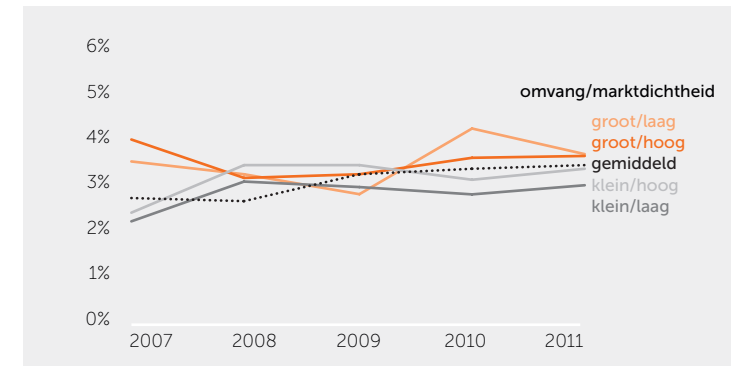
Net als de afgelopen vijf jaar hebben ziekenhuizen in 2011 hun vermogenspositie verder versterkt. Toename van het eigen vermogen leidt tot een betere solvabiliteit en daarmee tot grotere financiële zekerheid op lange termijn en een stabielere sector. De grotere ziekenhuizen hebben, ook verhoudingsgewijs, een stevigere vermogenspositie. Daarnaast geeft de gemiddeld verbeterde rentabiliteit aan dat het totale vermogen steeds beter wordt ingezet.

4.5.1 Rentabiliteit

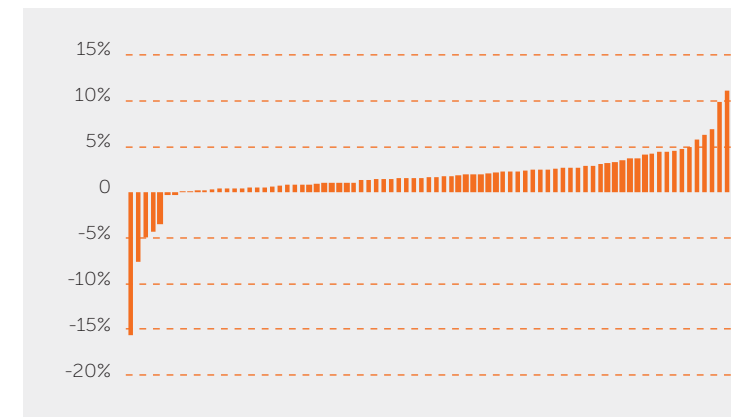
De rentabiliteit is het bedrijfsresultaat als percentage van het totale vermogen.¹⁷ In andere woorden: hoe hoger de rentabiliteit, hoe beter het totale vermogen wordt gebruikt om resultaat te behalen. De rentabiliteit van ziekenhuizen was in 2011 gemiddeld 3,6%. Dit is een lichte stijging ten opzichte van 2010 toen de rentabiliteit 3,5% was (figuur 77). De bedrijfsresultaten zijn ook in 2011 weer gestegen, maar ook het vermogen steeg. Per saldo is de rentabiliteit slechts licht gegroeid.

De afgelopen jaren haalden grote ziekenhuizen in gebieden met hoge marktdichtheid steeds de hoogste rentabiliteit. Hun rentabiliteit is in 2011 gedaald. Dat komt vooral doordat enkele grote ziekenhuizen nieuwe gebouwen hebben betrokken waarmee hun totale vermogen toenam. Gezamenlijk haalden de grotere ziekenhuizen een iets hogere rentabiliteit (3,8%) dan kleine ziekenhuizen (3,1%). De variatie van de rentabiliteit tussen ziekenhuizen is overigens groot (figuur 78).

Figuur 77 Ontwikkeling van de rentabiliteit naar categorie ziekenhuizen, 2007-2011



Figuur 78 Rentabiliteit van de ziekenhuizen, 2011



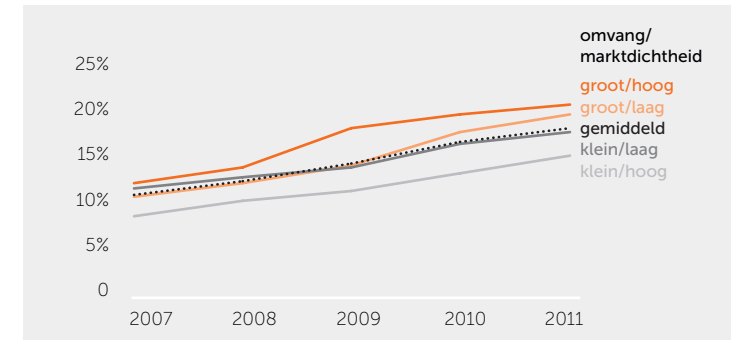
¹⁷ Bij de berekening van de rentabiliteit is gebruik gemaakt van het resultaat zonder de financiële baten en lasten.

4.5.2 Solvabiliteit

De mate waarin ziekenhuizen op lange termijn aan hun financiële verplichtingen kunnen voldoen wordt aangeduid met solvabiliteit. Dit is het niet-vreemd vermogen als percentage van het totale vermogen. De commissie Havermans heeft in 2008 een streefniveau van 15% voor de solvabiliteit van ziekenhuizen geadviseerd. De gemiddelde solvabiliteit van ziekenhuizen was in 2011 ruim 18%. In 2010 bedroeg de solvabiliteit gemiddeld bijna 17% en was voor het eerst hoger dan de streefnorm (figuur 79). De solvabiliteit is de laatste jaren sterk verbeterd. In 2005 en 2006 was deze nog slechts gemiddeld 9%.

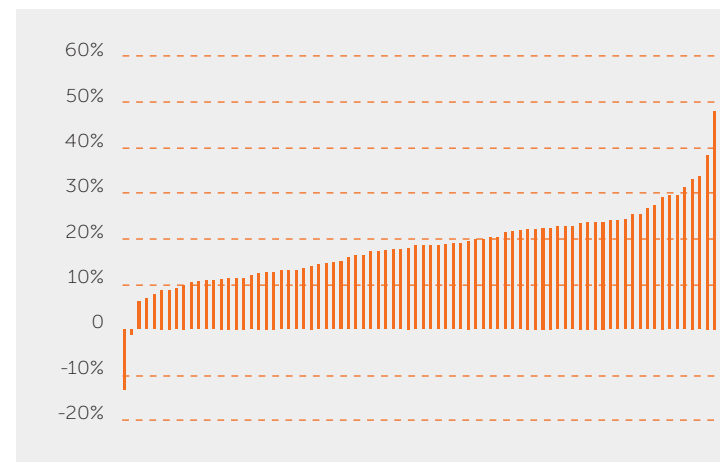
Grote ziekenhuizen hebben gemiddeld een hogere solvabiliteit (20,5%) dan kleine ziekenhuizen (16,9%). De solvabiliteit van grote ziekenhuizen in de gebieden met de hoogste marktdichtheid (de Randstad en regio Eindhoven) is sneller gegroeid dan van andere ziekenhuizen. Buiten die gebieden verschilt de solvabiliteit van grote en kleine ziekenhuizen nauwelijks.

Figuur 79 Ontwikkeling van de solvabiliteit naar categorie ziekenhuizen, 2007-2011

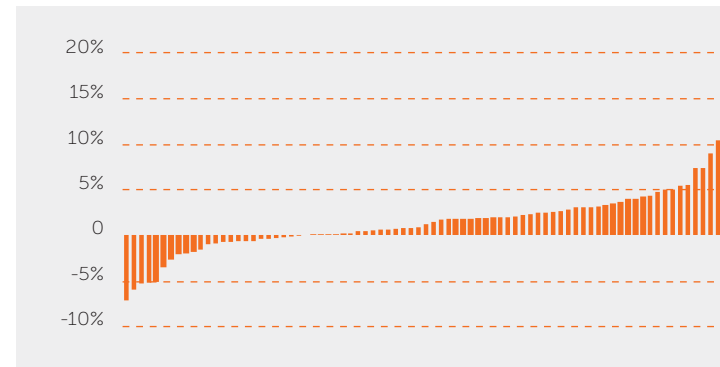


De variatie in solvabiliteit tussen ziekenhuizen is groot: van ongeveer -14% tot bijna 60% (figuur 80). Van de 81 ziekenhuizen in Nederland voldoen er 53 aan de streefnorm van 15% en dus 29 nog niet. De solvabiliteit van veel ziekenhuizen is toegenomen tussen 2010 en 2011 (figuur 81). In 2011 verbeterden 41 ziekenhuizen hun solvabiliteit met meer dan 1 procentpunt. In 2010 boekten nog 56 ziekenhuizen een verbetering van meer dan 1 procentpunt. 24 ziekenhuizen hadden in 2011 een lagere solvabiliteit dan in 2010, tegenover 12 in 2010.

Figuur 80 Solvabiliteit van de ziekenhuizen 2011



Figuur 81 Verandering van solvabiliteit tussen 2010 en 2011



Hoofdstuk 5

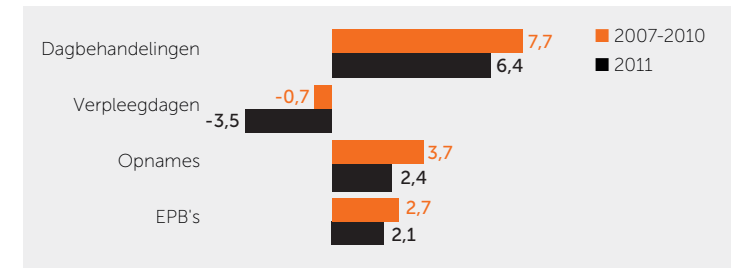
Productie van ziekenhuizen

5.1 Inleiding

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

De ziekenhuiszorg kent al jarenlang twee trends: het aandeel dagbehandelingen neemt toe en de gemiddelde ligduur per klinische opname neemt af. Die trends zijn ook over 2011 te zien. Het aandeel dagbehandelingen als percentage van het totaal aantal opnames verschoof van 51,5 naar 52,4 en de gemiddelde ligduur daalde van 5,3 naar 5,0 dagen. In 2011 is het aantal EPB's licht gestegen met 2,1%. Dat is iets minder dan de gemiddelde groei over de afgelopen vijf jaar van 2,5% (figuur 82).

Figuur 82 Groei van productie (% per jaar)



5.2 Eerste polikliniekbezoeken

Het totaal aantal EPB's stijgt al jaren. In 2011 waren er in totaal 10,0 miljoen EPB's, tegen 9,8 miljoen in 2010, een stijging van 2,1%. De helft van deze stijging kan aan de veranderende bevolkingssamenstelling en -omvang worden toegerekend. Deze toename is iets lager dan in 2010 en ook lager dan de gemiddelde jaarlijkse groei over de afgelopen vijf jaar. Die is namelijk 2,5% (figuur 83).

5.2.1 Aantal eerste polikliniekbezoeken per categorie ziekenhuis

Het aantal EPB's van kleine ziekenhuizen is in 2011 gemiddeld met 2,9% gegroeid. Dat is een hogere groei dan van grote ziekenhuizen die slechts een groei kenden van 1,8% (figuur 84). Dat is een versterking van de trend van de afgelopen vier jaar.

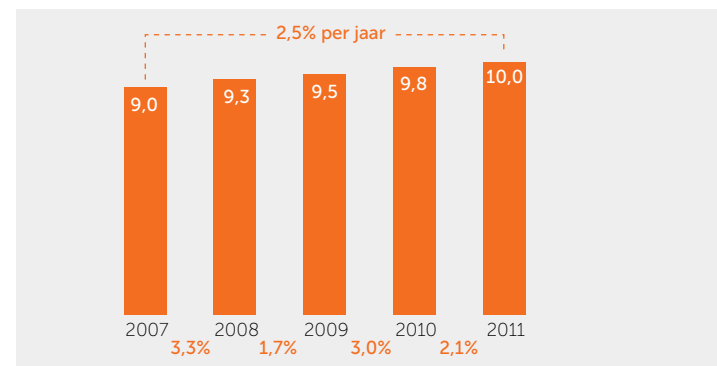
Deze snellere groei kennen kleine ziekenhuizen zowel in gebieden met hoge als lage marktdichtheid (3,3 respectievelijk 3,4% per jaar). In 2011 zijn de kleine ziekenhuizen in gebieden met hoge marktdichtheid juist sneller gegroeid (3,7%) dan voorheen. Dit is de enige categorie ziekenhuizen die in 2010 meer groeide dan gemiddeld in de periode daarvoor (3,3%).

Voor grote ziekenhuizen is de gemiddelde jaarlijkse groei over 2007 tot 2010 2,1%. Hun groei vertraagde juist in 2011 tot 1,8% in de gebieden met hoge marktdichtheid en eveneens 1,8% in gebieden met lage marktdichtheid.

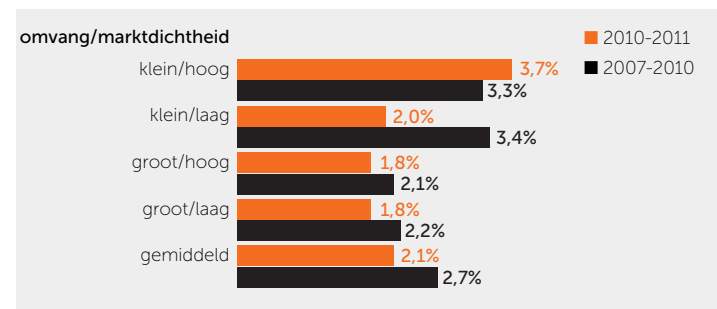
5.2.2 Eerste polikliniekbezoeken per hoofd van de bevolking

Nederlanders gaan vaker naar het ziekenhuis. Dat verklaart de groei in EPB's. In 2005 lag dit op gemiddeld 0,53 EPB's per hoofd van de bevolking, tegen 0,60 in 2011 (figuur 85). Deze stijging wordt niet alleen verklaard door de vergrijzing en de toenemende bevolking. De vraag naar ziekenhuiszorg stijgt ook autonoom, bijvoorbeeld doordat nieuwe behandelingen beschikbaar komen door innovatie en men sneller naar het ziekenhuis gaat voor een bepaald probleem.

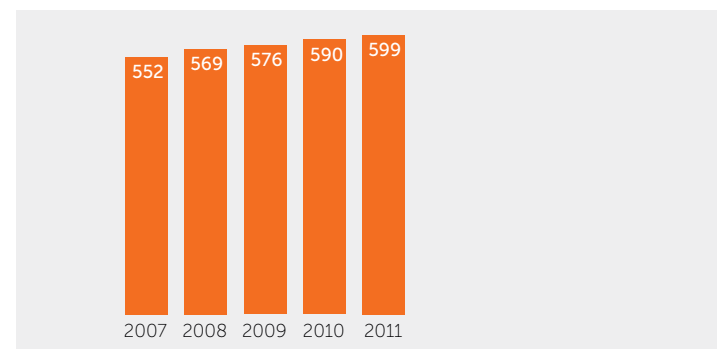
Figuur 83 Eerste polikliniekbezoeken (x 1 miljoen)



Figuur 84 Gemiddelde jaarlijkse groei van EPB's naar categorie ziekenhuizen



Figuur 85 EPB's per 1.000 inwoners



5.3 Dagbehandelingen

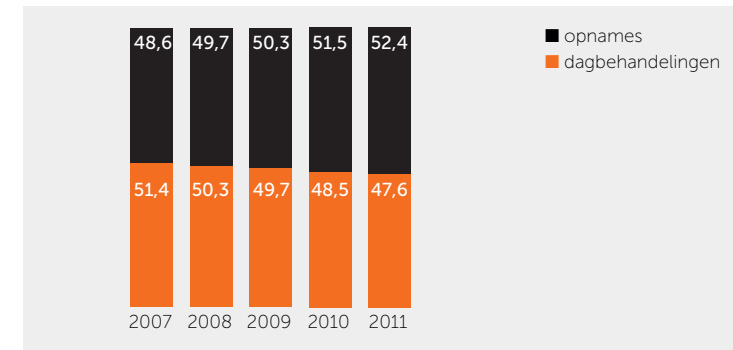
Steeds meer ziekenhuiszorg wordt in dagbehandeling geleverd. In 2009 overtrof het aantal dagbehandelingen voor het eerst het aantal opnames. Deze trend heeft zich in 2010 en 2011 voortgezet (figuur 86). Er vonden 1,93 miljoen dagbehandelingen en 1,76 miljoen opnames plaats in algemene ziekenhuizen. Daarmee komt het aandeel dagbehandelingen op 52,4%.

Het aantal dagbehandelingen groeide vooral fors tussen 2005 en 2008 met bijna 10% gemiddeld per jaar. Daarna daalde de groei van het aantal dagbehandelingen iets af. Toch groeide het aantal dagbehandelingen in 2011 nog met 6,4% (figuur 87).

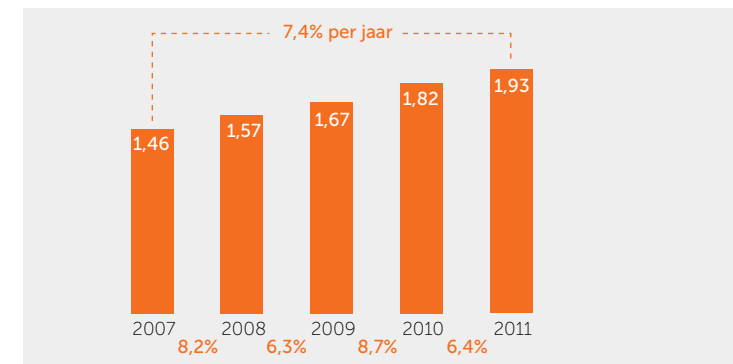
5.3.1 Aantal dagbehandelingen per categorie ziekenhuis

Alle vier categorieën ziekenhuizen kennen een sterke groei van het aantal dagbehandelingen. Tussen 2007 en 2010 groeide het aantal dagbehandelingen in grote ziekenhuizen in iets sterkere mate dan in kleine ziekenhuizen (figuur 88). Opvallend is dat in 2011 de groei van het aantal dagbehandelingen in grote ziekenhuizen achterbleef. Het aantal dagbehandelingen in grote ziekenhuizen groeide met 5,4%. Voor kleine ziekenhuizen was dat 8,0%.

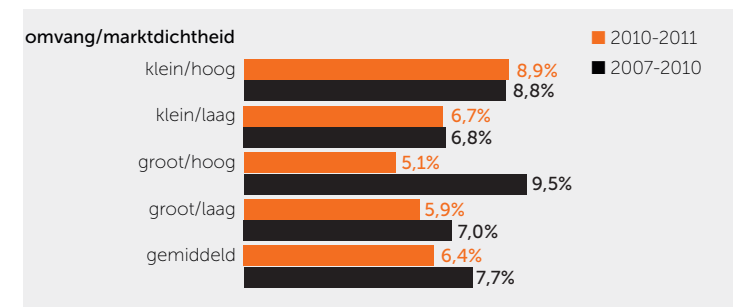
Figuur 86 Opnames en dagbehandelingen (% aandeel in totaal)



Figuur 87 Dagbehandelingen totaal (x 1 miljoen)



Figuur 88 Gemiddelde jaarlijkse groei van dagbehandelingen naar categorie ziekenhuizen



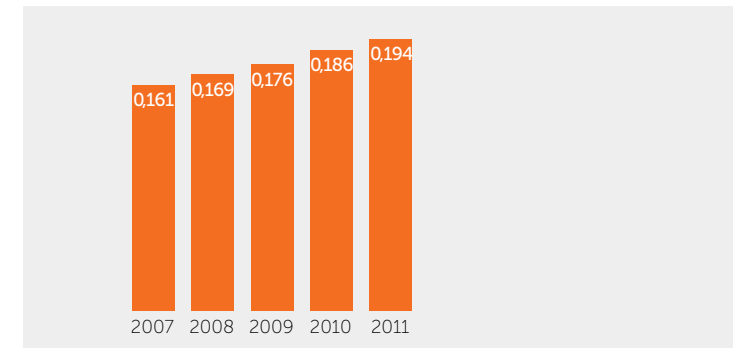
5.3.2 Dagbehandelingen per EPB

Het aantal dagbehandelingen per EPB steeg gestaag van 0,15 in 2005 naar 0,19 in 2011 (figuur 89). In 2011 kregen 19 van de 100 patiënten met een EPB dus een dagbehandeling.

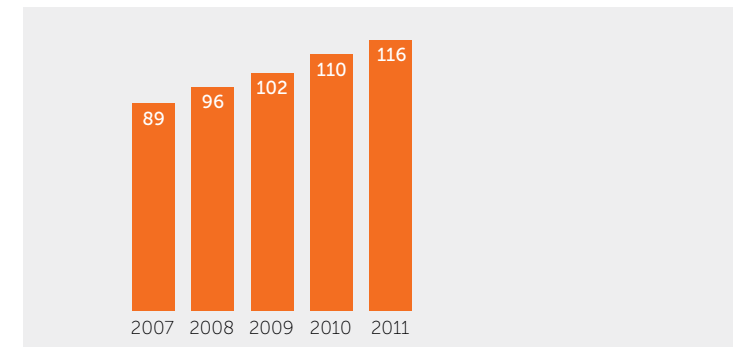
5.3.3 Aantal dagbehandelingen per hoofd van de bevolking

Ook het aantal dagbehandelingen per hoofd van de bevolking blijft groeien. In 2007 werden 89 van de 1.000 Nederlanders in dagbehandeling genomen, in 2011 lag dit op 116 van de 1.000 Nederlanders (figuur 90).

Figuur 89 Dagbehandelingen per EPB



Figuur 90 Dagbehandelingen per 1.000 inwoners



5.4 Opnames

Het aantal opnames is in 2011 gegroeid naar 1,76 miljoen in algemene ziekenhuizen (figuur 91). De groei van 2,4% in 2011 is lager dan het gemiddelde over de afgelopen vier jaar van 3,7% en lager dan vorig jaar toen het aantal opnames nog met 3,5% groeide.

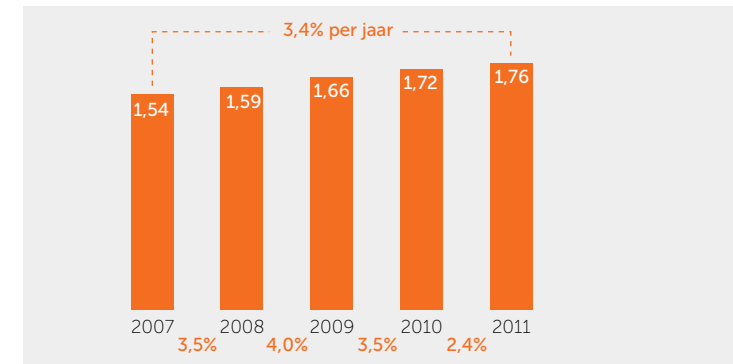
5.4.1 Aantal opnames per categorie ziekenhuis

De groei in het aantal opnames in 2011 was lager dan de gemiddelde groei over de afgelopen vijf jaren gemiddeld. Tussen 2007 en 2010 was de gemiddelde jaarlijkse groei het hoogst voor de gebieden met hoge marktdichtheid. Dat patroon is ook zichtbaar in 2011 (figuur 92). Grotere ziekenhuizen kenden in 2011 een iets hogere opnamegroei dan kleinere.

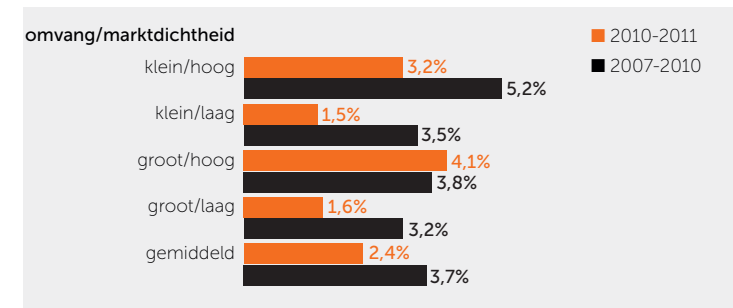
5.4.2 Aantal opnames per EPB

De groei van de opnames is grotendeels toe te rekenen aan de groei in de eerste polikliniekbezoeken van ziekenhuizen. Het aantal opnames per EPB nam de laatste jaren licht toe: van 17,0 in 2007 naar 17,6 per 100 EPB's in 2011 (figuur 93).

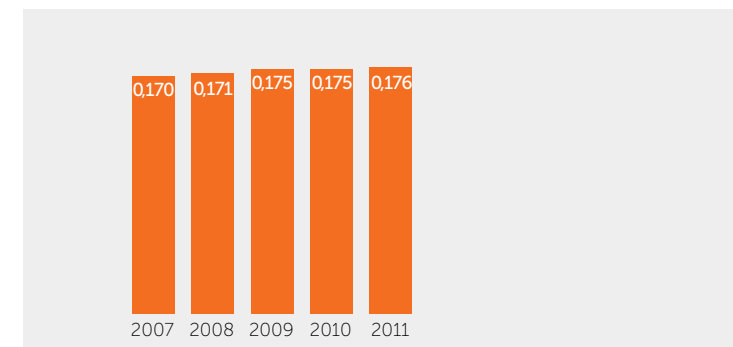
Figuur 91 Klinische opnames (x 1 miljoen)



Figuur 92 Gemiddelde jaarlijkse groei van opnames naar categorie ziekenhuizen



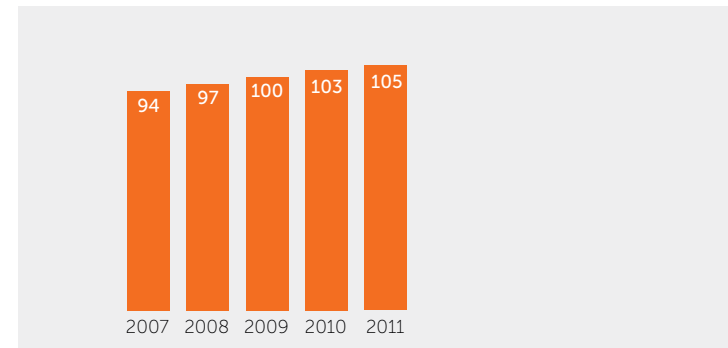
Figuur 93 Klinische opnames per EPB



5.4.3 Aantal opnames per hoofd van de bevolking

Het aantal opnames per Nederlander is licht gestegen. In 2011 waren er 105 opnames per 1.000 Nederlanders. Dit betekent niet dat 10,5% van de Nederlanders in een ziekenhuis opgenomen is geweest: een deel hiervan betreft meerdere opnames per persoon (figuur 94).

Figuur 94 Opnames per 1.000 inwoners



5.5 Verpleegdagen

Sinds 2006 daalt het totaal aantal verpleegdagen. In 2011 ligt het totaal aantal verpleegdagen op 8,8 miljoen, tegen nog 9,3 miljoen in 2007 (figuur 95).

5.5.1 Gemiddelde ligduur

De gemiddelde ligduur van een ziekenhuisopname neemt al tientallen jarenlang af. Die trend zette ook in 2011 door. Omdat steeds meer in dagbehandeling wordt gedaan, gedeeltelijk als substituuat voor een opname, zou verwacht mogen worden dat de behandelingen van de opgenomen patiënten juist complexer worden en de ligduur verlengd wordt. Dat is niet het geval: ook in 2011 daalde de gemiddelde ligduur met ongeveer een kwart dag, net als in de vijf voorgaande jaren. Een patiënt die in 2005 werd opgenomen lag nog gemiddeld 6,3 dagen in het ziekenhuis. In 2011 was dat nog maar 5,0 dagen (figuur 96).

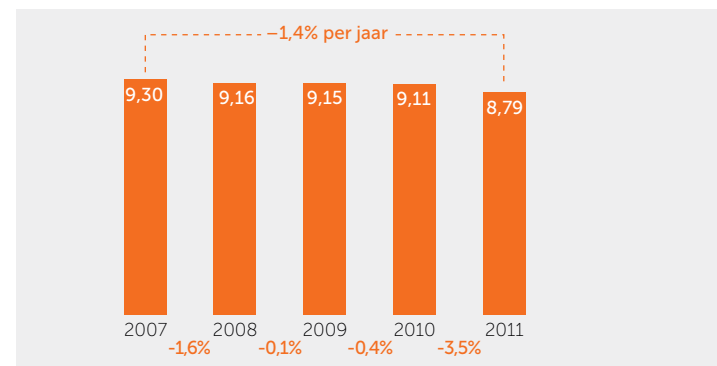
Als deze trend doorzet, komt de gemiddelde ligduur over ongeveer 4 jaar uit op 4,0 dagen.

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

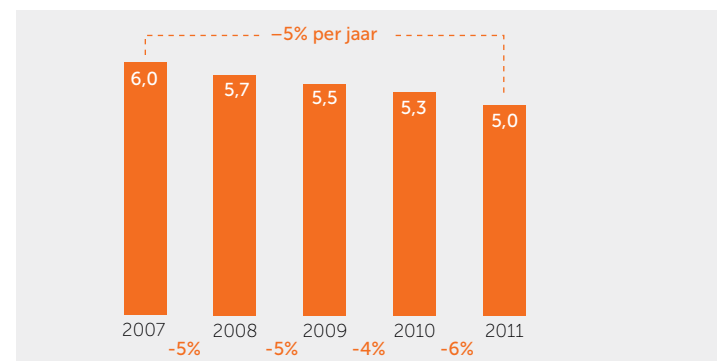
5.5.2 Aantal verpleegdagen per hoofd van de bevolking

Per 1.000 Nederlanders lag het aantal verpleegdagen in 2011 op 528. De trend naar steeds minder ligdagen per hoofd van de bevolking zet door (figuur 97).

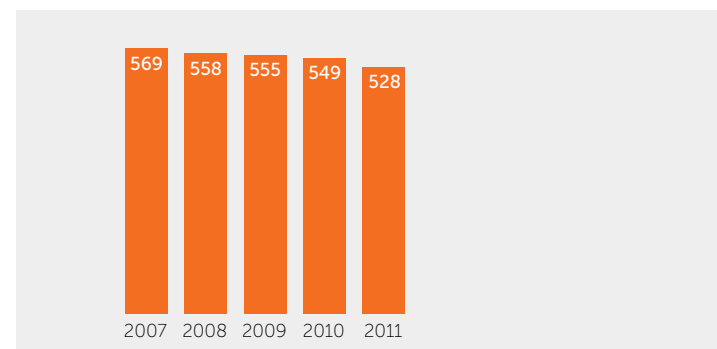
Figuur 95 Klinische verpleegdagen (x 1 miljoen)



Figuur 96 Gemiddelde ligduur (in dagen)



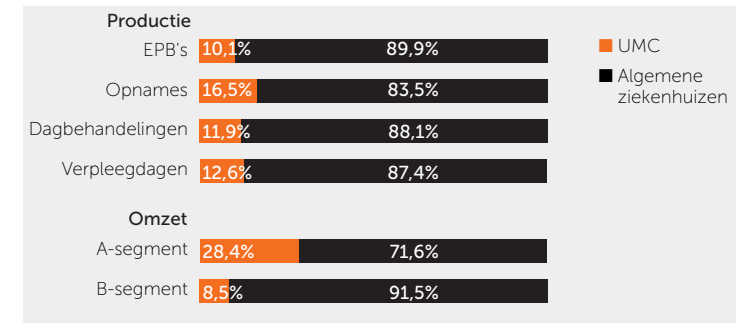
Figuur 97 Verpleegdagen per 1.000 inwoners



5.6 Productie in UMC's en algemene ziekenhuizen

Een op de tien EPB's vindt plaats in een UMC (figuur 98). Dit aandeel is vrij stabiel. UMC's kennen, gezien de behandelingen die zij leveren, per EPB meer dagbehandelingen, opnames en verpleegdagen dan algemene ziekenhuizen (namelijk 11,9%, 16,5% en 12,6%). De ligduur in UMC's is dan ook langer dan in algemene ziekenhuizen. In UMC's is deze gemiddeld 6,8 dag en in algemene ziekenhuizen 5,0 dag.

Figuur 98 Aandeel van UMC's en algemene ziekenhuizen



Verdeling algemene ziekenhuizen over vier categorieën

14 ziekenhuizen

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

20 ziekenhuizen

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

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

ziekenhuizen groot ←

← marktdichtheid hoog

marktdichtheid laag →

15 ziekenhuizen

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

ziekenhuizen klein →

32 ziekenhuizen

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

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

Colofon

Uitgave

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

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

Oudlaan 4
Postbus 9696
3506 GR Utrecht
030 2739 883

SiRM, Strategies in Regulated Markets

Nieuwe Uitleg 24
2514 BR Den Haag

Vormgeving

Total Public, Den Haag

©2012 Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

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